



Skálův institut, Praha 2, Apolinářská 4

## Bulletin 2018



**Závěrečné teoretické práce – Výcviková komunita č. 13**

**Sebezkušenostní výcvik v integrativní psychoterapii (typ SUR)  
2014 – 2018**

## OBSAH

<u>Mgr. Martina Buchalová Horská: Psychoterapie v rámci dětského domova</u>	3
<u>Mgr. Jitka Debnárová: Psychoterapie emocí na mužském oddělení léčby závislostí</u>	14
<u>PhDr. Blanka Gregorová: Terapie poruch chování</u>	26
<u>Mgr. Petra Majerová: Jako život za sklem aneb psychoterapie traumatu</u>	36
<u>Mgr. Jan Maršálek: Práce s dospívajícími se závislostní problematikou</u>	53
<u>Ing. Bc. Simona Saitlová: Sourozenecká skupina a práce s ní v Dětském domově</u>	60
<u>PhDr. Petra Valentová: Terapie násilí</u>	87
<u>Bc. Ivona Vendégová: Psychoterapie u klientů s potížemi pohybového aparátu</u>	98
<u>Mgr. Maria Vershinina: Psychoterapie emigrantů</u>	113

# Psychoterapie v rámci dětského domova

Mgr. Martina Buchalová Horská

## Osnova

1. Úvod
2. Status identity – vymezení pojmu
3. Teorie - vývojová stadia mozku
4. Pojem vlastní hodnoty z pohledu dětí dětského domova
  - Vzory
  - Společenské role
  - Problematika mužských rolí v dětském domově
  - Agresivita
5. Praktické činnosti
6. Závěr

## 1. Úvod

Má teoretická práce se opírá o zkušenosti z práce se skupinou chlapců adolescentů v dětském domově. Využila jsem poznatků a aktivit z pětiletého sebezkušenostního výcviku v rámci Skálava institutu (dále jen SI). V práci se opírám i o vlastní zkušenosti pedagoga po třiceti letech praxe, zkušenosti z rodiny s výchovou tří synů a jedné dcery a také z vlastní poradenské praxe.

Hlavním tématem mé práce je, jakými metodami práce s adolescenty jsem schopna jim pomoci postavit se na vlastní nohy. Dílčím cílem mé práce je pokus o zjištění, co dětem z dětského domova pomůže k realizaci vlastních cílů, a co je třeba doplňovat oproti životu ve vlastní rodině. Propojení psychoterapie (ať již skupinové nebo individuální) s přirozenou výchovou. Zamýšlím se nad rozdíly v možnostech dívek a chlapců vyrůstajících mimo rodinné bezpečí, bez vlastních tradic, hodnot, hranic.

Práce je členěna do několika kapitol. V první z nich se zabývám deskripcí příchodu dítěte do dětského domova, systémem péče. Kapitola druhá je již praktickým rozбором rozdílů ve výchově dětí v rámci genderových tradic a výchovou v rodině a mimo ni. Třetí kapitola je teoretická. Dále jde o hledání vzorů, pozorování společenských rolí, problematiku mužských rolí v dětském domově a agresivitu; kazuistiky. Pátá kapitola shrnuje praktické činnosti psychoterapie v rámci aktivit, konkrétně se jedná o tyto aktivity: skupinová a individuální sezení; aktivní víkendy - pobyty. Závěrečná část mé práce představuje souhrn dosažených zjištění a přínosu zpracovaného tématu. Dosažení cíle mé teoretické práce je vymezení základních rozdílů v práci s chlapci, zejména pokud vyrůstají mimo tradiční rodinu.

Děti, přicházející do dd jsou různého věku. Nikdy není jasné, na co se nejprve zaměřit. Bývá to obvykle obnova bezpečí a důvěry. Děti přicházejí z nejrůznějších důvodů, ale společné je selhání rodiny, selhání dospělých. Selhání rodičů v péči o dítě, jeho vedení, zajištění jeho bezpečí nebo zdravý vývoj dítěte, to vše je příčinou odebrání dítěte z rodiny. Většina z dětí nemá tuto přesnou informaci, odpovídá si pouze tak, že selhalo okolí, nebo dokonce: „Selhal jsem já sám“. Konkrétní odpověď – selhali rodiče - dítě nemá.

Stanovení priorit v péči jde ruku ruce s depistáží potřeb a schopností dítěte dle věku a situace.

Začínáme se s dítětem a jeho případem seznamovat před příchodem na základě informací OSPOD. Přemýšlíme, kde by dítěti bylo nejlépe dle věku, situace na jednotlivých rodinných skupinách, obsazením rodinek jak dětmi, tak vedením skupin.

Jedním z prvních kroků po příchodu na domov je seznámení s místem, dětmi a dospělými dd. Dále potom seznámení s řádem domova, tedy s tím, co a jak chodí. Pro některé je nezvyklé např. pravidelné stravování, hygiena, režim – spánek, škola, úklid, kapesné – řešení vlastní zodpovědnosti za peníze. Následuje sezení s dětmi, při kterém mohou ostatní poradit – doporučit, co jeho samotného zaujalo na dd a co by chtěl novému příchozímu předat. Také pohovor s psychologem – vstupní a také se sociální pracovníci – možnostech spojení s vlastní rodinou.

Co ale maximálně dětem najednou chybí je svoboda, volnost, vlastní zodpovědnost, protože najednou je tu obrovská péče, přebírání zodpovědnosti domovem, konec vlastního rozhodování.

Výchozím pro vytvoření PROD ( Plán rozvoje dítěte) je práce vychovatele, jeho poznávání dítěte a přání dítěte. Také důležité je sledování v životních situacích. Často chvíli trvá, než zjistíme úroveň vlastních životních schopností. Většina dětí má nacvičeny základní instinkty pro přežití – základní sebeobsahu, schopnost sehnat si jídlo, navázání pro něj něčím prospěšných kontaktů. U děvčat také starost a péče o své sourozence.

## 2. Status identity – vymezení pojmu

V pubertě se dítě rozhoduje a hledá vlastní identitu. V tomto období probíhají otázky – o potvrzování sebe sama, svých plánů, schopností, ideí. V běžné rodině přicházejí tyto podněty většinou samy. Proces sebevymezení, kdy lze sjednocovat a hledat vlastní potřeby jako celoživotní proces sebenacházení. To vše vychází z vlastních zážitků, možnosti zodpovědnosti. V dětském domově však díky vnitřnímu řádu a zákonům, jsou naše děti o tyto možnosti často naprosto ochuzeny. Jde často o riskantní okolnosti. Špatnou, nebo dobrou zkušenost neodnese dítě jen vyhodnocením, ale i často velkým trestem, a tak pro jistotu sám nic nerozhoduje, je veden k naprosto „bezproblémovému chování“. Tyto sterilní zkušenosti jsou „bezpečím“, ale zároveň nedochází k vývojovým zkušenostem. Dle Eriksona, 1968, neproběhne – li proces sebevymezení úspěšně, tj. nesjednotí – li adolescent svoje dřívější emociální zkušenosti, jako reflektované potřeby a libidózní pocity, výkonové kapacity i identifikace do konzistentního celku, vzniká tzv. difúzní identita. Ta se projeví nepřijetím, či aktivním odmítáním vymezením sebe samého jako jedinečného subjektu, odlišného od ostatních. Difúzní, či rozptýlená identita se projeví až v následném stadiu – mladší dospělosti, kde je vývojovým úkolem vytvořením intimity. Je-li adolescence s plněním vývojového úkolu nezastupitelným a kvalitativně odlišným od ostatních fází vývoje, je tedy možné domýšlet, že pokud se u dětí z dětského domova neobjevují otázky krize, hledání a závazku, těžko v budoucnu mohou dostátí hodnot vztahově stabilní osoby, neboť nedochází k vlastnímu sebehodnocení bez pochybností. Pokud dítě není vtaženo do procesu volby a rozhodování, řešení, vlastního aktivního hledání a objevování, nemůže mít vlastní informace, závazky a zkušenosti. Neprožívá ani krizi, ani závazek, ani úspěch ani neúspěch. Tedy sebedefinování nepřichází. Často adolescent mění své názory, je snadno ovlivnitelný, jeho chování je v souladu s očekáváním skupiny. Postoje, normy a přesvědčení popř. budoucí cíle přebírá nekriticky od autorit bez potřeby ověřovat si vlastní zkušenosti. Pro dospívající je charakteristické přijímání nových rolí, což je propojeno s reflexí a hodnocením druhých. V tomto období člověk nejen sám sebe definuje . získává identitu, ale také k sobě zaujímá hodnotící vztah.

Pro chlapce je důležité zažít úspěch, který posiluje jeho postavení ve skupině. Při skupinovém sezení bývá dáván prostor pro zmapování možností, kde a v čem může konkrétně hoch vyniknout, onáší si ze

skupiny většinou úkol, na které může růst. Úkol není zadáván, ale je promyšleno dopředu a jako návrh předáván.

### 3. Vývojová stadia mozku

Adolescenti bývají velmi impulzivní, v situacích často „nastartovaní“, riskují, často vše vypadá, že jim na ničem nezáleží. Dle Harvardské psycholožky Leah Sommervilleové jde o nedokončený vývoj jejich mozku. Nedávno publikovala svou studii o motivaci teenagerů. Jde-li dospělým o hodně, jsou schopni zvýšit svou aktivitu, adolescenti nikoli. Je to přesně ta situace, kdy dospělý nechápe, proč teenager „nezapne“. Říkáme „On musí dozrát“. Sommervilleová a spol. připisují tento fenomén nedostatečným funkcím mozku.

Mozek člověka prodělává během puberty komplikovanou přestavbu, kdy je zapotřebí zjednodušit spleť síť synapsí propojujících neurony. Tyto změny jsou ukončeny cca kolem 25 let.

Dle Leah Sommervilleové adolescenti vykazovali velmi silnou aktivaci vývojově starších struktur mozku. Např. striatum, které hraje roli při vzniku pocitu sebeuspokojení a naopak slabě aktivovaný prefrontální kortex. Tedy slabou reakci na kladné či záporné motivace. „Jemu je snad všechno jedno“, to je častá odpověď rodičů, přicházejících do poradny. Stejně tak pro vychovatele v dětském domově vypadá situace často neřešitelná, dítě nereaguje na nabídky, tedy přitvrdíme..? Mozek teenagera často odpovídá autu bez volantu a bez brzd – neřízená střela.

Někteří odborníci – např. Daniel Romer z Pennsylvánské univerzity vidí za rizikovým chováním adolescentů nedostatek zkušeností. Touha po nových zážitcích, zkoumání jsou zdrojem cenných zkušeností. Zároveň však přílišná touha po nových zážitcích přináší více škody než užítku. Mozek dospívajících vykazuje ve srovnání s dospělými pomalejší odeznívání strachu, což je pravděpodobně obranný mechanismus. V prostředí, kde je teenager vystaven nadměrnému stresu, může tento prospěšný obranný mechanismus být začátkem pocitu permanentního ohrožení.

Častou otázkou je právě představa, co dál? Na tohle většinou dospívající nemají odpověď, nemají jasnou představu. U dospělých se nad tímto objevují obavy, někdy vztek. Jejich denní režim pokulhává, často spí celé dopoledne, objevuje se ve větší míře alkohol, občasná zaměstnání. Otázka převzetí vlastní zodpovědnosti visí nad dospívajícími a často je odpověď v dále. Tato situace není výplodem současnosti. Naopak, již v pohádkách máme „Hloupého Honzu“, kterého matka musela vyhnat do světa. Ono se nakonec ukázalo, že vůbec není hloupý. Postavu „zbytečného člověka“ najdeme i u Gogola. Jde tedy o jev naprosto v souladu s vývojem. Možná nás matou právě ty dospívající, kteří studují dvě vysoké školy, nebo studují při zaměstnání, nebo podnikají. Základ těchto rozdílných životních postojů vzniká v rodině. I v náhradní rodinné péči dětského domova jde díky vlivu „náhradních rodičů“ – vychovatelů nabýt jakýsi obraz, který děti přebírají.

### 4. Získávání vlastní hodnoty z pohledu dětí dětského domova

Aby se člověk cítil spokojeně, je třeba splnit řadu podmínek. Kromě hmotného zabezpečení je to právě pocit, že někam patříme, že si nás okolí váží. Potřebujeme i volnost v jednání, zdraví, žít v příjemném prostředí a taky vědět, že v těžkých chvílích o nás bude postaráno. Při příchodu dítěte na domov se často setkáváme s překvapením. Děti se diví, že máme dostatek jídla, že se mohou vykoupat, nebo dokonce, že svítíme. Většinou po měsíci se dítě stabilizuje, zvykne si a bere tyto věci jako normu. Zároveň zjistí, že nemá žádnou volnost, zejména v prvních 14 dnech, kdy vlivem adaptačního programu a jasně daných pravidel je vše pod kontrolou, tedy i vycházky. Kontakt s rodiči je pouze telefonní. Objevuje se strach, často i agresivita, dítě pocítuje ohrožení vlastního JÁ, místo aby se utvrzoval o bezpečí. Během adaptačního období nastává velká práce, kdy jsou dítěti dávány hranice,

na které nebyl zvyklý. Děti říkají: „Pomohlo mi to přežít, nikdo se neptal, jak mi je.“ Celé dny běhal po venku, trávil čas s kamarády, sháněl si cokoli k jídlu. V domově nemusí a on netuší, co má vlastně dělat, k čemu jsou mu dříve naučené mechanismy a čím je může nahradit. Co chce nyní uspokojovat, jak se na svých dobrých pocitech může podílet. Začne přirozeně zkoušet krást hned během prvních dvou týdnů. To totiž umí, za to následuje vysvětlení, že při opakování nastoupí trest. Těžko chápe, co po dítěti chceme, on býval přece za ukradnutý rohlík, či peněženku pochválen. V těchto chvílích je velmi nutné dítě hned nezatrácovat, zjišťovat, jaký byl jeho život, ptát se, komunikovat, dělat si představu o jeho dosavadním životě, o historii rodiny, jaká měli pravidla. Najít pevné body, které se dají využít i při pobytu v dětském domově a nastavit pravidla nová. Základem celkového pozitivního sebehodnocení je poznání vlastní hodnoty (Rosenberg, 1985). Kromě pravdivosti, či autentičnosti vlastního já je pocit vlastní hodnoty saturován také vědomím kompetence. Kompetence je v užším slova smyslu dána vědomím vlastní výkonnosti, v širším slova smyslu zahrnuje vnímání nových rolí a norem, které adolescenta vedou do dospělosti.

#### Kazuistika:

M. 16 let – přichází do doma spolu s mladší sestrou ve věku 12 let – zanedbání péče matky. Otec žije s novou přítelkyní v severních Čechách, řidič kamionu. M kouří, byl zvyklý na alkohol i THC. Je velmi nervózní, projevy často slovně agresivní. Matka ve vězení, spolupracuje pouze tetu – sestru matky. M. pozitivně reaguje na pochvalu, hledáme základní stavební kameny. M. nechce hovořit o matce, zklamala ho. Potřebuje úkol, který když se mu podaří splnit, může využít k samostatné vycházce. Stanovujeme hranici – žádné THC. M. slibuje, že si dá pozor. Situace se opakuje po komunikaci s matkou – dopisy. Otec si obě děti bere na prázdniny, M. má problémy s návraty – pozdě v noci, kouření, drobné krádeže. Sestra bez problémů. Otec slibuje, že si mladší sestru vezme do nové rodiny. M. pro problémy zůstává. Zhoršení stavu, následné pobyt v diagnostickém ústavu. Namotivování po návratu, že po 15. roce může již za otcem jezdit sám, pokud nebude pozitivní na THC. M. se viditelně zlepšuje, následkem komunikace s matkou opět užití. Rozhovor veden s M. o možnostech nápravy bez omezení vycházek – vymalování vlastního pokoje. M. velmi dobře reaguje, zakládá si na práci, pokoj si doladuje obrázky, má zájem o vytvoření si vlastního soukromí. Na rodince pomáhá s mladšími dětmi. Otec při cestách okolo našeho domova, se za M. zastavuje, komunikace velmi dobrá. Přes všechnu snahu si M. domů na stálo nebere. M. získává vlastní sebejistotu díky splněným úkolům na domově a překvapivě je spokojený sám se sebou. Je pyšný na to, že již není pozitivní na THC, omezuje mírně i kouření. Zapojuje se do aktivit domova – divadlo, tanec, sport. V otci vidí autoritu, často jsou spolu v kontaktu, M. chce být také řidič jako otec, nejlépe u stejné firmy. Na skupině i v domově má dobré postavení, je podporován k získávání dalších zkušeností, smí se účastnit samostatných akcí mimo domov, je mu dána důvěra. Opakovaně chodí jak na skupinu i na individuální rozhovor. V současné době říká, že se cítí dobře, je na domově spokojený. Je rád, když ho ujistíme, že jde správnou cestou. Jeho plán je dostat se k tátovi, začít znovu, poznat nové lidi.

Poskytují M. příležitosti k novým zkušenostem se sebou samým, v souladu s cíli. Pomáhám postupovat v krocích k novým emočním zkušenostem.

Ve formě Individuálního programu rozvoje dítěte lze přesně ukazovat dítěti krok po kroku, kam směřuje, hledat s ním jeho vlastní cestu a cíle. Díky plnění vnímat příjemné pocity, zažívat pocit uspokojení, podpory, obdivu. Při neplnění vlastních představ, odhalovat slepá místa, a také co se objevilo místo kladů. Co mi problém přinesl, co s ním budu dělat. Mám jiné řešení, měním směr?, to jsou otázky, které by měly nastat při neplnění původního vytčeného cíle, nikoli okamžitý trest. Ten aby měl přicházet až při opakovaném soustavném porušování pravidel domova, nikoli vlastních.

Vzory

V domově jsou zastoupeny jako vychovatelky převážně ženy. Jaké jsou role mužů pro naše děti bývají často nečitelné téma. Dříve byla role muže více vymezená, vzory otce jasně dána, živitel rodiny, matka pečující. V dnešní době se často muži ke své roli těžko dostávají, a pokud je v domově velká převaha žen, je těžké se vymezit, natož předávat postoje. Hoši obecně dozrávají později, později také zakládají rodiny. Chybí vojenská služba, kdy muži odcházeli alespoň na čas od matek. V dnešní době nemají kde nabýt základní mužské postoje, pokud jim je nepředávají otcové, dědové, či některý mužský člen rodiny. S dětmi hovoříme o sdělování potřeb, o strachu z převzetí iniciativy a zodpovědnosti. U hochů se velmi často objevuje strach z odmítnutí, strach z neúspěchu. Obecně si muži potřebují věci ujasnit o něco déle než ženy. Na rodinné skupině je vhodné předávat chlapcům úkoly, podporovat je v jejich plnění. Je dobré stanovit důležitost v plnění a podporovat starší chlapce v zodpovědnosti za svěřené úkoly. Tedy nevzdávat a zkoušet. Je dobré, když mladí hoši zažijí úspěch při plnění úkolů. Neúspěchy je třeba rozebrat a zkusit najít jak a jinak úkol splnit. Postavit se za své hodnoty je jedním z úkolů mladých hochů v domově. Řešením situací, kdy je dobré svůj postoj obhajovat, nebo postoj skupiny, kterou vede. K tomu jsou dobré kolektivní hry, ale i zodpovědnost za nesplněný úkol, stanovení jedincem proč není splněn a jak to napravit. Zažíváním konfrontace, podporou a bezpečím vedeme chlapce k postoji „Já přebírám zodpovědnost“. Dle Ligy otevřených mužů : „Muž bez kontaktu s jinými muži jen tak nedozraje.“

Kazuistika M 22.:

M přichází na domov jako prostřední ze tří sourozenců ve věku 8 let. Byl velmi klidný, účastnil se všech aktivit domova bez problémů, byl hodný, plnil si úkoly. Během puberty se přátelil většinou s dívkami, zejména se sestrami. Na domově neměl ve starších chlapcích vzor. S příchodem muže vychovatele se velmi dobře napojoval. Začal se snažit hrát fotbal a začaly se u něj projevovat více mužské postoje. Během střední školy se přátelil s výrazně mladšími dívkami, první ročník opakoval, cítil se však mezi mladšími překvapivě lépe. Přes snahu se mu nepodařilo odmaturovat, byla mu nabídnuta možnost pokračovat ještě ve studiu učňovského oboru. Podporu našel také u vedení strojírenského podniku, kde vykonával brigády, praxe, také jej sponzorsky podporuje. V současné době je ve druhém ročníku učňovského oboru, sponzorsky získal také svářečský kurz. V září se chce přihlásit k opakování maturitní zkoušky. Za obec našeho domova hraje fotbal, získává náhled na mužskou roli, velmi dobře se socializuje. Má možnost využívat samostatný byt, osamostatňuje se velmi dobře – vlastní možnost vaření, praní, běžný život. M. své plány řeší rád s vedením domova a také s p. vychovatelem. Dovede mluvit o svých pocitech, pravdivě popisuje své obavy ze samostatného života. Stanovujeme, jaké kroky jsou pro něj schůdné – hospodaření s penězi, dokončení svářečského kurzu. M. chápe a podporuje své sestry, jako rodina fungují, dobře spolu komunikují (společná dovolená z našetřených peněz). M. si více věří, díky zvládnutým situacím – pochopení psychiatrického onemocnění mladší sestry, samostatný byt, stipendium, brigády. Získávání vlastních dovedností pro vstup do vlastního života. Díky aktivitám – individuální rozhovory, posilovací programy dd – pobyty mimo domov, plánování vlastní budoucnosti – doplnit si maturitu, vlastní bydlení – byt, práce – asi dle nabídky sponzorů – cítí tam stále podporu, asi rodina. Zatím si příliš dle vlastních slov na stejně staré dívky nevěří.

Podporuji M. k novým interpersonálním zkušenostem. Reviduji s ním získané povědomí o jeho možnostech a naplňování vlastních cílů. Potvrzuji jeho kroky a dávám mu oporu v následujících. Také poskytuji zpětnou vazbu k jeho jednání.

Společenské role

V sociologii očekávané chování, přijatá pravidla, na základě kterých můžeme očekávat jednání druhých. Rolím se učí naše děti nevědomě – při hrách, při hraní divadla. Úplně nám nejde osvojování

rolí přirozenou cestou – tedy z rodiny. Tam často není možné najít oporu, rodina je nefunkční a jednotlivé role pozměněny na základě alkoholu, drog, či společensky nevhodnému chování rodičů. Někdy vypomůže role babičky, která supluje roli matky. To je ovšem jen dočasné řešení. Maskulinita se ovšem málokde objevuje, nedosažitelně. Chlapci se nemají k čemu vztahovat, nemohou se přiblížit k dosažení vnějšího uznání a tedy i vnitřnímu uspokojení. Proces identifikace s rolí svého pohlaví je pro naše děti těžká, téměř nedostupná. O přirozené dělbě práce se učí od vychovatelů. Také je opravdu těžko předávat tyto základní společenské postoje, slouží-li vždy jen jedna osoba. Vidět toto rozdělí roli je pro děti jen v případě, různých domovských akcí, nebo domluvou mezi rodinkami, kdy v jedné slouží vychovatel a v jiné vychovatelka. Muž jde s dětmi hrát fotbal, chystat dřevo na grilování, vede je úklidu kolem budovy, pracuje s nimi v dílničce. Zatímco žena jde s dětmi vařit, pomáhá při praní a úklidu. Vede děti k estetickým hodnotám výtvarné práce, výzdoba domova. Děti se na dny, kdy slouží tato skupina, těší.

### Problematika mužských rolí v dětském domově

V našem domově je v současné době více než polovina chlapců různého věkového rozpětí. Nejmladším je necelých pět let ( 3 hoši). Ostatní jsou od 13 do 22 let. Většina hochů přichází do domova právě v těchto letech 12 – 15 let. Často z původní rodiny, vyrůstajících na ulici. Zde mají jisté zkušenosti s jednáním mužů. Tyto zkušenosti však většinou souvisí s jistou dávkou agresivity jak ze strany otců vůči matkám, tak partnerů matek k nim samým. Bývají to i zkušenosti ze skupiny dětí – starší chlapci vůči mladším. V domově nastává velká změna. K bojům a vymezování teritoria jsme přísní, tyto aktivity jsou zakázány. Děti neznají jiný způsob sebeprosazení. Snažíme se rozdělit děti tak, aby na každé rodince byli děti a zejména hoši rozdílného věku. Většinou si přirozeně předávají zkušenosti, starší přejímají od mladších. V případě, že na „rodinku přijde“ starší chlapec, ukazuje se, že ho mladší, již znalý domova zkouší poučovat a přebírat roli. V takovém případě dochází ke střetu. Mladší, který žije v domově déle, nechce opustit svou roli a často staršího neuzná. Při příchodu nových chlapců se snažíme rodinku na změnu připravit. ( info o jménu, věku, odkud přichází). Často se děti seznámí již dopředu díky sociálním sítím.

V domově jsme zjistili, že pokud jsou chlapci zapojeni do chodu domova, zejména ti nejstarší, má to kladný vliv na hierarchii a zároveň jde o potvrzení mladých mužů. Mají možnost získat práci na dohodu – například se osvědčila údržba automobilů- vysávání, úklid, umytí. Zkusili si i vymalovat vlastní pokojíčky. To byla velká práce, bylo třeba i počítat s úklidem pomalování. Pro vychovatele to bylo velmi náročné, šlo nejen o předávání zkušeností vlastním názorem, ale udržet chlapce a nepolevit před dokončením. Tato zkušenost vedla k tomu, že tuší, jak chutná práce a zároveň pocit vlastní zodpovědnosti a vztahu ke své práci a tomu, že v celém domě je něco „moje“. To není v domovech běžné. Většinou děti přijdou k hotovému a nevyberou si sami ani vlastního plyšáka. Nezískávají tak věcem žádný vztah. Ostatním tak jdou příkladem, mají možnost si dobrou práci přivydělat a také hlídají ty mladší, aby jim práci neničili, tedy sami nabádají k pořádku. Při těchto pracích získávají zkušenosti a také respekt. Vlastní růst zdravého sebevědomí je také důležitý atribut. Pozitivní dopady aktivních dětí vykazují lepší řešení v problémových situacích, méně agresivity, lepší domluva. Sociální postavení mladých hochů ve skupině roste, snadnější je s nimi i komunikace, roste míra společného zájmu. Přílišný pečovatelský přístup, který dříve byl na domově nevedl děti k samostatnosti, ve volném čase rostl podíl krizových situací, útěků, krádeží, agresivního chování jak k sobě, tak k ostatním.

Náš domov využil možnosti zapojit se do projektu Patron, a to z důvodu opravdu malého podílu mužů na domově. Nadace Múzy dětem, se kterou dlouhodobě spolupracujeme, využila toho, že ve společnosti vůle zapojit se do prospěšných občanských aktivit. Oslovila podnikatele, umělce, osoby, kteří se stávají sponzory svým volným časem, tak přispívají k obohacení kontaktů našich dětí. Děti jedou na pořádané akce – tzv. Mimo domov a mají možnost během víkendu zážitkově poznat



v kolektivu a při společných hrách jiné osoby, než jim je dáno na domově – získávají vlastní názor, nové postoje, zážitky, zkušenosti.



Obnova zahrady s p. Lukášem Gavlovským

### Faktory formující mužskou identitu

Vývojově důležitou fází je puberta. To je většinou období, kdy děti do našeho dětského domova přicházejí. Je velmi důležité, jak se s dětmi pracuje, jak jsou jim předávány kompetence. Skupinová a individuální sezení, vyposlechnutí, dotazování, komunikace v interakcích, to vše je základ dalšího rozvoje dítěte u nás. Chlapci v dětství podstupují více kritiky, trestů, jsou vedeni k ochraně dívek. To přispívá jejich nezávislosti a odvahy. Jejich výchova vede k větší sebedůvěře, menší pasivitě a ke snížení kroku do neznáma. Podporujeme chlapce v možnostech samostatných kroků – vedení mladších, nápady a jejich realizace – plány. Socializační model chlapců je veden v duchu soutěživosti, výhry, postavení nejsilnějšího, instrumentality, vědotechniky, výsledků, překonání ostatních, získání společenského vlivu. Často se stává, že chlapci obecně se obávají odchodu z dětského domova více, než dívky. Vlastní identita, převzetí zodpovědnosti sami za sebe, potažmo za jiné – přítelkyně, rodina je pro ně velmi těžké rozhodnutí. V praxi jsem se setkala s „útekem zpět do dětství“. Chlapec do věku 18 let běžně chodil na brigády, podílel se na chodu rodiny, přesto v době, kdy mělo dojít k ukončení vzdělání a možnosti osamostatnit se najednou začal absentovat. Jakoby se chtěl vrátit do doby dětství a nezodpovídat příliš za sebe. V domově máme také zkušenosti s těžším osamostatňováním chlapců, než dívek. Dívky si většinou najdou přitele, s rodinou a k tomu se vztahují. Jsou zaměřeny spíše na mezilidské vztahy, domácí zájmy, sféru psychiky a estetiky. Stává se, že nejstarší sestra najde přitele a do jeho rodiny, potažmo do své nové vlastní přivede mladší sourozence. Chlapci naopak nechtějí žádný vztah, často prodlužují studium. V domově nabízíme těmto hochům v období 19 – 21 let možnost dalšího studia, někdy i druhý učňovský obor. Není to z důvodu lenosti, ale tzv. dozrání.

Mužská identita, která je vystavěna na principu konkurence, dozrává později, než ženská. Nechat dětem v pubertě více času na dozrání se nám osvědčilo. Všechny děti však nejpozději od 18 let musí chodit na brigády mimo domov. Mimo to se aktivně podílí na chodu domova a splňuje podmínky dohody, řádně studuje. Díky tomu je více oceňován a podporován. Ke konstruktivní kritice dochází při vzájemné komunikaci, hledají se cesty, ptáme se na možnosti, jak chce řešit situace, jaké má plány, jak je chce realizovat.

## Agresivita

Agrese nás můžeme zprvu vidět jako negativní reakci. Jde o jednání útočné a to k sobě, či druhým osobám. Vede k uspokojení potřeby. Je tedy následkem, nikoli příčinou chování. Moore a Gillete definují agresi jako energii, či sílu, kterou každý člověk potřebuje, aby dokázal realizovat svá rozhodnutí, cíle, naplňovat své potřeby, celkově tedy realizovat svou aktualizaci. Jde tedy o sebepoznání, pochopení co se se mnou děje, je to předpoklad „neztrácení nervů“. Pro chlapce je velmi důležité vidět, jak otec umí zacházet s agresivitou. Ovládnutí a zacházení se vztekem, strachem, agresí, chlapce je dobré tyto postupy naučit, naučit ji kultivovaně zvládat, nikoli potlačovat. Agresi lze trénovat a kompenzovat zejména při sportu. Tam je nutné dodržovat pravidla a zároveň jistá dávka agresivity. I zde dochází k přebírání zodpovědnosti, často za celek, nebo skupinu, prosazení vlastního nápadu a dotažení do konce. V případě neúspěchu přebírá hoch zodpovědnost za plán, který neuspěl. Je dobré, naučí-li se mladí muži zacházet se svojí silou, nezvládnutí této dovednosti by mohlo vést k sebepoškozování, nebo agresivity vůči ženám apod. Dítě pokud poznalo agresivitu svých rodičů – otec-matka- si často nese z domu řešení různých situací běžného života křikem, ranami, odmítáním apod. Mýtem je také domněnka, že pokud dítě spí, násilí nevnímá. Bylo dokázáno snímáním mozkových vln u spících dětí, že vjemy působí podobně jako při bdělém zážitku. U těchto dětí se také objevuje téma viny. Pokud se na násilí nezeptáme, nedozvíme se o něm. Je možno použít přímých otázek, kresby, vyprávěním příběhu. Často pozorováním dětí při hře se nám rozkryje téma k možnému zkoumání a následně k možné práci na změně chování.

## 4. Praktické činnosti

Skupinové sezení – práce s agresivitou, terapie zaměřená na emoce

Děti - věk 8 – 13 let

Bavím se s dětmi co se dělo ve škole, jaký měli den. L.: „Psali jsme diktát. Ten já nesnáším. Nestíhám ho psát, nebaví mě to. Pletu si písmenka a pak to nestíhnu. Vzteky koušu pero. Podívejte, mám ho celý rozkousaný. Zkazí mi to celý den.“

Ostatní také vypráví, jak nesnáší diktáty, jak se vztekají. Povídáme si, která věc je ve škole baví – tělocvik, kreslení, angličtina. Ptám se: „Může být diktát podobný kreslení?“ L.: „No trošku jo. Jen je to perem. A musí to být rychle.“ „Hledáme, co by dětem při kreslení ještě bylo příjemné?“ Zkusíme kreslit při hudbě. Po kreslení si povídáme, zda je možné si třeba něco při diktátu broukat, jen jako, vlastně si nějakou příjemnou klidnou hudbu představovat. Následné sezení jsme popisovali zkušenosti s diktátem a stresem opět. L. konstatoval, že to bylo o trošku lepší, že když si místo diktátu představil kreslení, tak se mu to i líbilo.

Děti – věk 13 – 17 let

Opět stejné téma škola – vždycky se rozčilím, o přestávce mi nešla wifi a já jsem vzteky rozbil mobil. Hodil jsem s ním a pak, když jsem viděl, že se rozbil, tak jsem na něj ještě dupl.

Práce s agresivitou je stále téma. Většina našich dětí má agresivní chování, jak k okolí, tak sami k sobě – pořezávání, škrábání. Někteří přicházejí s tím, že oni jsou špatní. Jiní za vše viní okolí.

D.:14 let – na základě telefonního rozhovoru s matkou o tom, že na Vánoce si ji nevezme domů. Matka má obavy, že by D. opět utekla k příteli. D si pořezala ruce, celé natáčela pro matku. Při zjištění nechce vychovatelce předat žiletku z holítka. Křičí. Vychovatelka volá RZ. Při příjezdu D. stále křičí, lékař byl několikrát kopnut. Volá Policii. I tak velké potíže D. zvládnout. D. odvezena k hospitalizaci. Během pobytu následujících 14 dní kontakty s dd – 4x návštěva. Při rozhovoru klidná, chápe situaci. Stanovení možných podmínek pobytu doma. Agresivitu zacílenou na sebe, uleví se jí, když vidí, že krev odtéká. Pořezání bylo jen slabší, říká, že cítí úlevu. Při rozhovoru hledání možností, jak situaci řešit jinak. Jak vztek vybit. Nabízím boxovací pytel, bubínky. D. nechápe, říká, že by si tak neulevila. Demonstrativní poškozování neví jak nahradit. Hovoříme o možném rozhovoru s matkou. To mluví o tom, že se stále hádají. Stanovujeme schůzku cílenou na obě. Matka první ruší. Následně opakované hádky již bez sebepoškozování, přijde se vypovídat tetě. Matka kontaktována a schůzku slibuje.



Negativní sebehodnocení není závislé na věku, zato je zřejmý rozdíl mezi dívkami a chlapci. Podle M. Argyleho (1992) prožívají ženy negativní i pozitivní emoce ve vyšší míře.

S dětmi se snažíme hodně sportovat – fotbal, florbal, stolní tenis, plavání cyklistika, lyžování. Děti mají k dispozici kdykoli během dne boxovací pytel.

Práce se vztekem

Jak to vypadá se vztekem, jakou má barvu tvůj vztek, kterých barev se týká, má tvar, nebo je to smotaný provázek? Jde rozplést, co z něj můžete udělat? Reaguji na popisy dětí, doptávám se otevřenými otázkami. Snažím se pomoci s rozpoznáním prožívané emoce. Propojit pocity s cyklickým maladaptivním vzorcem.

Muzikoterapie

Jiným druhem práce s dětmi pro zklidnění je muzikoterapie. Bubny a bubínky plní dvojí funkci – vybití a zároveň zklidnění a navození příjemných pocitů.



## Komunikace

Nezbytnou částí denní práce je právě komunikace. Ta je dětem velmi milá, a často na ni nejsou z domova zvyklé. Mít čas a mluvit o tom, co cítí, co je jim milé a co je hněvá. To je práce nás všech v domově. Velmi vhodné je povídání při jakékoli aktivitě – práci v kuchyni, na cestě do školy, či na výletě, na vycházkách. Děti každý den přicházejí a chtějí se mnou mluvit, chtějí mít pocit, že se o ně zajímám, tento navázaný vztah je potom zlatý důl pro další kroky získávání vlastních dovedností. Dítě ví, že mu vědomě naslouchám, reaguji, povzbuzuji ho k prožívání a vyjadřování emocí.

## Kouzlo úsměvu

Děti velmi dobře reagují na pozitivní přijetí. Tedy úsměv je to první, co na tváři druhých vnímají. Díky tomuto základnímu kameni přijetí lze velmi dobře dále s dětmi komunikovat. Britští vědci dokonce zjistili, že úsměv aktivuje náš mozek v takové míře, jako je 2000 tabulek čokolády. Naše děti mají velmi rády objetí. I to je v našem pojetí cílená psychoterapeutická práce, jde o vyjádření „Ano, přijímám tě.“

## 5.Závěr

Má práce byla souborem možných aktivit pro práci s dětmi, které na základě vlastních zkušeností jsou nuceni zaměřit se na změnu života. Hodnoty, kterým byly učeny, neplatí. To, v čem vynikaly, je špatně a často nemorální.

Díky hledání nových cílů, hledání vlastního já, sebehodnocení posilují představy o svém životě, většinou nezávislým na dřívější rodině. Zde je velmi důležitá práce na posílení kompetencí. Životní role chlapců není v rámci domova jednoduchá, zvládnutí závisí na mnoha faktorech, z nichž velmi důležitým prvkem je zastoupení mužů na domově. Aktivity, ke kterým jsou vedeni, jejich posilování sebedůvěry, kolektiv chlapců různého věku, přijetí a trpělivost.

Použitá literatura:

Macek P.: Adolescence, Portál 1999

Levenson H.: Krátká dynamická psychoterapie, Portál 2016

Piaget, J.: Psychologie dítěte, Portál 1997

Mach, J, JUDr. Jak reagovat na agresivitu, časopis Tempus medicorum 1/2018

Liga ohrožených mužů

# Psychoterapie emocí na mužském oddělení léčby závislosti

Mgr. Jitka Debnárová

## ÚVOD

Ve své teoretické práci se věnuji tématu emocí. Proč právě toto téma? Důvodů je několik. Pracuji na lůžkovém oddělení v ústavní léčbě, kam přichází pacienti, kteří mají problém se závislostí na návykových látkách. O závislosti se též mluví jako o „nemoci emocí“. A tak se s tímto problémem dennodenně setkávám. Důležitým aspektem je to, že se jedná o mužské oddělení a otázka typu: „Jak se teď cítíte?“ vyvolává spíše rozpaky a údiv, co to po mně proboha ta paní chce... Pacienti velmi často nerozumí sami sobě a nedokážou pojmenovat vlastní emoci. Často následuje odpověď, že se mají dobře nebo špatně, což považují na začátku léčby za úspěch. Touto prací bych chtěla více prozkoumat danou problematiku, porozumět tomu, co se s pacienty v léčbě odehrává, abych mohla lépe pracovat.

Jak ve své knize uvádí McLarenová (2010). Dnešní chápání emocí dalece zaostává za chápáním téměř všech ostatních životních oblastí. V dnešním světě umíme mapovat svět a dělit atom, očividně však neumíme pochopit nebo ovládnout své přirozené emoční reakce na vnější podněty. Když mluvíme o „dobití baterií“, první cesty vedou ke zdravému stravování a zlepšování fyzické kondice, přitom však ignorujeme ten nejbohatší energetický zdroj, jež vlastníme – své emoce. Právě emoce obsahují potřebnou dynamiku, kterou můžeme zapojit a využít v procesu sebepoznávání, v uvědoměném přístupu k mezilidským vztahům a při uzdravování. Bohužel se k nim tak nechováme.

Empatie není žádná mimořádná lidská dovednost, nosíme jí v sobě všichni a patří k běžným lidským schopnostem. Představuje naši neverbální komunikační dovednost. I když patří k běžným lidským dovednostem, většina z nás se jí s narůstajícími verbálními a vyjadřovacími schopnostmi naučí vypnout nebo ztlumit, což je velká škoda...

## MUŽSKÉ LŮŽKOVÉ ODDĚLENÍ

Mužské lůžkové oddělení pro léčbu závislosti nabízí komplexní léčebný program v délce 13 týdnů s důrazem na psychoterapii, individuální přístup a zapojení co největšího množství podpůrných programů a doporučení. Jedná se o programy prevence relapsu, rodinné poradenství, psychiatrická péče, farmakologie, zlepšení fyzické kondice, zvyšování frustrační tolerance atd. Na oddělení je vysoce strukturovaný program, probíhá zde:

1. léčba komunitního typu – komunita probíhá 6 x týdně
2. skupinová psychoterapie – 4 x týdně
3. skupinová psychoterapie zaměřená na neverbální techniky
4. individuální psychoterapie nebo pohovory po dohodě s pacientem, event. zprostředkování individuální psychoterapie v jiné organizaci nebo v rámci OLZ Středisko pro psychoterapii, o.s. Anima – daří se nám zajistit paralelní individuální psychoterapii i během vlastní hospitalizace
5. práce s rodinnými příslušníky – informační semináře a doporučení k RT obdobné jako u individuální terapie
6. programy prevence relapsu, relaxační techniky, nácviky rolí.
7. pracovní terapie
8. sportovní aktivity
9. terapeutický bodovací systém
10. edukativní programy formou přednášek, popřípadě formou samostudia
11. doléčovací aktivity

Léčba je určena mužům starším 18-ti let, bez omezené způsobilosti k právním úkonům Horní hranice je stanovena orientačně na 65 let – individuálně se hodnotí přínos léčby pro konkrétního pacienta a jeho schopnost plně se zapojit do režimové a psychoterapeutické léčby (pracovní terapie, sportovní terapie, psychoterapie), v úvahu se bere i aktuální složení komunity, motivovanost jedince k léčbě.

## PSYCHOTERAPIE

V literatuře najdeme mnoho definic psychoterapie. Jaroslav Skála říkal, že psychoterapie je delikátní směs vědy a umění. Podle Kaliny (2013) mnoho definic říká, že jde o *léčení*. Pokládá však za důležité, aby tato definice obsahovala pojem „zdraví“. Podle něj může být slovo léčení zavádějící, jelikož nás často vede k pojmu „nemoc“. Mnoho terapeutů z různých směrů a škol se s pojmem „nemoc příliš neztotožňují a často jsou k němu zdrženliví. To však ovšem neznamená, že neuznávají existenci duševních poruch a diagnostické kategorie. V léčbě závislosti se pohybujeme v rámci určitého diagnostického okruhu, který je jasně vymezen Mezinárodní klasifikací nemocí (MKN 10), a přitom se vyrovnáváme s obrovskými individuálními rozdíly mezi pacienty, kteří mají stejnou diagnózu. Můžeme tedy říci, že každý člověk, tedy i člověk trpící poruchou tělesných či duševních funkcí, má v sobě určitý potenciál zdraví, který může sám či s odbornou pomocí rozvíjet. Myšlenka růstového, rozvojového, adaptivního potenciálu směřujícího k duševnímu zdraví a pomoc při odstraňování překážek, které brání, aby se tento potenciál uplatnil, je řadě psychoterapeutů blízká a dokáže je přes hranice směrů a škol spojit spíše než pojem nemoci.

Kratochvíl (2006, s. 108) uvádí účinné faktory společné pro různé psychoterapie takto:

1. **Vztah mezi pacientem a terapeutem:** pacient má k terapeutovi důvěru a očekává od něj pomoc, terapeut má rozvinutou schopnost empatie, pacienta akceptuje a je přesvědčený, že mu může pomoci.
2. **Výklad poruchy:** výklad umožňuje pacientovi, aby porozuměl svým symptomům, sám sobě a svým osobním problémům.
3. **Emoční uvolnění, abreakce, katarze:** pacient ventiluje minulé traumatizující zážitky i současné starosti a konflikty s příslušnými emocemi.
4. **Konfrontace s vlastními problémy:** pacient se vlivem terapie přestane vyhýbat problémům a situacím, které nezvládal, a naučí se jim realisticky čelit.
5. **Posilování žádoucího chování:** bez ohledu na teoretickou orientaci psychoterapeuti posilují svými slovy a jednáním žádoucí chování pacienta a pomáhají k odstranění chování nežádoucího.

Teorie nemoci a zdraví podle Vračic (překlad Zuzana Hubinková) v integrativní psychoterapii je založena na působení kontextu a kontinua, což vysvětluje v rámci dvou základních modelů onemocnění:

1. **Stresující model** – který zdůrazňuje význam kontextu problematického prostředí klienta a jeho reakce
2. **Strukturální model** – který je vývojově ukotven a zvýrazňuje význam kontinua, toho, co se děje v jednotlivých fázích klientova života a jeho reakce

Přičemž rozvoj duševní nemoci závisí na interakci fyzických, psychických a sociálních faktorů. Pokud je pouze jeden škodlivý, tzn. traumatická událost, pak by neměl vést k onemocnění. Pro vznik onemocnění je nutný řetězec takových událostí. Negativní faktory působí v každém životním období, některé jsou těžké a chronické. Chronické poruchy v dětství bývají nejničivější a obvykle se projevují později, protože dítě má méně příležitostí na ochranu a kompenzaci. Nemoc

se vyskytne pouze v tom případě, pokud v dlouhodobém horizontu nemá možnost kompenzace, a pokud prošlo zkušeností a současné životní prostředí směřuje k negativním očekáváním v budoucnosti.

V integrativní psychoterapii je za terapii považován každý dokončený proces, který znovu nastavuje nebo rozvíjí soulad (harmonii) člověka. Když terapeut a klient spolupracují, problémy se stanou viditelnými v průběhu terapie, a proto podléhají změnám. Pokud se jedná o dobrý vzájemný vztah klienta a terapeuta, rozvíjí psychický vztah mezi lidmi, a tato zkušenost vede k procesu léčení. To, co klient prožil v předchozím životě, se dříve nebo později, jasně či méně jasně, znovu děje ve vztahu s terapeutem.

Co patří mezi „psychologické prostředky“, jimiž psychoterapie uzdravuje či napomáhá zdraví? Jde především o komunikaci, k níž patří i tzv. paraverbální složka slovní komunikace, což je to, co emoce či kontext přidávají ke slovníkovému významu slov, která používáme. V komunikaci se projevují vztahy a postoje, probíhají v ní různé formy učení. Mezilidská komunikace je ovšem plná různých úskalí, je zdrojem problémů a nedorozumění. Člověk, který se pohybuje v nejasném komunikačním prostředí a spoluvytváří je, nemusí mít reálnou představu, kdo je „já“, co je „kontext“ a zda vůbec něco sděluje, co a komu. Terapeutická komunikace proto musí být především jasná a aby byla úzdravná, musí tyto složky ohraničit a naučit klienta, aby se v nich vyznal a vědomě je používal. (Kalina, K. 2013)

Veškeré lidské chování je provázáno emočním prožíváním, které však nemusí být vždy plně uvědomováno. Obvykle si uvědomujeme jen ty emoční stavy, které trvají i jen krátce, ale mají určitou intenzitu. Pokud tedy člověk neprožívá intenzivněji nějakou situaci či událost, může se mu jevit v každodenním životě jeho emoční stav jako převážně neutrální. Což znamená, že právě vykonávaná činnost probíhá „normálně“, bez problému, v souladu s navyklými způsoby nebo očekáváním. V psychoterapii jsou však zajímavější situace, kdy vznikají intenzivně pociťované emoce, jejich trvání a střídání, jejich vliv na chování jedince. Dále pak nakolik jsou projevovány navenek, jestli jsou čitelné pro ostatní a jak ovlivňují jejich chování. (Slaměník, I. 2011)

Můžeme si klást otázku, co pro nás emoce dělají? Podle DBT Skills Training Handouts and Worksheets od Marshy M. Linehan nás emoce:

1. **Motivují a organizují k akci** - emoce motivují naše chování, připravují nás k akci. Přičemž nutkání k akci pramenící ze specifické emoce je často biologicky naprogramováno. Emoce šetří čas, umožňují nám rychle jednat v důležitých situacích. Emoce mohou být obzvláště důležité, když nemáme čas si věci promyslet. Silné emoce nám pomáhají překonávat překážky – v naší mysli i ve vnějším prostředí.
2. **Emoce komunikují a ovlivňují druhé** - výrazy obličeje jsou vrozené aspekty emocí. Výrazy obličeje komunikují rychleji než slova. Řeč těla a tón hlasu mohou být také vrozené. Ať se nám to líbí nebo ne, také komunikují ostatním naše emoce. Když je důležité komunikovat něco druhým, nebo jim něco sdělit, může být velmi těžké změnit svoje emoce. Ať to zamýšlíme nebo ne, naše komunikace emocí druhé ovlivňuje
3. **Emoce komunikují nám samým** - emocionální reakce nám může dát důležité informace o situaci. Emoce mohou být znamením nebo varovným signálem, že se něco děje. Vnitřní pocity mohou být jako intuice – reakce na něco důležitého v dané situaci. To může pomoci, pokud využijeme emoce k tomu, abychom si ověřili fakta. **Pozor:** Někdy k emocím přistupujeme, jako by to byly fakta o vnějším světě. Čím silnější emoce, tím silnější je naše přesvědčení, že emoce je založena na faktech. (Např. „Když si nejsem jistý/á, tak jsem nekompetentní,“ „Když se cítím osamocně, když jsem sama, neměla bych být nechána o samotě.“ „Pokud něčemu věřím, je to pravda.“ „Bojím se, někde je nebezpečí.“ „Miluju ho, tak musí být OK.“ Pokud předpokládáme, že emoce reprezentují fakta o



vnějším světě, můžeme je použít jako ospravedlnění pro naše myšlenky a činy. To může být potíží, pokud díky našim emocím ignorujeme fakta.

## ALEXITHYMIE

Termín „alexithymie“ se obvykle překládá jako „bez slov pro pocity“ (Baštecká, Goldman, 2001). Slovo pochází z řečtiny, jedná se o ne zcela správně vytvořený řecký novotvar. Vystihuje komunikaci psychosomatických pacientů, u kterých bylo pozorováno stereotypní popisování tělesných obtíží bez odpovídajících emočních projevů, omezená fantazijní produkce a orientace na vnější události. Ve výzkumech se alexithymie užívá jako „heuristický konstrukt“ vhodný ke zkoumání role osobnosti a emocí v patogenezi somatických onemocnění (Taylor, 1999).

Chromý (2006) uvádí, že pojem alexithymie vytvořil v roce 1972 Kanadčan P. E. Sifneos ve snaze vystihnout stav chybění slov pro emoce. Vycházel z pozorování psychosomatických pacientů, u nichž si povšiml neschopnosti popisovat vlastní emoční stav a zároveň nápadné tendence ke konkrétní řeči, k popisu zevních událostí a somatických potíží.

Nešpor (2017) se zmiňuje též o neschopnosti popsat své emoce ale i neschopnosti uvědomit si je. S tím souvisí i zhoršená schopnost rozlišovat emoční stavy druhých lidí. Můžeme namítnout, že zhoršená schopnost uvědomovat si emoční stavy, může být následkem návykové nemoci, tedy nejen jednou z možných příčin. V každém případě můžeme říci, že se jedná o faktor, který je důležitý mít na paměti při prevenci a léčbě. Cruise a Becerra (2018) uvádějí, že alexithymie představuje významný rizikový faktor při vzniku psychosomatických a návykových nemocí.

Důsledky alexithymie vyplývají z existence poruchy kognicí nejen subjektivních emocí, ale také z poruchy kognicí emociogenních podnětů z okolí. U alexithymiků lze např. prokázat neschopnost rozpoznat dostatečně rychle výraz negativní emoce v obličeji jiné osoby. Mimo chudý slovník týkající se vnitřních stavů, řeč spjatou převážně se zevními událostmi a mimo chudou fantazii je u alexithymiků doložena řada dalších vlastností: slabá schopnost empatie, introspekce a vhledu, chladný vyhýbavý interpersonální styl s častějšími mezilidskými problémy, maladaptivní styl emoční regulace, nízká „emoční inteligence“, omezená schopnost „odkrytí se“ nebo vůbec angažování se při psychoterapii, sklon k silnému vnímání a katastrofickému interpretování běžných tělesných senzací. Alexithymici mívají více sebevražedných myšlenek, pocházejí z rodiny méně soudržné nebo silně emočně expresivní, narodili se častěji jako nechtění nebo mezi početnými sourozenci, měli nedostatek mateřské péče nebo byli týráni, vykazují menší sociální dovednost a absenci stálějšího partnerského vztahu. Chromý, K. (2006)

## BAŽENÍ A MOTIVACE

Nešpor (2017) uvádí, že závislí lidé si často hůře uvědomují své emoce. Ve skutečnosti se u nich silné emoce objevují často a působí jako spouštěč návykového chování nebo jsou jím vyvolány. Proto je důležitou součástí léčby návykových nemocí, zlepšování uvědomování si a zvládnutí emocí. Také jej lze spojit s posilováním motivace klienta. Například uvědomování si rizika a nepříjemných důsledků nezvládnutého jednání (třeba ostuda). Pacient by měl vnímat přímé i nepřímé následky v různých oblastech života, to je tak zvaná negativní motivace.

Bažení neboli craving je podle Kaliny (2015) velmi komplexní psychosomatický fenomén, který má složky fyziologické, neurobiologické, emoční, kognitivní a behaviorální. Samotné projevy cravingu daleko přesahují aktuální odvykací stav a mohou se objevit či přetrvávat řadu měsíců po vysazení drogy. Odborná veřejnost se shoduje v tom, že největší riziko pro relaps představuje craving nedostatečně uvědomovaný, nerozpoznaný a potlačovaný. Příčinou může být například výše zmiňovaná alexithymie, nadměrná únava, nerealistické nároky na sebe sama a tendence si myšlenky související s cravingem zakazovat a nepřipouštět.

Dobré zvládnutí emocí může usnadňovat zvládnutí bažení. Aby je závislý jedinec použil, musí si však rizikový duševní stav uvědomit. Bažení je klíčovým znakem závislosti a zároveň se v mnohém podobá silným rizikovým emocím. Podobně jako emoce je bažení provázáno stresem, znesnadňuje vnímání sebe sama i okolí, zhoršuje úsudek a oslabuje sebeovládání. Problémy v kontrole užívání jsou dalším znakem závislosti. Kombinace silné emoce a cravingu (bažení) společným působením vyvolává ještě větší stres, a ještě více oslabí sebeovládání. Přesně k tomu často dochází v případech recidivy. Nešpor, K. (2017)

Relaxační techniky mírní úzkosti, hněv, deprese, zlepšují sebeovládání a zmírňují únavu. Všechny emoce můžeme chápat jako projev energie a než ji necháme působit problémy, je lepší ji využít. Nešpor (2017)

## REGULACE EMOCÍ

Procesy, kterými jednotlivci ovlivňují své emoce, byly předmětem bohatého psychologického výzkumu. Tyto procesy mohou být automatické, bez našeho vědomí (např. zavírání očí, když sledujeme děsivý film) nebo mohou vyžadovat naše vědomé úsilí (přinutí nás k úsměvu i když se cítíme nervózní před vystoupením). I když existuje řada metod, které pravidelně využíváme k řízení emocí, výzkumy identifikovaly několik rysů emoční regulace. Patří mezi ně například cíl (např. sledování povzbuzující komedie ke zmírnění smutku) a stejně tak ovlivnění dynamiky a trajektorie emoce (např. snížení intenzity obav rozptýlením).

Přestože se někdy může zdát, že nás emoce rozladí, vlastně nás stále rozvíjejí. Podle procesního modelu regulace emocí můžeme interferovat s emocionálními procesy na různých místech, během časové osy vytváření emocí pomocí různých strategií. Například před aktivací emoční reakce se můžeme zaměřit na výběr a úpravu samotné situace (např. vyhýbání se obávaným situacím), na naši pozornost situaci (např. hledáme někde jinde) a na způsob, jakým rámcujeme její význam (např. potlačení negativních událostí). Jakmile je emoce na cestě, můžeme změnit naše chování nebo fyziologickou odezvu (např. usmíváme se, když cítíme strach). Ne všechny strategie jsou stejně adaptivní při regulaci našich emocí. V nedávném interview s jedním z vedoucích výzkumníků emoční regulace prof. Iris Mauss vysvětluje dvě z nejrozšířenějších strategií – **přehodnocení a potlačení** – a jejich důsledky pro naše blaho. Pogosyan, M. (2017)

**Přehodnocení** je kognitivní povahy, což znamená, že zahrnuje způsob, jakým lidé myslí a překrývají emocionální situace. To je považováno za pozitivní typ regulace emocí, protože je flexibilní, a protože přeměňuje celou emoci. Přehodnocení je spojeno s nižšími úrovněmi deprese a vyššími úrovněmi pohody. Potlačení, naopak, v podstatě stále prožívá emoce, ale brání jeho výchovému výrazu chování. Potlačení je považováno za negativnější typ emoční regulace. Jedním z důvodů je, že zkušenostní část emoce stále překonává. Druhý důvod je přirozeně více přenositelný. Vytváří asymetrii mezi tím, jak se člověk cítí a jak ho vidí ostatní, a to vede k negativním sociálním procesům.

Výzkum prokázal, že lidé, kteří užívají strategii přehodnocení, jsou schopni přehodnotit stresující situace reinterpetací významu negativních emočních stimulů. Řeší podmětne situace převzetím proaktivní role k obnově jejich nálad a přijutím pozitivnějších postojů. Toto úsilí je často odměňováno pozitivnějšími a méně negativními emocemi, stejně tak jako pružností, lepšími sociálními vztahy, větší sebeúctou a všeobecnou životní spokojeností.

**Potlačení**, na druhé straně, ovlivňuje pouze behaviorální odezvu emocí a málo omezuje jejich aktuální prožitok. To může vést k dojmům sociální komplikace – trvá požadavek ovládnutí a potlačení emocí – a vede k pocitům neautenticity. Studie ukázaly, že lidé, kteří používají potlačení jsou méně schopni opravit jejich negativní nálady, navzdory „maskování“ svých vnitřních pocitů. Zažívají méně pozitivních a více negativních emocí, mají méně životní spokojenosti a méně sebeúcty.

McLarenová (2016) uvádí, že vytěsnění nebo také potlačení je dovednost, kterou každý z nás ovládá. Když svoje city neumíme vyjádřit bezpečně nebo obratně, zatlačíme je do hlubin psychiky.

