

Dětská psychoterapie

Josef Langmeier, Karel Balcar, Jan Špitz



Dětská psychoterapie

Josef Langmeier, Karel Balcar, Jan Špitz

Třetí vydání

KATALOGIZACE V KNIZE - NÁRODNÍ KNIHOVNA ČR

Langmeier, Josef

Dětská psychoterapie / Josef Langmeier, Karel Balcar,
Jan Špitz. – Vyd. 3., V nakl. Portál 2. – Praha : Portál, 2010. – 432 s.
ISBN 978-80-7367-710-7 (váz.)

615.851-053.2

- dětská psychoterapie

- monografie

615.8 - Fyzioterapie. Psychoterapie. Alternativní lékařství [14]

Lektoroval: prof. PhDr. Stanislav Kratochvíl, CSc.,
(1. a 2. vyd.), MUDr. Petr Boš (1. vyd.)
© Karel Balcar za autory, 2000, 2010
Portál, s. r. o., Praha 2000, 2010

ISBN 978-80-7367-710-7

Obsah

Předmluva ke 2. vydání (<i>J. Langmeier</i>)	9
---	---

I. ČÁST

Psychoterapeutická problematika dětství a dospívání (<i>K. Balcar</i>)	13
---	----

1 Úloha psychologických činitelů u dětských problémů a poruch	15
1.1 Příčinné souvislosti tělesného, duševního, duchovního a sociálního strádání	15
1.2 Vývojověpsychologické souvislosti duševních poruch u dětí	24
2 Pojetí psychoterapie	28
2.1 Cíl psychoterapeutické činnosti	31
2.2 Zaměření terapeutické práce	32
2.3 Způsob zásahu terapeuta	33
2.4 Uspořádání terapeutické situace	33
2.5 Kvalifikace dětského psychoterapeuta	36
3 Obecné otázky psychoterapie s dětmi	43
3.1 Formy psychologické pomoci dětem	43
3.2 Indikace a prognóza v psychoterapii dětí	46
3.3 Vedení psychoterapie u dětí	48
3.4 Psychoterapeutický vztah s dětmi	51
3.5 Prostředky psychoterapeutické činnosti s dětmi	55

II. ČÁST

Individuální psychoterapie (<i>K. Balcar</i>)	67
--	----

4 Sugestivní postupy	69
4.1 Povaha sugesce a zjišťování sugestibility u dětí	69
4.2 Terapeutické využití prosté sugesce u dětí	73
4.3 Povaha hypnózy u dětí	75
4.4 Indikace hypnoterapie u dětí	78
4.5 Vedení hypnózy u dětí	81
4.6 Terapeutické využití hypnózy	84
5 Racionálně-terapeutické postupy	89
5.1 Racionálně-emozivní terapie u dětí	90
5.2 Kognitivní sebeřízení u dětí	101

6	Emocionálně a motivačně-terapeutické postupy	115
6.1	Emocionálně-terapeutické postupy	116
6.2	Motivačně-terapeutické postupy	124
6.3	Hodnotově-terapeutické postupy	128
7	Behaviorálně-terapeutické postupy	134
7.1	Kladné zpevňování	141
7.2	Nápodoba vzoru	143
7.3	Vyhasínání	145
7.4	Protipodmiňování strachu	146
7.5	Přesycení	151
7.6	Negativní nácvik	152
7.7	Averzivní podmiňování	153
8	Psychofyzilogické terapeutické postupy	155
8.1	Autoregulační postupy	155
8.2	Heteroregulační postupy	162
 <u>III. ČÁST</u>		
	Rodinná psychoterapie	167
9	Povaha rodinné psychoterapie (J. Langmeier, K. Balcar)	169
9.1	Indikace rodinné terapie	172
9.2	Průběh a vedení rodinné terapie	175
9.3	Metody rodinné psychoterapie	179
10	Behaviorální přístup v rodinné terapii (K. Balcar)	184
10.1	Učení interakčnímu chování	184
10.2	Technika rodinné úmluvy	188
10.3	Výcvik v řešení rodinných problémů	192
11	Experienciálně-komunikační přístup v rodinné terapii (K. Balcar)	194
11.1	Náprava komunikace v rodině	195
11.2	Experienciální práce s rolemi v rodině	200
12	Strukturní přístup v rodinné terapii (K. Balcar)	204
12.1	Pojetí strukturní rodinné terapie	204
12.2	Vedení strukturní rodinné terapie	209
12.3	Techniky strukturní rodinné terapie	215
12.4	Technika „Ostrov rodiny“	224
13	Systemická rodinná terapie (J. Špitz)	229
13.1	Teoretické předpoklady a konceptuální východiska	230
13.2	Systemické myšlení	232
13.3	Zásady systemické terapie	234
13.4	Nové trendy ve vývoji systemické terapie	242

IV. ČÁST

Skupinová psychoterapie (J. Špitz) 245

14 Povaha skupinové psychoterapie 246

14.1 Uplatnění skupinové terapie 247

14.2 Terapeutický proces a sestavení skupiny 251

15 Formy skupinové psychoterapie 257

15.1 Skupinová psychoterapie hrou 257

15.2 Činnostní skupinová psychoterapie 261

15.3 Rozhovorová skupinová psychoterapie 266

15.4 Rodičovská diskusní skupinová terapie 272

V. ČÁST

Léčebné společenství (J. Špitz) 281

16 Pojetí a praxe léčebného společenství s dětmi 283

16.1 Vztah mezi psychoterapií a socioterapií 283

16.2 Principy léčebného společenství s dětmi 284

16.3 Živé učení v léčebném společenství 287

16.4 Význam tradic a kultura společenství 289

16.5 Paremiologická terapie v léčebném společenství 294

16.6 Od dětské komunity ke společenství rodin 296

VI. ČÁST

Některé speciální úseky psychoterapie u dětí 299

17 Děti zanedbané a deprivované (J. Langmeier, D. Krejčířová) 301

17.1 Úprava prostředí 303

17.2 Výchovná a psychotherapeutická pomoc ohroženému dítěti 306

18 Děti týrané a zneužívané (J. Langmeier, D. Krejčířová) 310

18.1 Děti týrané 310

18.2 Děti zneužívané 316

19 Děti s primárně somatickým chronickým onemocněním (J. Langmeier, D. Krejčířová) 320

19.1 Význam psychoterapie tělesně nemocných dětí 320

19.2 Principy týmové práce v psychoterapii tělesně nemocných dětí 322

19.3 Obecný cíl psychoterapie tělesně nemocných dětí 324

19.4 Dílčí cíle psychoterapie tělesně nemocných dětí 326

19.5 Formy psychoterapie tělesně nemocných dětí 333

20 Děti mentálně retardované (J. Langmeier, D. Krejčířová) 351

21 Děti psychotické (J. Špitz)	358
22 Děti s psychosomatickými poruchami (K. Balcar)	362
22.1 Psychoterapie průduškového astmatu	369
22.2 Psychoterapie mentální anorexie	371
22.3 Psychoterapie obezity	375
22.4 Psychoterapie pomočování	378
22.5 Psychoterapie koktavosti	382
22.6 Psychoterapie u dalších psychosomaticky podmíněných poruch	386
23 Děti trpící závislostmi (K. Balcar)	390
23.1 Pojetí a povaha chorobných závislostí	390
23.2 Psychoterapie v léčbě závislostí u dětí a dospívajících	395
Závěry (K. Balcar)	405
Literatura	411
Jmenný rejstřík	419
Věcný rejstřík	423

Předmluva ke 2. vydání

První vydání této knihy (Avicenum, 1989) bylo připravováno ještě před událostmi konce roku 1989, které přinesly řadu významných změn i na naší psychoterapeutické scéně. V té době jsme se museli potýkat s řadou obtíží a překonat mnohá omezení, aby bylo vůbec možno knihu zařadit do tehdejšího nakladatelského plánu. Přes různé překážky se podařilo rozsáhlou a mnohdy kontroverzní látku zpracovat tak, aby se mohla stát východiskem dalšího studia odborných pracovníků. Velmi nám při tom pomohly připomínky recenzentů P. Boše a S. Kratochvíla. Záleželo nám na tom, aby se přihlíželo nejen k tehdy dostupné literatuře, ale i ke zkušenostem našich pracovníků v praxi i při výuce. Kniha byla příznivě přijata a brzy rozebrána. Uvítali jsme proto nabídku nakladatelství Portál na její reedici, která by zahrnula také nové poznatky a praktické zkušenosti.

Úvodem je však žádoucí zopakovat zde krátký pohled do historie tak, jak jsme jej podali v původním textu. Vývoj psychoterapie u dětí se vůbec – zejména u nás – zřetelně opožďoval proti psychoterapii dospělých. Bylo to zčásti jistě podmíněno informační izolovaností za druhé světové války i po ní, ale i některými okolnostmi obecněji platnými.

Předně: Dospělý s psychickými poruchami (zejména neurotickými) si své obtíže zpravidla uvědomuje, trpí jimi a chce se jich zbavit. Vyhledává tedy obvykle terapeuta sám, a je tak motivován ke spolupráci s ním. Naproti tomu dítě si své obtíže neuvědomuje nebo si je vysvětluje nepřízní okolí, k terapeutovi je přiváděno dospělými a k motivaci při zahajování psychoterapie i v jejím průběhu musí být vhodnými manévry teprve získáváno.

Potíže a problémy dospělého jsou obvykle výrazněji ohraničené proti „normálnímu“ chování a prožívání a méně často „spontánně“ odeznívají než u dětí, jejichž prožívání a chování se v průběhu vývoje rychle mění. Pozorované příznaky mohou být výsledkem patogenních vlivů a mohou odrážet skutečnou psychickou poruchu vyžadující léčbu, ale mohou být i průvodním znakem „normativních“ konfliktů, které se objevují v nějaké formě přechodně v určitých vývojových etapách u každého dítěte. Může to být jakýkoli symptom, který bychom u dospělého označili za chorobný: zvýšená situační úzkost

a dílčí fobické reakce, obsedantní mytí rukou či jiné rituály, pomočování v situacích zvýšené zátěže, poruchy jídla a spánku, ostych a negativistické reakce k cizím lidem apod. Rychlý psychický vývoj dítěte není téměř nikdy bez obtíží, které však při rozumném přístupu dospělých vychovatelů odeznívají bez léčebného zásahu.

Psychoterapie u dítěte může užít jen málokteré postupy známé z psychoterapie dospělých bez výraznější modifikace. Slovo nemá pro dítě stejnou důležitost a často je spojeno s odlišným významem, proto psychoterapie opírající se pouze o rozhovor s nemocným může být samostatně aplikována teprve u větších dětí a u dospívajících. Místo toho se psychoterapeut pracující s dětmi musí více opírat o společnou hru, o různé činnosti, neverbální signály ve vzájemné komunikaci aj. Naopak mnohé směry psychoterapie dospělých vyrůstaly z poznání „dětských“ vrstev osobnosti a psychoterapeut užívá tohoto poznání k řízení terapeutického procesu.

Psychoterapie u dětí úzce souvisí s jejich výchovou. Na první pohled se rozlišení obou pojmů může zdát jasné. Výchova se zaměřuje na podporování zdravého vývoje „normálního“ dítěte – tedy na podněcování rozvoje všech jeho vnitřních dispozic podle norem určovaných rodinným společenstvím i širším sociokulturním prostředím. Naproti tomu psychoterapie se soustřeďuje na odstranění víceméně vyznačených odchylek od normálního vývoje, ať už byly podmíněny nesprávnou výchovou anebo jinými činiteli. Protože však sám pojem „normality“ v psychologii je relativní, určený kulturně-historicky proměnlivým společenským očekáváním a pravidly sociálního života, je absolutně platné odlišení obou pojmů bez jejich překrývání sotva možné. Na jedné straně jsou ovšem ideální cíle záměrné výchovy v rodině a ve škole do značné míry shodné s cíli psychoterapie: v obou případech jde o plné a harmonické rozvinutí všech psychických dispozic v průběhu vývoje dítěte. Psychoterapie pak pomáhá doplnit a posílit pozitivní působení vychovatelů, například u dítěte, jehož vývoj je ztížen na konstitučním nebo jiném podkladě. Na druhé straně však výchova užívá často jednostranné postupy narušující optimální vývoj (např. příliš časté tresty, kárání, odsuzování), vychovatelé zaujímají k dítěti často nepřiznaně negativní postoj a podřizují svou výchovu celkově extrémnímu „stylu“ (výchova perfekcionista, nadměrně ochraňující, rozmazlující, zavrhuje). Pak je úloha psychoterapeuta spíše protikladná – například proti přílišnému omezování a trestání pomáhá dítěti k volnému sebevyjádření beze strachu z trestu, k lepšímu sebepochopení a k porozumění vztahům s druhými lidmi.

Jednoznačné rozlišení psychoterapie a výchovy je o to obtížnější, že výchovné poradenství je skoro vždy součástí léčebného přístupu k problémům dětí a že vedle psychoterapie v užším slova smyslu se musí léčba opírat i o jiné přístupy, které jsou často zahrnovány pod pojmy „nápravná (léčebná) výchova“, „psychologická intervence“, „ortopsychiatrie“ apod.

