

Univerzita Karlova v Praze  
Pedagogická fakulta



EFEKTIVITA PORADENSKÉ PÉČE O DĚTI S PORUCHAMI CHOVÁNÍ

EVALUACE MULTISYSTÉMOVÉHO MODELU INDIKOVANÉ PREVENCE  
REALIZOVANÉHO V PEDAGOGICKO – PSYCHOLOGICKÉ PORADNĚ V PRAZE 6

EFFICIENCY CONSULTING CARE FOR CHILDREN WITH BEHAVIOR DISORDERS

THE EVALUATION OF MULTISYSTEM MODEL OF INDICATED PREVENTION  
IMPLEMENTED IN THE PEDAGOGICAL - PSYCHOLOGICAL COUNSELING  
CENTER IN PRAGUE 6

Disertační práce

Autorka: PhDr. Mgr. Veronika Pavlas Martanová  
Katedra psychologie

Vedoucí práce: PhDr. Lidmila Valentová CSc.  
Obor doktorského studia: Pedagogická psychologie

Praha 2011

## **PROHLÁŠENÍ**

Prohlašuji, že jsem disertační práci „Efektivita poradenské péče o děti s poruchami chování. Evaluace multisystémového modelu indikované prevence realizovaného v pedagogicko – psychologické poradně v Praze 6.“ vypracovala samostatně pod vedením PhDr. Lidmily Valentové CSc. a pouze s využitím literatury a zdrojů, které cituji a uvádím v seznamu. Dále prohlašuji, že tato dizertační práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

10. 10. 2011 v Praze

Veronika Pavlas Martanová

## **PODĚKOVÁNÍ**

Tímto bych ráda poděkovala vedoucí mé disertační práce, doktorce Valentové, za ochotu, laskavý a přátelský přístup, náměty k zamyšlení a rady k obsahu i formálním náležitostem práce. Dále paní doktorce Škaloudové za pomoc při znovupronikání do tajů statistiky.

Mé velké díky patří mým pracovním kolegům z poradny na Praze 6: Ondrovi, Ireně a oběma Kačkám, které se mnou již sedmým rokem vedou terapeutické skupiny, přestože je to práce velmi nelehká, a za to, že jsou otevřeni evaluaci tohoto modelu.

Zároveň chci poděkovat své rodině, zejména svému tolerantnímu muži Petrovi za mnohostrannou podporu a své dceři Barunce za to, že je trpělivým miminkem, kterému snad nevadí, že maminka tráví spoustu času s cizími dětmi a u počítače. Díky hlídací babičce a tetičce, které mi umožnily práci dokončit.

## **O autorce**

PhDr. Mgr. Veronika Pavlas Martanová (\*1977) vystudovala učitelství, obor český jazyk a dějepis pro střední školy a následně psychologii v kombinaci se speciální pedagogikou. Rok pracovala jako psycholožka ve středisku výchovné péče a posledních sedm let na stejné pozici v pedagogicko – psychologické poradně na Praze 6. Částí úvazku pak participuje na projektech Institutu pedagogicko – psychologického poradenství z oblasti prevence. Je akreditovaným Gestalt - psychoterapeutem a dětská psychoterapie stojí trvale v popředí jejího profesionálního zájmu, na toto téma napsala diplomovou i rigorózní práci, publikovala několik článků. Je vdaná, má dva nevlastní syny Patrika a Michala a dceru Barboru.

## **ABSTRAKT**

NÁZEV:

Efektivita poradenské péče o děti s poruchami chování. Evaluace multisystémového modelu indikované prevence realizovaného v pedagogicko – psychologické poradně v Praze 6.

AUTOR: PhDr. Mgr. Veronika Pavlas Martanová

KATEDRA: Katedra psychologie

ŠKOLITEL: PhDr. Lidmila Valentová CSc.

Tato disertační práce se zabývá různými možnostmi práce s dětmi se specifickými poruchami chování (ADHD, ADD, PCH). V rámci teoretické části se autorka zabývá dětskou psychoterapií a její efektivitou obecně, sleduje vývoj výzkumů tohoto tématu, aby se následně zaměřila na léčbu specifických poruch chování a poruch pozornosti. Rekapituluje dostupné zahraniční studie efektivity léčby těchto potíží a monitoruje tuto problematiku též v rámci českých pedagogicko – psychologických poraden. Teoretická část je zakončena textem popisujícím možnosti evaluace v poradenství, který připravuje čtenáře na pozvolný přesun do praktické části.

V praktické části je pak kvantitativně i kvalitativně evaluován konkrétní multisystémový terapeutický model, který je sedm let realizován v PPP Praha 6. Evaluace zahrnuje jeho dvouleté působení, model je v práci podrobně popsán, tak aby mohl sloužit jako praktická inspirace. Na kvantitativní rovině sleduje autorka pomocí dotazníků pro rodiče a učitele, zda došlo k posunu v chování a projevech dítěte v rodině a ve škole po roce docházky do skupiny, aby zjistila, že všichni zúčastnění se shodnou na nejvýraznějším posunu dětí ve vztazích k vrstevníkům. Výrazný posun nastal též v celkové situaci dítěte ve škole a v jeho vztahu s učitelem (zejména z pohledu učitele).

V kvalitativní části jsou sledovány zakázky dětí z prvního stupně ZŠ, jejich rodičů a učitelů před započítím terapie a následně zisky rodin po roce terapie. Všechny tři skupiny respondentů: učitelé, děti i jejich rodiče se shodnou v tom, že by dětem prospělo lepší nakládání s emocemi a jejich ovládnutí, zlepšení komunikace a vztahů s ostatními lidmi a upevnění školních návyků. Učitelé volají po změně výchovného přístupu v rodině a též rodiče přiznávají, že by rádi získali pomoc, aby byli důslednější a lépe stanovovali dětem hranice. Po roce práce vnímají změnu na mnoha úrovních rodiče i jejich děti. U dětí dochází i na kvalitativní úrovni ke zlepšování vztahů s vrstevníky, zlepšování komunikace a roste jejich

sebeovládání. Rodiče pak pocítují změnu v mnoha oblastech, uvědomují si univerzalitu a relativitu svých potíží, tráví více času s dítětem a polarizuje se jejich vztah ke škole. Tento jev se ukázal pro rodiče jako zásadní a je v práci podrobněji rozpracován. Kromě pocíťovaného efektu péče je kvalitativně analyzováno též jaké dítě přichází do skupin z hlediska spisové dokumentace a v závěru je vytvořena typologie klientů na základě rozsahu jejich potíží, motivace a předpokládaného průběhu léčby. Kromě těchto nejpodstatnějších závěrů obsahuje tento text i celou řadu drobných zajímavostí, které pomáhají porozumět danému tématu: popisuje jevy jako „vzpomínkový optimismus rodičů“ a „vzpomínkový pesimismus učitelů“, sleduje rozdíly, do jaké míry děti o skupině mluví s rodiči a ve škole. Zajímavé je téma rodičovského přání: jakou změnu by nejvíce žádali pro své dítě. Rozhodně inspirující je snaha terapeutů aktivizovat mužský prvek v rodinách v průběhu terapie.

Závěrečná diskuse shrnuje metodologické otázky, diskutovány jsou výsledky výzkumu a navržena doporučení pro praxi.

**KLÍČOVÁ SLOVA:** dětská psychoterapie, pedagogicko – psychologické poradenství, efektivita péče, poruchy chování a pozornosti, vztah rodiny a školy

## **ABSTRACT**

**TITLE:**

Efficiency Consulting Care for Children with Behavior Disorders. The Evaluation of Multisystem Model of Indicated Prevention Implemented in the Pedagogical - Psychological Counseling Center in Prague 6.

**AUTHOR:** PhDr. Mgr. Veronika Pavlas Martanová

**DEPARTMENT:** Department of Psychology

**SUPERVISOR:** PhDr. Lidmila Valentová CSc.

This thesis discusses various options for working with children with specific behavioral disorders (ADHD, ADD, PCH). In the theoretical part, the author deals with child psychotherapy and its effectiveness in general, follows the development of research about this topic to be subsequently focused on the treatment of specific disorders in behavior and attention. Summarizes the available foreign studies of treatment effectiveness of these problems and monitors this issue also in the Czech educational - psychological counseling. The theoretical part ends with the text describing the possibilities of evaluation in counseling, which prepares the reader to a gradual shift to the practical part.

In the practical part of this thesis is quantitatively and qualitatively evaluated multisystemic therapy model that is implemented in the seven years of PPP Prague 6. Evaluation includes his two-years. The model is described in detail in the work so that it can serve as a practical inspiration. The author follows the quantitative level using questionnaires for parents and teachers, whether there was a shift in behavior and manifestations of the child in the family and at school after leaving the group. All participants agree on the most significant shift in children's relationships with peers. A significant shift occurred also in the general situation of children in school and his relationship with a teacher (especially from the perspective of teachers).

In the qualitative part the orders are tracked from the first children of primary school, their parents and teachers before starting therapy and subsequently gains families after treatment. All three groups of respondents: teachers, children and their parents agree that children would benefit from better management and control of emotions, improve communication and relationships with other people and consolidate school habits. Teachers

call for change in educational access in the family. Parents also admit that they would like to get help to be more consistent and determined the boundaries for children. After a year of treatment we can follow perceptions of change at many levels of parents and their children. Children have also on the qualitative level improved relations with peers, improved communication and increased their self-control. Parents feel a change in many areas, they become aware of the universality and relativity of their problems, they spend more time with the child and it has polarized their relationship to the school. This phenomenon is shown to parents as essential and in this thesis is developed in more details. Besides the effect of perceived quality of care is also analyzed how the child comes into therapy groups - in terms of the case file. At the end is created the typology of clients based on the extent of their difficulties, motivation and expected course of treatment.

In addition to these most important findings include the following text as a number of small attractions that helps to understand the topic: describes the phenomena as "Remembrance optimism of parents" and "Remembrance pessimism of teachers", describes differences in the extent to which the kids talking about the group therapy with parents and in school. Interesting is the topic of parental wishes, what changes would most requested for their child. Definitely inspiring therapists is to activate the male element in the family during treatment and many other suggestions.

The final discussion summarizes the methodological issues, are discussed research findings and proposed recommendations for practice.

**KEYWORDS:** child psychotherapy, educational - psychological counseling, the effectiveness of care, attention and behavioral problems, relationship with family and school



## **Obsah**

ABSTRAKT .....	4
ABSTRACT .....	6
Obsah.....	8
I. ÚVOD .....	12
II. Dětská psychoterapie a její efektivita .....	14
II. 1 Dětská psychoterapie v poradenství.....	14
II. 2 Skupinové poradenství, skupinová terapie poradenského typu .....	15
II. 3 Specifika dětské psychoterapie .....	22
II. 4 Rodičovské diskusní a podpůrné skupiny .....	25
II. 5 Výzkumy efektivit psychoterapie .....	26
Vývoj výzkumů efektivit dětské psychoterapie .....	29
Meta – analýza a její přínos pro zkoumání efektivit .....	34
Léčba specifických obtíží a její efektivita .....	36
Efektivita jednotlivých psychoterapeutických směrů u dětí .....	36
Charakteristika terapeuta v kontextu efektivit .....	38
Charakteristika dítěte a její vztah k účinnosti .....	39
Vývojové hledisko v psychoterapii.....	40
Shrnutí a hlavní závěry z výzkumů efektivit dětské terapie .....	42
III. Specifické poruchy chování a poruchy pozornosti.....	43
III. 1 Definice a mezinárodní klasifikační normy.....	43
III. 2 Užívání terminologie v českých pedagogicko – psychologických poradnách .....	47
III. 3 Symptomy, syndromy, diferenciální diagnostika .....	49
III. 4 Etiologie specifických poruch chování z pohledu aktuálních výzkumů .....	54
III. 5 Aktuální stav diagnostiky a intervencí specifických poruch chování v českých PPP .....	57
III. 6 Efektivita intervencí v oblasti poruch pozornosti a chování a jejich výzkum.....	58
Výzkumy efektivit různých přístupů.....	59
Délka terapie .....	64
Aktivace okolí při léčbě dítěte .....	64
Efektivní prvky v terapii dětí s ADHD a poruchami chování.....	67
Výzkum efektivit medikace dětí s ADHD .....	70

Co je tedy považováno za efektivní při práci se specifickými poruchami chování? .....	72
IV. Dlouhodobé intervenční skupiny v pedagogicko - psychologických poradnách.....	73
IV. 1 Analýza dat z výzkumu dlouhodobé skupinové intervence v PPP .....	74
Metodologie výzkumu .....	74
Základní výsledky šetření .....	74
IV. 2 Poznatky ze setkávání s pracovníky PPP .....	82
V. Možnosti evaluace a metodologie konkrétního výzkumu .....	85
V. 1 Evaluace v poradenství .....	85
Přípravná evaluace .....	87
Evaluace procesu.....	88
Evaluace výsledku .....	89
Evaluace spokojenosti.....	90
Ekonomická evaluace .....	91
Evaluční nástroje .....	91
Omezení a možné neplánované dopady intervence .....	91
V. 2 Metodologie prezentovaného výzkumu.....	92
VI. Stručný popis evaluovaného programu .....	95
Obecná východiska programu .....	95
Základní principy působení .....	96
Základní struktura skupinového působení .....	97
Cíle působení na skupinách .....	98
Cílová skupina .....	98
Kontraindikace zařazení a setrvání dítěte ve skupině a návazná péče.....	99
VII. Efektivita dětských psychoterapeutických skupin v PPP Praha 6. ....	100
Sumativní evaluace kvantitativního charakteru. ....	100
VII. 1 Subjektivně vnímaná míra změny na konci roku.....	104
VII. 1. 1 Data získaná od učitelů, subjektivně vnímaná změna .....	104
VII. 1. 2 Data získaná od rodičů, subjektivně vnímaná změna.....	106
VII. 1. 3 Porovnání dat mezi subjektivním vnímáním rodičů a učitelů .....	109
VII. 1. 4 Vztah mezi medikací dítěte a subjektivně hodnocenými oblastmi .....	110
VII. 2 Objektivní porovnání situace před zahájením terapie a po jejím ukončení .....	112
VII. 2. 1 Data získaná od učitelů, objektivně zaznamenaná míra změny na konci roku	115
VII. 2. 2 Data získaná od rodičů, objektivně zaznamenaná míra změny na konci roku.	116

VII. 2. 3 Porovnání objektivních dat mezi vnímáním rodičů a učitelů.....	117
VII. 2. 4 Vztah mezi medikací dítěte a objektivním hodnocením oblastí.....	118
VII. 3 Shrnutí. Porovnání subjektivně vnímané změny a objektivního posunu. ....	119
VIII. Efektivita dětských psychoterapeutických skupin v PPP Praha 6.....	121
Sumativní a formativní evaluace kvalitativního charakteru.....	121
VIII. 1 Jaké dítě přichází do skupiny z pohledu spisové dokumentace.....	123
VIII. 2 Zakázky jednotlivých aktérů.....	125
VIII. 2. 1 Zakázky dětí.....	126
VIII. 2. 2 Potřeby rodičů.....	128
VIII. 2. 3 Podněty učitelů.....	131
VIII. 2. 4 V čem se shodnou všichni zúčastnění.....	135
VIII. 3 Co rodiče a jejich děti po roce ve skupině získávají? Pociťují nějakou změnu? ....	136
VIII. 3. 1 Zisky pro děti.....	136
VIII. 3. 2 Zisky rodičů. ....	142
Co tedy rodiče považují za významné a co ovlivnilo polarizaci jejich vztahu ke škole?154	
Co jsme se tedy dozvěděli o ziscích rodičů po roce stráveném ve skupině? .....	160
VIII. 4 Terapeuticky významné momenty.....	161
VIII. 5 Závěry, shrnutí, shody v zakázkách a ziscích.....	165
VIII. 6 Typologie dětí a jejich rodičů ve skupině.....	167
IX. Diskuse.....	171
IX. 1 Diskuse k metodologii práce.....	171
XI. 2 Diskuse výsledků výzkumu.....	176
XI. 3 Diskuze k realizovanému modelu péče. ....	180
X. ZÁVĚR.....	183
XI. Přílohy.....	185
XI. 1 Seznam příloh.....	185
X. 2 Příloha 1 Podrobný popis modelu programu.....	186
XI. 3 Příloha 2 Úvodní dotazník pro rodiče.....	224
XI. 4 Příloha 3 Úvodní dotazník pro učitele.....	228
XI. 5 Příloha 4 Evaluační dotazník pro rodiče.....	232
XI. 6 Příloha 5 Evaluační dotazník pro učitele.....	235
XII. Seznam použité literatury.....	238

Motto:

*„Já z té páté třídy mám opravdu dobrý pocit, že snad od toho minulého roku jsem nemusel jít z těch třídních schůzek kanálama, že jsem neměl pocit, že to moje dítě je to nejhorší, co mohlo být. Mohl jsem jít hlavním vchodem.“*

Tatínek žáka páté třídy po roce spolupráce na skupině.

## I. ÚVOD

Vážený čtenáři, tato dizertační práce zaměřená na efektivitu práce s dětmi se specifickými poruchami chování vznikala v průběhu pěti let. Její téma se postupně vyvíjelo. Na počátku si autorka kladla otázky po vztahu psychoterapie a poradenství na obecné rovině a poté uvažovala o tom, jak mnoho se dětská psychoterapie v rámci našeho poradenského systému vyskytuje a jestli tam vůbec patří a jakou měrou. Na podhoubí těchto úvah se zrodilo aktuální téma: Evaluace konkrétního modelu multisystémové péče.

Cílem dizertační práce je hledat a nabídnout možnosti práce s dětmi se specifickými poruchami chování (ADHD, ADD, PCH). V rámci teoretické části se bude autorka zabývat dětskou psychoterapií a její efektivitou obecně, bude sledovat vývoj výzkumů tohoto tématu v zahraničních zdrojích, aby se následně zaměřila na léčbu specifických poruch chování a poruch pozornosti. V tomto užším tématu zrekapituluje dostupné zahraniční studie efektivity léčby poruch chování a zmonitoruje tuto problematiku též v překladové a české literatuře. Nabídne ucelený přehled o měření efektivity psychoterapie u dětí a pokusí se na základě zahraničních studií zformulovat nejpodstatnější poznatky o terapii poruch chování. Vytvoří jakési desatero, kterým by se měl řídit terapeut pracující s dětskými klienty s problematickým chováním, pokud si přeje být efektivní.

Na základě terénních šetření, kterým se autorka věnovala ve svém zaměstnání<sup>1</sup>, nabídne tento text praktický vhled do českých pedagogicko – psychologických poraden. Čtenář se dozví odpovědi na otázku, jaký podíl poraden se zabývá skupinovou psychoterapií a kdy je indikována. Stručně bude seznámen také s tím, jakou terminologií, diagnostické nástroje a intervence v oblasti poruch chování poradny používají. Teoretická část bude zakončena textem popisujícím možnosti evaluace v poradenství, který připravuje čtenáře na pozvolný přesun do části praktické.

V praktické části bude kvantitativně i kvalitativně evaluován konkrétní multisystémový terapeutický model skupinové terapie pro děti a jejich rodiče, který je sedm let realizován v PPP Praha 6. Evaluace zahrne jeho dvouleté působení. Klienty těchto skupin jsou děti s adaptačními a komunikačními problémy na škole, jejichž nejčastější diagnózou je porucha chování a pozornosti. Terapeutický model bude v práci podrobně popsán, tak aby mohl sloužit jako praktická inspirace pro ostatní poradny. (Tento model je též zveřejněn na

---

<sup>1</sup> Autorka pracovala na částečný úvazek v Institutu pedagogicko – psychologického poradenství, kde realizovala několik studií věnovaných aktuálnímu stavu poskytované péče v pedagogicko psychologických poradnách v oblasti vedení dětských skupin a poruch chování (terminologie, diagnostika, intervence, porovnání se Středisky výchovné péče).

webových stránkách [www.ippp.cz](http://www.ippp.cz) a [www.ppp6.cz](http://www.ppp6.cz) a stal se součástí Manuálu dobré praxe v oblasti primární prevence vytvářeným MŠMT.)

Na kvantitativní rovině bude autorka sledovat pomocí dotazníků pro rodiče a učitele, zda došlo k posunu v chování a projevech dítěte v rodině a ve škole po roce docházky do skupiny. Bude sledovat jak posun subjektivně vnímaný jednotlivými respondenty, tak i posun objektivní. Pomocí statistických metod se pokusí zodpovědět hypotézy, týkající se chování ve škole, vztahů s vrstevníky, sblížení rodiče s dítětem, učení, medikace dítěte a jeho vztahu s vyučujícím a školou.

V kvalitativní části budeme společně sledovat, jaké dítě přichází do skupin z hlediska spisové dokumentace, jaké jsou zakázky na změnu u dětí z prvního stupně ZŠ, jejich rodičů a učitelů před započítáním terapie, a následně, jaké zisky cítí rodiny po roce terapie. Budou kategorizovány oblasti, kde si posunu všimnuly samy děti, i změny, o kterých se vyjádřili rodiče (hodnocení změny učiteli je převážně kvantitativní). Optimisticky předpokládáme, že většina změn bude změnou pozitivní, dá se však očekávat, že se objeví i složitější vztahy a polaritní kategorie. Reflexi podrobíme též pohled terapeutů a témata, které se pro zdárnou terapii zdála důležitá jim. V závěru předkládáme orientační typologii klientů na základě rozsahu jejich potíží, motivace a předpokládaného průběhu léčby.

Závěrečná diskuse si pak klade za cíl shrnout metodologické otázky. Zhodnotí, jak se práce vyrovnala s komplikacemi při zjišťování efektivity v poradenské činnosti. Bude diskutovat výsledky výzkumu a navhne doporučení pro praxi – pro případné úpravy evaluovaného modelu.

Doufáme, že tato dizertace přináší původní téma, které je i přes svou nejednotnost a složitost nevšedně přitažlivé, a že její čtení bude nejen zajímavé, ale též osvěžující a inspirující. Přáli bychom si, aby tato práce přispěla jako argument k tomu, že v poradenství má dlouhodobá psychoterapie své místo a že je i v poradnách je třeba na změně pracovat s celým systémem dětského klienta, tedy s dítětem, rodiči, školou a dalšími odborníky.

Příjemné čtení přeje autorka.

## **II. Dětská psychoterapie a její efektivita**

### **II. 1 Dětská psychoterapie v poradenství**

Poradenská terapie v rámci školských zařízení (zejména pak v pedagogicko – psychologických poradnách a ve střediscích výchovné péče) zahrnuje kontinuální působení na klienta a spolupráci s klientem na jeho osobní změně (tedy psychoterapii) a zároveň její znovukotvování v reálných situacích běžného života. Není tedy jen čistě psychotherapeutickým přijímajícím vztahem, je rámována potřebami a podmínkami všech zúčastněných stran. Za specifikum pedagogicko - psychologického působení považujeme, že odborník v této oblasti musí pracovat terapeuticky, ale zároveň upravovat, modifikovat a sjednávat vnější podmínky (jednání se školou, volba školy, instruktáž rodičů, individuální vzdělávací plány, integrace, spolupráce s pedopsychiatry apod.). Obecně se v praxi dětského poradenství setkáváme se dvěma prostupnými typy spolupráce: jednorázové poradenství (do rozsahu 2-3 pohovorů; zahrnuje první setkání, úvodní rozhovor a anamnézu, vztah s klientem, vyšetření, diagnostiku a sdělení jejich výsledků) a poradenskou spolupráci dlouhodobějšího charakteru (individuální, skupinová a rodinná terapie poradenského typu). Na poli poradenské terapie se lze setkat s následujícími formami uspořádání: Individuální psychoterapie, hromadná, skupinová, rodinná či partnerská a místy i práce s terapeutickou komunitou či jinak řečeno – „léčebným společenstvím“.

**Indikace psychoterapie** v poradenství záleží na mnoha faktorech. Jednak jsou to časové a místní předpoklady a vzdělání terapeuta (včetně možností daných legislativou a podmínkami školského zařízení), a jednak řada okolností na straně dětského klienta (a jeho rodiny). Poradenský psycholog se musí rozhodnout, zda typ problémů, se kterými klient přichází, patří do jeho kompetence, a jak dalece se stav klienta odlišuje od normy zdravého stupně rozvoje a od věkem daného průměru. Dále je míra úspěšnosti terapie u dětí je do značné míry spoluutvářena spoluprací jeho rodiny a okolí. Toto pravidlo platí úměrně věku klienta. Čím mladší dítě pomoc vyhledá, tím je třeba více pracovat s rodiči.

**Podmínky** přímo na straně dítěte předurčují, že terapeutický vztah musí být přiměřený věku, osobnosti i problémům dítěte. Volba vyjadřovacích prostředků, srozumitelnost a nabídka partnerství jsou základními kameny, na kterých lze budovat jakýkoli vztah. Dá se předpokládat, že dítě bude více rozumět řeči dospělého, než bude umět samo verbálně vyjádřit, správné porozumění je však třeba stále ověřovat. Základem terapeutického vztahu je

důvěra a vzájemná sympatie. Dítě terapii většinou samo neinicuje, bývá do poradny často přivedeno „za trest“ rodiči či školou, a může být plné úzkostných očekávání a odporu či rezignace. V terapeutickém procesu by se přesto mělo cítit přijímané jako plnohodnotný spolupracovník, cítit, že s ním terapeut solidarizuje, a že prvotním klientem je tam právě ono. Dítě nese svůj podíl jak na zodpovědnosti, tak i na úspěších terapie. V terapii se zákonitě vytváří vztah závislosti, ale cílem je, aby i u dětské klientely postupně přešel v úplné osamostatnění.

**Prostředky** terapie u dětí jsou velmi rozmanité. Jsou jimi smyslové vjemy, tělesný kontakt, pohyb, lidská řeč, hra, cílená činnost, rozhovor a různé kreativní aktivity využívající pohyb, rytmus a hudbu, dramatický projev, psychodrama a práci s textem. Lze využívat obsah těchto činností, ale i samotný jejich proces. U všech činností platí zachování pravidla přiměřenosti věku, mentálnímu a momentálnímu stavu dítěte i jeho osobnostního zaměření. Kromě obsahové náplně lze řadit prostředky užívané terapeutem v poradenství také dle míry direktivity.

## **II. 2 Skupinové poradenství, skupinová terapie poradenského typu**

Každý člověk se přirozeně formuje v rámci sociálních skupin, a tak se jako významná psychokorektivní zkušenost používá i zařazení do terapeutické skupiny v rámci školských zařízení. Klienti si zde ověřují své chování, prožívají emoce, získávají intenzivní sociální zkušenost a nacvičují chování efektivní v kontaktu s druhými. V následujícím textu se pokusíme stručně zrekapitulovat nejpodstatnější rysy skupinové terapie s dětmi, neklademe si za cíl být v tomto tématu vyčerpávající, protože to není možné vzhledem k formátu této dizertační práce. Naším záměrem je shrnout to nejpodstatnější z teorie skupinového poradenství, které je v české literatuře a překladech dobře popsáno, a následně se detailněji zaměřit na téma efektivní dětské psychoterapie, které v češtině zcela chybí.

„V individuální terapii se psychosociální konflikty řeší zpracováním vlastních emocí a percepce v procesu opřené o vztah s terapeutem – psychosociální situace jsou vybavovány, reprodukovány a pracuje se na nich a na vztahu k nim. Skupinová psychoterapie poskytuje možnost pracovat s nimi přímo a v současnosti, živě – zde a nyní, i když rovněž v sociální situaci uměle vytvořené.“ Špitz (1989, s. 166 - 167)



Ve skupinové terapii dítě může vyjádřit a zpracovat své emoce, zažívá jejich přijetí, reflektování a může je konfrontovat se členy skupiny i se sebou samým. Z toho může vyplynout lepší porozumění sobě i druhým, změna chování a nalézání efektivnějších forem projevu. Terapeut podporuje vyjadřování pocitů, usnadňuje komunikaci emocí a sociální interakce s ostatními členy skupiny. Pochopení a přijetí v bezpečné atmosféře způsobí, že dítě je časem schopno své pocity verbalizovat a své afekty a obranné mechanismy pomalu opouští.<sup>2</sup>

Zahraniční literatura<sup>3</sup> již zcela přirozeně chápe skupinové poradenství jako součást poradenského procesu. Práce ve skupinách je tu definována jako přirozenější než individuální, neboť na skupiny jsou lidé zvyklí a utváří se v nich od prvopočátku svého vývoje. Terapeutické skupiny jsou bližší realitě než individuální terapie, ekonomičtější a děti se zde učí v interakci s druhými.

Za nejúčinnější faktory působící ve skupině<sup>4</sup> lze považovat:

1. členství, sounáležitost, podobnost
2. emocionální podporu, empatii, porozumění, kohezi a akceptaci
3. pomoc jiným – její přijímání a dávání<sup>5</sup>
4. sebeexploraci a sebereprojevení
5. odreagování
6. zpětnou vazbu, možnost konfrontace
7. vhled
8. korektivní emocionální i sociální zkušenost
9. získání zkušeností a nácvik chování
10. nové informace, sociální dovednosti, pochopení zákonitostí

Výše popsané faktory rozšiřuje Špitz<sup>6</sup> o zlepšení komunikace na všech úrovních, kataraktickou funkci plynoucí z vyjádření silných emocí, korektivní rekapitulaci prožitků z primární rodinné skupiny a schopnost přijímat odpovědnost ze své chování a rozhodování.

---

<sup>2</sup> volně dle ŠPITZ, J. In LANGMEIER, J.; BALCAR, K.; ŠPITZ, J. Dětská psychoterapie. Praha: Avicenum, 1989, s. 167.

<sup>3</sup> RUDOLPH, L.B.; THOMPSON, CH.L. Counseling children: Third edition. USA, California, 1992.

<sup>4</sup> KRATOCHVÍL, S. Skupinová terapie neuros. Praha, 1978.

<sup>5</sup> Ohlsen definuje skupinové poradenství především jako pomáhající proces, kdy se děti učí pomáhat jiným i pomoc přijímat, učí se mluvit otevřeně o sobě a dávat zpětné vazby a skupina podporuje členy k riskování a umožňuje jejich růst. OHLSEN (1977) In RUDOLPH, L.B.; THOMPSON, CH.L. Counseling children: Third edition. USA, California, 1992, s. 335.

<sup>6</sup> ŠPITZ In LANGMEIER, J.; BALCAR, K.; ŠPITZ, J. Dětská psychoterapie. Praha: Avicenum, 1989, s. 169.

Operacionální definice Dyera a Vrieda<sup>7</sup> popisuje model skupinového poradenství skrze tyto elementy:

1. Děti identifikují myšlení a chování, které je sebepoškozující a určí si cíle s pomocí poradce/facilitátora a ostatních členů skupiny.
2. Poradce i skupina asistuje dětem v nastavení specifických a dosažitelných cílů.
3. Děti si cvičí nové chování v bezpečné atmosféře skupiny a zavazují se ke zkoušení nového chování v reálném světě.
4. Děti hlásí závěry ze svých domácích pokusů během příští hodiny a rozhodují se, zda pokračovat v nových postupech myšlení a chování nebo je zamítnout pro příští průzkum alternativ.

**Typologii skupin**<sup>8</sup> lze pojímat dle jejich cílů, hloubky a intenzity. Existují skupiny augmentativní – rozvojové, orientační, psychohygienické, krizové, intenzivní a dlouhodobé, kde poradenství přechází v psychoterapii. Ve skupině se sejdou klienti se shodnými nebo rozličnými problémy (profesní, partnerské, v oblasti vzdělávání – školní otázky). Skupiny jsou homogenní či heterogenní z hlediska věku, pohlaví a vzdělání; zavřené či otevřené; jednorázové, krátkodobé, dlouhodobé; malé (8-12 členů), střední (14-20 členů), velké (20-30 členů). Orientace skupin může být biografická, sledující životní linie účastníků, interakční, zaměřená na skupinovou dynamiku, a tematická, kde je dané centrální téma (jako ve skupině, která bude analyzována v praktické části). Všechny tři druhy skupin lze kombinovat.

**Způsob vedení skupiny** je dán cíly, prvotním nastavením, zkušenostmi, vědomostmi a osobními vlastnostmi vedoucího. Ten může být aktivním vůdcem (např. učitel), autentickou osobností (účastníkem) nebo moderátorem (přináší techniky, komentuje, strukturuje a shrnuje, zasahuje a hledá společně se skupinou). Skupiny mohou fungovat s více vedoucími, ale také zcela bez nich.

**Vlastnosti a dovednosti vedoucího skupiny** jsou úměrné typu skupiny a věku klientů. Obecně však platí, že je třeba, aby byl schopen vytvořit trvalý a pozitivní vztah mezi sebou a klientem. Jeho úkoly<sup>9</sup> jsou vytvoření a udržení skupiny, budování její kultury (norem) a aktivace a reflexe procesu „tady a teď“. Dětský terapeut potřebuje velkou míru autenticity, empatie a otevřenosti, je flexibilní zejména v užívání direktivního a nedirektivního přístupu. Při práci s dětmi a adolescenty potřebuje obojí a jeho umění spočívá ve funkčním střídání.

---

<sup>7</sup> DYER, VRIED (1980) In RUDOLPH,L.B.; THOMPSON, Ch.L. Counseling children: Third edition. USA, California, 1992, s. 335.

<sup>8</sup> KOŠČO,J. Poradenská psychológia. Bratislava: SPN, 1987, s.89.

<sup>9</sup> YALOM,I.D. Teorie a praxe skupinové psychoterapie. Praha: Portál, 2007.

Zároveň se zejména v multisystémových modelech léčby dostává terapeut do role mediátora, což vyžaduje další specifické dovednosti. Vyjednává podmínky a pravidla s rodinou a školou, mediuje konflikty. V práci s rodiči pak využívá kromě terapeutické role ještě roli edukační a podpůrnou / roli průvodce.

**Vývoj skupiny** probíhá v několika fázích, od původní roztříštěnosti přes předpracovní hledání hranic, důvěry a bezpečí, po pracovní, kdy má skupina určitou kohezi, kooperuje a její činnost je cílevědomá, až k závěrečné fázi, která je implantována uměle zvenku. Co se týká vztahové stránky, je skupina zpočátku silně orientována na závislost na terapeutovi (u dětí ještě více než u dospělých, děti hledají oporu, je tu věková nerovnost, často se k terapeutovi vztahují jako k učiteli či vedoucímu kroužku). V této první fázi se členové snaží zorientovat, komunikace je povrchní, opatrná. V druhé fázi dochází k sebezprosazování, rivalitě, boji o pozornost i role, tvoří se hierarchie. V tento okamžik sílí tenze, dochází ke kritice, obnažování se, konfrontacím, snahám o únik a mnohdy též ke vzpoře proti terapeutovi. Klienti zažívají zklamání z nereálných očekávání a konfrontují se s terapeutem (některé terapeutické směry mluví o tom, že „skupina zabila svého terapeuta“). Samozřejmě se tak děje obrazně a terapeut by měl přežít fyzicky i psychicky, situaci „ustát“, vydržet bez zničení sebe a bez ničení druhých. Téma agresivity lze následně otevřít a mluvit o něm. V dospělých skupinách je tento jev přirozeným úkazem vývoje, v dětských skupinách, kde je nerovnost mezi terapeutem a dětmi výraznější, je průběh mírnější, ale lze jej zaznamenat. Jedná se o choulostivé a citlivé téma, protože na jednu stranu víme, že se jedná o přirozený a potřebný vývoj směrem ke kohezi a spolupráci, na druhou stranu vedeme děti k respektu k autoritě a vnějším pravidlům, tak aby obstály nárokům vnějšího světa (rodiny, školy). Typickým projevem tohoto stádia u dětí je, že intenzivně testují hranice (v chování, v míře prostoru pro sebe, v komunikaci i v diskusi o pravidlech skupiny). Třetí stádium vývoje skupiny je pak charakterizováno soudržností, usazeností a kooperací, které umožňují cílenou činnost. Klienti pociťují bezpečí, intimitu, společné normy fungují, je možné hovořit otevřeně a pracovat na sobě, nepotlačovat žádné ani negativní emoce, přijímat a dávat zpětnou vazbu. Tato fáze je obdobím růstu, přestože může být provázena drobnými krizemi. Závěr skupiny je následně implantován zvenčí či dán předem jasným ohraničením (třeba koncem roku). Tématu konce terapie je vhodné věnovat dost prostoru, připravovat se na něj, rekapitulovat a evaluovat celý proces.

**Skupinová dynamika** zahrnuje vztahy a interakce mezi členy skupiny a terapeutem i mezi členy navzájem (tím se liší od terapie individuální a hromadné). Dynamika skupiny je

souhrnem skupinového dění a patří k ní cíle a normy skupiny, její koheze i tenze, otázka vůdcovství, projekce minulých zkušeností členů skupiny, vytváření podskupin a vztahů ve skupině a vývoj skupiny v čase.<sup>10</sup>

**Cíly skupiny** jsou obvykle získání vhledu, změna postojů a u dětí hlavně změna nežádoucího chování. Maladaptivní vzorce chování, které dětem působí potíže ve vnějším světě, se dříve či později objeví i ve skupině, kde je cílem je odhalit, reflektovat a nabízet alternativní způsoby chování.

**Normy skupiny** (žádoucí i nežádoucí) jsou nepsanými pravidly, která se postupně ve skupině vytváří, a skupina jimi tlačí na konformitu jedince. Kromě těchto vnitřních norem je však nezbytné do dětských skupin vnášet pravidla a sankce vnější – terapeut je vytváří spolu s dětmi, sepisují se včetně navržených sankcí a skupina se k nim nadále vztahuje. Taková pravidla přinášejí dětem vědomí hranic a zároveň pocit bezpečí nezbytný pro skupinovou práci.

**Role ve skupině** včetně otázky vůdcovství by jako téma vydaly na samostatnou knihu a našim cílem není zde popisovat jednotlivé sociometrické typologie. Chceme pouze upozornit na fakt, že děti ve skupině podobně jako dospělí mají tendenci rigidně opakovat role (většinou problematické), které jsou zvyklé zastávat ve školní třídě. Role dětí s poruchami pozornosti a poruchami chování bývají často pro školu nežádoucí a jsou tím, co je do skupiny přivádí. Výběrově to bývají role rušiče výuky, šaška, agresora či provokatéra, „trouble makera“ či toho „nejhoršího ze třídy, co by se ho učitelé (a někdy i ostatní děti) rádi zbavili“. Ve skupině také hrozí **projekce minulé zkušenosti** do aktuálních situací, roztočení bludného kruhu sebesplňujících proroctví. Dobře vedená a bezpečná skupina nabízí možnost změny, reflexi projekce, rozšíření repertoáru rolí, korektivní zkušenost. V dětských skupinách je korektivní zkušenost jedním z nejsilnějších prožitků pro děti a často i jejich rodiče (viz praktická kvalitativní část).

Dynamika skupiny je tvořena napětím mezi kohezí skupiny a její tenzí. Obojí je ve skupinové terapii třeba. Koheze přináší příjemné pocity, ale tenze podněcuje změnu, bez ní by absolvovaná terapie byla jen pěknou vzpomínkou. Koheze je prvkem stabilizujícím, tenze terapii dynamizuje.

**Koheze skupiny**, vědomí „my“ a pospolitosti, vzniká snahou členů zůstat „in“, podporují ji vzájemné sympatie, empatie, tolerance, přijetí, přátelská atmosféra,

---

<sup>10</sup> KRATOCHVÍL, S. Skupinová psychoterapie v praxi. Praha: Galén, 1995.

motivovanost, humor, autentičnost, uspokojování osobních potřeb členů, vyjadřování pozitivních emocí, prestiž skupiny, přitažlivost a užitečnost aktivit. Někdy vede k větší kohezi a stmelení se skupiny proti tzv. deviantovi, někomu, kdo se vydělí. V dětských skupinách toto může nastávat, pokud se některé dítě rigidně drží své negativní role ze třídy a odmítá nabídnout ostatním členům skupiny jakoukoli svou jinou tvář / roli. Je pak na dovednosti a možnostech terapeuta, zda dokáže takové dítě včlenit či zda je lepší v zájmu dítěte, aby skupinu opustil a pracovalo se s ním jinou formou (individuálně či v rodinné terapii), aby se tato jeho role znovu neopakovala a nezpevňovala. Mnohdy se jedná o velmi dlouhý proces.

**Tenze, napětí ve skupině**, vzniká konfrontací s ostatními, jejím zdrojem jsou konflikty, antipatie, agrese a afektivní výbuchy, vzdor vůči autoritě ale též nejistota, pokud má skupina nejasné (bezhraniční) vedení. U dětí je často zdrojem tenze nejasnost hranic. Dlouhodobá tenze, zejména pokud není otevřená a řešená, může vést k unikání členů ze skupiny. Někdy je na terapeutovi, aby tenzi ve skupině účinně zvýšil, vyprovokoval reakci. Zvýší tak - mlčením, otevřením konfliktního tématu či kritikou - odstředivou sílu skupiny. Přiměřená a reflektovaná tenze je, jak již bylo řečeno, motorem změny.

**Strukturace skupinové práce** má svá specifická pravidla a zákonitosti. Zvláštní pozornost je třeba věnovat **sestavování skupin**, stanovení si, zda bude skupina uzavřená či otevřená (eventuelně do kdy bude otevřená), homogenní či heterogenní. Obojí má své výhody i nevýhody. V homogenní skupině se schází lidé s podobnými problémy, heterogenní však svým složením více připomíná okolní svět a podporuje toleranci k odlišnostem. Ideálem je dbát na určitou míru heterogenity, avšak zajistit, aby nikdo nebyl se svým problémem ve skupině zcela osamocený, aby tu byli nejméně dva jedinci s podobnou těžkostí.

Pro činnost skupiny jsou rizikové zejména tyto faktory<sup>11</sup> : Agresivita, negativismus, závažné poruchy chování, extrémní staženost, osobnostní nezralost a nedostatek motivace. S každou z těchto obtíží lze pracovat, ale musíme si být možností jejího výskytu vědomi. Dobře sestavená skupina znamená, že mezi dětmi je více podobností než rozdílů a dostává se tu šance pro všechny.

Nejvýznamnějšími kritérii<sup>12</sup> pro sestavování skupiny jsou osobní charakteristiky, připravenost, motivace ke změně, ochota přijmout podmínky a vytvořit vztah s terapeutem, schopnost vztahu s vrstevníky, síla unést sociální kritiku a konfrontaci vlastních pocitů a

---

<sup>11</sup> ŠPITZ,J. In LANGMEIER,J.; BALCAR,K.; ŠPITZ,J. Dětská psychoterapie. Praha: Avicenum, 1989, s. 173-174.

<sup>12</sup> ŠPITZ,J. In LANGMEIER,J.; BALCAR,K.; ŠPITZ,J. Dětská psychoterapie. Praha: Avicenum, 1989, s. 173-174.

postojů s druhými. Je-li některé z těchto kritérií výrazně oslabeno, pak je vhodnější zvolit individuální terapii.

Dalšími okolnostmi, na které je třeba brát zřetel, je funkční charakteristika rodiny a věk dítěte (tedy zralost kognitivní, emoční a sociálních funkcí), jeho pohlaví a počet dětí ve skupině (což je do značné míry též úměrné věku klientů).

**Formy skupinové terapie** jsou koncipovány úměrně věku a potřebám dítěte či žáka. Špitz<sup>13</sup> rozlišuje skupinovou terapii hrou, vhodnou pro děti od čtyř do osmi let s převážně emocionálními problémy, kde je kladen důraz na spontaneitu, hru a kreativní postupy. Takových dětí je ve skupině tři až šest. Pro děti starší, v rozmezí osm až dvanáct let s emočními problémy, poruchami chování a adaptace, navrhuje Špitz činnostní skupinovou psychoterapii. Zde se dítě dostává do prostředí odlišného od školy, kde je vše řízeno a nařizováno. Získává tu nové zkušenosti a lze tu postupně využívat i prvky hrové a rozhovorové terapie. Počet dětí v této skupině roste na osm, event. deset. Od druhého stupně základní školy doporučuje Špitz rozhovorovou terapeutickou skupinu, verbálně zaměřenou, kterou lze volně doplňovat o pomocné psychoterapeutické postupy – psychogymnastiku, relaxaci, muzikoterapii a arteterapii, hry rolí a psychodrama.

---

<sup>13</sup> ŠPITZ,J. In LANGMEIER,J.; BALCAR,K.; ŠPITZ,J. Dětská psychoterapie. Praha: Avicenum, 1989, s. 173-174.

## II. 3 Specifika dětské psychoterapie

Špitz<sup>14</sup> upozorňuje na specifikum dětských projevů ve skupině oproti dospělým ve stejné terapeutické situaci. Děti jsou bezprostřednější a jednají s menšími zábrany, méně se stylizují, vyjadřují své city více chováním než slovy, je proto často otevřeně agresivnější a v chování proměnlivější. Ve srovnání s dospělými vyjadřují mnohem snáze negativní než pozitivní postoje a emoce. Dětské skupiny jsou celkově expresivnější, obtížněji zpracovávají agresivitu a hostilní tendence, hůře vyjadřují pocity slovně a také cesta k náhledu je komplikovanější.

Terapeut je při práci s dětskými klienty aktivnější, stejně jako s dospělými však bez výhrad přijímá dítě jako samostatnou osobnost. Jeho úkolem je reflektovat chování dětí, vracet jim ho ve verbální podobě, nehodnotit, jen pomáhat dětem najít pro své pocity i chování pojmenování beze změny významu. V tomto ohledu se autoři i psychologické směry rozcházejí v názoru na interpretaci, Špitz tvrdí, že „terapeut reflektuje spíše, než interpretuje, protože porozumění sobě si pak dítě může vytvořit samo bez nebezpečí, že výklad terapeuta je předčasný, nesrozumitelný nebo že pro něj dítě není citově zralé.“ Špitz (1989, s. 180)

Naproti tomu Koščo považuje za nejčastější komunikační projevy psychologa v rámci poradenské skupiny „instrukce ke skupinovým technikám, zdůrazňování a opakování závažných výroků a problémů klientů, shrnutí a rekapitulace dialogů a událostí, vyjadřování vlastních pocitů a interpretace ve smyslu upozorňování na možné a neuvědomované souvislosti.“ Koščo (1986, s. 101) Míra interpretace jako zprostředkování možné neuvědomované souvislosti se liší u jednotlivých autorů často dle příslušnosti k různým směrům a školám. Jsou psychologické teorie zcela založené na interpretaci a práci s ní např. psychoanalýza a jiné, které se prezentují jako zcela neinterpretující např. Gestalt či Rogeriánská terapie. Neinterpretující směry nabízejí klientovi uvědomění, ne však hotové vysvětlení. Klient jej musí nalézt sám a autorizovat ho, pak je teprve možné o této konkrétní interpretaci chování, jednání či prožívání hovořit a nakládat s ní.

Hughes<sup>15</sup> charakterizuje patero specifíků dětské psychoterapie: Za prvé: Spolupráci s dítětem zásadně ovlivňuje jeho okolí, 50 – 75 % dětí terapii neinicuje, a když ji začne, končí předčasně. Zapojení rodičů je nezbytné, zejména v dětském věku, v adolescenci již jejich

<sup>14</sup> ŠPITZ In LANGMEIER, J.; BALCAR, K.; ŠPITZ, J. Dětská psychoterapie. Praha: Avicenum, 1989, s. 168.

<sup>15</sup> HUGHES, J.N. In REYNOLDS, C.R.; GUTKIN T.B. The Handbook of School psychology. New York 1999, s. 748 – 750.

význam klesá. Za zásadní model práce s rodiči dětí s poruchami chování považuje Hughes tzv. parent training (dále PT), který se skládá z dovedností kontroly a usměrňování dítěte a z hrových dovedností. Aby byl efekt, co nejvyšší, doporučuje se výcvik rodičů přesně v tomto pořadí, nejdříve rodiče naučit u dítěte určitou disciplínu, minimalizovat například agresivní a nebezpečné projevy dítěte, „dostat jej pod kontrolu“ systémem pravidel, a poté v hrových dovednostech prohlubovat rodičovsko – dětskou interakci. Velký vliv na efektivitu má též samostatná emocionální podpora rodičů (matek) v jejich osobních potížích, která je prekurzorem kontinuity dítěte v terapii.<sup>16</sup>

Za druhé je třeba v dětské terapii sledovat vždy vývojové hledisko a to i ve vztahu k efektivitě. Účinnost terapie je modifikována věkem. Například již zmíněný rodičovský výcvik / trénink je efektivní více u dětí do 12 let než u adolescentů, stejně tak z multimodálních (či multisystémových) programů profitují nejvíce děti mezi 9 a 11 rokem věku. Návčik cílený na sociální dovednosti má nejlepší účinek mezi 3 – 8 rokem věku apod.<sup>17</sup> Naproti tomu kognitivně behaviorální terapie (dále KBT) se jeví jako účinnější u adolescentů než u dětí.

Za třetí existují typické potíže pro každý určitý věk a je nutné rozlišit, zda se jedná o patologii či vývojovou záležitost.

Za čtvrté se v dětské psychoterapii vyplácí léčit již prekursor, aby nedošlo k rozvinutí patologické trajektorie, například je vhodné pracovat s nežádoucími projevy u dětí s ADHD, aby se k poruše pozornosti nepřidružila v pozdějším věku porucha chování, zneužívání návykových látek apod. Neléčené projevy mohou přinášet maladaptaci. Také neošetřené domácí a školní prostředí (tedy nepřijímající či hostilně laděné) může napomáhat budoucímu rozvoji patologie<sup>18</sup>.

Za páté, vývojové hledisko interreaguje s dalšími nepříznivými projevy prostředí, například s rozvodem či ztrátou rodičů, se zneužíváním či zanedbáváním.

V kontextu specifičnosti dětské psychoterapie zdůrazňuje Kegerreisová<sup>19</sup> nezbytnost specifického tréninku dětských psychoterapeutů a poradců, který by měl zahrnovat kromě běžných výcvikových dovedností též hluboké porozumění normálnímu emocionálnímu vývoji, návčik pozorování dítěte (protože v dětské terapii je třeba se zaměřit více na projevy

<sup>16</sup> HUGHES, J.N. In REYNOLDS, C.R.; GUTKIN T.B. The Handbook of School psychology. New York 1999, s.748, 754.

<sup>17</sup> BEELMANN, et al., 1994. In REYNOLDS, C.R.; GUTKIN T.B. The Handbook of School psychology. New York 1999, s.749.

<sup>18</sup> WALKER, BUCKLEY, 1973. In REYNOLDS, C.R.; GUTKIN T.B. The Handbook of School psychology. New York 1999, s.749.

<sup>19</sup> KEGERREIS, S. Working with children and adolescents – Is specialist training necessary? Psychodynamic Practice. 2006, 12(4), s. 403 – 418.



neverbální komunikace než na přímou verbální práci), pochopení emocionálních aspektů učení (jako velmi náročného a komplexního procesu), porozumění rodinné dynamice (a rozlišení dětských fantazií o rodině a reality) a v neposlední řadě též orientace v systému skupin a organizací dětského světa, aby poradce či terapeut znal své místo v této síti působení.

## II. 4 Rodičovské diskusní a podpůrné skupiny

Troufáme si tvrdit, že paralelní rodičovská skupina zvyšuje účinnost terapie dětské. Naši domněnku potvrzuje Dowellová<sup>20</sup>, která v roce 2005 podrobila meta – analytickému zhodnocení celkem 42 studií efektivity a zjistila, že kombinovaná léčba, tedy zahrnutí rodiče do procesu léčby dítěte, je statisticky významně účinnější než péče zaměřené pouze na dítě či pouze na rodiče. Paralelní rodičovská skupina aktivizuje rodiče a posouvá ho z role svědka, objednavatele či obviňovaného<sup>21</sup> do role aktivního účastníka procesu, což odpovídá současnému volání po systémovém přístupu v poradenství<sup>22</sup>. Podpůrná rodičovská skupina je součástí prezentovaného modelu poradenské práce v praktické části. V Čechách byla rodičovská diskusní skupinová terapie koncipována již v roce 1972 a stanovila si za cíl „rozdílení rodičovských funkcí a navození pochopení pro potřeby růstu a vývoje dítěte“<sup>23</sup>. Dochází zde ke vzájemné výměně informací i k interakcím mezi jednotlivými členy, průběh rodičovské rozhovorové skupiny zahrnuje obsah i proces. Obsahem je myšlena stránka kognitivní, témata, jimž se lze věnovat, např. úzkost dětí i rodičů, výchovné postupy, samostatnost dítěte, kapesné, školní problémy, sourozenecká rivalita apod. Proces zahrnuje interakce (podporu i výhrady) mezi jednotlivými členy skupiny a jejich osobní prožívání. Terapeut jako moderátor zajišťuje rovnováhu všech tří zmíněných složek, koncentruje diskusi na děti, zpočátku ji vede a později se stahuje do pozadí. Jako každá skupina má i rodičovská svá pravidla fungování a rodiče by měli splňovat základní předpoklady. Těmi jsou duševní zdraví (oni sami nepotřebují akutně psychoterapii), schopnost sociálních interakcí a motivace. Rodičovská skupina může fungovat paralelně s dětskou, samostatně, jednorázově i pravidelně a lze také zorganizovat některé aktivity společně pro děti a jejich rodiče. Nezanedbatelnou funkcí rodičovské skupiny je její účinek preventivní. Tato práce též nově upozorňuje na významnou souvislost rodičovské účasti ve skupině a jejich vztahu ke škole (viz praktická část).

---

<sup>20</sup> DOWEL, K.A. The effects of parent participation on child psychotherapy outcome: A meta-analytic review. Disertační práce, vedl B.M.Ogles. Ohio University, 2005.

<sup>21</sup> ŠPITZ In LANGMEIER, J.; BALCAR, K.; ŠPITZ, J. Dětská psychoterapie. Praha: Avicenum, 1989, s. 173-174, 191. Rodič je pasivním svědkem, objednavatelem terapie a dostává se též do pozice obviňovaného za to, že svým nevhodným přístupem nutnost terapie zapříčinil či se na ní podílel.

<sup>22</sup> Bližší POKORNÁ, V. Teorie, diagnostika a náprava specifických poruch učení. Praha: Portál, 2003.

<sup>23</sup> ŠPITZ In LANGMEIER, J.; BALCAR, K.; ŠPITZ, J. Dětská psychoterapie. Praha: Avicenum, 1989, s.193.

## II. 5 Výzkumy efektivity psychoterapie

V oblasti dětské psychoterapie je známo velké množství psychologických přístupů, u mnoha z nich však chybí zevrubnější popis a u většiny z nich není (zejména v našem, českém prostředí) ohodnocen jejich přínos, nebyly podrobeny sumativní evaluaci a často jsou realizovány i bez formativní evaluace procesu. Tyto potíže pak platí dvojnásob, hovoříme – li o dětské psychoterapii užívané v oblasti školní a poradenské psychologie. Výzkumem podložená data o efektivitě dětské psychoterapie čerpáme převážně z klinické oblasti, i zde však jsou data převážně zahraničního charakteru a systém působení tedy není zcela srovnatelný s českými podmínkami. V České republice se nabízí porovnání s programy primární prevence, kde byla realizována dlouhodobá výzkumná šetření zaměřená na efektivitu péče, ač ani těchto výzkumů není mnoho. Vzhledem k tomu, že jsme se rozhodli nahlížet na multisystémový model dětské psychoterapie jako na program selektivní a indikované primární prevence,<sup>24</sup> lze v této oblasti hledat inspiraci a srovnání. V jedinečném longitudiálním výzkumu efektivity primární prevence realizovaném v ČR v letech 2003 - 2008 se jednoznačně prokázalo, že efektivní je zejména cílená preventivní práce s rizikovými skupinami dětí<sup>25</sup>. Zároveň lze využít faktu, že pro tuto oblast prevence rizikového chování již byly vytvořeny standardy kvality, které zaručují, že bude-li se realizátor této služby držet

---

<sup>24</sup> Specifická primární prevence se dělí na všeobecnou, selektivní a indikovanou primární prevenci. **Všeobecná, univerzální, prevence** je zaměřena na velké skupiny populace bez zohlednění specifických rizikových skupin (např. běžná školní třída). Cílem je ovlivňování postojů a chování dětí a současně poskytnutí dostatečných informací a dovedností k tomu, aby se zamezilo výskytu rizikového chování nebo se jeho výskyt posunul co do nejpозdějšiho/nejzralejšiho věku dětí.

**Prevence selektivní** je určena ohroženým skupinám, u kterých můžeme předpokládat zvýšené riziko rizikového chování (např. děti osob závislých na alkoholu, děti s ADHD a s poruchami chování, třídy se špatnými vztahy, vysoce rizikové sociální prostředí apod.), jedná se tedy o programy, při nichž musíme dbát na individuální přístup a mapování potřeb cílové skupiny. Tyto programy jsou náročné na čas, vyžadují zvýšenou kvalifikaci pracovníků, kteří je provádějí.

Na ohrožené jedince, kteří již vykazují známky rizikového chování, je zacílena **prevence indikovaná**. Klade si za cíl snížit frekvenci a objem rizikového chování a snaží se zmírnit následky problémového chování (např. práce s příležitostnými experimentátory, péče o oběti šikan y i o agresory, programy pro kolektiv y zasažené šikanou apod.).

### **Programy specifické primární prevence tedy dle rozdělení výše dělíme na programy:**

**Programy všeobecné primární prevence** – jsou zaměřené na běžnou populaci dětí bez zvláštního dělení podle rizikovitosti, nejčastěji je realizují PPP či nestátní neziskové organizace přímo ve škole, přesto mají vždy tematické programy a metodiku, specifikovanou cílovou skupinu a další rysy efektivního programu viz dále. Jsou-li v rámci všeobecné prevence zachyceny signály ohrožení skupiny nebo jednotlivců, nabízí se některý z dalších typů programů.

**Programy selektivní primární prevence** – zaměřené na skupiny osob, u kterých jsou ve zvýšené míře přítomny rizikové faktory pro vznik závislosti a jiných typů rizikového chování a které jsou ohroženy víc, než běžná populace – např. programy včasné intervence u problematických tříd.

**Programy indikované primární prevence** – zaměřené přímo na jedince či skupiny jedinců, u kterých jsou přítomny rizikové faktory pro vznik závislosti či jiných typů rizikového chování.

<sup>25</sup> Dlouhodobý výzkum realizován v první dekádě 21. století v Prevcentru o.s., sledována efektivita všeobecné primární prevence na školách na Praze 6 u dětí 6. – 9. tříd. Jednoznačně a s neočekávaně velkým rozdílem se podařilo prokázat, že hlavní pozitivní dopad programu se projevil u rizikových skupin dětí (hlavně z neúplných rodin, špatné vztahy s rodiči a užívání návykových látek u starších sourozenců, děti s komunikačními problémy). U experimentální skupiny došlo k mírnému zlepšení, u kontrolní skupiny k výraznému zhoršení. Více viz MIOVSKÝ, M.; MIOVSKÁ, L., VÁCLAVKOVÁ, B. Přehled hlavních výsledků kvaziexperimentální evaluační studie komunitního programu primární prevence. Závěrečná zpráva. Praha, 2008. Dostupné z [www.adiktologie.cz/articles/download/1616/](http://www.adiktologie.cz/articles/download/1616/)

základních kritérií (počet dětí ve skupině, vzdělání a průprava terapeuta, teoretický background, interaktivní přístup, vyváženost informací, přiměřenost cílové skupině a další), pak bude jeho práce s vyšší pravděpodobností efektivní (blíže ke standardům kvality programů indikované primární prevence v praktické části a v kapitole věnované metodologii). Jako zdroje informací o efektivitě dětské psychoterapie pro tuto kapitolu slouží převážně zahraniční výzkumy z klinické oblasti a výzkumy sledující efektivitu primární prevence rizikového chování (zejména prevence rozvinutí poruch chování u ohrožených jedinců).

Problémy spojené s výzkumem efektivity dětské psychoterapie způsobují jednak problémy s definicí – co to vlastně ta psychoterapie je a co obnáší, problémy s měřením – jak změřit efektivitu v psychoterapii, a vlastně celková složitost a komplexnost práce s dětmi. Do hry vstupuje nejen osobnost terapeuta a jeho dětského klienta a samo terapeutické působení, nýbrž též rodinný a školský systém, na něž je třeba brát ohled a s jejich bezprostředním vlivem na chování dítěte se musí počítat.

Kromě toho, současná výzkumná metodologie (zejména kvalitativní) v podstatě není schopná obsáhnout a identifikovat rozmanitou a složitou povahu psychoterapeutických zásahů. To vše snižuje klinickou hodnotu mnoha studií a znemožňuje v podstatě spolehlivě tvrdit, že změny ve fungování dětské psychiky je vždy možno připsat terapeutické – individuální či skupinové práci s dítětem. Zkrátka, efektivita terapeutické léčby je vždy těžko změřitelná, nikdy nelze zcela odlišit vliv terapie a přirozené maturace, do hry vstupuje příliš mnoho faktorů a proměnných.

Výzkumy často obsahují tyto typické chyby, které snižují jejich hodnotu.

- malý, nespecifický vzorek
- absence kontrolní skupiny
- použití pouze všeobecných výsledných opatření
- selhání monitorování integrity léčby
- nepřítomnost smysluplného ověřování, sledování

S těmito potížemi se potýká i na následujících stranách prezentovaný výzkum a vymezuje se vůči nim v kapitole věnované metodologii výzkumného šerení a v závěrečné diskusi. Mnoho pohledů na efektivitu dětské psychoterapie se ve výsledku zaobírá stejnými otázkami, stejným problémem: jaká je samotná podstata dětské psychoterapie, jaké je její působení,

komu slouží, tj. kdo je jejím klientem, za jakých podmínek je /může být realizována – to vždy hraje svou roli a situaci značně proměňuje.

Otázkou efektivity terapeutické léčby se v zahraničí zabývají hlavně pojišťovny. Na poli dětské psychoterapie se mnoho studií snaží zajistit důkazy o efektivitě. Weiss zkoušel během dvou let trvajícího výzkumu odhadnout, jak probíhá běžná dětská psychoterapie v USA a zjistit efektivitu této psychoterapie. Efektivitu tradiční dětské psychoterapie se mu oproti kontrolní skupině, která absolvovala akademický tutoring, nepodařilo prokázat. Přesto měla tato podrobná studie dobrý vliv na všeobecně probíhající klinické terapie.<sup>26</sup>

V evropských podmínkách je tomuto tématu věnováno méně pozornosti, čemuž odpovídá i fakt, že většina literárních zdrojů pochází z angloamerické oblasti. V Německu situaci mapuje a komentuje Manfred Döpfner<sup>27</sup>. Döpfner se opírá o nejpodstatnější americké meta – analýzy (viz dále) a shledává, že německé výzkumy, přestože se je jich nesrovnatelně méně a menšího rozsahu, se potýkají se stejnými potížemi a dospívají k přibližně shodným výsledkům v oblasti efektivity dětské a adolescentní psychoterapie. Döpfner shrnuje nejpodstatnější závěry výzkumů s tím, že psychoterapie dětí a dospívajících je účinná a to v rozsahu podobném jako u dospělých, efekty dětské psychoterapie jsou specifické a stabilizují se postupem času (v období průměrně 6 měsíců zůstávají stabilní). Přestože v některých regionech není dostatek validních studií (podobně jako v ČR), nabízí Döpfner řešení v podobě přebírání hotových, standardizovaných či evaluovaných modelů terapie, jak se tomu děje v Německu.

Podobně jako v našem případě, i v zahraničí dospívají někteří výzkumníci k závěru, že zásadním faktorem, je práce s celým systémem – zázemím dítěte. Důkaz lze najít například u léčby mladých chlapců s přetrvávajícími poruchami chování v režimu MST (multi-systémová terapie), která se snaží problémové chování řešit v oblastech, kde je zakotveno a snaží se tyto oblasti změnit (např. rodina, škola, nejen problémové chování chlapců samo o sobě). Tento široký přístup zásadně mění představu o terapeutické intervenci, dává dohromady více

---

<sup>26</sup> Více informací viz níže. WEISS,B.; CATRON,T.,HARRISS,V. A 2 – year follow –up of effectiveness of traditional child psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 2000, 68, s.1094 – 1101. a WEISS,B.; CATRON,T.,HARRISS,V.; PHUNG,T.M.: The effectiveness of traditional child psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*,1999, 67, s. 82-94. a WEISS,J.R.; DOSS,A.J.; HAWLEY,K.M. Youth psychotherapy outcome research: A review and critique of the evidence base. *Annual Review of Psychology*. 2005, no.56, s. 337 – 363.

<sup>27</sup> DÖPFNER, M. Wie wirksam ist Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie? *Psychotherapeutenjournal*. 2003, no. 4, s. 258 – 266. Dostupný též z: <http://www.psychotherapeutenjournal.de/pdfs/2003-04/02-Beitrag1.pdf>.

terapeutických cílů a technik, obnáší práci s celou rodinou a vyžaduje nutnou všeobecnou spolupráci. Je tedy celkově náročný, ale zvyšuje pravděpodobnost úspěchu.<sup>28</sup>

### **Vývoj výzkumů efektivity dětské psychoterapie**

Pro komplexní pochopení problematiky měření efektivity psychoterapie a následně dětské psychoterapie je třeba sledovat historickou linii tohoto úsilí.

Na počátku stojí v roce 1952 Eysenck se svou již klasickou studií věnovanou efektivitě psychoterapie u dospělých, ve které dospěl k elementárnímu poznatku, že není rozdílu mezi léčenou a kontrolní skupinou a že dvě třetiny respondentů zaznamenají zlepšení svého stavu, ať již prošli léčbou či nikoliv. Touto studií položil základ pro další a další výzkumy, které chtějí zmapovat efektivní faktory v psychoterapii a kladou si otázku, zda je vůbec léčba účinnější než žádná péče, zda se nakonec většina pacientů neuzdraví „sama od sebe“. Celá řada výzkumníků následujících Eysencka shledává, že zajistit komplexní pohled na psychoterapii je výzkumně velmi náročné jak z hlediska metodologie, tak z hlediska enormního obsahu, kam vstupuje velmi mnoho proměnných. Výzkumníci čelí problematické definici psychoterapie, velkému množství technik a terapeutických směrů, různé osobní orientaci terapeutů, různé délce terapie a jejímu různému formálnímu uspořádání (individuální, skupinová, rodinná apod.). Do hry vstupuje celá řada potíží a diagnóz, s nimiž přichází klienti.

Historie výzkumů efektivity psychoterapie je protkána mnohými pokusy o měření, mnohými frustracemi z nejasných či neprůkazných výsledků. Nejčastějším závěrem je, že efektivita nebyla zcela prokázána a následně jsou definovány metodologické potíže výzkumu. Zároveň se stále častěji objevují doporučení pro následovníky, které postupně přinesou kýžené ovoce, a tedy, že generalizovaná psychoterapie není validně měřitelná, je třeba zaměřovat se konkrétněji na jednotlivé klientské skupiny (zejména dle diagnózy) a konkrétní psychoterapeutické přístupy. Většina autorů se shoduje v závěrech, že výzkum efektivity je obtížný, ale rozhodně důležitý, přestože otázka po efektivitě psychoterapie či dětské psychoterapie zůstává i po letech stále otevřena a dostáváme odpověď pouze na některé její dílčí aspekty.

---

<sup>28</sup> DOWEL, K.A. The effects of parent participation on child psychotherapy outcome: A meta-analytic review. Disertační práce, vedl B.M.Ogles. Ohio University, 2005. ; REYNOLDS, C.R.; GUTKIN T.B. The Handbook of School psychology. New York 1999, s.747 - 751.

Klíčovými momenty historie výzkumů efektivity dětské psychoterapie jsou studie amerických autorů Levitta (v letech 1957, 1963, 1971), Barretta, Hampeho a Millera (1978), Abramowitze (1976), který se zaměřil na skupinovou psychoterapii a Tramontany (1980).

Levitt (výzkumy publikovány v letech 1957, 63, 71) následoval Eysencka a aplikoval jeho měření na oblast dětské psychoterapie. Sledoval děti s neurotickými obtížemi a zjistil, že bezprostředně po léčbě lze hovořit o zlepšení u 2/3 z nich a u 3/4 je zaznamenáno zlepšení po časovém odstupu (follow – up). Stejně závěry však konstatoval i u kontrolní skupiny, nešlo tedy o prolomení Eysenckovy otázky, nýbrž o zjištění, že psychoterapie u dětí funguje přibližně tak, jako u dospělých. I Levitt je ve svých závěrech optimistický tvrdě, že dětská psychoterapie „není marná“, jen doporučuje opatrný přístup, dokud nebude k dispozici více výzkumů. Levitt svůj výzkum několikrát zopakoval na různých skupinách dětských klientů (emocionální problémy, antisociální chování, enuréza, školní fobie) s globálně stejnými výsledky, všímá si však, že výsledky tendují být nižší u antisociálního chování a vyšší u enuréz a školní fobie. Vyzdvihuje tedy význam diagnózy. V sedmdesátých letech pak v rámci dalšího výzkumu poukázal na některá specifika dětské psychoterapie: ukazují se rozdíly mezi léčbou ambulantní a lůžkovou, vstupuje vliv medikace dětí, děti ovlivňuje jejich speciální třídní umístění a užití matky jako terapeuta. Individuální studie ukazují drobné efekty, ale globálně trvá nedostatek důkazů pro to, že intervence směrem k dětem je obecně účinná. Později se Levitt zaměřil na juvenilní delikventy a školní fobii. U první skupiny se terapie obecně jeví jako spíše neúčinná, u druhé jsou psychologové úspěšnější, ale Levitt poukazuje na specifikum dětské psychoterapie, kdy odstranění jednoho základního problému nemůže vyloučit jeho transformaci a objevení se v jiné podobě později (viz níže). Levitt, přestože výzkumu efektivity dětské psychoterapie zasvětil velkou část profesního života, nedokázal otázku po její efektivitě uspokojivě zodpovědět, přinesl však celou řadu dílčích závěrů, které se vyslovují k dětské psychoterapii založené na tradičním psychoanalytickém vedení dítěte. Levitt tvrdí, že čas nepodpořil nutnost zapojení matek v léčbě, relativní nevýznamnost zapojení otců, vztah výsledků k intenzitě léčby, vhodnost podpory k vyjadřování negativních pocitů, ignorování nežádoucího chování, tvrzení, že některá rodinná atmosféra je více terapeutická než jakákoli odborná péče. Řada tradičních přístupů a stále realizovaných intervencí tedy dle Levitta není podpořena výzkumem. Rigidně ortodoxní směry jeho výzkum nepodpořil, některé inovující směry ano. Levitt vyzýval k vyššímu zaměření se na specifické diagnózy a k dlouhodobosti studií.

Na Levitta navázal na konci sedmdesátých Barrett et al., který se více zaměřil na výzkumné otázky než na klinickou realizaci psychoterapie. Ani on však globální otázku nevyřešil, nýbrž ji přeformuloval. Ptá se: „Který soubor procedur a intervencí je efektivní, pokud se aplikuje na který druh klientů, se kterými specifickými problémy a se kterým typem terapeuta?“<sup>29</sup> Tato nová otázka problematiku komplikuje, ale je výtěžnější než původní obecný dotaz „Je psychoterapie účinná?“. V závislosti na tomto novém pohledu Barrett upozorňuje, že klasifikace potíží u dětských klientů je nedostačující a z jeho podnětu došlo k úpravám amerických diagnostických manuálů DSM III. v roce 1980 a DSM IV. v roce 2000.

Na efektivitu skupinové práce s dětmi se v druhé polovině sedmdesátých let zaměřil Abramowitz a dospěl zhruba ke stejným výsledkům jako u dětské individuální psychoterapie, upozorňuje však na vhodnost a efektivnost behaviorálního přístupu ve skupinové psychoterapii. S podobnými závěry přišla též Tramontana na počátku osmdesátých let sledující efektivitu práce s adolescenty. Efektivitu se nepodařilo zcela prokázat, ale došlo opět k úpravám metodologie.

Zásadním přínosem je analýza 40 let studií a výzkumů z let 1962 – 2002, kterou v roce 2005 publikovali Weisz, Doss, Hawley<sup>30</sup>. Tato rozsáhlá práce zmapovala silné i slabé stránky výzkumů a přináší pro budoucnost následující podněty k revizi:

- Ve studiích je často problematická charakteristika vzorku, 60 % studií neuvádí demografické charakteristiky, etnicitu a rasu klientů, výzkumy skupinu generalizují jako děti a mládež obecně.
- Nekonzistentně jsou uváděny příčiny léčby, 75% studií neuvádí formální diagnózu pro zařazení do terapie, následně je tedy omezená možnost generalizace pro specifické obtíže.
- Velikost vzorku bývá malá, navrhuji 50 respondentů pro výzkumnou i kontrolní skupinu, aby byla zajištěna adekvátní statistická síla. V reálu jsou však běžné výzkumy s cca dvacítkou respondentů v každé skupině.
- Integrita a důvěryhodnost léčby je dalším oříškem. Autoři požadují záruky, že léčba je skutečně vedena tak, jak je uváděno ve studii. Toto kritérium je podle nich nejvíce

---

<sup>29</sup> PROUT, H.T.; BROWN D.T. ed. *Counseling and Psychotherapy with Children and Adolescents*. New Jersey 2007, s. 21.

<sup>30</sup> WEISZ, J.R.; DOSS, A.J.; HAWLEY, K.M. *Youth psychotherapy outcome research: A review and critique of the evidence base*. *Annual Review of Psychology*. 2005, no.56, s. 337 – 363.



splněno u intervencí zaměřených na nácvik a učení. Jako řešení nabízejí sjednocení léčebných manuálů, trénink terapeutů a jejich supervizi a vnější kontrolu validity.

- Žádají větší komprehensivnost, komplexnost měření výsledků. Vyzdvihují studie, které poskytují o dítěti a jeho posunu více informací z dalších zdrojů, tedy zejména od učitelů a rodičů, a které jsou založeny na vícezdrojových výsledcích měření, jako jsou například počty výskytu chování, záznamy pozorování a hodnocení.
- Posledním apelem autorské trojice je reprezentativnost studií pro klinický terén. Celá řada studií byla realizována v laboratořích, při universitním výzkumu, a tím nerefletovala aktuální praxi, děti a adolescenti nepocházeli z typických referenčních zdrojů, terapeuti nemuseli být aktuálně praktikujícími a léčba nekopírovala běžný stav v praxi. Weisz, Doss a Hawley navrhuji do budoucna řídit se těmito reprezentativními kritérii.

Prout<sup>31</sup> (2007) předchozí poznatky rozvíjí a definuje následující problematické oblasti, které se s výzkumy efektivity pojí:

Problémy na straně klientů: konkrétně klinické definice klientské populace, tedy definování symptomatologie, diagnóz klientů. Bude léčba jedné problematiky (např. hyperaktivních dětí) stejně efektivní, pokud bude realizována na klinickém pracovišti nebo ve škole? Počítají výzkumy též s dalšími podskupinami založenými na pohlaví, národnosti, rase, věku?

Problémy na straně terapeuta: různost věku, pohlaví, profesní orientace, kompetencí, stylu vedení a osobnostních charakteristik, to vše má vliv na výsledek léčby. Proto se pozdější výzkumy snaží podchytit, jaký styl funguje na jakého klienta.

Problémy týkající se procesu a obsahu psychoterapie: o co v psychoterapii vlastně jde, jaká je typická klientsko – terapeutická interakce? Po jaké intervenci nastane zlepšení či změna chování či emocí?

Problémy v měření terapeutické změny: co značí v psychoterapii zlepšení? Jak jej mohu měřit při zachování validity a reliability? Ukazují efektivitu škály (posuzující vně či

---

<sup>31</sup> PROUT, H.T.; BROWN D.T. ed. Counseling and Psychotherapy with Children and Adolescents. New Jersey 2007, s. 18.

sebeuposuzující), osobnostní testy, zpětná vazba od klienta, zpětná vazba od terapeuta, report od někoho třetího (od rodiče, ze školy)?

Problémy a otázky metodologické: Je možno výzkum jednoho subjektu použít pro generalizaci efektivity? Dokonce pro tak velkou generalizaci ve smyslu, zda psychoterapie obecně funguje? Kdo tvoří adekvátní kontrolní skupinu? Používají se nejčastěji čekatelé na psychoterapii či „odpadlíci“ z psychoterapie, ale jsou tyto skupiny klinicky srovnatelné s léčenou skupinou?

Problematika velkého množství vstupujících proměnných: psychoterapie neprobíhá v izolaci a dá se vůbec odlišit další vstupující proměnné, které mají vliv na výsledek?

Problematika efektu „follow – up“: Co je dlouhodobým efektem intervence? Dokazuje úspěch následné měření po jednom roce? Bude výsledek stejný po pěti či deseti letech?

Problematika výzkumů dětské psychoterapie: dětská psychoterapie je velmi specifická a zkoumání její efektivity je ještě komplikovanější. Je možné oddělit vliv psychoterapie od přirozené maturace? Některé symptomatické manifestace by navíc v dospělosti mohly být považovány za patologii, ale u dětí mohou být vývojově přirozené. Prout navíc zdůrazňuje Levittův<sup>32</sup> pojem „dětská vývojová symptomová substituce“, který charakterizuje specifický jev, kdy je dítě z jednoho příznaku vyléčené, ale problém se objeví jinde, přesune se a znovu „vyplave“ například v adolescenci.

Jak je patrné z předchozího textu, potvrdit efektivitu generalizované psychoterapie je skutečně zapeklitý úkol, který se dlouhodobě nedařil a či dařil jen z části a přinesl celou řadu dílčích otázek a potřebu konkretizace na mnoha úrovních. Přelomovým bodem se stalo užití meta – analýzy v hodnocení studií efektivity.

---

<sup>32</sup> LEVITT, 1971. In PROUT, H.T.; BROWN D.T. ed. Counseling and Psychotherapy with Children and Adolescents. New Jersey 2007.

## Meta – analýza a její přínos pro zkoumání efektivity<sup>33</sup>

Meta – analýzou velkého množství studií za využití metod meta-analýzy literárních zdrojů bylo dosaženo dalšího posunu ve zkoumané problematice. Smith a Glass v roce 1977 zpopularizovali v psychoterapeutické literatuře statistický přístup ke zkoumání efektivity, když do tohoto tématu zanesli pojem velikost účinku (effect size, ES). Velikost účinku se vypočítá odečtením průměru kontrolní skupiny od průměru léčené skupiny a poté je rozdíl vydělen velikostí standardní odchylky kontrolní skupiny  $ES = \frac{M_t - M_c}{SD_c}$ .