Spoléháme pak na to, že nevědomý vnitřní svět a často i tělo naše emoce přijme a „něco“ s nimi udělá. Problém vytěsnění spočívá ale v tom, že vnitřní svět představuje právě ten prostor, z kterého city pochází. Zasadíme-li emoce zpátky tam, odkud přišly, aniž bychom je vědomě zpracovali, vytvoříme nepříjemný zkrat v naší psychice. Když pocit ignorujeme a vytěsníme, pouze narušíme důležitý přirozený proces. Nevědomí pak má dvě možnosti:

1. Zvýšit intenzitu emoce a předložit nám ji ještě jednou, což může znamenat, že budeme trpět náladami, které nedokážeme řešit, případně nás budou emoce trápit čím dál víc.
2. Vzdát to a nacpat energii dané emoce hluboko do naší psychiky. Pocit tím přestane být čitelný jako takový, nadále si však uchová původní intenzitu a informaci.

Jak tedy můžeme trénovat naši schopnost efektivně regulovat naše emoce? Podle Dr. Mausse, emoční regulace není tak jednoduchá jako naučit se několik triků, jak změnit okolnosti. Různé faktory, včetně kultury, jsou ve hře, která může poskytnout adaptační nebo neadaptační strategie. Regulace emocí závisí také na intuitivních přesvědčeních a myslích, které lidé mají o svých emocích. Myslíte si, že máte své emoce pod kontrolou? Jestliže ano, potom je větší pravděpodobnost, že budete používat přehodnocující strategie, než když je vaše odpověď ne. Tak, jak uvádí Dr. Mauss, trénink emoční regulace adaptivnějšími způsoby může zahrnovat "změnu myšlení lidí a přesvědčení o jejich emocích".

**Přijetí emocí** je stav potvrzující, že člověk je emoční, ale rozhodnutý, že s tím nic neudělá, což znamená, že nemění emoce. Poněkud paradoxně, přijetí emocí se vztahuje k snížení negativních emocí, stejně jako k pružnosti. Takže absence emoční regulace může mít někdy nejlepší emoční regulační funkce. Např. lidé kteří přijímají své negativní emoce, když jsou stresováni, zažívají méně negativní emoce než lidé, kteří své emoce nepřijímají. Je to jeden z klíčových procesů „mindfulness“, který zahrnuje řadu různých psychologických procesů. Jedním z nich je uvědomování si emočních a psychologických stavů, druhý je nereagování nebo nepřijetí, které může být známkou absence emoční regulace. Může se to stát na první pohled rozporné, ale snad je to kombinace obojího, co jste chtěli: postoj emocionálního přijetí – potvrzení vašich emocí a neohrožování jimi – a věděním co můžu, pokud chci, kognitivně je měnit. Pogossyan, M. (2017)

Cíle emoční regulace popisuje DBT (2015) takto:

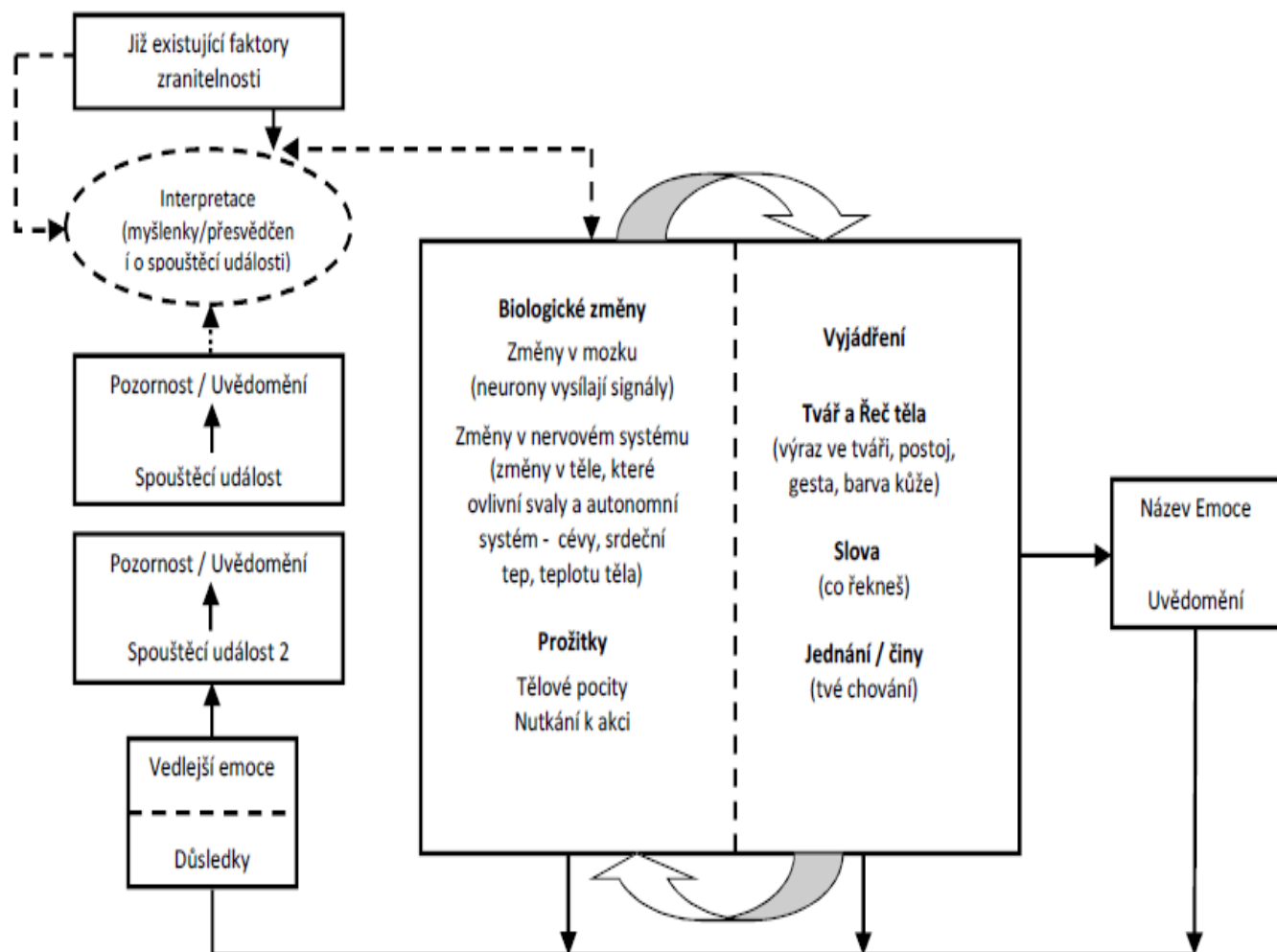
1. **Porozuměj a pojmenuj své emoce** – identifikuj (sleduj a popiš) své emoce. Poznávej, co pro tebe emoce dělají
2. **Sniž frekvenci nežádoucích emocí** – zabraň tomu, aby se nechtěné emoce vůbec spustily. Změň nechtěné emoce, když začnou.
3. **Sniž emoční zranitelnost** – sniž zranitelnost vůči emoční myslí. Zvyš odolnost, svoji schopnost vyrovnat se s náročnými věcmi a pozitivními emocemi.
4. **Sniž emoční utrpení** – sniž utrpení, když tě zavalí bolestivé emoce. Zvládni extrémní emoce natolik, abys věci nezhoršil/a

Každá emoce má nutkání k akci. Emoci je možné změnit tím, že se zachováme opačně k tomuto nutkání viz tab. níže.

Emoce	Nutkání k akci	Opačná akce
Strach	Utíkat/vyhnout se	Přiblížit se/nevyhnout se
Hněv	Zaútočit	Zlehka se vyhnout/být trochu milý
Smutek	Stáhnout se/isolovat	Být aktivní

Obr. 1 Model pro popisování emocí, přeloženo z *DBT Skills Training Handouts and Worksheets (2015)*

## Model pro popisování emocí



## POCITY PACIENTŮ

Kooyman (1993) uvádí, že v době, kdy pacient nastupuje do léčby, často prožívá pocity beznaděje a vlastní bezcennosti, proto je důležité a zásadní, aby v léčebném programu našel atmosféru, ve které není považován za beznadějný případ. Pozornost k pacientovi by měla být přijímající a nesoudící, a měla by zvyšovat jeho morálku a úctu k sobě samému.

Nešpor (2017) uvádí, že nebývá na počátku abstinence pro závislé snadné ani příjemné, uvědomovat si vlastní emoce. V dřívější době měli tendenci se nepříjemným duševním stavům a životním problémům vyhýbat a nyní jsou jim plně vystavováni. V průběhu pokračující abstinence se tato situace mění, emoce se projasňují, a tak se daří řešit některé problémy.

V průběhu léčby pacient prochází procesy, které souvisejí se zvyšováním vědomí, a které nejsou omezené pouze na kognitivní rovinu. Často jsou velice osobní a snadno vyvolávají silnou

emocionální reakci. Mnoho pacientů v psychoterapii má problémy s ohrožujícím potenciálem vlastních emocí, s jejich zvědoměním, přijetím a zpracováním. Psychoterapeutické přístupy v léčbě závislých se často odkazují na Casrielovu koncepci drogově závislého jako „člověka se zamrzlými emocemi“, který trpí úzkostí a bolestí, s níž nemůže ani bojovat, ale ani jí uniknout. Místo toho, aby zksesoval a maskoval svoje náhlá emoční hnutí, osobnost s narušeným charakterem potlačuje emoce vůbec. Zasouvá svoje pocity mimo dosah vědomí, uzavírá je do ulity nevědomí a nevědomě vytváří emoční izolaci. Kalina, K. (2013)

Podle Kaliny (2013) se mohou v bezpečném rámci psychoterapie uvolňovat emoce, které doposud nebylo možné projevit. Důvody jsou různé například nutnost sebeovládání, kvůli studu, hrdosti, obavě z negativních následků nebo traumatizace druhého. Toto chování si pacienti často nesou z rodinných vzorců až do dospělosti. Zvláště u mužů je častá myšlenka toho, že silný muž nepláče. A projevení této emoce se rovná slabosti. Bezpečí terapeutického vztahu nebo skupinového prostředí umožňuje pacientům se potlačených emocí znovu dotknout a projevit je. Objevuje se pláč, smutek, úzkost i vztek, často přicházejí rozpaky a nakonec úleva. Tento prožitek je potřeba „zachytit“ a podpořit v tom, že je to „normální“. Zásadním momentem emočního uvolnění je totiž zážitek přijetí (terapeutem, skupinou, sebou samým) i s vlastními slabostmi a temnými stránkami. Přijetí a sebezpřijetí umožňuje pacientovi projevovat, vyslovovat a zpracovávat negativní emoce a postupně se dostávat k prožívání a vyjadřování emocí pozitivních. Zážitek přijetí úzce souvisí s korektivní emoční zkušeností a je vlastně první zkušeností tohoto typu, kterou pacient v psychoterapii získává. Korektivní zkušenost znamená, že se pacient setkává s jinou odpovědí terapeuta či skupiny, než na jakou byl zvyklý ze svého předchozího života, jakou spoluvytvářel a jakou očekával na základě svých nesprávných generalizací, projekcí či přenosů.

Čtyři hlavní terapeutické strategie podle Vračíć (překlad Z. Hubinková):

1. **práce s vědomím** - emocionálně prožívat, porozumění, schopnost klienta přijímat nové zkušenosti, hledání smyslu
2. **další socializace/ další rodičovské porozumění** - vytvoření ústřední důvěry, rozvoj podporujících struktur, umožnění klientovi vytvořit další, nápravné a alternativní, emocionální a kognitivní zkušenosti s cílem odstranit nebo zmírnit nedostatky ve struktuře osobnosti
3. **aktivace zkušeností a tvůrčích schopností** - rozvoj osobnosti, tvůrčí odhalení, aktivace zkušeností orientovaných na zdroje a alternativní možnosti chování, aktivace a podpora vyjadřovacích schopností
4. **zkušenosti solidarity (vzájemné podpory)** - účast, praktická pomoc při překonávání každodenních problémů, podpora při vytváření psychosociální sítě a umožnění zkušenosti solidarity

## PŘENOS A PROTIPŘENOS

Přenos je silný emocionální vztah mezi terapeutem a pacientem, který nemůžeme vysvětlit aktuální situací. Jsou to naděje, obavy, očekávání, touha, které pramení z vlastní zkušenosti pacienta, nebo které se pacient naučil a které tvoří určité vzorce, podle nichž jedná v aktuálních situacích, které mu něčím připomínají ty minulé. V praxi to znamená to, že pacient, aniž by si to uvědomoval, má tendenci přepisovat terapeutovi určité postoje a charakteristiky spojené s lidmi ze své minulosti a chová se, jako by terapeut byl jedním z nich. Vztah pacienta k terapeutovi, tak může vyjadřovat náklonnost, lásku ale také nenávisť, nepřátelství apod. Bartošíková, Miovský a Kalina In Kalina (2003)

V terapeutické práci s přenosem se se podle Vračíć, I. používají čtyři strategie:

1. **práce na vztahu:** vývoj vztahu mezi pacientem a terapeutem
2. **práce na přenosu:** přenos zpracováváme, případně vyřešíme

3. **práce při přenosu:** terapeut vědomě bere na sebe pozitivní roli, kterou mu navrhl pacient
4. **práce ve vztahu:** vznikl pozitivní vztah, který je schopen unést konflikty

Na straně druhé, vnáší svoje zážitky, prožitky a neukončené záležitosti do vztahu s pacientem také terapeut. Přenos terapeuta se označuje jako protipřenos. Mluvíme o celé škále emocí, které pacient v terapeutovi vyvolává. Můžeme tedy říci, že pokud terapeut není sám v kontaktu se svými pocity, nemůže být dobře v kontaktu ani s pocity pacienta. Bartošíková, Miovský a Kalina In Kalina (2003)

Kalina a Hajný In Kalina a kol. (2015, s. 422) uvádějí, že přenosové jevy jsou u závislých pacientů časté a silné. Objevují se u nich zvláštní, tzv. neklasické typy přenosu, které nejsou pouze přenášením minulé zkušenosti, ale pocházejí z aktuálního psychického rozpoložení, vnitřních konfliktů a obranných mechanismů, jde o:

1. **Zrcadlíci přenos:** klient není schopen přijmout odlišnost druhých lidí (terapeuta, členy skupiny) od sebe sama a odpovídá hněvem či odmítáním. Podobně však reaguje i tehdy, zjistí-li podobnost.
2. **Pseudozávislý, funkcionální přenos:** pacient nepotřebuje terapeuta, ale specifické funkce, které má terapeut vykonávat pro něj či za něj, a jestliže ho terapeut frustruje, má na něj zlost.
3. **Instrumentální přenos:** tendence pacienta zacházet s terapeutem i s členy skupiny jako s věcí, nástrojem či loutkou.
4. **Externalizace:** pacient chrání před uvědoměním vlastních rozporů tím, že jednu jejich část připisuje terapeutovi nebo skupině.
5. **Idealizace nebo devalvace:** pacient v léčbě kolísá mezi naprostou idealizací terapeutů (nebo terapeutických programů, týmů, pracovišť atd.) a jejich totálním odsudkem a zneodnocením.

Rozbor přenosů a protipřenosů (např. během supervize) nabízí porozumění pacientově osobnosti a její vztahové kapacitě, protože to, co se v terapeutické situaci jeví jako ten či onen neklasický typ přenosu, je pouze koncentrovaným vyjádřením způsobu, jak se pacient vztahuje k lidem ve svém běžném interpersonálním a sociálním prostředí, a nakonec i sám k sobě.

## ZÁVĚR

Co říci na závěr. Emoce jsou v životě prospěšné a je jen na nás, jak se s nimi naučíme žít v souladu. Nejdůležitější je vlastní kompetence. Na mě jako na terapeutovi je navodit v léčbě pocit bezpečí, aby mohlo dojít k emočnímu prožívání a uvolnění. Aby pacient mohl být sám sebou, ať pláče nebo se směje. Hlavně, aby se za své emoce nestyděl a nemusel se cítit trapně. U našich pacientů se snažím o to, aby si uvědomovali, jak se cítí tady a teď, tlačím je k tomu, aby své emoce popisovali, a snažím se být důsledná v trvání na odpovědi. Většinou se tomu spolu na konci léčby zasmějeme a pacienti o tom mluví už sami, jak se cítí, co prožívají. Od Magdaleny Frouzové jsem z výcviku převzala každodenní zapisování NID a NED do deníku. Což je nejdůležitější informace dne a nejdůležitější emoce dne. Pokud pacient popisuje pouze situaci, neustále ho upozorňuji a připomínkuji, že to pořád není emoce. Když vidím, že má v tomto problém, snažím se ho podpořit a nabídnout mu škálu emocí.

V průběhu léčby se každý pacient potýká s pocity viny nebo stud, které jsou spojené s životním stylem, který pacient vedl. Je mu to líto, stydí se před rodinou, známými a v práci. O těchto

pocitech mluvíme na skupinách, pacienti se motivují k tomu, aby o tom se svými blízkými mluvili. Řekli jim, že je jim to líto a omluvili se. Jedině pak mohou pokračovat dál. Často mají strach dozvědět se, co všechno způsobili. Motivujeme je, aby dělali věci, které se bojí udělat. Když se jim takovou situaci podaří zvládnout, zvyšují svůj pocit kontroly a dovednosti. Motivujeme je k tomu, aby si udělaly seznam úkolů, které je trápí a postupně tak na věcech spolupracovali.

V řadě případů je prvním krokem k projevení emocí použití nějaké techniky. Já osobně mám ráda techniku sochání. V našem programu máme vymezený samostatný program, kde používáme relaxaci, různé imaginace a arteterapii. V neposlední řadě využíváme pracovní listy DBT viz. ukázka níže.

**Obr. 2** Pracovní list – emoční regulace, přeloženo z *DBT Skills Training Handouts and Worksheets (2015)*

## Sledování a Popisování Emocí

Datum \_\_\_\_\_ Jméno \_\_\_\_\_ Týden \_\_\_\_\_

Vyber si současnou nebo nedávnou emocionální reakci a vyplň co nejvíce informací na tento arch. Pokud spouštěčem emoce, na které pracuješ, byla jiná emoce (např. strach vedl ke hněvu na sebe sama), pak vyplň i druhý arch k první emoci. Použij Podklad Emoční Regulace 6 pro inspiraci. Využij místo na zadní straně, pokud potřebuješ víc místa.

NÁZEV EMOCE \_\_\_\_\_ INTENZITA (0-100): \_\_\_\_\_

SPOUŠTĚCÍ UDÁLOST mé emoce (kdo, co, kdy, kde): Co spustilo danou emoci?

\_\_\_\_\_

FAKTORY ZRANITELNOSTI: Co se stalo před tím, že jsem byl/a zranitelnější vůči spouštěči/ spouštěcí události?

\_\_\_\_\_

INTERPRETACE (domněnky, názory, vyhodnocení) situace:

\_\_\_\_\_

OBLIČEJOVÉ A TĚLESNÉ ZMĚNY, PROŽITKY: Co jsem cítil/a v obličeji a těle?

\_\_\_\_\_

NUTKÁNÍ K AKCI: Co jsem chtěl/a dělat. Co jsem chtěl/a říct?

\_\_\_\_\_

ŘEČ TĚLA, OBLIČEJE: Jaký byl můj výraz obličeje? Postoj? Gesta?

\_\_\_\_\_

CO JSEM ŘEKL/A v dané situaci? (buď specifický/á):

\_\_\_\_\_

CO JSEM UDĚLAL/A v dané situaci (buď specifický/á):

\_\_\_\_\_

JAKÉ DOPADY na mne emoce měla? (můj stav mysli, jiné emoce, chování, myšlenky, vzpomínky, tělo, atd)?

\_\_\_\_\_

### Použitá literatura:

Bartošíková, I., Miovsý, M., Kalina, K. (2003). Terapeutický vztah. Kap. 7/6 In Kalina, K. a kol.: *Drogy a drogové závislosti – mezioborový přístup*. Praha: Národní monitorovací středisko – Úřad vlády ČR.

Baštecká, B, Goldman, P. (2001). *Základy klinické psychologie*. Praha: Portál.



Cruise, K. E., Becerra, R. (2018). *Alexithymia and problematic alcohol use: A critical update*. *Addict Behav.*

Chromý, K. (2006), *Čes. a slov. Psychiat.*, 102, 2006, No. 7, pp. 363–370.

Kalina, K. (2013). *Psychoterapeutické systémy a jejich uplatnění v adiktologii*. Praha: Grada Publishing.

Kalina, K. (2015). Kognitivně-behaviorální přístupy. Kap. 22 in Kalina a kol.: *Klinická adiktologie*. Praha: Grada.

Kalina, K., Hajný, M. (2015). Psychodynamické a integrované přístupy. Kap. 23 in Kalina a kol.: *Klinická adiktologie*. Praha: Grada.

Kooyman, M. (1993). *The therapeutic community for addicts. Intimacy, parents involvement and treatment succes*. Lise (The Netherlands): Swets and Zeitlinger.

Kratochvíl, S. (2006). *Základy psychoterapie*. 5, přepracované vyd. Praha: Portál.

Linehan, Marsha M. (2015). *DBT Skills Training Handouts and Worksheets*, Second Edition Copyright.

McLarenová, K. (2016). *Řeč emocí*. NOXI, s.r.o.

Nešpor, K. (2017). *Emoční život osob s návykovou nemocí*.

Pogosyan, M. (2017). *3 Ways to Regulate Your Emotions*, website Psychology Today, September 14, 2017. URL <https://www.psychologytoday.com/blog/between-cultures/201709/3-ways-regulate-your-emotions>

Slaměník, I. (2011). *Emoce a interpersonální vztahy*. Praha: Grada Publishing

Taylor, G. J., Bagby, R. M., Parker, J. D. A. (1999). Alexithymia and its measurement. *European Journal of Personality*, 13, 511-532.

Vračíć, I. (překlad Zuzana Hubinková). *Integrativní terapie (EAG-FPI)*.

### **Elektronické zdroje:**

<http://www.adiktologie.cz/cz/articles/detail/630/4364/Luzkove-oddeleni-muzi>

<http://www.gestalt-drustvo.hr/o-gestalt-psihoterapiji/integrativna-terapija-eag-fpi>

<http://www.drnespor.eu/addictcz.html>

# Terapie poruch chování

Mgr. Blanka Gregorová

## Úvod

Pracuji jako klinická psycholožka na dětském oddělení v psychiatrické nemocnici. Klientelu tohoto oddělení tvoří chlapci mladšího školního věku, tedy děti zhruba ve věku 6 až 12 let. Diagnosticky se nejčastěji jedná o poruchy chování, hyperkinetické projevy, následky týrání, zneužívání a zanedbávání a sporadicky o psychotické stavy. Práce s dětmi, které přicházejí s potížemi v oblasti chování, je nejčastější náplní mého dne, proto bych se ve své práci ráda zaměřila na terapii poruch chování.

Nejprve bych se teoreticky věnovala diagnostické oblasti poruch chování, následně terapeutickým možnostem a ráda bych nastínila konkrétní způsob práce na našem pracovišti.

Ptáček (2006) ve své publikaci uvádí výzkum vedený Russelem, Rottnekem a Abbym v roce 2001, podle něhož mezi dětmi školního věku vykazuje určité příznaky poruch chování přibližně 6 – 16% chlapců a 3 – 9% dívek. Dále pak uvádí, že zhruba 40% dětí s poruchami chování se v dospělosti projeví antisociálním chováním. Myslím si, že takové číslo je velmi varovné a celá problematika si zaslouží více pozornosti nás všech, a ne jen mít tendenci nálepkovat „zlobivé dítě“ a více situaci neřešit.

## Poruchy chování jako diagnostická kategorie

Dle Mezinárodní klasifikace nemocí MKN-10 se jedná o oblast označenou kódově jako F90 – F98, která je pojmenovaná jako Poruchy chování a emocí se začátkem obvykle v dětství a adolescenci. Poruchy chování u dětí jsou zde definovány jako opakující se a trvalý (v trvání nejméně 6 měsíců) vzorec disociálního, agresivního a vzdorovitého chování, které porušuje sociální normy a očekávání přiměřená věku dítěte (např. krádeže, rvačky, krutost vůči lidem a zvířatům, záškoláctví, útoky z domova). Jedná se o závažnější projevy než jen obyčejnou dětskou nezbednost nebo rebelantství v adolescenci. Ojedinelé disociální, nebo kriminální činy nejsou samy o sobě důvodem pro tuto diagnózu.

V MKN-10 najdeme tyto diagnostické kategorie poruch chování:

### a) socializovaná

Poruchy chování se vyskytují u dětí, které jsou obvykle dobře zapojené do skupiny svých vrstevníků. Přítomno je přiměřeně trvalé přátelství s vrstevníky, často je celá skupina zapletena do delinkventního nebo disociálního chování. Vztahy k dospělým autoritám bývají špatné, k některým dospělým ale může být vztah dobrý.

### b) nesocializovaná

Typická je kombinace trvalého disociálního nebo agresivního chování s výrazným rozsáhlým narušením vztahů jedince k ostatním dětem. Klíčovým znakem je nedostatečné zapojení do skupiny vrstevníků. Projevem je pak izolace, odmítání nebo neobliba u ostatních dětí a nedostatek blízkých přátel nebo trvalých empatických, vzájemných vztahů k vrstevníkům. Vztahy k dospělým bývají poznamenány neshodami, nepřátelstvím a vzdorem. Může se objevit i dobrý vztah k dospělému, chybí mu ale důvěrnost. Přestupky obvykle páchá

dítě samostatně. Objevuje se tyranizování mladších, mnoho rvaček, vydírání, násilnosti, trvalá neposlušnost, hrubost, odmítání autority, nekontrolovaný vztek, krutost k druhým i zvířatům. Porucha se obvykle projevuje ve všech situacích, ale nejvíce bývá zřejmá ve škole.

### **c) porucha opozičního vzdoru**

Negativismus, vzdor a opoziční chování je přirozenou součástí vývoje a objevuje se v rozmezí mezi 1,5 až 5 lety, vrcholí kolem 3 let. Jako porucha je charakteristický výskyt u dětí ve věku do 9 až 10 let. Přítomno je výrazné vzdorovité, neposlušné, provokativní chování a nejsou přítomny vážnější disociální nebo agresivní činy, které by narušovaly zákon nebo práva druhých. Děti s touto poruchou mají často sklon vzpírat se požadavkům dospělých a pravidlům a úmyslně trápit druhé. Obvykle mají tendenci být zlostné, podrážděné a snadno rozzlobené druhými, které obviňují ze svých vlastních chyb a nesnází. Mají nízkou frustrační toleranci a snadno ztrácejí duševní rovnováhu. Častá je nepřiměřená míra hrubosti, nespolupráce a odpor k autoritě. Toto chování je obvykle dobře pozorovatelné v interakcích s dospělými nebo vrstevníky, které dítě dobře zná.

### **d) porucha chování ve vztahu k rodině**

Poruchy chování jsou úplně nebo téměř úplně omezeny na domov a nebo na interakce se členy nukleární rodiny nebo bezprostřední domácnosti. Může se jednat o krádeže věci z domova, destruktivní chování k věcem, ničení majetku, násilí vůči členům rodiny. Sociální vztahy dítěte mimo rodinu jsou normální.

### **e) jiné poruchy chování**

### **f) porucha chování nespecifikovaná**

Jiné dělení popisuje ve své publikaci Hort a kol. (2000), který uvádí poruchy chování se špatnou prognózou (dezinhibovaná přichylnost v dětství, nesocializovaná porucha chování, porucha opozičního vzdoru) a s lepší prognózou (porucha chování ve vztahu k rodině, socializovaná porucha chování).

Je nutné podotknout, že někdy chování dítěte v podstatě plně odpovídá očekávání rodiny (kriminální subkultura či rodinný delikventní kulturní vzorec), v těchto případech tedy jde především o sociálně podmíněné poruchy chování (Říčan, Krejčířová, 2006).

Z hlediska dalších kategorií se ve své praxi setkávám i s poruchami chování, které se objevují ve spojitosti s poruchou pozornosti, následně potom hovoříme o hyperkinetické poruše chování, ale také může být porucha chování spojena s poruchou nálady, takovou pak označujeme jako depresivní poruchu chování. Někdy se poruchy chování vyskytují v rámci mnohem závažnějších diagnostických jednotek, jako např. schizofrenie, pervazivní vývojová porucha atd., potom ale o poruše chování nehovoříme.

Pokud přemýšlíme, zda diagnostikovat poruchu chování, je důležité vždy brát v úvahu vývojový stupeň dítěte. Např. výbuchy zlosti jsou normální součástí vývoje tříletého dítěte.

Diagnóza obecně bývá založena na projevech jako jsou:

1. agrese vůči lidem a zvířatům (šikana, vyhrožování, vynucování si sexu, loupežná přepadení, ublížení na zdraví...)
2. ničení majetku (zakládání požárů, ničení cizích věcí...)

3. nepoctivost, lhaní, krádeže (lhaní pro osobní zisk, krádeže, padělky...)
4. vážné porušování pravidel (záškoláctví, útěky z domova, přenocování mimo domov...)

Při práci s dětmi, u kterých pozorujeme poruchu chování, je důležité hledat možný zdroj tohoto chování, neboli motivaci dítěte. Pro psychoterapii je tedy důležité hledat odpověď na otázky: proč dítě zlobí, proč se u něj vyskytují takto závažné patologické projevy? Krejčířová (2006) ve své publikaci popisuje 1. psychologicky podmíněné poruchy chování a 2. rodinně podmíněné poruchy chování.

### **1. psychologicky podmíněné poruchy chování**

a) Porucha chování je projevem hledání náhradního uspokojení při ztrátě nebo opakované frustraci. Často jde o vyjádření potřeb, které dítě jiným, přímým způsobem ve svém prostředí vyjádřit nemůže, hl. potřeba pozornosti a uznání. Tyto děti mívají obvykle bohatý fantazijní život a bývají značně nezralé. V rodině nebo mezi vrstevníky se cítí izolováni a odmítáni. Nejčastějším projevem bývají tzv. substituční krádeže (dítě si např. za ukradené peníze „kupuje“ přátelství vrstevníků, destruktivními činy vzbuzuje alespoň nějaký, i když negativní, zájem). Smysl náhradního uspokojení je vždy nevědomý a dítě své činy velmi často nedokáže nijak zdůvodnit. Čin není přímo zaměřen na osobní zisk, tresty se míjejí účinkem.

b) Poruchy chování se vztahem k emoční deprivaci. Disociální chování dítěte má vztah k dlouhodobé citové deprivaci dítěte v rodině či v ústavním prostředí. Častěji se objevuje i u dětí s ADHD či s poruchami učení, pokud se cítí společností odmítány a vylučovány. Tyto děti bývají často značně impulzivní a mívají výrazné obtíže v navazování hlubších citových vztahů. Výchovné prostředí bývá často charakterizováno nedostatkem důslednosti a disciplíny. U části těchto dětí bývá současně přítomen i zvýšený motorický neklid a potíže v oblasti soustředění pozornosti, jde potom o hyperkinetickou poruchu chování.

c) Poruchy chování na bázi disharmonického vývoje osobnosti. Těmto dětem chybí schopnost navazovat vřelé vztahy k druhým lidem, neprožívají lásku ani pocity viny. Bývají impulzivní se silnými agresivními tendencemi, jejich činy jsou zaměřeny především na okamžité vlastní uspokojení, nikoli proti konkrétním osobám. Většinou mají omezenou schopnost učit se ze zkušenosti, chybí jim vnitřní zábrany a kontroly. Před činy může docházet k výraznějším výkyvům nálady, obvyklá „neurotická“ úzkost ale chybí. Tyto děti často bývají vůdci party dospívajících. Vůči dospělým se někdy dokážou chovat mile a zdvořile, projevují se navenek jako rozumní a citliví, předvádějí lítost a slibují nápravu a polepšení, své sliby ale nikdy nedokážou splnit. Disharmonický vývoj osobnosti směrem k disociální poruše osobnosti v dospělosti je pravděpodobně mnohdy podmíněn či spolupodmíněn těžkou citovou deprivací těchto dětí v útlém věku a jeho terapie není prognosticky příliš nadějná.

d) Volání o pomoc – jde o externalizační typ poruchy adaptace. K rozvoji poruch chování dochází u dítěte v akutní tíživé situaci, dítě bývá současně i silně úzkostné či depresivní. Disociální činy nejsou zaměřeny na uspokojení vlastních potřeb dítěte a jeví se mnohdy až zcela nesmyslné, dítě jedná jakoby v panice a důvod činu samo nezná a neumí vysvětlit. Pro pozorovatele někdy může vznikat dojem záměrnosti. Relativně často se toto chování projevuje jen v některém specifickém prostředí, např. v rodině při vystupňovaných konfliktech dítěte s novým nevlastním otcem.

e) Poruchy chování jako projev jiné závažné psychické poruchy (schizofrenie, deprese).

## **2. rodinně podmíněné poruchy chování**

a) Rodiče sami mají nedostatečně zvnitřněné morální normy a jsou pro dítě modelem (např. dávají otevřeně najevo své uspokojení z podařených daňových úniků). Sami tedy skrytě stimulují dítě k překračování sociálních norem, někdy je implicitně povzbuzují k přestupkům i tím, že opakovaně zdůrazňují zákazy (nesmíš krást, pít, prát se,...) nebo dítě podezřívají a obviňují. Tím mu vlastně implicitně sdělují, že právě toto chování je od něj očekáváno. Výchova bývá celkově nedůsledná a dítě často není trestáno za přestupek jako takový, ale jen za některé okolnosti s ním spojené („Proč jsi to ukradl tak nešikovně, že tě chytili?“). U dětí často nenajdeme žádnou individuální psychopatologii a ani rodina nemusí být ve svém prostředí ničím nápadná.

b) Dítě s poruchou chování jako obětní beránek v rodině. Porucha chování u jednoho z dětí pomáhá v udržování rodinné rovnováhy, lze jí vysvětlit všechny problémy v rodině bez nutnosti řešit chronické skryté konflikty a bez ohrožení sebeobrazu všech ostatních členů rodiny.

Pokud se zaměříme na hledání příčin vzniku, odborná literatura se shoduje na multifaktoriální etiologii, tedy interakci biologických, genetických a psychosociálních faktorů. Ke znalosti biologických faktorů přispěly výzkumy, které ukazují na nižší úroveň aktivace centrálního a autonomního nervového systému, což se následně může projevat ve vyšší potřebě vyhledávání stimulů. Narušení struktury či funkce CNS může vznikat v období prenatálním, perinatálním i postnatálním. Důležitou roli hrají dědičné faktory. Látalová (2013) připisuje genetickým vlivům až 70% podílu na vzniku poruch chování. Dalším rizikovým faktorem na úrovni dědičnosti je temperament – zejména impulzivita, snížená citlivost ke kritice, lhostejnost, dráždivost, potřeba vyhledávat vzrušení, egoismus, odmítání sociálních norem. K psychosociálním faktorům patří především rodina, která pomáhá dítěti tvořit první normativní a hodnotový systém. „Rizikovní rodiče“ mohou vykazovat následující charakteristiky: porucha osobnosti, porucha chování, ADHD, zneužívání návykových látek, antisociální chování, neuspokojení dětem základní psychické potřeby jistoty, bezpečí a lásky, neúplné, dysfunkční rodiny, dvoukariérové rodiny, četné konflikty mezi rodiči. Prediktorem může být i nedostatečná péče, nedůslednost ve výchově a konfliktní vztah rodič-dítě. Důležitou skupinou, která může dítě negativně ovlivnit, jsou vrstevníci (Pugnerová, Kvitová, 2016).

Theiner (2007) uvádí ve svém článku také protektivní faktory, kam řadí dobrý vztah s rodiči, docházku do školy, která podporuje pocit pospolitosti a posiluje jednotlivce, dále přátelé s prosociálními zájmy. Méně ohroženi jsou podle něj adolescenti, kteří jsou inteligentní, školsky úspěšní, sociálně zapojení a kteří mají mimoškolní zájmy.

## **Terapie poruch chování**

Na začátek je potřeba říci, že nezbytnou podmínkou pro provádění jakékoliv psychoterapie je vytvoření prostředí bezpečí a důvěry, v němž může vyrůstat terapeutický vztah jako základní podmínka úspěšné práce s jakýmkoliv klientem. Mnoho našich dětských

klientů či pacientů ovšem přichází pod tlakem dospělé osoby (rodič, učitel, kurátor), proto samotná motivace k jakékoliv práci bývá velmi obtížná. Většinou tedy na počátku pracujeme s úvodní nedobrovolností dítěte (Ptáček, 2006). Dítě hospitalizované v našem zařízení musí zvládnout obvykle několikaměsíční pobyt mimo své známé prostředí (nejčastěji rodina, dětský domov). Pokud se ale podaří vytvořit fungující skupinu, kde se děti cítí bezpečně a důvěrně, lze pak využívat terapeutický vliv vrstevnické skupiny, která si navzájem poskytuje zpětnou vazbu a vytváří podmínky pro korektivní zkušenosti.

Jak je již uvedeno výše, klíčem přístupu k dítěti je hledání odpovědi, jaký je motivační zdroj daného poruchového chování.

Důležité je také vzít v úvahu i vyspělost morálního vývoje dítěte a zvážit vývojový aspekt celé situace. U mladších školáků často převažuje dle Kohlbergovy typologie předkonvenční úroveň morálního vývoje, ojediněle lze pozorovat vyšší stupeň konvenční úrovně mravního vývoje. V období předkonvenčním je morální rozhodování určováno vlastním prospěchem, event. vyhnutím se nepříjemnostem a trestům. Chování je určováno z vnějšku, děti nemají zvnitřněny morální kodexy a hodnoty, dobré a zlé je posuzováno podle důsledků, které přináší, ne podle podstaty činu. Za patologický projev má tedy přijít trest a za žádoucí chování má být odměna. Pokud toto chybí, dítě nemá důvody ke změně svého chování. V konvenční úrovni pak dítě začíná brát ohled i na potřeby a pocity druhých a svým chováním se snaží splnit sociální očekávání. Jednoduše řečeno, chová se tak, jak se od „hodné holčičky, hodného chlapečka“ očekává. Tento vývoj je přirozený (Langmeier, Krejčířová, 2006).

Terapie poruch chování v dětském věku úzce souvisí s jejich typem a prognózou. Pro dosažení alespoň základní efektivity musí být volen vždy komplexní, systematický a dlouhodobý přístup, ve kterém se angažuje podle možností nejširší sociální prostředí. Dále je třeba si uvědomit, že porucha samotná není ve většině případů záležitostí pouze dítěte, ale i jeho rodičů (případně dalších angažovaných osob). Někteří autoři poukazují dokonce na to, že behaviorální trénink a práce ve skupinách rodičů dětí s poruchami chování představují naprosto základní a zřejmě i nejučinnější faktor v komplexu celé nápravy (Searight, Rottnek, Abby, 2001).

Na počátku práce je důležité zkoumat, zda má dítě alespoň částečně definované výchovné normy, případně jak patologické je rodinné prostředí, tedy zda dítě vůbec ví, jaké chování je správné.

Práce s dítětem potom zahrnuje širší spektrum možností – využívá se psychoterapie, edukace, pedagogicko-psychologické poradenství, důležité jsou i vhodné volnočasové aktivity a v neposlední řadě někdy je na místě také psychofarmakologický zásah. Je ale nutné podotknout, že medikace projevy nežádoucího chování často jen zmírňuje, poruchu chování jako takovou vyléčit neumí (Theiner, 2007).

Obecně jsou nejčastěji využívány prvky behaviorální a kognitivně-behaviorální psychoterapie, podpůrné psychoterapie, rodinné terapie, možné jsou i skupinové psychoterapie rodičů. Velmi důležitou součástí je především pozitivní posilování, jehož účelem je navození žádoucího chování.

## **Terapie na dětském oddělení – vlastní praxe**

Na oddělení je hospitalizováno zhruba 15 chlapců ve věku 6 až 12 let. Důvody jejich pobytu, jak již jsem uvedla v úvodu, jsou různé, nicméně nejčastěji se diagnosticky setkávám s okruhem označovaným jako poruchy chování. Dlouhodobě se objevuje zhruba 50 – 80% takových případů. Jedná se o prvohospitalizace, ale také o opakované pobyty na našem oddělení. K hospitalizaci přicházejí děti většinou na doporučení dětského psychiatra,

klinického psychologa, pediatra, event. po domluvě se sociálním pracovníkem OSPOD (oddělení sociálně právní ochrany dětí).

Terapeutická práce spočívá často ve změně výchovných opatření, obvykle je žádoucí i izolace z patologického výchovného prostředí. Cílem samotné léčby je pomoci dítěti dojít k přijatelným postojům a vzorcům chování. Pokud se nedaří žádoucí změna chování, je na místě snaha alespoň minimalizovat nebezpečnost chování pro dítě samotné i pro jeho okolí.

Délka pobytu dětí na oddělení je středně- až dlouhodobá, tedy v řádech měsíců, neboť změna motivačních pohnutek a základních postojů vyžaduje dostatek času. Podstatou léčby je režimová terapie.

### **Terapeutická komunita - léčebné společenství**

Terapeutickou komunitu na oddělení tvoří děti a terapeutický tým, který se skládá z psychologa, psychiatra, arteterapeuta, pedagoga volného času, středního zdravotnického personálu a dalších. Jde tedy o soužití dětí a dospělých. Spojují je každodenní aktivity, společné zážitky, výlety, různorodé akce dle ročního období, kterými se dětem snažíme zpříjemnit pobyt mimo jejich obvyklé prostředí atd. Společně se podílíme na chodu oddělení a řešíme spolu různé situace. Děti mají možnost vyjadřovat se ke stanoveným pravidlům a režimu dne, tedy k řádu oddělení, který dodržují všichni. Každý člen komunity se může projevit, důraz je kladen na společné rozhodování, vzájemnou komunikaci a na aktivní účast při různých aktivitách i povinnostech v rámci provozu oddělení.

Jak již bylo uvedeno výše, zpočátku je nutné potýkat se především s ochotou spolupracovat ze strany dítěte. Důležité je navození vhodné atmosféry, v rámci které může terapeutický tým zahájit snahu o změnu či úpravu daného chování. Adaptační fáze každého dítěte je individuální, jak ve smyslu její délky, tak i ve způsobu průběhu.

Komunita také nabízí dítěti pocit sounáležitosti, důležitosti, ale také pocit, že zde je jeho místo, že může vyjádřit svůj názor. Dává prostor i pro sebepoznání, rozšíření sociálních dovedností a získávání nových zkušeností.

### **Režim oddělení**

Hlavním znakem je důsledný režim, který se opírá o pevný týdenní program. Každý zná své povinnosti, které musí plnit, a za které je průběžně hodnocen. Na základě hodnocení potom následuje systém odměn event. omezení či trestů. Důležitá je i časová perspektiva, po kterou hodnocení probíhá a následně je celkově komentováno. Časovým úsekem na našem oddělení je týden, kdy se každý čtvrtek odpoledne koná tzv. „komunita“, kde se schází celý terapeutický tým a děti. Hodnotíme proběhnutý týden, zabýváme se událostmi, které nás čekají, každé dítě je seznámeno se svým týdenním hodnocením, veřejně komentujeme velké úspěchy dětí, ale i výrazné prohřešky vůči pravidlům. Komunitu vede psycholog.

V průběhu dne je každé dítě opakovaně hodnoceno. Je důležité, aby ihned vědělo, po jakém druhu chování je odměněno, či potrestáno a mohlo z této zkušenosti čerpat příště.

Princip režimové terapie souvisí s Kohlbergovým předkonvenčním stadiem morálního vývoje, který je zmíněn výše, tedy jedná se o hodnocení následků chování – odměna, trest.

Pravidla jsou pro děti nastavena tak, aby každý měl šanci být úspěšný a nedošlo tak k poklesu motivace.

Zásada, kterou se snažíme řídit je – pro každého denně alespoň jedna pochvala. Někdy je velmi náročné pochválit dítě, které celodenně zlobí a nerespektuje pravidla a personál, nicméně je důležité najít každý den alespoň maličkost, kterou lze pozitivně ohodnotit, a ne jen kárat, křičet na děti, vytykat jim chyby. Je samozřejmě důležité poukazovat na nedostatky v chování, komentovat prohřešky, nicméně osvědčuje se přístup klidný a snaha o získání pozornosti dítěte. V ojedinělých případech lze přistoupit k hodnocení tzv. „ze dne na den“, kdy je dítě každé ráno seznámeno s hodnocením předchozího dne a následně se může či

nemůže zapojit do běžného programu. Pokud se zapojit nemůže, je mu nabídnuta alternativní aktivita tak, aby mělo každý den šanci být v něčem úspěšné a pozitivně hodnocené.

Režim jednotlivých dnů je obvykle pevně daný. Začíná budíčkem a ranní hygienou, snídaní, dále dopolední školní výukou, následuje oběd a odpočinek, během kterého se mohou konat lékařské vizity (primářská vizita je pak jednou týdně). Odpolední čas je již věnován terapeutickým aktivitám popsáním níže a školní přípravě. Následují volnočasové aktivity, pobyt venku, hry, sledování TV. Program končí večeří, klidovými aktivitami a uložením k spánku. Snažíme se režim dne upravit tak, aby dítě mělo šanci osvojit si a stabilizovat základní návyky.

### **Psychoterapeutický přístup**

Dlouhodobě se na našem oddělení osvědčuje direktivnější přístup, kdy dospělý vystupuje pevně a autoritativně, současně je ale důležité dávat dítěti pocit přijetí i s jeho nevhodným chováním a vytvářet atmosféru důvěry a bezpečí.

Stejně tak je důležité vymezit jasné a srozumitelné hranice, důsledně je dodržovat a vyžadovat jejich dodržování od ostatních. Cílem celé práce je vytvoření psychoterapeutického vztahu, jako hlavního zdroje možné změny.

Naší snahou je, aby dítě respektovalo nastavená pravidla, ale také to, aby si daná pravidla dokázalo přenést do svých původních prostředí a i tam je bylo schopno respektovat, což obvykle zkusíme prostřednictvím terapeutických dovolenek.

V rámci oddělení nejčastěji využíváme techniky behaviorální terapie s cílem osvojení si žádoucích způsobů chování, které by měly nahradit dosavadní nežádoucí způsoby chování. Behaviorální terapie je založena na využívání principů učení k získání žádoucích reakcí, jde o nácvik nového chování a řešení problémů. Strategií k získání takového chování jsou podmiňování a nápodoba. K strategiím odstraňování nežádoucího chování patří např. vyhasínání, tlumení a protipodmiňování (Kratochvíl, 2017).

Důležitá je také práce s vlastní agresí a hledání jiných způsobů odreagování než „zlobení“. Zabýváme se i rozšiřováním zájmového spektra, ukazujeme dětem různé aktivity a činnosti, snažíme se je učit, jak efektivně trávit volný čas. Do programu jsou zařazovány i techniky zaměřené na prevenci návykového chování, snažíme se zařazovat i relaxační techniky. V poslední době se také často zabýváme problematikou snadného zneužití prostřednictvím sociálních sítí a kyberšikanou. Dále pracujeme také v oblasti vztahu k sobě, ale také na celkovém sebepojetí a sebehodnocení dítěte.

V rámci psychoterapeutické práce se také snažíme o zařazování nových prvků, které by nám pomohly v práci s dětmi. Jedním z nich je i pořízení metody sandplay, kterou nově užíváme při individuálních sezeních. Jedná se o samostatnou metodu využívající projektivní potenciál písku a různých předmětů, tematicky není nijak omezen, dítě si může postavit cokoli, poté následuje rozhovor. Prostřednictvím této techniky je možné se dozvědět mnohem více o samotných potížích, o rodinných vztazích, o prožívání dítěte, ale i o jeho názorech a způsobech řešení problémových situací.

Nedílnou součástí se na oddělení také staly pravidelné pohovory s rodinami dětských pacientů. Vzhledem k tomu, že téměř každé dítě prochází komplexním psychologickým vyšetřením, seznamujeme pečující osoby s výsledky, probíráme motivační charakter daných poruch chování, nabízíme doporučení k další práci v domácím prostředí a společně se zamýšlíme nad možnostmi, které jsou pro rodinu realizovatelné. V průběhu hospitalizace dítěte jsem s rodiči opakovaně v kontaktu, hodnotíme průběh pobytu a terapeutických dovolenek, referují mi o efektu daných doporučení, která event. dále prohlubujeme či upravujeme dle potřeb dítěte a jeho prostředí. Je důležité domluvit společně pravidla, která budou respektovat jak rodiče, tak i dítě, naučit rodiče přestat dítě jen kritizovat a hledat na něm chyby a pomoci rodičům být jednotní a důslední ve výchově.



### **Bodový systém**

Základem režimové terapie je bodový systém, který slouží jako motivační prvek. Již výše jsem zmínila, že každé dítě je v průběhu celého dne opakovaně hodnoceno. Škála bodování na našem oddělení je pětistupňová. Nasbírané body jsou počítány jednou týdně. Je předem stanoveno, jaké postihy jsou za nízký počet bodů a současně jaká odměna následuje po nejvyšším počtu bodů. Vedle týdenního součtu se ještě objevuje měsíční, po kterém jsou děti s nejvyšším počtem bodů odměněny nějakou mimořádnou aktivitou.

Trestem nebo spíše omezením v rámci režimu je např. zákaz TV, některých odpoledních aktivit, opis pravidel oddělení, speciální školní úlohy, zamezení některých výhod (např. vycházka, dovolenka). K odměnám patří hry na PC, přístup k internetu, krmení zvířátek, sladkosti atd.

Ve snaze o vytvoření náhledu na vlastní chování má dítě možnost samo si navrhnout při skupinové terapii bodové hodnocení. Učí se tak adekvátně popsat a zhodnotit své chování a případně určit míru závažnosti svých prohřešků. Dítě dává návrh svého bodového hodnocení, terapeut následně komentuje svůj souhlas či nesouhlas.

Součástí je využívání i tzv. token ekonomy, kdy děti za určité aktivity, chování či hodnocení mohou získat v našem případě tzv. tolárky, měnu platící v rámci našeho oddělení, za kterou mohou nakupovat sladkosti, drobné hračky, oblečení, časopisy, kosmetiku či jiné věci v „obchůdku“, který organizujeme jednou za osm týdnů.

### **Program oddělení – aktivity**

Během dopoledne probíhá na našem oddělení školní výuka, odpolední aktivity se řídí denním a týdenním režimem. Součástí léčby je i družina, kde mají děti možnost napsat domácí úkoly a připravovat se na školní práci. U všech aktivit jsou děti děleny do skupin, ideální je počet 5 – 6 dětí na jednu aktivitu.

Snažíme se, aby každé dítě mělo možnost vystřídat se na všech aktivitách, a tak mělo šanci na stejné hodnocení v průběhu týdne.

Vedle skupinové psychoterapie mají děti arteterapii, chodí do terapeutických dílen, kde mají možnost vyrábět např. ze dřeva, papíru atd. Dále docházejí na sportovní aktivity, do programu byla zahrnuta muzikoterapie. Během odpoledne mají ale také děti volný čas, který mohou vyplnit hrou, odpočinkem, telefonováním s příbuznými. Snažíme se, aby nabídka pro děti byla zajímavá a pestrá.

### **Skupinová psychoterapie**

Každé dítě dochází jednou týdně na skupinovou psychoterapii. Snažíme se tvořit skupiny, kde jsou děti věkově, případně mentálně podobné.

Cílem je snaha o odreagování, osvojení nových způsobů chování a emoční korektivní zkušenost. Snažíme se dítě přiblížit k očekávané změně, podporovat nové žádoucí způsoby chování, ale také zažívat úspěch a ocenění.

Klasické vedení psychoterapie rozhovorem se jeví jako ne zcela vhodné, dětem chybí náhled na vlastní chování a vzhledem k nižšímu věku chybí schopnost introspekce, často mají obtíže pracovat na úrovni abstraktního myšlení. Osvědčují se tedy nové prožitky, nikoliv poznatky. Na přímý dotaz dítě v mladším školním věku nepojmenuje svůj problém, tak jak by to mohl zvládnout dospělý.

Základem práce jsou různé techniky, které často podáváme formou her, soutěží, nácviku rolí atd. Pokud ho necháme přehrát nějakou scénku, dává nám jeho projev materiál, který můžeme snadno a pochopitelně komentovat a hodnotit, co je žádoucí a co je nežádoucí, ukazovat ostatním, jak se mohou v dané situaci chovat jinak a jaké to pak může mít následky.

Využívány jsou behaviorální techniky, kdy si dítě přímo nacvičuje žádoucí způsoby chování, které jsou následně zpevnovány odměnou.

Do práce zařazujeme techniky na podporu spolupráce, kamarádství, důvěry, empatie a vzniku skupinové koheze. Vedle tohoto je ale nutné zmínit, že děti s poruchami chování jsou velmi často nastaveny hostilně k ostatním a jsou soupeřivé. Proto je práce především o trpělivosti, opakovaném vysvětlování a hledání nových způsobů, které jsou pro dané dítě žádoucí. Důležité je také to, aby terapeut stále udržoval prostředí bezpečí a důvěry. Ideálně by si měly děti z technik odnášet pocit radosti a dobře vykonané práce, ale také pocit sounáležitosti. S využíváním skupinových technik je potřeba pracovat velmi opatrně, děti jsou často k sobě navzájem nedůvěřivé, hádavé, s obtížemi dokážou spolupracovat. Častým úskalím je i to, že v rámci jednoho projektu si každé stejně pracuje jen na tom svém a velmi obtížně se zapojuje do společnosti ostatních.

K technikám, které využívám patří společné kresby, psychodrama, nácvik komunikace mezi vrstevníky, hraní rolí, napodobování modelů aj. Obvykle zadáváme nějaké konkrétní téma, situaci či problém, nad jejichž řešením se pak společně zamýšlíme. Probíráme výhody i nevýhody všech reakcí, které děti uvádějí, hledáme ty vhodné, které si pak děti mohou přímo zkoušet.

Pokud se podaří vznik dobrého terapeutického vztahu a upevní se skupinová koheze, může v rámci skupinové psychoterapie vznikat prostor pro ventilování negativních emocí a řešení vzájemných konfliktních situací. Každý člen má prostor pro vyjádření, kdokoliv může přinést téma na skupinu.

## **Závěr**

Smyslem této práce bylo seznámit čtenáře s diagnostickou kategorií poruch chování v dětském věku, nastínit možnosti terapeutického působení, ale také nastínit reálný způsob fungování jednoho dětského oddělení v rámci psychiatrické nemocnice.

Je důležité uvědomit si, že tyto poruchy je nutno vždy chápat v kontextu biopsychosociálního modelu, nikoliv hledat vinu jen v dítěti. V neposlední řadě je ideální mít možnost pracovat s celou rodinou i ostatními skupinami, ve kterých se dítě pohybuje. Je nutné edukovat je o dané problematice a snažit se pomoci dítěti zbavit se nepříjemné nálepky „zlobivého dítě“.

Dále bychom si měli uvědomit, že na každého klienta působí způsob terapeutického vedení oddělení odlišně. Stejně tak dítě vnímá rozdíly efektivity práce jednotlivých dospělých. Je nutné, aby všichni zúčastnění spolupracovali na společném cíli a uvědomovali si svůj vlastní vliv na jednotlivé klienty, či pacienty. Často do hry také vstupují osobní sympatie a antipatie mezi dospělým a dítětem.

Režimový způsob práce vnímám u dětí jako stále velmi přínosný. Důležité je ale uvědomit si, jak velkou roli hraje pro dítě srozumitelnost a pochopitelnost daných pravidel a řádu. Je tedy nutné přistupovat ke každému dítěti individuálně a přizpůsobovat program tak, aby každé dítě mohlo být úspěšné a mělo tak prostor k osvojení si a posilování žádoucích způsobů chování.

Dítě, které má potíže s chováním, by mělo být vedeno tak, aby vidělo, co je špatně a co je dobře, mělo by mít možnost naučit se dodržovat pravidla, která jsou pro něj přínosná, ale také pochopitelná.

Na úplný závěr bych ještě ráda uvedla, že se domnívám, že děti s poruchami chování by po proběhnuté hospitalizaci měly být dále sledovány v ordinaci klinického či dětského klinického psychologa. Často totiž dochází k opakovaným epizodám problémového chování a je nutné s daným dítětem a jeho rodinou pracovat dlouhodoběji.

## Seznam literatury

- Hort V., Hrdlička M., Kocourková J., Malá E. a kol.: Dětská a adolescentní psychiatrie. Portál 2000.
- Kratochvíl S.: Skupinová psychoterapie v praxi. Galén, 2001.
- Kratochvíl S.: Základy psychoterapie. Portál, 2017.
- Langmeier J., Balcar K., Špitz J.: Dětská psychoterapie. Portál, 2000.
- Langmeier J., Krejčířová D.: Vývojová psychologie. Grada, 2006.
- Látalová K.: Agresivita v psychiatrii. Grada, 2013.
- Mezinárodní klasifikace nemocí, 10. Revize. <https://www.uzis.cz/cz/mkn/index.html> (23. 2. 2018)
- Ptáček R.: Poruchy chování v dětském věku. Vzdělávací institut ochrany dětí, 2006.
- Pugnerová M., Kvitová J.: Přehled poruch psychického vývoje. Grada, 2016.
- Říčan P., Krejčířová D. a kol.: Dětská klinická psychologie. Grada 2006.
- Searight, H. R., Rottnek, F., Abby, S. L.: Conduct Disorder: Diagnosis and Treatment in Primary Care. American Family Physician, 2001, 63/8, 1579-1588.
- Theiner P.: Poruchy chování u dětí a dospívajících. Psychiatrie pro praxi; 2007, 2: 85-87.
- Vágnerová M.: Psychopatologie pro pomáhající profese. Portál, 2004.

# Jako život za sklem aneb psychoterapie traumatu

Mgr. Petra Majerová

1	Úvod .....	36
2	Trauma .....	36
3	Specifické fenomény u traumatizovaných .....	37
3.1	Přecitlivělost / necitelnost (arousal stavy) .....	38
3.2	Rozštěpenost a fixace na trauma .....	38
3.3	Znecitlivění, freeze a disociace .....	39
3.4	Jiné změny v osobnosti po prožití traumatu i v kontextu raného traumatu.....	40
4	Psychoterapeutické možnosti léčby .....	40
4.1	Obecné .....	41
4.2	Terapeutické modely práce s traumatem .....	41
5	Závěr .....	49
6	Seznam použitých zdrojů.....	50

## Úvod

„Jako život za sklem“ jsem tuto práci pojmenovala záměrně, jelikož mi přijde jako nejvýstižnější charakteristika toho, jak člověk po prodělaném traumatu prožívá svůj život. Jakoby ten život nebyl ani jeho, ale jen se ho formálně účastnil. Ona odevzdanost, s kterou lidé s traumatem trpí, je laicky mnohdy nazývána jako silná osobnost. Jiný pohled je člověka, který je ve svém traumatu uvězněn a neví, že věci mohou být jinak a dokonce lépe. A když si i umí představit, že by mu mohlo být lépe, neví, jak toho docílit, nebo proč se mu to pořád nedaří. „Trauma je jako blokáda v řece, která ji znemožňuje téct“ (Levine, 1997 in Quillman, 2012). A tady přichází na řadu velká pomoc v podobě psychoterapie.