Také historicky se dětská psychoterapie vyvíjí ze dvou základních proudů, které se ovšem navzájem ovlivňují a prolínají. Jeden z nich navazuje na poznatky dětské psychologie, které se začínají hromadit na konci minulého a na začátku našeho století (W. T. Preyer, G. S. Hall, K. Bühler a Ch. Bühlerová, u nás zejména F. Čáda). Z těchto poznatků vznikají i první institucionalizované výchovné poradny, často specializované na problémy postižených dětí (mentálně retardovaných, smyslově a pohybově defektních, mravně narušených či ohrožených – méně často i neurotických). Vzniká například „psychologická klinika“ při univerzitě v Pensylvánii, založená r. 1896 L. Witmerem, „poliklinika pro výzkum dítěte a výchovné poradenství“ v Berlíně v r. 1906. Rychle jsou zakládány „dětské výchovné kliniky“ (child guidance clinics) a i u nás vzniká „Pedologický ústav hl. m. Prahy“, ustavený již v r. 1910 z podnětu F. Čády, a později „Zemský pedologický ústav“, vedený C. Stejskalem. Na jejich tradici navazují po druhé světové válce po určitou dobu „Socio-diagnostické ústavy“ (v Praze vedený O. Říhou s významnou činností A. Smržové a M. Novákové). Jiný důležitý krok v tomto směru představovalo u nás výchovné oddělení dětské kliniky J. Švejcara (vedené učitelem a pediatrem V. Trnkou). V podobném duchu – i když už za odlišných podmínek a s novými úkoly – se rozvíjí koncem šedesátých let i činnost pedagogicko-psychologických poraden.

Druhý velký proud dětské psychoterapie vzniká zejména ve dvacátých a třicátých letech jako analogie psychoanalyticky zaměřené psychoterapie dospělých. Terapeuti takto orientovaní přinesli do léčby dětských psychických a psychosomatických poruch mnoho podnětů, ale jejich postupy se od počátku navzájem v mnohém lišily a efektivita takové, často časově velmi náročné terapie byla těžko prokazatelná. I mezi ortodoxně analyticky zaměřenými terapeuty jsou často vyhraněné rozpory. A. Freudová vychází do značné míry z pedagogických úvah a zdůrazňuje nutnost navázání pozitivního kontaktu a získání spolupráce s dítětem, zatímco M. Kleinová usiluje o vypracování techniky umožňující terapeutický proces i bez takové předchozí spolupráce a omezující se jen na analytickou práci bez výchovných a morálních zřetelů.

Proti těmto oběma představitelkám analytické dětské psychoterapie můžeme postavit ještě významného švýcarského pedopsychologa (původně učitele) H. Zulligera, který interpretace získané z dětské hry neposkytuje dětskému pacientovi (jak to činí zejména M. Kleinová), ale vyžaduje, aby si je formuloval jen terapeut sám pro sebe a dítěti místo verbálního vysvětlení poskytoval aktivní řízení jeho hry – například tím, že mu nabízí určitý materiál, jenž podle předem získaných informací nejlépe dovolí zvládání emočních konfliktů (např. hlínu ke hře v případě dítěte s enkoprézou). H. Zulliger – vedle ostatních – zavedl do terapie mnoho prvků, které jsou stále v repertoáru dětského psychoterapeuta: písek, voda, hlína, barvy, barvy pro malování prsty, loutky apod.

Oba uvedené proudy psychoterapeutické práce s dětmi přinesly podněty trvalé hodnoty, ale navržené postupy byly značně obměňovány a ustupují do pozadí tou měrou, jak se rozvíjejí nové přístupy k terapeutické práci s dítětem a jeho rodinou. Také se více prosazují různé formy direktivnější terapie – sugestivní a hypnotické techniky, postupy tzv. behaviorální terapie, metody kognitivní terapie aj. Využívá se skupinové dynamiky v přístupech skupinové terapie a terapeutického společenství, rodí se a rychle se rozvíjejí formy terapie rodinné, která má právě v práci s problémovými dětmi mimořádné místo.

Od počátku padesátých let začínají u nás cílenější snahy o uvedení psychoterapeutických postupů do klinické praxe. Kromě jiných to byl O. Kučera se svými spolupracovníky, který usiloval o zavedení skupinové činnosti a hrové psychoterapie do praxe pedopsychiatrických lůžkových zařízení (od r. 1952 v Havlíčkově Brodě, později v Dolních Počernicích). Z brněnských průkopníků dětské psychoterapie je třeba uvést zejména psychologa profesora R. Konečného, který rozvíjel (zvláště v letech 1959–1963) praktickou psychoterapii dětí v brněnské dětské psychiatrické ambulanci, přednášel o ní a vyučoval ji. Zabýval se již tehdy myšlenkou (bohužel nerealizovanou) připravit učebnici dětské psychoterapie.

Za posledních deset let došlo u nás na mnoha úsecích psychoterapie dětí k velkému pokroku. Vyšla řada prací původních i přeložených, zaměřených většinou na speciální úseky psychoterapeutických a poradenských postupů při práci s ohroženou a psychicky narušenou mládeží. Rozšířily se možnosti výuky a výcviku. Vznikla řada institucí poskytujících záchyt, psychoterapeutickou první pomoc a přímo nebo zprostředkovaně i následnou další péči – telefonické linky důvěry, krizová centra, poradny pro mládež ohroženou drogovou závislostí aj. Některé směry psychoterapeutické práce s dětmi byly značně posíleny a prohloubeny. Velký rozvoj nastal například v psychoanalyticky orientované individuální i skupinové psychoterapii dětí (J. Kocourková a další), v rodinné terapii (o jejíž počáteční rozvoj u nás se nezapomenutelně zasloužil zejména P. Boš) i jinde. Přesto zůstáváme skutečným potřebám v péči o děti ještě mnoho dlužni. Byli bychom rádi, kdyby toto nové vydání, jehož redakce se ujal K. Balcar, přispělo aspoň trochu ke splacení tohoto dluhu. Přitom též chceme vyjádřit své poděkování D. Krejčířové, která svými kritickými poznámkami přispěla ke zpřesnění velké části textu a několik kapitol svými doplňky inovovala natolik, že se stala jejich spoluautorkou.

Psychoterapie u dětí – snad ještě více než u dospělých – staví ovšem nejen na vyčtených vědomostech, ale i na stále získávaných zkušenostech. Není jen vědou, ale ve značné míře i uměním, kterému se lze nejlépe naučit v praxi pod odborným vedením. Kniha tu může sloužit jen jako pomůcka, která sama o sobě sice nepostačuje, ale může být – jak doufáme – užitečným východiskem a základem pro vlastní samostatnou práci.

Josef Langmeier

Psychoterapeutická problematika dětství a dospívání

V této úvodní části své monografie předkládáme celkové pojetí a stručný „místopis“ výchozích pojmů psychoterapeutické práce s dětmi a dospívajícími – tedy s pacienty či klienty věkem nedospělými. I když je tento text věnován dětské problematice, nevyhneme se v prvních třech kapitolách některým obecnějším otázkám při vymezování psychoterapie, jejích forem, přístupů a metod. Čtenářům s výlučně praktickým zájmem mohou připadat příliš abstraktní. Přesto s nimi začínáme; máme za to, že jasné vytyčení oblasti, již pak budeme v následujících částech mapovat podrobněji, v jejích základních pojmových souřadnicích je pro další již praktičtěji zaměřený výklad účelné.

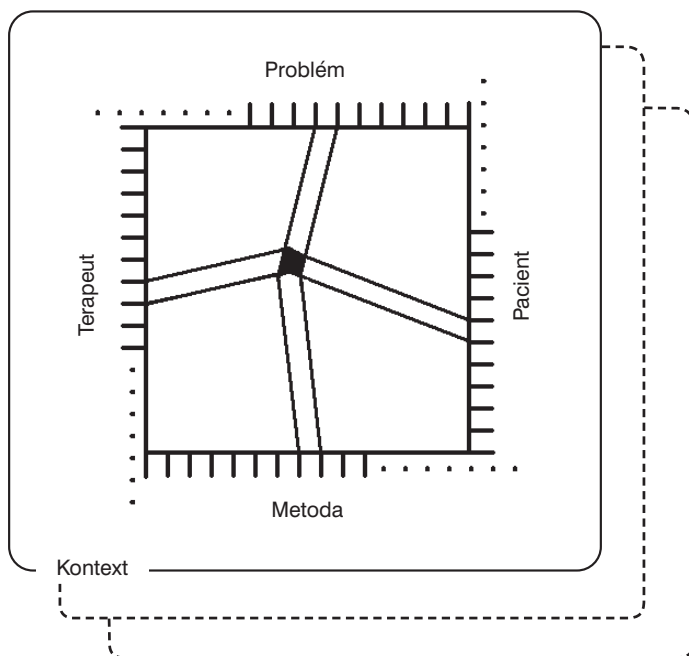
1 Úloha psychologických činitelů u dětských problémů a poruch

Uplatnění psychoterapie jako léčebného přístupu obecně i jako konkrétních léčebných postupů vychází z **úlohy duševních dějů a dispozic v lidském zdraví a v nemoci**. Jejich nepříznivý vývoj či průběh poškozuje jedince po stránce **tělesné, duševní a sociální**. Duševní vlivy se přitom podílejí v podobě psychogenních činitelů v etiologii a patogenezi různých nedostatků, selhání a onemocnění v těchto oblastech. Psychoterapie se zde uplatňuje jako účelné a účinné využití určitých duševních vlivů k žádoucímu rozvíjení chybějících předpokladů, k úspěšnému překonávání životních selhání a k léčbě zdravotních poruch.

1.1 Příčinné souvislosti tělesného, duševního, duchovního a sociálního strádání

Působení duševních vlivů na zdravotní stav člověka je rozdílné v **míře**, v níž jsou právě tyto činitele za jeho poruchu a pak i za jeho nápravu odpovědné. U některých poruch mívají rozhodující vliv, u jiných téměř zanedbatelný. Dále jsou rozdíly i v psychologickém **obsahu** takto působících vlivů, a to podle povahy **problému**, podle psychologické přístupnosti nemocného **jedince** i podle možností **terapeuta** takové působení vhodnou **metodou** v dané **situaci** ovlivnit a řídit (obr. 1.1). Zhruba lze říci, že psychoterapie má největší možnosti tam, kde duševní vlivy mají **rozhodující úlohu** v etiologii a v patogenezi dané poruchy – ať již jde o samo základní onemocnění nebo o druhotné problémy a komplikace, které se u pacienta objevily jako odezva na jiné postižení. Diagnosticky je proto důležité stanovit, které duševní činitele se na vzniku a na přetrvávání poruchy podílejí. Prognosticky pak je závažné, zda a jak lze jejich patologické působení omezit a zda a jak lze právě psychologických postupů užít k podpoře uzdravy a dalšího zdravého vývoje.

Účinnost léčby závisí na jedinečné kombinaci setkání daného pacienta s určitým druhem problému a daného terapeuta užívajícího určité metody



Obr. 1.1 Hlavní proměnné v léčbě zdravotních poruch.

v daném věcném a společenském kontextu. Pro různé kombinace v této pomyslné pětirozměrné matici výsledků by teoreticky bylo možno zjistit jim odpovídající míru úspěšnosti. Prakticky se větší či menší vhodnost kombinací tam, kde záleží na lidské volbě (především u volby terapeuta, metody a institucionálního kontextu), alespoň v rámci právě existujících možností odhadují na základě intuitivně zpracované zkušenosti. V některých případech, především pokud jde o kombinace „metoda léčby–druh problému“, dále i pro kombinace „typ pacienta–typ terapeuta“ či „typ terapeuta–typ metody“, jsou již k dispozici některé výzkumné poznatky.

I pro psychoterapii dětí si v tomto rámci klademe tradiční „základní otázku psychoterapie“: „Jaká léčba a kým prováděná je nejúčinnější pro tohoto jedince s jeho konkrétním problémem a za daných okolností?“

Patogenní i terapeutické působení duševních vlivů na zdraví člověka můžeme sledovat ve čtyřech oblastech jeho projevu, a to:

1. v oblastech stavů a pochodů tělesných, jak se jimi zabývá somatické lékařství a somatopedie;

2. v oblastech stavů a pochodů duševních, jak se jimi zabývá psychiatrie, klinická psychologie, i příslušné oblasti speciální pedagogiky;
3. při začlenění, prožívání a chování jedince v jeho sociálních vztazích s okolím, jimiž se kromě jiných oborů zabývá sociální lékařství, lékařská sociologie, sociální psychologie, sociální pedagogika a sociální práce;
4. v oblastech duchovních stavů, postojů a činů, kterými se v oblasti péče o zdraví zabývá především existenciální analýza a noologie.

1. Tělesné funkce a jejich orgány jsou duševním děním vcelku značně, avšak rozdílně ovlivňovány. Obdobně jako stav těla a průběh tělesných pochodů výrazně působí na duševní dění člověka, tak i duševní (tj. prožitkové) stavy a pochody ovlivňují jeho organismus. Působí tak duševní vlivy současné, zprostředkované vnímáním a následnou citovou a snahovou odezvou na vnímanou skutečnost, i události již minulé, jejichž vliv přetrvává v důsledku učení a vybavování vzpomínek, zvykového chování nebo psychofyziologických podmíněných spojů.

Tato souvislost má důležitý význam pro přízpůsobivé reagování organismu. Zároveň to je však také oblast, kde vznikají a rozvíjejí se poruchy tělesných funkcí a orgánů. Z hlediska účelného uplatnění psychoterapeutických zásahů a jiných nápravných opatření je třeba s těmito mechanismy počítat a při léčbě nebo prevenci jejich konkrétní povahu a zákonitosti respektovat.

Patogenní působení duševních vlivů na tělesný stav je v zásadě dvojí povahy. Někdy ovlivňuje duševní dění tělesný stav přímo – **psychofyziologickými mechanismy**. Vzorovým případem je působení nevládnutých silných emocí, které pak prostřednictvím vegetativní nervové soustavy přetíží náhle či vlekle některé tělesné soustavy a orgány a způsobí jejich selhání nebo onemocnění, popřípadě takto spustí další řetězovou reakci psychosomatického selhávání. Příímý vliv duševních stavů na imunitní systém je rovněž dlouho znám a jeho mechanismy objasňuje nově se rozvíjející obor psychoneuroimunologie.