Velikost účinku determinuje velikost účinku mezi a napříč různými typy léčby a umožňují nám jejich porovnávání. Velikost účinku je standardní skóre, které nám říká, o kolik jednotek standardní odchylky se liší výsledek léčené skupiny od skupiny neléčené, kontrolní. Pozitivní efekt ukazuje zlepšení či léčebnou změnu ve prospěch klienta. (Například velikost účinku 1,00 znamená, že klient, který když se pohybuje bez léčby ve své skupině na úrovni 50. percentilu se s léčbou posune na úroveň 84. percentilu, tedy zaznamená zlepšení o jednu směrodatnou odchylku.) Cohen<sup>34</sup> převádí údaj o ES do kvalitativní roviny. ES 0,5 znamená, že dítě léčené s tímto efektem prospívá lépe než 69% neléčených dětí. Malý efekt (ES = 0,2) koresponduje s 58. percentilem a velký efekt (ES= 0,8) značí, že se dítěti v terapii daří lépe než 79% neléčených dětí.

Evaluací napříč různými typy terapie dospěli Smith a Glass k hodnotě 0.68. V roce 1982 tuto analýzu zopakovali D. A. Shapiro a D. Shapiro s výsledkem 0.93 a Landman a Dawes s výsledkem 0.78. Všechny tyto tři analýzy se věnovaly převážně efektivitě terapie dospělých, ale jsou argumentem podporujícím efektivitu psychoterapie vůbec. Smith a Glass dospěli k závěru, že behaviorální i nebehaviorální terapie jsou stejně účinné, naopak Shapirovi tvrdí, že behaviorální a kognitivně zaměřené terapie jsou účinnější než jiné. Meta – analytický přístup je mnohdy vnímán jako kontraverzní a byl podrobován kritice (například samotným Eysenckem již při svém zrodu v roce 1978), přesto však přináší výzvu k systematictějšímu a objektivnějšímu zkoumání výzkumných závěrů.

Několik meta- analýz se zaměřilo přímo na dětskou a adolescentní psychoterapii. Casey a Berman (1985) analyzovali studie zaměřené na terapeutickou práci s „prvostupňovými“ dětmi, tedy do 13 let věku, s výsledkem 0.71. V jejich analýze vycházejí behaviorální a kognitivní přístupy efektivněji (0.91) než nebehaviorální - centrováné na

<sup>33</sup> Volně dle PROUT, H.T.; BROWN D.T. ed. Counseling and Psychotherapy with Children and Adolescents. New Jersey 2007, s. 22 – 24.

<sup>34</sup> COHEN, 1992. In REYNOLDS, C.R.; GUTKIN T.B. The Handbook of School psychology. New York 1999, s. 752.

klienta a dynamické (0.40). Individuální terapie je efektivnější (0.85) než skupinová (0.50). H.Prout a De Martino (1986) evaluovali studie věnované práci s dětmi a adolescenty, kteří měli problémy ve škole, nebo se jejich problémy ke škole vztahovaly, s výsledkem 0.58. Také jim se behaviorální terapie jeví jako efektivnější, ve školní prostředí však skupinové intervence funguje lépe než individuální (0.63 versus 0.39). H.Prout a De Martino navíc porovnávali výsledky u dětí z prvního a druhého stupně a nezaznamenali mezi nimi výrazné rozdíly. Tyto výsledky napříč terapiemi jsou konzistentní a srovnatelné s výsledky meta-analýz u dospělých.

V historii meta – analýz lze nalézt čtyři nejvýznamnější globální studie efektivity dětské a adolescentní psychoterapie jako celku<sup>35</sup>:

- Casey & Berman (1985), mapovaný věk 3-12 let, 64 terapeutických skupin, za publikační období 1952-1983, vysledovaná míra efektu 0,71.
- Weisz et al.(1987), mapovaný věk 4-18 let, 163 terapeutických skupin, za publikační období 1958-1984, vysledovaná míra efektu 0,79.
- Kazdin et al.(1990), mapovaný věk 4-18, 223 terapeutických skupin, za publikační období 1970-1988, vysledovaná míra efektu 0,88 (míra efektu ve srovnání terapeutické skupiny a neléčené kontrolní skupiny) a 0,77 (míra efektu ve srovnání terapeutické skupiny a aktivní kontrolní skupiny tj. diskusní skupiny, skupiny, které je věnovaný pouze laický zájem, např. povídání se studenty – placebo).
- Weisz et al.(1995), mapovaný věk 1,5-17,6, 244 terapeutických skupin, za publikační období 1967-1993, vysledovaná míra efektu 0,71.

Všechny význačné analýzy se tedy shodují v tom, že dětská psychoterapie je převážně účinná. Tento přístup má však svou slabinu v tom, že jednotlivé studie nepracovaly stejným terapeutickým stylem, léčba se nezaměřovala na stejné problémy a postupy měření efektu nebyly shodné, proto je též jejich vzájemné porovnávání diskutabilní (například porovnávání behaviorálních a nonbehaviorálních přístupů). Přesto však tyto metaanalýzy podporují tvrzení o efektivitě dětské a adolescentní psychoterapie.

---

<sup>35</sup> WEISZ, J.R.; JENSEN, A.L. Child and adolescent psychotherapy in research and practice contexts: Review of the evidence and suggestions for improving the field. *European Child and Adolescent Psychiatry*. 2001, no. 10, s. 12 – 18.; DÖPFNER, M. Wie wirksam ist Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie? *Psychotherapeutenjournal*. 2003, no. 4, s. 260. Dostupný též na: <http://www.psychotherapeutenjournal.de/pdfs/2003-04/02-Beitrag1.pdf>.

## **Léčba specifických obtíží a její efektivita**

Výzkumy efektivitv dětské psychoterapie se na základě předchozího vývoje začaly specializovat na prokázání účinku buďto u jednotlivých terapeutických přístupů či u konkrétních dětských diagnóz. Nejvíce pozornosti získávala léčba deprese, fobií a úzkostných poruch, u nich byl též zmapován stupeň průkaznosti efektivitv u konkrétních intervencí (převážně u K – B intervencí, modelového učení a desenzibilizace).

Klinická evidence obsahuje mnoho klinických kazuistik, ale málo opravdových empirických studií a vědeckou hodnotou a přínosem. Jedna z největších studií byla prováděna na Tavistock Clinis (realizovali autoři Target, Fonagy v roce 1994). Jednalo se o 299 dětí s úzkostnou či depresivní poruchou. Po dvou letech léčby bylo významné zlepšení obtíží prokázáno u 85% z dětí. Ale jako obvyčejně, tato studie měla svoje omezení a limity, kterých si autoři byli vědomi – bez kontrolní skupiny, bez objektivních měření, klinické zlepšení bylo hodnoceno terapeutem. Přes nedostatek přesvědčivých výzkumů, velká část dětských psychoterapeutů uznává, že psychoterapeutické metody a přístupy ovlivňuje jejich vlastní pojetí, jejich formulace a celkový terapeutický přístup – například stabilní vztah mezi klientem a terapeutem, motivace a zájem o proces terapie.

Podobně jako u dospělých i u dětí je shledávána účinnou při léčbě dětské a adolescentní deprese zejména kognitivní terapie. Kognitivně behaviorální terapie je indikována jako efektivní u úzkostných poruch.

Vedle zmíněných diagnóz se zájem zaměřuje též na poruchy pozornosti, poruchy chování a související rušivé chování. Celá řada podstatných výzkumů, relevantních k tématu této disertační práce, je zmíněna v samostatné kapitole věnované poruchám pozornosti a poruchám chování.

## **Efektivita jednotlivých psychoterapeutických směrů u dětí**

Co se týká měření efektivitv konkrétních terapeutických přístupů, nejvíce výzkumů se zaměřuje na metody, které využívají behaviorální a kognitivní změny. Ve většině studií se nejedná o přímou práci terapeuta s klientem, ale ve hře je triáda terapeut-rodíč-dítě. Terapeut často pracuje s rodiči, mnohdy změna v chování a v přístupu rodičů vede ke změně chování dítěte. Některé studie připouští, že dítě ani nemusí s terapeutem být v kontaktu, v literatuře je však popsána většina kazuistik a výzkumů, kde terapeut pracuje přímo s dítětem.

Nejnázornější příklady efektivity kognitivně behaviorálního přístupu lze nalézt v případech, kde jsou řešeny úzkosti, fobie a různé strachy. Behaviorální metody – jako vystavení podnětu, tvarování a sebekontrolující strategie – jsou shledávány jako nejúčinnější. Behaviorální metody se ukázaly být přínosné také při léčbě zvládnutí agrese a zlosti a v trénování sociálních a interpersonálních dovedností. Přesto je nezbytné zmínit, že tyto metody jsou často nevyzpytatelné pro individuální reakce dětských pacientů na ně.

KBT využívá protipřenosu mezi terapeutem a klientem a úpravy kognitivních stylů. Intervence je založená na změně škodlivých a špatně fungujících stylů a na vývoji správných. Dítě si může vybudovat aktivní strategie a alternativní kognitivní styly, které budou fungovat v dané situaci lépe a více adaptivně. KBT je shledávána účinnou metodou při mnoha dětských psychických obtížích. Osvědčuje se u úzkostných dětí a využívá více strategií – systematická desenzibilace, relaxační techniky, tvarování a vývoj kognitivních strategií a procesů. Lze pracovat také s impulzivitou – děti se učí se řešit problémy a zvládat samy sebe. Úspěch KBT je zaznamenán také u depresivních poruch, hlavně u adolescentů – kde je péče založena na přetransformování kognitivních strategií a také na tom, že se dítě naučí samo sebe jinak vnímat – jinak monitoruje své chování, jinak vnímá důsledky svého chování a celkově samo sebe jinak hodnotí. I v tomto případě je důležitý trénink sociální interakce. Přestože má KBT podporu mnoha výzkumů<sup>36</sup>, jsou stále vznášeny námitky a pochybnosti, zda je to strategie dostatečně účinná. KBT totiž vyznívá jako nejúčinnější mimo jiné i proto, že je nejvíce využívaným a nejčastěji zkoumaným přístupem. Její účinek je navíc modifikován věkem (ve věku 5-7 je  $ES = 0,57$ , ve věku 8-11  $ES = 0,55$ , v rozmezí 11 – 13 let, v období formálních operací je účinek nejvyšší,  $ES = 0,92$ )<sup>37</sup>.

Dalším doporučovaným přístupem pro děti je multisystémová terapie (MST), která pracuje s rodinnou, školou i komunitou (sousedstvím) dítěte. Tento způsob práce kombinuje rodinnou terapii, podporu ve školním prostředí a vrstevnické faktory. Kombinace tohoto působení přináší vysoký profit pro dítě.<sup>38</sup>

Pro děti s poruchami chování se doporučuje již zmíněný rodičovský výcvik, „parent training“ (dále jen PT) složený z kontrolních dovedností (například nastavování pravidel, sankcí, hranic, dávání jasné instrukce či povelu dítěti, a využívání dovednosti „time – out“ při afektu, rodič se učí odlišovat patologické chování od běžného a jsou korigovány rodinné

<sup>36</sup> REYNOLDS, C.R.; GUTKIN T.B. The Handbook of School psychology. New York 1999, s. 748, 752, 753.

<sup>37</sup> DURLAK et al., 1991. In REYNOLDS, C.R.; GUTKIN T.B. The Handbook of School psychology. New York 1999, s. 752.

<sup>38</sup> WEISZ, 1992. In REYNOLDS, C.R.; GUTKIN T.B. The Handbook of School psychology. New York 1999, s. 751.

interakce) a hrových dovedností (nedirektivní, přijímající komunikace mezi dítětem a rodičem, posilování pozitivního vztahu, spolupráce a vřelosti), aplikovaných v daném pořadí. Pro vyšší efektivitu se osvědčila kombinace s emocionální podporou rodičů i dětí. Z hlediska doby trvání je krátkodobá péče (jednotlivá sezení či program 10 sezení pro děti a 6 sezení pro rodiče) efektivnější než terapie dlouhodobá či časově nelimitovaná (28 sezení pro děti, 10 setkání s rodiči).<sup>39</sup> Krátká terapie je efektivní zejména proto, že je jasně zacílená, obsahuje též informační servis a směřuje jednoznačně ke změně. V PT přístupu je důležitá kooperace až kolaborace rodiče a terapeuta. Terapeut není expertem dávajícím osvědčené rady, ale svým přístupem k rodiči plným akceptace, respektu a péče přenáší tento rozměr i do vztahu rodiče a dítěte. PT učí rodiče klíčové kompetence terapie orientované na klienta (autenticita, pozitivní zpětná vazba, empatie), behaviorální terapie (aplikace principů sociálního učení), kognitivní terapie (identifikace, změna maladaptivního smýšlení) a rodinné terapie (učí rodiče, jak se vzájemně podporovat a jak řešit neshody při výchově dětí).

### **Charakteristika terapeuta v kontextu efektivity**

Jaké jsou osobní charakteristiky terapeuta spojené s dobrou terapií? Dle Kolvina et al<sup>40</sup> je ideální terapeut extrovert, asertivní a otevřený – ti mají nejčastěji pozitivní léčebné výsledky. Více tradiční terapeuti – empatictí, přátelští a upřímní, podle stejného zdroje až zas tak dobré výsledky nemají. Ale je pošetilé předpokládat, že to co funguje u terapie dospělých, bude fungovat v dětské terapii. Napříč teoriemi se uvádí, že efektivní terapie je častěji tam, kde:

- psychoterapeut absolvoval výcvik;
- terapeut dovede mít flexibilní interpersonální vztahy – umí být aktivní, direktivní a kontrolující, když je třeba, ale zároveň, pokud to situace vyžaduje, umí být nedirektivní, podporující, naslouchající a pasivní;
- terapeut umí vzbudit pozitivní očekávání od terapie v dítěti.

Dobrý a zodpovědný poradenský psycholog musí ve své praxi umět vytěžit maximum z toho, co ví. Na poli dětské terapie to znamená kombinaci vědomostí o dětském vývoji, o

---

<sup>39</sup> WEISZ, 1990, SMYRNOS, KIRKBY (1993) In REYNOLDS, C.R.; GUTKIN T.B. The Handbook of School psychology. New York 1999, s.754.

<sup>40</sup> KOLVIN et al (1981) In SCHAFFER,D. Notes on Psychotherapy Research among Children and Adolescents. Journal of the American Academy of Child Psychiatry, 1984, 23, no. 5, s. 552-561.

výzkumech ve specifických oblastech, umět si poradit se situací rozvodu či úmrtí rodině a mít povšechné znalosti o efektivních terapiích.

### **Charakteristika dítěte a její vztah k účinnosti**

Žádný terapeutický přístup není úspěšný u každého dítěte, vždy jsou nacházeny rozdíly v individuální odpovědi. To může způsobovat mnoho faktorů – povaha a charakteristika problému, kontextová situace, individuální charakteristika dítěte – pohlaví, věk, schopnosti, atd. Blagg<sup>41</sup> ve svém výzkumu školního selhání, obsahující psychodynamické i behaviorální přístupy, zjistil, že úspěšnost terapie je největší u dětí mezi 7 – 10 lety, nezávisle na tom, jaký přístup byl použit. U starších dětí byl výsledek méně předvídatelný a více korespondoval s použitým druhem terapie.

Termín „charakteristika dítěte“ není nejvhodněji zvolený, naznačuje, jako by dítě byla samostatná kategorie, odloučená od svého prostředí. Což není pravda, jak potvrzuje mimo jiné výzkum KBT realizovaný Cobhamovým týmem<sup>42</sup>. Zjistilo se, že u dětí s úzkostnou poruchou závisejí jejich reakce na terapii také na tom, jaké mají jejich rodiče vztah k úzkosti. Děti se velice úzkostnými rodiči odpovídaly na terapii hůře, než děti ostatní (nezávisle na věku, pohlaví a míře úzkosti). Dítě tedy nelze nikdy zcela oddělit od sociálního kontextu, z něž přichází. Zároveň je dítě jen velmi zřídka objednavatelem péče, a zda se do terapie dostane či zda přijde na konkrétní smlouvanou schůzku, nezávisí zcela na něm.

To, co bylo u dětí sledováno ve vztahu k účinnosti, jsou zejména vývojové charakteristiky a kulturní a etnická specifika. Pro potřeby naší práce se budeme věnovat pouze prvnímu zmíněnému tématu. Kulturní a etnická specifika sledovaná ve Spojených státech zejména na populaci černošské a hispánské, nepovažujeme za relevantní našemu tématu.

---

<sup>41</sup> BLAGG, N. School phobia. In OLLENDIC T.H.; KING, N.J.; YULE, W. International handbook of phobic and anxiety disorders in children and adolescents. New York, 1994, s. 181.

<sup>42</sup> COBHAM, V.E. Evaluation of a Brief Child-focused Group-based Intervention for Anxiety-disordered Children. Behaviour Change, 2003, 20, no.2, s.109 -116.



## Vývojové hledisko v psychoterapii<sup>43</sup>

Kapitola věnující se vývojových charakteristikám by vystačila na celou samostatnou knihu. Zde následuje pouze stručný výčet důležitých vývojových charakteristik z celého dětství.

Vývojová psychologie hodně rozšířila naše pohledy na sociální a kognitivní změny v dětství, ale dobrý poradenský psycholog má vždy na paměti, že každé dítě je jedinečné individuum a daným milníkům nemusí přesně odpovídat. Ty slouží spíše pro všeobecný přehled a porovnání. Prostředí kolem dítěte a jeho zkušenosti mohou vývoj urychlit, zpomalit i zastavit. (př. děti, které ve své rodině zažívají již druhý rozvod, budou o této problematice mnohem sofistikovaněji mluvit a více ji rozumět, než dítě, které situaci zažívá prvně – ač jsou stejně staré). Je vážným omylem, pokud terapeut pustí tento fakt ze zřetele a bude vycházet pouze z daných vývojových charakteristik. Také by neměl zapomínat na to, že stres všeobecně snižuje u dětí všeobecné schopnosti.

### Rané dětství

Batole ví víc, než dokáže sdělit. Takto staré děti znají rutinní běh a pravidla rodinného života, vědí, co se od nich očekává v určitých situacích (radost, smích, brek, úlek, smutek, atd.). V tomto věku převažuje jednoznačně hrová terapie a je nutná práce s rodičem, zázemím dítěte.

### Předškolní a raně školní věk (4 – 7)

U těchto dětí převažuje myšlení převážně konkrétního typu. Dlouho nemají specifikované pojetí sebe. To, co znají, jsou spíše nálepky, výrazy a hodnoty získané a viděné okolo sebe, ve svém okolním prostředí. Sebepojetí je dosti konkrétní a často se omezuje na dovednosti a sociální akceptabilitu. Druhé vidí konkrétně a poněkud „černobíle“ – dobrý, špatný, zlý, silný, atd. Sociální porovnávání je možné, ale většinou nepřesné, mírně egocentrické. Rozumějí tomu, že pocity jsou způsobeny vnějšími událostmi a věcmi. Ve stresu dítě hledá podporu v rodičích a dospělých. Hrová terapie se zde prolíná s cílenými aktivitami a pomalu je zvyšováno uvědomění dítěte (fyzické, kognitivní i emocionální – co cítím, jak o tom přemýšlím = na co myslím a jaké mám u toho emoce). Terapie i nadále pracuje se zázemím dítěte.

---

<sup>43</sup> Volně inspirováno: REYNOLDS, C.R.; GUTKIN T.B. The Handbook of School psychology. New York 1999, s.748 - 750.

### Mladší školní věk (8-12)

Děti jsou schopny samovolné sebereflexe za použití logického zdůvodnění, které je ještě stále značně konkrétní. Sociální porovnávání je možné, v sociálních vztazích dodržují koncept „slušnosti“. Egocentrismus zůstává, ale jsou schopny více porozumět pocitům a potřebám ostatních. Chápou, že na stejnou věc, událost může existovat více pohledů. Sebepojetí je více diferencováno, již více odlišují mezi pozitivním a negativním. Pro terapii je významné, že sebepojetí často vychází z hodnocení druhými a v tomto období se stává stabilnější součástí osobnosti (u dětí s ADHD, které jsou neustále kritizovány, může docházet například k rozvoji poruchy chování). Ve stresových situacích již děti tohoto věku více přemýšlejí a často samy odhadnou, co situaci zlepší. Forma psychoterapie v tomto věku se zaměřuje na cílené aktivity, sebeuvědomování již je možné zvyšovat na kvalitnější úrovni a děti se učí základům rozhovorové terapie. Činnostní terapie je stále prolínána hrou formou, která děti motivuje a při přiměřené reflexi nabízí nosný materiál pro zvýšení uvědomění a následnou změnu chování. Práce s okolím dítěte je stále významná.

### Starší školní věk a adolescence

V tomto období děti začínají definovat a chápat samy sebe v jedinečném identitním pojetí, jsou schopné chápat sebe jako objekt v personální historii a interpersonálním kontextu. Jsou výrazně citlivé k vnímání a pocitům ostatních, závisí na tom jejich sebehodnocení. Převažující nálada u nich bývá spíše stejná, ale časté jsou afektivní změny nálad – často ve spojitosti se stresem. Adolescenti mají ambivalentní vidění dospělých jako zdroj pomoci. Počínaje starším školním věkem je terapie vedena převážně rozhovorovou formou, ubývá technik a aktivit (starší děti a dospělí jsou vůči nim ostýchavější, mají více zábran). S věkem také klesá význam práce s celým rodinným systémem, například efektivita výcviku rodičů (PT) významně klesá.

## **Shrnutí a hlavní závěry z výzkumů efektivity dětské terapie**

Zesumarizujeme – li základní praktické poznatky o efektivitě dětské psychoterapie z předchozího textu, docházíme k následující bodové rekapitulaci:

- Psychoterapie v jakékoliv formě je lepší než žádná léčba, u mnoha dětských obtíží – úzkostnost, agrese, sociální nepřizpůsobivost, atd.
- Behaviorální přístupy mají převážně vyšší úspěšnost než ostatní.
- Efektivita určitých přístupů koresponduje s věkem klientů.
- Krátkodobé programy se jeví jako efektivnější.
- V krátkodobé terapii se ukazuje jako více úspěšné, když se používají specifické techniky zaměřené na změnu.
- Léčebné cíle by měli být v efektivní dětské psychoterapii stanoveny a přesně definovány.
- Intervence u dětí je účinnější, je – li zaměřená na zjevné a zřetelné chování.
- Terapeutický cíl je lepší hledat v přítomnosti spíše než v minulosti.
- Terapie se daří, pokud je dítě pojímáno jako individualita.
- V léčbě problémového chování se osvědčuje multisystémovost, výzkumně je metaanalýzou podložen vyšší úspěch při zapojení rodičů do procesu terapie dítěte.
- Komplexnost psychoterapie a široký okruh možností, jak působit, vyžaduje pluralistický přístup k metodologii.

Kapitola Dětská psychoterapie a její efektivita zmapovala užívání psychoterapie v poradenském školském systému, nabídla stručný přehled o teorii skupinové psychoterapie s dětmi, včetně specifikace významu rodičovských skupin, a nově přinesla informace o efektivitě dětské psychoterapie jako celku i o efektivitě jednotlivých přístupů a léčbě vhodné pro určité věkové skupiny či specifické potíže. V následující kapitole se zaměříme na téma zde již načrtnuté, na problematiku specifických poruch chování a pozornosti. Vydefinujeme je a i v této oblasti zájmu se budeme snažit zachytit nejpodstatnější poznatky současných výzkumů o etiologii a efektivitě léčby těchto poruch.

### **III. Specifické poruchy chování a poruchy pozornosti**

#### **III. 1 Definice a mezinárodní klasifikační normy**

V kapitole věnované specifickým poruchám chování a pozornosti budou vydefinovány základní pojmy a stručně popsána (místy bodově) daná problematika relevantní této dizertační práci, tak aby bylo možné se v tématu orientovat. Hlavní pozornost bude následně věnována aktuálním poznatkům a výzkumům etiologie a efektivity terapie daných potíží.

Specifické poruchy chování v klinické oblasti se řídí dle dvou následujících klasifikací.

#### **ICD – 10 (MKN 10)**

Mezinárodní klasifikace nemocí a souvisejících zdravotních problémů (v češtině označovaná zkratkou MKN, v originále International Classification of Diseases and Related Health Problems, zkratka ICD) je publikace, která kodifikuje systém označování a klasifikace lidských onemocnění, poruch, zdravotních problémů a dalších příznaků, situací či okolností, publikovaný Světovou zdravotnickou organizací (WHO), přičemž některé národní zdravotní organizace vydávají její modifikované verze přizpůsobené místním podmínkám a speciálním účelům. Původně vznikla v roce 1893 jako Klasifikace příčin úmrtí, jejímž cílem bylo umožnit mezinárodní srovnání, od roku 1948 byla rozšířena o další diagnózy a stala se všestrannou pomůckou pro řízení zdravotní politiky i pro výkaznictví ve vztahu k zdravotním pojišťovnám a obdobným platebním systémům. Zhruba s desetiletým odstupem vycházejí aktualizované přepracované verze, které se rozlišují číslem uváděným za zkratkou MKN nebo ICD (například MKN-10 či ICD-10, ICD-8 atd.), menší aktualizace vycházejí s roční a tříletou periodou.

V této klasifikaci jsou rozlišeny následující diagnózy:

<b>F90</b>	<b>Hyperkinetické poruchy</b>
F90.0	Porucha aktivity a pozornosti
F90.1	Hyperkinetická porucha chování (Hyperkinetická porucha sdružená s poruchou chování)
F90.8	Jiné hyperkinetické poruchy
F90.9	Hyperkinetická porucha nespecifikovaná

<b>F 91</b>	<b>Poruchy chování</b>
F 91.0	Porucha chování ve vztahu k rodině
F 91.1	Nesocializovaná porucha chování
F 91.2	Socializovaná porucha chování
F 91.3	Porucha opozičního vzdoru
F 91.8	Jiné poruchy chování
F 91.9	Porucha chování nespecifikovaná
F 92	Smíšené poruchy chování a emocí
F 92.0	Depresivní porucha chování
F 94.1	Reaktivní porucha příchyllosti v dětství
F 94.2	Desinhibovaná příchyllost v dětství

## DSM – IV

DSM je americká národní klasifikace mentálních poruch, na rozdíl od Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN, ICD) je však podrobnější a konkrétnější, takže se používá jako rozšíření a doplnění její psychiatrické části. Původně vznikla pro potřeby statistiky a srovnávání psychiatrických diagnóz, mimo jiné pro potřeby americké armády. Poprvé vyšla roku 1952, v současnosti platí verze DSM-IV-TR z roku 2000, která už vyšla v celé řadě překladů do jiných jazyků. Pro rok 2012 se připravuje vydání DSM-V.

DSM – IV operuje s pojmy **ADHD**<sup>44</sup> , **ADD**<sup>45</sup> .

---

<sup>43</sup> ADHD („Attention Deficit Hyperactivity Disorders“ - hyperaktivita s poruchou pozornosti) neboli hyperkinetické poruchy patří mezi neurovývojové poruchy, které charakterizuje především porucha pozornosti (nesoustředěnost, nepozornost), impulzivita a hyperaktivita. Tyto poruchy se projevují již od raného dětství, nejvíce však ve školním věku, kdy postihují 5-7 % dětí, převážně chlapců. V 50 % přetrvávají do dospělosti. Pro ADHD se dříve používali diagnózy LDE (lehká dětská encefalopatie) či LMD (lehká mozková dysfunkce), které se snažily vystihnout etiologii, aktuálně používané označení syndromu vychází z popisu projevů této poruchy.

Příčiny ADHD nejsou v současnosti zcela známe. Na vzniku se nejspíš podílí vlivy genetické i zevní (ekologické, zdravotní komplikace v těhotenství nebo při porodu apod.). ADHD je porucha typická neurovývojovým opožděním s odchylkami ve vývoji centrální nervové soustavy a porušenou regulací na úrovni neurotransmiterových systémů (noradrenergního a dopaminergního). Tímto jsou pak ovlivněny prakticky všechny kognitivní funkce. Vyšetření MRI prokazuje zmenšený objem mozku, mozečku, bazálních ganglií vpravo a corpus callosum vpravo. ADHD jsou také vysoce rizikovým faktorem pro vznik dalších psychiatrických poruch.

<sup>45</sup> ADD - „Attention Deficit Disorders“ - porucha pozornosti bez hyperaktivity

## **Rozdíly mezi oběma klasifikačními systémy jsou následující:**

MKN 10 klade veliký důraz na kvalitu socializace, zatímco DSM - IV na míru závažnosti symptomů přestupků. Rozdíly u opoziční poruchy chování jsou také odlišné. V DSM – IV je diagnóza opoziční poruchy chování vyloučena jestliže je přítomna porucha chování (conduct disorder). V MKN 10 je opoziční porucha pojímána jako subkategorie poruchy chování. Další konvergentní kategorií v MKN 10 je hyperaktivní porucha chování. V oblasti klasifikace DSM – IV neposkytuje ekvivalent pro hyperkinetickou poruchu chování, MKN – 10 zase neobsahuje ekvivalent pro ADHD typ s převažující poruchou pozornosti, což označuje také poruchu, která byla dříve diagnostikována jako lehká mozková dysfunkce – její hypoaktivní forma, dle americké terminologie ADD.

Poruchy chování jsou definované jako opakující se stabilní vzorce chování, ve kterých jsou porušovány sociální normy, pravidla a práva druhých. Dg F 91 v MKN 10 charakterizuje poruchy chování opakujícím se a trvalým obrazem dissociálního, agresivního a vzdorovitého chování. Takové chování by mělo výrazně překročit sociální chování odpovídající danému věku, mělo by být proto mnohem závažnější než běžné dětské zlobení nebo rebelantství dospívajících a mělo by mít trvalejší ráz (šest měsíců nebo déle).

Porucha chování je považovaná za vážnou dětskou poruchu, která je primárním prekurzorem chronického antisociálního chování v dospělosti<sup>46</sup>, dospělí, kteří mají ve své osobní historii poruchu chování, ve větší míře užívají návykových látek<sup>47</sup>.

Zájem této disertační práce se orientuje zejména na ADHD, ADD a hyperaktivní poruchu chování – tedy sdružené příznaky poruchy pozornosti a poruchy chování.

Další podstatné rozdíly se týkají diagnostiky – stanovování diagnózy dle předem daných kritérií. Klasifikace MKN – 10 je přísnější. U dítěte musí být patrné všechny tři hlavní symptomy, tedy porucha pozornosti, hyperaktivita i impulzivita. Musí být přítomno šest příznaků poruchy pozornosti, tři hyperaktivity, jeden znak impulzivity. Příznaky musí být patrné ve více než jedné situaci a mají přesahovat obvyklou míru vzhledem k věku a nadání dítěte. Porucha bývá diagnostikována nejčastěji ve školním věku. V předškolním věku jen

---

<sup>46</sup> KAZDIN In LAHEY, B. B.; LOEBER, R.; HART, E.L.; FRICK, P. J.; APPLGATE, B.; ZHANG, Q.; GREEN, S. M.; RUSSO, M. F. Four-year longitudinal study of conduct disorder in boys: Patterns and predictors of persistence. *Journal of Abnormal Psychology*. 1995, Sv. 104.

<sup>47</sup> MOLINA In FLORY, K.; MILICH, R.; LYNAM, D.R.; LEUKEFELD, C.; CLAYTON, R.. Relation between childhood disruptive behavior disorders and substance use and dependence symptoms in young adulthood: Individuals with symptoms of attention-deficit/hyperactivity disorder are uniquely at risk. *Psychology of Addictive Behaviors*. 2003, Sv. 17.

v extrémních případech, ojediněle také v dospělosti. Při diferenciální diagnóze se upřednostňují pervazivní vývojové poruchy, úzkostné poruchy a poruchy nálady. Hyperkinetický syndrom má přednost před poruchami chování. Připouští se dvojí diagnóza.

DSM – IV požaduje pro diagnózu ADHD šest příznaků poruch pozornosti a (nebo) šest příznaků pro hyperaktivitu/impulzivitu. ADHD je zde zařazena do skupiny Attention Deficit and Disruptive Behavior Disorders a je diagnostikována pomocí pěti kategorií A – E (A – hlavní příznaky, B – příznaky před sedmým rokem, C – přítomnost ve dvou a více prostředích, D – inference hlavních příznaků, E – diferenciální diagnóza)

Hodnocení poruch v MKN-10 a DSM-IV přehledně srovnávají Munden a Arcelus. Za hlavní rozdíly kromě pojmenování považují:

„1. DSM-IV klasifikuje vlastnost - často je nepřiměřeně upovídané - jako příznak hyperaktivity. MKN uvádí podobný, ale přesnější popis chování - mluví nadměrně bez ohledu na společenské zvyklosti a zábrany - jako projev impulzivity.

2. DSM-IV vyžaduje, aby 6 a více symptomů pro hyperaktivitu - impulzivitu přetrvávalo po dobu 6 měsíců v takové míře, že mají za následek nepřízpůsobivost dítěte a neodpovídají jeho vývojovému stadiu. Protože je zde zahrnuto 6 symptomů hyperaktivity a tři symptomy impulzivity, je možné, že i děti bez symptomů nedostatečné kontroly impulzivity, by mohly splňovat diagnostická kritéria pro ADHD. To má značný význam ve chvíli, kdy současný vědecký názor směřuje k tomu, že k základním příznakům ADHD a hyperkinetické poruchy patří právě nedostatečná kontrola impulzivity.“ Munden; Arcelus (2002, s. 32).

Tyto rozdíly potom mohou způsobovat to, že některé děti, které splňují méně přísná kritéria DSM-IV, nesplňují ještě kritéria MKN-10 a mohou být ochuzeny o léčbu a náležitou péči, která je v některých zařízeních přiznávána a hrazena pouze dětem s jasně a striktně stanovenou diagnózou.

Poněvadž většina výzkumných prací používá klasifikaci DSM-IV, bude tato terminologie užívána na následujících teoretických stranách a také v praktické části této dizertační práce.

### III. 2 Užívání terminologie v českých pedagogicko – psychologických poradnách

Šetření Institutu pedagogicko psychologického poradenství z roku 2010<sup>48</sup> ukazuje, že v terénu českých pedagogicko – psychologických poraden (dále PPP), tedy v českém neklinickém, školském prostředí, dochází ke kombinaci obou diagnostických kritérií. Zdejší pojetí terminologie je nejbližší výkladu, který prezentuje základní učebnice diagnostiky autorů Svoboda – Krejčířová – Vágnerová: Psychodiagnostika dětí a dospívajících<sup>49</sup>, kde Vágnerová hovoří o příčině specifických poruch chování jako o naroušení dílčích funkcí a dává je do kontextu specifických poruch učení, s nimiž jsou mnohdy komorbidní. Autorka dále zařazuje specifické poruchy chování do kategorie hyperkinetických poruch<sup>50</sup> a ty dále diferencuje na syndrom ADHD, syndrom ADD a Hyperkinetickou poruchu chování. Dále se pak již věnuje historii pojmů v české diagnostice, etiologii poruch a příznakům ve shodě s naším následujícím textem. Toto rozdělení specifických poruch chování je v našich školských podmínkách užíváno nejčastěji<sup>51</sup>. Vágnerovou zmíněná<sup>52</sup> diagnostická doporučení jsou pak v českých PPP realizována jen částečně.

Český odborník má tedy k dispozici evropskou a americkou klasifikaci. „Proč, když jsme Evropané, dáváme přednost americkému pojetí nemoci a tedy i termínu **ADHD**? Porovnáme-li americká a evropská kritéria, zjistíme, že vymezení nemoci v evropské klasifikaci je užší než v americkém diagnostickém systému. Zároveň existují jasné důkazy o tom, že děti, které by podle evropských kritérií nesplnily podmínky pro diagnózu hyperkinetické poruchy a neměly by tedy nárok na léčbu, trpí různými příznaky, které omezují jejich život a mohou být rizikovými faktory pro vznik dalších obtíží. Domníváme se proto, že je pro naše pacienty užitečnější aplikovat kritéria z americké psychiatrie a snažit se předejít tomu, že by se dětem, které to potřebují, nedostalo náležité léčby. Naprostá většina celosvětového výzkumu ADHD je vedena právě podle amerických diagnostických kritérií. Uzavřít se před těmito poznatky by bylo nerozumné.“<sup>53</sup>

Hlavním poznatkem z šetření IPPP tedy je, že v Čechách ve školském prostředí je užívaná terminologie nejasná a nejednotná a že se mísí obě zahraniční medicínské klasifikace.

<sup>48</sup> PAVLAS MARTANOVÁ, V. Dlouhodobé intervenční skupiny v PPP. Závěrečná zpráva z projektu. Praha: IPPP ČR, 2010. Dostupné z: [http://www.ippp.cz/index.php?option=com\\_content&view=category&layout=blog&id=12&Itemid=343](http://www.ippp.cz/index.php?option=com_content&view=category&layout=blog&id=12&Itemid=343)

<sup>49</sup> SVOBODA; KREJČÍŘOVÁ; VÁGNEROVÁ, M. Psychodiagnostika dětí a dospívajících. Praha: Portál, 2001, s. 665 - 679.

<sup>50</sup> Cituje, že toto rozdělení je dle MKN – 10, 1992, In SVOBODA; KREJČÍŘOVÁ; VÁGNEROVÁ, M. Psychodiagnostika dětí a dospívajících. Praha: Portál, 2001, s. 665.

<sup>51</sup> A také respondenti výzkumu v praktické části jsou diagnostikováni převážně dle tohoto kritéria, mají převážně diagnostikovanu specifickou poruchu chování – ADHD, ADD ČI HYPERKINETICKOU PORUCHU CHOVÁNÍ.

<sup>52</sup> SVOBODA; KREJČÍŘOVÁ; VÁGNEROVÁ, M. Psychodiagnostika dětí a dospívajících. Praha: Portál, 2001, s. 670 a 676.

<sup>53</sup> Cit. Internetový zdroj: [http://www.adhd-galen.cz/adhd\\_uk\\_12.php](http://www.adhd-galen.cz/adhd_uk_12.php)



Většina školských psychologů se inspiruje základní učebnicí diagnostiky, avšak nejasné zůstává vymezení pojmů specifická a nespecifická porucha chování jak v literatuře, tak v terénní práci psychologů. Školská pracoviště se v tomto ohledu výrazně liší od pracovišť klinických, kde je přidělována diagnóza včetně příslušného kódu. V oblasti popisu příznaků, etiologie a doporučených postupů v diagnostice a intervenci pak již panuje shoda vyšší, a to jak mezi klinickými a školskými, tak i mezi našimi i zahraničními autory.

### III. 3 Symptomy, syndromy, diferenciální diagnostika

Diagnostická kritéria ADHD u dětí a adolescentů podle DSM-IV jsou následující:

- 1) Často neklidně hýbe rukama i nohama, vrtí se na židli.
- 2) Dělá mu potíže klidně sedět, i když je k tomu vyzván.
- 3) Snadno ho roztěkají vnější podněty.
- 4) Má potíže s vyčkáváním, až na něj dojde řada ve hrách nebo skupinových situacích.
- 5) Často vyhrkne odpověď na otázku ještě dříve, než byla otázka vůbec dovyslovena.
- 6) Dělá mu potíže sledovat instrukce, které mu dávají jiní (a to nikoliv z důvodu opozičního chování či nedostatku chápavosti, atd.) a selhává v dokončování úkolů.
- 7) Mívá potíže s udržováním pozornosti při práci ale i v mezních činnostech.
- 8) Často “přeskakuje” od jedné ještě nedokončené činnosti ke druhé.
- 9) Dělá mu potíže hrát si potichu.
- 10) Často povídá až příliš.
- 11) Přerušuje jiné nebo jim skáče do řeči, nebo se plete do her jiným dětem.
- 12) Často se zdá, že neposlouchá, co se mu říká.
- 13) Ztrácí věci, které jsou nezbytné k práci nebo k činnostem ve škole či doma.
- 14) Pouští se do fyzicky nebezpečných činností, aniž by bralo v úvahu možné následky (a nedělá to proto, že by jen vyhledávalo napětí pro napětí), např. vbíhá do vozovek, aniž by se rozhlédlo.

Diagnostické kritérium tohoto popisu platí následovně: ve věku 3 - 5 let je významné 10 a více příznaků, od 6 do 12 let 8 a více příznaků a od 13 do 18 let je klinicky příznačné 6 a více příznaků.

Existují tři základní symptomy ADHD: Porucha pozornosti, hyperaktivita a impulzivita, které se mohou i nemusí vyskytovat současně, MKN -10 však vyžaduje pro stanovení diagnózy přítomnost všech tří.

Pro práci s klienty s ADHD jsou důležité následující sociálně-psychologické aspekty poruchy<sup>54</sup>:

- U těchto dětí a adolescentů je běžné nízké sebevědomí.
- Nehody a zranění jsou běžnější než u ostatních dětí.
- Kouření a drogová závislost vznikají s vyšší pravděpodobností.<sup>55</sup>
- Ve škole i v zaměstnání se mohou objevovat nesoustředěnost, nízká výkonnost a konflikty ve zvýšené míře oproti většinové populaci.
- V rodině se zvýšeně projevují poruchy vztahů, rodinný stres, konflikty mezi rodiči, rozvody partnerů.
- V sociální oblasti má dítě větší problémy v socializaci, zvýšeně hrozí delikvence ve vyšším věku.
- V kontaktu s vrstevníky jsou častěji odmítáni, mohou se chovat agresivně, v důsledku čehož zažívají sociální izolaci.
- Děti s ADHD mají velkou tendenci (oproti běžné populaci) přeceňovat své schopnosti v porovnání s tím, co o nich vypovídají jejich učitelé a rodiče. Vnímají se nereálně v oblastech, kde mají největší deficit, tedy hlavně v chování, sociálních dovednostech a školních dovednostech.<sup>56</sup>
- Z hlediska emocionálního jsou chlapci s ADHD méně empatictí, mají větší problémy identifikovat emoce ve svém okolí a je u nich zaznamenáváno více projevů smutku, vzteku a viny než u stejně starých chlapců v běžné populaci.<sup>57</sup>
- Skupina dětí s ADHD je heterogenní, byly identifikovány minimálně 4 podskupiny<sup>58</sup>: a) děti introvertní a vysoce nesoustředěné, b) skupina s oslabenou kontrolou a častou komorbiditou s poruchami chování, c) extravertní skupina s více komorbiditami a d) vzácná skupina perfekcionista dětí, vykazující obsesivní zvláštnosti.

---

<sup>54</sup> volně dle PACLT, I. *Hyperkinetická porucha a poruchy chování*. 1 vyd. Praha : Grada, 2007.; dále dle prezentace Doc. Paclta na konferencích; ústní nepublikované sdělení; PFIFFNER, L.J.; McBURNETT, K. Social Skills Training With Parent Generalization: Treatment Effects for Children With Attention deficit Disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 1997, vol. 65, no.5, s. 749 – 757.

<sup>55</sup> MOLINA, B.S.G.; PELHAM JR., W.E. Childhood Predictors of Adolescent Substance Use in a Longitudinal Study of Children With ADHD. *Journal of Abnormal Psychology*. 2003, vol.112, no.3, s.497 – 507.;

RIBEIRO, S.N. JENNEN-STEINMETZ, CH.; SCHMIDT, M.; BECKER, K. Nicotine and alcohol use in adolescent psychiatric inpatients: Associations with diagnoses, psychosocial factors, tender and age. *Nord Journal Psychiatry (Oslo)*. 2008, no.62, s.315 – 321.

<sup>56</sup> KOL. AUTORŮ Self – Perceptions of Competence in Children With ADHD and Comparison Children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 2004, vol.72, no.3, s. 382 – 391. Autoři porovnávali 487 dětí s ADHD s kontrolní skupinou, sledovali oblast dovedností: ve školních, sociálních, atletických, v chování a vnímání vzhledu z pohledu dítěte a jeho učitele, matky a otce.

<sup>57</sup> BRAATEN, E.B.; ROSÉN, L.A. Self – Regulation of Affect in ADHD and Non-ADHD Boys: Differences in Emphatic Responding. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 2000, vol.68, no.2, s. 313 – 321.

<sup>58</sup> MARTEL, M.M.; MARTINEZ-TORTEYA, C.; GOTH-OWENS, T.; NIGG, J.T. A Person- Centred Personality Approach to Heterogeneity in Attention – Deficit / Hyperactivity Disorder (ADHD). *Journal of Abnormal Psychology*. 2010, vol.119, no.1, s.186 – 196.

## Komorbidity ADHD z oblasti dětské psychiatrie

Paclt<sup>59</sup> popisuje současný výskyt ADHD a celé řady dalších psychiatrických diagnóz, procenta naznačují rozmezí prezentované různými aktuálními výzkumy.

- Opoziční porucha chování (Oppositional defiant disorder, dále ODD) - 40 – 70 %
- Porucha chování (Conduct disorder, dále PCH či CD) - 20 – 56 %
- Psychopatie - přibližně 20 %
- Delikvence antisociální aktivity - 18 – 30 %
- Úzkostné poruchy (Anxiety disorder) - 10 – 40 %
- Depresivní poruchy - 0 – 45 %

Dalšími komorbidní poruchami jsou:

- specifické poruchy učení: - 24 – 70 %, z toho dyslexie 15 – 30 %
- lexikální poruchy (expresivní deficit) - 10 – 54 %
- somatické a koordinační pohybové problémy, neobratnost. - 50 %
- snížená somatická výkonnost ve srovnání s dětmi stejného věku
- třikrát zvýšené riziko náhodné otravy

Děti s ADHD se zvýšeně potýkají se **školními problémy**. Jedná se o potíže v oblasti performanční (výkonové) u cca 90 % z nich, mnohdy můžeme zaznamenat snížení intelektové výkonnosti měřené psychologickými testy (IQ snížené o 10 – 15 bodů, zejména některé subtesty jsou na poruchy pozornosti citlivé<sup>60</sup>). Časté problémy mají tyto děti s provozní pamětí – zapomnětlivost se objevuje u převážné většiny z nich. Ve škole jim adaptaci stěžují také již zmíněné vysoce komorbidní poruchy učení (viz výše).

V rodinných vztazích lze zaznamenat výrazné zvýšení počtu konfliktů rodič – dítě (dítě – rodič), postupné zvýšení rodičovských příkazů a snížení citlivosti k potřebám dítěte ve snaze o důslednost. V kontaktu s rodiči se pak projevuje více dětské nespolupráce a negativismu. To

<sup>59</sup> PACLT, I. Hyperkinetická porucha a poruchy chování. 1 vyd. Praha: Grada, 2007.

<sup>60</sup> Tento fakt koresponduje s poznatky v praktické části, kdy je sledována trajektorie dětí v poradně než se dostaly do terapeutické skupiny a jsou porovnávána různá vyšetření dětí a jsou zde zaznamenány velké výchylky, až o 20 bodů (viz kvalitativní část výzkumu).

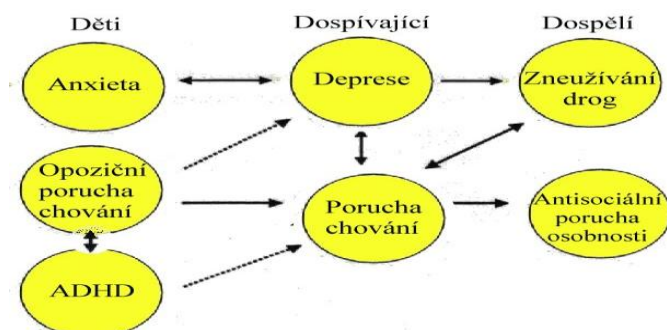
vše dohromady přináší pokles pravděpodobnosti a délky trvání vzájemné shody, větší rodičovský stres a snížené sebedůvěry v rodičovské roli.<sup>61</sup>

Podle Mundena a Arceluse<sup>62</sup> mají děti s ADHD v USA sklon k následujícím problémům ve škole a v učení:

- 90% dětí s ADHD není ve školní práci dostatečně výkonných
- 90% dětí s ADHD nepodává ve škole výkon podle svých schopností
- 20% dětí s ADHD má problémy se čtením
- 60% dětí s ADHD má vážné problémy s psaním
- 30% dětí s ADHD v USA nedokončí školní docházku
- 5% lidí s ADHD v USA dokončí čtyřleté akademické studium na college nebo na univerzitě v porovnání s 25% z celkové populace.

### Poruchy chování, ADHD v dětství, adolescenci a dospělosti

Následující graf<sup>63</sup> mapuje obvyklé trajektorie vývoje diagnózy napříč věkovými pásmy.



Graf č. 1 Trajektorie vývoje diagnózy napříč věkovými pásmy.

V dětství se tedy vyskytuje ADHD často komorbidně s opoziční poruchou chování (méně s úzkostnou poruchou), v dospívání se může obojí rozvinout v poruchu chování (někdy korespondující s depresí). Pokud se potíže neléčí a neupraví, v dospělosti pak hrozí antisociální chování a vyšší dispozice pro závislostní chování a zneužívání návykových látek.

<sup>61</sup> Tato fakta korespondují s významem aktivace rodiny / rodičů při terapeutické práci s dětmi s ADHD a PCH.

<sup>62</sup> MUNDEN, A.; ARCELUS, J. Poruchy pozornosti a hyperaktivita. Praha: Portál, 2002, s. 36.

<sup>63</sup> PACLT, I. Hyperkinetická porucha a poruchy chování. Praha: Grada, 2007. Dále prezentace na konferenci Pražský poradenský podzim. Praha 2007.

## ADHD a poruchy chování

Jak již bylo naznačeno přibližně 20% až 50% dětí a 44% až 50% adolescentů s ADHD vykazuje i silné poruchy chování<sup>64</sup>. ADHD je jedním ze silných prediktorů poruch chování<sup>65</sup>. Poruchy chování se objevují dříve u dětí s ADHD než u ostatní populace<sup>66</sup>, mají trvalejší průběh<sup>67</sup>, a jsou spojené se závažnějšími problémy v případě, že jsou spojeny s ADHD<sup>68</sup>. Například děti s ADHD a poruchou chování vykazují více projevů agresivního chování (tj. instrumentální a hostilní chování, agrese zjevná i skrytá<sup>69</sup>) a jsou vrstevníky odmítány více a také se učí často pod svoje skutečné intelektové možnosti<sup>70</sup>. Děti i s obojím výskytem: ADHD i poruchy chování, jsou více rizikové, co se týče kriminálního chování.<sup>71</sup>

---

<sup>64</sup> BARKLEY, 1998; BARKLEY ET AL., 1990; BIEDERMAN, FARAONE, & LAPEY, 1992; LAHEY, MCBURNETT, & LOEBER, 2000 In CHRONIS, A. M.; LAHEY, B.B.; PELHAM, W.E. JR.; WILLIAMS, S. H.; BAUMANN, B.L.; KIPP, H.; JONES, H.A.; RATHOUZ, P. J., Maternal depression and early positive parenting predict future conduct problems in young children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Developmental Psychology*. Sv. 43. (dále citováno jako *Developmental Psychology*, 2007)

<sup>65</sup> LAHEY, MCBURNETT, et al., 2000 In *Developmental psychology*, 2007.

<sup>66</sup> AUGUST & STEWART, 1982; BIEDERMAN ET AL., 1996; LAHEY & LOEBER, 1997; PATERNITE, LONEY, & ROBERTS, 1995; STEWART & BEHAR, 1983; SULLIVAN, KELSO, & STEWART, 1990; THOMPSON, RIGGS, MIKULICH, & CROWLEY, 1996. In *Developmental psychology*, 2007.

<sup>67</sup> LAHEY ET AL., 1995; MOFFITT, CASPI, DICKSON, SILVA, & STANTON, 1996 In *Developmental psychology*, 2007.

<sup>68</sup> LOEBER, BURKE, LAHEY, WINTERS, & ZERA, 2000, AND WASCHBUSCH, 2002 In *Developmental psychology*, 2007.

<sup>69</sup> WASCHBUSCH, 2002 In *Developmental psychology* 2007

<sup>70</sup> HINSHAW, 1999 In *Developmental psychology*, 2007.

<sup>71</sup> LYNAM, 1996 In *Developmental psychology*, 2007.

### III. 4 Etiologie specifických poruch chování z pohledu aktuálních výzkumů

Etiologie poruch chování není jednoznačně známa a zahrnuje celou řadu faktorů. Může souviset jak s vlivy prostředí, tak s vlastnostmi organismu jedince<sup>72</sup>.

#### Vliv sociálního prostředí

Především rodina, která má nesporný význam pro formování osobnostních rysů dítěte a určuje i kvalitu jeho socializace. K patologii rodinného prostředí, která se velmi často odráží v osobnosti dítěte a v jeho poruchách chování patří především nevhodné chování rodinného seskupení s disharmonickým soužitím až rozpadem rodin, rozvod rodičů<sup>73</sup>, citová plochost rodičů, alkoholismus, kriminální čin v rodinné anamnéze, nepřátelský vztah rodiče k dítěti, konfliktní vztah rodič – dítě, nedostatečná péče, nedůslednost ve výchově, domácí násilí<sup>74</sup> popř. duševní choroby členů rodiny, antisociální porucha osobnosti<sup>75</sup>. Nízká životní úroveň rodiny taktéž vytváří dispozice pro vznik poruch chování. Avšak ani vysoký životní standard (př. rodiny podnikatelů, příliš nároční rodiče apod.) nevyklučuje vznik nejrůznějších reaktivních a únikových stavů<sup>76</sup>, působení sociálního modelu agresivního chování jako normálního projevu v určitém rodinném prostředí, jako výsledek sociálního učení<sup>77</sup>. Dále to jsou: urbanistická hlediska (realizace volného času a místa ke hrám), vliv masmédií s častými agresivními tématy, dále zanedbávání: pozitivního ovlivňování, sledování problémů, řešení problémů a dodržování pravidel<sup>78</sup>, dále<sup>79</sup>: časté stěhování, vysoká kriminalita v místě bydliště, dostupnost drog, vystavení rasovým předsudkům, zneužívání.

#### Psychologické faktory

Rizikovými psychologickými faktory pro rozvinutí poruchy chování jsou hyperaktivita, kognitivní deficity, jazyková bariéra, trauma<sup>80</sup>, psychická deprivace<sup>81</sup>. Slabá

<sup>72</sup> VÁGNEROVÁ, M. Psychologie problémového dítěte školního věku. Praha: Karolinum, 2004.; VEERMAN, J.W. Rodinný stres, fungování rodiny a emocionální problémy u rodin s dětmi s poruchami chování po psychiatrické léčbě. Nizozemsko, 2004. Dostupné na internetovém zdroji: PubMed, indexováno pro MEDLINE. PMID: 7788480. Pevnější typ fungování rodiny a výskyt negativních životních událostí koreluje s několika typy poruch chování.

<sup>73</sup> GUIDUBALDI dostupné z: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&hid=18&c11c11&lang=cs&site=ehost-live>

<sup>74</sup> THEINER, P. Poruchy chování u dětí a dospívajících. Psychiatrie pro Praxi; 2007; no 2, s. 85–87.

<sup>75</sup> PACLT, I. Hyperkinetická porucha a poruchy chování. 1 vyd. Praha: Grada, 2007.

<sup>76</sup> ARABADŽIEV dostupné z: <http://sikana.i-extra.net/poruchy-chovani/>

<sup>77</sup> VÁGNEROVÁ, M. Psychologie problémového dítěte školního věku. Praha: Karolinum, 2004.

<sup>78</sup> PATERSON 1982, In PACLT, I. Hyperkinetická porucha a poruchy chování. 1 vyd. Praha: Grada, 2007.

<sup>79</sup> HUGHES, T., CROTHERS, L., JIMERSON, S. Identifying, Assessing and Treating Conduct Disorder at School, NY, USA: Springer, 2008.

<sup>80</sup> THEINER, P. Poruchy chování u dětí a dospívajících. Psychiatrie pro Praxi; 2007; no 2, s. 85–87.

<sup>81</sup> VÁGNEROVÁ, M. Psychologie problémového dítěte školního věku. Praha: Karolinum, 2004.

vazba mezi matkou a dítětem během prvních 12 až 18 měsíců života (poruchy primárního attachmentu) předurčuje výskyt agrese v pozdějším věku<sup>82</sup>.

### **Vliv školního prostředí**

Mezi vlivy související se školním prostředím patří např. navštěvování tříd, kde jsou nízké očekávání učitele od studentů, kde jedinec zažívá odmítání vrstevníky a kde má možnost navazování vztahů s žáky, kteří jsou náchylní k agresi<sup>83</sup>.

### **Genetické dispozice k agresivním projevům**

Genetické dispozice k agresivním projevům se projevují u dětí s disharmonickým vývojem osobnosti často v kombinaci s odchylkami citového prožívání<sup>84</sup>. Poruchy chování jsou vysoce dědičné a jsou spojené s vysokou mírou komorbidity, opakovaným výskytem a odolností vůči léčbě<sup>85</sup>.

### **Poruchy vnímání**

Zvláště nerozpoznané poruchy sluchu, popř. zraku, omezují postiženého v jeho sociálním zapojení. Postižený se živelně snaží pocíťované omezení překonat, často i nežádoucím způsobem<sup>86</sup>, může tak docházet k sekundárním projevům zaměnitelným s poruchou chování.

### **Snížení funkce, popř. onemocnění CNS**

Základem onemocnění CNS je kolísavost emočního ladění, impulzivita a nižší schopnost sebeovládání. Do této kategorie patří jedinci s ADHD, ADD, PCH a epilepsií. U poruch chování jsou aktivizovány zejména: gyrus cinguli, limbický systém, amygdala, gyrus hippocampalis a thalamus. U hyperkinetické poruchy je aktivován zejména prefrontální a frontální kortex, bazální ganglia a mozeček<sup>87</sup> a také jsou přítomné strukturální deficity, abnormality v asymetrii mozku, někdy též metabolické poruchy<sup>88</sup>. Dále hovoří literatura o

---

<sup>82</sup> KANN In HUGHES, T., CROTHERS, L., JIMERSON, S. Identifying, Assessing and Treating Conduct Disorder at School, NY, USA: Springer, 2008. (citováno dále jako JIMERSON, 2008)

<sup>83</sup> DELLIGATTI In JIMERSON, 2008.

<sup>84</sup> VÁGNEROVÁ, M. Psychologie problémového dítěte školního věku. Praha: Karolinum, 2004.

<sup>85</sup> MOFFITT, 2005; MOFFITT, CASPI, HARRINGTON, & MILNE, 2002. Dostupné z: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&c48c48&lang=cs&site=ehost-live>

<sup>86</sup> ARABADŽIEV dostupné z: <http://sikana.i-extra.net/poruchy-chovani/>

<sup>87</sup> PACLT, I. Hyperkinetická porucha a poruchy chování. Praha: Grada, 2007.

<sup>88</sup> MARS DEN; OBESO, 1994, TISCH, SILBERSTEIN, LIMUSIN – DOWSEY, JAHANSHAH, 2004, In GATZKE-KOPP, L.M.; BEAUCHAINE, T.P.; SHANNON, K.E.; CHIPMAN, J.; FLEMING, A.P.; CROWELL, S.E.; LIANG, O.; JOHNSON, L. C.; AYLWARD, E. Neurological correlates of reward responding in adolescents with and without externalizing behavior disorders. Journal of Abnormal Psychology. 2009, Sv. 118, Issue 1.



funkčním selhání oblastí zodpovědných za emoční regulaci<sup>89</sup>, o změněné elektrické aktivitě mozku – o pomalejších mozkových vlnách, větší amplitudě EEG<sup>90</sup>.

### **Poškození mozku**

K výskytu poruch chování může docházet po úrazech hlavy a v rámci epileptických změn osobnosti<sup>91</sup>.

### **Chorobné změny pohybových orgánů**

Vývojové anomálie, zmrzačení, amputace apod., mohou narušovat osobnost postiženého nedostatkem sebejistoty a pocitu méněcennosti. V takových případech se vytvářejí reaktivní, leckdy nežádoucí projevy v chování<sup>92</sup>.

### **Působení chemických látek**

Tým vedený Stephanií Engellovou z newyorské Mount Sinai School of Medicine testoval bezmála dvě stovky těhotných žen na obsah ftalátů v těle. Děti matek, jež měly během těhotenství nejvyšší hladiny těchto chemikálií, trpěly v pozdějším věku dvaapůlkrát častěji závažnými poruchami pozornosti a dalšími závažnými poruchami chování. Čím vyšší byly hladiny ftalátů v těle matky, tím častější a závažnější problémy jejich děti postihovaly. Je zajímavé, že poruchy chování dětí souvisely jen s těmi typy ftalátů, které jsou součástí kosmetiky, např. parfémů, šampónů, laků na nehty, deodorantů nebo laků na vlasy. Poněkud překvapivě nebyl pozorován efekt ftalátů, jež se hojně vyskytují v měkčených plastických hmotách.

Etiologie specifických poruch chování a poruch pozornosti je tedy velmi komplikovaná a v poslední době se jí věnuje celá řada zahraničních výzkumů. V našich podmínkách je pozornost tradičně věnována nejvíce neurobiologickým souvislostem a působení rodinného prostředí. Menší pozornost je pak věnována vrstevnickým vlivům.

---

<sup>89</sup> BLAIR et. al., In JIMERSON, 2008.

<sup>90</sup> BAUER et al., In JIMERSON, 2008.

<sup>91</sup> VÁGNEROVÁ, M. Psychologie problémového dítěte školního věku. Praha: Karolinum, 2004.

<sup>92</sup> ARABADŽIEV, dostupné z: <http://sikana.i-extra.net/poruchy-chovani/>

### III. 5 Aktuální stav diagnostiky a intervencí specifických poruch chování v českých PPP

Na následující stránce nabízíme stručně několik základních poznatků z šetření IPPP ČR z roku 2010<sup>93</sup>. Tyto odstavce mají posloužit pro ucelení obrazu problematiky, nejsou tedy vyčerpávající, poukazují pouze na aktuální stav a jeho největší slabiny.

**Diagnostika** specifických poruch chování v PPP je dle šetření IPPP ČR pestrá, nástroje však často nejsou používány ve standardních bateriích a jen postupem času se zvyšuje podíl využití posuzovacích škál. Rozdíly mezi jednotlivými poradnami jsou velmi velké. Využití jednotlivých subtestů v inteligenčním testu WISC III a jejich kombinací, které považujeme za základní diagnostický nástroj a kterým disponuje každá PPP v ČR, je zatím bohužel nejednotné. Využití subtestu Symboly (změřené přímo na koncentraci pozornosti) a používání publikace Vzdělávací aplikace WISC III<sup>94</sup>, která je od roku 2008 významným pomocníkem v diagnostice PCH, je stále ještě spíše menšinovou záležitostí.

**Poskytované intervence** jsou nejčastěji na úrovni zprávy z vyšetření a doporučení pro individuální vzdělávací plán a to ve všech věkových obdobích klientů PPP. Zhruba ve třetině poraden je poskytováno individuální vedení dítěte, dětská psychoterapie se vyskytuje ještě méně. Rodiče dětí získávají podporu pouze velmi okrajově. Obvyklá frekvence péče je v neoptimističtějších případech jedenkrát za čtrnáct dní, ve většině případů však tuto frekvenci není možné nabídnout z důvodů časových a personálních. S potěšením zjišťujeme, že narůstá počet poraden, kde poskytují dlouhodobé vedení klientů v rámci dlouhodobých intervenčních skupin (viz následující IV. kapitola). Přesto i nadále zůstává pedagogicko – psychologická poradna hlavně diagnostickým pracovištěm, kde pro dlouhodobou práci s klientem, přestože si ji odborná veřejnost žádá a stávající legislativní úprava ji umožňuje, není mnoho prostoru. Překážkami jsou převážně finanční podmínky poraden, čas pracovníků a počet klientů ze spádové oblasti, kterým se musí věnovat.

---

<sup>93</sup> PAVLAS MARTANOVÁ, V. Závěrečná zpráva z projektu Diagnostika a intervence specifických poruch chování v PPP. Praha: IPPP ČR, 2010. Dostupné na: [http://www.ippp.cz/index.php?option=com\\_content&view=category&layout=blog&id=12&Itemid=343](http://www.ippp.cz/index.php?option=com_content&view=category&layout=blog&id=12&Itemid=343). Zde nabízíme pouze stručně nejpodstatnější závěry této analýzy.

<sup>94</sup> NICHOLSON, C.L.; ALCORN, C.L.; KREJČÍŘOVÁ, D. Vzdělávací aplikace WISC III. Praha: Testcentrum – Hogrefe, 2008.

### III. 6 Efektivita intervencí v oblasti poruch pozornosti a chování a jejich výzkum

V této části navážeme na první kapitolu věnovanou efektivitě dětské psychoterapie a její výzkumy. Zaměříme se na výzkumy efektivity práce s dětskými klienty se specifickými poruchami chování – tedy syndromem ADHD, ADD či hyperkinetickou poruchou chování.

Výzkumy z Českého prostředí můžeme členit do několika skupin podle tématu<sup>95</sup>, jak je ve své diplomové práci rozdělila Tvrďochová:

- Výzkumy etiologie ADHD: Hellerová (2002, 2003), Paclt (2004, 2007), Bauer (2002)
- Výzkumy kognitivních schopností dětí s ADHD: Uhrová (2004), Drtílková
- Výzkumy terapie: Drtílková (2003), Kouřil (2004), Kavale – Palzarová, Pilařová (1997, 1999)
- Výzkumy fungování dětí s ADHD v rodině a ve škole: Michalová (2002) a další studie v časopisech Speciální pedagogika a Pedagogika
- Sledování projevů ADHD v dospělosti: Herbenová (1992), Paclt (2001), Hynek (2002), Uhlíková (2003).
- Více studií se věnuje celkovému klinickému obrazu syndromu, terminologickým problémům a představování specifických úhlů pohledu na ADHD: Kotasová (1999), Paclt (1999, 2001, 2007), Hynek (2002), Šebek (1995), Malá (2000), Drtílková (2002), Kavale – Palzarová (1997), Tyl, Palzarová (1990).

Literatura, která u nás o této problematice v posledních dvaceti letech vychází, je především překladová. Pro příklad uveďme tyto: Kerrová (1997), Train (1991, 1997), Riefová (1999), Sheedyová – Kurcinková (1998), Munden, Arcelus (2002, 2006). Problémem překladové literatury však je to, že její hlavní část, tedy pedagogická a výchovná doporučení, často nemůžeme aplikovat na české prostředí kvůli zcela odlišným podmínkám (například počtu profesionálů v poměru k počtu postižených dětí).

---

<sup>95</sup> Třídění výzkumů a literatury k tématu dle TVRĎOCHOVÁ, D. Struktura vyprávění příběhů u dětí s ADHD. Diplomová práce. FF MUNI v Brně. Psychologický ústav. Vedoucí práce Marek Blatný, Brno 2006. Novější výzkumy a literaturu doplnila Pavlas Martanová.

Česká literatura o ADHD pojednává především ze speciálně – pedagogického pohledu: Černá (1992), Žáčková, Jucovičová (1998), Nedvedřová a kol. (1998), Třesohlavá (1990), Pipeková, J. (1998) a zabývá se především strategiemi výchovy a vzdělávání. Z psychologického pohledu nazírá na problematiku Šebek (1990) a Matějček, Dytrych a kol. (1991, 1997) Kavale – Palzarová (1999). Výraznými příspěvky poslední doby v oboru jsou kontinuálně publikace a vědecké studie doc. Paclta a MUDr. Goetze ze dvou pražských psychiatrických klinik. Kapitoly představující syndrom ADHD se nachází i v rozsáhlejších učebnicích Říčana a Krejčířové (1997), Vágnerové (1995, 2005) a dalších.

Co v českém prostředí zatím zásadně chybí, jsou výzkumy efektivity psychoterapie dětí s ADHD, ADD či komorbidními poruchami chování. V této oblasti postrádáme evaluace kvalitativního i kvantitativního charakteru a inspirace následujícího textu pochází podobně jako u výzkumů efektivity dětské psychoterapie především z Velké Británie a USA.

### **Výzkumy efektivity různých přístupů**

Již v předchozí kapitole se zmiňujeme, že nejvyšší sledovanost a také úspěšnost je přičítána kognitivně behaviorálním přístupům, osvědčuje se multisystémovost, tedy práce s celým okolím dítěte a zejména výcvik rodičů, efektivněji vycházejí krátkodobé terapie než dlouhodobé. Pojďme nyní nahlédnout několik konkrétních výzkumů zaměřených na práci s naší cílovou skupinou. Výzkumy většinou sledují účinek určitého konkrétního přístupu, metody či porovnávají výsledky psychoterapie a farmakoterapie, popřípadě metody EEG biofeedbacku.

Leichsenring<sup>96</sup> a jeho kolektiv sledovali účinnost krátkodobé **psychodynamické psychoterapie** prostřednictvím meta – analýzy sedmnácti studií, zaměřovali se na všeobecné psychiatrické symptomy a sociální fungování. Zjistili překvapivě vysokou účinnost (obecné příznaky 0,9 a sociální fungování 0,8), která byla navíc velmi stabilní v čase. Navíc nebyly shledány rozdíly mezi tímto přístupem a jinými formami psychoterapie. Zlepšení sociálního fungování je jedním z významných cílů péče o děti s ADHD a poruchami chování.

---

<sup>96</sup> LEICHSENRING,F.; RABUNG,S.; LEIBING,E. Účinnost krátkodobé psychodynamické psychoterapie ve specifických psychiatrických onemocněních: meta – analýza. Německo, 2008. Dostupné na internetovém zdroji: PubMed, indexováno pro MEDLINE. PMID: 15583112.

Winkelman<sup>97</sup> a kolektiv realizovali studii na 26 dětech, které absolvovaly 25 sezení **psychodynamické psychoterapie** a jejich výsledky na škálách a v dotaznících byly porovnávány s dětmi z čekacího seznamu. Byl zjištěn účinek terapie 0,6, z experimentální skupiny se spolehlivě zlepšilo 31% dětí oproti 8% ze skupiny čekatelů. V sociálně - komunikační oblasti hovoří výzkum dokonce o účinku v rozmezí 0,8 – 1,4. Tato data jsou dostatečně průkazná pro potvrzení efektivity psychodynamické krátkodobé psychoterapie u dětí a mládeže s poruchami chování, přesto však zůstává ještě velká skupina dětí, která potřebuje intenzivnější a dlouhodobější léčbu.

V jednom z nejnovějších výzkumů v roce 2010 Semple<sup>98</sup> a jeho pracovní tým realizovali výzkum účinnosti **kognitivní terapie zaměřené na všímavost / bdělost** (Mindfulness – Based Cognitive Therapy for Children) u 25 dětí ve věku 9-13 let, které měly tři druhy potíží: s pozorností, úzkosti a problémy v chování. Výzkum využil řadu dotazníků a mapoval situaci následně po 3 měsících. Respondenti byli porovnání s kontrolní skupinou ze seznamu čekatelů. Tento druh kognitivní terapie se ukázal jako efektivní pro poruchy pozornosti i chování se střední mírou účinnosti (ES, Cohen's d=0,42).

Jeden z nejvýznamnějších výzkumníků v oblasti efektivity dětské psychoterapie **J.R.Weisz** publikoval v roce 2001 spolu se svou kolegyní **A.L.Jensen** (oba z University of California, Los Angeles) zásadní přehledovou studii<sup>99</sup>, kde kromě rekapitulace zásadních meta – analýz v oboru (viz předchozí kapitola) nabízí též přehled empiricky podložených psychoterapeutických metod pro konkrétní obtíže, s tím, že přesně uvádí, kolika studii byla metoda ověřena a rozděluje je na skutečně zakotvené a ověřené, a pravděpodobně efektivní. V našem textu si dovolíme zprostředkovat Weiszovu tabulku přístupů a metod, které se osvědčily pro léčbu ADHD a poruch chování, kterou jsme rozšířili o některá data uváděná Döpfnerem<sup>100</sup>.

---

<sup>97</sup> WINKELMANN,K. et al Účinnost psychodynamické krátkodobé psychoterapie pro děti a mládež s poruchami chování. Německo, 1993. Dostupné na internetovém zdroji: PubMed, indexováno pro MEDLINE. PMID:16180528

<sup>98</sup> SEMPLE,R.;LEE,J.; ROSA, D.; MILLER,L. A randomized Trial of Mindfulness – Based Cognitive Therapy for Children: Promotion Mindful Attention to Enhance Social – Emotional Resiliency in Children. Journal of Child and Family Studies. 2010,vol.19,no.2,s.218 – 229.

<sup>99</sup> WEISZ,J.R.; JENSEN,A.L. Child and adolescent psychotherapy in research and practice contexts: Review of the evidence and suggestions for improving the field. European Child and Adolescent Psychiatry. 2001, no. 10, s. 12 – 18.

<sup>100</sup> DÖPFNER, M. Wie wirksam ist Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie? Psychotherapeutenjournal. 2003, no. 4, s. 258 – 266. Dostupný též z: <http://www.psychotherapeutenjournal.de/pdfs/2003-04/02-Beitrag1.pdf>.

<b>ADHD</b>		<b>Počet ověřujících studií</b>
Dobře podložené metody	Behavioral Parent Training (Various, by Firestone et al., Gittelman et al., Horn et al., Pelham et al.)	6
	Behavior Modification in Classroom Settings (Various, by Gittelman et al., Pelham et al.)	2
	Single-Subject and Within-Group Design studies	21
Pravděpodobně účinné metody	Behavioral Parent Training (Various, by Anastopoulos et al., Pisterman et al., Dubey et al.)	5
	Behavior Modification in Classroom Settings (O'Leary et al.)	1
<b>Problémové chování a poruchy chování</b>		
Dobře podložené metody	Behavioral Parent Training based on Living with Children (Patterson & Gullion)	4
	Videotape Modeling Parent Training (Webster-Stratton et al.)	3
Pravděpodobně účinné metody	Anger Control Training with Stress Inoculation (Feindler et al.)	2
	Anger Coping Therapy (Lochman et al., 1998)	2
	Assertiveness Training (Huey & Rank)	1
	Delinquency Prevention Program (Tremblay et al., 1995)	2
	Multisystemic Therapy (Henggeler, 1998, Borduin, et al.)	3
	Parent-Child Interaction Therapy (Eyberg et al., 1995)	3
	Parent Training Program (Peed et al.)	2
	Problem Solving Skills Training (Kazdin et al.)	3
	Rational-Emotive Therapy (Block)	1
	Time-Out Plus Signal Seat Treatment (Hamilton & MacQuiddy)	1

Tabulka č. 1 Přehled empiricky podložených psychoterapeutických metod léčby ADHD, PCH

V oblasti ADHD léčby se tedy nejvíce osvědčil trénink rodičů a behaviorální intervence ve třídě. V tomto typu výcviku rodičů se rodiče nejdříve třikrát schází na konzultaci s terapeutem, kde se učí behaviorálnímu konceptu a rozumět pojmům jako je odměna, trest, „time out“ a podmíněné důsledky. Následně čtou knihu o behaviorální metodě zvládnání nežádoucího chování dítěte a poté, co prokážou znalosti metody, se spojí s dalšími čtyřmi pěti páry rodičů a absolvují šest skupinových sezení zaměřených již specificky na výchovu a

zvládání náročných situací s dítětem. V tomto vysoce efektivním přístupu se tedy pracuje s rodiči a ti pak metodu přenášejí na dítě.

Ve druhém úspěšném modelu pracuje terapeut s učitelem dítěte na identifikaci problému dítěte, předcházejících podmínkách a vhodném náhradním chování. Chování dítěte ve třídě je důsledně monitorováno a na základě toho se stanoví kontrakt. Rodiče pak poskytují další zprávy o dětském chování pro posílení učitelského působení. Zde se opět pracuje zejména s dospělými a se vhodným nastavením systému pro dítě, dítě není přímým uživatelem terapeutické péče.

Oba přístupy jsou považovány za ověřeně efektivní na základě jejich míry účinnosti (ES), která je však stále nižší než účinnost medikace, přesto jsou tyto přístupy vhodné, protože nepřináší vedlejší somatické účinky a v populaci je cca 20-30%<sup>101</sup> dětí s ADHD, které na stimulanty špatně reagují a potřebují alternativní péči. Nemluvě o tom, že často je vhodné nejdříve vyzkoušet systémovou změnu dříve, než se přistoupí k farmakoterapii.

V léčbě poruch chování se dvě metody ukázaly jako dostatečně ověřené a deset jako pravděpodobně efektivních. Vysoce hodnocen je opět rodičovský trénink, založený na knize autorů Pattersona a Gulliona z roku 1968 *Living with Children*. Tento trénink podobně jako v oblasti ADHD učí rodiče stanovovat jasná pravidla a důsledky vhodného i nevhodného chování, užívat „time out“ a zvládat problémové chování. Podobně pracuje i metoda videotréningu, která též učí rodiče komunikovat, stanovovat limity a řešit problémy v interakci s dítětem.

Další pravděpodobně účinné metody pomáhají mladistvým zvládat vztek, jiné posilují vztah dítěte s rodičem, učí je spolu pozitivně interagovat a problémové situace řešit efektivně. Program prevence delikvence začíná již ve specializovaných školkách a kombinuje výcvik rodičů s prosociálním skupinovým programem pro děti. Program řešení problémů se odvíjí od jednoduchých her (jako jsou například piškvorky), kdy se děti učí vyhodnocovat a řešit problémové situace a následně to aplikují v situacích reálného života. Asertivní trénink učí děti s poruchami chování, aby vyjadřovaly své pocity a potřeby akceptovatelným způsobem. Multisystemická terapie, jak již bylo naznačeno v předchozí kapitole, přináší behaviorální, kognitivní a systemické techniky do celého systému dítěte: do rodiny, do školy i do

---

<sup>101</sup> WEISZ,J.R.; JENSEN,A.L. Child and adolescent psychotherapy in research and practice contexts: Review of the evidence and suggestions for improving the field. *European Child and Adolescent Psychiatry*. 2001, no. 10, s. 17.

vrstevnické skupiny. Tento způsob se ukázal efektivní v redukci rozsahu delikvence a uvěznění v dospělosti a zlepšuje školní a rodinné fungování.<sup>102</sup>

Britky Sue Pattison a Belinda Harris<sup>103</sup> se v roce 2006 pokusily o zhodnocení **kognitivně behaviorální, psychoanalytické, humanistické a kreativní terapie** vzhledem k jejich účinnosti na jednotlivé diagnózy. Hodnotily zejména práci s dětským klientem, nezaměřovaly se na práci s rodiči či systémem. Jejich studie opět potvrzuje nejvyšší zastoupení KBT, která u dětí s ADHD a poruchami chování moderuje výskyt antisociálního chování a agresivity a má prokazatelné výsledky ve snižování impulzivity. Jedna jimi prezentovaná studia prokazuje účinnost kombinace KBT s psychodynamickou a humanistickou terapií na redukci agrese a vývoj odhodlání ke změně u dětí a preadolescentů. Další studie popisovala potenciál psychoanalýzy v léčbě těchto potíží, ten však nebyl empiricky měřitelný.

