ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI
FAKULTA PEDAGOGICKÁ
KATEDRA PSYCHOLOGIE

PROŽÍVÁNÍ RODIČŮ V PRŮBĚHU PSYCHOTERAPIE JEJICH DÍTĚTE

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Terezie Kriegerová
Psychologie se zaměřením na vzdělávání

Vedoucí práce: Mgr. Vladimíra Lovasová, Ph. D.

Plzeň, 2019

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracoval samostatně s použitím uvedené literatury a zdrojů informací.

V Plzni, …… 2019

.....
vlastnoruční podpis

PODĚKOVÁNÍ

V první řadě bych ráda poděkovala své vedoucí bakalářské práce Mgr. Vladimíře Lovasové, Ph.D. za její ochotu a užitečné rady při tvoření empirické části práce, ale především za trpělivost a vstřícnost.

Moje veliké díky patří klinické psycholožce Mgr. Barboře Sládekové, která je koordinátorkou Psychoterapeutického centra v Plzni, kde probíhalo hlavní šetření při sběru kvalitativních dat. Děkuji, že mi umožnila být součástí centra, dala vzniknout základům této práce a opatřila k rozhovorům své klienty, kterým moc děkuji za poskytnutá data.

Také děkuji Mgr. Tereze Ševčíkové za pomoc s formální stránkou práce a poskytnutí svých zkušeností.

V neposlední řadě děkuji své rodině, hlavně mému příteli, který mi byl velikým rádcem a podporou po celou dobu mého studia, včetně psaní bakalářské práce.

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI

Fakulta pedagogická

Akademický rok: 2017/2018

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(projektu, uměleckého díla, uměleckého výkonu)

Jméno a příjmení:	**Terezie KRIEGEROVÁ**
Osobní číslo:	**P16B0233P**
Studijní program:	**B7507 Specializace v pedagogice**
Studijní obor:	**Psychologie se zaměřením na vzdělávání**
Téma práce:	**Prožívání rodičů v průběhu psychoterapie jejich dítěte**
Zadávající katedra:	**Katedra psychologie**

Zásady pro vypracování

1. Základním návodem pro vypracování bude: Manuál pro psaní bakalářských a diplomových prací na webových stránkách ZČU Fakulty pedagogické v Plzni
2. Rešerše a studium relevantní české a zahraniční literatury
3. Zpracování teoretické části zaměřené na psychoterapii u dětí a mládeže
4. Příprava výzkumu a realizace výzkumu – interview, kategoriální analýza dat
5. Analýza výsledků, zpracování dat a interpretace výsledků
6. Závěr a souhrn

Rozsah bakalářské práce:	**30 – 50 normostran**
Rozsah grafických prací:	
Forma zpracování bakalářské práce:	**tištěná**

Seznam doporučené literatury:

1. KRATOCHVÍL, S. Základy psychoterapie. 7. vydání. Praha: Portál, 2017. ISBN 978-80-262-1227-0.
2. LANDRETH, G. L. Play therapy: the art of the relationship. Abingdon: Routledge, 1991. ISBN 9781559590174.
3. REZKOVÁ, V., KOKEŠOVÁ KLEINOVÁ, G. Hra jako lék: teorie a praxe nedirektivní psychoterapie hrou. Praha: Pražská pedagogicko-psychologická poradna, 2012. ISBN 978-80-260-3503-9.
4. VYMĚTAL, J. Úvod do psychoterapie. 3., aktualiz. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2010. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-2667-0.

Vedoucí bakalářské práce:	**Mgr. Vladimíra Lovasová, Ph.D.** Katedra psychologie
Datum zadání bakalářské práce:	**15. června 2018**
Termín odevzdání bakalářské práce:	**30. června 2019**

V Plzni dne 25. září 2018

L.S.

RNDr. Miroslav Randa, Ph.D.
děkan

Doc. PhDr. Jana Miňhová, CSc.
vedoucí katedry

OBSAH

ÚVOD 2
1 VYMEZENÍ OBORU PSYCHOTERAPIE 4
1.1 DRUHY PSYCHOTERAPIE 5
1.2 SOUČASNÉ PROUDY V PSYCHOTERAPII 6
2 ROGERSOVSKÁ PSYCHOTERAPIE 9
2.1 OBDOBÍ VÝVOJE ROGERSOVSKÉ PSYCHOTERAPIE 10
2.2 ROGERSOVA TEORIE PSYCHOPATOLOGIE A TERAPIE 11
3 DĚTSKÁ PSYCHOTERAPIE 13
3.1 SPECIFIKA DĚTSKÉ PSYCHOTERAPIE 13
3.2 APLIKACE PSYCHOTERAPIE JEDNOTLIVÝCH VÝVOJOVÝCH OBDOBÍ 13
3.3 CÍLE A VEDENÍ DĚTSKÉ PSYCHOTERAPIE 17
3.4 PROSTŘEDKY PRO PSYCHOTERAPEUTICKOU ČINNOST U DĚTÍ 19
4 NEDIREKTIVNÍ PSYCHOTERAPIE HROU 22
4.1 ZÁKLADNÍ NÁSTROJE NEDIREKTIVNÍ TERAPIE HROU 22
4.2 APLIKACE V PRAXI 24
4.3 ROLE A OSOBNOST PSYCHOTERAPEUTA 26
4.4 UKONČENÍ TERAPIE 27
5 RODIČE V PSYCHOTERAPEUTICKÉM PROCESU 28
5.1 PŘÍSTUPY ZAMĚŘENÉ NA TERAPIE DĚTÍ S JEJICH RODIČI 28
5.2 PŘÍSTUPY ZAMĚŘENÉ NA TERAPIE SE SAMOTNÝM DÍTĚTEM 29
6 PROŽÍVÁNÍ RODIČŮ PSYCHOTERAPIE DÍTĚTE 30
6.1 CÍLOVÁ SKUPINA VÝZKUMU 30
6.1.1 Představení organizace 32
6.2 SBĚR VÝZKUMNÝCH DAT 33
6.3 ANALÝZA DAT 34
6.3.1 Před terapií 35
6.3.2 Během terapie 38
6.3.3 Po terapii 40
6.4 VÝZNAMOVÁ POSLOUPNOST VE VZTAHU KE ZKUŠENOSTEM S TERAPIÍ 41
6.4.1 Kategorie, které se vyvíjejí v průběhu celého terapeutického cyklu 41
6.4.2 Kategorie, které se váží na dvě fáze terapeutického cyklu 44
6.4.3 Kategorie specifické pro jednu oblast terapeutického cyklu 44
6.5 CELKOVÉ SHRNUTÍ VÝZKUMU S DISKUZÍ 45
ZÁVĚR 47
RESUMÉ 49
SEZNAM LITERATURY 50
ELEKTRONICKÉ ZDROJE 52
SEZNAM OBRÁZKŮ, TABULEK A DIAGRAMŮ 54

ÚVOD

Psychoterapie hrou je metodou, která se stále více vyskytuje nejen v České republice, ale i v zahraničí, a zaznamenává úspěch. Téma je to velmi rozsáhlé a zkoumá jej mnoho studií. Většina se ale zajímá o samotný proces terapie či její účinky na změny chování dítěte. Přitom na terapii se nehlásí dítě samo, ale přihlásí jej jeho rodič, který problémy dítěte prožívá přinejmenším stejně, jako dítě samotné. Někdy i více, jelikož si ve většině případů dítě problém ani neuvědomuje.

Z tohoto důvodu vzniklo téma této bakalářské práce, která se zaobírá prožíváním rodičů v průběhu psychoterapie jejich dítěte. Očekává se, že rodiče prožívají terapii společně s dětmi a jejich pocity se odvíjejí od změny stavu dítěte. Cílem práce je tedy seznámení s dětskou psychoterapií a jejím vlivem na prožívání rodičů.

Bakalářská práce bude mít dvě části, teoretickou a empirickou. Celá bude obsahovat šest hlavních kapitol a jejich podkapitoly. K práci bude využita odborná literatura (Play Therapy od Landretha, Hra jako lék od Rezkové a Kleinové, základní publikace od Vymětala Úvod do psychoterapie atp.), ale také odborné webové zdroje, které se zaobírají problematikou psychoterapie hrou. Jako hlavní webový zdroj bude využita zahraniční databáze Ebsco a jiné.

Teoretická část má za úkol v pěti kapitolách seznámit s teoretickými pojmy, které budou později využity v části praktické. První kapitola vymezí pojem psychoterapie, její druhy a současné proudy. Druhá se více zaměří na představení jednoho z proudů psychoterapie, a to rogersovskou psychoterapii, období jejího vývoje a také Rogersovu teorii psychopatologie a terapie. Třetí kapitola rozebere podrobněji problematiku dětské psychoterapie, její specifika a aplikaci v jednotlivých fázích vývoje dítěte. Také budou představeny cíle i vedení dětské psychoterapie a potřebné prostředky pro účinnou léčbu. Na třetí kapitolu naváže kapitola čtvrtá s tématem nedirektivní psychoterapie hrou. Tato kapitola představí základní nástroje nedirektivní psychoterapie hrou, její aplikaci v praxi, roli a osobnost herního terapeuta a ukončení terapie. Pátá kapitola se zaměří na roli rodičů v procesu psychoterapie, konkrétně na přístupy zaměřené na terapii dětí s rodičem a bez rodiče.

Praktická část utvoří šestou kapitolu a bude sestavena na základě šetření za pomoci rozhovoru na téma prožívání rodičů a jejich dětí. Pozornost se zaměří na tři hlavní okruhy,

a to prožívání rodičů před zahájením terapie jejich dítěte, prožívání rodičů v průběhu trvání terapie a jejich prožívání po ukončení terapie. Na základě těchto okruhů bude vyhodnoceno prožívání rodičů a jejich dětí. Každý z okruhů bude obsahovat sedm dílčích otázek směřujících k problematice výzkumu. Výzkum bude založen na kvalitativní metodě sběru dat za pomocí nahrávání rozhovorů mezi dotazujícím a dotazovanými. Otázky pro vykonání rozhovoru budou vytvořeny na základě konzultace s vedoucí Psychoterapeutického centra v Plzni, ve kterém rozhovor proběhne. Dotazováno bude pět rodičů dětí, které centrum navštěvují a chodí na psychoterapii hrou. U dotazovaných rodičů nezáleží na věku ani pohlaví. Jediná kritéria výzkumu jsou, aby se dítě hodinově blížilo k ukončení terapie nebo v ní pokračovalo a bylo z úplné rodiny. Získaná data z rozhovorů budou následně analyzována za pomoci otevřeného kódování a převedena do klíčových kategorií. Kategorie, které budou roztříděny do okruhů před, během a po terapii, dají vzniknout přehledné sumarizaci. Na konec bude vytvořena významová posloupnost ve vztahu ke zkušenostem s terapií. Tou budou získány klíčové kategorie zúžené do tří fází: kategorie vyvíjející se v průběhu celého psychoterapeutického cyklu, kategorie vážící se na dvě fáze psychoterapeutického cyklu a kategorie specifické pro jednu oblast psychoterapeutického cyklu. Nejdůležitější budou kategorie, které prošly největším vývojem v průběhu psychoterapeutického cyklu, tedy kategorie vyvíjející se v průběhu celého procesu psychoterapie. Finální vzniklá data budou za předpokladu splnění očekávání slovně interpretována.

1 VYMEZENÍ OBORU PSYCHOTERAPIE

Definice tohoto samostatného oboru, jenž má teoretickou i aplikační stránku, se opírá o rovnou několik autorů, kteří se tímto oborem zabývali. Velice dobře pojem vystihuje psychologický slovník Hartla a Hartlové (2010, s. 477), kteří psychoterapii představují jako *„léčbu duševních poruch a hraničních stavů psychologickými prostředky, k nimž patří: slovo, gesto, mimika, mlčení, případně úprava prostředí.*“ Hovoří také o tom, jak je při provádění psychoterapie důležité plánování a promyšlenost. Je považována jako způsob psychologické pomoci, prováděné odborníky. Další náhled na vymezení psychoterapie ve svém díle poskytuje Vymětal (2010, s. 9), který tento obor uvádí tak, že se *„jedná o zvláštní psychologickou péči, která bývá poskytována zejména lidem vnitřně destabilizovaným či lidem, kterým destabilizace hrozí.“* Psychoterapie je dle něho vhodná jako prevence, léčba a rehabilitace poruch zdraví, ale i všude tam, kde chce člověk sám sobě více porozumět a jinak si uspořádat svůj dosavadní život (Vymětal, 2010, s. 9). Psychoterapie klade veliký důraz především na určité cesty, které mají dovést člověka k novým cílům. Hlavními cíli psychoterapie jsou především:

- odstranění chorobných příznaků;
- reedukace, reorganizace, resocializace, dále také snaha o rozvoj či integraci pacientovy osobnosti (Kratochvíl, 2017, s. 19).

Z historického hlediska je tento obor, se svým více jak stoletým vývojem, spojen dvěma řeckými slovy, a to: „psyché“ a „therapón“. *Psyché* znamenala motýla, ale i duši ve významu původní životní síly, mající zdroj v sobě samé a *therapón* byl služebník, průvodce a opatrovník bohů. V současnosti se psychoterapie profiluje jako samostatný obor, který je fenoménem 20. století (Vymětal, 2010, s. 10). Psychoterapii vykonává psychoterapeut, kterého Hartl a Hartlová (2010, s. 477) označují jako *„osobu, která má vzdělání a výcvik, aby mohla léčit duševní a emocionální poruchy psychologickými prostředky.“* Pro vykonávání této profese je tedy potřeba mít kvalifikaci, různé výcviky a kurzy. To však neznamená, že každý kvalifikovaný terapeut bude lepším terapeutem než ten, který kvalifikaci nemá (Benson a Van Loon, 2005, s. 8). Dobrý psychoterapeut se vyznačuje především tím, že cílem jeho práce je:

- *„porozumět druhému člověku a pomoci mu např. v tom, aby se vyznal ve svých emocích“*;
- *„učinit problém srozumitelnějším, aby se ho pacient nemusel bát“*;
- *„vést druhého k tomu, aby měl odvahu se poznat, porozumět svým potřebám, emocím, myšlenkám“* (Vybíral, 2016, s. 114).

Jelikož je terapeut v neustálém kontaktu se svým klientem, musí splňovat určité povahové vlastnosti, aby dosáhnul té nejvyšší efektivity v léčbě. Terapeut by měl být mezilidsky přirozený především tím, že je:

- empatický
- přívětivý
- vlídný
- blízce autentický (Vybíral, 2016, s. 117).

1.1 DRUHY PSYCHOTERAPIE

Dle Kratochvíla (2017, s. 17-18) může být psychoterapie rozdělena na více druhů. Tato práce poukazuje především na stručný přehled těch nejznámějších.

Z hlediska *vztahu mezi terapeutem a klientem* je označení pro psychoterapii *direktivní,* při níž terapeut působí na pacienta tak, že se přímo snaží usměrnit jeho chování, myšlení a postoje, přičemž mu dává rady, příkazy a vyžaduje splnění určitých úkolů a cvičení. V *nedirektivní* psychoterapii je psychoterapeut vůči pacientovi v neutrálním postavení a pacienta pouze podněcuje ke slovům, emocím nebo činnostem. Terapeut se zde zcela vyhýbá radám a příkazům, ale zároveň se snaží vytvořit příznivou atmosféru pro pacientovu sebeexploraci[1] (Kratochvíl, 2017, s. 17).

Psychoterapie zaměřující se na *chorobný příznak* je označována jako *symptomatická,* naopak psychoterapie *kauzální* se snaží o zjišťování a odstranění příčin (Kratochvíl, 2017, s. 17).

Psychoterapie si také může klást cíle *osobu* buď „*přestavět*“ na základě *rekonstrukční* psychoterapie (tím zasahovat do postojů, motivací a hodnotových systémů pro změnu

[1] Explorace je v této práci chápána jako klientovo vlastní *pátrání, zkoumání* sebe samého nejčastěji metodou *rozhovoru*, který vede s terapeutem (Hartl a Hartlová, 2010, s. 140).

člověka), nebo se snaží člověku *pomoc*, podpořit, porozumět takovému, jaký sám je pomocí *podpůrné* psychoterapie (Kratochvíl, 2017, s. 17).

Při zaměření se na dělení z hlediska *počtu osob*, které se terapie účastní, rozlišujeme tři hlavní typy. Psychoterapii *individuální* neboli dyadickou, kde dochází k přímému střetu pouze mezi pacientem a terapeutem. Tato forma bývá v praxi nejvíce využívána a jejím hlavním znakem je poměrně intenzivní vztah mezi oběma činiteli. Dále *hromadnou,* při které terapeut na bázi individuální terapie působí na více klientů současně upravenými metodami. A v neposlední řadě *skupinovou,* kam spadá například rodinná psychoterapie, při které psychoterapeut využívá k terapeutickým účelům dynamiku vztahů, které jsou mezi členy rodiny. Na jejich základě postupuje a volí různé prostředky k léčbě (Kratochvíl, 2017, s. 18).