Jindy zapůsobí duševní dění na tělesné zdraví nepřímo, zprostředkovaně. Nedostatkem nebo selháním duševních předpokladů vzniká **chování** v určitém ohledu vlastního tělesnému **zdraví nebezpečné** nebo přímo škodlivé. Může zde jít o nebezpečné počínání či o vystavování se nebezpečným situacím, jež vedou k úrazům nebo k nákazám; o příjem škodlivin jídlem, pitím, dechem, který vede k akutním nebo chronickým otravám; o sebevražedné jednání apod. Zdroje selhání v řídicí duševní činnosti mohou být v nedostatečném rozpoznání nebo ohodnocení objektivně náročné situace, v nepřiměřeném citovém reagování na některé podněty z okolí nebo z vlastního těla, v nevládnutí vlastní motoriky zvykovou či volní regulací. Následkem takových selhání bývají tělesná onemocnění spadající do léčebné kompetence příslušných oborů somatického lékařství, jejich příčiny (a tedy i prevence) jsou však v podstatné míře psychologické.

2. Duševní poruchy jsou způsobeny v rozdílné míře vlivy **fyzickými** (biochemickými či morfologickými změnami v organismu) a vlivy **psychickými**. Často se duševní selhávání spojuje s poruchovým **chováním** a s jeho škodlivými následky v těle nebo v prostředí člověka ve vzájemně se podporující články bludného okruhu nemoci. Po psychologické stránce bývá patogeneze těchto poruch vysvětlitelná buď aktuálním narušením duševní funkce u dosud zdravě se vyvíjejícího jedince, nebo zjevným propuknutím poruchy tam, kde se dosavadní vývoj osobnosti již ubíral poruchovým směrem.

Nastane-li duševní porucha následkem aktuálního přetížení duševních funkcí (např. otrásajícím citovým zážitkem; vystavením nezvládnutelně náročné nebo naopak nedostatečné smyslové, citové či rozumové stimulaci; nadměrnou frustrací intenzivních motivů), můžeme ji označit jako „**situační**“ či „**aktuální**“. Sem patří především patologické reaktivní stavy a návyky v oblasti citové (např. fobické, hostilní nebo depresivní reakce), v oblasti poznávací (např. hrubě nesprávné představy či soudy o skutečnosti) nebo v oblasti chování (např. patologické projevy destrukce, agrese či náklonnosti) u doposud zdravě se vyvíjejícího jedince.

Přes leckdy dramatickou zjevnou škodlivost takových poruch podmíněných aktuální situací je jejich nebezpečnost pro další vývoj jedince zpravidla menší než u poruch, jež můžeme označit jako „**vývojové**“. K těm patří taková selhání a onemocnění, která představují zásadní odchylku od zdravého průběhu vývoje osobnosti. Jejich zdrojem jsou vrozené či konstituční anomálie nervové, hormonální nebo imunitní soustavy, anebo tak intenzivní a dlouhodobé stavy psychické deprivace či psychického přetížení, že vývoj osobnosti je odkloněn od svého přirozeného směřování natolik, že se již vymkne z mezí autosanačních mechanismů jedince a jeho vychýlení se v průběhu interakce s vnějšími a vnitřními činiteli stále více zvyrazňuje. Sem patří různé abnormality osobnostního vývoje a procesuální onemocnění psychotické nebo neurotické povahy.

3. Sociální vztahy jsou zpravidla nejzávažnější stránkou vnějšího prostředí dítěte i dospělého. Svými vztahy k druhým lidem má člověk ve značné míře vymezenou svou duševní identitu ze svého i z jejich hlediska. Proto také narušení těchto vztahů bývá tak důležitým patogenním činitelem pro život jedince a pro jeho bezprostřední okolí, že se právem hovoří o „**sociální patologii**“ i tam, kde z individuálního hlediska jedinec „funguje“ jakoby bezporuchově. Interpersonálně problémoví, „sociopatičtí“ jedinci sice často mívají zvláštní (převážně temperamentové a motivové) duševní dispozice vrozeny, avšak významnou míru jejich sociální vychýlenosti lze zpravidla přičíst prožitkově zprostředkované patogenní sociální zkušenosti v průběhu jejich vývoje.

Poruchy společenského začlenění a jednání bývají často bezprostředně vyvolávány u osobnostně k tomu disponovaného jedince jeho **situačním nebo vývojovým selháním** tehdy, když je vystaven nebezpečným nabídkám

a nárokům okolí, na jejichž společensky či mravně zdravé zvládnutí není připraven. Dosud skryté následky citové či poznávací deprivace, nedostatečně vytvořené strategie zvládání frustrací a vyrovnávání se s konflikty a další nedostatky či slabá místa osobnosti se mohou poruchově projevit u jinak dobře prospívajícího člověka tehdy, když se setká se zátěží jim odpovídající povahy.

Následky takového selhání mohou vést k přechodnému narušení společenského života jedince, které ještě lze jeho vlastním úsilím nebo zvýšeným výchovným či nápravným úsilím osob v jeho prostředí zvládnout. Mohou však také vyústit ve stále narůstající a chronicky se upevňující **poruchové začlenění** člověka do základních životních vztahů. Bludný kruh takového sociálně-psychologického zbloudění v rodině, ve škole, ve vrstevnických skupinách se v takových případech často uzavírá společenským zařazením jedince do pozice devianta či delikventa, který je takto zdravotnický, právně nebo morálně označován. Důležitým sociálněpsychologickým následkem a zároveň dalším příčinným článkem sociální patologie pak bývá jeho společenské přiřazení k nějaké již stereotypně vnímané skupině narušených osob, které často přispěje i k jeho vnitřnímu ztotožnění s ní (např. jako „delikvent“, „narkoman“).

4. Duchovní zakotvení člověka v oblasti životních hodnot a životního smyslu, popřípadě duchovní nouze v podobě prožívané smysluprázdnoty životních situací a vlastního pobytu v nich – tzv. **existenciální frustrace** – je důležitou podmínkou duševního a tělesného prospívání. Nemožnost vnímat osobní smysl a hodnotu v tom, co člověk zakouší a co koná, ho činí i **duševně zranitelným** především v oblasti motivace a následně pak i v dalších směrech. To je zřetelně patrné u dospívajících a dospělých, avšak setkáváme se s tímto stavem jako psychologicky patogenním i u dětí, kde mívá podobu neurotické nejistoty a „amotivačního syndromu“, popřípadě naprosté neschopnosti náhledu na vlastní počínání („sebeodstupu“) či citu pro aktuální potřeby praktických situací nebo druhých lidí („sebepřesahu“).

Duchovní prospívání však bývá – a nejvíce u dětí – naopak také ohroženo **duševním selháváním**. Rozumové nebo citové přetížení, frustrace či deprivace důležitých motivů, poruchové chování zatemňují rozvíjející se smysl pro hodnoty a brání rozvoji schopností sebeodstupu a sebepřesahu. Zmatené vnímání sebe a světa překáží mravnímu rozlišování prostřednictvím svědomí. Psychologicky podmíněné sebeodmítání či naopak výlučné soustředění na vlastní trápení nebo touhy znemožňuje člověku výhled mimo sebe – do světa příležitostí k naplnění objektivně hodnotných možností. I když platí, že duchovní růst a zdroje smysluplného utváření vztahu člověka k sobě, k druhým a ke světu nejsou zcela závislé na jeho tělesném a duševním zdravotním stavu, duševní strádání v různých podobách velice často podporuje i postižení duchovních kvalit a „výkonů“, a vede tak v této oblasti buď ke zjevné **životní prázdnotě** projevující se pasivitou, lhotežností, odmítáním života či zoufal-

stvím, anebo k jejímu překrývání náhradními a v konečném důsledku neúčinnými, či dokonce škodlivými **náhračkami** smysluplných postojů, činů a vztahů, k nimž typicky patří různé druhy chorobných závislostí, nutková sexuální promiskuita, nesmyslná agresivita a destruktivita.

Z druhé strany je tedy pro indikaci psychoterapie, jejího postupu a jejího kombinování s jinými metodami léčby důležitý i podíl, jaký na narušeném duševním stavu dítěte mají vlivy vycházející z oblasti vývoje či dění tělesného, sociálního a duchovního. Proto užitečná diagnóza nezůstává pouze u popisu poruchových příznaků či u přiřazení porušeného stavu diagnostické skupině, nýbrž vždy je hypotetickou „rekonstrukcí“ předpokládaného patogenního dění probíhajícího i mezi těmito odlišnými stránkami či úrovněmi lidského života. Při volbě léčebného postupu u zjevných duševních poruch či selhání je proto potřeba klást si také otázky po možných příčinách v ostatních oblastech a psychoterapeutické pomoci podle toho přisoudit odpovídající úlohu vzhledem k nezbytnosti léčebně zasáhnout především tam, kde má problém své kořeny – tedy často především somatoterapeuticky, socioterapeuticky nebo logoterapeuticky.

Tělesná porucha genetická či konstituční bývá někdy rozhodujícím, avšak přehlíženým činitelem u dětských duševních selhání. Není-li to při snahách o nápravu respektováno, dochází pak i k duševnímu přetížení, společenské diskriminaci a duchovní rezignaci dítěte.

Příklad somaticky podmíněné duševní poruchy: hyperkinetická porucha aktivity a pozornosti (Gelfand et al., 1997)

Jakub přiváděl svou matku k zoufalství už od narození. Jako kojenec byl dráždivý, trpěl kolikami, byl nevypočitatelný a nezvladatelný. Matka si vzpomíná, že běhal dřív, než se naučil chodit, a že se stále dostával do nesnází. V předškolním věku byl tak zaníceným a aktivním badatelem, že se sám otrávil a na lékařské pohotovosti byl dobře známý díky řadě nehod.

Skutečné potíže však Jakubovi začaly, když začal chodit do školy. Bylo pro něj obtížné naslouchat učitelce a soustředit se na svůj úkol. Měl mimořádné nesnáze s tím, že jednal dříve, než myslel. Například se vždycky hlásil ještě dřív, než učitelka dokončila svou otázku, a nikdy neodpověděl správně. Při vyučování vykřikoval své komentáře a nedokázal nechat své ruce v klidu. Zdálo se, že je stále v pohybu, zvláště při organizačně náročnějších vyučovacích hodinách. Navíc ke svým problémům s chováním a s prospěchem měl ve škole i sociální problémy. Spolužáci ho neměli rádi. Říkali, že je komanduje a nespolupracuje s nimi: „Vždycky musí prosadit svou.“

Učitelka si nejprve myslela, že je školsky nezralý, a nástup do školy mu byl o rok odložen. Tím se však věci jen zhoršily. Ze svých problémů „nevyrostl“ a spolužáci se mu posmívali, že je hloupý. Jakub školu nenáviděl. Začal se k učitelce chovat vzdorovitě a o přestávkách se pral s ostatními dětmi.

Od minulého roku u něj nastalo zlepšení. Lékař mu předepsal stimulancia a jeho třídní učitel postupuje podle individuálního vzdělávacího programu, který Jakuba odměňuje, když se soustředí na úkol a dokončí svou práci. Tento učitel také vede skupinu pro výcvik v sociálních dovednostech a Jakub se začíná učit, jak s ostatními dětmi spolupracovat. Navíc jeho matka a otec chodí do rodičovské skupiny, kde se cvičí v jednání s dětmi trpícími poruchami chování a pozornosti, a situace doma se již také začala zlepšovat.

Sociální porucha, zvláště v bezprostředních „klíčových“ mezilidských vztazích dítěte – v jeho rodině, u starších dětí s respektovanými vrstevnickými osobami či skupinami nebo s mimorodinnými vzory a autoritami –, často vyvolává duševní selhání, trauma, neurotizaci či psychopatizaci, závažné tím, že jako negativní vliv vstupuje do vývoje a utváření dětské osobnosti. I když – proti některým dřívějším názorům – je již známo, že dětská vztahová traumata, frustrace a konflikty nemusí nutně předurčit jeho další duševní vývoj a životní úděl, jde o závažnou zátěž, jejíž opominutí odsuzuje pouhou psychotherapii dítěte k nezdaru, popřípadě ji činí jen dalším zdrojem jeho strádání.

Příklad sociálně podmíněné duševní poruchy: emoční porucha kontaktu u týraného dítěte (Gelfand et al., 1997)

Ještě horší, než když otec uhodil ji, bylo pro Soňu, když viděla svého otce Alexe, jak ve chvílích svého alkoholického násilnického vzteku bije její matku Táňu. Otec, stavební dělník, často přicházel o zaměstnání a zůstával stále více doma, kde se díval na televizi a popíjel. Popudlivý, podezřavý a útočný Alex si vybíjel svůj hněv na své manželce, na dvou synech navštěvujících základní školu a na Soňě. Po intenzivním pijáckém „tahu“ napadal svou ženu kvůli neskutečným proviněním, bil ji pěstí do obličeje a do břicha, tahal ji za vlasy, vyhazoval ji z domu a zamykal ji venku. Když se snažila vzít děti a utéci, běžel za nimi, trval na tom, aby se vrátili, a před dětmi hlasitě vyhrožoval, že „tu čubu zabije“. Ani děti nebyly v bezpečí před jeho útoky. Nedávno uhodil Soňu. Natrhl jí ret tak, že jí ho museli sešít, a udělal jí modřinu kolem oka, když mu z prázdné ledničky už nemohla podat další pivo.