Literatura v podobě dílčích a specializovanějších publikací na trhu sice dostupná je, ale těžko se dohledává publikace, která by poskytovala ucelený pohled na trauma, jeho vnitřní dynamiku, příčiny, následky a možnosti léčby. O takový rozšiřující vhled se pokusím ve své práci. Práce vychází především z dostupné zahraniční publikační činnosti a neklade si za cíl přinést vyčerpávající informace o problematice.

## Trauma

S pojmem trauma je možné se setkat v oblasti psychoterapie a psychologie v různých kontextech, např. v kontextu PTSD (posttraumatická stresová porucha), v kontextu deprivací v raných vývojových etapách života dítěte, v kontextu přírodních katastrof, násilné trestné činnosti, sexuálního zneužívání, emočního týrání, nemocí, psychických poruch, poruch chování a jistě mnoha dalších. Proto je potřebné pověnovat se vymezení pojmu trauma.

Trauma můžeme dělit do několika skupin a druhů podle jednotlivých rysů. Předně můžeme rozlišovat trauma způsobené vnějšími událostmi a trauma způsobené člověkem (Vizinová, Preiss, 1999). Avšak ať už se budeme bavit o traumatu vzniklém v důsledku dopravní nehody, z prožití přírodní katastrofy, války, ztráty, znásilnění, nebo o raném vývojovém traumatu, mají všichni jedno společné. Na nejobecnější rovině je trauma tedy jednorázový nebo opakovaný zážitek, kterému je jedinec bezmocně vystaven a na jehož zpracování není vnitřně vybaven, nebo je mu vystaven dříve, než je na jeho zpracování vnitřně vybaven, nebo došlo již k vyčerpání všech dostupných vnitřních i vnějších zdrojů (tzv. selhání adaptačních mechanismů). Typickým rysem je nemožnost danou situací extrémního děsivého ohrožení (životu, tělesné či psychické integrity) ukončit nebo ovlivnit (tedy prožít pocitu bezmoci). Trauma zůstává traumatem, protože není integrováno do psychiky člověka, a tak nemůže být úspěšně zpracováno (Van der Kolk, 2003).

MacLaren (2016) definuje trauma zajímavým přirovnáním k procesu iniciace. Ovšem dodává, že se jedná o iniciaci „*nesprávnou osobou, v nesprávný čas, nesprávným způsobem a s nesprávným záměrem*“, ale přesto je to iniciace, protože člověka prostě změní. Na rozdíl od adaptivní iniciace (srov. např. přechodové rituály u kmenů apod., *pozn. autora*) oběť traumatu nikdo nevíta nadšeně zpět, naopak, ta je spíše zatracovaná a pošpiněná. Nevrací se jako hrdina.

Jako společnost máme určitou představu, jaké situace označujeme jako traumatogenní. Ale přesto nelze říci, že pokaždé, zažije-li člověk některou z traumatogenních situací, bude ji také jako trauma vnímat. To je odvislé od mnoha okolností jako např. reakce sociálního okolí (tzv. sociální podpora), kvalita vnitřních zdrojů jedince (např. odolnost), jeho předchozí zkušenosti, síla a integrace osobnosti, předchozí ne/zpracovaná traumata apod.

Trauma je život ohrožující zahlcující zážitek, a k jeho úspěšnému zvládnutí je potřeba dosáhnout opětovné integrace osobnosti klienta. O tom, jak závažné důsledky prožití traumatu přinese (jakou reakci na trauma člověk vybaví), rozhoduje několik faktorů jako jsou: typ a stupeň traumatizující události; věk, kdy byl člověk traumatické události vystaven (děti jsou zranitelnější, neboť nemají rozvinuté copingové strategie); doba trvání traumatu (jednorázová, chronická, opakovaná expozice); tzv. risk faktory; schopnost seberegulace; úroveň a ne/existence rodinné a sociální podpory v době traumatu a po ní (Rasmussen, 2012). Jistou úlohu také hrají genetické predispozice, předchozí traumatizace oběti a předtraumatická osobnost.

Ovšem tzv. traumata raného vývoje (viz kapitola XXXXXX) se týkají řekněme skoro každého. Dle výsledků prezentovaných Pilkington a Kremer z roku 1995 (in Paivio, Pascual-Leone, 2010) až 90 % klientů v terapeutické léčbě je traumatizovaných. Taková traumata zanechávají hluboké otisky v našich osobnostech už jen proto, že v daný moment byl znemožněn optimální rozvoj a naplňování celé osobnosti dítěte. Samozřejmě, že následky (rané, komplexní) traumatizace se objevují tím víc, čím více jedinec roste a je vystaven čím dál složitějším nárokům vnějšího světa, zvláště pak sociálního prostředí.

Velkou pozornost terapeuté věnovali léčbě traumatu z prožití války a vznikaly nejrůznější způsoby, jak léčit důsledky prodělané hrůzy přetrvávající v podobě PTSD. Podobně je stále živě diskutovaným tématem trauma ze znásilnění, násilných útoků, sexuálního zneužívání v dětství, vystavení mučení či přihlížení páchanému násilí.

V terapeutické praxi není tolik podstatné, o jaký druh traumatu se jedná (přírodní katastrofa nebo sexuální zneužití). Nýbrž se individuálně posuzuje závažnost a hloubka poškození klienta a vhodnost zvoleného postupu s ohledem na jeho aktuální osobnostní výbavu, de/stabilizaci a osobní preference terapeutických přístupů klienta. Viz kapitola Terapeutické modely práce s traumatem.

## **Specifické fenomény u traumatizovaných**

Nyní se na trauma zaměříme z hlediska bioneurohumorální podstaty jeho symptomů. Jinak řečeno, co se děje v době traumatu v mozku (který ještě pořád vnímáme jako sídlo naší osobnosti) a v našem těle. Pro pochopení závažnosti a vzniku traumatu bude věnován také prostor etiologii raného vývojového traumatu.

Traumatický zážitek představuje ohrožení psychické i tělesné integrity. Zanechává však trvalé změny ve fungování člověka jak v kognitivní, afektivní, behaviorální úrovni, tak jsou patrné i změny ve fungování mozku, humorálního i nervového systému (Van der Kolk, 1994)

### **Přecitlivělost / necitelnost (arousal stavy)**

MacLaren (2016) popisuje přecitlivělost jako důsledek neexistujících psychických hranic, kvůli čemuž je traumatizovaný neustále zaplavován podněty z okolí. Proto je neustále nastražen, vyladěn na ohrožující podněty. Pro odpočinek buď oddělujeme sebe ze sociálního kontaktu (disociace, nebo stáhnutí se) nebo od sebe oddělíme druhé (neumožňujeme komunikaci, izolace aj.).

Traumatický zážitek zůstává v paměti těla a také se vepisuje jako vzorec biologické odpovědi na stres. To má za následek typické lekavé nebo přehnané reakce, kterým okolí většinou nerozumí. Traumatizovaný zdánlivě (pro okolí) nepodstatné podněty vyhodnocuje jako ohrožení, právě v důsledku vysokého arousalu (úroveň vzrušení, nabuzení nervové soustavy, *pozn. autora*) (Van der Kolk, 1994).

Traumatizovaní žijí trvale ve velké psychické nabuzenosti (hyperarousal), ostražitosti, což je energeticky náročný proces. V zájmu vlastní ochrany duševního zdraví se potřebují tzv. vypínat („shut down“). Mohou zaujmout buď strategii vyhýbání se všem spouštěčům traumatických vzpomínek a prožitků, nebo se naopak emočně zciticlivět, emočně ochabnout. Působí pak jako roboti, nebo se odpojí od prožívání emocí úplně. Emoce nevnímají jako informaci o vlastním významu aktuálního dění, nýbrž jakýkoli nárůst emoční aktivity spouští reakci typu „fight/flight“. Navenek se chování jeví druhým lidem jako buď zamrznutí „freeze“, nebo přehnaná reakce (např. agresivní výbuch, panika ...) (Van der Kolk, 1994).

Polyvagální teorie (Quillman, 2012) vysvětluje mj. roli autonomního systému (ANS). ANS má za úkol nás udržovat naživu. Mapuje naše vnitřní prostředí, reguluje hormonální úroveň. ANS je řízen hypothalamem. Parasympatikus odpovídá za naši sociabilitu. Sympatikus odpovídá za „fight/flight“ reakci na stresový podnět. Pokud je však boj, útěk znemožněn (situace traumatu), přebírá funkci parasympatikus (dochází k reakci zamrznutí - freeze, disociaci). ANS tímto člověka chrání, jelikož ve stavech disociace máme sníženou čivost pro bolest a jsme připraveni naším tělem „pro relativně bezbolestnou smrt“.

### **Stavy hyper/hypoarousal**

Hyperarousal stavy zahrnují paniku, zuřivost a hypoarousal stavy naopak disociaci, freeze. V těchto extrémních polohách se traumatizovaní pohybují neustále a v důsledku toho se klienti snaží od těchto stavů oprostít různými způsoby (návykové látky atd.).

### **Rozštěpenost a fixace na trauma**

Podíváme-li se na životy traumatizovaných jedinců, nelze si nevšimnout, že jsou lidé, kteří mají tendence se do traumatizujících situací dostávat častěji než jiní. V zásadě jde o to, že traumatizovaný má tendenci své trauma dokola opakovat. A za druhé člověk, který byl traumatizovaný ve svých základních potřebách jako dítě, je predisponován za pomoci různých sebezáchovných strategií stát se znovu obětí traumatu. Pro člověka je typické vyhýbavé chování s cílem ochránit se před spouštěním emočních prožitků spojených s traumatem. Nicméně vzpomínkám nelze uniknout, i když je potlačíme, dostávají se do snů (noční můry), nebo formou flashbacků do vědomí (Van der Kolk, 2003).

### **Rozštěpenost**

Rozštěpenost v podstatě znamená nemožnost integrace traumatické paměťové vzpomínky. Paměť funguje na bázi integrování nových vzpomínek do již existujícího schématu (Van der Kolk, 2003). V případě zdravých optimálních podmínek je původně izolovaná nová informace součástí širší paměťové mapy, je ve spojení s dřívějšími událostmi a emočním stavem. V případě traumatu jsou vzpomínky rozštěpené, nepropojené a vystupují buď jako amnézie nebo naopak hypermnézie

(ulpívavé živé vzpomínky). Běžné vzpomínky časem slábnou. U traumatických je to naopak, jsou stále živé. Existují na nevědomé úrovni a jsou těžce převoditelné do slov. Proto je jejich vyjádření podporováno neverbálními technikami.

Traumatické vzpomínky se objevují jako tělesný prožitek (úzkost či panika) a visuální obrazy (noční můry a flashbaky). Ovšem obojí existuje odděleně od vědomí. Nejde jim tedy přisoudit původ, tedy že pocity a obrazy souvisí s prodělaným traumatem (Van der Kolk, 1994).

Za integrování podnětu a přiřazení mu vlastního významu odpovídá tzv. HAP dráha (hippocampus, amygdala, prefrontální kortex). Amygdala spravuje dlouhodobou paměť. Při stresu zvýší svou činnost, až dochází k hypermnézii ukládané situace. Avšak, je-li amygdala stimulovaná nadměrně (*traumatický zážitek, pozn. autora*), utlumuje se kognitivní evaluace a sémantická reprezentace a naše vzpomínky se uloží jen jako rozštěpená emoční vzpomínka a visuální obraz. Proces další konsolidace (rozpomínání) s sebou nese nárůst arousal stavu (vyšší nabuzení, emoční rozrušenost, únava...). A kdykoli dojde v těle k navýšení arousal hladiny, spouští se vzpomínky. Takto dochází k opětovnému prožívání traumatu. Před tímto např. chrání hormon oxytocin, díky němuž máme potlačené vzpomínky na porod.

Amygdala úzce spolupracuje s hippocampem, který však až do přibližně 4 let věku nemáme plně myelizován (prvdp. dětská amnézie). Hippocampus rozhoduje, zda novou vzpomínku propojí s ostatními a zjistí, zda nová vzpomínka je spojena s odměnou/trestem. Pokud hippocampus rozhodne, že vzpomínku propojí dál, dostává se do prefrontálního kortexu. Ten vzpomínku následně propojí opět s amygdalou a tím dochází k integrované vzpomínce. U traumatu je tento proces přerušen.

Kortex odpovídá za proud vědomí, basální ganglia za proud pohybu a limbický systém za proud emoci. Limbický systém vyhodnotí vše nové, nebo ohrožující a ne/pustí tuto informaci do kortexu.

### **Fixace na trauma**

Pierre, Janet (in Van der Kolk, 2003) uvádí, že z traumatizující události se člověk nedokáže učit, a proto dochází k opětovné traumatizaci pořád dokola. Tím také dochází k upevňování této zraňující zkušenosti. Traumatizovaný nedokáže situaci zdárně vyřešit, neboť se soustředí na udržení vysoké míry kontroly svých emocí.

Neschopnost poučit se (vyřešit své trauma) je také jedna ze sil, která udržuje proces traumatizace v chodu. Nadměrná stimulace CNS může vést až k trvalým neurálním změnám s negativním dopadem na učení, habituaci a podnětovou diskriminaci. Zdravá CNS reaguje habituací po 3-5 expozicích (měřeno s akustickým podnětem). U traumatizovaných je tento proces výrazně ztížen. Každý podnět je vnímám jako nový a nebezpečný. Tudíž je i ztížená integrace takových zážitků. (Van der Kolk, 2003).

### **Znecitlivění, freeze a disociace**

Všechny uvedené strategie v nadpisu jsou způsoby, jak oddělit svou mysl od prožitku. Jedná se o v podstatě přirozený projev naší psychiky. Každý si občas neuvědomujeme, co se právě děje v našem těle. Problém u disociace traumatu nastává však tím, že se zpětně nedokážeme spojit se svým prožíváním a vnímat je v celku. Nemůže pak dojít k obnově do stavu pohody. Jedná se o jakési ustrnutí v disociativním stavu. Zamrznutí a panika, obojí souvisí s explicitní pamětí. Freeze – numbing umožňuje vědomě neprožívat, nepamatovat si zahlcující zážitek (ale na druhou stranu brání učení se ze zkušenosti) (MacLaren, 2016, Van der Kolk, 2003).

Kortizol, epinefrin a norepinefrin mobilizují naše tělo, odpovídají za stresovou reakci. Ovšem, pokud je znemožněno, aby opětovně došlo k poklesu této hormonální hladiny (dosažení klidu, uvedení do stavu pohody), dochází naopak k znecitlivění organismu. Opioidy zase tlumí bolest a produkují se při pocíťování strachu. Snížená hladina serotoninu souvisí s lidskou podrážděností, impulsivitou a agresivností. Pravděpodobně hraje roli při rozhodování, zda bude člověk reagovat spíše na okolní nebo vnitřní podněty a odpovídá za ne/adekvátní reakci, kterou vybavíme na základě tohoto vyhodnocení významu podnětů. Zdá se tedy, že tlumící hormony jsou účelné pro přežití v rámci defensivních strategií. Silné emoce blokují prožití bolesti. (Van der Kolk, 1994).

## **Jiné změny v osobnosti po prožití traumatu i v kontextu raného traumatu**

Čím dál častěji se stekáváme s výzkumy vědců, že náš duševní život (potažmo osobnost) se zakládá nikoli okamžikem porodu, ani krátkou dobou předporodní, ale již v prenatalním období, zvláště v prvních měsících života jako tzv. plodu. Vychází se z teorií Mahlerové, Bowlbyho a četných následných výzkumů o prenatalním vývoji a stresu. Existuje souvislost mezi strádáním plodu na biologické úrovni a prožíváním tohoto život ohrožujícího strádání na psychické/emoční bázi. Vědci snášejí důkazy o tom, jak emocionální ne/naladění matky, její fyzická a psychická ne/pohoda ovlivňují nejen biologické zdraví budoucího dítěte, ale také zakládá základní stavební bloky k tzv. rané citové vazbě mezi matkou a dítětem (attachment). Dítě se vyvíjí v děloze, kterou můžeme chápat jako ochranný obal, stejně tak jako prostor, ze kterého není úniku (v případě ohrožení). Plodu nezbyvá než v nepříznivých podmínkách v rámci svého přežití ustrnout (známá strategie *freeze*, viz výše), stáhnout se a přečkat nepříznivé období. Ovšem tato zkušenost v jedinci přetrvává jako zkušenost přímo bazální.

Později se můžeme v raném věku člověka setkat s tématem porodních traumat, kterým bylo věnováno velké pozornosti Otto Rankem a dalšími. Období prvních měsíců života dítěte je také velmi citlivé na péči, a tedy i na traumatizování dítěte. Více o tom hovoří teorie attachmentu, neboli rané vazby, z které při léčbě traumatu některé psychotherapeutické modely vychází. Attachmentovou vazbou, připoutání se, je vybaveno každé dítě bez ohledu na to, zda je jeho pečující osoba dobrá nebo nedobrá. Je-li nedobrá, dítě se postupně učí nespolehat na své okolí, na pečující osobu a buduje si nedůvěru ve svět. V rámci přežití u něj dochází k vytváření si náhradních přeživších strategií ke kompenzaci prožívaných traumat (v úrovních nesaturované potřeby spojení, důvěry, péče, autonomie a lásky) (Heller, LaPierre, 2016).

Nápadnými znaky prožívaného a prožitého traumatu jsou reakce v chování jako: disociace, zamrznutí (*freeze*, strnutí), rozštěpení myšlenek, obtížné prožívání (ne/uvědomovaný strach, děs, hrůza, vztek...), znečitlivění, opakování intruzivních myšlenek, neustálá ostražitost, fixace na trauma, výbušnost a na druhou stranu také ochablost (Van der Kolk, 2003). Trauma má však mimo tyto psychické a fyzické dopady i společensky devastující účinky (Paivio, Pascual-Leone, 2010). Komplexní trauma jako opakované vystavení traumatizujícím událostem (násilí, zneužití důvěry osobami attachmentové vazby aj.) vede k potížím v dospělosti ve formě PTSD, úzkostných stavů, deprese, látkové závislosti, sebepoškozujícího chování a jiné osobnostní patologie. Neoddiskutovatelné následky však zanechává na emočním vývoji člověka, schopnostech vztahování se k druhým lidem a smyslu prožívání Self. Zážitky bezmoci a teroru, vyděšení a hrůzy vedou k rozvoji PTSD. Nastupuje také prožívání viny, studu, sebeobviňování se za to, že se stali obětí, vzteku a smutku. Lidé prožívají flashbacks, jsou neschopni využít pomoc okolí, mají potíže s empatií (příliš empatictí bezhraničně až po úplnou ztrátu empatického spojení s druhými), trpí neadekvátními emočními reakcemi (alexithimie), potýkají se stavy deprese. Nejsou schopni ovládat stavy úzkosti a pracovat s agresí. Obvykle otáčejí agresí proti sobě (protože nemohla být otočena konstruktivně do změn vnějších podmínek).

## **Psychotherapeutické možnosti léčby**

Pro práci s traumatem je potřeba především vytvořit pevný a bezpečný terapeutický vztah. Jelikož je trauma z velké části záležitostí těla, kdy traumatizovaný nemá přístup k svému tělesnému prožitku (je tzv. odpojený), je potřeba jej zpřístupnit a dále se zaměřit na práci s emocemi.

Typické potlačované emoce jsou vztek a strach. Obnovení potlačeného hněvu vede k obnovování svých hranic mezi vnějším světem a zraňujícími podněty. Přijetí strachu může znamenat obnovení instinktu a ostražitosti (mnohdy v průběhu léčby klient zažívá přechodně záchvaty paniky). Dotýkat se hněvu bylo v době vzniku traumatu devastující a potlačování vzteku se stalo sebezáchovnou strategií. Přijetí smutku nám napomáhá oprostít se od něčeho, na čem jsme lpěli, ale ono nás to stravovalo. Při práci s traumatem se klient také setkává s tématem odpuštění. To však může nastat až po zpracování vzteku (po obnovení hranic svého bezpečného prostoru v duševním i fyzickém světě klienta).



Výsledkem je přijetí faktu, že traumatizovaný je „*správná osoba, které se stalo něco nesprávného a již se to nestane, protože trauma nad ním už nemá moc*“.

Klienti mají narušenou schopnost sebeutišení (stavy hyperarousal – „neustále ve střehu“, disociace – „*únik, když není úniku*“, emoční dysregulace apod.) a narušenou schopnost a kapacitu vztahovat se k druhým (Quillman, 2012). Trauma způsobuje, že klient prožívá opakovaně stav, kdy jeho autonomní nervstvo reaguje na neutrální podněty v okolí jako na nebezpečné a on není s to je regulovat.

## **Obecné**

Praško et al. (2003) uvádí několik terapeutických přístupů využívaných k léčbě traumat.

### **Podpůrná terapie**

Při práci s traumatizovanými se setkáme s podpůrnou terapií, která klade důraz na empatické porozumění prožívání klienta, na jeho přijetí a terapeutický vztah. Přínosné je zformulování traumatického příběhu do slov, pojmenování pocitů s tím spojených, znovuprožití bolestných míst v bezpečném prostředí (emoční korektivní zkušenost).

### **Psychodynamicky orientovaná terapie**

Pracuje s kognitivní rekonstrukcí traumatického zážitku, umožňuje emoční abreakci, katarzi. Klient vytváří náhled na své maladaptivní strategie a postoje vzniklé v důsledku traumatu i během svého vývoje.

### **Skupinová terapie**

Skupinová terapie přispívá k léčbě traumatu možností sdílet své traumatické zkušenosti v bezpečném prostředí. Skupina a její členové mohou být zdrojem nejen pochopení, ale i podpory. Zároveň skupina poskytuje prostor k sociálnímu přijetí (saturace potřeby spojení). Sdílené zkušenosti ostatních působí jako prevence proti pocitu výjimečnosti ve svém trápení.

**Manželská a rodinná terapie** je většinou následující nebo doplňující terapie při individuální léčbě traumatu klienta.

Široké užití představuje **KBT přístup** založený především na expozici za účelem habituace (desensitizace) na traumatizující podněty.

**Terapie uměním**, hrou (sandplay), kreslením, dramaterapie, **hypnoterapie**, **relaxační techniky**, aj. představují spíše doplňkové přístupy v hlavních proudech v léčbě traumatu.

## **Terapeutické modely práce s traumatem**

### **EFTT**

EFTT – Emotion Focused Therapy for Trauma (Paivio, Pascual-Leone, 2010) se zaměřuje na léčbu rané traumatizace, léčí zranění z minulosti. Stojí na vyřešení vztahů s attachmentovými osobami. Je vhodná pro klienty, kteří jsou schopni o traumatu mluvit, aniž by se tím znovu traumatizovali. Naopak není vhodná pro klienty, kteří nenalézají spojitost mezi ranou traumatizací a aktuálními vztahovými problémy a raději se věnují řešení aktuálních problémů. Pracuje se s emočním prožíváním klienta, kde se učí mj. rozlišovat mezi zdravými a maladaptivními emocemi.

Léčba se skládá z několika fází. Fáze 1 sestává vytváření terapeutického vztahu, zmapování zažité zkušenosti a konfrontační imaginace. Fáze 2 se zaměřuje na práci se snižováním prožívaného strachu, úzkosti a vyhýbavého chování. Důležitou součástí je také zpracování pocitů studu, viny a sebeobviňování s cílem pochopit, že ohnisko odpovědnosti za způsobené trauma je na pachatelí. Fáze 3 se zabývá na zpracování vzteku, smutku a zármutku. 4. fáze je ukončovací.

### **TST**

TST, neboli Trauma System Therapy (Saxe, Ellis, Kaplow, 2007; Saxe et al., 2005)) pracuje s oběťmi traumatu systémově (rodinou, školou...). Vychází z teoretického předpokladu, že ty vzpomínky a

okolnosti, kvůli nimž dítě prožilo trauma, indikuje existenci nestabilního a nevhodného sociálního prostředí dítěte. TST pojímá trauma jako narušení rovnováhy mezi optimálním vývojem dítěte a jeho sociálním okolím. Ve zdravém okolí je dítěti poskytován prostor pro zdravý vývoj. Péče o dítě vede k udržování a dosahování jeho blaha. Pečující osoby jsou nastavené dítěti pomáhat a starat se o něj. V případě, že takto nefunguje, vytváří se vhodné prostředí v rozvoji traumatu.

TST vypracovala vlastní intervenční program pro práci s traumatizovanými. Pracuje s dvěma jevy: neschopností dítěte vlastní emoční regulace a neschopností okolí dítěte pomoci dítěti tuto dysregulaci ustát a přijmout. Cílem TST je tedy pomoci dítěti získat kontrolu nad svými emocemi a chováním jednak snížením stresorů v jeho okolí, a také naopak posilováním kapacity dítěte regulovat své emoce. Tedy intervenční plán zahrnuje práci s dítětem, jeho rodinným systémem, s celým sociálním okolím dítěte, s trénováním emoční regulace, práci s traumatem a psychofarmakologií. Při sestavování léčebného programu terapeut zhodnotí, v jaké fázi se každý systém nachází a tomu přizpůsobí intervenci. K tomu slouží pro přehlednost tabulka na obrázku číslo 1.

Phases of Treatment and Corresponding Treatment Modules	
<b>Surviving</b>	Indicated for children with behavioral dysregulation and a social environment in which there is a frank threat to the child's well-being. Involves intensive home-based services to stabilize child and environment. Frequently also includes psychopharmacology, advocacy, and coordination with other systems of care (eg, inpatient or department of social services).
<b>Stabilizing</b>	Indicated for emotionally or behaviorally dysregulated children with a threatening or distressed social environment. Services involve intensive home-based care and may also include office-based emotion regulation skills training, psychopharmacology, and advocacy.
<b>Enduring</b>	Indicated for children with some degree of difficulty with emotional or behavioral regulation and also some environmental instability. Focus of treatment is to help child develop emotion regulation skills and to bolster capacity of social environment to support child's emotion regulation.
<b>Understanding</b>	Indicated for children with some emotional dysregulation but no high-risk behaviors. Social environment should hold no frank threat and should be able to provide some assistance to child. Focus of treatment is on cognitive processing and may also include psychopharmacology.
<b>Transcending</b>	Final phase of treatment, for children who show good emotional regulation skills and a social environment that can contain and support child's regulation. Focus of treatment is on making meaning of trauma and terminating therapeutic relationship.

Obrázek č. 1 – tabulka jednotlivých fází dle TST, (Saxe, Ellis, Kaplow, 2007)

## ARC

ARC, neboli The Attachment, Self Regulation, and Competency (Arvidson et al., 2011), je model vyvinutý National Child Traumatic Stress Network jako intervence pro léčbu komplexního traumatu pro adolescenty a děti. Tento přístup vychází z attachmentové teorie, vývojové teorie a teorie traumatu. Trauma nahlíží jako duální problém expozice a adaptace.

Náš raný vývoj se uskutečňuje v rámci pečujících vztahů. Ty by nám měly ideálně poskytovat bezpečí a vytvářet vhodné prostředí nezbytné ke zdravému vývoji osobnosti. V optimálním prostředí je možné pro dítě rozvíjet adekvátní seberegulační dovednosti, schopnost učení, rozvíjení pozitivních vztahů a tím se vytváří základ pro formování zdravého Self a identity jedince.

Pokud je pečující (attachmentová) osoba zdrojem distresu, nepředvídatelná, nebezpečná, nebo navozuje srach, má to negativní vliv na formování základní důvěry ve svět. Způsob, jakým dospělý reaguje na prožívanou dětskou nepohodu, je dítětem internalizován a stává se součástí seberegulace dítěte.

ARC model (viz obrázek č. 2) zahrnuje 3 komponenty – attachment, seberegulace, vývojové kompetence, na které se terapie soustředí.

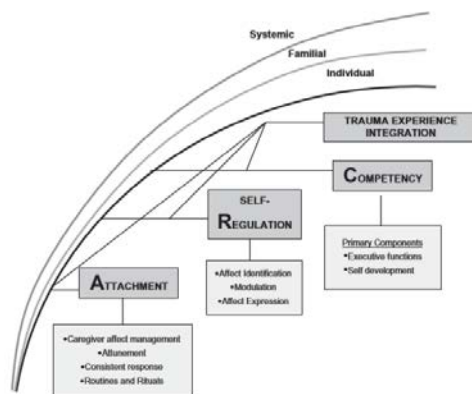


Figure 1. Attachment, self-regulation, and competency (ARC): A framework for intervention with complexly traumatized youth. Adapted from "Attachment, Self-Regulation, and Competency: A Comprehensive Framework for Intervention With Complexly Traumatized Youth. A Treatment Manual," by K. Kinniburgh and M. Blaustein, 2005, p. 426. Copyright 2005 by authors. Reprinted with permission.

Obrázek č. 2 – ARC model, (Arvidson et al., 2011)

### Attachment

1. Zvládnutí afekce dítěte pečující osobou – rozpoznat a regulovat emoce dítěte. Pečující osoby jsou edukací obeznámeni s projevy traumatu a reakcemi dítěte.
2. Naladění se pečujících na dítě, správně porozumět signálům toho druhého-rozpoznat emoční požadavky dítěte a adekvátně na ně odpovědět, a tím přispět k snížení emočního distresu dítěte. Edukace o traumatických spouštěčích a odpovědích.
3. Stabilita v projevech – posílení rodičovských kompetencí.
4. Rituály a tradice – vytvořit předvídatelné rituály v rodině ke zvýšení pocitu bezpečí dítěte (napomáhá k seberegulaci) – přechodové a spánkové rituály.

### Seberegulace

Poškozená seberegulace je typickým znakem traumatizovaných dětí. Když se dítě během svého dětství nesetká s efektivní strategií (ta, která by ho uvedla opět do stavu pohody) ze strany pečující osoby, tak dochází k rozvoji náhradních strategií – stažení se, hyperaktivita, agrese, sebepoškozování, problémy se spánkem, těžkosti s fungováním těla, izolace, přehnaná poddajnost (poslušnost). Terapie seberegulace dítěte tedy zahrnuje následující kroky.

1. Rozpoznání emočního prožívání - tvorba slovní zásoby pro vnitřní prožívání, porozumění spojení mezi emocemi a následným chováním, rozpoznání fyziologického prožívání a reagování na vnější podměty – v emoční i behaviorální rovině.
2. Práce s disociací – jedním z cílů je, aby dítě bylo schopno tolerovat a udržovat spojení se svým vnitřním prožíváním, vnitřními stavy, umět zacházet se svými stavy arousal.
3. Vyjadřování emocí – jak bezpečně komunikovat své emoční prožívání, sdílet emoční zkušenosti. Což je zároveň klíčový rys mezilidských vztahů, a také jedna z cest, jak zlepšit vztah mezi rodiči a traumatizovaným dítětem.

### Kompetence

Traumatizované děti musí investovat svou energii do přežití a nemají již kapacitu na další rozvoj své osobnosti. Zaostávají tak v mnoha vývojových úlohách, jsou méně sebevědomé, mají nižší sebedůvěru v sebe.

1. Trénink exekutivních funkcí - učí se souvislostem mezi jejich chováním a následky. Učí se zvažovat možnosti svého reagování (chování) a vyhodnocovat efektivitu zvoleného. Zažívají situaci výběru, převzetí odpovědnosti, zážitek kontroly nad svým chováním.

2. Seberozvoj a identita – rozvoj pocitu sebe jako jedinečné a pozitivní bytosti, která v sobě obsahuje zážitky jak z minulosti, tak ze současnosti. Práce s příběhem – vytvoření si budoucí orientace.

#### Integrovaní traumatické zkušenosti

Jedná se o poslední krok ARC modelu. Přichází práce s traumatickými vzpomínkami a Self vztahujícímu se k traumatu. Mapují se spouštěče vzrušení a stavů zamrznutí.

### **EMDR**

EMDR (Oren, Solomon, 2012), neboli Eye Movement Desensitization and Reprocessing, je integrativní psychotherapeutický přístup s procedurálními prvky. Vývoj EMDR začal v roce 1987, kdy si Shapiro všimla relaxačního efektu očních pohybů při nepříjemných vzpomínkách. EMDR vychází z teorie, že nedostatečně zpracované vzpomínky zlých nebo přímo traumatizujících zážitků slouží jako zdroj veškeré psychopatie, která není organicky podmíněná. Zpracovávání těchto vzpomínek vede k efektivnějšímu znovuzpracování a znovazažení (integrace) do širší adaptivní paměti. Oční pohyby způsobují (podobně jako u REM fáze spánku, REM = rapid eye movements) vyšší aktivitu parasympatiku a snižují celkový psychofyzilogický arousal. Podobně se u klientů snižuje srdeční tep a kožní odpor.

EMDR je 8 fázová léčba, která je zaměřena na aktuální psychologické obtíže, které vychází právě z traumatických zážitků v minulosti.

#### Fáze 1 - Klientovo historie

Terapeut vytvoří komplexní obraz současného psychologického stavu klienta se zaměřením na aktuální zdroje a těžkosti; zmapuje minulé události, které souvisí s aktuálním problémem, současné spouštěče problémových situací a také budoucí cíle klienta.

#### Fáze 2 – Příprava

Důležité je vytvoření pevného terapeutického vztahu. Terapeut pomocí edukace seznámí klienta s EMDR, s autorelaxačními technikami, aby mohl pomáhat s udržením dvojí pozornosti klienta během sezení v terapii.

#### Fáze 3 – Assessment

Klient s pomocí terapeuta identifikuje detaily traumatizující události. Pracují s negativními myšlenkami, pozitivní formulací myšlenek, aktuálně prživanými emocemi, fyzickými prožitky a probíhá také několik základních měření.

#### Fáze 4 – Desensitizace

Terapeut dále pracuje s klientem na zpracování rozrušujících vzpomínek na minulost, nebo aktuální problém a orientuje se na vytváření pozitivních behaviorálních vzorců. To zahrnuje změny na smyslové, tělesné, emoční i kognitivní úrovni. Cílem je snížit intruzivní paměťové stopy na minimum a podpořit tak osobní růst klienta. Pomocí vhledu a vytvářením nových perspektiv dochází k budování nového sebepečetí a náhledu na svět.

#### Fáze 5 - Instalace

Terapeut pomáhá klientovi rozpoznat pozitivní vlastní přesvědčení o sobě sama a posilovat je.

#### Fáze 6 – Tělesná všímavost

Terapeut dbá na to, aby si klient povšimnul a zpracoval každý tělesný prožitek.

#### Fáze 7 – Uzavírání

Terapeut dává klientovi během sezení zpětnou vazbu a také informaci o tom, co může očekávat po skončení. Před koncem sezení, je-li to nutné, jsou zařazeny ještě relaxační techniky.

## Fáze 8 – Reevaluace

Terapeut požádá klienta na začátku sezení, aby pověděl o tom, co se dělo mezi jednotlivými sezení. Terapeut tak dostane informace o úspěšnosti léčby, a může lépe plánovat další kroky příštích sezení.

### TF- KBT

TF-CBT, neboli Trauma Focused – Cognitive Behavioral Therapy (Cohen, Berliner, Mannarino, 2010, Cohen, Mannarino, 2008) je tzv. evidence-based terapie určená jak pro samotné traumatizované děti, tak pro práci s jejich rodiči, či pečující osobou. TF-KBT se skládá ze sezení se samotným dítětem, se samotnými rodiči a také zahrnuje sezení s dítětem a jeho rodiči najednou. Terapie není vhodná pro děti, které zároveň trpí depresí, mají komplexní trauma aj. (Cohen, Mannarino, 2008)

Terapeutická péče vychází z modelu PRACTICE, a je založena na expozicích - viz. Obrázek č. 3.

<b>P:</b>	Psychoeducation (information about trauma and trauma reactions)
<b>P:</b>	Parenting skills (behavior management skills)
<b>R:</b>	Relaxation skills (managing physiologic reactions to trauma)
<b>A:</b>	Affective modulation skills (managing affective responses to trauma)
<b>C:</b>	Cognitive coping skills (connections between thoughts, feelings, behaviors)
<b>T:</b>	Trauma narrative and processing (correcting cognitive distortions related to trauma)
<b>I:</b>	In vivo mastery of trauma reminders (overcoming generalized fear related to trauma)
<b>C:</b>	Conjoint child-parent sessions (variety of joint child-parent activities)
<b>E:</b>	Enhancing safety and future development (safety planning for future)

Obrázek č. 3 - TF-KBT model (Cohen, Berliner, Mannarino, 2010)

Psychoeducation - na začátku terapie je potřeba vysvětlit, co je TF-KBT za přístup, pracovat s očekáváními a reálnými cíly. Psychoedukace slouží především pro vysvětlení a porozumění, ale také pro znormlizování chování dítěte v očích rodiče.

Parenting skills – učení se rodičovským kompetencím, např. selektivní pozornost rodiče při vhodném chování dítěte; oceňování; užívat chvíle odpočinku; tabulky s odměňováním chování apod.

Relaxation skills – schopnost odpočívat – vybavit dítě několika způsoby, jak sám sebe utišit a uvést do klidového stavu, aby si mohlo ve stresové situaci samo pomoci. Tím se také docílí pomoci přenést se přes stresující událost, kterou si nyní prošlo. Patří sem např. hluboké dýchání, progresivní svalová relaxace, vypouštění bublin; a pro starší děti např. jóga, čtení vtipných historek, poslouchání hudby, sportování, pletení, zpívání, modlení se, poslouchání relaxačních nahrávek.

Affective modulation skills – pomocí terapeutických her se naučit ovládat své emoční stavy.

Cognitive coping skills – rozvoj zvládacích dovedností v kognitivní oblasti. Zde se soustředí na rozpoznání souvislosti mezi myšlenkou, pocitem a chováním. V rámci jedné situace např. rozvíjí různé úhly náhledu a vyjadřují různé myšlenky, které je napadají. Při tom si všimají, jaké u toho mají pocity. Tímto se učí, že mají vliv na své myšlenky i emoce.

The trauma narrative and processing – vypsání se z traumatu: psaním knihy, poezie, písňe, nebo narativního příběhu. To umožňuje práci s traumatickým obsahem, práci s negativními a nefunkčními přesvědčeními a také zasadit trauma do kontextu životního příběhu dítěte (*před, při*

*a od té doby co*). Lze využít i jiné umělecké přístupy jako je tanec, malování a jiné druhy umění. Dítě dochází k poznání, že není jen obětí traumatu.

In vivo mastery - program pro děti, které vykazují generalizované vyhýbavé chování. I zde se přistupuje ke klasické stupňované expozici.

Conjoint child-parent sessions – zapojení rodiče do léčby, uspořádání společných sezení. Dítě mluví s rodiči, role terapeuta pomalu ustupuje. Dítě převypráví svůj příběh traumatu před rodičem. Nyní mají prostor spolu mluvit a zeptat se na věci, na které se sebe před tím nezeptali.

Enhancing safety and future – posilovat a učit chování, které zajistí bezpečnost do budoucna. U sexuálních traumat je to zdravé sexuální chování, prevence (*ne, odejdi, řekni*), bezpečnostní plány odchodu u domácího násilí, jak se bránit před šikanou, a dovednosti, jak odmítnout drogu. Dítě je vybízeno zkoušet nabyté dovednosti i v širším kontextu.

TF-KBT je vhodná, pokud se v rodinném okolí dítěte vyskytuje spolupracující rodič. Výhoda tohoto přístupu je v tom, že se pracuje jak s traumatem dítěte (po souhlasu rodiče), tak i s jeho problematickým chováním, které je častým důvodem příchodu rodičů za terapeutem. Zároveň jsou rodiče posilováni v užitečných výchovných kompetencích (zavádí se změny výchovy každý týden a reflektuje se jejich efekt) na základě vypracovaných týdenních plánů. Většinou je jádrem všeho naučit rodiče řešit problémy a komunikaci. (Cohen, Mannarino, 2008)

Ohledně práce s dítětem se vypracovává na začátku terapie poměrně podrobná informační mapa traumatické události a pozorovatelného problematického chování. Terapeut vede s dětmi od sedmi let polostrukturovaný rozhovor, a do sedmi let za pomoci rodiče sbírá informace od nich i od dítěte. Pokud však dítě vykazuje problémové chování a není možno stanovit PTSD (vyhýbavé chování, deprese, sebeobviňování, maladaptivní coping strategie, vztahové problémy a problémy s attachmentovou vazbou), tedy nalézt spojení mezi problémovým chováním a traumatizací dítěte, od TF-KBT se upouští.

Prvním krokem je v případě zahájení léčby TF-KBT stabilizace závažného problematického chování a poté se může zahájit přímo léčba traumatu. Nastupuje práce s normalizováním chování dítěte v očích rodičů. Ozřejmují se souvislosti mezi projevy dítěte a jeho traumatizací (např. sebepoškozování jako strategie redukování náhlé úzkosti, agrese jako ochrana před další traumatizací apod.). Dále se terapie soustředí na zvládání agrese, zmapování bezpečného a ohrožujícího prostoru (a jak se v něm chovat), pokud se dítě vrací doprostředí, kde ohrožení trvá. Pracuje se s maladaptivními přesvědčeními a také s kritickými momenty v léčbě. Zpravidla zpočátku zavedení změn přístupů rodičů se chování dítěte ještě zhorší, nebo se problematické chování navrací. Je to průvodní jev terapie, kdy obvykle rodiče pochybují o smysluplnosti terapie. (Cohen, Mannarino, 2008)

Cohen a Mannarino (2008) popisují příznaky u traumatizovaných dětí v oblasti afekce (smutek, strach, vztek, úzkost, jindy zase náladovost, obtíže s regulací nálad a emočních stavů, obtíže v dosahování libých pocitů); oblasti chování (vyhýbání se, regrese, úzkostné stavy, užívání návykových látek, sexualizované chování, šikana, zneužívání druhých), úrovni kognice (roztříštěné kognitivní schéma traumatické události). Trápí se sebeobviňováním (cítí odpovědnost, stud, bezcennost, ztrácí důvěru, cítí se nehodni lásky; nezaslouží si nic dobrého).

### **Porovnání účinnosti EMDR, EFTechnique a KBT přístupu v léčbě PTSD**

TF-KBT a EMDR jsou v léčbě PTSD hojně užívané. Studie (Seidler, Wagner, 2006) vychází z analýz publikací z roku 1989 až 2005. Výsledek zní, že obě metody mají uspokojivé výsledky a nelze říci, že jedna je efektivnější než druhá. EMDR a TF – KBT jsou užívanější než hypnoterapie, relaxační trénink, či dynamická terapie. Účinnost EMDR přístupu je zřejmě daná tím, že je založená v podstatě na KBT technice – expozici. O účinnosti očních pohybů (nebo sluchových a taktilních podnětů) zatím vědecká obec pochybuje.

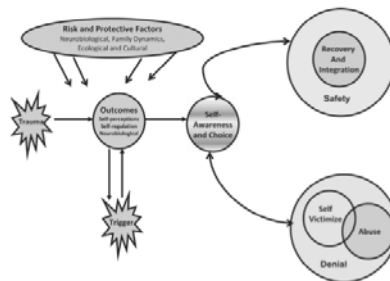
Podobně v roce 2010 Craig (in Church et al., 2013) představuje techniku k léčbě traumat EFT, neboli Emotin Freedom Technique. Je založená na poklepávání 12 akupresurních bodů na obličej, hrudníku a ruku; práci s pozitivními afirmacemi, expozicí traumatizujících podnětů Flint, Lammers, Witnick,

2006). Výsledky jsou srovnatelné jak s EMDR, tak KBT právě pro jejich společně užívané rysy. Taktilní podněty napomáhají zřejmě ke snížené fyziologické odpovědi na traumatizující podnět.

## TOPA

TOPA, neboli Trauma Outcome Process Assessment (Rasmussen, 2012) je původně model terapeutické práce s mladými oběťmi sexuálního zneužívání. Je to integrativní, eklektický model vycházející z psychodynamického směru, sociálního učení, humanistického směru, kognitivního směru, rodinných systémů a ekologického přístupu. Je určen pro klienty všech věkových kategorií, s různými traumaty i traumaty různé závažnosti. Mezi kritéria pro určení PTSD zahrnuje ohrožení smrtí, vážná zranění, ohrožení fyzické integrity, spojené s intenzivními pocity strachu, bezmoci, hororové hrůzy. Ale je funkční i při léčbě méně závažných traumát.

TOPA vychází z teoretického rámce, že traumatizovaný si osvojuje jednu ze dvou strategií – sebezpoškozující, nebo zneužívající (viz obrázek č. 4). Sebezpoškozující strategie – slabě regulovaná afekce, internalizované maladaptivní procesy kognitivní distorze, které ústí v sebedestruktivní chování. Zneužívající strategie - kognitivní distorze, chabá emoční regulace, extrenalizované agresivní chování, které může i poškozovat druhé. Zároveň popisuje i třetí strategii Uzdravení a integraci – jako adaptivní strategii, kdy je člověk schopen popsat spouštěče, integrovat myšlenky a pocity, regulovat



své emoční odpovědi a implementovat své zvládací strategie.

Obrázek č. 4 TOPA model (Rasmussen, 2012)

TOPA pracuje i se sociálním okolím klienta (s rodinou, školou, s cílem vytvořit podporující tým lidí doma, ve škole), s risk faktory (zvyšují vulnerabilitu k maladaptivní formě odpovědi na trauma) a tzv. trauma echos (kontaminující nahrávky vzniklé v době traumatu, ale jedinec podle nich žije a jedná a cítí dnes). To vše brání v cestě k uzdravení. Léčebný proces mj. stojí i na terapeutickém vztahu zaměřeném na attachmentovou vazbu klienta, na vytvoření bezpečného místa v terapii.

TOPA používá různé techniky při práci s klienty: biblioterapii (kniha o Bartovi, Kniha o The giving tree), kreslicí techniky (kresba bezpečného místa, termometr aj.), sandtray, panenky, hraní rolí, psychodrama, hudbu, relaxační cvičení (Jacobsonova progresivní relaxace), rodinná mapa lásky, košík pocitů a další.

## Existenciální terapie traumatu – hrou a uměním

ETofT, neboli Existenciální Terapie Traumatu (Lantz, Raiz, 2003), je vhodná k léčbě PTSD válečných veteránů, prožívání chronické nemoci, u migračních krizí, u obětí násilí a sexuálního násilí, onemocnění rakovinou a u fyzicky zneužívaných adolescentů v náhradní péči. Model je možný aplikovat u dětí, které byly zneužity jinou než právě pečující osobou, tzn. pachatel je mimo rodinné prostředí dítěte, nebo se dítě po zneužívání nachází v náhradní péči (v bezpečném prostředí). Tato terapie definuje trauma jako situaci prožitého extrému, která spustila rozvoj traumatické bolesti. Zahrnuje pocity zahlcující úzkosti, deprese, pocity „špíny“ a bezcennosti, prázdnoty, osamocení a slabého sebevědomí. Nejčastější obranné strategie od bolesti traumatu jsou agrese, vyhýbání se, závislosti a štěpení.

ETofT sleduje 4 cíle v léčbě klienta: 1) ustát traumatizující bolest na vědomé úrovni, 2) převyprávět svůj příběh s bolestí, 3) nalézt způsob, jak překonat bolest z traumatu, 4) nalézt způsoby, jak se znovu otevřít světu.

Při práci s dětmi využívá různých her a umění. EToFT stojí na 4 principech. Holding – zaměření se na vztah, který léčí. Ten umožní dítěti vyjádřit potlačené pocity, vzpomínky, problémy a konflikty z nevědomého do vědomého. Telling – prostřednictvím sdělování příběhu se vnitřní bolest a zážitek přenesou mezi členy rodiny a tím může dojít k ucelení bolestného tématu. Mastering – překonání traumatizující bolesti a Honoring – nalezení smyslu takového prožitku, nejlépe vytěžením všech pozitiv, které s sebou traumatická zkušenost nese.

### **Vztahová léčba komplexního traumatu**

Vztahová léčba traumatu (Courtois, 2008) vychází z teoretického rámce pojetí PTSD jako problému zapojovat se uspokojujícím způsobem do sociálního života. Kromě klasických symptomů v oblasti afekce a kognice se u traumatizovaných objevují typické problémy ve vztahování se k druhým lidem. Podobně však má i jejich okolí problém vztahovat se k nim. V důsledku toho trpí traumatizovaní ještě v sociální oblasti svého života – izolací, opuštěností a deprivovaností v oblasti sociální podpory a podporujících vztahů. Navíc, tyto chronicky traumatizovaní jedinci mají tendenci vyhledávat si podobně traumatizované partnery. Opakují s nimi traumatizující scénáře z dětství a prožívají znovu to samé, potvrzují si míru nedůvěry, frustrace z nenaplněné potřeby spojení a podpory narůstá. Paradoxně až chorobně na těchto nezdravých vztazích lpí ze strachu z opuštění.

Podobně pracují s konceptem Self. Traumatizovaní často trpí disociativními stavy, mají potíže v zacházení s emocemi, obtížně pro sebe dosahují stavu pocitu bezpečí.

Opírají se také o teorii attachmentové vazby (Bowlby aj.). Dají se rozlišit 4 kategorie attachmentové vazby – jistá, a tři druhy nejisté (ambivalentní, vyhýbavá a desorientovaná). Trauma se může přihodit všem lidem s jakoukoli vazbou, avšak je rozdíl v jeho zpracování. Lidé s jistou vazbou se s traumatem vypořádají tak, že si zachovávají svou jistou vazbu (potažmo zachovávají se důvěra ve svět). Vykazují vyšší úroveň sebevědomí, lépe vyjadřují emoce, řeší konflikty, disponují kognitivní organizací a konzistencí.

Lidé s nejistou–znepokující vazbou vykazují vysokou úroveň chování založeného na afekci, bez kapacity pro kognitivní organizovanost, jejich fungování je založené na prožívání silných úzkostí, závislosti, vzteku, žárlivosti a často se k druhým vztahují způsobem plným extrémů nebo odmítání. Pozorujeme riskující a závislé chování. Terapie vede k navýšení interpersonální bezpečnosti. Klienti s nejistou–odmítavou vazbou vykazují potíže v intimitě, defensivní vztahování, popírání distresu, stupně hostility a opozice k druhým. V emočním stresu jsou naučení popírat a minimalizovat své emoce. Tito vyhledávají pomoc nejméně často. V terapeutické práci je potřeba nahlédnout za chování klienta, jeho obranné chování. Klienti s těmito typy vazeb trpí chronickým traumatem. Klienty s nejistou-vyhýbavou a desorientovanou vazbou je možné v rámci terapie směřovat k sebepojetí jako přeživší komplexní trauma. Pro obě skupiny byly pečující osoby zdroje pohody i nebezpečí zároveň a totéž očekávají i od terapeuta. I jejich chování se zdá často nelogické. Je plné obran, disociativního chování, emoční dysregulace, vyjádřitelné vzorcem přiblížení-oddálení (vztahová nestabilita). Klienti bývají nebezpeční sami sobě i druhým kvůli problémům se sebekontrolou, disociací, chronickou bezmocností a sebenávistí. Zde je důležité poskytovat strukturované a organizované intervence. Terapie má být vedena v duchu maximalizace osobního bezpečího, zmapování učebních stylů. Posílit strategie k práci s vlastními emocemi a zároveň pracovat na udržování stavu bez disociace, tedy udržet emoce ve snesitelné intenzitě. V rámci terapeutického vztahu je pak důležité pojmenovávat emoce, naučit se jim rozumět, regulovat je a tím se vyhnout opakované retraumatizaci (Pearlman, Courtois, 2005)

Model práce vztahové léčby komplexního traumatu zahrnuje následující kroky: a) formování terapeutického spojení, b) nastolení léčebného rámce a hranic, c) nalézt vztah mezi traumatem (nebo ztrátou) a attachmentovým chováním, d) zvládnutí disociativního chování.

Vytvoření terapeutického vztahu stojí na 4 pilířích - respekt, informace, spojení, naděje – jen takovýto vztah klient-terapeut umožňuje přepracovat vnitřní pracovní model problematického attachmentu. Jinými slovy, vytvoření jistého vztahu s terapeutem umožňuje rozvoj a vývoj všech mentálních kapacit klienta – personální a interpersonální dovednosti, eliminace sebepoškozování, zvládnutí disociace atd.



## TAP

TAP model, neboli Trauma Assessment Pathway (Conradi, Kletzka, Oliver, 2010) je assessment-based přístup v léčbě traumatu. Je založen na decision-making, a patří k evidence-based přístupům. Princip tkví v porozumění celé osobní historii dítěte, jeho rodinnému systému, zohledňuje se úroveň vývoje, úroveň kognitivního a emočního fungování. TAP je odvozen ze SAMHSA modelu (Substance Abuse and Mental Health Services Administration). Cílem je zvýšit kapacitu pro duševní zdraví a sestavit assessment-evidence program léčby. Díky TAP modelu se dětem může vytvořit individualizovaný postup léčby. Je vhodný pro děti od 2–18 let, a je určen pro každý typ traumatu. Obsahuje standardizované (časově efektivnější) i nestandardizované (hlubší poznání klienta) metody. Získané informace jsou uspořádávány do 4 oblastí. Každá oblast se stanovuje pozorováním, rozhovory s rodiči, rozhovory s významnými druhými v okolí dítěte, i výpověďmi samotného dítěte včetně použitím objektivních dotazníků a měření. Oblasti jsou:

Historie traumatu – specifické události, které dítě prožilo, jejich trvání, věk, kdy se přihodily.

Symptomy - internalizované i externalizované chování, které je vnímáno jako problémové (problémy ve škole, s vrstevníky).

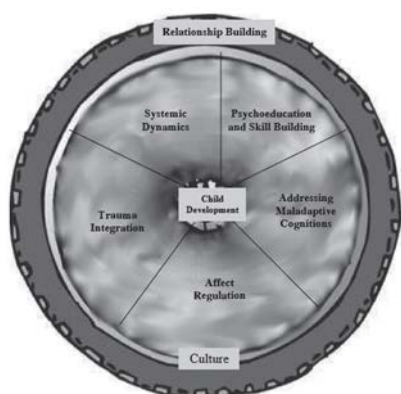
Relevantní kontext – rodinná dynamika, celková osobnost dítěte.

Historie vývoje dítěte – věk dítěte, vývojové úkoly, typ attachmentové vazby dítěte k jeho pečovatelské osobě.

TAP pracuje s modelem tzv. traumatického kola, viz obrázek č. 5. Vychází z teorie, že vývojové fungování dítěte je řídicí silou onoho kola. Tento model je založen na vývojové, vztahové a kulturní dynamice.

Intervence začíná zacílením primárních zdrojů distresu. Prvořadě je důležité vytvořit bezpečné prostředí pro terapii a poté se pracuje s nejnáléhavějšími problémy. K dispozici je 5 hlavních otázek, které se položí všem zahrnutým v traumatickém kole. Poté se snáze identifikuje dynamika dílčího problému, který s sebou traumatizace nese.

Manuál TAP je dostupný na [www.taptraining.net](http://www.taptraining.net). Vznikl za spoluúčasti terapeutů z různých terapeutických škol – TF KBT, parent-child interaction therapy, aj.



Obrázek č. 5 (Conradi, Kletzka, Oliver, 2010)

## Závěr

Problematika traumatu je velice živé téma a v psychoterapeutické praxi má své podstatné místo. Vzhledem ke křehké povaze vnitřního světa všech traumatizovaných je určitě důležité znát alespoň základní mechanismy vzniku traumatu v dětství i dospělosti a jeho následné projevy v osobnostní dynamice člověka a dopady na sociální okolí člověka. Spatřuji jako efektivní orientovat se ve

specifických potřebách klientů, které často stojí za spoustou obran a na první pohled nepochopitelným chováním. Dynamika traumatu je pro mnohé lidi nejasná, špatně uchopitelná. Prožívání traumatizovaného takřka doslova nepředstavitelné. Je pak obtížné umět vycházet s takovým člověkem, který má navenek nesrozumitelné, nekontrolovatelné, často i zraňující vystupování. Neuváženou intervencí však můžeme velmi ublížit a přispět k další retraumatizaci našich klientů. Na druhou stranu se mi při sepisování této práce ozvala v hlavě věta: „...nemůžeme své klienty poškodit více, než jak je poškodili jejich rodiče“. Možná, že je výchova dětí vlastně soustava drobných a někdy závažnějších traumatizací. Některé vyřešíme a vyroste, některé na své řešení ještě čekají.

Trauma je přirozená a velmi moudrá obrana našeho těla ve stavech nepředstavitelného ohrožení. Umožňuje přežít, umožňuje nespolehat na ty, kteří nám převážně škodí. Trauma je tak přirozené, že je vlastně normální, čímž nijak nechci snižovat jeho závažnost. Zvládnutím a úspěšným vyřešením traumatického bludného kruhu zároveň každá osobnost rozkvetne a rozvine se, je obohacena o velmi cenné dovednosti. Domnívám se, že pohled na trauma coby životní zkušenost, na které se dá vyrůst a získat důležité dovednosti, je pro terapeutickou praxi nezbytný.

Práce zdaleka neobsahuje všechny možné psychoterapeutické modely práce s traumatizovanými jedinci či jejich rodinami. Několik představených modelů mne však vede k myšlence, že každý z nich je něčím přínosný a důležitý. Některé modely představují z mé optiky spíše práci se symptomy (KBT model), ale nesoustředí se na skutečné odžití a dožití traumatu. Myslím, že zrovna ucelení, uzavření traumatu je právě ona cesta k uzdravení a růstu. Z tohoto aspektu se mi jeví client-friendly spíše přístupy pracující především s emoční abreakcí a obecně práci s emocemi. Na druhou stranu nedokáží a ani nechci posuzovat, který model je lepší nebo horší. Pravda bude někde uprostřed. Spíše mne těší, že existuje již tolik možností, jak k léčbě klienta přistoupit a čím vším je možné se inspirovat. Domnívám se, že některý z modelů je vhodnější zařadit spíše na začátek terapeutického procesu a po dosažení cíle jiným posléze zase pokračovat. Možná že model, který mapuje celou cestu traumatem až k růstu, bude ten nejuvhodnější. Nicméně každý do terapie nevstupuje s cílem projít trauma až do samého zárodku. Nakonec ona to není právě bezbolestná práce na sama sobě. Mnoha klientům vyhovuje pracovat na něčem, co nese viditelné výsledky, např. rozšiřování sociálních dovedností, expozice a následná desensitizace na traumatogenní podnět.