1.2 SOUČASNÉ PROUDY V PSYCHOTERAPII

Současné proudy v psychoterapii jsou u každého z autorů nepatrně odlišné a jinak diferenciované. Tato část práce bude zaměřena na hlavních pět, které velice výstižně rozdělil ve své knize Vybíral a Roubal (2010, s. 80).

Proud psychoanalyticko-psychodynamický

Tento proud je významný svou širokostí v tom, že každý autor, který se tímto proudem řídí, zahrnuje do své terapie řadu dalších přístupů, avšak nitro terapie vychází ze základní klasické psychoanalýzy (Vymětal, 2010, s. 53). Spojení *dynamická terapie* v sobě nese jak klasickou psychoanalýzu, tak psychoanalytickou psychoterapii až po analyticky orientovanou psychosomatickou terapii (Vybíral a Roubal, 2010, s. 81-82). *„Všechny tyto terapie sdílejí jednu teoretickou základnu, jejíž východisko leží v psychoanalytické teorii: obdobnou teorii mysli a osobnosti; totožné koncepty duševního vývoje; velmi podobné pojetí terapeutického vztahu se složkami reálného vztahu; léčebného spojenectví a přenosu; obdobnou teorii psychopatologie a specifických poruch a také některé aspekty teorie změny* (Milrod a Busch, 2003 in Vybíral a Roubal, 2010, s. 82).*“* Z historického hlediska tento proud navazuje na kratší psychoanalýzy Sigmunda Freuda a do současnosti se ji pokusili zavést S. Ferenczi a O. Rank. Krátké terapie tohoto proudu se opírají o základní znaky, jako jsou například omezení trvání psychoterapie, vyšší aktivnost terapeuta, psychoterapie má méně stanovených cílů, a především je kladen důraz na rychlou intervenci. Nejhlavnějším rysem této psychoterapie je to, že terapeut pracuje s pacientovým nevědomím, které má

kořeny v jeho minulém životě (dětství). Tím, že vychází z pacientova dětství, zjišťuje to, co současné problémy mohlo spustit (Vybíral a Roubal, 2010, s. 83-84).

Proud kognitivně behaviorální (KBT)

Tato terapie vznikla v 80. letech 20. století spojením[2] dvou původně odlišných směrů, a to behaviorální a kognitivní terapie (Vybíral a Roubal, 2010, s. 195). Pro lepší pochopení toho, jak funguje KBT, bude vysvětlena každá terapie zvlášť.

- **Behaviorální terapie**

Na rozdíl od psychoanalýzy, která pracuje s lidskou minulostí, je behaviorální terapie zaměřena na jedincovu současnost. Slovo „behavior" je z anglického překladu „chování", na němž se soustředí celá terapie. Cílem behaviorální terapie je právě snaha o napravení současného chování člověka. Tedy odnaučení současných nežádoucích zvyků, a naopak upevnění těch žádoucích. Tato teorie si zakládá na tom, že veškeré chování, kterým jedinec působí na svět, vychází z jedincova učení (Benson a Van Loon, 2005, s. 67).

- **Kognitivní terapie**

Dle autorů Bensona a Van Loona (2005, s. 81) *„vychází kognitivní terapie z myšlenky, že duševní poruchy jsou následkem chybných vzorců myšlení. Cílem kognitivních terapeutů je pomoci klientům změnit způsob myšlení. Kognitivní terapie se používá pro léčbu mnoha poruch-fobií, schizofrenie, chronického únavového syndromu, mentální bulimie, úzkosti, deprese apod."*

Proud humanisticko-prožitkový

Větší pozornost bude věnována humanistickému zaměření, konkrétně proudu orientovaného na individualitu člověka. Právě z humanismu pramení proud, který můžeme také znát jako rogersovský přístup, psychoterapie zaměřená na člověka nebo také rogersovská psychoterapie (Vybíral a Roubal, 2010, s. 147).

Integrativní proud

Integrace je slovo, které obecně označuje spojení. K tomuto spojení postupně docházelo i v oblasti psychoterapie, kde řada psychoterapeutů lehce opustila nitro své

[2] Díky upřesnění autorů Bensona a Van Loona (2005, s. 81) chápeme, že ke spojení KBT došlo z důvodu využívání behaviorálních technik kognitivními terapeuty v praxi.

původní intepretace proudu a přiklonila se také k přístupům i technikám proudů jiných. Propojování různých proudů bylo terapeuty vysvětleno tak, že během vedení psychoterapie, docházelo ke změnám ze strany klienta z různých okolností. Změny, jako jsou například různé zdroje stresu, změna vztahu s terapeutem, doporučování a jiné, měly vliv na léčbu. Právě tyto faktory vedou terapeuta k hledání a zkoušení jiných způsobů jejich terapie. Integraci dnes nejvíce můžeme hledat v analyticko-psychodynamickém, humanisticko-prožitkovém nebo kognitivně behaviorálním myšlení (Vybíral a Roubal, 2010, s. 280).

Proud zaměřený na rodiny a další systémy

V praxi se setkáváme s různými druhy rodiny, jako jsou heterosexuální, homosexuální, bezdětné anebo rozvedené rodiny, ale také rodiny pěstounské. Tento proud nám v oblasti poradenské péče nabízí dvě tradice. V první tradici jde o individuální terapii, kde je pozornost terapeuta zaměřena spíše na dítě, což si blíže popíšeme v kapitole Dětské psychoterapie. Druhá tradice se zaobírá terapií rodinnou, kde terapeut pracuje s celou rodinou, a nejen s jednotlivými členy (K. Geldard a D. Geldard, 2008, s. 86-87). Rodinná terapie bude zmíněna v pozdější kapitole.

2 ROGERSOVSKÁ PSYCHOTERAPIE

Centrem zájmu této bakalářské práce je nedirektivní psychoterapie hrou, která je založená na principu psychoterapie zaměřené na člověka. Z tohoto důvodu bude následující část věnována právě zmíněnému přístupu.

Tato velice známá terapie vznikla prací Carla Ransona Rogerse (1902-1987) ve 40. letech jako reakce proti psychoanalýze (kritika Freudova důrazu na mentální nemoci), ale také proti behaviorálním přístupům, které jsou údajně přímočaré a snižují lidstvo na úroveň programovatelných strojů (Benson, 2005, s. 113). Terapie je zaměřená především na aktualizaci, tedy rozvíjení osobnosti s cílem dosahovat vyšší kvality života, včetně zdraví. Terapeut se po dobu léčby snaží navázat s pacientem takový vztah, který povzbudí pacientovu sebedůvěru, autonomii, v pozdějším stádiu terapie i nezávislost. Psychoterapeut po celou dobu terapie buduje dobrý vztah s pacientem, podněcuje pacienta k dialogu a tím mu pacient usnadní odkrýt jeho psychické poruchy (Vymětal a kol., 2007, s. 210). Svoji oblíbenost a rozšířenost si tato terapie nese především díky tomu, že se jak v praxi, tak v teorii využívá u dětí (v současnosti se tak označuje hlavně léčba dětí prostřednictvím nedirektivní formou hry), dospělých i starších lidí (Vymětal a Rezková, 2001, s. 15). Terapeut v tomto směru musí splňovat tři důležité proměnné, jako jsou empatie, akceptace a kongruence.

- **Empatie**, při které se terapeut vciťuje do toho, co pacient právě říká nebo prožívá (Kratochvíl, 2017, s. 59). Této důležité proměnné se také ve svém díle podrobněji věnovala Tolan (2012, s. 18), která zmínila, že: *„Empatie je v úplném základu jednoduché přepracování slov toho druhého, aby se ukázalo, že jeho slova jsou vyslyšena a pochopena.“* Dále také uvádí obecné hledisko empatie tak, že pokud je člověk schopný řádného vcítění se do druhé osoby, vidí celý svět tak, jak ho chápe ten druhý.
- **Akceptace** znamená přijetí jakéhokoliv chování ze strany klienta. Terapeut nemusí vždy souhlasit s tím, jak se klient chová, ale chování klienta by měl kladně akceptovat a považovat si ho (Kratochvíl, 2017, s. 59).
- V **kongruenci (autenticitě)** je nejdůležitější *opravdovost* ze strany terapeuta. To znamená, že terapeut je zcela svůj, bez jakékoliv přetvářky, chová se tak, jaký doopravdy je a snaží se budovat s klientem důvěrný vztah (Kratochvíl, 2017, s. 59).

2.1 OBDOBÍ VÝVOJE ROGERSOVSKÉ PSYCHOTERAPIE

Tento směr prošel několika periodickými změnami, které přetrvávají až dodnes. Rogersovská psychoterapie bývá nejvíce ovlivňována a formována poznatky z různých, podobných psychologických oborů. Vymětal (1996, s. 29-32) vymezil rogersův směr do pěti[3] období.

Období nedirektivního poradenství

Terapeut se chová tak, že umožní svým klientům navázat takový vztah, kde je pacientovi dovoleno otevřeně mluvit, myslet a sdělovat jakékoliv myšlenky či pocity. Terapeut zejména reaguje svým neverbálním chováním, pacienta soustředěně poslouchá a tím projevuje pacientovi vstřícnost, empatii a sympatie. Tomuto typu terapie tohoto období se také říká jako období „hmmm terapie“ (Vymětal, 1996, s. 29).

Období reflektivní psychoterapie

Toto období je znakem empatie a zrcadlení ze strany terapeuta. Terapeut se do pacienta vciťuje, své domněnky o daném problému pacienta se snaží chápat na základě porozumění. Nejdůležitějším úkolem psychoterapeuta je sdělit jeho reflexi („mapování“) pacientovi. Díky terapeutova mapování dochází k prohlubování sebepoznání u klienta. Když společně dojdou k identifikaci problému, můžou tím problém společně vyřešit a překonávat další nežádoucí faktory (Vymětal, 1996, s. 20-31).

Období zážitkové psychoterapie

Hlavními znaky je prožívání pacienta a autentičnost terapeuta. Terapeut pacienta nějak nehodnotí, jen se aktivně vžívá do jeho myšlenek a emocí. Této terapii se také říká terapie odkrývající, protože má za úkol odhalit dřívější problémy pacienta. Terapeut zde aktivněji komunikuje s pacientem. V tomto období se začíná upevňovat dialogická terapie (Vymětal, 1996, s. 30). Specifikaci tohoto období vymezili autoři Vymětal a Rezková (2001, s. 30), kteří jej popsali jako období, *„kdy se pacient setkává s terapeutem jako s živým, transparentním člověkem, jenž se o něho osobně zajímá.“*

[3] Své dílo obohatili Vymětal a Rezková (2001, s. 32) o 6. období – obecné psychoterapie. V tomto období, které se nese v duchu současnosti, nastává překračování škol, směrů apod. ve prospěch vytváření modelů, které jsou vědecky dokázané a prokazatelné.

Období psychoterapie prostřednictvím skupiny

V této psychoterapii se pracuje se skupinami přirozeného typu, jako je rodina, a dále s uměle sestavenými skupinami za účelem léčby, a to jak malými, tak velkými. Terapeut při těchto terapiích bývá jedním z členů skupiny. Chová se autenticky, empaticky a u léčby má široce akceptující způsob. Tím, že je terapeut upřímný, má větší šanci na to, aby se mu skupina „otevřela“. Ve skupinách tím dochází mezi pacienty a terapeutem k vzájemnému lepšímu sebepoznávání (Vymětal, 1996, s. 31).

Období diferencovaně integrativní

Došlo zde k určitému vývoji, kde se základní rogersovský přístup postupně doplňoval o specifické metody a přístupy na základě problémů pacienta. Terapeut splňuje základní rysy, jako je autenticita, empatie, bezpečí. V tomto přístupu svou terapii doplňuje další terapeutické aktivity a nabídky, patří sem například relaxační metody. Spousta terapeutů má větší tendence teoreticky i prakticky překračovat tradiční rogersovský styl, proto se z pátého období, hlavně v současnosti rýsuje obecný psychoterapeutický model (Vymětal, 1996, s. 31-32).

2.2 ROGERSOVA TEORIE PSYCHOPATOLOGIE A TERAPIE

C. K. Rogers vycházel z myšlenky, že se dítě rodí jako přirozené a jeho jednání ovlivňuje jeho vlastní prožívání. Dítě během vývoje prochází aktualizačními změnami neboli tendencemi, které dítě vedou k vyšším stupňům sebeuvědomování. Sebeuvědomování je cesta vedoucí dítě k vytvoření zážitků „sebe“, ale hlavně k vlastnímu vnímání. Rogers rozdělil lidskou bytost na dvě části. První část tvoří „organismus“, který řídí naše fungování. Druhá část je „self“, která se vztahuje k lidskému vědomí, které se zdokonaluje v průběhu individualizace, kdy se staneme sebeuvědomělými, ale také umíme vnímat ostatní (Thorne a Lambers, 1998, s. 92). Sebeaktualizační tendence nemusí mít pokaždé zdravý sebehodnotící proces. Dítě si vytváří proces „sebe“ především interakcemi svých nejbližších, nejčastěji rodičů, především matky. Matka je stěžejním faktorem v dětské výchově, která výrazným způsobem ovlivňuje osobnost dítěte v dospělosti (Benson, 2005, s. 112). Pokud dítě cítí, že není dostatečně přijato, nepociťuje lásku a bezpečí, začíná ztrácet sebepřijetí a úctu k sobě samému. Při nesprávném budování „sebe“ procesu může dojít k neshodě, která vede k takovému uvědomění, které nesplňuje podmínky sebeocenění. Neshody v uvědomění a prožívání jsou výsledkem neshody v jednání. To vše může jedince

směřovat až k hrozbě, kterou je dle Vybírala a Roubala (2010, s. 150) myšlena úzkost. Úzkost však nebývá jedincem chápána, jelikož jedinec nedovršil během dětství přesného uvědomění, tudíž je směřován k celkové dezorganizaci své psychiky (Vybíral a Roubal, 2010, s. 150).

Je velice důležité, aby v rogersovské terapii byly řádně stanovené body, které by měl splňovat každý psychoterapeut jdoucí právě tímto humanistickým směrem. Jedná se o šest stanovených podmínek:

1. *„Terapeut a klient jsou v psychologickém kontaktu;*
2. *klient je ve stavu vulnerability;*
3. *terapeut je ve vztahu kongruentní (tedy integrovaný, otevřený, nedefenzivní) a stabilní;*
4. *terapeut klienta bezpodmínečně přijímá*
5. *terapeut komunikuje empatické porozumění klientovu vztahovému rámci;*
6. *klient vnímá komunikaci porozumění a pozitivního přijímání* (Vybíral a Roubal, 2010, s. 150).*“*

C. K. Rogers jedince, kteří mají psychické problémy, nepovažoval za pacienty, ale za klienty. V roce 1974 změnil celý název své terapie, a to na „Terapie zaměřená na člověka“ (person-centered therapy – PCT), tím chtěl více zdůrazňovat lidské hodnoty. Tato terapie se často označuje také jako „nedirektivní“ terapie, a to z důvodu toho, že rogersovští terapeuti nezasahují do myšlenek a volených aktivit klienta. To znamená, že terapeuti tohoto směru neurčují směr rozhovoru, ten je v režii klienta. Terapeut „nedirektivní“ terapie zaměřené na člověka často pracuje se svým klientem tak, že terapii staví na přítomnosti nebo budoucnosti (Benson a Van Loon, 2005, s. 100-101).

3 DĚTSKÁ PSYCHOTERAPIE

3.1 SPECIFIKA DĚTSKÉ PSYCHOTERAPIE

V minulé i současné době se psychoterapie nezabývá pouze léčbou dospělých duší, ale všem lidem od raného věku, kdy psychoterapie může pomoc posílit psychickou stránku dětí a mládeže. U terapie dětí je samozřejmostí, že k léčbě budou voleny jiné metody a postupy než u dospělých jedinců. K dětem musíme přistupovat s velikým citem a porozuměním, protože *„aby se dítě mohlo někomu svěřit, potřebuje se cítit především bezpečně“* (Zakouřilová, 2014, s. 67).

Ve své knize Vymětal (2010, s. 176-177) říká, že *„čím je lidská bytost mladší, stejně tak čím je určitá psychická funkce vývojově mladší (např. řeč a myšlení jsou vývojově mladší, tím je zranitelnější, ale i snadněji měnitelná psychologickými prostředky.“*

Nejdůležitějším kritériem pro účelnou terapii je rozhovor, který určuje, zda je u dítěte možné využít psychoterapii. Je tedy důležité to, aby dítě bylo schopné konkrétního verbálního projevu, fantazie a názorného myšlení. Nejčastěji tedy začínáme s psychoterapií u dětí ve třech letech s tím předpokladem, že dítě je mentálně v normě vůči svému věku (Vymětal, 2010, s. 177).

