

UNIVERZITA PARDUBICE
FAKULTA FILOZOFICKÁ

DIPLOMOVÁ PRÁCE

2018

Bc. Barbora Kárská

Univerzita Pardubice
Fakulta filozofická

Využití terapeutických technik a přístupů v etopedické praxi

Bc. Barbora Kárská

Diplomová práce
2018

Univerzita Pardubice
Fakulta filozofická
Akademický rok: 2016/2017

ZADÁNÍ DIPLOMOVÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Bc. Barbora Káráská**
Osobní číslo: **H16405**
Studijní program: **N7507 Specializace v pedagogice**
Studijní obor: **Resocializační pedagogika**
Název tématu: **Využití terapeutických přístupů a technik v etopedické praxi**
Zadávatel katedra: **Katedra věd o výchově**

Z á s a d y p r o v y p r a c o v á n í :

Diplomová práce bude zaměřena na terapeutické techniky a jejich využití v etopedické praxi. Teoretická část se bude zabývat definováním základních pojmů jako etopedie, poruchy chování, speciální pedagogika, ústavní výchova a terapie. V praktické části se práce bude zabývat využitím terapeutických technik v etopedickém zařízení. Výzkum bude prováděn pomocí kvalitativního výzkumu prostřednictvím polostrukturovaných rozhovorů s klienty ústavní výchovy a jejich pracovníky. Cílem diplomové práce bude porovnat, jakým způsobem jsou terapie vnímány samotnými klienty a pracovníky.

Rozsah grafických prací:

Rozsah pracovní zprávy:

Forma zpracování diplomové práce: **tištěná/elektronická**

Seznam odborné literatury:

- MÜLLER, O. Terapie ve speciální pedagogice. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2005. 295 s. ISBN 80-244-1075-3
PIPEKOVÁ, J.; VÍTKOVÁ, M. Terapie ve speciálně pedagogické péči. Brno: Paido, 2001. 165 s. ISBN 80-7315-010-7
SLOWÍK, J. Speciální pedagogika: Praha: Grada Publishing, 2007. 81 s. ISBN 978 -80 -247-1733-3
STANKOWSKI, A. Nástin problematiky etopedie a sociální patologie. Ostrava: Ostravská univerzita, 2004.140 s. ISBN 80-7042-360-9
ŠVARÍČEK, Roman; ŠEĐOVÁ, Klára a kol. Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách. Praha: Portál, 2007, ISBN 978-80-7367-313-0

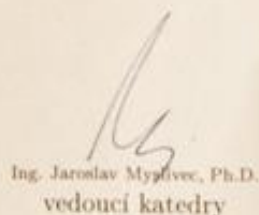
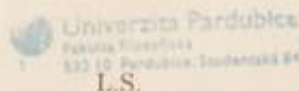
Vedoucí diplomové práce: **doc. PhDr. Albin Škoviera, Ph.D.**
Katedra věd o výchově

Datum zadání diplomové práce: **31. března 2017**

Termín odevzdání diplomové práce: **31. března 2018**



prof. PhDr. Karel Rýdl, CSc.
děkan



Ing. Jaroslav Myšlavec, Ph.D.
vedoucí katedry

V Pardubicích dne 30. listopadu 2017

Prohlášení:

Tuto práci jsem vypracoval samostatně. Veškeré literární prameny a informace, které jsem v práci využil, jsou uvedeny v seznamu použité literatury. Byla jsem seznámena s tím, že se na moji práci vztahují práva a povinnosti vyplývající ze zákona č. 121/2000 Sb., autorský zákon, zejména se skutečností, že Univerzita Pardubice má právo na uzavření licenční smlouvy o užití této práce jako školního díla podle § 60 odst. 1 autorského zákona, a s tím, že pokud dojde k užití této práce mnou nebo bude poskytnuta licence o užití jinému subjektu, je Univerzita Pardubice oprávněna ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložila, a to podle okolností až do jejich skutečné výše. Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své práce v Univerzitní knihovně.

V Pardubicích dne 30.3 2018

Bc. Barbora Kárská

Poděkování

Na tomto místě bych ráda poděkovala vedoucímu mé diplomové práce panu doc. PhDr. Albínu Škovierovi PhD. Děkuji za čas, který mi věnoval, za cenné rady, podnětné připomínky a za odborné vedení této práce. Také bych chtěla poděkovat všem účastníkům výzkumu za ochotu se mnou spolupracovat a za jejich poskytnuté informace.

NÁZEV PRÁCE

Využití terapeutických technik a přístupů v etopedické praxi

ANOTACE

Diplomová práce je zaměřena na terapeutické techniky a jejich využití v etopedické praxi. Teoretická část se zabývá definováním základních pojmů jako etopedie, poruchy chování, speciální pedagogika, ústavní a ochranná výchova a terapie. V praktické části se práce zabývá využitím terapií v etopedickém zařízení. Výzkum je prováděn pomocí kvalitativního výzkumu prostřednictvím polostrukturovaných rozhovorů s klienty ústavní a ochranné výchovy a jejich pracovníky. Cílem diplomové práce je porovnat, jakým způsobem jsou terapie vnímány samotnými dětmi a pracovníky.

KLÍČOVÁ SLOVA

Etopedie, poruchy chování, ústavní a ochranná výchova, terapie

TITLE

The use of therapeutic techniques and approaches in etopedic practice

ANNOTATION

The thesis deals is focused on therapeutic techniques and their use in etopedic practice. The theoretical part deals with the definition of basic concepts such as etopedy, behavioral disorders, special pedagogy, institutional education and therapy. In the practical part, the thesis deals with the use of therapeutic techniques in an etopedic facility. Research is conducted through qualitative research through semi-structured interviews with institutional and protective education clients and their staff. The aim of this thesis deals is to compare the way the therapies are perceived by the clients and the employees themselves

KEYWORDS

Etopedies, behavioral disorders, constitutional and protective education, therapy

Obsah

Úvod.....	10
Teoretická část	11
1 Resocializační pedagogika ve vztahu ke speciální pedagogice	11
1.1 Etopedie jako součást speciální pedagogiky.....	12
1.1 Poruchy chování.....	13
1.2 Klasifikace poruch chování.....	16
1.3 Sociálně právní ochrana dětí a mládeže	18
2 Systém institucionální péče	21
2.1 Stručný náhled do historie institucionální péče	22
2.2 Ústavní a ochranná výchova	24
2.3 Zařízení pro výkon ústavní a ochranné výchovy	25
3 Terapeutické přístupy- Terapie x Psychoterapie	27
3.2 Psychoterapeutické směry	29
3.3 Psychoterapeutické formy.....	29
3.3.1 Individuální terapie.....	30
3.3.2 Skupinová terapie	30
3.4 Terapeutický proces a cíle.....	31
3.5 Terapie ve speciální pedagogice – expresivní terapie.....	33
3.5.1 Arteterapie	34
3.5.2 Muzikoterapie.....	35
3.5.3 Biblioterapie	36
3.6 Animoterapie.....	37
3.6.1 Canisterapie	38
3.6.2 Hipoterapie	39
Praktická část	41
4 Vědecký výzkum	41

4.1 Charakteristika výzkumného šetření	41
4.2 Cíl výzkumu a výzkumné otázky	42
4.3 Charakteristika výzkumného souboru	42
4.4 Průběh výzkumného šetření	43
5 Zpracování a interpretace dat	44
5.1 Kategorie 1: Druhy terapií	45
5.2 Kategorie 2: Oblíbenost terapií	47
5.3 Kategorie 3: Cíle terapií	50
5.4 Kategorie 4: Hodnocení	55
6 Shrnutí výsledků	57
7 Diskuze k výsledkům výzkumného šetření	59
Závěr	62
Seznam použité literatura a prameny	64
Seznam příloh	68
Přílohy	69

Úvod

Pojmy etopedie nebo ústavní a ochranná výchova v mnoha lidech vzbuzuje asociace něčeho zlého, neznámého, nenormálního a pro společnost ohrožujícího nebo neví, o co se jedná. V mnohých případech se tak setkáváme s předsudky či neopodstatněným strachem či jakousi laxností a odsouzením. Díky masmédiím, které zásobují lidskou mysl pouze negativními články a zprávami ze zařízení ústavní nebo ochranné výchovy, nabyde mnoho lidí pocitu, že se jedná o děti a mládež bezmezně nenapravitelnou. S tímto názorem nesouhlasím, a proto bych ráda přiblížila terapii, jakožto součást celého výchovného procesu, které se podílejí na převýchově a pomoci těmto dětem.

Jedním z důvodů, proč jsem si vybrala dané téma je, jak jsem již zmínila, nesouhlas s určitými názory vůči dětem z ústavní a ochranné výchovy a také osobní zkušenost v rámci školy se skupinovou a individuální terapií, která mi v mnoha situacích pomohla. Ráda bych tedy poukázala na nezastupitelnou roli terapií při práci s dětmi s poruchami chování a emocí. Na to, jakým způsobem terapie pomáhají, co se při nich s dětmi děje a jak je vnímají.

Předložená diplomová práce je členěná na dvě části, na teoretickou část skládající se ze tří kapitol a jejich podkapitol a na část praktickou. První kapitola teoretické části diplomové práce přibližuje spojitost mezi resocializační pedagogikou a pedagogikou speciální, do které se řadí etopedie zabývající se poruchami chování a emocí u dětí a mládeže. V následující kapitole se práce zaměřuje na systém institucionální péče neboli ústavní a ochranné výchově počínaje stručným náhledem do historického pojetí až po současnost. Třetí a poslední kapitola teoretické části je věnována terapiím. Podrobněji se zabývá terapií a psychoterapií, jejich definicemi a dělením. V podkapitolách jsou rozepsány konkrétní druhy terapií ve speciální pedagogice, do kterých spadají expresivní terapie (arteterapie, muzikoterapie), animoterapie a dále individuální a skupinové terapie.

Praktická část diplomové práce je koncipována jako kvalitativního výzkumu. Výzkumné šetření probíhá za pomoci polostrukturovaných rozhovorů s etopedy, terapeuty, a psychology a s klienty, kteří jsou nebo byli v etopedickém zařízení. Cílem diplomové práce je zjistit, jakým způsobem jsou terapie vnímány samotnými klienty a pracovníky institucí.

Ráda bych přiblížila a představila ústavní a ochrannou výchovu a důležitost terapií, které jsou součástí práce v zařízeních ústavní a ochranné výchovy.

Teoretická část

1 Resocializační pedagogika ve vztahu ke speciální pedagogice

Tato kapitola v úvodu stručně zmiňuje vztah resocializační pedagogiky ke speciální pedagogice. V rámci speciální pedagogiky je zahrnuta vědní disciplína etopedie, která je zaměřena na děti a mládež s poruchou chování a emocí. Jelikož se etopedie zabývá dětmi a mladistvými, v závěru kapitoly je zmíněn zákon o sociálně právní ochraně dětí, který se v některých částech dotýká problematiky dětí s poruchou chování.