Ze své zkušenosti s prací s traumatem a na základě prostudování předkládaných modelů léčby se zdá být nezbytným krokem vytvoření právě bezpečného prostředí a věnovat větší úsilí vybudování opravdu pevného terapeutického vztahu. Ostatně trauma ohrožuje nejdůležitější stavební kámen každé osobnosti člověka a to je pocit důvěry. Podstatné se mi také jeví respektovat osobní tempo klienta v léčebném procesu. Každý klient potřebuje jiné zacházení, nicméně laskavý, empatický a přijímající přístup je základem.

Zatím jsem se osobně v praxi nesešla s uplatněním žádného z modelů, který pracuje s celým rodinným systémem a jeho širším okolím traumatizovaného dospělého člověka či dítěte. Vzhledem k složitosti a obtížnosti mnohdy pochopit povahu traumatu mi přijde velmi žádoucí do léčebného procesu zapojit všechny, kteří o pomoc traumatizovanému jedinci mají zájem. Zvládnout sám sebe v procesu léčby traumatu je velmi náročná úloha, natož se ještě potýkat s nadále traumatizujícím zacházením ze stran ostatních členů (rodinného) systému. Právě členové rodiny bývají nejvíce resistantní vůči změně. Snad pro vznikající pocity viny a z důvodů různých zábran a obran. Cesta psychoedukace a tréninku emocí a emoční komunikace zbývajících členů systému je určitě náročný úkol. Pro traumatizovaného ale jistě obrovská pomoc, jak bezpečně vystoupit zpoza „skleněné zdi svého vězení“.

## Seznam použitých zdrojů

Arvidson, J., Kinniburgh, K., Howard, K., Spinazzola, J., Strothers, H., Evans, B., Andres, B., Cohen, Ch., Blaustein, M. E. Treatment of Complex Trauma in Young Children: Developmental and Cultural Considerations in Application of the ARC Intervention Model. *Journal of Child & Adolescent Trauma*. 2011, vol. 4, no. 1, pp.34-51, DOI: 10.1080/19361521.2011.545046.

- Cohen, J. A., Berliner, L., Mannarino A. P. Trauma focused CBT for children with co-occurring trauma and behavioral problems. *Child abused & neglect* . 2010, vol. 34, pp. 215-224. ISSN0145-2134.
- Cohen, J. A., Mannarino A. P. Trauma-Focused Cognitive Behavioural Therapy for Children and Parents. *Child and Adolescent Mental Health*. 2008, vol. 13, no. 4, pp. 158–162.
- Conradi, L., Kletzka, N. T., Oliver, T. A Clinician's Perspective on the Trauma Assessment Pathway (TAP) Model: A Case Study of One Clinician's Use of the TAP Model. *Journal of Child & Adolescent Trauma*. 2010, vol. 3, no. 1, pp. 40-57. DOI: 10.1080/19361520903520450.
- Courtois, CH. A. Complex Trauma, Complex Reactions: Assessment and Treatment. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*. 2008, vol. 5, no. 1, pp. 86–100. ISSN 1942-9681/08/\$12.00. DOI: 10.1037/1942-9681.S.1.86.
- Flint, G. A., Lammers, W., Mitnick, D. G. Emotional Freedom Techniques: A Safe Treatment Intervention for Many Trauma Based Issues. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*. 2006, vol. 12, no. 1/2, pp. 125-150; and *Trauma Treatment Techniques: Innovative Trends*. 2006, pp.125-150. DOI: 10.1300/J146v12n01\_07.
- Heller, L., LaPierre, A. *Uzdravení vývojového traumatu*. Fontana: Olomouc , 2016. ISBN 978-80-7336-836-4.
- Church, D., Hawk, C., Brooks, A. J., Toukolehto, O., Wren, M. Dinter, I., Stein, P. Psychological Trauma Symptom Improvement in Veterans Using Emotional Freedom Techniques A Randomized Controlled Trial. *The Journal of Nervous and Mental Disease*. February 2013, vol. 201, no. 2.
- Lantz, J., Raiz, L. Play and art in existential trauma therapy with children and their parents. *Contemporary Family Therapy*. June 2003, vol. 25, no. 2.
- MacLaren, K. *Řeč emocí. Co se vám emoce snaží říct*. NOXI: Bratislava, 2016. ISBN 978-80-8111-311-6.
- Oren, E., Solomon, R. EMDR therapy: an overview of its development and mechanisms of action. *Revue européenne de psychologie appliquée*. 2012, vol. 62, pp. 197-203. ISSN 1162-9088.
- Paivio, S. C., Pascual-Leone, A. *Emotion-focused therapy for complex trauma : an integrative approach*. APA: Washington DC, 2010. ISBN-13: 978-1-4338-0725-1.
- Pearlman, L. A., Courtois, Ch. A. Clinical Applications of the Attachment Framework: Relational Treatment of Complex Trauma. *Journal of Traumatic Stress*. October 2005, vol. 18, no. 5, pp. 449–459. DOI: 10.1002/jts.20052.
- Praško, J. et al. *Stop traumatickým vzpomínkám*. 2003. Praha: Portál. ISBN 80-7178-811-2.
- Quillman, T. Treating Trauma Through Three Interconnected Lenses: Body, Personality, and Intersubjective Field. *Clin Soc Work J*. 2012, vol. 41, pp. 356–365. DOI 10.1007/s10615-012-0414-1.
- Rasmussen, L. A. Trauma Outcome Process Assessment (TOPA) Model: An Ecological Paradigm for Treating Traumatized Sexually Abusive Youth. *Journal of Child & Adolescent Trauma*. 2012, vol. 5, pp. 63–80. ISSN: 1936-1521.
- Saxe, G. N., Ellis, B. H., Fogler, J., Hansen, S. Sorkin, B. Comprehensive Care for Traumatized Children: An open trial examines treatment using trauma systems therapy. *Psychiatric Annals*. 2005, vol. 35, no. 5. pp. 443-448.
- Saxe, G. N., Ellis, B. H., Kaplow, J. B. *Collaborative treatment of traumatized children and teens: The trauma systems therapy approach*. Guilford Press: New York, 2007.
- Seidler, G. H., Wagner, F. E. Comparing efficacy of EMDR and trauma -focused cognitive-behavioral therapy in the treatment of PTSD: a meta-analytic study. *Psychological Medicine*. 2006, vol. 36, pp. 1515–1522. DOI:10.1017/S0033291706007963
- Van der Kolk, Bessel A. *Psychological trauma*. APA: Arlington, 2003. ISBN 978-158-562-162-0.

Van der Kolk, Bessel A. The Body Keeps the Score: Memory and the Evolving Psychobiology of Posttraumatic Stress. *Harvard Rev Psychiatry*. 1994. ISSN 1067-3229.

Vizinová, D., & Preiss, M. (1999). *Psychické trauma a jeho terapie (PTSD): psychologická pomoc obětem válek a katastrof*. Praha: Portál.

# Práce s dospívajícími se závislostní problematikou

Jan Maršálek

## 1 Poděkování

V této práci budu hojně vycházet ze zkušeností nasbíraných při práci v Adiktologické dorostové ambulanci ADA+, která je součástí Zařízení sociální intervence v Kladně. Rád bych tímto poděkoval svým kolegům i klientům za možnost učit se od nich v jedné z prvních organizací, které se problematikou závislostního chování nezletilých přímo zabývají.

## 2 Úvod a zaměření práce

Rád bych se v této práci pohyboval na poněkud praktičtější úrovni, třebaže ne přímo kazuistické. Jako téma této práce jsem zvolil emoce u dospívajících se závislostní problematikou. Právě dospívání je totiž obdobím, kdy emoce razantně nabývají na důležitosti; dospívající zažívají i fyziologicky stavy pojmenovatelné emocionálními „bouřemi“, dochází k překotnému rozvoji a rozsáhlým vývojovým změnám, které bývají náročné a obtížné jak pro samotného dospívajícího, tak zhusta i pro jeho sociální okolí, což dále komplikuje již tak nelehkou vývojovou fázi.

Závislostní problematika je na první pohled docela přirozeně spjatá s emocemi. Návykové chování má často své kořeny v potřebě či touze něco zažít, zkusit něco nového, skočit do něčeho po hlavě bez ohledu na následky - nebo také vyrovnat se s náparem emocí, které jinak nedovedeme zvládnout. Poslední zmíněný bod nabývá na významu právě v období dospívání v souvislosti se zmíněnými emocionálními „bouřemi“. Pomyslný „repertoár“ reakcí na emočně vypjatou situaci pak může zahrnovat i jednání dlouhodobě nevýhodné či ohrožující, jako návykové chování, sebepoškozování či užívání psychoaktivních látek, nemáme-li k dispozici zdravější volby.

Na následujících řádcích bych rád nastínil problematiku emocí u dospívajících s obtížemi s návykových chování a závislostí a některé způsoby práce s tímto druhem klientů. Přiblížím souvislosti emocí a závislostí a na vybraných kazuistických příkladech budu ilustrovat význam práce s emocemi pro úspěšné změny v dalším životě dospívajících, popř. jejich rodin. Krátce pojednám i o specifických závislostí u dětí či dospívajících a rozšířím problematiku o hledisko rodinného systému, který hraje v chápání závislostního chování dospívajících významnou, třebaže někdy poněkud opomíjenou roli. Závěr práce věnuji shrnutí některých obecných doporučení vycházejících z praxe, nikoliv jako výčet konkrétních detailních technik a postupů, nýbrž v obecnější rovině ve smyslu „nač určitě nezapomínat při práci s touto cílovou skupinou“.

Vzhledem k tomu, že systematická práce se závislostním chováním u dospívajících má zatím relativně krátkou historii, pojednávám v textu o informacích a souvislostech, jež aktuálně nelze podložit odbornou literaturou a komplexní výzkumnou prací, jelikož vědecký výzkum dané oblasti je v současné době v plenkách. I proto si nekladu za cíl vyčerpávající přehledy a jednoznačnou formulaci široce zobecnitelných závěrů. Mým přáním je vnést trochu světla do doposud nepřilíš prozkoumaného odvětví a třeba inspirovat další úvahy a studie, které by do rychle se rozvíjející

oblasti vnesly i údaje podložené „tvrdými daty“ a více zobecnitelnými závěry. Ačkoliv adiktologických dorostových ambulancí rychle přibývá, potřeba ve společnosti stále výrazně převyšuje rozsah a možnosti nabízené péče. V budoucnu se snad poměry více vyrovnají a s tím se otevrou i širší možnosti řádného zkoumání.

### 3 Návykové chování a závislost

Nerad bych se na několika stránkách zaobíral vymečováním pojmů a vyjmenováváním možných definic. Návykovým chováním budu v této práci označovat jednání, kdy člověk za účelem bezprostředního uspokojení nějaké potřeby dělá nutkavě něco, co mu v dlouhodobém měřítku škodí a vnáší komplikace do života, přičemž tomuto jednání dává prioritu navzdory jeho dlouhodobé škodlivosti a není s to se ho zdržet, ačkoliv si je vědom jeho škodlivosti. Závislost lze vnímat jako hlubší úroveň; odmítáme si připouštět škodlivost jednání, život se čím dál více přizpůsobuje snaze naplnit potřebu, která je předmětem závislosti; problematického jednání se nelze jednoduše jen tak vystříhat. Záměrně zde nezmiňuji užívání jakýchkoliv látek a zachovávám neutrální výraz „jednání“, který může obsáhnout jak klasičtější jednání dospělých se závislostními problémy (typicky např. kouření, gambling či užívání alkoholu, marihuany, jiných drog a látek), tak symptomatiku více spojenou s dětmi a dospívajícími – zejména pak sebepoškozování, závislostní chování na internetu, škodlivé užívání sociálních sítí, ale i závislostní obtíže v sociálních vztazích, závislost na sexu, cvičení či sportu, počítačových hrách, a vůbec širokou paletu dalších problémů souvisejících s tím, že člověk dělá něco, co vlastně dělat nechce či nemá, ale nedaří se mu to.

### 4 Závislost v rodinném kontextu

V kontextu s problémy dospívajících nabývá na významu rozdíl mezi právě zmíněným „nechce dělat“ a „nemá dělat“. Lze říci, že neexistuje dítě či dospívající, který by byl jen sám o sobě, vytržen z kontextu rodiny a okolí; život dospívajících je protkán pravidly, která si neurčují oni sami, a jako takový je významně odlišný od života dospělých, kteří mají přece jen daleko větší možnosti v utváření vlastního života. Dospělý má nejen větší odpovědnost, ale také fakticky větší moc nad vlastním životem; mnoho významných rozhodnutí zkrátka může udělat z titulu své plnoletosti a plné odpovědnosti za vlastní jednání. Dospívající je z tohoto hlediska ještě „dítě“, které je zhusta nuceno se podřizovat; rodičům, institucím, školám, státním orgánům a jiným „silnějším“ stranám. Dětem (a dospívajícím) je často něco zakazováno a příkazováno, mnohokrát bez možnosti se odvolat či vyjednávat, zkrátka právem silnějšího či odpovědnějšího. Ponechejme nyní stranou otázku správné míry nakazování; jde čistě o ten fakt, že tam, kde se dospělý relativně snadno může rozhodnout, že např. opustí nevýhodnou situaci, je pro dítě podobné rozhodnutí nesrovnatelně obtížnější až nemožné; povinnou školní docházkou počínaje a existenčními obtížemi při stěhování od rodičů konče. Je pochopitelné, že ani z vývojově-psychologického hlediska nelze od dospívajícího očekávat totéž, jako od dospělého; podstatný rozdíl je však v možnosti volby, kterou dítě často nemá, případně je velmi jednostranně zatížena. Odstěhovat se od (nefunkčních) rodičů a přebrat za sebe plnou odpovědnost je něco, co lze v čtyřiaadvaceti letech udělat podstatně snáz než ve čtrnácti. Na dítě je vždy nutné pohlížet v kontextu jeho rodiny (a dalšího sociálního okolí, třeba i dětského domova, školy, apod.).

I na úrovni posuzování toho, co je a co není závislost, je tedy často nezbytné zcela převracet zaběhlá paradigma; u dětí a dospívajících totiž klasická adiktologická pravidla zkrátka neplatí. Častým jevem jsou rodiče, kteří hledají pomoc pro dítě, které nemá zcela žádný náhled na svou situaci a míru svých problémů. Výše zmíněné „nechce“ a „nesmí“ je ukázkovým příkladem – závislost či návykové chování nelze definovat čistě jako něco, co nechce dospívající dělat či co mu škodí; často vstupují do popředí potřeby rodičů. Aby vstal od počítače a šel ven; aby doma uklízel; aby přestal kouřit marihuanu; aby chodil včas domů. Adolescent sám pochopitelně nic problematického nevnímá, nemá

potřebu cokoliv měnit. Někdy tedy může být náročné vyznat se v situaci a určit, co je již problematickým chováním a co například nevhodným nastavením ze strany rodičů. Spolupráce s celým rodinným systémem je zde velice důležitá, více o ní bude zmíněno níže.

Závislosti u dospívajících mají z diagnostického hlediska i další specifika oproti dospělým. Například rozpad rodinných a funkčních sociálních vztahů je u dospělého závislého jedním z klíčových indikátorů; u dětí jde ale spíše o příčinu potíží než o sledovatelný následek. „Klasické“ zhodnocení z dospělé adiktologie je tak obráceno v pravý opak; poněkud obecněji by se dalo říci, že problémy v rodině jsou spíše příčinou než následkem závislostních obtíží. Z legislativního hlediska je u dětí nezákonné (a tedy škodlivé, nežádoucí, postižitelné a překračující míru) jakékoliv užívání nedovolených látek včetně alkoholu a drog; zatím adiktologie dospělá stanovuje míru, za kterou už považuje užívání na problematické – a většinou je tato míra stanovena více či méně na subjektivním základu, individuálně podle životní reality klienta. Děti a dospívající jsou v diametrálně odlišné situaci, jejich hranice je stanovena externě za ně a na jejich potřeby či realitu se jich často nikdo ani neptá. Stejně tak tam, kde dospělému do jeho užívání např. počítače, telefonu či sociálních sítí nikdo příliš mluvit nemůže a je čistě na jeho osobním rozhodnutí, zda se považuje za závislého nebo ne (a zda s tím chce něco dělat), je dítě odsouzeno k dodržování vnějších hranic či označeno za „závislého“ zvnějšku, aniž by tomu jeho vnitřní objektivní realita odpovídala.

Do jisté míry specifická situace nastává v případě takového návykového chování, které je problematické jaksi objektivně; zejména je nyní řeč o sebepoškození. Sebeпоškození je uskutečňováno typicky záměrným pořezáním se ostrým předmětem (žiletka či jiné břity) bez suicidálního úmyslu za účelem ventilace a snížení emocionálního napětí. Přičemž nejde o sebevražedný pokus, ale o potřebu si způsobit rychlou, relativně krátkodobou bolest, což umožní odreagovat nastřádané emoce, které člověk v dané chvíli nedokáže uvolnit jinak (např. vztekem, pláčem nebo agresivitou). Někteří klienti popisují úlevu v tom, že se můžou vrátit k sobě a ke svému tělu, skutečně tu bolest procítit, případně se dostanou do situace, kterou musí neprodleně řešit (protože krev teče a vyžaduje okamžitou a zaměřenou pozornost) a tím se koncentrovat a (emočně i myšlenkově) přeladit na jiné téma než předchozí nezvládnutelné pocity. Lidé se zkušeností se sebepoškozením popisují před samotným aktem pocity bezvýhodnosti, marnosti, zoufalství, velké a nezvládnutelné duševní bolesti, která dosahuje takové hloubky, jako by ji ani nešlo vyjádřit běžnými prostředky; adekvátní reakcí je pro ně pak fyzické poranění sebe sama, aby se z té bolesti mohli vůbec nějak dostat. Ve vyprávění se objevuje i pocit nesmírné prázdnoty, která je vnímána jako natolik ohrožující, že i fyzické ublížení si je lepší, než se naplno nechat vtáhnout do té nicoty.

Problematika z hlediska návykovosti je zjevná; pro dotyčného člověka jde o nezbytnou úlevnou reakci, ačkoliv pro jeho okolí může jít o nepochopitelný a nepřijatelný čin. Samotné „to nesmíš dělat“ zde nepadá na úrodnou půdu, ačkoliv u rodičů jde nezřídka o odpověď první volby. K úspěšnému rozklíčování problematiky závislostního chování u dětí a dospívajících je nutné v první řadě opustit zažitý koncept jednotlivce a začít se na dotyčného dívat v širším kontextu jeho okolí; děti a dospívající nedělají věci bezúčelně nebo náhodně, děti „nezlobí“ – reagují po svém na obtížnou situaci, a takovým způsobem, jakým dokážou, ačkoliv dospělému a nezávislému člověku se třeba může jevit jako nelogický a nesmyslný.

## **5 Role emocí v závislostním chování dětí**

Přijmeme-li tedy závislostní chování u dětí jako jejich více či méně nevědomou, avšak smysluplnou odpověď na situaci, v níž se nacházejí, vede další cesta právě k emocím a pocitům. Jak bylo naznačeno výše, děti (i dospívající) se od malička ocitají v situaci, kterou nemůžou vlastními silami či mocí ovlivnit a jsou nuceny ji strpět. Za normálních okolností to není nijak ohrožující; vzniklé nepříjemné pocity je možné ventilovat či sdílet a negativně vnímaný stav se časem upraví. Základním klíčem je zde možnost emoce prožít a přijmout, jakož i mít vůbec možnost je bezpečně ventilovat. V ideálním případě jsou k dispozici chápující a akceptující rodiče, kteří mohou nápor emocí dítěte

zachytit, přijmout a zpracovat, aniž by dítě odmítli nebo zapudili proto, že se ono cítí nepříjemně.

Obtíže nastávají ve chvíli, kdy nepříjemné pocity sdílet nelze a dítě je na ně tak náhle samo, případně když jsou rodiče nastaveni tak, že jakékoliv projevy „negativních“ (nebo i „pozitivních“) emoce jsou nežádoucí a nepatřičné. Přičemž uvozovky jsou zde úmyslně k naznačení, že emoce nelze dost dobře hodnotit; autentické emoce odpovídají subjektivní realitě, a jsou tedy správné a zdravé. Dítě se pak přesto ocitá v nepříjemné rozpolcenosti – je mu špatně, ale nemůže o tom mluvit, nemůže své pocity dávat najevo.

Stav „něco cítím a plně prožívám, ale zároveň to nedávám svému okolí najevo“ je velmi náročný na udržení, protože způsobuje velký vnitřní rozpor a napětí. Už od útlého věku jsme zvyklí tento rozpor vytvářet, protože o některých věcech se „nemluví“, není to slušné či patřičné. Malé děti jsou zcela autentické, říkají si o své potřeby, otevřeně sdílejí své pocity. Postupem času a vývoje však tuto schopnost více či méně omezujeme ve prospěch racionálního zhodnocení toho, co je v dané situaci přípustné. Nemalou roli v tomto procesu hrají rodiče; klasická věta „kluci přece nepláčou“ hovoří sama za sebe. Odmalička se tedy učíme své emoce nedávat na odiv a řídit a ovládat to, jaké pocity ukazujeme ostatním lidem. Do jisté míry je zvládnutí tohoto procesu známkou zdravého sociálního přizpůsobení, pokud je však autentické prožívání emocí příliš odstřiženo a nedochází tak k propojování pocitů a chování, může toto rozštěpení vést k opačnému procesu, potlačování emočního prožívání. Jednoduše řečeno – pokud nemám možnost projevit navenek, co prožívám, v zájmu zachování vnitřní jednoty budu mít tendenci přizpůsobit svůj vnitřní prožitek tomu „povolenému“ vnějšímu chování. Takový proces přispěje k určité vnitřní konzistenci, protože vnitřní prožitky jsou zdánlivě v jednotě s vnějším jednáním. Odstřižené emoce se však nikam neztrácejí, jen jsou transformovány do nějaké podoby, kterou lze zpracovat a zvládnout.

Nejmenší děti se učí zpracovávat emoce prostřednictvím odrazu od okolí, tedy zejména od rodičů. Rodiče dávají jejich pocitům jméno a smysl, děti se od nich učí emoce přijímat, označovat, chápat je a rozumět jim. Zároveň se nepřímou učí tomu, které pocity jsou pro okolí přijatelné a jakým způsobem je lze vyjadřovat.

Na závislostní chování u dětí a dospívajících lze pohlížet jako na pokus o zpracování nezvládnutelného emočního napětí, s kterým si dospívající nedokáže poradit jinou a zdravější cestou. Závislost je tedy de facto cestou potlačení, vytěsnění, zapomení či odstřižení od nepříjemných emocí, případně přebití toho nepříjemného něčím jiným, co znám a s čím dokážu pracovat. Z tohoto úhlu pohledu je sebepoškozování či užívání návykových látek způsobem, jak něco krajně nepříjemného necítit a neprožívat. Je to vlastně obranný mechanismus – neodkážu přijmout něco těžkého, co se mi děje, a je jednodušší odsunout to mimo současnou skutečnost.

## **6 Práce s emocemi v terapii závislostního chování u dětí a dospívajících**

Výše popsaná úvaha vede k teorii, že naučí-li se klient autenticky nakládat se svými emocemi a vyrovnat se i s náročnými pocity, nebude mít zapotřebí „odklánět“ je rizikovým návykovým chováním či užíváním návykových látek. To je samozřejmě mnohem náročnější, než jen si na rozumové úrovni říci „takhle to je, teď to víš, tak se podle toho chovej“. I pro dospělé lidi je relativně obtížné pojmenovávat vlastní pocity a být si vědom toho, jak přesně se cítí a proč.

Emoce jsou neoddelitelnou součástí lidského prožívání; mají velký vliv na náš život a do značné míry utvářejí jeho kvalitu. Emocionální reakce je rychlou odpovědí na cokoliv, co nám život přinese, a v protikladu k racionálním, logickým myšlenkám přináší často nepředvídatelné a o to silnější vjemy.

Snad každý terapeutický systém se emocemi nějakým způsobem zaobírá, přinejmenším na úrovni jejich pozorování a zachycování. Emoce nelze vynechat či opominout, na to je jejich důležitost v lidském prožívání příliš vysoká. Vnitřní mechanismy osobní práce s emocemi se utvářejí již od



nejranějšího věku a lze říci, že tento proces není až do smrti zcela ukončen, jde o celoživotní záležitost. Pojmem „práce s emocemi“ mám na mysli komplexní uchopení vlastní emocionality; prožívání a prociťování pocitů, vnímání a rozpoznávání vlastních emocí, chápání emocí ostatních lidí a empatické vcítění se, „zvládnutí“ náročných emočních stavů, ovlivňování a ovládání vlastních emocí, vnitřní přijetí toho, jak se cítíme, a akceptace emočních stavů u druhých lidí, schopnost vnitřního emočního „přeladění“, předvídání emocionálních reakcí ostatních lidí a mnoho dalších rovni, jejichž kompletní výčet a rozbor by mnohonásobně překročil rozsah a zaměření této práce.

Při práci s dospívajícími s obtížemi závislostního charakteru jsou emoce v popředí zájmu. Dospívající v péči adiktologické ambulance jsou zhruba zvyklí na to, že své emoce nemohou sdílet otevřeně a už vůbec ne s dospělými. Základním pilířem spolupráce se stává respekt k dospívajícímu a k jeho pocitům, a to i těm nepříjemným. Často je pro dospívajícího osvobozující projev například hněv nebo naštvání a zklamání z něčeho, co udělali rodiče či jiní dospělí, aniž by za to byl následně perzekuován. Děti jsou podporovány v tom, aby o svých pocitech svobodně mluvily, i když třeba nejsou pozitivní. Důležitá je reakce protistrany, ať už rodiče nebo terapeuta; pokud dospělý náročné emoce akceptuje a neodmítá, pro dítě je snazší je i nadále sdílet. To pochopitelně neznamená, že např. agresivita má zůstat bez odezvy a že vše je nebo bude dovoleno, „za odměnu“ za sdílení emocí. Podstatou je respekt k tomu, co dospívající prožívá, za současného zachování emocionální otevřenosti i z vlastní strany.

## **7 Význam práce s rodinným systémem**

Komplexní práce s celým rodinným systémem hraje v terapii klíčovou roli, a to právě kvůli těsné provázanosti dospívajícího klienta a jeho životní situace s jeho nejbližším okolím. Má-li se něco změnit, je výhodné provádět změny na co nejvíce dotčených frontách, šetří to investovanou energii a zvyšuje efektivitu spolupráce. U dětí a dospívajících je pak komplexní přístup zásadní ještě z dalších důvodů.

Předně – jak již bylo zmíněno, děti a dospívající jsou (hlavně zpočátku) skupinou klientů extrémně nemotivovanou k jakékoliv spolupráci. Do léčby je obvykle přivedou rodiče, chodí na sezení a na skupiny, protože to mají nařízené a musí, mají pocit, že nikdo nebere vážně jejich potřeby a názory a často mají zcela zkreslený náhled na svou situaci a její případné následky. Rodiče jsou zde tedy extrémně důležití; bez jejich spolupráce a informací z jejich strany by jakékoliv setkávání bylo jen mlácením prázdné slámy, protože klient by neměl důvod cokoli říkat; „však se nic neděje, tak mě pusťte domů a nechte mě na pokoji“. Při zapojení rodičů i dětí však postupně vycházejí najevo důležité informace, které by jinak zůstaly skryté, a přitom jsou pro celý proces spolupráce zásadní. Přináší to oboustranný pohled na to, jak fungují nastavené dohody, a otevírání témat, která by jedna strana raději tabuizovala (např. přílišnou slabost otce v otázkách nastavení domácích pravidel, užívání návykových látek rodiči, vnímaná protekce jednoho z dětí před druhým apod.), což je pro úspěšnost spolupráce užitečné.

Zapojení rodičů ovšem procesy také komplikuje. Do práce se závislostí se vměšují ještě přirozené vývojové procesy separace dětí od rodičů, někdy je tak velmi těžké poznat, co je rozumným požadavkem, co závislostním pokusem o manipulaci a co nepatřičným pozůstatkem nevědomého separačního procesu. A to jak na straně dětí či dospívajících, tak na straně rodičů.

V neposlední řadě je výhodné přenastavování některých procesů v rámci rodiny. Díváme-li se na závislostní potíže jako na vyústění nějaké nefunkčnosti v rodině či sociálním prostředí jedince, je zapotřebí ony vnitřní procesy zrevidovat a v případě potřeby upravit, aby i potřeba závislostního chování mohla zmizet, resp. aby se vymizení závislosti podpořilo. Podle zkušeností z ADA+ se některá témata v rámci nefunkčních procesů v rodinách, kde se objevila závislost, poměrně často opakují; budou zmíněna v samostatném oddíle níže.

## 8 Vybraná doporučení pro praxi

Jak již bylo avizováno, rád bych na tomto místě zmínil některá z konkrétních témat a opatření, která se v ADA+ při práci s rodinnými systémy se závislostí snažíme neopominout. Nejde pochopitelně o žádný explicitní seznam, spíše o ukázkou uvažování; konkrétní potřeby jsou v každé rodině pochopitelně odlišné.

Zachovám zde rozdělení na opakující se témata v práci individuální a témata, kterými se často zabýváme na úrovni rodinné.

### Individuální témata

Klienty podporujeme ve vyjadřování a pojmenovávání vlastních emocí, a to včetně přesahu k potřebám z těchto pocitů vyplývajícím. Učíme je mluvit o tom, co potřebují, říkat si aktivně o naplňování svých potřeb a přebírat tak odpovědnost za jejich naplnění či nenaplnění. A zároveň předvídat a akceptovat následky vlastních rozhodnutí a dokázat se smířit s tím, že jejich potřeby občas naplněny nejsou. Pracujeme na možnostech vyjadřování a zpracovávání emocí jinými a zdravějšími způsoby, otevíráme nové možnosti a dáváme na výběr. Vyjádřená emoce vede k efektivnímu naplnění potřeby častěji než potlačená či skrytá. To zároveň vede k větší otevřenosti a autentičnosti na individuální a následně i rodinné úrovni. Přičemž výše zmíněná témata jsou skloňovaná na úrovni rodičovské i dětské; nezdírká s rodiči i s dětmi z jedné rodiny pracujeme na individuálních sezeních na stejných věcech.

### Rodinná témata

Častým tématem je nastavování hranic formou férové dvoustranné dohody, což nebývá zvykem v každé rodině. Nastavování hranic se pak neděje formou trestu, nýbrž dohodnutého následku jednání a lze na něj pohlížet jako na výsledek svobodné volby. Tímto přesmykem jsou eliminovány hádky nad nepodstatnými každodenními drobnostmi zejména v případě konfliktního domácího prostředí (které je v období dospívání spíše pravidlem než výjimkou). Zároveň to přispívá k větší ochotě rodičů hranice vůbec nastavovat; relativně časté je, že se rodiče bojí vymezení hranic, mají pocit, že nemají právo po dětech něco vyžadovat proti jejich vůli. Někdy jsou rodiče dětmi drženi prakticky jako v pasti; například sebepoškozování dítěte vnáší do rodiny obavy typu „co když mu/jí to zakážu a on/a si pak nějak ublíží a bude to má vina, to mu raději nic zakazovat nebudu“. Narovnání „procesů“ ve smyslu přijímání odpovědnosti za to, za co jsme odpovědní, a nepřebírání odpovědnosti za jednání druhých, to je další často opakované téma u rodičů i dětí. A v neposlední řadě výrazně podporujeme to, aby se na rodinné úrovni otevřeně mluvilo o věcech, které jsou důležité, a podporujeme transparentnost a autentičnost v emocích i myšlenkách napříč celou rodinou. V některých rodinách je pak novinkou i to, že např. někdo může mít právo na vlastní pocity nebo potřeby, nebo že někdo může také udělat chybu, aniž by za ni byl rovnou odmítnut či vyloučen.

## 9 Závěr

V této práci byla popsána některá specifika terapeutické práce s dospívajícími se závislostními obtížemi. Důraz byl kladen na otevřenou práci s emocemi napříč celou rodinou a na spolupráci v rámci celého rodinného systému. Krátce jsem pojednal o některých odlišnostech v práci s dětmi a dospívajícími oproti práci s dospělými se závislostí, ač toto odvětví není dosud příliš odborně zpracováno. V závěru zazněla některá stručná doporučení, která vyplývají z praxe adiktologické

dorostové ambulance.

Neklada si za cíl žádná kázání neměnné a dané reality. Práce se závislostí u dospívajících je sama o sobě natolik specifická, že vyžaduje úpravu standardních postupů a jisté přetvoření stávajících adiktologických teorií. Nejen kvůli zvláštnostem souvisejících s dospíváním, ale také kvůli překotnému vývoji společenskému a technologickému. Závislosti na informačních technologiích ještě před několika málo lety ani nemohly být zásadním tématem, vždyť doslova neexistovaly – a dnes již informační technologie a sociální sítě významně ovlivňují zaběhnuté zákonitosti sociální psychologie. Hlubší lidské struktury se naštěstí mění o něco pomaleji; emoce nás neopouštějí ani s informačním věkem, možná v něm dokonce nabývají na důležitosti. U závislostního jednání to tak každopádně zatím vypadá.

### **Literatura doporučená k dalšímu studiu**

Chvála, V., Trapková, L. (2008). *Rodinná terapie a teorie jin-jangu*. Praha: Portál

Chvála, V., Trapková L. (2004). *Rodinná terapie psychosomatických poruch*. Praha: Portál

Zimbardo, P., Coulomb, N. (2017) *Odpojený muž*. Praha: Grada

# Sourozenecká skupina a práce s ní v dětském domově

Ing. Bc. Simona Saitlová

## Úvod

### Teoretická část

1. Sourozenecká skupina
  1. 1. Sourozenecké vztahy
  1. 2. Sourozenecké konstelace
2. Koncepce dětského domova
  2. 1. Vytváření vhodných podmínek pro dané cíle
  2. 2. Výchovně vzdělávací činnost
  2. 3. Kolektiv pracovníků
  2. 4. Potenciality a jedinečnost osobnosti
3. Specifika vývojového traumatu

### Praktická část

4. Dětský domov a jeho charakteristika
  4. 1. Dětský domov Hrotovice a jeho režim
  4. 2. Situace sourozenců z hlediska jejich umístění v domově a současné možnosti do budoucnosti
  4. 3. Popis sourozenecké skupiny
5. Práce se sourozeneckou skupinou
6. Praktický popis specifického přístupu

## Závěr

### Seznam použité literatury

## Úvod

V podmínkách ústavní výchovy existují specifika týkající se sourozenecké skupiny a cílem této práce je ukázat na studii jednoho případu práci s takovou skupinou v podmínkách ústavní výchovy v České republice v roce 2018.

Vzhledem k tomu, že jsem se po krátké době od svého nástupu do dětského domova setkala s nástupem tak početné sourozenecké skupiny poprvé, byla to nejenom pro mě, ale i pro kolektiv vychovatelů - speciálních pedagogů prvotní zkušenost, rozhodla jsem se pro zpracování daného tématu jako materiálu pro případné budoucí využití s nástupem obdobné sourozenecké skupiny do domova s celkovou kapacitou pouze 16 dětí.

Cílem bylo naučit se pracovat s těmito dětmi, porozumět jejich chování a zvolit vhodná pravidla a přístup k těmto dětem, aby se dopady jejich traumatizovaného vývoje ještě více neprohlubovaly. Bylo pro mě důležité zjistit, jakou roli sehrává důsledné a jednotné dodržování pravidel kolektivem vychovatelů ve výchovně vzdělávací činnosti těchto dětí, které se mohou vrátit do původní biologické rodiny nebo po dosažení dospělosti vstoupit do samostatného života.

V teoretické části se zabývám problematikou sourozenecké skupiny, koncepcí ústavní výchovy a specifiky vývojového traumatu. Nechybí ani popis školského zařízení dětského domova a jeho legislativa.

Pro praktickou část jsem si zvolila 6 sourozenců, jejichž věk v době příchodu na domov byl 7 až 14 let. Děti jsou v tomto období velmi citlivé a vnímavé ke všem projevům okolního světa. Bylo třeba vytvořit pro ně podporující a nevyčleňující prostředí s pravidly jako pevnou osnovou pro život, která jsou realizována v každodenní výchovné a vzdělávací činnosti dětí prostřednictvím motivačních projektů. Jejich cílem je naplňovat potřeby dětí pro jejich budoucí smysluplný, samostatný a spokojený život.

Metodou pozorování, rozhovorů a komunitních kruhů byly získány poznatky pro vyhodnocení dosavadní práce a přístupu k nim od roku 2014, tedy od doby jejich příchodu do dětského domova. Prezentuji v této části nejenom svoje poznatky, ale jedná se i o poznatky dětí a kolektivu vychovatelů dětského domova.

## **1. Sourozenecká skupina**

Tato práce pojednává o sourozenecké skupině 6 dětí, které byly od začátku svého pobytu v dětském domově umístěny do jedné rodinné skupiny, kde spolu sdílí společné prostředí a vykonávají společné činnosti.

I když jsou rodinné vazby u dětí umístěných do ústavní výchovy často velmi narušeny, někdy i zcela zpřetrhány, v případě, že jsou jejich sourozenci v obdobné situaci, mají dle zákona č. 109/2002 Sb. právo na společné umístění s nimi.

Novák (2009) mluví o sourozencích jako o malé sociální skupině a přirovnává ji k tzv. sociálnímu inkubátoru.

### **1. 1. Sourozenecké vztahy**

Po umístění dítěte do ústavní výchovy hrají v jeho životě stále velkou roli biologičtí činitelé, které si do něj vnáší už svým narozením. Na tyto činitele je třeba pohlížet jako na neměnnou danost, která je součástí dítěte. Jsou to například základní biologické charakteristiky jako pohlaví, vzhled a etnický původ, ale také genetická výbava po rodičích, inteligence nebo odolnost vůči zátěži. Vedle biologických činitelů stojí také činitelé sociální, jež představují vztah dítěte ke svému sociálnímu okolí, kterým je značně ovlivňováno. Na tomto vlivu se kromě rodičů či vychovatelů podílejí také sourozenci dítěte (Matějček Z., 1999).

Pojem „sourozenci“ označuje ve většině kultur jedince, kteří mají tutéž matku/otce nebo oba rodiče a je to osoba, díky níž je u dětí v ústavní edukaci možné alespoň partikulární zachování původních rodinných vazeb. Vztahy mezi sourozenci mohou nabývat různé kvality, mění se v závislosti na dřívějších zkušenostech a dalších aktuálních i déle trvajících vlivech (Kasten, 1993).

Sourozenecký vztah je v mnoha ohledech specifický. Jedná se o vazbu mezi sourozenci, která má vliv na všechny zúčastněné osoby. Skrze tuto vazbu se jedinci učí přizpůsobovat, žít jeden vedle druhého, prosazovat se, dělit se, hájit svá práva, prohrávat, ale také se vzájemně ctít a táhnout za jeden provaz“. Člověk si sourozenecký vztah nevybírání, je mu dán a patří k těm nejbližším, které na světě existují. Mohou jej tvořit lidé shodného i odlišného pohlaví, lidé stejného či rozdílného věku a trvá od narození až do smrti alespoň jednoho ze zúčastněných. (Segalová, 2009). Dělí se o to nejdůležitější a nejdražší – o rodiče. Učí se být skromní, snášet frustraci a kompenzovat ztráty (Prekopová, 2009).

Vančurová (1966) poukazuje na další faktory, jež charakterizují sourozenecký vztah. Jejich vztah přináší vzájemnou důvěru, oporu, projevy emocí a vzájemné potřeby, upřímnost a přímou, intimní kontakt. Sourozenci, kteří vedle sebe vyrůstají, se dokonale znají, což znemožňuje přetvářku a sebezlepšování. Znají své silné i slabé stránky. Sourozenec tak lépe porozumí a může pomoci

s problémem, který jeho bratra či sestru tíží, navíc si nastavují pomyslné zrcadlo, kterým se snaží usměrňovat starší mladšího či zkrátka jeden druhého a vzájemně se od sebe učit. Sourozenecký vztah představuje první hluboké partnerství, které se stává základnou pro budoucí vztahy.

U sourozenců často platí princip divergence. Přesto, že pocházejí ze stejných rodičů a vyrůstají ve stejném prostředí, každý se vyvíjí odlišně. Právě společné soužití je nutí, aby si každý našel svou vlastní cestu. Tráví pospolu mnohem více času než s rodiči či jinými vrstevníky. Mají stejné vychovatele, stejné příbuzné, stýkají se se stejnými lidmi. Velice dobře se znají, nemusí a ani nemohou nic předstírat, komunikují tzv. „bez obalu“. Mají tu velkou výhodu, že si celé dětství poskytují společnost věkově blízkých osob a prožívají tak trénink různých způsobů vzájemného sociálního chování, což pak mohou zúročit při řešení problémů v dospívání a dospělosti (Prekopová, 2009).

Vančurová (1966) k tomu říká: „Život mezi sourozenci je tedy tvrdá škola, s mnoha vyučovacími hodinami, s mnoha možnostmi sporů a s požadavkem stále nových aplikací nabytých zkušeností. A proto je po mnoha stránkách tak podnětný“ (s. 40-41). Je vynikající přípravou na vlastní budoucí rodičovství. Především to platí pro ty, kteří měli „pod sebou“ mladšího sourozence.

Vztahy mezi sourozenci mohou dosahovat různého stupně náklonnosti, jsou ovlivněny celkovou domácí situací. Sem spadá místní a časové uspořádání.

Místní uspořádání v podstatě znamená, jaké má rodina bytové podmínky. Kolik dětí sdílí jeden pokoj, zda má každý dostatek prostoru, svůj privátní koutek, svůj stůl, hračky atd. Časovým uspořádáním je míněn určitý provozní řád rodiny. Kdy se všichni členové schází, kdo s kým tráví čas apod.

Dále sem spadají vzájemné vazby a typ výchovy. Zda rodič někoho ze sourozenců upřednostňuje, má svého mazánka nebo se snaží o maximální rovnost a spravedlnost v přístupu k dětem. Svou roli sehrává pohlaví a věk dětí, resp. věkové rozdíly mezi jednotlivými sourozenci. Dalo by se říci, že čím menší je věkový rozdíl mezi dětmi, tím hlubší budou jejich kontakty. Zároveň však mezi nimi bude i větší rivalita a více sporů, i když to samozřejmě neplatí stoprocentně. Také se dá s určitou mírou pravděpodobnosti říci, že se snáze dohodnou sourozenci různého pohlaví než stejného, zvláště když jsou podobného věku (Prekopová, 2009, Vančurová, 1966). Sourozenecké vztahy, jako každé jiné, nejsou neměnné, ale dynamicky se vyvíjí. Jejich nedílnou a navenek se nejvíce projevující součástí jsou hádky a konflikty. Jiné jsou v dětství, jiné v dospívání, dospělosti a ve stáří.

Přiměřená přítomnost sourozeneckých rozbrojů je považována spíše za pozitivní jev, který u dětí buduje potřebné sociální dovednosti a osobní odolnost. Děti školního věku zažívají nejvíce konfliktů právě v sourozeneckých vztazích, které tak tvoří důležitou součást jejich života. Během vývoje se vztahy mezi sourozenci vyrovnávají, starší sourozenci ztrácí svou jednoznačnou převahu (McGuire et al., 2000).

V mladším věku dětí je to spíše starší sourozenec, který iniciuje konflikt, protože má jistotu, že vyhraje. Častěji zde také zasahují rodiče. Ve středním dětství roste vliv mladších sourozenců na vyvolání hádky, a to i přesto, že starší má pořád více šancí na vítězství. Děti se zlepšují ve schopnosti řešit problémy konstruktivně. Avšak to neznamená, že by se nehádaly, jen se hádají sofistikovaněji. A starší častěji než agresí reagují pasivně. Z hlediska obsahu hádek se ukázalo, že nejčastěji se řeší sdílení majetku, nevhodné chování, fyzická agrese, přátelé a podrážděnost obecně. To znamená, že obsahy hádek zasahují oblasti osobních zájmů, rodinných pravidel, síly a převahy a zájmů mimo rodinu. Problémy, které řeší mladší a starší sourozenci jsou také rozdílné. Mladší děti jsou častěji staršími odmítány, zatímco starším vadí spíše nezralé chování mladších a to, že ohrožují jejich soukromí. Také se ukázalo, že existují rozdíly mezi chlapci a dívkami. Chlapci mají blíže k užití fyzické agrese a hádají se více než dívky. Sourozenci opačného pohlaví se zase hádají častěji než sourozenci stejného pohlaví. V dyádě starší bratr – mladší sestra jsou vztahy chladnější a méně blízké než u jiných sourozeneckých párů (McGuire et al., 2000).

Za iniciátora hádky uvede dítě často druhého sourozence pod heslem, které od nich denně slyšíme: „On/a si začal/a.“ Spory v drtivé většině vyhrává podle očekávání starší sourozenec nebo zůstávají „nerozhodně“. U vyřešení sporů nejčastěji intervenují rodiče nebo dochází k jejich pasivnímu rozpuštění (McGuire et al., 2000).

Vágnerová M. (2012) upozorňuje na to, že si sourozenci můžou navzájem sloužit jako významný zdroj sociální stimulace a sociálního učení. Záleží zde především na kvalitě jejich vztahu a vzájemnému předávání a poskytování osobních zkušeností. Dalším důležitým faktorem je také pořadí sourozenců. U dětí prvorozených se po narození bratra či sestry zprvu objevují pocity ohrožení a žárlivosti. Vedle

nich jsou však významné také pomáhající a starající se projevy. Mladší sourozenec se od staršího učí novým dovednostem především díky nápodobování a jejich vzájemné komunikaci. S rostoucí velikostí rodiny, roste i stupeň specializace jednotlivých osob, vymezení funkcí a dělba práce a pozic. Krystalizují se určité „typy“ mezi dětmi a jejich role v rodině, dochází k diferenciaci osobností. Tím se rozptyluje napětí a rivalita mezi sourozenci. Při větším počtu dětí nemusejí rodiče tolik zasahovat do výchovy, protože leccos se děti naučí vzájemně. Starší sourozenci přispívají k rozvoji v oblasti rozumové, mladší zase mohou stimulovat emocionální rozvoj. Sourozenec je věkově i rozumově bližší a má lepší pochopení pro dětské problémy. V dětech se rozvíjí soucítění, souhra a spolupráce (Matějček, 1986, Prekopová, 2009, Vančurová 1966). Samozřejmě se tímto způsobem nepředávají jen kladné vzorce chování, starší sourozenci mohou způsobovat i komplikace ve výchově mladších. S rostoucím počtem dětí v rodině se zvyrazňuje skutečnost, kdy děti během svého života objevují, že nejsou na světě samy, ale existují i jiné osoby, které mají svá práva a potřeby. Učí se vyhodnocovat a omezovat své požadavky, opouštějí egocentrický pohled na svět. Vančurové (1966).

## 1. 2. Sourozenské konstelace

Jedním z důležitých faktorů, které mají vliv na sourozenský vztah, jsou sourozenské konstelace, tedy pořadí narození dětí do rodiny.

Základními typy konstelací jsou pozice prvorozených dětí, druhorozených či prostředních dětí, nejmladších dětí a jedináčků. Leman (1997, s. 28) uvádí, že „*jsou pochopitelné jisté tendence a obecné charakteristiky, které platí vždy pro jednotlivé skupiny.*“ Pořadí narození má tak celoživotní vliv na člověka a určuje, kým jedinec bude, jaké povolání či partnera si zvolí. Všichni jedinci tak žijí v jedné rodině, ale přesto se výrazně odlišují. Sourozenské konstelace navíc napomáhají určit povahové vlastnosti dítěte. Kupříkladu všem prvorozeným je přisuzován status zodpovědného a vůdčího jedince, pro jedináčka je typická sebestřednost a rozmazlenost (Čapek, 2010).

Na stranu druhou je však obtížné přesně vymezit a definovat povahové charakteristiky jednotlivých konstelací, jelikož dochází k neustálému pohybu a vývoji jedince v průběhu života. Každý člověk se setkává s řadou očekávaných i neočekávaných vlivů, které mohou ovlivnit jeho postoje, chování, povahové rysy. Alfred Adler, který je považován za zakladatele teorie zabývající se sourozenskými konstelacemi, se přesto všechno domnívá, že sourozenské pořadí je ukazatelem budoucích postojů a vzorců chování dětí (Individuální psychologie, 2015).

Existuje několik faktorů, které mají bezpochyby vliv na sourozenské konstelace a těmi jsou zejména věkový odstup mezi sourozenci, pohlaví, tělesné rozdíly nebo postižení, spojení dvou nebo více rodin po smrti některého z rodičů nebo po rozvodu (Leman 1997).

S pořadím narození dítěte se pojí určitá pozice, která z této posloupnosti vyplývá. Z těchto pozic vychází možná typologie vlastností, jež jsou patrné u prvorozených, druhorozených, benjamínků či jedináčků.

Pro další práci se 6 členou sourozenskou skupinou níže popisují typické charakteristiky jednotlivých skupin.

Prvorozené, nejstarší dítě - narození prvního dítěte bývá pro celou rodinu velkou událostí a pozornost rodičů se soustředí pouze na jedno dítě.

I prvorozené dítě bylo kdysi jedináčkem, o tuto pozici však přišlo. Alfred Adler (in Novák, 2007) nazval tuto skutečnost sesazením z trůnu narozením druhého sourozence. Musí se s touto změnou smířit a na základě této události začne vykazovat zcela jiné projevy, než které pro něho byly typické v roli jedináčka. Stává se z něho nejstarší dítě, od kterého se očekává zodpovědnost a pomoc s péčí o mladšího sourozence.

Leman (1997) vystihuje vlastnosti, které jsou pro prvorozeného typické. S příchodem dalších členů rodiny jsou na nejstarší dítě kladeny vyšší nároky, než tomu bylo dříve. Prvorozený se zpravidla stává vůdčím typem, který je cílevědomý, ambiciózní s organizačními schopnostmi, mezi typickou vlastností patří zodpovědnost, opatrnost, svědomitost a spolehlivost, obětavost, vstřícnost, schopnost spoléhat především sám na sebe. Rovněž zdůrazňuje sebedůvěru, která pramení ze skutečnosti, že mu rodiče důvěřovali, brali ho vážně a svěřovali mu úkoly, které náležely pouze nejstarším dětem v rodině. V důsledku péče o mladší sourozence mohou výběr profese ovlivnit také jejich opatrovnické sklony.

Druhorozené, prostřední dítě - velkou výhodu mají děti, které jsou obklopeny dalšími sourozenci.

Již v rodině totiž dochází k nácvičku sociálního chování a na základě pořadí, ve kterém sourozenci přicházejí na svět, se učí bojovat o své místo v rodině, dělit se, prohrávat, přizpůsobovat se, spolupracovat atd. Díky těmto zkušenostem tak může dítě budovat určité strategie, které lze využít v následném životě (Prekopová 2009).

Popsat konkrétní vlastnosti této skupiny však není zcela jednoduché. Do této kategorie totiž spadají všichni ostatní sourozenci, kteří mohou být v pořadí druhí, třetí, čtvrtí. Významným faktorem je také věkový rozestup sourozenců, proto není zcela jednoznačné, jak tuto skupinu popsat. Jedno společné však Leman (2009) u této skupiny rodinných členů shledal jako zásadní. Jedná se o pocit přehlížení, který se objevuje téměř u všech prostředních či druhorozených dětí. Čapek (2010) navíc popisuje pocity stísněnosti, které se u dětí objevují v důsledku pozice prostředního. Je to zcela pochopitelné, uvědomíme-li si pevně stanovenou pozici nejmladšího i nejstaršího dítěte. Nejstarší dítě je vnímáno jako zodpovědné, vůdčí a dominantní, nejmladší člen rodiny se pyšní statusem roztomilého a obletovaného. A co dítě prostřední?

Nevýhodu, která pramení z pozice prostředního dítěte v rodině, vnímá také Buhlerová (in Novák, 2007, s. 45), která v rámci své praxe postřehla, že: „*problémové děti bývají nejčastěji z dětí prostředních.*“

Z pozice prostředního dítěte vyplývá řada vlastností, jež jsou u těchto dětí patrné. Druhorození bývají zpravidla méně suverénní a dominantní, což přináší nejčastěji nejstarším dětem. Kladnou vlastností, kterou Leman (1997) vnímá, je však schopnost vyjednávat. Prostřední děti se díky své pozici prostředního učí kompromisu, vyhýbají se zbytečným konfliktům, a patří tak mezi mistry vyjednávání. Tato schopnost hraje klíčovou roli při výběru povolání. Prostřední děti jsou výborní v komunikaci s lidmi, v naslouchání a vyjednávání podmínek. Ideální pracovní uplatnění proto nalézají v pozici obchodníka, sociálního pracovníka, poradce apod.

Benjamínek, nejmladší dítě - přichází do rodiny v okamžiku, kdy rodiče již mají určité zkušenosti s výchovou dětí. Získává pozici „rodinného mazlíčka“, často je rozmazlováno a příliš ochraňováno.

Nejmladší dítě žije ve stínu svých starších sourozenců. Je s nimi srovnáváno, proto se jim často „mstí“. Dokáže ostatními manipulovat, bývá vychytralé, intrikánské, vinu svádí na druhé. Upoutává na sebe pozornost, předvádí se, provokuje, je společenské. Leman (1997) popisuje benjamínky jako veselé, hravé, bezstarostné jedince, kteří touží po pozornosti okolí, a tak se z nich často stávají hlavní baviči. Rádi na sebe poutají pozornost, předvádějí se a snaží se okolí ohromit. Veškeré snahy nejmladšího dítěte jsou brány se shovívavým úsměvem, trpí nedostatkem povzbuzení, chybí mu odvaha a dispozice, aby se staršími sourozenci soupeřil. Hledá své místo v životě a v nepřímém srovnání se snaží překonat úspěchy starších sourozenců. Bývá poněkud rozpolcené, nesamostatné, netrpělivé a vzpurné (Adler, 1999, Ansbacher a Ansbacher, 1972, Leman, 2008). Velké těžkosti jej čekají v dospívání. V očích rodičů a sourozenců zůstává doživotně malým. Leman (1997) popisuje benjamínky jako veselé, hravé, bezstarostné jedince, kteří touží po pozornosti okolí, a tak se z nich často stávají hlavní baviči. Rádi na sebe poutají pozornost, předvádějí se a snaží se okolí ohromit.

### **Dvojčata – tvoří zvláštní skupinu v sourozenecké konstelaci, nikdy nejsou sama a vždy vyrůstají po boku sourozence.**

Někdy nastává situace, kdy jsou rodiče péčí a výchovou dvojčat vyčerpaní a pokud se v rodině nachází starší sourozenec, pozornosti pro něho již není tolik co dříve a času na hraní moc nezbyvá. Třetí dítě tuto situaci mnohdy špatně nese a na dvojčata žárlí. Stejně je tomu v situaci, kdy je třetí dítě okolím přehlíženo pro nadšení a zájem o jeho sourozence dvojčata (Rulíková, 2008).

Pokud se dvojčata stávají staršími sourozenci pro další dítě v rodině, situace pro nejmladšího je jiná, než kdyby se narodilo do rodiny s jedním dítětem. I mladší dítě se musí vyrovnat se skutečností, že okolí mnohdy věnuje více pozornosti dvojčatům než jemu (Rulíková, 2002).

Značný vliv na vztah dvojčat pramení z jejich pohlaví. Pokud se jedná o dvojčata dvojvaječná, sourozenci mohou být jak shodného tak i opačného pohlaví. V případě chlapce a děvčete jsou brzy patrné jiné zájmy, odlišný okruh přátel a čas pospolu není tak markantní jako u dvojčat identických.

Být dvojčetem přináší řadu nenahraditelných výhod. Jak uvádí Rulíková (2008), významným benefitem dvojčat je fakt, že vedle sebe mají nejlepšího přítele, společně sdílí vše dobré a zlé a skvěle si rozumí. U dvojčat také funguje vzájemná ochrana, která jim zaručuje určitý pocit bezpečí (Segalová,



2009). Jelikož vzniká mezi dvojčaty úzký kontakt, objevuje se u nich potřeba vzájemného dohlížení, uklidňování a těšení se jeden z druhého (Drexler, 2009). Novák (2009) navíc zdůrazňuje, že dvojčata jsou na sebe hluboce vázána. Pokud se jedno dvojče potýká s problémy, tyto problémy řeší zcela automaticky i druhé dvojče.

Vítková Rulíková (2009, s. 75) podotýká, že: „jejich jedinečné pouto bývá velmi silné a v porovnání s dalšími sourozenci velmi často mnohem silnější.“

Přesto, že se vztahy dvojčat jeví jako zcela idylické, i ona si dokážou být soupeři a vzájemně mezi sebou bojovat. Rivalita u dvojčat může vznikat v důsledku srovnávání, shodného oslovování a brání obou sourozenců jako celku (Vítková Rulíková, 2009).

Závěrem s ohledem na naši rodinnou skupinu 6 sourozenců lze říci, že sourozenecké vztahy jsou velmi významné pro životní vývoj dětí, které vyrůstají v dětských domovech. Jsou také zdroji mnoha vlivů, pozitivních i negativních.

S výskytem patologického chování v jejich rodině a rizikem jeho následného výskytu u dětí souvisí také neplnění rodičovské role. V těchto případech sourozenecké vztahy mnohdy suplují nedostatečnou rodičovskou péči a sourozenci pro sebe navzájem představují určitý prvek rodinné svépomoci. Bratr nebo sestra tak nahrazují sourozencům to, co jim bylo od rodičů odepřeno. Novák (2009) se však domnívá, že sourozenec je snadno dosažitelný, je tzv. „po ruce“ a vyniká vrstevnickým pochopením, tudíž je pro tuto funkci nejvhodnější. V tomto případě však dochází k proměně sourozeneckého vztahu, starší dítě často přebírá zodpovědnost za mladšího, snaží se ho vychovávat a nahrazuje ztrátu či nedostatečnost rodičovské role.

## **2. Koncepce dětského domova**

Výchozím bodem koncepce jsou výchovné trendy a strategické body vyplývající ze zákona č.109/2002 Sb. ve znění pozdějších předpisů o výkonu ústavní výchovy ve školských zařízeních a vyhlášky 438/2006, kterou se upravují podrobnosti výkonu ústavní výchovy a ochranné výchovy ve školských zařízeních.