U psychoterapie dětí je dle Vymětala (2010, s. 177) zapotřebí vycházet ze dvou specifik. První specifikum se opírá o sociální vztahy. Psychoterapie u dětí je velice úspěšná a smysluplná tehdy, pokud jsou do průběhu terapie zahrnuty nejbližší osoby, nejčastěji to je matka a otec u dětí mladšího věku. U dětí staršího (školního) věku se můžou do průběhu terapie přidat sourozenci, prarodiče, spolužáci i kamarádi. Druhé specifikum vypovídá o důležitosti informací o úrovni vývoje dítěte. Spadají sem veškerá vývojová období, kdy je dítě vystavováno různým zátěžím. Pokaždé, než je dítě svěřeno do rukou psychoterapeuta, musí projít psychologickým vyšetřením, které vytvoří základ pro jeho následující léčbu, tedy později zvolené postupy a metody.

3.2 APLIKACE PSYCHOTERAPIE JEDNOTLIVÝCH VÝVOJOVÝCH OBDOBÍ

Děti čelí různým překážkám už od raného věku. Spousta problémů se může objevit v různých fázích vývoje, jako například traumata nebo úzkosti. Avšak, každá vývojová etapa dítěte má své specifické znaky problémů. Ty nejčastější budou představeny v následující kapitole, která bude zaměřena na děti od předškolního věku po starší školní věk.

Předškolní věk

Do předškolního věku patří děti od tří do šesti let. V tomto věku se dítě postupně odpoutává od rodiny a snaží se o prosazení a uplatnění se mezi svými vrstevníky. Dítě už lépe pozná společenské role a je schopno komunikovat na přijatelné úrovni. Stále se však jedná o prelogické a egocentrické myšlení, které se v průběhu tohoto období postupně odbourává, což je předpoklad pro budoucí nástup do školy (Vágnerová, 1999, s. 76).

U dětí této věkové kategorie se velice často řeší úzkostné rysy chování, které vyznačují nadměrnou závislostí na své matce. U dítěte se po krátkém vzdálení matky projeví abnormální stesk a celková nesamostatnost, přičemž není schopné zůstat v mateřské škole. Matka je tímto rysem chování zavázána zůstat s dítětem a nemůže docházet do zaměstnání (Matějček, 2011, s. 114).

Nově se v tomto věku objevuje otázka poslušnosti. Od dětí se začíná více požadovat dodržování určitých pravidel, jak ze strany rodičů, tak vychovatelů v mateřské škole. Nejčastěji se tento problém vykazuje neklidem, neschopností přerušit probíhající činnost a vnímat nové podněty a zmatené chování v situacích nejistoty před autoritativní osobou. Častou příčinou těchto problémů bývá nejednotná výchova rodičů a vychovatelů (Matějček, 2011, s. 115).

Ne tak závažným problémem, který se však nesmí podcenit, je mimořádná intelektová vyspělost dítěte. Ta se projevuje buď celkovou nadprůměrnou intelektovou vyspělostí, kdy dítě vyniká ve více aspektech a je důležité ho stále něčím zaměstnávat, nebo jednostrannou vyspělostí, kdy má dítě např. hudební nadání. S těmito dovednostmi často kolidují osobnostní rysy dítěte, které většinou rozhodují o dalším uplatnění již zmíněných dovedností (Matějček, 2011, s. 117).

Mladší školní věk

Dle Vágnerové (1999, s. 110) trvá toto období dítěte od jeho nástupu do školy, tedy přibližně od 6 do 9 let. V tomto věku prochází dítě velkou životní a vývojovou změnou. S tímto obdobím je spojená i tzv. školní zralost. Ta udává, zda je dítě připravené k nástupu do školy nebo by jej mělo odložit o další rok. Tento problém pomáhá rodičům rozhodnout pedagogický psycholog.

Matějček (2011, s. 124-125) rozdělil problémy v této fázi vývoje dítěte do tří větších okruhů:

- **Obtíže v přizpůsobení dítěte školním nárokům ve smyslu pracovního soustředění, kázně a vytrvalosti:**
    - Problém s udržením pozornosti dítěte na probírané látce (Matějček, 2011, s. 124).
- **Obtíže v souvislosti se školním prospěchem:**
    - Případy mentální retardace;
    - lehkého intelektového podprůměru
    - a specifických poruch učení, tj. dyslexie, dysortografie a dyskalkulie (Matějček, 2011, s. 124).
- **Nadměrná úzkost dítěte:**
    - Dítě je ve škole zaražené, utlumené;
    - neprojevuje se naplno a neukazuje, co v něm skutečně je;
    - má problém zapojit se do kolektivu, izoluje se (Matějček, 2011, s. 125).

Kromě těchto hlavních okruhů existuje celá řada dalších problémů, se kterými se v tomto období dětští psychoterapeuti setkávají. Jedná se třeba o nedostatek ctižádosti u dítěte, které nezajímají úspěchy ve škole, a nemá potřebu se ve svých výkonech zlepšovat. Zřídkakdy se v tomto věku vyskytují poruchy spánku, přijímání potravy nebo noční enurézy. Můžeme se setkat i s poruchami řeči, či několika typy mentální retardace (Matějček, 2011, s. 125-126).

Střední školní věk

Toto období je typické pro děti od 8 do 12 let. V tomto věku dítě přechází z 1. na 2. stupeň základní školy. U dítěte dochází nejen k sociálním, ale i biologickým změnám, které jsou předpokladem pro přípravu na dospělost (Vágnerová, 1999, s. 111).

Dle Matějčka (2011, s. 126-127) je v tomto období dítě v největší harmonii, je ve škole už docela dobře zabydlené a krize dospívání se sice blíží, ale ještě nenastala. Zároveň je to období největší extraverze a neproblematické angažovanosti. Nové výzkumy však ukazují, že tento věk je velice kritický pro tvorbu identity člověka. Některé problémy přetrvávají z mladšího školního věku a jiné v tomto období teprve úplně „dozrají“.

V této fázi vývoje zůstává Matějčkovo (2011, s. 127-129) rozdělení na tři hlavní okruhy problémů v podstatě zachováno:

- **Neklid, nesoustředěnost, impulzivnost, malá vytrvalost pozornosti:**
    - Pokud byly tyto problémy podmíněny vývojovou nezralostí, tak se relativně ustálily. Přetrvává však problematika syndromu lehkých mozkových dysfunkcí (Matějček, 2011, s. 127).
- **Školní prospěch:**
    - Rodiče trápí školní neúspěch u dětí v pásmu inteligenčního průměru a podprůměru, jejichž obtíže „dozrály“;
    - často jsou tyto obtíže způsobené nechutí, nezájmem o učení, apatií, leností, nadměrnou hravostí, či již zmíněným nedostatkem ctižádosti (Matějček, 2011, s. 127).
- **Úzkostnost dítěte:**
    - Často se vyskytují děti, které jsou trémisté, neurotici, negativisté, či apatičtí jedinci;
    - dítě je neschopné začlenit se do kolektivu;
    - z neškolního hlediska můžeme zmínit třeba úlohu tělesné zdatnosti a pohybových dovedností dítěte, které jsou důležitým faktorem ve formování identity (Matějček, 2011, s. 129).

V tomto období se dítě nejhůře vyrovnává s otázkami rodinného soužití, jako jsou rozvody, rozpad rodiny, novými partnery rodičů. Adoptované děti, kterým rodiče řádně nevysvětlili, že nejsou jejich pravými rodiči, si zase začínají všímat, že s jejich původem není něco v pořádku. U dítěte ve středním školním věku je tedy důležitá otázka tvoření mužské a ženské identity. Potřebuje mít ve svém životě mužský či ženský vzor, aby vědělo, jakou roli bude v budoucnu zastávat (Matějček, 2011, s. 130).

Starší školní věk

Poslední vývojovou fází, kterou dítě stráví na základní škole, je starší školní věk. Toto období trvá od 12 do 15 let a je také označováno jako pubescence (Vágnerová, 1999, s. 111). Starší školní věk již není v přímém zájmu této bakalářské práce, proto se jím nebudeme podrobně zabývat.

Dle Matějčka (2011, s. 131) je převažující poradenskou problematikou budoucí volba povolání, o kterém dítě rozhodne přihláškou na příslušnou střední školu, či učiliště. Mělo by se jednat o logické vyústění předchozích příprav, a nejen o jednorázový akt.

Výrazně se vyskytují problémy spojené s pubertou, jako je nepřiměřený sexuální zájem, experimentování s drogami, problémy spojené se stavem zralosti nervového systému a pocity méněcennosti. Pokud byly takové předpoklady už v dřívějším věku, tak „dozrává" krize rodičovské autority, které dítě nerespektuje, neposlouchá a útěchu hledá u svých vrstevníků (Matějček, 2011, s. 132-134).

3.3 CÍLE A VEDENÍ DĚTSKÉ PSYCHOTERAPIE

Aby byla dětská psychoterapie smysluplnou činností, musí splňovat svůj účel. Tímto účelem většinou bývá pomoc dítěti s nějakým problémem. Každý problém vnímá jinak a má tedy jiná očekávání a cíl, kam by měla terapie směřovat. Dle K. a D. Geldardových (2008, s. 11-12) se právě tyto cíle dělí do čtyř úrovní, a to na *základní cíle*, *rodičovské cíle*, *cíle formulované terapeutem* a v neposlední řadě, na *cíle dítěte*.

Základní cíle jsou obecnými pravidly, která jdou použít na kterékoliv dítě bez rozdílu. Mezi hlavní prvky této úrovně patří zejména naučení dítěte zvládat citové záležitosti, mít dobré mínění o sobě samém, odnaučení typů chování s negativním výsledkem a umožnění dítěti fungovat bez obtíží ve vnějším světě (K. Geldard a D. Geldard, 2008, s. 11).

Cíle druhé úrovně jsou zaměřené na požadavky *rodičů*. Jedná se o očekávání, co si od terapie slibují. Většinou bývají založené na současném rozpoložení dítěte (K. Geldard a D. Geldard, 2008, s. 12).

Do třetí úrovně spadají *cíle formulované terapeutem*, ten si vytváří k problémům hypotézy, na jejichž základě se snaží zdůvodnit, co stojí za chováním dítěte. Tyto hypotézy se odvíjí od terapeutových zkušeností, teoretických znalostí a jeho povědomí o současném dění v dané problematice (K. Geldard a D. Geldard, 2008, s. 12).

Poslední úrovní jsou *cíle* samotného *dítěte*. Takové cíle se objevují v průběhu terapeutických sezení a jsou to nikým neovlivněné myšlenky dítěte, které je většinou ani nedokáže popsat slovy. Cíle této úrovně by měly být pro terapeuta prioritou a měl by jim dát přednost před cíli ostatních úrovní (K. Geldard a D. Geldard, 2008, s. 12).

V procesu vedení terapie s dětmi je zapotřebí vymezit určitá kritéria, která jsou pro takovou práci zásadní. V první řadě, než se terapeut seznámí s dítětem, musí znát informace od zadavatele, poté by měl navázat kontakt s jeho rodiči. Pokud se terapeut seznámí s rodiči a ví informace o dítěti, jeho vývoji a zdravotním stavu, může udělat ten nejzásadnější krok,

a to navázat vztah s dítětem. Terapeut vždy primárně začíná s dítětem tvořit důvěryhodný vztah.

Dle K. Gelhardové a D. Geldarda (2008, s. 15) by měl takový vztah být:

1. *„spojnicí mezi světem dítěte a terapeutem;*
2. *exkluzivní;*
3. *bezpečný;*
4. *autentický;*
5. *důvěrný;*
6. *nevtíravý;*
7. *cílevědomý.“*

Pokud psychoterapeut cítí, že se mu povedlo nastavit mezi ním a dítětem primární důvěru, je také důležité, aby terapeut poskytnul dítěti bezprostřední ulehčení. Je tím myšleno to, že terapeut nabídne dítěti příležitost překonat jeho těžkosti. Dalším krokem je vlastní psychoterapeutická práce, která zasahuje do vývoje dítěte s cílem dosažení pozitivních změn jak fyziologických, tak psychických. Poté dochází k integraci změn, které dítě během psychoterapie dosáhlo. Díky integraci dítě postupně zapojuje své vyléčené funkce do běžného života a upevňuje své žádoucí chování. Začne pociťovat celkové úlevy a začne lépe čelit různým situacím, které kdysi představovaly nezdolatelné překážky. Posledním krokem vedení je odpoutání. Je tím myšleno postupné odloučení od terapeutické pomoci s tím, že by terapeut měl dát dítěti najevo, že kdykoliv bude potřebovat jeho pomoc, tak ho může znovu vyhledat (Langmeier a kol., 2010, s. 48-49). Neméně podstatným faktorem psychoterapie u dětí je řádné pozorování ze strany terapeuta. Nejdůležitější věci, kterých by si měl terapeut při terapii všímat, jsou:

- *„celkový vzhled;*
- *chování;*
- *nálada nebo afekt;*
- *fungování intelektu a procesy myšlení;*
- *řeč a jazyk;*
- *motorika;*
- *hra;*
- *vztah k terapeutovi“* (K. Geldard a D. Geldard, 2008, s. 109).

Všechny tyto prvky jsou důležitými ukazateli. Terapeut díky nim může vidět, jak je na tom dítě s psychickým i fyzickým stavem, kam se za dobu léčby posunuli, jaké techniky dítěti svědčí apod.

3.4 PROSTŘEDKY PRO PSYCHOTERAPEUTICKOU ČINNOST U DĚTÍ

Dětská psychoterapie při své činnosti využívá nejrůznější formy stimulace, jako jsou hry, rozhovory, úkolové činnosti. Psychoterapií se tyto aktivity však stávají až, když jsou uplatňovány s nějakým záměrem, cílem, který vyvolává účinné duševní děje. Pojmy jako „hrová“, „hudební“ nebo „pohybová“ psychoterapie popisují pouze vnější úlohu terapeutických setkání. Důležitými se stávají až prožitky, které dítě cítí, a jsou psychoterapeutem cíleně vytvářeny (Langmeier a kol., 2010, s. 55).

Různé činnosti jsou efektivní podle věku a problému dítěte, proto se představují v pořadí, které odpovídá využití průběhu vývoje dítěte (Langmeier a kol., 2010, s. 55-56).

Řízená stimulace jednotlivých funkcí

Jedná se o jak kvalitativně, tak kvantitativně správné podněcování nesprávně se vyvíjejících psychických funkcí u dětí raného věku. K rozvíjení a napravování poškozených funkcí se využívá soustavná aktivace. Takové postupy lze využít již od raného, kojeneckého věku. V počátečních letech života se využívá hlavně stimulace tělesným kontaktem s osobami nebo věcmi, které doplňuje stimulace zvukem (řeč, zpěv) a zrakovými podněty. V dalších letech se dítě začíná stimulovat pohybem a významový terapeutický účinek má lidská řeč, která rozvíjí řečové porozumění a vyjadřování. Stimulace dílčích funkcí, tj. citových, rozumových, volních a psychofyziologických, bývá součástí složitějších činností, které jsou již na rozmezí psychoterapie a nápravné pedagogiky (Langmeier a kol., 2010, s. 56-57).

Hra

Tato činnost bývá nejoblíbenějším prostředkem kontaktu s okolním světem u dětí v předškolním a mladším školním věku, proto je v psychoterapii hojně využívána. Hra dává dítěti možnost k sebevyjádření, odreagování, zmírnění citového napětí, ale také porozumět vlastním prožitkům. Hra reflektuje skutečný svět, ale zároveň je stále jen ve fantazii dítěte, které ji může dle svého uvážení libovolně měnit. Terapeut by se měl těmto změnám podřídit a učit se od dítěte novým pravidlům, aby spolu mohli hru úspěšně hrát. Zacílení hry se liší dle odborníků, jedni jej vidí ve vnitřním vyrovnání s předchozími frustrujícími událostmi.

Jiní zase v přípravě na praktické zvládání problémů do budoucna, jelikož si děti pomocí hry zkoušejí různá řešení ke skutečným událostem (Langmeier a kol., 2010, s. 57-58). Hrou se budeme zabývat podrobněji v následující kapitole této práce.

Cílená činnost

Tento prostředek dětské psychoterapie je nejvíce efektivní u dětí mezi 8 a 14 lety a má určitý vnější cíl, kterým se rozumí „úkolová“ nebo „instrumentální“ činnost za účelem dosažení požadovaného výsledku. Na rozdíl od hry, kdy hlavním smyslem bylo si „pohrát“, je u cílené činnosti vyžadován objektivní zisk, jako je zážitek zdaru a úspěchu. Terapie probíhá ve většině případů v pohlavně rozdělených skupinách, ale může probíhat i individuálně nebo v rodinném kruhu. Od terapeuta se předpokládá, že danou činnost sám ovládá a je schopen při ní objevovat terapeuticky užitečné momenty (Langmeier a kol., 2010, s. 59-60).