Prezentované výzkumy tedy znovu potvrzují převažující účinnost kognitivně behaviorálních technik a nutnost práce s dospělými v okolí dítěte, zejména s rodiči.

---

<sup>102</sup> BRESTAN,E.V.; EYBERG,S.M. Effective psychosocial treatments of conduct- disordered children a adolescents: 29 years, 82 studies, and 5.272 kids. *Journal of Clinical Child Psychology*. 1998, 27,s.180-189.

<sup>103</sup> PATTISON,S.; HARRIS,B. Counselling children and young people: A review of the evidence for its effectiveness. *Counselling and Psychotherapy Research*. 2006,6 (4), s. 233 – 237.



## **Délka terapie**

Smyrnios a Kirkby<sup>104</sup> na universitě v Carltonu porovnávali účinky dlouhodobé (časově neomezené) a krátkodobé (12 sezení) péče o děti a jejich rodiče v psychodynamickém přístupu a kontrolní skupiny, která byla v minimálním kontaktu s léčbou. Všechny skupiny vykazaly výrazné zlepšení, minimální kontakt byl dokonce úspěšnější než časově neomezená terapie, následná zkouška po 4 letech tento závěr znovu potvrdila. Studie uzavírá tvrzením, že dlouhodobější terapie neznamena účinnější. Tento závěr se potvrdil i v několika dalších studiích.

## **Aktivace okolí při léčbě dítěte**

### **Práce s rodiči**

Pfifferová a McBurnett<sup>105</sup> v polovině devadesátých let dvacátého století zrealizovali velmi zajímavý výzkum efektivity výcviku dětí v sociálních dovednostech. SST (social skills training) byl realizován se dvěma skupinami dětí, z nichž všechny měly stanoveny diagnózu ADHD a některé též komorbidně poruchy chování, poruchu opozičního vzdoru a několik též úzkostnou poruchu. Všechny děti (vzorek 27 respondentů, 19 chlapců, 8 dívek) se přihlásily na inzerát z běžných škol, byly průměrné inteligence z průměrných či lepších sociálních podmínek, převážně z úplných rodin. 44% z nich bylo léčeno stimulancii (v době studie zachovali režim beze změn) a 50 % z nich využilo psychologické péče v minulosti, v době studie však nikoliv.

Děti byly rozděleny do tří skupin: SST s přípravou rodičů (aby pomáhali dětem dovednosti přenášet do reálného života), STT bez podpory rodičů (rodiče dostali pouze informační letáček) a třetí skupina byla zařazena na čekací seznam, tedy jako kontrolní skupina zůstala bez léčby. Posuny dětí byly mapovány na škálách sociálních znalostí a dovedností rodiči a učiteli po ukončení terapie a následně s odstupem čtyř měsíců. Jako subjektivní faktor byla mapována klientská spokojenost rodičů a dětí. Samotná léčba trvala osm devadesátiminutových sezení v průběhu po sobě jdoucích týdnů, byla vedena dvěma terapeuty podle jasné koncepce. Integrita léčby byla zajišťována nezávislým pozorovatelem. Model SST zahrnoval krátké didaktické instrukce, symbolickou práci např. s loutkami, hraní

<sup>104</sup> SMYRNIOS,K.X.; KIRKBY,R.J. Srovnání krátkodobé versus časově neomezené psychodynamické ošetření dětí a jejich rodičů. Austrálie, 1995. Dostupné na internetovém zdroji: PubMed, indexováno pro MEDLINE. PMID:8113479

<sup>105</sup> PFIFFNER,L.J.; MCBURNETT,K. Social Skills Training With Parent Generalization: Treatment Effects for Children With Attention deficit Disorder. Journal of Consulting and Clinical Psychology. 1997, vol. 65,no.5, s. 749 – 757.

rolí a nácvik chování. Model zahrnoval šest oblastí sociální interakce: a) sportovní chování – zůstat ve hře, respektovat pravidla hry, říkat hezké věci ostatním; b) přijímat důsledky – děti se učí zacházet s frustrací; c) asertivita – odlišovat ji od agresivity a dobře ji vyžívat; d) ignorace provokace – trénink inhibiční verbální i neverbální reakce na mírnou provokaci; e) řešení problému pomocí pěti postupných kroků (identifikace problému, hledání řešení a jeho implementace); f) vyrovnávání se s pocity směrem k sobě i k ostatním, práce s hněvem. Sezení měla jasnou časovou strukturu a děti byly v průběhu motivovány pomocí žetonů, které mohly v závěru směňovat za výběr hry či aktivity na posledních 10 minut. Objevilo-li se v průběhu agresivní chování, byla využívána „time – out“ místnost pro zklidnění.

Rodiče dětí byli seznámeni s moduly, se slovníkem a termíny pro popis dovedností, se kterými se na skupině pracuje. Byli instruováni, aby pomáhali dítěti s aplikací dovedností a motivovali je též pomocí žetonů (hracích dolarů). Každý týden dostali shrnující letáček s těmito informacemi. Aby se dařilo přenést dovednosti do školy, sešla se rodina s učitelem, který pak následně každý den na speciální kartě hodnotil na 4 bodové stupnici, jak si dítě počínalo v kontaktu s vrstevníky.

Ve druhé skupině dostali rodiče pouze informační leták při vyzvednutí dítěte ze skupiny, s rodiči se více nepracovalo, nescházeli se a učitelé nemapovali chování dítěte. Třetí skupina zůstala bez zásahu zvenčí.

Ve výsledcích se sledovaly hlavně 2 proměnné: sociální dovednosti a nebezpečné chování. Výzkumníci předpokládali, že v léčených skupinkách dojde v těchto oblastech ke zlepšení (oproti kontrolní skupině) a že ve skupině aktivních rodičů budou výsledky výraznější. Skutečně se potvrdilo, že v sociálních dovednostech posuzovaných rodiči se děti výrazně zlepšily v obou léčených skupinách (efekt size/ ES = 2,34), avšak bez výrazného rozdílu mezi aktivními a neaktivními rodiči. Také problémové chování se vyskytovalo méně než v kontrolní skupině (ES = 0,76), ale opět rozdíl mezi léčenými skupinami nedosáhl statistické významnosti. Oba trendy se zachovaly i při následné kontrole po 4 měsících. Učitelé zaznamenali změnu menší, a to u sociálních dovedností (ES = 0,5) i nebezpečného chování (ES=0,59), opět bez statisticky významného rozdílu mezi léčenými skupinami. Ve vědomostech týkajících se sociálních dovedností se děti opět posunuly výrazně ((ES = 2,39). Klientská spokojenost mapovala zaznamenané zlepšování u rodičů (94%) i u dětí (77%).

To, že jsme se tomuto výzkumu věnovali podrobněji, není náhodou. Tento model potvrdil na vzorku 27 dětí účinnost nácviku sociálních dovedností v krátkodobém modelu 8 sezení a porovnával, zda má na výsledek vliv práce s rodiči, aby zjistil, že nikoliv. Data z této studie jsou významná pro výzkum prezentovaný v praktické části této dizertační práce. Model SST prezentovaný Pfifferovou a McBurnettem má řadu shodných znaků s naším modelem, oba výzkumy sledují na podobném vzorku objektivní i subjektivní posun a shodnou se v efektu léčby ve vztahové oblasti. Rozcházejí se pak v preferované délce léčby, v měřících nástrojích a v názoru na aktivizaci a podporu rodičů při léčbě dětí (více viz závěrečná diskuse).

Pfifferová a McBurnett tedy v závěru tvrdí, že stačí rodičům předat informace, není třeba s nimi intenzivněji pracovat. Odlišný pohled přináší Vostalis a Nicholls<sup>106</sup>, kteří ve svém výzkumu prokázali, že s devítiměsíčním odstupem jsou matky dětí s poruchami chování po léčbě více vřelé při projevování emocí a projevují méně kritiky. Podle těchto autorů terapie dítěte ovlivňuje domácí klima a vztah matky k dítěti. Výzkum však neuvádí, do jaké míry se pracovalo přímo s rodiči. Odpověď na otázku, zda zahrnovat do léčby rodiče se pokusila dát již v předchozí kapitole citovaná Dowellová<sup>107</sup>, když se v roce 2005 rozhodla metodou meta – analýzy prozkoumat celkem 44 (42 běžných a 2 „follow-up“) studií efektivity dětské psychoterapie a zjistila, že kombinovaná léčba, tedy zahrnutí rodiče do procesu léčby dítěte, je statisticky významně účinnější než péče zaměřené pouze na dítě. Rozdíl v míře účinku (efekt size) činil 0.25. Velmi vysoko v míře účinnosti však také stála samostatná práce s rodičem, trénink / výcvik rodičů bez přítomnosti dítěte. Také trojice výzkumníků Dumas, Nissley-Tsiopinis a Moreland<sup>108</sup>, kteří v roce 2006 zkoumali na poměrně velkém vzorku dětí (n=451), zda na úspěch preventivních skupin pro ohrožené předškoláky má vliv účast jejich matek, zjistili, že lepších výsledků dosáhli tzv. angažované matky (tedy ty, které docházely s menšími absencemi) a u jejich dětí došlo ke zlepšení projevů poruch chování, konkrétně zlepšení opozičního vzoru. Význam účasti rodičů na léčbě dětí tedy nelze stoprocentně prokázat, ale řada zejména rozsáhlejších studií naznačuje, že angažovanost rodiče (matky) v léčbě je pro efekt léčby dítěte benefitem. Některé klinické studie<sup>109</sup> zároveň popisují, že

---

<sup>106</sup> VOSTANIS,P.; NICHOLLS,J. Změny ve vyjadřování emocí u matek dětí s poruchami chování a emočními poruchami: studie následné změny po 9 měsících. UK, 2008. Dostupné na internetovém zdroji: PubMed, indexováno pro MEDLINE. PMID:7559848

<sup>107</sup> DOWEL,K.A. The effects of parent participation on child psychotherapy outcome: A meta-analytic review. Dizertační práce, vedl B.M.Ogles. Ohio University, 2005.

<sup>108</sup> DUMAS, J.; NISSLEY-TSIOPINIS,J.; MORELAND,A.D. From Intent to Enrollment, Attendance, and Participation in Preventive Parenting Groups. *Journal of Child and Family Studies*, 2007, vol. 16, no. 1, s. 1–26.

<sup>109</sup> SCHMIT NEVEN,R. Under fives counselling – opportunities for growth, chase and development for children and parents. *Journal of child psychotherapy*. 2005, vol.31, no.2, s.189 – 208.; URWIN,C. Revisiting „What works for whom“: A qualitative framework for evaluating clinical effectiveness in child psychotherapy. *Journal of child psychotherapy*. 2007, vol.33, no.2, s.134 – 160.

poskytnout rodiči podporu a umožnit mu zpracovat jeho vlastní dětství pomáhá rozvoji zdravému rodičovství u problémového dítěte.

### **Aktivace učitelů**

Kromě rodičů je třeba též aktivovat, informovat a podporovat učitele dětí s ADHD. Jejich role není jednoduchá. Australská studie z roku 2008<sup>110</sup> sledovala, zda míra informovanosti o projevech ADHD ovlivňuje chování učitele a jeho vnímání dítěte s tímto handicapem. Zjistila, že silnou stránkou učitelů je jejich převážně velmi dobrá znalost diagnózy a jejich symptomů, slabostí však je malá informovanost o příčinách a léčbě. Učitelé s vyšší a střední mírou informací o syndromu ADHD se poté ve studii ukázali jako ti, kteří se chovají k dítěti pomáhajícím způsobem (vyhledávají pro studenty pomoc) a vnímají výhody behaviorální a výchovné léčby. Zároveň však tito učitelé mají reálnější odhad situace, dokážou predikovat míru toho, jak moc bude takové dítě rušivě působit ve třídě, a mají méně důvěry v to, že dokážou takovéto dítě úspěšně zvládnout. Studií, které by monitorovaly práci s učiteli, je nesrovnatelně méně než těch věnovaných terapii dětí či práci s rodiči. Učitel je ve výzkumech však často pouze jedním z hodnotitelů chování dítěte před a po léčbě.

### **Efektivní prvky v terapii dětí s ADHD a poruchami chování**

Shaffer<sup>111</sup> se posunul od efektivity jednotlivých přístupů a modelů k detailnějšímu zkoumání efektivity **jednotlivých technik**. Po analýze četných studií shrnul konkrétní výzkumně podložené efektivní postupy a navrhl účinnou pomoc při agresivním jednání. Všimněme si, že ve výčtu jsou zastoupeny intervence směřem k dítěti, podpora a edukace rodičů a zároveň vztah ke školnímu prostředí (ke vzdělání i k vrstevníkům). Efektivními postupy v terapii dětí s ADHD a poruchami chování rozumí Shaffer:

- Učit rodiče efektivním „child – management“ technikám

---

<sup>110</sup> OHAN,J.L.; CORMIER,N.; HEPP, S.L.; VISSER, T.A.W.; STRAIN, M.C. Does Knowledge About ADHD Impact Teachers Reported Behaviors and Perceptions? *School Psychology Quarterly*. 2008, vol.23, no.3, s.436-449. Pro srovnání též: CURTIS,D.F.; PISECCO,S.; HAMILTON, R.J.; MOORE,D.W. Teacher Perceptions of Classroom Interventions for Children with ADHD: A Cross – Cultural Comparison of Teachers in the United States and New Zealand. *School Psychology Quarterly*. 2006, vol.21, no.2, s.171-196.

<sup>111</sup> SHAFFER, D. R. *Developmental Psychology, Childhood a Adolescence*. University of Georgia, USA 1999. (Part IV Social and Personality Development Attachment, conceptions of self in Midle Childhood, od s. 508 dále). Tyto poznatky sloužily též jako jeden s teoretických pilířů při tvorbě modelu, jenž je prezentován v praktické části.

- Posilovat u dětí sociální dovednosti a tím činit prevenci před vyhoštěním těchto dětí z vrstevnické skupiny.
- „Provide any academic remediation“ – tím je myšleno udržet děti ve škole a v dobrém vztahu k ní, pěstovat školní dráhu, věnovat se prevenci předčasného opouštění školy a rizika začlenění do deviantní vrstevnické skupiny.
- Vytvářet celkově neagresivní prostředí.
- Eliminace „payoffs for Aggression“ – zisků, které přinášelo agresivní chování (pozornost, narušení práce apod.)
- Pěstovat strategie ignorování – „time out“ při afektu, možnost poodejít, zklidnit se.
- Účinné jsou sociálně kognitivní intervence.
- Pomáhá kontrola impulzů u těchto dětí.
- Jedním z cílů terapie je hledání neagresivních řešení konfliktů.
- Děti podporuje pěstování empatie k druhým.
- Shaffer též prezentoval studie z roku 1990, v níž se shoduje několik výzkumů, že ve skupinovém programu lze agresivitu snižovat.
- Tyto intervence jsou efektivní u preadolescentů a mladších, v adolescenci jsou již méně úspěšné<sup>112</sup>

Pomoc při agresivním chování pak dle Shaffera zahrnuje: nechovat se agresivně, nestupňovat svou agresivitu ve chvíli, kdy dítě počíná být agresivní, v afektu mu dopřát „time out without punishment“, zklidnění bez trestání. Doporučuje uzavírat s dítětem smlouvy o chování, které přináší zisky při dobrém chování a ztráty při nevhodném chování. Zodpovědnost za výsledek zůstává na dítěti, je to důsledek jeho činů, o kterém ví dopředu, a ne „pomsta rozlíceného vychovatele“. Pomáhá též být připraven chválit a posilovat pozitivní chování u těchto dětí, když se objeví, nenahližet na ně a priority negativně, „nenálepkovat“.

Terapii projevů agresivity se věnovali američtí psychologové Shechtman a Ben – David<sup>113</sup>. Jejich úspěšná / účinná, časově nenáročná (10 sezení školně orientované psychoterapie zaměřené na katarzi emocí a získání vhledu) a finančně efektivní skupinová terapie byla založena na jednoduchém principu. Dětem byly prezentovány knihy, filmy a básně, které evokovaly emoce spojené s agresí (vztek, strach). Následovala reflexe s dětmi,

<sup>112</sup> KAZDIN, 1995, In SHAFFER, D.R. Developmental Psychology, Childhood a Adolescence. University of Georgia, USA 1999, s. 520.

<sup>113</sup> SHECHTMANN,Z.; BEN – DAVID,M. Individual and group psychotherapy of childhood aggression: Comparison of outcomes and processes. Group Dynamics: Theory, Research, and Practice. 1999, vol.3, no.3, s.263 – 274.

kteří si měly uvědomovat prožitky hrdinů / herců a vztahovat je k vlastní zkušenosti. Terapeuti podporovali katarzi pocitů a vhléd do vlastního chování. Účinek se významně prokázal i u skupiny dětí s poruchami chování, které pomocí této katarze získávaly lepší náhled na vlastní problematické chování, a budovaly si motivaci k jeho změně. Tento způsob léčby nezahrnoval ani práci s rodiči, ani intervence ve třídě ani trénink dovedností u těchto dětí. Autoři na tomto modelu demonstrovali vyšší efektivitu (i finanční) skupinové práce oproti individuální terapii. Tato teorie však byla podrobena kritice. K. A. Dodge<sup>114</sup> upozorňuje na některé metodologické nedostatky při výběru agresivních dětí (jak byly diagnostikovány), na rizika bias hned na několika úrovních (hodnocení prováděly samy děti – byly motivované cítit změnu, učitelé – věděli, že dítě je v léčbě a výzkumníky byli sami terapeuti, kteří byli i přes snahu o objektivitu zcela jistě motivováni najít pozitivní efekty terapie). Dále poukazuje na problém následného hodnocení (pouze 14 dní po ukončení léčby) a vyjadřuje svůj názor, že by bylo opravdu skvělé, kdyby bylo možné zmírňovat agresivitu formou pouhých 10 jednoduchých sezení, avšak nemůže se ubránit skepsi a poukazuje na opakovaně ověřený význam práce s celým systémem dítěte (s rodinou, učiteli, vrstevníky). K jeho kritice se nabízí ještě jedna poznámka, a to, že skupinová terapie agresivních dětí s sebou nese riziko faktu, že přivádíme na jedno místo větší počet agresorů a jejich chování se může vzájemně potencovat. Zvládat takovou skupinu a naplňovat předem dané cíle může být extrémně náročné (například na počet a výcvik terapeutů – což zvyšuje i finanční náklady). Podrobnosti o této terapii a její kritice uvádíme proto, že opět nese jisté shodné rysy s výzkumem prezentovaným v praktické části této práce. V obou případech lze nalézat podobné závěry, kladené otázky i metodologické obtíže (více viz dále).

Ratey<sup>115</sup> popsal 5 aspektů úspěšné psychoterapie dospělých klientů s ADHD, které mohou do značné míry platit i pro děti:

- **Identifikace:** Popis pacientových kognitivních deficitů (spojených s problémy s pozorností) a toho, jakým způsobem souvisí s aktuálním nebo dříve prožitým selháním v práci a / nebo v osobních vztazích. Často si kompenzují zvýšenou motorickou aktivitu konzumací alkoholu a drog. Identifikace dává pocit, že jsou konečně pochopeni.

---

<sup>114</sup> DODGE, K.A. Cost – Effectiveness of Psychotherapy for Child Aggression: First, Is There Effectiveness? Comment on Shechtman and Ben David (1999). *Group Dynamics: Theory, Research, and Practice*. 1999, vol.3, no.4, s.275 – 278.

<sup>115</sup> RATEY, J. Personal Communication, USA, 1989.

- **Léčebná opatření:** Nejdříve tricyklická antidepresiva v nízkých dávkách, v případě neúspěchu methylfenidát nebo dextroamfetamin, případně fluoxetin nebo bupropion.
- **Strukturace prostředí:** Pomoci vytvořit si systém, rozvinout organizační dovednosti (např. používat diáře, do kterých si bude zapisovat úkoly atd.). Uvažuje i nad možností pomoci ostatních osob: manžela/manželky, přátel, učitelů, rodičů.
- **Psychoedukace:** Učí se zvládat labilitu nálad, pocity viny, porozumět tomu, proč k nim dochází, nezaměňovat je za falešné pocity.
- **Vytváření strategií:** Často se vyhýbají konfrontačním situacím, obtížným úlohám, odkládají je, nedokážou vytvořit relevantní vztahy, stanovit si kariérní cíle. Cílem je vzdání se nefungujících strategií a nastolení nových, produktivních metod.

### Výzkum efektivity medikace dětí s ADHD

Tvrďochová<sup>116</sup> představuje výzkum Davida Rabinera z roku 2005. U 597 dětí s ADHD kombinovaného typu (přítomnost poruchy pozornosti i hyperaktivity/impulzivity zkoušel dva roky aplikovat čtyři typy léčby: medikaci, kognitivně-behaviorální terapii, kombinaci medikace a kognitivně – behaviorální terapie, a komunitní péči. Došel k závěru, že výsledky po 24 měsících byly téměř shodné jako výsledky po 14 měsících léčby. Nejúčinnější byla kombinovaná terapie, o něco méně účinná byla farmakoterapie, pak kognitivně behaviorální terapie a nejméně výsledků přinesla komunitní péče. Co je však ještě důležitější, je to, že se přibližně u třetiny dětí neprojevovalo žádné zlepšení. Tento poznatek by měl vést k hledání alternativních způsobů intervence a především k zaměření na prevenci rozvoje syndromu.

Weiss v roce 1993<sup>117</sup> et al. podrobila zkoumání osoby využívající medikaci a bez léků (obě skupiny mají diagnostikováno ADHD). Výsledky můžeme stručně shrnout takto:

1. Lidé, kteří podstoupili medikamentózní léčbu, v dospělosti méně často způsobují dopravní nehody, vidí své dětství pozitivněji, dopouštějí se menšího počtu krádeží na základní škole, mívají rozvinutější sociální dovednosti a větší sebedůvěru, chovají se méně agresivně, nepotřebují poskytovat psychiatrická opatření. To znamená, že léčebná opatření v dětství poskytují vyšší záruku **vymizení školních, pracovních a dalších obtíží**.
2. **Není rozdíl v tělesných charakteristikách:** výšce, váze, tlaku krve, pulzu.

<sup>116</sup> TVRĎOCHOVÁ, D. Struktura vyprávění příběhů u dětí s ADHD. Diplomová práce. FF MUNI v Brně. Psychologický ústav. Vedoucí práce Marek Blatný, Brno 2006.

<sup>117</sup> WEISS, G., TROCKENBERG, L., ECHTMAN, H. Hyperactive children grown up. New York: The Guilford Press, 1993.

3. Obě skupiny mají větší výskyt **osobnostních poruch**, hospitalizací na psychiatrii.
4. Lidé bez zkušenosti s užíváním léků jsou ve větším množství **závislí na heroinu**. Strávili delší dobu (co se týká počtu měsíců) v posledním zaměstnání.
5. Osoby s medikamentózní historií se **vícekrát stěhují**, žijí ve společné domácnosti s přítelkyní.
6. **Důvody**, proč se dopouštějí krádeží, a závažnost těchto činů, se neliší. Stejně jako konzumace alkoholu a drog, halucinogenů, stimulantů a barbiturátů.
7. Ve fiktivním **pracovním pohovoru** si lépe vedou lidé s léky. Více si věří.

V českých podmínkách se diskuze o efektivitě a vhodnosti medikace dětí s ADHD vede velmi intenzivně, mezi psychology stejně jako rodiči je celá řada zastánců i skalních odpůrců.<sup>118</sup> Na 22. sympoziu Duševní zdraví v listopadu 2006 v Brně byla této diskusi věnována celá řada příspěvků. Diskutována byla efektivita farmakoterapie a byla porovnávána s účinky EEG biofeedbacku. Doc. Stárková hovořila o 75% účinnosti farmakoterapie zejména v kombinaci s KBT<sup>119</sup>. Diskuse o efektivitě EEG biofeedbacku na léčbu ADHD je stále nejasná a vyvolává silné emoce, některé studie popisují efekt srovnatelný s farmakoterapií<sup>120</sup>, jiní odborníci tato tvrzení odmítají a tvrdí, že dlouhodobý účinek prokázán nebyl.

---

<sup>118</sup>Pro srovnání POZZI, M.E. Ritalin for whom? Understanding the need for Ritalin in psychodynamic counseling with families of under- 5s. *Journal of Child Psychotherapy*. 2000, vol 26, no. 1, s. 25-43.

<sup>119</sup>SKÁLOVÁ, A. ADHD stále na mušce. *Zdravotnické noviny*, 2006. Dostupné z: [www.zdn.cz/adhd-stale-na-musce-278831](http://www.zdn.cz/adhd-stale-na-musce-278831)

<sup>120</sup>FUCHS, T., BIRBAUMER, N., LUTZENBERGER, W., GRUZELIER, J. H., & KAISER, J. Neurofeedback treatment for attention deficit/hyperactivity disorder in children: A comparison with methylphenidate. *Applied Psychophysiology & Biofeedback*. 2003, 28, s. 1-12.; LEVESQUE, J., BEAUREGARD, M., MENSOUR, B. Effect of neurofeedback training on the neural substrates of selective attention in children with attention-deficit/hyperactivity disorder: A functional magnetic resonance imaging study. *Neuroscience letters*. 2006, 394 (3), s. 216-221.; MONASTRA, VINCENT J. EEG Biofeedback Treatment for ADHD: Rationale and Empirical Foundation. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*. 2005, Vol. 14(1), s. 55-82.; ROSSITER, T. The effectiveness of neurofeedback and stimulant drugs in treating AD/HD: Part II. Replication. *Applied Psychophysiology & Biofeedback*. 2004, vol. 29 (4), s. 233-243.



## **Co je tedy považováno za efektivní při práci se specifickými poruchami chování?**

Shrneme-li poznatky z předcházejících stránek a citovaných výzkumů, můžeme vytvořit jakési desatero efektivní terapie dětí s ADHD, ADD a přidruženými poruchami chování.

1. V léčbě těchto potíží se i z dlouhodobého hlediska ukazují jako neúčinnější kognitivně behaviorální terapie (v různých modifikacích a kombinacích).
2. Přestože některé drobnější výzkumy neprokázaly zásadní význam rodičovské aktivity na terapii dítěte, lze se na základě mnoha meta – analýz domnívat, že zejména u specifických poruch chování je výhodná práce s celým systémem dítěte (s vrstevníky, rodiči, školou).
3. Individuální i skupinová péče má své výhody, avšak pro nácvik sociálních dovedností je lepší rozvoj dítěte ve skupině.
4. Vyšší efektivitu má péče poskytnutá v ranějším věku. V adolescenci klesá efekt léčby.
5. Krátkodobé terapie s jasně formulovanými cíli jsou změřeny jako efektivnější než dlouhodobé nebo časově neohrazené.
6. Trénink rodičů se ukazuje jako efektivní intervence i v případě, že dítě není přímým uživatelem terapeutické péče.
7. Farmakoterapie je důležitou součástí léčby a zvyšuje její efektivitu. Je dobré nejprve zvolit cestu režimových opatření, avšak neváhat s medikací dítěte, pokud předchozí intervence neúčinkuje dostatečně. Toto tvrdíme s vědomím některých vedlejších účinků léků, které by však neměly být demonizovány.
8. Je třeba budovat a posilovat pozitivní vztah dítěte ke škole a tím předcházet řadě sekundárních nežádoucích projevů.
9. Mezi různými efektivními metodami se opakovaně objevují techniky zaměřené na rozvoj sociálních dovedností a empatie a na zvládnutí agresivity. Stanovování jasných pravidel a limitů je nezbytné.
10. Psychoterapie i edukace dětí s ADHD a poruchami chování je velmi náročná a je na ni třeba vyškolených, dobře informovaných a průběžně ošetřovaných profesionálů. Důležitou součástí péče je informovanost a podpora učitelů těchto dětí.

#### **IV. Dlouhodobé intervenční skupiny v pedagogicko - psychologických poradnách.**

##### **Monitorování výskytu a analýza potřeb pracovníků těchto skupin.**

V této kapitole se pomalu přesouváme z oblasti teoretické do praxe. Pokusíme se čtenáři přiblížit situaci ve vedení dlouhodobých skupin v českých pedagogicko - psychologických poradnách (dále jen PPP či poradna).

Na počátku tohoto monitorování stál resortní projekt MŠMT na rok 2010, jehož byla autorka iniciátorkou a hlavní řešitelkou v IPPP ČR<sup>121</sup>. V následujícím textu nabízíme základní výsledky šetření, neboť jsou relevantní této práci a umožní čtenáři udělat si ucelený přehled. Posouváme se tak postupně od obecného ke konkrétnímu, od celorepublikového mapování k evaluaci konkrétního programu v kapitolách následujících.

Cílem kapitoly je zmapovat možnosti a skutečný stav v poradnách v oblasti poskytování dlouhodobých terapeutických služeb. Speciálně se zaměříme na zmapování modelů skupinové terapie, které jsou v PPP po celé republice realizovány. Pilotní orientační mapování terénu prokázalo (na Poradenských dnech 2009), že PPP často skupinovou terapii pro žáky 1. a 2. stupně a studenty SŠ realizují, není však zřejmé v jaké míře a jakých modelů terapie je využíváno. Šetření si kladlo za cíl zmapovat aktuální situaci, zorganizovat 2 setkání pro psychology a speciální pedagogy z PPP, kde by mohli sdílet své zkušenosti a dozvědět se o nových trendech ve skupinovém poradenství. Závěrem projektu bylo vytvoření manuálu dobré praxe vedení skupin v PPP<sup>122</sup>. Cílovou skupinu tvořili školní či poradenští speciální pedagogové a psychologové.

Realizace projektu přispěla k posílení profesních kompetencí těchto pedagogických pracovníků a podpořila jejich znalosti a komunikační dovednosti pro práci se skupinou. Umožnila jim sdílet dobrou praxi se svými kolegy. Vedení skupin v PPP zároveň spadá do oblasti specifické selektivní a indikované prevence rizikového chování, neboť skupiny jsou určeny převážně dětem s problémovým chováním či s diagnózami (př. ADHD, ADD, ODD), které statisticky velmi často vedou k rozvinutí poruchy chování a výskytu rizikového chování

---

<sup>121</sup> Institut pedagogicko – psychologického poradenství České republiky, kde byla autorka na částečný úvazek zaměstnána. Projekt byl zrealizován na základě autorčina podnětu a iniciativy. Vytvořila samostatně celý design projektu, zrealizovala jej a vyhodnotila.

<sup>122</sup> Publikován na: [http://www.ippp.cz/index.php?option=com\\_content&view=category&layout=blog&id=12&Itemid=343](http://www.ippp.cz/index.php?option=com_content&view=category&layout=blog&id=12&Itemid=343)

v dospělosti. Včasná pomoc dětem a mladistvým s rizikovým chováním je nejefektivnější formou prevence prohlubování rizikového chování či chování delikventního. Tato oblast dlouhodobého působení na skupinu ohrožených dětí byla v PPP dlouho podceňována a realizuje se velmi nahodile, není zmapována.

#### IV. 1 Analýza dat z výzkumu dlouhodobé skupinové intervence v PPP

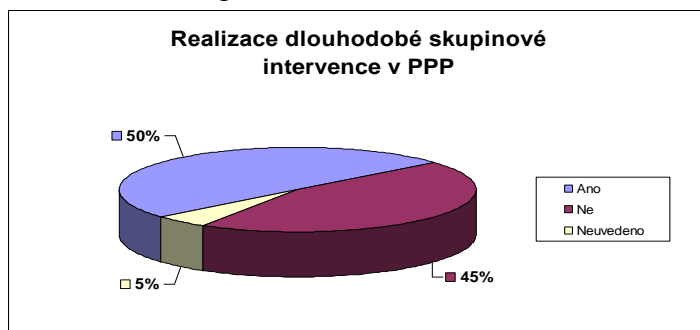
##### Metodologie výzkumu

Jedná se o kombinaci kvantitativního a kvalitativního přístupu. Data pro kvantitativní analýzu byla sebrána v rámci dotazníkového šetření a následně interpretována. Jako zdroj kvalitativních dat posloužilo šetření inspirované SWOT analýzou a realizované na prvním setkání pracovníků a dále zápis z ohniskových skupin realizovaných v rámci setkání.

Data byla získána v rámci širšího dotazníkového šetření (dotazník mapoval celkem 3 oblasti práce poraden). Návratnost dotazníku: Byl rozeslán celkem na 132 e-mailových adres ve snaze kontaktovat 53 existujících poraden v rámci ČR (69 odloučených pracovišť). První část dotazníku se týkala přímo poskytování dlouhodobé skupinové intervence v PPP. Na tuto část dotazníku odpovědělo 20 PPP z České republiky, tedy 37 % respondentů.

##### Základní výsledky šetření

Subjekty byly dotazované, zda realizují se svými klienty dlouhodobou skupinovou intervencí (dlouhodobá vedení či psychoterapii ve skupině, mimo skupinové nápravy, reedukaci SPU). Kladně odpovědělo 50% účastníků, v polovině poraden je realizována dlouhodobá skupinová intervence.



Graf č. 2 Realizace dlouhodobé skupinové intervence v PPP

Realizace dlouhodobé skupinové intervence je podmíněná celkovou činností a aktivitami poraden, což je zejména převažující činnost diagnostická, a také počtem úvazků psychologů na poradnu v oblasti, kde sídlí. Tyto faktory ovlivňují možnost realizovat jiné činnosti. Jestliže je úvazek psychologa na poradnu nedostatečný nebo PPP poskytuje svoje služby velkému počtu škol, prostor pro realizaci dlouhodobé skupinové intervence není časově dostačující. Bližší analýza překážek ve vedení dlouhodobých intervenčních skupin v PPP je součástí kvalitativní analýzy.

Následující konkretizující data, týkající se historie a počtů skupin, věku cílové skupiny, frekvence a doby trvání, indikovaných diagnóz, ucelenosti metodiky skupiny a jejího zaměření, forem práce, počtů pracovníků na skupinách, jejich vzdělání, existence supervize či metodického vedení a její formy, existence písemné smlouvy s klientem, evaluace programu a financování skupin, jsou tedy získána od celkového počtu 10 respondentů, z 10 poraden, tedy cca z 20% celkového počtu poraden v ČR. Výsledky jsou tedy spíše orientační.

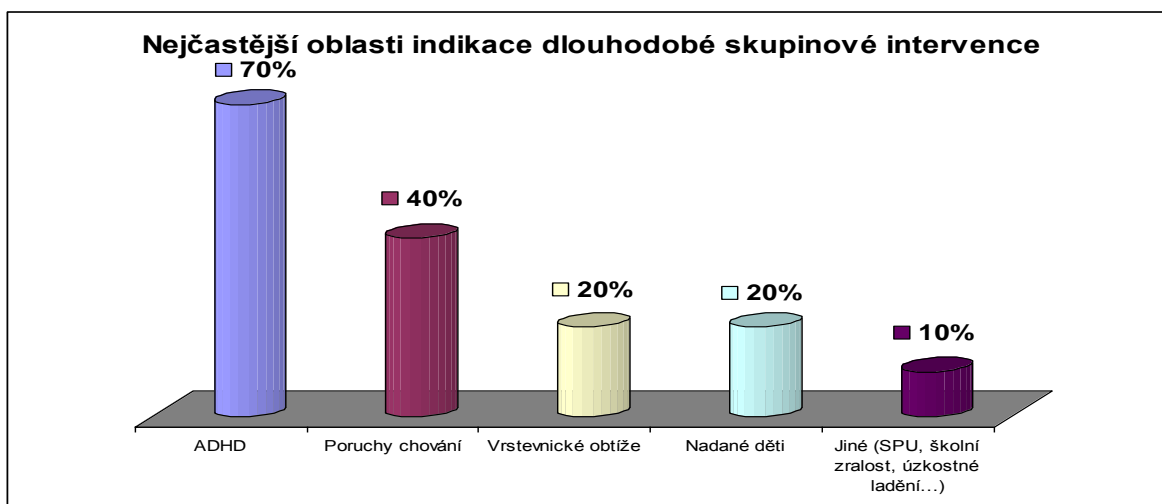
Skupinovou terapii realizují PPP v **časovém rozmezí** 1 až 20 let přičemž průměrná doba realizace těchto skupin je 8, 2 roku. Rozmezí počtu skupin, které poradny realizují, je od 1 po 4 skupiny, což činí průměrně 2,8 skupiny. Věkové rozmezí, pro které se psychoterapeutické skupiny realizují, je **věk od 5 do 15 let**, tedy věk předškolní až po ukončení 2. stupně základní školy, pro který PPP nejčastěji poskytují své služby. V rozporu s tímto tvrzením pak bylo na setkáních prezentováno několik programů zaměřených na práci se středoškoláky.

Na otázku o **frekvenci setkávání** těchto skupin většina (8 PPP) odpovídá, že provádí terapeutickou skupinu 1 x týdně a jedna z toho ještě 1x za 14 dní. Další PPP realizuje skupinu 1x za 14 dnů a 1 x za měsíc. Skupinovou psychoterapii tak realizují PPP nejčastěji dle problému klienta a dle zaměření i velikosti skupiny a samozřejmě dle časových dispozic PPP. Nejběžnější je frekvence jedenkrát týdně.

**Délka trvání skupinového sezení** se pohybuje v rozmezí 45 – 90 minut. Průměrná délka trvání tu činí 70 minut. Průměrné časové rozmezí psychoterapeutické skupiny 45 – 90 minut tedy odpovídá v praxi (i klinické) běžně užívané normě, kde 45 minut je minimum a 90 maximum pro skupinu a efektivní práci s ní. Rozsah setkání závisí též na věku klientů, potřebě verbálně sdílet a jejich schopnosti unést zátěž práce ve skupině, která roste s věkem.

Na počet setkání za rok nám odpovědělo 70% PPP z dotazovaných, realizujících skupiny. Skupiny jsou realizovány od 5 setkání za rok po 40 setkání, což průměrně činí 24 setkání za rok.

Na popis obvyklých diagnóz, pro něž je skupinová psychoterapie indikována, odpověděli pracovníci poraden následovně: 7 x ADHD, 4 x poruchy chování, 2 x vrstevnické obtíže, 2x nadané děti, dále to byly (1x): hraniční školní zralost, odklad školní docházky, specifické poruchy učení, slabší intelektové schopnosti, porucha opozičního vzdoru, výchovné problémy, úzkostné ladění, problematické sebepojetí, snížené sebevědomí, potíže s agresivitou, zlepšení komunikace, zlepšení spolupráce, práce s problémovou třídou, deprese, sociální fobie, konverzní poruchy, disharmonický vývoj osobnosti.

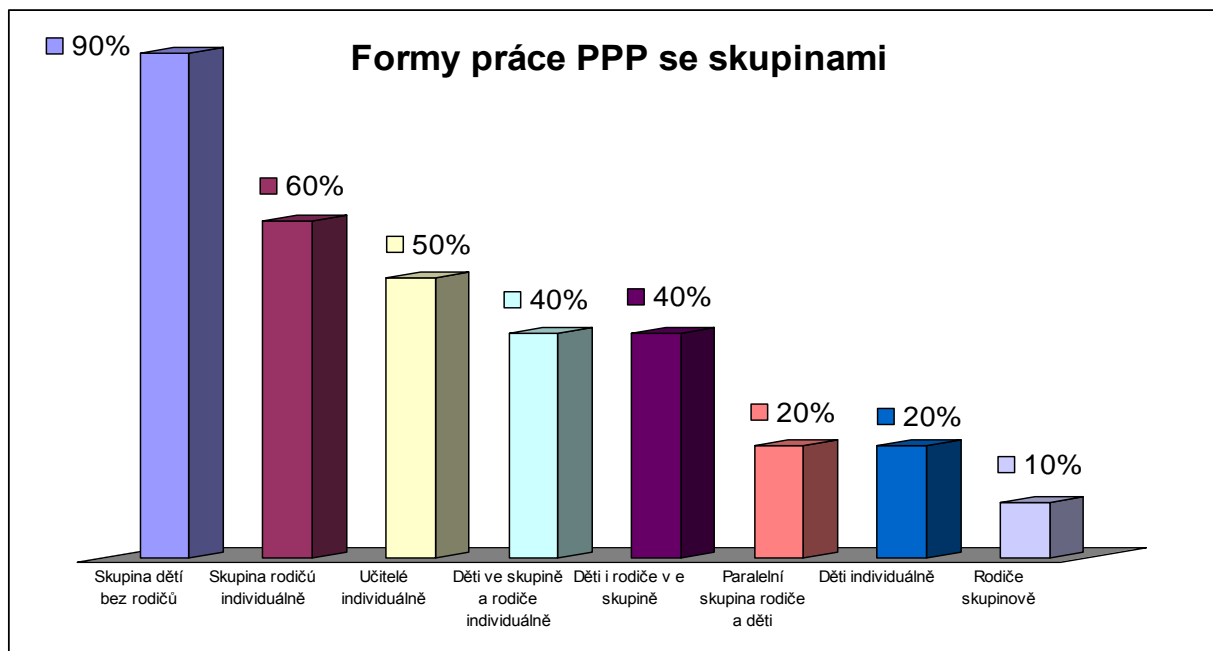


Graf č. 3 Nejčastější oblasti indikace dlouhodobé skupinové intervence

Výskyt (a související přesná diagnostika) poruch chování narůstá. V současné době je tato situace například na školách vnímána jako alarmující. Zakázky škol i rodičů na práci s těmito dětmi se množí. Také z tohoto důvodu se právě psychoterapeutické skupiny realizují nejčastěji pro děti s ADHD a to až v 70%, ve 40% jsou to poruchy chování všeobecně. Specifikem práce s těmito klienty je, že se jejich problémy se vyskytují v kontaktu a ostatními lidmi, autoritami i vrstevníky. Podstatou tohoto onemocnění je problematické vnímání hranic svých, svého těla i chování, a hranic ostatních lidí, potíže s pravidly a jejich dodržováním. Pro psychoterapii těchto potíží je ideální právě skupinová práce, kde jsou situace zažívány a reflektovány v reálném kontaktu s ostatními členy skupiny. Tento druh terapie pak může být pro klienta efektivnější než terapie individuální či rodinná, popřípadě je možné všechny

přístupy dlouhodobě kombinovat. Výše popsaná situace vyžaduje, aby se odborníci z PPP zabývali právě vytvářením takovýchto terapeutických skupin.

Formy práce se skupinami jsou rozloženy následovně:

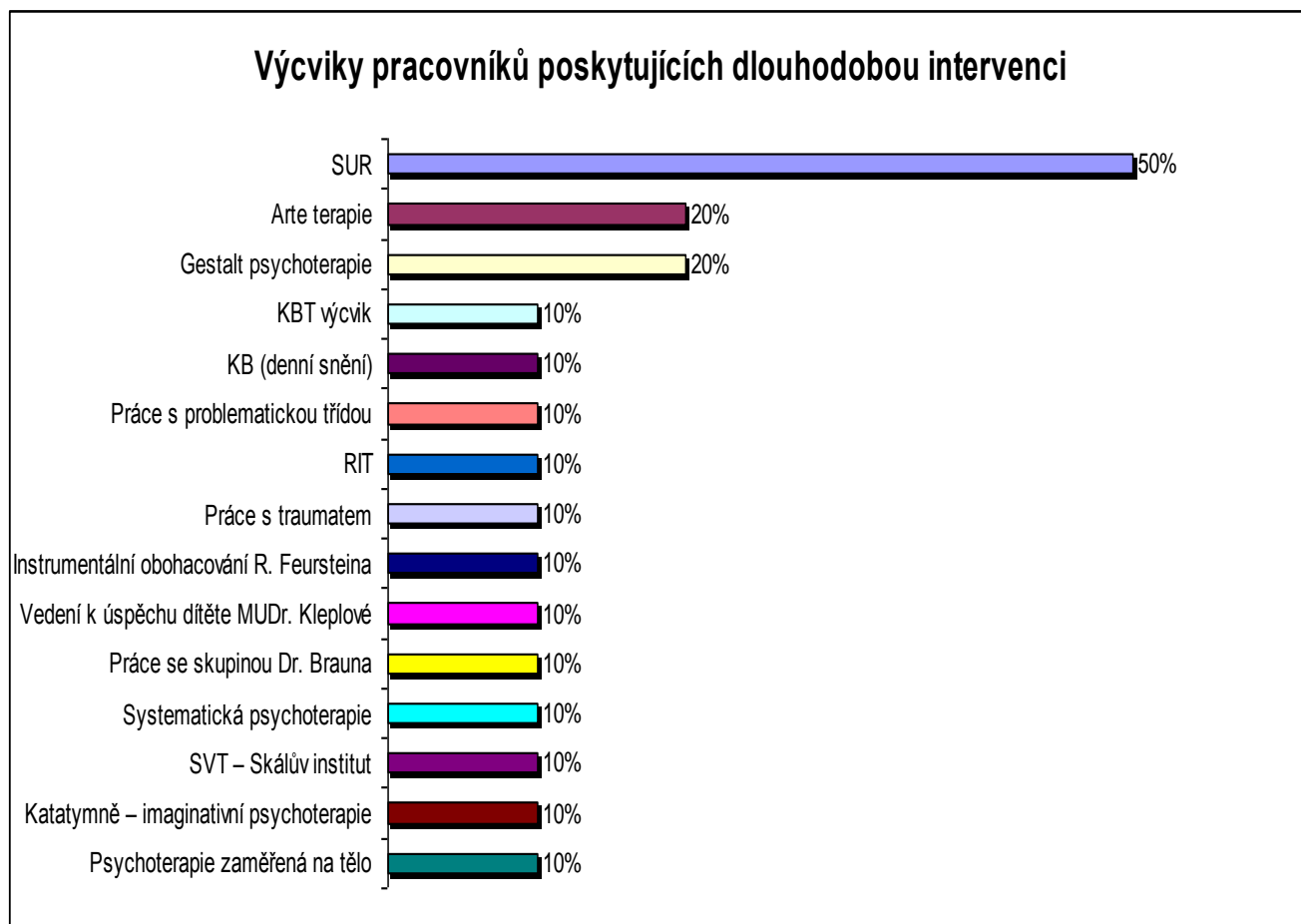


Graf č. 4 Formy práce se skupinami

Formy práce dle našeho názoru realizují na základě osvědčených forem, kde se poradnám pravděpodobně jako nejúčinnější a nejčastější jeví forma skupin dětí bez rodičů. Toto uspořádání má v poradnách největší tradici a je volena mnohdy též z časových a kapacitních důvodů, poradenští pracovníci nemají kapacitu pracovat zároveň stejně intenzivně s rodiči jako s jejich dětmi. V Čechách nebyla dělána výzkumná šetření, která by potvrdzovala vyšší efektivitu práce s dětmi bez rodičů. V zahraničí byly realizovány výzkumy, z nichž některé práci s rodiči vidí jako efektivnější, jiné změřily stejný efekt působení i tehdy, pokud rodiče dostali pouze základní informační servis (například letáček s doporučeními, viz předchozí kapitola). Výzkumné šetření prezentované v následujících kapitolách hájí model vyšší podpory rodičů a pravidelné práce s nimi, neboť zaznamenal celou řadu projektivních faktorů, které mohou pozitivně ovlivnit rozvoj ADHD v rozsáhlejší poruchu chování, pokud je rodič v péči o dítě více a pravidelně angažován.

**Skupiny vede** od 1 do 4 pracovníků PPP. Průměrně tedy 1 – 2 pracovníci na skupinu, jejich pohlaví dotazník nemapoval, ale dá se předpokládat, že se jedná zejména o ženy, kterých je v PPP nápadná většina. Toto tvrzení podporují též závěry z SWOT analýzy a ohniskových skupin, kde je jako jedna z okolností, které brání rozvoji skupin, zmiňován nedostatek mužů v poradenství. Zároveň jsme již výše napsali, že většina skupin je určena pro klienty s ADHD, PCH. Výskyt těchto diagnóz je rozložen 1:4 (1:5) v neprospěch chlapců, většina klientů na skupinách jsou tedy chlapci a je pro ně ideální, aby v terapeutické dvojici byl zastoupen mužský i ženský prvek.

Příští otázkou bylo, zda mají psychologové, kteří vedou v PPP skupiny, vzdělání v psychoterapii, systematický dlouhodobý psychoterapeutický výcvik nebo jiný výcvik. Odpovědi jsou rozloženy následovně:



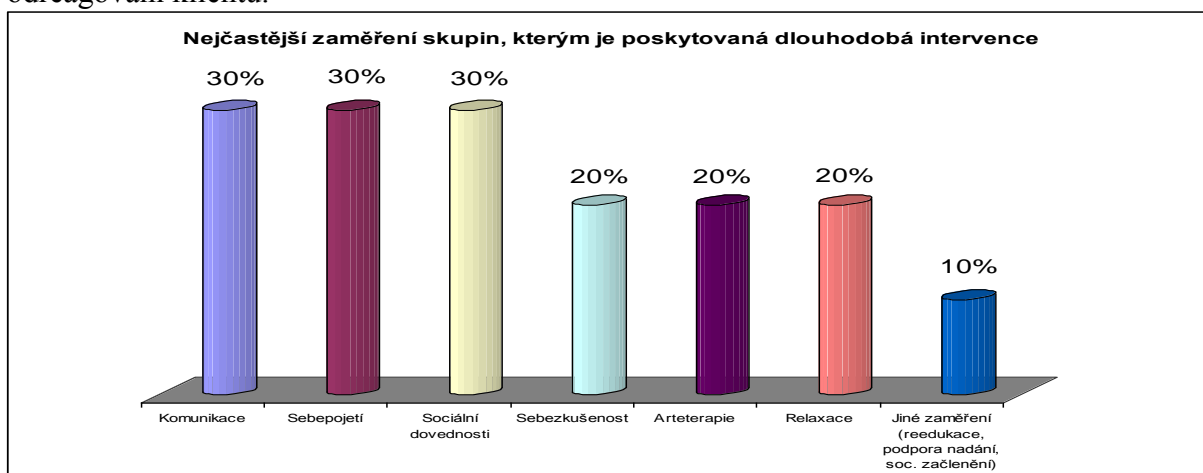
Graf č. 5 Výcviky pracovníků

Na otázku, zda má skupina předem danou **ucelenou metodiku** (strukturu, model, cíle) odpověděli pozitivně všichni respondenti. Není však zmapováno, zda se jedná o ucelenou metodiku zachycenou v písemné podobě. V návaznosti na tento dotaz měly PPP popsat, na co se při práci s klienty konkrétně zaměřují.

Nejčastější zaměření skupin, kterým je poskytována dlouhodobá intervence	
Komunikace	30%
Sebepojetí	30%
Sociální dovednosti	30%
Sebezkušenost	20%
Arteterapie	20%
Relaxace	20%
Jiné zaměření (reedukace, podpora nadání, soc. začlenění)	10%

Tabulka č. 2 Zaměření dlouhodobých skupin

Dále poradenští pracovníci uvádějí: práci se sebeobrazem dítěte, rozvoj sebereflexe, seberegulace, rozvoj empatie, rozvoj klíčových kompetencí, řešení konkrétních situací, sociální začlenění, korektivní zkušenost ve vrstevnické skupině, KUPUB - program pro děti s LMD, otevřené a zavřené skupiny, podporu nadání, užití dramaterapie, deskové hry, zlepšení vztahů s vrstevníky, rozvoj dovedností pro úspěšný start školní docházky, podporu spolupráce, reedukaci psychických obtíží, užívání prvků KBT, práci s hodnotovou orientací, odreagování klientů.



Graf č. 6 Zaměření dlouhodobých skupin

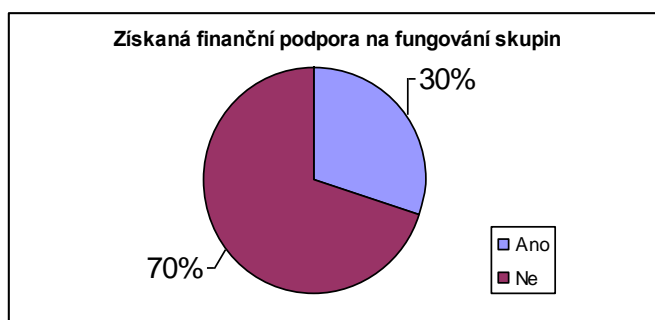


**Písemnou smlouvu** klienta se zařízením, kontrakt při navázání dlouhodobé skupinové psychoterapie uvedlo 70% z celkového počtu dotazovaných poraden, kde skupinovou psychoterapii realizují.

Na otázku, zda je tým **supervidován** nebo nějakou jinou formou odborně metodicky veden, odpověděla kladně polovina poraden, kde realizují skupiny. Dalších 50% není pod metodickým vedením. **Formu supervize** uvedly 4 poradny a to ve formě: individuální nebo skupinové, pod supervizí PhDr. V. Pokorné, MUDr. Kleplové, Dr. Brauna, intervize.

Zda je skupinový program **evaluován / vyhodnocován** (dotazníky, rozhovory), odpovědělo osm poraden ano, jediná ne. Pouze jedna z osmi poraden však uvedla, jak konkrétně je jejich program evaluován a to: rozhovory. Troufáme si tvrdit, že evaluace programů v poradnách není systematické a ucelená.

Dále respondenti odpovídají, zda se PPP podařilo získat na fungování skupin nějakou **finanční podporu**. Pouze třem se podařilo získat finanční podporu, a to dvěma z Krajského úřadu Ústeckého kraje a jednomu ještě navíc z grantů města Chomutov. Ve třech případech se podařilo získat finanční podporu MŠMT.



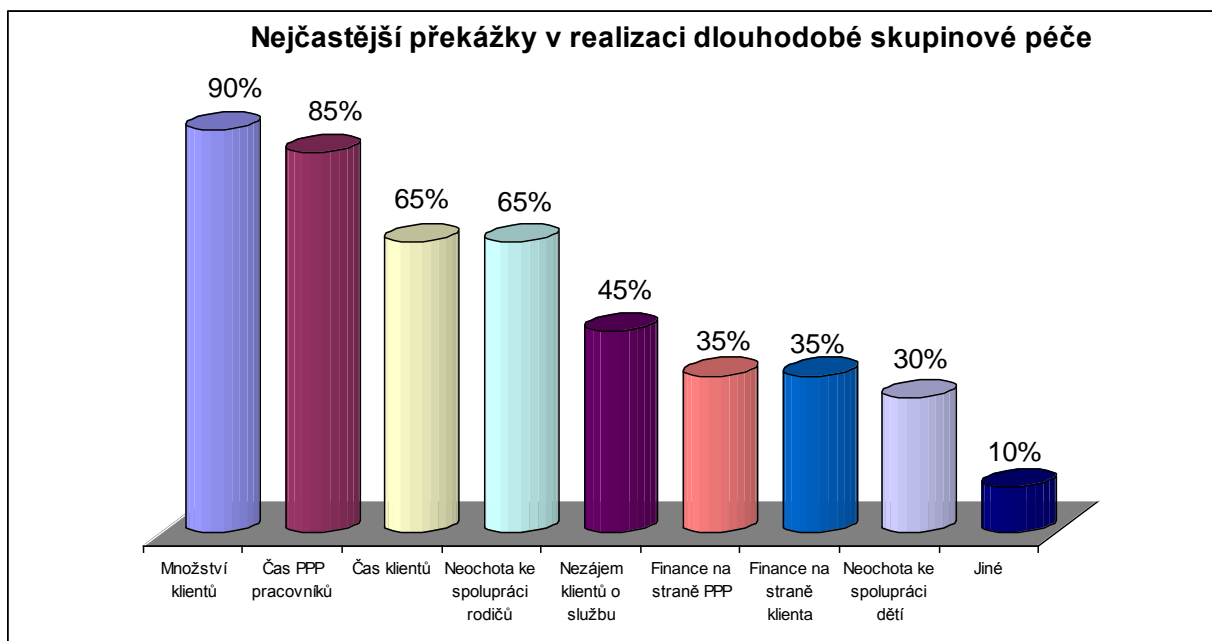
Graf č. 7 Zdroje finanční podpory

Zda se **klienti finančně podíleli** nějakou částkou na psychoterapeutických skupinách, odpovědělo kladně 20% poraden (2) a to: v prvním případě sumou 500 Kč a v druhém případě sumou 50 Kč na hodinu. Většina klientů, 80% tedy získává tuto službu zcela zdarma. Finanční podílení se klientů na fungování skupin je problematické, zejména jedná-li se o dětské klienty. Někteří klienti a jejich rodiny, mají - li se rozhodnout mezi placenou terapii a terapii zdarma, volí druhou variantu z existenciálních důvodů. Finanční spoluúčast je však významným motivačním faktorem v psychoterapii, kdy přináší vědomí spoluzodpovědnosti a

snahy dosáhnout za svou investici nějaký profit, pozitivní změnu. V dětské psychoterapii však náklad platí rodič a hlavním poživitelem péče je dítě, což může být zdrojem komplikací a motivační význam je posunut.

V neposlední řadě se poradny potýkají s legislativním obhájením příspěvku klienta, neboť není jasně vymezeno, zda dlouhodobá intervenční / psychoterapeutická skupina je či není nadstandardní péčí o klienta. Některým poradnám jako argument slouží časové umístění skupin od pozdně odpoledních hodin, tedy po běžné pracovní době. Toto časové umístění napomáhá také jako argument při podávání grantů.

Nejčastější **překážky v realizaci dlouhodobé skupinové péče** vyjmenovaly všechny dotazované poradny (20), tedy i ty, které skupiny neorganizují. Překážky jsou následující (seřazeno sestupně):



Graf č. 8 Překážky v realizaci dlouhodobé skupinové péče

Jako jiné důvody, pak poradny konkrétně uváděly: nezaměřenost PPP na tento typ práce, odborná náročnost práce u poruch chování nebo nedostatek kvalifikace, pracovníci s výcvikem odešli na MD, prostory poradny, neochota ze strany klientů dojíždět. Některé poradny dodávají, že realizují rodinnou terapii, plánují otevřít novou skupinu od nového roku 2011 a také se domnívají, že této problematice je věnováno málo prostoru.

Nejčastější překážku pro PPP činí množství klientů. Jak jsme již uvedli, úvazky v některých PPP jsou nízké a počet škol nebo klientů na PPP je naopak vysoký. Množství klientů ovlivňuje také čas PPP pracovníků, který mají pro klienta vyhrazený, a většina tohoto času se zaměřuje na diagnostiku. Na dlouhodobé vedení (individuální či skupinové) se čas nachází v poradnách jen obtížně.

Dalšími nežádoucími faktory jsou dle našeho šetření čas klientů nebo / i neochota rodičů anebo nezáměr o služby tohoto typu. Domníváme se, že rodiče klientů mají zájem o jednorázové služby více nežli o dlouhodobé z různých důvodů, z nichž některý může být nedostatek volna z práce, finanční důvody nebo i docházení do vzdálené PPP.

Neochota ke spolupráci u dětí kolísá s věkem, mladší děti mohou považovat dlouhodobou skupinovou péči za formu interaktivní aktivity (jakýsi volnočasový kroužek, jsou motivováni prostřednictvím rodičů), kdežto starší děti (na 2. stupni ZŠ) v průměru o takovéto služby nemají zájem (nejsou motivováni ke změně, změnu si přeje jejich okolí – škola, rodiče, procházejí stádiem přirozeného odporu). Motivace pro osobnostní změnu poté narůstá znovu na střední škole, kde může být takováto skupina nástrojem sebepoznání.

#### **IV. 2 Poznatky ze setkávání s pracovníky PPP**

##### **Kvalitativní analýza plynoucí z kontaktů s pracovníky realizujícími v poradnách dlouhodobé intervenční skupiny**

V následující části se budeme věnovat kvalitativní analýze současného stavu v dané problematice a mapování potřeb pracovníků poraden, kteří vedou nebo se chystají vést ve své poradně dlouhodobé intervenční / psychotherapeutické skupiny pro děti a zároveň pracují s jejich rodiči. Data vycházejí z kvalitativní analýzy formou 4 sektorů, vycházející ze SWOT analýzy a jsou doplněna záznamy z diskusí ohniskové skupiny. Cílem bylo získat odpověď na 4 základní otázky:

1. V čem jsou pro mne jako pracovníka skupiny užitečné, v čem mne naplňují?
2. Co nám klade překážky v naší práci?

3. Co bychom potřebovali na obecné úrovni, aby se nám pracovalo lépe (od systému, vedení, klientů, kolegů)?
4. Co bychom si přáli na společných setkáních? (nápady, vzdělávání, někoho pozvat, otevřít nějaké téma...)

V tématu „**v čem je spatřuji užitek skupiny**“ lze identifikovat odpověď ve třech rovinách: jako přínos pro zařízení, pro pracovníka a pro klientelu. Nejčtenější jsou komentáře k ziskům pro dítě a pro pracovníka samotného.

První rovinou je zvýšení prestiže poradny, rozšíření nabídky služeb. Druhou oblastí přínosu pro pracovníka je oblast osobních zisků po psychologa /speciálního pedagoga a jeho osobnostní růst (*práce na sobě, podpora ega*). S tím je úzce provázána další okolnost, kdy odborníci pozitivně hodnotí oživení své jinak převážně diagnostické práce (*kreativita, mám sílu pokračovat dál, prevence vyhoření, zábava, vytržení ze stereotypu*).

Třetí oblastí je zisk pro klientelu: pro děti, jejich rodiče a pro spolupráci s učiteli. Děti získávají především efektivní pomoc v jiném nenálepkujícím prostředí, mohou zažít korektivní zkušenost v jiné roli, než na jakou jsou zvyklé za školy, zažít sebepotvrzení, zpevnit si narušenou sebeúctu, získat nové sociální dovednosti v jisté „laboratoři pro vztahy“, najít si kamarády a setkávat se se svými problémy „tady a teď“, což je v individuálním kontaktu mnohem obtížnější než ve vrstevnické skupině, kde se problematika spontánně objeví. Tento efekt děti získávají prostřednictvím celé řady metod: rozvíjí kvalitu svých vztahů, učí se vyjadřovat zpětnou vazbu, reagovat tvořivě, pracovat s reflexí a jsou celkově podporovány bez „*puncu negativní výjimečnosti*“. Rodiče zde zažijí podporu a získají možnost srovnání dítěte s vrstevníky. U učitelů pak skupinová práce s dětmi vede k lepší spolupráci.

V kategorii **překážek proti realizaci** dlouhodobých intervenčních skupin v PPP popisovali respondenti pět základních sfér. Jsou jimi překážky z oblasti personálních nároků (30 %), časové vytíženosti a tlaku na diagnostiku (25%), nespolupráce klientely (25%), potíže spojené s materiálním zabezpečením a financemi (16%) a komplikace spojené s nepodpornou

ze strany vedení, devalvace skupinové práce (4%). Často jsou tyto překážky vzájemně provázány.

Personálními komplikacemi je myšleno nedostatek zkušeností a připravenosti pro skupinovou práci, nedostatek personálu a zejména mužů v PPP, vlastní limity a nemožnost realizovat v zařízení supervizi. Na rovině časové vytiženosti se objevuje tlak výkon, „čárky“, počet realizovaných diagnostických sezení a počet obslužených klientů. Nespolupráci klientů jsou myšlena přehnaná očekávání rodičů či učitelů, neochota škol nabídnout dětem program, osobní limity dětí, nevhodné složení skupin a zejména nespolupracující rodiče.

Potíže spojené s materiálním zabezpečením a financemi zahrnují nedostatek prostoru, finančních prostředků na vybavení, hluk a nepořádek, který může obtěžovat naše kolegy. Poslední oblast nedostatku podpory ze strany vedení je blíže rozvinuta v následujícím odstavci, neboť byla charakterizována jako významná potřeba pro rozvoj služby.

V oddíle **potřeb pro rozvoj** realizace dlouhodobých intervenčních skupin v PPP se často opakuje odstranění výše zmíněných překážek. Souhrnem lze jmenovat potřeby: jiné nastavení systému a legislativy (standardní činnosti poraden, vykazování počtu klientů), podpora ze strany vedení (umožnění setkávání, supervize a výměny zkušeností), další možnost vzdělávání a výcviků (včetně financí na ně), informace o možnostech získávání financí prostřednictvím grantů. Následuje již zmíněná potřeba více mužských kolegů v pracovních týmech, dostatek času, prostorového vybavení a spolupracujících klientů.

### **Co tedy víme o realizaci dětské skupinové psychoterapie v českých poradnách?**

Pracovníci poraden mají překvapivě velkou motivaci skupiny realizovat a vidí jejich užitečnost pro mnoho zúčastněných stran. Některé poradny tento druh péče realizují i přes četné komplikace (finanční, personální a další). Jiné se k realizaci chystají a potřebovaly by podporu zvenčí. Velké množství poraden je však spokojeno se svou diagnostickou funkcí a do dlouhodobější skupinové práce s klienty se nepouští. Pokud jsou skupiny v poradnách realizovány, jsou jejich účastníky převážně děti s ADHD a poruchami chování, u této diagnózy je potřeba skupinové práce v terénu nejvýraznější.

## **V. Možnosti evaluace a metodologie konkrétního výzkumu**

### **Možnosti evaluace dlouhodobého intervenčního programu v pedagogicko – psychologické poradně. Metodologie konkrétního výzkumu.**

#### **V. 1 Evaluace v poradenství**

Každý program, služba, která je realizována z veřejných prostředků, by měla být evaluována. Znamená to, že bychom měli průběžně ověřovat a hodnotit, zda se jedná o smysluplnou investici nejen v ekonomickém slova smyslu, nýbrž i z hlediska prospěchu pro klienty, objednavatele naší služby (děti, rodiče, školu) a v neposlední řadě i z pohledu našich profesionálních a lidských investic (zda vynaložené úsilí odpovídá efektu služby a jejímu ohodnocení). V následujícím textu se nejdříve seznámíme s formami evaluace obecně a následně bude představena metodologie konkrétního výzkumu, který je dominantní částí této práce.

Evaluace je slovo, se kterým se v pomáhajících profesích v resortu školství v poslední době často operuje a které u mnohých kolegů „praktiků“ vyvolává až „odpor“. Dobře evaluovat tedy systematicky hodnotit, sbírat a vyhodnocovat data z poradenské práce je činnost časově náročná a mnohdy zahlcující. Upřímně však věříme, že je pro terapeutickou práci významným přínosem, pomáhá efektivně investovat čas, prostředky i energii a samozřejmě službu stále zkvalitňuje.

V odborné literatuře i v koncepcích účinné sociální politiky se operuje s tím, že kvalitní program má být „evidence - based“, tedy založen na důkazech, relevantním a validním výzkumném šetření a ne pouze na intuici a mnohdy dobrém úmyslu poskytovatelů. Poskytovaná péče podléhající tomuto ověřování (nebo jednorázovému ověření na určitý časový úsek) je zárukou kvality a efektivity, podchycuje účinné mechanismy a stanovuje si reálné cíle.

Na počátku této kapitoly bychom se rádi věnovali vymezení pojmu evaluace a jejím dělením, abychom následně popsali jednotlivé typy evaluace tak, jak mohou být využity pro zkvalitňování dlouhodobých intervenčních programů v PPP. Na tento text v dalších kapitolách naváže sumativní evaluace (evaluace výsledku, efektivity pro jednotlivé zúčastněné strany) kvantitativního a kvalitativního charakteru, tak jak byla realizována v PPP na Praze 6.

Evaluace je systémem hodnocení, lze ji definovat jako sběr, analýzu a interpretaci dat o naší práci, kterou můžeme realizovat kvantitativním či kvalitativním způsobem. Cílem tohoto úsilí je vytvářet a udržet účinné intervence.<sup>123</sup> Evaluaci lze rozlišovat v jejím formativním charakteru, tedy hodnocení zejména silných stránek programu, které se mají posilovat a rozvíjet, a normativním charakteru, což značí sledování dopadu na cílovou skupinu a posouzení, zda je služba skutečně smysluplná, a pokud ne, mohou následovat sankce například formou omezení státních dotací, redukce služby nebo její modifikace. V našem textu budeme opomíjet tuto normativní – sankční stránku evaluace a zaměříme se na formativní a sumativní evaluaci, tedy pouze na hodnocení procesu a efektivity skupin s cílem zkvalitňování služby.

Dříve než se pustíme do samotné typologie evaluace, rádi bychom uvedli, že rozsáhlou kompletní evaluaci programu je možné realizovat jen po určitá období (například při zavádění skupin můžeme po určité období sledovat její efektivitu a pak již nabízet ověřený produkt), protože taková komplexní evaluace včetně měření efektivity (evaluace výsledku) je velmi časově nákladná a složitá. Některé jiné konkrétní typy evaluace, například analýzu potřeb a evaluaci procesu či spokojenosti klienta je však vhodné realizovat standardně a průběžně a pomáhá nám při udržování kvality služeb.

Programy, na nichž budeme demonstrovat možnosti jednotlivých typů evaluace, jsou dlouhodobými intervenčními skupinami, realizovanými v pedagogicko – psychologické poradně. Jedná se o zejména o programy skupinové podpory žáků, kteří mají problémy s adaptací ve školním prostředí, potýkají se s potížemi výchovnými či výukovými, jejich příčinou však není oslabení intelektu. V ČR se takto v rámci PPP terapeuticky pracuje s dětmi prvního, druhého stupně i se středoškoláky. Rodiče a pedagogové těchto dětí jsou zapojeni v různé míře.<sup>124</sup> Většinu těchto terapeutických skupin lze charakterizovat jako programy selektivní a indikované primární prevence, neboť se jedná o specifické aktivity, zaměřené na minimalizaci rozvoje rizikového chování u dětí, které jsou ve vyšší míře ohroženy či již zasaženy tímto jevem (dětí s poruchami chování, syndromem ADHD, ADD, děti či studenti školsky neúspěšní, děti selhávající ve vrstevnických vztazích) – selektivní prevence či o programy pro děti a studenty, kteří se již rizikově chovají (systematicky porušují školní

<sup>123</sup> Více a podrobněji viz MIOVSKÝ,M.; MIOVSKÁ,L.; KUBŮ,P. Evaluace programů primární prevence užívání návykových látek v ČR: základní východiska a aplikační možnosti. Adiktologie 200č, č.3, s. 288 – 305; MIOVSKÝ,M.; SKÁCELOVÁ,L.; ZAPLETALOVÁ,J.; NOVÁK,P.(eds) Primární prevence rizikového chování ve školství. SCAN, Praha 2010.; KRÖGER,CH. Evaluation: Definitions and Concept. In BAKER,O.; MOUNTENEY,J.; NEAMAN,R. (eds.) Evaluation Drug Prevention in the European Union. Scientific Monograph Series, No.2. Lisbon: EMCDDA, 1998, s. 61- 66; internetové zdroje: EMCDDA ([www.emcde.europa.eu](http://www.emcde.europa.eu)), WHO 2000.

<sup>124</sup> Více viz článek o setkávání pracovníků PPP, realizujících dlouhodobé intervenční skupiny na webových stránkách Institutu pedagogicko psychologického poradenství [www.ippp.cz](http://www.ippp.cz), rubrika Vedení dlouhodobých intervenčních skupin v PPP, autorka Pavlas Martanová.

pravidla, nadprůměrně experimentují s návykovými látkami, projevují se agresivně, vyskytují se u nich příznaky poruch příjmu potravy apod.) – indikovaná primární prevence na hraně prevence sekundární.

V některých oblastech (ve zdravotnictví či v sociálních službách) lze evaluaci realizovat jednodušeji: porovnáním služby se standardy stanovenými pro danou službu. Vzhledem k tomu, že v tento okamžik neexistují v ČR žádné standardy pro vedení dlouhodobých intervenčních skupin v PPP, ani k poradenské práci obecně, můžeme se inspirovat pouze ze Standardů určených pro programy primární prevence<sup>125</sup>, kde bychom našli základní kritéria efektivity programu realizovaného se žáky či studenty v rámci primární prevence rizikového chování. Standardy služeb nám pomáhají modelem dobré praxe a garantují, že i náš program je v souladu s filozofií „evidence – based“, tedy, že naše počínání je založeno na vědeckých důkazech v souladu s nejnovějšími mezinárodními poznatky a výzkumy, které není v běžné praxi většinou možné kontinuálně sledovat.

V rámci pojmu evaluace lze rozlišit následující typy evaluace. Z hlediska hodnocených fází programu<sup>126</sup> vymezujeme evaluaci přípravy, procesu a výsledku. V našem textu však využijte typologii WHO (2000), které rozlišuje úvodní evaluaci – analýzu potřeb, evaluaci procesu, evaluaci výsledku, evaluaci spokojenosti a ekonomickou evaluaci.

## **Přípravná evaluace**

Úvodní neboli přípravná evaluace, nazývaná též **mapováním či analýzou potřeb** je nezbytnou součástí každého kvalitního programu. Zajišťuje, že je předem zmapováno, zda je v regionu, na místních školách zájem o konkrétní druh programu / terapeutických skupin. Tuto analýzu lze realizovat formou rozhovorů či dotazníkového šetření mezi kolegy odborníky (lékaři, psychologové, speciální pedagogové), učiteli (zejména pak mezi výchovnými poradci, školními metodiky prevence, třídními učiteli), v neposlední řadě pak lze oslovit rodičovskou veřejnost (například klienty v PPP) formou dotazníků, informačních

---

<sup>125</sup> Standardy odborné způsobilosti poskytovatelů programů primární prevence užívání návykových látek (2008). MŠMT, Praha. Dostupné na [www.msmt.cz](http://www.msmt.cz) a [www.ippp.cz](http://www.ippp.cz).

V těchto standardech je jako **znak efektivity** stanovena: přiměřená frekvence a kontinuita; komplexnost programu; jasně stanovená a popsaná cílová skupina; adekvátnost informací i forem působení cílové skupině dle věku; včasnost začátku intervence; pozitivní orientace programu a demonstrace konkrétních alternativ k rizikovému chování; „KAB“ model – což značí, že program se nezaměřuje se jen na předání informací, ale především na kvalitu postojů a změnu chování, KAB znamená zapojení kognitivní, emoční a behaviorální složky při práci s dětmi; využití „peer“ prvku, vlivu vrstevníků, interaktivního a aktivního zapojení dětí; denormalizace – vytvoření sociálního klimatu, které závislostní či rizikové chování, a užívání návykových látek zejména, nepovažuje za normální; podpora protektivních faktorů ve společnosti, vytváření podpůrného a pečujícího prostředí, do primární prevence patří i nabídka specializované péče, předávání užitečných kontaktů; nepoužívání neúčinných prostředků, za které se považuje pouhé poskytování zdravotnických informací, zastrasování, moralizování a podobně.

<sup>126</sup> MIOVSKÝ,M.; ŠTASTNÁ,L. In MIOVSKÝ,M.; SKÁCELOVÁ,L.; ZAPLETALOVÁ,J.; NOVÁK,P.(eds) Primární prevence rizikového chování ve školství. SCAN, Praha 2010, s. 118 – 120.



letáčků. V případě, že je o službu v regionu zájem, je třeba si stanovit cílovou skupinu (pro jaký typ dětí, jakého věku a s jakými potížemi chceme terapeutické skupiny nabízet). Analýza potřeb v regionu je nezbytná pro plánování služby, ale také pro zvědomění si kladů i rizik realizace. Tuto analýzu je vhodné realizovat před zahájením programů a poslouží též velmi dobře pro obhájení záměru a jako pádný argument při získávání finančních či časových prostředků pro realizaci.

Tímto však mapování potřeb nekončí. V situaci, kdy je skupina vytvořena a naplněna klienty, považujeme za stejně nezbytné zmapovat potřeby konkrétních klientů. Lze využít dotazníku či rozhovorů, nejčastěji však je mapována zakázka klienta, vytvářen kontrakt. I děti prvního stupně základní školy jsou schopny si samy či s dopomocí rodiče vytvořit jednoduchý kontrakt / smlouvu o tom, co by chtěly na své stávající situaci například ve škole změnit, co by se na skupině chtěly naučit a co by si přály na skupině dělat (jaké činnosti, hry) a co naopak dělají nerady. U druhostupňových a středoškolských klientů pak může být kontrakt rozsáhlejší a propracovanější. Pokud jsou do skupin aktivně zahrnuti rodiče či pedagogové, měli bychom se ptát také na jejich zakázku. Získáním těchto dat můžeme jednoduše přizpůsobit program potřebě konkrétních klientů a po určité době (v průběhu či na konci terapie) můžeme vyhodnocovat, zda došlo k nějakému posunu a zda k němu přispěla i naše služba. Již samotné stanovení zakázky a uvědomění si potřeby změny je pro klienty první krokem ke změně samotné.

### **Evaluace procesu**

Evaluace procesu se zaměřuje na popis evaluované činnosti a jejího kontextu. Tento typ evaluace nám umožňuje reflektovat poradenskou práci po jednotlivých obdobích a krocích a tím ji lépe poznat. Evaluovat proces je možné formou sebereflexe nebo intervize či supervize s kolegy. Na základě evaluace procesu se dozvídáme, zda pokračujeme podle plánu, co se nám daří a co se nám daří méně. Můžeme tak flexibilně reagovat, revidovat svoje cíle a postupy. Můžeme také získat informaci, zda je služba cílovou skupinou, tedy klienty vůbec přijímána. Evaluace procesu je ve většině dlouhodobých skupin zcela přirozenou součástí. Některé týmy mají možnost supervize, jiné realizují alespoň intervizní setkání či mají vymezený čas, kdy si společně po skupině „sednou“ a zreflektují její průběh. Doporučené je také průběžné hodnocení po delších celcích (po etapách, po pololetí) a to jak v pracovním týmu, tak společně s klienty. S klienty se dá též reflektovat / evaluovat každé setkání,

například formou závěrečného kolečka (Jak mi dnes bylo na skupině? Co si odnáším? Co jsme dělali a co jsem se naučil? A podobně).