Koncepce je zaměřena na naplňování základních práv dětí, zejména naplnění práva na rodinu, při plném respektování vlastní biologické rodiny. Základem dobré výchovy je výchova rodinná. Děti by měly žít tak, aby mohly poznat základní vzorce rodinného chování, které mohou pouhou nápodobou přenést do vlastního života v dospělosti. Učit děti žít v dětském domově s vědomím, že toto je prostředí umělé a původní rodinu nenahrazuje, nýbrž doplňuje.

Posláním dětského domova je vytvořit v podmínkách kolektivního výchovného zařízení takové prostředí, které by co nejúčinněji přispívalo k harmonickému vývoji osobnosti mladého jedince, jeho zařazení do běžné populace a na vstup do samostatného života. Poskytovalo mu dostatek intimity, jistoty, pocit pevného zázemí, kde se bude cítit přijímaný a současně dostatek podnětů a možností k rozvíjení a uspokojování jeho citových potřeb.

### **2. 1. Vytváření vhodných podmínek pro dané cíle:**

#### **Osobnostní rozvoj dětí a jejich uplatnění ve společnosti**

- Každé dítě rozvíjet individuálně, s přihlédnutím k jeho věku a schopnostem.
- Zajistit dětem podmínky ke vzdělání a k jejich všestrannému rozvoji využívat všechny dostupné prostředky, v případě nejasností využívat rad odborníků.
- Vychovatelé úzce spolupracují při vzdělávání a výchově dítěte se školou, které navštěvuje.
- Děti jsou jednotně vedeny k co nejlepším školním výsledkům, jako základnímu předpokladu pro získání kvalifikace a uplatnění na trhu práce.
- Rodinná skupina vytváří pocit souměřitelnosti pomocí společných zážitků a rituálů. Dává dítěti jasná pravidla, hranice i pocit bezpečí a jistoty.
- Základem pro každodenní výchovně vzdělávací činnost je spolužití všedního dne. Každé dítě je dle svých možností a schopností plně zapojeno do každodenních činností spojených s chodem rodinné skupiny. Samozřejmostí je podíl vychovatelů na všech těchto činnostech.
- Respektovat psychohygienické potřeby dítěte.

- Vést dítě k vytváření, upevňování a dodržování správných návyků v oblasti hygieny, sebeobsluhy a kultury stolování.
- Vytvářet podnětné prostředí pro rozvoj sociálních dovedností a samostatnosti dítěte v sebeobsluze.
- Působit na celkové formování dítěte, podporovat rozvoj jeho vlastní osobnosti, kterou charakterizuje především svědomitost, poctivost, sebeovládání, duševní stabilita a odolnost, zvědavost, chuť do učení a touha poznávat nové, otevřenost pro druhé, snášenlivost, slušnost, schopnost vytvářet přátelské vztahy a pomáhat druhým.
- Učit děti poznávat zásadní životní hodnoty a utvářet si k nim postoje s důrazem na kvalitu mezilidských vztahů.
- Podchytit nadané žáky pro rozvinutí jejich talentu.

### **Podpora zdravého životního stylu**

- Napomáhat dětem poznat samy sebe jako živé bytosti, pochopit smysl zdravotní prevence i hloubku problémů spojených s nemocí či jiným poškozením a mít odpovědnosti za své zdraví.
- Vést děti ke zdravému způsobu stravování, otužování
- Seznamovat děti s různými nebezpečími, která ohrožují zdraví v běžných i mimořádných situacích, vést je k vytváření dovedností a způsobů chování (rozhodování), které vedou k zachování či posílení zdraví.
- Dodržovat pitný režim během dne i noci.
- Při všech činnostech zajišťovat bezpečnost prostředí a vést pravidelnou čtvrtletní evidenci o proškolení dítěte.
- Všestranně působit na dítě v zájmu zdravého rozvoje jeho osobnosti.
- Spolupracovat s pedagogicko – psychologickou poradnou.

### **Ochrana před negativními jevy a jejich následky**

- Vytvářet vhodné podmínky pro účelné trávení volného času dětí a poskytovat širokou nabídku volnočasových aktivit, rozvíjet jejich další dovednosti a tím odvést jejich pozornost od „únikových“ forem chování a minimalizovat problémy s chováním na domově i ve škole.
- Klást maximální důraz na volbu vhodných zájmových aktivit dětí, a to tak, aby pokryla věkový rozsah všech svěřenců.
- Podporovat děti ve všech pozitivních aktivitách mimo domov a respektovat všechny zájmové kroužky, realizovat každou dětskou myšlenku vedoucí k podpoře pozitivně stráveného volného času.
- Podporovat otevřené tělovýchovné a sportovní akce, turistické, tělovýchovné a environmentální aktivity.

### **Zastupování funkce rodiny, naplňování práva na rodinu**

- Napomáhat k tvorbě přátelské atmosféry, založené na budování vzájemných pozitivních vztahů, důvěry a respektu.
- Navozovat a vytvářet rodinné klima s jeho přirozeností a autenticitou.
- Založit způsob práce rodinných skupin na principech fungování početné rodiny v daném prostoru.
- Podporovat maximální možný kontakt dítěte s biologickou rodinou (kolektiv zaměstnanců se snaží být pro rodinu dítěte partnery, ne konkurencí či mentory.
- Rodinné skupiny se snaží o otevřenost – maximální integrace do okolní společnosti s cílem dosáhnout co nejmenší stigmatizace dětí pobytem v dětském domově. Rodinné skupiny se integrují běžnými způsoby do okolní komunity.
- V co největší míře umožnit dětem spolupodílet se na programu a všech činnostech a zároveň je vést k samostatnosti a odpovědnosti za svěřený úkol.
- Pravidelně připravovat programy pro kamarády dětí z běžných rodin. Dítě by se mělo cítit tak jako jeho vrstevníci, kteří vyrůstají ve svých rodinách. Je potřeba vytvářet dítěti dobré podmínky pro přijímání přátel, znát jeho kamarády. Podporovat jejich vztahy s vrstevníky,

mluvit s nimi o nich, aby cítily podporu a dokázaly vytvořit harmonický vztah, který je bude naplňovat.

- Zařazovat volné činnosti dětí s cílem naučit děti samostatně využívat volný čas. Ve své rodině nebudou uplatňovat plán výchovně-vzdělávací činnosti.
- Vždy upřednostňovat rodinný systém výchovy.

### **Výchova k aktivnímu občanství včetně participace s cílem úspěšná socializace dětí**

- Podporovat v max. míře efektivní a kolegiální spojení mezi školou a dětským domovem neboť škola je důležitým prostorem, kde se odehrávají důležité sociální procesy a kde se spolurozhoduje o budoucích životních perspektivách.
- Výchovu také směřovat ke spolupodílení se na aktivitách v okolí. Podílet se na kulturních programech v obci a to nejen účastí, ale také jejich organizováním.
- Poskytnout kvalitní podmínky pro přípravu dospívajících dětí na budoucí povolání.
- Umožnit jim včasné poznání rozmanitosti trhu a nabídky pracovních příležitostí, přiblížit jim tuto problematiku a umožnit jim vyzkoušet si rozvinutí vlastních schopností v určité činnosti. Motivovat je tedy k tomu, aby se během prázdnin zapojily do práce (brigády), aby měly lepší pozici při vstupu na pracovní trh.
- Zdůrazňovat max. význam vzdělání jako důvod pro kvalitní uplatnění na trhu práce a pro vstup do samostatného života.
- Zviditelňovat úspěšné děti, nešetřit pochvalou a odměnou.

## **2. 2. Výchovně vzdělávací činnost**

Rozvíjet osobnost dítěte formou etické výchovy tak, aby mohlo samostatně myslet a svobodně se rozhodovat, učit jej odpovědnosti za vlastní chování, zdraví a jednání v míře přiměřené jeho věku. Budovat domov jako příjemné a přátelské prostředí pro výchovu a vzdělávání dětí. Zaměřit se na oblasti:

### **Zdraví**

Dbát o jeho rozvoj, zajištění optimálních podmínek pro všechny děti. Zamezit tomu, aby činností domova nebylo zdraví dětí a zaměstnanců ohroženo nebo zhoršeno. Zajistit dětem dostatek pohybu, za příznivého počasí zajistit pobyt dětí mimo budovu domova. Ve spolupráci s odbornými institucemi mapovat průběžně zdravotní stav dětí a na základě výsledků provádět potřebné změny - v režimu dětí a v materiálním vybavení domova. Důraz klást na vytváření optimálních psychohygienických podmínek pro činnost dětí i zaměstnanců

### **Poznatky a dovednosti**

Důsledně utvářet u dětí vědomí, že jejich budoucí uplatnění závisí na nich samotných, na kvalitě osvojených vědomostí a praktických dovedností, na morálních a volních vlastnostech. Zaměřit se na utváření a upevňování základních pracovních návyků ve všech činnostech dětí, zejména návyků na udržování pořádku a sebeobslužnosti. vést děti k samostatnosti, učit je utvářet si vlastní názor, práci v týmu, individuální odpovědnosti. Průběžně ověřovat účinnost a kvalitu školního vzdělávacího programu, společně se všemi pedagogickými pracovníky pracovat nad jeho úpravami, zabývat se dalšími strategiemi jeho rozvoje.

- Zaměřit se na adaptaci nových dětí po příchodu do dětského domova a usnadnit jim přijmout své postavení.
- Usilovat o zlepšení kulturnosti vyjadřování a jednání dítěte při jednání s ostatními dětmi a dospělými.
- Postupně odstraňovat handicap, které si děti přinášejí z původní rodiny, následky rizik, jimiž byly po delší dobu ohrožovány, poskytnout jim bezpečné prostředí, pobyt v domově jim maximálně zpříjemnit, aby se zde cítily co nejlépe.

- Zaměřit se na vytváření morálních vlastností dítěte, odstraňování nesprávných návyků, napravování negativních charakterových vlastností.
- Vytvářet dětem podmínky podobné rodinnému zázemí.
- Zajišťovat jim materiální vybavení a podmínky pro rozvoj jejich individuálních potřeb.
- Klást důraz na každodenní školní přípravu.
- Vytvářet u dětí kladný vztah k práci a připravovat je pro praktický život (osvojování praktických dovedností).
- Dále rozvíjet život dětí formou rodinných skupin neboť život v těchto skupinách daleko více a lépe navozuje dění v běžné rodině.

### **Oblast sociální, životních hodnot**

Využívat Vnitřní řád dětského domova jako účinný nástroj pro úpravu vzájemných vztahů mezi dětmi a zaměstnanci domova, případně rodiči dětí. Výrazně diferencovat hodnocení chování dětí. Sjednotit se v požadavcích na chování dětí, důsledně a jednotně postihovat kázeňské přestupky. Kromě opatření k upevnění kázně a hodnocení chování využívat spolupráci s rodiči, se školou, odborem sociální péče, policií. Ve shodě se školou postupovat jednotně při uvolňování a omlouvání absence dětí, při prevenci záškoláctví. Při kontrolní činnosti se zaměřit na postižení celkového charakteru výchovy a vzdělávání dětí - formovat vývoj dětí, ovlivňovat jejich postoje, respektovat jejich osobnost a individuální cestu vývoje. Usilovat o zlepšení kulturnosti vyjadřování a komunikace s ostatními dětmi i dospělými.

V práci pedagogů i dětí sledovat a oceňovat jejich přínos pro vytváření image domova, propagace jeho práce na veřejnosti. Každý pedagog by měl v rámci výchovně vzdělávací činnosti nejen předávat vědomosti a praktické dovednosti, ale přispívat k vytvoření kladného vztahu dítěte k poznávání, hledat nové formy práce, propagovat svoji činnost na veřejnosti. Umožňovat pedagogům účast na dalším vzdělávání, zajišťovat materiální podmínky pro jejich nové formy práce. Posilovat snahy o zavádění a uplatnění nových forem práce a jejich vybavení.

V oblasti prevence rizikového chování spolupracovat se školskými poradenskými zařízeními, policií, orgány sociální péče a zřizovatelem.

- Dodržovat ústavní principy obsažené v Ústavě ČR, Listině základních práv a svobod a Úmluvě o právech dítěte, jako mezinárodní smlouvě o základních lidských právech a svobodách.
- Navázat a rozvíjet vztahy s partnerskými dětskými domovy, pořádání poznávacích pobytů zaměřených na společné plánování volnočasových, sportovních, výchovně-vzdělávacích činností.
- Spolupracovat se zastupiteli města, školou a neziskovými organizacemi v rámci regionu i kraje.
- Navázat a rozvíjet vztahy s různými nadacemi a fondy.

### **2.3. Kolektiv pracovníků**

Výchovně vzdělávací činnost se realizuje v dětském domově pedagogickými pracovníky, mezi které patří ředitel, vychovatelé a asistenti pedagogů a probíhá v jednotlivých rodinných skupinách.

V rodinných skupinách ředitel zařízení zajišťuje denní péči o děti způsobem obdobným jako v rodině a to zpravidla 2 pedagogickými pracovníky na dopolední 2 pedagogickými pracovníky na odpolední službě. Ti se stejnou měrou podílejí na výchovném procesu a na zajištění materiální péče o děti a nezaopatřené osoby. Noční služba v zařízení je zajišťována zpravidla pedagogickými pracovníky (asistenti pedagoga) a dbá o bezpečí dětí v nočních hodinách. Noční služba podle potřeby zajišťuje pomoc dětem při přípravě snídaně, při hygienické obsluze a jejich sebeobsluze, při oblékání a přípravě na odchod z budovy do školy, při péči o nemocné děti a nezaopatřené osoby, při doprovodu dětí k lékařskému vyšetření apod. Tyto činnosti vykonávají v takovém rozsahu, který odpovídá věku a individuálním schopnostem dítěte. Dále zajišťují běžný úklid v rodinných skupinách.

Při jednání s dětmi brát v úvahu především jejich osobnost. Nesnižovat nevhodným přístupem, usměrňováním či tresty jejich důstojnost.

- Kontrolovat kvalitu výchovně vzdělávací práce vychovatelů formou hospitací, namátkových kontrol připravenosti na vzdělávání a výchovu.

- Kontrolovat úroveň zájmové činnosti.
- Kontrolovat kvalitu práce a efektivní využívání pracovní doby u pedagogických a provozních zaměstnanců.
- Uplatňovat otevřenost mezi týmem zaměstnanců, otevřenost novým trendům ve výchovně vzdělávací činnosti.
- Propracovat a zkvalitnit systém komunikace mezi vedením a zaměstnanci a mezi zaměstnanci navzájem.
- Zajišťovat trvalý a plynulý přenos informací mezi pedagogy domova a vyučujícími ve školách dětí prostřednictvím třídních schůzek, konzultací s vyučujícími i zájmových kroužků, využitím odborných služeb školských poradenských zařízení.
- Dbát na jednotný postup pracovníků ve výchově.
- Propracovávat celoroční, týdenní a individuální plány výchovných skupin.
- Pečovat o děti se speciálními vzdělávacími potřebami ve spolupráci s dostupnými lékaři a dalšími odborníky (psycholog, dětský psychiatr, logoped, etoped).

## 2. 4. Potenciality a jedinečnost osobnosti

Dítě přichází na svět s potencialitami, za které ve výchově a vzdělávání přebírá dětský domov odpovědnost. Tyto potenciality lze využívat v jeho rozvoji tak, že dítě zažívá v dětském domově přijetí, kladné hodnocení a podporu. Podstatné je posilování jeho výkonové motivace, zaměření se na jeho činnost a rozvoj, nikoliv na jeho chyby a nedostatky, jejichž zdůrazňováním jejich pravděpodobný výskyt zvyšujeme. Dítě se učí vidět svou vlastní hodnotu tím, že je kladně hodnoceno svým okolím a místo strachu ze selhání je motivováno k osobnímu růstu. Kvalitou osobnosti se rozumí také schopnost „*být šťasten, vnímat lásku a sympatii druhých a odpovídat jim vlastními projevy láskyplnosti a sympatie*“ (Helus, 2004, s. 95).

Posláním dětského domova je každodenní práce se znevýhodněnými, sociálně nebo emočně deprivovanými dětmi. Naplňovat takové poslání a řídit se jím při každodenní výchově je náročný úkol dětských domovů. „*Nelze jen překlenout a zahladit životní zkušenosti, které si dítě z předchozího negativně působícího nebo nedostatečně podnětného prostředí přineslo. Je třeba také usilovat o odstranění nedostatků v jeho sociálním a osobnostním vývoji a citlivě dítě připravovat a vést k překonávání problémů plynoucích z jeho společensky výjimečného postavení.*“ (Švancar, 1988, s. 161).

## 3. Vývojové trauma a jeho specifika

*"Základ lidské osobnosti je položen v útlém dětství, hlavním terénem pro vývoj osobnosti je rodina."*  
Vančurová (1966, s. 17)

Naši sourozenci si přinesli z původní biologické rodiny nezájem rodičů, zejména po rozvodu a jejich patologické chování (závislosti na alkoholu či drogách, trestná činnost, domácí násilí, týrání atd.). Docházelo k opakovanému zraňování, traumatizování dětí od počátku jejich životů. Následky traumatizace z důvodu nenaplnění základních vztahových potřeb, které potřebuje každé dítě na začátku svého života, jsou ovlivňovány mírou naplnění a zvládnutí potřeb. Všichni máme potřeby a nikomu z nás se nedostane všechno, někdy to zvládneme lépe a někdy hůře.

Jednoznačné pojmenování potřeb má každé dítě ve svém zárodku. Záleží, v jakých situacích se ocitlo, co zažilo, co mu kdo udělal nebo neudělal, a pokud nejsou jeho potřeby naplňovány, má to svoje následky.

V hloubi duše všichni ze všeho nejvíce toužíme po pocitu, že žijeme naplno. Pokud tento pocit nemáme, je skrytou příčinou většiny psychických a tělesných problémů. Nedaří se nám to právě kvůli tomu, že se nám na začátku našeho života nedostalo uspokojení těch základních potřeb, které jsou nezbytné pro naše fyzické a emoční zdraví: spojení se sebou a druhými, péče, důvěry, autonomie a lásky – sexuality. Dochází k narušení naší schopnosti seberegulace, vnímání vlastního já, sebejistoty a sebevědomí.

Nervová soustava traumatizovaného dítěte je dysharmonická, pracujeme s ním na jeho identitě (trpí úzkostmi, pořád opakuje – já nevím, nevím, jak to mám apod., vyžadují pozornost.) v přítomném

okamžiku. Život se pro něho stává věčným bojem, je destabilizované, a pokud se jedná o slabého a méně odolného jedince, svůj boj vzdává a žije vegetativním způsobem. Potom není schopen uvědomovat si ve vlastním těle prožitky, emoce, chybí mu senzuální zážitky, které mu dávají pocit jedinečnosti.

Zůstane-li dítě bez vnější pomoci, vytváří si adaptační sebezáchovné strategie. Z důvodů obav a strachu setrvává tak často v omezeném pevně ohraničeném prostoru, který mu brání navazovat spojení se sebou a s druhými. Tím se snižuje jeho možnost užít si svůj život, zažívat pocit vitality a živosti (Heller, Lapierre 2016).

Důležitou otázkou je, jak přistupovat k sourozencům, jejichž vztah je značně ovlivněn negativními zkušenostmi a událostmi, které souvisejí s dobou před nástupem do náhradní edukace.

#### **4. Dětský domov a jeho charakteristika**

Pro pochopení problematiky traumatizovaných dětí a jejich vztahů v dětském domově se budu v této kapitole zabývat charakteristikou prostředí, ve kterém děti na základě soudního rozhodnutí pobývají, vnitřním řádem, dle zákona č.109/2002 Sb. 3 základní úkoly - výchovně vzdělávacím působením dle koncepce dětského domova, pravidly a rituály denního režimu, individuálním plánem rozvoje dítěte, spoluprací s biologickou rodinou a osobností dítěte školního věku.

Vnitřní řád a jeho organizace dne, povinná dokumentace dětského domova, vydaný ředitelem školského zařízení vychází ze zákona č. 109/2002 Sb. o výkonu ústavní výchovy nebo ochranné výchovy ve školských zařízeních a o preventivně výchovné péči ve školských zařízeních. S tímto řádem je seznámeno každé dítě po svém příchodu na zařízení, především se svými právy a povinnostmi.

Dětské domovy zajišťují základní právo každého dítěte na výchovu a vzdělávání v návaznosti na ústavní principy a mezinárodní smlouvy o lidských právech a základních svobodách, jimiž je Česká republika vázána a současně vytváří podmínky podporující sebedůvěru dítěte, rozvíjející citovou stránku jeho osobnosti a umožňující aktivní účast dítěte ve společnosti.

S dítětem musí být zacházeno v zájmu plného a harmonického rozvoje jeho osobnosti s ohledem na potřeby osoby jeho věku.

Účelem zařízení je zajišťovat dětem, tedy nezletilé osobě, a to zpravidla ve věku od 3 do 18 let, případně zletilé osobě do 19 let na základě rozhodnutí soudu o ústavní výchově nebo ochranné výchově nebo o předběžném opatření náhradní výchovnou péči v zájmu jeho zdravého vývoje, řádné výchovy a vzdělávání. Pokud se i po této době zletilý klient nadále připravuje na budoucí povolání, má možnost na základě uzavření dohody o dobrovolném pobytu setrvat v dětském domově do ukončení vzdělání, maximálně však do 26 let.

Ústavní výchovu lze nařídit nejdéle na dobu tří let. Před uplynutím této lhůty od jejího nařízení ji lze prodloužit, jestliže důvody pro nařízení ústavní výchovy stále trvají. Dětský domov spolupracuje s rodinou dítěte a poskytují jí pomoc při zajišťování záležitostí týkajících se dítěte, včetně rodinné terapie a náviku rodičovských a dalších dovedností nezbytných pro výchovu a péči v rodině. Rovněž poskytuje podporu při přechodu dítěte do jeho původního rodinného prostředí nebo jeho přemístění do náhradní rodinné péče.

Základní organizační jednotkou pro práci s dětmi v dětském domově je rodinná skupina, tvoří ji 6 – 8 dětí. Každý domov může mít minimálně 2, maximálně 6 skupin. Při rozdělování dětí do skupin se dbá na heterogenost skupiny z hlediska jejich věku i pohlaví. Sourozenci jsou zařazováni do jedné rodinné skupiny, výjimečně je možné je od sebe oddělit a to zejména z výchovných, vzdělávacích nebo zdravotních důvodů.

Účelem našeho dětského domova je zajišťovat péči o děti, které nemají závažné poruchy chování podle jejich individuálních potřeb. Vzdělávají se ve školách, které nejsou součástí dětského domova.

Ve vztahu k dětem plní dětský domov dle zákona č.109/2002 Sb. 3 základní úkoly - výchovný, vzdělávací a sociální.

Mezi výchovné úkoly patří zejména vedení k sebeobsluze, později k soběstačnosti, výuka zvládnutí základních společenských návyků a norem společenského chování, základy slušnosti a zdvořilosti.

Dítě si při plnění různých povinností, které souvisí s udržováním pořádku, péčí o hygienu a osobní věci a přípravou jídel osvojuje pracovní dovednosti, které jsou nezbytné v každodenním životě.

Hlavním vzdělávacím úkolem je každodenní školní příprava a dohled nad pravidelnou docházkou dětí do školy, kterou navštěvují v místě dětského domova, starší děti potom dojíždějí na učiliště, střední případně vysokou školu. Vychovatelé pomáhají dětem s přípravou na vyučování a jsou přitom vedeny k samostatnosti a spolupráci. Do dětských domovů jsou většinou umísťovány děti, které mají výraznější nedostatky ve vědomostech, a proto s nimi vychovatelé často doplňují a procvičují učivo i z předešlých ročníků.

Sociální úkoly jsou velmi významnou činností, a to z důvodu, že děti mají porušené vazby se svou biologickou rodinou. Jedná se především o ovlivňování volného času dětí, nácvik komunikativních dovedností a rozvoj sociálních kompetencí. Nezbytnou součástí sociálních úkolů se stávají preventivní činnosti, které jsou zaměřeny na předcházení vzniku sociálně patologických jevů, jako je např. drogová závislost, alkoholismus a kouření, kriminalita a delikvence, záškoláctví, patologické hráčství, atd.

Do zařízení pak mohou být dle zákona umísťovány i děti s mentálním, tělesným, smyslovým postižením, s vadami s odpovídajícím stupněm zdravotního postižení. Převážně se jedná o děti přicházející ze sociálně slabých rodin, většinou buď týrané, sexuálně zneužívané, zanedbané, nedůvěřivé nebo obtížně adaptabilní.

Výše zmíněný zákon se rovněž zabývá personálním zabezpečením, které je podrobně popsáno v organizačním řádu dětského domova. Pracovníky dělí na pedagogické (ředitel, vychovatel, asistent pedagoga) a nepedagogické (sociální pracovník, rozpočtář, kuchař, uklízeč, školník).

Ředitel jako statutární orgán plní povinnosti vedoucího organizace, pověřuje své zástupce a je oprávněn jednat jménem dětského domova. Pedagogičtí pracovníci vykonávají přímou pedagogickou činnost a práce související. Pedagogickým pracovníkem může být osoba, která splňuje podmínky stanovené zákonem č. 563/2004 Sb., o pedagogických pracovnících.

Nepedagogickým pracovníkem se rozumí zaměstnanec zařízení, který vykonává jinou činnost než činnost uvedenou v § 18 Zákona č. 109/2002 Sb., a splňuje kvalifikační požadavky a předpoklady stanovené pro výkon povolání zvláštním právním předpisem nebo stanovené zaměstnavatelem. Rovněž jím může být ten, kdo nebyl pravomocně odsouzen za úmyslný trestný čin. Bezúhonnost se prokazuje výpisem z evidence Rejstříku trestů ne starším než tři měsíce, který musí být předložen zařízení před vznikem pracovně-právního vztahu.

Vnitřní řád rovněž stanovuje podrobnosti o organizaci činností v dětském domově, řeší organizační zajištění spolupráce s osobami odpovědnými za výchovu. Po přijetí dítěte zákonní zástupci dítěte případně jiné osoby odpovědné za výchovu obdrží zprávu o přijetí dítěte do zařízení, seznámí se s Vnitřním řádem, zejména s částí pro ně významnou.

Kontakt a spolupráce se zákonnými zástupci dítěte je zajišťován pravidelným informováním o všech důležitých událostech týkajících se jejich dítěte i zařízení, které umožňuje zákonným zástupcům kontakt s dítětem v zařízení. Postup v případech zásadní důležitosti pro život dítěte, zejména souvisejících s rozhodnutím o profesní orientaci dítěte na budoucí povolání, s lékařskými zákroky a předpokládanou hospitalizací je předem projednán a odsouhlasen se zákonným zástupcem dítěte.

Je-li zájem o kontakty mezi dítětem a rodiči oboustranný, uskutečňují se formou návštěv rodičů v dětském domově nebo návštěv dětí u rodičů.

Návštěvy dětí u rodičů podléhají schválení příslušného odboru sociálně právní ochrany dítěte a ředitele zařízení, na základě písemné žádosti zákonných zástupců dítěte adresované dětskému domovu. Zákonní zástupci dítěte při jeho přebírání v dětském domově podepíší Prohlášení o převzetí odpovědnosti za dítě v době dovolenky. Pobyt dítěte u rodičů se realizuje převážně o prázdninách a víkendech.

Návštěvy zákonných zástupců dětí jsou možné kterýkoliv den tak, aby nenarušovaly vyučování a aby dítě bylo v zařízení přítomno (výlety, exkurze, soutěže, rekreace apod.). Proto je potřebné návštěvu předem telefonicky nebo písemně dohodnout. Návštěvu dítěte organizují vychovatelé ve službě s přihlédnutím k momentální situaci. Návštěva se neumožní osobám pod vlivem alkoholu, drog a osobám projevujícím agresivitu. Návštěvy jsou povinny dodržovat Návštěvní řád dětského domova.

Každé dítě se po svém příchodu na zařízení seznámí s prostředím dětského domova, se svými právy a povinnostmi, s Vnitřním řádem, s organizací dne a režimem domova, základními bezpečnostními předpisy a s ostatními předpisy (vše s ohledem na věková specifika dítěte), dále s ostatními dětmi a

zaměstnanci. Při přijímání dítěte je přítomen i vychovatel, do jehož rodinné skupiny je dítě zařazeno. Dítě je vybaveno ošacením, věcmi osobní potřeby a školními pomůckami.

Organizace výchovně vzdělávacích činností je rozpracována v Ročním plánu práce, v Individuálním programu rozvoje osobnosti dítěte, v rozvrhu hodin ve škole a zájmových kroužcích, v Týdenních a Denních programech činností jednotlivých rodinných skupin s ohledem na individuální a věkové zvláštnosti dětí.

Na tvorbě Týdenních programů výchovně vzdělávací činnosti dětí zahrnující i jejich zájmové volnočasové aktivity se podílejí i ony samy. Přitom uplatňují své koníčky, záliby a rysy svojí osobnosti. Za tímto účelem probíhají denně pravidelné komunity v ranních hodinách před odchodem do školy a ve večerních před večerkou. Děti podávají návrhy, konzultují s vychovateli jednotlivá témata, řeší i své vlastní záležitosti a potřeby a společně sestavují i svůj rozvrh úklidových služeb. Pokud potřebuje dítě soukromí pro vznesení svých námětů, připomínek, žádostí, stížností či pokud si potřebují promluvit o svém rozpoložení, názorech apod., mohou přijít za kterýmkoliv pedagogem či provozním zaměstnancem a promluvit s ním o samotě v ničím nerušeném prostředí.

1x týdně probíhá neformální sezení dětí s ředitelem zařízení, na kterých společně hodnotí uplynulý týden, děti mají možnost obracet se na ředitele se svými žádostmi, stížnostmi a návrhy na činnosti v domově, rovněž i se svými připomínkami k jeho provozu. Podněty a návrhy dětí předá zaměstnancům ředitel na pracovních schůzkách komplexní péče.

Zpravidla 2 krát ročně probíhá setkání všech pedagogických i provozních zaměstnanců s dětmi na tzv. velké komunitě za účelem společného setkávání, hodnocení a plánování společných aktivit.

Dětský domov Hrotovice má 2 rodinné skupiny, které mají samostatně oddělené prostory. Její prostorové podmínky jsou tvořeny obývacím pokojem, třemi zařízeními ložnicemi dětí, dílničkou s počítačovým koutkem, šatnou, sociálním zařízením a zázemím pro vychovatele.

Dětem dle zák. č. 109/2002 Sb., se poskytuje plné přímé zaopatření. Pokud se zletilá nezaopatřená osoba po ukončení výkonu ústavní výchovy připravuje na budoucí povolání, nejdéle však do 26 let věku a to za podmínek sjednaných ve smlouvě mezi nezaopatřenou osobou a domovem poskytuje se i jí plné přímé zaopatření.

Dětem je poskytováno stravování, ubytování a ošacení, učební potřeby a pomůcky, úhrada nezbytně nutných nákladů na vzdělávání, úhrada nákladů na zdravotní péči, léčiva a zdravotnické potřeby, které nejsou hrazeny ze zdravotního pojištění, kapesné, osobní dary a věcná pomoc při odchodu zletilých ze zařízení, úhrada nákladů na dopravu do sídla školy, dále mohou být dětem hrazeny potřeby pro využití volného času, náklady na kulturní, uměleckou, sportovní, soutěžní a oddechovou činnost.

Právem každého nezaopatřeného dítěte je rovněž nárok v průběhu pobytu v dětském domově na měsíční kapesné, jeho základní finanční prostředky, které jsou odstupňované dle věku dítěte, a je vypláceno v hotovosti jednorázově:

1. dítě do 6 let věku 40 - 60 Kč
2. dítě od 6 do 10 let věku 120 - 180 Kč
3. dítě od 10 do 15 let věk 200 - 300 Kč
4. dítě od 15 let nebo nezaopatřená osoba 300 - 450 Kč

Tyto limitní částky jsou považovány za nejnižší a nejvyšší možné částky. Výši kapesného stanoví vychovatel a je projednána s dítětem a ředitelem zařízení.

Jako hlediska pro stanovení výše měsíčního kapesného lze stanovit pravidla pro každodenní hodnocení dětí. Jedná se o záležitost motivační, která je nedílnou součástí přímé pedagogické činnosti vychovatele s každým dítětem a pravidel organizace dne. Jedná se o výchovnou složku, která napomáhá k získávání návyků dětí, což ve svém životě až do příchodu do dětského domova postrádaly.

Dítěti je rovněž poskytnut osobní dar k narozeninám, k úspěšnému ukončení studia, k vánocům a k jiným obvyklým příležitostem v odlišných částkách dle věku v souladu s již zmíněným zákonem.

Snížení kapesného je jedna ze složek výchovných opatření na základě prokázaného porušení povinností dítětem.

#### **4. 1. Dětský domov Hrotovice a jeho režim**



Hrotovice jsou město v kraji Vysočina se dvěma tisíci obyvateli. Dětský domov byl postaven a zahájil svoji činnost v roce 1939. Areál tvoří dvě budovy se zahradou. Hlavní třípodlažní budova hned od začátku patřila dětskému domovu, druhá přízemní zdravotnímu středisku. V roce 1972 bylo středisko přestěhováno a obě následně propojené budovy byly využívány pro děti ve dvou rodinných skupinách po 10 dětech. V té době byl domov mezi prvními, které se transformovaly na domov rodinného typu.

Na pozemku domova se nachází zahrada se svojí okrasnou a užitkovou částí (sad s ovocnými stromy, bylinková zahrádka s jedlými keři), která poskytuje dětem dostatek prostoru a zelené plochy nejenom pro hru, zábavu a sportovní vyžití, ale i pro nezbytnou práci na zahradě od jara do podzimu. Její součástí je venkovní hrací plocha - hřiště pro odbíjenou, branky pro florbal, sloupová odbíjená, pískoviště, dřevěný domeček, sestava se skluzavkou a houpačkami. Tento areál využívají děti ve volném čase, při výchovně vzdělávacích aktivitách a při sportovních veřejných akcích pořádaných naším domovem.

Obě budovy domova, kde jsou 2 rodinné skupiny (I.RS a II. RS) s kapacitou 16 lůžek, poskytují pro celkem 12 zaměstnanců zázemí řídicí, provozní, ekonomické a technické včetně kanceláří. V patrové budově je kuchyň s jídelnou s kapacitou 30 jídel, která zajišťuje celodenní stravování dětí a zaměstnanců.

Každá rodinná skupina má samostatně oddělené prostory. Každý je tvořen obývacím pokojem se zázemím pro vychovatele, třemi dětskými pokoji, dílničkou pro rukodělnou činnost s herním a PC koutkem, šatnou, sociálním zařízením (WC, koupelna).

Dětský domov Hrotovice je školské zařízení pro výkon ústavní výchovy zřízené Krajem Vysočina jako příspěvková organizace od roku 2001.

Pro zabezpečení chodu domova a kvalitní péči o děti je nutná i součinnost s dalšími orgány a institucemi – zejména se školami dětí, Dětským diagnostickým ústavem, Odbory sociálně právní ochrany dětí příslušných měst a obcí, pedagogicko-psychologickou poradnou, soudy, Policií ČR apod. Velkým přínosem je pro nás vstřícnost a ochota ke spolupráci ze strany města Hrotovice, neziskových organizací, nadací a dalších partnerů. Jejich některé aktivity a projekty se staly nedílnou součástí naší celoroční výchovně vzdělávací činnosti s dětmi.

Logem našeho domova je domeček, který si vytvořily a namalovaly děti.



DOMEČEK stojí na pevném základu rodiny, která je neměnná, přetrvává, má společné představy, hodnoty a vzájemné vztahy.

Na základu stojí pevné zdi a to jsou naše ZNALOSTI („co máme dělat a proč“), DOVEDNOSTI („jak to udělat“) a PŘÁNÍ („přání je motivací chtění“)

Průnikem znalostí, dovedností a přání jsou NÁVYKY, které tvoří střechu našeho domečku a ta nám dává pocit přijetí, bezpečí, lásky a jistoty („návyk, je to, co opakovaně činíme“).

### **Režim dětského domova**

Vychovatelé denní i noční zajišťují jednotlivé činnosti dle níže uvedené organizace dne a mají možnost její změny s ohledem na aktuální potřeby dětí a provoz domova a to po předchozím projednání s ředitelem nebo jeho zástupcem.

### **Organizace dne**

Organizace všedního dne je zahrnuje dopolední aktivity (škola) a odpolední relaxační, vzdělávací, zájmové a výchovně-vzdělávací činnosti. Program ve volných dnech je zaměřen převážně relaxačně.

Pevnými body jsou nezbytné denní úkony - ranní vstávání, hygiena, škola, stravování, pomoc při přípravě jídla, příprava na vyučování, běžný úklid a ukládání ke spánku. Tyto základní denní činnosti se odvíjejí v určitém časovém rozpětí, které je dáno věkem dětí, typem a místem škol, které děti navštěvují apod.

Je respektováno osobní volno a volný čas dětí, jejich zájmové činnosti a volnočasové aktivity, individuální potřeby a zájmy. Všechny tyto aspekty jsou individuální a proměnné.

V době volných dnů je organizace dne volnější, děti mají prostor pro např. delší spánek, více osobního volna.

Kromě pevně stanovených činností respektujeme právo dětí na odpočinek a volný čas. Při tělesném nebo duševním oslabení poskytujeme dětem možnost odpočinku dle jejich individuálních potřeb. Doba vymezená ke spánku u mladších dětí je od 20,00 – 6,30 hodin, u starších dětí od 22,00 – 6,00 hodin. O víkendech, prázdninách a svátcích děti spí déle. Maximálně respektujeme individuální potřeby jednotlivých dětí.

V režimu domova jsou přirozeně zařazeny otužovací prvky. Je stanoveno ranní větrání ložnic a pokojů. Vychovatelé dbají na přiměřené oblečení při různých aktivitách dětí v různých ročních obdobích. Vychovatelé také kontrolují větrání na pokojích a v ostatních prostorách. Vzhledem k různorodému věku dětí jsou ponechány další formy otužování organismu na individuálních potřebách a možnostech. Celoročně je dětmi využívána infrasauna v souladu s bezpečnostními a hygienickými požadavky.

Výchovně vzdělávací činnosti (dále jen "VVČ I. – IV.") všedních i volných dnů vychází z již zmíněného Ročního plánu práce, z Týdenních a Denních programů.

#### **Organizace dne pravidelných činností během pracovních dnů (dnů školního vyučování)**

5,30 - 7,15	postupné vstávání, větrání pokojů, ranní hygiena, stlaní lůžek, oblékání, úklid pokojů, snídaně, komunitní kruh, kontrola oděvů a upravenosti, pořádku na pokojích a odchod do ZŠ a doprovod do MŠ
11,30 – 14,00	příchody dětí ze školy (převlékání, hygiena před obědem), oběd
13,00 – 14,00	osobní volno dětí (relaxace, oddech, individuální činnost dítěte dle jeho přání, nabídka programu v rámci rodinné skupiny)
14,00 – 15,30	VVČ I. - školní příprava, zájmová činnost mimo domov, vyzvednutí dětí z MŠ
15,30 – 16,00	hygiena před svačinou, odpolední svačina
16,00 – 18,00	VVČ II. dle Týdenního plánu, dokončení školní přípravy, zájmová činnost, nákupy
18,00 – 18,30	hygiena před večeří, večeře I.
18,30 – 20,00	VVČ III. (Etická výchova, komunitní kruh), úklid, péče o obuv a ošacení, večerní hygiena mladších dětí
20,00 – 21,00	osobní volno dětí (TV, PC, společenské hry, četba, hudba), ukládání mladších dětí ke spánku, noční klid, večeře II. pro děti starší 15 let
21,00 – 22,00	VVČ IV. (rukodělná činnost, pečení a další drobné domácí práce), individuální studium, TV, PC, společenské hry, četba, hudba, samostatné vycházky), večerní hygiena, ukládání starších dětí ke spánku, noční klid.

Samostatné individuální vycházky dětí probíhají vždy se souhlasem vychovatele – rozsah určuje vychovatel ve službě s ohledem na věk a individuální zvláštnosti dítěte.

#### **Organizace dne pravidelných činností během volných dnů**

8,00 - 9,30	postupné vstávání, větrání, ranní hygiena, stlaní lůžek, oblékání,
8,30 – 9,00	snídaně, úklid kuchyně a jídelny

9,00 - 12,00	VVČ I., úklid pokojů a společných prostor, domácí práce (žehlení, zašívání), samostatné vycházky, příprava oběda
12,00 – 13,00	oběd, úklid kuchyně a jídelny
13,00 – 15,30	VVČ II., odpočinek, samostatné vycházky, zájmové kroužky pod vedením vychovatelek.
15,30 – 16,00	svačina
16,00 – 18,00	VVČ III., samostatné vycházky, zájmové kroužky pod vedením vychovatelek.
18,00 – 18,30	večeře, úklid kuchyně a jídelny
18,30 – 22,00	VVČ IV. – V. (Etická výchova, komunitní kruh, rukodělná činnost, pečení a další drobné domácí práce), individuální studium, TV, PC, četba, samostatné vycházky, osobní hygiena, večerka

### **Podmínky pro volnočasové aktivity**

Veškeré podmínky pro volnočasové aktivity jsou zajišťovány a umožňovány dětem zejména v rámci VVČ I. – IV. prostřednictvím projektů vlastních i s partnery domova. Nabídka v souladu se zájmy dětí podporuje zejména oblast kulturní, sportovní, hudební, výtvarnou, rukodělnou a výpočetní techniky.

Děti jsou v rámci svého všestranného rozvoje podporovány svými vychovateli ve volbě zájmových kroužků rovněž v ZŠ a ZUŠ Hrotovice, využívají také nabídky programů dalších městských organizací např. Mateřského centra Andílci, Městské knihovny.

Vychovatelé dbají a zodpovídají za pravidelnost docházky dětí přihlášených do zájmových kroužků.

Domov zajišťuje dětem rovněž ozdravné pobyty, lyžařské a turistické pobyty s vychovateli domova, dětské letní tábory, zahraniční pobyty u moře apod. Využívá nabídek v oblasti sportu, kultury a umění od sponzorů i nadací během roku.

Děti se zúčastňují sportovních akcí a soutěží pořádaných ostatními dětskými domovy, nebo nadacemi na regionální i celostátní úrovni.

Kromě organizovaných programů je dětem ponechán výběr činností dle vlastního zvážení během trávení osobního volna.

## **4. 2. Situace sourozenců z hlediska jejich umístění v domově a současné možnosti do budoucnosti**

Sourozenci (4 děvčata a 2 chlapci) v péči 2 denních a 1 nočního vychovatele byli společně umístěni do jedné rodinné skupiny. Od svého příchodu obývají jedno patro hlavní budovy. Ve dvou dětských pokojích má každé dítě svoje lůžko s úložným a odkládacím prostorem, šatní skříň na ukládání osobních věcí a ošacení s uzamykatelným prostorem, psací stůl se židlí včetně úložného prostoru pro školní potřeby.

Třetí pokoj obývají 2 děvčata, která vzhledem ke středoškolskému studiu dojíždí na domov nepravidelně a to většinou pouze na víkendy. Ubytování pondělí až pátek je řešeno mimo domov na internátě střední školy.

Sourozenci žijí v dětském domově již čtvrtým rokem a po svém příchodu začali navštěvovat základní a nejmladší z nich ještě mateřskou školu v Hrotovicích.

Ze dne na den se jim zcela změnil život. I přes počáteční konfliktní situace, neshody a nedorozumění probíhala jejich adaptace na nové prostředí domova, školy i školky vcelku bez velkých výchovných problémů.

Naší snahou bylo vytvořit dětem pozitivní podnětné a bezpečné klima v prostředí, ve kterém mohou žít s pocitem jistoty, vyjádřit bez obav svůj názor nebo postoj, vzdělávat se, získávat nové poznatky a zkušenosti. Bylo nezbytné zabránit dalšímu zhoršování jejich již tolik oslabeného zdraví. V důsledku raného traumatu, které jim způsobovalo intenzivní bolest a představovalo silnou zátěž pro celý psychobiologický systém, byly v zoufalém zdravotním stavu s problémy zejména mozgovými, nervovými, endokrinními, vaskulárními a trávicí soustavy. Děti jsou stále pod pravidelnou kontrolou odborných lékařů. Některé z nich jsou z výše uvedených důvodů trvale medikovány.

Během této doby měly děti pravidelný osobní i telefonický kontakt s otcem. Jeho celkem příznivá situace s nově založenou rodinou umožňovala dětem prázdninové pobyty, prodloužené víkendy o svátcích v jeho domácnosti. Na návštěvy u otce, který pečuje společně s přítelkyní o další 2 jejich sourozence, se vždy těší. Vztah dětí s jeho přítelkyní je ovšem napjatý. Otec je zaměstnaný a pravidelně poskytuje dětskému domovu příspěvek na péči stanovený soudem. S matkou měly nepravidelný kontakt písemný a telefonický. Osobní návštěvy dětí matky ve věznici zajišťoval ve spolupráci s nevládní organizací Ligou lidských práv náš domov 2-3x ročně vždy za doprovodu jednoho vychovatele. Počáteční nadšení dětí z návštěv matky vystřídal zklamání a nuda. Matka jim nevěnovala dostatek pozornosti a zájmu. Ve výkonu trestu pracovala velmi nepravidelně a vznikl jí tak vůči domovu dluh z důvodu neplacení příspěvku na péči.

Z výkonu trestu se matka vrátila v prosinci 2017. Děti osobně několikrát na domov navštívila s příslibem pravidelných návštěv v její domácnosti, kterou si bude postupně připravovat na jejich návrat do její péče. Do té doby příslibila svoje návštěvy každý víkend v Hrotovicích. Bohužel již více jak 2 měsíce za dětmi nepřišla a ani nezavolala. Zpočátku mělo každé dítě svoje očekávání, dotazovalo se vychovatelů a tak jsme hledali společně vysvětlení a zdůvodnění matčina opakovaného selhání. Tuto skutečnost děti přijaly bez lítosti, smutku, stesku a trápení. Kontakt s otcem je stále pravidelný dle výše uvedeného.

Sourozenci chtějí i nadále zůstat v dětském domově až do ukončení svého vzdělání. Přejí si pouze víkendové návštěvy matky vždy s návratem na domov. Pokud matka projeví o děti zájem a bude schopná vytvořit jim vhodné podmínky pro výchovu, odpovídající bytové podmínky, zdravotní péči a řádnou povinnou školní docházku, je velká pravděpodobnost, že soud dětem zruší ústavní výchovu. Vzhledem k tomu, že dětský domov není účastníkem soudního řízení, může dát soudu k dispozici pouze písemné vyjádření k dané skutečnosti s přáním dětí a jejich zdůvodněním.

#### **4. 3. Popis sourozenecké skupiny**

Z důvodu ochrany osobních údajů nebudu uvádět jména dětí: E. (18 let), L. (14 let), dvojčata T. a J. (13 let), D. (12 let), M. (11 let).

Děti se narodily v manželství, které jim nevytvářelo rodinné zázemí pro jejich zdravý vývoj. Do dětského domova byly po osmileté spolupráci s odborem sociálně právní ochrany dětí v Hodoníně umístěny na předběžné opatření v červenci 2014. Do Hodonína se rodina přestěhovala z Brna v roce 2006 a od počátku z důvodu velkých dluhů rodičů žily děti v ne zcela vyhovujících hygienických a materiálních podmínkách. Rovněž se začaly objevovat stížnosti týkající se občanského soužití – neustálé hádky rodičů, verbální napadání a zanedbávání dětí (křik a sprosté nadávky matky, nedostatečné oblečení, snížená čistota domácnosti, strohé výchovné prostředí, intenzivní kouření rodičů, časté hádky a konflikty za asistence Městské policie i Policie ČR). V roce 2008 byla matka odsouzena a nastoupila krátce do výkonu trestu. Ten byl z důvodu péče o půlroční M. odložen. Vzhledem k tomu, že problémy v rodině pokračovaly, byl nad dětmi stanoven ještě v daném roce soudní dohled. V roce 2009 se narodila nejmladší dcera P. Soudní dohled se naprosto míjel účinkem, rodiče si nepřipouštěli problémy závažnějšího rázu a často požívali alkoholické nápoje. Počátkem roku 2011 matka dobrovolně nenastoupila výkonu trestu, a proto byla do Věznice ve Světlé nad Sázavou eskortována Policií ČR. Péči o všech sedm dětí převzal otec, který byl zaměstnán ve dvousměnném provozu. Vzhledem k tomu, že rodinu bylo potřeba finančně zabezpečit i nadále, zajistil pro děti paní na hlídání po dobu jeho pracovních směn. Později začala děti hlídat jeho současná přítelkyně. O děti se snažil pečovat v rámci svých možností a schopností. Pracovní vytížení a péče o děti byly často na hranici jeho sil. Přesto se rodinná situace stabilizovala, děti bývaly pouze častěji nemocné. Po návratu matky z výkonu trestu počátkem roku 2012, byli manželé v rozvodovém řízení a otec požádal o svěření dětí do jeho péče. Do péče dostal otec pouze nejmladší dceru P. a s ostatními dětmi se matka přestěhovala do domova pro matky s dětmi v tísni v Brně. Zde byla péče matky o děti zpočátku hodnocena na dobré úrovni, ale postupně se v důsledku opětovného požívání alkoholu, situace zhoršovala. Během krátké doby se v bytě matky stalo dětem několik úrazů vyžadujících okamžitou lékařskou péči. Koncem roku 2012 v důsledku druhého napomenutí ze strany domova (nezajištění řádné péče o děti, neadekvátní hrubé vulgární chování vůči dětem a ostatním obyvatelům a zaměstnancům domova) byl její pobyt zde ukončen. Poté se nastěhovala s dětmi ke svojí babičce do

bytu 2+1 rovněž v Brně, kde v nadměrném požívání alkoholu pokračovala. Po necelém roce společného soužití se odstěhovala s dětmi na brněnskou ubytovnu, kde jí byl pobyt po 2 měsících ukončen z důvodu neplacení nájemného a pro její opakované návraty do zařízení v podnapilém stavu. Spolupráce s matkou zanedbávající péči o děti byla hodnocena jako velmi náročná a nevladatelná (v domácnosti nebyly potraviny, hygienické potřeby). O děti se pečovala nejstarší dcera E.

Následně se matka přestěhovala i s dětmi na další brněnskou ubytovnu. I zde probíhala opakovaná šetření, která prokázala záškoláctví dětí, nedostatečnou školní přípravu, hygienu s častým zavšivením dětí, minimální množství potravin v domácnosti, častý silně podnapilý stav matky. Situace se neustále zhoršovala zejména přítomností přítele matky ve společné domácnosti. Oba kromě alkoholu užívali pervitin. Děti byly dlouhodobě týrané psychicky i fyzicky matkou i jejím přítelem. Matka byla přítelem rovněž fyzicky napadána. Děti občas vyhledaly pomoc u otce, který v červnu 2014 upozornil OSPOD Brno na velmi vážnou situaci v rodině. Děti byly hladové, ve velmi zanedbaném stavu, bez ponožek a spodního prádla, měly hnisavé rány po těle, byly silně zavšivené, nejmladší M. měla rány na nohou, které jí způsobila matka popálením cigaretou.

## 5. Práce se sourozeneckou skupinou

Od začátku příchodu sourozenců na domov bylo nezbytné zaměřit výchovně vzdělávací činnost na jejich velké nedostatky zejména ve školních vědomostech a znalostech, dodržování osobní hygieny a pořádku společných prostor a osobních věcí a v neposlední řadě i na jejich konfliktní chování.

Výhodou pro jejich adaptační program bylo, že je mezi sebe v krátké době přijali nejenom dospělí, ale i ostatní děti jak v základní škole malého města, tak i ostatní děti na domově.

V jejich společenské, spontánní, veselé, kamarádské povaze, se skrývala ale i nadměrná živost, neklid, vznětlivost, náladovost, impulzivita, vulgarita, svěhlost, urážlivost, drzost a občas i agresivita. V kontaktu s ostatními dětmi i mezi sebou bylo a stále je jejich chování i provokativní, konfliktní, často si vymýšlejí, lžou a odcizují si navzájem věci. Zadávané úkoly plnily neochotně bez většího úsilí a odmítaly plnit zadané úkoly a povinnosti, hledaly výmluvy a úniky. Vyžadovaly maximální pozornost dospělé osoby na domově i ve škole.

V jejich výchově a vzdělávání byla každodenně uplatňována důslednost a jednotnost v dodržování přesně stanovených pravidel a to nejen po domluvě s učiteli během výuky, ale i v domácí přípravě na vyučování a v nastavení pravidelného denního režimu – doba vyhrazená na povinnosti, volnočasové aktivity a využívání osobního volna. Vychovatelé byli v pravidelném osobním, telefonickém a emailovém kontaktu s vyučujícími a společně hledali vhodné metody a postupy ve výchově a vzdělávání dětí.

Zpočátku i po vynaloženém úsilí ve školní přípravě přicházely spíše neúspěchy a spolu s nízkou motivací vyvolávaly v dětech, zejména u chlapců, převážně negativní reakce a chování, např. pískání, odmítnutí, mlácení s věcmi, ignorování pravidel a režimu, odmítání jakékoli komunikace a spolupráce, hledání výmluv a úniků. Všichni mají snížené sebehodnocení, sebedůvěru, sebejistotu.

U čtyř sourozenců jsme navíc pozorovali hyperkinetické poruchy nepozornosti (roztěkanost, lhostejnost, zapomnětlivost, nesoustředěnost zejména při školní domácí přípravě a při plnění běžných povinností), hyperaktivity (neposednost, nesamostatnost, hlučnost, upovídání, nadměrné motorické aktivity) a impulzivity (skákání do řeči, nezdrženlivost, neschopnost ovládat se, verbální i fyzická agresivita, zlostné reakce).

Po příchodu ze školy se děti řídí režimem organizace dne a jsou v kontaktu se svými vychovateli. Ty jsou jim kdykoliv k dispozici a to nejenom pro výchovně vzdělávací činnost, ale např. i pro osobní rozhovor, má-li někdo z dětí potřebu svěřit se se svými pocity, problémy, starostmi.

Vychovatelé s dětmi zábavnou formou tráví společně čas realizací projektů denních činností dle již zmíněných plánů s různou frekvencí opakování.

- Moje domácnost (finanční gramotnost /vyúčtování příjmů a výdajů rodinného rozpočtu s fiktivními penězi)
- Senioři dětem, děti seniorům – Most mezi generacemi (udržování vzájemných kontaktů společnou rukodělnou činností, návštěvami, vycházkami s dětmi a seniory domova důchodců, pečovatelského domu a domova Bez zámku)

- Naše dílničky s kamarády (rukodělný, kulturní a výtvarný kroužek pro rozvoj jemné motoriky a kreativního myšlení u dětí, spolupráce s vrstevníky – spolužáky, kamarády)
- Pravidla jako osnova pro život (jednotný postup ve výchově dětí, systematické a důsledné dodržování jednotných pravidel týkajících se každodenních rituálů, pořádku, režimu a sebeobsluhy)
- Etická výchova (Etika hrou s tvorbou etického sešitu – osvojování sociálních dovedností/ mezilidské vztahy a komunikace, pozitivní sebehodnocení, pozitivní hodnocení druhých, kreativita, komunikace citů)
- Cestování po kraji a krajích (výstavy, exkurze, jednodenní poznávací výlety nejenom po kraji Vysočina)
- Naše sportování (Sportovní den, Hrotovická „20“, Běh městem Hrotovice)
- Divadelní a cinema kukátko (návštěva divadelních a filmových představení)
- Regenerace těla a mysli (podpora fyzické a duševní rovnováhy, prevence nemocí a rizikového chování - jóga, relaxační cvičení, cvičení s taneční podložkou a gymnastickými míči, využití infrasauny, infralampy a zdravého sprchování)

Prostřednictvím výše uvedených činností mohou vychovatelé vytvářet dětem bezpečné prostředí pro vytvoření vzájemného vztahu a důvěry, navázat s nimi bližší kontakt. Sourozenci totiž zpočátku byli velmi soudržní a navenek nesdílní, svěřovali se navzájem mezi sebou nebo nejvíce vyhledávali nejstarší sestru, která jim vždy byla velkou oporou.

Pozorným sledováním a zachycením detailů a rozdílů v jinak obvyklém chování během práce a společných činností bylo důležité vyzorovat důvody jejich odlišného chování a napomáhat jim k získání spokojenosti a vyrovnanosti.

Pravidelný, zpočátku téměř každodenní kontakt s jejich učiteli byl nezbytný pro získání informací i o dění ve škole.

Každodenní hodnocení dětí probíhá na komunitním kruhu, který je kolektivním hodnocením chování nejenom poskytováním zpětné vazby od vychovatelů, ale zejména od dětí. Jsou tak konfrontovány se sociálními situacemi, které se udály během celého dne i noci a jsou sdíleny všemi vychovateli. Na hodinovém sezení dětí zaznívají vzájemné pozitivní i negativní kritiky, jejichž přínosem je tvorba a upevňování vzájemných vztahů i mezi dětmi. Dostává se jim rovněž podpory a pomoci při odstraňování překážek na cestě k dovednostem a strategiím, aby byly schopny dostatečně rozvíjet svoje sebevědomí a prožívat pocity spokojenosti.

Po návratu z dovolenky od rodičů věnujeme čas i tomu, abychom si řekli, co bylo doma, a okomentujeme sdělené informace a uvedeme je na správnou míru (např. na informaci - máma spala a nevařila, reaguje vychovatel slovy – to je škoda, že neudělala večeři, až tam pojeděš příště, tak řekni: „Mami, a dáš mi večeři?“).

Cílem terapeutického strukturovaného režimu je naučit děti vyplňovat čas nejenom tím, co je baví, co chtějí dělat, ale i povinnostmi – co je nebaví a co musí udělat, co se po nich chce a to se může týkat např. školní přípravy, úklidu, práce v kuchyni apod. Dosáhnout pozitivních výsledků znamená rovněž efektivně a přiměřeně rozdělovat na dítě zátěž, aby kvůli vyšším požadavkům nezískalo negativní pohled na požadované povinnosti.

Každodenní činností prostřednictvím uvedených pravidel dáváme životu dětí smysl, který posiluje jejich kladné sebehodnocení, přispívá k rozvoji jejich kompetencí a zvládnání těžkostí.

Jednotné, důsledné, laskavé a přiměřené dodržování pravidel, rituálů a každodenního režimu vychovateli domova s bezpodmínečným láskyplným přijetím každého dítěte dávají dětem pocit sociální jistoty a bezpečí.