Soňa kdysi byla chytrým a zvědavým dítětem. Nyní však je nesmírně plachá a nejistá, uhýbá očnímu kontaktu s lidmi, namísto jasné řeči pouze mumlá a vyhýbá se společenským kontaktům. Nemá žádné přátele, trpí děsivými nočními můrami a projevuje jen malý či vůbec žádný cit vůči členům rodiny. Ve škole o ní říká učitelka, že se zdá, že Soňa vůbec nedává pozor a nesoustředí se na svou práci; čas tam tráví tím, že sedí mlčky sama a s prázdným výrazem hledí z okna. Její rodinu vyšetřuje orgán sociálněprávní ochrany dětí kvůli podezření z týrání dětí. Mají však tolik různých šetření a tak málo pracovníků, že než bude možno této rodině pomoci, uplyne ještě hodně času i utrpení. Matka byla informována, že se může uchýlit do azylového domu pro týrané ženy a děti. Ona však trvá na tom, že Alex je dobrý manžel a otec, až na pití. Alex opakovaně prohlašuje, že Táňu miluje, a slibuje, že se změní.

Prognóza pro tuto rodinu včetně Soni závisí na zvládnutí otcova alkoholismu a jeho agresivity a na tom, jak rodina a společnost dokážou ochránit matku a děti před tělesným a duševním poškozením. Velice často zůstávají alkoholismus či dro-

gová závislost takového rodiče neléčeny a manželka je natolik bezmocná, že buď nedokáže ze vztahu odejít, nebo se o to pokouší, avšak nedaří se jí utéci. Pronásledování a týrání ze strany manžela pokračuje a týrání i se svými škodlivými účinky na rodinu probíhá řadu let. Je zde zapotřebí vytvořit přiměřené preventivní programy poskytující výcvik v rodičovských dovednostech, v rozvíjení praktické životní soběstačnosti osamělého rodiče, ve zvládání hněvu. Jsou nezbytné lepší způsoby léčby závislosti na alkoholu a jiných drogách a také účinné uplatňování zákonů na ochranu týraných partnerů a dětí.

Duchovní nouze spočívající v hodnotové, seberefektivní a mravní „podvýživě“ jedince bývá již u dětí zdrojem citových anomálií a problémového chování. Psychologicky vedená snaha po „přizpůsobení“ dítěte požadavkům dospívajícím jeho okolí a nakonec i jeho tělesnému, duševnímu a společenskému „přežití“ vyznívá při opominutí rozvíjející se „existenciální prázdnoty“, byť na dětské, explicitně nevyjádřené úrovni, nadarmo. Postrádá-li dítě víru v možnost vlastního odpovědného rozhodování pro něco, co má hodnotu nezávisle na jeho momentálních impulzech a libostech, nečiní tak a rozvíjí se i duševně rizikovým, někdy přímo anomálním směrem.

Příklad noogenně podmíněné duševní poruchy: anetické jednání u hodnotově deprivovaného dítěte (Lukasová, 1997)

Sousedé jednou odpoledne viděli devítiletého chlapce, jak vytrhával chycenému kosoři pírkou po pírkou, až pták v mukách skonal. Pověděli o tom rodičům a ti ke mně přišli celí zoufalí. Z objasňování okolností vyplynulo, že oba rodiče byli celodenně zaměstnaní a dítě mělo po škole chodit do družiny; často se tomu však vyhnulo. Na otázku, co odpoledne dělává, kluk vyprávěl, že v létě číhá na louce na včely a zabíjí je klackem nebo že hledá hlemýžďe a červy a rozřezává je kapesním nožkem. Velice ho zajímá všechno živé a chce to vždycky „prozkoumat“.

Z dalšího rozhovoru vyplynulo, že oba rodiče jsou celý den v práci, protože šetří na nový dům. Po návratu jsou unavení, s chlapcem povečeří, dívají se na televizi a pak musí dítě do postele. O víkendech jsou sice doma, ale po celotýdenním vyčerpání rádi odpočívají, a tak jim přijde vhod, když si chlapec „hraje venku“. Hry si musí vymýšlet sám. Že vyústily v týrání zvířat, vyplynulo z jeho zájmu o všechno živé. Kdyby měl více zájmu o techniku, třeba by odmontovával zrcátka z automobilů nebo páčil zámky u jízdních kol.

Proč však jeho hry vedou ke zraňování a ničení? – Právě hodnotové zanedbávání dětí rodiči vede k agresivnímu a destruktivnímu počínání. Takový chlapec či děvče má až nadbytek svobody, avšak postrádá od rodičů vedení k životním hodnotám, které si vyžadují odpovědnost. Nemá možnost si spolu s nimi osvojit a realizovat lásku a respekt k živému tvorstvu a k cenným výtvarům a ani sám sebe nemá příležitost vnímat jako někoho, na kom a na jehož činech ve světě záleží. – Nerozvíjí se u něj ani schopnost hodnotit vlastní počínání z hlediska nadosobních hodnot („sebeodstup“), ani schopnost objevovat smysl v jejich uskutečňování vzdor vlastním okamžitým nápadům a pohnutkám („sebeopřesah“).

Připomenuté „exteropsychické“ – tělesné, společenské a duchovní – zdroje duševních problémů a poruch proto vždy vstupují do diagnostického a pak i terapeutického uvažování o pozorovaném duševním strádání. V tom ovšem neopomíjíme ani možnost, že porušený psychický stav či vývoj je výsledkem především **duševních příčin**. V takových případech bývá psychoterapie základem nástrojem léčby, ač dětský nebo dospívající pacient přitom mnohdy potřebuje i podporu somatoterapeutickou, socioterapeutickou či logoterapeutickou.

Příklad psychicky podmíněné duševní poruchy: posttraumatická stresová porucha (Gelfand et al., 1997)

Jana byla zdravé a spokojené pětileté děvčátko do té doby, než jejich rodinný domek jedné noci zachvátily plameny. Všichni spali a její matka utrpěla popáleniny druhého stupně na značné části těla, když se s úspěchem pokusila vynést dcerku do bezpečí. Janin starší bratr nemohl uniknout a v ohni zahynul. Jejich otec byl v té době mimo domov na pracovní cestě.

Janina somatická léčba po požáru probíhala úspěšně, avšak ona sama nedokázala v noci vydržet ve své posteli a trvala na tom, že chce spát s rodiči. Přitom spala velmi málo, a když usnula, trápily ji noční můry, kdy se jí zdálo o strašidlech. Všichni počítali s tím, že jak se vyhojují matčiny popáleniny a rodina se vyrovnává se zármutkem nad smrtí jejího bratra, Jana se také citově zotaví. Avšak po třech měsících se u ní rozvinula těžká separační úzkost. Nedokázala být sama ani na krátkou chvíli, přitom se chovala vůči rodičům vzdorovitě a byla hyperaktivní. Fascinovaly ji plameny svíček a zápalek a zírala na ně ve strnulém postoji, dokud je někdo neuhasil. Její pediatr ji vyšetřil kvůli bolestem hlavy a častým bolestem žaludku, které jí bránily víc jíst, ale nenašel pro ně žádnou organickou příčinu. Jana už nebyla zdravá a spokojená a rodiče pro ni vyhledali psychologickou pomoc.

Janin terapeut pomohl usřípnout její uzdravení pomocí „modelování“ patřičných bezpečnostních opatření při zjišťování ohně a bezpečném zacházení s ním. Tak si Jana vytvořila pocit jistoty a příslušné dovednosti. Také jí pomohl nácvik pozorování plamene svíčky a zápalek i ohně v krbu pomocí postupné expozice a relaxace. K rozvoji jejího pocitu vlastní účinnosti a sebedůvěry užil terapeut hrové terapie a zvládacího „hovoru k sobě“. Jana možná bude vždy mít od ohně určité „citové jizvy“, ale je nyní už mnohem méně úzkostným, a vyrovnanějším dítětem.

Uvažujeme-li o duševních dispozicích, stavech a pochodech jako o jedné, často však rozhodující příčině poruch, které se projevují tělesným, duševním, společenským nebo duchovním selháním, bereme tak v úvahu jen jeden, pro uplatnění psychoterapie však důležitý výsek ze složitého přediva poruchového dění u jedince. Samo dělení životního dění na „tělesné“, „duševní“ a „duchovní“ vystihuje pouze to, z jakého hlediska je popisovaná skutečnost (vliv, porucha apod.) lépe patrná či vysvětlitelná, popřípadě lépe přístupná ovlivnění. V celkovém pohledu však počítáme se zásadní **jednotou a propojeností** somatologicky, psychologicky, noologicky a sociologicky vymezených úkazů ve zdravém i v poruchovém dění u jedince a dále i s relativitou místa „příčin“ a „následků“, protože zde nacházíme spíše **kauzalitu cirkulární** než jednoduše lineární. Historický pojem „bludného kruhu“ poruchy či nemoci zde dobře vyjadřuje současné pojetí zpětnovazebního působení v jedinci a v jeho prostředí, které je důležitým hlediskem v diagnostice i v terapii jakéhokoli druhu.

1.2 Vývojověpsychologické souvislosti duševních poruch u dětí

V dětském věku, na rozdíl od dospělosti a stáří, jsou různé složky organismu a osobnosti jinak rozvinuty a poněkud jiným způsobem vzájemně spjaty. To je důležité pro hodnocení zdravotních postižení i pro jejich léčbu.

Menší psychologická rozrůzněnost dítěte působí, že oproti dospělým se u něj vlivy působící v jedné oblasti osobnosti či organismu mnohem snáze šíří, popřípadě „přelévají“ svými účinky do oblastí dalších. Osobnostní funkce poznávání, cítění, snažení jsou v závislosti na věku zpravidla mnohem méně osamostatněny, a proto děti prožívají životní události méně diferencovaně, s menší schopností rozumového nebo citového odstupu v prožívání a v jednání. To platí i o spojitosti změn v prožívání a ve fyziologii. Děti snáze reagují **celostně**, „**psychosomaticky**“, zatímco u dospělých se častěji než u dětí setkáváme v oblasti patologie (alespoň na projevové úrovni) s reagováním „buď–anebo“.

Poměrně rychlý průběh vývojových změn v dětství prostřednictvím procesů zrání a učení a prostřednictvím vývojových kroků diferenciací a integrace vyžaduje při hodnocení poruch a při indikaci a realizaci terapie mnohem větší ohled na právě přítomný **stav vývoje** dětské osobnosti, na stupeň rozvinutí jejích jednotlivých složek i na způsob jejich vzájemného sepětí. Určitý projev na jednom stupni vývoje normální, „zdravý“ (např. objektivně nepravdivé výroky, agresivní a destruktivní činy, brání cizích věcí, intenzivní prožívání vysněné skutečnosti, snadný vznik vjemových iluzí) může na následujícím stupni vývoje být již chorobný nebo aspoň natolik úchylný, že představuje pro dítě ohrožení. Pravděpodobně lze najít příklady i v opačném směru (např. předčasné pohlavní dospívání a erotický zájem nebo předčasná specializace některých duševních funkcí, které brání potřebnému rozvíjení funkcí jiných, méně vyzářlých).

Typické případy **problémového chování** u dětí a mladistvých příznačné pro různá věková období ukazuje tabulka 1.1:

Tab. 1.1 Problémové chování u dětí a mladistvých v závislosti na jejich věku podle Gelfanda et al. (1997).

Věk	Poruchové projevy
1,5–2 roky	Temper tantrums (návaly zlosti), odmítání plnit požadavky, stálé vyžadování pozornosti, hyperaktivita, specifické strachy, nepozornost
3–5 roků	Temper tantrums, odmítání plnit požadavky, stálé vyžadování pozornosti, specifické strachy, přecitlivělost, lhaní, negativismus
6–10 roků	Temper tantrums, hyperaktivita, specifické strachy, přecitlivělost, lhaní, školské selhávání, žárlivost, nadměrná uzavřenost
11–14 roků	Temper tantrums, přecitlivělost, žárlivost, školské selhávání, nadměrná uzavřenost, náladovost
15–18 roků	Školské selhávání, záškoláctví, podvádění při zkoušení, deprese, opijení se, kouření, zneužívání drog, předčasná sexuální aktivita, krádeže v obchodech či jiné přestupky proti zákonu

Objektivní závažnost různých poruchových úkazů v dětském věku je v porovnání s dospělostí hodnocena také poněkud odlišně. Menší nároky na aktuální výkon u dítěte a mnohem větší tvárnost jeho organismu a osobnosti znamenají, že i aktuálně velice výrazná narušení zdravých funkcí, avšak s dobrou vyhlídkou na uzdravení, která nebrání vývoji dítěte v jeho právě vývojově kritických oblastech, jsou méně nebezpečná ve srovnání s poškozením třeba méně nápadným a méně rušivým, které však aktuálním vývojovým proměnám brání.

Význam jednotlivých poruchových příznaků je u dítěte jiný než u dospělého. Jejich objevení i vymizení u dítěte v tomto ohledu znamená zpravidla méně. Dítě snadno reaguje duševními i tělesnými příznaky na vzájemně rozporné požadavky okolí, které ho stavějí do patologické konfliktní situace. Příznaky se zde vyskytnou zpravidla tak, aby mu pomohly se s touto situací vyrovnat. Často jsou poruchové příznaky též průvodními jevy normálních vývojových kroků. Nový vývojový stupeň ukládá dítěti náročnější požadavky. Tím mohou být vyvolány příznaky (obvykle hodnocené jako „neurotické“ nebo „psychosomatické“), které při rozumném zacházení s dítětem brzy opět samy vymizí. Mají zde úlohu signálů ohrožení dítěte, nikoli ještě jeho skutečného poškození.