## **Evaluace výsledku**

Evaluace výsledku neboli měření efektivity je nejnáročnější a nejobtížnější formou evaluace a je možné ji komplexně realizovat pouze v určitých podmínkách. Ideální metou této evaluace je získat odpověď na otázky, zda jsme dosáhli svého cíle, jaký je dopad našich intervencí u cílové skupiny. A to značí, jak dopad žádoucí a plánovaný tak i dopad neplánovaný, nezamýšlený a možná též nežádoucí (jakýsi vedlejší efekt). V ideálním případě pak bychom byli schopni evaluovat dopad svých intervencí z krátkodobého i dlouhodobého hlediska a rozlišili bychom všechny intervenující proměnné tak, že bychom mohli konstatovat, že změnu způsobila právě naše intervence. Taková evaluace by znamenala samostatný a nejlépe longitudinální výzkum a žádala nemalých finančních, personálních i časových nároků.

Pokud bychom se pro takovýto přístup rozhodli a měli k tomu přizpůsobené podmínky, můžeme postupovat trojím způsobem:<sup>127</sup> Kröger rozlišuje tři typy evaluace výsledku podle výzkumného plánu<sup>128</sup>: experimentální, kvaziexperimentální a neexperimentální evaluaci neboli výzkum. Základní rozdíl mezi experimentální a neexperimentální evaluací je v přítomnosti či nepřítomnosti kontrolní skupiny vybrané náhodným výběrem. U experimentální i kontrolní skupiny je základním postupem měření stavu před započítím a po ukončení intervence. Výsledky obou se mezi sebou porovnávají. V případě neexperimentální evaluace pracujeme pouze se skupinou, které byla podrobena intervenci (neexistuje kontrolní skupina). Kvaziexperimentální evaluace nastává tehdy, kdy výběr obou skupin není náhodný, využíváme v něm záměrného výběru podle předem daných kritérií (například děti s ADHD s účastí rodičů v jedné skupině a děti s ADHD bez rodičů ve skupině kontrolní). V každém z těchto tří případů je však podobný záměr, vždy se snažíme zmapovat, zda byl splněn cíl programu vzhledem k jeho nákladnosti a také zda je naše působení lepší než žádná či jiná péče.

Základními metodami je porovnání situace před a po zavedení intervence (a poté možno opakovat s časovým odstupem od intervence, tzv. „follow – up“). Můžeme též požádat

---

<sup>127</sup> KRÖGER,CH. Evaluation: Definitions and Concept. In BAKER,O.; MOUNTENEY,J.; NEAMAN,R. (Eds.) Evaluation Drug Prevention in the European Union. Scientific Monograph Series, No.2. Lisabon: EMCDDA, 1998, s. 61- 66.

<sup>128</sup> Dle výzkumného plánu Rossioho, Freemana a Hofmana, volně dle MIOVSKÝ,M.; ŠTASTNÁ,L. In MIOVSKÝ,M.; SKÁCELOVÁ,L.; ZAPLETALOVÁ,J.; NOVÁK,P.(eds): Primární prevence rizikového chování ve školství. SCAN, Praha 2010, s. 120.

účastníky na konci některé fáze či po skončení terapie o zhodnocení změny. Nejkomplexnější obraz dostaneme, pokud porovnáme situaci u experimentální a kontrolní skupiny. Data můžeme získat jmenovitě či anonymně, z čehož obě varianty mají své výhody a rizika. Samotný sběr pak probíhá nejčastěji třemi formami: osobním dotazníkem, formou interview či záznamem z tzv. ohniskové skupiny<sup>129</sup>.

Výsledek lze evaluovat na dvou základních rovinách **kvantitativní a kvalitativní**. Kvantitativní se zaměřuje především na statistické vyhodnocení dat a jejich interpretaci a jeho využití je v našem případě omezeno velikostí sledovaného vzorku (skupiny jsou pro validní statistické hodnocení málo četné a výsledky jsou obtížně zobecnitelné). Kvalitativní analýza nám naopak umožňuje hlouběji porozumět sledovanému jevu, lépe pochopit proces změny u klientů. Kvalitativní analýza má svůj význam pro proces i výsledek působení. V případě evaluace tak složitého procesu jakým je dětská psychoterapie se doporučuje kombinace obou přístupů. Evaluace výsledku či výzkum efektivity programu je velmi složitým a komplexním postupem, pro jehož popis zde nemáme prostor, ale v současné době je na našem trhu dostupných již několik kvalitních publikací, které se touto problematikou zabývají.<sup>130</sup>

## **Evaluace spokojenosti**

Evaluace spokojenosti mapuje pocity klienta, možnosti sdílení a to, jak klient hodnotí svůj vztah k poskytované službě nebo k poskytovateli. Evaluace spokojenosti je významná pro postup léčby a umožňuje nahlédnout, zda je péče pro klienty důvěryhodná a dostupná, zda se cítí na léčbě účastni, zda jim vyhovoval náš přístup, co jim bylo příjemné a co méně. Můžeme si zmapovat, proč někteří klienti v našich skupinách setrvávají a jiní z programu vypadnou. Významné na této evaluaci je, že klient má možnost vyjádřit se ke své léčbě, činíme jej partnerem, evaluaci spokojenosti však nelze zaměňovat za evaluaci efektivity. To, že se klientům naše péče líbí, neznamená, že je skutečně účinná, efektivní. Někdy je tomu právě naopak, účast na skupinách je pro dětského klienta zejména na počátku mnohdy nepříjemná, on sám ji neinicíoval, někdy má pocit, že je ve skupině za trest, prochází si stádiem odporu. I přes tyto pocity může být program efektivní, pokud v něm klient setrvá.

---

<sup>129</sup> **Ohnisková** skupina představuje výzkumnou metodu, pomocí které získáme data za využití skupinových interakcí, které samovolně vznikají a probíhají v debatě na určité téma, například při hodnocení skupiny s kolegy po určitém časovém úseku.

<sup>130</sup> STRAUSS ; CORBINOVÁ Grounded Theory: Základy kvalitativního výzkumu. Postupy techniky metody zakotvené teorie. Albert, Boskovice 1999; KRÖGER,CH. Evaluation: Definitions and Concept, viz výše; MIOVSKÝ, M. Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu. Praha: Grada Publishing, 2006, s. 332.; ŠVAŘÍČEK,R. – ŠEĐOVÁ,K. Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách. Praha: Portál, 2007.

## **Ekonomická evaluace**

Ekonomická evaluace si klade za cíl porovnat náklady a přínosy programu a vyhodnotit, zda se naše činnost společnosti vyplácí a zda je výhodné v ní pokračovat. Lze sledovat celkové náklady i náklady na jednotlivé složky a rozhodnout se, co například pro příští rok vypustit či nahradit nějakou alternativní službou (například pokud by bylo příliš nákladné organizovat pravidelné vzdělávání učitelů či rodičů, lze přímý kontakt redukovat či nahrazovat letákovou kampaní a podobně). Touto cestou je možné vypočítat průměrný náklad na klienta a základní prostředky, které jsou třeba k realizaci skupin.

## **Evaluační nástroje**

Při volbě evaluačních nástrojů (např. dotazníků, rozhovorů) a postupů lze postupovat dvojím způsobem. Je – li taková možnost, je ideální použít nástroj již ověřený či standardizovaný<sup>131</sup>, tato možnost je však v českém prostředí dostupná pouze pro některé oblasti (existují standardizované psychologické testy a dotazníky). Dotazníky určené pro mapování některých konkrétních oblastí vůbec neexistují, nebyly dostatečně ověřeny či jsou dostupné pouze v cizím jazyce a validita tohoto nástroje je po přeložení ohrožena. Druhou možností skýtající však také celou řadu rizik je vytvoření vlastního evaluačního nástroje (dotazníku, rozhovoru). Takovýto nástroj může mapovat přímo oblasti, které nás zajímají, jeho riziky jsou však položková nevyváženost, problematická reliabilita a validita.

## **Omezení a možné neplánované dopady intervence**

Aby byla evaluace terapeutického působení vůbec možná, je třeba definování reálných cílů, definování cílové skupiny a vhodnosti intervence právě pro tyto klienty (vývojové hledisko, teoretický background programu) a definování způsobu působení (popis, metodika programu). Není – li realizátor schopen definovat cílovou skupinu (s kým pracuje), cíle změny (co chce změnit) a způsob působení (jak pracuje, jaké metody volí), jen těžko může svou práci evaluovat.

Významnou roli v možnostech evaluace hrají též dostupné finance a potažmo též časové možnosti uvolněné na tuto činnost, jak již bylo zmíněno dříve. S touto otázkou je úzce propojen fakt, že jen výjimečně si mohou zařízení dovolit službu externího evaluátora a evaluátor je tedy často sám realizátorem programu nebo je s realizátorem v nějakém vztahu

---

<sup>131</sup> Pro oblast návykových látek a rizikového chování jsou již k dispozici zahraniční či české evaluační nástroje v bankách evaluačních nástrojů. Více informací na webových stránkách: [www.emcdda.europa.eu](http://www.emcdda.europa.eu), [www.drogy-info.cz](http://www.drogy-info.cz), [www.adiktologie.cz](http://www.adiktologie.cz), [www.odrogach.cz](http://www.odrogach.cz).

(zaměstnaneckém), což přináší riziko menší nestrannosti (rizika „bias“, dvojného vztahu jsou popsána k metodologické části).

Každý výzkum / sumativní evaluace by ze své podstaty měl zůstat otevřený různým neplánovaným dopadům, výsledkům. Výzkumník přistupující s otevřenou myslí pak může zažít různá výzkumná překvapení, když se objeví data/ fakta/ kategorie, se kterými ve svých hypotézách nepočítal, ale která mohou být pro poznání zkoumané služby opravdu významná. Otevřenost je základní filozofií evaluace.

## V. 2 Metodologie prezentovaného výzkumu

V praktické části prezentovaný výzkum je sumativní a formativní evaluací dvouletého působení terapeutických skupin pro děti a jejich rodiče. Přesný popis modelu lze nalézt v příloze, stručná varianta popisu se základními informacemi je náplní následující, VI. kapitoly. Jedná se o kombinaci kvalitativního, heuristického zkoumání a kvantitativního výzkumu. Cílem praktické části je zmapovat efektivní prvky v působení skupiny, vysledovat, které oblasti jsou pro děti, jejich učitele a rodiče významné, jaké mají zakázky na změnu a co se po roce působení skutečně posunulo. Závěrem praktické části je pak pokus o klientskou typologii na základě předchozích poznatků. V této kapitole se zaměříme na obecnější metodologické rysy práce, které pak budou upřesněny (počty respondentů, zdroje informací, konkrétní výzkumné otázky a hypotézy, postup při sběru dat apod.) v každém oddíle samostatně.

První část mapuje **kvantitativně** účinky působení skupiny, změnu u klientů po roce působení. Změna je mapována na rovině objektivní (dotazníky rodičům a učitelům před a po ukončení terapie) a subjektivní (odhad změny prožité dítětem, rodičem, učitelem, evaluace spokojenosti). Kvantitativní část práce je založena na předem daných hypotézách, data jsou statisticky zpracovaná, prostřednictvím t-testu je mapována statistická významnost změny a byly sledovány i významné korelace, zda spolu některá data souvisí. Kvantitativní rozměr práce je limitován malým počtem respondentů i ne stoprocentní návratností dotazníků. Poznátky jsou primárně získávány a využívány ad hoc, ale v kvantitativní části se pokusíme o částečné zobecnění.

Do kvantitativního výzkumu vstupují četné proměnné<sup>132</sup>: podnětové – styl skupinové terapie (léčebné faktory), vlastnosti terapeutů a jejich intervencí (zkušenost, teoretická orientace, schopnost empatie apod.); organismické - osobnost dítěte/ dětí a jejich diagnóza;

<sup>132</sup> KRATOCHVÍL, S. Základy psychoterapie. Praha: Portál, 2002, s. 317- 324.

odpověďové - reakce na léčbu, změny v příznacích. V našem výzkumu nejsme schopni vliv jednotlivých proměnných oddělit, navíc nelze definovat vliv empatie, nepodmíněného přijetí a akceptace a vyjádřit korektivní zkušenost. Nepřítomnost kontrolní skupiny (jedná se o neexperimentální evaluaci) navíc znemožňuje oddělit vliv přirozené maturace od působení skupiny a neumožňuje nám konstatovat ES (jednoznačně vyjádřenou velikost účinku). Z těchto důvodů je kvantitativní doplněna poznatky kvalitativními. Na principu triangulace<sup>133</sup> se hledá „pravda“ porovnáváním kvantitativního a kvalitativního, formativního a sumativního hodnocení. Validizace je pak realizována porovnáváním mezi subjektivním a objektivním hodnocením, mezi jednotlivými roky, stupni školy a názory jednotlivých respondentů (rodičů, učitelů). Tímto systémem hledáme místa shody, tedy efekty, které zaznamenala většina zúčastněných napříč časem a ty pak považujeme za možné částečně generalizovat jako platné pro daný terapeutický model.

**Kvalitativní část** práce přináší mnoho informací o malém množství jedinců, do hry vstupuje mnoho proměnných a generalizace i validita je problematická. Pracuje zde převážně induktivní logika, hypotézy / kategorie jsou na konci našeho bádání. Kvalitativní část nese některé rysy případové práce. Základní zásady kvalitativního výzkumu: důraz na osobní zkušenost, spoluprožívání, snaha o pochopení a zprostředkování pohledu účastněného subjektu, redukci dat/ výběr proměnných provádějí sami pozorovaní, výzkumník a pozorovaný jsou rovnocennými partnery, cílem je porozumět vnitřní logice pozorovaných jevů, odhalit význam chování, motivů, citů, získat „vhled do lidské dimenze sociální reality“<sup>134</sup> – to vše přináší do problematiky kouzlo nepoznaného, otevřeného, umožňuje již zmíněná výzkumná překvapení. Analýza dat v kvalitativním výzkumu využívá principů zakotvené teorie<sup>135</sup>. Konkrétně bylo využito postupu otevřeného, axiálního a selektivního kódování<sup>136</sup>, pomocí nichž vytváříme teorii o dětské a rodičovské terapeutické skupině.

**Výběr respondentů** výzkumu je daný zařazením dítěte do skupiny, tvoří specifickou skupinu klientů v PPP, jedná se o klastrový výběr („cluster sampling“)<sup>137</sup>.

<sup>133</sup> Pojem z topografie, 2 známé body slouží pro určení třetího neznámého bodu.

<sup>134</sup> SRNEC, J. Strategie a metody psychosociálního výzkumu. Studijní materiál pro distanční vzdělávání. Praha: PVŠPS, 2006, s. 45.

<sup>135</sup> STRAUSS, CORBINOVÁ Grounded Theory: Základy kvalitativního výzkumu. Postupy techniky metody zakotvené teorie. Boskovice: Albert, 1999.

<sup>136</sup> Tyto metody by se daly stručně charakterizovat jako:

- a) Otevřené kódování-identifikace základních pojmů a tvorba základních kategorií
- b) Axiální kódování-následně znovu propojení kategorií vytvořených v předešlé fázi a nalezení vztahů
- c) Selektivní kódování-nalezení centrální kategorie a její uvedení do vztahu s ostatními kategoriemi

<sup>137</sup> Metoda náhodného výběru, kde jsou respondenty členové určité skupiny, která však má jednotnou charakteristiku.

**Eticky ošetřen** je výzkum formou písemné smlouvy klienta (rodiče) s poradnou, v němž klient vyslovuje svůj souhlas s pořizováním záznamů, fotografováním a použitím dat ze skupin k výzkumným účelům a publikaci. Veškerá osobní data, jména a okolnosti, které by mohly vést k identifikaci klientů, byla změněna.

**Metodami sběru dat** byly pozorování a posuzování, rozhovory (osobní dotazování, polostrukturované), písemné podklady – speciálně sestavené dotazníky, analýza zápisů z hodin terapie, závěrečných zpráv, analýza produktů dětí a rodičů, analýza spisů (pro záznam trajektorie dítěte před příchodem do skupiny), tedy metody převážně klinické, nestandardizované. Do značné míry se jedná o využití tzv. „field notes“, polních, terénních zápisků a záznamů vzorků chování.

Participantní pozorování (částečně demaskované, děti vědí, že si o nich dělá autorka poznámky a že píše dizertaci) přináší vždy otázky validity. Výzkumník je v roli terapeuta a záznam z pozorování, který by byl co nejvěrnější, bez interpretace a osobního úhlu pohledu, je v podstatě nedosažitelný. Zápisy ze skupin jsou proto spíše doplňkovou metodou. Kvantitativní šetření stojí na dotaznících a kvalitativní na rozborech produktů, kontraktech, evaluačních listech a rozhovorech s rodiči.

Nejvýznamnějším rizikem tohoto výzkumu je tzv. „bias“ – výzkumník je součástí terapeutického týmu a může to vést ke zkreslování reality. Působí zde efekt „expektance“, subjektivního očekávání, přání (například i neverbální reakce při pořizování rozhovoru), výzkumník je zároveň tvůrcem hypotézy.

**Jaké je řešení těchto rizik?** Podle našeho názoru je cestou k minimalizaci rizik problém verbalizovat, odkrýt, pojmenovat, být si jej vědom a vyzdvihnout výhody i rizika našeho přístupu. Výhodou této konstelace je bezprostřední a blízká zkušenost výzkumníka s terapií a dosah na celou řadu jinak obtížně přístupných informací. Evaluace vlastního programu, pokud není najat evaluátor zvenčí, nese rizika vždy. Posledním argumentem, proč takovýto přístup má své kvality, je porovnání s celou řadou zahraničních výzkumů (viz teoretická část), které se s těmito riziky (absence kontrolní skupiny, bias – výzkumníci terapeuti / realizátoři, nízký počet respondentů, nestandardizovaný dotazník, problematika subjektivity a sociální žádoucnosti výpovědí na škále, nemožnost oddělit vliv terapie od přirozené maturace) potýkají zcela běžně.

## **VI. Stručný popis evaluovaného programu**

V této krátké kapitole představíme stručně (a místy bodově) evaluovaný program a jeho základní principy. Komplexní model programu se nachází v závěru této práce včetně popisu a příkladů konkrétních technik, nástinu struktury jednotlivého sezení i celoročního plánu. Podrobný model nabízí též konkretizaci personálních nároků, požadavků na supervizi, potřeby prostorového a materiálového zázemí, výpočet finančních nákladů a doporučení pro spolupráci s dalšími odborníky.

Dětská a rodičovská intervenční skupina projektem PPP Praha 6, který je realizován sedmým rokem a navazuje na předchozí zkušenost poradny s individuální i skupinovou terapií dětí s poruchami chování. Působení programů má charakter specifické selektivní a indikované prevence realizované v PPP. Jsou realizovány dvě dětské a paralelně i rodičovské intervenční skupiny pro první a druhý stupeň ZŠ, kde se rodiče nebo jiný zákonní zástupci a jejich děti scházejí 1x týdně v rozsahu 1 hodiny (60minut) po dobu jednoho školního roku. Jedenkrát za 4 - 6 týdnů pracují obě skupiny společně.

Skupina trvá vždy po dobu školního roku, psychologický tým pracuje s celým systémem (dítě, rodiče, vyučující, event. dalším odborníky – speciální pedagog, pedopsychiatr apod.). Využívá své možnosti kontaktu se školami a zaměřuje se na klienty, které nelze předat do péče jiného zařízení (SVP apod.). Principy fungování i řada technik je u obou skupin (prvostupňové i druhostupňové) shodné, jsou však respektována vývojová specifika obou skupin. Prvostupňová skupina pro děti od třetí do páté třídy je více direktivní, zaměřena na hru a specifické techniky vedené dospělým, děti se zde teprve učí skupinové komunikaci a rozhovorovému charakteru psychoterapie. Druhostupňová skupina je již přirozeně více rozhovorová a méně direktivní a není potřeba přinášet sem takové množství technik ze strany dospělých.

### **Obecná východiska programu**

Jedná se o specifické psychoterapeutické cílené působení na děti, které se ve škole projevují rizikově. U klientů je zvýšená pravděpodobnost výskytu rizikového chování v dospělosti nebo se tak projevují již nyní (mají problémy v adaptaci ve školním kolektivu, je u



nich zaznamenána zvýšená agresivita, specifické poruchy chování, šikana, úzkostné projevy, převážně diagnostikována ADHD, SPU). V modelu je realizována dětská skupinová psychoterapie, společná setkání vychází z principů rodinné terapie. Zároveň je vedena aktivní komunikace se školami, kam děti docházejí. V některých odůvodněných případech je realizována též práce se třídou dítěte ze skupiny, pokud je potřeba úprava vztahů ve školní třídě. Celý proces je evaluován formativně i sumativně. Je realizován kvalitativní výzkum, který má za cíl zmapovat účinné a efektivní techniky, postupy a momenty, které zlepšují školní adaptaci dětí a snižují riziko výskytu rizikového chování. Výstupy ze skupiny a evaluace jsou prezentovány v odborném tisku a na konferencích.

Projekt ctí základní principy, které musí respektovat programy certifikované v primární prevenci: s rodiči i dětmi uzavírá písemnou smlouvu, kontrakt, mapuje jejich potřeby (potřeby dětí, rodičů, školy), pracuje s pravidly spolupráce, využívá metod, jež byly hodnoceny jako efektivní, pracuje s malou skupinou interaktivně, zaměřujeme se cíleně na rizikové chování, jeho zvědomování a nápravu, všichni pracovníci mají psychoterapeutické vzdělání a praxi. Nejedná se tedy pouze o podporu zdravého životního stylu.

### **Základní principy působení**

- Multisystémovost
- Pěstování vztahů s terapeuty (osobní vztah poskytující autentickou zpětnou vazbu)
- Návčik sociálních dovedností, podpora vztahů v kolektivu
- Pěstování empatie, naslouchání druhým, zájmu o druhé
- Práce s jasnými hranicemi, pravidly a sankcemi
- Mediace a tvorba dohod
- Podpora náhledu na chování, zvyšování sebeuvědomování, sebereflexe
- Podpora sebevědomí dítěte
- Přijímající / primárně nehodnotící prostředí pro děti
- Vytváření neagresivního prostředí, eliminace zisků z agresivního chování
- Strategie ignorování – „time out without punishment“ v případě agrese, následná reflexe bez ponížení či zostuzení dítěte
- Důraz na porozumění významu aktivit: Proč to děláme, k čemu je to užitečné
- Hledání neagresivních řešení konfliktů
- Podpora vztahu dítěte s rodičem, společná práce na principech rodinné terapie
- S rodiči se pracuje nedirektivně, mohou přinášet aktuální témata

- Přijetí a nehodnotící podpora rodičů
- Vyjednávání pravidel se školou, nabízení setkání učitelům
- Do rodičovských skupin jsou příležitostně zváni externí odborníci

### **Základní struktura skupinového působení**

- Realizována dětská a paralelně i rodičovská intervenční skupina.
- Frekvence 1x týdně v rozsahu 1 hodiny (60minut) po dobu jednoho školního roku.
- Skupina je od třetího setkání pokud možno uzavřená.
- S rodiči dětí se pracuje psychoterapeuticky podpůrně paralelně v rámci rodičovské skupiny. Přijetí dítěte do skupiny je na 1. stupni striktně podmíněno pravidelnou účastí rodičů. Na 2. stupni je pravidelná docházka rodičů doporučena a podmínkou je účast na společných setkáních.
- Jedenkrát za 4-6 týdnů pracují obě skupiny společně, práce je zacílena na reflektovanou spolupráci dítěte a jeho rodiče. Jedenkrát až dvakrát ročně je realizována tzv. mužská společná skupina.
- Při význačných událostech jsou organizována komunitní setkání.
- Jedenkrát či dvakrát ročně se děje výměna terapeutů, dětské terapeuti poskytují rodičům na skupině zpětnou vazbu z dětských skupin, terapeutky dospělých pracují s dětmi.
- V pololetí a na konci roku jsou s rodiči dětí vedeny individuální pohovory (v rozsahu cca 30 minut) mapující aktuální stav dítěte. Terapeuti zde poskytují individuální zpětnou vazbu z dětských skupin.
- Dvakrát ročně je organizováno skupinové setkání pro učitele dětí ze skupin pro každý stupeň zvlášť.
- Každá skupina je vedena dvěma psycholožkami s psychoterapeutickým vzděláním a mnoholetými zkušenostmi. U dětí je přítomen též 1 koterapeut, muž, student psychologie se započatým psychoterapeutickým výcvikem.
- Po každé skupině následuje krátké společné sdílení, intervize terapeutů.
- Práce skupiny je příležitostně supervidována a evaluována.
- Skupinou prochází v průměru 12 dětí a jejich rodičů na 1. stupni, z nichž dokončí cca 9 rodin. Na druhém stupni je do skupiny přijímáno cca 15 dětí, z nichž program dokončí cca 8 - 10.
- Skupina je sestavována jako koedukovaná, v některých ročnících se však spontánně vytvoří skupina pouze chlapecká. Chlapci tvoří celkově cca 85% klientely.
- Počet setkání v roce: cca 27 plus individuální setkání s matkami v lednu a červnu, a setkání s učiteli dětí.

## **Cíle působení na skupinách**

- Přesnější diagnostika, seznámení se s dítětem i stylem jeho vedení v rodině
- Rozklíčování problému
- Podpora rodiny, její motivace ke spolupráci s poradnou a se školou, podpora práce na změně výchovného přístupu, pokud je nutná (včetně podpory zapojení mužského prvku)
- Komunikace se školou, vyjednávání podmínek, mediace problémů (někdy též pomoc při volbě vhodné školy, doprovázení při změně školy)
- Změna problémového chování u dětí
- Zvýšení sebevědomí dítěte
- Zvýšení sebeuvědomování u dítěte i rodiče, reflexe problémového chování
- Korektivní zkušenost dítěte v dětské skupině
- Podněcování pozitivních alternativ v chování dítěte

## **Cílová skupina**

Jedná se o projekt selektivní a indikované primární prevence rizikového chování u dětí na 1. a 2. stupni ZŠ. Pro každý stupeň existuje samostatná skupina. Pracuje se s celým systémem (dítě, rodiče, vyučující, event. další odborníci). Je využíván úzký kontakt se školami a péče se zaměřuje se na klienty, které nelze předat do péče jiného zařízení.

Cílovou skupinou psychoterapeutického působení jsou dlouhodobě děti s adaptačními problémy na 1. stupni ZŠ (3. -5. tř., od roku 2004) a na 2. stupni ZŠ (6. -8. / výjimečně 9. tř., od roku 2008), které se projevují úzkostně, agresivně, jsou hyperaktivní, souhrnně mají potíže ve vnímání hranic svých i druhých lidí a mají potíže ve vztazích a v adaptaci ve škole, neadekvátně komunikují a reagují. U těchto dětí je enormně zvýšené riziko výskytu sociálně nežádoucího, rizikového chování v budoucnosti, pokud jim nebude věnována adekvátní dlouhodobá poradenská péče. Všechny děti prošly diagnostickým vyšetřením v PPP, jsou jejími klienty a byla u nich indikována dlouhodobá systematická péče. Skupina je sestavována týmem psychologů z PPP Praha 6.

S rodiči dětí se pracuje psychoterapeuticky podpůrně v rámci rodičovské skupiny. Setkávání rodičů má zásadní význam pro přijetí dítěte a zlepšení rodinné situace, což následně ovlivňuje i školní adaptaci, chování a prospěch žáka ve škole.

Pedagogové jsou průběžně kontaktováni a jsou jim nabízeny individuální konzultace. Dvakrát ročně je organizováno setkání učitelů dětí ze skupin, kde je možnost sdílení a poskytována metodická podpora.

### **Kontraindikace zařazení a setrvání dítěte ve skupině a návazná péče**

- Při výběru je třeba respektovat výše popsané zaměření skupiny.
- Spolupráce rodiny je nezbytná, na druhém stupni pak nutná alespoň docházka rodiče na společná setkání.
- Výběr se provádí ve spolupráci s kmenovým psychologem, je nutná indikace do skupiny, tudíž jsou vyloučeny extrémní projevy v chování, mentální retardace apod.
- V průběhu skupin pracuje tým s pravidly a sankcemi, existuje systém vylučování ze sezení. Dítě může být třikrát upozorněno, dostat 3 výtky, poté je pro ten konkrétní den vyloučeno ze skupiny a odchází se svým rodičem domů, příště je opět vítáno, odchod je reflektován. K tomuto řešení dochází minimálně. Pokud by se situace opakovala, je třeba řešit, zda by v zájmu zachování funkce skupiny nebylo vhodné doporučit rodině jiný druh spolupráce.
- Dítě může docházet do skupiny maximálně 2 roky na jednom stupni ZŠ, většina dětí dochází do skupiny 1 školní rok.
- Po ukončení docházky do skupiny je možné převedení do udržovacího systému (průběžné kontroly stavu u kmenového psychologa).

V rámci této kapitoly jsme zmapovali základní parametry programu, který bude na následujících stránkách evaluován. Podrobnou metodiku programu, která je prezentována v závěru práce, považujeme za jeden ze základních požadavků zaručujících konzistenci péče.

## **VII. Efektivita dětských psychoterapeutických skupin v PPP Praha 6.**

### **Sumativní evaluace kvantitativního charakteru.**

V předchozí kapitole věnované metodologii jsme se seznámili s možnostmi využití jednotlivých typů evaluace při hodnocení dlouhodobých skupin realizovaných v PPP a v následující části budeme sledovat průběh a výsledky sumativní evaluace kvantitativního charakteru, tak jak byla realizována na několika skupinách realizovaných v průběhu dvou let v pedagogicko psychologické poradně na Praze 6. Jedná se o skupiny dětí s problematickou adaptací ve škole a s poruchami chování na prvním a druhém stupni základní školy (skupiny rozdělené dle věku). Tito klienti docházejí do PPP Praha 6 v období říjen – květen s frekvencí jedenkrát týdně na hodinu trvající skupinová sezení. Specifikem těchto skupin je zaangażovanost rodičů, kteří chodí do paralelní rodičovské skupiny s vlastními terapeuti. Jedenkrát za čtyři až šest týdnů pracují obě skupiny společně. Dvakrát za rok jsou organizována dobrovolná setkání pro učitele těchto dětí. V průběhu roku jsou realizována dvě komunitní setkání (vánoční a závěrečné) a jedna skupina „mužská“, která má za cíl mobilizovat mužský prvek v rodinách. Členy skupin jsou převážně chlapci, jsou tedy přizváni jejich otcové, bratři, dědečkové, kteří se skupin obvykle účastní jen výjimečně. Komplexní popis modelu včetně realizovaných technik a intervencí je v příloze této práce a též dostupný na [www.ippp.cz](http://www.ippp.cz) a [www.ppp6.cz](http://www.ppp6.cz). Evaluátory tohoto programu jsou sami terapeuti a realizovali formu neexperimentální evaluace<sup>138</sup> kombinovaného kvantitativně – kvalitativního charakteru. V následujícím textu se nabízí její kvantitativní část.

Ve statistické analýze v rámci sumativní evaluace skupin v PPP Praha 6 byla posuzována data ze čtyř terapeutických skupin prvního a druhého stupně ZŠ za školní roky 2008/2009 a 2009/2010. Do statistického zpracování byli zahrnuti klienti, kteří absolvovali celý program a dokončili jej.

Formou dotazníkového šetření (dotazníky v příloze) byla posuzována míra změny u dětí v jednotlivých oblastech, tak jak ji po roce docházky vnímají a odhadují rodiče dětí a jejich třídní učitelé. Dotazníky vyplňovali rodiče i učitelé cca 2-4 týdny po ukončení docházky dítěte na skupiny, tedy s mírným odstupem. Takto získaná data mají charakter subjektivního vjemu respondentů, jejich prožívání situace dítěte v posledním roce.

---

<sup>138</sup> Výzkum bez kontrolní skupiny. KRÖGER,CH. Evaluation: Definitions and Concept. In BAKER,O.; MOUNTENEY,J.; NEAMAN,R. (Eds.) Evaluation Drug Prevention in the European Union. Scientific Monograph Series, No.2. Lisabon: EMCDDA, 1998, s. 61- 66.

Dále byla hodnocena data od rodičů a učitelů dětí před nástupem do terapeutické skupiny, jejich zakázka na změnu chování u dítěte pro rok 2009/2010 (v předešlém roce byla zakázka pouze kvalitativní), a tato data z října 2009 byla porovnávána s hodnocením na konci školního roku, v červnu 2010. Takto získaná data mají charakter objektivního posunu, objektivní změny v posuzovaných oblastech. Do statistického hodnocení byla zahrnuta též některá kvalitativní data, která byla kvantifikována.

Byly posuzovány následující oblasti. U učitelů se hodnotily kategorie: **prospěch dítěte** a jeho situace v kognitivní oblasti učení (zahrnuje zejména známky, schopnost učit se), **soustředění** žáka (sleduje koncentraci a pozornost dítěte ve škole na školní úkoly), **chování ve škole** (zahrnuje oblast chování a jednání ve škole, zvládání zátěže, motivaci, přizpůsobení se pravidlům školy, zvládá konfliktů), **vztahy s kamarády** (zahrnuje vztahy v rámci vrstevnické skupiny, pozici ve školní třídě, komunikaci se spolužáky), **domácí příprava** (postihuje připravenost dítěte z domova, vypracovávání domácích úkolů, nošení pomůcek na vyučování apod.), **vztah dítěte a učitele** (popisuje, jak spolu dítě a učitel subjektivně vycházejí, nepřímo též, zda má učitel dítě rád), **vztah rodičů a učitele** (zaměřuje se na vzájemný vztah rodiny a školy, jejich komunikaci) a **celkovou situaci a chování dítěte** (shrnuje předchozí kategorie a pokouší se o zobecnění celkové situace dítěte ve školním prostředí).

Rodiče hodnotili situaci dítěte v kognitivní oblasti **učení** (zahrnuje zejména známky, schopnost učit se, jak usuzují ze zpráv ze školy a zároveň to pociťují při domácí přípravě s dítětem), **chování doma** (sleduje, jak se dítě chová doma, jestli také doma nastávají problémové situace nebo nikoliv), **chování ve škole** (zahrnuje oblast chování a jednání ve škole, zvládání zátěže, motivaci, přizpůsobení se pravidlům školy, zvládá konfliktů, tak, jak je prožívají zprostředkovaně rodiče), **vztahy s kamarády** (zahrnuje vztahy v rámci vrstevnické skupiny, pozici ve školní třídě i mimo ni), **vztah dítěte a učitele** (popisuje, jak spolu dítě a učitel subjektivně vycházejí, zda si rodič myslí, že má učitel s dítětem pozitivní vztah a dítě jej má rádo), **vztah rodičů a učitele** (zaměřuje se na vzájemný vztah rodiny a školy, jejich komunikaci z pohledu rodiče) a **celkovou situaci a chování dítěte** (shrnuje předchozí kategorie a pokouší se o zobecnění celkové situace dítěte z pohledu rodiče).

Posuzované oblasti (chování a projevy dětí, spolupráce s PPP a rodiči, potřeba konzultace apod.) jsou hodnoceny na škále 1-10, od nejhoršího projevu po nejlepší. Jiné

kategorie jsou hodnoceny formou výběru ANO/NE, event. ANO/NE/NEVÍM (např. Domníváte se, že takovéto setkávání dětí s rodiči v PPP má smysl? Mluví dítě o skupině?) Použité dotazníky lze nalézt v příloze.

Kontrolní skupina nemohla být sestavena z etických důvodů. Jednalo by se o děti evidované poradnou s indikovanou skupinovou psychoterapií, jejichž rodiče byli ochotni spolupracovat, kterým by však tato péče nebyla nabídnuta z výzkumných důvodů, aby mohly reprezentovat kontrolní skupinu. Čekací listina (pořadník) na 1 rok v této PPP neexistuje, kratší doba by nebyla porovnatelná s ročním trváním skupiny<sup>139</sup>.

**Valida výzkumu** je podpořena sběrem dat v průběhu dvou let, porovnáním výsledků z prvního a druhého stupně, porovnáním rodičovských a učitelských dat a v neposlední řadě též porovnáním subjektivního vnímání změny (jak se dítě posunulo v tomto roce) a objektivního posunu (data sebraná na začátku a po skončení terapie).

Celkový počet respondentů, žáků 1. a 2. Stupně ZŠ, je 35. Ne u všech však byla získána kompletní data. Objevily se potíže s vyplňováním dotazníků u učitelů, neboť někteří nedokázali provést hodnocení na škále, jevílo se jim jako příliš obtížné. Také někteří rodiče po ukončení terapie dotazník neodevzdali. Pokud je počet respondentů u některých položek zásadně omezen, je tato konkrétní hodnota uvedena u každého bodu analýzy. Nízký počet respondentů signalizuje všeobecně malou míru zobecnitelnosti, takovýto počet (35 klientů) ve výzkumu efektivity terapeutického působení je však srovnatelný i s mezinárodními výzkumy.<sup>140</sup>

Ve shodě s teoretickou literaturou zaměřující se na efektivitu dětské psychoterapie jsme si vědomi, že sledujeme míru změny v chování dětí, do které vstupuje příliš mnoho neregistrovaných proměnných. Vliv psychoterapie nelze jednoduše zobecnit a striktně odlišit od přirozené maturace dítěte, vlivu rodinného prostředí (včetně anamnestických dispozic) a vlivu školního prostředí. Popsaný model dětské skupinové psychoterapie v pedagogicko - psychologické poradně se zaměřuje na práci se všemi zúčastněnými proměnnými. Výzkum subjektivně prožívané efektivity sleduje pouze některé dílčí aspekty a vztahy mezi nimi (a blíží se evaluaci klientské spokojenosti). Primárním cílem není dokázat efektivitu daného modelu, ale vysledovat oblasti, na něž může mít působení modelu největší vliv a ty následně

<sup>139</sup> Zahraniční výzkumy, které užívaly jako kontrolní skupinu děti z pořadníku, pracovaly většinou po kratší dobu (10 – 15 setkání).

<sup>140</sup> PROUT In PROUT, H. T., BROWN D.T. Counseling and Psychotherapy with Children and Adolescents. New Jersey, USA 2007, s. 22; a další literatura o realizovaných výzkumech viz teoretická část.

kvalitativně analyzovat. V průběhu výzkumu se objevila celá řada nových souvislostí a vztahů mezi proměnnými, kterým bude věnována pozornost.

Všeobecně je vyšší návratnost dotazníků od učitelů než od rodičů či zákonných zástupců dítěte. S rodiči dětí však probíhal kontakt intenzivněji, byla získána další kvalitativní data formou rozhovorů, kontraktů a vyhodnocení kontraktů. Data získaná od dětí mají pouze kvalitativní charakter a jsou proto analyzována v samostatné kvalitativní části výzkumu.

Pro kvantitativní posouzení byly stanoveny následující **hypotézy**:

- Děti zlepší své chování ve škole po roce práce ve skupině.
- Změny si všimne rodič.
- Změnu zaznamená učitel.
- Dojde k pozitivnímu posunu ve vztazích s vrstevníky.
- Dítě se s rodičem sblíží, pokud spolu budou trávit čas, nastane změna v chování doma.
- Účast na skupině nemá vliv na učení.
- Do procesu vstupuje vliv medikace dítěte v případě dg. ADHD (léky Ritalin, Končerta, Stratera).
- Do situace významně vstupuje změna vyučujícího / školy.
- Nepodaří se nám odlišit vliv terapie a přirozené maturace.



## VII. 1 Subjektivně vnímaná míra změny na konci roku

### VII. 1. 1 Data získaná od učitelů, subjektivně vnímaná změna

Není-li uvedeno jinak, data u dětí z prvního a druhého stupně ZŠ se výrazně neliší.

**Průměrná doba, po kterou učitel hodnocené dítě zná** je 2 roky na prvním i druhém stupni. Spolupráce s PPP viděná očima učitelů je hodnocena jako spíše dobrá, průměrná hodnota je 7,3, přičemž vyšší míru spolupráce vnímají učitelé na 2. stupni (8,1) než na 1. stupni (6,5, rozdíl na 7% hladině významnosti). V hodnocení za jednotlivé ročníky terapie nebyl zaznamenán statisticky významný rozdíl.

**Potřeba konzultovat** jednotlivé děti i po roce spolupráce je průměrně stále vysoká (7,5), u ročníku 2009/2010, však můžeme sledovat její pokles od začátku roku (7,9) na konec roku (6), což svědčí o vyřešení určitých problémů poklesu závažnosti a palčivosti problému (či o nárůstu skepse a pesimismu učitelů, kteří přestávají věřit, že jim PPP může být k něčemu užitečná? Jsou s koncem roku celkově unavitelnější a pesimističtější).

**Smysl terapeutických skupin**, takového setkávání dětí a jejich rodičů v PPP vidí 88% učitelů, vidí jej zejména v zintenzivnění komunikace a v tom, že rodič uvidí své dítě v kolektivu vrstevníků a udělá si o jeho chování reálnější představu. Učitelé často hovoří o tom, že rodič vidí dítě pouze v kontextu domova a nedokáže si představit, jaké reálné potíže má jeho dítě ve větší vrstevnické skupině, například ve školní třídě.

**Zda se dítě ve skupině naučilo něco, co mohlo pozitivně ovlivňovat jeho chování ve škole**, učitelé převážně nevědí - 48%, 34% učitelů zmiňuje nějakou dovednost nebo návyk, který se u dítěte nově objevil a oni jej přisuzují působení skupiny. 17% učitelů se k této otázce vyslovuje zamítavě, nevěří, že by se dítě na skupině naučilo něčemu, co by jej pozitivně ovlivnilo ve škole.

**Děti o skupině ve škole spíše nemluví** (64%), pouze 36% dětí (11 z počtu 31) mluví ve škole o tom, že do skupiny docházejí a výjimečně popisují některé činnosti. Mírně sdílnější jsou pak děti z druhého stupně než z prvního. Zde se nabízí srovnání s hodnocením rodičů, s nimiž o skupině hovoří 82% dětí (viz níže).

Zaměříme se nyní na posuzovanou změnu ve školním prostředí, tak, jak ji vnímají učitelé na konci školního roku (viz graf níže). V oblasti **Prospěch a učení** – nebyla zaznamenána žádná statisticky významná změna v prospěchu dětí. Tento fakt koreluje též

s hodnocením rodičů, také rodiče nezaznamenali statisticky významnou změnu v prospěchu svých dětí. Průměrný prospěch dětí se na již zmíněné škále pohybuje v hodnotách 5,8 – 6,2.

**Soustředění** ve škole bylo hodnoceno pouze učiteli a byla zde na 1% hladině významnosti zaznamenána pozitivní změna, tato změna je pak výrazněji vnímána na 2. Stupni.

**Chování ve škole** bylo posuzováno rodiči i učiteli a jejich výsledky spolu korelují. V hodnocení učitelů se jedná o pozitivní změnu na 1% hladině významnosti, došlo k posunu o průměrných 1,7 bodu (z hodnoty 5 na 6,7). Změna je srovnatelná na prvním i druhém stupni. Rodiče vidí též statisticky významný posun (z hodnoty 6 na 7,2) není však tak výrazný jako u učitelů. Zároveň mají rodiče tendenci k optimističtějšímu posuzování chování dětí ve škole než učitelé. U rodičů je rozdíl mezi prvním a druhým stupněm patrný, na prvním stupni hodnotí změnu jako výraznější.

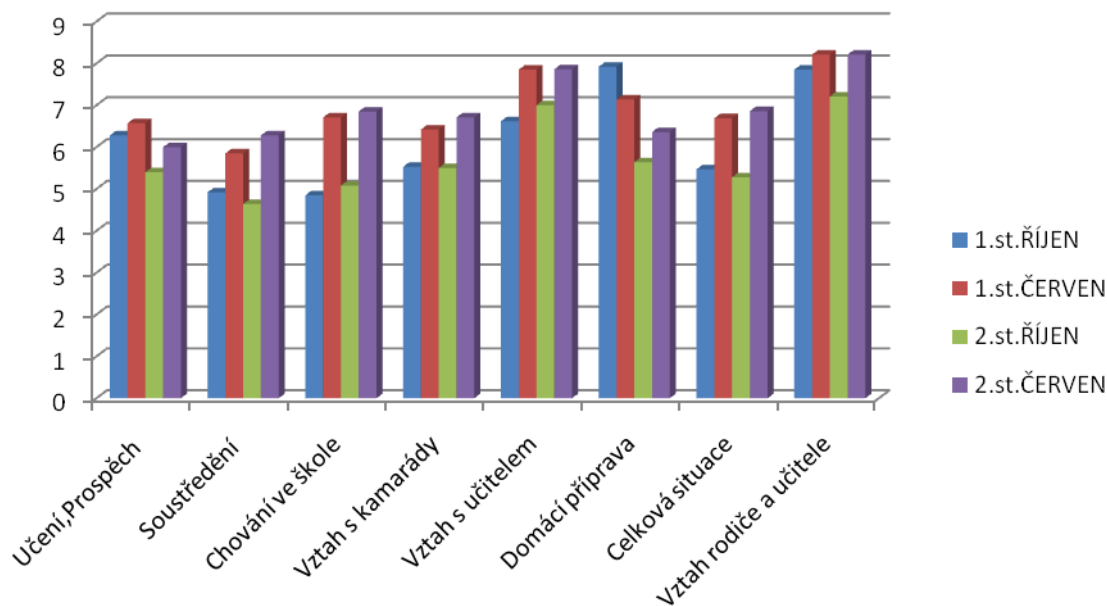
**Vztahy s vrstevníky a kamarády** dostaly dle učitelů statisticky významné změny. Na druhém stupni ZŠ se jedná o změnu na 1% hladině významnosti, na prvním stupni na 6% hladině významnosti. Ještě výrazněji vidí posun rodiče a to zejména na prvním stupni.

Na **domácí přípravě** nebyla zaznamenána žádná statisticky významná změna.

V oblasti **vztahu žáka s učitelem** byla učiteli zaznamenána statisticky významná změna na prvním i druhém stupni (na 3% a 1% hladině významnosti), kterou rodiče pocítují zejména na prvním stupni. Také **vztah učitele a rodičů** se z pohledu učitele posunul a tato změna je statisticky významná na 5% hladině významnosti. Toto zlepšení cítí rodiče jako mírnější (na 10% hladině významnosti), u rodičů však jej lze hodnotit pouze na prvním stupni.

**Celková situace a chování** dítěte se z pohledu učitele statisticky významně zlepšily. Zásadní změna registrována na druhém stupni (na 1% hladině významnosti), menší pak na prvním stupni (na 7% hladině významnosti).

Z učitelského pohledu jsou tedy oblastmi **nejvýznamnější změny**: soustředění na 2. stupni, chování ve škole u obou skupin, vztahy s vrstevníky u obou skupin, vztah žáka s učitelem v obou skupinách, vztah učitele a rodiče i celková situace dítěte. Naopak k žádným změnám nedošlo v kognitivní oblasti prospěchu, učení ani v domácí přípravě.



Graf č. 9 Změny subjektivně vnímané učiteli na konci školního roku.

## VII. 1. 2 Data získaná od rodičů, subjektivně vnímaná změna

Není-li uvedeno jinak, data u dětí z prvního a druhého stupně ZŠ se výrazně neliší. Návratnost dotazníků od rodičů je nižší než od učitelů a to zejména na druhém stupni, kde jsou rodiče dětí většinou v menším kontaktu s poradnou, docházejí méně často, projevují menší zájem o spolupráci. Počet respondentů celkově je 19, přičemž 16 je z prvního stupně, 3 z druhého stupně. Výsledky lze tedy hodnotit a porovnávat převážně pro první stupeň ZŠ.

S rodiči o skupině hovoří 82% dětí (ve škole jen 36%). Většina těchto dětí však více či méně sdílně popisuje činnosti (hra, technika), mnohem méně z nich sdílí se svými rodiči další témata, pouze 33% procent popisuje své emoce a vztahy s kamarády. Při bližší analýze toho výsledku se nabízí hned několik možných interpretací, první je vývojové stádium dětí (zejména na prvním stupni), kdy přirozeně inklinují spíše k popisu činností než k introspekci. Druhou příčinou, kterou opakovaně uvádějí rodiče, je jedno z pravidel skupiny, kdy je stanoveno, že nikdo nevynáší citlivé informace o skupině mimo ni, a děti tímto pravidlem často argumentují na dotazy rodičů, jak nebo co bylo na skupině. Poslední hypotetickou

příčinou je nedostatečná komunikace mezi rodiči a dětmi, která se zaměřuje spíše na popis činností než prožitků.

**Spolupráci s poradnou** hodnotí rodiče výborně (v průměru 9,15 bodu) a také se zde výborně cítí. Svou spokojenost ve skupině hodnotí též na úrovni 9,15 bodu. Děti se dle jejich pohledu cítily ve skupině také dobře (v průměru 8,4), ale občas se jim také do skupiny nechtělo, protože ji chápaly jako povinnost, které jim zabránila věnovat se některé zábavnější činnosti, to odpoledne nemohly věnovat kamarádům či jiným kroužkům. Velká část dětí vnímá skupinu jako jistý druh kroužku, zejména na počátku docházky. Stejně tak děti vnímají své terapeuty i přes specifické nastavení pravidel (tykání, oslovení křestním jménem apod.) jako učitele (v technice závěrečných pozitivních vzkazů se proto objevují například vzkazy pro terapeutky: „Jsi dobrá učitelka“, „Chtěl bych, abys učila u nás ve škole“).

Významnou okolností se jeví, že 30% dětí z prvního stupně **změnilo v posledních dvou letech školu**, a 45 % rodičů mluví o tom, že se **změnil učitel jejich dítěte** a že tuto změnu převážně vítali. Vzhledem k tomu, že hovoříme o skupině dětí, které podstupují psychoterapii z důvodů adaptačních a komunikačních obtíží a které se obtížně soustředí a hůře reagují na změny, vidíme tuto nestabilitu školního prostředí jako vysoce rizikový faktor, kterému bude věnována bližší pozornost v kvalitativní analýze.

Alarmující je též fakt, že 33% **rodičů** dětí z prvního stupně se v průběhu terapie vyjadřovalo **o problematickém až konfliktním vztahu mezi nimi a školním systémem**, vyučujícími. Adaptace dítěte s výše popsanými problémy ve školním kolektivu je náročná a přináší celou řadu konfliktních témat a vzájemného obviňování mezi rodinnou a školou. Větší pozornost jim bude věnována v kvalitativní analýze rodičovské skupiny. Lze však též vyslovit hypotézu o genetických dispozicích dítěte a tvrdit, že někteří rodiče těchto dětí též sami obtížně komunikují s okolím, hůře se adaptují na změny a jsou tedy potenciálně konfliktnější.

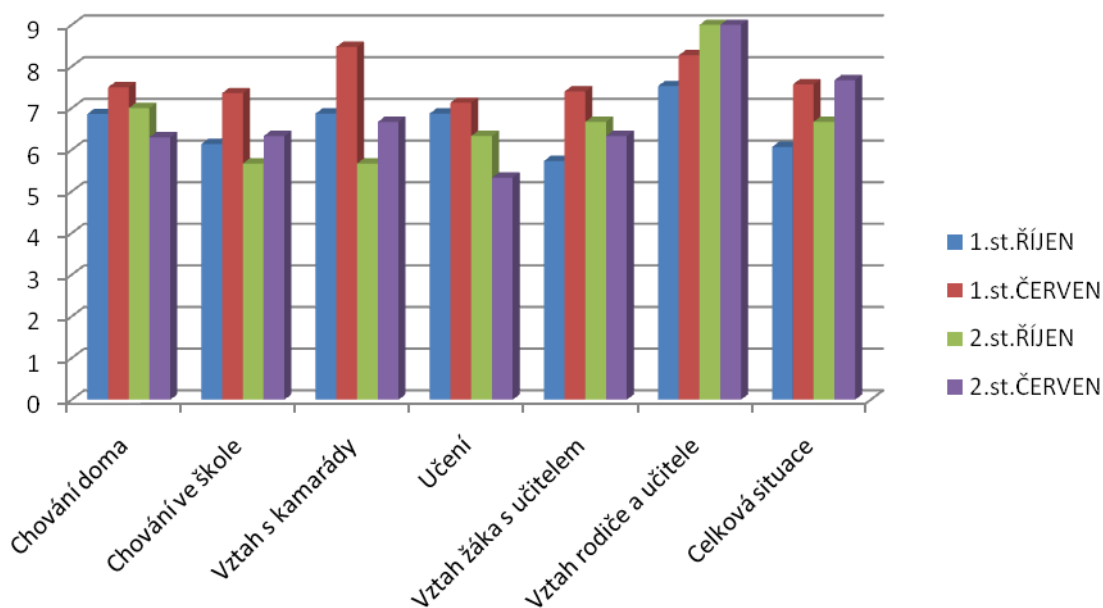
Z hlediska **pravidelnosti docházky** na skupiny jsou jednoznačně aktivnějšími rodiče na prvním stupni. Na tyto skupiny dochází převážně pravidelně 90% přihlášených dětí a 76% jejich rodičů. Pravidelná účast na skupinách druhého stupně je podstatně nižší, existuje větší procento dětí, které terapii nedokončí a pravidelná účast rodičů se pohybuje v rozmezí 20-30%. Rodiče druhostupňových dětí jsou motivováni spíše docházkou na skupiny společné odehrávající se jedenkrát za 4-6 týdnů, zde je jejich účast cca 70%.

Míra změny za poslední školní rok pociťovaná rodiči v červnu se jeví jako mírné zlepšení u dětí prvního stupně v **chování doma** (změna staticky významná na 5% hladině významnosti). Na chování doma může mít vliv také kvalitativní proměna vztahu rodiče a dítěte, jemuž je věnována pozornost v kvalitativní části práce. Změna vnímání situace rodičem, vede ke změně chování, které ovlivňuje i chování dítěte. („Zjistila jsem, že moje dítě není nejhorší na světě“ a ani já nejsem nejhorší rodič, „Já jsem se uklidnila a tak se nějak zklidnil i on.“) Více pomůže osvětlit kvalitativní analýza posunu.

**Chování ve škole** se zlepšilo výrazně (změna staticky významná na 1% hladině významnosti). V tomto ohledu se shodnou rodiče i učitelé.

Stejně tak významně se z pohledu rodičů zlepšily **vztahy dítěte s vrstevníky i s učitelem a celková situace dítěte**.

Naopak žádná podstatná změna se neudála v oblasti učení. Vztahy rodiče a učitele se zlepšily mírně (změna staticky významná na 10% hladině významnosti).



Graf č. 10 Změny subjektivně vnímané rodiči na konci roku

### VII. 1. 3 Porovnání dat mezi subjektivním vnímáním rodičů a učitelů

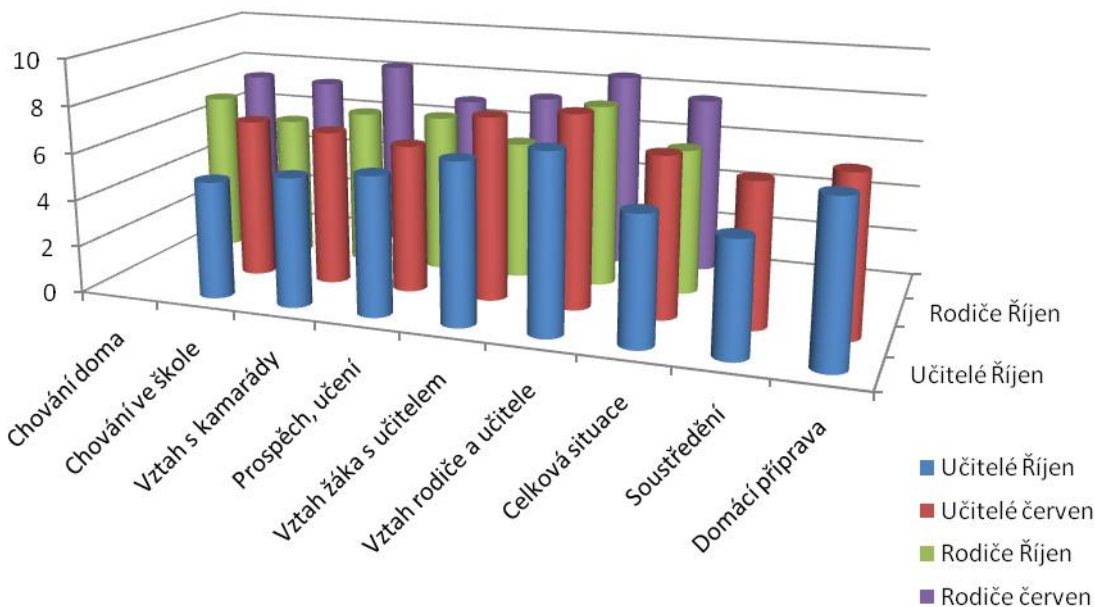
Jak lze vysledovat z porovnání subjektivních hodnocení rodičů a učitelů shodnou se obě skupiny na tom, že **ke změnám nedošlo oblasti prospěchu, učení ani domácí přípravy**. Ve vztahových oblastech se **shodnou na zlepšení vztahu s vrstevníky**. Vrstevnickou změnu pak pociťují rodiče významně více než učitelé. Pozitivní změnu ve vztahu dítěte s učitelem zaznamenali učitelé i rodiče, ale jejich výsledky spolu příliš nekorelují. Obě skupiny se zmiňují o statisticky významné **pozitivní změně v chování dítěte ve škole a v jeho celkové situaci**. **Posun ve vztahu učitele a rodiče** zaznamenaly obě skupiny hodnotitelů, ale učitelé změnu pociťují výrazněji než rodiče.

	Učení a Prospěch	Chování ve škole	Vztah s kamarády	Vztah žáka s učitelem	Vztah rodiče s učitelem	Celková situace a chování
Korelační koeficient	<b>0,329</b>	<b>0,300</b>	0,128	0,115  1. st. 0,185	0,228	<b>0,322</b>

Tabulka č. 3 Korelace celkového hodnocení dětí mezi učiteli a rodiči

Hodnocení rodičů je celkově optimističtější, udělují vyšší hodnoty bodů na počátku i na konci a jimi vnímaná změna je též jednoznačnější. Učitelé jsou celkově pesimističtější a kritičtější.

Zajímavým faktem je hodnocení vzájemného vztahu rodičů a učitelů, které v obou případech vykazuje velmi vysoké hodnoty, také hodnoty sdělené učitelem o jeho vztahu s dítětem jsou velmi vysoké. Tato fakta jsou v přímém rozporu s naším předchozím tvrzením podloženým převážně kvalitativně, že vztahy mezi rodinou a školou jsou mnohdy napjaté, konfliktní. Otázkou je, zde demonstovaná míra vztahu je realitou, přáním či snahou o naplnění očekávání okolí. Také vztah učitele a dítěte pravděpodobně představuje určité tabu, neboť přestože se učitelé vyjadřují o dítěti kriticky a v osobním kontaktu popisují četné obtíže ve zvládnání tohoto dítěte, v dotazníku se cítí povinováni proklamovat svůj pozitivní vztah k němu.



Graf č. 11 Celkové hodnocení učitelů a rodičů (dohromady za 1. i 2. stupeň)

#### VII. 1. 4 Vztah mezi medikací dítěte a subjektivně hodnocenými oblastmi

Dále byla orientačně mapována **korelace s užíváním léku** (registrována psychofarmaka zaměřená na ovlivňování pozornosti u dětí s poruchami pozornosti, Ritalin, Stratera, Končerta). Data o užívání léků byla získána od rodičů dětí. Většina učitelů je seznámena s užíváním léku dítětem a někteří se na něm též aktivně podílejí (například dohlíží, aby dítě lék užilo v předepsanou hodinu během vyučování, většinou v polovině výuky v 11 hod.).

Vysoká korelace byla naměřena v hodnocení soustředění učiteli a užíváním zmíněné medikace. Dále pak se objevil vztah mezi medikací a učitelským hodnocením chování ve škole, domácí přípravy, vztahu k žákovi a celkové situace dítěte ve škole. V hodnocení rodičů byl zaznamenán pouze vztah medikace a chování ve škole.

	Učení a Prospěch	Chování doma	Soustředění	Chování ve škole	Vztah s kamarády	Domácí příprava a učení	Vztah žáka s učitelem	Vztah rodiče s učitelem	Celková situace a chování dítěte	Vnímaný problém ve vztahu rodičů a školy/ učitele
Korelace pozitivní medikace u učitelů		-	<b>-0,622</b>	<b>-0,357</b>	-0,247	<b>-0,340</b>	<b>-0,343</b>	0,290	<b>-0,344</b>	-
Korelace pozitivní medikace u rodičů	0,015	0,074	-	<b>-0,363</b>	0,096	-	-0,237	-0,200	-0,081	<b>0,300</b>

Tabulka č. 4 Korelace mezi medikací dítěte a hodnocenými oblastmi ( N=25; n1(medikován) = 5, n2(bez medikace) = 20)

Přestože se korelace těchto oblastí ukázaly je významné (posuzováno na základě statistické metody účinku, kde je mezním korelačním koeficientem 0,3), nelze je zobecnit pro skupinu, neboť počet medikovaných dětí ve skupině je nízký (n=5, 20%), tyto závěry lze užít spíše pro sledování individuálního posunu těchto konkrétních dětí. Pro tyto děti platí, že si u nich učitelé všimli výrazně zlepšení v soustředění, mírněji pak zlepšení v domácí přípravě a v celkové situaci dítěte, z pohledu učitele se zlepšil i jejich vzájemný vztah. U rodičů nebyl vyzorován vztah mezi danými oblastmi a medikací, shodnou se s učitelem pouze na oblasti chování dítěte ve škole, která koreluje u obou skupin. Zajímavou korelací je vztah medikace a toho, zda rodiče v průběhu terapie hovořili o problematickém vztahu se školou, zda vnímali mezi rodinou a učitelem nějaký konflikt. Děti, které užívají medikaci, a jejich problémy v soustředění jsou tedy výrazné, jsou často též v prostředí, kdy se škola a rodina neshodnou na výchovných postupech, nastává mezi nimi konflikt. Tomuto tématu, tedy problematickému vztahu rodičů rodiny a školy problémového dítěte bude věnováno více pozornosti v kvalitativní analýze terapeutického působení.

Medikace dítěte docházejícího na skupinu s problematikou ADHD se v některých případech jeví jako nezbytná. Část dětí již do skupiny vstupuje již zamedikována, u některých je spolupráce pedopsychiatra a následná medikace vyhledána na doporučení poradny. Námi představený multisystémový model dětské skupinové psychoterapie zastává pravidlo, že problémy dítěte s ADHD by se primárně měli řešit formou systémových opatření a až po



jejich selhání přistoupit k užívání psychofarmak. Přesto však se u některých dětí jeví jejich užívání jako nezbytné, tento případ tvoří již zmíněných 20 % dětí na skupinách. Zajímavý je rozdíl v přístupu k medikaci ze strany rodičů a učitelů. Zatímco rodiče se medikací dítěte často po dlouhou dobu brání a odmítají ji (někdy z principu a někdy kvůli nedostatku validních informací), učitelé se o medikaci vyjadřují velmi pochvalně a chápou ji mnohdy jako jediné funkční a rychlé řešení problémů dítěte ve školní třídě. Tento fakt může také souviset s již popsanými korelacemi. Posledním okolností je fakt, že některá psychofarmaka (nejčastěji indikovaný Ritalin) působí v organismu dítěte po omezenou dobu 4 hodin a je nejčastěji indikován a podáván tak, aby se jeho účinky projevovaly v čase výuky, tedy dopoledne. Proto je také možné, že učitelé souvislost se změnou u dítěte vnímají a rodiče nikoliv.

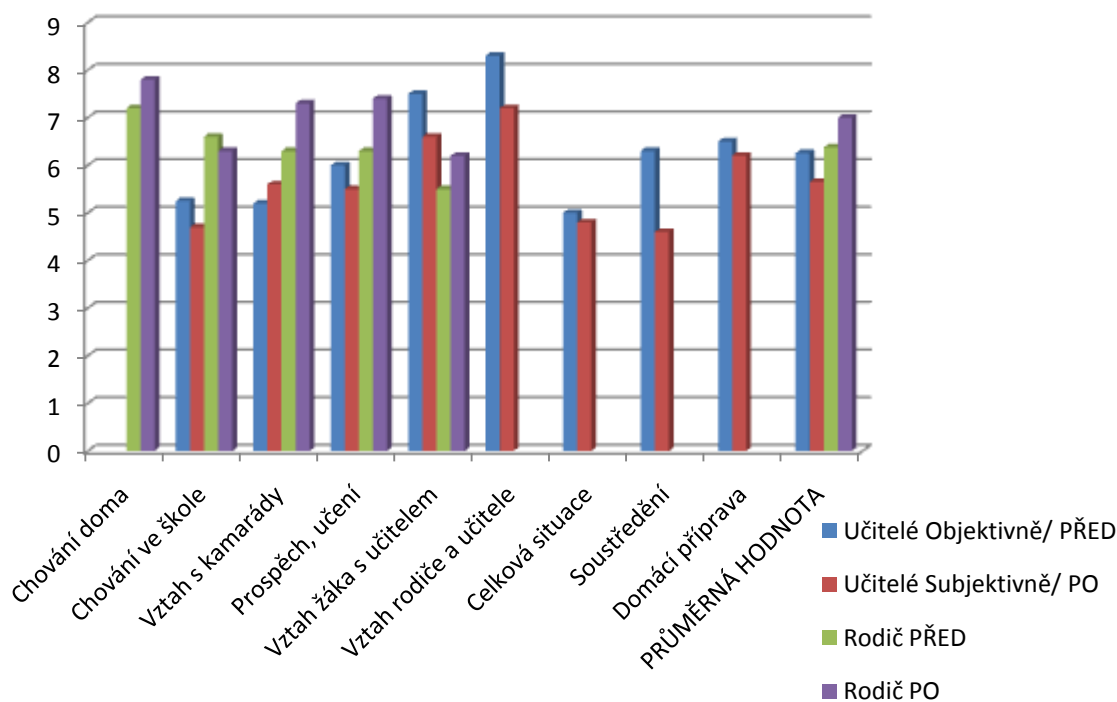
## VII. 2 Objektivní porovnání situace před zahájením terapie a po jejím ukončení

Tato data byla získána porovnáním hodnocení dítěte v dotazníku od učitelů a rodičů na začátku terapie v říjnu 2009 (byla součástí zakázky při přijímání dítěte do skupiny) a dat získaných v dotaznících na konci školního roku. Posuzované oblasti byly hodnoceny stejně jako v předcházejících případech na škále 1-10, od nejhoršího projevu po nejlepší.

Specifikem **rodičovského kontraktu** na začátku terapie bylo, že mohli též vyslovit **přání, očekávání**, do jaké míry by chtěli, aby se situace zlepšila, posunula. Všichni rodiče si přejí pozitivní posun u svých dětí a jejich přání jsou vždy statisticky významná, avšak rodiče jsou v kontaktu s realitou, jak potvrzují samotné výsledky, přání nejsou v průměru nereálná. Pohybují se v rozsahu zlepšení od 2,2 po 3,1 bodu na šále. Nejmenší změna (o 2,2) je žádána v chování doma, rodiče často mluví o tom, že dítě v domácím prostředí přiměřeně zvládají, že potíže jsou spíše mimo domov, zejména ve škole a ve vztahu s vrstevníky. Přesto i doma je pozitivní změna vítaná. Větší změna (o 2,4 bodu) je očekávána ve vztazích s kamarády, vrstevníky a rodiče by svým dětem přáli též pozitivní změnu v učení a prospěchu (o 2,5 bodu). Zaměření na prospěch je vyšší na druhém stupni než na prvním stupni ZŠ. Nejvýraznější přání panuje pro nás překvapivě v oblasti vztahu dítěte a paní učitelky, zde je skóre na posuzující škále nejnižší ze všech oblastí (průměrně 5,6) a rodiče by si zde na prvním i na druhém stupni shodně přáli pro dítě nejvyšší změnu, v průměru o 3,1 bodu. Tak jak se opakovaně objevuje ve statistické analýze i v kvalitativní evaluaci, je vztah dítěte a jeho

učitele a potažmo vztah školy a rodinného systému zásadní proměnou, je oblastí, které situace dítěte výrazně ovlivňuje a rodiče si již ve své zakázce velmi přejí vztah dítěte a jeho vyučujícího zlepšit, harmonizovat.

Dalším fenoménem, který je třeba komentovat před zahájením objektivního porovnání dat z jednotlivých oblastí, je **konzistence hodnocení**. Konzistencí hodnocení dítěte je porovnání toho, jak na konkrétní dítě nahlíží stejný vyučující či rodič na začátku roku, v okamžiku, kdy od něj žádáme data pro zařazení do terapeutické skupiny, a toho, jak posuzovatel hodnotí počáteční stav dítěte s odstupem času. V dotazníku po ukončení terapie má odhadnou míru změny, napsat, jak prospívalo dítě v dané oblasti v říjnu a jak je na tom ve stejné oblasti nyní, tedy v červnu roku následujícího. V rámci našeho vzorku byl zaznamenán tzv. vzpomínkový pesimismus učitelů a vzpomínkový optimismus rodičů. Obě skupiny se ukázaly ve svém hodnocení jako nekonzistentní, rozdíly celkově dosahovaly statistické významnosti. U učitelů se jednalo o rozdíl na 1% hladině významnosti a u rodičů o rozdíl na 3% hladině významnosti.



Graf č. 12 Porovnání hodnocení před započítáním terapie a zpětnou rekapitulaci u učitelů a rodičů. Výsledky demonstrují vzpomínkový pesimismus učitelů a vzpomínkový optimismus rodičů.

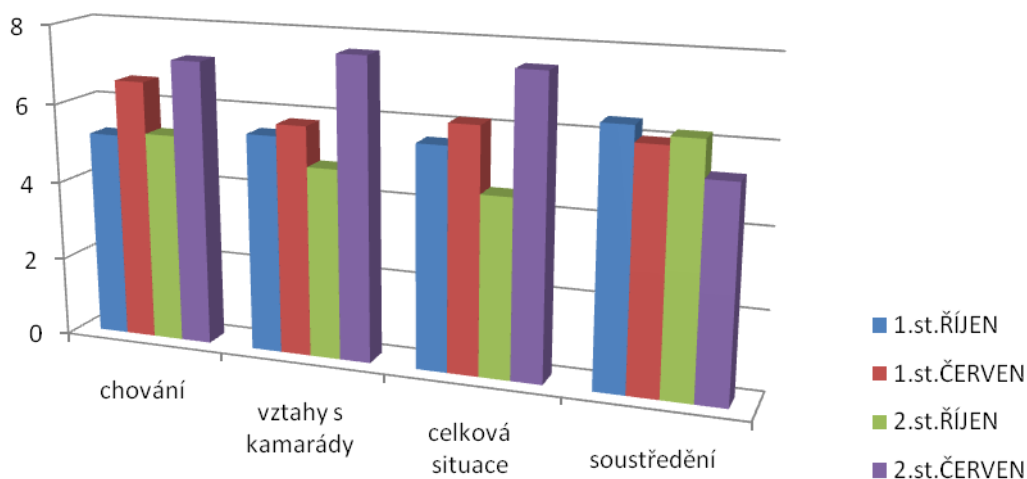
U učitelů byl objeven fenomén, který nazýváme **tzv. vzpomínkový pesimismus učitelů** na konci školního roku (na 1% hladině významnosti). Učitelé měli tendenci zpětně hodnotit situaci dítěte na počátku roku jako závažnější, horší. Tento vzpomínkový pesimismus se týká zejména oblasti soustředění, vztahu žáka a učitele a vztahu s rodiči. Neplatí pouze pro vztah dítěte s vrstevníky. Od těchto hodnot se pak odvíjí míra vnímaného posunu na konci roku. Učitelé se jeví jako celkově kritičtější. Lze uvažovat o několika interpretacích. Kontakt poradenských pracovníků s učiteli je méně intenzivní, méně se vstupuje tendence po žádoucí odpovědi, snaze zalíbit se, vyhovět zařízení, které se mnou pravidelně pracuje (pro porovnání: s rodiči kontakt 1x týdně, s učiteli skupinově 2x ročně, čehož užili jen někteří, a individuálně pak nepravidelně maximálně 1x měsíčně). Dále sem vstupuje obecné klima konce školního roku, které se vyznačuje vyšší únavou, předrážděností a selháváním na straně dětí i učitelů (projevy dětí s ADHD v soustředění se zvyrazňují, trpělivost a tolerance učitelů klesá spolu s rostoucí únavou z konce školního roku) a může ovlivňovat i zpětné hodnocení dítěte. Je však také možné, že v době, kdy byla zakázka vyplňována, nebyl problém vnímán tak akutně jako později v průběhu školního roku.

Rodiče pak vykazují fenomén opačný, který nazýváme **tzv. vzpomínkovým optimismem rodičů** (na 3% hladině významnosti). Rodiče mají průměrně tendenci na počátku, když vstupují se svým dítětem do terapie, vidět problém jako více závažný, horší, než později při jeho zpětném hodnocení na konci školního roku. Týká se to zejména oblasti vztahů s kamarády, prospěchu a vztahu s učitelem. Tento fenomén uvádíme do přímé souvislosti s faktem získaným v rámci kvalitativní analýzy toho, jak rodiče vnímají svou docházku do rodičovské skupiny. Jedním z nejvýznamnějších přínosů, které rodiče vnímají je tzv. univerzalita (v kvalitativní analýze kategorie univerzalita). Tento přínos rodiče popisují jako osvobozující zjištění získané při pobytu na rodičovské skupině, že někdo má stejný problém jako já, nejsem jediný na světě, jehož dítě má tyto problémy. Zároveň s tím se objevuje relativizace hodnocení (v kvalitativní analýze kategorie relativita), tedy zjištění, že někdo jiný (nebo jeho dítě) je na tom ještě hůře, než jsem já (což je zjištění, o kterém hovoří všichni rodiče bez ohledu na objektivní stav jejich dítěte ve skupině). Tyto jevy pravděpodobně výrazně přispívají k přehodnocení počáteční situace rodičem po ukončení terapie. Rodiče jsou celkově optimističtější, více ochotni věřit v pozitivní změnu u dítěte.

## VII. 2. 1 Data získaná od učitelů, objektivně zaznamenaná míra změny na konci roku

Objektivně porovnáme-li data z počátku školního roku a z jeho konce u 15 respondentů ze školního roku 2009/2010, u nichž máme k dispozici převážně kompletní data, docházíme k následujícím závěrům.

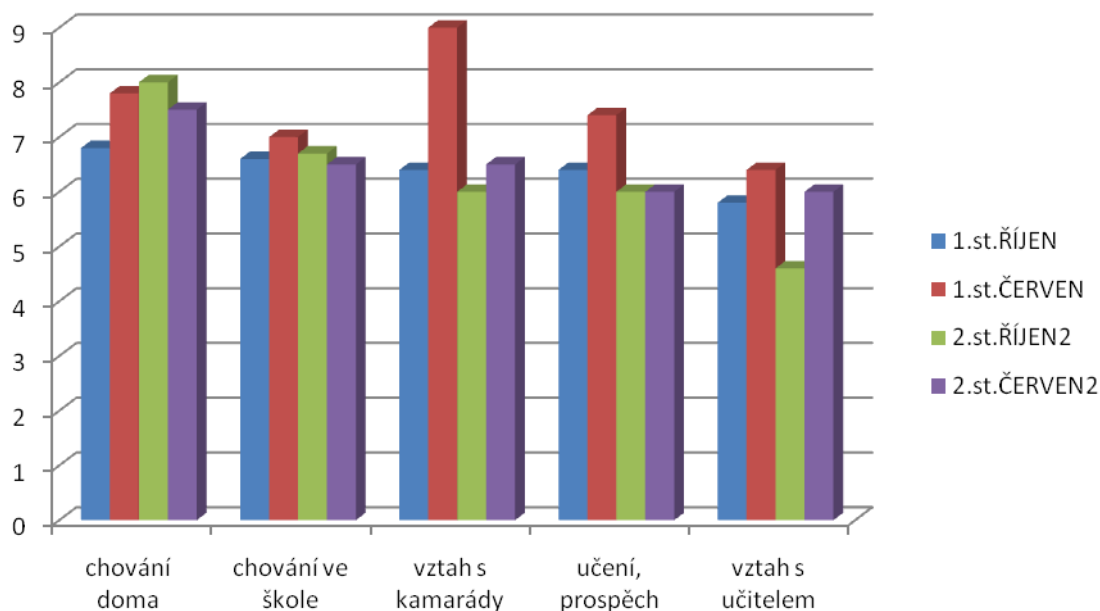
Z pohledu učitelů došlo ke statisticky významné změně směrem k lepšímu (v průměru o 2,2 bodu) v **chování dítěte ve škole** a to zejména na prvním stupni (3,2). Tato změna je dokonce větší než změna u těchto dětí učiteli subjektivně vnímaná. Další oblastí, kde lze zaznamenat objektivní posun je učiteli vnímané **zlepšení vztahů s kamarády, vrstevníky** (v průměru o 2,2 bodu), statistické významnosti tento posun dosahuje zejména na 2. stupni. Poslední oblastí, v níž byl zaznamenán statisticky významný rozdíl, je **celková situace a chování dítěte**, kde byl zaznamenán výrazný posun u žáků druhého stupně. Ostatní oblasti posuzované učiteli (prospěch, domácí příprava, vztah učitele a žáka, vztah učitele a rodiče) vykazují průměrně drobné pozitivní posuny, ale tato změna nedosahuje statistické významnosti na 5% hladině významnosti. Kategorie soustředění se dítěte na školní práci zaznamenala statisticky významný posun směrem ke zhoršení a to zejména na druhém stupni, kde dosahuje statistické významnosti na 5% hladině významnosti.



Graf č. 13 Změny vnímané učiteli při objektivním porovnání

## VII. 2. 2 Data získaná od rodičů, objektivně zaznamenaná míra změny na konci roku

Z **objektivního srovnání dat od rodičů** (dotazníky před zahájením a po ukončení terapie) docházíme k následujícím závěrům. Při porovnání situace popisované rodiči na začátku roku a situace hodnocené na konci roku došlo ke statisticky významnému pozitivnímu posunu **ve vztazích dítěte s kamarády** a **v učení dítěte, v prospěchu**, obojí pozitivní změna dosáhla statistické významnosti na 5% hladině významnosti na 1. stupni. V ostatních oblastech jsou zaznamenány posuny, které však nedosahují této statistické významnosti (počítáno jednostranným T – testem se spárovanými výběry). Celková situace dítěte a vztah rodiče s učitelem nebyly porovnávány, neboť na tyto oblasti nebyl rodič na počátku terapie kvantitativně dotazován.