Resocializační pedagogika, jež má kořeny v Polsku, je v České republice známá díky publikaci Resocializační pedagogika (Czapów, 1981). V minulosti byla resocializační pedagogika vnímána spíše jako teoretická věda nebo jako součást společenských věd zaměřených na osoby se zhoršenou sociální přizpůsobivostí a jejich následnou izolací. Czesław Czapów a Stanisław Jedlewski přiblížili tuto disciplínu především ve druhé polovině minulého století, kdy se vlivem inkluzivních přístupů začala do popředí dostávat integrace naproti izolaci. Tento přístup se odráží od tvořivé resocializace, která klade důraz na dobro v člověku a jeho kladné stránky. Jako její předmět uvádí Czapów resocializační výchovu, při které se redukuje výchovné potíže způsobené psychickým stavem. (Průcha, 2014)

Pytka toto dále rozšiřuje a zmiňuje další tři aktivity, a to resocializační péči uspokojující potřeby jednotlivce, terapie zahrnující léčbu poruch a také resocializační výchovu utvářející mechanismy vnitřní kontroly. (Pytka, 2000)

Czapów vidí předmět resocializační pedagogiky v tom, když se „*přetváří sféra relativně trvalých motivací vychovávaného jedince, jakož i struktura těchto motivací.*“ (Czapów, 1981. str. 58)

Czapów s Jedlewskim, rozdělují resocializační pedagogiku do dvou oblastí, a to na obecnou resocializační pedagogiku a speciální resocializační pedagogiku. Obecná resocializační pedagogika je definována široce a vztahuje se i ke skupinám, u kterých došlo ke změně v sociálním prostředí oproti speciální resocializační pedagogice jejímž předmětem jsou osoby sociálně deprimované. Polská psychologka Maria Grzegorzewska je považována za zakladatelku polské speciální pedagogiky, mezi kterou je obvykle zařazována právě i resocializační pedagogika. Grzegorzewska řadila do oblastí speciální pedagogiky i oblast sociálního nepřizpůsobení. (Czapów, Jedlewski, 1981)

1.1 Etopedie jako součást speciální pedagogiky

Ačkoli se s péčí o handicapovaného člověka setkáváme již od starověku, pojem speciální pedagogika se začal formovat zejména během 20.století. Slowik (2007) uvádí, že speciální pedagogika je disciplína zabývající se výchovou, vzděláváním a celkovým osobnostním rozvojem a sociálním začleněním jedinců, kteří jsou tělesně, smyslově, řečově, psychicky nebo sociálně znevýhodnění. Dále také ale poukazuje na to, že tento obor není soustředěn pouze na postižení, ale zaobírá se celkově člověkem, který je vlivem těžké životní situace znevýhodněný a potřebuje odbornou pomoc a podporu.

Speciální pedagogika využívá mnoho dělení, ale nejpoužívanější je dělení na oblasti neboli „pedie“, jejichž autorem je M. Sovák.

- Logopedie- věda zabývající se osobami s řečovým postižením
- Oftalmopedie – věda zabývající se osobami se zrakovým postižením
- Surdopedie – věda zabývající se osobami se sluchovým postižením
- Psychopedie – věda zabývající se osobami s mentálním postižením
- Somatopedie – věda zabývající se osobami s tělesným postižením
- Etopedie – věda zabývající se dětmi a mládeží s poruchami chování a emocí (Slowik, 2007)

Etopedie je vědní disciplína zabývající se výchovou a vzděláváním jedinců s poruchami chování a emocí. Je jednou ze mnoha speciálně pedagogických disciplín a je tak její součástí. Etopedie byla do roku 1969 součástí psychopedie, ze které se později vyčlenila. Úzce spolupracuje s psychologií, (vývojovou, pedagogickou, sociální), penologií, právem, pedagogikou atd. Propojením těchto věd vzniká při řešení problému s jedincem komplexní obraz, který je důležitý pro další práci. Cílovou skupinou v tomto oboru jsou nejen děti a mládež, ale i rodiče, učitelé, výchovně vzdělávací instituce a v podstatě celá společnost. (Vojtová, 2008; Kaleja,2013)

„Etopedie se nezabývá jen člověkem s poruchami chování, ale studuje etiologii vzniku mravních poruch a cesty vedoucí k nápravě.“ (Slomek, 2010, str. 6)

Podle Kaleji (2013, str. 6) je etopedie *„pedagogickou disciplínou, která se zabývá otázkou prevence, intervence a reedukace v oblasti poruch chování a problémů v chování. Její cílovou skupinou v obecném slova smyslu, dá se říct, je celá společnost, neboť do popředí stavíme i význam prevence. V užším slova smyslu cílovou skupinu tvoří jedinci s poruchou chování a s problémy v chování.“*

Do předmětu oboru etopedie řadí otázky, které se týkají morálního formování, ovlivňování osobnosti jedince, etiologie poruch chování a problémů v chování, diagnostiky, prevence a poradenství, profylaxe, determinace, systému školských institucí, spolupráce s příslušnými orgány, spolupráce s ostatními obory.

1.1 Poruchy chování

Poruchy chování spadají do problematiky spojené se speciální pedagogikou v oblasti etopedie. Jsou spjaté s nerespektováním běžných společenských pravidel, norem a autorit. To, zda se jedná o poruchu chování, určuje společnost, která se řídí určitými normami, kulturou, tradicemi a zvyklostmi, podle níž se určuje morální hodnota. (Slowik, 2007) „*Znamená to především narušenou přirozenou interakci, negativní modifikaci vzorů chování, nenaplnění základních potřeb člověka, které jsou pro normalitu vývoje v sociální oblasti nezbytné uspokojit.*“ (Jůva, 2001, str. 85)

Dle DSM-IV, 1994 (od roku 2013 DSM-V) se o poruchu chování jedná tehdy, pokud jedinec plně chápe význam hodnot a norem. Tento předpoklad většinou nesplňují mentálně retardovaní jedinci nebo ti, kteří pocházejí z odlišné kultury. Často se porucha chování projevuje neschopností navázat a udržet přijatelné sociální vztahy. Z důvodu dostatečně nerozvinutého svědomí, jedinci nepocitují vinu za porušení norem. (Vágnerová, 2008)

Kaleja (2015) uvádí znaky poruch chování podle psychologa Bowena. Řadí do nich neschopnost učit se, neschopnost navazovat a udržovat uspokojivé vztahy s vrstevníky, nepřiměřené chování a emoční prožívání, silné pocity neštěstí a deprese.

Etiologie poruch chování se nejčastěji vztahuje k sociálně podmíněným příčinám a to tehdy, pokud jedinec nevykazuje patologické změny osobnosti. Mezi ně patří nepodnětné a patologické rodinné prostředí s čímž posléze souvisí i negativní výchovné postupy nebo vrstevnické skupiny. V druhém případě se jedná o jedince s psychickou poruchou, onemocněním, mentálním postižením nebo hyperaktivitou. V tomto ohledu je nutné k jedinci přistupovat v některých ohledech (terapie, diagnostika, náprava) odlišně. (Slowik, 2007)

Poruchy chování jsou mnohdy zapříčiněné nepříznivým vlivem většího počtu rizik, tzv. multifaktoriálně podmíněné, např. sociálně, biologicky nebo trpí poruchou vztahové vazby, citovou deprivací apod.

Genetické dispozice se mohou projevovat na úrovni temperamentu, kdy se u jedince vyskytují rizikové faktory jako podrážděnost, impulzivita, vyhledávání vzrušení, ztráta zábran, lhostejnost apod. Tyto dispozice se často objevují již v raném věku a jsou málo ovlivnitelné.

Ačkoli se mnohdy podobným chováním projevuje alespoň jeden z rodičů, je složité odlišit dědičné faktory od psychosociální zátěže.

Z hlediska biologických faktorů se jedná o narušení struktury či funkcí CNS, které může nastat například poraněním hlavy, komplikacemi při porodu, zánětlivé onemocnění mozku apod.) Postižení biologického charakteru se projevuje emoční labilitou, impulzivitou, nižší schopností sebeovládání, agresivitou, výbušností. Jedinci plně svému negativnímu chování rozumí, avšak nejsou schopni své chování korigovat a vzniklou situaci vhodně řešit.

Vliv sociálního prostředí patří mezi nejvýznamnější faktory, které ovlivňují utváření osobnosti. Špatné a nepodnětné prostředí může znamenat negativní dopad na způsob chování. Mezi primární a nejdůležitější sociálních prostředí patří rodina. Rodina dítěti poskytuje základní sociální zkušenosti, které získává napodobou a identifikací. Pokud rodiče trpí poruchou chování, dítě velice snadno přijme a napodobí normu v rodině a její hodnotový systém. Další důležitou skupinu v životě dítěte zastává skupina vrstevníků. Ačkoli je mnohdy vliv vrstevníků velice silný, za předpokladu funkční rodiny není tak významný. Rodina je velice důležitým činitelem, a proto kterákoliv sociální skupina navazuje na již položené základy. Pokud rodina neplní základní funkce, dochází k neplnění potřebných podnětů k rozvoji jedince. V některých případech dochází k subdeprivačnímu působení rodiny, která působí formálně, avšak své dítě nerespektuje a neposkytuje mu pocit bezpečí a jistoty. Dítě tak vyrůstá v nejistém prostředí, kde mu není poskytnut jeho prostor. Některé rodiny se vyznačují nepodnětnou výchovou, kdy se jejich společné trávení času vyznačuje nudou, nepodnětným a nevhodným trávením volného času. Z tohoto důvodu si děti hledají zábavnější náplň času, přičemž jejich chování může být za hranicí normy. (Vágnerová, 2008, str. 780-783)

Na vzniku poruch chování se dle Hrdličky (2015) podílejí faktory biologické, individuální, rodinné, sociální a školní.

Souhrn rizikových faktorů poruch chování:

- Biologické faktory - genetika, nízká porodní hmotnost, před a poporodní komplikace, onemocnění a poranění mozku, mužské pohlaví
- Individuální faktory – nízké průměrné IQ, těžce zvládnutelný temperament, agresivita, impulzivita a hyperaktivita, narušená pozornost, vada řeči, porucha čtení
- Rodinné faktory – antisociální chování nebo abúzus návykových látek u rodičů, domácí násilí, výchova jedním rodičem, rozvod rodičů, tvrdá výchova, hrubé zacházení nebo zanedbávání, konflikt mezi rodičem a dítěte, nedostatečný dohled rodičů, nadměrná rodičovská kontrola, deprese a zlost matky, nízký věk matky

- Sociální a školní faktory – nízký socioekonomický status, vztahy s problémovými vrstevníky nebo sourozenci, odmítnutí vrstevníky, oběť trestného činu nebo šikany, problematické okolí (sociálně slabé, kriminální), špatně fungující nebo špatně organizované školy, intenzivní vystavení násilí v médiích (Hosák, Hrdlička, 2015, str. 368-369)

Mezi nejčastější projevy poruchy chování patří zlozvyky, lhaní, agresivita, záškoláctví, krádeže, útěky, toulky, patologické závislosti a mnoho dalších. (Slowik, 2007)

Příznaky poruch chování spadají do několika oblastí a mění se s věkem dítěte. Při diagnostice je nutné zohlednit věkové zvláštnosti dětí. Do první oblasti spadá vzdorovitost, odmítavost a nepřátelský postoj. Dítě se často hádá, zlobí se a rozčiluje se, trpí výbuchy vzteku, projevuje fyzickou agresi ke zvířatům, lidem atd. Další oblastí je destrukce majetku a vlastnictví, kdy dítě ničí majetek druhých, zakládá požáry, vloupává se do bytů. Třetí oblast je nepoctivost nebo krádež. Poslední oblastí je vážné násilné porušování pravidel. Opakovaně přes zákazy rodičů zůstává v noci venku, časté záškoláctví, útěky apod.