Subjektivní hodnocení určitého zdravotního postižení dítětem má v různém věku také své zvláštnosti (viz *Kremserová, 1978*). Dítě subjektivně trpí především aktuální bolestí nebo silnou úzkostí (např. při astmatickém záchvatu). Jinak však, zvláště v mladším věku, trpí svými příznaky hlavně v té míře, v níž mu odezva okolí na ně brání v naplňování jeho vlastních přání. Jako zdroj svého utrpení přitom vnímá nikoli svůj příznak nebo vůbec svůj stav, nýbrž tyto omezující zásahy okolí.

Mnohé vážně postižené děti, třeba hluboce rozumově zaostalé, pociťují své postižení málo, ač tím více trpí jejich okolí. Vcelku trpí mladší děti svým onemocněním a jeho příznaky méně než dospělí. Naopak často se rychleji naučí využívat svých fobií, nutkání, záchvatů, poruch spánku, jídla či vyměšování ke svému bezprostřednímu užítku, zatímco za ně trpí dospělí. I v očích okolí zahanbující poruchy (enurézu, enkoprézu) dítě často vnímá jako nedůležité.

Také vlastní skutečností trvalého tělesného poškození (úrazem, chorobou nebo chirurgickým zásahem) trpí děti do puberty subjektivně zpravidla méně a snáze než v pozdějším věku se přizpůsobují svým omezením. Naproti tomu však těžce nesou nepříznivé reakce okolí (posměch, stranění se apod.) na zjevná postižení, ať je jejich objektivní význam pro životní funkce velký nebo malý (např. ať jde o kosmetické vady a zvláštnosti nebo o zmrzačení). Až starší děti, prepubertální a pubertální, začínají vnímat své příznaky jako příčinu svých těžkostí a důvod k obavám či ke smutku. Skutečná závažnost onemocnění pro vlastní budoucnost či pro budoucnost svých blízkých bývá pak pro stupeň prožívané strasti rozhodující typicky až u dospělých. Z tohoto hlediska je významné pro hodnocení dětských postižení a příznaků to, že **stupeň subjektivního utrpení říká málo o závažnosti onemocnění dítěte.**

Místo toho poukazuje spíše na poruchy a nedostatky v jeho vztazích s blízkými dospělými osobami.

Pro hodnocení závažnosti a pro indikaci vhodných opatření u dětských poruch je rozhodující **vývojové hledisko**, které klade do pravděpodobnostního vztahu s věkem a s duševní vyspělostí dítěte jednak výskyt určitých problémů, poruch a příznaků, jednak přístupnost určitých duševních (a jejich prostřednictvím i tělesných a behaviorálních) funkcí dítěte terapeutickému působení. V nejobecnějším pohledu můžeme některá údobí pokládat za celkově „rizikovější“ než jiná, za období lability a zvýšené narušitelnosti dítěte po stránce duševní. V našich přírodních a kulturních podmínkách jsou to nejspíše věková pásma okolo šestého, desátého a třináctého roku věku (v posledním případě jde o počátek dospívání); zcela specifický význam v tomto ohledu pak připadá nejtělejšímu věku (první rok, popř. první tři roky života).

Přehled o věkové podmíněnosti jednotlivých druhů poruch je malý. Určitou modální souvislost s věkem vykazuje výskyt enuréz a poruch jídla (nejčastější ve 3–6 letech); chorobná úzkostnost (častější se vzrůstajícím věkem až do dospívání); pohybový neklid (ubývajícím se vzrůstajícím věkem); poruchy nálady (do 13 let se vyskytují bez nápadnějších výkyvů v četnosti s věkem, dále pak přibývají u dívek a ubývají u chlapců). Jiné sledované poruchy (např. tiky) závislost na věku nevykazují. (*Schlottke, Wetzel, 1980*)

Vodítkem k prognostice a terapii mohou být i poznatky o **trvalosti či pomíjivosti** psychogenních poruch v závislosti na **věku**, v němž se vyskytnou. Z přehledu výsledků řady významnějších studií uzavírají právě citovaní autoři, že prozatím z nich lze vyvozovat pouze přibližné závěry, neboť značně závisejí na sledovaném populačním výběru. Základní trendy však stojí za zmínku.

Mnohé poruchy u dětí jsou zjevně reakcí na přetížení dítěte nároky okolí a ztrácejí se i bez léčby, jakmile se podmínky upraví. Míra, v níž zjevné duševní poruchy, které se objevily v určitém věkovém rozmezí, mají sklon přetrvávat až do dospělosti, se jeví takto:

0–5 let: V tomto věku vzniklé zjevné poruchy téměř všechny do dospělosti mizí. Výjimkou jsou především prenatálně a perinatálně vzniklé organicky podmíněné poruchy a patrně i následky těžké časné deprivace a depresivní poruchy.

5–15 let: Zde vzniklé poruchy mizí před dosažením dospělosti v 50–80 % případů.

13–18 let: V dospívání vzniklé poruchy se také v tomto období ztrácejí v rozsahu 30–60 % případů.

Předpovídání v individuálních i skupinových případech je však obtížné. Ani počet současně se vyskytujících příznaků, ani závažnost poruchy nemají jasný vztah k jejímu přetrvávání. Dokonce ani u poruch diagnostikovaných jako „psychotické“ není vždy prognóza jistá. Zdá se, že nejranějšími významnými prediktory duševní poruchy v dospělosti jsou v dětském věku tzv. negativní příznaky jako apatie, celková retardace nebo neschopnost navazovat sociální vztahy.

Problémy s předpovídáním zdravotního stavu v dospělosti z přítomnosti či nepřítomnosti jeho poruch v dětství souvisejí s tím, že a) každé dítě během svého vývoje někdy vykazuje příznaky, které by v jiném věku či za jiných okolností byly hodnoceny jako patologické; b) přetrvávání poruchových způ-

sobů prožívání a chování závisí na různých činitelích individuálních (konstituce, schopnosti a možnosti dítěte) a sociálních (reakce okolí na ně, postoje a očekávání rodičů vůči dítěti, jejich dovednosti a možnosti jednání), které rozhodují o dalším osudu poruchy u dítěte; c) nároky kladené na dítě v určitém věku a jeho postavení se v různých rodinách a vztazných skupinách značně liší, takže týž projev dítěte bývá pak jeho okolím v takových případech rozdílně hodnocen a tolerován, neboť měřítko zde jsou – oproti hodnocení poruchových projevů u dospělého – mnohem volnější.

Podle jedné z nejpodrobnějších **analýz „životní cesty“** skupiny osmnáctiletých mužů, kteří v tomto věku neměli zjevné duševní, tělesné či společenské problémy a u nichž jednak byly získány údaje o dosavadním vývoji, jednak byli dále sledováni až do svých 47 let věku (*Vaillant, 1974*), vyhlížel u nich „normální“ průběh vývoje takto:

- Během 30 let sledování se u 25 % vyskytly více než dva příznaky, podle nichž by byli psychiatricky označeni za „nemocné“.
- Získané údaje podporují hypotézu, že předpověď duševních problémů v dospělosti nejlépe umožňuje úhrnná kvalita veškerých zážitků v dětství, nikoli kvalita vztahu k jedné vztahné osobě či jednotlivý traumatický zážitek.
- Nejlepším prediktorem duševního zdraví se jeví nikoli absence příznaků či selhání v kterémkoli životním úseku, nýbrž schopnost jedince úspěšně se vyrovnávat s věkově specifickými nároky v oblastech společenských a pracovních vztahů a činností.

Poznatky o vztazích duševního, tělesného, duchovního a sociálního vývoje dítěte k jeho zdraví či nemoci můžeme zobecnit hypotézou, že nejvíce ohrožena poruchou bývá ta oblast (orgán, funkce, regulace, výkon apod.), která právě prochází **zásadní vývojovou proměnou**. Ostatní mohou být v témž údobí také narušeny, ale až relativně výraznějším přetížením.

K jednotlivým problémům patologie duševního, tělesného a společenského života, jejich vzniku, průběhu a nápravy proto poskytuje důležité obecné vodítko také vývojová somatologie a vývojová psychologie (k té viz *Langmeier, Krejčířová, 1998*).

2 Pojetí psychoterapie

Psychoterapie je v současnosti pojmem víceznačným. Musíme tedy vyjasnit, v jakém významu jej budeme užívat. V dnešní době má své hlavní uplatnění především ve dvou přístupech k psychologické pomoci člověku.

Jeden z těchto přístupů lze označit za **objektivizující, „přírodovědný“**; ten je příznačný i pro soudobé lékařství. V tomto pohledu je psychoterapie **jedním ze základních druhů léčby** (Kratochvíl, 1997). Jejím cílem je vyléčit nemocného člověka nebo mu alespoň pomoci při snášení a zvládání nemoci a jejích následků. Klade si otázky po **příčinách, mechanismech a následcích** u porušených funkcí a porušeného vývoje lidského organismu a osobnosti. Odpovědi využívá k odstraňování poruch a k obnově zdraví v té míře, v níž to stav poznání a účinnost využitelných metod právě umožňuje.

Druhý přístup můžeme označit jako **subjektivizující, „antropologický“**; je příznačný pro humanitní obory vědy. V tomto pohledu je psychoterapie **zvláštním druhem setkání a spolubytí** člověka s člověkem, které trpícího zprošťuje některých jeho dosavadních vnitřních omezení (Široký, 1969) a přináší mu hlubší porozumění sobě samému, bezprostřednější prožívání smyslu ve svém životě a vede ho k plnějšímu uskutečňování tohoto smyslu. Hledá odpovědi na otázky **hodnot, smyslu a cílů** v osobním životě člověka. Jejich objevování a naplňování v konkrétním každodenním žití jedince je zde explicitním účelem, vůči němuž jsou zároveň s tím dosahované klinické léčebné účinky výsledkem odvozeným.

V obou těchto pohledech je psychoterapie **aktem pomoci** člověka člověku. Zdůrazněním „přírodovědného“ hlediska v této snaze vyniká význam toho, **co** terapeut s pacientem **činí**, aby známými nebo předpokládanými mechanismy jeho osobnosti a organismu dosáhl žádaných léčebných účinků. Psychoterapie je zde technologií psychologické léčby. Zdůrazněním „antropologického“ hlediska v této snaze vyniká význam toho, **jak** terapeut s pacientem **sdílí** jeho životní situaci, která v tomto případě obsahuje i nemoc a utrpení, aby mu svou odborně kvalifikovanou zúčastněností pomohl překonat osobní krizi a selhání, která mu brání v plném, zdravém žití. Hlavním tématem prvního

pohledu je psychoterapie jako konkrétně vymezená **činnost**; hlavním tématem druhého pohledu je psychoterapie jako konkrétně vymezený **vztah**. V prvním významu jde o určitý **pracovní postup**, ve druhém o **osobní přístup**.

Oproti občasnému vyhrocování těchto dvou pojetí psychoterapie proti sobě jako vzájemně se vylučujících (kdy se prvému vytýká redukování života na funkci hmotné soustavy, druhému pak nedostatek vědecké objektivity) máme za to, že oba tyto pohledy mají své oprávnění ve **vzájemné komplementaritě** – nikoli teoretické, nýbrž praktické. Pro trpícího člověka, strádajícího ve svém životě nemocí a leckdy i dalšími vlastními omezeními, může být někdy účinnější pomocí rozpoznat, „co“ se v něm, popřípadě s ním děje, a tyto zpravidla mimo dosah jeho prosté vůle působící stavy a pochody podle známých „technologických“ znalostí ovlivnit, změnit a osvobodit ho tak od překážek, bránících mu v autosanaci a ve spontánním životním vývoji. Jindy naopak musí technologická stránka psychoterapie ustoupit stranou jako nedostačující a klíčem k léčebnému účinku je právě objevná osobní zkušenost, „kým“ je a kým se může (popřípadě i má) stát. Této zkušenosti dokáže mnohdy nabýt pouze s účastí terapeuta, sdílejícího s ním v období nemoci jeho život a osvědčujícího mu jistotu podpory a vedení v úsecích, kdy sám své problémy a nároky okolí dobře nezvládá.

Tato práce je zaměřena k praktickému využití psychoterapie v různých oborech lékařství. Proto v ní nápadněji vynikne hledisko prvé – poukazování na psychoterapii jako činnost s určitým obsahem, jako na určité objektivně vymezené pracovní postupy. K tomuto pracovnímu zdůraznění činnostní stránky psychoterapie však nezbytně patří, že druhé hledisko – psychoterapie jako vztah nejen odborné součinnosti, nýbrž i lidské zúčastněnosti terapeuta na problémech pacienta – zůstává vždy přítomným pozadím či základem, na němž teprve může psychoterapeutická činnost účinně pomáhat. V rovině praktických úvah a námětů k vedení psychoterapie, již se budeme držet, lze prvému hledisku zhruba přiřadit pojem „**psychoterapeutický proces**“ (**postup, metoda apod.**), druhému pojem „**psychoterapeutický přístup**“ (**vztah**). Systematická psychoterapie nezbytně působí po obou stránkách, přičemž relativní zdůraznění jedné nebo druhé vyplývá ze situace pacienta a z povahy jeho problémů.