Pro názornost a konkrétnost uvádím nejčastěji se vyskytující příklady jejich konfliktního chování:

**Impulsivní, vulgární, vzdorovité chování dětí s emocemi vzteku vyvolané požadavky důsledného dodržování pravidel, případně jejich vlastním neúspěchem školním, sportovním nebo pracovním. V dané chvíli neunáší stresy, napětí, zátěž.**

Jak s nimi pracovat?

- neutrální komentář tady a teď:

*Ano, jsi naštvaná(ý), zlobíš se, nemluvíš, můžeš být naštvaná(ý), to se nedá nic dělat. I přesto tě přijímáme, akceptujeme, máme tě rádi. Dodržování pravidel platí pro všechny děti.*

- komunikace po uvolnění emocí s cílem získat náhled na svoje chování:

*Ano, byl(a) jsi naštvaný(á), mně se nelíbilo tvoje chování, můžeme hledat jiné řešení nebo způsob náhradního chování pro odreagování napětí. Řekni, co by ti pomohlo. Možná tě taky mrzí, že takto reaguješ.*

Zdůvodnění:

Je to velmi účinné, protože děti oceňují pravdivost. Každý má nárok a právo prožívat svoje emoce, nikoliv je potlačovat. Neprovádíme žádnou analýzu minulosti, protože by hrozilo, že se do ní dítě vrátí. Jejich reakce jsou nepřiměřené jejich naštvání, mohou být odrazem traumatizujících zkušeností z minulosti.

Toto chování je výsledkem dychtivé touhy dítěte po důvěře. Jejich nejbližší je v raném věku zklamali, zradili. Celoživotní touha je černou dírou, kterou už nikdy nenaplní. Dítě potřebuje být přijímáno a netrestáno. Rány způsobené rodiči se sice během pobytu na domově zahojí, ale jizvy po nich zůstávají.

**Děti často odkládají věci na zem - pohodí hračky, knížky, zem je často i odpadkovým košem. U dětí převažují v chování výmluvy, lži, zásada je zapírat, nepřiznat se a svádět vinu na svoje okolí (já ne, to on).**

Jak s nimi pracovat?

U menších dětí: *Ano, i když to není tvoje, tak tu věc ze země zvedni* nebo *Víš, to je jedno, kdo to tam hodil, zvedni tu věc ze země.*

U pubertálních dětí, kde reakcí na výše uvedený pokyn může být *Já to nezvednu*, následuje: *Dobře nezvedneš, ale bude následovat sankce v podobě zákazu účasti na příští společné domovské aktivitě, např. nepůjdeš s námi do kina, tak se rozhodni sám.*

Zdůvodnění:

Chovají se jako před tím ve vlastní rodině. Když byly v průšvihů, soudržnost byla samozřejmostí, protože rodiče nefungovali.

Vlastní zisky a výhody jsou pro ně i nyní důležité, každý chce získat prvenství, prosadit sám sebe. Děti zapírají, lžou. Zásada je nepřiznat se. Je to jejich hra s námi dospělými (zkouška nás dospělých), budou-li lhát, co bude následovat. Požadovat omluvu nebo přiznání a následně viníkovi zadat jako sankci napsat matematické nebo gramatické cvičení je nefunkční. U větších dětí uplatňujeme udělení kompetence v rozhodování.

Původ vyjádření traumatizovaného dítěte *já ne, to on* je v silné vnímavosti a obraně, že za to může vždycky někdo cizí (obavy z trestů, které jim pravděpodobně v dětství ukládala matka). Lze to pochopit, ale výchovou je musíme vést k tomu, že za to opravdu můžou.

**Děti se při společné činnosti pořád překřikují, skáčou si do řeči.**

Jak s nimi pracovat?

Důležité je stanovit v jakém pořadí bude kdo mluvit, mluví jenom ten, který má slovo.

Zdůvodnění:

Děti spolu stále bojují, všichni se chtějí prosadit. Musí se zbavit přirozené sebestřednosti a svá jednání korigovat s ohledem na druhé. Každý je vybaven instinktem sebezáchovy a sebeproszování, který ovšem vede ke konfliktům. Dítě při nich naráží na silnější a naučí se jim případně ustoupit, učí se trpělivosti, sebeovládání, zákonitostem hierarchie (tzv. klovací řád).

Sourozenecká skupina dle svých pozic určuje chování jednotlivců uvnitř skupiny, kde probíhají mezi dětmi neustálé konflikty a boje, ale vůči vnějšímu nepříteli vždy zaujmou rojnici souřadnou, chrání se jako smečka.

**Mezi dětmi dochází i ke vzájemnému odcizování věcí a peněz - to je to, co umí. Krást je naučili, ale vztahům je nikdo nenaučil.**

Jak s nimi pracovat?

Je nutné jim sdělit: *Nedivím se, že se to stalo, protože jste si tenkrát mohli myslet, že tak je to správné, protože potom bylo dobře a odměnou pro vás bylo nasycení. Mám starost, jestli si to umíte v hlavě srovnat, já bych si na vašem místě myslela ...a vyzvu děti, aby řekly, co si myslely a společně uvádíme tuto záležitost na pravou míru.*

Potom se ujímá svojí role Šikula spravedlnosti. Rozhoduje v závislosti na tom, co bylo odcizeno (věc, finanční částka a její výše) a zda se přestupek děje opakovaně o výši částky, kterou musí pachatel

vrátit a to z výdělku stanovených pracovních úkonů ve prospěch skupiny dětí. Hodnota práce je jasně oceněna. Po splacení bude slavnostně přijat mezi děti. Vše konzultuje s vychovatelkou, která postup odsouhlasí a zajistí skutečnou splátku odcizené finanční částky z kapesného dítěte. Není to trest, je to cesta zpět do skupiny, která má svoje platná pravidla.

Zdůvodnění:

Dříve uplatňovaný systém udělení negativního výchovného opatření (snížení kapesného, zákaz vycházek, oblíbených činností apod.) nepřinesl kýžený výsledek. U dítěte chyběl pocit viny a výčitky svědomí a dítě hledalo racionální řešení, jak se vyhnout trestu a neuvědomovalo si, že trest mu byl udělen za krádež. Na domově neexistuje systém, který děti uplatňovaly v rodině: ukradnu a díky tomu se nasytím. To znamená, že tímto svým činem se dítě postavilo mimo systém, mimo skupinu dětí. Podmínky návratu stanoví společně s poškozeným Šikula spravedlnosti. Jedná se o základní proces reedukace, tedy o nabídku, jak si uvědomit svoji chybu, identifikovat ji a najít řešení, jak ji neopakovat.

Jakmile dítě pravidla skupiny přijme a začne uvažovat *Neudělal jsem hloupost, Nedělám chybu?*, tak už připouští, že někdy ji může udělat a pokud ji udělal, tak je potřeba to udělat příště jinak. Dítě je ve skutečnosti zachráněno, tzn., že dokáže analyzovat informace a na základě toho změnit svoje chování, které může vést k jeho kvalitnímu rozvoji.

## **Dva chlapečci ze sourozenecké skupiny se dostávají do puberty. Objevuje se u nich tzv. „šáskovství“**

Jak s nimi pracovat?

Neutrálně mu reflektovat jeho chování, např.: *Víš co, já si myslím, že máš na víc.*

Zdůvodnění:

Důvodem je nízké sebevědomí, sebedůvěra a sebejistota. Šáskování je adaptační způsob chování traumatizovaného dítěte, způsob fungování, přežití. Navíc potřebuje být mezi ostatními přijatý, v něčem výjimečný, uznaný, zajímavý, získává tak sebejistotu. Brát mu roli šaška, znamená brát mu tuto jistotu. Musíme přijímat to, co produkuje. Šáskováním volá o pozornost dítě, které, je z dětství nenasyčené a hledá si náhrady. Pro dítě je nezbytné hledat kompenzaci, efektivnější způsob řešení pro tento zaběhnutý mechanismus chování (chválit za každý školní, sportovní úspěch, uznávat a oceňovat jeho silné stránky) a přebírat pocit zodpovědnosti.

## **6. Praktický popis specifického přístupu**

Po příchodu sourozenců na domov bylo možné z jejich chování vypožorovat všechny níže uvedené specifické vlastnosti.

Soudržnost – Jedinečnost – Výjimečnost – Vzájemnost - Genetickou a tělesnou podobnost -  
Sounáležitost - Přináležitost – Propojenost

Dle výpovědí vychovatelů docházelo již během prvního roku k podstatným změnám, tak jak je patrné z příkladů jejich konfliktního chování v předchozí části. Přispěly k tomu nemalou měrou podmínky na domově, které byly pro všechny stejné, a jejich domovská loď byla bez kapitána. Tím byla vždy jejich nejstarší sestra, která v dřívější bezútešné situaci plnila roli matky, byla vždy k dispozici a sourozence sbližovala. Byla pro ně zázemím, oporou, dávala jim pocit jistoty a bezpečí. Svě role se postupně zbavovala a přesouvala na vychovatele. Začala se věnovat svým zájmům a uspokojovat svoje potřeby. Vychovatelé rovněž poukazují na to, že materiální dostatek a odlišné zájmy vyvolávají mezi nimi rivalitu, přestávají si rozumět, nevyhledávají se tolik navzájem ke společným hrám. V době, kdy si vychovatelé všimli manipulativního chování E. vůči sourozencům s náznaky šikany, podporovali v dětech větší samostatnost, zodpovědnost a umění spoléhat sám na sebe. To vše se promítá do jejich přístupu k řešení problémů s hledáním vlastní identity. Budují si postavení ve skupině a každý z nich usiluje o prvenství. Vzájemně mezi sebou soupeří, vytváří různé nepřátelské koalice, které jsou velmi proměnné. Dítě potřebuje souznít se svým postavením, zná svoji pozici ve skupině a ví, jaké z toho mohou plynout výhody. Pokud selhává, dostává se do konfliktu a dostane negativní informaci. Zpočátku jsme řešili nejrušnější konflikty a přestupky v chování systémem trestů, zákazů a hodnocení, ale jakékoliv působení se míjelo účinkem a situace byla napjatá až vyhrocená.



Nejúčinnějším a nejmocnější nástrojem pro děti se stala tzv. dlouhodobá pozitivní motivace. Princip spočíval nikoli v udělování trestů za negativní chování, ale v udělování odměn za pozitivní opakované chování v předem domluveném časovém úseku. Důležitý moment spočíval rovněž v přenesení zodpovědnosti na dítě, tzn., že ono rozhoduje o svojí odměně, viníkem negativního chování je ono samo. Důležitý dovětek pozitivní motivace: *A vzpomeň si, na čem jsme se domluvili!*

Na tomto principu jsme postupně vypracovali systém hodnocení, pravidel a rituálů, které jsou součástí každodenních výchovně vzdělávacích procesů realizovaných vychovateli a dětmi v souladu s vnitřním řádem. Byly pojmenovány:

Šikula našeho domova I. (denní hodnocení s udělením bodů, které ovlivňují výši kapesného)

- Čistý – krásný - útulný / úroveň plnění povinností v rodinné skupině - odbytá práce, nesplnění úkolu, nadstandardní plnění, osobní aktivita
- Neslušnost se nenosí /chování ve škole, na domově, veřejnosti, vulgarita, agresivita vůči zaměstnancům zařízení a ostatním dětem, pozdní návrat z vycházek
- Nenech domov plakat / ničení domovského majetku a majetku ostatních
- Jsem vzdělaný a znalý / kvalita školní přípravy – dílčí školní výsledky, záměrné zapominání pomůcek a úkolů, zatajování povinností apod.
- Co si naložím, to sním / hospodárné nakládání s potravinami
- Udělej mi radost / reprezentace domova, nerespektování zásad bezpečnosti, záměrné porušování vedoucí k ohrožení zdraví a bezpečnosti svého i jiných osob - zneužívání návykových látek, krádeže, šikana

Šikula našeho domova II. (měsíční soutěž s vyhodnocením a oceněním ve 4 kategoriích)

- Kniha je můj kamarád – literární: prezentace přečtené knihy zápisem, kresbou nebo dramatizací
- Šikulova umělecká dílna – rukodělná: nejlepší výrobek měsíce – kreativita, provedení
- Hrnečku vař – kulinářská: nejlepší pokrm teplé a studené kuchyně
- Neseď doma za pecí – sportovní: nejlepší sportovec měsíce - zimní sporty, turistika, plavání, cyklistika, atletika, běh, míčové hry

Ukázalo se, že bodové hodnocení má svůj smysl. Dítě se stává středem výchovně terapeutického procesu, překonává každodenní rizika, trénuje svoje funkční chování. Posilujeme jeho fungující kompetence a současně podporujeme jeho nové kompetence.

V neposlední řadě se v každodenním životě jedná o praktický dopad a uplatňování pravidla - vše si musím zasloužit a neslužte mi, co zvládnou, udělám si sám. Znamená to, že sloužíme dítěti přes službu jeho změny. Může-li si vyžehlit prádlo, tak si ho vyžehlí apod.

Denní zisk bodů v rozmezí 0 – 6 je zapisován do tabulky, kterou má každé dítě umístěné na svojí nástěnce.

### **Program na podporu a posílení sourozeneckých vztahů**

Od ledna letošního roku jsme započali s realizací programu na podporu a posílení sourozeneckých vztahů.

Dřív se sourozenci chovali jako jednotný spolupracující organismus s cílem přežít, teď mají stabilní bezpečné prostředí, takže se můžou rozpadnout na jednotlivce a každý vystupuje sám za sebe, jsou impulzivní, sobečtí, emočně jsou někteří ve věku 2,5 - 3 roky. Chtěla bych vybudovat vyšší stupeň spolupráce mezi nimi, tzn., uznávám, že já jsem někdo, ale ty jsi taky někdo, máš svoji hodnotu, vzájemně se respektujeme a můžeme spolu vést dialog. Dalším důvodem je skutečnost, že přesto, že se rodiny rozpadají, sourozenci zůstávají a mají spolu delší vztah než s rodiči. Jejich vztahy mají velkou šanci, aby byly pořád ty nejbližší a nejtrvalejší.

Je potřeba dětem vysvětlit nebezpečí egoismu, jak se ho zbavit, být spolu, poskytovat si ochranu, výpomoc, věnovat setkáním svůj čas, síly, svoje přebytky, pečovat o vzájemné vztahy. K tomu všemu jsou zapotřebí schopnosti a ochota ke vzájemnému propojování.

Předpokladem úspěchu je, že o tom budeme s dětmi stále mluvit. Pocit sounáležitosti - my jsme sourozenci - podporuje i pocit přináležetosti - každý chce mít vztahy s někým a patřit k někomu a něčemu a být s někým a proti někomu.

Čeká nás první vyhodnocení výsledků tohoto programu, které připravujeme společně s dětmi, a uskuteční se v červnu tohoto roku.

Prozatím je to pro ně výzva, která jim přináší nadšení, motivaci a očekávání nových výhod. S největším ohlasem se prozatím setkává rituál pozdravu, splněné přání, narozeninový rituál, volba šikuly.

### **Program obsahuje:**

1. Splněné přání  
Každý si vytvoří nástěnku ve tvaru panenky, panáčka s vlastní fotografií, na které mají popsané nebo vyobrazené přání, které si zrealizují za vlastní úspory. Výše kapesného závisí na bodovém ohodnocení Šikula domova I. a II. Svá přání navzájem znají za účelem vzájemné pomoci a podpory k dosažení maximálního ohodnocení, které může být navýšeno i o pozitivní opatření domova (mimořádná finanční odměna). Vzájemná pomoc (systém starší mladšímu, šikovnější méně zdatnému apod.) jim rovněž pomůže uvědomit si, že funguje nejlépe. Splněné přání je potom nahrazeno přáním novým.
2. Volba Šikuly  
Nacvičujeme vzájemné propojování pro budoucí samostatný život již mimo domov: Všichni jsme např. „Novákovici“ a naše role sourozenců jsou: Šikula pro relaxaci a odpočinek, zpravodajství, kulturu, sport, spravedlnost a důvěru, vzdělávání. Po volbě Šikuly si každý svoji roli vyvěsí na nástěnce a doplní kresbou.  
Účelem nácviku rolí je pravidelné setkávání se i s vlastními rodinami např. u příležitosti oslavy narozenin, fotbalového rodinného turnaje, ale i výpomoci v dospělosti „ ty umíš tohle a já zase tohle“. Nácvik podpoří i sourozeneckou hrdost (umí se v kolektivu dětí pochlubit sourozencem, který je např. dobrý fotbalista), vzájemnou ochranu a upozadí, potlačí vzájemné pomlouvání. Podpoří a zvýší to rovněž jejich sebevědomí, sebedůvěru a sebejistotu.
3. Společná poselství, vzkazy  
Děti dostanou zadání na různá témata a písemně zpracují např., jak si budou vzájemně vypomáhat, v čem je kdo šikovný, jaký zážitek mám za uplynulý týden s někým ze sourozenců atd., nebo formou kvízových otázek se zamyslí, např. všímáš si, co máš se svým sourozencem společného, co víš o svém sourozenci.  
Vzájemně si rozdělí kdo a o kom bude psát a následně proběhne vzájemné čtení.  
Cílem je uvědomit si, že můj sourozenec je pro mě důležitý, důležitější než ostatní děti, protože je to můj sourozenec.
4. Rituál pozdravu  
Každá sourozenecká skupina, např. „Novákovici“ má svůj vlastní pozdrav s nějakou symbolikou, kterým se všichni pozdraví při ranním vstávání, po příchodu ze školy, před usnutím.
5. Narozeninový rituál  
Sourozenci připraví pro oslavence dárky (nejlépe vlastní výroby), kytku, dort a průběh oslavy včetně určení fotografa, který pořídí fotografie do rodinného alba, oslavy se zúčastní i ostatní děti domova, úkoly si sourozenci rozdělí podle svých rolí. Za vše zodpovídá Šikula pro kulturu. Obdobou je i oslava svátku.
6. Vánoční rituál  
Děti si připraví pro každého dárek (nejlépe vlastní výroby) jako překvapení včetně vánočního přání pro kamarády, rodinné příslušníky, zaměstnance, partnery i přátele domova. Součástí je i vánoční besídka s posezením u vánočního stromečku s cukrovím. Na přípravě se podílí Šikulové všech rolí.
7. Rituál oslavy úspěchu s oceněním  
Děti se během roku zúčastňují různých soutěží, vystoupení, závodů i mimo domov zejména v rámci svých volnočasových aktivit a zájmů. Cílem je neustále oceňovat a chválit jednoho před druhým, oslavovat jejich úspěchy, poukazovat tak na silné stránky jednotlivců a propojovat je mezi nimi. Nesmí chybět udělení bodů Šikula domova I., sladká odměna a sdělení, jak si dotyčného vítěze za jeho úspěch a prokázané dovednosti vážíme. Podpoříme tak jeho vlastní pozitivní ohodnocení - jsem šikovný, něco umím, něco mi jde a baví mě to, podařilo se mi to, zvládl jsem to, jsem na sebe hrdý. Víím, že jsem něčím výjimečný.

8. Večerní komunitní sezení  
Jeho součástí je v každé sourozenecké skupině sdělení, co se jim na kterém sourozenci dnes líbilo.  
Občas se ještě, zejména u mladších dětí, objeví tendence k negativnímu hodnocení a žalování, kterou nezavrhujeme, ale podporujeme slovy: Ano, tak to bylo. Co udělal špatně a co udělal dobře? Prostředí na domově, které poskytuje všem dětem stejné zaopatření s ohledem na jejich věk a potřeby, je nenutí k takové soudržnosti jako před příchodem na domov.
9. Udělej mi radost  
Děti si nakupují z kapesného svoje oblíbené sladkosti. Umět se podělit a současně potěšit sourozence neumí každý. Učí se tak postojům a jednání, která vyjadřují dobročinnost, nesobeckost.
10. Můj deníček  
Společná tvorba webových stránek dětského domova sourozeneckými skupinami i jednotlivci, která přispívá ke zveřejnění aktivit, událostí, úspěchů a zajímavostí z dění domova. Příspěvky, fotografie a kresby umísťují děti pravidelně na tyto stránky.

### **Ověření výsledků specifického přístupu k sourozenecké skupině**

Sourozencům jsem položila několik dotazů a to jednotlivě bez přítomnosti ostatních.

S pomocí 2 vychovatelek proběhlo dotazování tak, že se děti nemohly vzájemně informovat a na otázky se dopředu připravit. V prostředí neformálním a dítěti známém jsem dostala spontánní odpovědi, které níže uvádím. Odpovědi jsou uspořádány od nejstaršího po nejmladšího sourozence.

#### **Dotazy**

##### **Jsi rád, že jsi v domově se svými sourozenci? Pokud ano, proč?**

E: Jsem ráda, že jsem se sourozenci. Necítím se tak sama.

L.: Jsem rád, že jsem s nimi, protože je mám u sebe. Víím, že se hádáme, ale nechtěl bych je ztratit. Bylo by mi smutno.

J.: Jsem ráda, protože bych byla jinak sama.

T.: Jsem rád, že jsem s nimi. Kdybychom spolu nebyli, nevídali bychom se a bylo by mi smutno.

D.: Ano, protože si s nimi můžu hrát.

M.: Ano jsem. Protože by mi bylo smutno, kdyby byli pryč.

##### **Jak se mezi nimi cítíš?**

E: Cítím se mezi nimi skvěle.

L.: Skvěle, protože jsou to moji sourozenci.

J.: Strašně dobře.

T.: Cítím se dobře.

D.: Dobře.

M.: Dobře, mám radost, že jsem s nimi.

##### **Máš je rád?**

E.: Ano, mám je moc ráda.

L.: Mám je rád a nedovolil bych, aby jim někdo ublížil.

J.: Ano.

T.: Ano.

D.: Ano.

M.: Ano.

##### **Jak s nimi vycházíš?**

E.: Dobře

L.: Dobře, ale s T. se hádám kvůli hloupostem.

J.: Vycházím s nimi dobře, ale hádáme se.

T.: Vycházím s nimi dobře, akorát s L. se „štengrujeme“.

D.: Někdy ano, někdy ne. Když se s J. pohádáme, nebaví se se mnou celý den. Nejvíce se hádám s J., když se s ní pohádám, nebaví se se mnou ani M.

M.: Někdy jo, někdy ne.

### **S kým si nejvíce rozumíš? Proč?**

E.: Nejvíce si rozumím s J., jelikož je už starší.

L.: S T. ohledně klučičích věcí. A s E., protože je starší a rozumí mi.

J.: Rozumím si s E, protože je starší.

T.: Nejvíce vycházím s E., protože je starší.

D.: S J. a M. Často si s nimi hraju.

M.: S D. a J.

### **Hraješ si s nimi? S kým si hraješ nejvíce?**

E: Nehraji si s nimi.

L.: Nejvíce si hraju s T. a M.

J.: Nejvíce si hraju s M. a D.

T.: Nejvíce si hraju s L.

D.: Ano. Nejvíce s M. aj.

M.: Ano hraju. Nejvíce s J.

### **Máš v nich oporu?**

E: Ano mám. Můžu se na ně spolehnout.

L.: Oporu v nich mám, ale jenom někdy. Občas se jim bojím něco říct, svěřit se, protože by si ze mě dělali srandu nebo by to řekli ostatním.

J.: Ano.

T.: Oporu mám u E.

D.: Oporu mám jenom u E. Ostatní sourozenci mě nevyslechnou a posílají mě pryč.

M.: Ano mám. Vyslechnou mě.

### **Na koho se můžeš spolehnout? Když tě něco trápí, za kým jdeš?**

E.: Můžu se spolehnout na všechny sourozence.

L.: Můžu se spolehnout na E., za kterou, když mě něco trápí, tak přijdu.

J.: S trápením jdu za E.

T.: za E.

D.: Na E.

M.: J. a T.

### **Držíte pohromadě?**

E.: Ano držíme.

L.: V některých případech ano např. pokud mají problémy u táty. Pokud se má udržet nějaké tajemství ve skupině, vždy jej někdo řekne.

J.: Ano.

T.: Ano.

D.: Někdy ano, někdy ne. Víc převažují chvíle, kdy držíme při sobě.

M.: Ano.

### **Chtěl bys na vztazích mezi Vámi něco změnit?**

E.: Ano, abychom drželi ještě více pospolu.

L.: Abychom se nehádali a drželi více při sobě.

J.: Aby mi L. u tatky neříkal, že jsem preferovaná.

T.: Rád bych se s nimi nehádal a změnil bych žalování.

D.: Ano, abychom na sebe nežalovali a nehádali se.

M.: Abychom se nehádali a nebyli na sebe zlí.

### **Kdo je tvůj kamarád?**

E.: Asi J. Hodně si spolu rozumíme.  
L.: T. a E.  
J.: E., protože za ní můžu kdykoliv přijít.  
T.: J.  
D.: J., protože si s ní hraju.  
M.: J. a D.

### **Na koho si mám dát pozor?**

E.: Asi na D. V poslední době je dost vypočítává.  
L.: na T. Když mu něco řeknu, co mě trápí nebo cokoliv jiného a pak se mu něco nelíbí, vyhrožuje mi, že to řekne ostatním.  
J.: na D., ale vím, že je to vzájemné.  
T.: na L., protože mě neustále provokuje.  
D.: na L., protože si o mě vymýšlí věci, které nejsou pravda.  
M.: na L., protože na mě často křičí.

Od začátku bylo důležité zaměřit se na funkčnost jejich vztahů a dokázat ji efektivně využít. U všech sourozenců se objevuje vzájemná podpora v konfliktech s jinými dětmi, a také pomoc v situacích, kdy jim hrozí nebezpečí z jiné strany. Díky tomuto poznatku můžeme říci, že u všech těchto dětí je přítomna určitá citová vazba na své sourozence a jejich vztah je pro ně nadřazený vztahům ostatním. Kromě toho, že sledujeme mezi sourozenci určitou míru podpory, vyskytují se u nich stále rizikové projevy a zátěžové situace v jejich vztazích. U všech sourozenců můžeme pozorovat časté hádky, vulgární nadávky nebo fyzické útoky a agresí. Kromě těchto fyzických útoků se objevuje i nevhodné sexualizované chování, které pravděpodobně souvisí s nevhodnými vzory, které děti spatřily ve své rodině. Rovněž je typické odmítání sourozence, které je způsobeno hlavně odlišným přístupem k dětem ze strany rodičů. Toto odmítání je doprovázeno nenávisťnými projevy, srážením sebevědomí druhého sourozence, škodolibým výsměchem a zmíněnými hádkami a vulgárními narážkami, které často vyúsťují ve fyzickou agresí.

### **Závěr**

Další práci se sourozenci a přístup k nim bych zaměřila na

- poznávání a prožívání vlastních emocí, zejména pocit studu a viny, sebenenávisti, úzkosti, plachosti, strachu a nekomfortní pocity v různých sociálních situacích
- postupné zmírňování nebo zbavování se pocitů vnitřní hrůzy a děsu, které jsou propojeny s pocity ohrožení a přehnané ostražitosti
- objevování jejich pozitivních zdrojů podpory, jak vnějších (osoby, místa, činnosti apod.), tak vnitřních (houževnatost, vytrvalost, přátelskost, zvědavost, otevřenost apod.) a směřování pozornosti dětí k jejich schopnostem, vzájemné lásce a podpoře
- pozitivní zkušenosti spojení se sebou a druhými a dále je rozvíjet a zvyšovat tak schopnosti utvářet si citová pouta, spojení a vztahy s druhými
- vstřícný postoj vůči ostatním a nedávat najevo svůj hněv, který se v danou chvíli stane prvotní a převládající emocí promítanou do druhých lidí
- vysvětlování, že ani jeden z nich nenese zodpovědnost za selhání jejich okolí, za činy dospělých, že nenesou vinu za minulost, posilovat tak jejich vlastní identitu, kterou je třeba podporovat individuálně pro posílení vlastního sebevědomí a sebehodnocení a uvolnění vnitřní tenze (Heller, Lapierre 2016).

Dospěla jsem k závěru, že v zájmu každého dítěte je individuální přístup za jednotného a důsledného dodržování předem stanovených pravidel přiměřeně s podmínkou bezpodmínečného přijetí dětmi, kolektivem zaměstnanců, pedagogy a pokud je to možné i biologickou rodinou.

Práce s těmito dětmi představuje náročnou zkoušku trpělivosti a to jak v kolektivu domovském, tak i školním. Bylo nutné si uvědomit, že se jedná o problematiku traumatizovaných dětí, která silně

zasahuje oblast sociálních vztahů, emocionalitu a oblasti osobnosti. Způsobuje odlišnost dítěte od okolí a tyto děti jsou často označovány jako „děti problémové“. Sourozenci do jisté míry ovlivňovali chod domova a nálady ostatních dětí. Stali se součástí stávajícího kolektivu dětí, u kterého jsme hledali nejvhodnější a pro ně nej přijatelnější způsoby ztotožnění se s danými pravidly každodenního života na domově tak, aby se od ostatních dětí nevyčleňovali a upevňovali svoje sourozenecké vztahy.

### Seznam použité literatury

Adler, A. *Individuální psychologie*. Dostupné z <http://www.psychoweb.cz/psychologie/alfred-adler-individualni-psychologie-sourozenecke-poradi-a-pocity-menecennosti/>.

Čapek, J. (2010). *Pozitivní výchova sourozenců v rodině*. Praha: Portál.

Drexler, R. (2009). *Dvojí život dvojčat*. *Moje psychologie*, 4(11), 60-63.

Heller L., LaPierre A. (2016). *Uzdravení vývojového traumatu*. Olomouc: Fontána.

Helus, Z. 2004. *Dítě v osobnostním pojetí: Obrat k dítěti jako výzva a úkol pro učitele i rodiče*. Praha: Portál, 2004. 95 s. ISBN 80-7178-888-0.

Kasten, H. *Die Geschwisterbeziehung Band I*. Göttingen: Hogrefe, 1993. ISBN 3-8017-0627-3.

Koukolík F., Drtilová J. (2008). *Vzpouza deprivantů*. Praha: Galén.

Leman, K. *Sourozenecké konstelace*. 1. vyd. Praha: Portál, 2008. ISBN 80-7178-152-5.

Leman, K. *Sourozenecké konstelace*. Vyd. 1. Praha: Portál, 1997, 28 s. *Rádci pro život (Portál)*. ISBN 80-7178-152-5.

Matějček, Z. (1997). *Dvojčata - požehnání, nebo problém?* *Zdraví*. (45)1, 8-9.

Matějček, Z. *Rodiče a děti*. 1. vyd. Praha: Avicenum, 1986. ISBN 08011-86.

McGuire, S., Manke, B., Eftekhari, A., Dunn, J. *Children's Perceptions of Sibling Conflict During Middle Childhood: Issues and Sibling (Dis)similarity*. *Social Development* [online]. 2000, roč. 2, č. 9 [cit. 2010-0225]. Dostupné z <http://www.apa.org/psycarticles/>.

Novák, T. (2007). *Sourozenecké vztahy*. Praha: Grada.

Prekopová, J. *Prvorozené dítě*. Praha: Portál, 2009. ISBN 978-80-7367516-5.

Rulíková, K. (2002). *Dvojčata. Jejich vývoj a výchova*. Praha: Portál.

Rulíková, K. (2008). *Dvojčata.: péče o děti, jejich zdravý vývoj a výchova*. Brno: Computer Press.

Segalová, N. (2009). *Nedělitelné dvěma*. Praha: Triton, 75s.

Vančurová – Fragnerová, E. *Vztahy mezi sourozenci*. 1. vyd. Praha: SPN, 1966. ISBN 14-033-66.

Zákon č. 109/2002 Sb., o výkonu ústavní výchovy nebo ochranné výchovy ve školských zařízeních a o preventivně výchovné péči ve školských zařízeních a o změně dalších zákonů. In: *Sbírka zákonů*.

# Terapie násilí

PhDr. Petra Valentová

## 1. Úvod: Proč se terapií násilí zabývat

S násilím se v naší společnosti setkáváme každý den. Média nás o něm informují tučnými písmeny na prvních stranách, aby upoutala naši pozornost. Vzpomeňme pouze některé kazuistiky – vražda slovenského novináře a jeho snoubenky, vražda manželů Malhockých, případ vražednice v Tescu či vražda studenta ve Žďáru nad Sázavou. Ne vždy se však jedná o psychicky nemocné pachatele, často tito lidé trpí „jen“ poruchou osobnosti. Nejen z tohoto důvodu je v oblasti intervence důležitá diagnostika násilí a dle diagnostiky specificky zacílená terapie. Tedy tyto dva procesy jsou při prevenci násilného jednání významně propojené (Douglas et al., 2013). Odborníci na násilné jednání, ať už z oblasti psychiatrie či klinické a forenzní psychologie v České republice na tento fakt reagují pružně vytvářením terapeuticko-resocializačních programů. Tedy pro vězeňskou populaci existuje například program TERČ vedoucího psychologa Generálního ředitelství Vězeňské služby České republiky Václava Jiříčky či KEMP pod vedením terapeuta Hrubého ve věznici Vinařice (Hrubý et al., 2012). Pro psychiatrickou populaci je to například systém terapeutické péče v rámci ochranného léčení, např. pod vedením primáře Švarce v Psychiatrické nemocnici Bohnice.

Tedy věnovat pozornost násilí, jeho prevenci, diagnostice a terapii je důležité nejen pro ochranu společnosti, ale i pro kvalitu života daného pachatele, který může být nebezpečný nejen okolí, ale i sám sobě. Důležitá je diagnostika a prevence násilí formou terapie i pro odbornou veřejnost, jejíž postup bývá často kritizován (Matiaško, 2010). Je vhodné se zaměřit na specifikaci terapeutických intervenčních programů tak, abychom minimalizovali pravděpodobnost recidivy násilného jednání pachatelů, ale také snížili pravděpodobnost, že se z obětí násilných trestných činů stanou pachatelé (Adshead et al., 2013). Tedy integrativní terapie zacílená na násilné jednání je jednou z našich nadějí, která může významně přispět ke kvalitní život ve společnosti.

Tato práce si tedy klade za cíl definovat násilí, objasnit roli diagnostiky v terapii násilí a zmapovat terapeutické možnosti v oblasti násilného jednání.

## 2. Definice násilí

Násilí je komplexní fenomén, přičemž je třeba brát v potaz fakt, že definic násilí je mnoho a vztahují se k času, kontextu, společnosti a sociálním skupinám, kde se tento jev vyskytuje (Jones, 2000). Násilí lze s agresí přímo propojit, či je lze brát jako odlišné jevy, přičemž agrese je motivátorem chování a násilí je pak chápáno jako projev chování (Čermák, 1999). Dále rozlišujeme heteroagresi, tedy násilí páchané proti jiným osobám či autoagresi, čili násilí páchané proti sobě, kdy nejčastějším projevem je automutilace neboli sebepoškození (Krause, 2009).

Jones (2000) rozděluje tento fenomén do dvou kategorií, přičemž cíl agresivního jednání je rozlišujícím prvkem. Instrumentální násilí je takové násilí, které není účelem samo o sobě, nýbrž má nějaký jiný cíl, např. někoho poškodit. Hostilní, neboli afektivní násilí, slouží samo o sobě k odreagování vzniklé tenze, je důsledkem zhoršení psychického stavu. Když dojde k zaplavení psychiky negativními pocity, dojde k potřebě je fyzicky vyjádřit, a to konkrétně tímto směrem – od křiku, po ničení majetku, automutilaci až po napadení jiných. Z rozvoje násilí popsáním směrem lze odvodit, že lidé, kteří páchají násilí na sobě, jsou ve větším riziku, že ho budou páchat na jiných, než je tomu u obecné populace.

### ***Typy násilníků***

Podobně se hovoří o dvou typech násilníků. Tedy o hyperarousálních násilnících, kteří jsou impulzivní, mají vysokou afektivitou, často prožívají vztek, jsou nestálí, emočně labilní, senzitivní, náladoví a reaktivní. Arousal, který provází páchaní násilí, může či nemusí být u těchto osob sexuálně motivován. Násilí je afektivní. Druhým typem jsou násilníci hypoarousální. Ti jsou bezemoční, s nízkou afektivitou, mají nízkou míru obav o pocity své i o pocity druhých, v neposlední řadě mají i nízkou míru vzteku. Tito násilníci se nazývají predátoři. Často trpí disociální poruchou osobnosti, ale není to pravidlem. Anamnesticky se u nich vyskytuje raná vyhubavá vazba. Násilí je instrumentální (Adshad et al., 2013; Meloy, 2003). Dále byli identifikováni tzv. vagální reaktori jako typ násilníků, který by byl podobný skupině hypoarousálních násilníků. Název této skupiny byl určen podle bloudivého nervu (nervus vagus), který při aktivaci snižuje arousal, nastává parasympatická reakce. Tito lidé byli více násilní a měli antisociální postoje. Vyskytovala se u nich bradykardie, stejně jako u delikventních adolescentů a u recidivujících kriminálních (Meloy, 2003).

Dle jednoho z aktuálně nejčastěji používaných nástrojů na zhodnocení rizika násilné recidivy HCR-20 (Potts, 2013), je násilí definováno jako úmyslné a chtěné ublížení na zdraví jiné osobě, přičemž současně došlo k porušení explicitních sociálních norem. Za násilí je označeno ublížení na zdraví ve formě fyzické i psychické. Je to ublížení na zdraví, které může být i pouze ve stadiu pokusu, avšak tak, že došlo k poškození tzv. well-beingu (Douglas et al., 2013), tedy pocitu subjektivního blaha, komfortu či pohody (Kebza & Šolcová, 2003).

### **3) Role diagnostiky násilí v terapeutickém procesu**

Abychom mohli navrhnout specificky zacílený efektivní intervenční terapeutický program, je důležité posouzení rizika spáchání násilí a v rámci něj i posouzení kriminogenních a nekriminogenních potřeb pachatele násilného trestného činu. To je jeden ze tří důležitých principů při posuzování efektivity terapie násilného jednání. Terapie násilí by měla cílit na kriminogenní potřeby, mezi něž řadíme například užívání návykových látek či neschopnost navázat a udržet partnerské vztahy (Andrews & Bonta, 2010).

### ***HCR-20***

Jedním ze způsobů, jak měřit kriminogenní potřeby násilníků včetně jiných kriminogenních rizikových faktorů je užití škály HCR-20, třetí verze, která vznikla v roce 2013 (Ireland & Ireland, 2013). Autory této škály, která se řadí mezi objektivní škály, tedy je vyhodnocována odborníkem, jsou Douglas, Hart, Webster a Belfrage. Efektivita, tedy validita a reliabilita, této škály byla ověřena mnoha výzkumy v zahraničí (Dernevik, 1998). Často bývá užívána v zařízeních ochranné léčby, přičemž hodnocení rizika násilné recidivy bývá realizováno průměrně jednou za půl roku. Po identifikaci jednotlivých rizikových faktorů se lze více zaměřit na jednotlivé potřeby násilných jedinců v terapii (Douglas et al., 2013). Vyhodnocení škály je závislé především na objektivních informacích o probandech, nicméně je vhodné doplnit tyto informace polostrukturovaným rozhovorem s posuzovaným (Douglas et al., 2008). Škála obsahuje 20 položek, přičemž tyto položky jsou rozděleny do tří škál – historická, klinická a řízení rizik. V této škále jsou zachyceny statické i dynamické faktory, položky týkající se anamnézy posuzovaného, aktuálního stavu i blízké budoucnosti. Škálování je kvalitativního charakteru ve spojení s přístupem kvantitativním, čímž se tato třetí verze nástroje HCR-20 řadí mezi čtvrtou, tedy nejnovější generaci nástrojů posuzování rizik násilné recidivy. Odborník může škálovat míru přítomnosti a relevance položek, zda jsou přítomny, nejsou přítomny či jsou pouze částečně přítomny u posuzovaného, a jak velkou roli hrály při spáchání násilí u probanda. Poté může rozpracovat jednotlivé otázky terapeuticky dle návodu v manuálu na předem určený Worksheet. Rozpracovávají se scénáře, jak může další násilný akt u posuzovaného vypadat, co může být jeho spouštěčem, kdo může být obětí, jaké jsou kořeny násilného trestného činu



a jak dalšímu násilí zbránit (Douglas et al., 2013). Tato metoda je jednoduchá, dobře se administruje a pro většinu odborníků je srozumitelná (Douglas et al., 2006).

### ***Rizikové faktory násilí***

Škála HCR-20 posuzuje i přítomnost některých psychických stavů, které jsou signifikantně spojeny s násilím (Douglas et al., 2013). Jedná se o **paranoidní psychický stav**, který je spojený s desinhibicí, s narušeným testováním reality a s racionální reakcí na iracionální očekávanou hrozbu a s deregulací vysokého afektu, kdy je násilné jednání více pravděpodobné. Paranoidita se vyskytuje například v rámci onemocnění schizofrenního okruhu, které je s násilím signifikantně spojeno, což prokázali např. Brennan, Mednick a Hodgins (2000). U psychózy dochází ke snížení schopnosti rozlišení mezi psychickým stavem psychotického jedince a psychickými stavy jiných lidí, což je významně spojeno s rizikem spáchání násilného trestného činu (Meloy, 2003).

Dalším rizikovým faktorem spáchání násilí jsou **antisociální postoje** – nedostatek empatie, kruté chování vůči slabším, ponižování jiných lidí a další projevy těchto postojů (Adshead et al., 2013).

Rizikovým faktorem je například i **pocit studu**, který je v evolučním pojetí spojen s vnímáním ohrožení svého Já v sociální hierarchii, což také může být spouštěčem násilného jednání (Adshead et al., 2013).

Dalším rizikovým faktorem je absence teorie mysli. Absence **teorie mysli** signifikantně souvisí s nejistou ranou vazby a i s násilím v partnerském vztahu. Bylo výzkumně potvrzeno, že míra mentální kapacity pečovateli reflektovat psychické stavy u sebe a u druhých, signifikantně souvisela s mírou bezpečnosti rané citové vazby jejich dětí. I když se pečovateli, nejčastěji matky, ocitly v náročných životních situacích, tedy podmínky pro výchovu byly méně vyhovující, jako např. absentující postava otce nebo extrémně stísněné bytové prostory, tak pokud byla jejich schopnost mentalizace dobrá před vznikem těchto náročných podmínek, raná citová vazba jejich dětí byla jistá, bezpečná, vnější podmínky ranou vazbu neovlivnily (Meloy, 2003).

### ***Násilí v partnerském vztahu***

Násilí se objevuje často i v rámci partnerského vztahu. Nejsilnějším prediktorem viktimizace partnerem je spáchané násilí v dětství významnou vztahovou osobou. Jako další prediktory násilí v partnerském vztahu lze označit „život na hromádce“, afroamerickou rasu, ponižování partnerem, žárlivost a rozdíly mezi vzděláním a rasou mezi partnery. Jedinci, u kterých se v dětství nevytvořila raná bezpečná citová vazba s pečovatelem, jsou ohroženi partnerským násilím. Mezigeneračně se přenáší vazba, která není bezpečná, jistá, což je pak signifikantně významné pro spáchání násilí v partnerském vztahu. Nejistá vazba je stabilnějším korelátem v rámci domácího násilí, než porucha osobnosti. Některé studie dokonce prokazují, že domácí násilí nelze vysvětlit působením aktuálních stresorů, ale lze je vysvětlit nepřítomností bezpečné citové vazby. Domácí násilí je pak vnímáno jako důsledek maladaptivního vzteku, který vzniká na základě strachu ze separace partnera, přičemž v anamnéze bývá nedostatečná péče a láska od matky násilníka. Pokud dítě nezažilo bezpečnou ranou vazbu, pravděpodobně se u něj vyvine i citlivost na odmítnutí od blízkých osob, která je také signifikantně spojena s predikcí násilí v partnerském vztahu (Meloy, 2003).

Dále byla identifikována triáda faktorů, která signifikantně významně souvisí s páčáním násilí v dospělosti v partnerských vztazích. Jedná se o nejistou ranou vazbu, svědectví násilí páchaného na matce nebo svědectví automutilace pečovatele a ponižování dítěte. Tyto faktory velice často vedou k vývoji osobnostní struktury do hraniční poruchy osobnosti, která je náchylná k zažívání strachu z odmítnutí, který se rychle transformuje ve vztek, když je domnělá hrozba odmítnutí aktuální, přičemž vzniklou tenzi odreagovávají násilným chováním, ať už automutilací či násilím vůči partnerovi. Mezi partnerem páchajícím násilí a obětí se může vytvořit tzv. traumatická vazba, kdy právě násilí a rozdíly mezi mírou moci vztah vyztužují, děje se tak u žen, které ze vztahu nedokážou odejít (Meloy, 2003).

## **SAVRY**

Podobným nástrojem ke zmapování kriminogenních potřeb jako HCR-20 je škála SAVRY, která je určena adolescentům. Nástroj SAVRY (Structured Assessment of Violence Risk in Youth), který tedy slouží k posouzení rizika násilí u mladistvých, byl již v praxi ověřen mnoha výzkumy v zahraničí (Gammelgard et al., 2008). Škála SAVRY byla vytvořena v roce 2006 autory Borumem, Bartelem a Forthovou. Je zkonstruována jako průvodce při hodnocení rizika násilí a při plánování intervencí v rámci snížení pravděpodobnosti spáchání násilí profesionálním pracovníkem u mladistvých. Škála je rozdělena do tří částí – historická (10 položek), sociální (6 položek) a individuální (8 položek). Těchto 24 položek tvoří kriminogenní faktory. Škála je zajímavá také tím, že na rozdíl od mnoha jiných hodnotících nástrojů obsahuje nejen kriminogenní faktory, ale i faktory protektivní, které jsou taktéž hodnoceny z hlediska své přítomnosti či absence. Těchto protektivních faktorů je 6. Škála je určena jak pro chlapce, tak dívky od 12 do 18 let. Nejsou přítomny cutoff skóry či numerické hodnocení, škálování je kvalitativního charakteru a vychází z principu strukturovaných profesionálních hodnocení, jež jsou jedním z nejnovějších přístupů v rámci hodnocení rizika spáchání násilí. SAVRY tedy napomáhá odborníkům s transparentním, unifikovaným a standardizovaným rozhodnutím o míře rizika spáchání násilí u adolescentů. Při konstrukci nástroje vycházeli autoři z výzkumů o násilí a agresi u adolescentů a z různých kriminogenních teorií. Zahnutím dynamogenních faktorů se daný nástroj soustřeďuje nejen na zhodnocení rizika násilí, ale má vztah i k možné intervenci zmírňující toto riziko (Borum et al., 2006).

### ***Risk-Need-Responsivity model***

Dalšími dvěma důležitými principy po určení kriminogenních potřeb pro terapii násilníků jsou princip rizika a princip zohlednění kognitivní a osobnostní struktury. Nejprve tedy zhodnotíme kriminogenní potřeby násilného jedince, který vstupuje do terapie, např. pomocí škály HCR-20, poté dle principu rizika zhodnotíme míru rizikovosti pachatele násilného jednání, tedy jaká je míra pravděpodobnosti, že spáchá násilný trestný čin. Čím je míra pravděpodobnosti vyšší, tím intenzivnější by měla být terapie (Andrews & Bonta, 2010.) Míra pravděpodobnosti spáchání násilí je většinou dělena do tří kategorií – nízká, střední a vysoká (Douglas et al., 2006). V neposlední řadě je třeba brát v potaz, jakou osobnostní strukturou se daný jedinec vyznačuje, zda trpí nějakou psychickou poruchou a jaká je úroveň jeho kognitivních schopností a míra schopnosti sebereflexe. Poté se můžeme zaměřit na jednotlivé cíle terapie, mezi něž může patřit např. schopnost ovládat vztek, získání schopnosti vztahu navázat a udržet, zvládnutí impulzivitu, změna antisociálních postojů, rozvoj rodičovských schopností, budování si nové sociální identity či abstinence od návykových látek. Výše popsáný třístupňový model se nazývá Risk-Need-Responsivity model, jehož autory jsou Andrews, Bonta a Hoge. Tento model byl dále ověřován, přičemž výzkumná tvrzení potvrzují, že je třeba tyto tři principy respektovat, aby terapie násilných jedinců byla efektivní (Andrews & Bonta, 2010).

### **4) Terapie násilí – různé přístupy**

Vzhledem k faktu, že minimálně polovina případů násilí vzniká v kontextu vztahu, zaměřujeme se při terapii násilí především na psychické stavy a jejich možné změny, které vedou k násilí. Adshhead et al. (2013) uvádí, že více jak 50% vražd ve Velké Británii bylo spácháno v rámci nějaké hádky či pomsty, tedy oběť a pachatel měli mezi sebou nějaký vztah. Terapií násilí můžeme ovlivnit mnoho životů, což se týká nejen potencionálních obětí, ale i násilných jedinců samotných. Terapeutických přístupů k předcházení násilného jednání existuje více. Na následujících odstavcích budou představeny alespoň některé z nich. Konkrétně se bude jednat o terapii založenou na mentalizaci, přičemž bude objasněno, co schopnost mentalizace znamená a jaká je její role při vzniku násilí. V rámci této terapie bude specifikována teorie attachmentu, která je stěžejní pro tento druh

terapie. Dále bude popsána terapie zaměřená na přenos, jež vychází z teorie objektních vztahů, která bude taktéž představena. A závěrem bude popsána terapie zaměřená na trestný čin, která je užívána konkrétně ve Věznici Vinařice v resocializačním programu KEMP, jehož autory jsou Hrubý, Kněžů a Prchal (2012). Tento terapeutický program byl již ve Věznici Vinařice standardizován.

### ***Schopnost mentalizace***

Z výše uvedených důvodů se v terapii násilí zajímáme o myšlenky a pocity spojené se vztahy, jaké soudy si vytvářejí násilní jedinci o jiných lidech, se kterými jsou ve vztahu. Neboli se zajímáme o míru schopnosti mentalizace násilných jedinců. Mentalizace je schopnost rozumět psychickým stavům svým i ostatních a smysluplně je interpretovat, včetně vědomí, že se tyto stavy mohou lišit od toho, jak se my sami cítíme. Schopnosti mentalizace se dítě učí v raném věku, přičemž tato schopnost souvisí se schopností ovládat afektivitu a s bezpečným raným citovým poutem mezi pečovatelem a dítětem. Blízká pečující osoba, v našich podmínkách většinou matka, vyjadřuje nahlas potřeby a přání dítěte, tím ho učí, že jeho psychický stav může být reprezentován v mysli druhých (McWilliams, 2013). Fyziologicky odpovídá za schopnost mentalizace neokortex, kterému se někdy přezdívá sociální mozek, díky němuž máme svědomí, reflexi vědomí, teorii mysli a schopnost vcítit se do druhých. Lidé, kteří mají sníženou schopnost mentalizace, hůře ovládají negativní emoce z důvodu, že jejich arousal stoupá velice rychle, tudíž pocítují zahlcení negativními emocemi, jako je např. vztek, přičemž nejsou schopni v danou chvíli emoci kognitivně regulovat. Negativní emoce pak vytváří v daném jedinci velkou tenzi, kterou je potřeba uvolnit fyzicky. Nejprve se objevuje křik, který může přejít do agrese vůči věcem, poté do autoagrese až po heteroagresi. Schopnost mentalizace je předpokladem pro rozlišování svých psychických stavů a psychických stavů jiných lidí, pro odlišení své a jejich bezpečnosti, i pro bezpečně přiblížení se k ostatním. S touto schopností mívají problém lidé trpící poruchou osobnosti. Ti mají často v anamnéze dezorganizované rané citové pouto. Je tedy důležité se terapeuticky zaměřit na vztah mezi ranými maladaptivními formami rané citové vazby a behaviorálními reakcemi na negativní interpersonální interakce. Psychický stav jedince je tedy rizikovým faktorem na konci řetězce zvyšujícího pravděpodobnost spáchání násilí, který uvolní násilné jednání (Adshead et al. 2013).

### ***Terapie založená na mentalizaci (Mentalisation-based therapy)***

Terapie založená na mentalizaci je časově omezenou terapií spojující prvky psychodynamické psychoterapie, teorie attachmentu a kognitivní psychoterapie. Kombinována je forma individuální psychoterapie, která je důležitá zejména pro jedince s dezorganizovanou ranou citovou vazbou v anamnéze, kdy jedinec mj. pracuje na získání důvěry v důležitou vztahovou osobu a učí se, že tato osoba může být přijímající, kooperativní a v chování předvídatelná a konzistentní (Bateman & Fonagy, 2010), se skupinovou psychoterapií, kde jsou stimulovány zrcadlové neurony, pomocí nichž se jedinec učí novým dovednostem, zde např. empatii, která je pro navazování a udržení vztahů stěžejní. Dále je v této terapii důležitá psychoedukace, aby byl jedinec obeznámen s tím, jak jednotlivé, v tomto kontextu důležité, mechanismy fungují (Adshead et al., 2013).

Cílem této terapie je tedy zlepšování schopnosti mentalizace, tedy poznání a uvědomění, jak myšlenky a pocity působí na výsledné chování, abychom identifikovali, kde nastává chyba, která způsobuje problematické, v tomto případě násilné, jednání (Adshead et al., 2013). Účinnost terapie byla prokázána při učení schopnosti ovládat impulzivní jednání, při navazování a udržování sociálních vztahů, při prohlubování schopnosti empatie, ovládání efektivity a při řešení interpersonálních konfliktů (Bateman & Fonagy, 2010). Při aplikaci terapie založené na mentalizaci bylo prokázáno zlepšení reflexivních funkcí u násilných jedinců, snížení afektivních bouří, zlepšení schopnosti sebereflexe a snížení frekvence automutilačního jednání. Otázkou však zůstává, co dělat s násilnými jedinci, tzv. predátory, u nichž se snížená schopnost mentalizace neobjevuje. Tato terapie je tedy vhodná pro impulzivní, emočně labilní násilné jedince, kteří mají potíže s ovládním afektivity a jsou iritabilní, často u nich bývá diagnostikována hraniční porucha osobnosti (Bateman & Fonagy, 2010).

## *Teorie attachmentu*

Abychom komplexně porozuměli terapii založené na mentalizaci, je důležité objasnit teorii attachmentu, se kterou tato terapie pracuje. Attachment je překládán jako vazba, či rané citové pouto, nebo se ponechává v původním anglickém pojmenování (Kulíšek, 2000). Tato teorie vznikla v 60. letech 20. století, přičemž autorem je britský psychoanalytik a psychiatr John Bowlby, který zvětšil svoje myšlenky v trilogii *Vazba, Odloučení a Ztráta*, a jeho spolupracovnice kanadská klinická psycholožka Mary D. Salter Ainsworthové, která teorii dále rozpracovala a vytvořila diagnostickou metodu na určení typu attachmentu u dětí - *Strange Situation Test*. Dnes již existuje mnoho metod na určení typu rané citové vazby, přičemž tyto metody hodnotí buď chování dítěte nebo vnitřní reprezentace, např. *Friends and Family Interview*. Attachment je trvalé emoční pouto, charakterizované potřebou vyhledávat a udržovat blízkost s určitou osobou, zejména v podmínkách stresu. Toto pouto je odolné vůči změně, protože částečně funguje na podvědomé úrovni (Prior & Glaser, 2006). Vyvíjí se od těhotenství do přibližně tří let věku dítěte. Kvalita tohoto citového pouta pak předurčuje schopnost vnímání světa jako bezpečného. Při narušení této vazby vzniká větší pravděpodobnost, že vnímání světa a jiných lidí jedincem bude provázeno nedůvěrou či úzkostí (Bowlby, 2010).

## *Vývoj attachmentu*

Rané citové pouto se vyvíjí ve čtyřech základních fázích. Tou první je orientace a signály bez rozlišení osoby. Tato fáze trvá přibližně do osmi týdnů života dítěte a hlavní roli v ní hrají reflexy a signály dítěte, které touží po přítomnosti pečující osoby. Pro rozvoj raného citového pouta je důležité kojení, dotyky a vzájemný pohled. Druhou fází je orientace a signály k jedné nebo k více vybraným osobám. Tato fáze trvá přibližně do šesti měsíců věku dítěte, kdy dítě začíná rozlišovat mezi rodinnými příslušníky a jinými dospělými. Poté nastává fáze udržování blízkosti u pečující osoby prostřednictvím lokomoce a signálů. Toto období se též nazývá strachem z cizince (Goldberg, 2000). Dítě v této fázi prožívá kolem osmého měsíce separační úzkost, která má své fáze vývoje – protest, zoufalství a odpoutání (Holmes, 1993). Toto období trvá do dvou až třech let věku dítěte. Poslední fází je utváření cílesměrného partnerství, kdy je dítě již schopno partnerství s pečující osobou a je schopno mentalizovat vztahy, vytvářet si jejich mentální mapu. Ve čtvrtém roce života je již vytvořena základní identita dítěte, jeho autonomie (Goldberg, 2000).

## *Vazba jistá versus nejistá*

Bylo prokázáno, že děti objevují samy sebe v mysli svých pečovatelů, a to na základě zpětných vazeb, pochval, míry pozitivních a negativních emocí a jejich vyjádření, míry přijetí, apod. Pokud nejsou přítomny žádné patologie vztahu, vzniká **raná milující bezpečná, jistá, vazba** (Meloy, 2003). K tomu, aby se kvalitně vyvinula raná citová vazba, je důležité, aby pečující osoba byla kooperativní, pomáhala dítěti, byla mu k dispozici, fungovala jako tzv. emoční kontejner, poskytovala dítěti bezpečí tak, aby se dítě cítilo jistě, nebálo se prozkoumávat neznámé prostředí a zároveň se rádo k pečující osobě vracelo. Děti s jistou ranou citovou vazbou jsou schopny lépe rozumět afektivním stavům druhých, než děti s vazbou nejistou (Bowlby, 2010).