Hrdlička (2015) uvádí poruchu chování ve vztahu k rodině, nesocializovanou a socializovanou poruchu chování. Porucha chování v rodině se vyznačuje agresí vůči některým členům rodiny nebo se vyskytuje pouze v rodině (lži, krádeže, zhárství). Mimo rodinu se závažnější problémy nevyskytují. Nesocializovaná porucha chování je typem samotářským a agresivním. Jedná se o aktivitu jedince samotného, která se projevuje vydíráním, šikaně, sexuální aktivitě, koalí, odmítáním, krutostí k lidem i ke zvířatům. Dítěti chybí empatie, pocit, viny lítost. Socializovaná porucha se odlišuje ve vztahu s vrstevníky, dítě je schopno navázat vztahy na běžné úrovni i trvalé přátelství. Avšak se do přestupků zapojují společně ve skupinách. Typickým znakem je negativní vztah k autoritě, vandalismus, ničení majetku. Většinou k závažnější projevům agrese nedochází a projevují se mimo domov a rodinu. Hrdlička (2015) také uvádí odlišnost léčby poruch chování v různých věkových v různých věkových kategoriích. Jako léčba uvádí psychosociální léčba a psychofarmakoterapie, která je standardně a dlouhodobě používána. Psychosociální léčba zahrnuje rodiče, školu a ústavní prostředí. S mladšími dětmi je nutno provádět kombinaci rodičovských technik, rodinné a individuální terapie, nácviku sociálních dovedností a intervence ve školním zařízení. U adolescentů je léčba obdobná, avšak je nutné se blíže zaměřit na problémové oblasti života.

1.2 Klasifikace poruch chování

„V současné mezinárodní klasifikaci nemocí jsou poruchy chování u dětí definovány jako opakující se a trvalý (v trvání nejméně 6 měsíců) vzorec asociálního, agresivního a vzdorovitého chování, které porušuje sociální normy a očekávání přiměřená věku dítěte (např. krádeže, rvačky a krutost vůči lidem a zvířatům, opakované lži, záškoláctví, útěky z domova).“ Pokud je jeden z typů tohoto chování výrazný a dlouhotrvající postačuje pro diagnózu. (Říčan, 2006, str. 240.)

MKN-10 dělí poruchy chování takto:

F 91 Poruchy chování

F 91.0. Porucha chování ve vztahu k rodině

F 91.1. Nesocializovaná porucha chování

F 91.2. Socializovaná porucha chování

F 91.3. Porucha opozičního vzdoru

F 91.8. Jiné poruchy chování

F 91.9. Porucha chování nespécifikovaná (Mezinárodní klasifikace nemocí [online])

Jůva (2001, str. 86) ve své publikaci charakterizuje poruchy chování jako „*projev narušeného vztahu k výchově mnohdy u sociálně narušené mládeže. Jedná se o odchylku v procesu socializace, kdy jedinec nerespektuje normy chování na úrovni odpovídajícího věku a rozumových schopností.*“

Poruchy chování podle závažnosti:

- Disociální chování spočívá v nespolečenském a nepřiměřeném chování. Často je dítětem projevováno ve školním prostředí ale i doma. Mnohdy se jedná o drobné porušení norem s častým přechodným charakterem, které se ale dají zvládnout běžnými pedagogickými postupy. Mezi takové projevy se řadí zlozvyky, lži, vzdorovitost nebo negativismus. Toto chování často odezní samo odchodem puberty nebo za pomoci poradenské či terapeutické pomoci pedagoga či speciálního pedagoga.
- Asociální chování zahrnuje porušování společenských norem, které ale stále neporušují právní předpisy. Tento jedinec jedná v rozporu s morálkou, trpí nedostatečným sociálním cítěním. Jeho chování většinou poškozuje jeho osobu (toxikománie, alkoholismus, sebepoškození). Dále se může objevovat záškoláctví, krádeže, útěky, sexuální deviace, sebevraždy. Častou příčinou je přijetí do party, dobrodružství, upoutání pozornosti, šikana,

narušení sociálních vztahů, reakce na náročnou životní situaci aj. Při pomoci je využívána speciálně pedagogický přístup poradenské i ústavní péče, kde jsou jedinci motivováni.

- Antisociální chování je veškeré chování, které porušuje právní předpisy. Je to jakékoli protispolečenské jednání, které poškozuje společnost i samotného jedince, a to i v oblasti samotného života. Velmi často je pokračováním asociálního chování. Projevem antisociálního chování je veškerá trestní činnost (krádeže, vloupání, sexuální delikty, vraždy, zabití) agresivita, terorismus aj. U této poruchy je velká pravděpodobnost recidivy. Při nápravě je využívána ústavní péče, školská zařízení a věznice.

Poruchy chování podle věkové kategorie jsou typické pro určitý věk a mohou se vzájemně prolínat. Velmi často jsou uvedeny společně s poruchami dle stupně narušenosti.

- Děti 6-15 let patří do nejmladší kategorie z hlediska kriminality. V tomto období je jejich činnost označována jako prekriminální, dětská delikvence či dětská kriminalita. Často se porucha objeví v souladu s náročnou fyzickou či psychickou situací jako je například vstup do školy, kdy je po dítěti vyžadováno dodržování režimu, podřízení se autoritě anebo začlenění se do nového kolektivu. Znakem pro dětskou kriminalitu je skupinovitost, malá připravenost a impulzivita a spontánnost. Mnohdy se dítě staví k situaci flegmaticky, negativně a netečně. Projevy mohou být v podobě záškoláctví, lhaní, vzdorovitosti či neposlušnosti a v současné době zvyšující se brutality páchaných činností.
- Mladiství 15-18 let trpící poruchou chování jsou přiřazeni do jubilejní delikvence nebo kriminalita mladistvých. Období dospívání je charakteristické zejména pro sociální změny a formování osobnosti, která je mnohdy nezralá a její morální vývoj je nedokončený. Vznikem nových sociálních rolí a nových sociálních skupin se mnohdy objeví silný vliv vrstevníků, který značně ovlivňuje chování jedince. Mezi nejčastější projevy patří trestná činnost, násilné činy proti jednotlivci či skupině, alkoholismus, prostituce, organizovaný zločin, toxikománie, gamblerství aj. (Jůva, 2001, str. 85-87)

Vágnerová (2015) začleňuje poruchy chování do dvou kategorií. První kategorií jsou neagresivní poruchy, do kterých spadá lhaní, podvádění, záškoláctví, toulky a útěky. V druhé kategorii se jedná o agresivní poruchy chování, které se projevují násilným omezováním základních práv jiných osob, krádeže či vandalismus.

Další členění poruch chování uvádí Kaleja (2013, str. 40):

- *podle výskytu agresivity (agresivní porucha chování a neagresivní porucha chování),*

- *podle prognózy (porucha chování s dobrou prognózou a porucha chování se špatnou prognózou),*
- *podle vlivů (porucha chování s vnitřními vlivy a porucha chování s vnějšími vlivy),*
- *podle míry socializace (socializovaná porucha chování, nesocializovaná porucha chování),*
- *poruchy chování externalizované a poruchy chování internalizované*

1.3 Sociálně právní ochrana dětí a mládeže

Právní rámec, jenž se zabývá ochranou práv a zájmů dítěte, je předmětem řady orgánů, předpisů, právnických a fyzických osob, tudíž jej nelze zahrnout do jediného právního předpisu. Do této oblasti spadá Úmluva OSN o právech dítěte z roku 1989, Listina základních práv a svobod z roku 1993, zákon č. 218/2003 Sb., o soudnictví ve věcech mládeže, ve znění pozdějších předpisů, zákon č. 109/2002 Sb., o výkonu ústavní nebo ochranné výchovy ve školských zařízeních a o preventivně výchovné péči ve školských zařízeních, zákon č. 359/1999 Sb., o sociálně-právní ochraně dětí, ve znění pozdějších předpisů, (dále jen „zákon SPO“) a mnoho dalších věnující se specifickým oblastem. (Legislativa a systém sociálně-právní ochrany [online])

Dle zákona o SPO je především nejdůležitější zájem a blaho dítěte.

Zákon o SPO vymezuje v § 1 sociálně-právní ochranu dětí jako:

- a) ochranu práva dítěte na příznivý vývoj a řádnou výchovu,
- b) ochranu oprávněných zájmů dítěte včetně ochrany jeho jmění,
- c) působení směřující k obnovení narušených funkcí rodiny
- d) zabezpečení náhradního rodinného prostředí pro dítě, které nemůže být trvale nebo dočasně vychováváno ve vlastní rodině.

V souvislosti s poruchami chování se zákon SPO zaměřuje v § 6 odst. 1, písm. c), d) na děti, *„které vedou zahálčivý nebo nemravný život spočívající zejména v tom, že zanedbávají školní docházku, nepracují, i když nemají dostatečný zdroj obživy, požívají alkohol nebo návykové látky, jsou ohroženy závislostí, žijí se prostitutí, spáchaly trestný čin nebo, jde-li o děti mladší než patnáct let, spáchaly čin, který by jinak byl trestným činem, opakovaně nebo soustavně páchají přestupky podle zákona upravujícího přestupky nebo jinak ohrožují občanské soužití, opakovaně se dopouští útěků od rodičů nebo jiných fyzických nebo právnických osob odpovědných za výchovu dítěte.“* (§6, odst. 1, písm. c), d) z. č. č. 359/1999 Sb.)

Ačkoli má každý orgán SPO stanovenou svoji funkci, obecní úřady obcí s rozšířenou působností a obecním úřadům plní největší funkci, kde bezprostředně sledují ochranu práv dítěte a snaží se včas použít potřebná opatření k vyřešení problému.

Podle § 11 a §12 zákona o SPO má obecní úřad obce s rozšířenou za úkol poskytovat pomoc nebo ukládat povinnost rodičům v oblasti poradenství, a to v případě, kdy nejsou schopni řešit problémy spojené s výchovou dítěte nebo nezajistí dítěti odbornou pomoc.

Zákon o SPO upravuje i oblast výchovného opatření. V § 13 může obecní úřad obce s rozšířenou působností napomenout vhodným způsobem dítě, rodiče, jiné osoby odpovědné za výchovu dítěte, popřípadě toho, kdo narušuje řádnou péči o dítě. V § 14 obecní úřad obce s rozšířenou působností podává návrh soudu na nařízení ústavní výchovy, na prodloužení nebo zrušení ústavní výchovy, na nařízení výchovného opatření, na přemístění dítěte do jiného zařízení pro výkon ústavní či ochranné výchovy. Dle § 29 Obecní úřad obce s rozšířenou působností sleduje dodržování práv dítěte ve školských zařízeních pro výkon ústavní výchovy a ochranné výchovy.