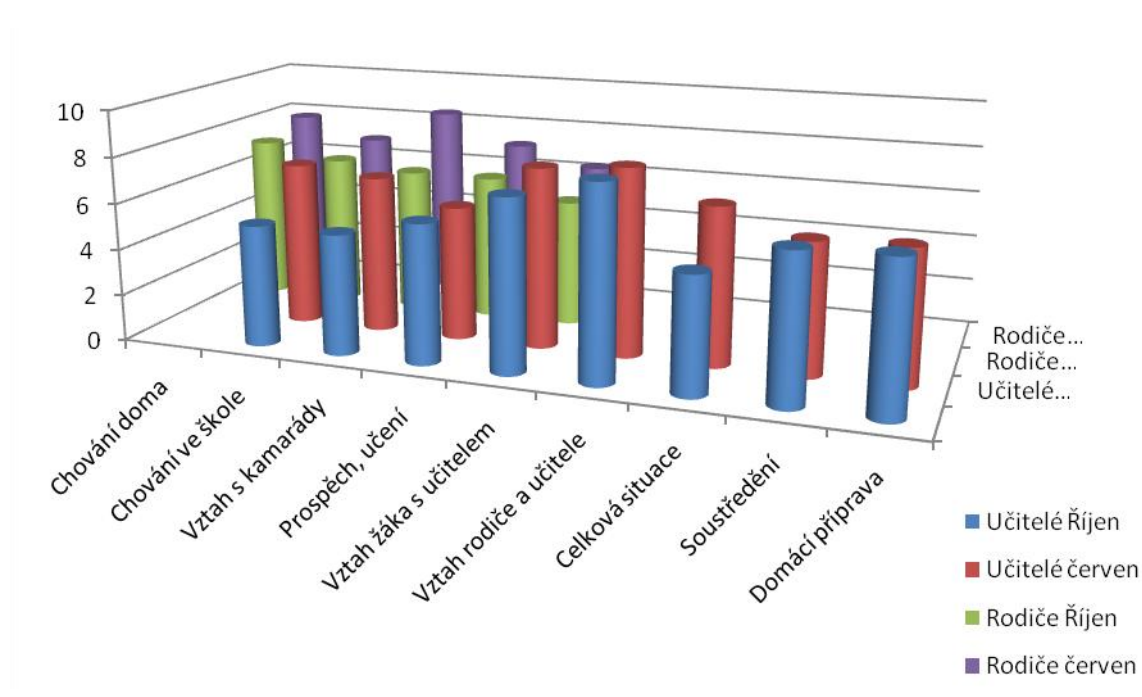


Graf č. 14 Změny vnímané rodiči při objektivním porovnání

### VII. 2. 3 Porovnání objektivních dat mezi vnímáním rodičů a učitelů

Také při srovnání objektivních dat jsou rodiče optimističtější, dávají obecně vyšší hodnocení. I když toto tvrzení platí pouze v některých oblastech. Například ve vztahu žáka a učitele hodnotí výše na počátku i na konci učitelé.

Objektivní změna zaznamenaná rodiči není tak výrazná (statisticky významná) jako u učitelů. Porovnáme – li objektivní data od učitelů a rodičů, jednoznačnou shodu dostaneme zejména v **posunu ve vrstevnických vztazích**, které prošly statisticky významnou změnou u obou skupin respondentů.



Graf č. 15 Celkové hodnocení učitelů a rodičů (dohromady za 1. i 2. stupeň)

## VII. 2. 4 Vztah mezi medikací dítěte a objektivním hodnocením oblastí

Také v objektivním porovnávání situace na začátku a na konci roku je významnou okolností **korelace** jednotlivých objektivních výsledků získaných od učitelů s faktem, zda **dítě užívá** zmíněná **psychofarmaka**. Negativní korelace byla zjištěna v souvislosti s reálnými posuny v prospěchu (bere léky - zlepšil se mu prospěch), vztahy s kamarády se zlepšili u dětí s medikací, domácí příprava se výrazně zlepšila a zlepšil se vztah s učitelem. Souvislost nebyla na tomto vzorku prokázána se změnou v soustředění, v chování ve škole, ve vztahu rodiče s učitelem či v celkové situaci.

V oblastech posuzovaných rodiči se objevila korelace medikace a úrovně chování doma. Výsledek je odlišný od výsledku subjektivního hodnocení. Vztah žáka a učitele nelze posuzovat, protože jsou dostupná všechna data pouze u jediného dítěte, které je medikováno a jeho vztah s učitelkou se v průběhu roku rapidně zhoršil. Podobně jako u korelací se subjektivním hodnocením se v tomto vzorku z roku 2009/2010 objevuje vysoká korelace mezi medikací a vnímáním problematičnosti / konfliktnosti vztahu ke škole ze strany rodičů.

Přestože se korelace těchto oblastí ukázaly jako statisticky významné (posuzováno na základě statistické metody účinku, kde je mezním korelačním koeficientem 0,3), nelze je zobecnit pro skupinu, neboť počet medikovaných dětí ve skupině je nízký (n=3), tyto závěry lze užít spíše pro sledování individuálního posunu těchto konkrétních dětí, jak již bylo popsáno výše.

Objektivní hodnocení	Učení a Prospěch	Chování doma	Soustředění	Chování ve škole	Vztah s kamarády	Domácí příprava a učení	Vztah žáka s učitelem	Vztah rodiče s učitelem	Celková situace a chování dítěte	Vnímaný problém ve vztahu rodičů a školy/učitele
Korelace pozitivní medikace u učitelů	<b>-0,449</b>	-	-0,174	0,133	<b>-0,432</b>	<b>-0,751</b>	<b>-0,412</b>	0,220	-0,159	-
Korelace pozitivní medikace u rodičů	0,132	<b>-0,428</b>	-	0,190	0,284	-	<b>0,909</b> N=1, není validní	-	-	<b>0,577</b>

Tabulka č. 5 Korelace mezi medikací dítěte a objektivně hodnocenými oblastmi ( N=15; n1(medikován) = 3, n2(bez medikace) = 12)

### VII. 3 Shrnutí. Porovnání subjektivně vnímané změny a objektivního posunu.

Byly zodpověděny tyto **hypotézy**:

- Děti zlepší své chování ve škole po roce práce ve skupině – **Ano**.
- Změny si všimne rodič – **Ano**, zejména v rámci subjektivního hodnocení.
- Změnu zaznamená učitel – **Ano**, změna evidována statisticky významně subjektivně i objektivně.
- Dojde k pozitivnímu posunu ve vztazích s vrstevníky – **Ano**, zaznamenáno subjektivně i objektivně učiteli i rodiči, zde je efekt nejvýraznější u všech respondentů.
- Dítě se s rodičem sblíží, pokud spolu budou trávit čas, nastane změna v chování doma – **Ano**, ale pouze v subjektivním hodnocení a na prvním stupni ZŠ.
- Účast na skupině nemá vliv na učení – **Ano**, potvrzeno ve škole versus **Ne** objektivně změna zaznamenána u rodičů na 1. stupni ZŠ.
- Vstupuje vliv medikace - **Ano**, potvrzeny konkrétní souvislosti, ale protože počet medikovaných dětí je příliš nízký, nelze tyto závěry zobecňovat ani pro tuto skupinu, je vhodné je užít spíše pro interpretace individuálního posunu těchto konkrétních dětí.
- Do procesu vstupuje změna vyučujícího či školy – **Ano**, výraznou proměnnou se ukazuje vztah rodiny a školy a jejich vzájemná komunikace.
- Nepodaří se nám odlišit vliv terapie a přirozené maturace – **Ano**, toto odlišení nebylo prokázáno, neexistovala kontrolní skupina. Valida výzkumu je podpořena sběrem dat v průběhu dvou let, porovnáním výsledků z prvního a druhého stupně, porovnáním rodičovských a učitelských dat a porovnáním subjektivního vnímání změny a objektivního posunu.

Shrnutím všech v tomto textu dostupných údajů dospíváme k závěru, že rodiče i učitelé se subjektivně i objektivně shodnou na **pozitivním posunu dětí ve vztazích s vrstevníky, kamarády, spolužáky**. Významný posun nastal též **v oblasti chování ve škole a celkové situace dítěte** (pocitováno zejména ve školním prostředí, učiteli). V těchto oblastech se potvrdila základní hypotéza, že se děti zlepší z pohledu rodičů i učitelů.

**Subjektivně se zlepšil vztah žáka a jeho učitele**, učitelé si myslí, že se posunul i jejich vztah s rodiči. Rodiče, kteří na počátku z jedné třetiny mluvili o svém problematickém až konfliktním poměru ke školnímu systému a velmi si přáli, aby se vztah jejich dětí a učitelů zlepšil, jsou v tomto odhadu vlažnější. Jejich odhad pozitivní změny je mírnější než u učitelů. **V objektivním měření se posun ve vztazích rodiny a školy nepotvrdil.**



Nelze bezpečně prokázat, zda k těmto změnám došlo vlivem působení multisystémové skupinové psychoterapie a odlišit je od přirozené maturace dítěte zejména pro neexistenci kontrolní skupiny (čehož příčiny jsou vysvětleny na počátku). Domníváme se však, že prokázané změny jsou v přímé souvislosti s tímto působením a dokládáme je zejména kvalitativní analýzou celého procesu.

V neposlední řadě byly zaznamenány významné proměnné, jimž je třeba věnovat další pozornost a pracovat s nimi nejen na výzkumné úrovni, ale zejména v terapeutickém procesu samotném. Jsou jimi vztah a komunikace rodiny a školy a medikace dítěte s diagnózou ADHD.

Tato sumativní evaluace dvou let terapeutické práce se skupinami dětí a jejich rodiči napomáhá jednak jako argument pro nabízení této služby v regionu a získávání státní podpory pro tuto práci (žádosti o granty), ale zejména jako podpůrný nástroj pro samotné terapeutické působení, kdy mohou o žádoucí změně u klienta terapeuti uvažovat v několika rovinách. Kvalitativní analýza změny, tedy kategorizace toho, v čem změnu nejvíce pocítují a jak ji popisují rodiče i jejich děti, je tedy plynulým pokračováním zde prezentovaných závěrů.

## **VIII. Efektivita dětských psychoterapeutických skupin v PPP Praha 6.**

### **Sumativní a formativní evaluace kvalitativního charakteru.**

Tento oddíl zahrnuje formativní a sumativní složku evaluace terapeutického působení v našem modelu a přistupuje k ní z pohledu převážně **kvalitativní metodologie**. Pro kvalitativní analýzu byla použita data z **prvostupňových skupin** za roky 2008/2009 a 2009/2010 (N= 21 (12 + 9)). Data z fungování skupin druhého stupně nejsou primárně předmětem kvalitativní analýzy, ale v některých momentech jsou použita v poznámce pro celkové dokreslení obrazu problematiky (například pro možnost srovnání).

Pro analýzu posloužily zejména tyto zdroje: písemné i ústní zakázky dětí, zakázky rodičů, zápisy z průběhu skupin, závěrečná evaluace rodiči, evaluace dětmi, dotazníky pro rodiče, dotazníky pro učitele, rozhovory s rodiči v polovině školního roku a na konci školního roku (celkem 20 rozhovorů). K analýze byly dále využity rozhovory s terapeuty a zápisy z intervize a supervize. Popisované kategorie se tedy týkají dětí z prvního stupně a jejich rodičů, kteří společně absolvovali rok v terapeutické skupině multisystémového modelu v PPP na Praze 6, sběr dat zahrnuje dva roky, tedy dvě po sobě následující skupiny.

Texty psané kurzívou jsou úryvky z rozhovorů terapeutů s rodiči dětí, event. s učiteli, které byly nahrávány, přepisovány a podrobeny analýze. Zkratka „T:“ znamená, že se jedná o promluvu terapeuta. Některé citace pocházejí z dotazníků a smluv a evaluačních listů dětí a rodičů.

V této převážně kvalitativní části bychom si rádi zodpověděli následující otázky. Některé se postupně vynořily v průběhu vedení skupin a cíleně jsme se na ně v rozhovorech vyptávali, jiné okruhy se ukázaly jako významné při samotné analýze a kódování rozhovorů. Bylo tedy využito jak metody selektivního, tak otevřeného kódování. Každé z výzkumných otázek je v rámci tohoto textu věnována samostatná kapitola.

- Kdo jsou děti v naší skupině z pohledu spisové dokumentace? Jaké děti se k nám dostávají, jaké jsou jejich diagnózy a jaká je jejich standardní trajektorie v poradenském procesu?
- S jakou zakázkou přicházejí děti do skupiny, mají vůbec nějakou?

- S jakou zakázkou posílají učitelé dítě do skupiny, co jim nejvíce vadí a co si přejí, aby se změnilo?
- S jakým záměrem přicházejí do skupiny rodiče? Co očekávají, co by potřebovali pro sebe a své dítě?
- Jaké jsou zisky jednotlivých zúčastněných při ukončování skupin? Jakou změnu / posun pocítují rodiče a jejich děti a pocítují vůbec nějakou? (Míru změny pocítovanou učiteli popisuje převážně kvantitativní šetření.)
- Jsou nějaké další zajímavé okolnosti nebo jevy, které se v průběhu analýzy ukážou jako významné pro celý terapeutický proces?
- Existuje určitá klientská typologie na základě nejvýznamnější příčiny jejich obtíží? A dají se pro určitý typ nalézt nějaká další specifika a doporučení?

## VIII. 1 Jaké dítě přichází do skupiny z pohledu spisové dokumentace.

V této části budeme hovořit o tom, co je možné o klientech z dětské skupiny (z 3. -5. třídy) a jejich rodinách zjistit analýzou jejich spisové dokumentace. Z hlediska anamnestického se jedná o děti, jejichž rodiče jsou většinou středoškoláci nebo vysokoškoláci. Děti jsou převážně mladšími sourozenci nebo jedináčky. Minimální je výskyt prvorozených z vícečetných sourozeneckých konstelací. Jen u malé části dětí lze v anamnéze získané pracovníky PPP objevit nějaké závažné prenatální, perinatální komplikace či komplikace raného vývoje.

Z hlediska standardní trajektorie, kterou hledáme, lze o 60 % dětí říci, že do poradny přišli se svými rodiči poprvé v předškolním věku a to většinou se zakázkou posouzení školní zralosti, u některých z nich se již vyskytovaly výchovné potíže v mateřské školce či doma. Většině těchto dětí byl doporučen odklad školní docházky o jeden rok. Příčinami jsou převážně celková či pracovní nezralost, pomalé tempo, neklid, percepční nezralost. U těchto dětí se neobjevuje snížené nadání, místy je však vývoj jednotlivých složek nerovnoměrný. Někteří rodiče využili možnosti docházet do pedagogicko – psychologické poradny na speciálně pedagogické nápravy.

V první třídě již prostor poradny zná 83% dětí, které budou později chodit do terapeutické skupiny. Po zahájení školní docházky se znovu objevují potíže, které jsou charakterizované jako motorický neklid, nesoustředěnost, pomalost, impulzivita, špatná adaptace na školní prostředí, emoční labilita, agresivní projevy v chování.

Z hlediska jejich výkonového kognitivního potenciálu se jedná o děti, jejich výkon ve standardizovaných testech inteligence (převážně WPPSI, WISC III) se pohybuje při horní hranici pásma průměru. 10% dětí (cca 1 v každé skupině) je mimořádně nadaných, tedy jejich výkon je v pásmu vysokého nadprůměru (přesahuje hodnotu 130 bodů IQ). Vzhledem k tomu, že je možné v dokumentaci sledovat celou řadu psychologických vyšetření, je možné zaznamenat také jev, který nenabývá statistické významnosti, ale může být důležitý pro práci s těmito dětmi. Tímto jevem je rozkolísanost výkonů dětí v průběhu času, jejich výkony se dle momentálního stavu odlišují běžně o cca 10 bodů a objevují se i případy rozdílu o 20 bodů ve srovnatelných standardizovaných testech. Tyto výsledky vypovídají o typické rozkolísanosti výkonu těchto dětí, z nichž nelze dělat závazné závěry, pokud není dítě sledováno na jednom pracovišti po delší dobu.

Příčiny vyšetření, díky kterým děti s rodiči přicházejí, jsou: pomalost, neklid, impulzivita, nesoustředěnost, nemotivovanost, nižší sebevědomí, úzkostnost, emoční labilita, agresivita ve škole, nízké sebeovládání. Diagnózy, které se objevují v jejich zprávách z vyšetření, jsou: ADHD (44%), ADD, úzkostnost, porucha chování, dráždivost CNS, LMD, emoční labilita, hysterické projevy. 67% z nich má diagnostikovanu též specifickou poruchu učení (dále SPU) – dysortografii, dyslexii, dysgrafii, výjimečně dyskalkulii nebo SPU potíže. V 42 % případů bylo poradnou doporučeno další pedopsychiatrické vyšetření a zvážení medikace dítěte. U 60 % dětí realizováno neurologické vyšetření. 60% dětí je též dlouhodobě v péči dalších odborníků (neurolog, pedopsychiatr, klinický psycholog).

Z analýzy spisové dokumentace tedy vyplývá, že do skupiny přicházejí děti, které mají určité typické rysy a jejich problémy jsou dlouhodobého charakteru. Většina potíží se zvyrazňuje v kontaktu se školní institucí (mateřskou školou a školou), která poté motivuje rodiče k návštěvě poradny. Přestože se jedná o děti minimálně průměrně disponované, jejich výkony mohou být rozkolísané a mohou mít celou řadu specifických obtíží a komorbidit (Např. SPU). Pro práci s těmito dětmi je nezbytné pracovat systémově – do koordinace péče zahrnovat nejen rodinu a školu, ale také udržovat kontakt s dalšími odborníky.

## VIII. 2 Zakázky jednotlivých aktérů.

### Jaké dítě se ocitá v dětské skupině a co od ní očekává dítě, jeho rodič a učitel?

Celá řada dětí a také jejich rodičů se sice „dobrovolně“ ocitá ve skupině, dostaly písemné podklady o skupině (letáček), doporučení psychologa, který s nimi před nástupem hovořil, podepisují písemnou smlouvu s poradnou, ale i přesto je pro ně velmi obtížné formulovat, proč ve skupině jsou a co by se chtěli naučit, změnit. Ve skupině na Praze 6 rodiče vyplňují dotazník, stanovují si kontrakt (smlouvu pro sebe a své dítě), děti si pak píšou také svou smlouvu (nejprve samostatně, poté jim s jejím doplněním pomáhá rodič).

Pro děti samotné je náročné stanovit zakázku, často vůbec nevědí, proč do skupiny přicházejí. Na prvním stupni vnímají skupinu především jako povinný kroužek, na druhém stupni jako druh trestu („*Za co tady seš?*“, ozývá se často na prvních skupinách. A konstatování těch, kteří pokračují z loňska, že jsou tu dobrovolně a že je to tu „dobrý“, vyvolává překvapení, nedůvěru až šok.) Přesto je významné na zakázce trvat (*Jak se to stalo, že jsem tady? A co bych rád ve svém životě změnil? Co bych se rád naučil?*) a věnovat jí dostatek prostoru. V mnoha případech je vznik zakázky prvním krokem ke změně v terapii.

V dětských skupinách na Praze 6 dochází ke stanovení zakázky samostatně (poté se společnou reflexí) a na následující společné skupině (příští týden) se zakázka doplňuje společně s rodičem, který dítě do skupiny přivádí. Dochází ke hledání užitečnosti setkání společně s terapeutem („*Jak ten společný čas zhodnotíme?*“).

Z rozhovoru matky s terapeutkou. Matka vypráví: *...Pak se mě zpětně ptal, proč sem vlastně chodíme, mami? A on vlastně říkal, no jo, mami, já to nevím. A co jste mu řekla?, ptá se terapeutka. Že nám to bylo doporučeno, že by mu to mohlo prospět. Terapeutka: hodně lidí to takhle má: někdo nás doporučil, dokud ale nevím, co bych rád změnil, tak na tom nemůžu nic udělat. Hodně se tomu tady věnujeme, jak se to stalo, že jsem tady. Matka: ...to vím, že jste to jednou naťukly...a my jsme to pak spolu probírali a i v rámci skupiny jsme si to psali do té smlouvy...takže mam pocit, že jsme se shodli, přesně: ovládat se když mě někdo provokuje, nebo když někdo dělá hloupost tak se nepřidat...on je někdy takovej splašenej...když děti někam letí...ta překotnost...pak zapomíná věci a myslím, že si toho je vědom.....ale je to někdy silnější než on ... Jo a pak někdy je silnější než on takovýto závodění, on chce být první na obědě a pak třeba zapomene na kroužek. Ale jinak si myslím, že je to dobrák, kterej nechce někomu ublížit. Možná někdy někoho zaprovokuje...ale spíš je to takový pojd' si hrát ...*

## VIII. 2. 1 Zakázky dětí

U dětí vzniká převážně zakázka činností a u některých zakázka změny označení, které si přinášejí ze školy. Je velmi zajímavé, jak jsou si děti svých potíží vědomi nebo jsou s nimi již identifikovány. Děti vyplňují metodický list: Moje smlouva. Co bych se chtěl naučit ve skupině. Co chci změnit? Do smlouvy kreslí také svůj portrét či značku a smlouvu podepisují. K tvorbě smluv dochází většinou na třetím /čtvrtém sezení, přičemž předcházející jsou seznamovací a zaměřená na tvorbu pravidel skupiny. Zakázky dětí z prvostupňové skupiny (3. – 5. třída ZŠ) lze rozdělit na šest kategorií.

- a) **Dětská a momentálně nereálná přání.** Objevují se typicky dětské fantazijní představy, u některých přetrvávají déle než by odpovídalo věku. ...*Chtěl bych se změnit v tygra. Chtěl bych mít tygra či ho adoptovat. Nikdy nezemřít. Chtěl bych být boháčem.*
- b) **Zábavné a činnostní zakázky.** Děti projevují přání si hrát, sbírat obrázky, malovat, číst. ...*Hrát více her. Chytat pokémony a mít jich víc. Chtěl bych zažít dobrodružství. Chtěl bych mít víc Foglarovek. Moje přání: malovat ... chtěl bych mít všechny Gormity a taky Pokémony...*
- c) **Mít to (dětství?) už za sebou.** Děti by si přály, aby některé situace již byly za nimi, nechťejí být slabé a chodit do školy se všemi povinnostmi. ...*Chci: Vyrůst a nepsat domácí úkoly. Být silnější.*
- d) **Chtějí si zlepšit vztahy s vrstevníky, lépe komunikovat.** Jsou si překvapivě vědomy svých potíží v kolektivu a ve vztahu s druhými a trápí je to. ...*Chci, aby mě kluci nebili a nešikanovali. Chci si najít stálé kamarády. Nepřijít o kamarády a vzít si za ženu Aničku. Najít kamarády. Chci se zbavit se šikany...Peru se ve škole...chci změnit: dodržování pravidel...chci se naučit: naslouchat kamarádům, řešit konyfkly (chápeme jako konflikty)... chci být méně protivný ... moje přání: mít spokojenou rodinu ...aby mě holky ne octrkovaly (chápeme jako neodstrkovaly)... chtěl bych se naučit: nenudit se...*
- e) Děti by uvítaly **zvládat zátěž, ovládat se.** Někdy by se až přehnaně chtěly kontrolovat za všech okolností. ...*Já bych chtěl změnit to, abych dokázal se ovládat a bych ovládal city... Já bych se chtěl naučit, jak se zachovat v kolektivu když mě někdo pošťuchuje nebo*

*nadává... o hodinách vykřikuju...chci se naučit: za všech okolností se kontrolovat, nejdřív myslet a pak mluvit... abych se kontrolovala a neštěkala...chci změnit: chování, chci se naučit: být v klidu.*

- f) Děti touží **vyhovět nárokům školy**. Chtěly by lepší známky, chování i soustředěnost. *Mít lepší známky. Mít lepší pozornost, být hodnější, nezlobit všude ... nemít problémy ve škole...*

Zakázky dětí se tedy orientují zejména na oblast činností na skupině, vztahovou oblast (s vrstevníky), osobnostní (sebeovládání a růst) a školní dovednosti. Žádaná změna by měla zahrnovat zejména sféru osobnostní, sociální a školních povinností. Zakázky u dětí z prvního stupně bývají velmi stručné, někdy jsou schopny je vytvořit samostatně (viz ty zde citované), jindy jim s jejich formulací musí v následujícím sezení pomáhat rodič (dítě samo by mělo například jen přání věnovat se určitým činnostem, skupinu chápe jako nový povinný kroužek).<sup>141</sup> Z hlediska potíží, s nimiž děti přicházejí, je nejzajímavější, že jsou si do značné míry vědomy své neobratnosti ve vztazích a v komunikaci a svých problémů ve zvládnání emocí.

---

<sup>141</sup> Děti starší, ze skupin druhého stupně se již myšlenkou, proč jsou ve skupině, zda jsou tu dobrovolně (za co tu jsou x jak se stalo, že tu jsou) a zda se tu mohou něco naučit, zabývají intenzivněji, samy téma přinášení a hovoří o něm.



## VIII. 2. 2 Potřeby rodičů

U **rodičů** se postupně rozkrývá potíže, kterou mají se svým dítětem. Jejich přístup se často v průběhu terapie posouvá na ose od výroků typu „nás sem poslala škola“, „problém je pouze ve škole, škola má problém“, k tvrzení: „i já bych rád nějakou změnu“. Jednodušší a automatictější je pro rodiče stanovit zakázku pro dítě (aby tolik nevykřikoval, dával pozor, nenosil poznámky, měl kamarády) nebo týkající se dítěte (abych mu lépe porozuměla, lépe ho zvládala). Obtížnější pak pro ně je stanovit si zakázku pro sebe a někteří z nich jsou tímto nárokem zpočátku překvapeni. Zakázky rodičů lze rozdělit na to, jakou změnu by si přáli pro své dítě (čtyři kategorie) a jakou pro sebe (pět až šest oblastí).

### Co chtějí rodiče pro své dítě?

#### a) Zlepšení komunikace s okolím, lepší vztahy s vrstevníky i učiteli, přijetí, ocenění.

*...Aby můj syn lépe komunikoval s lidmi... Aby řešil problémy bez pláče. ... Chci změnit pohled mého syna na svět, na lidi. ... Měl by se naučit lépe řešit konflikty a komunikovat se svými vrstevníky, aby nebyl terčem šikany. ... Ráda bych, aby syn zjistil, že existují i děti, které budou rády, že ho uvidí, že si s ním mohou povídat, že uvidí, že má přednosti, kvůli kterým se s ním chtějí potkávat. Taky by měl poznat, že ne vždycky všechno, co řekne, je přijatelné pro druhého. ... moje přání je, aby se David zklidnil a srovnal se světem... Přála bych si, aby se Danovi dobře vedlo ve vztazích s kamarády i s paní učitelkou ...chci změnit: chování svého syna v kolektivu – jeho záchvaty vzteku, absence spolupráce, ohleduplnosti... chci změnit:oblíbenost Klárky v kolektivu, aby se chovala přirozeně a byla oblíbenější... naučit ho, jak se srovnat s ostatními...*

#### b) Podobně jako děti i rodiče cítí nedostatky v **sebeovládání** dítěte a přáli by se to změnit.

*... U syna bych chtěla, aby se naučil ovládat svůj vztek a pocity, že mu druzí „ubližují“, že je pořád něco „nefér“ a nespravedlivé. Aby se nenechal snadno vyprovokovat. ... Rád bych, aby se syn naučil v klidu reagovat na provokace. Aby pochopil, že chybovat je normální a vše nemůže vědět.*

#### c) Rodič by uvítali u dětí větší **sebepřijetí, méně úzkosti, zklidnění**.

*... Aby si víc věřil, přestal se alespoň občas stydět, aby si vážil sebe jako osobnosti. Pro syna bych chtěla, aby se měl rád a bral se taký, jaký je.*

#### d) Přáli by si zlepšení v oblasti školních **dovedností, soustředění, tempa, být bez**

**poznámek, větší poslušnost a dodržování slibů.** ... *Chtěla bych změnit u syna, aby zrychlil tempo práce v hodině, s tím souvisí to, aby se lépe soustředil. .... Hodně bych si přála zklidnění, poslušnost a dodržení slibů .... nenošení poznámek a trochu dodržení základní hygieny ve škole, neodmlouvat.... Chci změnit Mirkovu pomalost a nechuť plnit zadané úkoly...Chci změnit: pohled Ládi na školu, moje přání: úspěšně dokončit třetí třídu...moje přání: neodradit Dana od učení.*

#### **A co by rodiče rádi změnili pro sebe?**

a) **Zvládání syna nebo dcery.** Slovo „zvládnout/zvládat“ je jedním z nejčastěji používaných výrazů, rodiče mají pocit, že nezvládají chování svých dětí tak, jak by měli / chtěli. Zvládání se nejčastěji týká afektů. ...*Chci změnit chování svého syna, zvládnout jeho hyperaktivní chování, zvýšit jeho soustředěnost. Zvládat svého syna, aby mě respektoval... Zvládat vše v pohodě ... Zvládat synovy nálady, líp mu rozumět.... Zvládat jeho záchvaty bez emocí ...*

b) Rodiče nechtějí **podcenit situaci, potřebovali by méně úzkosti, trpělivost, více klidu** pro sebe i své dítě. ... *Možná, že problémy, které my řešíme se synem, jsou ve srovnání s jinými dětmi malicherné, ale na druhou stranu si myslím, že by člověk neměl nic podceňovat, zvlášť když se jedná o dítě ... Pro sebe bych chtěla být trpělivější vůči druhým, méně kritizovat. Oba potřebujeme být méně úzkostliví. ... chci se naučit trpělivosti při řešení problémů s Jirkou ...chci změnit: rozčilování nad zbytečností, zůstat v klidu, když má dítě problém, ať si ho vyřeší, nesnažit se změnit to, co změnit nejde...*

c) I rodiče by si přáli umět **lépe komunikovat.** Potíž, která ztrpčuje život jejich dětem, je do jisté míry i jejich tématem. ...*Chci méně kritizovat, komunikovat s lidmi na lepší úrovni, pochopit než vypěním .... Já bych chtěl pochopit jeho jednání, ještě než se rozčílím (často to bývá naopak) a pak mě to mrzí. ...lépe zvládnout „diplomacii“ nejen v komunikaci se syny. Oni jsou méně sdílní ... chci změnit svoje chování k synovi, abych hned nevybuchla, nenadávala mu a nekřičela na něj. ... chci změnit svou prchlivou povahu ...vycházet s Danem v klidu ... komunikovat bez zbytečně vyhrocených emocí...*

d) Rodiče stojí o **informace, techniky**, rádi by se učili **důslednosti**, získali **radu / poučení**. ... *Chtěla bych se naučit speciální techniky práce se synem, které by mohl využívat při domácí přípravě i při vyučování, aby se lépe soustředil. .... Ráda bych se naučila být důslednější a*

*stejným způsobem (odměny i tresty) reagovat na situace. Ne jednou povolit více a jednou méně. Také se ráda dozvím, jak ostatní dělí čas mezi dvě děti, kdy obě vyžadují stejnou míru mé pozornosti... Rovněž se ráda poučím, jakým způsobem ostatní nastaví pravidla a zajistí jejich dodržování...chci se naučit číst myšlenky svého syna (nebo alespoň pochopit jeho myšlenkové pochody) ...dobře poradit, jak se zachovat v konfliktních situacích, fyzických i emocionálních...naučit se přístup, který mi umožní nechat Dana pocítit některé důsledky a přitom se nestresovat...*

e) Zlepšení **vztahů v rodině a více času stráveného s dítětem**, to jsou další přání a očekávání rodičů. ... *Chci změnit vztahy v mé rodině, můj vztah k ostatním lidem. Já u sebe bych chtěla změnit křik, řvaní a chtěla bych mít více času denně na vyprávění a třeba četbu se synem... Chci zlepšit komunikaci v rodinných vztazích, lépe pochopit situaci Dana, být tolerantnější a nebazírovat na zbytečnostech, umět mávnout rukou nad tím, co je zbytečné... Trávit více času společně ... Chci věci méně řešit, tolik se nestresovat maličkostmi, děti i muže bezvýhradně milovat ... přeju si mít samostatnou a fungující rodinu...*

f) Poslední kategorií jsou pak **osobní cíle** rodičů: *Zpracovat na sobě v tělocvičně... Naučit se anglicky tak, abych se domluvila všude ... Přála bych si hodně cestovat... Přála bych si miminko, spokojené děti ... Chci se naučit nevařit denně a neuklízet, být spokojená s tím, jak to je... Přeju si jaro, podzim a zimu nemám ráda ... Moje přání: jakákoli změna k lepšímu...naučit se odpočívat*

Pro své děti by rodiče uvítali posun v oblasti osobnostní, vztahové (s vrstevníky a paní učitelkou), komunikační a školních dovedností. Pro sebe si pak přejí změnu osobnostní, v komunikaci, vztahové (v rodině) a kognitivní (v míře informovanosti). Změna by tedy měla zahrnovat zejména sféru osobnostní, sociální, školních povinností dítěte a informovanosti rodiče. Rodiče si na jednu stranu přejí objektivní změnu současné situace, na druhou stranu zaznívá touha po přijetí situace tak, jak je, smíření se s tím, co změnit nelze, bez nepříjemných emocí.

### VIII. 2. 3 Podněty učitelů

**Zakázky učitelů** jsou monitorovány dotazníkem pro učitele (n= 15) a pocházejí též ze setkání učitelů, které jim je nabízeno skupinovou formou dvakrát ročně.

Učitelé si téměř vůbec nestěžují na nadání dětí, prospěch bývá bez potíží s občasnými výkyvy, děti jsou charakterizovány jako převážně samostatné a dostatečně se hlásící, nikdo z nich neopakoval ročník. Učitelé často popisují výskyt specifické poruchy učení a nadprůměrné dispozice (vyzdvihují hlavně logický úsudek a matematiku).

Vyloženě nepozorná je z pohledu učitelů jedna třetina dětí, dvě třetiny jsou nepozorné zřídkakdy či občas. Učitelům vadí spíše chování a osobnostní charakteristiky dětí. Nepřiměřené a situaci neadekvátní chování vidí učitelé jako základní zakázku docházky dítěte do skupiny. Podrobněji viz dále.

Spolupráci s rodinou hodnotí jako dobrou, ve vztazích učitelů a rodičů převážně nevidí žádný problém. Přesto poměrně často, téměř v polovině případů kritizují přístup rodiny k dítěti, výchovné působení.

Řečové dovednosti dětí jsou celkově spíše bez potíží (pouze jeden chlapec – či spíše jeho rodiče mají mírnou jazykovou bariéru, jsou původem z Ukrajiny, jeden chlapec ve stresových situacích zadržává, u jednoho běžný rotacismus, místy se objevuje dyslalie v minulosti).

Kauzální atribuci potíží z pohledu učitelů lze popsat následovně:

- 55% vidí příčinu v osobní charakteristice dítěte (tj. dg. SPU, SPCH, ADHD),
- 25% příčinu vidí důvod pouze v rodině (kritizují ji za neadekvátní přístup, nedůslednost, slabší vedení, žádají PPP o výchování rodičů),
- 20% vidí příčinu v kombinaci obou faktorů.

Zakázky učitelů na změnu u dítěte v terapii lze rozdělit do 4 základních kategorií: potíže dítěte s emocemi; neplnění školních povinností; problematická komunikace s vrstevníky a udržování kvalitních vztahů; změna rodinného přístupu, kritika rodiny. V některých případech učitel vidí snahu dítěte či si uvědomuje, že negativní chování není záměrné či dokonce uvědomělé. V jiných případech spouští učitelé litanie kritiky bez snahy dítěti (či jeho diagnóze) porozumět.

Někteří učitelé navrhuji medikaci (převážně pokud mají pozitivní zkušenost s účinky od jiného dítěte). Pro sebe učitelé změnu převážně nežádají, minimum z nich chce informovat o průběhu terapie, někteří by rádi více informací o možném přístupu k tomuto dítěti (*... Ráda bych věděla, jak k Láďovi přistupovat ve škole, aby se nevztekal, přijal pomoc, radu, uměl si o ně říci...*)

**a) Potíže dítěte s emocemi a jejich ovládním.** Učitelé popisují agresivitu, vztek, situace, kdy dítě neuneso neúspěch a tlak, záchvaty, náladovost, proměnlivost a nevyzpytatelnost emocí. *... Je umíněné, výkyvy v citových projevech a náladách... v případě neshody se spolužákem (sebral mu sešit, který Láďa nechtěl odevzdat) by se hned bil. Situaci řešil pěstmi a ne slovně... Má nepřiměřené chování při sebemenším neúspěchu, špatně nese i upozornění na malou chybu, skupinu doporučila psycholožka PPP, aby věděl, že není s problémy sám, vypovídal se... při sebemenším neúspěchu se vzteká, truceje, nepracuje, odmítá pomoc (hl. v TV a PČ), nesmí se na něj tlačit... Při sebemenším neúspěchu či problému se začne vztekat (spíše ne nahlas, ale pro sebe), nepracuje a ani si neřekne o pomoc... Zakázka: Naučit se ovládat své pocity vzteku a adekvátně se chovat... Měl by se naučit přiměřeně reagovat v situacích, kdy je vystaven nějakému tlaku. A to ve vztahu jak k ostatním dětem, tak ve vztahu s dospělými. Korigovat své nálady, výbušnost, vztek....*

*... odsekává učiteli, když není po jeho vůli, agrese vůči ostatním dětem, výbuchy vzteku (třískání dveřmi, útoky z učebny), nepřizná chybu, hledá ji u ostatních, velmi nerad prohrává, pokud je v náladě: slušný, usměvavý, ochotný....*

*... je nesnášenlivé, vyvolává rvačky, pošťuchuje, vzdorovité, umíněné, výkyvy citů a nálad, pokud nedojde ke konfliktu, v hodinách klidné, o přestávkách silně zlobí....*

*... Zmítán výbuchy vzteku, ve kterých absolutně ztrácí kontrolu nad svým chováním. V těchto situacích je nebezpečný pro ostatní, neboť velmi agresivně a útočně jedná. Někdy dokáže být milý a vstřícný, ale v minutě se jeho chování mění a to při sebemenším podnětu z okolí....*

*... Často je středem pozornosti, náladová. S učitelkou dle nálady od důvěrné kamarádky po nenávist. ... Vzdorovité, umíněné dítě, výkyvy v citových projevech a náladách.*

**b) Neplnění školních povinností.** V této kategorii si učitelé stěžují na výkyvy ve výkonu, žák je šikovný ale nekonzistentní, upozorňují na nesoustředěnost, zapomínání, nenošení pomůcek. Situace se během dne či týdne ještě zhoršuje. *... Je náladový s občasnou*

*nechutí pracovat. Ještě jsem ho nedonutila mít vše v pořádku, tzn : sešity odevzdávat, slušně psát, umět se omluvit. ... vše jak kdy, záleží na náladě a jestli vše pochopil, co se po něm chce... živé, neposedné, stále si s něčím hraje... Pomalé tempo při plnění úkolů, časté nepochopení zadání... vadí mi, jak Mirek přistupuje ke školním povinnostem*

*... Zakázka: Zvážit, zda nasadit léky (- případné vedlejší účinky, + léčba ovlivňuje soustředění) X ponechat bez léků – přetrvávající potíže se soustředěním.*

*... zlepšit soustředěnost, problémy s chováním, soustředěním, zapomínáním, pomoc rodičům, jak s dítětem pracovat, soustředí se krátkou dobu, problém o přestávkách, potřebuje se uvolnit, lítá po škole – porušuje tím školní řád, stížnosti ostatních učitelů. Potřebuje se zklidnit. ... Introvertní, vystačí si s hraním sám. Málo kdy mne oslovuje z vlastní iniciativy. Většinou nepozorné, sebemenší podnět ho upoutá, bez dohledu zhoršování výkonu, na konci výuky neklidné, málokdy dokončí úkol, v určitých situacích zadržává, je spíše neoblíben ...*

*... Občas něco zapomene, občas nemá úkol, ale snaží se. Občas nepozorný, musí být stále něčím zaměstnán. Více neklidný na konci výuky... neplní úkoly při výuce, nepodřizuje se – dělá si, co chce, tedy spíše nedělá nic, měl by se naučit pracovat podle pokynů, i když se mu nechce, nepozorný, sebemenší podnět ho upoutá, bez dohledu a během vyučování dochází ke zhoršování výkonu i pozornosti, málokdy dokončí úkol, snadno se nechá ovlivnit, nepřiměřené chování k učiteli – smlouvá, poukazuje na ostatní, zdůvodňuje, proč něco neudělal, sám se prakticky nehlásí, pošťuchuj...Nepozorný, nesoustředěný, kázeňské potíže měl zejména loni, pomalý, unavený v průběhu dne a bez dohledu se výkon zhoršuje...*

**c) Komunikace s vrstevníky i dospělými a udržování kvalitních vztahů.** Učitelé upozorňují, že jejich žák je ve třídě neoblíbený, vytlačovaný, neadekvátně komunikuje.

*... býval třídní šašek, někdy se chová nepřiměřeně, nevhodné poznámky... potřebuje osvojení si mechanismů komunikace s vrstevníky i dospělými ... inteligentní chlapec, nemá moc sociálních zkušeností, co se komunikace s vrstevníky i dospělými týče.*

*... bázlivé, plaché lítostivé, až velmi dobrosrdečné, příliš se váže na učitele (z rozhovoru: abnormálně jej vyhledává, dolézá, chce více podpory než je obvyklé a učiteli milé) ...*

... chování k učiteli je přiměřené až na neznalost slova ne, tendence vyjednávat ... o přestávkách živý, střety se spolužáky, konflikty, nesnadná pozice ve třídě, děti v něm vidí zdroj problémů, nekáže o přestávkách, pošťuchoval děti, honí se s nimi, vyvolává spory (asi ne vědomě), některé situace hrozí úrazem, dvakrát se úraz spolužáka stal. Ve třídě nemá žádného dobrého kamaráda. Je spíše odstrkovaný, ačkoliv on sám by byl rád dětmi přijat. Výrazně neoblíbené, stojí na okraji třídy, snadno se nechá ovlivnit.

... Vyvolává rvačky, o přestávce zlobí, pošťuchuje ... Vyčleňuje se z kolektivu svým chováním a agresivním vystupováním, agresivní, vztahovačný a dětmi málo oblíbený, neumí se smířit s prohrou, těžce snáší neúspěch, spolužáky fyzicky napadá, k vyprovokování konfliktu stačí nepatrný impulz, potřeboval by asistenta, těžkopádný, neovladatelný, výrazně neoblíbený, stojí na okraji třídy, snadno se nechá ovlivnit, odmítá se chovat podle pokynů, řeknu: „Udělej, dej“. On řekne: „neudělám, nedám“ ....

.... Hrubé násilnické chování vůči spolužákům, nevhodné chování vůči učitelům, nezapadá do kolektivu, nejeví snahu najít si nové kamarády – neumí to, pasivní, je spíše neoblíbený, na okraji třídy...

**d) Změna rodinného přístupu, kritika rodiny.** V této kategorii zakázek a důvodů, proč by mělo dítě navštěvovat terapeutickou skupinu, učitelé popisují, že příčinnou potíží je i rodinná situace, kritizují rodinu a žádají změnu v jejím výchovném přístupu.

.... Důvod docházky do terapeutické skupiny: Tragická smrt otce, přetrvávající trauma ovlivňující přístup matky ve výchově syna...

.... Rodinné prostředí: patrné dominantní postavení dítěte ve vazbě matka – syn, často nenosí věci na vyučování, rodiče se zajímají o výsledky ve škole, reagují na záznam v notýsku, problém je, že případné záznamy o nevhodném chování nebo zapomenutém úkolu Martin pro jistotu zatají....

... nepřiměřené chování. Náladové, občas bezdůvodně agresivní, nadřazené, nevyzpytatelné, problémy v kolektivu, s vyučujícími, příčina dle mého názoru i v rodině. Matka nedokáže vyznačit mantinely, dbát na dodržení a hlavně zdůvodnit jejich potřebu. Je třeba vysvětlit dceři a především matce pojmy společenské role, vhodně ukázat jejich obsah a smysl. Matka, podle mého, snahu má, ale neví si rady a hlavně je nedůsledná. Nechápe smysl a následky.

*Cíl: matka pochopení své role, dcera – ovládat se. Hledá sama sebe, výkyvy. Práci odbude, v aj snaživá, výkyvy dle zájmu a nálady. Příčina v rodině...*

*... Problém v hranicích chování vůči rodičům, vychovanost dítěte, respektování názoru oboustranně rodina – žák -učitel, žádáme vychovat rodiče, poradit jim, dítě nemá mantinely v chování...*

*.... nesamostatný (omlouvá se: máma mi to nedala do aktovky), problém v rodině – větší roli by měl sehrávat otec... rodič by měl vidět dítě mezi ostatními dětmi, třeba by změnil názor....*

Z pohledu učitelů je třeba zaměřit se na terapeutických skupinách na změnu v oblasti osobnosti dítěte, jeho komunikace a vztahů, školních nekognitivních dovedností a rodinného přístupu. Změna by tedy měla zahrnovat opět zejména sféru osobnostní, sociální a školních povinností.

#### **VIII. 2. 4 V čem se shodnou všichni zúčastnění**

Všechny tři skupiny respondentů: učitelé, děti i jejich rodiče se shodnou v tom, že by dětem prospělo lepší **nakládání s emocemi a jejich ovládnutí, zlepšení komunikace a vztahů s ostatními lidmi** a že i ve škole je, co zlepšovat (ne v prospěchu, ale spíše ve **školních návycích**). Učitelé volají po **změně výchovného přístupu** v rodině a též rodiče přiznávají, že by rádi získali **pomoc, aby byli důslednější a lépe stanovovali dětem hranice**. Zároveň však rodiče chtějí odlišovat to, co je skutečně závažné a to, nad čím lze mávnout rukou. Cítí se pod velkým tlakem a potřebují **uvolnění napětí, více klidu**. Převážná většina učitelů své osobní potřeby neprojevuje, nežádají informace o tom, jak k dítěti přistupovat ani podporu pro sebe.



## VIII. 3 Co rodiče a jejich děti po roce ve skupině získávají? Pociťují nějakou změnu?

### VIII. 3. 1 Zisky pro děti

Zisky pro děti jsou v kvalitativní evaluaci mapovány prostřednictvím rozhovorů s rodiči a pomocí evaluačních listů, kde se děti snaží zmapovat, jaké byly na začátku roku, jaké jsou nyní a co se za uplynulý rok ve skupině naučily. Děti na skupinách vyplňují listy samostatně a poté je reflektují s terapeutem. Některé děti změnu ve své situaci / v chování pociťují, hovoří o ní, jiné nikoli. Některé z nich si uvědomují pouze to, že jsou o rok starší a že se v uplynulém roce věnovaly novým činnostem. O změnách u dětí se mnohdy dozvídáme až zprostředkovaně skrze rodiče, terapeuty a učitele. Toto mapování dokáže postihnout pouze to, co je klientovi zřejmé, nezahrnuje tzv. „sleeping efekt“, tj. že některá změna se projeví ve vývoji později, zároveň nejsme schopni postihnout například dopad korektivní zkušenosti (přijetí dítěte v kolektivu, nehodnotící prostředí).

**Z pohledu rodičů a terapeutů** dochází u dětí k těmto konkrétním posunům:

#### a) **Vztahy s vrstevníky, růst zájmu o druhé.**

*...Ale myslím, že Danovi pomohlo, že má tu skupinu. Že ví, že někde se cítí dobře. Že někde má ty kamarády... ... Tak já si myslím, že určitý přísun to má. Ale aspoň se dostane mezi děti, které mají obdobné problémy. ... Já si myslím, že tu skupinu bere, jeho to baví, ale on to bere, že sem jede za dětma, něco si malují, ale jako že by to bral, snažil se něco do sebe vštěpovat z té psychologie, aby se začal ve vnitř utvářet....*

#### b) **Vztah s rodičem** se proměnil, panuje větší důvěra, dítě více komunikuje s rodičem, vypráví o skupině.

*... Taký příjemný, sice Klárka mi dělala takový trucičky, ale bylo to v pohodě. I když jsme to rozebírali ... já většinou když jsme jeli autem domů, tak se jí ptal, a co bylo na skupině. A někdy jsem něco zaslechla já, a tak jsem šťourala a někdy toho byla tak plná, že jsme sedli do auta a ona začala vyprávět, což bylo příjemný. Protože normálně člověk musel polehoučku. Takže celkem dobrý ... Dělá mu dobře, že sem chodíme kvůli němu, dostává pozornost... přijde za mnou s problémem, brečí.... Ale řekne mi to....*

#### c) **Osobnostní změna**, rodič si všímá dospění dítěte, vyrostlo, prošlo vizuální proměnou, někdy je samostatnější.

*... méně zapomíná, je s ním méně práce .... po dvou letech se dokáže osamostatnit .... Je pro něj i snazší loučení se skupinou, netrpí jím .... Je blíže realitě ....*

*T: No my jsme se shodli. U Klárky jsme se shodli, že u Klárky je největší vizuální změna. Když Klára přišla, tak ona byla další kluk v tý skupině. A když jsme jí viděli naposledy. A ta změna byla procesová, tak ona je teď holčička. Je růžová, má náušnice. Má náramky. A i to že jí někdo řekne, že jí to sluší. Tak ona říkala, že to je vzkaz, který nejvíc oslovil.*

**d) Sebeovládání, sebevědomí** dítěte, zvládání emocí. Rodiče popisují, že udělal velký krok, „zvládá šikanu“ – spíše ve smyslu zvládá provokace dětí, poštuchování, nereaguje tak prudce, nebere si věci tak osobně.

*...Mirek se naučil to zvládat ... opravdu udělal velký krok v tom vývoji, jako že si to nebere tak osobně, i když třeba přijde a brečí....*

*...U Tomáše je to v podstatě uvědomování si, nebo nacházení kompromisů v tom chování. Že jsou věci, kdy je potřeba zabojovat a prosadit si svůj názor. A jsou věci, kdy je potřeba a rozumné couvnout. Ustoupit druhému. To je jak v životě, tak v manželství. Jestli to má přínos teď konkrétně pro Toma? Chce se mi věřit, že ano, ale to bysme se museli zeptat jeho. Je pravda, že ze školy, nebo ze strany učitelky, nejsou nějaké v poslední době připomínky. Na jeho chování, tak určitě se to dá. Alespoň toto krizové chování se neobjevuje. Já vím, že tam měl nějak mávnout židli (dítě se dle verze školy ohnalo židli proti paní učitelce pozn.), kdysi, před paní učitelkou a ono se jí to dotklo, byť to nebylo tak myšleno ... Tak jako myslím, že Tom se zklidnil, v tomhle ohledu.*

**e) Lepší komunikace s vrstevníky.**

*... Já si myslím, že je klad'as. Někdy je to na něm moc vidět. Přijde za kamarádem, něco řekne neobratným způsobem... myslíš, že bych k tobě dneska mohl jít, že to člověka až nabudí na: ...nemoh a proč jako bys mohl...a v tom mluveným projevu je takovej vachrlatější. Ted' se mi zdá hodně vyladěnej. I paní učitelka doznala, že přestal zadržávat...*

**f) Zmírnil se odpor.** Překoná, že se mu sem nechce jít, nechce pracovat. V tomto ohledu panuje shoda rodičů i terapeutů. V terapii se jedná o přirozený jev.

*T: A fakt je, že nějakým dětem to trvá dva roky. Máme tam chlapečka, kterej sundal tu kapucu po dvou letech. A Klára sundala kapucu po půl roce. Schovat se za kapucu je jasný gesto. Ona ještě používala ty vlasy přes obličej...*

*... syn se vždycky těšil na skupinu. I když lilo nebo když byl nastydlej, tak dneska bysme nemuseli, ale on JEDU!*

*... Chodil sem Marek rád? Chodil. Ze začátku, že sem musim a takový. Ale pak se to tak nějak ustálil ... Ptal se: Jdeme na skupinu v pondělí? A když nejdeme, tak co se stalo?*

**g) Medikace a její dopad na školní povinnosti.** U menší části dětí je farmakologická podpora nezbytností ke změně nežádoucího stavu soustředění, pozornosti a celkového chování ve škole.

*...od té doby, co má ty prášky, zabraly, účinnost je znát, nemá tolik černých puntíků...*

**h) Zisk může být zároveň ztrátou:** Přetrvává „problém ve škole“. Někdy se dostává výsledek terapie do rozporu s požadavky školy („úspěšná“ terapie narazí na potíže ve škole: nelezení identity x konflikt s učitelkou např. když se holčička namaluje; lepší vztahy se spolužáky X horší známky; pochopení smysluplnosti pravidel, přizpůsobení se, pokud si mohu situaci vyjasnit a tak se děti ptají po smyslu aktivit x škola diskusi nepřipouští, chápe ji jako provokaci apod.)

*... T: děti chtějí i nadále znát smysl činností, jak se učí ve skupině, respektují pravidla, pokud vědí, k čemu jsou, není to provokace... škola však někdy smysl činností odmítá vysvětlit a dotaz bere jako provokaci... někdy je osobnostní změna v rozporu s dalšími požadavky školy....*

*... Jo celkem v pohodě, já myslim, že to na Klárce je hodně znát, ta změna. Já myslim, že to bylo jednak tou skupinou a jednak i tím souborem, že si tam našla takovou skupinu, oni tam jsou perfektní holky a i ty vedoucí. Takže se trošičku našla .... I když v té škole to teda katastrofa. Tam jsme se teď byli v pátek, takže zase jsme byli plný dojmů ze školy. Takže budem rádi, že budou prázdniny...(Dívka vstupovala do skupiny se zcela klučičí vizáží, odmítala komunikovat, chovala se negativisticky a ve škole až agresivně, klinická psycholožka uvažovala o poruše sexuální identity, po roce hovoří před skupinou i ve skupině, nosí dívčí oblečení i doplňky, začíná se malovat, potíže je, že zde dochází ke konfliktu se školou, která takové chování u dívek kritizuje pozn.)*

... No to právě mě třeba zrovna mrzelo. Když jsme byly ve škole, tak to bylo po skupině, kdy ona shodou okolností měla nový tričko. A to je tejdén, kdy se začala česat culík. Tak to bylo takový pozitivní. Já jsem z toho měla radost. A teď jsem zase viděla tu ránu z té školy. Nesmí se malovat. A pro ni jsou ty zákazy, že se zabejčí. Tak jsem si říkala: pro boha. Tak na jednu stranu jsme se tam bavili s paní učitelkou, tak jsem jí rozuměla. Malá holka, proč by se malovala, že pak ty ostatní holčičky se cejtěj, že musej taky být namalovaný. Že to dělá problémy. Tak jsem jí na jednu stranu rozuměla. Ale na jednu stranu pro tu holku je to krok zpátky. A jak dlouho bude trvat, než se zase dostane, tam kde je.

.... Ono to vytáčí tu paní učitelku. Ono jak se to řešilo, že napsali papír, že nebudou zlobit. Všichni se podepsali, jenom naše Klára se ptala, jestli to musí podepsat. To se řešilo na třídních schůzkách. Jediná Klára se zeptala, jestli to musí podepsat. Ta učitelka všechno bere asi víc jako provokaci. T: Já myslím, že v tu chvíli, kdy se to dítě zeptá slušně. Tak se opravdu může zeptat na cokoliv. A nám tady na skupinách, nevybavuji si situaci, kdy by se zeptala nějak nevhodně. Nebo kde bych v tom cítila nějaký podtext, nebo provokaci. Ze začátku se neptala vůbec, ale když se začala ptát, tak jsme byli rádi a jakoukoliv otázku jsme kvitovali, a bylo pro nás fajn, že má zájem. Ale nestalo se nám, že by se ptala nějak s nějakým záměrem.

**Posuny z pohledu dětí** aneb o čem mluví / píše děti při evaluaci. V polovině května děti pracují s metodickým listem „Časová osa: Jaký jsem byl v říjnu před rokem a jaký jsem teď? Co jsem se naučil ve skupině?“ (metodický list součástí modelu programu v závěru práce). Následující kategorizace třídí oblasti, v nichž se děti cítí jinak než před rokem.

**a) Sebeovládání:** odolávat provokování, nevšímat si toho, jedním uchem tam druhým ven, trpělivost, nenechat se vyprovokovat, jsem rozvážený.

*... Byl jsem: nevím .... Jsem: nevím .... Naučil jsem se: něco určitě, odolávat provokování, nevšímat si toho, jedním uchem tam druhým ven, puříky (relaxační místo s polštáři pozn.) ale nemám moc rád....*

*... Byl jsem cizinec a byl jsem pro všechny neznámý. Byl jsem agresivní. (proč jsi byl agresivní? Ptají se ostatní. „nechal jsem se vyprovokovat, vyvést z míry“) ... Jsem: O něco klidnější a trpělivější a mám kámoše....*

**b) Aktivita:** hry, ostrovy, puřici, malovat.

*... Naučil jsem se: moc her, hodně věcí, hlavně puřičky (jedna z aktivit na postřeh pozn.)... naučil jsem se ostrovy (jedna z aktivit), to je snadný, to maluješ....*

**c) Vztahy s vrstevníky:** lépe chovat ke spolužákům, dovednosti ve skupině: nesoudit lidi podle vzhledu a chování ve společnosti, naučil jsem se kamarádství, poslouchat ostatní.

*... Naučil jsem se lépe chovat ke spolužákům. Jsem šťastnější (nešikánují mě, neprovokují, berou mě do hry, pomáhají mě).... Naučil jsem se kamarádství...*

*... Byl jsem přecitlivělý, myslel jsem, že nedostanu žádné kamarády a přišel jsem, protože mi to doporučila školní psycholožka Katka. Jsem míň přecitlivělý, mám 4 nejlepší kamarády (děti ze skupiny chtějí vědět, kdo to je).... Naučil jsem se: Nesud' lidi podle vzhledu a chování ve společnosti (vysvětlil, že myslí jednoho kamaráda ze skupiny, který ho štvál a na konci se skamarádili) .... Neměl jsem rád Alberta, jak vyjekoval, ale společně jsme se skamarádili skrz Pokémony....*

**d) Přízpůsobit se školní normě:** být normální.

*... Vyruřoval jsem. Byl jsem málo pozorný. ... všechno se hodně zlepřilo....*

... *Byl jsem nenormální (na naši otázku, co to znamená: „nosil jsem každý den poznámky, to není normální, učitelka byla zasedlá, zlobil jsem jí, teď mám tak 3 poznámky za měsíc) ... Jsem: normální... Naučil jsem se být normální....*

**e) Emoce:** Jsem šťastnější, klidnější

... *Byl jsem málo šťastný. Jsem: super, cool...*

**f) Růstová změna:** Mít to za sebou, vyrůst, být velký a desetiletý.

... *Byl jsem: zdravý ... Jsem: zdravý. Změnil jsem se v tom, že mi vyrostly chlupy a že jsem o něco starší .... Naučil jsem se: něco, ale nevím co (zajímavé obrázky na ose, říjen - já s kulometem s nečitelným obličejem / květen - já usměvavý rytíř s vlajkou a štítem)...*

...*Byl jsem: malý a devítiletý ... Jsem: velký a desetiletý.... Naučil jsem se: nevím (škrtnuto), poslouchat ostatní.... Byl jsem: malý, nerozvážný ... Jsem: velký, rozvážný*

Zisky pro děti lze podobně jako zakázky rozdělit do následujících kategorií: sociální = vztahová oblast a oblast komunikace, osobnostní sféra (vlastnosti, sebeovládání), v menší míře se projevuje posun v oblasti školních dovedností a hodnocení (ten je u obou viděn hlavně na úrovni formálního hodnocení – méně černých puntíků, poznámek, rodiče jej občas dávají do vztahu s medikací) a děti oceňují nové činnosti, které se na skupině naučily.

Celkově lze konstatovat, že u dětí se zlepšuje **vztah k vrstevníkům**, adaptace ve škole, **komunikační dovednosti**, chování celkově, u dětí klesá míra běžné denní agresivity, **roste sebeovládání**. Posuny ve vztazích k vrstevníkům / s vrstevníky vycházejí významně i v kvantitativním hodnocení, vidí je rodiče, děti i učitelé. Děti i rodiče si u dítěte po roce působení ve skupině všimají **osobnostní / růstové změny**, dítě přirozeně zraje a zároveň je stimulováno skupinou (například k vyšší samostatnosti). Rodiče si u dítěte navíc všimají zlepšení po nasazení medikace (pokud byla nasazena) a poklesu odporu při docházce na skupinu. Děti naopak reflektují činnosti, jimž se v uplynulém roce věnovaly.

### VIII. 3. 2 Zisky rodičů

Jak hovoří o svých ziscích ze skupiny rodiče (píšeme rodiče, ale jedná se též o prarodiče a partnery matky, kteří žijí ve společné domácnosti) v pololetí a po roce fungování? Co si ze skupin odnesli? V čem naplnily skupiny jejich očekávání a v čem zůstali rodiče nedosyceni, co by ještě potřebovali? Jaká pro ně byla rodičovská setkání a jak se jim pracovalo při společných skupinách? Jsou z pohledu rodičů skupiny efektivní pro ně a pro jejich dítě?

Zdrojem této kapitoly jsou zejména rozhovory s rodiči a terapeuty. Některé efekty byly pro terapeuty po letité zkušenosti více méně očekávané a logické, jiné spíše překvapily. Ne každý rodič popisuje shodnou zkušenost, ale kategorie, které popisujeme v následujícím textu, pocítila v určité formě převážná většina z nich (zlepšený vztah se školou, společenský kontakt, relax, zklidnění, univerzalita, relativita, společný čas s dítětem, zdroj informací a osobní růst). Další kategorie zisků pocítuje jen část rodičů, jsou však významné pro terapeuty (vztah rodičů k medikaci, polarizovaný kontakt se školou – co vedlo k vyhocení, význam zapojení mužských aspektů v rodině, zlepšení vazby dítěte a rodiče a vyšší zainteresovanost některých učitelů).

#### 1. Společenský kontakt

Rodiče či prarodiče popisují, že na skupinách není nuda. Libují si, že přijdou mezi lidi (zejména pokud se cítí izolováni doma či na mateřské dovolené s dalším dítětem). Kladně hodnotí oddych, možnost vidět problémy druhých, vidět svoje problémy v jiném kontextu, slyšet jiné pohledy na věc. Je pro ně převážně pozitivní zkušeností, že se dostávají do nových situací, dělají nové / zábavné činnosti. Odpočinek, oddych, dobrý kafe, rituál, opakující se příjemný čas, bezpečí, styl vedení, který preferuje řešení toho, co přichází, bezprostředně a pravidelně v závislosti na momentální situaci, to jsou zisky, které rodiče popisují v první řadě.

*...je to dobrý, já jsem ráda, že tam chodím, protože mě to baví poslouchat, že ty lidi, každej si řeší něco svý ... Ty problémy se neopakují, není to nuda poslouchat....dobrý, takový oddychový, že člověk se zase dozví od těch druhých, jaký mají problémy, že člověk vidí sebe, jaký má problémy ... zase něco jinýho. ...no že člověk si z toho zase něco vezme novýho... pro mě je to odpočinkový čistě. Já z toho nic psychologickýho nehledám. Prostě odvedu Marka tam, a tam si dam čas a kafe a hodinu klábosíme. Máte dobrý kafe.*

*... Pro mě celkem fajn, já jsem byla spokojená. Já jsem měla možnost řešit si ty problémy průběžně, takže bylo možný konzultovat, co nás v tuhle chvíli trápí...*

*... Jo, odpočinkový, fajn, bylo to dobrý. Mně se to líbilo. Ze začátku k tomu člověk přistupoval, že neví, do čeho jde. Pak se to i synovi začalo líbit, hrát hry. To se mu doma taky nepoštěstí, ve škole to berou trošku jinak. Než aby si s nima hráli ...*

## **2. Univerzalita**

Jedním z nejvýznamnějších přínosů, které rodiče vnímají a na kterém se shodnou snad úplně všichni rodiče je tzv. univerzalita. Tento přínos rodiče popisují jako osvobozující zjištění získané při pobytu na rodičovské skupině, že někdo má stejný problém jako já, nejsem jediný na světě, jehož dítě má tyto problémy.

*... je to úleva, člověk si říká, že jsou i jiný problémy ...jak já to zvládnou, o no to je pro toho rodiče strašně těžký .... ty chlapy to berou asi i jinak .... měla jsem sice hyperaktivní dítě, ještě jedno, ale nebyly takovýhle problémy, já jsem měla strach aby se to nezvrhlo do nějaký agrese, protože on opravdu nechtěl chodit do školy, ale teď dělá všechno možný, abychom to zvládly.*

*.... tak pro mě je to taková úleva. Takže člověk si může postěžovat někomu ...nezávisle, nebo si říct, že jsou i horší. Člověk v tom není sám...*

*...Mě třeba hodně dalo, jak jsme chodili s těma rodičema, bylo zajímavý ... člověk si říkal, zeptat se dětí, co byste chtěli dělat (plánování víkendové aktivity). U nás je to problém. Jsme vymýšleli, co budeme dělat v neděli. A my jsme se neshodli. Takže přesně a to si člověk říká, ty naše děti jsou hrozný, ale já když jsem se bavila s ostatníma rodičema, tak oni říkali to je to samý. Já musím vymyslet program, vtáhnout je, ale ne jen děti, ale i manžela....*

*...Mně osobně? Když jdu tam odtud, tak jsem taková uvolněná. Musím říct. Jako že cejtim, že i ostatní maj takový problémy...*

*... mě spíš překvapilo, že ty rodiče mají úplně ty samý problémy. A že ty děti hlavně mi přijdou pohodový. Já když jsem viděla na tý skupině, já jsem si říkala, to jsou pohodový děti. Ten problém spíš je asi v tý komunikaci .... Třeba malej Martin ... to zase bylo jako úplně druhéj pól naší Kláry. Takovej dobrosrdečnej, povídavej, to jsem si říkala, proboha co tu dělá? To je ideální dítě....viděla jsem jiný typy dětí...*



### 3. Relativita

Zároveň s univerzalitou se objevuje relativizace hodnocení, tedy zjištění, že někdo jiný (nebo jeho dítě) je na tom ještě hůře, než jsem já (což je zjištění, o kterém hovoří všichni rodiče bez ohledu na objektivní stav jejich dítěte ve skupině). Rodiče jsou často překvapeni tím, že opačný protipól má také své problémy, že chování, které by si u svého dítěte přáli, není úplně ideální. Jejich pohled na vlastní potíže se tímto relativizuje.

*... To jsme se bavili párkrát (manžel vypráví o rozhovoru se svou ženou po skupině pozn.). Že můžeme být rádi, co máme, ty problémy ... jsou na tom bohužel i hůř, což zamrzí zvláště ty rodiče. Protože ty rodiče se v těch dětech hledají. Takže říkala (manželka), že jsme na tom relativně dobře.*

*...To bylo takové překvapení, musím říct, takový to, že na tom nejsme až tak špatně, jako se synem ... já jsem rád, co mám, protože je na to zvyklej. Ale když se na to člověk podívá, co mohlo být za problémy různé ...Já si myslím, že pro rozšíření obzorů je pozitivně vnímáno, aspoň z mé strany.*

*... Já jsem spíš poslouchala ty ostatní rodiče. Co jako povídali a tak nějak jsem si říkala, to snad není úplně nejhorší. Chvilkami je člověk úplně hotovej. Tak to je pak líp člověku. Jsou i jiný problémy...*

*... jsem si spíš občas říkala, tenhleten měl problém a zaplat' pánbůh, že tohle nemáme.*

*... Jo, odnes jsem si z toho hlavně to, že Jindra není sám, kdo je takovej nějaký extrémista, nebo prostě dítě takový, nechovající se v mezích normy. Tak jsem si říkal, ono tam těch dětí je osm. Každý má to svoje. V podstatě, zdálo se, že to mají i diametrálně odlišný, že jsou tam třeba děti, který zase za celý odpoledne na jakýkoliv dotaz řek jenom ano nebo ne. Tím to končilo. Oproti tomu u našeho Jindříška, kterýho, kdyby člověk nezarazil, tak tu hubu nezavře....*

*... Byl to pěkný pocit, bylo to o zase něco jinýho... ten celotýdenní rituál. A bylo to takový zajímavý i s téma rodičema. Člověk si říká, ještě to není nejhorší. Člověk si uleví. Takový pěkný to bylo s téma dětma. Ale i když se někdy zašprajcne a člověk by si přál líp s ním něco dělat ... na těch společnejch. Ale zase jsou tu ty maličkosti. Teď v sobotu jsme šli na celý den na koupák a on mi celý večer děkoval. Maminko, ty seš tak hodná. Tak to on umí dávat najevo tohleto.*

Univerzalita a relativita pravděpodobně výrazně přispívají k přehodnocení počáteční situace rodičem po ukončení terapie. Tento fenomén nazýváme v kvantitativní části tzv. vzpomínkovým optimismem rodičů a je prokázán na 3% hladině významnosti. Rodiče mají průměrně tendenci na počátku, když vstupují se svým dítětem do terapie, vidět problém jako více závažný, horší, než později při jeho zpětném hodnocení na konci školního roku. Týká se to zejména oblasti vztahů s kamarády, prospěchu a vztahu s učitelem. Jak vidíme na konkrétních případech, v kontextu vyprávění ostatních a možnosti vidět jiné děti „v akci“ dochází ke zmírnění frustrace z problému, rodičům se ulevuje.

#### **4. Snížení úzkosti, zklidnění, získání nadhledu.**

Tato kategorie je úzce provázena se třemi předchozími a je jedním z jejich následků. Příjemné, bezpečné, nehodnotící a podporující prostředí, v kombinaci s univerzalitou a relativitou vedou k tomu, že se rodiče zklidní a sníží se jejich úzkost z toho, že se jejich dítě nevyvíjí a nechová běžným a očekávaným způsobem. Již před lety jedna matka ze skupiny konstatovala: „já jsem se zklidnila a tak se zklidnila i situace doma a můj syn“. Nejde o to, aby byl problém bagatelizován, to není cílem. Cílem je naopak jeho přijetí s klidnou hlavou, zhodnocení jeho objektivní významnosti, stanovení si priorit toho, co mne opravdu nejvíce trápí a to poté řešit přiměřeně situaci. Tomu napomáhá i zdravý přístup rodičovských terapeutů, kdy je možné se některým krizovým situacím i zasmát.

*.... já se tam mam dobře, já vždycky odcházím taková povzbuzená. Necejtím se v tom, co prožívám, sama. Každá maminka tam něco prožívá ... a hlavně že se to dá řešit.... A zdá se mi to takovej zdravěj přístup od paní doktorky Vlachynský...a i od paní ředitelky. Že se tomu uměj i třeba zasmát. A řeknou, třeba že paní učitelka je studenej čumák. Že pro mě je ten náhled ...že to zlehčí, ale ne negativně. Že já jsem taková pečlivá a moc to chci dotáhnout. A pak jsem z toho taková...vnitřně vnapnutá, zbytečně asi. A takhle mi to přijde fajn. Že je to dobrej čas....*

*... Ze začátku jsem měla obavy. Jestli budu schopná před skupinou probírat osobnější věci. Ale vidím, že tam probírá každý něco....*

*... Byla jsem: mírně vyděšená, neinformovaná; Jsem: informovanější, trpělivější, „nad věci“; Naučila jsem se: trpělivost, nadhledu....*

*... Ale říkám, fakt jsem spokojená. A kéž by to tak pokračovalo. Člověk má zdvižený prst, protože když se něco daří, tak pak vždycky něco přijde. Takže já říkám, já teď jsem /jsme v pohodě ...*

*.... Měla jsem strach z jeho agrese a tady ho můžu sdílet. Postěžovat si, člověk v tom není sám, jsou i horší, řešíme tu hlavně aktuální potřeby, líbí se mi ta komplexní péče – doktor Paclt dělá ten výzkum, existuje speciální vyšetření (sliny, DNA, krev)... (spolupracující psychiatr specializující se na specifické poruchy chování a pozornosti pozn.).*

## **5. Informace a strategie při práci s dítětem**

Pátou kategorií zisků a potřeb rodičů jsou rady, nápady, pozvání externí odborníci a rady / inspirace získané od ostatních členů. Pro některé rodiče je jich dostatek, jiní by přivítali ještě další, nejsou jimi dosyceni (při rozhovoru dávají nápady). Některé nabízené principy se v rodinách dobře ujaly, osvědčily. Rady a informace se povětšinou týkají problematiky specifických poruch chování a učení, možnosti intervencí doma i ve škole, možností individuálních vzdělávacích plánů, návodů, jak s takovým dítětem pracovat. Probíhalo sdílení a burza nápadů s ostatními rodiči. Rodiče byli podporováni v komunikaci s dítětem, aby ho učili o situaci mluvit, podporovali pozitivní změnu. Rodiče a děti spolu komunikovali na společných skupinách verbálně i neverbálně. Při oddělených skupinách se rodiče většinou posléze ptají se na skupinu, co se dělo, co děti dělaly, mluví s nimi o problémových situacích.

*... To ani nevím co ještě dalšího. Mně přijde už to, že se tam řeší ty konkrétní situace a je tam ta invence paní ředitelky a paní doktorky, tak mi to přišlo dobrý. Mě tam osobně nic konkrétního nechybělo, ale je to o tom jestli se člověk otevře. Mě to chvíli trvalo, než jsem se usadila.*

*... já nevěděla, na co má dyslektik nárok. Na jaký vylepšování, nebo na nějaký...že prostě u Davida, že by měl jen půlku diktátu...a to paní učitelka řekla: napiš to celý...a to on aby jí vyhověl ...Takže kolegyně zmiňovala nějaký počítač, že má jen doplňovat...takže je tam naše nevědomost, na co ty integrovaný děti mají nárok. Jedna věc je, že něco je v knížkách ... nebo jaká je praxe se stejnou diagnosou u jiného dítěte. Já si nejsem jistá, že do toho vidím.*

... Dříve jsem byla výbušná, řvalo se, nic se nevyřešilo, takže radši odejdu, je to lepší – „zavři se do pokoje a až budeš v klidu, přijď“.... Zalez a přijď, až budeš klidnej ... přijď mi říct, co potřebuješ“ (využití techniky “ time out“, pozn.)

... Já jsem do dotazníku napsala. Já osobně, by mi bývalo sedlo, kdyby tam přišel nějaký odborník, který by mě naučil komunikovat s paní učitelkou, nebo nějaký rady pro děti s ADHD. Protože tam těch dětí s ADHD bylo víc. Takže nějaký praktický rady. Já když si něco přečtu tak to je jedna věc, ale praxe a zkušenost.

...Nácviky situací, to by bylo docela dobrý. My jsme s klukama něco takovýho i zkoušeli ...ale možná když by to bylo odborně vedený, tak mě by se to líbilo. Protože já jsem nevěděla kudy kam.

... Jo tak tyhle modelový situace, to by nebylo špatný

...no, ne nějaký donucovací prostředky...ale jak se zmobilizovat a jak začít přípravu do tý školy. My jsme to začali s těma pomůckama...jak byly od tý paní, já nevím, jak se jmenuje (externí pozvaná odbornice, co měla přednášku o nácviku pozornosti a SPU pozn.), ale prostě tak to se z toho člověk něco vzal, že teda vždycky musí ty děti, teda aspoň my, ano uděláme tohle, tohle a pak máš klid. A i když to udělal a řeknete si ještě dva příklady, tak tam už nemůžu jít. A že musím vždycky slíbit tohle a pak už nic a říct si to. A pak s doktorkou jsme se domlouvali na tom, že když spočítáš pět příkladů a je jedno jestli dobře nebo špatně, tak mu udělat čárku. No tak jsme si dělali čárky a v rámci toho jsem ho zapojila do domácích prací (jako přestávku například vynášel koš) ...

... Tak já jsem chtěla vědět tu výbušnost, ale já jsem na to přišla, že ho musím nechat bejt, že ho pošlu do toho pokoje, aby přišel, až se zklidní. Když jsem na něj přišla, jak se na něj musí. Že to násilím nejde. Něco lámat...

...Odpoledne, když máme zavedený rytmus. Uděláme úkoly, připraví se, tak bych řekla, že je to tak nějak. Třeba je tam nějaká nepatrná výhybka, že třeba přijde domů. Chodí sám domů. Tak smlouváme, abysme to nemuseli dělat. Ale zatím jsme to dovedli koordinovat a zvládáme to...

## 6. Vztah rodiče/ů k medikaci

Rodič, který přivádí své dítě do skupiny má často velmi rozporuplný či negativní vztah k medikaci dítěte. Rád by mu pomohl, nechce ho však „cpát nějakou chemií“, „tlumit a oblbovat“, bojí se vzniku závislosti. Někdy ho do medikace tlačí škola (!), která viděla posun u jiného dítěte, někdy ji nabídl psychiatr či psycholog jako jednu z variant úpravy potíží. Někteří rodiče o této možnosti vůbec nevědí.

Téma medikace se však dříve nebo později objeví u rodičů vždy. U některých dětí je toto téma zcela irelevantní a není třeba mu věnovat pozornost, v jiných případech je naopak na místě. To, co rodiče na práci ve skupině oceňují, je, že je jim usnadněna / umožněna komunikace s dětskými psychiatry, cítí více důvěry v terapeutky, se kterými se pravidelně setkávají, a jsou ochotni s nimi na toto téma hovořit a upřesnit si informace týkající se indikace či vyvážení míry medikace. V případě nasazení medikace (po speciálních vyšetřeních a spolupráci s neurologem či psychiatrem) pak někteří z nich pociťují výraznou úlevu.