Když tyto podmínky nejsou naplněny, dítě cítí potřebu bezpečí, ale zároveň ho u pečující osoby nenalézá, přesto je však s ní v kontaktu, vzniká tzv. raná citová **vazba nejistá**, která je významně spojena s vznikem násilného jednání. Pokud jsou přítomny patologie ve vztahu pečovatel-dítě, např. pečovatel se často na dítě zlobí, nebo dítě dokonce nenávidí, jsou tyto pocity pro dítě nepřijatelné, stejně tak jako jejich internalizace, proto na sebe nemyslí, ale internalizují si nenávidějící mentální reprezentaci rodiče. Tyto nenávidějící introjekty se pak stanou příčinou emoční lability a zmatku v následujících významných životních vztazích, protože si je neustále projikují do svých významných osob jako prostředek kontroly a zacházení s těmito introjekty. Když je dítě zneužíváno či

zostuzováno pečovatelem, vytvoří se u dítěte nejistá raná vazba posilovaná mírou nejistoty a nebezpečí v rámci daného vztahu. Vznikající mentální reprezentace je pak u dítěte odmítnuta a pod kombinací tlaku potřeby bezpečí a úniku od nebezpečí u té samé osoby, se naruší schopnost dítěte mentálně reprezentovat své psychické stavy i stavy jiných. Z lidí se stanou jen objekty a těla namísto vnímání jejich individuality. Tito lidé často pak v dospělosti trpí hraniční poruchou osobnosti, jejíž vznik často předpokládá přítomnost podobného traumatu v anamnéze a dezorganizovanou ranou citovou vazbu, která se u dítěte na základě patologií ve vztahu pečovatel-dítě vyvinula. Tito jedinci jsou pak impulzivní, emočně nestabilní a mají sklony k násilí (Meloy, 2003).

Nejčastěji rozlišujeme **tři typy nejisté vazby** – úzkostně vyhýbavou, úzkostně odmítavou a úzkostně dezorganizovanou. Děti, které mají vyhýbavou vazbu, jsou během separace od pečující osoby zdánlivě adaptované, jejich vnější projevy emocí jsou, zejména ve stresu, inhibovány. Po návratu pečující osoby jsou nedůvěřivé nebo se jí vyhýbají. Později mají tendenci si rodiče idealizovat a vyhovět mu za každou cenu (Goldberg, 2000). Tito jedinci mají negativní postoje ke spoléhání se na druhé a k jejich prožívání nesází, což je signifikantně spojeno s násilím (Adshead et al., 2013). Pečující osoby, u jejichž dětí se vyvine tento druh nejisté citové vazby, mají nechuť k tělesnému kontaktu s dětmi, jsou vyhýbavé a pasivně agresivní. Pečující osoby, u nichž se vyvine vazba odmítavá, se vyznačují jasnou komunikací, ale nestálostí v reakcích. Tyto děti jsou odmítavé, jejich chování k matce je ambivalentní. Zde je rozlišován aktivní a pasivní typ, přičemž aktivní typ dítěte je k pečující osobě i k cizím lidem brachiálně agresivní, a pasivní typ má sníženou potřebu explorační neznámého prostředí. Posledním typem je dezorganizovaná raná citová vazba, která se vyskytuje často, u již zmíněných jedinců, kteří trpí hraniční poruchou osobnosti a jsou násilní. Tyto děti jsou v chování inkonzistentní, mají strach z rodičů, objevuje se u nich zpomalení pohybů, pohybové stereotypie. Tyto děti mají tendenci se o své rodiče starat, často mají obrácenou roli (Goldberg, 2000). Pečující osoby v tomto případě své děti často zanedbávají, trestají je, nebo jsou závislé na návykových látkách (Bowlby, 2010).

### *Vazba nejistá ve vztahu k násilí*

Násilí je u jedinců s nejistou ranou vazbou prostředkem kontroly v dospělosti ve významných vztazích výše popisovaných nepřijímajících introjektů rodičů, kteří na ně často křičí, nepřijímají je, jsou agresivní a podobně. Nejistá raná vazba dále také souvisí se sníženou schopností ovládat afektivitu. Mezi násilnými jedinci se vyskytuje nejistá raná vazba ve spojení s nízkou schopností mentalizace, reflexe a sebereflexe ze 60% - 70%, přičemž u obecné populace je tomu tak pouze u 40% jedinců (Adshead et al., 2013). Jistou roli při násilném jednání u jedinců s nejistou ranou citovou vazbou hraje fakt, že selhání procesu mentalizace přináší morální rozvolnění, protože tito jedinci neumějí vnímat vlastní jednání, nedokážou předvídat důsledky svého jednání, s ostatními jednájí jako s objekty a upřednostňují obranný mechanismus racionalizace při výkladu svého jednání (Meloy, 2003). Vazebné systémy jsou aktivovány, když jsou lidé v ohrožení, prožívají strach nebo jsou vzrušení. V takovýchto situacích je pravděpodobnější vznik násilného jednání. Jedinci s nejistou ranou vazbou jsou více citliví na odmítnutí, velice snadno se jim aktivuje pocit domnělého ohrožení či domnělé ztráty blízké osoby, přičemž reakcí je rychlý nástup zaplavujících negativních emocí a následné selhání mentalizačních procesů, které často vede k násilnému jednání. Po ustálení afektu je daný jedinec opět klidný, nicméně při opětovném pocitu ohrožení ztrátou či odmítnutím se daný vzorec znovu aktivuje (Adshead et al., 2013).

### *Terapie zaměřená na přenos (Transference-focused psychotherapy)*

Terapie zaměřená na přenos je strukturovanou intenzivní psychoterapií opírající se, nikoliv o teorii attachmentu jako terapie založená na mentalizaci, nýbrž však o teorii objektních vztahů O. F. Kernberga. Tato teorie udává, že mentální reprezentace objektů vznikají kolem třetího roku života dítěte, po dosažení citové objektní stálosti. Od této doby je dítě schopno vnímat existenci jiných lidí a předmětů i ve své nepřítomnosti jako stálé, a utváří si k nim vztahové vazby. Kernberg dále hovoří o internalizaci jako o procesu přisvojování si vnějších objektů a vztahů do své psychiky. Přičemž

rozeznává introjekci, identifikaci a ego-identitu jako internalizační procesy. Introjekce, o níž bylo psáno již výše, je primitivní formou internalizace, kdy se jedná o nevýběrové zvnitřnění objektu i se vztahem k jedinci, který objekt internalizuje. Identifikace je pak výběrové psychické zvnitřnění pouze některých vlastností či chování. Výsledná organizace identifikací a introjekcí řízená egem se nazývá ego-identita, díky níž je jedinec schopen rozumět druhým i sobě s důrazem na to, jak vztahy subjektivně vnímá a interpretuje (Clarkin et al., 2005).

Psychoterapie zaměřená na přenos je velice intenzivní, doporučována jsou dvě psychoterapeutická sezení týdně. Tato terapie se specializuje především na léčbu poruch osobnosti, speciálně emočně nestabilních – hraniční typ a narcistních. Terapeuti zaměřeni na přenos vycházejí z předpokladu, že lidé s hraniční poruchou osobnosti mají o sobě i o jiných neslučitelné, protichůdné představy, které nejsou schopni integrovat. Mají zkreslené mentální reprezentace vlastního Já i ostatních jedinců, kteří jsou s nimi ve vztahu, přičemž tyto vztahy jsou často doprovázeny neovládanými afektivními reakcemi, což se díky přenosu objevuje i v terapii v rámci vztahu mezi klientem a psychoterapeutem, přičemž na tyto body se snaží terapeut zaměřit a interpretovat je. Terapie zaměřená na přenos byla ověřena jako efektivní prostředek změny u poruch osobnosti, přičemž tato terapie pomáhá, podobně jako terapie založená na mentalizaci, ovládat afektivitu a impulzivitu, mírnit automutilační tendence, prohlubuje schopnost vytvářet a udržet vztahy a napomáhá zvládat interpersonální konflikty (Clarkin et al., 2006).

### ***Terapie zaměřená na trestný čin***

Terapie zaměřená na trestný čin je konkrétně v našich podmínkách aplikována ve věznici Vinařice, kde se systematicky pracuje s násilnými jedinci pod vedením psychoterapeuta J. Hrubého. Tato terapie je zaměřená na kriminogenní rizika a potřeby odsouzených. Vychází z teorie a metod kognitivně behaviorální terapie a je inspirována programem Franka Urbanioka, forenzního psychoterapeuta působícího v Curychu. Stejně tak jako program TERČ, jehož autorem je Václav Jiříčka, vedoucí psycholog Generálního ředitelství Vězeňské služby České republiky, vychází z tak zvaného Urbaniokova AIP neboli Ambulant Intesivprogramm (Urbaniok a Stürm, 2006). V terapii se zde pracuje s režimovým přizpůsobením dne, režimovými návyky, pracovní terapií, přičemž dodržování terapeutických aktivit je předpokladem terapeutického úspěchu. Odborní zaměstnanci se odsouzeným věnují několik hodin denně. V době osobního volna vězni pracují i samostatně - píšou deník, vypracovávají referáty, elaboráty a písemné úkoly. Důraz je kladen na propojení trestného činu s vinou a nácvikem žádoucího chování. Odsouzení jsou vedeni k odpovědnosti za sebe sama a za své činy. Postupně se v terapii zpracovávají jednotlivá témata. Nejprve se odsouzeným představí cíl a způsob terapeutické práce, poté se odsouzení zaměřují na svou anamnézu v souvislosti se spácháním násilného trestného činu. Mapují také téma důvěry ve vztazích a téma strachu. Dále odsouzení probírají vliv výchovy na spáchání násilného trestného činu, motivaci jeho spáchání, spouštěče spáchání trestného činu, učí se metodám relaxace a rozpoznávání svých pocitů, mapují svůj hodnotový systém. Dále se soustřeďují na schopnost utváření a identifikování hranic svých a druhých, rekonstruují spáchaný násilný trestný čin, mapují rizikové faktory jeho spáchání, trénují nahrazování agresivity alternativními formami chování, a na závěr probíhá hodnocení jejich terapeutické práce. Odsouzení jsou hodnoceni kvartálně pomocí nástroje SARPO, kdy je zmapováno riziko spáchání násilného trestného činu a kriminogenní potřeby odsouzených. Mezi terapeutickými technikami jsou užívány sociálně psychologické hry, skupinové psychoterapeutické techniky, diskuse, poradenství, relaxace, ergoterapie a jiné. Důležité je důsledné dodržování komunitního systému - systém řízení celého oddělení a všech odsouzených. Podporována je otevřená komunikace, mimo jiné se konají i pravidelné schůzky všech zaměstnanců s odsouzenými. Díky terapeutické komunitě probíhá i sociální učení, přičemž terapeutická komunita funguje jako forma tzv. mikrospolečnosti (Hrubý et al., 2012).

### **5. Závěr**

Výše byly představeny jednotlivé terapeutické přístupy k prevenci násilného jednání. Terapie založená na mentalizaci, opírající se především o teorii attachmentu, a terapie zaměřená na přenos, vycházející z teorie objektivních vztahů, jsou zacíleny především na typ hyperarousálních násilníků, kteří jsou impulzivní, iritabilní, emočně labilní a nedostatečně ovládají svou afektivitu. V anamnéze mají často dezorganizovanou ranou citovou vazbu a násilí je u nich afektivní, nikoliv instrumentální. Terapie zaměřená na trestný čin se soustřeďuje především na dodržování režimu a na změny v myšlení a v chování násilných jedinců.

Výše zmíněné terapeutické přístupy však nejsou aplikovatelné na všechny násilné jedince za všech možných okolností. Je otázkou, do jaké míry lze ovládnout impulzivní jednání. Otázkou také zůstává, jak terapeuticky pracovat s jedinci, kteří páchají násilí instrumentálně a schopnost mentalizace je u nich dobrá. Dále je nutné se zabývat tím, jak pracovat s jedinci, kteří ke změně motivování nejsou a z trestu se nedokážou poučit. Mezi obtížně terapeutizovatelnou populaci patří také lidé se subnormálními kognitivními a mnestickými schopnostmi. Ve vězení navíc často dochází k potvrzování antisociálních postojů jinými disociálními jedinci. Specifické zacílení terapie je často náročné z kapacitních důvodů terapeutů či z neznalosti problematiky přidružených psychiatrických diagnóz. V neposlední řadě je problémem nízký počet terapeutů vykazující terapeutickou práci na pojišťovnu z důvodu nedostatku počtu uzavřených smluv s pojišťovnou, kdy čekací lhůty bývají i několikaměsíční. Pro výše zmíněnou problematiku je třeba dalšího výzkumu a manažerských i klinických intervencí. Důležitým faktorem spojujícím všechny druhy terapií a nositelem změny zůstává nejen dle mých zkušeností terapeutický vztah (Prochaska, 1991).

## **6. Literatura**

Adshead, G., Moore, E. Humphrey, M. Wilson, C. Tapp, J. (2013). The role of mentalising in the management of violence. *Advances in psychiatric treatment*, vol. 19, 67–76 doi: 10.1192/apt.bp.110.008243.

Andrews, D., A. & Bonta, J. (2010). *The Psychology of Criminal Conduct* (5th ed.). New Providence, NJ: Matthew Bender & Company, Inc., a member of the LexisNexis Group.

Bateman A. & Fonagy, P. (2008) Eight year follow-up of patients treated for borderline personality disorder: mentalization-based therapy versus treatment as usual. *American Journal of Psychiatry* 165: 631–8.

Bateman, A. & Fonagy, P. (2010). Mentalization based treatment for borderline personality disorder. *World Psychiatry*, 9, 11-15.

Borum, R., Bartel, P., & Forth, A. (2006). *Manual for the Structured Assessment for Violence Risk in Youth (SAVRY)*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.

Bowlby, J. (2010). *Vazba: Teorie kvality raných vztahů mezi matkou a dítětem*. Praha: Portál.

Brennan, P. A., Mednick, S. A., & Hodgins, S. (2000). Major mental disorders and criminal violence in a Danish birth cohort. *Archives of General Psychiatry*, 57, pp. 494–500. Dostupné na: <http://archpsyc.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=481598>.

Clarkin, J. F., Yeomans, F., Kernberg, O. F. (2006). *Psychotherapy for borderline personality: Focusing on object relations*. New York: Wiley.

Clarkin, J., Levy, K., & Schiavi, J. (2005). Transference focused psychotherapy: Development of a psychodynamic treatment for severe personality disorders. *Clinical Neuroscience Research*, 4, 379-386.

Čermák, I. (1998). *Lidská agrese a její souvislosti. Žďár nad Sázavou: Fakta*.

- Dernevik, M. (1998). Preliminary findings on reliability and validity of the Historical-Clinical-Risk Assessment in a forensic psychiatric setting. *Psychology, Crime, and Law*, 4, 127-137.
- Douglas, K. S., Guy, L. S., Reeves, K. A., Weir, J. (2008). HCR-20: Violence Risk Assessment Scheme: Overview and Annotated Bibliography (Current Up To November 24, 2008) Simon Fraser University, University of South Florida.
- Douglas, K., S; Guy, L., S. & Weir, J. (2006). HCR-20 Violence Risk Assessment Scheme : Overview and Annotated Bibliography. In *HCR-20 Review and Annotated Bibliography* [online]. Burnaby BC, Kanada: Simon Fraser University.
- Douglas, K. S., Hart, S. D., Webster C. D., Belfrage H. (2013) HCR-V3 Historical Clinical Risk Management (Version 3) Professional Guidelines for Evaluating Risk of Violence. Mental Health, Law, and Policy Institute, Simon Fraser University.
- Gammelgard, M., Koivistob, A.-M., Eronena, M. & Kaltiala-Heino, R. (2008). The predictive validity of the Structured Assessment of Violence Risk in Youth (SAVRY) among institutionalised adolescents. *The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, 19(3), 352-370.
- Goldberg, S.: Attachment and development, Arnold London 2000.
- Holmes, J. (1993). John Bowlby and Attachment theory, Routledge London and New York 1993.
- Hrubý, J., Kněžů, V. & Prchal P. (2012) Manuál terapeutického programu pro odsouzené pachatele násilné trestné činnosti. Vězeňská služba ČR, Věznice Vinařice.
- Ireland J., L., Ireland, C., A. (2013) Trainig „Forensic Risk Assessment Across the Lifespan using the HCR-20 (V3) and SAVRY. Feb 2013, The International Organisation of Forensic Practitioners.
- Jones, S. (2000). Understanding violent crime, Berkshire : Open University Press.
- Kebza, V., Šolcová, I. (2003): Well-being jako psychologický a zároveň mezioborově založený pojem. *Čs. psychologie* 47, 4, 333-345.
- Krause, K. (2009). Beyond Definition: Violence in a Global Perspective. *Global Crime*, 10(4), pp. 337-355.
- Kulíšek, P. (2000). Problémy teorie raného citového přilnutí (attachment), *Čs. psychologie*, roč. XLIV, č. 5, str. 404-423.
- Matiaško, M. (2010). Možnosti predikcie násilného jednanja u páchatela s duševnou poruchou. *Psychiatrie*, 1, 12-17.
- McWilliams, N. (2015) Psychoanalytická diagnóza. Portál: Praha.
- Meloy, J. R. (2003). Pathologies of attachment, violence and criminality In A. M. Goldstein & I. B. Weiner (Eds.), *Handbook of psychology* (Vol. 11: Forensic psychology, pp. 509–526). Hoboken, NJ:John Wiley & Sons.
- Potts, Z. (2013). Advances in Violence Risk Assessment: Introduction and Application of the HCR-20 Version 3. Fordham University: The Jesuit University of New York [online]. Dostupné na: [http://www.fordham.edu/academics/programs\\_at\\_fordham\\_/psychology\\_department/events/advances\\_in\\_violence\\_90654.asp](http://www.fordham.edu/academics/programs_at_fordham_/psychology_department/events/advances_in_violence_90654.asp).
- Prior, V. & Glaser, D.(2006). Understanding Attachment and Attachment disorders. Theory, Evidence and Practice, Jessica Kingsley Publishers London and Philadelphia.
- Prochaska, J. O. (1991). Prescribing to the stage and level of sobic patiens. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, Vol 28(3), 463-468.



Urbanik, F. & Stürm, M. (2006). Das Zürcher "Ambulante Intensiv-Programm" (AIP) zur Behandlung von Sexual- und Gewaltstraftätern. Teil 2: Spezifisch deliktpräventive und therapeutische Konzeptionen. Schweizer Archiv für Neurologie und Psychiatrie, 157(3), pp. 119-133.

# Psychoterapie u klientů s potížemi pohybového aparátu

Bc. Ivona Vendégová

## Obsah

1. Úvod
2. Co je psychosomatika
3. Systemický přístup
4. Bio-psycho-socio spirituální a energetický model
5. Somatický příznak – výraz potlačeného afektu či impulsu
6. Psychosomatický model stresu
  6. 1. Koncepce životních událostí
  6. 2. Úzkost, strach, zlost a napětí v těle
7. Regulace stresu
8. Psychoterapie
  8. 1. hlubinně-psychologickou a behaviorální léčbou
  8. 2. Kognitivně-behaviorální terapie
    8. 2. 1. Vývojová konceptualizace
    8. 2. 2. Průřezová konceptualizace
  8. 3. Autosugesce, autohypnóza
    8. 3. 1. Relaxační metody
    8. 3. 2. Pohyb těla v psychoterapii
9. Diagnóza a terapeutický plán
  9. 1. Časová osa – rodinná terapie
10. Terapeutická smlouva
11. Bolesti pohybového aparátu - svalů, kloubů a páteře
  11. 1. Bolestivé syndromy páteře
    11. 1. 1. Klient po operaci
    11. 1. 2. Poruchy s organickým nálezem, bez indikace k chirurgickému výkonu
    11. 1. 3. Nemoci bez organického nálezu
  11. 2. Bolesti v zádech a šíji

11. 3. Fibromialgie

11. 4. Chronická polyartritis

12. Závěr

Seznam literatury, Příloha č. 1 Holmes-Raheho škála stresorů

## 1. Úvod

Cílem mé práce je pojednat o psychoterapii, jejích modelech a metodách, podle nichž budu v praxi s klienty fyzioterapeutického centra řešit jejich psychosomatické obtíže pohybového aparátu. Jde o centrum, které již nyní nabízí tyto služby:

- důkladné vyšetření lékařem z oboru neurochirurgie, sportovní medicíny či specialistou z oboru myoskeletální medicíny a doporučení dalších postupů
- komplexní kineziologický rozbor fyzioterapeutem a navržení rehabilitačního plánu
- intenzivní a individuální fyzioterapie
- metody založené na neurofyziologickém podkladě
- měkké a mobilizační techniky
- konzultace a poradenství
- ergoterapie
- komplexní nutriční poradenství
- manuální lymfodrenáž
- rekondiční a regenerační masáže

Centrum chce nabízet pro své klienty psychoterapeutickou podporu, protože se klienti svěřují se svými osobními problémy během fyzioterapie a jejich problémy pohybového aparátu často souvisí s příběhy, které vyprávějí. Další klientelou centra jsou vrcholoví sportovci, kterým by se hodila psychoterapeutická péče v době úrazu, či překonávání překážek k dosažení uspokojivého sportovního výkonu.

V práci popisuji, co je psychosomatika, a proč je důležité se zaměřovat nejen na tělesnou složku nemoci. Vycházím ze systemického přístupu a potřeby se zabývat člověkem jako celkem, který má bio-psycho-socio i spirituální a energetickou složku. Z popsanych psychosomatických modelů je podle mě nejpoužitelnější pro výše zmíněnou klientelu model stresu a model, který vnímá příznak jako výraz potlačeného afektu či impulsu. Oba modely popisují, jak vzniká v těle napětí, které pak vede k problému s pohybovým aparátem. V souvislosti s tím jsem se zaměřila na relaxační a autosugestivní techniky v psychoterapii, které pomáhají uvolňovat napětí těla i mysli a dodávají životní energii, kterou neustálé napětí organismu bere a kterou klienti potřebují k motivaci ke změně. Podle mě je nejefektivnější spojení hlubinné psychoterapie, která se zaměřuje na procesy vnitřních konfliktů, psychologických obran apod. s kognitivně behaviorální terapií (KBT) například pro nácvik nově získaných nebo podpořených copingových strategií pro zvládání stresu.

Dále se v této práci zabývám tím, jak nejefektivněji získat komplexní informace a sestavit terapeutický plán a smlouvu s klientem. K tomu slouží diagnostická technika časové osy z rodinné terapie, kde se sbírají informace ze všech oblastí (bio-psycho-socio-spirituální model léčby), a takzvaná konceptualizace případu z KBT. Na konci práce popisuji konkrétní bolestivé části pohybového aparátu z psychosomatického pohledu.

## 2. Co je psychosomatika

Psychosomatika je odvozená od dvou slov, od slova psyché, což znamená duševno, psychično - hlavně způsob, jak na různé situace reagujeme - a od slova soma, což znamená řecky tělo. Jde tedy o celostní nazírání na zdraví či nemoc. Z toho vyplývá, že psychosomatika se zabývá vztahy mezi duševním a tělesným, které nechápe jako dvě nezávislé oblasti, nýbrž jako spojené nádoby či jako vzájemně propojené systémy.

Psychicky podmíněná může být jakákoliv tělesná porucha, od dramaticky působící psychogenní slepoty či obrny až po velmi časté tělesné napětí a vegetativní příznaky jako je zvýšené pocení, pocity tepla, nebo zimy, pocity tělesného vyčerpání, únavy. K nejčastějším poruchám patří bolesti hlavy, bolesti šíjových a zádových svalů, bolesti v kříži a s tím spojené svalové napětí, jež může vyvolávat bolesti téměř v celém těle.

U člověka nikdy ne onemocní primárně jen duše, nebo tělo, vždy obojí celá bio-psycho-sociální jednotka člověka, i když se přitom do popředí dostanou jednotlivé aspekty. Otázka prvenství příčiny a účinku primární poruchy a sekundárního následku, však není u příliš mnoha „psychosomatóz“ objasněna. Někdy dochází k pochybnému dělení nemocí na somatické, tedy tělesné, psychické, tedy duševní, a k tomu ještě psychosomatické, tedy smíšené choroby. (Danzer, 2001)

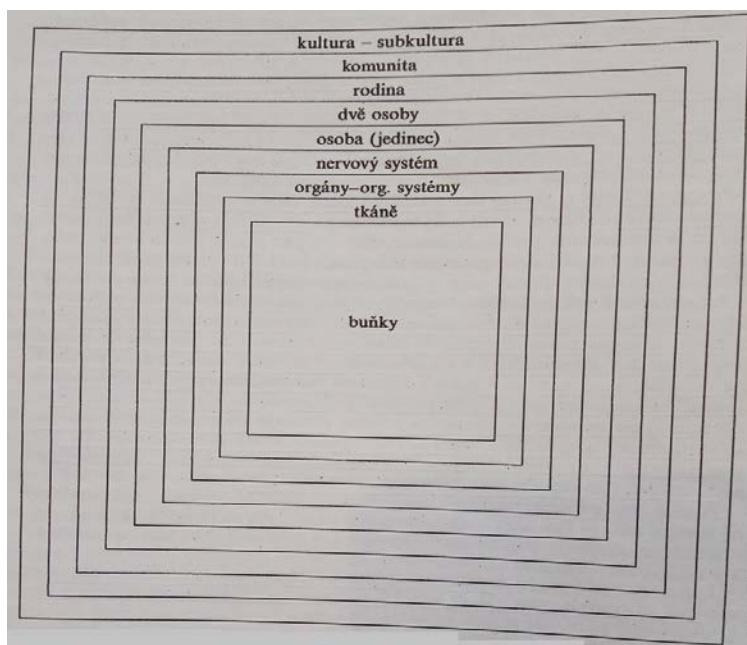
### 3. Systemický přístup

Systemika je způsob pohlížení na souvislosti a logiku jevů. Tento přístup v sobě spojuje poznatky z mnoha oborů a věd, počínaje kybernetikou jako vědou o informacích, přes teorii systému a teorii chaosu až k psychologickým teoriím osobnosti. Základem je tedy systém jako samostatný a sebeorganizující se celek, který je propojen vzájemně se propojujícími všemi částmi. Systém je schopen fungovat pouze za přítomnosti všech složek. Systemický přístup maximálně vnímá souvislosti, kontext, způsob a obsah sdílených informací, včetně informací chybějících.

Oproti medicínskému přístupu v systemickém je expert ten kdo je nositelem problému, tedy klient. Klasická diagnostika neumožňuje aktivně klientovi uchopit proces. S rolí experta přichází také přerozdělení zodpovědnosti, aktivit a kompetencí které vedou ke změně.

Je nutné také pracovat s cirkulární kauzalitou, kdy A ovlivňuje B, B svou zpětnou vazbou ovlivňuje A. (Klímová a Fialová, 2015)

Obrázek č. 1: Hierarchie a kontinuum přirozených systémů; zdroj: Baštecký et al. 1993



#### 4. Bio-psycho-socio-spirituální a energetický model

Tento model zohledňuje bio-psycho-socio-spirituální a energetickou složku člověka. Psychosomatické léčení musí tyto složky vzájemně skloubit tak, aby došlo k udržení dlouhodobého zdraví (z hlediska všech aspektů). A to je mimo tělesné a psychické složky také složka sociální. Člověk se totiž vztahuje ke svému okolí a uvědomuje si sám sebe. Vztahy si vytváříme k věcem, situacím, prostoru okolo a především k jiným lidem, v čele s nejbližší rodinou. Sociálním aspektem to vše ale nekončí, protože člověk je ještě determinován svou spiritualitou.

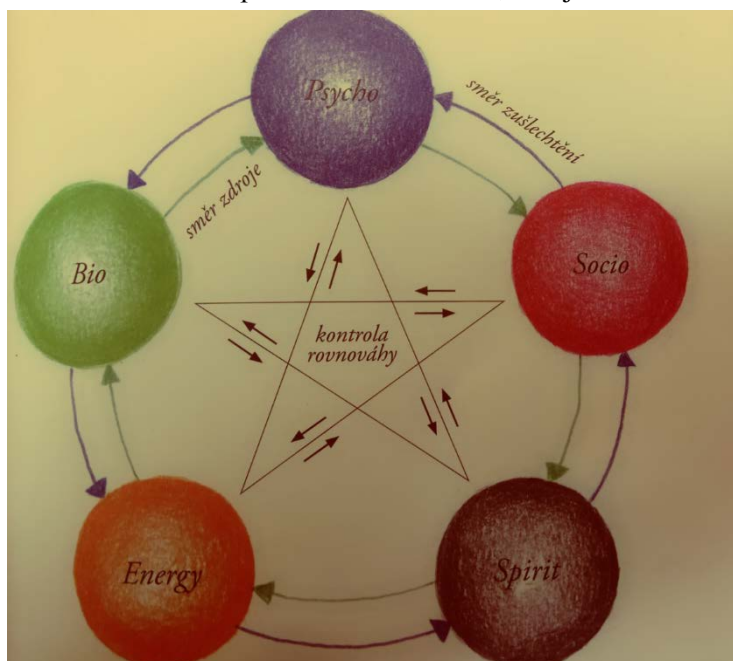
Se spiritualitou se to má tak, že ne každý si jí uvědomuje a je s ní v cíleném, účelném kontaktu. Spiritualitou nemyslím v tomto pojetí pouze náboženství, ale obecně vztah člověka k univerzu.

Další opomíjenou složkou je naše energetické fungování. Jedná se o propojení mezi orgánovými soustavami těla, stejně jako s energetickým potenciálem celé naší bytosti a s energiemi, které nás obklopují. (Klímová a Fialová, 2015)

##### ***A jak to mezi všemi aspekty nemoci a léčení funguje?***

Nejjednodušší a nejsrozumitelnější bude, když vysvětlím na obrázku, jak aspekty mezi sebou fungují.

Obrázek č. 2: Pět aspektů nemoci a léčení; zdroj: Klímová a Fialová, 2015



Vysvětlení obrázku č. 2:

Mezi jednotlivými prvky psychosomatického konceptu nemoci a léčení spolu souvisí hned několik typů propojení. Po směru hodinových ručiček vidíme princip zdroje. Každý prvek předcházející je zdrojem pro prvek následující.

Opačný směr po kružnici znamená princip zušlechťení, tedy když roste socio zušlechťuje psycho, psycho zušlechťuje bio atd. Ramena vnitřní hvězdy ve schématu naznačují rovnováhu a kontrolu mezi propojenými prvky. Například jestliže se odehraje změna v sociální oblasti, první kontrola a ne/rovnováha se zobrazí v biologické úrovni.

Pokud se něco stane v psychickém aspektu, následek se v první řadě odrazí na spiritualitě a porušení toku energie. Dokladem fungování zobrazeného schématu jsou různé terapeutické techniky, jež se na procesu léčení podílejí, ať už cestou energetickou, psychologickou, biologickou nebo informační. Jejich pozitivní působení se velmi často projeví nejprve na protilehlých stranách hvězdice ve schématu, a teprve poté v oblasti, na níž byly primárně cíleny. Proto se energetická léčba obvykle

nejdříve odrazí v psychologické a sociální oblasti, proto psychoterapie způsobuje změny ve spiritualitě a náprava sociálních vzorců chování má odezvu na biologické rovině. (Klímová a Fialová, 2015)

Nemoc vzniká, když jedna nebo více složek v systému bio-psycho-socio-spirituální a energetickém není zcela v pořádku. Zejména zpočátku takové dysbalance, infekce, nebo poruchy, nemusí být zjevná.

Přesto víme, že se šíří. Všechny složky zrcadlí princip v ostatních složkách. Jestliže najdeme nějaký nemocný vzorec v našem myšlení, tak tuto chybu či patologii ve stejném principu záhy objevíme i na buněčné a orgánové úrovni, stejně tak v sociální rovině a chování člověka. Tyto souvztažnosti fungují i obráceně. To znamená, že orgánová chyba se zobrazí i v systému myšlení, v sociální sféře a spirituálním rozměru člověka. Přes energetické dráhy se následně projeví porucha v buněčných funkcích vzdálených orgánů a potencuje další nemocné projevy v našem těle. (Klímová a Fialová, 2015)

## 5. Somatický příznak – výraz potlačeného afektu či impulsu

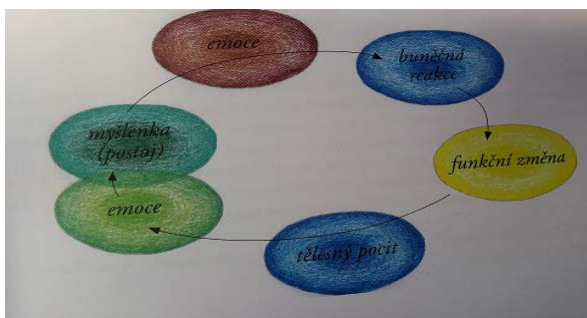
Model je zaměřený na potlačené afektivní reakce při příslušné meziosobní, skutečné či představované situaci. Další důvod vzniku somatických příznaků je tendence reagovat na nižší, primitivnější úrovni vývoje, pakliže je dospělejší, vědomé chování potlačováno. Tím se stává tělesná reakce intenzivnější a zároveň cizejší. Tělesná reakce může být potlačena i vlivem neznalosti původního potlačeného afektu, tudíž nepochopení příčiny příznaku. Často se v ortopedické praxi u pacientů s bolestivým svalovým napětím v šíji či v zádech jedná jak o afektivní ekvivalent potlačeného impulsu například agrese, tak i o afektivní ekvivalent opačné potlačující tendence například úzkosti z následku agresivního chování. V důsledku toho dojde k napětí agonistické a antagonistické muskulatury, což vede ke vzájemné bloádě, chronicitě a zvýšené bolesti. (Poněšický, 2004).

Franz Alexandr poukázal na okolnost, že sympatická reakce (aktivace organismu) nastává při úzkosti s tendencí reagovat útokem či útekem. Parasympatická reakce (útlum organismu) odpovídá tendenci reagovat izolací, závislostí, nebo přizpůsobením.

Nejjednodušší a nejčastější vysvětlení, proč dochází k potlačování afektivních reakcí je, že v dětství nebylo možno prožívat některé emoce či jednání. Nejčastějším důvodem je, že v původní rodině neprojevovaly, tudíž se jim dítě nemohlo naučit. V extrémním případě je určité afektivní chování spojeno s tresty, odmítáním či úzkostí. Někdy je to tak, že v rodině už je přítomno psychosomatické chování v určitých situacích. To vše vede k tomu, že chování opakujeme, tudíž se tak chováme i v dospělosti v podobných situacích.

V takovém případě lze využít Gestaltterapii, která se snaží docílit toho, aby se člověk naučil celkové mezilidské reakce. Používá techniky jako identifikace s příznakem či tělesnou reakcí v dialogu uvnitř vlastní osoby za účelem porozumění, podporuje afektivní vyjádření a reintegraci tělesné reakce do vlastního sebeobrazu. (Poněšický 2004)

Za použití psychoanalytické léčby je možné klientovi zrcadlit, které citové reakce mu v konkrétních situacích chybějí, a co mu v afektivní reakci brání. Terapeut může zkoušet klientovi nabízet na základě terapeutického vztahu, přenosu a protipřenosu možné afekty, jež s tou kterou situací souvisejí, a překládat do nich tělesné příznaky. Důraz je kladen na nácvik otevřeného, regulovaného afektivního mezilidského chování. (Poněšický, 2004)



Obrázek č. 3: Převodní systém: myšlenka – emoce – buňka; zdroj: Klímová, Fialová, 2014

Na obrázku vidíme vztah mezi myšlenkou, emocí a buňkou. Myšlenka provázená emocí přímo ovlivňuje buněčnou reakci. Emoce se v podobě bílkovinné molekuly naváže na buněčnou membránu. Tím buňka dostane patřičnou informaci o tom, co se s člověkem děje, a jak má reagovat.

Buněčnou změnu chápeme jako změnu v jejím metabolickém fungování. Také vidíme to, že proces ovlivnění nekončí u cílového orgánu, ale přes vnímaný tělesný pocit se jeho odezva vrací zpět do našeho myšlenkového a postojeového vyhodnocení. Ani hodnocení se neobjede bez emoční reakce, kterou je proces ovlivněn. Emoce jako bílkovinné struktury se uvolňují z buněčných membrán cílového orgánu a putují coby informace zpět do naší mysli. (Klímová, Fialová, 2014)

## 6. Psychosomatický model stresu

Tento model pojímá stres jako psychofyzickou reakci na selhání adaptačních mechanismů v zátěžových situacích. Jedná se především o situace, které jsou psychicky velice náročné a též kladou velké nároky na schopnost člověka se přizpůsobit nebo reagovat, zkrátka řešit danou situaci tak, aby nedošlo k narušení duševní rovnováhy. Bude záležet na tom, jaké má člověk copingové strategie a jak je zvládá. Pokud bude stres příliš velký, může dojít k regresi a člověk sáhne po primitivnějším řešení. Tyto primitivnější reakce probíhají více emocionálně na biologické a tělesné úrovni. Mechanismus spočívá v tom, že se stresu buď zbavujeme útokem, nebo útekem. V obou případech se sepnou humorální, hormonální, vegetativní, nervové i psychické pochody v organismu, které vedou k fyziologickým změnám, jako je zrychlený tep, zvýšení krevního tlaku, pocení svalové napětí atd., tak i k psychickému napětí, které se může projevat například úzkostí.

Vše je zesílené v situaci, kdy si nepříjemné příznaky stresu či zátěžové situace nemůžeme dovolit, nebo neumíme prožít a zpracovat. Za jejich nezvládnutí se lidé často stydí, nebo si celou situaci vůbec nepřipouštějí. Jindy reakce neodpovídají tomu, co si o sobě člověk myslí a jak se vnímá. V takových případech může dojít k chronicitě - například v podobě bolestivého svalového napětí, porušení srdečního rytmu, psychofyzickému vyčerpání. (Poněšický, 2004)

Stres a stresové příznaky jsou vystupňované tendence řešit situace spojené se selháním adaptivních mechanismů. Stresové situace člověk nezvládne ani za pomoci kompenzační psychosomatické, neurotické, ani psychotické maladaptivní reakce. Stres je tedy alarmovou zátěžovou situací, která je otevřená a nevyřešená. (Baštecký et al., 1993)

Nejčastěji zvyšuje nebo snižuje reakci na stresové situace náš charakter. Hodně záleží na naší sebedůvěře či schopnosti prohrávat. Někteří lidé na sebe zvyšují nároky vědomě – chci něčeho dosáhnout, chci být za každou cenu úspěšný - ale i nevědomě - například perfekcionista, nebo ti, kteří mají pocit, že musí vyhovět každému očekávání. (Poněšický, 2004). Vzhledem k tomu se psychosomatický model zvládnutí stresu zdá být vhodný pro klienty fyzioterapeutického centra zaměřeného na sportovce.

V psychoterapii se jedná o to, aby se klient naučil identifikovat stresové situace a nalézal na ně přiměřená nebo i nová řešení. Psychoterapie také spočívá v tom zaměřit se na charakterové rysy, které

jsou odpovědné za to, že si klient stresu nevšímá, například při přehnané touze po vyniknutí, pochvale, úzkosti z nedocení, neschopnosti říct ne. V terapii se klient učí být na sebe vlídný, dávat na sebe pozor, umět se pochválit atd. Jedná se také o vztah sám k sobě, který se vytváří už v raném dětství. Záleží na tom, jak se ke klientovi chovali jeho rodiče, jak ho respektovali a milovali, stejně pak bude klient zacházet sám se sebou. Důležité je najít a umožnit alespoň nějakou reakci na stres, aby nedocházelo k hromadění energie vedoucí k psychosomatické reakci. Samotný stres nutí klienta redukovat napětí – často medikamenty, alkoholem či drogami (Poněšický, 2004). Je dobré mít k dispozici podpůrné například relaxační techniky.

Frustrační toleranci zvyšuje i psychoterapie, při které je pacient vystaven dosud neřešeným problémům, tak i behaviorální trénink hraní rolí atd. Dalším cílem terapie je také větší flexibilita „já“, tím že narušuje zaseté neadekvátní stereotypy, které se v daných situacích uplatňovaly. V terapii zaměřené na tělo se klient učí starat o sebe a zvyšuje si sebevědomí (Poněšický, 2004).

### **6. 1. Koncepce životních událostí**

Různé životní události mají vliv na naši psychiku, tělo, sociální a spirituální oblast - v neposlední řadě i na životní energii. V konceptu životních událostí bývá zdůrazněna ztráta blízké osoby. Dále například rozvod, uvěznění, sňatek, změna zdravotního stavu člena rodiny, změna zaměstnání atd. (viz příloha č. 1: Holmes – Rahova škála stresorů).

Modelů v psychosomatice je ještě více, mne však přijde nejpoužitelnější model stresu a potlačeného afektu pro hledání zdroje nemoci u pacientů fyzioterapeutického centra. Také si myslím, že je důležité zasadit nemoc, potažmo zdroj nemoci, do bio-psycho-socio-spirituálního, energetického a systemického přístupu k člověku v psychoterapii.

### **6. 2. Úzkost, strach, zlost a napětí v těle**

Z předchozích modelů vysvětlování psychosomatických problémů vyplývá, že příčinou potíží je velmi často duševní a tělesné napětí. Také vzhledem k vyskytujícím se problémům pohybového aparátu a bolestem svalů u pacientů fyzioterapeutického centra se zastavím u úzkosti a strachu, které napětí v těle vytvářejí.

Strach je reakce na vnímané nebezpečí. Míra strachu je určena tím, jak velkou hrozbu očekáváme a jak hodnotíme vlastní schopnost k tomu hrozbu zvládnout, jakou pravděpodobnost přisuzujeme tomu, že nám někdo pomůže. Strach aktivuje sympatikus a doprovázejí ho tělesné reakce. Strachem reagujeme na skutečné nebo domnělé nebezpečí. Reakce slouží k tomu, abychom se nebezpečí vyhnuli, unikli mu, nebo se mu bránili. Pokud únikové reakce nejsou možné, tak se strach velice často transformuje do zlosti, agresivního chování, nebo do bezmocného ustrnutí. Může vyvrcholit až v paniku.

Úzkost je směs emocí, při nichž dominuje strach z očekávání, že se něco stane. Na rozdíl od strachu úzkost nemá jasně zacílený objekt. Takže vlastně nevíme, čeho se bojíme. Intenzita úzkosti je různá, od lehkého neklidu až po panické stavy.

Zlost prožíváme tehdy, když se věci v našem životě nedějí tak, jak bychom si představovali. Když se v našem životě objeví překážka, která nám brání v dosahování určitého cíle, nebo když je nám nedopřáno to, na co máme nárok. Smyslem zlosti je nás zmobilizovat na útok a boj.

Pokud tyto emoce dlouhodobě potlačujeme, nenecháme jim volný průběh, nenaučili jsme se s nimi zacházet a žít, tak vzniká napětí vzniklé dlouhodobým zapojením sympatického systému. Jsme nonstop připraveni k boji či útěku a vzniká dlouhodobé napětí, které může vést k bolestem svalů a pohybového aparátu. (Pešek et al., 2013)

## **7. Regulace stresu**



Jako prevenci napětí v těle i psychice můžeme stres regulovat. Přitom je známo, že určitá míra stresu je zdravá. Je tím chráněna rovnováha vnitřního prostředí člověka. Je třeba dbát na signály těla, které nás varují před dekompenzací, pokud stres trvá moc dlouho. Stres si ovšem musíme umět připustit. To je zvláště těžké u narcistních, úspěšných jedinců, pro které je samozřejmé vše zvládnout. Každý z nás se učí zvládat stres, neboť nemáme žádné vrozené programy jednání v řadě různých situacích. To nás stále nutí k nastolování koherence mezi naším konáním a situací, což se postupně fixuje působením mozkových hormonů, zejména dopaminu a endorfinů, které pak podněcují tvorbu mozkových bílkovin.

Když nejsou vhodné vzorce chování k dispozici, nebo dochází k velkému stresu (např.: úzkosti), není možné učení a dochází k rozvolnění synaptických spojení. To způsobí, že sáhne po primitivnějších vzorcích chování útoku či úniku, což je ještě dobré, protože jde o vlastní aktivitu. Horší případ je však ten, kdy není ze situace úniku a vznikne panická aktivace sympatiku i parasympatiku zároveň, což vede k rychlému vyčerpání až ke smrti. (Poněšický, 2011)

Jak tedy filtrovat stres? Někdy je těžké se ve stresu zamyslet, zklidnit a soustředit na to podstatné a ostatní nechat na pozdější dobu či delegovat. Další důležitou součástí filtrování stresu je naučit se žít v přítomnosti. V tom nám můžou pomoci autoregulační a regulační techniky.

## 8. Psychoterapie

### 8.1. hlubinně-psychologickou a behaviorální léčbou

Účinné faktory:

- navázání psychotherapeutického vztahu: sem spadá i navázání pracovního vztahu, informace o tom jak terapie bude probíhat, odhadovaná délka léčby, honorář za terapii, co se bude dít, když se nedodrží termín, informovat o úskalích léčby, jejích cílech
- interpretace – zprostředkování náhledu na vlastní osobu a interpersonální chování, kde je cílem sebepoznání a sebekorekce, sebeakceptace
- náhled, jak problém ovlivňuje klienta tady a teď
- aktivace možností a schopností klienta – což se děje pomocí podpory, povzbuzení ale také prostřednictvím jógy, dechových cvičení, meditace atd.
- posílení či dovytvoření copingových strategií za účelem lepšího zvládnání těžkých situací či konfliktů

Tyto faktory byly popsány na základě studie 22 psychotherapeutických projektů, ve kterých se převážně pracovalo hlubinně-psychologickou a behaviorální léčbou. (Poněšický, 2004)

### 8.2. Kognitivně-behaviorální terapie (KBT)

#### 8.2.1. Vývojová konceptualizace

Osobní historie klienta je klíčová k pochopení jeho současných potíží. Proto se KBT při úvodním vyšetření zaměřuje na výchovné vlivy, a těžké životní události, které se mohly u klienta spolupodílet na vzniku jeho niterních přesvědčení a dysfunkčních postojů.

Vývojová konceptualizace obsahuje dvě základní složky

- Predisponující faktory

Vrozené a geneticky podmíněné vlastnosti a dispozice, rané zážitky, které vedou k vytvoření niterních přesvědčení klienta o sobě samém, o ostatních lidech a světě kolem. Tyto faktory také ovlivňují naše chování.

- Spouštěcí faktory

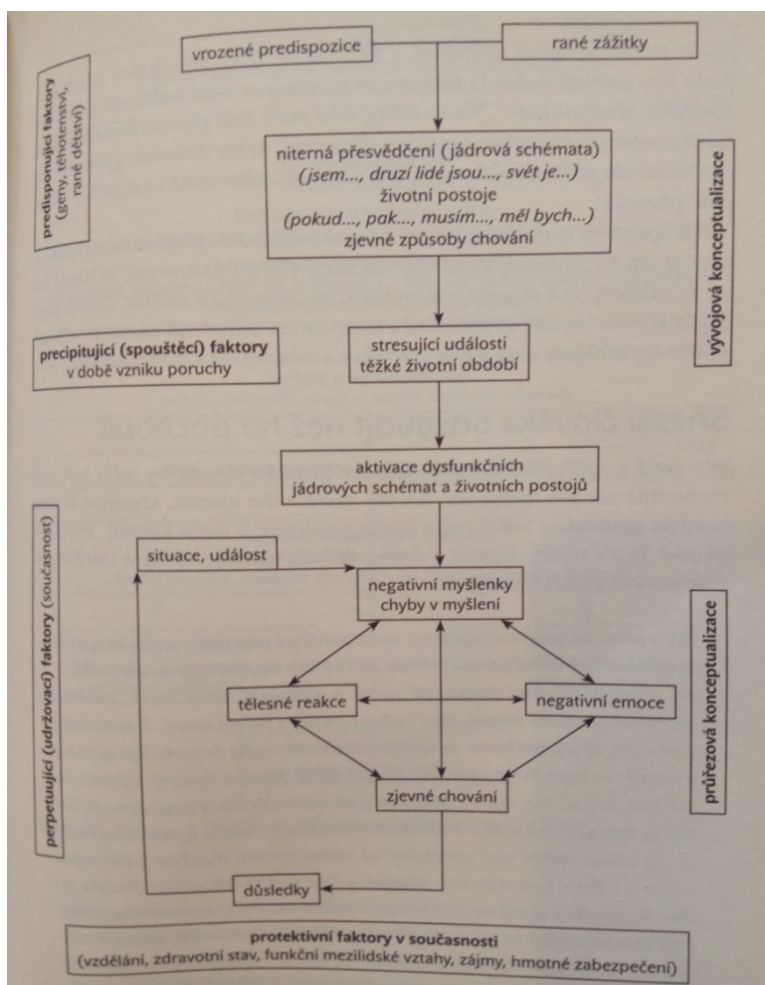
Jsou to zážitky, které souvisejí s propuknutím potíží a vedou k aktivaci dysfunkčních způsobů myšlení a chování. Obvykle se jedná o stresující zážitky nebo nakupení dlouhodobých negativních událostí v životě.

## 8. 2. 2. Průřezová konceptualizace

Průřezová konceptualizace je srozumitelný popis toho, jak se u klienta v současnosti projevují a vzájemně se ovlivňují jeho myšlenky, emoce, tělesné reakce, chování v určité situaci. Jedná se často o takzvané „bludné kruhy“, které udržují úzkostné a jiné poruchy.

Poslední složku KBT konceptualizace případu tvoří **protektivní faktory**. Jsou to silné stránky, zdroje, přednosti, schopnosti a fungující vztahy klienta. (Pešek et al., 2013)

Obrázek č. 4: Konceptualizace případu v KBT; zdroj: Pešek et al., 2013



## 8. 3. Autosugesce, autohypnóza

### 8. 3. 1. Relaxační metody

Relaxační metody jsou zaměřené na svalovou relaxaci, která nastoluje rovnováhu mezi naší psychikou a tělem. U autogenního tréninku se připojují koncentrace, dále díky autosugestivním představám působí na vegetativní funkce.

Vyšší stupeň autogenního tréninku zahrnuje náročnější řízenou imaginaci v bdělém stavu. Cvičením jógy posilujeme a stabilizujeme homeostatické pochody v organismu. Jde totiž o soustavu cvičení tělesných dechových, svalových i jiných.

Relaxační a imaginativní techniky zahrnují autoregulační zásahy tří typů:

- relaxace kosterního svalstva – lze použít Jacobsonovu progresivní relaxaci, kde se nacvičuje uvolňování celého těla
- autosugestivní ovlivňování tělové percepce a vegetativních funkcí – autogenní trénink, při kterém se navozují pocity tíhy, tepla, chladu v určitých oblastech těla, dále prožitky klidné činnosti srdce a dechu
- meditativně kontemplativní ráz – vyšší stupně autogenního tréninku, které zahrnují sugesci výrazně imaginativního charakteru - například představa emočních zážitků, představa situací, osob, výstup na horu, atd. (Baštecký, 1993)

Autohypnóza a autosugescie jsou vhodnou doplňující terapeutickou technikou. Tímto způsobem se dá podpořit nejen relaxace ducha i těla, ale i naše sebevědomí, naše sny a životní cíle, může nám pomoci dobře usínat, být pozitivně naladěni, překonávat překážky, zlepšovat naše vztahy, sexualitu, intimitu, působí i jako transformátor myšlenek, posiluje naše zdraví a imunitu atd. K tomu slouží různá cvičení se specifickým zaměřením a sugescemi. (Becker, 2017)

Meditace je široký pojem zahrnující škálu technik jako například mindfulness meditace (MM). Řada kontrolních studií říká, že MM je spojena s lepším mentálním zdravím u řady poruch, jako například u úzkostlivých poruch, depresí, poruch příjmu potravy, užívání návykových látek a syndromu chronické bolesti.

Ruminace, což je tendence se znovu a znovu vracet ke stejným myšlenkám, je proces, během kterého pozornost není úmyslně zaměřena. Neschopnost dlouhodobé pozornosti je spojována s různými formami psychologických problémů. Studie říkají, že kultivace různých aspektů pozornosti (a také možnosti regulace pozornosti) vede k snížení ruminativního myšlení.

MM snižuje ruminaci dvěma způsoby:

- 1) rozptýlení je uplatněno skrze cílené odvedení pozornosti od ruminativních myšlenek k zážitku „tady a tady“ (např. dýchání)
- 2) decenterig - je umožněno rozptýlení k jiným podnětům, to umožňuje přechod od obsahu ulpívavé myšlenky k přijetí existence přechodných myšlenek. (Wolkin, Jennifer R., 2015)

### *8. 3. 2. Pohyb těla v psychoterapii*

Pohyb v terapii je také velmi důležitý. Pro nastolení tělesné a duševní pohody, pocitu klidu a vyrovnanosti je výhodné především aerobní cvičení (běh, plavání, jízda na kole, rychlá chůze, sportovní hry). Aby bylo pohybu pro naše zdraví dost, je vhodné se hýbat alespoň třikrát týdně po dobu 30 – 40 minut. Postupně se pak zvětšuje uvolnění, odstraňuje se únava a máme pocit větší energie a zlepšuje se naše tělesná i psychická kondice. Další fyzické aktivity, které prokazatelně působí blahodárně je saunování, tanec a fyzioterapeutická cvičení bolestivých partií. (Pešek et al., 2013)

## **9. Diagnóza a terapeutický plán**

Předpokladem k psychoterapeutické léčbě je porozumění klientovi, včetně symptomům jeho nemoci. Tedy stanovená lékařská diagnóza by měla být podnětem ke stanovení cíle psychoterapeutického postupu, co je podstatné a co druhotné, čemu se věnovat hned a čemu později, jaká rizika léčba skrývá.

Jsou dva hlavní směry psychoterapie:

- psychoanalýza a humanistická psychoterapie, která klade důraz na citový, svobodný rozvoj osobnosti
- KBT, která více zaměřená na racionální a behaviorální složku, kde jde o to, jak lépe zvládnout svůj vnitřní život a mít pod kontrolou své chování

Podstatným kritériem jakou terapii zvolit je úvaha, ve které oblasti spočívá problematika klienta.

### 9.1. Na co je třeba se zaměřit při diagnóze

Je třeba se zaměřit na symptomatiku a aktuální problematiku. Dále na strukturální deficity osobnosti, včetně chybějících meziosobních zkušeností, na jejímž podkladě se určité struktury nevytvořily. Také je nutné vnímat, kde všude je klient v konfliktu - například konflikt mezi agresivitou a podřízeností a na základní vztahové vzorce chování. (Poněšický, 2011)

### 9.2. Časová osa – Rodinná terapie

Patrně neexistuje choroba, která by svým smyslem nezapadala do příběhu člověka. Časová osa je důklady rozhovor s klientem, který trvá asi hodinu. Nejčastěji se jedná o vstupní rozhovor klienta do terapie a posuzuje se při něm i indikace k léčbě.

Od běžné kvalitní anamnézy, na kterou se ptá somatický lékař, se časová osa liší podstatným rozšířením zájmu o psychosociální kontext. Terapeut se zaměřuje na časové údaje jednak o příznacích a jednak o toku životních událostí, kam až pacientova paměť sahá tak, že je to pacient, nikoli terapeut, kdo určuje výběr sdělení. Klient tedy rozhoduje o tom, co v jeho životě mělo a má jakou váhu, terapeut respektuje jeho míru otevřenosti. Kromě časové linie vývoje samotného klienta jako jednotlivce terapeut sleduje spolu s ním ještě i posloupnosti příznaků a událostí v co nejširším záběru, vyzpovídá se na další osoby důležité v klientově životě, a tím na ně také upozorňuje.

Práce s časovou osou umožňuje klientovi, aby si za terapeutovy podpory a pomocí otázek, které usnadňují vybavování, uvědomoval díky nečekaným asociacím to, co mu bylo skryté. Rozhovor je poměrně hodně strukturovaný a aktivita terapeuta významná, proto se nejedná o volné asociování jako v psychoanalýze. Jde o to, aby byli oba, pacient i terapeut, zaměřeni na hledání a vyprávění příběhu. (Trapková a Chvála, 2004)

V rozhovoru se terapeut nejdříve ptá na:

- posloupnost somatických a psychických příznaků od těch současných ke starším
- potom se sestupuje do minulosti a využívá se tranzových jevů způsobem, který je známý z nedirektivních postupů ericksonovské hypnoterapie
- naposledy se terapeut ptá na další události v životě klienta a vrací se v čase zpět do současnosti (Trapková a Chvála, 2004)

## 10. Terapeutická smlouva

Pracovní smlouva je důležitá jak pro terapeuta, tak pro klienta. Pro klienta hlavně z toho důvodu aby věděl, co ho čeká, jaké jsou podmínky a důsledky psychoterapie. Je třeba zdůraznit, že klient může očekávat vcítění a porozumění ale také konfrontaci ohledně jeho chování a osobnosti. Nejdůležitějším kritériem je ochota spolupráce a motivace klienta.

Pro terapeuta je důležitá smlouva v tom, aby mohl v klidu vykonávat svou práci. Aby bylo jasné, že klient se musí zapojit, protože terapie se nedá realizovat pod tlakem. Například když klient vyhrožuje nebo lže. Je důležité stanovit cíl a během jaké doby je možno ho dosáhnout. Je nutné probrat, zda je možná eventuálně práce s rodinou či jejich přibrání do terapie.

Do pracovní smlouvy by měl terapeut zahrnout například i to, do jaké míry je klient schopný tolerovat realitu, že terapeut je odborník a klient k němu přichází s prosbou o pomoc. Stejně důležité je uznání asymetrie terapeutem, co se týče míry odpovědnosti za pokrok a výsledek léčby, za regulaci otevřenosti, blízkosti a distance, respektování snesitelnosti interakcí, konfrontací, za odpovědnost za eventuální dekompenzaci klienta.

Do terapeutické smlouvy určitě patří délka terapie, podmínky jejího prodloužení, možnosti zkrácení či přerušování nebo ukončení. (Poněšický, 2011)

## **11. Bolesti pohybového aparátu - svalů, kloubů a páteře**

### *11. 1. Bolestivé syndromy páteře*

Rozděluje dle oblasti bolesti:

- oblast šíje a hlavy
- šíje a horních končetin
- oblast hrudníku a beder
- bedra a dolní končetiny

Dále na:

- poruchy bez organického nálezu
- poruchy s organickým náleze, bez indikace k chirurgickému výkonu
- poruchy s organickým nálezem, indikované k chirurgickému výkonu

#### *11. 1. 1. Klient po operaci*

Kandidátka práce Burana ukazuje na to, že skupina klientů s neurotickými příznaky měla delší dobu rekonvalescence, než klienti bez těchto příznaků. Ze zkušenosti chirurgů víme, že psychický stav může být i kontraindikací k operaci.

#### *11. 1. 2. Poruchy s organickým náleze, bez indikace k chirurgickému výkonu*

Lidé, kteří trpí psychickými potížemi, nemívají dost vytrvalosti a vztahu k provádění cvičebních úkonů při rehabilitaci. Naopak silná motivace a dobře řízený pohyb podstatně zkracuje dobu léčení a omezuje návrat problému.