Děti a mládež s poruchami chování a emocí dle zákona SPO patří do skupiny „děti vyžadující zvýšenou pozornost“. Péče o tyto děti spadá do § 31 spočívající v pomoci při překonávání nepříznivých sociálních podmínek a výchovných vlivů, s cílem umožnit jim začlenění do společnosti, včetně začlenění pracovního. Dle § 32 je péče o děti s výchovnými problémy zabezpečována obecním úřadem obce s rozšířenou působností prostřednictvím sociální kurately (kurátor pro děti a mládež), která má za úkol odstranění, zmírnění nebo zamezení poruch běžného vývoje dítěte. Je zaměřena na využití volného času, na trávení volného času s fyzickými osobami nebo skupinami, které požívají návykové látky či páchají trestnou činností, na děti projevující násilí, na děti z rodin s nízkou sociální úrovní nebo nabízejí programy pro využití volného času, a to i ve spolupráci se školami či jinými subjekty. Kurátoři jsou při péči v osobním styku s dítětem a s jeho rodinou v přirozeném prostředí. S dítětem pracují podle sociálního postavení, druhu a povahy chování dítěte a snaží se zabránit opakovaným poruchám v chování a problémům, jež mohou vést k negativním vlivům působícím na jejich chování.

Mezi zařízení sociálně-právní ochrany patří dle § 39 zákona SPO

- zařízení odborného poradenství pro péči o děti
- zařízení sociálně výchovné činnosti
- zařízení pro děti vyžadující okamžitou pomoc

- výchovně rekreační tábory pro děti (Platné znění zákona č. 359/1999 Sb., o sociálně-právní ochraně dětí, ve znění pozdějších předpisů [online])

Tyto zařízení zřizují obce, kraje a pověřené osoby. Zařízení sociálně výchovné činnosti a výchovně rekreační tábory jsou určeny pro děti s výchovnými poruchami. Poskytují programy zabývající se rozvíjením sociálních dovedností, výchovných činností a využití volného času a směřující k odstranění nebo potlačení poruch chování, k získání potřebných společenských a hygienických návyků. Zařízení pro výkon ústavní a ochranné výchovy jsou podrobněji definována v zákoně č. 109/2002 Sb., o výkonu ústavní výchovy nebo ochranné výchovy ve školských zařízeních a o preventivně výchovné péči ve školských zařízeních a o změně dalších zákonů.

2 Systém institucionální péče

Tato kapitola se zabývá systémem institucionální péče, ve kterém je realizována náhradní rodinná výchova a dále preventivní výchovná péče. Popsána je historie a současnost ústavní a ochranné výchovy a školská zařízení, kde výchova probíhá. Děti, které vyrůstají mimo harmonické rodinné prostředí se potýkají s pocity nejistoty a ztráty bezpečí, což ovlivňuje další vývoj osobnosti a vztah k okolí.

Podle názoru Matouška (1999) dítě ke svému vývoji potřebuje klidné prostředí, kde o něj bude pečovat jen několik pečujících osob. Děti, jež byly vystavené výchově bez rodičů, trpěly citovou deprivací.

„Institucionální výchova bývá také někdy označována jako rezidenční výchova. Termínem rezidence naznačujeme pobyt dítěte v daném ústavu.“ (Kaleja, 2013, str. 28)

Instituce, jež pečují o děti, spadají do resortu ministerstva mládeže a tělovýchovy, zdravotnictví a práce sociálních věcí a ministerstva školství, které zajišťují ústavní péči a poradenství.

Pokud není zajištěná rodinná péče, dítě je od narození do 3 let umístěno v rámci Ministerstva zdravotnictví do kojeneckých ústavů, dětských domovů nebo do dětských center. Zde se stanoví diagnóza a prognóza, která dopomůže co nejdříve umístit dítě do rodinné péče.

Zařízení, jež jsou v gesci Ministerstva práce a sociálních věcí, jsou domovy pro osoby (děti) se zdravotním postižením a zařízení pro děti vyžadující okamžitou péči. Jsou určeny pro osoby se zdravotním postižením (tělesným, smyslovým, mentálním či kombinovaným) a pro děti od 0–18 let, jejichž zdravý vývoj nebo život je ohrožen, nebo pro děti týrané či zneužívané.

Zařízení, jež spadají do Ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy jsou dětské domovy, dětské domovy se školou, dětské diagnostické ústavy, dětské výchovné ústavy a střediska výchovné péče, které se orientují na děti s poruchami chování. (Kaleja, 2013, s. 28-29)

„Ústav je světem pro sebe, ostrov soběstačného řádu, v němž je život omezený a předvídatelný vůči okolnímu sociálnímu prostředí. Ústav je spjat se třemi archaickými lidskými zkušenostmi: zkušeností rodiny, zkušeností obce a zkušeností vyobcování. Zkušeností obce a rodiny je společný zážitek domova. Ústav je vždy pokusem o umělý domov, azyl. Třetí archaickou zkušeností, protichůdnou, je vyobcování. Tato zkušenost je negativem předchozích dvou. Právo patřit do obce a do rodiny může člověk ztratit a může být vyhnán do sféry neznáma, chaosu. Tam může se stejně postiženými vytvořit miniaturní komunitu, která s původní obcí komunikuje minimálně“ (Mühlpachr, 2001, str. 33)

V problematice poruch chování je důležité předcházet delikventnímu a nežádoucímu jednání neboli využít primární a sekundární prevence. Cílem prevence je předcházení sociálně patologických jevů a prezentace sociálně příznivého chování. Primární prevence zahrnuje výchovu dětí v rodinách, školách a školských zařízeních za preventivních programů (peer programy), které jsou realizovány ve školách a střediscích volného času. Sekundární prevence zahrnuje poradenskou a ústavní péči, kterou provádí etoped, sociální pedagog, sociální pracovník a psycholog. (Jůva, 2000)

Prevence spočívající v práci s rodinou je zaměřená na podporu adekvátního fungování rodiny, co v nejmladším věku. S tím je mohou pomoci centra rané péče zaměřená na práci s rodinami s problémovými dětmi, dále mohou pomoci výchovní poradci, pedagogicko-psychologické poradny či střediska výchovné péče. V oblasti práce s problémovými dětmi se jedná o vyplnění volného času aktivitami, které oddělení sociálně prevence při magistrátech. V případě dětí s poruchou chování lze využít některou z metod individuální a skupinové psychoterapie. (Vágnerová, 2008)

2.1 Stručný náhled do historie institucionální péče

Dějiny ústavní péče o mládež patřily v historii přehlíženým tématům. Ústavní péče se začínala objevovat ve středověku až s příchodem křesťanství. Existovaly tzv. tzv. *xenodochia* – útulky pro nemocné pocestné) a *orfanotrofia* neboli sirotčince. Z antiky se nedochovaly žádné informace o zařízení pro chudé, pro sirotky nebo pro jakkoli handicapované. Nežádoucí či nemocné děti byly odkládány nebo zabíjeny. Pokud byly někým nalezeny, staly se členy rodiny a ve společnosti měly své místo. Antika na rozdíl od středověku byla tolerantní a duševní poruchy uznávala. Koncem 17. století jsou handicapováni vyřazováni ze společnosti.. Zřizují se velké ústavy pro mentálně retardované, kriminální osoby, ale i chudé lidi, které zakládá v 18. století stát namísto církve. (Matějček, 1999)

V historii je možné sledovat několik výchovných systémů ve vývoji péče o jedince s poruchami chování. Tyto systémy se dělí na tradiční, rodinné a systémy s vnitřní sociální strukturou. Tradiční systémy byly rozděleny na Filadelfský, Augburnský a Lensburgský, které se postupně vyvíjely od úplné izolace chovanců, přes uniformitu a vynucenou jednotnost až po sebekázeň, sebeuvědomění a sebekontroly. Rodinné systémy se snažily napodobit klasický vzorec rodiny a její výchovy. Vznikaly velké kolonie, které vedl vychovatel a tvořilo ji až 40 chovanců. V posledním systému se jednalo o humanismus, pedagogický optimismus, a o skupinovou výchovu. (Slomek, 2010, str. 14-15)

I přestože 19. století bylo období vzniku základů ústavní výchovy, většinou se péče vztahovala pouze k potřebám pro přežití nikoli pro výchovu. Ústavy pro dlouhodobější péči se nazývali nalezince, sirotčince, vychovatelny a polepšovny. V druhé polovině 19. století začaly vznikat instituce zaměřené na krátkodobou péči určené pro různé věkové kategorie jako opatrovny a jesle.

Počátek ústavů v České republice je datován na přelomu 16. a 17. století. Jedním z těchto ústavů je Vlašský špitál zaměřený na ochranu a péči o nalezence a sirotky. Dále byl zřízen roku 1789 chorobinec zaměřený na nemocné, přestárlé osoby, neslyšící, nevidomé či postižené děti. Na počátku 18. století vznikaly sirotčince, které byly zřizovány jednotlivci nebo církví. Jejich funkce nebyla zákonně upravena a finančně podporována. Koncem 19. století stoupla jejich potřeba, jež byla zapříčiněna průmyslovou revolucí. Stejně tak vznikl koncept dětské delikvence. Jednalo se o vychovatelny a polepšovny, které byly zaměřeny na nápravu dětí a mládeže, jejíž v chování neodpovídalo normám tehdejší doby. Rozvoj vychovatelů nastal v 80. letech 19. století jejíž úkolem byla především prevence delikvence. Do tohoto zařízení se mohli dostat nejen opuštěné děti ale i děti s trestnou činností. Roku 1873 vyšel v platnosti zákon o speciální ústavní výchově, který byl roku 1885 zrušen a nahrazen dvěma říšskými o donucovacích pracovnách a polepšovnách nařizujícími zřídit speciální ústavy pro převýchovu.

V roce 1888 byla otevřena první polepšovna v Kostomlatech pod Milešovkou určená pro převýchovu mladistvých delikventů a pro potrestání a převýchovu bývalých mladistvých vězňů. Polepšovny nebyly koedukovaná zařízení a pečovaly o děti od 14–18 let, ale i o mladší děti, které se dopustily trestného činu. Do polepšovny se děti a mladiství dostávaly na základě rozhodnutí soudu, rodičů či poručníka. Výchovné metody v těchto ústavech se neliší od vychovatelů. (Sychrová, 2015, str. 8-20)

V roce 1921 vyšel zákon č. 265, který preferoval umístění dětí do pěstounské péče jako péče rodinné nikoli do ústavu. V letech 1918–1938 měla ústavní péče o delikventní mládež spíše charakter donucovací a trestající. Po druhé světové válce začaly objevovat ve větší míře názory na negativní vliv institucionální výchovy a na rozvoj dítěte. Začínalo postupné odklánění se od umisťování dětí do ústavů. V 70-80. letech nastaly změny v jiných pobytových službách a ovlivnily i ústavní péči o dítě, která pak spočívala v psychiatrické péči, péči o postižené ve vzdělávání a v justici. V zahraničí se začala rozvíjet podpurná komunitní péče jakožto preventivní působení na rodinu v jejím přirozeném prostředí. Děti obvykle pobývaly v ústavech dlouhou dobu a ztrácely schopnost se začlenit do společnosti, navazovat vztahy či udržení partnera. Proto vyvstala nutnost změny prostředí v ústavech. Změny vyvrcholily roku

1989 při vzniku první Úmluvy o právech dítěte. Začala se prosazovat změna názorů na nezbytnou ústavní péči, do popředí se dostaly práva dítěte a rodina byla opět vnímaná jako základ, a to nejlepší pro vývoj ohroženého dítěte. V souvislosti s tím se objevují i současné legislativní změny, a to především v zákonech č.259/1999 Sb., o sociálně právní ochraně dětí, č.109/2002 Sb. o výkonu ústavní výchovy nebo ochranné výchovy ve školských zařízeních, č.218/2003 Sb. o soudnictví ve věcech mládež a zákona č. 108/2006 Sb. o sociálních službách. (Sychrová, 2015)

2.2 Ústavní a ochranná výchova

Školská zařízení pro ústavní a ochrannou výchovu se řídí zákonem č. 109/2002 Sb. O výkonu ústavní výchovy nebo ochranné výchovy ve školských zařízeních a o preventivně výchovné péči ve školských zařízeních a o změně dalších zákonů, které spadají pod Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy ČR. Zákon je dále upravován vyhláškou č. 438/2006 Sb., kterou se upravují podrobnosti výkonu ústavní výchovy a ochranné výchovy ve školských zařízeních.