*...já si myslím, že hlavně od té doby co má ty prášky, zabraly, účinnost je znát ...nemá tolik černých puntíků. Timhletím jsem to postřehla.*

*... Byli jsme spokojení. Začali jsme tam chodit od září (na dětskou psychiatrii pozn.). Dřív měsíčně, teď chodíme po dvou měsících. Ona říkala, že by možná byla pro, abychom zkusili i ten druhý Ritalin. Já nevím. Já jsem si říkala, že občas bych mu ho taky dala, že by byl takovej zklidněnej. Protože je vidět, že tu soustředěnost tam vydrží a i v té škole vydrží. Nemá ten problém, co měl vloni, kdy vyrušoval, chodil po třídě ...*

*... Z evaluačního listu jedné matky:Jaká jsem byla za začátku roku - Jak jsem to prožívala: byla jsem zoufalá, unavená a nevěřila jsem v nějaké sebemenší zlepšení. ... Nyní jsem: Celková situace se hodně zlepšila. Syn má díky poradně nasazenou medikaci, po vysvětlení jsem léčbu schválila a jsem ráda. ... Naučila jsem se: jsem se brát dítě, jaké je, a po vyslechnutí mám pocit úlevy. A vím, že nemáme problém jen u nás ...*

## 7. Osobní rozvoj, profit ze skupinového procesu

Rodiči cítí zisky i v oblasti svého osobnostního rozvoje. Mluví o tom, že i oni sami lépe komunikují, osmělí se, mluví před více lidmi, cítí se svobodně a mohou se otevřeně zeptat. Učí se principy skupinové terapie: sdílení a naslouchání, přijímají, že někdy je těžší, někdy lehčí se dostat ke slovu, a vítají, že poznávají ostatní – „někdy úplně jiné, třeba hodně introvertní lidi...“.

*... Mě osobně se to líbilo osobně. Jednak tu bylo hezký prostředí. Všichni ty lidi, celá ta partička, bylo to vynikající. Já jsem byl proto vyloženě radši. A já jsem sem chodil rád. Možná i z nějakýho společenskýho povyražení. Já takovej domácí typ, přivázaněj doma, hlídající vnoučata. A občas dojdoucí s plýnama. Možná i tohleto na mě příznivě zapůsobilo, že se tak dostanu do společnosti. Navíc, jak mě slyšíte, jsem ukecaněj. Tak mě těšilo, že se můžu vypovídat. Doma mě nikdo neposlouchá.*

*.... Pro mě to bylo dobrý. Mě to baví a těší a vůbec je to příjemný. Ale už jsem se dostala do jinýho stádia. Protože jsem začala chodit do práce. A už se soustředím na jiný věci. A nějak se to všechno uklidnilo. Dobrý. Mě se to líbí. Já myslím, že to je výborný. Já jsem to psala do toho papíru, že by měly ty terapie být především pro ty rodiče.*

*... Ne, ne, tak akorát je (rodičovská skupina) málo často. Rychle to utíká. To je zajímavý. Rodiče jsou různý, tak řešej různý věci. A ty odborný přednášky byly moc zajímavý. To se mi opravdu líbilo. To bylo supr. Tam byla vlastně ta kinezioložka a na ty poruchy učení. Tak to jsou zajímavý věci.*

*.... To mě přišlo super. Ale to povídání rodičů je taky super. To co mají doma jiný lidi. Taky tím jak jsem byla izolovaná na té mateřské. A mám kolem sebe jen ty mamky na mateřský. Tak teď jsem slyšela kolem sebe ty mamky s téma školákama. To jsem potřebovala slyšet. Protože kde jinde bych se pobavila s lidma, který mají takový problémy.*

*... Na začátku jsem byla rozčarovaná, že i nová paní učitelka usoudila, že je potřeba, aby syn navštěvoval skupinku. Domnívala jsem se, že za synovy problémy v minulém roce mohla z velké části bývalá paní učitelka. Na skupinku jsme se já ani syn netěšili. Byla to pro mě docela noční můra. Vzhledem k mé nespolečenské a nekolektivní povaze. Skupinka byla pro mě přínosem, „otrkala“ jsem se do jisté míry a přemohla ostych z vystupování před neznámými lidmi.*

## 8. Společně strávený čas s dítětem

Další oblastí zisků pro rodiče je více času stráveného společně s dítětem a to jak cíleně (na společných skupinách při společné činnosti, tak mimoděk tím, že rodiče pravidelně docházejí společně a pouze s tímto jedním svým dítětem na jedno místo (čas strávený před, po skupině, cesta autem, společné téma rozhovorů...)).

Společné skupiny jsou pak samostatným tématem, někdo je má rád, někdo vyloženě nerad. Většina však oceňuje, že jsou spolu s dítětem v situaci, kdy dítě např. „nemůže utéct k PC“ a „člověk si to vychutná“. Jsou „prakticky spolu“. Krom toho rodič zakouší mnohdy ojedinělou zkušenost „vidím ho mezi ostatními dětmi“, které jsme věnovali samostatnou kategorii (viz dále).

Dalším aspektem společně stráveného času je pak komunikace s dítětem, kdy ho postupem času rodič často učí o situaci mluvit, ptá se na skupinu, mluví spolu o tom, co kdo dělal, mluví o problémových situacích. Proces běží pomalu, na začátku děti o skupině nejsou zvyklé hovořit, poté mluví spíše o činnostech, až následně o vztazích a prožívaných emocích. Podíl je vymezen v kvantitativní části, kde je vypočítáno, že rodiči o skupině hovoří 82% dětí (ve škole jen 36%). Většina těchto dětí však více či méně sdílně popisuje činnosti (hra, technika), mnohem méně z nich sdílí se svými rodiči další témata, pouze 33% procent popisuje své emoce a vztahy s kamarády.<sup>142</sup> Dle kvalitativní analýzy rozhovorů se zdá, že se sdílnost dětí v průběhu zvyšuje.

*... Ale ze začátku než se rozpovídal, ptám se, co jste dělali, a on: hm, tak jsme si povídali ... co jste dělali? ... hm, jsme malovali*

*...on vždycky nastíní, ale neprobírá do hloubky, třeba tři věty, svůj úhel pohledu ... ale je takovej sdílněj, máme ten čas, než dojdeme domů, kde nás je víc...*

*... Ale jinak já jsem se od něj strašně málo dozvěděla. Co on ...musela jsem se ho ptát, co se mu tam líbilo...ono se mu tam strašně líbilo...ale co...no úplně...tak jsem ho citovala: že se dovedl krotit a že se snad poznal nový kamarády, že byl rád, že poznal nové prostředí...*

---

<sup>142</sup> Nabízí se několik možných interpretací, první je vývojové stádium dětí (na prvním stupni), kdy přirozeně inklinují spíše k popisu činností než k introspekci. Druhou příčinou je jedno z pravidel skupiny, kdy je stanoveno, že nikdo nevynáší citlivé informace o skupině mimo ni, a děti tím často argumentují na dotazy rodičů, jak a co bylo na skupině. Poslední hypotetickou příčinou je nedostatečná komunikace mezi rodiči a dětmi, která se zaměřuje převážně na popis činností než prožitků.

*... A včera ho vysloveně zaujalo, jak jsme si vyměnily role...pak když jsme šli nakupovat, tak jsem slyšela: dcero pojd' sem a podobně ...*

*... David chodí na společný moc rád a já vlastně taky. Jednou mu nebylo dobře a vyloženě jsem říkala, že nemusíme jít ... a on jdeme, jdeme. A vidím, že nám to oběma svědčí...*

*... Hravý, takový. Já si s ním taky nějak nehraju, že bysme plácali z hlíny, na to člověk nemá čas ani náladu. Tak to bylo takový odpočinkový....*

*.... A mluvili jste o dění na skupině? Jo jezdili jsme autem, tak jsme o tom brebtali celou cestu. Pak přišel z tréninku, tak ta skupina zase šla do pozadí, ten tejden.*

*....užitečný...tak člověk je třeba rád, když jsou s tím dítětem třeba ty vzájemný(společné skupiny), že s ním si jako, protože doma od vás to dítě třeba utíká, že pořád je počítač, nebo kamarádi...člověk si to vychutná, že člověk byl prakticky s ním ...no spolu...*

## **9. Vidím své dítě v akci s ostatními dětmi**

S předchozí kategorií úzce souvisí zkušenost, kterou získá rodič na společných skupinách: „někdy mě to těší, někdy mrzí, když vidím, jak se chová“. Pro některé rodiče je tato zkušenost ojedinělá a až poté jsou schopni objektivněji nahlédnout chování dítěte ve škole, neboť doposud ho znali pouze zprostředkovaně, tak jak jim ho popisoval například učitel. Tato zkušenost koresponduje s četnou zakázkou učitelů, kteří si přejí, aby rodič viděl své dítě v akci (mezi více dětmi při řízené práci). Učitelé doufají, že pak bude názor rodičů objektivnější a rodiče uznají, že dítě se chová v kolektivu skutečně problémově, opustí argument „ale tenhle problém já s ním nemám, takhle ho neznám, to si musíte vyřešit ve škole, já tam nejsem“.

*A jaký pro vás byly ty společný skupiny? No já jsem se těšila, ale na druhou stranu jsem byla zklamaná. Janek tam nějak komunikoval s ... Lukášem. A on věděl, že s Lukášem se může spustit, a byla jsem zklamaná, že si nenechá říct. Tak to jsem byla dost otrávená z toho. V uvozovkách.*

*.... Ale bylo vidět, on tak reaguje on, když má u sebe živějšího chlapce, tak on se toho chytne, nemá problém, v tu chvíli se chová tak, jak se projevuje se vším všudy.*



*... Mně se to líbilo. A Danovi asi taky. Víím, že některý maminky z toho měli: je společná. Někdo to nemá rád. Třeba se bojíte těch reakcí. Že jste najednou v té konfrontaci, že se to dítě dělá to, co se mi nelíbí. A člověk se musí krotit, jo, že tam to máte na paškál vy ... ale mě to přijde zdravý, aby to viděli. Třeba ta keramika byla dobrá. Protože málokdy se s ním rodič dostane do takové situace. Doma těžko vyšetříme čas, abysme něco tvořili....*

*...Tak my spolu vycházíme vcelku dobře, úplně. Až na výjimky, kdy skutečně dělá problémy, až mě někdy překvapilo, čeho je schopen, protože já ho tak neznám. Až když jsem slyšel, že to udělal. Nemůžete říct, ne, to by Pavel neudělal. Zás takový rodič nejsem, že bych se ho zastával do krve...*

*... Mirek se na to vždycky hodně těší ... ale zrovna včera mi přišel, že skákal vám do řeči, komentoval, když jste říkali, co se bude hrát ...tak jsem na něj byla...ono mi přijde, že se začal cejtit dobře a rozvolnil se. A že možná si dovolí víc...*

## **10. Polarizace důvěry a vyjasnění vztahu se školou / učitelem**

Smíření se školou nebo změna školy – vyčištění a rozkrytí situace ve vztahu rodiny a školy, polarizace důvěry byla dalším popisovaným efektem. Jak rodiče do své skupiny přinášeli různé situace z kontaktu se školou a jak se poradenská psychologové PPP intervenovali v průběhu roku ve škole, došlo většinou k polarizaci vzájemného vztahu rodiny a školy tam, kde byla dříve situace nejasná. Někde došlo ke zlepšení komunikace, často však také k ukončení spolupráce. V některých případech již byl vztah učitele a dítěte tak vyhrocen, že se rodič rozhodl pro změnu školy a poradenský psycholog mu pomáhal hledat vhodnou třídu. V části případů pominula zakázka na straně školy (v čem je dítě pro školu problematické) i tím, že její do skupiny doporučila/ někdy „dohnala“ předchozí paní učitelka (z loňského roku), která poté odešla/ byla vystřídána. S novou paní učitelkou již se potíže nevyskytují nebo jsou méně významné. Jinde je situace tak vyhrocena a škola se tak dalece chce žáka zbavit, že tlačí, nabízí lepší posudek, slibuje, že žákovi nedá dvojku z chování, jen když dítě přestoupí jinam.

Tato oblast změn, která se ukázala jako velmi významná (až na úrovni centrální kategorie, která se dále větví), nebyla obsažena v rodičovských ani dětských zakázkách. V učitelských zakázkách se objevila také jen touha po nápravě rodiny, ale spolupráce rodiny a

školy se jako problémová nejevila. Proto i v samotné analýze byla její významnost do jisté míry překvapením. Zároveň se stala silným argumentem pro nezbytnost multisystémového přístupu, zahrnutí všech zúčastněných (dětí, rodičů i školy). Na tomto poli se poradenský psycholog často stává mediátorem komunikace mezi rodinou a školou, není tedy již pouze diagnostikem a následným ročním psychoterapeutem dítěte či jeho rodiče, ale také prostředníkem ve vyjednávání. V tomto je poradenská psychologie velmi specifická a mnohost rolí v sobě přináší celou řadu výhod i úskalí.<sup>143</sup>

S problematikou vztahu rodiny a školy a jejich vzájemné důvěry úzce souvisí hodnocení učitele rodiči. V úryvcích lze zaznamenat, co je pro rodiče na učiteli a na jeho vztahu k dítěti významné: spravedlnost, bezprostřední komunikace, lidskost, osobní vztah a zájem, vypracování a dodržování IVP (individuálního vzdělávacího plánu), respektování projevů diagnózy, spolupráce s ostatními odborníky. Náhle se objevila celá řada specifických kategorií toho, co vše rodič hodnotí a čemu přikládá význam<sup>144</sup>. Na skupinách si pak celá řada rodičů vyjasnila, co je pro ně důležité a jaký je vlastně jejich vztah k učiteli a ke škole<sup>145</sup>. Tento vztah se následně polarizoval: někdy se zlepšil, jindy vyhrotil a rodič usiloval o změnu vyučujícího či školy. Tyto kvalitativní postřehy korespondují se závěry kvantitativního šetření<sup>146</sup>, kde byla zaznamenána zvýšená fluktuace dětí ze skupiny (časté změny školního prostředí cílené i zdánlivě náhodné).

---

<sup>143</sup> Role mediátora je významnou funkcí školních a poradenských psychologů, pro srovnání: ŠTECH, S. Profesionální identita školního psychologa. *Pedagogika*, 1998, roč. 48, 3, s.257 -264; ŠTECH, S. Sonda do profese školního psychologa v ČR. *Pedagogika*, 2001, roč. 51, mimoř.č., s.47 – 55.

<sup>144</sup> Možné porovnat s tím, co na učitele považují za významné děti - u dětí vítězí v pozitivním hodnocení též učitel spravedlivý, připouštějící dvojitý výklad konfliktních situací (učitel vyslechne verzi dítěte, věří mu, přihlídně k němu), nenálepkující (učitel nehází na dítě vinu automaticky), sympatický se smyslem pro humor a ten, co dobře (zajímavě, srozumitelně) vykládá, může být přísný. Na základě tohoto se děti například rozhodují, zda po učiteli „půjdou“ (budou mu ztrpčovat život, ignorovat ho, škodit mu) či zda ho přijmou a budou respektovat.

<sup>145</sup> Učitelé pro srovnání oceňují snahu rodiče, docházku do skupiny („něco pro to dělá“), spolupráci s PPP, často vyzdvihují medikaci dítěte.

<sup>146</sup> Významnou okolností se jeví, že 30% dětí z prvního stupně změnilo v posledních dvou letech školu, a 45 % rodičů mluví o tom, že se změnil učitel jejich dítěte a že tuto změnu uvítali. Vzhledem k tomu, že hovoříme o skupině dětí, které podstupují psychoterapii z důvodů adaptačních a komunikačních obtíží a které se obtížně soustředí a hůře reagují na změny, vidíme tuto nestabilitu školního prostředí jako vysoce rizikový faktor. 33% rodičů se v průběhu terapie vyjadřovalo o problematice až konfliktním vztahu mezi nimi a školním systémem, vyučujícími. Adaptace dítěte s výše popsanými problémy ve školním kolektivu je náročná a přináší celou řadu konfliktních témat a vzájemného obviňování mezi rodinou a školou. Lze však vyslovit i hypotézu o genetických dispozicích dítěte a tvrdit, že někteří rodiče těchto dětí též sami obtížně komunikují s okolím, hůře se adaptují na změny a jsou tedy potenciálně konfliktnější.

## Co tedy rodiče považují za významné a co ovlivnilo polarizaci jejich vztahu ke škole?

### a) Vztah, osobní kontakt učitele s dítětem

Rodič velmi oceňuje a vysoce hodnotí, pokud má učitel k jeho dítěti osobní (někdy až mateřský, citlivý, chápající) vztah. Pokud tomu tak není, snaží se o vysvětlení a mnohdy následně i o změnu vyučujícího.

*... teď zrovna rozsadila Matýska a toho kluka, ono se to o něm ví, že zlobí. Takže ono se mi líbí, že tady ta učitelka Matýskovi víc naslouchá a hlavně ona ho má hrozně ráda, což říká otevřeně. A vidím to na ní, že ho má ráda. Ona mu říká, že je její sluníčko. Je k němu hodná. Takže to si myslím, že pro něj důležitý ... individuální hodina a jemu individuální hodiny seděj, on by potřeboval opravdu jeden na jednoho a byl by šťastnej. Když je 30 dětí ve třídě tak to je pro něj tragický...*

*... učitelka to ohlíдалa, ona je dobrá, dává na to pozor (zná dítě, minimalizuje problematické situace pozn.)...*

V pololetí matka vypráví příběh o paní učitelce a jejím vztahu k synovi:

*... že ona sama uznala (výchovná poradkyně pozn.), že si nesesdli. Je to i z paní učitelky, že to asi neříká, ale to tam. Tam vlastně šlo o to, že Pepa byl ve školce strašně spokojenej, že měl ve školce takový samý srdečný paní učitelky, že pro něj byly takový víc čitelný. A on je takovej, i jakože potřeboval takovýto povzbuzení, nebo takovýto postrčení, a takový: to bude to dobrý, jdem do toho.*

*A on tam tu srdečnost teď postrádá. Paní učitelka...její přístup je optimální, teď jsou v pátý třídě, ale v první třídě to pro něj bylo neosobní...on hledal tu pozornost...to já nechci zlehčovat, to on tam ty indispozice má...a nám přišlo, že byl nešťastnej a nebyl pochopenej. On kolikrát vyběh pro něco, co třeba někomu spadlo, a něž by se to usměrnilo, tak že to ruší (paní učitelka hned napsala poznámku pozn.) ...a přitom on to myslel dobře ...*

*... no, jako že jsme naráželi na takový sice maličkosti...ale pak tam odešel jeden kluk kvůli šikaně. To tenkrát byl ... no prostě odešel. Maminka to velmi resolutně vyřešila ... a odešla s tím klukem. A my jsme měli občas s Pepou, on mi nic neřekl, ale že zažíval, že se mu děti smějou, že nezvládal takový ty přetlaky. Že byl lítostivej, že se někdy rozbrečel ... něco, co nevyřknul...myslim, že tam něco mohlo bejt, ale jako fyzickým ne ...myslim, že se tam nepracuje dobře právě s tím, když někdo je jinej, třeba v něčem pomalejší, takže by ho paní*

*učitelka měla pochválit, že třeba je v něčem dobřej ... někdo má to citění a ten vhléd a někdo to bere tak jinak...no. Takže tak.....*

*...já jsem se s ní před 14 dny potkala a nemůžu říct, že když se potkáme...my když se potkáme...tak mam pocit...já vim, že má k Pepovi určitej vztah...já vim, že je praktická, věčná. Tu třídu má srovnanou. Akorát mě trošku mrzí, že jakoby třeba konkrétně ten náš Pepík. Dobře má tu dyslexii, ale že jakoby ho víc vnímala jako bytost. Že kdyby to chňapla za jinej konec. Tak jemu to půjde líp. A jí ta komunikace půjde líp. Jo když se mu podá prst ...tak zobe z ruky. Třeba ve srovnání s mím druhým klukem je v tom Pepa zlatej.*

Po rozhodnutí pro změnu vyučujícího na konci roku (chlapec jde na 2. stupeň) matka říká:

*.... Já jsem pět let žila v domnění, že to tak není. Opravdu jsem si uvědomila, v jakým jsme byli presu. Protože pořád bylo něco špatně. Jedinkrát jsem neslyšela chválu a tak jsem přejala z části, já ho viděla doma jinak, tak možná že tam se chová jinak. Chvilka jsem začala upadat v takový ...jak to teda je. A vlastně...*

*... Speciální pedagožka v poradenským centru mi naznačovala, že něco není úplně...ale je to pod jednou střechou, takže nemohla být tak otevřenější jako dr. Vlachynská, nebo ředitelka. Že jste mi to pomohly rozkrýt a uklidnila jsem se za ten rok. Byla jsem úplně vyklepaná ...Takže s námi tak... a doufejme, že i Pepík se trošku otřepe a že to chytne za správný konec.*

*On je pak takovej nejistej a neví. A mamí: jak to mam napsat. Dyť si šikovnej, neboj se toho. Jo, že tam nebyla pozitivní motivace, že pořád je něco špatně. A on sám to pak hodnotil: ale mamí ony některý děti ví, že jsem hodnej, ale paní učitelka mě má zaškatulkovaného v tý hromadě jiných dětí a já se z toho nemůžu vymanit. A to mi přijde demotivující. I když bych se sebevíc snažil, tak k čemu mi to je. Já nepopírám, že má poruchu pozornosti ... občas taky lítá. Ale že to je normální. A tak jsem ráda.*

## **b) Přístup bez nálepkování, čerstvý start v novém kolektivu**

Rodič oceňuje a je pro něj rozhodující, aby škola dítě nenálepkovala, aby vůči němu neměla předsudky, a bojí se, že se dítě „špatně zapíše a pak už se to s ním potáhne“. Čerstvý start v novém kolektivu či s novým pedagogem má své výhody, opakovaná touha po něm však může vést k přílišné fluktuaci, která již tak problematickou adaptaci dítěte nikterak neusnadňuje. Někdy je též zdrojem změny časté střídání pedagogů ve vedení třídy, přestože se jedná o děti na prvním stupni základní školy.

... ja si myslim, že mu to dělá docela dobře, že má takovej fresh start (dítě je v nové škole po doporučeném přeřazení pozn.), že může začít nanovo a že nejsou zajetý ty koleje...

... Já bych to uzavřela tak, že zaplat' pánbůh je červenec. A příští rok záleží na ní, budou se střídát učitelé. Tak je to na ní. Uvidíme. Ale prvotní je, že snad jí z toho sepne, že pokud bude mít svoje věci v pořádku, tak po ní nikdo nepůjde.

### **c) Respektování diagnózy a IVP**

Pro rodičův vztah ke škole je podstatné, aby učitel znal diagnózu dítěte, měl o ní informace, respektoval její specifikace a snažil se dodržovat individuální vzdělávací plán, přizpůsobené podmínky vzdělávání, pokud byly dítěti navrženy.

T: ... jak se vám komunikuje s tou novou paní učitelkou?

...dobře, teďkon jsme byli u pana doktora...takže teď jsem byla u ní pro nějaký sešity skrz Martina, tak bych řekla, že dobře, že se k tomu postavila...oni navrhovali, já nevím, tu důtku (ostatní učitelé za zapominání a vyrušování při hodině pozn.), nebo něco takového.. .a ona se sama postavila, že ne že on je nemocnej...

T...jo, takže přihlíží k tomu opravdu...

K...opravdu...tak si myslím, že ze začátku nevěděla, tak si myslim, že to je věc dobrý komunikace...

...jo a dneska zase říkal...jo tenhle kluk mě začal provokovat...já říkam: jo a co paní učitelka, viděla to? ...jo viděla a řešila to...jojjo mami v pohodě, takže to je skoro každodenní debata. Abych ho tím prostě povzbudila, že vidí od té učitelky, že ten vztah tam je. A že on musí taky...

K... jo že se o něj fakt zajímá a že mu pomáhá

... protože ta paní učitelka zjistila, že on je takovej, že když si ho někdo vyhlídne, že on je takovej (nechá se snadno vyprovokovat, agresivně vybuchne pozn). A on vycejtí, když ho má člověk rád.

... Nicméně prostě nepracoval. Paní učitelka říkala, že když sedí vepředu, je to ještě horší. No prostě bylo to takový, že jsme neustále řešili tyhle problémy. Takže nakonec jsme skončili v pololetí se 4 z matiky. Potom paní doktorka po té naší návštěvě. Že by pro něj byl ten zvláštní individuální plán. Nicméně to zůstalo v týhle formě. Jakub v tý matematice plaval.

*Měl nějakou takovou šanci, ač jsme se doma učili, mi bylo řečeno, že on to nezvládá. Atd. atd. Ale na tu hodinu s asistentkou tam nebyl. Chodil tam čím dál tím míň. Takže se vytvořila taková atmosféra. Jakub paní učitelku nemoh. Nemohli si sednout. Takže tam už nebylo jiné zbytí. Takže jsme čekali co a jak. Jestli dostanou někoho jiného. S tím, že já jsem byla s kontaktu s doktorkou Rejtrmanovou. A byla nám doporučena návštěva doktora Paclta. Tu jsme absolvovali v září. Výsledek je že Jakub bere ritalin. Ve škole se zlepšil. Učitelka na matiku, říká, že z toho měla obavy, a teď když jsme měli třídní schůzky, tak z něj byla nadšená, že se snaží. Je fakt, že trochu pokulhává, ale snaží se a ona to dovede ocenit. Takže taky z toho měla obavy, 28 dětí a takovýchle problémy. Tak jsme byli zvědavý, jak to bude fungovat, ale zatím v pohodě....*

*.... To mě říkal Milan, že ve škole se hlásí pořád, aby věděla, že něco umím a paní učitelka už mě nevyvolává, protože si myslí, že si z ní dělám srandu. Že on už kolikrát i vykřikoval a ona mu dala poznámku, že ruší...*

**d) Komunikace, důvěra, přenášení informací, bezprostřední řešení problémů (často přímo ve škole, nepřenášet je na rodiče)**

Rodič ocení, pokud učitelé nečekají, až se problémy nahromadí, ale řeší je s ním bezprostředně, flexibilně komunikují, informují ho. Významné je respektování rodiče jako partnera, který není pouze kritizován a zostouzen, že své dítě špatně vychovává. Atmosféru spolupráce rodiče vyzdvihují a jsou pak ochotni více se školou kooperovat. Často by si přáli, aby učitel řešil přestupek dítěte na místě - ve škole a nepřenášel řešení na ně, například formou poznámky „Lukáš dnes opět vyrušoval a nedával pozor. Domluvte mu.“ Rodič domluvu přislíbí, ale má pocit, že s časovým odstupem (poznámku čte večer či další den) již nemá jeho intervence účinek.

*... teď bych řekla, že vycházíme výborně. Ze začátku to bylo takový že vlastně nevěděla...ona se sešla s tou paní učitelkou, co měli před tím, ...ona chtěla ...no mě stačí jenom říct a já to řeším ty problémy...nemá se to odkládat, čím dýl, tím hůř a ona byla úplně spokojená a tím úplně změnila...a pak řekla...no a podala mi i ruku .. .v pohodě ..... já jí říkam cokoliv...*

*... už od začátku jsem paní učitelce řekla, že Martin...a že kdyby cokoliv se dělo at' mi zavolá, že to spolu vyřídíme ...a fungovalo to? ...fungovalo....*

... no od začátku roku dostal novou paní učitelku a ta ho neznala. Takže to bylo takový nějaký jiný. On udělal pár seků. To ona nevěděla, co se děje, ale pak přišla a řekla: no vy vlastně chodíte na to sezení a to je dobře. Byla ráda.

...jednou za čas pan učitel napíše:dneska nedával pozor... já to teda cejtim, Milanovi bych to neřekla... ale co já s tím mam v deset večer dělat, když mi napíše, že Milan nedával pozor, to maj řešit ve škole...

#### **e) Zpětná vazba ze školy, formální hodnocení**

Rodič je samozřejmě rád, pokud i oficiální zpětná vazba a formální hodnocení ze školy je pozitivní (nebo žádné, to je chápáno též jako pozitivní: není zván na výchovnou komisi, nejsou stížnosti, poznámky).

... Jakub je spokojený ve třídě, nemá žádný výchovný problémy. Nemáme žádnou poznámku. Takže v pohodě....

...to snad ne, sem říkala, že počkáme na vysvědčení, zatím on si nestěžuje, žádnou reakci od pana ředitele nemáme, tak jako zatím se mi to nechce řešit, když nevidím za tím konflikt.

... Vidí nějaké změny paní učitelka? Ona si myslí, že tam změny jsou. Já jsem potřebovala podporu, protože jsem tam sama změny nepozorovala. Mě osobně skupina připadá málo, jednou týdně, mezi tím občas nemůžeme. Pak do toho skočej vánoce. Říkám, co to může mít za smysl. Nevidím v tom smysl. Že by se to nějak odrazilo v jeho prospěchu. Paní učitelka tvrdí, že jo...

... Myslim, že teď (na konci školního roku pozn.) jsme na tom v celku normálně. Nemáme žádnýho učitele, který by nám vysloveně pořád poslal nějaký psaníčka. Že si na ně tak nějak zvykli.

... Stěžuje si na něj (paní učitelka třídní pozn.), že nechce poslouchat a taková ta naše furt písnička, kouká z okna, nevnímá, ale taky říkám, asi si na sebe zvykli, že se to tak nějak opakuje, a že se to vylepší.

**f) Jasná pravidla, spravedlnost, význam aktivit a vyvolání zájmu u žáka způsobí, že dítě ve škole dobře funguje. Rodičům se nelíbí nebezpečí dvojího výkladu různých situací.**

Rodič podobně jako starší děti potřebuje, aby se mu škola jevila jako spravedlivá instituce, kde platí jasná a srozumitelná pravidla. Preferuje, aby učitel dokázal dítěti zprostředkovat význam aktivit, které spolu dělají, a uměl jej zaujmout. Poté by celé řada potíží dle názoru rodičů vymizela a dítě by dobře ve škole fungovalo. Pokud nastanou nejasné situace (například dvojí výklad nějakého konfliktu), přeje si rodič, aby jeho dítě bylo spravedlivě vyslechnuto.

*... když jsem se s ním učil matematiku, násobilku, protože mu to nejde, tak jsem se to s ním učil a on mě furt vytrvale tvrdil, ale k čemu mě to bude. Že uvažuje, když jim dává učitel výuku, že uvažuje o to, jestli to má pro něj jasnej význam. Proto možná kouká z okna, když myslí, že to je hloupost. A tím pádem tomu nevěnuje pozornost...*

*.... To jsme bojovali, to první pololetí. On je takovej... nesoustředěnej. A druhý pololetí nemá horší známku než tři mínus. Protože oni začali brát lidský tělo a to ho baví. Takže tam nasbíral jedničky. A pak si řek, že si to nepohorší. A na konci školního roku má jedničky, maximálně jedna mínus.*

*... Kačka nám tvrdila, že si nesmí, že si namalovala nehty. Tak nějaký lehký makeup. A že paní učitelka řekla, že tohle ne. Tak začala studovat školní řád. Jestli to tam je ... Tak říkám máš pravdu. Tak jsme nastudovali školní řád. Tam nic takovýho není. Tak jsme se šli zeptat. Abych to nějak vysvětlit. A paní učitelka se nám vysmála, že tam jdeme pro takovou prkotinu. Že o tom to není, ale že kačka neměla domácí úkol. A tam vzniknul problém, že jí poslala se umýt, když má čas se malovat a nemá čas na úkoly... Ne, tam právě nedošlo k tomu vysvětlení. Káťa přišla s tím, že se nemůže malovat. To bylo to první, co si odnesla. A potom my jsme to řešili a zpětně ve škole jsme se dozvěděli, že prvotní problém byl, že neodevzdala úkoly. A k tomu se nachomýtl paní ředitelka. A to asi ani učitelka nevěděla, protože po škole ho ukazovala paní ředitelce hotovej (ten úkol). Takže paní učitelka ani neví jako, kdy ho dělala. No ale bylo to s odůvodněním s tím, že úkoly zvládne udělat, ani nevíme kdy. Tak že at' jí netvrdím, že úkol z matiky děláme dvě hodiny...*



## **Co jsme se tedy dozvěděli o ziscích rodičů po roce stráveném ve skupině?**

Rodiče souhrnně pociťují posun v deseti oblastech: získali sociální kontakt, pocítili univerzalitu a relativitu svých potíží a následné zklidnění, obdrželi informace a osvojili si některé strategie zvládnání dítěte, někdy se změnil jejich vztah k medikaci (většinou u dětí, kde to psychologové považovali za nutné, ne u všech), strávili s dítětem více času, více s ním komunikovali a viděli jej v interakci s ostatními. Docházka do skupiny přispěla též k jejich osobnímu rozvoji. Ve většině případů se pak také polarizoval jejich vztah ke škole a učitelům a to v pozitivním i negativním slova smyslu.

Kategorie vztahu se školou nabyla předem neočekávaného významu a ukázala se pro rodiče dětí ve skupinách v poradně na Praze 6 jako velmi důležitá. Na to, jakým směrem se bude tento vztah vyvíjet, má vliv z rodičovského pohledu šest základních okolností. Pozitivnímu rozvoji vztahu ke škole napomáhá prezentovaný osobní vztah učitele k dítěti (lidskost a srdečnost), nenálepkování dítěte (vyvarování se předsudků), respektování jeho diagnózy a navrženého IVP, vzájemná komunikace a bezprostřední řešení problémů, pozitivní (či žádná, chápána jako pozitivní) zpětná vazba ze školy, jasná pravidla, srozumitelnost a spravedlnost v řešení konfliktů. Naopak absence některých těchto prvků vede rodiče ke kritice školy a někdy až ke snaze změnit školu či vyučujícího. Někdy tento zásah dítěti pomůže, časté střídání však zhoršuje jeho už tak obtížnou adaptaci a roztáčí začarovaný kruh.

Nechceme postupy rodičů ani školy hodnotit, pouze je popisujeme a vnímáme, že komunikace rodičů a školy je mnohdy obtížná a rodič je v této komunikaci náročným (nárokujícím) partnerem. Často prožívá smíšené pocity, rozumí náročnosti učitelské profese, ale nesouhlasí s přístupem k vlastnímu dítěti, mnohdy otevřeně kritizuje. Vztah rodiče a školy se objevuje jako zásadní okolnost toho, zda dítě prospívá či neprospívá, zda jsou jeho objektivní potíže vnímány jako problematické či jako zvládnutelné (a také zda je poslán do terapeutické skupiny či nikoliv). V naší analýze se tato kategorie objevila jako překvapivě velmi významná pro většinu rodičů. Rodičovské vnímání vztahu učitele k dítěti je zásadní při polarizaci jeho vztahu ke škole, ke kterému na skupinách dochází ve velké četnosti. Tento rodičovský zisk „vyjasnění vztahu ke škole“ může nabývat obou polarit.

## VIII. 4 Terapeuticky významné momenty

### Další okolnosti a témata, která se ve skupinách objevila a ukázala se jako podstatná pro terapeuty

Kromě již zaznamenaných zisků na straně dětí a rodičů, vyzdvihují terapeuti ještě několik dalších terapeuticky významných okolností, které se jim jeví jako podstatné při změně problémového chování dětí za skupin. Zdrojem těchto informací jsou rozhovory s terapeuty a zápisy z intervize a supervize.

#### a) Mužský prvek v rodinách - zainteresování mužů

Jak již bylo řečeno, většinu složení dětských skupin tvoří chlapci a jejich doprovodem jsou z valné většiny matky. Otcové či dědečkové jsou převážně výjimkou. Do komunikace se školou či s poradenskými institucemi jsou rodinami vysílány hlavně matky. V případě očekávaných problémů (náročné třídní schůzky, výchovná komise, pohovor o problémovém chování dítěte) ve škole matka většinou přiměje partnera, aby ji doprovodil. Do poradny otcové moc nedocházejí a často argumentují tím, že nemají čas (pracovní důvody), někdy matky popisují, že otec na „tyhle psychologické věci“ moc není, někdy otevřeně, že jim nevěří (nebo se jich obává?), jindy si postěžují, že se otec na výchově méně podílí („on to s tou školou řešit nemusí“, „on už tam odmítá chodit“) či že „on s dítětem problém nemá“, jeho poslechne. Tohoto argumentu se terapeuti často chytají s tím, že by bylo moc fajn zjistit, jak to dělá, požádat ho, aby se o úspěšnou strategii podělil.

*... Jestli manžel přijde, nevim, je časově hodně zaměstnanej, chlapi se k tomu stavěj trochu jinak, ale na společný práci by to mohlo být zajímavý, mámy často nemaj podporu od chlapů, ten můj už tam odmítá chodit (do školy pozn.)....*

*... Myslím, že manžel přijde, ale je to takový nemluva, možná mě překvapí, ale se synem jsou parťáci...*

V každém případě se terapeutický tým v tomto modelu rozhodl pro větší aktivizaci mužských členů rodin, nejdříve je vyzýval k docházce na „dospěláckou“ skupinu a někteří matky skutečně alternovali. Hlavními aktéry byli otcové, v jednom případě se podařilo zainteresovat dědečka, jednou otčima. Zároveň byla dlouho dopředu avizovaná tzv. mužská skupina (popis lze nalézt v samostatném popisu modelu programu PPP 6, avizováno v pololetních rozhovorech, v harmonogramu a na obou skupinách řešeno jako téma,

přítomnost matek zakázána). Téměř u všech se podařilo zmobilizovat nějakého muže v rodině (děda, otec, bratr), pokud dítě nemělo mužský doprovod, pracovalo s mužským terapeutem. Téma setkání bylo ideální mužský den nebo ideální den s tátou, bráchou (pro 3 dívky na celkem obou skupinách), cílem byl společný reflektovaný prožitek, motivace a „zlidštění“ poradny – „potevření dveří“ pro otce. Výsledkem bylo, že skutečně několik otců pak alternovalo matky častěji a možnost vidět děti v komunikaci s otcí, bratry a dědečky přineslo do terapie nové posuny.

*... No manžel dlouho byl takovej, že jo, ale já ho znám, že není úplně na takový ty hry. A Pepa byl rád, že s ním táta vyrazil. A mluvili o tom. Oni přišli. A manžel říkal jo je to tam příjemný a děláte dobře, že tam chodíte. Takže to tak jednou větou...*

*...Říkal, že dobrý, on to moc nekomentoval. Já jsem strašně ráda, že šel. On si myslí, že je zaangažovanéj do výchovy dětí, ale na americký měřítko. Tady ne. Tak jsem byla ráda, že bez odmlouvání šel a že to aspoň viděl. On říkal, že je rád, že tu byl.*

*... Oni vůbec to nerozebírali. Já jsem nechtěla šťourat. Ale Martínek byl pyšnej. Takže dobrý. Já jsem ráda, že to aspoň jednou viděl, tak to tu funguje.*

## **b) Vztah rodiny a školy**

O vztahu rodiny a školy již zde bylo napsáno mnohé, což není třeba opakovat. Síla a významnost tématu vztahu rodiny a školy pro rodiče dětí s poruchami chování a adaptace byla do značné míry překvapením. Z pohledu terapeutů je však významné také to, že i někteří učitelé změnili svůj přístup k dětem po zařazení do skupiny („učitel teď bere ohledy“ ... „vidí, že dítě je nemocný, když vidí v akci rodiče, lékaře, léky, docházku do skupiny“ ... „že rodič něco dělá“, „dobře, že se k tomu matka postavila“, říká učitelka, „snad ho uvidí v kolektivu mezi ostatními dětmi“ – ve významu: ... a snad pochopí, o jakých problémech ve škole hovořím pozn.).

Významným faktorem bylo zainteresování některých učitelů na školách, oslovení prostřednictvím dotazníků, kde měli vyslovit svůj názor na dítě a jeho posuny i na setkávání učitelů, která byla zorganizována dvakrát ročně. Učitelé setkání využili zejména jako zdroj podpory, možnost si postěžovat na náročnost své práce s konkrétním dítětem, sdílení zkušeností, ptali se na doporučení, menší část žádala po poradně nápravu („Co s tím teda mám dělat? Co s tím uděláte? Zamedikujte ho ... což bylo opět převedeno spíše ve sdílení a

podporu). S většinou z nich pak byla kvalitnější následná komunikace a proudění informací. Také pro děti bylo významné slyšet, že jejich učitel má o ně zájem a přijde „ve svém volném čase a právě kvůli nim“ a reflektovaly to na skupině.

Problémem zůstala nízká účast učitelů, zejména u dětí z prvního stupně, která se pohybovala cca na úrovni 30 % (avšak například na 1. setkání v roce 2011 této možnosti nevyužil nikdo z oslovených), někteří učitelé se omluvili z časových či osobních důvodů (akce v odpoledních hodinách avizovány 1 – 2 měsíce předem, 1. st. od 16 hod., 2. st. od 18 hod.), jiní reagovali vyloženě odmítavě („*Ty jsi upadla, snad si nemyslíš, že kvůli Frantovi já půjdu někam v šest hodin večer.*“), říká paní učitelka psycholožce při předávání pozvánky). Účast učitelů z druhého stupně byla na prvním setkání cca 60%, na druhém pak cca 30 %. Jednou z příčin je náročnost organizace (sběr kontaktů, včasnost oslovení, účast učitelů ve svém volném čase bez nejasného profitu), druhým důvodem může být saturovanost z kontaktu s kmenovým psychologem docházejícím do školy (vídají se pravidelně a dítě „probírají“), podnětem k zamyšlení však je, zda učitelé, kteří se ve své práci s těmito dětmi ocitají mnohdy ve velmi náročných situacích a jsou často iniciátory vřazení dítěte do skupiny, mají skutečně zájem se ve věci těchto dětí osobně angažovat.

### **c) Vztah rodiny k medikaci**

Vztah rodiny k medikaci dítěte byl také již popsán výše, pro terapeuty je však opět významným tématem, které rodiče přinášejí a řeší se pravidelně a vždy na všech rodičovských skupinách (prvního i druhého stupně) po celou dobu trvání skupin (sedm let). Vždy na toto téma dojde. Tento efekt je již předem očekávaný.

### **d) Přijetí dítěte v jeho jinakosti**

Z terapeutického hlediska se jeví jako dobrý posun u rodičů také přijetí dítěte v jeho jinakosti („*On není jako já... já mu vymýšlím ty sportovní aktivity, mě to pomohlo, ale on se radši povaluje s knížkou...*“ ve významu, že moje dítě nenaplnuje moje očekávání, já dělám to nejlepší, s čím mám dobrou zkušenost, ale on to má to jinak.) Někdy naopak pomáhá zvědomění projekce (*je stejný jako já... mám/ měl jsem podobné potíže, dělám to stejně tak, např. „já taky nemám ráda ty společné skupiny, tam se něco musí“*). Pokud je poznání rodičem reflektováno, může dojít k posunu v jejich vztahu a následně i v chování dítěte, které na tento vztah rezonuje.

*... Vztah se synem se zlepšil, dělá nám radost, jsme/ jsem na něj pyšná, píše matka v závěrečném hodnocení ... Naučila: jsem se brát dítě, jaké je, a po vyslechnutí mám pocit úlevy. A vím, že nemáme problém jen u nás. Na začátku jsem byla: Netrpělivá, frustroval mě každý neúspěch nebo odmítání plnit úkoly nebo povinnosti. Nyní jsem: Netrpělivá jsem stále, ale už jen mírně, neúspěch dítěte už neberu tragicky...*

V některých vážnějších (a spíše menšinových) situacích, kdy je situace v rodině opravdu neuspokojivá a dítě dlouhodobě trpí, se nabízí hypotézy o zanedbávání či narcistním traumatu dítěte (dítě je zraněné nepřijetím v rodině, např. nese geny zavrženého partnera). Nasnadě je úvaha nad vztahem poruch chování a poruch primárního attachmentu<sup>147</sup>, který prokazují některé zahraniční výzkumy. V těchto případech je indikována podpora vzájemné vazby rodiče/ů a dítěte a přesměrování do rodinné terapie či doplnění skupinové práce individuální / rodinnou terapií.

---

<sup>147</sup> Poruchy attachmentu, primární vazby s blízkou osobou, nejčastěji matkou, otcem, vzniklé v raných stádiích vývoje mohou ovlivnit rozvoj poruchy chování u dítěte, některé výzkumy prokazují i jejich přímou korelaci s ADHD. Etiologie poruch chování není jednoznačně známa a zahrnuje celou řadu faktorů. Může souviset jak s vlivy prostředí, tak s vlastnostmi organismu jedince. Rizikovými psychologickými faktory jsou hyperaktivita, kognitivní deficity, jazyková bariéra, trauma, psychická deprivace (Vágnerová, 2004). Slabá vazba mezi matkou a dítětem během prvních 12 až 18 měsíců života (poruchy primárního attachmentu) předurčuje výskyt agrese v pozdějším věku (Kann, In Jimerson, 2008). Více viz teoretická část této práce.

### VIII. 5 Závěry, shrnutí, shody v zakázkách a ziscích

Nyní si zrekapitulujeme, jaká změna byla žádaná na počátku spolupráce a k jakým změnám skutečně došlo. Všechny tři skupiny respondentů: učitelé, děti i jejich rodiče, se na počátku shodly v tom, že by dětem prospělo lepší nakládání s emocemi a jejich ovládnutí, zlepšení komunikace a vztahů s ostatními lidmi a že je třeba podpořit školní návyky. Učitelé volali po změně výchovného přístupu v rodině. Pro sebe učitelé žádnou podporu ani informace nežádali. Rodiče na počátku docházky do skupiny přiznávají, že by rádi získali pomoc, aby byli důslednější a lépe stanovovali dětem hranice. Zároveň však rodiče chtěli odlišovat to, co je skutečně závažné a to, nad čím lze mávnout rukou. Cítili se pod velkým tlakem a potřebovali uvolnění napětí a zklidnění.

Po skončení roční terapie se zlepšil **vztah dětí k vrstevníkům**, adaptace ve škole, **komunikační dovednosti**, chování celkově, **vzrostlo sebeovládání**. **Posuny ve vztazích k vrstevníkům / s vrstevníky** vycházejí významně i v kvantitativním hodnocení, vidí je rodiče, děti i učitelé, jsou tedy **nejvýznamnějším efektem poskytované péče**. Děti i rodiče si u dítěte po roce působení ve skupině všimají **osobnostní / růstové změny**, dítě přirozeně zraje a zároveň je stimulováno skupinou (například k vyšší samostatnosti). Rozlišit zde podíl přirozené maturace a vlivu skupiny není možné. Základní požadavky na změnu u dětí tedy byly alespoň zčásti u většiny dětí naplněny. Zároveň však některý terapeutický zisk pro dítě může ve školním prostředí způsobit zhoršení.

Rodiče pociťují posun v deseti oblastech, které jsou vnímány jako přínos pro ně, ale nutně se promítají do situace dítěte. Ve většině případů pocítili univerzalitu a relativitu svých potíží a následné zklidnění, které na začátku žádali. Obdrželi informace a osvojili si některé strategie zvládnutí dítěte, zde se však necítí plně saturováni, uvítali by jich více. Někdy se změnil jejich vztah k medikaci, což psychologové již předem očekávali. Strávili s dítětem více času, více s ním komunikovali a viděli jej v interakci s ostatními, někteří toto žádali již na začátku, většina však byla tímto ziskem mile překvapena. Docházka do skupiny přispěla též k jejich osobnímu rozvoji a někteří získali nový sociální kontakt. Ve většině případů se pak polarizoval vztah rodičů ke škole a učitelům, což nežádala a nepředpokládala žádná ze zúčastněných stran. Příčiny polarizace byly hlouběji prozkoumány a odhaleny pro rodiče nejpodstatnější aspekty.

Kromě zisků popisovaných jednotlivými aktéry byly zmíněny i efekty vnímané psychoterapeuty jako významné pro práci s celým rodinným a školním systémem. Popisovaný rozsah změn podporuje multisystémové zaměření modelu, neboť většiny z nich mohlo být dosaženo pouze při zahrnutí rodičů do procesu terapie a spolupráce se školou se ukázala jako klíčová.

## VIII. 6 Typologie dětí a jejich rodičů ve skupině

Přicházejí se zakázkou špatné adaptace ve škole, projevů specifické poruchy chování, agresivních projevů ve škole a často i doma. V podstatě lze tyto děti a jejich rodiče rozřadit do následujících kategorií podle typu potíží, které u nich převažují a vykrystalizovaly se v průběhu terapie. U některých dětí se jedná o kombinaci dvou kategorií, nikdo není zcela „čistý typ“, spíše mají převažující rysy a typologie je pouze orientační. Typologie vychází z předchozích závěrů a obecného pohledu terapeutů.

### A. Úzkostný klient

Přichází stejně jako ostatní se zakázkou školy, kde je nepozorný, špatně komunikuje, je obětí šikany nebo někoho fyzicky napadl, učitel mu nerozumí nebo jej lituje. Ve skutečnosti snadněji komunikuje s dospělými než s vrstevníky, ve skupině se vyskytuje menšinově cca z 20%. Jeho rodič bývá také úzkostný a vnímavý. Toto dítě má potíže ve vztazích s vrstevníky, je sociálně nešikovné, bývá obětí šikany, občas má nepřiměřený výbuch (hlavně doma, se sourozenci, ve škole může být po takovém výbuchu označen za agresora). Úzkostný klient dobře reaguje na pravidla, řídí se jimi a odvolává se na ně. Někdy je problematický ve vztahu k terapeutovi, má tendenci se příliš vázat, chce jeho pozornost, nosí mu dárky, fixuje se, chce výlučný vztah. Medikace obvykle není navrhována. Doba trvání terapie 1 rok, je třeba se připravit na těžší odpoutání při ukončování skupiny (věnovat mu dostatek času). V průběhu je důležitá podpora rodiny a korektivní zkušenost dítěte (aktivity na podporu sebevědomí). Úprava potíží je velmi pravděpodobná a nadějná.

### B. Agresor

Dítě – agresor přichází pod vysokým tlakem ze školy, která žádá změnu. Neobvyklý nebývá ani přímý tlak školy na medikaci. Otázky medikace jsou velmi palčivé, u tohoto dítěte je často přítomna organicita ve vyšetřeních i v písemném projevu, má problémy ve vztazích, je impulsivní, má zkraty v chování. Jeho potíže se vyskytují ve škole i doma (ve vrstevnickém kolektivu více). Tyto děti bývají na skupinách často velmi bystré a inteligentní, dokážou se nadchnout. I ve skupině však dříve či později dojde k naučenému chování, agresivnímu výbuchu, zkratu. Jeho rodič je buď flegmatický, nemotivovaný se snahou problém potlačit



nebo jeho řešení „házet“ na školu (on problém nemá, nepocítuje jej), nebo je naopak vyděšený, neví, jak s agresivitou nakládat, děsí ho.

Na pravidla se toto dítě naučí fungovat, je však třeba na ně klást zvýšený důraz. Důležité je, aby respektovalo i dohodnuté sankce. Po krizové události (afektivní či agresivní výbuch) je třeba je s ním situaci probrat v soukromí, dát mu „time out“ bez ponížení, vyjadřovat přijetí, verbalizovat, co se dělo. Doba trvání terapie 1 rok. Důležitá je podpora rodičů, předávání neagresivních strategií, pro dítě jasné hranice (ty jej zklidňují). Účinná je možnost vybití agrese a komunikace o ní (techniky s hlinou, kresba, reflexe agresivních motivů). Medikace je možná po posouzení odborníkem. Často je vhodná, nelze to však tvrdit paušálně.

### **C. Nemotivovaný, Flegmatik**

V tomto případě se jedná často o rodinný problém. Rodina i dítě jsou v odporu ke škole, zdánlivě nevidí smysl terapie, nemá jim co přinést. Přicházejí, protože to někdo doporučil. Tento typ převažuje u starších dětí, je třeba cílená práce s odporem. Změnu žádají vnější. Nemotivované dítě a rodič – nevidí smysl v činnostech ani ve skupině jako takové, cítí se tam dotlačeni školou, rodiče jsou v odporu k jakýmkoli návrhům (nastává „ale, ale, ale komunikace...“). Od školy jsou odtaziti, neřeší situace, pokud se přímo nevyhroťí („*jak mám ovlivnit chování svého dítěte ve škole, pokud tam nejsem...*“), rodič „dává ruce pryč“. V docházce na skupinu jsou nedůslední. V samotné skupinové práci jdou po povrchu, rodič dítě před školou sice hájí, ale ve skutečnosti jej téměř nechválí. V tomto případě je stěžejní komunikace a stanovení hranic. Pro děti (ale vlastně se též jedná o terapii rodiče) je důležité mluvit o smyslu činností, pravidel, ptát se na jejich názor, pracovat s odporem. Někdy se tento typ vyskytuje v kombinaci s odmítáním dítěte a problematickou vazbou (dítě nese rysy zavrženého rodiče, narcistní zranění dítěte apod.). Medikace obvykle není navrhována. Otázka doby pobytu ve skupině je složitější: nevíme, zda dvojice vůbec vytrvá, ale pokud ano, pak terapie trvá spíše 2 roky. Dlouhodobá je práce s odporem a na motivaci rodiče i dítěte, dlouho trvá jejich získání pro spolupráci a propracování se ke skutečné zakázce. Indikována je práce s rodinným systémem, kombinace s rodinnou terapií.

#### **D. Klasik LMD / ADHD / ADD**

Tyto děti přicházejí ze školy s potížemi v soustředění a neklidu, jejich výkon je rozkolísaný. Doma jsou spíše jen drobně neposlušní, rodič si stěžuje na stálé ztrácení věcí, zapomínání, nesamostatnost, a že vše musí mnohokrát opakovat. Rodič je unavený, ale jeho vztah k dítěti je pozitivní. Rodiče i dítě potřebují více informací, zklidnění, pomůcky na učení. Je na místě podpořit rodinu v důslednosti a pravidlech, trpělivosti a odolnosti. Dítě se projevuje i na skupině trvale neklidně, ale bez excesů. Podpůrná medikace je možná, ale často lze situaci zvládnout pouze úpravami, individuálním přístupem, podporou, IVP a režimovými opatřeními. Na pravidla a hranice se tyto děti dobře naučí reagovat. Je možné je motivovat běžnými prostředky. Většinou spolupracuje rodina i škola. Na obou stranách je cítit velká snaha dítěti pomoci. Takové dítě je únavné, ale v podstatě jej jeho okolí má rádo a snaží se ho pochopit a pomoci mu. Doba trvání terapie 1 rok. Pak následují jen běžné kontroly u kmenového psychologa a individuální vzdělávací plán.

#### **E. Omyl školy, Klad'ák**

Toto dítě přichází do skupiny jako důsledek problematické vazby učitelky a žáka. Dítě je lehce nesoustředěné, někdy mírně organické, jinak bez závažnějších potíží. Ve skupině dobře reaguje na pravidla i pochvalu, zajímá se o ostatní. V jiném prostředí (kolektivy, kroužky) je též bez potíží. „Klad'ák“ nemá rád konflikty, nesouladem s paní učitelkou trpí. Je motivovaný pro spolupráci on i jeho rodič, někdy je rodič až příliš slušný a snaživý a o dítěti začíná pochybovat. Řešením je jednoznačně změna vyučujícího. Někdy se objeví „slepá skvrna“ v pohledu vyučujícího, důvod, proč si s dítětem nesedli. Doba trvání terapie 1 rok, někdy méně při včasném rozklíčování problému. Dítě i rodič si skupinu většinou užívají, je třeba je podpořit. Oni sami také často podporují ostatní a jsou skupinám velkým přínosem, investují se. Při přestupu do jiného kolektivu je třeba pracovat s celým systémem. Se změnou vyučujícího se potíže dítěte výrazně zlepšují či zcela mizí.

## F. Hardcore

Dle terapeutů je tento typ klienta kombinací těžkého organického poškození pozornosti, zkratového agresivního jednání a problematických rodinných vztahů (nejasné zázemí a motivace, poruchy attachmentu mezi matkou a dítětem, možné týrání, zneužívání, osobnostní patologie rodiče bez snahy o léčbu). Takové dítě je obtížně udržitelné ve skupině. Někdy se musí terapeutický tým rozhodnout, zda jej nevyložit trvale, aby mohla skupina vůbec pracovat. Typ „Hardcore“ systematicky a dlouhodobě skupinu rozkládá, děti ho nemají rády, odmítají ho, těší se, když nepřijde. Na pravidla a sankce se ani po dlouhé době neaklimatizuje. Zastává nejvyhrocenější pozici ve skupině (pamatují si ho všichni rodiče, děti, na supervizi zabírá nejvíce prostoru, nedostává se mu korektivní zkušenosti, je neoblíbený u většiny terapeutů). Medikace nepomáhá nebo ji rodič trvale odmítá konzultovat s psychiatrem.

V některých případech se podaří zmírnit jeho projevy na úroveň některé z předchozích kategorií, jinak je na místě doporučení jiného druhu péče (Středisko výchovné péče, škola pro děti s poruchami chování a přidružené SPC, rodinná terapie, individuální terapie dítěte či rodiče). Doba trvání terapie 1 rok či méně a doporučení jiné péče. Typickým znakem těchto dětí je, že jsou klienty poradny dlouhodobě, jejich „kauzy“ se periodicky vrací a po absolvování skupinové péče na prvním stupni se s velkou pravděpodobností znovu objevuje jejich žádost o zařazení do skupiny též na druhém stupni ZŠ. V interní komunikaci poradenských pracovníků se tyto děti často stávají „legendami“, pracovníci si je dobře pamatují a reagují na ně emocionálně.

Popsaná typologie je pouze orientační, nelze ji chápat rigidně a neměla by vést ke zjednodušování a k nálepkování dětí. Její existence však může pomoci při základní orientaci a může být užitečná v odhadování průběhu a délky terapie (viz diskuse).

## IX. Diskuse

V předložené dizertační práci je rekapitulována, utříděna a z převážné většiny též jazykově zpřístupněna dostupná literatura, zabývající se dětskou psychoterapií, její efektivitou a účinností práce s dětmi s poruchami pozornosti a chování. Byla zmapována celorepubliková situace v oblasti vedení dětských terapeutických skupin v pedagogicko – psychologických poradnách. V textu následoval metodologický koncept a kvantitativní a kvalitativní evaluace multisystémového modelu realizovaného v konkrétní poradně na Praze 6. Zvolenou metodologií, závěry evaluace a realizovaný model nyní podrobíme diskusi.

### **IX. 1 Diskuse k metodologii práce**

Jak již bylo naznačeno v teoretické části, přináší takovýto typ práce celou řadou metodologických otázek, nyní se jim budeme věnovat podrobněji.

1. Za prvé obecně nelze v terapii a tedy ani zde zcela identifikovat **vliv některých proměnných na výsledek**. Psychoterapie neprobíhá v izolaci. Lambert<sup>148</sup> popsal asi nejznámější typologii „Společných faktorů“, které mají vliv na průběh terapie. Podle Lamberta se na změně podílí ze 40% mimoterapeutická změna, ze 30% terapeutický vztah, pouze z 15% specifické terapeutické intervence a techniky a zbylých 15% připadá na efekt očekávání / placebo efekt. Problémy trvají též v identifikaci proměnných na straně terapeuta: různost věku, pohlaví, profesní orientace, absolvovaného výcviku, kompetencí, stylu vedení a osobnostních charakteristik, to vše má vliv na výsledek léčby. Potýkáme se i s problémy týkající se procesu a obsahu psychoterapie: o co v psychoterapii vlastně jde, jaká je typická klientsko – terapeutická interakce ve skupině? Po jaké intervenci nastane zlepšení či změna chování či emocí? Popis modelu práce (viz příloha 1.) a základních principů a technik se odpovědi na tyto otázky přibližuje, nezodpovídá je však zcela.
2. Dalším konkrétním metodologickým problémem zůstává **celková četnost zlepšení, kolik procent klientů se zlepšilo**. Jsou to 2/3 uváděné některými zahraničními výzkumy? Místo toho byla v dizertaci zvolena práce s jednotlivými kategoriemi změny (vztah s vrstevníky, chování ve škole, soustředění, celková situace ve škole, vztah s učitelem, chování doma atd.) a sledováno, zda je tato změna statisticky významná na určité hladině významnosti

---

<sup>148</sup>LAMBERT In ZATLOUKAL, L. Význam teoretického rámce ve výzkumu psychoterapie z „postmoderní“ perspektivy. Psychologie. Elektronický časopis ČMPS. 2010, roč. 4, č. 3, s. 49.

(měřeno t – testem se spárovanými výběry, respektována jedno a pětiprocentní hladina významnosti). Tato volba se autorce jevila jako přesnější, protože u každého z dětí bylo možné najít nějaký pozitivní posun, ale tvrdit, že se zlepšilo 100% dětí je zavádějící informace. Někdy byl tento posun statisticky nevýznamný, anebo se jednalo o dílčí posun, například pouze v jedné kategorii. Práce tedy nenabízí jediné procentuální číslo, které by umožnilo snadnou orientaci, jde více do konkrétních podrobností.

3. Již v metodologické části jsme zmínili riziko „**bias**“ – okolnost, kde realizátor terapie je současně výzkumníkem. S tím úzce souvisí rozdíl mezi výzkumným a případovým užitím situace dle hermeneutického paradigmatu<sup>149</sup>. Je zde míšení rolí, terapeut X výzkumník, v následujících oblastech:
  - a) Cíle poznání a využití poznatků – bezprostřední cíl, terapeut jej užívá hned pro intervenci X vzdálený cíl, výzkumník je využívá později pro budování teorie, hypotéz.
  - b) Porozumění situaci – implicitní (terapeut jedná intuitivně) X explicitní (výzkumník popisuje, kategorizuje).
  - c) Vtah mezi objektem a subjektem – vztah terapeuta ke klientovi je reflexivní, přímý X výzkumník se snaží o omezení vlivu na objekt.
  - d) Role jazyka v evidenci porozumění – u terapeuta je skrytá, pracovník je sám uživatelem poznání X pro výzkumníka je zásadní, vyplývající z potřeby transferability nálezů.
4. Další metodologickou komplikací je **nejednotnost vzorku**: Všichni klienti nemají jednoznačnou diagnózu ADHD, někdy je při jejich diagnostice užita starší terminologie či obecný popis potíží, nejasný diagnostický postup, což je patrné v kapitole věnované kvalitativní analýze – v oddíle VIII. 1 „Jaké dítě přichází do skupiny z pohledu spisové dokumentace“. Přesto se však vzorek jeví jako „průměrně specifický“ ve srovnání se zahraničními výzkumy podobného charakteru – v těch jsou často nekonzistentně uváděny příčiny léčby, 75% studií neuvádí dokonce formální diagnózu pro zařazení do terapie, následně je tedy omezená možnost generalizace pro specifické obtíže.<sup>150</sup> V případě

---

<sup>149</sup> ŠTECH, S. Rozdíly ve výzkumné metodologii – rozdíly v pojetí psychologie? In HELLER, D., SEDLÁKOVÁ, M., VODIČKOVÁ, L. Kvalitativní a kvantitativní výzkum v psychologii. Psychologický ústav AV ČR, Praha 1999, s. 39-40.

<sup>150</sup> PROUT, H.T.; BROWN D.T. ed. Counseling and Psychotherapy with Children and Adolescents. New Jersey 2007, s. 21.

prezentovaného výzkumu je částečná generalizace pro populaci dětí s ADHD a specifickými poruchami chování možná a pravděpodobná.

5. **Velikost vzorku** pro kvantitativní hodnocení je 35 respondentů, pro kvalitativní analýzu 21 respondentů. Na kvalitativní výzkum je to vzorek dostatečný<sup>151</sup>. Na kvantitativní posouzení je 35 respondentů poměrně málo, Weisz, Doss, Hawley<sup>152</sup> navrhuje 50 respondentů pro výzkumnou i kontrolní skupinu, aby byla zajištěna adekvátní statistická síla. V reálu však uvádí, že jsou běžné výzkumy s cca dvacítkou respondentů v každé skupině.
6. Již v počátku jsme hovořili o **absenci kontrolní skupiny**, v případě neexperimentální evaluace pracujeme pouze se skupinou, které byla podrobena intervenci. V důsledku tohoto postupu odůvodněného nemožností sestavit kontrolní skupinu z etických důvodů (jednalo by se o děti evidované poradnou s indikovanou skupinovou psychoterapií, jejichž rodiče byli ochotni spolupracovat, kterým by však tato péče nebyla nabídnuta z výzkumných důvodů, aby mohly reprezentovat kontrolní skupinu) není možná porovnatelnost a není tak možno stanovit hodnotu ES, velikost účinku, kterou bychom porovnali se zahraničními studii<sup>153</sup>.
7. **Monitorování integrity léčby** - Integrita a důvěryhodnost léčby je dalším „oříškem“. Kdo zaručí, že léčba je skutečně vedena tak, jak je uváděno ve studii. Toto kritérium je obecně nejlépe splněno u intervencí zaměřených na nácvik a učení. V našem případě se jako řešení nabízí vytvoření „léčebného manuálu“, popis realizovaného modelu (viz příloha 1.), základních principů působení, struktury, cílů, cílové skupiny a indikace, a dále pak externí supervize terapeutů. Pro přenositelnost služby nezávisle na konkrétních lidech (což nikdy nelze zaručit stoprocentně) je navíc třeba garantovaný a jednotný trénink terapeutů (zde se uvádí pouze absolvovaný akreditovaný dlouhodobý terapeutický výcvik) a vnější kontrola validity (externí pozorovatel integrity léčby či externí evaluátor). Integrita léčby není zcela zaručena – výsledky tedy platí pro konkrétní ročníky, konkrétní terapeutický tým, závěry nelze zcela zobecnit a domnívat se, že model bude přesně stejně fungovat v jiné PPP, což však nevylučuje možnost inspirace.

---

<sup>151</sup> Pro srovnání podobný kvalitativní výzkum realizovali a publikovali autorky Kolčárková a Lacinová (KOLČÁRKOVÁ, I.; LACINOVÁ, L. Rodičovství očima matek neklidných dětí. Brno: Barrister a Principal, 2008.), jejich kvalitativní analýzy prožívání rodičovství u matek dětí s ADHD se zúčastnilo 7 matek, s nimiž byly realizovány rozhovory.

<sup>152</sup> WEISZ, J.R.; DOSS, A.J.; HAWLEY, K.M. Youth psychotherapy outcome research: A review and critique of the evidence base. Annual Review of Psychology. 2005, no.56, s. 337 – 363.

<sup>153</sup> Například se studií PFIFFNER, L., J.; MCBURNETT, K. Social Skills Training With Parent Generalization: Treatment Effects for Children With Attention deficit Disorder. Journal of Consulting and Clinical Psychology. 1997, vol. 65, no.5, s. 749 – 757.

8. Škoda je, že dizertace sleduje pouze bezprostřední změnu, zaměřuje se na její kvantitativní a kvalitativní hodnocení s odstupem 2 – 4 týdnů. Nedožíváme se nic o **efektu „follow – up“**. Nevíme, co je dlouhodobým efektem intervence. Dokázalo by úspěch následné měření po jednom roce? Byl by výsledek měření stejný po pěti či deseti letech? Podobný postup zvolili Shechtman a Ben – David<sup>154</sup> a kritice je podrobil K. A. Dodge<sup>155</sup>, který poukazuje na problém následného hodnocení (v případě Shechtmana a Ben – Davida pouze 14 dní po ukončení léčby).

Připomeneme-li zásadní analýzu 40 let studií a výzkumů z let 1962 – 2002, kterou v roce 2005 publikovali Weisz, Doss, Hawley<sup>156</sup> (kompletně prezentována v kapitole II.) a která mapovala silné i slabé stránky výzkumů, náš výzkum se dokázal vyvarovat následujících chyb často kritizovaných v literatuře.

V zahraničních studiích je často problematická **charakteristika vzorku**, 60 % studií neuvádí demografické charakteristiky, etnicitu a rasu klientů, výzkumy skupinu generalizují jako děti a mládež obecně. Naproti tomu je naše skupina demograficky téměř jednodušší.

Weisz, Doss, Hawley žádají větší **komprehensivnost, komplexnost měření výsledků**. Vyzdvihují studie, které poskytují o dítěti a jeho posunu více informací z dalších zdrojů, tedy zejména od učitelů a rodičů, a které jsou založeny na vícezdrojových výsledcích měření, jako jsou například počty výskytu chování, záznamy pozorování a hodnocení. Tento nárok je v této dizertační práci mnohonásobně splněn. Přesto přetrvávají problémy v měření terapeutické změny: co značí v psychoterapii zlepšení? Jak jej mohu měřit při zachování validity a reliability? Pro hodnocení jsou zde použity škály (posuzující vně a sebezposuzující, viz dotazníky v příloze, posuzování na škále 1 -10), zpětná vazba od klienta, zpětná vazba od terapeuta, report třetí strany (od rodiče, ze školy). Tyto škály ani celé dotazníky **nejsou standardizovanými nástroji** (které používá většina zahraničních výzkumů<sup>157</sup>), není tedy zajištěna jejich položková vyváženost a nejsou opakovaně ověřovány, problematická je tedy jejich reliabilita a validita. Dotazníky pro oblast monitorování ADHD projevů a poruch

<sup>154</sup> SHECHTMANN, Z.; BEN – DAVID, M. Individual and group psychotherapy of childhood aggression: Comparison of outcomes and processes. *Group Dynamics: Theory, Research, and Practice*. 1999, vol.3, no.3, s.263 – 274.

<sup>155</sup> DODGE, K.A. Cost – Effectiveness of Psychotherapy for Child Aggression: First, Is There Effectiveness? Comment on Shechtman and Ben David (1999). *Group Dynamics: Theory, Research, and Practice*. 1999, vol.3, no.4, s.275 – 278.

<sup>156</sup> WEISZ, J.R.; DOSS, A.J.; HAWLEY, K.M. Youth psychotherapy outcome research: A review and critique of the evidence base. *Annual Review of Psychology*. 2005, no. 56, s. 337 – 363.

<sup>157</sup> Příklad výzkumu se standardizovanými nástroji: PFIFFNER, L.J.; MCBURNETT, K. Social Skills Training With Parent Generalization: Treatment Effects for Children With Attention deficit Disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 1997, vol. 65, no.5, s. 749 – 757.

chování v češtině buď neexistují, nebyly dostatečně ověřeny či jsou dostupné pouze v cizím jazyce a validita tohoto nástroje je po přeložení ohrožena.

Posledním apelem autorské trojice je **representativnost studií pro klinický terén**. Celá řada studií byla realizována v laboratořích, při universitním výzkumu, a tím nereflektovala aktuální praxi, děti a adolescenti nepocházeli z typických referenčních zdrojů, terapeuti nemuseli být aktuálně praktikujícími a léčba nekopírovala běžný stav v praxi. Prezentovaný výzkum je evaluací skutečné terapie realizované ve skutečném poradenském terénu po dobu sedmi let (výzkum mapuje poslední 2 roky praxe). Reflektuje tedy aktuální praxi – což je na jednu stranu výhodné svou opravdovostí a reálností, na druhou stranu to však přináší již výše zmiňovaná rizika.

Dále Weisz, Doss a Hawley v analyzovaných studiích kritizují použití pouze všeobecných výsledných opatření. V naší práci jsou výsledná opatření zcela konkrétní pro daný model. Poslední připomínkou těchto autorů bylo, že v publikační praxi jsou modely péče často jen popisovány, nelíbila se jim nepřítomnost smysluplného ověřování, dlouhodobého sledování. Model představený touto dizertační prací je dle svých možností evaluován.



## XI. 2 Diskuse výsledků výzkumu

Je možno výzkum jednoho subjektu použít pro **generalizaci efektivity**? Dokonce pro tak velkou generalizaci ve smyslu, zda dětská psychoterapie obecně funguje? O tento cíl tato dizertační práce neusiluje, chce k tématu pouze přispět analýzou jednoho konkrétního modelu a zobecnění je možné pouze pro konkrétní pracoviště / poradnu, jeden typ klientů a určité rysy změny v jejich chování, které se ukázaly jako opravdu významné (i statisticky), například posun ve vrstevnických vztazích, posun ve zvládnání emocí, u rodičů kategorie univerzalita a relativita a polarizace vztahu ke škole. K těmto jevům na daném pracovišti pravidelně dochází u většiny klientů, kteří absolvují roční terapii.

**Dětská psychoterapie je velmi specifická** a zkoumání její efektivity je ještě komplikovanější. Je možné oddělit vliv psychoterapie od přirozené maturace? Některé symptomatické manifestace by navíc v dospělosti mohly být považovány za patologii, ale u dětí mohou být vývojově přirozené. Vzpomeňme navíc Levittův<sup>158</sup> pojem „dětská vývojová symptomová substituce“, který charakterizuje specifický jev, kdy je dítě z jednoho příznaku vyléčené, ale problém se objeví jinde, přesune se a znovu „vyplave“ například v adolescenci. I v poradně se stává, že dítě, které úspěšně absolvuje skupinu na prvním stupni a jeho potíže se zmírní, se znovu dostává do péče či přichází s další zakázkou, objeví se u něj jiné potíže na druhém stupni ZŠ (nejčastěji u typu klienta „Hardcore“).

V **zakázkách ke změně** na skupinách na počátku léčby nacházíme řadu shodných rysů s potížemi, které vnímají ve výchově svých dětí matky ve studii Kolčárkové a Lacinové<sup>159</sup>. Matky neklidných dětí z Brna vypovídají, že výchova jejich dítěte je náročná, přináší psychické vypětí, únavu a minimum času pro sebe. Obávají se agresivity svých dětí a zároveň si vyčítají, že hodně křičí a dítě fyzicky trestají, že selhávají a stydí se za své dítě. Problémy jsou s dítětem v jeho motivaci, neadekvátních reakcích, v boji se školou i učením, dítě se sebepodceňuje a mnohdy svými problémy naruší i partnerské soužití rodičů. Škola je pro tyto matky zdrojem napětí, setkávají se s nepochopením, jejich děti mění školy a i po přechodu jsou jejich vztahy „protkané vzájemnou nedůvěrou“. Změna školy je pro ně spojena s obavou.

V naší pražské skupině se všechny tři skupiny respondentů: učitelé, děti i jejich rodiče, na počátku shodly v tom, že by dětem prospělo lepší nakládání s emocemi a jejich ovládnání, zlepšení komunikace a vztahů s ostatními lidmi a že je třeba podpořit školní návyky. Učitelé

<sup>158</sup> LEVITT, 1971. In PROUT, H.T.; BROWN D.T. ed. Counseling and Psychotherapy with Children and Adolescents. New Jersey 2007.

<sup>159</sup> KOLČÁRKOVÁ, I.; LACINOVÁ, L. Rodičovství očima matek neklidných dětí. Brno: Barrister a Principal, 2008.

volali po změně výchovného přístupu v rodině. Rodiče na počátku docházky do skupiny přiznávali, že by rádi získali pomoc, aby byli důslednější a lépe stanovovali dětem hranice. Zároveň však rodiče chtěli odlišovat to, co je skutečně závažné a to, nad čím lze mávnout rukou. Cítili se pod velkým tlakem a potřebovali uvolnění napětí a zklidnění. V mnohém se tedy obě studie shodují, pouze u rodičů z Prahy 6 je změna školy vázána spíše k naději na nový start bez nálepkování, rodiče v ní vidí šanci, východisko, jsou optimističtější. Pro brněnské matky je nástup do školy a změna školy spojena spíše s nejistotou a obavami.

Kvantitativní analýza dospěla k závěru, že rodiče i učitelé se subjektivně i objektivně shodnou na **pozitivním posunu dětí ve vztazích s vrstevníky, kamarády, spolužáky**. Významný posun nastal též v oblasti **chování ve škole a celkové situace dítěte** (pocit'ováno zejména ve školním prostředí, učiteli). V těchto oblastech se potvrdila základní hypotéza, že se děti zlepšily z pohledu rodičů i učitelů. Také v kvalitativním hodnocení se mezi vnímanými změnami ocitl vztah dětí k vrstevníkům, adaptace ve škole, komunikační dovednosti, chování celkově, vzrostlo sebeovládání / ovládání negativních emocí. Studie dospívá k podobným závěrům jako Pfiřferová a McBurnett<sup>160</sup> v roce 1997 ve výcviku dětí v sociálních dovednostech, u jejich léčených skupin (vzorek 27 dětí včetně kontrolní skupiny) došlo ke zlepšení v sociálních dovednostech i v problémovém / nebezpečném chování. Pfiřferová a McBurnett však tvrdí a dokládají úspěšným follow-up po 4 měsících, že těchto změn lze v jejich modelu dosáhnout i bez aktivace rodičů a v krátkodobém horizontu osmi setkání. Podobných výsledků dosáhli v roce 1999 američtí psychologové Shechtman a Ben – David<sup>161</sup>, kdy se účinek signifikantně prokázal i u skupiny dětí s poruchami chování, které pomocí katarze získávaly lepší náhled na vlastní problematické chování, a budovaly si motivaci k jeho změně. Tento způsob léčby nezahrnoval ani práci s rodiči, ani intervence ve třídě ani trénink dovedností u těchto dětí, trval pouze 10 sezení. Autoři na tomto modelu demonstrovali vyšší efektivitu skupinové práce oproti individuální terapii. Lze se tedy domnívat, že sociální dovednosti, vztahy s vrstevníky i nebezpečné chování (agresivní výbuchy) u dětí lze terapií ovlivňovat, otázkou je, zda je skutečně třeba celoročního působení a jaký podíl má práce s rodiči.

Dále se v kvantitativním šetření ukázalo, že se **subjektivně zlepšil vztah žáka a jeho učitele**, učitelé si myslí, že se posunul i jejich vztah s rodiči. Rodiče, kteří na počátku z jedné

<sup>160</sup> PFIFFNER, L. J.; MCBURNETT, K. Social Skills Training With Parent Generalization: Treatment Effects for Children With Attention deficit Disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 1997, vol. 65, no. 5, s. 749 – 757.

<sup>161</sup> SHECHTMANN, Z.; BEN – DAVID, M. Individual and group psychotherapy of childhood aggression: Comparison of outcomes and processes. *Group Dynamics: Theory, Research, and Practice*. 1999, vol. 3, no. 3, s. 263 – 274.

třetiny mluvili o svém problematickém až konfliktním poměru ke školnímu systému a velmi si přáli, aby se vztah jejich dětí a učitelů zlepšil, jsou v tomto odhadu vlažnější. Jejich odhad pozitivní změny je mírnější než u učitelů (na 10% hladině významnosti versus 1% a 5% hladina u učitelů). V objektivním měření se tento pozitivní posun nepotvrdil. Logicky se nabízí vztah mezi subjektivním hodnocením a kvalitativními závěry – s polarizací vztahu rodiče ke škole.