Rozhovor

Tato psychoterapeutická činnost se využívá jak skupinově, tak individuálně a její úspěšnost závisí na tom, na jaké úrovni využívají účastníci řeč jako sdělovací a vyjadřovací prostředek. Proto je tento prostředek psychoterapie využíván spíše u dětí starších 14 let, které mají ve většině případů již plně vyvinutou řeč a abstraktní myšlení. Rozhovor lze využít k vzájemnému sdílení vnímaných událostí, skutečností, ale i lží a klamů. Můžeme za jeho pomoci činit nová rozhodnutí a řešit konflikty (Langmeier a kol., 2010, s. 60).

Při rozhovoru je třeba dávat si pozor na to, aby terapeut nepůsobil jako přílišná autorita vůči dítěti, které přirozeně cítí převahu dospělého. Z toho důvodu nemusí dojít k volnému vyjadřování, které by bylo samozřejmostí například v konverzaci s vrstevníkem. Podobně je to i se skupinovým rozhovorem, který nemusí být každému účastníkovi příjemný a mohlo by dojít k myšlenkovému bloku (Langmeier a kol., 2010, s. 61).

Tvůrčí prostředky v psychoterapii dětí

Některé aktivity se vyvíjejí do různých forem lidského umění a přesahují tak hodnotu běžných praktických činností. Psychoterapie bere tyto prostředky jako samostatné metody léčby, které mohou být třeba u malých dětí i součástí nějaké hry, ale s postupným vývojem dítěte je lze využívat samostatně v jak skupinových, tak individuálních terapiích (Langmeier a kol., 2010, s. 62).

Mezi nejčastější tvůrčí činnosti patří:

- **Výtvarná činnost**

Dle Langmeiera a kol. (2010, s. 62) se jedná o nejčastěji užívaný nástroj tvůrčí činnosti. Krom klasického malování lze využít třeba i tvoření z tvárné hmoty nebo malování prsty. Dítě pomocí výtvarné činnosti může vyjádřit, či ventilovat své pocity a vlastní vidinu okolního světa. Zároveň mají dětské výtvory komunikativní a abreaktivní potenci, když něco tvůrce neumí vyjádřit slovy.

- **Pohybový projev**

U dětí je pohybová obratnost často bolavým místem jejich sebevědomí, jelikož ne každý na to má nadání. Proto je dobré tuto činnost zapojit do jiné skupinové činnosti, jako je třeba hra. Za pomoci pohybu můžou děti vyjádřit svou vlastní náladu, jako smutek, radost, či bázlivost (Langmeier a kol., 2010, s. 62).

- **Hudba a rytmus**

Tento tvůrčí prostředek nemá u dětí takový předpoklad, jako při práci s dospělými, proto jej není vhodné využívat samostatně, ale spíše jako součást jiných činností. Využít lze jakékoliv předměty, které vyjadřují zvuk. Dítě může hudbou vyjádřit pocity, které nedokáže popsat slovy, zároveň s její pomocí může dítě něco sdělovat a navazovat kontakt (Langmeier a kol., 2010, s. 63).

- **Dramatizace**

Jak uvádí Langmeier a kol. (2010, s. 63-64), dramatizace bývá velice využívaným prostředkem dětské psychoterapie. Děti se většinou nejraději zapojují do divadelních představení v mladším a středním školním věku, kdy ještě nepociťují takový stud. Využít lze jak dětské „hraní něčeho“, tak lehce složitější divadelní vystoupení. Děti se za pomoci divadla učí empatie, sebepoznání, abreakci, ale také pravidlům, jelikož každá hra je něčím specifická a všichni hrají jiného protagonistu s jinými dialogy a zvraty.

- **Práce s texty**

Tato činnost se využívá jak u dětí, tak dospělých, a to hlavně díky její citové účinnosti. Dítě si přečte nebo poslechne vyprávěný text nebo pohádku, kterou poté podle sebe rozebere, jak ji chápe, co jej zaujalo. Může k tomu využít vlastní slova, kresbu nebo dramatiku. Dítě se tak terapeutovi samo otevře, což lze využít k dalšímu rozhovoru, důvěře a porozumění (Langmeier a kol., 2010, s. 64-65).

4 NEDIREKTIVNÍ PSYCHOTERAPIE HROU

Tak, jak již bylo zmíněno v kapitole 3.5.2, hra je pro dítě nejdůležitějším pilířem v jeho světě učení, relaxace a vyrovnání se s těžkým zážitkem. Přesně tyto vnitřní smysly se skrývají i v nedirektivní psychoterapii hrou. Tato metoda, určená pro děti, vychází z aplikace nedirektivního přístupu C. K. Rogerse, který jej využíval pro práci s dospělými klienty. Je zde velice důležité zmínit Virginii Axlienovou (*1988), která přenesla rogersův nedirektivní přístup do hrové psychoterapie dětí. V. Axline je autorkou stěžejní publikace názvu „Play therapy“, který si do českého znění překládáme právě jako „Nedirektivní terapie hrou“. Tato herní terapeutka klade důraz na to, že hra je skutečností dítěte, jeho přirozeností a prostředkem sebevyjádření. Zmiňuje také to, že hra každého dítěte je vždy originální a jedinečná (Rezková a Kleinová, 2012, s. 6-10). Asociace britských terapeutů definuje terapii hrou takto: *„Terapie hrou je dynamický proces mezi dítětem a herním terapeutem, ve kterém dítě prozkoumává svým vlastním tempem a svým vlastním přístupem ty minulé a současné události, které vědomě i nevědomě ovlivňují jeho současný život. Vnitřní zdroje samotného dítěte, aktivované vztahem s terapeutem, přinášejí růst i změny. Terapie hrou je zaměřena na děti, hra je primárním mediem a řeč sekundárním* (West, 1996, s. 11 in Rezková a Kleinová, 2012, s. 9)*.“*

4.1 ZÁKLADNÍ NÁSTROJE NEDIREKTIVNÍ TERAPIE HROU

V průběhu hry je důležité, aby se terapeut držel kroků, jako je stopování (reflektování činností), reflektování pocitů a zadávání hranic (Landreth, 1991, s. 165-223).

- **Stopování**

Používáme oznamovací věty, ne otázky, protože otázky vyjadřují naše nepochopení a nutí dítě, aby nám odpovědělo. Otázky používáme jen na upřesnění tehdy, když dítě chce, abychom si s ním hráli. Důležité je pouze naše pozorování, ne interpretace či závěry. Nikdy dítě během činnosti nesoudíme, protože jak pochvala, tak kritika omezují svobodnou volbu dítěte. Naše výroky, rychlost a stupeň hlasu přizpůsobujeme aktivitě dítěte a jeho emoční intenzitě. Můžeme opakovat výrok dítěte nebo ho parafrázovat: *„Zdá se mi, že…*, *Vidím, že…*, *Slyším, že…*“ (Landreth, 1991, s. 165-166).

- **Reflektování pocitů**

Když si dítě hraje, tak se snažíme reflektovat jeho prožívání. Mělo by se začínat se základními emocemi – smutek, radost, zlost: *„Líbí se ti, když…*, *Jsi smutný, když…*, *Rozzlobil ses, když…*“ (Landreth, 1991, s. 191-192).

- **Zadávání hranic**

Jedná se o jeden z nejdůležitějších aspektů terapie hrou. Pro některé herní terapeuty i velice problematický. Tím, že terapeut vymezí dítěti hranice, zvýší tím i jeho bezpečí. Hranice tvoří strukturu pro rozvoj vztahu a dají dítěti zkušenost jako v reálném vztahu. Zadávání hranic souvisí s možností učit se sebekontrole, možnosti volby a pocitům zodpovědnosti za svou volbu. Hranice jsou nutné stanovit tehdy, když například dítě odnáší hračky z herny, chce hernu ukončit dřív, touží používat vlastní věci v průběhu terapie atd. (Landreth, 1991, s. 209).

Když hranice dítěti zadáváme, je důležité, abychom se drželi tří pravidel (P-Z-D), a to:

- Musíme vždy pojmenovat pocity dítěte;
- zadat dítěti hranice a poukázat na akceptovatelnou alternativu;
- definitivní volba (Landreth, 1991, s. 222-223).

Ray ve svém článku o efektivní terapii hrou (2004, s. 32-34) obohatila tyto tři základní nástroje Landretha o dalších pět, které dosud nebyly uvedeny. Kromě již zmíněného stopování, reflektování pocitů a zadávání hranic vymezila ještě:

- **Reflektování obsahu**

Terapeut parafrázuje dítěti jeho verbální interakci a tím mu dá najevo, že pochopil myšlenky dítěte. Když nám dítě například sděluje informace o zvířatech, tak mu terapeut odpoví v této formě: *„Ty víš hodně o zvířatech“* (Ray, 2004, s. 32).

- **Usnadnění rozhodování/vrácení zodpovědnosti**

Tyto reakce ze strany terapeuta navádí dítě k tomu, aby objevil sebe samého a především to, že je samo schopné vykonat nějakou činnost (Ray, 2004, s. 33).

Terapeut na základě tohoto nástroje pracuje s dítětem tak, že pokud ho dítě o něco požádá nebo se ho zeptá na názor, tak jej terapeut podmiňuje k tomu, aby činnost zvládlo bez pomoci druhého a na otázku si odpovědělo samo. Pokud chce dítě kreslit obrázek a ptá

se: *„Jakou barvu mám použít?“* Terapeut odpoví: *„Tady se můžeš rozhodnout sám.“* Další možnost reakce je taková, když dítě poprosí terapeuta, zda by mu pomohl otevřít láhev, tak terapeut odpovídá slovy: *„Ukaž mi, jak to mám udělat“* (Ray, 2004, s. 33).

Pravidlo z praxe při terapii hrou nám říká, že nikdy nemáme za dítě dělat něco, co dokáže i samo (Landreth, 2002 in Ray, 2004, s. 33). Pokud dospělí umožní dítěti jeho svobodné rozhodnutí, má dítě radost z toho, že něco samo objeví a zjistí (Ray, 2004, s. 33).

- **Usnadnění tvořivosti/spontánnosti**

Terapeut vysílá dítěti signály, že je jedinečné a specifické svým vlastním způsobem tím, že přijímá a povzbuzuje jeho tvořivost. Zážitek ze svobody projevu v dítěti rozvíjí sebedůvěru, flexibilnější uvažování a konání (Ray, 2004, s. 33).

- **Budování sebevědomí/povzbuzování**

Používání odpovědí na povzbuzení a budování sebevědomí je další zručností zaměřenou na to, aby se dítě cítilo schopné a oprávněné. Terapeut často užívá věty typu: *„Nevzdáváš se.“, „Dokázal si to.“, „Byl jsi odhodlaný to zvládnout a podařilo se ti to“* (Ray, 2004, s. 33-34).

- **Usnadnění vztahů**

Vztah s terapeutem slouží jako vzor pro všechny důvěrné vztahy. Reakce ve vztahu rozeznávají pokus dítěte navázat kontakt s terapeutem, vyjadřují zájem terapeuta o dítě a pomáhají dítěti naučit se účinné komunikační vzory (Ray, 2004, s. 34).

Reakce ve vztahu mají vždy obsahovat odkaz na dítě a odkaz na sebe samého jako terapeuta. Typickým příkladem je nám situace, kdy dítě omylem vylije sklenku s vodou a kouká na terapeuta, aniž by něco udělalo. Terapeut nejčastěji reaguje větou typu: *„Přemýšlíš, co si o tom myslím.“ Poté dopoví: „Nehody se stávají“* (Ray, 2004, s. 34).

4.2 APLIKACE V PRAXI

Dítě navštěvuje prostor pro terapii po dobu jedné hodiny bez přítomnosti rodičů, či zákonných zástupců. Takový prostor má svá pravidla a nazýváme ho hernou. Je důležité, aby terapeut hernu při prvním kontaktu dítěti řádně představil (Vymětal a Rezková, 2001, s. 162). Slova jako *„Ahoj, vítej u nás v herně. Zde si můžeš hrát, jak budeš chtít. Všechny hračky tu jsou pro tebe, můžeš si vybrat a hrát si s nimi…“,* můžou dítěti pomoci k většímu uvolnění se (Rezková a Kleinová, 2012, s. 62). Pro co největší efektivitu terapie se udává

velikost herny od 20 do 25 m2 (Vymětal a Rezková, 2001, s. 162). Měla by na dítě působit teple a příjemně, aby se do ní rádo vracelo. Nemělo by chybět okno, či umyvadlo a pro větší pocit soukromí by měla být zvukotěsná (K. Geldard a D. Geldard, 2008, s. 156).

Dítě by se od terapeuta mělo dozvědět, jak dlouho si může svobodně hrát. V takových případech zvolí terapeut větu typu: *„Když budeš chtít, můžeš si tady teď jednu hodinu hrát. Dám ti vědět, až bude do konce zbývat pět minut.“* (Vymětal a Rezková, 2001, s. 162). Pro tyto potřeby jsou v herně k dispozici potřebné věci – hračky. Terapie hrou má přesně stanovený seznam hraček, které by dítě mělo mít v herně k dispozici. Každá hračka slouží k jinému účelu, a proto jsou rozdělené do tří kategorií (Landreth, 1991, s. 120).

Hračky z reálného života (nebo také imaginární hračky) pomáhají dítěti vyjádřit své pocity, situace v rodině, konflikty apod. Mezi takové hračky řadíme panenky, domeček, hrací peníze, kostýmy, pokladny, autíčka, maňásky nebo třeba dva hrací telefony. Dítě si s takovými hračkami může hrát na rodinu nebo se s autíčkem může nezávisle projíždět po místnosti a zkoumat ji. Právě auta, lodě, či hrací pokladny jsou důležité pro stydlivé děti, jelikož s nimi nemusí vyjádřit žádné pocity (Landreth, 1991, s. 121).

Pro vyjádření negativních pocitů, které neumí vyjádřit slovy, slouží dítěti tzv. *agresivní hračky*. Jedná se o pistole s přísavkovými náboji a terč, plastový nůž, lano, agresivní zvířata, dvoubarevní vojáčci, boxovací pytel, maska na tvář, či herní pouta. S takovými hračkami může dítě vyjadřovat svou agresi, frustraci a nepřátelství. Terapeut pouze udává meze a dohlíží, aby si při tom dítě neublížilo nebo hračky záměrně neničilo. Dítě může po herně běhat, útočit s jednou hračkou na druhou apod. Někteří jedinci preferují figurky agresivní zvěře, jelikož nechtějí „ublížit“ hračce, co vypadá jako člověk. Lva, který může například symbolizovat despotického otce, se zabít nebojí. Dobře zde může sloužit také modelína, jelikož se dá rolovat, koulet, trhat a dítě ji může dát spoustu tvarů (např. postav), které pak může „zničit“ (Landreth, 1991, s. 122).

Vyjádřit své emocionální pocity pomáhají *tvořivé hračky,* jako je plastelína, voskovky, čistý papír, nůžky, lepidlo, hrací karty, hudební nástroje, dva balony, korálky atd. Dříve a v některých hernách i dnes se hojně využívá k terapii voda a písek. Ty se uplatňují u stydlivějších dětí. Dítě může být kreativní, jakkoliv špinavé, a přitom vyjadřovat své pocity (Landreth, 1991, s. 122-123).

4.3 ROLE A OSOBNOST PSYCHOTERAPEUTA

Tím, že je terapie hrou nedirektivní, na dítě zaměřený přístup musí i herní terapeut splňovat kritéria jako je uvolněná atmosféra, vstřícnost, a především musí plně akceptovat dítě s jeho jedinečností (Rezková a Kleinová, 2012, s. 32). Herní terapeut by měl vždy dítěti dávat najevo čtyři hlavní podněty (*„jsem tady“*, *„vidím tě“*, *„rozumím ti“*, *„záleží mi na tobě“*) pro to, aby se dítě s ním cítilo v bezpečí a důvěřovalo mu. Terapeut se při terapii s dítětem vyznačuje těmito dovednosti:

- Má upřímný zájem o dítě a má k němu srdeční vztah;
- zaujímá vůči dítěti postoj bezpodmínečné akceptace a nepřeje si, aby se dítě jakkoli měnilo;
- ve vztahu k dítěti vytváří bezpečnou atmosféru tak, aby dítě sebe svobodně vyjadřovalo a objevovalo;
- je vždy citlivý vůči pocitům dítěte a reflektuje je takovým způsobem, aby dítě rozumělo samo sobě;
- je pevně přesvědčený o schopnostech dítěte, respektuje jeho potřeby a dává mu potřebný prostor;
- věří vnitřní intuici dítěte a nechává dítě, aby vedlo jejich vzájemný vztah;
- respektuje tempo procesu a nesnaží se ho urychlovat;
- zadává takové hranice, které pomůžou dítěti přijmout jeho zodpovědnost za své chování (Axline, 1969 in Landreth, 1991, s. 77-78).