Ve zde zvoleném pohledu rozumíme psychoterapií v nejširším smyslu **užívání psychologických prostředků k léčbě**, tj. k docílení prospěšné změny při poruchách zdraví. **Porucha** je v tomto ohledu nežádoucí či škodlivou odchylkou od funkčně normálního, zdravého stavu člověka vzhledem k průběhu jeho životních pochodů a vývojových proměn. **Léčba** je odstraňováním či překonáváním nežádoucí odchylky a obnovou (plnou nebo částečnou) podmínek, které zdravá funkce a vývoj člověka vyžadují. Rozlišujícím znakem „léčby“ oproti jiným způsobům pomoci člověku ke zdravému vývoji jeho organismu a osobnosti je počáteční přítomnost zdravotní poruchy, na jejíž překonání je poskytována péče zacílena. Taková porucha může být zřejmá, zjevná druhým lidem, nebo před nimi skrytá. Může být patrna svému nositeli, anebo naopak si ji jako poruchu vůbec nemusí uvědomovat. Proto bývá motivovanost pacienta a jeho okolí k terapii v jednotlivých případech rozdílná a vyžaduje rozdílný přístup a postup terapeuta.

Psychoterapie je terapie uskutečňovaná **psychologickými prostředky**. Z hlediska klinického lékařství zaujímá tedy své postavení vedle ostatních

druhů léčby, využívajících prostředků fyzikálních, farmakologických a chirurgických. V tomto ohledu je jejím vymezujícím znakem působení takovými jednoduchými nebo složitými podněty, jejichž rozhodující vliv je zprostředkován jejich **prožitkovou kvalitou**, jejich **významem** pro člověka. Příkladem je působení řečí, gesty a jiným chováním nesoucím význam. Pacient může přitom být příjemcem takových terapeuticky působících činností, anebo může naopak sám konat takové činnosti, jež mu terapeuticky působící prožitky přináší.

Při tomto pojetí psychoterapie v širokém smyslu je účelné rozlišovat i po praktické stránce (z hlediska indikace a provádění) mezi psychoterapeutickým přístupem a procesem systematické psychoterapie.

Psychoterapeutickým procesem či systematickou psychoterapií rozumíme soustavnou, cílenou a plánovitou práci zaměřenou k dosažení určité změny a využívající určitých soustavně uspořádaných postupů.

Psychoterapeutickým přístupem v praxi rozumíme takové jednání člověka s člověkem, které napomáhá integraci a rozvíjení jeho osobnosti po stránce sebepoznání a porozumění druhým, po stránce rozpoznávání a vhodného vyjadřování vlastních citů a záměrů, po stránce rozvíjení vlastních dovedností a jejich uplatňování při dosahování svých cílů, po stránce vytváření realistických a dostatečně otevřených vztahů k sobě a k druhým lidem. To vše napomáhá vnitřní vyrovnanosti, zdatnosti a osobnímu růstu člověka jako jedince i jako člena společenství, a tím mu otevírá i větší možnost prospěšné, léčivé změny. Není to však působení specificky zacílené určitým postupem na určitou poruchu. Patří sem (v oboru zdravotní péče) i uplatňování psychologicky konstruktivních způsobů chování ve vztazích mezi zdravotníky a pacientem. – Příkladem praktických „nástrojů“ psychoterapeutického přístupu může být „produktivní chování“ (Šopek, 1980) zdravotní sestry, psychologická příprava na operativní nebo jiný náročný výkon, psychoterapeuticky působivý způsob podávání léku, psychoterapeuticky vedený rozhovor s pacientem nebo s jeho příbuznými, například při sdělování nepříznivých informací o zdravotním stavu, postupy krizové intervence, pomoc při zvládání stavů zármutku a truchlení, psychoterapeutické stránky léčebného režimu apod.

Pojednáváme-li o psychoterapii jako o „činnosti“ a jako o „vztahu“, je namístě připomenout další důležitý význam tohoto slova. V současnosti pojem psychoterapie označuje také **interdisciplinární vědní obor**, který má svou část obecnou, k níž patří teorie, metody a výzkumné poznatky, a část speciální, zabývající se aplikací u jednotlivých problémů a poruch. Ve zdravotnictví lze získat v tomto oboru na základě příslušného vzdělání, praxe a výcviku funkční specializaci.

Systematická psychoterapie dnes využívá velkého množství postupů, z nichž některé jsou ve vztahu vzájemně protikladným, jiné v sebe navzájem plynule přecházejí. Toto množství lze přehledně uspořádat a popsat pomocí několika **základních dimenzí**, z nichž zde zvolíme:

1. cíl psychoterapeutické činnosti;
2. zaměření (ohnisko) terapeutické práce;
3. způsob zásahu (intervence) terapeuta;
4. uspořádání terapeutické situace (forma terapie).

2.1 Cíl psychoterapeutické činnosti

Tato dimenze umožňuje vystihnout terapeutické postupy co do stupně, v němž své cíle stanoví jako prosté odstranění poruchových způsobů prožívání, chování nebo fyziologického fungování jedince – tzv. **symptomatická terapie**, anebo naopak zásadnější změnu pacientovy osobnosti – tzv. **restrukturující terapie**, při níž má přednost podněcování a „vyprošťování“ uvázaných procesů zdravého duševního vývoje.

Obecným cílem psychoterapie je **obnova zdraví**. Projevy zdravého stavu a vývoje bývají vymezovány s různou podrobností a různými důrazy. Zde vyjádříme pouze základní hlediska „**funkční normy**“ v hlavních ohledech zdravé duševní funkce jedince:

- a) **Správné poznávání a hodnocení skutečnosti.** Poruchy v této oblasti se projevují zkresleným vnímáním, předpojatým nebo logicky chybným myšlením, přeceňováním nebo podceňováním možností ohrožení či dosažení vlastních cílů, neschopností odlišit fantazii od reality a dalšími poruchami orientace člověka ve světě.
- b) **Citová vyrovnanost.** Poruchy v této oblasti se projevují neovládanými výkyvy citového ladění nebo chorobným, objektivní skutečnosti neodpovídajícím převládnutím určité emoce (jako úzkost a strach, hněv, smutek, nadšení) v prožívání, které pak ruší přiměřenou orientaci a počinání člověka v konkrétních situacích.
- c) **Výkonnost odpovídající skutečným možnostem.** Poruchy v této oblasti se projevují selháváním výkonů v situacích, jež by člověk vzhledem ke svým skutečným schopnostem a úmyslům měl a mohl dobře zvládat; selhává však následkem rušivých osobnostních vlivů (nedostatečného či nesprávného učení, podnětového, citového či motivačního přetížení aj.).
- d) **Společenská přizpůsobivost.** Poruchy v této oblasti se projevují neschopností vytvářet prospěšné vztahy s lidmi, volbou a prosazováním společensky nepřijatelných motivů a cílů, neschopností vhodně uplatňovat spolupráci i soupeření, nedostatkem srozumitelnosti v komunikaci a nedostatkem empatie s druhými lidmi.

V dětském věku se všechny tyto funkce vyvíjejí v závislosti na zrání organismu a na socializační zkušenosti dítěte. Proto je hodnocení poruchy zdraví a hodnocení úspěšnosti terapie podmíněno **věkově a výchovně uznávanou „normou“**. Obecné normativní hledisko je v psychoterapii žádoucí doplnit hlediskem **intraindividuální měnlivosti** tak, aby respektovalo možnou odchylku v rychlosti vývoje a odlišilo ji od skutečné poruchy.

Přes snahy o co největší objektivnost a o vědecké zdůvodnění měřítek zdraví a jeho normality či porušenosti je v jeho hodnocení vždy také **subjektivní soud**, rozhodování, které se opírá

o explicitně nezdůvodněnou představu terapeuta samého, rodičů a učitelů dítěte s jejich výchovnými a vzdělávacími cíli a nároky, o prožívání svého tělesného, duševního, duchovního a společenského stavu dítětem samým a o to, co se od něj v daném kulturním prostředí očekává. Tato hlediska se často liší, je však třeba je v potřebné míře respektovat. Terapeutovi připadá hlavní odpovědnost za to, aby jejich nároky uspokojivě převedl na společného jmenovatele a vyjádřil je konkrétní podobou terapeutických cílů. To od něj vyžaduje také osobní zodpovědnou volbu, kterou nelze plně odvodit z explicitních odborných vodítek.

V této volbě je terapeut současně věcným expertem i osobním partnerem dítěte. Objektivně diferencující popis jeho stavu se spojuje s úsilím o porozumění dítěti v jeho situaci. Psychoterapie dítěte vyžaduje překonávání ustrnulých hledisek a způsobů jednání stejně u terapeuta jako v okolí dítěte a u dítěte samého. Stanovení osobní normy a cílů léčby je také **tvůrčím činem**, založeným na poznávání v procesu empatického spolubytí terapeuta s dítětem v jeho světě.

2.2 Zaměření terapeutické práce

Psychoterapeutický proces může být zaměřen:

- a) Převážně na **mimovědomé duševní děje** s cílem odhalit, přehodnotit a změnit dosud patogeneticky působící pozůstatky dobře nezpracované úzkosti, hněvu či sklíčenosti z minulých traumatických zkušeností. Zde se uplatňuje především korektivní citová zkušenost v psychoterapeutickém vztahu a někdy i vědomé pochopení těchto vnitřních souvislostí pacientovi dosud skrytých („vhled“).
- b) Převážně na **vědomé pochody** pacientovy orientace ve světě a v jeho vlastním životě, z nichž další poruchy vyplývají. Jde především o odkrývání a objasňování vadných způsobů vnímání sebe a druhých, nesprávných způsobů myšlení a hodnocení určitých skutečností. Podněcuje se zde rozvíjení a realistické využívání vlastních poznávacích schopností k restrukturaaci patologických představ o skutečnosti a k osvojení účinnějších strategií poznávání a jednání.
- c) Převážně na **vnější projevy** jedince, na jeho chování, jímž přispívá ke vzniku, k udržování, popřípadě k postupnému prohlubování různých poruch a obtíží vnitřní nebo interpersonální povahy ve svém životě. Zde se uplatňuje především výcvik v rozpoznávání konkrétních patologických reakcí a projevů a v osvojování dovedností jiných, prospěšnějších způsobů chování.
- d) Převážně na **společenské vztahy a procesy**, v nichž je pacient ve svém životě patologicky začleněn a zúčastněn. Zde se užívají především postupy hodnotové, citové a rozumové reorientace člověka ve vlastním společenském prostředí, často s využitím uměle vytvořené patientské skupiny („skupinová psychoterapie“) nebo v práci přímo s jeho vlastní základní vztaznou skupinou („rodinná terapie“), které mu pomáhají ke změně společenských postojů, vztahů a praxe.

- e) Převážně na **tělesné funkce** a jejich poruchy s cílem léčebně ovlivnit činnost narušených tělesných soustav a orgánů. Zde se uplatňují především postupy zaměřené na zvládání či odstraňování emočního napětí, patologního fyziologického učení a na psychofyziologické přeladění organismu, které mají povahu abreaktivní, sugestivní nebo nácvikovou a zprostředkují vyvolání a prosazení léčebných fyziologických účinků.

2.3 Způsob zásahu terapeuta

Z hlediska způsobu zásahu může být terapeutova intervence vedena:

- a) Způsobem spíše (v sokratovském smyslu) „**porodnickým**“, kdy terapeut vytváří podmínky a vede pacienta k tomu, aby sám objevil, pochopil a vyjádřil souvislosti, které u něj vedou k poruchám, a aby na tomto základě u pacienta došlo ke změně – v nějakém stupni samočinné, bezděčné, v nějakém stupni vědomě a odpovědně zvolené a uskutečněné. Rozpoznání a sdělení dosud nevnímaných souvislostí a dosud nevyjádřených citů je pokládáno za léčivé. Vymizení příznaků v duševním životě, v tělesných funkcích, v chování a ve společenském začlenění pacienta je druhotné, z prvního odvozené. (Vztah k tomuto zaměření mají tradiční pojmy „nedirektivní“ a „odkrývající“ psychoterapie.)
- b) Způsobem spíše terapeuticky „**manipulativním**“, kdy terapeut neusiluje o pacientovo porozumění pravému zdroji jeho problému a o jeho volbu jiného přístupu a počínání, nýbrž navozuje žádoucí změnu v chování, v prožívání nebo ve fyziologii přímo – řízeným nácvikem, sugescí, předpisem chování apod. Předpokládá se zde, že takto vyvolaná dílčí změna povede svými praktickými, převážně na uvědomění a na vůli pacienta nezávislými účinky k dalšímu šíření uzdravných účinků i do dalších oblastí života jedince a že jeho porozumění či vhled může (často však ani nemusí) být až druhotným výsledkem terapeuticky navozené proměny. (Vztah k tomuto zaměření mají tradiční výrazy „direktivní“ a „zakrývající“ psychoterapie.)

2.4 Uspořádání terapeutické situace

Z tohoto hlediska lze rozlišit množství znaků, jimiž se různé **formy psychoterapie** navzájem odlišují. Patří sem zejména **počet** pacientů a počet terapeutů, kteří se terapeutických setkání zúčastňují; **prostředí**, v němž terapie probíhá (spíše „umělé“ nebo spíše „přirozené“); **místo** pobytu pacientů mimo dobu psychoterapie (psychoterapie ambulantní nebo stacionární s hospitalizací či bez ní); **institucionální začlenění** psychoterapie (např. na psychia-

trickém nebo somatickém oddělení, ve školském či v nápravném zařízení), **provozní začlenění** psychoterapie (v systému režimové léčby, terapeutického společenství, běžného klinického režimu apod.); **časové rozvržení** terapie co do množství času, počtu setkání a frekvence setkávání (rozlišení terapeutické intervence „jednorázové“, „krátkodobé“, „dlouhodobé“; terapeutická setkání hodinová či kratší nebo naopak mnohahodinové „maratony“; setkání opakovaná v rozmezí hodin až měsíců). Na tomto místě poukážeme jen na možnosti uspořádání týkající se počtu a vztahů pacientů, kteří se současně účastní terapie.