Z kvalitativního hlediska rodiče dětí ve většině případů pocítili **univerzalitu a relativitu** svých potíží a následné zklidnění, které na začátku žádali. Částečně získali též nové informace. Takovéto účinky uvádí též Yalom<sup>162</sup> při popisování terapeutické zkušenosti člena skupiny. Dle Yaloma na skupinách získávají účastníci mimo jiné též naději, informace (didaktické instrukce a rady) a pocíťují univerzalitu – úlevné zjištění, že nejsou „jediní ztroskotanci“. Cítí se méně osamělí. Rozvíjí své sociální dovednosti a učí se altruismu. Vzhledem ke shodě se lze domnívat, že nejen v dětské, ale i v rodičovské skupině se nastartoval skupinový proces.

**Efekt zapojení rodiče není kvantifikován**, odvozujeme jej pouze sekundárně a kvalitativně, setkáváme se s názory, že zapojení rodiče není nutné (Levitt, Pfifferová a McBurnett, Shechtman a Ben – David) a konfrontujeme je s tvrzením, že práce s rodiči zvyšuje účinnost terapie dětské (Dowellová, Reynolds, Gutkin). Námi popisovaný rozsah změn u klientů podporuje multisystémové zaměření modelu, neboť většiny z nich mohlo být dosaženo pouze při zahrnutí rodičů do procesu terapie a spolupráce se školou se ukázala jako klíčová.

Zároveň je účinnost terapie **modifikována věkem**. Terapie ve spolupráci s rodiči je efektivní více u dětí do 12 let než u adolescentů. Stejně tak z multimodálních (či multisystémových) programů profitují nejvíce děti mezi 9 a 11 rokem věku. Nácvik cílený na sociální dovednosti má nejlepší účinek mezi 3 – 8 rokem věku.<sup>163</sup> Naproti tomu kognitivně behaviorální terapie (dále KBT) se jeví jako účinnější u adolescentů než u dětí. S věkem klesá význam práce s celým rodinným systémem, například efektivita výcviku rodičů významně

---

<sup>162</sup> YALOM, I.D. Teorie a praxe skupinové psychoterapie. Praha: Portál 2007, s. 21 - 37.

<sup>163</sup> BEELMANN, et al., 1994. In REYNOLDS, C.R.; GUTKIN T.B. The Handbook of School psychology. New York 1999, s. 749.

klesá.<sup>164</sup> Z toho vyplývá, že maximum péče by se mělo směřovat již k dětem na prvním stupni a jejich rodinám, tak jak to nabízí prezentovaný model na Praze 6.

Efekt **dlouhodobosti** (práce se skupinou po celý školní rok) není prokázán, v kontextu zahraničních výzkumů se dokonce ukazuje, že pokud by setkání trvala pouze jedno pololetí (cca 10 – 15 setkání), mohla by být stejně účinná nebo dokonce účinnější.<sup>165</sup> Tento poznatek bude reflektován v doporučeních na inovaci programu.

V textu prezentovanou **typologii klientů** lze uvést v kontext kategorizace prezentované v teoretické části věnované ADHD, kde se uvádí, že skupina dětí s ADHD není homogenní, byly identifikovány minimálně 4 podskupiny<sup>166</sup>: a) děti introvertní a vysoce nesoustředěné, b) skupina s oslabenou kontrolou a častou komorbiditou s poruchami chování, c) extravertní skupina s více komorbiditami a d) vzácná skupina perfekcionistických dětí, vykazující obsesivní zvláštnosti. Zde popsany „Úzkostný klient“ (A) do značné míry koresponduje s dítětem perfekcionistickým (d), „Agresor“ (B) s dítětem s oslabenou kontrolou a častou komorbiditou s poruchami chování (b), „Klasik ADHD“ (D) mírně s klientem introvertním a vysoce nesoustředěným (a) a typ „Hardcore“ (F) do určité míry s extravertní skupinou s více komorbiditami (c). Zbylé dvě kategorie pak nehodnotí ani tak typ dítěte, jako spíše další okolnosti (motivaci dítěte a jeho rodičů – „Nemotivovaný, flegmatik“, C; a chybnou diagnostiku okolím – „Omyl školy, klad'ák“, E).

Klientská typologie prezentovaná dizertační prací slouží spíše pro orientaci pracovníků, popisuje jednotlivé rysy práce s dítětem (co je hlavní problém, na co se zaměřit, předpokládaná doba terapie a nutnosti medikace), není však jednotná z hlediska centrálního kritéria. Typologie může být využita v kontextu nabídky zkráceného modelu péče. Některému typu klientů by postačil k optimalizaci potíží půlrok, jiný by mohl pokračovat dále. Tento nápad je rozveden v doporučeních pro další realizaci programu.

---

<sup>164</sup>WEISZ, 1990, SMYRNIOS, KIRKBY (1993). In REYNOLDS, C.R.; GUTKIN T.B. The Handbook of School psychology. New York 1999, s.754.

<sup>165</sup> WEISZ (1990), SMYRNIOS, KIRKBY (1993). In REYNOLDS, C.R.; GUTKIN T.B. The Handbook of School psychology. New York 1999, s.754.; SMYRNIOS,K.X.; KIRKBY,R.J. Srovnání krátkodobé versus časově neomezené psychodynamické ošetření dětí a jejich rodičů. Austrálie, 1995. Dostupné na internetovém zdroji: PubMed, indexováno pro MEDLINE. PMID:8113479

<sup>166</sup> MARTEL,M.M.; MARTINEZ-TORTEYA,C.; GOTH-OWENS,T.; NIGG,J.T. A Person- Centred Personality Approach to Heterogeneity in Attention – Deficit / Hyperactivity Disorder (ADHD). Journal of Abnormal Psychology. 2010, vol.119, no.1, s.186 – 196.

### **XI. 3 Diskuze k realizovanému modelu péče.**

#### **Praktické důsledky evaluace pro rozvoj modelu a doporučení pro praxi.**

Naším cílem bylo evaluovat multisystémový model péče realizovaný v poradně na Praze 6. Pro realizátory modelu bychom mohli poskytnout tato stručná doporučení:

S rodiči a dětmi doporučujeme **pokračovat v práci**, tak, jak bylo realizováno doposud, pokud to umožní materiální a časové podmínky. Lze opatrně využívat klientskou typologii pro usnadnění orientace.

I nadále je třeba **mapovat potřeby klientů** na začátku spolupráce a evaluovat jejich posuny na konci. Tyto informace slouží pro individuální práci s klienty. Není třeba však v nejbližších letech opakovat podrobné výzkumné šetření, model se jeví jako převážně vyhovující. Model lze publikovat a nabídnout jako inspiraci jiným poradnám.

U **dětí se osvědčuje** práce s hranicemi a volené aktivity jsou dětem blízké. Práce ve skupině zkvalitňuje jejich vztahy k vrstevníkům a jejich komunikaci. Učí se lépe ovládat své emoce. Nebylo prokázáno, že by aktivity ve skupině přímo podporovaly nácvik soustředění a pozornosti.

Na základě zahraničních výzkumů (kapitola III.) i zkušeností z českého prostředí (kapitola IV.) je možné **zvážit, zda je nutná dlouhodobost** skupin. Zdá se, že by bylo efektivnější zrealizovat během školního roku dvě skupiny na cca 10 – 15 setkání. Takový model by umožňoval některým dětem pokračovat, ale u jiných (např. typ „Omyl školy“ či dobře ošetřený „Klasik“) by delší terapie nebyla nutná. U některých dalších typů klienta (např. „Nemotivovaný“, „Agresor“ a „Hardcore“) a u přetrvávajících obtížích by bylo nabídnuto pokračování v nově zformované skupině, kam by mohly být vřazeny další děti z čekacího seznamu.

**Společné skupiny** jsou i přes počáteční ostych převážně kladně hodnoceny, pozitivně podporují vztahy rodičů a jejich dětí. Účast mužů na skupinách lze dále prohlubovat.

**Na rodičovských skupinách** je vhodné přidat množství předávaných **informací**, zaměřit se na nácvik strategií zvládnání dítěte, zvát externí odborníky, zaměřovat se na vztah rodiny a školy a pracovat na jeho zkvalitňování. Rodiče obdrželi informace a osvojili si některé strategie zvládnání dítěte, v této oblasti se však necítí plně saturováni, uvítali by více. Někdy se na základě dlouhodobé spolupráce a získaných informací změnil jejich vztah k medikaci.

Jaký je konkrétní obsah spolupráce s rodiči? V modelu PPP v Praze 6 není popsáno, jak je strukturována. **Program rodičovských skupin** se odvíjí v modalitě „tady a teď“, rodiče přinášejí aktuální potíže, terapeutky přinášejí témata jen částečně. Může mít způsob vedení rodičů souvislost s tím, jak se odkrývá problematičnost vztahu rodiny a školy? Nalézt jednoznačnou odpověď na tyto otázky není možné, jasné však je, že i práci s rodiči je dobré **systematicky strukturovat**. Hughes<sup>167</sup> poukazuje na pravidla rodičovského tréninku, která vedou k vyšší efektivitě působení. S rodiči je potřeba nejen sdílet, nýbrž též je trénovat a edukovat. Ideálně je pak v přesně daném pořadí rozvíjet nejdříve v dovednostech kontroly a usměrňování dítěte, kdy se rodiče učí budovat u dítěte určitou disciplínu, minimalizovat agresivní a nebezpečné projevy dítěte, „dostat jej pod kontrolu“ systémem pravidel. Na tuto část by měla navázat podpora jejich vzájemného rodičovsko – dětského vztahu, v hrových dovednostech se prohlubuje rodičovsko – dětskou interakce. Také další dobře podložené metody práce s dětmi s ADHD a poruchami chování publikované Weiszem a Döpfnerem<sup>168</sup> kladou důraz na systematickou práci s rodiči. Efektivní metody doporučují vzdělávání rodičů v léčebném konceptu, jejich seznamování s pojmy. Rodič se musí seznámit s literaturou k tématu a teprve poté se setkává s dalšími rodiči v interaktivní skupině, sdílí svou zkušenost a zaměřuje se na výchovu konkrétního dítěte a zvládnání náročných situací.

V Českých podmínkách by se pak model mohl inspirovat strukturou rodičovské skupiny při CRSP v Brně<sup>169</sup>, kde rodiče v průběhu 7 uzavřených setkání dostávají informace, objevují a obnovují zdroje svého rodičovství, učí se přijímat rodičovskou roli i vlastní nedokonalost, prohlubují sebereflexi a náhled na situaci, nacvičují nové interakce v rodině. Terapeutky jim pomáhají ve zmenšení rozporu mezi nereálnými představami o mateřství a dítěti a skutečností a dávají jim prostor pro sdílení a odpočinek. Pro vyšší efektivitu se osvědčila kombinace s emocionální podporou rodičů i dětí i v zahraničních modelech.<sup>170</sup>

Domníváme se, že třeba být **opatrný při podpoře polarizace vztahu ke škole**. Podle našeho názoru je dobré podpořit rodiče a zvážit nutnost změny školního prostředí, pokud dítě ve třídě trvale neprospívá a prostředí, spolužáci či přístup paní učitelky byly vyhodnoceny jako nepříznivý faktor. Zároveň musíme zvažovat, zda fluktuace dítěte není příliš častá (až

<sup>167</sup> HUGHES, J.N. In REYNOLDS, C.R.; GUTKIN T.B. The Handbook of School psychology. New York 1999, s. 748 – 750.

<sup>168</sup> WEISZ, J.R.; JENSEN, A.L. Child and adolescent psychotherapy in research and practice contexts: Review of the evidence and suggestions for improving the field. European Child and Adolescent Psychiatry. 2001, no. 10, s. 12 – 18.; DÖPFNER, M. Wie wirksam ist Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie? Psychotherapeutenjournal. 2003, no. 4, s. 258 – 266. Dostupný též z: <http://www.psychotherapeutenjournal.de/pdfs/2003-04/02-Beitrag1.pdf>. Pro více informací viz kapitola III. věnovaná výzkumům efektivitě práce s dětmi s ADHD a PCH.

<sup>169</sup> KOLČÁRKOVÁ, I.; LACINOVÁ, L. Rodičovství očima matek neklidných dětí. Brno: Barrister a Principal, 2008, s. 118-119.

<sup>170</sup> WEISZ (1990), SMYRNIOS, KIRKBY (1993). In REYNOLDS, C.R.; GUTKIN T.B. The Handbook of School psychology. New York 1999, s. 754.

chronická) a zda nebude mít opačný účinek. Příliš časté změny režimu dětem, které již takto mají problémy s adaptací, rozhodně neprospívají. Řešením je zacílit na podporu vztahů rodiče – učitelé, aby se polarizace orientovala spíše pozitivním směrem. Vztah rodiny a školy je komplikovaný i v případě bezproblémových dětí, a u dětí s poruchami chování se tento vztah stává ještě křehčím. Obě strany se mohou cítit kritizované a frustrované svými neúspěchy. Vzájemné obviňování není vyjímečné a přerušování spolupráce (změna školy) se zdá rychlým (i když podle našeho názoru ne vždy šťastným) řešením.

I nadále doporučujeme **rozvíjet práci s učiteli**. Na místě je větší osvěta, přiblížit jim, co je pro spolupráci s rodinou a tím i pro úpravu chování dítěte důležité: spravedlnost, komunikace, vysvětlovat dětem význam aktivit, pravidla, důslednost a respektování individuálního vzdělávacího plánu. Zároveň je nezbytná podpora učitelů v jejich náročné práci a jejich motivace ke spolupráci a k tomu, aby formulovali své potřeby (nutné je dostat se o krok dále než je stěžování si na těžkou práci s daným dítětem a žádání změny na jeho straně).

**Multisystémový přístup** se v poradně na Praze 6 převážně osvědčuje, jak ukázala rozsáhlá kvantitativní i kvalitativní evaluace. Pokračovat v něm, je ale možné pouze za předpokladu, že poradna získá externí prostředky (granty), jeho realizace je totiž **nadstandardně náročná časově i personálně**.

Na závěr konkrétních doporučení si dovolueme malé „povzdechnutí nad systémem“. Tato dizertační práce zmapovala situaci u nás i v zahraničí a zjistila, že celá řada poraden realizuje nebo by ráda realizovala podobnou službu jako poradna na Praze 6. Evaluace ukazuje její smysluplnost. Legislativa umožňuje poskytovat klientům poradem cca půlroční intenzivní péči. Přesto však je pedagogicko – psychologická poradna stále převážně diagnostickým zařízením, které dlouhodobou péčí, a už vůbec péčí pro celou rodinu a okolí dítěte, nabízí jen zřídka. Důvodem je množství klientů, málo času, hodně administrativy... Domníváme se, že by situace prospěla **celková koncepční změna**: více psychologů přímo na školách, posílení personálu v poradnách a více prostoru pro dlouhodobé intervence pro děti a jejich rodiny na základní škole, které by jistě snížily množství problémů těchto dětí v pozdějším věku. Tím by s velkou pravděpodobností došlo i k dlouhodobé úspoře státních prostředků, neboť každá koruna investovaná do prevence se státu vrací čtyřikrát až pětkrát.

## X. ZÁVĚR

Sledovali jsme zdroje v literatuře, zmapovali situaci v českých poradnách a zaměřili se na evaluaci konkrétního modelu. Na kvantitativní rovině mapovala autorka pomocí dotazníků pro rodiče a učitele, zda došlo k posunu v chování a projevech dítěte v rodině a ve škole po roce docházky do skupiny, aby zjistila, že všichni zúčastnění se shodnou na nejvýraznějším pozitivním posunu dětí ve vztazích k vrstevníkům. Zlepšení nastalo též v celkové situaci dítěte ve škole a v jeho vztahu s učitelem (zejména z pohledu učitele).

V kvalitativní části byly předmětem analýzy zakázky dětí z prvního stupně ZŠ, jejich rodičů a učitelů před započtím terapie a následně zisky rodin po roce terapie. Všechny tři skupiny respondentů: učitelé, děti i jejich rodiče se shodnou v tom, že by dětem prospělo lepší nakládání s emocemi a jejich ovládání, zlepšení komunikace a vztahů s ostatními lidmi a upevnění školních návyků. Učitelé volají po změně výchovného přístupu v rodině a též rodiče přiznávají, že mají rezervy v důslednosti a stanovování hranic dětem. Po roce práce vnímají změnu na mnoha úrovních rodiče i jejich děti. U dětí dochází i na kvalitativní úrovni ke zlepšování vztahů s vrstevníky, zlepšování komunikace a roste jejich sebeovládání. Rodiče pak pociťují změnu v mnoha oblastech, uvědomují si univerzalitu a relativitu svých potíží, tráví více času s dítětem a polarizuje se jejich vztah ke škole. Vztah rodiny a školy se ukázal v péči o děti s poruchami chování jako zásadní proměnná a je v práci podrobněji rozpracována.

Kromě pociťovaného efektu péče je kvalitativně analyzováno též jaké dítě přichází do skupin z hlediska spisové dokumentace, abychom se dozvěděli, že v trajektorii těchto dětí je celá řada podobností. Závěr kvalitativní části přináší typologii klientů na základě rozsahu jejich potíží, motivace a předpokládaného průběhu léčby. Seznámili jsme se s typy Úzkostný, Agresor, Omyl školy, Klasik, Nemotivovaný a Hardcore. Tato typologie, výsledky výzkumu i teoretický background se v závěrečné diskusi promítají do úvah nad metodologickými otázkami i do doporučení pro praxi.

Toto byly nejpodstatnější závěry naší dizertační práce. Věříme, že kromě nich obsahuje tento text i celou řadu drobných zajímavostí, které nám pomáhají porozumět danému tématu. Vzpomeňme vzpomínkový optimismus rodičů a vzpomínkový pesimismus učitelů. Připomeňme rozdíly, do jaké míry děti o skupině mluví s rodiči a ve škole. Velmi zajímavé bylo i téma rodičovského přání, jakou změnu by nejvíce žádali pro své dítě. Rozhodně



inspirující je snaha terapeutů aktivizovat mužský prvek v rodinách v průběhu terapie. I tyto drobné střípky mimo hlavní proud práce jsou osvěžující a mají zde své místo.

Věříme, že text naplnil čtenářská očekávání.

## **XI. Přílohy**

### **XI. 1 Seznam příloh**

Příloha 1: Podrobný popis modelu programu

Příloha 2: Úvodní dotazník pro rodiče

Příloha 3: Úvodní dotazník pro učitele

Příloha 4: Evaluační dotazník pro rodiče

Příloha 5: Evaluační dotazník pro učitele

## X. 2 Příloha 1 Podrobný popis modelu programu

### **Realizátor: PPP Praha 6**

Název organizace: Pedagogicko – psychologická poradna Praha 6

Název programu: Multisystémový model dětské skupinové psychoterapie, model indikované a selektivní primární prevence. Skupiny pro děti ze ZŠ a jejich rodiče.

Adresa: Vokovická 32/3, Praha 6 – Vokovice 160 00

Tel./fax: 220 61 21 31

E-mail: [veronika.pavlas.martanova@gmail.com](mailto:veronika.pavlas.martanova@gmail.com), p. ředitelka: [fidrhelova@ppp6.cz](mailto:fidrhelova@ppp6.cz)

Internet: [www.ppp6.cz](http://www.ppp6.cz)

### **1. Název programu**

#### **Multisystémový model dětské skupinové psychoterapie, model indikované a selektivní primární prevence. Skupiny pro děti ze ZŠ a jejich rodiče.**

Zpracovala PhDr. Mgr. Veronika Pavlas Martanová, leden 2011

### **2. Popis programu**

Dětská a rodičovská intervenční skupina projektem PPP Praha 6, který je realizován již sedmým rokem a navazuje na předchozí zkušenost poradny s individuální i skupinovou terapií dětí s poruchami chování. Působení programů má charakter specifické selektivní a indikované prevence realizované v PPP. Jsou realizovány dvě dětské a paralelně i rodičovské intervenční skupiny pro první a druhý stupeň ZŠ, kde se rodiče nebo jiný zákonní zástupci a jejich děti scházejí 1x týdně v rozsahu 1 hodiny (60minut) po dobu jednoho školního roku. Jedenkrát za 4 - 6 týdnů pracují obě skupiny společně.

Skupina trvá vždy po dobu školního roku, pracujeme s celým systémem (dítě, rodiče, vyučující, event. dalším odborníky – speciální pedagog, pedopsychiatr apod.). Využíváme své možnosti kontaktu se školami a zaměřujeme se na klienty, které nelze předat do péče jiného zařízení (SVP apod.). Principy fungování i řada technik je u obou skupin (prvostupňové i druhostupňové) shodné, respektujeme však vývojová specifika obou skupin. Prvostupňová skupina pro děti od třetí do páté třídy je více direktivní, zaměřena na hru a specifické techniky vedené dospělým, děti se zde teprve učí skupinové komunikaci a rozhovorovému charakteru psychoterapie. Druhostupňová skupina je již přirozeně více rozhovorová a místy méně direktivní a není potřeba přinášet takové množství technik ze strany dospělých.

## Základní struktura skupin

- Realizována dětská a paralelně i rodičovská intervenční skupina
- Frekvence 1x týdně v rozsahu 1 hodiny (60minut) po dobu jednoho školního roku.
- Skupina od třetího setkání uzavřená.
- S rodiči těchto dětí pracujeme psychoterapeuticky podpůrně paralelně v rámci rodičovské skupiny. Přijetí dítěte do skupiny je na 1. stupni striktně podmíněno pravidelnou účastí rodičů. Na 2. stupni je pravidelná docházka rodičů doporučena a podmínkou je účast na společných setkáních.
- Jedenkrát za 4-6 týdnů pracují obě skupiny společně, práce je zacílena na reflektovanou spolupráci dítěte a jeho rodiče. Jedenkrát až dvakrát ročně je organizována tzv. mužská společná skupina, kdy dítě s sebou přivádí otce, dědečka, strýce apod., je podporována spolupráce s mužským elementem v rodinách, neboť našimi dětskými klienty jsou převážně chlapci a přicházejí s nimi převážně matky. U bilingvních dětí je náš tým schopen spolupracovat s otcem i v angličtině, ruštině.
- Při významných událostech jsou organizována komunitní setkání (Vánoční večírek, závěrečná slavnost).
- Jedenkrát či dvakrát ročně je realizována výměna terapeutů, dětské terapeuti poskytují rodičům na skupině zpětnou vazbu z dětských skupin, terapeutky dospělých pracují s dětmi.
- V pololetí a na konci roku jsou s rodiči dětí realizovány individuální pohovory (v rozsahu cca 30 minut) mapující aktuální stav dítěte a terapeutů zde poskytují individuální zpětnou vazbu z dětských skupin.
- Dvakrát ročně je organizováno skupinové setkání pro učitele dětí ze skupin pro každý stupeň zvlášť.
- Každá skupina je vedena dvěma lektory s patřičným psychoterapeutickým vzděláním a zkušenostmi. U dětí je přítomen též 1 koterapeut, muž, student psychologie se započatým psychoterapeutickým výcvikem.
- Po každé skupině následuje krátké společné sdílení, intervize terapeutů.
- Práce skupiny je příležitostně supervidována a evaluována.
- Skupinou prochází v průměru 12 dětí a jejich rodičů na 1. stupni, z nichž dokončí cca 9 rodin. Na druhém stupni je do skupiny přijímáno cca 15 dětí, z nichž program dokončí cca 8 - 10.
- Skupina je sestavována jako koedukovaná, v některých ročnících se však spontánně vytvoří skupina pouze chlapecká. Chlapci tvoří celkově cca 85% naší klientely.
- Počet setkání v roce: cca 27 plus individuální setkání s matkami v lednu a červnu, setkání s učiteli

## Obecná struktura sezení:

- Sezení u dětí je standardně vedeno třemi terapeuty, dvěma ženami a jedním mužem (externistou), rodičovská skupiny jsou vedeny dvěma zkušenými poradenskými psycholožkami
- Sezení je pravidelně zahájeno náladoměrem (děti ukazují neverbálně úroveň své nálady a komentují, jak se to stalo, přinášejí do skupiny své aktuální rozpoložení)
- Volně vyplynuvší téma (často se v kontextu náladoměru objeví spontánně)
- Technika (viz poslední část popisu modelu)
- Průběžná práce s pravidly a sankcemi (pravidla stanovována společně s dětmi v začátku společně se systémem výzev a sankcí, děti je podepisují, zejména v první třetině trvání skupin je třeba se k nim opakovaně vracet, připomínat je, řešit jejich přestupování, připomínat hranice)
- Závěrečná relaxace nebo pobyt v pufících (viz poslední část popisu modelu)
- Podpis docházky (Podpis je aktem dětské zodpovědnosti, je to jejich povinnost za sebe i rodiče. Děti spontánně soutěží o to, kdo bude u podpisového archu mezi prvními.)

### 3. Obecná východiska programu

Jedná se o specifické psychoterapeutické cílené působení na děti, které se ve škole projevují rizikově, tedy o program selektivní či indikované primární prevence rizikového chování. U našich klientů je zvýšená pravděpodobnost výskytu rizikového chování v dospělosti nebo se tak projevují již nyní (je u nich zaznamenána zvýšená agresivita, specifické poruchy chování, šikana, úzkostné projevy, diagnostikována ADHD, SPU). V našem modelu je realizována dětská skupinová psychoterapie, společná setkání vychází z principů rodinné terapie. Zároveň je vedena aktivní komunikace se školami, kam děti docházejí. V některých odůvodněných případech je realizována též práce se třídou dítěte ze skupiny, pokud je potřeba úprava vztahů ve školní třídě. Celý proces je evaluován formativně i sumativně. Je realizován kvalitativní výzkum, který má za cíl zmapovat účinné a efektivní techniky, postupy a momenty, které zlepšují školní adaptaci dětí a snižují riziko výskytu rizikového chování. Výstupy ze skupiny a evaluace jsou prezentovány v odborném tisku a na konferencích.

Projekt ctí základní principy, které musí respektovat programy certifikované v primární prevenci: s rodiči i dětmi uzavírá písemnou smlouvu, kontrakt, mapuje jejich potřeby (potřeby dětí, rodičů, školy), pracuje s pravidly spolupráce, využívá metod, jež byly hodnoceny jako efektivní, pracuje s malou skupinou interaktivně, zaměřujeme se cíleně na rizikové chování, jeho zvědomování a nápravu, všichni pracovníci mají psychoterapeutické vzdělání a praxi. Nejedná se tedy pouze o podporu zdravého životního stylu.

#### Filozofie vzniku skupiny, proč skupina vznikla?

- Hledáme možnosti intenzivnější práce s dětmi se specifickými poruchami chování.
- Výzkumy podporují možnosti ovlivnění i závažných poruch chování ve věku 1. stupně ZŠ.
- U těchto dětí je zvýšené riziko výskytu sociálně nežádoucího, rizikového chování v budoucnosti, pokud jim nebude věnována adekvátní dlouhodobá poradenská péče.
- Z odborných studií vyplývá, že změna postojů a chování u ohrožených dětí je mnohem efektivnější, pokud se pracuje s celým rodinným systémem, rodič je aktivně zapojen.
- Vzhledem k tomu, že děti ve skupině pocházejí ze škol v Praze 6, s nimiž jsme v pravidelném kontaktu, je možné výchovný postup konzultovat také přímo s jejich třídními učiteli a výchovnými poradci.
- Tlak škol na řešení problémů těchto dětí, nedostatek časového prostoru pracovat s každou rodinou zvlášť v intenzitě jedenkrát týdně.
- Potřeba pracovat s dítětem v rámci skupiny, protože v individuálním kontaktu se potíže tolik neprojevují.

#### Vývojově, proč od prvního stupně ZŠ, proč od třetí / výjimečně druhé třídy?

- Je jich velmi málo, většinou jsou organizovány skupiny až pro děti starší, mnohdy bez rodičů.
- V tomto věku již jsou děti vývojově schopny introspekce, postupné práce s pocity (i se smíšenými).
- Pochopí, že může být více pohledů na jejich chování (viz některé techniky „Jak mě vidí“).
- Jsou schopny vnímat, co jim chování dává a bere, lze pracovat s porozuměním situaci.
- Sebehodnocení se stává trvalejším (školní či sociální neúspěch hrozí stát se trvalým rysem osobnosti).

## Výtěžnost skupin, efektivita, kterou lze očekávat na základě zahraničních výzkumů

- Skupiny chápeme jako selektivní či indikovanou primární prevenci rizikového chování. Některé děti jsou z rizikových skupin, u některých se již objevuje rizikové chování – účast na šikaně ve třídě, neadekvátní a impulsivní/ zkratovitě agresivní reakce, vyhýbání se škole, potenciál k záškoláctví, gamblerství, závislosti na PC.
- Zahraniční výzkumy tvrdí, že 5-7 dolarů se společnosti vrací při 1 dolaru investovaném do prevence ( B.Welsh, In: SHAFFER, D.R.: Developmental Psychology, Childhood a Adolescence. University of Georgia, USA 1999, s. 348. (Part Iv Social and Personality Development Attachment, conceptions of self in Midle Childhood).
- Rizikové faktory pro vznik antisociální osobnosti jsou: ADHD (porucha pozornosti s hyperaktivitou), ODD (Oppositional Defiant Disorder, porucha opozičního vzdoru), CD (Conduct Disorder, porucha chování) a celá řada našich klientů má diagnostikovanou specifickou poruchu chování, poruchy pozornosti a specifické poruchy učení.

## **4. Cíle**

- Změna problémového chování u dětí
- Podpora rodiny, její motivace ke spolupráci s námi a se školou, podpora práce na změně výchovného přístupu, pokud je nutná (včetně podpory zapojení mužského prvku)
- Rozklíčování problému
- Komunikace se školou, vyjednávání podmínek, mediace problémů (někdy též pomoc při volbě vhodné školy)
- Přesnější diagnostika, seznámení se s dítětem i stylem jeho vedení v rodině
- Zvýšení sebevědomí a sebevědomí u dítěte
- Zvýšení sebeuvědomování u dítěte i rodiče, reflexe problémového chování
- Korektivní zkušenost dítěte v dětské skupině
- Podněcování pozitivních alternativ v chování dítěte

## **5. Cílová skupina**

Jedná se o projekt selektivní a indikované primární prevence rizikového chování u dětí na 1. a 2. stupni ZŠ. Pro každý stupeň existuje samostatná skupina. Pracujeme s celým systémem (dítě, rodiče, vyučující, event. další odborníci). Využíváme své možnosti kontaktu se školami a zaměřujeme se na klienty, které nelze předat do péče jiného zařízení.

Cílovou skupinou našeho psychologického působení jsou dlouhodobě děti s adaptačními problémy na 1. stupni ZŠ (3. -5. tř., od roku 2005) a na 2. stupni ZŠ (6. -8. / výjimečně 9. tř., od roku 2008), které se projevují úzkostně, agresivně, jsou hyperaktivní, souhrnně mají potíže ve vnímání hranic svých i druhých lidí a mají potíže ve vztazích a v adaptaci ve škole, neadekvátně komunikují a reagují. U těchto dětí je enormně zvýšené riziko výskytu sociálně nežádoucího, rizikového chování v budoucnosti, pokud jim nebude věnována adekvátní dlouhodobá poradenská péče. Všechny děti prošly diagnostickým vyšetřením v PPP, jsou jejich klienty a byla u nich indikována dlouhodobá systematická péče. Skupina je sestavována týmem psychologů z PPP Praha 6.

S rodiči dětí pracujeme psychoterapeuticky podpůrně v rámci rodičovské skupiny. Předchozí zkušenosti reflektované v evaluaci prokázaly, že setkávání rodičů má zásadní význam pro přijetí dítěte a zlepšení rodinné situace, což následně ovlivnilo i školní adaptaci, chování a prospěch žáka ve škole.

Pedagogové jsou průběžně kontaktováni a jsou jim nabízeny individuální konzultace. V případě získání podpory pro ně zrealizujeme též sérii večerních seminářů a možnost supervize, metodického vedení.

### Kdo jsou naši reální klienti?

- Byl realizován výzkum, kde bylo mapováno složení našich klientů (z 3. -5. třídy) za tři roky ve skupinách prostřednictvím analýzy jejich spisové dokumentace.
- Z hlediska anamnestického se jedná o děti, jejichž rodiče jsou většinou středoškoláci nebo vysokoškoláci. Děti jsou převážně mladšími sourozenci nebo jedináčky. Minimální je výskyt prvorozených z vícečetných sourozeneckých konstelací. Jen u malé části dětí lze v anamnéze získané pracovníky PPP objevit nějaké závažné prenatální, perinatální komplikace či komplikace raného vývoje.
- Z hlediska standardní trajektorie, kterou hledáme, lze o 60 % dětí říci, že do poradny přišly se svými rodiči poprvé v předškolním věku a to většinou se zakázkou posouzení školní zralosti, u některých z nich se již vyskytovaly výchovné potíže v mateřské školce či doma. Většinu těchto dětí byl doporučen odklad školní docházky o jeden rok. Příčinami jsou převážně celková či pracovní nezralost, pomalé tempo, neklid, percepční nezralost. U těchto dětí se neobjevuje snížené nadání, místy je však vývoj jednotlivých složek nerovnoměrný. Někteří rodiče využili možnosti docházet do pedagogicko – psychologické poradny na speciálně pedagogické nápravy.
- V první třídě již prostor naší poradny zná 83% dětí, které budou později chodit do terapeutické skupiny. Po zahájení školní docházky se znovu objevují potíže, které jsou charakterizované jako motorický neklid, nesoustředěnost, pomalost, impulzivita, špatná adaptace na školní prostředí, emoční labilita, agresivní projevy v chování.
- Z hlediska jejich výkonového kognitivního potenciálu se jedná o děti, jejich výkon ve standardizovaných testech inteligence (převážně WPPSI, WISC III) se pohybuje při horní hranici pásma průměru. 10% dětí (cca 1 v každé skupině) je mimořádně nadaných, tedy jejich výkon je v pásmu vysokého nadprůměru (přesahuje hodnotu 130 bodů IQ). Vzhledem k tomu, že je možné v dokumentaci sledovat celou řadu psychologických vyšetření, je možné zaznamenat také jev, který nenabývá statistické významnosti, ale může být důležitý pro práci s těmito dětmi. Tímto jevem je rozkolísanost výkonů dětí v průběhu času, jejich výkony se dle momentálního stavu odlišují běžně o cca 10 bodů a objevují se i případy rozdílu o 20 bodů ve srovnatelných standardizovaných testech. Tyto výsledky vypovídají o typické rozkolísanosti výkonu těchto dětí, z nichž tedy nelze dělat závazné závěry, pokud není dítě sledováno na jednom pracovišti po delší dobu.
- Příčiny vyšetření, díky kterým děti s rodiči přicházejí, jsou: pomalost, neklid, impulzivita, nesoustředěnost, nemotivovanost, nižší sebevědomí, úzkostnost, emoční labilita, agresivita ve škole, nízké sebeovládání. Diagnózy, které se objevují v jejich zprávách z vyšetření, jsou: ADHD (44%), ADD, úzkostnost, porucha chování, dráždivost CNS, LMD, emoční labilita, hysterické projevy. 67% z nich má diagnostikovanu též specifickou poruchu učení (dále SPU) - dysortografii, dyslexii, dysgrafii, výjimečně dyskalkulii nebo SPU potíže. V 42 % případů bylo poradnou doporučeno další pedopsychiatrické vyšetření a zvažení medikace dítěte. U 60 % dětí realizováno neurologické vyšetření. 60% dětí je též dlouhodobě v péči dalších odborníků (neurolog, pedopsychiatr, klinický psycholog).
- Z analýzy spisové dokumentace tedy vyplývá, že do skupiny přicházejí děti, které mají určité typické rysy a jejich problémy jsou dlouhodobého charakteru. Většina potíží se zvyrazňuje

v kontaktu se školní institucí (mateřskou školou a školou), která poté motivuje rodiče k návštěvě poradny. Přestože se jedná o děti minimálně průměrně disponované, jejich výkony mohou být rozkolísané a mohou mít celou řadu specifických obtíží a komorbidit (např. SPU). Pro práci s těmito dětmi je nezbytné pracovat systémově – do koordinace péče zahrnovat nejen rodinu a školu, ale také udržovat kontakt s dalšími odborníky.

## **6. Kontraindikace/omezení**

- Při výběru se řídíme výše popsaným zaměřením skupiny.
- Spolupráce rodiny je nezbytná, na druhém stupni pak nutná alespoň docházka rodiče na společná setkání.
- Výběr se provádí ve spolupráci s kmenovým psychologem, je nutná indikace do skupiny, tudíž jsou vyloučeny extrémní projevy v chování, mentální retardace a podobně.
- V průběhu skupin pracujeme s pravidly a sankcemi, existuje systém vylučování ze sezení. Dítě může být třikrát upozorněno, dostat 3 výtky, poté je pro ten konkrétní den vyloučeno ze skupiny a odchází se svým rodičem domů, příště ho opět rádi uvidíme, odchod je reflektován. K tomuto řešení dochází minimálně. Pokud by se situace opakovala, je třeba řešit, zda by v zájmu zachování funkce skupiny nebylo vhodné doporučit rodině jiný druh spolupráce.
- Dítě může docházet do skupiny maximálně 2 roky na jednom stupni ZŠ, většina dětí dochází do skupiny 1 školní rok.
- Po ukončení docházky do skupiny je možné převedení do udržovacího systému (průběžné kontroly stavu u kmenového psychologa).

## **7. Personální nároky**

Dle plánu služba zajištěna 4 psycholožkami s psychoterapeutickým výcvikem a jedním externistou, studentem psychologie se započatým výcvikem. Multisystémovost našeho projektu přináší vysoké časové i osobnostní nároky na komunikaci se všemi zúčastněnými, tedy i s rodiči mimo skupinová setkání, se školami a učiteli, lékaři. V některých případech byla indikována též realizace sociometrie ve škole a práce se školní třídou (to chápeme jako kmenovou činnost poradny). Tyto nároky překračují časovou dotaci práce odborníků plánovanou v projektu. Také vedení projektu a evaluace je realizována nad rámec běžného projektu a snažíme se pro ni najít další personální i finanční zdroje.

## **8. Požadavky na supervizi/intervizi**

Intervize se realizuje po každém sezení v rozsahu 20 – 30 minut, v případě potřeby déle na společných poradách týmu. Supervize s externím supervizorem se děje dle míry získaných prostředků na tuto službu, cca 1x za dva až tři měsíce.

## **9. Časová struktura během roku, příklad**



Témata dětské skupiny, rozložena ve 26 setkáních (zvýrazněné jsou společné, 2009/10):

- 1. seznámení společně s rodiči**
- 2. zakázka na skupinu, smlouva, společné poznávání**
3. proč jsem tady a formování kontraktu změny u dětí i rodičů
4. práce s pravidly ve dvou hodinách, relaxační cvičení, práce s tělem
5. ostrov skupiny – podpora jednoty skupiny a skupinového procesu
- 6. společná práce s rodiči – podpora kooperace a sdílení**
- 7. vánoční setkání – společně s rodiči**
8. nový rok, práce s předsevzetími, psychodrama, vzájemná podpora
- 9. společná práce s rodiči, rodinná čára života**
10. vztahy k ostatním lidem, partnerské vztahy
11. tematický blok na 4 setkání – indiánská skupina, znovu povzbuzení soudržnosti skupiny, role ve skupině, boj o vedení a dynamika skupiny, práce se sebevědomím, zvyšování uvědomění tělesného a kognitivního a emocionálního, práce s projekcemi
12. **společná práce s rodiči**, výměna rolí s maminkami, společné úkoly, reflexe pocitů a vztahu ke škole
13. dynamika skupiny, spontánně vyplynuvší téma
14. jak mě vidí ostatní
15. dynamika skupiny
- 16. práce s hlínou společně s rodiči, fyzické a emocionální uvědomění**
17. dynamika skupiny, intimita skupiny, relaxace
18. výměna terapeutů, „dětští“ pracují s rodiči, děti mají s „dospěláckými“ výtvarnou dílnu
- 19. mužská skupina – aktivace otců, dědečků a mužských vzorů v rodině**
20. výtvarná techniky, malování vlastní masky a její reflexe, práce s projekcemi
21. práce s hlínou, fyzické a emocionální uvědomění
22. evaluace, zhodnocení kontraktu a „zda se něco změnilo?“
- 23. ukončovací slavnost, předání pozitivních poselství**

## **10. Základní principy působení, doporučené formy, metody**

- Multisystémovost
- Pěstování vztahů s therapy (osobní vztah poskytující autentickou zpětnou vazbu)
- Návlek sociálních dovedností, podpora vztahů v kolektivu
- Pěstování empatie, naslouchání druhým, zájmu o druhé
- Práce s jasnými hranicemi, pravidly a sankcemi
- Mediace a tvorba dohod
- Podpora náhledu na chování, zvyšování sebevědomování, sebereflexe
- Podpora sebevědomí dítěte
- Přijímající / primárně nehodnotící prostředí pro děti
- Vytvářet neagresivní prostředí
- Eliminace „payoffs for Aggression“, zisků z agresivního chování
- Strategie ignorování – „time out“ v případě agrese, následná reflexe bez ponížení či zostuzení dítěte
- Sociálně kognitivní intervence
- Důraz na porozumění významu aktivit: Proč to děláme, k čemu je to užitečné
- Kontrola impulzů
- Hledání neagresivních řešení konfliktů
- Podpora vztahu dítěte s rodičem, společná práce na principech rodinné terapie
- S rodiči se pracuje nedirektivně, mohou přinášet aktuální témata
- Přijetí a nehodnotící podpora rodičů
- Vyjednávání pravidel se školou
- Do rodičovských skupin jsou příležitostně zváni externí odborníci

## 11. Zdařilé původní techniky

- Zaměřené na kontrakt – tvorba a podpis smlouvy
- Techniky na podporu změny
- Podporující sebevědomění tělesné i emocionální
- Vztahy (seznamovací, hloubkové, matka/rodič – dítě)
- Společné pro děti a rodiče, společný čas, sdílení, náhled na role ve dvojici
- Blbůstky (pozornost, pohyb, odreagování)
- Podle formy: Výtvarné/dramatické (s hraním rolí, drama terapie) / fyzické / rozhovorové / pracovní listy
- Všechny jsou následně ve skupině reflektovány
- Více a konkrétně viz poslední část popisu

## 12. Doporučení pro realizaci

- Zodpovědné plánování
- Stanovení si jasné cílové skupiny
- Propagace a promyšlené sestavování skupiny
- Zajištění si podpory kolegů
- Nutná koheze týmu, nelze realizovat v jedné osobě
- Model lze variovat dle personálních možností (úprava frekvence, redukce spolupráce s učiteli, rodiči)

## 13. Prostorové a materiálové požadavky a pomůcky

- Prostor – běžná místnost bez specifických nároků
- Čas – na plánování, organizaci, realizaci, reflexi, intervizi, supervizi
- Tým a jeho vedení
- Zázemí pro evaluaci
- Finanční prostředky
- Pomůcky nenáročné: karimatky, běžné výtvarné a kancelářské potřeby

## 14. Evaluace formativní, evaluace procesu

- Mapování potřeb
  - od rodičů (dotazník před, zakázka, rozhovor)
  - od dětí (kontrakt, rozhovor)
  - od učitelů (dotazník před, plánován seminář)
  - z intervize s kolegy
  - mapování potřeb regionu na školách
- Získané zpětné vazby ústní i písemné (průběžné rozhovory se zúčastněnými stranami, dotazníky před a po ukončení terapie, evaluační techniky na skupinách).

- Podklady plánované pro evaluaci, hodnocení efektivity (nadstandardní):
  - záznamy a nahrávky ze setkání, rozhovorů
  - hodnocení kontraktů na konci setkávání (s rodiči i s dětmi)
  - rozhovory s dětmi
  - dotazníky pro rodiče
  - polostrukturované rozhovory s rodiči (leden a červen)
  - dotazníky pro učitele
  - polostrukturované rozhovory s učiteli
  - intervize s kolegy

## 15. Ověřený program (evidovaný, sumativně evaluována efektivita)

Evaluaci v našem zařízení je věnován samostatný příspěvek s názvem Možnosti evaluace dlouhodobého intervenčního programu v pedagogicko – psychologické poradně (autorka PhDr. Veronika Pavlas Martanová, evaluace realizována kvantitativně i kvalitativně, dostupné na [www.ipp.cz](http://www.ipp.cz), [www.ppp6.cz](http://www.ppp6.cz) )

### Sumativní evaluace kvantitativního charakteru

- Ve statistické analýze v rámci sumativní evaluace skupin v PPP Praha6 byla posuzována data ze čtyř terapeutických skupin prvního a druhého stupně ZŠ za školní roky 2008/2009 a 2009/2010. Do statistického zpracování byli zahrnuti klienti, kteří absolvovali celý program a dokončili jej.
- Formou dotazníkového šetření byla posuzována míra změny u dětí v jednotlivých oblastech, tak jak ji po roce docházky vnímají rodiče dětí a jejich třídní učitelé. Dotazníky vyplňovali rodiče i učitelé cca 2-4 týdny po ukončení docházky dítěte na skupiny, tedy s mírným odstupem. Takto získaná data mají charakter subjektivního vjemu respondentů, jejich prožívání situace dítěte v posledním roce.
- Dále byla hodnocena data od rodičů a učitelů dětí před nástupem do terapeutické skupiny, jejich zakázka na změnu chování u dítěte pro rok 2009/2010 (v předešlém roce byla zakázka pouze kvalitativní), a tato data z října 2009 byla porovnávána s hodnocením na konci školního roku, v červnu 2010. Takto získaná data mají charakter objektivního posunu, objektivní změny v posuzovaných oblastech.
- Do statistického hodnocení byla zahrnuta též některá kvalitativní data, která byla kvantifikována. Jedná se o neexperimentální evaluaci<sup>171</sup>.
- Byly posuzovány následující oblasti. U učitelů se hodnotily kategorie: **prospěch dítěte** a jeho situace v kognitivní oblasti učení (zahrnuje zejména známky, schopnost učit se), **soustředění žáka** (sleduje koncentraci a pozornost dítěte ve škole na školní úkoly), **chování ve škole** (zahrnuje oblast chování a jednání ve škole, zvládání zátěže, motivaci, přizpůsobení se pravidlům školy, zvládá konfliktů), **vztahy s kamarády** (zahrnuje vztahy v rámci vrstevnické skupiny, pozici ve školní třídě, komunikaci se spolužáky), **domácí příprava** (postihuje připravenost dítěte z domova, vypracovávání domácích úkolů, nošení pomůcek na vyučování apod.), **vztah dítěte a učitele** (popisuje, jak spolu dítě a učitel subjektivně vycházejí, nepřímo též, zda má učitel dítě rád), **vztah rodičů a učitele** (zaměřuje se na vzájemný vztah rodiny a školy, jejich komunikaci) a **celkovou situaci a chování dítěte** (shrnuje předchozí kategorie a pokouší se o zobecnění celkové situace dítěte ve školním prostředí).

<sup>171</sup> KRÖGER,CH. Evaluation: Definitions and Concept. In BAKER,O.; MOUNTENEY,J.; NEAMAN,R. (Eds.): Evaluation Drug Prevention in the European Union. Scientific Monograph Series, No.2. Lisabon: EMCDDA, 1998, s. 61- 66.

- Rodiče hodnotili situaci dítěte v kognitivní oblasti **učení** (zahrnuje zejména známky, schopnost učit se, jak usuzují ze zpráv ze školy a zároveň to pociťují při domácí přípravě s dítětem), **chování doma** (sleduje, jak se dítě chová doma, jestli také doma nastávají problémové situace nebo nikoliv), **chování ve škole** (zahrnuje oblast chování a jednání ve škole, zvládnání zátěže, motivaci, přizpůsobení se pravidlům školy, zvládá konfliktů, tak, jak je prožívají zprostředkovaně rodiče), **vztahy s kamarády** (zahrnuje vztahy v rámci vrstevnické skupiny, pozici ve školní třídě i mimo ni), **vztah dítěte a učitele** (popisuje, jak spolu dítě a učitel subjektivně vycházejí, zda si rodič myslí, že má učitel s dítětem pozitivní vztah a dítě jej má rádo), **vztah rodičů a učitele** (zaměřuje se na vzájemný vztah rodiny a školy, jejich komunikaci z pohledu rodiče) a **celkovou situaci a chování dítěte** (shrnuje předchozí kategorie a pokouší se o zobecnění celkové situace dítěte z pohledu rodiče).

Byly zodpověděny tyto **hypotézy**:

- Děti zlepšily své chování ve škole po roce práce ve skupině – **Ano**.
- Změny si všimne rodič – **Ano**, zejména v rámci subjektivního hodnocení.
- Změnu zaznamená učitel – **Ano**, změna evidována statisticky významně subjektivně i objektivně.
- Dojde k pozitivnímu posunu ve vztazích s vrstevníky – **Ano**, zaznamenáno subjektivně i objektivně učiteli i rodiči, **zde je efekt nejvýraznější** u všech respondentů.
- Dítě se s rodičem sblíží, pokud spolu budou trávit čas, nastane změna v chování doma – **Ano**, ale pouze v subjektivně a na prvním stupni ZŠ.
- Účast na skupině nemá vliv na učení – **Ano**, potvrzeno ve škole versus **Ne** objektivně změna zaznamenána u rodičů na 1. stupni ZŠ.
- Vstupuje vliv medikace - **Ano**, potvrzeny konkrétní souvislosti, ale protože počet medikovaných dětí je příliš nízký, nelze tyto závěry zobecnovat ani pro tuto skupinu, je vhodné je užít spíše pro interpretace individuálního posunu těchto konkrétních dětí.
- Do procesu vstupuje změna vyučujícího či školy – **Ano**, výraznou proměnnou se ukazuje vztah rodiny a školy a jejich vzájemná komunikace.
- Nepodaří se nám odlišit vliv terapie a přirozené maturace – **Ano**, toto odlišení nebylo prokázáno, neexistovala kontrolní skupina. Validita výzkumu je podpořena sběrem dat v průběhu dvou let, porovnáním výsledků z prvního a druhého stupně, porovnáním rodičovských a učitelových dat a porovnáním subjektivního vnímání změny a objektivního posunu.

Shrnutím všech v tomto kvantitativním šetření dostupných údajů dospíváme k závěru, že rodiče i učitelé se subjektivně i objektivně shodnou na **pozitivním posunu dětí ve vztazích s vrstevníky, kamarády, spolužáky**. Významný posun nastal též v oblasti **chování ve škole a celkové situace dítěte** (pociťováno zejména ve školním prostředí, učiteli). V těchto oblastech se potvrdila základní hypotéza, že se děti zlepšily z pohledu rodičů i učitelů.

Nelze bezpečně prokázat, zda k těmto změnám došlo vlivem působení multisystémové skupinové psychoterapie a odlišit je od přirozené maturace dítěte zejména pro neexistenci kontrolní skupiny (z důvodů kapacitních i etických). Domníváme se však, že prokázané změny jsou v přímé souvislosti s tímto působením a dokládáme je zejména kvalitativní analýzou celého procesu.

V neposlední řadě byly zaznamenány významné proměnné, jimž je třeba věnovat další pozornost a pracovat s nimi nejen na výzkumné úrovni, ale zejména v terapeutickém procesu samotném. Jsou jimi zejména vztah a komunikace rodiny a školy a medikace dítěte s diagnózou ADHD.

Tato sumativní evaluace dvou let terapeutické práce se skupinami dětí a jejich rodiči napomáhá jednak jako argument pro nabízení této služby v regionu a získávání státní podpory pro tuto práci (žádosti o granty), ale zejména jako podpůrný nástroj pro samotné terapeutické působení, kdy mohou o žádoucí změně u klienta terapie uvažovat v několika rovinách.

Kvalitativní analýza změny, tedy kategorizace toho, v čem změnu nejvíce pociťují a jak ji popisují rodiče i jejich děti, je plynulým pokračováním zde prezentovaných závěrů. Kvalitativní evaluaci je věnována samostatná studie (sledovány standardní trajektorie dětí v poradenském systému, potřeby jednotlivých aktérů (rodič, dítě, učitel) a jejich zisky (dítě, rodič)), zde nabízíme pouze několik základních poznatků o pociťovaných ziscích dětí a jejich rodičů.

### Sumativní a formativní evaluace kvalitativního charakteru

Kvalitativní analýza se snaží zodpovědět následující otázky na základě analýzy spisů dětí (viz výše), zakázek všech zúčastněných (rodiče, děti, škola), evaluací dětí a rodičů (metodické listy, záznamy ze skupin, rozhovory) a rozhovorů s terapeuti.

- **Kdo jsou děti v naší skupině z pohledu spisové dokumentace?** Jaké děti se k nám dostávají, jaké jsou jejich diagnózy a jaká je jejich standardní trajektorie v poradenském procesu? (Viz výše na téma: Kdo jsou naši skuteční klienti?)
- **S jakou zakázkou přicházejí děti do skupiny, mají vůbec nějakou?**

Zakázky dětí mají svá specifika a komplikace při stanovování, orientačně je lze shrnout do 6 kategorií: Dětské a nereálné, Zábavné, činnosti, Mít to (dětství?) už za sebou, Zlepšit si vztahy s vrstevníky, Zvládat zátěž, ovládat se a Vyhovět nárokům školy.

Zakázky dětí se tedy orientují zejména na oblast činností na skupině, vztahovou oblast (s vrstevníky), osobnostní (sebeovládání a růst) a školní dovednosti. Žádaná změna by měla zahrnovat zejména sféru osobnostní, sociální a školních povinností. Zakázky u dětí z prvního stupně bývají velmi stručné, někdy jsou schopny je vytvořit samostatně, jindy jim s jejich formulací musí v následujícím sezení pomáhat rodič (dítě samo by mělo například jen přání věnovat se určitým činnostem, skupinu chápe jako nový povinný kroužek). Z hlediska potíží, s nimiž děti přicházejí, je nejzajímavější, že jsou si do značné míry vědomy své neobratnosti ve vztazích a v komunikaci a svých problémech ve zvládnutí emocí.

- **S jakou zakázkou posílají učitelé dítě do skupiny, co jim nejvíce vadí a co si přejí, aby se změnilo?**

Učitelé si téměř vůbec nestěžují na nadání těchto dětí, prospěch je bez potíží, děti jsou charakterizovány jako převážně samostatné a dostatečně se hlásící, nikdo z nich neopakoval ročník. Učitelé často popisují výskyt specifické poruchy učení a nadprůměrné dispozice (vyzdvihují většinou hlavně logický úsudek a matematiku). Kauzální atribuci potíží z pohledu učitelů lze popsat následovně: 55% vidí příčinu v osobní charakteristice dítěte (tj. dg. SPU, SPCH, ADHD), 25% příčinu vidí důvod pouze v rodině (kritizují ji za neadekvátní přístup, nedůslednost, slabší vedení, žádají PPP o výchovu rodičů) a 20% vidí příčinu v kombinaci obou faktorů.

Zakázky učitelů na změnu u dítěte se pohybují ve 4 kategoriích: Potíže dítěte s emocemi; Neplnění školních povinností; Problematická komunikace s vrstevníky a udržování kvalitních vztahů; Nevhodný rodinný přístup, kritika rodiny. Z pohledu učitelů je třeba zaměřit se na terapeutických skupinách na změnu v oblasti osobnosti dítěte, jeho komunikace a vztahů, školních nekognitivních dovedností a rodinného přístupu. Změna by tedy měla zahrnovat opět zejména sféru osobnostní, sociální a školních povinností.

- **S jakým záměrem přicházejí do skupiny rodiče? Co očekávají, co by potřebovali pro sebe a své dítě?**

Pro své dítě rodiče chtějí (5 kategorií): Zlepšení komunikace, Sebeovládání, Školní dovednosti (soustředění, tempo, být bez poznámek, poslušnost, dodržování slibů), Sebepřijetí (méně úzkosti, zklidnění), Lepší vztahy (přijetí, ocenění).

Pro sebe by rodiče rádi změnili (6 kategorií): Zvládání syna / dítěte, Nepodcenit situaci (méně úzkosti, trpělivost, klid pro sebe i své dítě), Lepší komunikaci, Informace a strategie (naučit se důslednosti, získat poučení, informace, techniky), Zlepšení vztahů (více času stráveného s dítětem) a Osobní cíle.

Pro své děti by rodiče uvítali posun v oblasti osobnostní, vztahové (s vrstevníky a paní učitelkou), komunikační a školních dovedností. Pro sebe si pak přejí změnu osobnostní, v komunikaci, vztahové (v rodině) a kognitivní (v míře informovanosti). Změna by tedy měla zahrnovat zejména sféru osobnostní, sociální, školních povinností dítěte a informovanosti rodiče. Rodiče si na jednu stranu přejí objektivní změnu současné situace, na druhou stranu zaznívá touha po přijetí situace tak, jak je, smíření se s tím, co změnit nelze, bez nepříjemných emocí.

- **Jaké jsou zisky jednotlivých zúčastněných při ukončování skupin? Jakou změnu pocítují rodiče a jejich děti a pocítují vůbec nějakou? Jsou nějaké zajímavé okolnosti nebo jevy, které se v průběhu analýzy ukážou jako významné pro celý terapeutický proces?**

Zisky pro děti lze podobně jako zakázky rozdělit do následujících kategorií: sociální = vztahová oblast a oblast komunikace, osobnostní sféra (vlastnosti, sebeovládání), v menší míře se projevuje posun v oblasti školních dovedností a hodnocení (ten je u obou viděn hlavně na úrovni formálního hodnocení – méně černých puntíků, poznámek, rodiče jej občas dávají do vztahu s medikací) a děti oceňují nové činnosti, které se na skupině naučily.

Celkově lze konstatovat, že u dětí se zlepšuje vztah k vrstevníkům, adaptace ve škole, komunikační dovednosti, chování celkově, u dětí klesá míra běžné denní agresivity, roste sebeovládání. Posuny ve vztazích k vrstevníkům / s vrstevníky vycházejí významně i v kvantitativním hodnocení, vidí je rodiče, děti i učitelé. Děti i rodiče si u dítěte po roce působení ve skupině všimají osobnostní / růstové změny, dítě přirozeně zraje a zároveň je stimulováno skupinou (například k vyšší samostatnosti). Rodiče si u dítěte navíc všimají zlepšení po nasazení medikace (pokud byla nasazena) a poklesu odporu při docházce na skupinu. Děti naopak reflektují činnosti, jimž se v uplynulém roce věnovaly.

Rodiče souhrmně pocítují posun v deseti oblastech: získali sociální kontakt, pocítili univerzalitu a relativitu svých potíží a následně zklidnění, obdrželi informace a osvojili si některé strategie zvládání dítěte, někdy se změnil jejich vztah k medikaci (většinou u dětí, kde to psychologové považovali za nutné, cca u 20 % dětí), strávili s dítětem více času, více s ním komunikovali a viděli jej v interakci

s ostatními. Docházka do skupiny přispěla též k jejich osobnímu rozvoji. Ve většině případů se pak také polarizoval jejich vztah ke škole a učitelům a to v pozitivním i negativním slova smyslu.

Kategorie vztahu se školou nabyla předem neočekávaného významu a ukázala se pro rodiče dětí ve skupinách v poradně na Praze 6 jako velmi důležitá. Na to, jakým směrem se bude tento vztah vyvíjet, má vliv z rodičovského pohledu 6 základních okolností. Pozitivnímu rozvoji vztahu ke škole napomáhá prezentovaný osobní vztah učitele k dítěti (lidskost a srdečnost), nenálepkování dítěte (vyvarování se předsudků), respektování jeho diagnózy a navrženého IVP, vzájemná komunikace a bezprostřední řešení problémů, pozitivní (či žádná, chápána jako pozitivní) zpětná vazba ze školy, jasná pravidla, srozumitelnost a spravedlnost v řešení konfliktů. Naopak absence některých těchto prvků vede rodiče ke kritice školy a někdy až ke snaze změnit školu či vyučujícího. Někdy tento zásah dítěti pomůže, časté střídání však zhoršuje jeho už tak obtížnou adaptaci a roztáčí začarovaný kruh.

Další kategorie zisků pociťuje jen část rodičů, jsou však významné pro terapeutů (vztah rodičů k medikaci, zlepšený či polarizovaný kontakt se školou, význam zapojení mužských aspektů v rodině, zlepšení vazby dítěte a rodiče a vyšší zainteresovanost některých učitelů).

- **Existuje určitá klienská typologie?**

Byl učiněn pokus o vytvoření orientační typologie klientské dvojice (dětí a jejich rodičů), u každé kategorie byly popsány nejmarkantnější příčiny problémů, jejich přístup k potížím, míra potřebné motivace, oblasti, na které je třeba se zaměřit a odhadovaná doba terapie. Vzniklo 6 orientačních kategorií, jejichž podrobný popis obsahuje již zmíněná analýza: 1. Úzkostný klient, 2. Agresor, 3. Nemotivovaný / flegmatik, 4. Klasik - LMD / ADHD/ADD - nepozorný, nesoustředěný, 5. Omyl školy, „kladřák“ a 6. Hardcore. Popsaná typologie je pouze orientační, nelze ji chápat rigidně a neměla by vést ke zjednodušování a k nálepkování dětí. Její existence však může pomoci při základní orientaci a může být užitečná v odhadování průběhu a délky terapie.

### **Úzkostný klient**

Přichází stejně jako ostatní se zakázkou školy, kde je nepozorný, špatně komunikuje, je obětí šikany nebo někoho fyzicky napadl, učitel mu nerozumí nebo jej lituje. Ve skutečnosti snadněji komunikuje s dospělými než s vrstevníky, ve skupině se vyskytuje menšinově cca z 20%. Jeho rodič bývá také úzkostný a vnímavý. Toto dítě má potíže ve vztazích s vrstevníky, je sociálně nešikovné, bývá obětí šikany, občas má nepřiměřený výbuch (hlavně doma, se sourozenci, ve škole může být po takovém výbuchu označen za agresora). Úzkostný klient dobře reaguje na pravidla, řídí se jimi a odvolává se na ně. Někdy je problematický ve vztahu k terapeutovi, má tendenci se příliš vázat, chce jeho pozornost, nosí mu dárky, fixuje se, chce výlučný vztah. Medikace obvykle není navrhována. Doba trvání terapie 1 rok, je třeba se připravit na těžší odpoutání při ukončování skupiny (věnovat mu dostatek času). V průběhu je důležitá podpora rodiny a korektivní zkušenost dítěte (aktivity na podporu sebevědomí). Úprava potíží je velmi pravděpodobná a nadějná.

### **Agresor**

Dítě – agresor přichází pod vysokým tlakem ze školy, která žádá změnu. Neobvyklý nebývá ani přímý tlak školy na medikaci. Otázky medikace jsou velmi palčivé, u tohoto dítěte je často přítomna organicita ve vyšetřeních i v písemném projevu, má problémy ve vztazích, je impulsivní, má zkratky v chování. Jeho potíže se vyskytují ve škole i doma (ve vrstevnickém kolektivu více). Tyto děti bývají na skupinách často velmi bystré a inteligentní, dokážou se nadchnout. I ve skupině však dříve či

později dojde k naučenému chování, agresivnímu výbuchu, zkratu. Jeho rodič je buď flegmatický, nemotivovaný se snahou problém potlačit nebo jeho řešení „házet“ na školu (on problém nemá, nepociťuje jej), nebo je naopak vyděšený, neví, jak s agresivitou nakládat, děsí ho.

Na pravidla se toto dítě naučí fungovat, je však třeba na ně klást zvýšený důraz. Důležité je, aby respektovalo i dohodnuté sankce. Po krizové události (afektivní či agresivní výbuch) je třeba je s ním situaci probrat v soukromí, dát mu „time out“ bez ponížení, vyjadřovat přijetí, verbalizovat, co se dělo. Doba trvání terapie 1 rok. Důležitá je podpora rodičů, předávání neagresivních strategií, pro dítě jasné hranice (ty jej zklidňují). Účinná je možnost vybití agrese a komunikace o ní (techniky s hlinou, kresba, reflexe agresivních motivů). Medikace je možná po posouzení odborníkem. Často je vhodná, nelze to však tvrdit paušálně.

### **Nemotivovaný, flegmatik**

V tomto případě se jedná často o rodinný problém. Rodina i dítě jsou v odporu ke škole, zdánlivě nevidí smysl terapie, nemá jim co přinést. Přicházejí, protože to někdo doporučil. Tento typ převažuje u starších dětí, je třeba cílená práce s odporem. Změnu žádají vnější. Nemotivované dítě a rodič – nevidí smysl v činnostech ani ve skupině jako takové, cítí se tam dotlačeni školou, rodiče jsou v odporu k jakýmkoli návrhům (nastává „ale, ale, ale komunikace...“). Od školy jsou odtažití, neřeší situace, pokud se přímo nevyhročí („jak mám ovlivnit chování svého dítěte ve škole, pokud tam nejsem...“), rodič „dává ruce pryč“. V docházce na skupinu jsou nedůslední. V samotné skupinové práci jdou po povrchu, rodič dítě před školou sice hájí, ale ve skutečnosti jej téměř nechválí. V tomto případě je stěžejní komunikace a stanovení hranic. Pro děti (ale vlastně se též jedná o terapii rodiče) je důležité mluvit o smyslu činností, pravidel, ptát se na jejich názor, pracovat s odporem. Někdy se tento typ vyskytuje v kombinaci s odmítáním dítěte a problematickou vazbou (dítě nese rysy zavrženého rodiče, narcistní zranění dítěte apod.). Medikace obvykle není navrhována. Otázka doby pobytu ve skupině je složitější: nevíme, zda dvojice vůbec vytrvá, ale pokud ano, pak terapie trvá spíše 2 roky. Dlouhodobá je práce s odporem a na motivaci rodiče i dítěte, dlouho trvá jejich získání pro spolupráci a propracování se ke skutečné zakázce. Indikována je práce s rodinným systémem, kombinace s rodinnou terapií.

### **Klasik LMD / ADHD / ADD**

Tyto děti přicházejí ze školy s potížemi v soustředění a neklidu, jejich výkon je rozkolísaný. Doma jsou spíše jen drobně neposlušní, rodič si stěžuje na stálé ztracení věcí, zapomínání, nesamostatnost, a že vše musí mnohokrát opakovat. Rodič je unavený, ale jeho vztah k dítěti je pozitivní. Rodiče i dítě potřebují více informací, zklidnění, pomůcky na učení. Je na místě podpořit rodinu v důslednosti a pravidlech, trpělivosti a odolnosti. Dítě se projevuje i na skupině trvale neklidně, ale bez excesů. Podpůrná medikace je možná, ale často lze situaci zvládnout pouze úpravami, individuálním přístupem, podporou, IVP a režimovými opatřeními. Na pravidla a hranice se tyto děti dobře naučí reagovat. Je možné je motivovat běžnými prostředky. Většinou spolupracuje rodina i škola. Na obou stranách je cítit velká snaha dítěti pomoci. Takové dítě je únavné, ale v podstatě jej jeho okolí má rádo a snaží se ho pochopit a pomoci mu. Doba trvání terapie 1 rok. Pak následují jen běžné kontroly u kmenového psychologa a individuální vzdělávací plán.

### **Omyl školy, klad'ák**

Toto dítě přichází do skupiny jako důsledek problematické vazby učitelky a žáka. Dítě je lehce nesoustředěné, někdy mírně organické, jinak bez závažnějších potíží. Ve skupině dobře reaguje na



pravidla i pochvalu, zajímá se o ostatní. V jiném prostředí (kolektivy, kroužky) je též bez potíží. „Kladák“ nemá rád konflikty, nesouladem s paní učitelkou trpí. Je motivovaný pro spolupráci on i jeho rodič, někdy je rodič až příliš slušný a snaživý a o dítěti začíná pochybovat. Řešením je jednoznačně změna vyučujícího. Někdy se objeví „slepá skvrna“ v pohledu vyučujícího, důvod, proč si s dítětem nesesdí. Doba trvání terapie 1 rok, někdy méně při včasném rozklíčování problému. Dítě i rodič si skupinu většinou užívají, je třeba je podpořit. Oni sami také často podporují ostatní a jsou skupinám velkým přínosem, investují se. Při přestupu do jiného kolektivu je třeba pracovat s celým systémem. Se změnou vyučujícího se potíže dítěte výrazně zlepšují či zcela mizí.

### **Hardcore**

Dle terapeutů je tento typ klienta kombinací těžkého organického poškození pozornosti, zkratového agresivního jednání a problematických rodinných vztahů (nejasné zázemí a motivace, poruchy attachmentu mezi matkou a dítětem, možné týrání, zneužívání, osobnostní patologie rodiče bez snahy o léčbu). Takové dítě je obtížně udržitelné ve skupině. Někdy se musí terapeutický tým rozhodnout, zda jej nevyložit trvale, aby mohla skupina vůbec pracovat. Typ „Hardcore“ systematicky a dlouhodobě skupinu rozkládá, děti ho nemají rády, odmítají ho, těší se, když nepřijde. Na pravidla a sankce se ani po dlouhé době neaklimatizuje. Zastává nejvyhrocenější pozici ve skupině (pamatují si ho všichni rodiče, děti, na supervizi zabírá nejvíce prostoru, nedostává se mu korektivní zkušenosti, je neoblíbený u většiny terapeutů). Medikace nepomáhá nebo ji rodič trvale odmítá konzultovat s psychiatrem.

V některých případech se podaří zmírnit jeho projevy na úroveň některé z předchozích kategorií, jinak je na místě doporučení jiného druhu péče (Středisko výchovné péče, škola pro děti s poruchami chování a přidružené SPC, rodinná terapie, individuální terapie dítěte či rodiče). Doba trvání terapie 1 rok či méně a doporučení jiné péče. Typickým znakem těchto dětí je, že jsou klienty poradny dlouhodobě, jejich „kauzy“ se periodicky vrací a po absolvování skupinové péče na prvním stupni se s velkou pravděpodobností znovu objevuje jejich žádost o zařazení do skupiny též na druhém stupni ZŠ. V interní komunikaci poradenských pracovníků se tyto děti často stávají „legendami“, pracovníci si je dobře pamatují a reagují na ně emocionálně.

### **16. Návaznosti/vhodné kombinace:**

- Rodinná terapie v indikovaných případech
- Školní psycholog
- Individuální vedení / udržování u konkrétního poradenského psychologa, který má školu na starosti
- V indikovaných případech Středisko výchovné péče (u starších dětí)
- V indikovaných případech SPC a škola pro děti s poruchami chování

### **17. Doporučená spolupráce:**

- Pedopsychiatr
- Neurolog
- Školní poradenské pracoviště

## 18. Přibližná cena jednotky:

Jedna skupina, 5 pracovníků, grant v hodnotě 80.000 Kč (15.000 Kč ONIV – pomůcky, služby, supervize, 65.000 Kč OON – mzdy na DPP), základní tarif 400 Kč/ hod. práce terapeuta (externista 250 Kč/hod.), který však zahrnuje převážně přímou práci s klientem, minimum přípravy a prostoru pro organizaci a evaluaci.

## 19. Formy podpory (internet, vzdělávání, materiál atd.):

- Informace o nabízené službě (letáky, setkání výchovných poradců a školních metodiků prevence, ředitelů škol, osvěta na školách, informační dopisy pro vedení škol a ostatní PPP)
- Informace o realizaci a evaluaci (výroční zprávy, články v časopisech a na webových stránkách, prezentace na odborných konferencích)

## 20. Literatura:

### Opora v literatuře, evidence based přístup

- Case studies (zdroje viz EBSCO)
- Geldard, K. – Geldard, D.: Dětská psychoterapie a poradenství. Portál, Praha 2008.
- Intervence jsou efektivní u preadolescentů a mladších, v adolescenci jsou již méně úspěšné (výzkum Kazdin, 1995, In SHAFFER, D.R.: Developmental Psychology, Childhood a Adolescence. University of Georgia, USA 1999, s. 520)
- Pffiffner – Burnett: Social Skills Training With Parent Generalization: Treatment Effects for Children With Attention Deficit Disorder. Journal of Consulting and Clinical Psychology, Vol 65, No.5, 1997, s.749 -757 (výzkum, děti trénovaly sociální dovednosti STT modelem, 8týdnů po 90min., 27 dětí, 1sk rodiče edukováni osobně, 2.sk.rodiče pouze letáky, 3.sk z waitinglistu /pořadníku, autoři měřili sociální dovednosti a nebezpečné chování na školách před a po, zlepšení u dětí v sociálních dovednostech i v problémovém chování oproti kontrolní skupině, mezi rodiči osobně přítomnými a pouze písemně informovanými nebyl statisticky významný rozdíl)
- Shaffer, D.R.: Developmental Psychology, Childhood a Adolescence. University of Georgia, USA 1999. (Part IV. Social and Personality Development Attachment, conceptions of self in Middle Childhood, od s. 508)
- webové stránky k ADHD, ODD, CD
- Weiss-Nashville-Carton-Haris-Phung: The effectiveness of traditional child psychotherapy. Journal of Consulting and Clinical Psychology, Vol 67, Feb, 1999, s. 82-94 (výzkumy efektivity dětské skupinové psychoterapie).

### Literatura k problematice poruch chování

- Arabadžiev, S., online: <http://sikana.i-extra.net/poruchy-chovani>
- Flory, Kate, Milich, Richard, Lynam, Donald R., Leukefeld, Carl, Clayton, Richard.: Relation between childhood disruptive behavior disorders and substance use and dependence symptoms in young adulthood: Individuals with symptoms of attention-deficit/hyperactivity disorder are uniquely at risk. Psychology of Addictive Behaviors, 0893-164X, 2003, Sv. 17, Vydání 2
- Gatzke-Kopp, Lisa M., Beauchaine, Theodore P., Shannon, Katherine E., Chipman, Jane, Fleming, Andrew P., Crowell, Sheila E., Liang, Olivia, Johnson, L. Clark, Aylward, Elizabeth:

Neurological correlates of reward responding in adolescents with and without externalizing behavior disorders. *Journal of Abnormal Psychology*, 0021-843X, 2009, Sv. 118, Issue 1

- Hughes, T., Crothers, L., Jimerson, S.: *Identifying, Assessing and Treating Conduct Disorder at School*, Springer, NY, USA, ISBN 978-0-387-74395-0
- Chronis, Andrea M., Lahey, Benjamin B., Pelham, William E. Jr., Williams, Stephanie Hall, Baumann, Barbara L., Kipp, Heidi, Jones, Heather A., Rathouz, Paul J.: *Maternal depression and early positive parenting predict future conduct problems in young children with attention-deficit/hyperactivity disorder*. *Developmental Psychology*, 0012-1649, 2007, Sv. 43, Vydání 1
- Lahey, Benjamin B., Hartdagen, Sandra E., Frick, Paul J., McBurnett, Keith, Connor, Robert, Hynd, George W.: *Conduct disorder: Parsing the confounded relation to parental divorce and antisocial personality.*, *Journal of Abnormal Psychology*, 0021-843X, 1988, Sv. 97, Vydání 3
- Lahey, Benjamin B., Loeber, Rolf, Hart, Elizabeth L., Frick, Paul J., Applegate, Brooks, Zhang, Quanwu, Green, Stephanie M., Russo, Mary F.: *Four-year longitudinal study of conduct disorder in boys: Patterns and predictors of persistence*. *Journal of Abnormal Psychology*, 0021-843X, 1995, Sv. 104, Vydání 1
- Moffitt, 2005; Moffitt, Caspi, Harrington, & Milne, 2002 in: *When parents have a history of conduct disorder: How is the caregiving environment affected?* *Autor: Jaffee, Sara R., Belsky, Jay, Harrington, HonaLee, Caspi, Avshalom, Moffitt, Terrie E.*, *Journal of Abnormal Psychology*, 0021-843X, 2006, Sv. 115, Vydání 2
- Nicholson, C.L.; Alcorn, C.L.; Krejčířová, D.: *Vzdělávací aplikace WISC III*. Testcentrum – Hogrefe, Praha 2008
- Paclt, I.: *Hyperkinetická porucha a poruchy chování*. 1 vyd. Praha: Grada, 2007, 233 s.
- Ptáček R.: *Poruchy chování v dětském věku*. Vzdělávací institut ochrany dětí o.p.s., Praha. 2006.
- Svoboda, M.; Krejčířová, D.; Vágnerová, M.: *Psychodiagnostika dětí a dospívajících*. Portál, Praha 2001, s. 665 - 679.
- Theiner, P.: *Psychiatrie pro praxi*, vol.2, 2007, 85 – 87
- Vágnerová, M.: *Psychologie problémového dítěte školního věku*. Praha: Karolinum, 170s. ISBN 80-7184-488-8

### K evaluaci procesu

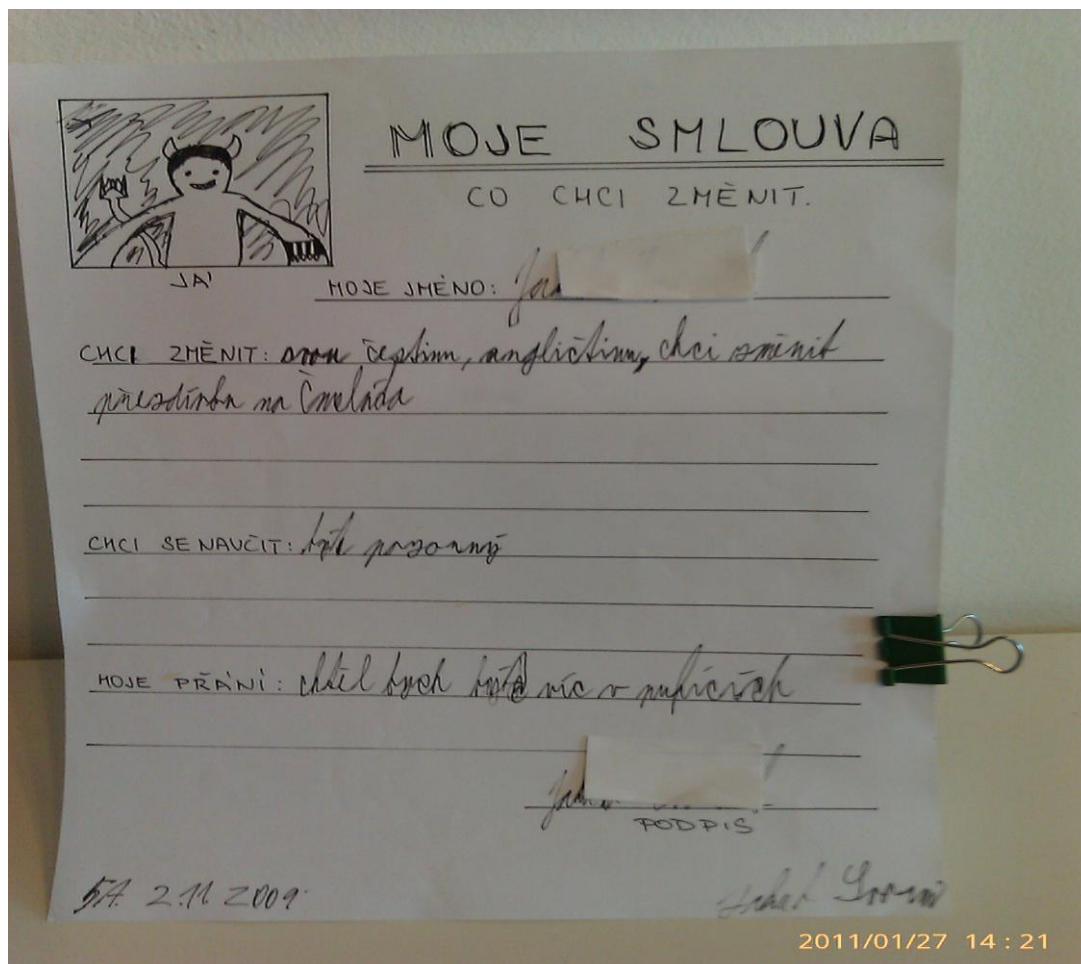
- *Grounded Theory: Základy kvalitativního výzkumu*. Postupy techniky metody zakotvené teorie. Albert, Boskovice 1999
- Heller, D., Sedláková, M., Vodičková, L.: *Kvalitativní a kvantitativní výzkum v psychologii*. Psychologický ústav AV ČR, Praha 1999
- Kröger, Ch.: *Evaluation: Definitions and Concept*. In Baker, O.; Mounteney, J.; Neaman, R. (Eds.): *Evaluation Drug Prevention in the European Union*. Scientific Monograph Series, No.2. Lisabon: EMCDDA, 1998
- Miovský, M.: *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Grada Publishing, Praha 2006, s. 332.
- Robson, C.: *Real World research*. Blackwell Publishing, UK 2002
- Švaříček, R. – Šed'ová, K.: *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Portál, Praha 2007.