#### *11. 1. 3. Nemoci bez organického nálezu*

Příčinou bolestí bývá u této skupiny klientů mikrotrauma svalových úponů nebo i kloubů při špatné koordinaci pohybů. Toto trauma se zhoršuje při nadměrné fyzické i psychické zátěži, ale i v průběhu běžných infekčních onemocnění. Je tedy důležitá kombinace fyzioterapie, která naučí klienta se správně pohybovat a zmírní svalová a kloubní traumata, tak psychoterapie, která naučí klienta relaxovat psychicky i somaticky a naučí ho zvládat stresové situace. Tyto poruchy jsou hojně rozšířené už i mezi lidmi mladšího středního věku. Je to možná tím, že nemají vlivem dnešní konzumní společnosti čas na dlouhodobou psychoterapii a fyzioterapii a raději berou léky na tlumení bolesti. Velmi často títo lidé neprojdou adaptačním vývojem pohybové soustavy, který slouží k naprogramování různých zátěžových situací, takže již běžná zátěž je pro ně obtíž. (Baštecký et al., 1993)

### *11. 2. Bolesti v zádech a šíji*

U lidí nad 50 let nalezneme v 50% změny na páteři degenerativního charakteru, ale jen 5% z nich mají narušenou pohyblivost a trpí bolestmi. Tudiž lze velmi jednoduše vysvětlit ostatní případy, které

vedou až k pracovní neschopnosti. Jedná se o svalové napětí, které například v oblasti páteře stlačují obratle proti sobě, čímž teprve dochází k obtížím. Bolest, která při tom vzniká, uzavírá kruh neustálého napětí v té dané oblasti. Většina psychologických studií říká, že jde o potlačovanou reakci na stres. Je s tím spojeno potlačení útečkové reakce, zároveň tedy i potlačení agrese. Bolesti v zádech s pokleslým držením těla, ohnutá záda naznačují, že se člověk přizpůsobuje břemenu. Páteř přispívá k vzpřímenému, hrdému držení těla. U mužů se to týká - zejména v sociální oblasti - udržení si svého postavení, práce, sexuálního života, což v dnešní dynamické době značí sílu a úspěch. Bolesti pak mohou znamenat ztrátu postavení, problémy v sexuální oblasti, selhání v profesionálním životě atd. U žen se naopak setkáváme při problémech v intimitě s bolestmi v kříži.

Psychogenní bolesti zad pacienti popisují často velmi barvitě, jakoby tam překáželo cizí těleso apod., bolest často vystřeluje jinam, než jsou umístěné nervy. Bolesti jsou spojené s tlakem, napětím a únavou. To je pro člověka velký výdej energie. Jeho tělo se totiž chová tak, jako by bylo neustále připravené k boji. Zde je vhodná léčba zaměřená na uvolnění těla i mysli relaxačními metodami zároveň s fyzioterapií, masáží, zábaly, poté nadchází aktivní fáze učení se správnému držení těla. Psychoterapie se nejprve orientuje na tělo a pak na konflikty, které v sobě pacient vede. Je zde také možnost takzvané larvované deprese, která se projevuje zejména bolestmi v kříži, spojenými s úbytkem energie, sníženým sebevědomím a sebehodnocením. (Poněšický, 2014)

### **11. 3. Fibromialgie (svalový revmatismus)**

Jsou to chronické bolesti svalů, zvláště svalových úponů. Při této chorobě je zvýšená vnímavost bolesti svalstva a pohybového aparátu. Je přítomná i nespavost a poruchy afektivity. Zajímavé je, že pacientům většinou obtíže vymizí při trávení volného času nebo na dovolené. Jde tedy o jedince, kteří jsou extrémně citliví na zátěž, zvláště pak na napětí. Často se jedná o perfekcionisty s tendencí opanovat sebe i okolí, což bývá v konfliktu s tendencí sloužit a obětovat se. Klienti jsou velmi často vázání na ryze somatické vysvětlení nemoci, proto bývá terapie velmi náročná, je třeba jí kombinovat s fyzioterapií, uvolňovacím cvičením i lokálními anestetiky. Někdy jsou vhodná i antidepresiva, která mají analgetický účinek. Také pomáhá akupunktura, změna životosprávy, homeopatie. (Poněšický, 2014)

### **11. 4. Chronická polyartritis**

Jedná se o zánětlivé zduření kloubů s bolestivostí na tlak a při pohybu. Jedná se často o skromné, disciplinované pacienty, kteří už v dětství museli umět ovládat svoje afekty a impulsy. Často tyto projevy nedostatečně ventilují. Také se děje to, že na svalové úrovni jsou zapojeni jak agonisté tak antagonisté. Většina terapeutů v tom vidí blokovanou agresivitu a hostilitu. Pacient hrdinsky snáší bolest, která se jeví až jako autoagrese. Další pohled na tuto nemoc je ten, že klouby spojují horní i dolní končetiny, takže mají cosi společného s diferenciací pohyblivosti. Poruchy v jejím fungování mohou zrcadlit nedostatečnou psychickou diferencovanost, zvláště co se týče flexibility chování a obratnosti v prosazování se. Psychoterapeut se tedy zaměřuje na copingové strategie. (Poněšický, 2014)

## **12. Závěr**

Aby došlo u klienta k úlevě od různých problémů s pohybovým aparátem, je třeba pracovat na všech úrovních tělesné, psychické, sociální, dále pak i spirituální a energické. Abychom zjistili, co vlastně problémy způsobilo, musíme projít s klientem jeho život a stresory, které zasadíme do časového sledu s objevujícími se potížemi pohybového aparátu. Pokud jde o různé bolesti šíje, krku, zad, různých svalů a kloubů, nejčastější příčinou je napětí v těle ale i mysli, které vzniká vlivem vnitřních konfliktů a situací, které jsou velice psychicky náročné a též kladou velké nároky na schopnost člověka se přizpůsobit nebo reagovat, řešit danou situaci tak, aby nedošlo k narušení duševní rovnováhy. Jak moc bude daný stres velký, záleží na tom, jaké má člověk copingové strategie a jak je zvládá. Je tedy potřeba se v psychoterapii zabývat vnitřními prožitky, emocemi a reagováním nebo nereagováním na danou situaci. A následně je třeba opravovat strategie zvládání stresu, učit se novým, anebo podporovat fungující.

Pokud je napětí hodně velké, jsou vhodné meditativní techniky například autogenní trénink, mindfulness pro uvolnění napětí, patří sem i relaxační masáže, sauna apod. Velice důležité je přerámování zážitků s negativními emocemi na pozitivní zkušenosti, které nám přinesl sám život. V neposlední řadě je potřeba motivovat klienta, aby chodil na fyzioterapii a poctivě se jí věnoval i doma, protože je potřeba se naučit i správného držení těla a využívání všech svalů potřebných pro bezbolestný pohyb. V tomto konkrétním fyzioterapeutickém centru lze využít jak psychoterapeutického poradenství, fyzioterapie, lékařského vyšetření, tak masáže i komplexního výživového poradenství, což je velkou výhodou. Důležité je, aby tyto složky mezi sebou komunikovaly a domlouvaly se nad konkrétním případem.

### Seznam literatury

- BAŠTECKÝ, J.; ŠAVLÍK, J.; ŠIMEK, J. *Psychosomatická medicína*. Grada; Avicenum, Praha, 1993
- BECKER, J. *Využijte sílu autohypnózy a autosugesce*. Grada, Praha, 2017
- DANZER, G. *Psychosomatika*. Portál, Praha, 2001
- FIALOVÁ, M.; KLÍMOVÁ, J. *Proč (a jak) psychosomatika funguje?*. Progressive Consulting, Praha, 2015
- PONĚŠICKÝ, J. *Psychosomatika pro lékaře, psychoterapeuty i laiky*. Triton, Praha, 2014
- PONĚŠICKÝ, J. *Neurózy, psychosomatická onemocnění a psychoterapie*. Triton, Praha, 2004
- PONĚŠICKÝ, J. *Zásady prevence a psychoterapie neurotických a psychosomatických onemocnění*. Triton, Praha, 2011
- PEŠEK, R.; PRAŠKO, J.; ŠTÍPEK, P. *Kognitivně-behaviorální terapie v praxi*. Portál, Praha, 2013
- RŮŽIČKA, J. *Psychosomatický přístup k člověku*. Triton, Praha, 2006
- TRAPKOVÁ, L.; CHVÁLA, V. *Rodina jako sociální děloha*, Portál, Praha, 2004
- Internetové zdroje:
- WOLKIN, Jennifer. Cultivating multiple aspects of attention through mindfulness meditation accounts for psychological well-being through decreased rumination. *Psychology Research and Behavior Management* [online]. , 171- [cit. 2018-03-28]. DOI: 10.2147/PRBM.S31458. ISSN 1179-1578. Dostupné z: <http://www.dovepress.com/cultivating-multiple-aspects-of-attention-through-mindfulness-meditati-peer-reviewed-article-PRBM>

## Příloha č. 1: Holmes-Raheho škála stresorů

Hodnocení

Součet bodů za poslední dva roky:

150 – 200 bodů – skupina mírně ohrožená stresovými vlivy

200 – 300 bodů – skupina ohrožená stresovými vlivy

nad 300 bodů – výrazně riziková skupina

Úmrtí partnera-partnerky	100
Rozvod	73
Rozvrat manželství	65
Uvznění	63
Úmrtí blízkého člena rodiny	63
Úraz nebo vážné onemocnění	53
Sňatek	50
Ztráta zaměstnání	47
Usmíření a přebudování manželství	45
Odchod do důchodu	45
Změna zdravotního stavu člena rodiny	44
Těhotenství	40
Sexuální obtíže	39
Přírůstek nového člena do rodiny	39
Změna zaměstnání	39
Změna finančního stavu	38
Úmrtí blízkého přítele	37
Přeřazení na jinou práci	36
Závažné neshody s partnerem	35
Půjčka vyšší než jeden průměrný roční plat	31
Splatnost půjčky	30
Změna odpovědnosti v zaměstnání	29
Syn nebo dcera opouští domov	29
Konflikty s tchánem, tchyní, zetěm, snachou	29
Mimořádný osobní čin nebo výkon	28
Manžel-manželka nastupuje či končí zaměstnání	26
Vstup do školy nebo její ukončení	26
Změna životních podmínek	25
Změna životních zvyklostí	24
Problémy a konflikty se šéfem	23
Změna pracovní doby nebo pracovních podmínek	20
Změna bydliště	20
Změna školy	20
Změna rekreačních aktivit	19
Změna církve nebo politické strany	19
Změna sociálních aktivit	18
Půjčka menší než průměrný roční plat	17
Změna spánkových zvyklostí a režimu	16
Změny v širší rodině (úmrtí, sňatky)	15
Dovolená	13
Vánoce	12
Přestupek (např. dopravní) a jeho projednávání	11



# Psychoterapie emigrantů

Maria Vershinina

Strategie adaptace.....	113
Pojem kulturního šoku.....	113
Příznaky kulturního šoku.....	114
Strategie mezikulturní adaptace.....	116
Interkulturní poradenství a multikulturní psychoterapie.....	119
Kulturní kognitivní terapie.....	121
Pozitivní interkulturní psychoterapie.....	122
Kulturní rodinná psychoterapie.....	122
Doporučení pro práci s tlumočnickem.....	123
Použitá literatura.....	124

## Strategie adaptace

### *Pojem kulturního šoku*

K tomu, aby bylo možné popsat proces vzájemného ovlivňování kultur, se používají různé pojmy, jako například jsou: kulturní šok (culture shock), přizpůsobení se (adjustment), interkulturní adaptace (cross-cultural adaptation), akulturace (acculturation), ale také akulturační stres nebo stres akulturace (acculturative stress). Dosud neexistuje jednoznačný názor na obsah těchto pojmů, jsou často používány jako synonyma.

Termínu kulturní šok poprvé užil americký badatel, antropolog K. Oberg předpokládal, že adaptace na nové kulturní prostředí je spojena s velkou psychickou zátěží. Podle jeho názoru je kulturní šok spojen s takovými projevy, jako je úzkost, jež se objevuje ve chvíli uvědomění si kulturních rozdílů; napětí spojené s psychologickou adaptací; pocit ztráty (komunikace s přáteli, pracovní pozice a osobní postavení); stav osamělosti; pocit podřadnosti; nesplněné naděje, sebezprosování, osobní identifikace. (1)

Kulturní šok u lidí, kteří se přestěhovali, předpokládá nejčastěji negativní změny v psychologickém a fyzickém stavu v důsledku neustálého přísunu nových dojmů a pocitů. Takové prožívání nového se může objevit při setkání s novou kulturou bez ohledu na množství předem získaných informací.

Mnoho lidí si myslí, že dobře znají novou zemi, neboť tam možná byli na výletě, četli knihy, sledovali filmy. Tyto znalosti jsou nezbytné, avšak ke kulturnímu šoku nevede to, že je člověk nemá.

Hlavním problémem je sociální interakce mezi lidmi. Oberg tvrdí, že vstup do nové kultury znamená pro každého člověka zážitek plný zmatků, rozpaků a dezorientace. (1) Takový silný nervový otřes může vzniknout vlivem nových podmínek, kdy senzorické, symbolické, verbální i neverbální systémy, které jsou nezbytné pro normální život ve vlasti, odmítají fungovat adekvátně.

Mnozí badatelé se snažili upřesnit termín kulturní šok, přičemž zdůrazňovali různé aspekty života v jiné kultuře. Pracovali přitom s termínem «kulturní únava», «jazykový šok», «role-shock». P. Bock popsal kulturní šok jako emocionální reakci, ke které dochází v důsledku neschopnosti pochopit, kontrolovat a předvídat chování druhých. Takové zkušenosti vedou k nedostatečné znalosti jak nových fyzických podmínek (druh domů, obchodů, institucí), tak společenského prostředí (zvyky, etiketa,

rituály). Jiní autoři spojují kulturní šok s neurčitostí norem i očekávání, což vede v důsledku k tomu, že člověk obtížně kontroluje situaci a nedokáže správně předvídat její vývoj. Ve spojení s tím se objevuje úzkost, zmatenost a apatie. Tento stav trvá až do doby, než se vytvoří nové kognitivní konstrukce, jež umožní pochopení nové (jiné) kultury a vyvinout vhodné vzorce chování. (2)

Překvapivé je, že vedle těch, kdo kulturní šok pocítují, jsou i lidé, kteří jej vůbec nezaznamenávají, nebo takový šok vnímají jako příjemný zážitek, skrze nějž pro sebe nalézají něco nového. I takováto reakce se považuje za standardní, i když není tak běžná. Existence či absence kulturního šoku závisí na mnoha faktorech, od předběžné přípravy a shánění informací, finanční nezávislosti, osobních charakteristik emigrantů, jazykových znalostí a mnoha jiného.

### ***Příznaky kulturního šoku***

Oberg vyzdvihl šest základních psychologických příznaků kulturního šoku:

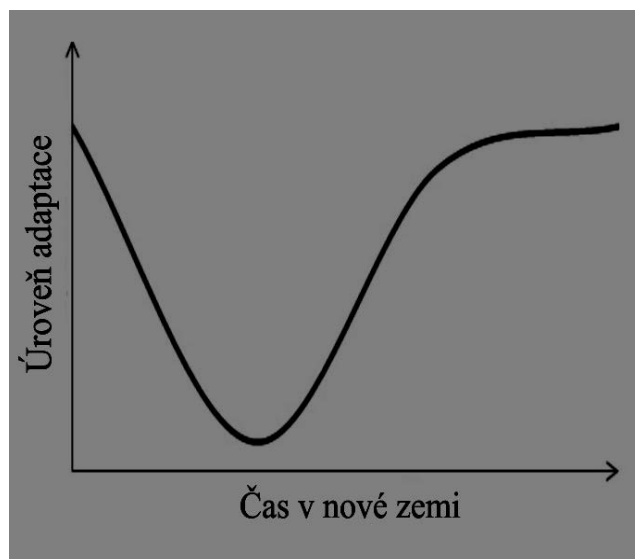
1. stres doprovázející úsilí potřebné k psychologické adaptaci;
2. pocit ztráty nebo deprivace (status, přátelé, vlast, povolání, majetek);
3. pocit odmítání (nepřijetí nové kultury) a pocit odmítnutí (nepřijetí novou kulturou);
4. selhání struktury rolí (role, očekávání), zmatek v sebeidentifikaci, hodnotách, pocitech;
5. pocit úzkosti založený na různých emocích (překvapení, znechucení, rozhořčení, nesnášenlivost), které vznikají na základě uvědomění si kulturních rozdílů;
6. pocit méněcennosti vyvolaný neschopností zvládnout novou situaci.

Kromě těchto příznaků kulturního šoku popsal K. Oberg ještě následující: obsedantní mytí rukou; obavy o čistotu vody, nádobí, ložního prádla, kvalitu jídla; nekoncentrovaný pohled; pocit bezmocnosti, nedostatek sebedůvěry, závislost na krajanech, kteří v daném novém místě žijí již dlouhodobě; záchvaty hněvu kvůli nejruznějším zpožděním a dalším malým překážkám; neochota nebo úplné odmítnutí studovat jazyk hostitelské země; neustálý strach z toho, že bude podveden, okraden, zraněn, uražen; přisuzování většího významu malému úsilí a snaze. (3)

Problém kulturního šoku je zkoumán v rámci diskuse o křivce adaptačního procesu, jejímiž autory jsou John Gullahorn a Jeanne Gullahorn. Tito vědci popsali křivku tvaru U adaptačního procesu (viz obrázek 1) a zdůraznili pět etap tohoto procesu:

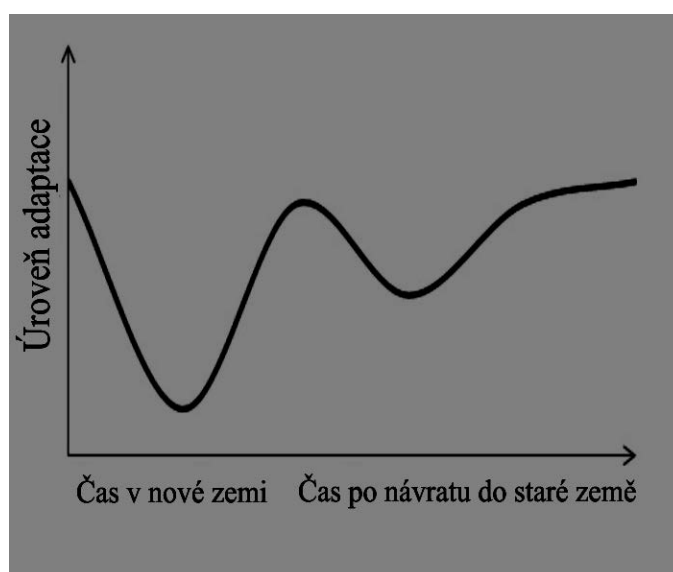
1. optimistická očekávání, pozitivní emoční pozadí a velké naděje na skvělou budoucnost;
2. pocit negativního a intenzivního vlivu okolního prostředí na migranta, zažívání velkého zklamání, frustrace, deprese;
3. maximální projevy příznaků kulturního šoku;
4. objevení se optimismu, pocit spokojenosti, pocit začlenění do života nové společnosti;
5. kompletní adaptace, pocit harmonie, souladu prostředí a jednotlivce.

Výše uvedené etapy adaptačního procesu tvoří takzvanou křivku tvaru U s poklesem a růstem: dobrý - horší - špatný - lepší - dobrý. Jelikož se však ne všichni imigranti plně adaptují na nové prostředí, stává se často, že se vrací do svého původního domova. V takovém případě pak prochází člověk readaptací. Vzhledem k tomu, že jednotlivé etapy readaptace opětovně opakují křivku tvaru U, existuje názor, že existuje takzvaná adaptační křivka ve tvaru písmene W.



Obrázek č.1

Nová strategie byla pojmenována W-křivka adaptace (viz obrázek 2). Imigrant, který nedokončil adaptaci v nové zemi a navrácí se zpátky do své vlasti, se však už nevrací do své původní země, neboť se změnil nejen on sám, ale i svět kolem něho. W-křivka naznačuje, že imigrant, jenž se vrací domů, začíná proces adaptace od začátku, i když samozřejmě v zjednodušené podobě. Bývalý imigrant, který se vrátil do vlasti, se už nemůže stát její součástí tak, jak tomu bylo dříve. Ve skutečnosti může jeho adaptace opakovat tradiční fáze kulturního šoku na U-křivce.



Obrázek č.2

Po prvním radosti z návratu, z komunikace se svými příbuznými a přáteli, z procházek po oblíbených místech se adaptant může začít cítit nepříjemně, neboť vše, co se zdálo být příjemným, blízkým a dobrým, ve skutečnosti takové není. Byly to jen laskavé obrázky stvořené jeho představivostí, jakási ochrana před těžkostmi spojenými s přestěhováním se do jiné země. Člověk si začíná vzpomínat, proč se rozhodl odejít poprvé.

Výsledkem této situace může být buď opětovné přijetí své původní vlasti skrze všechny fáze přizpůsobení, nebo odchod do země imigrace a ukončení procesu adaptace v nové kultuře. Čím dále zašel proces v nové zemi, tím hlubší bude proces readaptace po návratu.

Ne všichni badatelé hodnotí W-křivku jednoznačně, ale výsledky empirického výzkumu ukazují, že

tato teorie může nalézt svoje místo v reálném životě.

### *Strategie mezikulturní adaptace*

V moderních výzkumech procesu adaptace na nové společensko-kulturní prostředí je věnována větší pozornost praktickým otázkám. Psychologové vycházeli z empirických výsledků získaných v rámci zkoumání hypotézy kulturního šoku a dále pokračovali ve zkoumání procesů akulturace, přičemž se nesoustředili tolik na její obtíže, jako spíše na hledání úspěšných strategií adaptace imigrantů na nové životní podmínky.

Philip K. Bock ve své práci Kulturní šok zkoumá pět způsobů možného řešení kulturního šoku: ghettoizace, asimilace, přechodná metoda, částečná asimilace a kolonizace. (3)

1. Ghettoizace. Dochází k ní v situacích, kdy člověk přichází do jiné společnosti, ale snaží se vyhnout veškeré interakci s jinou kulturou v důsledku nejrůznějších objektivních důvodů, například kvůli neznalosti jazyka, strachu, zvláštnostem náboženství a tak dále. V tomto případě se imigrant snaží vytvořit vlastní kulturní prostředí, prostředí, v němž budou příbuzní, známí, tedy zástupci rodné kultury, aby se mohl do tohoto prostředí uzavřít a postavit kolem sebe bariéru před vlivy cizího kulturního prostředí.
2. Asimilace. Je opakem první metody. V případě asimilace jde imigrant opačným směrem: zcela se zřiká své kultury a usiluje o to, aby se plně vnořil do jiné kultury, aby si co nejdříve osvojil vše, co je nezbytné pro život v nových podmínkách. Avšak skrze tuto metodu ne vždy dosáhne imigrant požadovaného cíle. Je to způsobeno na jedné straně tím, že imigrant nemusí být dostatečně tvárným, aby se mohl změnit, přijmout novou kulturu, z druhé strany nemusí být nové kulturní prostředí dostatečně otevřené, aby přijalo nové členy.
3. Přechodná metoda. Tento způsob lze charakterizovat jako kulturní výměnu a interakci. Úspěch záměny dvou kultur, čímž se rozumí výhoda a obohacení pro obě strany, je možný pouze tehdy, pokud je na obou stranách dobrá vůle a otevřenost. Tato metoda je bohužel v praxi vzácná, neboť strany se od počátku nacházejí v nerovných podmínkách, protože nová kultura se může nacházet v pozici vynuceného přijímání nových členů, uprchlíků nebo imigrantů.
4. Částečná asimilace. Jedná se o jakýsi kompromis mezi první a druhou variantou. Imigrant se v určité míře zřiká své původní kultury a toto prázdné místo zaplňuje kulturou nového prostředí. To znamená, že v některých oblastech života, například v sociální oblasti, v práci, akceptuje hodnoty, normy a pravidla nového kulturního prostředí, ale soukromý život, rodina, vztahy k blízkým přátelům, se řídí normami jeho tradiční kultury. Tento způsob překonávání kulturního šoku je nejčastějším. Imigranti jsou nejčastěji asimilováni částečně a žijí "dvojím" životem.
5. Kolonizace. Tato metoda představuje způsob řešení kulturního šoku, který předpokládá, že imigranti budou aktivně prosazovat hodnoty své kultury v novém, cizím prostředí a budou demonstrovat svůj tradiční způsob života. Kolonizace může být srovnávána s ghettoizací cizinců, kteří žijí prakticky bez kontaktů s autochtonní kulturou a, pochopitelně, na ni mají zanedbatelný vliv.

Jak již bylo výše zmíněno, někteří lidé nemají žádné negativní pocity, dokonce hledají nové pocity a užívají si je. Pozitivní stránka změny prostředí spočívá v tom, že většinou znamenají impuls k osobnímu rozvoji, překonávání obtíží zase vede k osobnostnímu růstu a seberealizaci.

Například Adler a David zjistili, že ačkoli je kulturní šok často spojován s negativními důsledky, má v určitých ohledech kladný vliv na osobní růst. Výsledkem kulturního šoku může být získání nových hodnot, postojů a vzorců chování. Při styku s jinou kulturou získává jedinec zkušenosti, začíná chápat prameny svého vlastního etnocentrismu a získávat nové názory na povahu lidské rozmanitosti. (2)

Navzdory tomu, že vědci často zaznamenávají spoustu negativních projevů a příznaků kulturního šoku, nemusí tento fenomén sám nutně obsahovat pouze negativní zabarvení. Aby se zdůraznilo, že spolu s možnými negativními projevy možností existuje i možnost, že imigrant získává i pozitivní psychologickou zkušenost, stále častěji se používá termín akulturační stres. Tento pojem se

rozšířil a získal si oblibu díky pracím Johna Berryho, kanadského psychologa, odborníka v oblasti mezikulturních vztahů. Byl to právě on, kdo upozornil na skutečnost, že mezikulturní kontakty mohou přinášet i pozitivní zkušenost. Ve své práci Imigrace, akulturace a adaptace definuje akulturaci jako mnohostranný proces založený na tom, jakým způsobem se řeší dva hlavní problémy, které určují charakter interakce mezi kulturami: za prvé, problém zachování dědictví, kultury, identity, a za druhé, touhu vytvářet vazby mezi skupinami. (4)

S. Bochner v roce 1982 identifikoval čtyři kategorie, které jsou nyní široce používány k pochopení důsledků interkulturních kontaktů a také k popisu strategií pro mezikulturní interakci imigrantů (2):

1. integrace - přizpůsobení vlastních kulturních hodnot s hodnotami hostitelské společnosti;
2. asimilace - odmítnutí vlastních kulturních norem a hodnot a dobrovolné nebo nucené přijetí norem a hodnot jiné kultury, které trvá až do úplného splynutí snovou kulturou;
3. segregace – oddělená koexistence a rozvoj kulturních skupin;
4. genocida – úmyslné zničení jiné skupiny.

Na základě výše definovaných čtyřech kategorií, nabídl Bochner čtyři strategie adaptace v nové kultuře:

1. zprostředkování: „zprostředkovatelé“ syntetizují vlastnosti dvou kultur; taková strategie je v souladu s integračním procesem;
2. přechod: „přeběhlíci“ prakticky úplně přecházejí do jiné kultury, přičemž „zrazují“ svoji vlastní; taková strategie je charakteristická pro asimilační proces;
3. marginální syndrom: „marginálové“ zůstávají na hranicích dvou kultur, v důsledku čehož prožívají silné intrapersonální konflikty; tato strategie je charakteristická pro proces segregace;
4. šovinismus: „šovinisté“ nebo „nacionalisté“ popírají hostitelskou kulturu.

Jedna z otázek, která se zdá být metodologicky důležitá, se týká vztahu mezi skupinovou a osobní úrovní akulturace. Toto rozlišení bylo provedeno v interkulturní psychologii. Kanadský psycholog J. Berry, který významně přispěl ke studiu procesů adaptace imigrantů, poznamenává, že tento vztah je důležitý ze dvou důvodů. Za prvé, jestliže na úrovni skupiny dochází ke změnám sociální struktury, politické organizaci, ekonomických vztahů a kulturních zvláštností, tak na úrovni jedince se mění chování a fenomén vědomí (identity, hodnot, postojů). Za druhé, akulturace každé osoby je jedinečným procesem, který se nemusí shodovat se změnami ve skupině. Pochopení psychologických důsledků procesu akulturace pro jednotlivce je možné prostřednictvím korelace dvou dimenzí: posouzením změn na úrovni skupin a účasti jednotlivců na těchto změnách. (4)

Rozdělení na skupinovou a osobní úroveň vedlo k zavedení termínu "psychologická akulturace". Tento termín zavedl T. Graves, aby označil, které vznikají na úrovni individuálních zkušeností v důsledku kulturních kontaktů. Pokud je akulturace procesem změny v kultuře skupiny, pak psychologická akulturace je proces změn v psychologii jedince.(2)

Právě o psychologické akulturaci hovoří J. Berry, když tvrdí, že samotný interkulturní kontakt a proces adaptace imigrantů budou do značné míry záviset na tom, jakou akulturační strategii jedinec dodržuje. Akulturace podle Berryho svádí ke dvěma hlavním problémům: podpora své kultury (do jaké míry se zachovává vlastní kulturní identita) a účast na mezikulturních kontaktech (míra začlenění se do jiné kultury). Podle J. Berryho je pro určení individuální orientace na akulturaci nutné objasnit, jaký má jedinec vztah ke dvěma následujícím otázkám. Tyto otázky ukázané v tabulce (viz tabulka 1) lze považovat za jednoduchou a spolehlivou metodu, pomocí níž lze stanovit možné adaptační strategie. (4)

První otázka - „Je to pro vás důležité udržet si svou vlastní kulturní identitu?“ – se týká postoje k vlastní kultuře, jejím hodnotám pro jednotlivce a jeho potřebou zachovat si a rozvíjet svou

etnickou a kulturní identitu.

Druhá otázka - „Je to pro vás důležité udržovat kontakty s ostatními etnickými skupinami?“ - si klade za cíl určit vztah jednotlivce ke kontaktní skupině: nakolik je kontakt s členy této skupiny pro jednotlivce cenný a žádoucí. Odpovědi na tyto otázky lze označit formou bodů na bipolárních stupnicích, v nichž jeden pól představuje maximálně pozitivní odpověď a protilehlý pak maximálně negativní. Pokud bychom omezili odpovědi na tyto otázky pouze slovy „ano“ nebo „ne“, pak grafu znázorňující vzájemný vztah mezi odpověďmi ukáže čtyři varianty možných kombinací, z nichž každá odpovídá určitému druhu akulturační strategie.

		Je to pro vás důležité udržet si svou vlastní kulturní identitu?	
		Ano	Ne
Je to pro vás důležité udržovat kontakty s ostatními etnickými skupinami?	Ano	Integrace	Asimilace
	Ne	Separace	Marginalizace

Tabulka č.1

Pomocí sady indikátorů, které odrážejí význam dvou otázek Berryho, lze určit individuální orientaci při výběru strategie akulturace. V následující části budou popsány a vysvětleny čtyři hlavní strategie nebo alternativy akulturace, které na základě výše uvedené typologie interkulturních kontaktů Bochnera navrhl Berry.

1. Asimilace (záporná odpověď na první otázku a kladná odpověď na druhou otázku) - imigrant se zaměřuje na to, aby se identifikoval s novou kulturou, rozvíjel nové kulturní hodnoty a postupně nahradil staré vlastní kulturní hodnoty. Zde jsou možné dvě varianty: dominantní skupina zcela pohltí skupinu minoritní, anebo se vytvoří nová kulturní varianta obsahující prvky dvou počátečních kultur. Je známo, že přistěhovalci, kteří přijíždějí do nové země a plánují v ní získat trvalý pobyt, dávají větší přednost asimilaci než ti, kteří v nové zemi pobývají jen dočasně. Ekonomičtí imigranti nebo lidé, kteří se stěhují kvůli vzdělání, se asimilují mnohem déle a s většími obtížemi.
2. Separace (segregace) (pozitivní odpověď na první otázku a negativní na druhou) - menšina odmítá kulturu většiny a zachovává si své kulturní charakteristiky. Berry zdůrazňuje, že menšiny nemají vždy možnost zvolit si akulturační strategii. Pokud je volba takové strategie iniciována menšinou, je možné hovořit o izolacionistických postojích jejich představitelů a orientaci na separatismus. V případě, že taková strategie je menšinou vnucována dominantní skupinou, lze v takovém případě mluvit o strategii segregace.
3. Marginalizace (negativní odpověď na první otázku, negativní odpověď na druhou otázku) - imigrant se neidentifikuje ani s jednou či druhou kulturou. Tato situace může být důsledkem neschopnosti udržet si vlastní kulturní identitu a nedostatku touhy vytvořit si a rozvíjet pozitivní vztah se skupinou kulturní většiny (kvůli tomu, že byl novou kulturou odmítnut, nebo diskriminován). Marginalizace je jen zřídka výsledkem svobodné volby jednotlivců, imigranti se většinou stávají marginály v důsledku pokusů o násilnou asimilaci („nepříjemný nátlak“) ve spojení se segregací politikou ze strany majority.
4. Integrace (kladná odpověď na první otázku, kladná odpověď na druhou otázku) – imigrant se identifikuje jak se starou, tak i s novou kulturou. Výsledkem integračního procesu je zachování si původního kulturního dědictví spolu se vstřícným postojem ke kultuře většiny. Touha zachovat si vlastní kulturu byla dlouho považována za dysfunkční. Ve skutečnosti vědci zjistili, že hraje pozitivní roli při snižování kulturního šoku u těch imigrantů, kteří byli k imigraci donuceni, a rovněž podporuje jejich pozitivní sebeidentifikaci.

V rámci modelu J. Berryho, mimochodem stejně jako v rámci Bochnerovy typologie, je integrace uznána za nejúspěšnější akulturační strategii na individuální i skupinové úrovni, tak i na úrovni společnosti. Jedná se o způsob, jak budovat multikulturní společnost, v níž je zachována široká paleta různých etnokulturních odstínů.

## 10 Interkulturní poradenství a multikulturní psychoterapie.

V osmdesátých letech se v americké psychologii rozšířilo tzv. "multikulturní poradenství". Jeho zakladatele spojuje přesvědčení, že vedle tří hlavních směrů v psychoterapii, tedy psychoanalýzy, behaviorismu a humanistické psychoterapie, by mělo být multikulturní poradenství považováno za čtvrtý směr. (2)

"Multikulturní (interkulturní)" znamená zaměření se na rasu, etnikum a kulturu. Cílem multikulturního poradenství a psychoterapie je pomoci klientovi, aby si vytvořil svou identitu ve světě, kde vedle sebe existuje mnoho kultur, které se navzájem ovlivňují. Jinými slovy, psycholog vytváří podmínky, ve kterých může klient rozvíjet mezikulturní identitu. M. Fukuyama považuje za nezbytné vyvinout univerzální transkulturní přístup k psychologické pomoci. To v první řadě předpokládá, že se zaměří na následující aspekty interakce s klientem: psycholog by měl povzbuzovat klienta v tom, aby si udržoval vztah se svou kulturou, byl hrdý na svůj etnický a kulturní původ; psycholog by měl být informován o procesech akulturace a o kulturním či rasovém útlaku; je třeba podporovat tvrzení klienta o jeho vlastním pohledu na svět a jeho začlenění do rodinné a kulturní historie. Psycholog si musí jasně uvědomit, že každá psychologická teorie a přístup k psychoterapii odráží konkrétní pohled na svět, který ne vždy odpovídá pohledu klienta. Proto nelze z hodnotících pozic přistupovat k představám a modelům pomoci, které existují v jiných kulturách. (2)

Pokud jde o psychologickou pomoc imigrantům, je důležité dodržovat moderní etnopsychologický pohled na problém adaptace v nové kultuře. Během adaptace se člověk potýká s obtížným dilematem: z jedné strany je vtažen do procesu, kdy vstupuje do nové kultury, osvojuje si její normy a hodnoty, zároveň se však snaží zachovat si hodnoty své rodné kultury. Pozitivní výsledek, jak je zřejmé, je možný pouze s určitým kompromisem, kdy imigrant dosáhne společenské a psychologické integrace s jinou kulturou, aniž by ztratil vlastní kulturní bohatství.

Jedním z nejdůležitějších principů interkulturního (nebo multikulturního) poradenství je pracovat v kulturním kontextu klienta. Američtí psychologové, kteří rozvíjejí metodiku multikulturního poradenství, zdůrazňují, že psycholog musí být schopen vstoupit do světa svého klienta, neboť teprve potom bude schopen pochopit podstatné rozdíly tohoto světa od svého vlastního a bude otevřen přijmout tyto rozdíly s úctou a respektem. Taková práce vyžaduje, aby byla dodržena řada podmínek. (2)

Za prvé by terapeut nikdy neměl klienta stereotypovat. G. Chitem, A. Ivey a jejich kolegové říkají: „Pokud nezačnete svůj první rozhovor s cílem získat od klienta znalosti, může vaše pomoc založená na „znalosti“ kultury být spíše obtěžující, než kdybyste o kulturních rozdílech vůbec nic nevěděli.“ S. Sue, zkoumal funkce psychologické práce s etnickými menšinami a dospěl k závěru, že většina odborníků je ovlivněna negativními etnickými stereotypy, což odráží povahu rasových a etnických vztahů ve společnosti. Multikulturní terapeuti zdůrazňují, že když se snažíme porozumět odlišným zkušenostem než našim, nacházíme se v procesu celoživotního vzdělávání.

Za druhé je třeba věnovat pozornost člověku jako individu, ne člověku jako členu kulturně odlišné skupiny. D. Locke nazývá tento přístup "zaměřeným" a staví ho do protikladu s "provinčním" interkulturním přístupem. Toto od terapeuta vyžaduje, aby otestoval své vlastní názory a postoje ke kulturně odlišným jednotlivcům a skupinám a ochotu diskutovat o etnických a rasových problémech, které jsou již nad rámec konzultace. Žádný psychotherapeutický přístup a intervenční strategie nemohou "fungovat" ve vztahu ke všem lidem a všem životním situacím. Proto bude psychologická pomoc účinná, pokud terapeut použije takové techniky a strategie a stanoví takové cíle, které jsou v souladu se životními zkušenostmi a kulturními hodnotami klienta. To předpokládá, že terapeut bude věnovat pozornost etnicko-kulturnímu prostředí, ze kterého klient pochází a které se může velmi lišit od prostředí psychologa poskytujícího pomoc. E. Parsons se domnívá, že „*terapeut musí pochopit význam*

*zranění, stupeň bolesti a utrpení, které jsou specifické pro etnickou skupinu, k níž klient patří, a na základě těchto znalostí kreativně přistupovat k organizaci terapie.*“ Dalším důležitým bodem je umožnit klientovi, aby mohl vyjádřit důležité myšlenky ve svém rodném jazyce, i když terapeut nezná z tohoto jazyka ani jedno slovo. Potom může sám klient přeložit svá slova nebo požádat o pomoc tlumočnicka.

Za třetí je nezbytné umět určit a respektovat zvláštnosti kulturní identity klienta. Zde je třeba vycházet z toho, že lidé se nacházejí na různých úrovních povědomí o svém etnickém / rasovém původu, což musí terapeut pochopit a na základě toho musí s klientem vytvořit vztah.

Za čtvrté je důležité věnovat pozornost náboženským a duchovním systémům klientské kultury. Psycholog musí být přirozeně zahrnovat duchovní a kulturní obrazy do struktury terapeutického vztahu, protože tyto obrazy přinášejí pozitivní zdroje pro osobní rozvoj klienta.

Za páté je nezbytné znát, a pokud je to možné i používat tradiční léčebné systémy. Existují významné rozdíly v chápání "duševního zdraví", konceptualizace mentálních jevů a strategií léčby v různých kulturách. Například pro obyvatele ze západních zemí se může zdát neobvyklým, že čtení fragmentů Koránu je součástí léčebného rituálu praktikovaného v řadě islámských zemí. Takový nesoulad názorů musí být zohledněn při praktické práci s imigranty z jiných kultur.

Mezikulturní psychologové a psychiatři kladou důraz na studium místních léčebných systémů, protože tyto systémy se na rozdíl od západní psychoterapie „*nesoustřeďují tolik na transformaci osobnosti, jako spíše na opětovnou reintegraci sociálního systému, který byl v průběhu nemoci narušen, získávání informací o kulturních konfliktech, které generují (a zhoršují) nemoc.*“ Kromě toho je velmi důležitým rysem mnoha tradičních léčebných rituálů jejich symbolická povaha, která je činí velmi účinnými. Znalost léčebných systémů charakteristických pro danou kulturu se tak zdá být nepostradatelným předpokladem pro efektivní interkulturní psychoterapii, v jiném případě psycholog riskuje, že úplně ztratí kulturní kontext. Při práci s klienty z etnických menšin se doporučuje začlenit se do života komunity a, což je nejdůležitější, vytvořit si uctivý vztah s tradičními léčiteli. (2)

Souběžně s americkými psychology začali mezi-kulturními aspekty psychoterapie a poradenství zkoumat i jejich britští kolegové. J. Karim a R. Littlewood rovněž zdůrazňovali, že při poskytování psychologické pomoci uprchlíkům a zástupcům etnických menšin je neúspěch často spojen s ignorováním kulturních a etnických rozdílů. V některých evropských zemích často vznikají rasové problémy a samotní psychoterapeuti jsou "infikováni" rasovými předsudky.

Mnozí praktičtí psychologové, kteří se zabývají analýzou zkušenosti interkulturní psychoterapie, dochází k závěru, že většina západních psychoterapeutických postupů se ve své čisté podobě nehodí asijské, africké a jiné kultury, které se od nich velice odlišují. V následujících bodech budou představeny některé aspekty tohoto rozporu.

- V tradiční západní psychoterapii se terapeut učí používat tzv. já-výrok a zaměřit se na to, jak to udělat, aby byl klient schopen pomoci sám sobě, což se může dostat do rozporu s kolektivistickou orientací klientů z východních zemí, pro něž je velmi složité přemýšlet o sobě vně rodinného a komunitního kontextu. Například při zkoumání dětí mexických imigrantů žijících ve Spojených státech se zjistilo, že tyto děti se vyznačují nedostatkem motivace k dosažení cíle a převahou tendencí spolupracovat nad tendencemi pracovat samostatně. Nicméně když byly analyzovány kulturní faktory, které by mohly mít vliv na jejich motivaci, vyšlo najevo, že proces socializace dětí z rodin amerických Mexičanů se projevuje jakožto tzv. „množné-já“. Jinými slovy, pro tyto děti jsou cíle a ambice vždy spojeny s rodinou, a nikoli s individuálními potřebami. Dalším příkladem toho, že terapeut se musí zajímat o kulturní kontext klienta, podává J. Kelly: nadbytečné starosti židovského klienta o rodinné záležitosti mohou být psychologem nesprávně interpretovány jako patologická osobnostní závislost, pokud nebude obeznámen se specifickými příznaky dané kultury, v tomto případě s kolektivistickým rysem židovské kultury.
- Evropsko-americká tradice je založena na hodnotě "expresivního individualismu". Jeho základ je tvořen následujícími názory: lidé mají potřebu sdělovat ostatním své osobní problémy, aby



se zbavili napětí z toho, že určité věci je třeba držet v tajnosti, aby posílili svou individualitu prostřednictvím vyjádření emocí, osobního rozhodnutí a volby; lidé potřebují ovládnout svou vlastní osobnost, k čemuž využívají externě orientované chování. Naproti tomu v jiných kulturách je identifikace s rodinou, klanem nebo společenskou skupinou hlavním zdrojem sebeurčení a sebehodnocení. V důsledku toho se mohou osobní konflikty skrývat, aby se zachovala společenská harmonie, nebo aby se zařadily do širší společenské tematiky a zpracovat je v kolektivních rituálech ve vzájemném vztahu s ostatními. Zdrženlivost, rozvážnost a uznání jsou považovány za sílu a vyznamenání, to je, kontrola zralých lidí se projevuje vnitřně, a nikoliv externě; události mají symbolický význam a analyzují se především jako všeobecně platné a kolektivní, a ne jako osobní a jedinečné, takže důsledky jakýchkoli událostí, sny a symptomy jsou interpretovány jako součást širších kulturních, historických a mytologických motivů.

- Existují značné rozdíly v konceptualizaci psychologických a psychopatologických otázek. Například vhléd není tak vysoce ceněn jako na Západě, dlouhé přemýšlení o nějakém objektu se považuje za příčinu vzniku problémů, existuje přece způsob, jak se s problémem vyrovnat: „Přemýšlej o rodině, a ne o sobě“. Závislost je považována za problém pouze v západních individualistických kulturách. Některé kultury zdůrazňují afekt, jiné chápání, jako hlavní způsob, jak se vyrovnat s traumatickým stresem. Disociativní poruchy nejsou považovány za patologii v řadě kultur. Je třeba však poznamenat, že odborníci si všimli určitých podobností západních psychoterapeutických přístupů (např. racionálně-emoční terapie) s tradičním léčením v kolektivistických kulturách.

Shrneme-li výše uvedené, je možné ještě jednou zdůraznit, že podle interkulturního přístupu musí veškeré metody poskytování psychologické pomoci existovat uvnitř kulturního kontextu. Dále z toho plyne, že psychologové mezikulturních směrů, aniž by odmítli jakýkoli z tradičních západních směrů psychoterapie, si stanovili za úkol zavést do nich kulturní dimenzi.

### ***Kulturní kognitivní terapie***

Interkulturní kognitivní terapie je zaměřena na změnu kognitivních entit: přesvědčení klienta, jeho postoje, způsob života. Kulturní povědomí terapeutů hraje pro kognitivní terapii klíčovou úlohu. Robert McMullin věří, že kultura určuje mnohé kognice klientů, jako je například to, v co věří a co popírají, co přijímají a co ignorují, nakolik jsou ochotni sdílet s člověkem mimo rodinu své osobní postoje, názory a svůj vnitřní svět, jaký vztah si přejí navázat s terapeutem, jaké hodnoty považují za důležité, jaký styl terapie bude pro ně přínosný a jaký okamžitě odmítnou, co budou považovat za možnou příčinu svých emocionálních problémů, kolik úsilí na terapii vynaloží a co všechno budou při terapii ochotni dělat. (5)

Prvním krokem v každém kognitivní terapii je nutnost ukázat klientovi, jak důležitý je způsob myšlení, a dále, jak je jeho způsob myšlení spojen jeho problémy. Interkulturní vědci zjistili, že mnohé názory, které tvoří základ životního stylu klientů, jsou zakořeněny v kultuře, v níž klient vyrostl a byl vychován. Pokud chce terapeut pochopit, proč jsou některé názory tak destruktivní, musí především pochopit kulturu, v níž vznikaly. Za tímto účelem navrhuje R. McMullin následující pořadí práce terapeuta:

1. sestavit seznam skupin, s nimiž klient sám sebe identifikuje, ne se cítí být jejich součástí;
2. určit, jak klient modeluje to, čemu učí skupina;
3. uvést hlavní názory těchto skupin, zaměřit se na ty, které je od sebe odlišují;
4. načrtnout schéma, které by odráželo podobnost mezi názory skupiny a přesvědčením klienta.

R. McMullin považuje za zvlášť důležité zohlednit kulturní kategorie a kulturně podmíněná přesvědčení klienta, která nelze přímo zpochybnit. Terapeut by měl klientovi pomoci určit kulturní zdroj jeho přesvědčení a pak ho vést k potřebě rozhodnout, nakolik jsou tato přesvědčení v dané situaci užitečná. K řešení tohoto problému se doporučuje tento postup:

1. zjistit, jaká přesvědčení a názory klienta způsobují problémy;
2. pomoci klientovi najít zdroj atribuce, jestli vychází z kultury, nebo jestli je založen na vlastní zkušenosti klienta;
3. popsat, jak by odlišná kultura danou situaci řešila.

I přes ujištění, že kognitivní techniky fungují spolehlivě, mnozí psychologové zjistili, že nemají univerzální účinnost a selhávají v kontextu jiných kultur. Často při práci s klienty z jiných kultur vzniká potřeba přizpůsobit používané techniky, a to i v případě, že se terapeut bude zabývat pomocí lidem ze stejné země, ale odlišných regionů. Při poskytování terapeutické pomoci představitelům jiných kultur je nezbytné, alespoň v určitém rozsahu, být seznámen s uměním, hudbou a literaturou dané kultury, jako i s lidovými příběhy, bajkami a pohádkami. Jedním z nejvýznamnějších kulturních rozměrů je náboženství. Je důležité, aby byl terapeut obeznámen s náboženskými názory klientů a zohledňoval je ve své práci. Je také nutné, aby prostudoval všechny možné zkušenosti terapeutické práce s představiteli dané kultury a snažil se co nejvíce přizpůsobit své techniky konkrétnímu případu.

### ***Pozitivní interkulturní psychoterapie.***

Německý psychoterapeut Nossrat Peseschkian vyvinul originální systém psychologické pomoci, který je založen na jeho vlastní životní zkušenosti. Nossrat Peseschkian má perský původ, narodil se a vyrostl v Íránu, spolu s rodinou emigroval do Německa, aby uprchli před náboženskou perzekucí. Na Západě vystudoval lékařskou fakultu a rovněž získal vzdělání v oblasti psychoterapie. Později využil své zkušenosti z toho, že patří i ke dvěma kulturám, východní i západní, a vypracoval koncept pozitivní mezikulturní psychoterapie.

Pojem "pozitivní psychoterapie" je neoddělitelně spojen s mezikulturním myšlením. Za přínos se v mezikulturním kontextu považuje pozitivní postoj k lidem jiných kultur, neznámým zvykům, hodnotám, vzorcům chování. Podle Peseschkiana je vždy možné v kulturní rozmanitosti najít prostředky a příležitosti k překonání nepříznivých symptomů, aby tak bylo možné vyřešit intrapersonální i mezilidské konflikty: „zkoumáme, jak jednotlivé kultury vnímají a hodnotí stejné problémy z různých hledisek, jak jednotlivci i celé rodiny vzniklé problémy překonávají a řeší. Tím, že lidem umožníme pochopit, že stejné vztahy se v jiné kulturní tradici nebo v jiné době vnímaly z úplně jiného úhlu pohledu, nebyly překvapující, možná byly dokonce žádoucí, je možné rozšířit obzory chápání světa. Pro mezilidské vztahy to znamená, že lidé si uvědomují, že jejich vlastní hodnotové pozice jsou relativní, stejně jako jejich předsudky a předpojatost, že je možné překonat komplexy a obnovit narušenou komunikaci.“ (6)

Příběhy mohou rovněž velmi napomoci v mezikulturních vztazích a vystupovat jako spojovací prvek, neboť obsahují informace o pojmech, normách, hodnotách a životních principech, které jsou v každé kultuře velice důležité. Seznámení se s těmito příběhy umožní člověku překonávat předsudky, nepřátelství, mínění o způsobu myšlení ostatních, stejně tak napomohou rozšířit repertoár vlastního chování. Když se člověk seznamuje s jiným způsobem myšlení, může to pro něj být velice obohacující, neboť si pro sebe může převzít to, co mu v dané chvíli vyhovuje. Pozitivní mezikulturní přístup je zaměřen na odstranění emocionální bariéry a předsudků ve vztahu k cizím myšlenkám a pocitům, odmítnutí vnímat cizí jako agresivní a ohrožující. (6)

### ***Kulturní rodinná psychoterapie***

Nejen dospělí potřebují psychologickou podporu, ale potřebují ji rovněž děti a dospívající, kteří prožívají traumatické zkušenosti i náhlé změny v rodině, kultuře, jazyce, náboženských tradicích, tedy ve všem, co činí život smysluplným. Děti jsou zvláště zranitelné kvůli tomu, že jejich psychika ještě není plně zformovaná, a také proto, že jsou naprosto závislí na dospělých. Všechna narušení známého prostředí zbavují dítě pocitu bezpečí, jenž je nezbytný pro jeho normální vývoj.

Existují důkazy, že pro dítě je jedním z nejdůležitějších faktorů určujících reakci na trauma

nejen traumatická situace sama o sobě, ale intenzita emočních narušení dospělých, kteří je obklopují. Proto práce s dětmi nucených migrantů má svá specifika a její metodologický základ musí kombinovat principy vývojové psychologie, klinické a kulturní psychologie, pediatrie, sociální práce. Jedním z nejperspektivnějších přístupů k práci s dětskými a dospívajícími imigranty, který zohledňuje všechny výše uvedené faktory, je model kulturní rodinné psychoterapie. Proces psychoterapie je v rámci tohoto paradigmatu zkoumán jako kulturní setkání mezi rodinou a psychologem, kde lze diskutovat o všem, od představ o sobě samém, o problémech i způsobech jejich řešení, až k metodám a cílům terapie. Podle zakladatele tohoto směru V. DiNikoly představuje jakákoli psychoterapie proces překladu: jazyka, kultury, rodinných norem. (2)

Základní principy kulturní rodinné psychoterapie zahrnují uznání kulturní identity jako nejdůležitější součásti sebe-identity jakékoli osoby a uznání faktu, že vývoj dítěte závisí na sociálním, kulturním a historickém kontextu, v němž rodina hraje ústřední roli.

Kulturní rodinná psychoterapie používá podle DiNikoly následující základní pojmy (2):

1. Kulturní překlad: hledání kulturních ekvivalentů a paralel mezi dvěma kulturami je analogické tomu, jak se to děje v procesu překladu z jednoho jazyka do druhého.
2. Multidimenzionální popis: použití různých prostředků pro popis a vysvětlení rozmanitosti životních zkušeností.
3. "Vlastní" a "cizí" ("insider" a "outsider"): definice rodinných hranic, rodinných postojů k ostatním (kdo je "vlastní" a kdo je "cizí") a také pozice, kterou rodina zaujímá v nové kultuře, a místo, jež je přiděleno psychologu.
4. Kulturní strategie: analýza toho, jak členové rodiny vnímají změnu kultury a jaké jsou jejich adaptační strategie na novou kulturu. Adaptační strategie závisejí na tom, jaký vztah mají lidé ke své vlastní kultuře, jak vnímají novou kulturu a jaké příležitosti každá z těchto kultur dané rodině nabízí. Pokud kultury nabízejí bohatý výběr možností, tak rozhodující vliv na adaptační strategie má subkultura rodiny: sociální třída, kasta, náboženství a také společenské postoje. Někdy v rámci rodiny všichni její členové používají a schvalují jeden soubor kulturních hodnot, avšak mimo rodinu vyznávají a praktikují jiný.
5. Životní cyklus rodiny v kulturním kontextu: práce s dítětem v rámci rodinného cyklu, který je svým způsobem analyzován v kulturním kontextu. To umožňuje terapeutovi normalizovat určité procesy, jako jsou obtíže adolescence, různá tempa a úrovně adaptace, mezigenerační konflikty, které jsou v rodině zhoršeny z důvodu životních změn.

Úspěšné provedení kulturní rodinné psychoterapie vyžaduje aktivní zapojení všech členů rodiny, kteří by měli být motivováni touhou porozumět kulturním rozdílům a vytvořit efektivní adaptační strategie. Zaměření se na úspěšnou práci v mezikulturním prostředí je výzvou pro obě strany: jak pro rodinu, tak psychologa. Měli by odmítnout klišé, mýty a stereotypy a společně prozkoumávat novou zkušenost.

### ***Doporučení pro práci s tlumočnickem***

Zapojení tlumočnicka, ať už přátelské, obchodní, autoritářské nebo ochranné, může usnadnit nebo zmařit vytvoření důvěryhodného kontaktu mezi psychologem a klientem. Značný vliv na úspěšné rozvíjení procesu psychoterapie má to, do jaké míry je tlumočnick seznámen s kulturou klienta imigranta. Neméně důležité je i pohlaví tlumočnicka.

Van der Veer doporučuje, aby psychoterapeut při spolupráci s tlumočnickem dodržoval následující pravidla. (2)

- Klient musí tlumočnickovi důvěřovat, proto je nezbytné, aby mezi nimi byla politická a etnická kompatibilita. Z druhé strany musí být tlumočnick objektivní a neutrální, takže příbuzní a přátelé klienta nejsou vhodní.
- Zapojení tlumočnicka musí odpovídat profesionální situaci, proto je žádoucí přátelský a

ohleduplný postoj tlumočnicka a zcela vyloučen je postoj nepřátelský, nadřazený a netolerantní.

- Tlumočnick musí být poučen, aby překládal co nejpřesněji, doslovně, používal první osobu (já), pokud ji používá klient, překládal jednotlivé fráze, nesumarizoval vyjádření klienta, nesnažil se klientovy výroky formulovat lépe a jasněji. Je velmi užitečné, aby terapeut s tlumočnickem před sezením probral možná témata schůzky, a po sezení, aby probrali těžkosti, s nimiž se tlumočnick při své práci setkal, stejně jako emoce, které v něm tlumočení vyvolalo.
- Vlastní zkušenosti mohou způsobit při překladu určité nepřesnosti, například tlumočnick vynechá informace, které se dotýkají jeho vlastní negativní zkušenosti, mluví za sebe, což může být pro klienta velmi nepříjemné apod. Je také užitečné zjistit, jaká témata jsou pro tlumočnicka tabu.
- Pro psychoterapeuta je lepší, když spolupracuje s jedním tlumočnickem, nicméně změna tlumočnicka během práce s klientem může být užitečná, neboť to přináší různorodost do terapeutického procesu.
- Nehledě na jazykovou bariéru by psycholog neměl přerušit oční kontakt s klientem jak během vlastního vyjádření, tak během překladu. Terapeutovi to pomáhá více klientovi porozumět, i když při překladu může dojít k určitému zkreslení. Využití stručných otázek a připomínek je užitečné, protože zamezí obracet pozornost k tlumočnickovi.
- Emocionální reakce tlumočnicka jsou pro tento proces důležité a čas od času není na škodu přerušit rozhovor, aby terapeut zjistil, co jeho reakci vyvolalo.
- Někdy je vhodné požádat tlumočnicka o jeho názor na emoce klienta během sezení. Takové zásahy znamenají překročení hranic profesionální práce tlumočnicka a přibližují jeho roli k pozici biculturního koterapeuta.

## 11 Použitá literatura

1. Oberg K. Culture shock: Adjustment to new cultural environments // Practical anthropology. 1960.
2. Psychologická pomoc migrantům: trauma, změna kultury, krize identity / Ed. G.U.Soldatová. M.: Sense, 2002.
3. Bock P. K. Culture shock. N.Y.: Alfred A. Knopf, 1970.
4. Berry J. W Immigration, acculturation and adaptation // Applied psychology: An international review. 1997.
5. McMullin R. Workshop o kognitivní terapii. Spb.: Řeč, 2001
6. Peseschkian N. Psychosomatika a pozitivní psychoterapie. M.: Medicína 1996.