V ČR se používá pojem náhradní výchovná péče, ale častěji se setkáváme s pojmem ústavní výchova, jež je právní pojem. Ústavní a ochrannou výchovu nařizuje soud a je poskytována v zařízeních: dětský domov, dětský domov se školou, diagnostický ústav a výchovný ústav. Podrobněji viz kapitola číslo 2.3 (Sychrová. 2015, str. 41-42).

Ústavní výchova je výchovné opatření, které ukládá soud v občansko-právním řízení mladistvému, který ještě nedovršil 18 let. Výjimečně je možné nařídit ústavní výchovu jedinci do 19 let při dokončování profesní přípravy ve výchovném ústavu. Ústavní výchova je určena pro děti a mladistvé z nevhodného prostředí, ze špatných rodinných podmínek nebo ze zaniklé rodiny a její charakter není trestní. Soud je povinen před umístěním dítěte do ústavu prověřit všechny možné alternativy a pokusit se zajistit náhradní rodinnou péči. (Slomek, 2010)

Ochranná výchova je ochranným opatřením, které ukládá soud mládeži starší 15 let. Výjimečně soud může uložit ochranné opatření osobě mladší 15 let, a to z důvodu nebezpečného společenského chování. Ačkoli je určeno pro děti a mládeži s poruchami chování a emocí a jejich činnost by byla u dospělých hodnocena jako trestná, nemá stejně jako ústavní výchova trestní charakter a je vykonávána ve školských zařízeních. (Slomek, 2010 str. 55)

2.3 Zařízení pro výkon ústavní a ochranné výchovy

- Diagnostický ústav

Je zařízení pro plnění diagnostických úkolů pro výkonu ústavní či ochranné výchovy. Přijímá děti s nařízeným předběžným opatřením, nařízenou ústavní výchovou nebo uloženou ochrannou výchovou. Na základě celkového vyšetření zpracovává komplexní diagnostickou zprávu s návrhem o umístění do dětských domovů, dětských domovů se školou nebo do výchovných ústavů. Diagnostický ústav má mnoho úkolů, mezi které se řadí diagnostické, vzdělávací, terapeutické, výchovné a sociální, organizační, koordinační, zachytné, koncepční. Spočívají v pedagogické a psychologické pomoci, zajišťují úroveň dosažených znalostí a dovedností, pomáhají za pomoci pedagogických pracovníků a psychologů k nápravě v chování a vztahů, dále pomáhají s umístováním dětí do jiných zařízení apod. Diagnostický ústav rozhoduje o dětech vhodných k osvojení nebo ke svěření do pěstounské péče. Při umístování dítěte je dbáno na to, aby bylo umístěno co nejbližší bydlišti osob, které jsou odpovědné za výchovu nebo zákonných zástupců. Dítě se do diagnostického ústavu dostává na základě návrhu soudu. Pobyt dítěte zpravidla trvá maximálně 8 týdnů. Organizuje se ve třech výchovných skupinách, které slouží ke komplexnímu vyšetření. Pro děti, které ukončily povinnou školní docházku jsou zřizovány diagnostické třídy, ve kterých jsou připravováni na budoucí povolání.

- Dětský domov

Typ školského zařízení pro výkon ústavní výchovy. Dětský domov pečuje o děti ve věku od 3 do 18 let, popřípadě do ukončení vzdělávání potřebného k budoucímu povolání a o nezletilé matky spolu s jejich dětmi. Pečuje o děti z hlediska jejich individuálních potřeb a plní úkoly výchovné, vzdělávací a sociální. Zajišťuje péči o děti s nařízenou ústavní výchovou. Tyto děti nemají závažné poruchy chování a vzdělávají se v běžných školách. Proto, aby dítě rozvíjelo svoji osobnost, potřebuje podnětné prostředí s ohledem na jeho individuální potřeby. Dětské domovy tak vytvářejí podmínky, kde se dítě učí sebedůvěře, rozvíjejí jeho citovou stránku a učí ho být aktivním členem společnosti. (Kovařík , 2004)

- Dětský domov se školou

Dětský domov se školou je školské zařízení zajišťující péči o děti s nařízenou ústavní výchovou nebo s uloženou ochrannou výchovou. Vztahuje se na děti, které mají závažné poruchy chování nebo trpí duševní poruchou vyžadující výchovně léčebnou péči, dále na nezletilé matky a jejich matky, které nemohou být vzdělávány v běžné škole. Součástí ústavu je škola určená pro osoby, které nemohou do běžné školy docházet. Péče o děti je stanovena od

6 let do ukončení povinné školní docházky. Ředitel zařízení může na základě pominutí důvodů zařazení dítěte do domova podat žádost o přeřazení do školy, která není součástí dětského domova. Pokud u dítěte stále přetrvávají závažné poruchy chování a nemůže se vzdělávat na střední škole mimo zařízení je přeřazeno do výchovného ústavu.

- **Výchovný ústav**

Výchovný ústav je školské zařízení, do kterého jsou umístováni děti s nařízenou ústavní výchovou nebo uloženou ochrannou výchovou. Vztahuje se na děti starší patnácti let se závažnými poruchami chování nebo výjimečně na děti mladší patnácti let ze zvláště závažných poruch chování. Výchovné ústavy jsou zřizovány odděleně pro děti s nařízenou ústavní výchovou, s uloženou ochrannou výchovou, pro nezletilé matky s jejich dětmi anebo pro ty, kteří potřebují výchovně léčebnou péči. Ústavy plní vzdělávací, výchovné a sociální úkoly. (Platné znění zákona č. 109/2002 o výkonu ústavní výchovy nebo ochranné výchovy ve školských zařízeních, [online])

3 Terapeutické přístupy – Terapie x Psychoterapie

Terapie lze definovat jako způsob odborného a cíleného jednání s člověkem ve snaze mu pomoci. Pojem je z řecko-latinského překladu a znamená léčení nebo ošetřování. Terapeutické přístupy mohou být využívány primárně v podobě psychoterapií, dramaterapií, expresivních terapií nebo sekundárně v rámci jiných odborně zaměřených činností např. ve speciálním vzdělávání apod. (Müller, 2014)

Pro veškeré terapie platí důležité zásady : probíhají v určitém prostředí a čase, odpovídají určité orientaci a odborné i osobní způsobilosti terapeuta, závisí na věku, etiologii potíží a symptomech pacienta, bývají zacíleny léčebně, preventivně a rehabilitačně a v neposlední řadě mají určitou organizační formu (individuální, skupinovou, rodinnou, párovou, atd.) Müller uvádí, že terapeutický potenciál je obsažen v základních speciálně pedagogických principech, kterými jsou reedukace, kompenzace a rehabilitace. K tomu, aby terapeuti zvolili správnou formu terapií, je za potřebí respektovat třídění terapií podle medicínské praxe.

Třídí se na:

- chirurgickou terapii – léčí nemoci a úrazy operativně
- farmakoterapii – léčí nemoci a úrazy pomocí léků
- fyzioterapii – zabývá se léčbou pohybového systému
- psychoterapii – zabývá se léčbou narušeného duševního stavu
- socioterapii – pomocí sociálních kontaktů a prostředí poskytnout pomoc (Müller,2014; Vymětal, 2010)

Psychoterapie je interdisciplinární vědní disciplína opírající se o poznatky získané zkušenostmi, které využívá v praxi. Je to léčebná činnost a působení, které záměrně ovlivňují jedince. Psychoterapeutickou činností lze od jiných činností odlišit na základě několika směrů, a to čím působí, na co působí, čeho se má dosáhnout, co se při ní děje a kdo působí. Psychoterapie je léčebné působení psychologickými prostředky, které používá záměrně a plánovitě (slova, rozhovor, podněcování emocí, neverbální komunikace apod.) působí na nemoc, poruchu nebo anomálii. Pomáhá osobám s psychogenními poruchami a s poruchami, které mají psychické následky. Podle možností odstraňuje nebo zmírňuje potíže a příčiny. Pomáhá změnit prožívání a pomáhá ke zlepšení přizpůsobení se životním situacím. V psychoterapii dochází ke změnám v prožívání a chování pacienta, který si poté vytváří kladná očekávání a získává naději a odvalu, nadhled, schopnost navázat vztah, učí se sociálním dovednostem apod. (Kratochvíl, 2006 str. 12-13)

Dle Müllera (2014) je psychoterapie jeden z hlavních zdrojů speciálně pedagogických terapií, a to z důvodů využívání metod a prostředků, které jsou blízké speciální pedagogice.

Role psychoterapie ve speciální pedagogice je nezastupitelná. Netýká se pouze samotných jedinců s jakýmkoli handicapem, ale životů všech blízkých. Zabývá se jak primárními, tak sekundárními problémy, které postupně vznikají během života. K tomu, aby psychoterapie byla co nejvíce účinná, je z a potřebí, aby terapeut znal některé psychické odlišnosti jedinců.

Lakomá (1993, str. 31) uvádí *„Psychoterapie je vedle fyzioterapie a terapie chirurgické jednou ze čtyř klasických forem terapie. Z historie je patrné, že její pojetí souviselo vždy se změnami společenského řádu a s jeho obrazem v medicíně, a zvláště pak v psychiatrii, kde potřeba ovlivnění pacienta byla zvlášť významná.“*

Matoušek a Matoušková uvádí, že se při práci s rizikovou mládeží se často využívají skupinové a individuální formy psychoterapie. V ústavních zařízeních vyskytují prvky terapeutické komunity. Pracovníci v daném zařízení pak rozhodují, který terapeutický směr využijí při práci s dětmi s poruchami chování, popřípadě jejich kombinaci. Dále také uvádějí, že jsou doplněné o relaxační techniky nebo expresivní terapie. (Matoušek, 2011, str. 227-229)

Peseschkian (2000, str.16) uvádí následující: *„Výchova a svépomoc představují integrální součást samotné psychoterapie. Psychoterapie jako převýchova bezprostředně navazuje na to, co bylo již předem zformulováno a naučeno výchovou. Svépomoc vyžaduje od pacienta aktivní partnerství, nikoli postoj pasivního očekávání. Proto zároveň představuje metodu prevence, je tedy součástí preventivní medicíny a psychohygieny a nadto tvoří podstatnou složku psychoterapeutického postupu.“*

Sekera podává vysvětlení psychoterapie nejen jako nástroj reedukace, ale jako výchovně vzdělávací činnost, která vede k uzdravení a znovuzачlenění do společnosti. Psychoterapii rozděluje na pedagogickou terapii, socioterapii, individuální a skupinovou terapii. Uvádí, že všechny tyto formy pozitivně ovlivňují jedince, ale vyzdvihuje formy individuální a skupinové terapie. Považuje je za formy terapie, které nejvíce podpoří změnu v postojích a osobnostnímu růstu jedince. (Sekera in Sychrová, 2015, str. 135-137)

3.2 Psychoterapeutické směry

Psychoterapeutické přístupy obsahují mnoho členění a každý autor uvádí jinou obsáhlou klasifikaci směrů v současné psychoterapii. Pro zorientování uvádím jen několik členění, ze kterých později budu čerpat.