## 21. Použitelné techniky a nápady pro inspiraci


Na počátku je nezbytná tvorba společných pravidel. Pravidla ctí základní principy: společné vytváření, pozitivní formulace, podpis všech, dodržování včetně systému společně stanovených sankcí a výtek (včetně možnosti vyloučení ze skupiny).



U nás ve skupině si každé dítě i rodič tvoří vlastní kontrakt. Nejdříve samostatně, poté mu se zakázkou pomáhá rodič (i rodič tvoří a podepisuje svou smlouvu). Zakázky dětí i rodičů jsou popsány a analyzovány v kvalitativní studii.



**MOJE SMLOUVA**  
CO CHCI ZMĚNIT.

JAI  MOJE JMÉNO: Jan

CHCI ZMĚNIT: svou češtinu, angličtinu, chci změnit prostředí na čmeláka

CHCI SE NAVČIT: být pozorný

MOJE PŘÁNÍ: chtěl bych být víc v publikách

Jan  
PODPIS

5.1. 2.11. 2009

Schod Gromi

2011/01/27 14:21

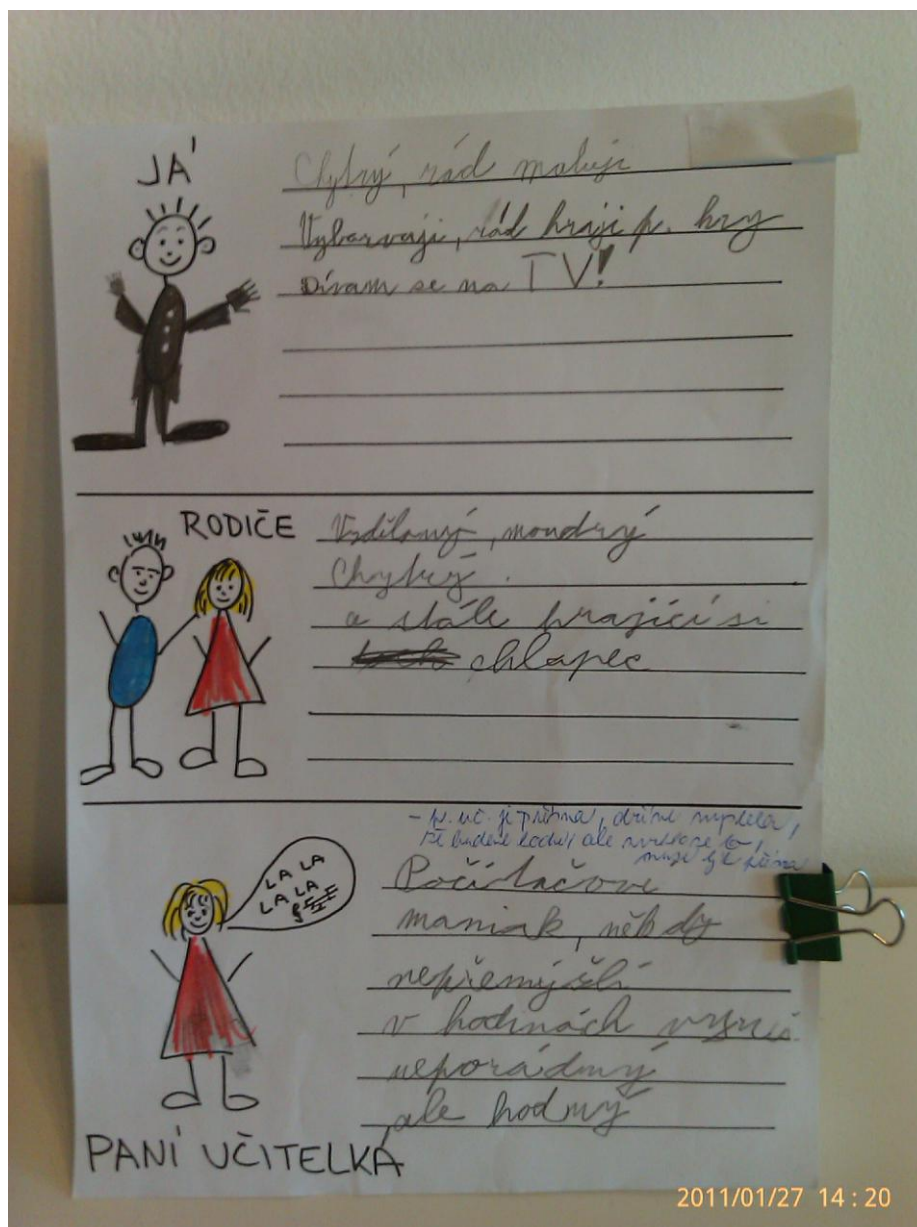




Práce se skupinovou dynamikou – série sezení na téma ostrovy a naše společné moře. V prvním sezení si každé dítě vytváří svůj vlastní ostrov, na formát A4 ve tvaru ostrova kreslí, co a koho by si na ostrově přál, aby se mu tam dobře žilo. V následujícím sezení tvoříme na baličím papíru společně naše skupinové moře. Probíhá vyjednávání o vzdálenosti jednotlivých ostrovů, možnostech propojení mosty či leteckými / lodními koridory, vznikají smlouvy o neútočení apod. Děti se učí respektovat přání druhých, vyjednávat a komunikovat, tak, aby daná situace nebyla nikomu nepříjemná. Celé moře se výtvarně zpracovává. Na techniku lze navázat sérií setkání na téma ostrovních kmenů (volba indiánského jména u každého dítěte dle silných vlastností, společné zasedání zástupců kmenů z jednotlivých ostrovů u symbolického ohně, vymýšlení společného tance, kmenové sportovní klání apod.). Vše je cíleno na skupinovou dynamiku a práci s ní, techniky podporují soudržnost a komunikaci.



Technika „Jak mě vidí, co by o mně řekli ....“ – zaměřená na podporu náhledu na své chování. Dítě vybarvuje a popisuje jednoduchý metodický list, kde se má zamyslet nad tím, co by o sobě řekl sám, co by o něm řekli rodiče (dohromady i každý zvlášť) a co paní učitelka / pan učitel. Technika je reflektována, hledají se shody i rozdíly, sleduje se motivace jednotlivých aktérů pro tvrzení.





Výtvarné techniky s tělovými / karnevalovými barvami. Dítě si může kreslit na obličej masku dle aktuálních pocitů a následně se s tím pracuje (někdy v cyklu kmenových setkání viz výše). Další možnost je nechat si kreslit masku od druhého. Cítíme jako bezpečnější kresbu na ruce než na obličej. Děti mají kontrolu nad tím, co jim druhý kreslí. Společně aktivitu reflektujeme a hovoříme o důvěře k druhým a o pocitech při malování na obou stranách.



„Pufci“ a relaxace. Je možné děti učit relaxovat na podložkách / karimatkách, dělat s nimi různé řízené imaginace. V naší poradně je velkou relaxací a odměnou pobyt skupiny v pufcích, velkých polštářích. Když skupina dobře pracuje, pobývají tam posledních 5 – 7 minut, i to má svá jasná pravidla. Děti tuto část hodiny milují a velmi o ni stojí. Polštáře však využíváme i jinými způsoby (sezení, stavění, práce s ventilací agrese apod.)



Práce s hlinou. Velmi oceňované a výtěžné techniky, při nichž vůbec nejde o výrobek, nýbrž o kontakt s hlinou. Podporujeme různé zpracovávání rukama, jemné i hrubé (inspirace k instrukcím v Geldard, K. – Geldard, D.: Dětská psychoterapie a poradenství., Oaklanderová, V.: Třinácté komnaty dětské duše. apod.) s reflexí emocí. Nejdříve v jednom sezení pracují děti s hlinou samostatně, v jiném společném pak dohromady s matkami. Při společném sezení mohou například vytvářet společný tvar se zavázanými očima, zcela neverbálně. Někdy mohou pracovat ve dvojicích, aniž by věděli, kdo je ten druhý. Poté hádají, zda se jedná o dospělého či dítě. Popisují, jak se jim spolupracovalo atd..

Samostatná práce na téma moje pocity a jejich vyjadřování... kdo jsem já?



Z jednotlivých výtvorů pak může být tvořeno společné sousoší, opět za vyjednávání vzdálenosti / blízkosti, spojování apod.

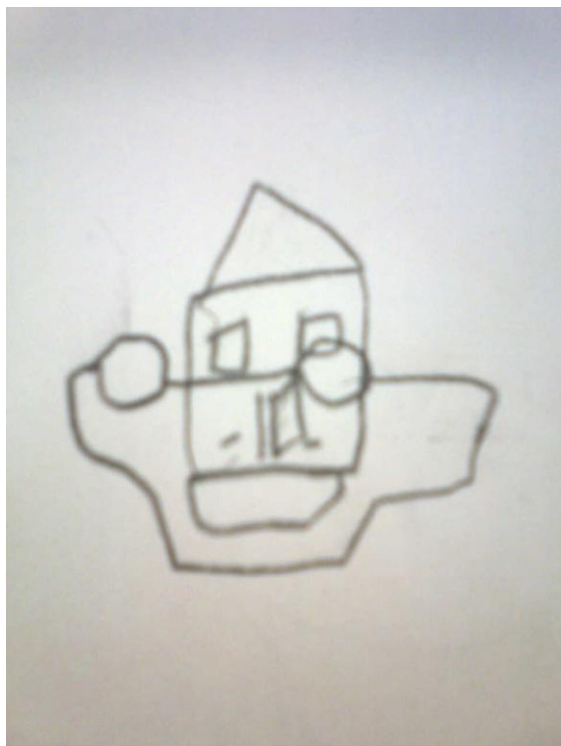
Ve dvojici s rodiči



Společný výtvar.



Výtvarná technika pro společnou práci s rodiči. Neverbální kreslení na společný papír jednou tužkou. Dvojice dostává postupně různé instrukce, na začátku tvoří společný obrázek dle vlastní volby, poté dle shodné instrukce (oba např. dům, neverbálně), naposledy pak s rozdílnou instrukcí, o níž nevědí (jeden např. auto, druhý dům). Následuje reflexe: jak se vám pracovalo? Kdo kde držel tužku? Kdo vedl / přizpůsobil se a kdy? Jak jste spolu komunikovali beze slov? Jaké to bylo, pokud bylo rozdílné zadání? Atd.



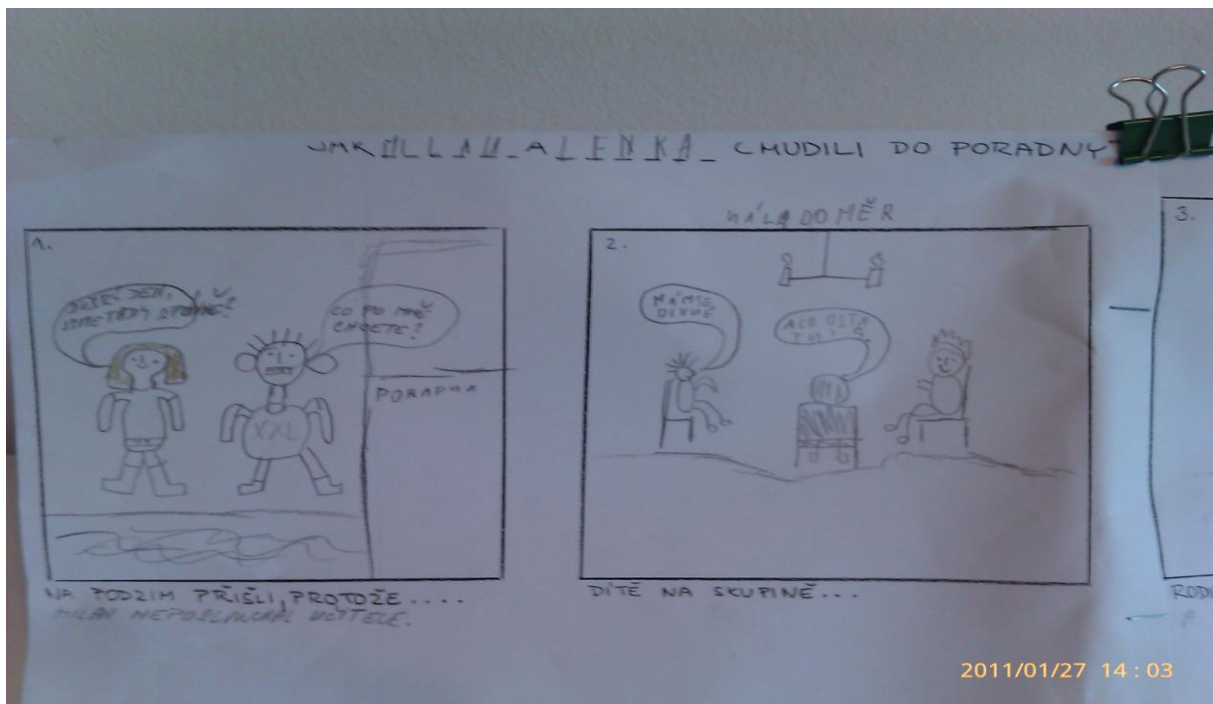
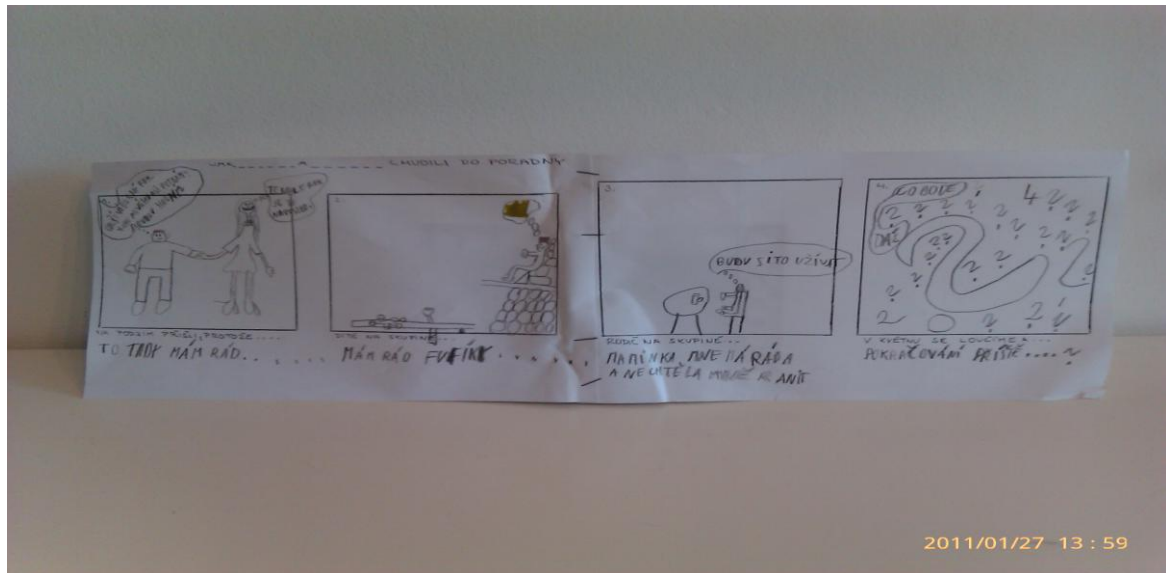


Výtvarná technika pro práci dětí ve skupinkách (cca 3-4 děti ve skupince), opět neverbální. Velký papír je rozdělen na 4 kvadranty, každé dítě má 1 tužku jiné barvy, zadání probíhá postupně. Do prvního kvadrantu kreslí každý nějaký symbol za sebe. Do druhého kreslí to, co si myslí, že by si tam chtěli ostatní. Ve třetím tvoří společný výjev třeba na téma prázdniny, ve čtvrtém je instrukcí zabrat pro sebe co nejvíce barevného prostoru. Následuje společná reflexe – způsob komunikace a řešení konfliktů.

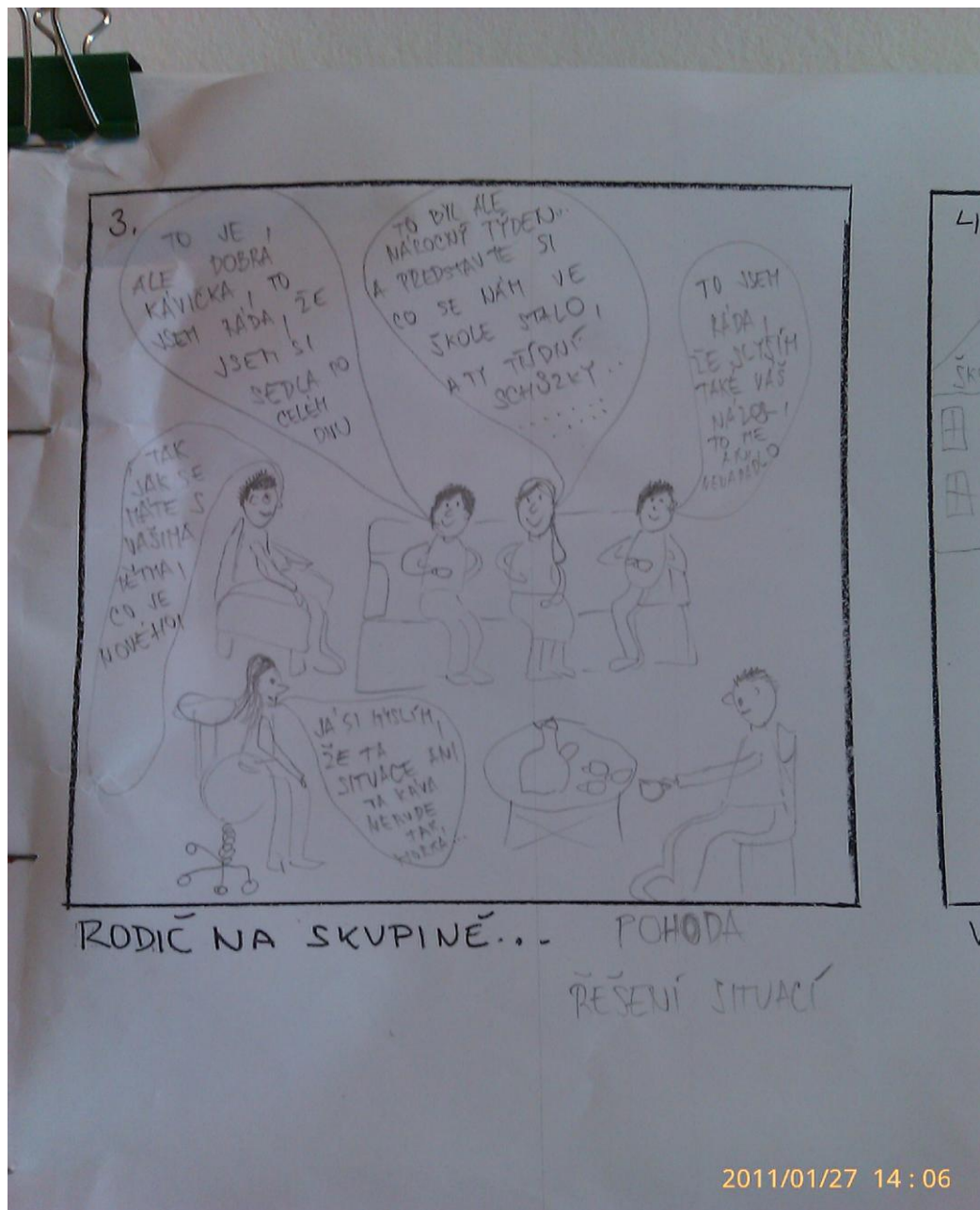


Evaluační techniky v závěru setkávání. Pro společnou skupinu jsme vytvořili šablonu komiksu se 4 okýnky, které společně zpracovávají dítě s rodičem na téma jejich společné cesty. Komiks se jmenuje Jak ..... a ..... chodili do poradny. 1. Okénko: na podzim přišli, protože....., 2. Dítě ve skupině ....., 3. Rodič ve skupině....., 4. V květnu se loučíme....

Dvojice spolu tvoří příběh, pak ho popisují ostatním, reflektují....



Kresba jedné maminky.... ☺







Metodický list na společnou mužskou skupinu. Provázen reflexí.

### **Plán na ideální mužský den**

Vstaneme....

Dopoledne....

K obědu....

Odpoledne....

Večer.....

A nejlepší na tom je.....

## Smlouva o účasti dítěte v psychoterapeutické skupině

Jméno a příjmení dítěte:

Datum narození:

Bydliště:

Škola:

Třída:

Jméno zákonného zástupce a jeho telefonní a mailový kontakt:

---

Dětská skupinová psychoterapie je určena pro děti, které se potýkají s různorodými problémy: v komunikaci s druhými lidmi, se vztahovou problematikou, pocity strachu, úzkosti, nevládnutými afekty, nepřiměřenými reakcemi, hyperaktivitou aj. Mohou mít potíže s chováním ve škole i mimo ni. V rámci skupinové poradenské terapie se děti učí uvědomovat si své chování a pocity, osvojují si přiměřené reakce, je podporováno jejich sebevědomí a sebehodnocení. Ve skupině ostatních dětí mají možnost si nové chování vyzkoušet, aby si pak tuto zkušenost odnesly i do běžného života. Naleznou zde pravidla, pochopení a naváží nové vztahy s vrstevníky i dospělými.

Podpůrná psychoterapeutická skupina pro rodiče se koná v poradně paralelně s dětskou skupinou a má za cíl nabídnout jejím účastníkům pomocí vzájemného setkávání s druhými lidmi dojít k hlubšímu porozumění sobě, obtížím svých dětí, své situaci. Na základě těchto setkání se skupinou, podílu na jejím vzniku a udržování, mohou její členové získat úlevu, nový pohled, sílu a schopnost svoji nepříznivou situaci či potíže řešit. Mohou si také vyměňovat praktické informace s ostatními rodiči a žádat radu odborníků.

Důležité je vzájemné zachovávání důvěrnosti všech interakcí ve skupině vůči jiným lidem mimo skupinu. Důraz je kladen na vytvoření bezpečné a důvěrné atmosféry, na prožívání, empatické porozumění a možnost svobodně se projevit a komunikovat s členy skupiny.

Skupiny v poradně mají jasná pravidla, vymezený čas pravidelného konání. Vede ji pár terapeutů.

Svým podpisem stvrzuje zákonný zástupce, že bere na vědomí následující podmínky skupinové psychoterapie a vyslovuje s nimi svůj souhlas:

- Dítě a jeho rodiče vstupují do skupiny dobrovolně na základě rozhovoru a doporučení některého z psychologů PPP.
- Dítě má veden osobní spis a jsou u něj realizována psychologická vyšetření důležitá pro následnou práci s ním. Před každým z vyšetření podepisuje informovaný souhlas.
- Rodič a dítě mají právo svou docházku do skupiny kdykoliv ukončit, žádáme však o oznámení tohoto rozhodnutí minimálně 1 setkání před odchodem.
- Žádáme o omluvu rodiče v případě absence dítěte předem, kdykoli, možné i téhož dne na tel: 220 61 04 05 nebo 220 61 21 31.
- Součástí pravidel skupiny je zachovávání důvěrnosti o informacích získaných na skupině a týkajících se soukromí druhých osob.
- Materiály získané na skupinách jsou zpracovávány při evaluaci skupin. Mohou být použity k výzkumným a publikačním činnostem pouze v případě, že je znemožněna identifikace konkrétních dětí.
- Terapeuti skupin mohou o dětech komunikovat pouze s dalšími odborníky a učiteli, kteří s dítětem pracují, a to pouze za účelem optimalizace léčby dítěte.
- Rodiči dítěte mohou být nabízena specializovaná vyšetření dítěte, jejich podstoupení však vždy podléhá rozhodnutí rodiče. Není k nim nikterak nucen.
- V průběhu dětských a společných skupin mohou být pořizovány fotky a videozáznamy za účelem zlepšování péče o děti.
- Účast na skupině je zpoplatněna částkou 250Kč/pololetí. Klientům, kteří jsou v ekonomické nouzi, lze tuto platbu po dohodě snížit či odpustit.

---

Podpis zákonného zástupce

---

ředitelka PPP

V Praze dne 11. 10. 2009

Metodický list na společnou skupinu. Provázen porovnáváním výsledků, reflexí.

**Jak tě znám, můj rodič:**

ano / ne

- |  |                          |                          |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 1. Má rád koprovku?                                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Dělá práci, co ho baví?                               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Čte rád/a knížky?                                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Má radši psy než kočky?                               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Dělá pravidelně nějaký sport?                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Chodil/a rád/a do školy?                              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Nosil/a ze školy poznámky?                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Našel/a si na základní škole nejlepšího kamaráda/dku? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. Byli babička s dědou přísní?                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. Chtěl/a už v dětství dělat práci, kterou teď dělá?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**Jak tě znám, moje dítě:**

ano / ne

- |  |                          |                          |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 1. Má rádo matematiku?                                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Jeho nejlepší kamarád s ním chodí do třídy?         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Je do někoho zamilovaný/á?                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Má radši psy než kočky?                             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Má rádo tělocvik?                                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Rozumí si s paní učitelkou třídní?                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Chtělo by dělat práci, co dělá jeho rodič?          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Chtělo by s námi (s rodiči) trávit více času?       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. Chtělo by, aby se rodič kamarádil s paní učitelkou? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. Chodí sem rádo?                                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Metodický list na společnou skupinu. V tomto setkání je realizována výměna rolí, rodič obdrží žákovskou knížku a přichází s ní ze školy, má se chovat tak, jak to zná z domova (může ŽK i schovat, zatajit apod.), úkol je nechat si ŽK podepsat novým rodičem (v jehož roli je dítě, chová se též podle toho, jak to bývá doma) a napsat spolu domácí úkoly. Následují rodičovské schůzky, stále ještě ve vyměněných rolích. Jaké je vaše dítě? Jak se učí? Jaký je váš rodič? Vše po ukončení výměny opět uzavíráno reflexí. Jak to mají jednotlivé dvojice doma? Jaké bylo být v roli toho druhého?

### Žákovská knížka

Jméno žáka:

.....

Datum	Předmět	známka
25.1.2010	Český jazyk – vyjmenovaná slova	5!!
25.1.2010	Prvouka – roční období, neumí podzim	4-
25.1.2010	Hudební výchova – zpěv před třídou	1
25.1.2010	Tělesná výchova – kotoul tam a zpět	1
25.1.2010	Hází medicinbalem po spolužácích, důrazně žádáme, domluvte mu/jí!!!! A měl/a špinavé cvičky!!!	
25.1.2010	Matematika – násobilka tří, osmi	3, 5
25.1.2010	Výtvarná výchova – kresba vlastního rodiče	1/5
25.1.2010	Kreslil/a s chutí, ale snědl spolužákovi voskovky, prosím nahradit.	
25.1.2010	Zveme rodiče na třídní schůzky.	
25.1.2010	Chválím vašeho syna / dceru za to, že mi nosí pomůcky a vřele se u toho usmívá, na rozdíl od jeho spolužáků.	
25.1.2010	Při pěstitelské výchově přesekl žízalu a krmil s ní ptáky místo, aby plet záhonky. Nehygienické.	
25.1.2010	Pletí záhonku	2-
25.1.2010		

25.1.2010	Doporučujeme trénovat zatloukání hřebíků, trefí se jen ojedinele, často se klepne do prstu a hlasitě kleje. Plýtvá školní desinfekcí.	
25.1.2010	Cizí jazyk – slovíčka	1,2,2
25.1.2010	M – desetiminutovka, pětiminutovka	5,1
	<p>Domácí úkol:</p> <p>A)Napište krátký příběh na slova začínající písmenem ..... .</p> <p>B)Nacvičte nespisovné výrazy pro známku pět. Budu zkoušet!</p>	
	Podpis rodičů:	



### **XI. 3 Příloha 2 Úvodní dotazník pro rodiče**

Prostor pro vpisování je pro potřeby přílohy dizertační práce zkrácen.

Jméno dítěte:

jméno rodiče /ů:

Škola, třída:

Datum:

---

Milí rodiče.

Tento dotazníček jsme pro Vás připravili, abychom se dozvěděli co nejvíce informací i Váš názor na celý problém. Zároveň Vám může posloužit k Vaší vlastní rekapitulaci, proto si na něj najdete dostatek času a soukromí. Přineste jej prosím na příští setkání. V rámci práce rodičovské skupiny pak budete mít možnost se k němu vracet a mluvit o něm. Na konci školního roku, v květnu, až budeme končit naší společnou práci, budete takto mít možnost srovnání, zda se něco skutečně zlepšilo. ☺

#### **Máte problémy se svým dítětem ?**

**Proč přicházíme do skupiny v poradně?**

#### **Rodič:**

**1. Co si myslím o současné situaci a našem příchodu do skupiny v poradně?**

**2. Co se ve skutečnosti děje, objektivně?**

(Nemůžeme přesně vědět, co si druhý myslí, cítí...)

**3. Co chcete jako rodič?**

Co myslíte, že chce druhý rodič?

Co myslíte, že chce dítě?

Co chce škola?

Co se Vám na současné skutečnosti nelíbí?

Co byste si nejvíc přáli, aby se stalo?

Co by splnění tohoto přání vyžadovalo?

Jste ochotni to udělat?

Jste ochotni požádat dítě, aby to udělalo?

**4. Co předcházelo této situaci? Je důvodem Vašeho příchodu incident samostatný nebo se dělo více potíží v řadě?**

#### **5. Jaké máte možnosti?**

(dobré sepsat jakékoli nápady, i ty zdánlivě šílené.... Pak se hledá užitečné jádro řešení, označují se možné a realizovatelné varianty, lze je vybírat i přímo s dítětem)

## **Jaká je současná situace Vašeho dítěte? (září / říjen 2009)**

### **Jak byste si přáli, aby se situace Vašeho dítěte změnila (květen/ červen 2010)?**

#### **1. Ve vztahu s paní učitelkou?**

**Současnost** - Září 09 - *Nejhorší* 1...2...3...4...5...6...7...8...9...10 *nejlepší*  
(zakroužkujte)

**Přání** - Květen 10 - *Nejhorší* 1...2...3...4...5...6...7...8...9...10 *nejlepší*  
(zakroužkujte)

Prosím okomentujte slovně:

#### **2. V chování doma?**

**Současnost** - Září 09 - *Nejhorší* 1...2...3...4...5...6...7...8...9...10 *nejlepší*  
(zakroužkujte)

**Přání** - Květen 10 - *Nejhorší* 1...2...3...4...5...6...7...8...9...10 *nejlepší*  
(zakroužkujte)

Prosím okomentujte slovně:

#### **3. V chování ve škole?**

**Současnost** - Září 09 - *Nejhorší* 1...2...3...4...5...6...7...8...9...10 *nejlepší*  
(zakroužkujte)

**Přání** - Květen 10 - *Nejhorší* 1...2...3...4...5...6...7...8...9...10 *nejlepší*  
(zakroužkujte)

Prosím okomentujte slovně:

#### **4. Ve vztahu s kamarády, spolužáky?**

**Současnost** - Září 09 - *Nejhorší* 1...2...3...4...5...6...7...8...9...10 *nejlepší*  
(zakroužkujte)

**Přání** - Květen 10 - *Nejhorší* 1...2...3...4...5...6...7...8...9...10 *nejlepší*  
(zakroužkujte)

Prosím okomentujte slovně:

## **5. V učení?**

**Současnost** - Zář 09 - *Nejhorší* 1....2....3....4.....5....6.....7.....8....9....10 *nejlepší*  
(zakroužkujte)

**Přání** - Květen 10 - *Nejhorší* 1....2....3....4.....5....6.....7.....8....9....10 *nejlepší*  
(zakroužkujte)

Prosím okomentujte slovně:

**Co očekáváte od práce ve skupině?**

**Co myslíte, že se do konce roku změní?**

13. K čemu můžete využít svou účast na rodičovské skupině? Co se Vy sami můžete naučit?

14. Je něco na co jsme se nezeptali a Vy to považujete za důležité? Sdělte nám to prosím.

**Děkujeme za vyplnění dotazníku a těšíme se na spolupráci s Vámi.**

## **XI. 4 Příloha 3 Úvodní dotazník pro učitele**

Prostor pro vpisování je pro potřeby přílohy dizertační práce zkrácen. Dotazník o žácích 2. stupně je variován (dle věku jiné učební předměty apod.).

Jméno dítěte, učitele/ky, škola a třída dítěte: .....

dětská skupina 2009/2010

Milí učitelé,

S rodiči a dítětem, na které se ptáme, jsme se rozhodli tento rok intenzivně pracovat v rámci dětské a rodičovské terapeutické skupiny (setkávají se s námi 1x týdně). Jestli je to pro Vás možné, žádáme Vás o vyplnění tohoto dotazníku. Prosím, najděte si na tuto rekapitulaci dostatek času a soukromí a snažte se odpovídat tak, jak to cítíte. Ne podle toho, co myslíte, že bychom chtěli slyšet. Uvítáme jakékoli hodnocení i náměty pro další práci. Dotazník budeme zpracovávat jen v našem úzkém týmu.

**Jak dlouho dítě učíte, znáte?**

**Jaký je důvod zařazení dítěte do dětské skupiny? Bylo to i Vaše iniciativa?**

**Co od zařazení do skupiny očekáváte?**

**Máte nějaké otázky? Co by se mělo vyřešit?**

**Přehled prospěchu:**

1.tř. ČJ - , M- , počet dobrých a dostatečných (včetně ČJ a M):

2.tř. ČJ - , M- , počet dobrých a dostatečných (včetně ČJ a M):

3.tř. ČJ - , M- , počet dobrých a dostatečných (včetně ČJ a M):

4.tř. ČJ - , M- , počet dobrých a dostatečných (včetně ČJ a M):

**Kdo z poradny má na starosti Vaší školu?**

**Jak byste vyhodnotili spolupráci s poradnou v minulém roce, pokud nějaká byla a týkala se tohoto dítěte?**

*Nejhorší 1....2....3....4.....5.....6.....7.....8....9....10 nejlepší (zakroužkujte)*

Prosím okomentujte slovně:

**Kdo Vám metodicky pomáhal v uplynulém roce?**

**Měli byste zájem více spolupracovat, konzultovat jednotlivé děti / dítě?**

*Ne, netřeba 1....2....3....4.....5.....6.....7.....8....9....10 ano, určitě (zakroužkujte)*

Prosím okomentujte slovně:

**Co byste ve spolupráci s námi při vedení tohoto dítěte potřebovali?**

**Vidíte takovéto setkávání rodičů a dětí ve skupinkách jako smysluplné a když ano, tak proč?**

**Jaká je současná situace dítěte ve škole?**

**Prosím, zkuste odhadnout situaci dítěte v určitých oblastech v tomto/event. loňském roce.**

**V prospěchu ve škole?**

Září 09 - Nejhorší 1.....2.....3.....4.....5.....6.....7.....8.....9.....10 nejlepší (zakroužkujte)

Prosím okomentujte slovně:

**V soustředění a práci ve škole?**

Září 09 - Nejhorší 1.....2.....3.....4.....5.....6.....7.....8.....9.....10 nejlepší (zakroužkujte)

Prosím okomentujte slovně:

**V chování ve škole?**

Září 09 - Nejhorší 1.....2.....3.....4.....5.....6.....7.....8.....9.....10 nejlepší (zakroužkujte)

Prosím okomentujte slovně:

**Ve vztahu s kamarády, spolužáky?**

Září 09 - Nejhorší 1.....2.....3.....4.....5.....6.....7.....8.....9.....10 nejlepší (zakroužkujte)

Prosím okomentujte slovně:

**V učení, domácí přípravě?**

Září 09 - Nejhorší 1.....2.....3.....4.....5.....6.....7.....8.....9.....10 nejlepší (zakroužkujte)

Prosím okomentujte slovně:

**Ve vztahu s Vámi (paní učitelkou, panem učitelem)?**

Září 09 - Nejhorší 1.....2.....3.....4.....5.....6.....7.....8.....9.....10 nejlepší (zakroužkujte)

Prosím okomentujte slovně:

**Jak vycházíte Vy s rodiči?**

Září 09 - Nejhorší 1.....2.....3.....4.....5.....6.....7.....8.....9.....10 nejlepší (zakroužkujte)

Prosím okomentujte slovně:

**Jaká je situace v celkovém chování dítěte ve škole v září/říjnu 2009?**

Nejhorší 1.....2.....3.....4.....5.....6.....7.....8.....9.....10 nejlepší (zakroužkujte)

## Co by se muselo stát, aby se situace zlepšila?

**Prosím zaškrtněte, jak se dítě projevuje:** (tato část je přejata z poradnou standardizovaného dotazníku pro učitele)

### Pohybově:

Těžkopádné – pomalé – přiměřené – živé – neklidné – neposedné – stále si s něčím hraje – zbrklé – neovladatelné – manuálně zručné – obratné (při kreslení, hře) – neobratné

### Pozornost:

Zřídka kdy nepozorné – občas nepozorné – často nepozorné – většinou nepozorné – sebemenší podnět ho upoutá

### Pracovně:

Dokáže pracovat samostatně, i při takové práci plní úkoly přiměřeně své úrovni – při činnosti prakticky nesamostatné, vyžaduje neustále pomoc – bez dohledu dochází ke zhoršování výkonu – úkoly dokončuje – málokdy dokončí – během vyučování dochází ke zhoršování výkonu – pozornosti - zájmu – dítě je více neklidné - unavené

### Řeč:

Vyslovuje správně – nevyslovuje správně některé hlásky – obtížnější slova mu dělají potíže – mluví nesrozumitelně – v určitých situacích koktá – koktá prakticky stále – má přiměřenou slovní zásobu – slova zná a umí je aktivně používat – má chudý slovník

### Lateralita:

Pravák – levák

### Sociálně:

Mezi dětmi má vedoucí postavení – vcelku oblíbené – spíše neoblíbené – výrazně neoblíbené – stojí na okraji třídy – obětní beránek – třídní šašek – snadno se nechá ovlivnit – k učiteli chování přiměřené – nepřiměřené

### Rodinné prostředí:

Dítě nosí věci v pořádku – málokdy něco přinese – často nenosí věci na vyučování – rodiče se zajímají o výsledky práce ve škole – reagují na záznamy v notýsku – příliš se nezajímají – nereagují – myslím, že se učí s dítětem pravidelně – občas – prakticky vůbec – ve vzájemných vztazích rodičů a učitele nejsou problémy – jsou problémy

### Známky na posledním vysvědčení:

Chov. Čj psaní aj nj mat prvouka vlast. Přír. PV VV TV HV

Jak se prospěch jeví nyní:

Chov. Čj psaní aj nj mat prvouka vlast. Přír. PV VV TV HV

O vyučování projevuje:

Patříčný zájem – nezájem – zajímá se jen o něco (o co):

Hlásí se:

Hodně – průměrně – sám se prakticky nehlásí – hlásí se, i když nezná odpověď – neodpovídá – odpovídá kuse, i když odpověď zná – někdy se zarazí a neodpovídá – nikdo s ním nehne po dobrém ani po zlém

Chování, osobnostní charakteristiky:

Nesnášenlivé – vyvolává rvačky – pošťuchuje – bázlivé – plaché – lítostivé – smutné – vzdorovité – umíněné – výkyvy v citových projevech a náladách – dobrosrdečné – mírné – klidné – v hodinách hodné, klidné – o přestávkách silně zlobí – zlobí v hodinách i o přestávkách

Domnívám se, že hlavní příčiny potíží dítěte jsou:

1. V rodině (nedostatečná péče, neschopnost poskytnout odpovídající vedení, ....)
2. V osobních nedostatcích dítěte – nízká úroveň rozumových schopností
  - specifická porucha učení
  - specifická porucha chování
  - zdravotní potíže (častá absence)
3. V problematických vztazích mezi dítětem, rodiči a školou

**Je něco, na co jsme se nezeptali a mohlo by to být důležité?**

**Máte zájem o konzultaci / seminář v poradně, který by se věnoval problematice dítěte a nabízel možnosti, jak s ním pracovat? Ano / ne**

Jestliže ano, napište prosím e-mail a telefon, na kterém bychom Vás mohli kontaktovat s nabídkou.

-----

**Děkujeme mockrát za vyplnění, výsledky využijeme pro fungování skupin.**

**Těšíme se na spolupráci.**

**Vyplněný dotazník prosím pošlete na adresu: Veronika Pavlas Martanová,**

**Pedagogicko – psychologická poradna,**

**Vokovická 32/3, Praha 6 160 00**



## **XI. 5 Příloha 4 Evaluační dotazník pro rodiče**

Prostor pro vpisování je pro potřeby přílohy dizertační práce zkrácen.

Jméno dítěte / rodiče, škola a třída dítěte: .....

dětská skupina 2009/ 2010

Milí rodiče,

Scházíme se společně již cca osm měsíců a nyní, kdy se budeme pro tento rok loučit, bychom naši společnou spolupráci rádi vyhodnotili. Budeme spolu o celé problematice mluvit i osobně a ve skupině, ale jestli je to pro Vás možné, žádáme Vás o vyplnění tohoto dotazníku. Prosím, najděte si na tuto rekapitulaci dostatek času a soukromí a snažte se odpovídat tak, jak to cítíte. Ne podle toho, co myslíte, že bychom chtěli slyšet. Uvítáme jakékoli hodnocení i náměty pro další práci. Dotazník budeme zpracovávat jen v našem úzkém týmu.

### **Jak byste vyhodnotili spolupráci s poradnou?**

*Nejhorší 1.....2.....3.....4.....5.....6.....7.....8.....9.....10 nejlepší (zakroužkujte)*

Prosím okomentujte slovně:

### **Jak se Vám pracovalo na rodičovské skupině?**

*Úplně špatně 1.....2.....3.....4.....5.....6.....7.....8.....9.....10 nejlépe možně (zakroužkujte)*

Prosím okomentujte slovně:

### **Co se Vám nejvíce líbilo?**

### **Co se Vám líbilo méně?**

### **Co Vám naopak na skupině chybělo?**

### **Čeho byste chtěli více?**

### **Vidíte takovéto setkávání rodičů jako smysluplné a když ano, tak proč?**

### **Co říkaly děti o dětské skupině?**

#### **Líbilo se jim ve skupině?**

*Vůbec nelíbilo 1.....2.....3.....4.....5.....6.....7.....8.....9.....10 maximálně líbilo (zakroužkujte)*

Prosím okomentujte slovně:

#### **Jaké činnosti děti nejvíce popisovaly?**

**Máte pocit, že se tu naučily něco, co mělo vliv na jejich chování ve škole? Jestli ano, prosím, popište co.**

#### **Jaká je současná situace dítěte ve škole?**

#### **Došlo k nějakým změnám?**

##### **V chování doma?**

*Září 09 - Nejhorší 1.....2.....3.....4.....5.....6.....7.....8.....9.....10 nejlepší (zakroužkujte)*

*Květen 10 - Nejhorší 1.....2.....3.....4.....5.....6.....7.....8.....9.....10 nejlepší (zakroužkujte)*

Prosím okomentujte slovně:

##### **V chování ve škole?**

*Září 09 - Nejhorší 1.....2.....3.....4.....5.....6.....7.....8.....9.....10 nejlepší (zakroužkujte)*

*Květen 10- Nejhorší 1.....2.....3.....4.....5.....6.....7.....8.....9.....10 nejlepší (zakroužkujte)*

Prosím okomentujte slovně:

#### **Ve vztahu s kamarády, spolužáky?**

*Září 09 - Nejhorší 1.....2.....3.....4.....5.....6.....7.....8.....9.....10 nejlepší (zakroužkujte)*

*Květen 10 - Nejhorší 1.....2.....3.....4.....5.....6.....7.....8.....9.....10 nejlepší (zakroužkujte)*

Prosím okomentujte slovně:

#### **V učení?**

Září 09 - Nejhorší 1.....2.....3.....4.....5.....6.....7.....8.....9.....10 nejlepší (zakroužkujte)

Květen 10 - Nejhorší 1.....2.....3.....4.....5.....6.....7.....8.....9.....10 nejlepší (zakroužkujte)

Prosím okomentujte slovně:

**Ve vztahu s paní učitelkou?**

Září 09 - Nejhorší 1.....2.....3.....4.....5.....6.....7.....8.....9.....10 nejlepší (zakroužkujte)

Květen 10 - Nejhorší 1.....2.....3.....4.....5.....6.....7.....8.....9.....10 nejlepší (zakroužkujte)

Prosím okomentujte slovně:

**Změnilo Vaše dítě školu, třídu v průběhu posledního roku? Napište jak, prosím.**

**Chystáte se na nějakou změnu?**

**Jak nyní vycházíte Vy s paní učitelkou / panem učitelem? Změnilo se něco?**

Září 09 - Nejhorší 1.....2.....3.....4.....5.....6.....7.....8.....9.....10 nejlepší (zakroužkujte)

Květen 10 - Nejhorší 1.....2.....3.....4.....5.....6.....7.....8.....9.....10 nejlepší (zakroužkujte)

Prosím okomentujte slovně:

**Jaká byla situace v celkovém chování vašeho dítěte ve škole v září/říjnu 2009?**

Nejhorší 1.....2.....3.....4.....5.....6.....7.....8.....9.....10 nejlepší (zakroužkujte)

**Jaká je nyní?**

Nejhorší 1.....2.....3.....4.....5.....6.....7.....8.....9.....10 nejlepší (zakroužkujte)

**Co by se muselo stát, aby se ještě trochu zlepšila?**

**Děkujeme mockrát za vyplnění, výsledky využijeme pro další fungování skupin.**

**Těšíme se na další spolupráci.**

## XI. 6 Příloha 5 Evaluační dotazník pro učitele

Prostor pro vpisování je pro potřeby přílohy dizertační práce zkrácen.

Jméno dítěte, učitele/ky, škola a třída dítěte: .....

dětská skupina 2009/2010

Milí učitelé,

S rodiči a dítětem, na které se ptáme, jsme se společně scházeli cca osm měsíců a nyní, kdy se budeme pro tento rok loučit, bychom naši společnou spolupráci rádi vyhodnotili. Jestli je to pro Vás možné, žádáme Vás o vyplnění tohoto dotazníku. Prosím, najděte si na tuto rekapitulaci dostatek času a soukromí a snažte se odpovídat tak, jak to cítíte. Ne podle toho, co myslíte, že bychom chtěli slyšet. Uvítáme jakékoli hodnocení i náměty pro další práci. Dotazník budeme zpracovávat jen v našem úzkém týmu.

### **Jak dlouho dítě učíte, znáte?**

**Měnilo dítě v posledních dvou letech učitele?**                      Ano/ ne

**Změnil se učitel (bez ovlivnění rodiči)?**                              Ano/ ne

**Přeradili rodiče dítě do jiné školy / třídy?**                              Ano/ ne

**Jak byste vyhodnotili spolupráci s poradnou v minulém roce, pokud nějaká byla a týkala se tohoto dítěte?**

*Nejhorší 1.....2.....3.....4.....5.....6.....7.....8.....9.....10 nejlepší (zakroužkujte)*

Prosím okomentujte slovně:

Kdo Vám metodicky pomáhal v uplynulém roce?

**Měli byste zájem více spolupracovat, konzultovat jednotlivé děti / dítě?**

*Ne, netřeba 1.....2.....3.....4.....5.....6.....7.....8.....9.....10 ano, určitě (zakroužkujte)*

Prosím okomentujte slovně:

**Co byste ve spolupráci s námi při vedení tohoto dítěte potřebovali?**

**Vidíte takovéto setkávání rodičů a dětí ve skupinkách jako smysluplné a když ano, tak proč?**

**Říkaly děti něco ve škole o dětské skupině? Když ano, co?**

**Máte pocit, že se tu naučily něco, co mělo vliv na jejich chování ve škole? Jestli ano, prosím, popište co.**

**Jaká je současná situace dítěte ve škole?**

## **Došlo k nějakým změnám? Jakýmkoliv ... k lepšímu i k horšímu?**

### **Prosím, zkuste odhadnout směr a míru změny v určitých oblastech v tomto roce.**

#### **V prospěchu ve škole?**

Září 09 - *Nejhorší 1.....2.....3.....4.....5.....6.....7.....8.....9.....10 nejlepší (zakroužkujte)*

Červen 10 - *Nejhorší 1.....2.....3.....4.....5.....6.....7.....8.....9.....10 nejlepší (zakroužkujte)*

Prosím okomentujte slovně:

#### **V soustředění a práci ve škole?**

Září 09 - *Nejhorší 1.....2.....3.....4.....5.....6.....7.....8.....9.....10 nejlepší (zakroužkujte)*

Červen 10 - *Nejhorší 1.....2.....3.....4.....5.....6.....7.....8.....9.....10 nejlepší (zakroužkujte)*

Prosím okomentujte slovně:

#### **V chování ve škole?**

Září 09 - *Nejhorší 1.....2.....3.....4.....5.....6.....7.....8.....9.....10 nejlepší (zakroužkujte)*

Červen 10 - *Nejhorší 1.....2.....3.....4.....5.....6.....7.....8.....9.....10 nejlepší (zakroužkujte)*

Prosím okomentujte slovně:

#### **Ve vztahu s kamarády, spolužáky?**

Září 09 - *Nejhorší 1.....2.....3.....4.....5.....6.....7.....8.....9.....10 nejlepší (zakroužkujte)*

Červen 10 - *Nejhorší 1.....2.....3.....4.....5.....6.....7.....8.....9.....10 nejlepší (zakroužkujte)*

Prosím okomentujte slovně:

#### **V učení, domácí přípravě?**

Září 09 - *Nejhorší 1.....2.....3.....4.....5.....6.....7.....8.....9.....10 nejlepší (zakroužkujte)*

Červen 10 - *Nejhorší 1.....2.....3.....4.....5.....6.....7.....8.....9.....10 nejlepší (zakroužkujte)*

Prosím okomentujte slovně:

**Ve vztahu s Vámi (paní učitelkou, panem učitelem)?**

Září 09 - Nejhorší 1.....2.....3.....4.....5.....6.....7.....8.....9.....10 nejlepší (zakroužkujte)

Červen 10 - Nejhorší 1.....2.....3.....4.....5.....6.....7.....8.....9.....10 nejlepší (zakroužkujte)

Prosím okomentujte slovně:

**Jak nyní vycházíte Vy s rodiči? Změnilo se něco?**

Září 09 - Nejhorší 1.....2.....3.....4.....5.....6.....7.....8.....9.....10 nejlepší (zakroužkujte)

Červen 10 - Nejhorší 1.....2.....3.....4.....5.....6.....7.....8.....9.....10 nejlepší (zakroužkujte)

Prosím okomentujte slovně:

**Jaká byla situace v celkovém chování dítěte ve škole v září/říjnu 2009?**

Nejhorší 1.....2.....3.....4.....5.....6.....7.....8.....9.....10 nejlepší (zakroužkujte)

**Jaká je nyní?**

Nejhorší 1.....2.....3.....4.....5.....6.....7.....8.....9.....10 nejlepší (zakroužkujte)

**Co by se muselo stát, aby se ještě trochu zlepšila?**

**Je něco, na co jsme se nezeptali a mohlo by to být důležité?**

**Děkujeme mockrát za vyplnění, výsledky využijeme pro další fungování skupin.**

**Těšíme se na další spolupráci.**

**Vyplněný dotazník prosím pošlete na adresu:**

**Veronika Pavlas Martanová,**

**Pedagogicko – psychologická poradna,**

**Vokovická 32/3,**

**Praha 6 160 00**

## XII. Seznam použité literatury

- ARABADŽIEV, S., online: <http://sikana.i-extra.net/poruchy-chovani>
- BARTOŇOVÁ, M.; KOZÁKOVÁ, K. Problematika jedinců s poruchou pozornosti (ADHD) v zahraničním výzkumu. In KLENKOVÁ, J. - VÍTKOVÁ, M. *Vzdělávání žáků s narušenou komunikační schopností*. Brno: Paido, 2008. ISBN 9788073151676, s. 94-108. 2008, Brno.
- BELZ, H.; SIEGRIST, M. Klíčové kompetence a jejich rozvíjení. Praha: Portál, 2001.
- BLOOM, L. Handbook of Gestalt Play Therapy with Children. London, UK 2006.
- BRAATEN, E.B.; ROSÉN, L.A. Self – Regulation of Affect in ADHD and Non-ADHD Boys: Differences in Emphatic Responding. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 2000, vol.68, no.2, s. 313 – 321.
- BRESTAN, E.V.; EYBERG, S.M. Effective psychosocial treatments of conduct- disordered children a adolescents: 29 years, 82 studies, and 5.272 kids. *Journal of Clinical Child Psychology*. 1998, 27, s.180-189.
- COBHAM, V.E.: Evaluation of a Brief Child-focused Group-based Intervention for Anxiety-disordered Children. *Behaviour Change*, 2003, 20, no.2, s.109 -116.
- CURTIS, D.F.; PISECCO, S.; HAMILTON, R.J.; MOORE, D.W. Teacher Perceptions of Classroom Interventions for Children with ADHD: A Cross – Cultural Comparison of Teachers in the United States and New Zealand. *School Psychology Quarterly*. 2006, vol.21, no.2, s.171-196.
- ČMEJRKOVÁ, S.; DANEŠ, F.; SVĚTLÁ, J. Jak napsat odborný text. Praha: Leda, 1999.
- DINKMEYER, D.; MCKAY, D.G. STEP. Efektivní výchova krok za krokem. Praha: Portál, 1996.
- DODGE, K.A. Cost – Effectiveness of Psychotherapy for Child Aggression: First, Is There Effectiveness? Comment on Shechtman and Ben David (1999). *Group Dynamics: Theory, Research, and Practice*. 1999, vol.3, no.4, s.275 – 278.
- DÖPFNER, M. Wie wirksam ist Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie? *Psychotherapeutenjournal*. 2003, no. 4, s. 258 – 266. Dostupný též na: <http://www.psychotherapeutenjournal.de/pdfs/2003-04/02-Beitrag1.pdf>.
- DOWEL, K.A. The effects of parent participation on child psychotherapy outcome: A meta-analytic review. Disertační práce, vedl B.M.Ogles. Ohio University, 2005.

- DRTÍLKOVÁ, I. Účinnost nestandardních postupů léčby u dětí s ADHD. Česká a slovenská psychiatrie, 2003, 99, 6, s. 317 – 323.
- DRTÍLKOVÁ,I.; ŠERÝ,O. et al. Hyperkinetická porucha / ADHD. Praha: Galén, 2007.
- DRYDEN,W. Poradenství. Praha: Portál, 2008.
- DU PAUL,G.J. Assesment of ADHD Symptoms: Comment on Gomez et al. (2003). Psychological Assesment. 2003, vol.15, no.1, s. 115-117.
- DUMAS, J.; NISSLEY-TSIOPINIS,J.; MORELAND,A.D. From Intent to Enrollment, Attendance, and Participation in Preventive Parenting Groups. Journal of Child and Family Studies, 2007, vol. 16, no. 1, s. 1–26.
- ECO,U. Jak napsat diplomovou práci. Praha: Votobia, 1997.
- ELLIS, A. Tréning emocí. Praha: Portál, 2002.
- FARAONE,S.V.; FEIGHNER,J.A.; BIEDERMANN,J.; MONUTEAUX,M.C. Assesing Symptoms of Attention Deficit Hyperactivity Disorder in Children and Adults: Which Is More Valid? Journal of Consulting and Clinical Psychology. 2000, vol.68, no.5, s. 830 – 842.
- FERJENČÍK, J. Úvod do metodologie psychologického výzkumu. Praha: Portál 2000.
- FLORY, K.; MILICH, R.; LYNAM, D.R.; LEUKEFELD, C.; CLAYTON, R.. Relation between childhood disruptive behavior disorders and substance use and dependence symptoms in young adulthood: Individuals with symptoms of attention-deficit/hyperactivity disorder are uniquely at risk. Psychology of Addictive Behaviors. 2003, Sv. 17.
- FUCHS, T., BIRBAUMER, N., LUTZENBERGER, W., GRUZELIER, J. H., & KAISER, J. Neurofeedback treatment for attention deficit/hyperactivity disorder in children: A comparison with methylphenidate. Applied Psychophysiology & Biofeedback. 2003, 28, s. 1-12.
- GATZKE-KOPP, L.M.; BEAUCHAINE, T.P.; SHANNON, K.E., CHIPMAN, J.; FLEMING, A.P.; CROWELL, S.E.; LIANG, O.; JOHNSON, L. C.; AYLWARD, E. Neurological correlates of reward responding in adolescents with and without externalizing behavior disorders. Journal of Abnormal Psychology, 0021-843X, 2009, Sv. 118, Issue 1.
- GERALD,K.; GERALD,D. Counselling children. (nyní v Čj, Praha: Portál 2008)
- GOETZ,M.; UHLÍKOVÁ,P. Porucha pozornosti s hyperaktivitou. Praha, Galén: 2009.
- HAMMOND, D. C. What is neurofeedback? Journal of neurotherapy.2006, 10(4), 25-36.
- HAMMOND, D.C., KIRK, L. First Do No Harm: Adverse Effects and the Need for Practise Standards in Neurofeedback. Journal of Neurotherapy. 2008, 12(1), 79-88.



- HAYESOVÁ,N. Základy sociální psychologie. Praha, 1998
- HERMOCHOVÁ, S. Metody aplikované sociální psychologie IV. Praha: UK, 1991.
- HONZÁK, R.; NOVOTNÁ, V. Krize v životě, život v krizi. Praha: ROAD, 1994.
- HORT,VL.; HRDLIČKA,M.; KOCOURKOVÁ,J.; MALÁ, E. Dětská a adolescentní psychiatrie. Praha: Portál, 2000.
- HRABAL, VL.st. Přehled poradenských teorií a strategií. In HADJ MOUSSOVÁ, Z.; VALENTOVÁ, L. Poradenské teorie a strategie. Praha: PF UK, 2002.
- HUGHES, T., CROTHERS, L., JIMERSON, S. Identifying, Assessing and Treating Conduct Disorder at School, Springer, NY, USA.
- HUGHES,J.N. In REYNOLDS, C.R.; GUTKIN T.B. The Handbook of School psychology. New York 1999.
- CHRONIS, A. M.; LAHEY, B.B.; PELHAM, W.E. JR.; WILLIAMS, S. H.; BAUMANN, B.L.; KIPP, H.; JONES, H.A.; RATHOUZ, P. J. Maternal depression and early positive parenting predict future conduct problems in young children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Developmental Psychology*, 2007, Sv. 43, Vydání 1.
- Internetové zdroje: EMCDDA ([www.emcdde.europa.eu](http://www.emcdde.europa.eu)), WHO 2000.
- KOŠČO,J. Poradenská psychológia. Bratislava: SPN, 1987.
- KAVALE – PALZAROVÁ, M., PILAŘOVÁ, M. Psychoterapeutické přístupy k dětem s LMD. In KUCHARSKÁ, A. (Ed.): *Specifické poruchy učení a chování*. Sborník 1999. Praha: Portál, 1999.
- KAZDIN,A.E. Účinnost psychoterapie u dětí a dospívajících. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 1991, n. 59, s. 785 – 798.
- KEGERREIS,S. Working with children and adolescents – Is specialist training necessary? *Psychodynamic Practice*. 2006, 12(4), s. 403 – 418.
- KING,E.; KELLOCK,I. Creating a Solution – Focused Counselling Team. *Educational Psychology in Practice*. 2002, vol.18, no.2.
- KOLÁŘ, M. Bolest šikanování. Praha: Portál, 2001.
- KOLČÁROVÁ, I.; LACINOVÁ,L. Rodičovství očima matek neklidných dětí. Brno: MUNI, 2008.
- KOMÁRKOVÁ, R. a kol. Aplikovaná sociální psychologie III. Praha: Grada, 2001.
- KOUŘIL, V. Terapie dětí s ADHD. *Československá psychiatrie*, 2004, 100, S1, s. 29 – 31.
- KRATOCHVÍL,S. Skupinová psychoterapie v praxi. Praha: Galén, 1995.

- KRATOCHVÍL,S. Skupinová terapie neuros. Praha, 1978.
- KRATOCHVÍL,S. Základy psychoterapie. Portál, Praha 2002.
- KRÖGER,Ch. Evaluation: Definitions and Concept. In: BAKER,O.; MOUNTENEY,J.; NEAMAN,R. (Eds.): Evaluation Drug Prevention in the European Union. Scientific Monograph Series, No.2. Lisabon: EMCDDA, 1998, s. 61- 66.
- KŘIVOHLAVÝ, J. Jak si navzájem lépe porozumíme. Praha: Svoboda, 1998.
- LAHEY, BENJAMIN B., HARTDAGEN, SANDRA E., FRICK, PAUL J., MCBURNETT, KEITH, CONNOR, ROBERT, HYND, GEORGE W. Conduct disorder: Parsing the confounded relation to parental divorce and antisocial personality., Journal of Abnormal Psychology, 1988, Sv. 97, Vydání 3.
- LAHEY, BENJAMIN B., LOEBER, ROLF, HART, ELIZABETH L., FRICK, PAUL J., APPLGATE, BROOKS, ZHANG, QUANWU, GREEN, STEPHANIE M., RUSSO, MARY F. Four-year longitudinal study of conduct disorder in boys: Patterns and predictors of persistence. Journal of Abnormal Psychology. 1995, Sv. 104.
- LANGMEIER,J.; BALCAR,K.; ŠPITZ,J. Dětská psychoterapie. Praha: Avicenum, 1989.
- LEICHSENRING,F.; RABUNG,S.; LEIBING,E. Účinnost krátkodobé psychodynamické psychoterapie ve specifických psychiatrických onemocněních: meta – analýza. Německo, 2008. Dostupné na internetovém zdroji: PubMed, indexováno pro MEDLINE. PMID: 15583112.
- LEVESQUE, J., BEAUREGARD, M., MENSOUR, B. Effect of neurofeedback training on the neural substrates of selective attention in children with attention-deficit/hyperactivity disorder: A functional magnetic resonance imaging study. Neuroscience letters. 2006, 394 (3), s. 216-221.
- MACHKOVA, E. Metodika dramatické výchovy. Praha: IPOS, 1993.
- MALÁ, E. Hyperkinetické poruchy, ADHD. Česká a slovenská psychiatrie, 2000, 96, 3, s. 150 – 153.
- MAREŠ, J. a kol. Sociální opora u dětí a dospívajících II. Hradec Králové: Nucleus, 2002.
- MARTEL,M.M.; MARTINEZ-TORTEYA,C.; GOTH-OWENS,T.; NIGG,J.T. A Person- Centred Personality Approach to Heterogeneity in Attention – Deficit / Hyperactivity Disorder (ADHD). Journal of Abnormal Psychology. 2010, vol.119, no.1, s.186 – 196.
- MIOVSKÝ, M. Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu. Grada Publishing, Praha 2006.

- MIOVSKÝ,M.; MIOVSKÁ,L., VÁCLAVKOVÁ,B. Přehled hlavních výsledků kvaziexperimentální evaluační studie komunitního programu primární prevence. Závěrečná zpráva. Praha, 2008.
- MIOVSKÝ,M.; MIOVSKÁ,L.; KUBŮ,P. Evaluace programů primární prevence užívání návykových látek v ČR: základní východiska a aplikační možnosti. Adiktologie 2004, č.3, s. 288 – 305.
- MIOVSKÝ,M.; SKÁCELOVÁ,L.; ZAPLETALOVÁ,J.; NOVÁK,P.(eds) Primární prevence rizikového chování ve školství. SCAN, Praha 2010.
- MISTRAL,W.; BRANDLING,J.; TAYLOR,G. Calculating savings to the nation from counselling services: Methodological challenges. Counselling and Psychotherapy Research. 2006,6 (4), s. 238 – 243.
- MOFFITT ; MOFFITT, CASPI, HARRINGTON, & MILNE In JAFFEE, SARA R., BELSKY, JAY, HARRINGTON, HONALEE, CASPI, AVSHALOM, MOFFITT, TERRIE E. When parents have a history of conduct disorder: How is the caregiving environment affected? Journal of Abnormal Psychology, 0021-843X, 2006, Sv. 115, Vydání 2.
- MOLINA,B.S.G.; PELHAM JR.,W.E. Childhood Predictors of Adolescent Substance Use in a Longitudinal Study of Children With ADHD. Journal of Abnormal Psychology. 2003, vol.112, no.3, s.497 – 507.
- MONASTRA, V. J., LYNN, S. , LINDEN, M., LUBAR, J. F., GRUZELIER, J., AND LAVAQUE, T. J. Applied Psychophysiology and Biofeedback. 2005, Vol. 30(2), 95-114.
- MONASTRA,V. J. EEG Biofeedback Treatment for ADHD: Rationale and Empirical Foundation. Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America. 2005, Vol. 14(1), 55-82.
- MUNDEN,A.; ARCELUS,J. Poruchy pozornosti a hyperaktivita. Praha: Portál, 2002.
- NICHOLSON,C.L.; ALCORN, C.L.; KREJČÍŘOVÁ, D. Vzdělávací aplikace WISC III. Praha: Testcentrum – Hogrefe, 2008.
- OAKLANDER,V. Třinácté komnaty dětské duše. Dobříš: Drvoštěp, 2003.
- OHAN,J.L.; CORMIER,N.; HEPP, S.L.; VISSER, T.A.W.; STRAIN, M.C. Does Knowledge About ADHD Impact Teachers Reported Behaviors and Perceptions? School Psychology Quarterly. 2008, vol.23, no.3, s.436-449.

- OLLENDIC T.H.; KING,N.J.; YULE,W. International handbook of phobic and anxiety disorders in children and adolescents. New York, 1994, s. 181.
- OLLIEROVÁ,K.; HOBDAYOVÁ,A. Tvořivé činnosti pro terapeutickou práci s dětmi. Praha: Portál, 2000.
- PACLT, I. Hyperkinetická porucha a poruchy chování. 1 vyd. Praha: Grada, 2007.
- PATTISON,S.; HARRIS,B. Counselling children and young people: A review of the evidence for its effectiveness. Counselling and Psychotherapy Research. 2006,6 (4), s. 233 – 237.
- PAVLAS MARTANOVÁ, V. Dlouhodobé intervenční skupiny v PPP. Závěrečná zpráva z projektu. Praha: IPPP ČR, 2010.
- PAVLAS MARTANOVÁ, V. Závěrečná práce projektu Diagnostika a intervence specifických poruch chování v PPP. Praha: IPPP ČR, 2010.
- PEŠOVÁ,I.-ŠAMALÍK,M. Poradenská psychologie pro děti a mládež. Praha: Grada 2006.
- PFIFFNER,L.J.; McBURNETT,K. Social Skills Training With Parent Generalization: Treatment Effects for Children With Attention deficit Disorder. Journal of Consulting and Clinical Psychology. 1997, vol. 65, no.5, s. 749 – 757.
- PILAŘOVÁ, M. Výskyt a prevence poruch chování u mladistvých s LMD. Československá psychologie, 1997, 41, 2, s. 178 – 182.
- POKORNÁ,V. Teorie, diagnostika a náprava specifických poruch učení. Praha: Portál, 2003.
- POZZI,M.E. Ritalin for whom? Understanding the need for Ritalin in psychodynamic counseling with families of under- 5s. Journal of Child Psychotherapy.2000, vol26, no.1, s.25-43.
- PROUT, H.T.; BROWN, D.T. ed. Counseling and Psychotherapy with Children and Adolescents: Theory and Practice for School and Clinical Settings. USA, New Jersey, 2007.
- PTÁČEK R. Poruchy chování v dětském věku. Praha:Vzdělávací institut ochrany dětí o.p.s., 2006.
- RABINER, D. New Results from the MTA Study – Do treatment effects persist? 2005. Dostupné z: [www.adders.org](http://www.adders.org).
- RATEY ,J. Personal Communication, USA, 1989.
- REIFOVÁ, F. S. Nesoustředěné a neklidné dítě ve škole. Praha: Portál, 1999.
- REYNOLDS, C.R.; GUTKIN T.B. The Handbook of School psychology. New York 1999.
- RIBEIRO,S.N.; JENNEN-STEINMETZ,CH.; SCHMIDT,M.; BECKER,K. Nicotine and alkohol use in adolescent psychiatric inpatients: Associations with diagnoses, psychosocial factors, tender and age. Nord Journal Psychiatry (Oslo). 2008, no.62, s. 315 – 321.

- RIEGER,Z. Loď skupiny. Praha: Portál 2007.
- ROBSON,C. Real Word research. Blackwell Publishing, UK 2002.
- RONENOVA, T. Psychologická pomoc dětem v nesnázích. Praha: Portál, 2000.
- ROSSITER, T. The effectiveness of neurofeedback and stimulant drugs in treating AD/HD: Part II. Replication. Applied Psychophysiology & Biofeedback. 2004, Vol. 29 (4), s. 233-243.
- RUDOLPH,L.B.; THOMPSON, CH.L. Counseling children: Third edition. USA, California, 1992.
- ŘÍČAN, P., KREJČÍŘOVÁ, D. Dětská klinická psychologie. Praha: Portál, 1997.
- SELF – PERCEPTIONS OF COMPETENCE IN CHILDREN WITH ADHD AND COMPARISON CHILDREN. Kolektiv autorů. Journal of Consulting an Clinical Psychology. 2004, vol.72, no.3, s. 382 – 391.
- SEMPLE,R.; LEE,J.; ROSA, D.; MILLER,L. A radomized Trial of Mindfulness – Based Cognitive Therapy for Children: Promotion Mindful Attention to Enhance Social – Emotional Resiliency in Children. Journal of Child and Family Studies. 2010, vol.19, no.2, s.218 – 229.
- SHAFFER, D.R. Developmental Psychology, Childhood a Adolescence. University of Georgia, USA 1999. (Part Iv Social and Personality Development Attachment, conceptions of self in Midle Childhood).
- SHEEDY - KURCINKA, M. Problémové dítě ve škole a v rodině. Praha: Portál, 1998.
- SHECHTMANN,Z.; BEN – DAVID,M. Individual and group psychotherapy of childhood aggression: Comparison of outcomes and processes. Group Dynamics: Theory, Research, and Practice. 1999, vol.3, no.3, s.263 – 274.
- SCHAFFER,D. Notes on Psychotherapy Research among Children and Adolescents. Journal of the American Academy of Child Psychiatry, 1984, 23, no. 5, s. 552-561.
- SCHMIT NEVEN,R. Under fives counselling – opportunities for growth, chase and development for children and parents. Journal of child psychotherapy. 2005, vol.31, no.2, s.189 – 208.
- SKÁLOVÁ,A. ADHD stále na mušce. Zdravotnické noviny, 2006. Dostupné z: [www.zdn.cz//adhd-stale-na-musce-278831](http://www.zdn.cz//adhd-stale-na-musce-278831)
- SMYRNIOS,K.X.; KIRKBY,R.J. Srovnání krátkodobé versus časově neomezené psychodynamické ošetření dětí a jejich rodičů. Austrálie, 1995. Dostupné na internetovém zdroji: PubMed, indexováno pro MEDLINE. PMID:8113479
- SRNEC, J. Strategie a metody psychosociálního výzkumu. Studijní materiál pro distanční vzdělávání. Praha: PVŠPS, 2006.

- STRAUSS; CORBINOVÁ Grounded Theory: Základy kvalitativního výzkumu. Postupy techniky metody zakotvené teorie. Boskovice: Albert, 1999.
- SVOBODA, M.; KREJČÍŘOVÁ, D.; VÁGNEROVÁ, M. Psychodiagnostika dětí a dospívajících. Praha: Portál, 2001, s. 665 - 679.
- ŠEBEK, M. Hyperkinetické dítě – psychoanalytický pohled. Československá psychologie, 1995, 3, s. 213 – 218.
- ŠEBEK, M. Neklidné děti a jejich výchova. Praha: SPN, 1990.
- ŠESTÁK, Z. Jak psát a přednášet o vědě. Praha: Academia, 2000.
- ŠIMANOVSKÝ, Z.; MERTIN, V. Hry pomáhají s problémy. Praha: Portál, 1997.
- ŠTECH, S. Profesní identita školního psychologa. Pedagogika, 1998, roč. 48, 3, s. 257 -264.
- ŠTECH, S. Rozdíly ve výzkumné metodologii – rozdíly v pojetí psychologie? In HELLER, D., SEDLÁKOVÁ, M., VODIČKOVÁ, L. Kvalitativní a kvantitativní výzkum v psychologii. Psychologický ústav AV ČR, Praha 1999, s. 39-40.
- ŠTECH, S. Sonda do profese školního psychologa v ČR. Pedagogika, 2001, roč. 51, mimořádné číslo, s. 47 – 55.
- ŠVAŘÍČEK, R. ; ŠEĐOVÁ, K. Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách. Portál, Praha 2007.
- TERVO, D. Physical process work with children and adolescents. British Gestalt Journal. 1997, vol.6, no.2, s.76 – 86.
- THEINER, P. Poruchy chování u dětí a dospívajících. Psychiatrie pro Praxi; 2007; no 2, s. 85–87.
- TRAIN, A. Specifické poruchy chování a pozornosti. Praha: Portál, 1997.
- TRUNECKOVÁ, D.; VINEY, L. „Making things better“: Personal construct counselling for young children. Counselling Psychology Quarterly. 2006, 19(4), s. 381-394.
- TVRDOCHOVÁ, D. Struktura vyprávění příběhů u dětí s ADHD. Diplomová práce. FF MUNI v Brně. Psychologický ústav. Vedoucí práce Marek Blatný, Brno 2006.
- URWIN, C. Revisiting „What works for whom“: A qualitative framework for evaluating clinical effectiveness in child psychotherapy. Journal of child psychotherapy. 2007, vol.33, no.2, s.134 – 160.
- VÁGNEROVÁ, M. Psychologie problémového dítěte školního věku. Praha: Karolinum, 2004.
- VÁGNEROVÁ, M. Školní poradenská psychologie pro pedagogy. Praha: Karolinum, 2005.
- VALENTA, J. Metody a techniky dramatické výchovy. Praha: Strom, 1997.
- VALIŠOVÁ, A. Asertivita v rodině a škole. Praha: H-H, 1992.

- VEERMAN,J.W. Rodinný stres, fungování rodiny a emocionální problémy u rodin s dětmi s poruchami chování po psychiatrické léčbě. 2004. Dostupné na internetovém zdroji: PubMed, indexováno pro MEDLINE. PMID: 7788480
- VYMĚTAL, J.; REZKOVÁ, V. Rogerovský přístup k dospělým a dětem. Praha: Portál, 2001.
- WEISS, G., TROCKENBERG, L., ECHTMAN, H. Hyperactive children grown up. New York: The Guilford Press, 1993.
- WEISS,B.; CATRON,T.,HARRISS,V. A 2 – year follow –up of effectiveness of traditional child psychotherapy. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 2000, 68, s.1094 – 1101.
- WEISS,B.; CATRON,T.,HARRISS,V.; PHUNG,T.M. The effectiveness of traditional child psychotherapy. Journal of Consulting and Clinical Psychology,1999, 67, s. 82-94.
- WEISZ,J.R.; DOSS,A.J.; HAWLEY,K,M. Youth psychotherapy outcome research: A review and critique of the evidence base. Annual Review of Psychology. 2005, no.56, s. 337 – 363.
- WEISZ,J.R.; JENSEN,A.L. Child and adolescent psychotherapy in research and practice contexts: Review of the evidence and suggestions for improving the field. European Child and Adolescent Psychiatry. 2001, no.10, s. 12 – 18.
- WINKELMANN,K. et al. Účinnost psychodynamické krátkodobé psychoterapie pro děti a mládež s poruchami chování. Německo, 1993. Dostupné na internetovém zdroji: PubMed, indexováno pro MEDLINE. PMID:16180528
- YALOM,I.D. Teorie a praxe skupinové psychoterapie. Hradec Králové: Konfrontace, 1999.
- YALOM,I.D. Teorie a praxe skupinové psychoterapie. Praha: Portál 2007.
- ZATLOUKAL,L. Význam teoretického rámce ve výzkumu psychoterapie z „postmoderní“ perspektivy. Psychologie. Elektronický časopis ČMPS. 2010, roč. 4, č. 3, s. 37- 54.
- ZELINA, M. Strategie a metody rozvoja osobnosti dieťať a. Bratislava: IRIS, 1994.
- Žáčková, H., Jucovičová, D. Metody práce s dětmi s LMD. Praha: D+H, 1998.
- ŽÁČKOVÁ,H.; JUCOVIČOVÁ,D. Relaxace nejen pro děti s LMD. Praha: DaH, 2000.