Co by herní terapeut naopak dělat neměl:

- Herní terapeut nekritizuje žádné chování dítěte;
- nechválí dítě;
- nedává navazující otázky;
- nedovolí přerušení střetnutí;
- neříká informace nebo poučení;
- nenapomíná;
- nevyvolává sám nové aktivity;
- není pasivní a nemlčí (Landreth, 1991, s. 79).

4.4 UKONČENÍ TERAPIE

Pokud se terapeut chystá s dítětem terapii ukončit, měl by vždy dítě na konec připravit. Nejlepší je připravovat dítě zhruba v polovině celkové doby terapie. Terapeut může dítěti na prvním sezení předat barevné papírky v počtu jejich sezení, které mu bude dítě průběžně odevzdávat. Dítě tak bude vědět, kdy se blíží poslední sezení a bude na to připraveno (Rezková a Kleinová, 2012, s. 68). Nejvhodnější doba, kdy terapii hrou ukončit je, „*když se dítě stává uvolněnější a spontánnější, jeho reakce jsou flexibilnější, mizí agresivní reakce, dítě se vyjadřuje pozitivněji, hra je přiměřenější věkovému stupni, děti jsou vytrvalejší, hra je konstruktivnější, plánovitější, dítě má více výroků o sobě, je jistější, samostatnější, nachází si i mimo hernu situace, které jsou pro něho uspokojivé, potřebuje terapeuta méně a méně“* (Vymětal a Rezková, 2001, s. 168). S ukončením terapie by neměli souhlasit jen rodiče, ale i dítě by si mělo uvědomit to, že konec terapie je její přirozenou součástí, stejně jako začátek. V případě dalších problémů může terapeut nabídnout dítěti opětované setkání po uplynutí delší doby. Velice důležitý je názor okolí na efektivitu terapie. V první řadě by si rodiče měli všimnout, zda u dítěte pozorují pozitivní změny, důležitý je i názor školy, kterou dítě navštěvuje (Rezková a Kleinová, 2012, s. 69).

5 RODIČE V PSYCHOTERAPEUTICKÉM PROCESU

Psychoterapie může probíhat různými formami. Každý z terapeutů volí jinou strategii léčby. Nějací terapeuti jsou zaměření pouze na terapii se samotným dítětem, zatímco jiní si pozvou při léčbě dětí i jejich rodiče. Názorem takových terapeutů je, že děti nemohou úspěšně absolvovat terapii, když s nimi nebudou na terapie docházet i členové rodiny. Terapeuti, kteří pracují se samotným dítětem, zastávají názor, že rodiče nemají dostatečnou kvalifikovanost a informovanost v oblasti psychoterapie, takže postupují nevhodně a je lepší nechat dítě v rukou odborníka (Rezková a Kleinová, 2012, s. 75).

V následující kapitole budou uvedeny některé přístupy, které vyhovují výše zmíněným kritériím.

5.1 PŘÍSTUPY ZAMĚŘENÉ NA TERAPIE DĚTÍ S JEJICH RODIČI

Prvním přístupem je *rodinná terapie,* která se začala vyvíjet po druhé světové válce. Léčba spočívá v tom, že se terapeut nevěnuje příliš myšlenkám jedince, ale spíše se zaměřuje na dění a vztahy mezi jednotlivými členy domácnosti (Vybíral a Roubal, 2010, s. 235). Výchozím prvkem pro rodinnou terapii by mělo být to, že dojde k identifikačním procesům a interakčním procesům, při kterých dojde k růstu uvědomování, lepší komunikaci s poskytováním zpětné vazby a vzájemnému vnímaní (K. Geldard a D. Geldard, 2008, s. 94).

Systemická terapie vznikla na základě rodinné terapie v roce 1978, když ji formulovala milánská skupina pod vedením Mary Palazolli-Selvini (Vybíral a Roubal, 2010, s. 270). Chápe rodinu jako autonomní systém, který je schopen seberegulace. Terapeut tak pouze nastíní situaci, kterou řeší rodina a on se stává pouhým pozorovatelem a hodnotitelem. Důležité jsou jazykové hry podněcující řešení rodinného problému (Kratochvíl, 2017, s. 270).

Bernard a Louis Gurneyovy se v 60. letech 20. století inspirovali terapií hrou a přišli s novým přístupem, a to s terapií vtahu rodiče a dítěte neboli *filiální terapií*. *„Jedná se o specifický „trénink rodičovských dovedností“, „kreativní přístup k disciplíně“ nebo také umožnění dítěti prostřednictvím hry komunikovat své myšlenky, potřeby a pocity s rodičem či rodiči“* (Valenta a kol., 2017, s. 71). Dalo by se říci, že jde o přístup, který může pomoci dětem i rodičům tím, že se rodiče naučí být konstruktivním faktorem v životě svého dítěte. Hlavním cílem této terapie je především zlepšit vztah mezi rodičem a dítětem, vytvořit pro

dítě akceptující prostředí, dále pak posílit schopnost rodiny navzájem lépe komunikovat a tím dojít k tomu, aby jejich děti byly připraveny zvládat samostatně a úspěšně životní problémy (Valenta a kol., 2017, s. 72).

5.2 PŘÍSTUPY ZAMĚŘENÉ NA TERAPIE SE SAMOTNÝM DÍTĚTEM

Violet Oaklanderová (*1988) byla názorným příkladem toho, že Gestalt terapie může úspěšně pracovat i s dětmi, když její základní principy propojila s využíváním médií, které podporovaly využívání vlastní fantazie dítěte, která je pro dítě důležitá stejně jako životní proces (K. Geldard a D. Geldard, 2008, s. 44). Důležitým prvkem terapie je využívání projekcí, kdy pomocí kresby, malby nebo dítětem vyprávěného příběhu, který odkrývá jejich emoce, postoje, potřeby, úzkosti a jiné, terapeut pomáhá dítěti se sebeuvědoměním a sebepřijetím (Oaklander, 2003, s. 161).

Narativní terapii vymezili Michael White a David Epston v roce 1990 a její podstata spočívá v tom, že léčí dítě pomocí řeči, konkrétně vyprávěním příběhů. Ty jsou nejdříve odvyprávěny tak, aby jejich podstatou byl problém, který výrazně ovlivnil život dítěte. Následně je však ten stejný příběh převyprávěn do podoby, kde problém již nepředstavuje v životě dítěte prioritu, čímž se dítě od problému izoluje. Terapie se ukazuje jako velice užitečná v oblasti dětské terapie, i když pro ně nebyla původně určena (K. Geldard a D. Geldard, 2008, s. 49).

William Glasser v roce 1965 vymezil pojem *terapie realitou*, která bývá nejčastěji praktikována v prostředí školy, ale i nápravných zařízeních pro mladistvé. Podstatou terapie je naučit děti přijímat zodpovědnost za své chování pomocí logických kroků, které vedly k špatnému důsledku a naučit je, jak pomocí přijatelnějších cest dojít k uspokojení svých potřeb (K. Geldard a D. Geldard, 2008, s. 46).

Mezi tyto přístupy se řadí i terapie hrou, která byla již vymezena v kapitole č. 4.

6 PROŽÍVÁNÍ RODIČŮ PSYCHOTERAPIE DÍTĚTE

Pro vypracování praktické části byl vzhledem k její povaze zvolen *kvalitativní metodologický přístup*.

Kvalitativní výzkum je protipólem výzkumu kvantitativního, což se vyznačuje zejména tím, že data nejsou analyzována za pomoci statistických metod. Výzkumník je zaměřen na delší a intenzivní kontakt s terénem, situací jedince či skupiny jedinců. Zkoumá odpovědi na své otázky více do hloubky, vyhledává a analyzuje informace dat, které poté umožňují vysvětlení výzkumných otázek. Získaná data vedoucí k závěrům výzkumu se induktivně analyzují a interpretují. Tento výzkum se nezabývá pouze samotnou odpovědí, ale také okolnostmi a důvody, které ji mohly ovlivnit (Hendl, 2012, s. 48-50).

Výzkumným cílem práce je seznámení s problematikou prožívání rodičů v průběhu psychoterapie jejich dítěte. Hlavní výzkumnou otázkou je tedy to, jak se mění prožívání rodičů v závislosti na čase stráveném v terapii jejich dítětem. Pozornost je zaměřena na tři hlavní okruhy prožívání u rodičů. První oblast se zaměřuje na prožívání rodičů *před terapií* jejich dítěte, druhá oblast se zaobírá prožíváním rodičů *během terapie* jejich dítěte a třetí oblast se soustředí na prožívání rodičů *po ukončení terapie* jejich dítěte. Cílem není stanovení či vyvrácení hypotéz, ale vytvoření nových skutečností a jejich intepretace.

6.1 CÍLOVÁ SKUPINA VÝZKUMU

Výzkum probíhal v prostorách Psychoterapeutického centra pro děti a dospělé v Plzni vždy po domluvené schůzce s respondentem. Rozhovoru se zúčastnilo celkem pět rodičů různého pohlaví a různého věku. Záměrem práce bylo mít všechny děti z úplných rodin a podobných sociálních poměrů.

Rozhovoru se zúčastnili čtyři ženy a jeden muž ve věku od 31 do 46 let. Pro tento výzkum všichni dotazovaní ochotně poskytli své odpovědi a souhlasili se zveřejněním informací v bakalářské práci.

Rodiče přicházeli do centra s různě starými dětmi a odlišnými problémy. Děti byly ve věku většinou okolo 10 let, avšak nejmladší bylo 5 let. Terapie absolvovali tři dívky a dva chlapci. Všechny děti byly v závěrečné fázi terapie, a tak již bylo možné zpozorovat na jejich chování nějaké změny.

Z důvodu ochrany osobních údajů nejsou u dětí použita jejich skutečná jména.

Jan s otcem

Prvním dotazovaným byl otec desetiletého Honzy. Žijí v menším městě nedaleko Plzně a terapie se účastní přibližně půl roku. Odbornou pomoc vyhledali kvůli dlouhodobému podezření na autistické projevy chování u Honzy. Honza příliš nekomunikoval se svou rodinou ani okolím. Honza má staršího bratra, u kterého se žádné problémy nevyskytly.

Linda s matkou

Další dotazovanou byla matka pětileté Lindy. Linda bydlí s rodiči a mladším bratrem přímo v Plzni. Linda začala projevovat atypické projevy chování jako je zlost a odtažitost před dvěma roky, tedy od doby, co se narodil mladší bratr. Později se u ní objevily úzkosti a problém s komunikací se svými rodiči. Na terapii docházela půl roku.

Lenka s matkou

Třetí osobou, která poskytla rozhovor, byla matka desetileté Lenky, které byla v raném věku diagnostikována OCD[4]. Především z důvodu této diagnostiky vyhledali rodiče Lenky pomoc terapeutického centra. Lenka je jedináček a bydlí se svými rodiči v Plzni. Lenka chodila na terapie skoro rok.

Matěj s matkou

Čtvrtou z dotazovaných byla matka desetiletého Matěje. Matěj bydlí se svými rodiči a dalšími dvěma sourozenci v blízkosti Plzně. Bude to skoro rok, co Matěj začal docházet na terapie. U Matěje se ve čtyřech letech objevily atypické projevy chování, jako je nepřiměřená agrese a problém s komunikací mezi ním a okolím. Do terapie nastoupil jako uzavřené dítě, které nevyhledává společnost, ale raději si sám v koutě hraje. U sourozenců se atypické projevy chování nevyskytují.

Ester s matkou

Poslední dotazovanou byla matka desetileté Ester. Ester dojížděla s rodiči na terapie z vesnice, která se nachází cca hodinu cesty od Plzně. Rodiče se obrátili na odborníky z důvodu, že se Ester začala všeho bát, hlavně smrti. Tyto problémy se u ní prokazovaly rok

[4] Obsedantně-kompulzivní porucha se vyznačuje zejména nutkavými, vtíravými myšlenkami, které se opakovaně a protivolně vkrádají do vědomí (Hartl a Hartlová, 2010, s. 358).

a půl před tím, než začala chodit na terapii. Tu v době rozhovoru navštěvovala téměř půl roku. Ester má o sedm let starší sestru, která žádné podobné problémy nemá.

6.1.1 PŘEDSTAVENÍ ORGANIZACE

Psychoterapeutické centrum pro děti a dospělé v Plzni je sdružení několika živnostníků, psychoterapeutů, pod vedením hlavního psychologa. V nynější době v centru pracuje sedm psychoterapeutů různého zaměření. Centrum funguje na bázi spolupráce mezi psychoterapeuty, kdy všichni pracují samostatně a v centru mají zajištěný prostor pro vykonávání jejich práce. Vedoucí pak může přerozdělovat klienty mezi psychoterapeuty, aby někdo nebyl přetížený, či naopak nevyužitý. Centrum je určené pro děti od 3 let, mladistvé i dospělé.

Obrázek č. 1 – Logo Psychoterapeutického centra Plzeň

Zdroj: psychoterapeutickecentrumplzen.cz, 2019

Psychoterapeutické centrum nabízí celou řadu služeb spojených s psychoterapií. Pomoc metodou Terapie hrou je poskytována dětem ve věku od 3 do 11 let, které se potýkají s různými životními situacemi. Mezi nejčastější obtíže, se kterými děti v tomto věku na terapii docházejí, jsou úzkostná porucha, ADHD, trauma, poruchy chování, opoziční vzdor, psychosomatické obtíže, a podobně (psychoterapeutickecentrumplzen.cz, 2019).

Kromě dětí se centrum orientuje na mladistvé ve věku od 11 do 16 let. U mladistvých se nejčastěji jedná o existenční problémy spojené se zvýšenými nároky na dítě jak doma, tak ve škole. Jako terapeutickou metodu terapeuti využívají kromě rozhovorů i expresivní techniky, jejichž pomůcky jsou terapeutické karty, pískoviště, arteterapeutické pomůcky, a podobně. (psychoterapeutickecentrumplzen.cz, 2019).

Dospělí nad 16 let využijí centrum, když cítí, že se dostávají do bodu, kdy potřebují/nechtějí být na danou situaci sami a pomoc rodiny a přátel nestačí/není možná. Jako metody psychoterapie se v centru používají Pesso Boyden psychomotorická terapie, Biosyntéza, Psychodynamická psychoterapie, Gestalt terapie a další v závislosti na

terapeutovi. Terapie jsou určené jak pro páry, tak pro jednotlivce (psychoterapeutickecentrumplzen.cz, 2019).

Psychoterapeutické centrum v Plzni nabízí kromě terapií pro klienty také prodej drobných předmětů, jako jsou vonné relaxační oleje a soli. Dále centrum nabízí různá školení, semináře a workshopy pro širokou veřejnost (psychoterapeutickecentrumplzen.cz, 2019).

6.2 SBĚR VÝZKUMNÝCH DAT

Metody výzkumného šetření, které se při sběru dat u kvalitativního výzkumu uplatňují, jsou především pozorování, rozhovor a dokumenty (Hendl, 2012, s. 162). Vhledem k zaměření této práce byla vybrána jako hlavní metoda rozhovor, konkrétně *strukturovaný rozhovor s otevřenými otázkami*. Tento typ rozhovoru spočívá v tom, že je sestaven z řady pečlivě formulovaných otázek, na které má respondent odpovídat (Hendl, 2012, s. 173).

Všichni respondenti zaujali aktivní a vstřícný přístup k pokládaným otázkám. V rozhovoru byli rodiče směřováni k doplňujícím otázkám, které upřesňovaly především vyjádření prožívání. Každý rozhovor trval přibližně třicet minut a byl složen z jednadvaceti předem připravených otázek, které spadaly do těchto okruhů:

Prožívání rodičů před zahájením terapie jejich dítěte

1. Kdo nebo co vám dalo první podmět, že dítě potřebuje psychoterapii?
2. Jak jste se cítili, když jste se dozvěděli/zjistili, že dítě má nějaké obtíže?
3. Věděli jste něco o psychoterapii dětí před tím, než jste jí absolvovali?
4. Jak jste se dozvěděli nebo kdo vám doporučil právě toto psychoterapeutické centrum? Víte, co je to terapie hrou?
5. Jaký byl váš názor na potřebu psychoterapie a jak dlouho jste to zvažovali?
6. Co napomohlo vašemu rozhodnutí psychoterapii podstoupit?
7. Jaké máte od psychoterapie očekávání?

Prožívání rodičů v průběhu trvání terapie

8. Jak jste se cítili před prvním setkáním s terapeutem?
9. Dokážete si vzpomenout, jak se cítilo vaše dítě bezprostředně před prvním setkáním?

10. A jak se cítilo bezprostředně po prvním setkání, po seznámení s prostředím a terapeutem?
11. Připravovali jste dítě doma na to, že bude chodit na psychoterapii?
12. Jaké byly vaše první dojmy?
13. Co se vám na prvním setkání líbilo a s čím jste spokojení nebyli?
14. Co se vám na terapii hrou jako metodě líbí a co považujete za problematické?