- a) **Individuální psychoterapie.** V této formě jeden pacient vstupuje do terapeutického vztahu a terapeutické spolupráce s jedním terapeutem (řídčeji s více terapeuty postupně nebo současně). Zvýrazňuje se tím povaha individuálního terapeutického vztahu, na jehož kvalitě pak záleží průběh a účinnost konkrétních, zde často osobně velice intenzivních postupů terapeutické práce.
- b) **Hromadná psychoterapie** je svou podstatou psychoterapií individuální, kterou však lze pro jednoduchost a univerzálnost užitého terapeutického postupu provádět s více přítomnými pacienty zároveň (např. současné sugestivní působení nebo nácvik psychofyzilogické relaxace). Následkem tohoto uspořádání terapeutické situace však osobní vztah mezi pacientem a terapeutem značně ustupuje do pozadí. Při plánování hromadně terapeutického působení se ani s úlohou vztahů mezi patientskými spoluúčastníky terapie explicitně nepočítá.
- c) **Skupinová psychoterapie** je tradiční označení pro psychoterapii prováděnou v uměle vytvořených skupinách pacientů. Terapeutické skupiny se vybírají a skládají tak, aby všichni členové mohli do společného terapeutického dění přispívat a těžit z něj. U této formy terapie také poněkud ustupuje do pozadí význam individuálních vztahů jednotlivých pacientů k terapeutovi či k členům terapeutického týmu. Oproti tomu se zde hlavním nástrojem léčby stává dynamika a vývoj intenzivních vztahů mezi členy skupiny navzájem v průběhu jejich terapeutického „soužití“ v jejím rámci.
- d) **Rodinná (popř. manželská) psychoterapie.** V této formě je terapeutická práce zaměřena na vztahy, interakci a vývoj v přirozené rodinné skupině pacienta, jejíž narušenost se pokládá za rozhodující zdroj jeho individuálních či vztahových poruch a problémů. Podstatným znakem rodinné terapie je, že nejde o práci v uměle vytvořené („modelové“) terapeutické situaci, nýbrž že terapeut pracuje s problémy v jejich reálné situaci, často i v reálném čase jejich výskytu a v jejich přímo pozorovatelné podobě. Tím vzrůstá význam vztahu, jaký si s rodinou vytvoří, i když v popředí práce zůstávají vztahy rodinné.

- e) **Terapeutická komunita.** Léčebné společenství je pro psychoterapii strukturou vyššího řádu, která dodává jejím základním formám (a–d) novou kvalitu jejich zasazením do reálného života pacientů v institucionálním prostředí léčebného zařízení. Tím terapeutickou práci individuální, skupinovou a někdy i rodinnou výrazně umocňuje, dodává jí nové reálné podněty a vyústění. Lze jí však také přičíst určitou samostatnou psychoterapeutickou účinnost, i když pro její specifické působení se hodí spíše označení „socioterapie“.

* * *

Uvedené základní dimenze systematické psychoterapie umožňují určitou orientaci ve vhodné **indikaci a vedení psychoterapeutické práce**. Podrobnější vodítka vyplynou z popisu konkrétních psychoterapeutických postupů v následujících kapitolách. Aby psychoterapie mohla v kterékoli své podobě dobře začít a smysluplně probíhat, vyžaduje pro to určité **předpoklady** na straně **pacienta**, na straně **terapeuta** i na straně **prostředí**, v němž žijí a terapeuticky pracují. Naplněnost těchto předpokladů rozhoduje o tom, jaký způsob psychoterapeutické pomoci je vhodný za právě daných podmínek a možností.

Předpoklady úspěšné psychoterapie **na straně terapeuta** jsou zkoumány často (*Kratochvíl, 1997*). Patří k nim určitá skladba **osobních předpokladů**, schopností a povahových vlastností, mezi nimiž je i zásadní odolnost terapeuta vůči rizikům osobního selhání při práci s lidskou patologií daného druhu. Předpoklady dále zahrnují také určitou **životní zkušenost**, na níž závisí okruh problémů, s nimiž se terapeut dokáže u svých pacientů dobře vyrovnávat. Nezbytná je příslušná **profesionální příprava** (psychologické a zdravotnické vzdělání, psychoterapeutický výcvik) pro práci ve zvolené oblasti psychoterapie. Z praktického hlediska je závažným činitelem také **provozní možnost** věnovat psychoterapii ve svém zaměstnání nezbytnou práci a čas. Terapeutova osobní výbava vzhledem k těmto okruhům nároků pak rozhoduje o tom, s jakými **pacienty**, s jakými druhy **poruch** a jakými **metodami** psychoterapie může úspěšně pracovat. Protože člověk sám nedokáže vždy své předpoklady dobře posoudit (psychoterapie je z hlediska osobních klamů a sebeklamů značně rizikovým oborem), je velice důležité, aby měl při své terapeutické činnosti možnost kvalifikované **supervize a konzultací** po stránce odborné i po stránce osobní.

Předpoklady k úspěšnému průběhu psychoterapie **na straně prostředí** (institucionálního, kulturního apod.) vystupují zpravidla v úloze činitelů, které určitý způsob psychoterapie s určitými pacienty a problémy **omezují**. Kdo, kdy, jak a proč by měl s pacienty psychoterapeuticky pracovat, bývá někdy explicitně předepsáno, někdy jen implicitně „zavedeno“ a terapeut může svým počínáním a jeho výsledky tento společenský a institucionální prostor pro psychoterapii ovlivňovat k jejímu prospěchu nebo k její škodě.

Předpoklady k psychoterapii **na straně pacienta** jsou také rozsáhle zkoumány (*Kratochvíl, 1997; Bergin, Garfield, 1994*). Získávané poznatky se týkají zpravidla vlastností pacientovy **osobnosti**, které jsou pro určitý způsob psychoterapie příznivé nebo nepříznivé, a hrubého rozlišení **nozologických jednotek**, u nichž je psychoterapie (popř. psychoterapie určitého druhu) pokládána za hlavní, za přídatnou nebo za kauzálně bezvýznamnou metodu léčby. Z druhé strany je tento vztah popisován u jednotlivých psychoterapeutických **směrů a metod** z hlediska vhodnosti či nevhodnosti jejich uplatnění u pacientů a u onemocnění určitého druhu.

2.5 Kvalifikace dětského psychoterapeuta

Otázkám **způsobilosti** pro kvalitní výkon psychoterapeutické činnosti se věnuje pozornost i po stránce institucionální, popřípadě právní. Je zřejmé, že úspěšné provádění psychoterapie vyžaduje jednak vhodnou konstelaci osobních předpokladů motivačních, schopnostních a morálních, jednak odpovídající znalosti a dovednosti. Stručně připomeneme současnou situaci v této oblasti, a to jednak po stránce **(1) institucionalizace** (tj. formální regulace) psychoterapie a dalších s ní souvisejících vztahů a činností, jednak po stránce **(2) rozsahu a obsahu** kvalifikace potřebné k jejímu prospěšnému vykonávání.

2.5.1 Institucionalizace psychoterapie

Právně jsou v některých zemích činnosti a metody uznané za psychoterapeutické, profesní statut psychoterapeuta a oprávnění k výkonu psychoterapie upraveny zákonem (ze sousedních zemí je tomu tak na Slovensku, v Rakousku, v Německu). V České republice snahy po zákonné úpravě výkonu psychoterapie doposud neuspěly, ač stále probíhají.

Výkon psychoterapeutické činnosti je u nás v současnosti částečně regulován v rezortu **zdravotnictví**. Sazebník úhrad zdravotnických výkonů obsahuje i položky psychoterapeutické a v této souvislosti je určeno, komu mohou být vyjmenované výkony hrazeny zdravotní pojišťovnou. V současnosti může pojišťovna smluvně hradit výkony „systematické psychoterapie“ na základě osvědčení, že pracovník, který je uskutečňuje, získal v tomto oboru **funkční specializaci**. Tu osvědčuje na základě doloženého vzdělání, praxe a přezkoušení Institut postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví v Praze. (Živnostenský list umožňující poskytovat psychologickou pomoc klientům za úplaty lze získat pouze pro výkon psychologického poradenství, nikoli však psychoterapie.)

Výkon psychoterapie v rámci rezortních institucí **mimo zdravotnictví**, například v pedagogicko-psychologických poradnách, ve speciálních diagnostických či výchovných zařízeních pro děti a mládež, v poradnách pro manželství, rodinu a mezilidské vztahy či v zařízeních nestátních institucí, například v poradenských a krizových centrech dobrovolných humanitárních organizací, bývá upraven pouze ustanoveními platnými v rámci řízení těchto institucí, jinde bývá regulován jen místními zvyklostmi. (Nejpropracovanější systém v tomto ohledu mají v současnosti poradny pro manželství, rodinu a mezilidské vztahy, kde kvalifikaci zajišťuje a potvrzuje Asociace manželských a rodinných poradců.)

Vzdělávací a supervizní činnost v psychoterapii pro zdravotnictví je v současnosti uznávána organizacím, jejichž předložené programy pro to získaly **akreditaci**. Tu jim uděluje komise složená ze zástupců Psychiatrické společnosti ČLS a České psychoterapeutické společnosti ČLS, Asociace klinic-

kých psychologů a Institutu postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví. Mimo zdravotnictví se dosud institucionální regulace vzdělávání v psychoterapii neuplatňuje.

Souhrnně lze říci, že co se týká právní a odborné regulace statutu psychoterapeuta, praktického výkonu psychoterapie i vzdělávání a supervize v ní je situace v České republice (podobně jako v mnoha dalších zemích) doposud neustálená. Při pokusech stanovit společensky závazná pravidla v tomto ohledu dochází ke koncepčním a stavovským střetům mezi představiteli různých zájmových skupin. Konfliktní napětí v současnosti vnímáme především v těchto bodech:

a) Kdo má o profesních záležitostech psychoterapie rozhodovat?

Má být rozhodovací pravomoc v otázkách týkajících se statutárních záležitostí psychoterapie svěřena **jednomu** ústředí jakožto „střešní“ odborné organizaci, která by prostřednictvím svých k tomu zřízených orgánů zastupovala oborové zájmy psychoterapie vůči jejím příjemcům, poskytovatelům a plátcům? Nebo má být tato kompetence decentralizována na **různé** organizace a instituce, které si k tomu získají dostatečnou neformální společenskou autoritu u členů psychoterapeutické obce a u veřejných institucí, které mají pravomoc rozhodovat o legálnosti poskytování a hrazení psychoterapeutické péče? – Prvá alternativa má lepší vyhlídky zajistit zachování stejných standardů pro všechny, druhá může lépe vyhovovat rozdílným potřebám, nárokům a možnostem psychoterapie v různých oborech „pomáhajících profesí“ a nadto neobsahuje motiv politického boje různých zájmových sdružení právě o statut ústředního reprezentanta (a tím i normotvůrce) oboru psychoterapie jako celku. Hrozbu by zde nejspíš představovala odlišná kritéria rozhodování ve formálně jednotně definovaném oboru činnosti.

b) Kdo a kde má psychoterapii vykonávat? Má být (ve svých normách) psychoterapie koncipována jako činnost jednoznačně **zdravotnické** povahy bez ohledu na rezort, v němž se uplatňuje, anebo má být koncipována nezávisle na pojetí výlučně zdravotní péče a získat statut nejen interdisciplinární, nýbrž i **nadrezortní** profese? – Prvou alternativu podporuje dosavadní převážně klinická tradice psychoterapie jako léčba nemocných a až na některé výjimky (např. pro zvlášť psychoterapeuticky kvalifikované střední zdravotnické pracovníky, popř. vysokoškoláky některých nezdravotnických oborů pracujících ve zdravotnických zařízeních) má sklon omezovat samostatný výkon psychoterapie i vzdělávání v ní na profesi lékařů a klinických psychologů. Hovoří pro ni i skutečnost, že psychoterapie slouží ponejvíce lidem, kteří jsou zdravotně (v nejširším smyslu – tedy tělesně, duševně nebo sociálně) poškození a potřebují léčbu.

Druhá alternativa vychází ze skutečnosti, že soustavou psychoterapeutickou pomoc potřebují často i klienti různých typů nezdravotnických zařízení (např. sociální nebo výchovné péče), jejichž stav není správné ani účelné „medicinalizovat“, či dokonce „psychiatrizarovat“. Profese psychoterapeuta by se v této alternativě stala přístupnou i odborníkům neklinických oborů v nezdravotnických zařízeních (např. sociálním pracovníkům, pedagogům, sociologům, antropologům, filozofům, teologům), kteří by získali předepsanou psychoterapeutickou kvalifikaci přiměřenou nárokům a normám právě té pracovní oblasti, v níž působí. Anekdoticke zdůvodnění pro to nabízí výrok *F. Perlse*: „Psychoterapie je příliš dobrá, než aby byla vyhrazená jen nemocným.“ (Za připomenutí stojí, že v sousedním Německu se mohou kvalifikovanými psychoterapeuty dospělých pacientů stát pouze lékaři nebo kliničtí psychologové, zatímco statut „psychoterapeuta pro děti a mládež“ mohou patričním postgraduálním vzděláním získat i odborníci některých dalších profesí.)

- c) **Co má být za psychoterapii uznáváno?** Které teoretické přístupy, praktické postupy a vzdělávací programy jsou dostatečně doloženy jako účinné, a které nikoli? V tomto ohledu se u nás již řadu let pokouší představitelé Psychoterapeutické společnosti ČLS ve spolupráci s přízvanými dalšími odborníky definovat tento obor činnosti jednak **vcelku**, jednak i výčtem a definováním **rozdílných přístupů a postupů**, kterými lze legitimní psychoterapii provádět.