Langmeier (2010) rozděluje psychoterapii do dvou směrů: objektivizujícího a subjektivizujícího (antropologického). Objektivizující směr je jednou ze základních druhů léčby, jejím cílem je vyléčit nemocného člověka nebo pomoci při snášení a zvládnání nemoci, hledá příčiny a následky poruch vývoje lidského organismu pracovní postup. Subjektivizující směr je využíván v humanitních oborech. Je to přístup, který vyjadřuje zvláštní druh setkání a spolubytí klienta a terapeuta, člověka s člověkem, které trpícího zprošťuje některých jeho dosavadních nejistot a problémů. Zabývá se hledáním hodnot, cílů a osobním přístupem.

Kratochvíl (2006) uvádí základní teoretické přístupy: terapii hlubinnou, dynamickou, Rogersovou, behaviorální, kognitivní a komunikační psychoterapii, gestalt terapii, existenciální a humanistickou terapii, jiné přístupy a eklektická a integrativní pojetí.

Vymětal (2010) uvádí navíc přístup sugestivní a hypnoterapeutický, postupy relaxační a psychofyziologické, transpersonální a konečně i integrativní a obecné pojetí ale jako čtyři důležité psychoterapeutické směry uvádí: rogersovská psychoterapie, kognitivně-behaviorální psychoterapie, psychoanalytická psychoterapie a systemická psychoterapie a neuropsychoterapie.

3.3 Psychoterapeutické formy

V této kapitole se zaměřím na psychoterapeutické formy z hlediska jejího objektu. Zvolila jsem tak z toho důvodu, jelikož tyto formy byly nejčastěji využívány při terapiích s dětmi a patří do hlavního rozdělení obecně.

Vymětal (2010) uvádí, že v centru psychoterapie se nachází jedince a systém, který bývá z pravidla rodina. V terapii využívané pro děti je nezbytná úzká spolupráce s rodinou a rodinné prostředí. Léčba jedinců tedy může probíhat formou individuální terapie, skupinové terapie, a terapie v rámci léčebného společenství. „*Formou psychoterapie rozumíme její základní uspořádání, prostředky, konkrétní metody, způsoby a postupy jimiž dosahuje cílů*“. (Vymětal, 2010, str. 75)

Matoušek (2011) tvrdí, že při práci s rizikovou mládeží je hojně využívána individuální psychoterapie, ale je doplněná a kombinována skupinovými psychoterapiemi a režimovými postupy. Zřídka je doporučována jako hlavní a samotný přístup k práci s dítětem.

3.3.1 Individuální terapie

Individuální terapie též nazývané jako dyadická se účastní terapeut a pouze jeho klient. Během sezení se utváří velice intenzivní vztah, který je především ovlivněn terapeutem a jeho osobností. V rámci terapie se pracuje se slovem (rozhovor), obrazem (představování – imaginace, asociace) a akcí (autogenní trénink). Základním uspořádáním je sezení ve formě „*face to face*“ nebo klient leží na lůžku. (Vymětal, 2010) U terapie s dětmi je možné se setkat s tím, že rodiče bývají pozorovateli, podílejí se na vytváření bezpečné situace nebo terapeut vede rodiče k provedení terapeutického zásahu.

Individuální terapie u adolescentů umožňuje individuální kontakt a zacházet s klientem jako s nezávisle zodpovědnou osobou, lze je možné hlouběji proniknout do jeho života. Rozhovor je bohatší a jde více do hloubky.

3.3.2 Skupinová terapie

Skupinová terapie se začala využívat od 40let minulého století. Skupina si navzájem dopomáhá k lepším výsledkům a optimálnímu vývoji jedince, a to zejména za využití skupinové dynamiky. „*Skupinová dynamika je souhrn skupinového dění a skupinových interakcí. Vytvářejí ji interpersonální vztahy a interakce osobností členů skupiny spolu s existencí a činností skupiny a silami z vnějšího prostředí. Ke skupinové dynamice patří zejména cíle a normy skupiny, vůdcovství, koheze a tenze, projekt minulých zkušeností a vztahů do aktuálních interakcí, vytváření podskupin, vývoj skupiny v čase a vztahy jedinců skupiny.* (Kratochvíl, 2005, str. 15)

Langmeier (2010, str.247) chápe skupinovou terapii dětí jako „*určitý proces, při němž se terapeutické síly uplatňují v průběhu pravidelných setkání několika dětí nebo mladistvých s jedním nebo více terapeuty*“. Dále zmiňuje nejčastěji užívané formy terapie ve skupině podle věku – hra, činnost a rozhovor. Součástí je často i práce s rodiči (rodičovské diskuzní skupiny)

Matoušek (2011) ve své publikaci uvádí, že pokud má být skupinová terapie efektivně využívána u mladistvých, je zapotřebí odlišného postupu od dospělých klientů. Zároveň poukazuje na možná rizika při práci s mladistvými. Mladiství často bojují se svými vnitřními konflikty a neradi se svěřují. Metoda rozhovoru jim může připadat nezáživná a může v nich evokovat školu, čímž může docházet k nedůvěře a odporu v terapeuta. Dalším problémem

mohou vrstevníci ve skupině, kteří mohou vzbudit nejistotu z hlediska sebehodnocení. Skupinová terapie vede účastníky k tomu, aby se svěřili a řešili své niterní těžkosti a pocity, což vede k odhalení mezi ostatními. V mnoha případech se mladiství snaží získat respekt a prestiž před svými vrstevníky, což může vést k mlčení, zapírání, vyvolání konfliktu, odmítání a zachování si určitého dekóra. I přestože existuje mnoho rizik spojených s využitím skupinové terapie, lze jim přecházet například pečlivým výběrem vhodných klientů. Pokud se jedná o rizikovou mládež je vhodné, aby skupina obsahovala méně členů. Vyžaduje větší strukturování aktivit skupiny, využívání tematických diskuzí nebo arteterapeutických technik. Terapeutická komunita je jednou z forem skupinové terapie.

Terapeutická skupina může být:

- uměle vytvořená – Skupina sestavená z klientů, kteří se navzájem neznají. Tyto skupiny se mohou dělit dále na homogenní nebo heterogenní, koedukované s počtem maximálně do 15 účastníků. V takovýchto skupinách se projevuje vzájemné povzbuzování a projevování vztahů. Skupiny bývají sestaveny tak, aby co nejvíce odpovídaly běžné životní situaci, kdy skupina simuluje modelovou situaci. Základním uspořádáním je kruh.
- přirozeně vytvořená – Skupina tvořená klienty, kteří mají společný život a dobře se znají (nejčastěji se jedná o rodiny). Skupina se nezabývá modelovými situacemi, ale řeší reálně vzniklé problémy.
- uzavřená – Léčebný proces absolvují stejní klienti.
- otevřená – Při léčebném procesu se klienti obměňují. (Vymětal, 2010)

Mezi nejvýznamnější faktory skupinové terapie u dětí Langmeier (2010) řadí: zlepšení komunikace na všech úrovních, komunikace citových prožitků, katartická funkce skupinového procesu, korektivní rekapitulace prožitků, schopnost přijímat odpovědnost, vývoj sociálních dovedností, zkoušení nových forem chování, získávání informací a pocit sounáležitosti.

3.4 Terapeutický proces a cíle

Během terapeutického procesu dochází k průběhu veškerých řízených dějů a změn. Terapeutický proces má určitý průběh a probíhá v určitém prostředí ve spolupráci s terapeutem a klientem. Tento proces musí mít vždy organizaci, řád a cíl.

Müller (2014) uvádí dvě základní fáze:

- Krátkodobé hledisko: Je zaměřena na navázání kontaktů, uvolnění, motivaci, na hlavní terapeutickou práci, na uzavření problémů vyplívajících z hlavní terapeutické práce.

Doba práce s klientem závisí na akutnosti a aktuálnosti využití. Většinou má tato terapie kratší a splnitelnější cíle.

- Dlouhodobé hledisko: Terapie jsou zaměřeny na stav stávajících obtíží a možných přístupů, motivace klienta, dohoda o organizaci, průběhu a obsahu terapie, ukončení terapie.

Langmeier (2010) dělí zaměření psychoterapeutického procesu na:

- Mimovědomé duševní děje – mají za úkol objevit a změnit negativní pocity z traumatických zkušeností.
- Vědomé pochody – jde o odhalení a vyjasnění špatnému způsobu vnímání sám sebe a druhých, nesprávný postoj k hodnocení a k myšlení v určitých skutečnostech.
- Vnější projevy – orientuje se na jeho chování a na získání dovedností, které jsou prospěšné
- Společenské vztahy a procesy - využívá se skupinové nebo rodinné terapie a vede ke změně společenských postojů a vztahů.
- Tělesné funkce – zaměřuje se na zvládnutí stresu, odstranění emočního napětí a psychofyzilogického předělání organismu.

Úspěch terapeutického procesu záleží na několika principech:

- Základem je vycházení z diagnostiky, která je provedená kvalifikovaným týmem odborníků a z vlastní terapeutovi diagnostiky psychofyzického stavu klienta.
- Neméně důležitým principem je důvěra, kdy terapeut nesmí šířit získané informace.
- Má za úkol poskytnout klientovi prostor, při kterém vzbuzuje naději a klient se má tak možnost bezpečně projevit.
- Terapie by měla být odrazem vzájemné důvěry, respektu a dodržování pravidel.
- Klient i terapeut by se neměli pouštět do něčeho, co je pro ně nepřirozené a nepříjemné.
- Terapeut během práce s klientem musí brát v potaz klientovu individualitu (přípravenost, věk a zkušenosti).
- Terapie vždy musí obsahovat základní fáze, které se nesmí vynechat.
- Děti a osoby s postižením nesmí být vystaveny posměchu, pohrdavému postoji ze strany terapeuta.
- Navození dobrého terapeutického vztahu (porozumění a účast ze strany terapeuta).