Prožívání rodičů po ukončení terapie

15. Myslíte si, že byla terapie prospěšná a splnila Vaše očekávání a jak?
16. Jak jste prožívali průběh terapie? Měnilo to váš postoj k dítěti?
17. Ovlivnilo to nějak Váš každodenní život?
18. Jaký myslíte, že mělo dítě k terapeutovi a terapii vztah?
19. Doporučili byste metodu terapie hrou i dalším rodičům s podobnými problémy? A proč?
20. Co bylo nejtěžší?
21. V čem to pomohlo Vám samotným?

6.3 ANALÝZA DAT

Data sesbíraná za pomoci rozhovoru jsou nestrukturovaným materiálem, který je zapotřebí zpracovat za pomoci analýzy. Výsledná data pak lze interpretovat.

Nejjednodušší cestou pro zpracování kvalitativních dat je *otevřené kódování*. V této práci bylo postupováno na základě díla Švaříčka a kol. (2014, s. 211). Ten udává, že otevřené kódování je technika, která, díky své jednoduchosti a účinnosti, bývá využívána pro velmi širokou škálu kvalitativních projektů. Kódováním jsou v této technice myšleny operace, na jejichž základě jsou údaje rozebrány, konceptualizovány a složeny novým způsobem.

Data v této práci byla analyzována tak, že nestrukturovaný text získaný rozhovorem byl rozčleněn na jednotky v podobě fráze nebo souvětí, které sami o sobě mají význam. Každé z jednotek byla následně přiřazena kategorie. V úplném základu bylo nadepsáno čtyřiadvacet kategorií, které spadaly do tří oblastí této práce, a to kategorie před terapií, během terapie a po terapii. Kategorie daly dohromady základ pro vytvoření přehledné sumarizace.

Tabulka č. 1 – Sumarizace kategorií před, během a po terapii

Před terapií	Během terapie	Po terapii
Pozorované projevy dítěte před terapií	Pozorované projevy dítěte během terapie	Pozorované změny v chování dítěte
Přístup rodičů před terapií	Přístup rodičů během terapie	Změny v přístupu rodičů
Pocity rodičů před terapií	Pocity rodičů během terapie	Pocity rodičů po terapii
Názor na psychoterapii hrou před terapií	Názor na psychoterapii hrou během terapie	Názor na psychoterapii hrou po terapii
Zdroje strachu před terapií	Zdroje strachu během terapie	
	Pocity dítěte během terapie	Pocity dítěte po terapii
	Vztah dítěte k terapii	Vztah dítěte k terapii po terapii
Vstupní informovanost rodičů	Vliv psychoterapie na život rodičů	
Impulsy rodičů		
Očekávání rodičů		
Okolnosti rozhodování podstoupit terapii		
Příprava dítěte na terapii		

Zdroj: Vlastní zpracování, 2019

6.3.1 PŘED TERAPIÍ

Pozorované projevy dítěte před terapií

V kategorii pozorované projevy dítěte před terapií se vyskytovaly problémy se začleněním a s komunikací dítěte. *„Je až moc vážný, nereaguje na ostatní děti.“ „Problém byl hodně v komunikaci mezi námi dvěma.“ „Nemá žádné kamarády ve škole, je tak trochu sólista.“* Kromě toho se u dítěte projevily atypické projevy strachu o vlastní existenci, některé až panické. *„Začala se bát smrti. Každý večer před spaním se mě ptá, jestli neumře.“ „Chvíli má z něčeho paniku, že nenastoupí ani do výtahu.“* Děti prokazovaly i úzkostné stavy. *„Snadno ho něco rozbrečí.“* Popsané byly i děti, u kterých se vyskytlo rutinní chování spojené s možnými problémy, které kdysi nebyly zřejmé nebo neexistovaly. *„Několikrát za den se ujišťovala, zda něco neolízla nebo nesnědla.“ „Každý den před odchodem do školy si odříkávala rozvrh a opakovaně mrkala.“* Rovněž se objevila u dětí výbušnost, agrese a projevy zlosti. *„Byla zlá.“ „Když něco moc chce, začne nepřiměřeně ječet a vztekat se.“*

Přístup rodičů před terapií

U kategorie přístupu rodičů před terapií hledali rodiče řešení problémů jejich dětí. *„Vymýšleli jsme různé způsoby.“* Rodiče přistupovali k problému aktivně a prokazovali vlastní iniciativu s problémem něco udělat. *„Terapii potřebujeme.“ „Zvažovali jsme psychoterapii delší dobu.“ “Je zapotřebí něco dělat.“* Vyskytla se i nerozhodnost. *„Názor se mi měnil.“ „Vymýšleli jsme různé způsoby.“* Byly uvedeny zvláštní požadavky na terapii. *„Chtěla jsem soukromí a anonymitu.“* Rodiče vyjádřili svou neutralitu ohledně psychoterapie. *„Nemám názor.“ „Neuvažovali jsme o tom.“*

Pocity rodičů před terapií

Pocity rodičů se často měnily v závislosti na stavu dítěte. Vyskytla se značná emocionalita v podobě naděje, strachu či zoufalství. *„Měla jsem strach, co se děje.“ „Byla jsem dost zoufalá.“* „*Cítil jsem jistou naději na jeho uzdravení.“* Rovněž byl uveden pocit vlastního selhání ve výchově. *„Pořád jsme si říkali, že jsme ve výchově selhali my.“* Popsány byly také ulevující pocity. *„Cítila jsem úlevu.“* Rodiče v sobě měli jak pocitový rozpor, tak upokojivé prožitky. *„Cítila jsem se z toho všeho v rozpacích.“ “Cítila jsem úlevu.“* Vyjádřeny byly pocity zlosti a bezmoci. „*Pociťovala jsem vztek a kolikrát jsem si myslela, že se z toho všeho zblázním, úplně mě to vnitřně užíralo, cítila jsem se bezmocná.“* Objevila se neutralita. „*Cítila jsem se úplně normálně.“*

Názor na psychoterapii hrou před terapií

U další kategorie řekli rodiče svůj názor na psychoterapii, než jejich dítě s léčbou začalo. Rodiče uváděli, že terapie není ničím zvláštním. „*Můj názor na psychoterapii je takový, že na terapii může chodit každý, že to není nějaká zvláštní pomoc, za kterou by se měl třeba někdo stydět.“* Objevila se také víra v přínos psychoterapie. „*Terapii bereme jako pomoc od problému.“ „Není, co ztratit. Je důležité hlavně tomu věřit.“* Rovněž byla uvedena neznalost této metody. „*Nevím přesně, co to terapie hrou je.“*

Zdroje strachu před terapií

V kategorii zdroje strachu před terapií bylo udáno, že strach by mohl být převzatý od rodiče. „*Ona má tohle trošku asi po mně, protože já mám taky různý strachy.“*

Vstupní informovanost rodičů

V kategorii vstupní informovanosti rodičů byla zmíněna neznalost problematiky rodičů. *„O psychoterapii dětí jsme nic moc bližšího nevěděli.“* „*Vůbec jsme nevěděli o psychoterapii dětí.“ „Předtím jsem to neznala.“* Respondenti byli rovněž informováni prostřednictvím druhé osoby nebo o problematice věděli sami. *„Informace jsme získali od paní doktorky.“ „O psychoterapii dětí jsme věděli i předtím.“ Snažila jsem se hledat na internetu nebo v knihách.“* Rodiče se chtěli dozvědět informace přímo od psychoterapeutky jejich dítěte. *„Seznámili jsme se tady.“*

Impulsy rodičů

Lišily se impulsy, které napomohly rodičům rozhodnout se pro absolvování psychoterapie. Zmíněno bylo rozhodnutí vzešlé z vlastní iniciativy, ale i rady od odborníků. *„Sama jsem hledala.“ „Podnět vyšel ze mě.“ Doporučila nám to paní psychiatrička. „Dostali jsme doporučení od klinického psychologa.“* Nerozhodné rodiče přesvědčilo až osobní setkání s terapeutkou. „*Po seznámení se s paní terapeutkou jsem se cítila klidnější.“*

Očekávání rodičů

Rodiče do centra přicházeli pro pomoc s určitými očekáváními. Pro rodiče to byla touha po změně a odstranění problémů jejich dětí. Rodiče toužili zlepšit vztah mezi nimi a dětmi. „*Doufala jsem, že nastane obrat k lepšímu a budeme doma lépe fungovat.“ „Přeji si, abychom k sobě našli lepší cestu.“* Byli ve svých očekáváních specifičtí, hlavně ohledně chování. *„No, úplně prvotně jsem čekala, že sem dám dítě a ono se úplně změní a bude z něj hodné dítě, které bude poslouchat na slovo.“ „Očekáváme zlepšení stavu našeho syna*.“ Rodiče také přicházeli bez jakýchkoliv nároků na terapii. *„Raději moc neočekáváme.“* U rodin s problémy v komunikaci, byla zmíněna očekávání na její zlepšení. *„Očekávám lepší komunikaci mezi námi.“*

Okolnosti rozhodování podstoupit terapii

Rozhodnutí bylo provedeno na základě určitých problémů, které přímo souvisely s projevy dítěte. Své rozhodnutí rodiče popsaly kvůli asociálnímu chování dítěte. *„Právě netypické chování syna.“ „Jeho chování bylo jiné než u normálního dítěte.“ „Nejvíce mě znepokojovalo jeho ne moc sociální chování.“* Provedli své rozhodnutí na základě neschopnosti pochopit se s dítětem navzájem. „*Neuměla jsem se v jejím chování vyznat.“* Pro pomoc se rodiče rozhodli na základě zhoršení stavu dítěte. *„Nakonec jsem se rozhodla*

kvůli extrémním výkyvům jejího chování.“ „Můj názor se měnil postupem času a s dceřiným chováním.“ Rovněž bylo popsáno, že kvůli problémům s dítětem neměli čas uspokojit vlastní potřeby. *„Neměla jsem žádný čas pro sebe a manžela.“* Uvedeno bylo přemýšlení nad příčinou problémového chování dítěte. „*Přemýšleli jsme, co je mohlo zapříčinit, ale pořádně nevíme. Údajně by prý za tím mohl být dceřin zážitek u moře, kdy dcera musela být v nemocnici na kapačkách.“* Doba trvání problémů u dítěte se individuálně lišila. Rodiče se také rozhodli na základě časového hlediska nástupu problémů. *„Problémy se projevovaly asi půl roku až rok předtím, než jsme navštívili odbornou pomoc.“* Dítěti se nepříznivé chování prohloubilo až po změně prostředí. „*Syn měl náznaky už od čtyř let, ale úplně se zhoršil až po nástupu do školy.“* Bylo uvedeno zhoršené chování před terapií. „*Když se dcera poprvé začala ptát na smrt, takže tak před rokem a půl.“*

Příprava dítěte na terapii

Rodiče připravovali děti na terapii různě. Docházelo k vysvětlení terapie dětem. *„Vysvětlila jsem jí to.“* Rodiče na terapii děti nepřipravovali. *„Vůbec jsem ji nepřipravovala.“ „Nějak extra ne.“* Děti byly na terapii rodiči připravovány. *„Připravovali jsme ho na to.“ „Řekli jsme, že bude chodit k paní terapeutce.“* Děti byly obeznámeny s tím, že si jdou hrát. *„Věděla, že, si jde hrát.“*

6.3.2 BĚHEM TERAPIE

Pozorované projevy dítěte během terapie

V kategorii pozorované projevy dítěte během terapie rodiče uvedli, že děti nechtěly příliš spolupracovat. *„Byla drzá.“* „*Vůbec s námi nemluvil ani nereagoval na otázky.“* Také došlo k postupné adaptaci na celkový proces. „*Cítím, že se postupně uvolňuje.“*

Přístup rodičů během terapie

V kategorii přístupu rodičů během terapie zaujmuli rodiče neutrální postoj. „*Brala jsem to tak, jak to je.“*

Pocity rodičů během terapie

V pocitech rodičů se během terapie objevovala radost z průběhu terapie. *„Já jsem byla ze všeho tady nadšená.“* Rodiče se obávali, jak vše bude probíhat a jak to dítě zvládne. *„Cítil jsem se mírně nervózní.“* Nevěděli, co si mají myslet a měli smíšené pocity. „*Byla jsem z toho v rozpacích.“ „Byla jsem trochu nervózní a neklidná.“* Popsány byly i pocity

zoufalství. „*Bych i mohla říct, že jsem byla dost zoufalá.“* Objevil se smutek z negativních pocitů dítěte v terapii. „*Jen jsem byla smutná z toho, že malá prý používala ke hře agresivní hračky, kde byla primární žena, tedy vlastně asi já.“* Vyjádřeny byly pocity klidu, nadšení a úlevy. „*Cítila jsem se klidnější.“ „Cítila jsem úlevu.“* Rodiče získali nové naděje na zmírnění negativního chování u jejich dětí. „*Cítili jsme se plní naděje.“*

Názor na psychoterapii hrou během terapie

V kategorii názor na terapii hrou se respondentům líbilo, že tato metoda nemůže dětem nijak uškodit. „*Je to nenásilná metoda formou hry.“* Byla projevena radost, že se jejich dítě léčí zábavnou metodou. „*Přijde mi, že je to pro děti i zábavou.“ „Je to terapie šitá dětem na míru.“* Vytčená byla absence pokynů, jak pracovat s dětmi doma. *„Byla bych ráda za nějaké rady, jak máme sami pracovat i doma.“* Uvedená byla i celková spokojenost. *„Mně se to líbilo celkově.“*

Zdroje strachu během terapie

Mezi zdroje strachu rodiče zahrnuli své obavy o spolupráci jejich dětí s terapeutkou. *„Hlavně jsem měl strach z toho, jestli budou společně spolupracovat.“ „Byla jsem trochu v obavách, protože jsem nevěděla, jak vše bude probíhat.“*

Pocity dítěte během terapie

Před první terapií děti prožívaly různorodé pocity. Pociťovaly obavy ze vstupu do nového prostředí, a také moc nevěděly, co se s nimi bude dít. „*Bála se a nevěděla, co ji čeká.“ „Cítil nejistotu.“ „Měl strach a nechtěl sem.“* Po první návštěvě se cítily lépe a měly radost. *„Strach z něj opadl.“ „Byl spokojený hned po té první návštěvě.“ „Přišla mi po terapii v pohodě.“* Během terapie se děti přestaly bát. *„Jí se to hrozně líbilo.“ „Šlo vidět, že z něho spadlo to napětí.“* Rodiče uvedly kladný, ale i neutrální postoj dítěte vůči terapeutce. „*Paní terapeutka se jí líbila.“ „K paní terapeutce jsem pochopila, že má takový neutrální vztah.“* Popsána byla i přízeň o terapii. *„Jí se to hrozně líbilo.“*

Vztah dítěte k terapii

V kategorii vztah dětí k terapii popisují rodiče postoje dítěte k problematice. Dětem se na terapie docházet nechtělo. „*Nechce tam chodit*.“ Na terapiích nechtěly spolupracovat. „*Nechce spolupracovat, protože mu to přijde zbytečné.“* Terapie je rovněž nebavily. *„Říkala, že ji to nebaví.“* Děti si vytvořily k terapii neutrální vztah. „*Zaujal k tomu všemu, co se kolem něj děje neutrální postoj.“ „Má neutrální postoj k terapeutce.“* Uveden byl i

příjemný prožitek z terapie. *„Terapie ho baví.“* S terapeutkou měly vřelý vztah. *„Terapeutka jí padla do oka.“* Terapii dítěte narušily nové nežádoucí okolnosti v rodině. *„Přišly nové problémy.“*

Vliv psychoterapie na život rodičů

Problémové bylo organizování sezení kvůli časovým možnostem rodiny. *„Ovlivnilo nás to hlavně z časového hlediska.“* Vliv na rodiče mělo také dojíždění na terapie. *„Dojíždíme docela z daleka.“ „Dojíždění nám dělá problém.“* Bylo uvedeno, že žádný vliv rodiče nelimitoval. „*Beru automaticky. Víc jsem o tom nepřemýšlela a nezatěžovala se tím.“*

6.3.3 PO TERAPII

Pozorované změny v chování dítěte

Rodiči bylo uvedeno, že se chování dětí výrazně změnilo a dokáží již projevit své potřeby. *„Došlo k velkému zlepšení jejího chování.“ „Dokáže se lépe vyjádřit.“* Také se zlepšila spolupráce mezi dítětem a rodičem. *„Začal s námi více spolupracovat.“* Dítě se začalo chovat více jako jeho vrstevníci. *„Uvolnil se a probudil v sobě to dítě.“* Vytratilo se nežádoucí, problémové chování. *„Už se mě tolik neptá na smrt.“* Byla nepocítěna žádná změna v chování dítěte. *„Momentálně nepociťuji žádné změny.“* U dítěte došlo v rámci terapie ke značným progresům v chování. *„Je celkově klidnější.“ „Celkově se daří.“*