V rámci této snahy jsou již v návrhu formulovány tzv. **standardy** doporučených postupů, a to pro dílčí obory psychoterapie individuální, skupinové, rodinné a režimové v denních stacionářích.

Obdobné standardy zpracované pro jednotlivé u nás zastoupené psychoterapeutické směry a metody dosud zveřejněny nebyly, ačkoli pro definování uznávaných způsobů psychoterapeutické práce oproti způsobům průkazně pochybné hodnoty to bude nezbytné. K závaznému rozhodování v tomto ohledu může však dojít až tehdy, kdy bude vyřešena otázka odborné a právní regulace psychoterapeutické činnosti vůbec. V jiných zemích je toto již řešeno (např. v Německu jsou takto uznány pouze dvě školy – psychoanalýza a kognitivně-behaviorální terapie, v Rakousku je jich více) a má to důsledky hlavně pro hrazení poskytované psychoterapie z veřejných prostředků, především ze zdravotního pojištění.

Pro výkon (popř. i vzdělávání a supervizi) v oblasti **psychoterapie s dětmi a dospívajícími** je v uvedených ohledech v současnosti důležité to, že také pro ni doposud nebyly specifické standardy vytvořeny. Pouze ve „Standardech psychiatrie“ (*Raboch, 1999*) nacházíme v *Hortově* kapitole o dětské psychiatrii i popis standardních, převážně kognitivně-behaviorál-

ních, psychoterapeutických postupů u dětí, uspořádaný podle *Mezinárodní klasifikace nemocí (1992)*.

V rámci dosavadní institucionalizace přípravy psychoterapeutů jsou tedy budoucí dětští a dorostoví psychoterapeuti vzdělávání a přezkušování společně s odborníky vzdělávajícími se pro výkon psychoterapie **s dospělými**. Přitom se předpokládá, že si svou specifickou kvalifikaci získají v rámci formálně předepsaného rozsahu vzdělávání a supervize absolvováním vzdělávacích akcí, jež jsou na psychoterapii s dětmi specializovány, a ovšem i supervizním vedením školitelem takto zaměřeným. Klady a záporny této situace závisí na podobnosti či odlišnosti nároků na jejich osobní a odbornou způsobilost v porovnání s nároky na terapeuty pracující s dospělými. Prospěšné vyřešení otázky po vhodnosti institucionalizace dětské psychoterapie jako zvláštního oboru psychoterapeutického vzdělávání a praxe závisí na rozboru věcného obsahu jejich nároků.

(Lze ostatně poznamenat, že podobně jako doposud nejsou vypracovány specifické definice a standardy pro psychoterapii s pacienty či klienty odlišného **věku**, nejsou vypracovány ani pro psychoterapii s pacienty či klienty s různými typy **problémů**, ačkoli způsob psychoterapeutické práce, a v důsledku toho i žádoucí obsah přípravy na ni například s pacienty somaticky nemocnými, neurotickými, psychotickými či s klienty manželských poraden nebo krizových center může být i v rámci téhož psychoterapeutického přístupu navzájem podstatně rozdílný.)

2.5.2 Rozsah a obsah kvalifikace dětského psychoterapeuta

Vymezení společných a odlišných nároků, a tím i hlavních požadovaných kvalifikačních předpokladů výkonu psychoterapie s dětmi a dospívajícími se vymyká možností prosté úvahy autora tohoto oddílu. Očekáváme ji spíše, ukáže-li se to jako potřebné, od soustavné práce týmu odborníků. Na tomto místě se pouze pokusíme připomenout, které nároky na potřebnou kvalifikaci psychoterapeuta vnímáme jako zvlášť specifické pro práci s nedospělými pacienty či klienty.

a) Formální skladba přípravy dětského psychoterapeuta

Ve světě i u nás běžné programy získávání základní kvalifikace pro výkon psychoterapie mívají (s některými výjimkami) rozsah přibližně mezi osmi až dvanácti sty hodinami vzdělávacích aktivit a bývají rozvrženy většinou do čtyř až šesti let. Rozdíly v rozsahu a trvání vzdělávacích programů jsou dány hlavně náročností získávaného základního vzdělání v teorii a praxi psychoterapie vůbec, v teorii a praxi daného směru či metody zvlášť a nakonec i předpokládaným rozsahem a povahou aplikace získávané psychoterapeutické způsobilosti.

Příprava psychoterapeutů obsahuje zpravidla osvojení teoretických znalostí (někdy i výzkumných poznatků a strategií), získání praktických dovedností v užívaných metodách, experienciální výcvik v praxi osvojovaného přístupu kvazipacientskou zkušeností na sobě samém a pak již i vlastní terapeutickou praxi vykonávanou pod dohledem kvalifikovaného supervizora.

Všechny tyto složky jsou nepochybně potřebné i pro přípravu k psychoterapeutické činnosti s dětmi a dospívajícími. Rozdíl vnímáme především v tom, že sebezkušenostní výcvik zde sice také dobře poslouží sebepoznání a prohloubení empatie s pacientem či klientem v jeho stavu a situaci (popř. i vyrovnání se s některými osobními problémy, jež by – nerozpoznány a nezvládnuty – mohly terapeuta v jeho práci svádět na scestí), je však mnohem méně věrným modelem toho, co v psychoterapii prožívá skutečné dítě nebo adolescent. Proto máme za to, že v přípravě dětského psychoterapeuta oproti specialistům na práci s dospělými vzrůstá význam účasti frekventanta výcviku na praktickém provádění psychoterapie jeho školiteli, a to napřed v roli pozorovatele a později v roli spoliterapeuta.

Smysl přesunutí důrazu z výcvikové sebezkušenosti na **přímou účast při terapii** vnímáme v tom, že dospělý uchazeč o kvalifikaci dětského terapeuta si lépe psychologicky „ohmatá“ specifický prožitkový svět dítěte v přímém kontaktu s jeho projevy než ve svém cvičně terapeutickém sebezážitku dospělého. Zvláště s dětmi (ne již tak s dospívajícími) je podle našich zkušeností tento způsob výcviku usnadněn tím, že děti bývají v terapeutické situaci obvykle méně náročné na „soukromí“ s výlučně jednou osobou, jíž se svěřují, a účast dalšího člena týmu v terapeutickém dění přijmou snáze než dospělí.

b) Obsahová skladba přípravy dětského psychoterapeuta

Teoretické vzdělávání budoucích psychoterapeutů tradičně obsahuje klinicky významná témata z oblastí psychologie osobnostní a sociální, medicínské somatologie, filozofické antropologie, lidské kultury a spirituality. Všechny tyto oblasti mají své místo i v přípravě odborníka v psychoterapii dětí a dospívajících. Za důležité specifikum však u něj pokládáme zesílení důrazu ve všech těchto ohledech na **hledisko vývojové**.

Vývojové hledisko je ovšem nutně zastoupeno i v psychoterapii dospělých, často však bývá v přípravě terapeutů obsaženo spíše implicitně, v hlediscích indikace, strategie a realizace různých psychoterapeutických přístupů a postupů u různých „typů“ pacientů či klientů. Pro dětskou **diagnostiku, prognostiku a volbu metod** v psychoterapii je proti tomu důležité především rychlé tempo a nepoměrně větší rozsah vývojových proměn, jimiž dítě a dospívající v zákonitě posloupnosti ve své normalitě i ve svých abnormitách prochází.

Důkladnější vzdělání v zákonitostech zdravého a narušeného duševního, tělesného, duchovního a společenského vývoje dítěte a dospívajícího je nezbytné k přiměřenému rozlišení povahy a závažnosti poruchových úkazů („vývojová symptomatologie“ – vedle vývojové syndromologie a nozologie)

stejně jako k rozhodnutí o potřebnosti a podobě psychoterapeutického zásahu a o při tom terapeuticky využitelných osobních zdrojích u dítěte či dospívajícího na právě dané vývojové úrovni. Některé zvláštnosti různých vývojových úrovní v dětství a dospívání jsme již připomněli v předchozích oddílech: odlišné prožívání a chápání zakoušených příznaků a vlastního stavu vůbec u dětí různého věku, odlišný prognostický význam různých poruchových úkazů u dětí, pohotovější generalizace projevu poruchy i terapeutického účinku do jiných než primárně postižených oblastí u dětského pacienta apod.

Také při volbě přístupu a praktického postupu v psychoterapii dítěte je nutno uplatnit poznatky o vývojově podmíněných zdravých i poruchových vlastnostech dětské osobnosti. Správné pochopení a výklad narušeného stavu dítěte či dospívajícího musí odpovídat tomu, co je u něj vývojově možné a co má pro jeho další zdravý vývoj zásadní důležitost. Totéž platí i pro volbu konkrétního cíle a metody terapeutické práce s ním. Tato problematika je tak rozsáhlá, že se jí budeme zabývat v dalším výkladu o jednotlivých typech psychoterapeutických postupů průběžně.

* * *

Závěrem ještě připomínáme, že psychoterapeutická profese patří také k **psychologicky a eticky „rizikovým“** oborům lidské činnosti. Psychoterapeutická práce s dětmi a dospívajícími poskytuje příležitosti k uplatňování patologického „protipřenosu“ terapeuta vůči pacientům či klientům stejně či ještě více než práce s dospělými. Kromě i u nás tradičního důrazu na zkoumání odborných a morálních dilemat právě v psychoterapii jsou v tomto oboru soustavně formulovány kodexy zásad, byť zpravidla s neurčitou mírou právní závaznosti – u nás nově v Etickém kodexu České psychoterapeutické společnosti ČLS (Kožnar, 1999).

Pokušení k ekonomicky motivovanému nepatřičnému výkonu psychoterapie nebo k psychologicky podmíněnému „odreagovávání“ vlastních frustrovaných či nezládaných motivů – například mocenských, pečovatelských a ochranných, sexuálních, agresivních – v psychoterapeutické činnosti s dětmi a dospívajícími může být pro vnitřně nevyrovnané jedince ještě silnější v důsledku předpokládané menší schopnosti nedospělých pacientů rozpoznat, že se v terapii děje něco nepatřičného, a účinně se tomu vzepřít. Riziko zneužívání závislosti pacienta na terapeutovi, vyskytující se i v práci s dospělými, je při práci s dětmi navíc zesíleno ještě přirozenou závislostí dítěte na dospělém.

Duševní a mravní odolnost vůči takovým pokušením patří také ke kvalifikaci dětského psychoterapeuta, její budování až v rámci samotného psychoterapeutického výcviku však zpravidla přesahuje jeho výchovné, popřípadě převýchovné možnosti. Proto je třeba i tato hlediska – vzdor nesnadnému zjišťování velikosti vlastního či cizího osobního rizika v tomto ohledu – brát

v úvahu při osobním rozhodování člověka pro toto povolání i při institucionálním výběru vhodných kandidátů pro psychoterapeutické vzdělávání. Stejně tak je potřeba explicitně se jimi zabývat i v průběhu výcviku a supervize a při rozhodování o udělení licence psychoterapeuta. V krajním případě prokázaného osobního selhávání v tomto ohledu je namístě uplatnit institucionalizovaná pravidla o možnosti zrušení již získaného oprávnění k výkonu psychoterapie. Kromě mravní odpovědnosti za včasné ukončení takto zproblematizované vlastní činnosti ze strany sebereflektujícího terapeuta samého, pokud sám dokáže své selhávání rozpoznat a vyvodit z něj důsledky, připadá v takových případech mravní, ne-li přímo zákonná, odpovědnost odborným institucím vzdělávání, supervize a profesní organizace tohoto oboru. (V České psychoterapeutické společnosti je k tomu ustavena jako vrcholový rozhodčí orgán Etická komise ČPS ČLS.)

3 Obecné otázky psychoterapie s dětmi

V této práci věnované „psychologické léčbě“ se nejprve budeme stručně zabývat otázkami psychologického pozadí různých druhů problémů a poruch v dětském věku. Pro praxi je důležité rozpoznat souvislosti různých typů poruchového i zdravého duševního dění s ději probíhajícími v dalších oblastech jeho života a připomenout zvláštnosti jejich interakce u dítěte v průběhu jeho vývoje.

3.1 Formy psychologické pomoci dětem

V rámci zdravotní péče je také psychologická pomoc dítěti odstupňována z hlediska **cíle, obsahu a způsobu vedení**. I když se v této práci zabýváme psychoterapií především v užším smyslu, upozorníme v této souvislosti také na její alternativy, z nichž se může psychoterapie vyvinout, nebo v něž naopak může přejít.

3.1.1 Klinické psychologické poradenství

V této formě jde o krátkodobou pomoc omezenou zpravidla na několik intenzivních rozhovorů s dítětem a s jemu nejbližšími dospělými. Terapeut v úloze poradce prozkoumá příznaky a okolnosti poruchy a poskytne tento druh intervence v případě, kdy usoudí, že **běžný situační nebo vývojový problém** dítěte rodina, popřípadě škola, neřeší vhodným způsobem. Zdrojem selhávání je přitom aktuální přetížení dítěte či jeho vychovatelů problémem, s jehož zvládnutím si „nevědí rady“.

Terapeutův zásah je svou podstatou **podpůrný**. Přijímá dítě i dospělé jako v podstatě nenarušené, schopné s jeho pomocí se samostatně s problémem a s jeho následky vyrovnat. Jeho postoj dává „klientům“ příležitost zvěcnit a objektivně posoudit tísnivé, citově nabitě problémy a s přispěním terapeuta prospěšně změnit své dosavadní neúčelné či škodlivé postoje a počínání. Hlavní náplní terapeutova zásahu je poskytnout **objasnění**, dodat chybějící