- V neposlední řadě není vhodné, aby terapeut a klient udržovali jiný než terapeutický vztah.
- Odpoutání klienta od terapeuta (pomoc při zapojení se do běžného života). (srov. Müller, 2014; Langmeier, 2010)

Cíle terapie ve speciální pedagogice se významně neodlišují od psychoterapeutických. Součástí každého procesu musí být obsah terapie, který se odvíjí od vytvořených cílů. Obecně o všech terapiích lze říci, že jsou zaměřeny léčebně, podpůrně, kompenzačně, rehabilitačně a preventivně. Jedná se o nastolení duševní rovnováhy, odstranění nebo zmírnění příčin poruch, předcházení poruch, individuální rozvoj jedince, a pomoci při socializaci a integraci. Vždy je potřeba se zaměřit na potřeby lidí, na orientaci a schopnosti terapeuta a na zaměření instituce, ve které terapie probíhají. (Müller, 2014)

Na základě provázanosti psychoterapie s ostatními terapiemi lze předpokládat výrazné zastoupení prostředků psychologické povahy. „*Obecně lze říci, že cíl psychoterapie vidíme ve změnách v osobnosti a organismu, chování a sociálních vztazích pacienta, přičemž tyto změny jsou předem stanoveny a v procesech terapie dosahovány psychologickými prostředky*“. (srov. Müller, 2014, Vymětal, 2011, str. 42)

Cílem je obnova zdraví, ke kterému dopomáhají terapie skrze ně lze dosáhnout správného poznávání a hodnocení zkušeností, citové vyrovnanosti, výkonnosti odpovídající skutečným možnostem člověka a společenské přizpůsobivosti (Langmeier, J., Balcar, K., Špitz, J., 2010)

Kratochvíl definuje dvojí rozdělení cílů. První z cílů popisuje jako „*odstranění chorobných příznaků*“. Účelem terapie je klienta postupně zbavit jeho obtíží a eliminování symptomů, které tomu bránily. Druhý cíl vidí jako „*reedukaci, resocializaci, reorganizaci, restrukturalizaci, rozvoj či integraci pacientovy osobnosti*“. Odstranění symptomů je zde vnímáno spíše jako vedlejší důsledek, jedná se spíše o změnu v postojích. (Kratochvíl, 2006. str. 17)

3.5 Terapie ve speciální pedagogice – expresivní terapie

Expresivní terapie, jež mají základ v psychoterapii, jsou využívány v etopedické praxi a jejich kombinace je využívána s dalšími druhy terapií. Z tohoto důvodu jsem se rozhodla detailněji popsat jen některé expresivní terapie, které budou podkladem pro vypracování výzkumné části.

Tyto terapie vycházejí z umělecké exprese. Zajišťují to, aby jedince vyjádřil své vnitřní pocity a vztahy k ostatním prostřednictvím umění, napomáhají k relaxaci a následně ke zmírnění stresu a úzkostných stavů. Ve speciální pedagogice má expresivní terapie

nezastupitelnou roli. „Obecně se jedná o terapeutické využití specifických projevů vyvolaných specifickými médii a uskutečňovaných v rámci umělecké či paraumělecké tvorby“. Lze do ní zahrnout muzikoterapii, dramaterapii, psychodrama, teatroterapii, biblioterapii a arteterapii. (Müller, 2014, str. 66-67)

3.5.1 Arteterapie

Müller (2014) uvádí definici arteterapie ze dvou různých hledisek. Z širšího hlediska arteterapie zastřešuje všechny expresivní terapie a stává se tak pro ně nadřazeným pojmem. Využívá jakýchkoli uměleckých forem v práci s klientem. Z užšího hlediska, které je nejčastěji zmiňováno, je využívána pouze za pomoci výtvarných uměleckých forem. Prostřednictvím výtvarných projevů terapeut může podkrýt klientovy pocity a pochopit je.

Česká arteterapeutická asociace (2012) definuje arteterapii jako „*obor, který využívá výtvarný projev jako hlavní prostředek poznávání a ovlivňování lidské psychiky ve směru redukce psychických či psychosomatických obtíží a redukce konfliktů v mezilidských vztazích. Výtvarné tvořivé aktivity mají podporovat zdraví a podpořit léčení. Ve všech těchto rovinách je arteterapie postupem léčebným. Kromě toho jsou arteterapeutické aktivity využitelné v primární, sekundární a terciární prevenci i v následné péči v oblasti zdravotnictví, sociální péče, výchovy a vzdělávání u dětí a dospělých.*“

Stejně jako u psychoterapie samotné existuje mnoho dělení. Pro představu uvádím dělení podle Müllera (2014), který chápe arteterapii jako:

- psychoterapeutickou disciplínu (výrobky a proces tvorby nejsou komentovány)
- psychodiagnostickou disciplínu (výrobky a proces jsou dále rozebírány s terapeutem)

Stejně jako u psychoterapie i arteterapie se dělí na formu podle počtu klientů

- Individuální arteterapie – jeden na jednoho podle dohody (čas, frekvence, způsob práce)
- Skupinová arteterapie – dva a více klientů, složení skupiny podle typu problému, věku, zaměření a typu práce terapie, vliv skupinové dynamiky, skupina má svá pravidla (mlčenlivost, důvěra, bezpečí, kdykoliv říci stop, individuální čas), skupinová arteterapie může být i rodinná či partnerská

V arteterapii se využívají metody, které se zaměřují na klientův prožitek. Mezi nejvýznamnější se řadí imaginace, animace, rekonstrukce, transformace, restrukturalizace a koncentrace. (Šicková-Fabrici, 2002)

Šicková-Fabrici (2002) zmiňuje obecné cíle arteterapie, které se dále dělí na individuální a sociální cíle. Do individuálních cílů řadí např. uvolnění, sebevnímání, poznání

vlastních možností, sebehodnocení. V sociálních cílech uvádí vnímání a přijetí druhých lidí, uznání, ocenění, komunikace, fungování ve skupině, pochopení vztahu apod.

3.5.2 Muzikoterapie

Pro muzikoterapii existuje mnoho definic, avšak všechny mají stejnou myšlenku. Hudba člověku prospívá a její využití má léčivé účinky. Pro přiblížení uvádím celosvětově uznávanou definici od Světové federace muzikoterapie: „*Muzikoterapie je profesionální využití hudby a jejích elementů jako prostředku intervence ve zdravotnických a vzdělávacích zařízeních i v běžném prostředí pro jednotlivce, skupiny, rodiny nebo komunity, kteří hledají optimalizaci kvality jejich života a zlepšení fyzické, sociální, komunikační, emocionální, intelektuální, spirituální složky zdraví a blahobytu.*“ (Müller, 2014. str. 269.)

Linka popisuje muzikoterapie jako jednu z forem psychoterapie využívající hudební prostředky při léčení neurotických nebo psychotických poruch, jako osobitou terapeutickou metodu se specifickým záměrem. Linka rozděluje muzikoterapii z hlediska míry aktivity účastníků na aktivní a pasivní (receptivní). Při receptivní muzikoterapii klient hudbu pouze vnímá a aktivně se nezapojuje. Při aktivní muzikoterapie klient vyvíjí aktivitu, a to ve složkách vokálních, instrumentálních, řečových, výtvarných, dramatických a pohybových. (Linka, 1997, str. 36–60)

Holzer (2013) ve své publikaci uvádí muzikoterapii v širším pohledu jako samostatnou terapeutickou disciplínu. Ačkoli ji chápe jako skutečný léčebný proces nikoli jako proces vyučovací nebo výchovný, neuvažuje o ni jako pouze o psychoterapeutické technice. Rozdíl mezi muzikoterapií a psychoterapií vnímá jako zcela zřetelný. Muzikoterapie působí na člověka celostně, a to na celou lidskou bytost a její psychiku, a to vždy v celku. Nevnímá ji jako pomocnou a ani odvozenou psychoterapeutickou technikou ale jako specializovanou terapeutickou oblast.

Muzikoterapie je nejčastěji využívána ve třech formách:

- Individuální – terapeut je zaměřen na svého klienta, uskutečňuje se v samostatných setkáních
- Skupinové – uměle sestavené skupiny, které jsou sestaveny z 5-12 klientů, v takové skupině dochází ke skupinové dynamice, která je důležitá při skupinové práci
- Komunitní/hromadné – práce s větším počtem klientů a s přirozeně existujícími komunitami jako jsou týmy na pracovišti, školní třídy nebo rodiny. V tomto modelu terapie se však snižuje vztah mezi terapeutem a klientem. (Müller, 2014)

Mezi nejčastěji využívané techniky v muzikoterapii se řadí:

- Hudební improvizace – Jedná se o nejvíce využívanou techniku, která má především diagnostické a terapeutické využití, Improvizace podporuje a rozvíjí kreativitu, dává prostor pro vyjádření vlastních pocitů, emocí, nálad a posiluje sebedůvěru, je to prostředek k sebevyjádření, sdílení a rozvoji sociálních dovedností.
- Hudební interpretace – Klient musí dodržovat pravidla, která jsou skupinou nebo terapeutem určena. Celá metoda je strukturovaná a klient má předem určenou roli. Metoda rozvíjí schopnost interpretovat, sdílet myšlenky a pocity, podporuje empatii apod.
- Kompozice – Má několik variací a je využívána, pokud je pro klienta obtížné nebo zcela nemožné sdílet verbálně emoce a myšlenky.
- Poslech hudby – Mezi cíle patří rozvoj schopnosti naslouchat, podpora regrese, relaxace. Terapeut při poslechu může snadněji navázat kontakt s klientem. (Kantor, 2009)

Cíle v muzikoterapii se vždy řídí individualitou jedince a jsou přizpůsobeny jeho aktuálním a dlouhodobým potřebám. Muzikoterapeutické cíle lze rozdělit na obecné a specifické. Mezi obecné cíle lze zařadit např. vytvoření podpůrného, emocionálně stabilního vztahu, rozvoj kreativity, pozitivní vnímání sama sebe, ocenění sama sebe. Specifické cíle se odvíjejí od narušení fyzických nebo psychických struktur a funkcí. Terapeutickým cílem je rozvíjet postižené funkce, kompenzačním cílem je podpoření klienta do zapojení se v důležitých aktivitách (zlepšení komunikačních a sociálních dovedností, percepce, sociální). Vždy se jedná o zvednutí kvality života jedince. (Müller, 2014, str. 279,286)

3.5.3 Biblioterapie

Biblioterapie se začala během 50. let 20. století vyčleňovat z psychoterapie. Je to velice mladá disciplína, která se teprve rozvíjí a formuje. Pojem biblioterapie pochází z řeckých slov: „*biblion*“ kniha a „*therapeia*“ léčit. Pro terapii využívá především psaný text. Snaží se pomocí psaného slova navodit u klientů žádoucí prožívání, chování a jednání chtěné ve společnosti. Biblioterapie je nejen terapeuticky využívána ale i medicínsky. Katarína Majzlanová, jedna z hlavních představitelk současné biblioterapie na Slovensku chápe biblioterapii jako „*záměrné systematické a cílevědomé terapeutickovýchovné působení jednotlivými složkami literárního projevu na postižené, narušené, ohrožené a nemocné jednotlivce tak, aby napomohlo zlepšit*

anebo upravit jejich celkový stav ve smyslu zmírnění anebo eliminace problémů v chování a žití.“ (Majlanová in Müller, 2007 str. 198-199)