Změny v přístupu rodičů

V kategorii prospěch psychoterapie u rodiče došlo k uvědomění si a pochopení chování jejich dětí. *„Uvědomila jsem si její chování.“* „*Její chování jsem pochopila, víc chápu jaká ona je.“ „Koukám na něj jinýma očima.“* Rodiče začali více uvažovat nad příčinami chování jejich dítěte. „*Přemýšlím nad okolnostmi více než jindy.“* Uvedena byla změna přístupu k dítěti. *„Lépe se jí věnuji.“ „Změnila jsem postoj.“ „Lépe se kontroluji.“* Rodiče zapracovali na vlastním seberozvoji. *„Začala jsem myslet více sama na sebe.“* Také byly stanoveny pravidla. *„Lépe si rozumíme a máme vytyčené hranice.“ „Začali jsme fungovat jinak.“*

Pocity rodičů po terapii

V kategorii pocity rodičů po terapii byly uvedeny pozitivní emoce. *„Jsme opravdu šťastní.“ „Jsem šťastná.“ “Mám opravdu radost.“ „Jsem příjemně překvapená.“* Rodiče uvedli, že v průběhu terapie nenarazili na žádný problém a dokázali běžně žít. *„Pro mě*

nebylo těžké asi nic.“ „Nakonec jsem to ustála.“ Nejobtížnější bylo zakončení terapie. *„Nejtěžší bylo terapii ukončit.“*

Názor na psychoterapii hrou po terapii

U kategorie názor na psychoterapii hrou byl uveden pozitivní vztah k této metodě. *„Ten přístup se mi líbí.“* Bylo řečeno, že psychoterapie má na děti pozitivní vliv a je přímo pro ně. *„Tato metoda dětem pomáhá.“ „Tato terapie mu je jako šitá na míru.“* Tato metoda je pro děti bezproblémová. „*Je to nenásilná metoda určená přímo pro děti.“ „Je to nenásilná metoda formou hry.“* Byla uvedena absence efektu na chování dítěte. *„Nemůžu říct, protože jsme bez efektu terapie.“*

Pocity dítěte po terapii

Rodiče uvedli, že děti byly smutné z důvodu ukončení terapie. *„Nesla konec těžce.“*

Vztah dítěte k terapii po ukončení terapie

V kategorii vztah dítěte k terapii rodiče uvedli, že dítě mělo s terapeutkou harmonický vztah založený na důvěře. „*Dcera si paní terapeutku moc oblíbila. Měla k ní velikou důvěru.“* Dítě si vytvořilo k terapeutovi přátelský vztah. *„Já sama na něm vidím, že vztah má moc dobrý. Vždy se sem hrozně těší.* Vyjádřen byl také neurčitý postoj. *„K paní terapeutce měla neurální vztah.“*

6.4 VÝZNAMOVÁ POSLOUPNOST VE VZTAHU KE ZKUŠENOSTEM S TERAPIÍ

Některé významy (kategorie) jsou specifické pouze pro jedno ze sledovaných období, jiné se váží k celému časovému průběhu terapie a vyvíjejí se. Z tohoto důvodu budou jednotlivé kategorie či skupiny kategorií rozděleny do tří oddílů podle počtu fází zkušeností s terapií, kterými procházejí.

U kategorií, které prošly největším vývojem, bude vytvořeno *schématické znázornění*. To slouží pro jednodušší představu, jak se kategorie vyvinula.

6.4.1 KATEGORIE, KTERÉ SE VYVÍJEJÍ V PRŮBĚHU CELÉHO TERAPEUTICKÉHO CYKLU

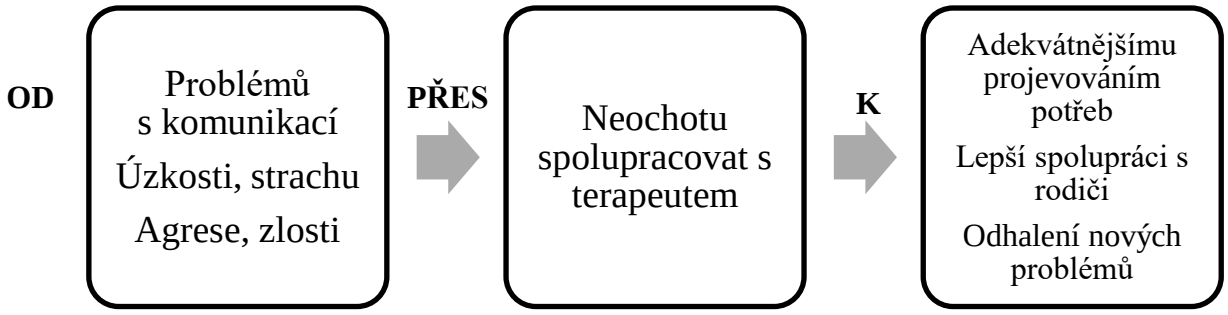
Pozorované projevy dítěte

Pozorované projevy dítěte před terapií: problémy s komunikací a začleňováním mezi vrstevníky, atypické projevy strachu o vlastní existenci, úzkostné stavy, záchvaty paniky a opakování rutinního chování, agrese, zlost a výbušnost vůči svému okolí.

Pozorované projevy dítěte během terapie: neochota ke spolupráci.

Pozorované projevy dítěte po terapii: převážně úspěšné změny v chování, výrazné změny, schopnost projevení svých potřeb, lepší spolupráce s rodiči, postupné začlenění mezi své vrstevníky, minimalizace nežádoucího chování, značné pokroky nebo žádné změny a vznik nových problémů.

Diagram č. 1 pro kategorii „Pozorované problémy dítěte“



Zdroj: Vlastní zpracování, 2019

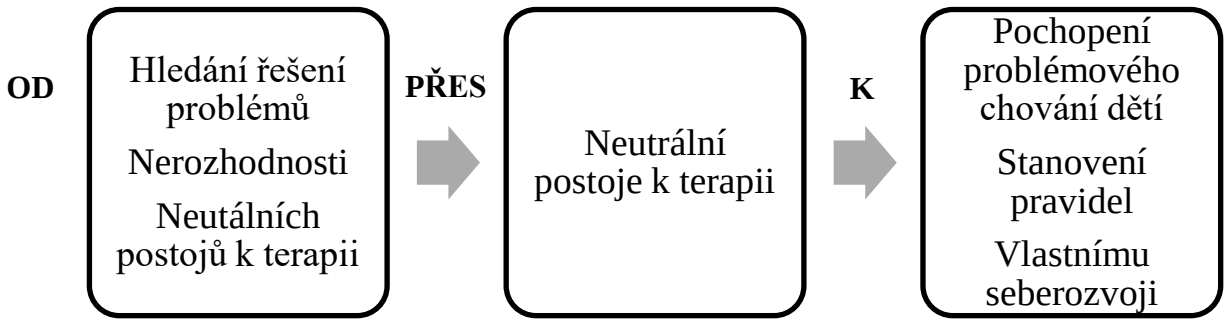
Přístup rodičů

Přístup rodičů před terapií: hledání řešení problémů u dětí, prokázání vlastní iniciativy a aktivity, nerozhodnost v určitých názorech a postojích, neutralita v názorech ohledně psychoterapie, zájem o zvláštní požadavky na terapii.

Přístup rodičů během terapie: neurální postoj k problematice.

Přístup rodičů po terapii: u většiny rodičů uvědomění a pochopení problémového chování svých dětí, uvažování nad příčinami problémového chování, změna přístupu vůči dítěti a stanovení pravidel, práce na vlastním seberozvoji.

Diagram č. 2 pro kategorii „Přístup rodičů“



Zdroj: Vlastní zpracování, 2019

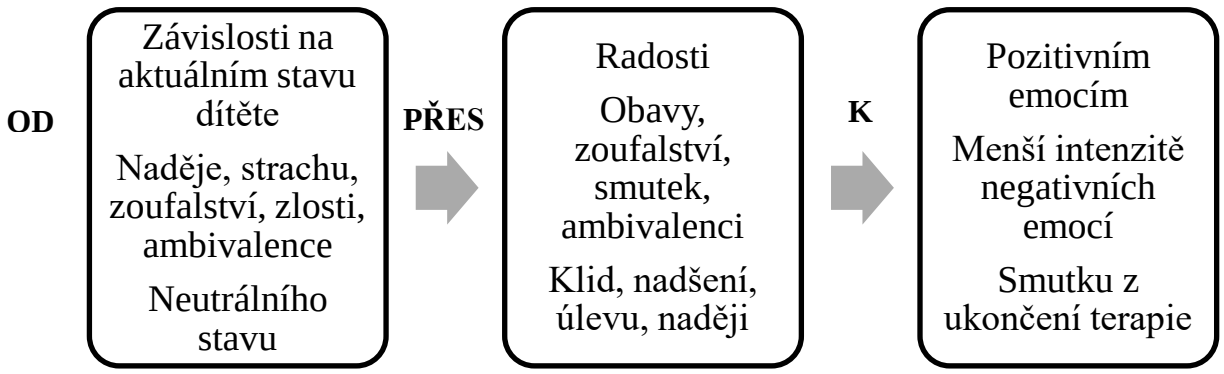
Pocity rodičů

Pocity rodičů před terapií: častá změna pocitů v závislosti na aktuálním stavu dítěte, značná emocionalita v podobě naděje, strachu a zoufalství, obavy ze zapříčinění problémového chování dětí, odhodlání a úleva, prožívání pocitového rozporu a upokojení, pocity zlosti, bezmoci a neutrálního stavu.

Pocity rodičů během terapie: radost z průběhu terapie, více volného času pro sebe samé, radost za viditelné pokroky u dětí, obavy z průběhu a zvládnutí procesu léčby u dítěte, častá nevědomost, smíšené pocity, zoufalství a smutek z negativních pocitů dítěte v terapii, odhodlání k řešení s prožívanou zoufalostí, pocit klidu, nadšení, úlevy a nové naděje na zmírnění negativního chování jejich dětí.

Pocity rodičů po terapii: mnoho pozitivních emocí z úspěchu léčby, žádné větší neustojitelné problémy, těžkosti z ukončení terapie z důvodu smutku svých dětí.

Diagram č. 3 pro kategorii „Pocity rodičů“



Zdroj: Vlastní zpracování, 2019

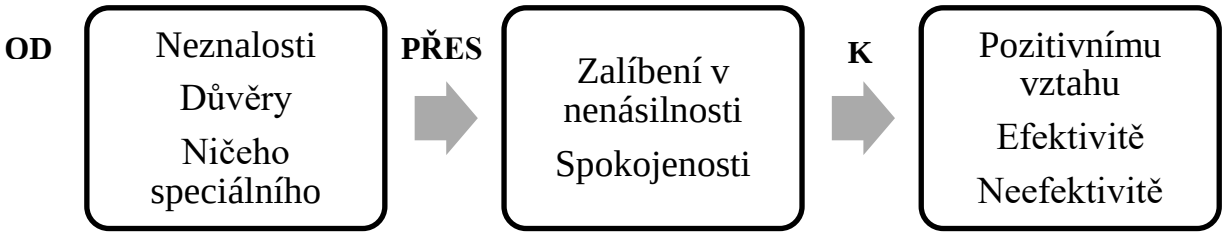
Názor na psychoterapii hrou

Názor na psychoterapii hrou před terapií: terapie není ničím zvláštním, víra a spoleh v metodu, neznalost metody před léčbou.

Názor na psychoterapii hrou během terapie: zalíbení v nenásilnosti metody, spokojenost a radost, absence pokynů a rad.

Názor na psychoterapii hrou po terapii: pozitivní vztah k tomuto přístupu, bezproblémovost, pozitivní vliv na děti, bez efektu terapie.

Diagram č. 4 pro kategorii „Názor na psychoterapii hrou“



Zdroj: Vlastní zpracování, 2019

6.4.2 KATEGORIE, KTERÉ SE VÁŽÍ NA DVĚ FÁZE TERAPEUTICKÉHO CYKLU

Zdroje strachu

Zdroje strachu před terapií: obavy z převzatého chování.

Zdroje strachu během terapie: strach o spolupráci dětí s terapeutkou z důvodu zdrženlivosti a ostychu dětí.

Zdroje strachu po terapii: žádné.

Pocity dítěte

Pocity dítěte před terapií: žádné.

Pocity dítěte během terapie: různorodé pocity, vliv nového prostředí, nejistota z nevědomí, úleva po prvním kontaktu, eliminace nežádoucích pocitů, zájem o léčbu, přátelský vztah k terapeutce, vzdor vůči terapii.

Pocity dítěte po terapii: smutek z konce terapie, příjemné zážitky, možnost pokračování v léčbě.

Vztah dítěte k terapii

Vztah dítěte k terapii během terapie: nechuť, nuda, neutrální i vřelý vztah k paní terapeutce, příjemné prožitky a záliba v terapii, problémy se spoluprací a uvolněním, nové nežádoucí problémy.

Vztah dítěte k terapii po terapii: harmonický a přátelský vztah k terapeutce, důvěra, nejistota.

6.4.3 KATEGORIE SPECIFICKÉ PRO JEDNU OBLAST TERAPEUTICKÉHO CYKLU

- Kategorie vyskytující se pouze před terapií

Vstupní informovanost rodičů

Vstupní informovanost rodičů před terapií: neznalost problematiky, informovanost prostřednictvím druhé osoby nebo samostatně (internet, knihy), představení přímo od terapeutky jejich dítěte.

Impulsy rodičů

Impulsy rodičů před terapií: rozmanité podněty, vlastní iniciativa nebo doporučení odborníků, přesvědčení terapeuta jejich dítěte u problému s rozhodnutím.

Očekávání rodičů

Očekávání rodičů před terapií: různorodost, víra ve změnu a odstranění problémů jejich dětí, touha po harmonii ve vztahu mezi nimi a jejich dětmi, kladení určitých nároků na zlepšení chování jejich dětí, zlepšení komunikace, bez očekávání.

Okolnosti rozhodování podstoupit terapii

Okolnosti rozhodování podstoupit terapii před terapií: atypické projevy chování dětí, problémy s pochopením jejich dětí, zapomínání na sebe samé (seberozvoj, potřeby), dlouhé časové hledisko trvání problémů, celkové zhoršování stavu dětí.

Příprava dítěte na terapii

Příprava dítěte na terapii před terapií: různá příprava, nepřipravenost, připravenost a seznámení s terapií.

- Kategorie vyskytující se pouze během terapie

Vliv psychoterapie na život rodičů

Vliv psychoterapie na život rodičů během terapie: přizpůsobení denních rituálů, čas, vzdálenost, bez nutnosti přizpůsobení.

6.5 CELKOVÉ SHRNUTÍ VÝZKUMU S DISKUZÍ

Před terapií projevovaly děti různé formy problémů, které ovlivňovaly nejen životy jich samých, ale také jejich okolí. Rodiče prožívali zoufalství, strach a bezmoc, když se snažili dětem sami pomoci, ale bez efektu. Z tohoto důvodu se rodiče rozhodli hledat odbornou pomoc Psychoterapeutického centra v Plzni. O centru se dozvěděli buď sami, nebo na doporučení odborníků. Psychoterapii rodiče brali jako pomoc od problémů a také si o ni

hledali informace. Doufali ve zlepšení stavu dítěte, zlepšení komunikace a zmírnění či úplné odstranění problémů.

Prostředí centra, využití terapie hrou a přístup paní terapeutky se líbil jak dětem, tak i rodičům. Ti by ocenili pouze více rad a tipů, jak pracovat s dětmi i mimo hernu, kde terapie probíhá. Rodiče se trochu báli, že děti nebudou s terapeutkou spolupracovat, ale děti si k terapeutce vytvořily vztah založený na důvěře a při terapii se uvolnily, i když se nejdříve bály nového prostředí. S terapií ani nechtěly skončit a nesly to těžce.

U rodičů terapie splnila očekávání, jelikož problémy jejich dětí se zmírnily. Objevily se však i případy, kdy účinek terapie nebyl zřejmý. Rodiče ocenili, že se zlepšila komunikace mezi nimi a jejich dětmi a také došlo k uvědomění si a pochopení chování jejich dětí, čímž se zlepšilo jejich rodinné soužití. I když byla psychoterapie hrou pro některé rodiče časově náročná, hlavně z důvodu dojíždění, doporučili by ji i ostatním rodinám s podobnými problémy, jelikož je to nenásilná metoda přizpůsobena dětem.

Celkově měla terapie pozitivní vliv na životy jak dětí, tak rodičů. Pět ze čtyř rodičů uvedlo efektivitu psychoterapie hrou na chování jejich dítěte. Pouze jeden rodič uvedl, že nevnímá v chování dítěte změny z důvodu nově vyskytlých problémů během doby léčby. Pro porovnání lze uvést příklady využití *psychoterapie hrou v zahraničí* v současné době.

Ve Spojených státech Meany-Walen a Teeling (2016, s. 64-77) ukázali, že terapie hrou je velice efektivní u dětí s neobvyklým chováním a slabými sociálními dovednostmi. Gonzalez a Bell (2016, s. 146-153) s pozitivním výsledkem studovali efekt terapie hrou na chování hispánských dětí s traumatickým zážitkem, jako je například ztráta blízkého člověka. Při výzkumu se zkoumaly i kulturní odlišnosti při využití metody. V Teheránu se Badamian (2017, s. 133-138) zabýval využitím metody terapie hrou u dvaceti agresivních dětí ve věku 6-9 let. Terapie se ukázala velice efektivní. Cheng a Rey (2016, s. 209-237) testovali metodu terapie hrou na 43 dětech předškolního věku v Texasu. Děti byly rozděleny do dvou skupin, kdy na jedné byla využita metoda terapie hrou a u druhé ne. Výsledky ukázaly velké rozdíly mezi skupinami a potvrdily efektivitu terapie hrou na změnu chování dětí. Hashemi, Banijamali a Khosravi (2018, s. 76-84) zkoumali efektivitu krátkodobé terapie hrou na zmírnění symptomů ADHD u dětí ze Středního východu. Metoda byla použita u šesti dětí ve věku 7-10 let, které se účastnily deseti sezení. Bylo zjištěno, že terapie hrou má pozitivní účinky na zmírnění projevů ADHD.

ZÁVĚR

Hlavním tématem této bakalářské práce byla analýza prožívání rodičů v průběhu psychoterapie jejich dětí.

Cílem práce bylo seznámení s problematikou prožívání rodičů psychoterapie jejich dítěte v závislosti na čase. Od práce bylo očekáváno, že dojde k vývoji prožitků v průběhu celého psychoterapeutického procesu, jak u rodičů, tak u dětí. Práce byla vytvořena za účelem zjištění a vyvození nových teorií.

Bakalářská práce o dvou hlavních částích byla nejprve sestavena z části teoretické, která byla rozdělena do pěti hlavních kapitol s menšími podkapitolami. První kapitola se zabývala obecným vymezením oboru psychoterapie, kde byly v podkapitolách popsány druhy psychoterapie a současné proudy v psychoterapii. Druhá kapitola navázala na první, konktrétně na podkapitolu současných proudů psychoterapie. Blíže nás seznámila s rogersovskou psychoterapií, především s vývojovým obdobím a teorií psychopatologie a terapie. Třetí kapitola vymezuje rozsáhlejší téma dětské psychoterapie, kde se dotýká specifik dětské psychoterapie, aplikaci dětské psychoterapie v různých vývojových obdobích, ale i cílů, vedení a prostředků dětské psychoterapie. Čtvrtá kapitola, která tvoří základ této práce, se věnuje nedirektivní psychoterapii hrou. Uvádí základní nástroje nedirektivní psychoterapie hrou, její aplikaci v praxi, role a osobnost herního psychoterapeuta a pravidla ukončení psychoterapie hrou. Poslední kapitola teoretické části byla zaměřena na rodiče v procesu psychoterapie. Byly zde uvedeny dva druhy přístupů, a to přístupy zaměřené na terapii dětí s rodičem a přístupy zaměřené na terapii se samotným dítětem. Celá teoretická část nás blíže seznámila s pojmy, které se následně vyskytly v následující, praktické části.

Empirickou část tvoří kapitola finální - šestá. Byla sestavená dle kvalitativního přístupu a měla podobu polostrukturovaného rozhovoru. Rozhovor byl sestaven ze tří fází, a to fáze před terapií, během terapie a po terapii. Celkem odpovídalo 5 respondentů, jeden muž a čtyři ženy. Jednalo se o rodiče dětí v procesu psychoterapie hrou, které již měly terapii ukončenou nebo v terapii pokračovaly po základní době trvání. Všech pět dětí, z toho dva

chlapci a tři dívky, byly z úplných rodin. Veškerá setkání a sběr dat proběhl v prostorách Psychoterapeutického centra v Plzni.

Šestá kapitola se týká kvalitativního výzkumu jako takového. Také popisuje cílovou skupinu výzkumu a blíže představuje organizaci, kde proběhl sběr výzkumných dat. Důležitou částí této kapitoly je podkapitola o analýze posbíraných dat. Pomocí otevřeného kódování byla provedena kategoriální analýza. Kódy nám poskytly vytvoření čtyřiadvaceti kategorií, jako jsou například kategorie přístupu rodičů, pocitu rodičů, názor na psychoterapii hrou, vztah dítěte k terapii, atd. Hotové kategorie byly sumarizovány v tabulce do tří oblastí – kategorie vyskytlých jevů před terapií, během terapie a po terapii. Po základní kategorizaci následovala podkapitola o významové posloupnosti ve vztahu ke zkušenostem s terapií. V té byly popsány a uvedeny poznatky z rozhovorů a jejich ukázky. Dalším propracovaným krokem bylo rozdělení kategorií do určitých fází terapeutického cyklu, a to kategorie vyvíjející se v průběhu celého terapeutického cyklu, dále kategorie, které se váží pouze na dvě fáze terapeutického cyklu a kategorie specifické pouze pro jednu oblast terapeutického cyklu. Pro tuto práci byly klíčové kategorie, které prošly největším vývojem, tedy kategorie vyvíjející se po celou dobu psychoterapeutického cyklu. Ukázaly nám průběh vývoje procesu celé psychoterapie, tedy období před, během i po terapii. Tyto kategorie byly čtyři, a byly v nich schematicky rozebrány etapy jevů OD (problematiky/vymezení), PŘES (vývoj/průběh) a K (změně/pokroku). Jednalo se o pozorované problémy dítěte, přístup rodičů, pocity rodičů a názor na psychoterapii hrou. Právě v těchto jmenovaných kategoriích došlo k největšímu vývoji. Ve shrnutí byly sepsány nejdůležitější jevy v průběhu analyzování kategorií a následné představení efektivnosti terapie hrou v zahraničí v současné době.

Závěrem lze říci, že došlo k potvrzení očekávání této práce. Prožitky rodičů se mění v závislosti na fázi terapie, v jaké se dítě nachází. Zároveň jejich pocity reflektují užitek terapie na změny chování dítěte. Práce přinesla nové poznatky a intepretace v podobě předpokladu vývoje a změn v psychoterapeutickém procesu, týkajících se výše uvedených kategorií.

RESUMÉ

Téma bakalářské práce se zabývá problematikou rodičů a jejich prožíváním v souvislosti s psychoterapií jejich dětí. Tato práce se člení na dvě části, část teoretickou a část praktickou. První část se opírá o teoretická východiska oboru psychoterapie, jejími druhy, kde je kladen důraz především na dětskou psychoterapii, nedirektivní psychoterapii hrou a rodiče v procesu psychoterapie. Práce nás seznamuje s pojmy, které se vztahují k hlavním kapitolám. Druhá část práce představuje důvody volby metody kvalitativního výzkumu, rozhovoru, zkoumaný soubor, okruhy otázek. Následuje samotná analýza získaných dat a jejich interpretace. Cílem práce je zjistit, zda se mění prožívání rodičů v závislosti na fázi terapie, ve které se jejich dítě nachází, tedy před, v průběhu a po terapii.

Výsledky výzkumu prokázaly, že se prožívání rodičů i dětí mění v závislosti na fázi, ve které se dítě v terapii nachází.

Klíčová slova: psychoterapie, dětská psychoterapie, rogersovská psychoterapie, nedirektivní psychoterapie hrou, rodiče v psychoterapeutickém procesu.

SUMMARY

The topic of this study deals with the problematics of the emotions of parents and their experiences through the process of the psychotherapy of their children. This work is divided into two parts, the theoretical part and the practical part. The first part is based on the theoretical background of psychotherapy, types of psychotherapy where the emphasis is mainly on child psychotherapy, non-directive play psychotherapy and parents in the process of psychotherapy. The work introduces us to terms that relate to the main chapters. The second part of this study presents the reasons for choosing qualitative research method – the interview, the sample and the questions used in the interview. In the end the study presents analysis of obtained data and its interpretation. This study wants to verify, If the emotions of parents are changing through the process of the psychotherapy of their children.

Research results have shown that the emotions of parents and children are changing through the process of the psychotherapy. Emotions depends on the stage of therapy in which the child is.

Keywords: psychotherapy, child psychotherapy, Roger's psychotherapy, non-directive play psychotherapy, parents in the proces of psychotherapy.

SEZNAM LITERATURY

BENSON, C. Nigel a Van Loon, Borin. *Psychoterapie: seznamte se*. Ilustroval Borin VAN LOON. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7367-005-4.

BENSON, C. Nigel. *Introducing Psychology.* 3rd ed. Michigan: Totem Books, 2005. ISBN 9781840465860.

GELDARD, Kathryn a GELDARD, David. *Dětská psychoterapie a poradenství*. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-476-2.

HARTL, Pavel a HARTLOVÁ, Helena. *Velký psychologický slovník*. Ilustroval K. NEPRAŠ. Praha: Portál, 2010. ISBN 978-80-7367-686-5.

HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum.* Praha: Portál, 2012. ISBN 978-80-262-0219-6.

KRATOCHVÍL, Stanislav. *Základy psychoterapie*. 7. vydání. Praha: Portál, 2017. ISBN 978-80-262-1227-0.

LANDRETH, L. Garry. *Play therapy: the art of the relationship*. Abingdon: Routledge, 1991. ISBN 9781559590174.

LANGMEIER, Josef, BALCAR, Karel a ŠPITZ, Jan. *Dětská psychoterapie*. 3. vyd. Praha: Portál, 2010. ISBN 978-80-7367-710-7.

MATĚJČEK, Zdeněk a KLÉGROVÁ, Jarmila. *Praxe dětského psychologického poradenství*. Praha: Portál, 2011. ISBN 978-80-262-0000-0.

OAKLANDER, Violet. *Třinácté komnaty dětské duše: tvořivá dětská psychoterapie v duchu gestalt terapie*. Dobříš: Drvoštěp, 2003. ISBN 80-903306-0-6.

REZKOVÁ, Vlasta a KLEINOVÁ, Gražina. *Hra jako lék: teorie a praxe nedirektivní psychoterapie hrou*. Praha: Pražská pedagogicko-psychologická poradna, 2012. ISBN 978-80-260-3503-9.

ŠVAŘÍČEK, Roman a ŠEĎOVÁ, Klára. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách.* Praha: Portál, 2014. ISBN 978-80-262-0644-6.

THORNE, Brian a LAMBERS, Elke. *Person-Centred Therapy: A European Perspective.* New York: SAGE, 1998. ISBN 9780761951551.

TOLAN, Janet. *Skills in person-centred counselling & psychotherapy*. 2nd ed. Los Angeles: SAGE, 2012. Skills in counselling & psychotherapy. ISBN 184860095X.

VÁGNEROVÁ, Marie. *Vývojová psychologie*. 2. vyd. Praha: Karolinum, 1999. ISBN 8071848034.

VALENTA, Milan a HUMPOLÍČEK, Pavel. *Hra v terapii*. Praha: Portál, 2017. ISBN 978-80-262-1190-7.

VYBÍRAL, Zbyněk a ROUBAL, Jan. ed. *Současná psychoterapie*. Praha: Portál, 2010. ISBN 978-80-7367-682-7.

VYBÍRAL, Zbyněk. *Jak se stát dobrým psychoterapeutem*. Praha: Portál, 2016. Spektrum (Portál). ISBN 978-80-262-1104-4.

VYMĚTAL, Jan a REZKOVÁ, Vlasta. *Rogersovský přístup k dospělým a dětem*. Praha: Portál, 2001. ISBN 80-7178-561-X.

VYMĚTAL, Jan. *Rogersovská psychoterapie*. Praha: Český spisovatel, 1996. ISBN 80-202-0605-1.

VYMĚTAL, Jan. *Speciální psychoterapie*. 2., přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2007. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-1315-1.

VYMĚTAL, Jan. *Úvod do psychoterapie*. 3., aktualiz. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2010. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-2667-0.

ZAKOUŘILOVÁ, Eva. *Speciální techniky sociální terapie rodin*. Praha: Portál, 2014. ISBN 978-80-262-0583-8.

ELEKTRONICKÉ ZDROJE

BADAMIAN, Roghayeh a MOGHADDAM, Neda Ebrahimi. *The effectiveness of cognitive-behavioral play therapy on flexibility in aggressive children*. Journal of Fundamentals of Mental Health [online]. May/June 2017, 19, 133-138 [cit. 5. 4. 2019]. ISSN 1028-6918. Dostupné prostřednictvím EBSCOhost.

GONZALEZ, L. Clarissa a BELL, Hope. *Child-centered play therapy for Hispanic children with traumatic grief. Cultural implications for treatment outcomes*. International Journal of Play Therapy [online]. Association for Play Therapy. July 2016, 25 (3), 146-153 [cit. 4. 4. 2019]. ISSN: 1555-6824. Dostupné prostřednictvím APA PsycNET. DOI:10.1037/pla0000023

HASHEMI, Marzie, BANIJAMALI, Shokooh-Sadat a KHOSRAVI, Zohre. *The efficacy of short-term play therapy for children in reducing symptoms of ADHD*. Middle East Journal of Family Medicine [online]. Academic Search Ultimate. April 2018, 16 (4), 76-84 [cit. 5. 4. 2019]. ISSN: 1448-4196. Dostupné prostřednictvím EBSCOhost. DOI: 10.5742/MEWFM.2018.93370

CHENG, Yi-ju a RAY, C. Dee. *Child-Centered Group Play Therapy: Impact on Social-Emotional Assets of Kindergarten Children*. Journal for Specialists in Group Work [online]. September 2016, 41 (3), 209-237 [cit. 5. 4. 2019]. ISSN: 0193-3922. Dostupné prostřednictvím EBSCOhost. DOI: 10.1080/01933922.2016.1197350

MEANY-WALEN, K. Kristin a TEELING, Sunny. *Adlerian play therapy with students with externalizing behaviors and poor social skills*. International Journal of Play Therapy [online]. Association for Play Therapy. April 2016, 25 (2), 64-77 [cit. 4. 4. 2019]. ISSN: 1555-6824. Dostupné prostřednictvím APA PsycNET. DOI: 10.1037/pla0000022

Nabízené služby. *Psychoterapeutické centrum pro děti a dospělé* [online]. BusiProf, 2018. [Cit. 4. 4. 2019]. Dostupné z: http://psychoterapeutickecentrumplzen.cz/about/

Nabízené služby. Terapie děti a mladiství 11-16 let. *Psychoterapeutické centrum pro děti a dospělé* [online]. BusiProf, 2018. [Cit. 4. 4. 2019]. Dostupné z: http://psychoterapeutickecentrumplzen.cz/about/terapie-deti-a-mladistvi-11-16-let/

Nabízené služby. Terapie hrou pro děti od 3 do 11 let. *Psychoterapeutické centrum pro děti a dospělé* [online]. BusiProf, 2018. [Cit. 4. 4. 2019]. Dostupné z: http://psychoterapeutickecentrumplzen.cz/about/terapie-hrou-pro-deti-od-3-do-11-let/

Nabízené služby. Terapie pro dospělé. *Psychoterapeutické centrum pro děti a dospělé* [online]. BusiProf, 2018. [Cit. 4. 4. 2019]. Dostupné z http://psychoterapeutickecentrumplzen.cz/about/terapie-pro-dospele/

Nabízené služby. Vzdělávání/Akce. *Psychoterapeutické centrum pro děti a dospělé* [online]. BusiProf, 2018. [Cit. 4. 4. 2019]. Dostupné z: http://psychoterapeutickecentrumplzen.cz/about/vzdelavaniakce/

O nás. *Psychoterapeutické centrum pro děti a dospělé* [online]. BusiProf, 2018. [Cit. 4. 4. 2019]. Dostupné z: http://psychoterapeutickecentrumplzen.cz/o-nas/

Psychoterapeutické centrum pro děti a dospělé [online]. BusiProf, 2018. [Cit. 4. 4. 2019]. Dostupné z: http://psychoterapeutickecentrumplzen.cz/

RAY, C. Dee. *Supervision of Basic and Advanced Skills in Play Therapy*. Journal of Professional Counseling: Practice, Theory & Research [online]. Texas Counseling Association. 2004, 32 (2), 29-41 [cit. 4. 4. 2019]. ISSN: 1556-6382. Dostupné prostřednictvím Taylor & Francis Online. DOI: 10.1080/15566382.2004.12033805

SEZNAM OBRÁZKŮ, TABULEK A DIAGRAMŮ

Obrázek č. 1 - Logo Psychoterapeutického centra Plzeň 32

Tabulka č. 1 - Sumarizace kategorií před, během a po terapii 35

Diagram č. 1 - Pozorované problémy dítěte 42

Diagram č. 2 - Přístup rodičů.....42

Diagram č. 3 - Pocity rodičů.....43

Diagram č. 4 - Názor na psychoterapii hrou.....44