Je určena pro různé skupiny klientů. Pomocí biblioterapie *„dochází k dosažení změny prostřednictvím nového vlastního pohledu na sebe sama a získání nových dovedností, které mu pomáhají lépe zvládat životní problémy.*“ Využívá se jak naučných publikací, tak i beletrií (Müller, 2017, str. 70)

Při biblioterapii je využíváno několik funkcí literárního textu:

- funkce informační (informace pro řešení běžných problémů a životních situací)
- výchovná (např. změna postojů)
- konfrontační (zpětná vazba k vlastním názorům)
- estetická (podněty pro vývoj estetického vnímání)
- katarzní (uvolnění skrze protikladné prožitky, zbavení se negativních emocí)
- identifikační (možnost ztotožnění se s hrdinou, utvoření vzoru)
- relaxační (zvolnění tempa, činnosti)
- prestižní (možnost identifikace s určitými sociálními skupinami) (Müller, 2014, str. 69)

Cíle této terapie se dají rozdělit do několika oblastí. V oblasti psychoterapeutické se jedná o rozvíjení sebepojetí, sebevědomí, sebehodnocení, ulevit od tlaku, ukázat řešení problému, pomoci komunikovat, plánovat, najít zájmy apod. V rámci edukace se jedná o vzdělávání klienta, trénování pozornosti a paměti a rozvíjení slovní zásoby. (Klucká, 2009,)

3.6 Animoterapie

Terapeutická práce se zvířaty se nazývá termínem animoterapie anebo zooterapie. Jedná se o relativně nový obor, a proto je u nás přesná definice problematičtá. Pro představu uvádím definici od Nerandžič (2006, st. 12-13) *„Zooterapie je především o hledání cest k aktivizaci postiženého člověka a prostřednictvím zvířat co nejvyšší stupeň začlenění do běžného života. V principu může jakékoliv zvíře splnit léčebný cíl. Pro zooterapii nejsou vhodná zvířata, která mohou nějakým způsobem ublížit člověku. Přínosy zooterapie jsou u každého jedince různé. Převážně má za úkol udržovat dobrou fyzickou i psychickou kondici. Významnou pomoc představují pro osamělé děti v dětských domovech. Převážně nutí člověka přemýšlet nad někým jiným nejen nad svým zdravotním stavem či smutkem.*“

Animoterapie dělí podle typu zvířecího druhu (hipoterapie, canisterapie, felinoterapie, felinoterapie atd), podle metody (AAA, AAT, AAE, AACR), podle formy (jednorázová

aktivita, rezidentní program, návštěvní program, pobytový program a zásah krizové intervence a podle účastníků (individuální práce, skupinová)

Animoterapie obsahuje metody pro práci se zvířaty a jejich konkrétní cíle, podle kterých si terapeut volí tu nejvhodnější ke konkrétní situaci.

- AAA – aktivity za pomoci zvířat

Jedná se o přirozená kontakt člověka a zvířete, kdy dochází ke zlepšení pohyblivosti, zmírnění stresu nebo zlepšení komunikace. Při této metodě se neplánují žádné specifické léčebné cíle, většinou se jedná o spontánní návštěvy. Tato metoda může působit motivačně, výchovně, terapeuticky anebo pouze relaxačně, při čemž se hlavně jedná o klientovy pozitivní pocity. Provádí se ve dvou formách, a to pasivní aktivity (klienti pouze pozorují) aktivní aktivity (klienti o zvířata pečují a zapojují se do aktivit). Při této metodě existují dvě formy a to rezidentní – zvíře je stále přítomno v instituci a návštěvní – do zařízení dochází zooterapeut).

- AAT – terapie za pomoci zvířat

Metoda AAT je využívána především u dětí s problémovým chováním, mají poruchy pozornosti, nemají rády doteky, jsou uzavřené, dále se také provádějí v domovech důchodců, ve školách, v ústavech. Jedná se o přímý a záměrný kontakt klienta se zvířetem za pomoci hry nebo péče, která dopomůže ke zlepšení psychického a fyzického stavu. U této metody je vždy nutný dozor kvalifikovaného odborného personálu.

- AAE – vzdělávání za pomoci zvířat.

Metoda je zaměřená především na výchovu a vzdělávání a získávání sociálních dovedností. Během kontaktu klienta se zvířetem dochází k motivaci ve vzdělávání, k lepším výsledkům ve výchově. Zvíře je tu pojato jako prostředník pro výuku.

- AACR –

Slouží především k odbourávání stresu a zlepšení fyzického a psychického stavu klientů, kteří byli vystaveni nějaké krizové situaci. Pracuje se na technikami komunikace, her, hlazení, projekce, zrcadlení atd. (Velemínský, 2007)

3.6.1 Canisterapie

Jednou z forem animoterapie je canisterapie. Canisterapie je odvozená z latinského slova „*canis*“ pes a řeckého slova „*therapeuein*“ léčit. Jedná se tedy o léčbu za pomoci psa. V České Republice se toto označení začal používat v roce 1993 a blíže ho představila autorka PhDr. Jiřina Lacinová. (Eiesertová, J. In Velemínský, 2007. Str. 60)

Canisterapie je využívána nejen pro handicapované osoby, ale i zdravé. Napomáhá ke zlepšení jemné a hrubé motoriky, zlepšení nálady, zmírnění napětí a agrese, rozvíjí sociální citění, podporuje verbální a nonverbální komunikaci a samostatnost atd. Cílem canisterapie je aktivizace klientů za pomoci psa (polohování psa, hlazení, hry). Canisterapeutický tým zahrnuje zpravidla psa a psůvoda (canisterapeut), dále klienta, personál zařízení a popřípadě rodinu. (Klech, P. In Müller, 2014. Str. 478-479.)

„Canisterapie je podpůrná terapeutická metoda, při níž je přítomnost speciálně vycvičeného psa využívána k podpoře psychosociálního zdraví pacientů. Adekvátně prováděná canisterapie přispívá k rozvoji jemné či hrubé motoriky, řeči, komunikačních dovedností, sociálního citění, působí na zvyšování sebevědomí příjemce, napomáhá odbourávání stresu a úzkosti, emočnímu rozvoji, psychickému uvolnění a odpoutání se od nemocničního stereotypu.“ (Věstník MZ České republiky. Str. 112 [online].)

V canisterapii existuje mnoho metod, které jsou využívány pro práci s klienty (viz. kapitola 3.6) Na základě cílů týkajících se klientů terapeut pro ně volí vhodnou techniku. Jednou z forem je podle počtu účastníků (individuální či skupinová). Dále Klech (in Muller 2014) uvádí členění forem canisterapie z hlediska zacílení programu:

- Návštěvní program – nejvíce využívaná forma v ČR, terapeut a pes dochází pravidelně do daného zařízení případně klient dochází za nimi
- Jednorázové aktivity – veřejná vystoupení, přednášky a setkání
- Pobytový program- jednorázový či pravidelný pobyt často (např. letní integrační canisterapeutické tábory)
- Rezydentní program – cílené trvalé umístění psa v zařízení nebo rodině, kde se o něj stará kvalifikovaná osoba
- Krizová intervence – řešení krizové situace, rozhovory za účasti psa (srov. Klech, in Müller, 2014; Velemínský, 2007)

Pro děti mající poruchu chování a emocí je zvíře přítelem. V určitých chvílích dokáže dítěti pomoci v uvolnění stresu a agrese a určité tenze. Pro tyto děti zvíře symbolizuje bezpodmínečné přijetí, které doposud poznaly jen v omezené míře. Z mého pohledu je to tento fakt velice důležitý a pro další práci s těmito dětmi nezbytný.

3.6.2 Hipoterapie

Hipoterapie je považována za nejrozšířenější složku hiporehabilitace. Mezi další složky hiporehabilitace patří aktivity s využitím koně, terapie s využitím koní pomocí

psychologických procesů a parajezdeckví. Hipoterapie funguje na bázi fyzioterapie a na bázi psychoterapie. V druhém pojetí se jedná o využití koní pomocí psychologických prostředků pod vedením terapeuta s příslušným vzděláním. Využívá koňský hřbet pro nácvik a obnovení pohybu, vytváří mnoho smyslových podnětů, které ovlivňují nejen fyzický stav klienta, ale rozvíjí pozitivní vzorce chování a přispívá k nacházení vlastní identity a umožňuje zvýšenou možnost integrace do společnosti. Z hlediska změny v osobnosti lze pozorovat změny ve zlepšení sebevědomí a sebeuvědomování, úprava emotivity, odbourávání nedůvěry, tlumení antipatie či agresivity, zlepšování spolupráce a komunikace, vytváření pocitu zodpovědnosti, podpora soutěživosti, rozvoj pocitu samostatnosti apod. (Müller, 2014, str. 463-466)

Léčebný postup se dělí na dvě etapy, a to pasivní a aktivní. Při pasivní se uživatel adaptuje na pohyb koně, navazuje s ním kontakt a vnímá jeho pohyb. Při aktivní se uživatel podílí na ovládání koně a musí se aktivně zapojit. Musí se naučit pobídky, ale i respektu vůči zvířeti, což může mít vliv na získání sebevědomí a zvýšení koncentrace.

Jednou z možností práce se zvířetem je AVK neboli aktivity s využitím koně. *„cílená pedagogická a sociální intervence pro osoby s různými problémy od problémů pohybových, poruch učení až po problémy s komunikací s okolím.“* Při této technice jsou skupinky menší a respektuje se individuálnost jedince. Zaměřuje se na rozvoj sociálních dovedností, posílení pozitivních osobnostních vlastností, učí spolupráci, snaží se klienty začlenit do společnosti, upevnit kontakty v rodině, zvýšit sebevědomí apod. Při AVK si koně připravuje instruktor a může mít dispozici asistenty. Kůň je vybírán podle charakteristiky uživatele (uživatel s nízkým sebevědomím = klidný, lehce ovladatelný kůň, uživatel s despektem = kůň, u kterého je nutné se prosadit). Do náplně AVK spadá péče o zvíře, o stáj, odvedení koně na pastvu, práce ze země i ze sedla. (Česká hiporehabilitační společnost, 2018, [online])

Praktická část

4 Vědecký výzkum

Hlavním cílem diplomové práce bylo zjistit, jakým způsobem jsou terapie vnímány dětmi a pracovníky institucí. Dále se zaměřovala na využívání terapeutických technik a na následné hodnocení od dětí a pracovníků. Dále se také zaměřovala na to, které terapie patří mezi oblíbené. Pro mnohé děti, které se ocitnou v etopedických zařízeních jsou terapie jedním z prostředků, jak trávit volný čas, získat pro sebe prostor a kde mají možnost poznat samy sebe.

Pro práci byl si zvolen kvalitativní výzkum a jako metoda byl vybrán polostrukturovaný rozhovor. Rozhovory byly realizovány se čtyřmi pracovníky a čtyřmi dětmi z etopedických zařízení, které navštěvují nebo navštěvovaly etopedické zařízení.

4.1 Charakteristika výzkumného šetření

Empirická část diplomové práce je koncipována jako kvalitativní výzkum, který je vhodný pro hlubší proniknutí do dané problematiky a její pochopení. Používá se především v těch případech, kdy je potřebné zjistit bližší informace, které nemůžeme vyjádřit v číslech. „*Jde o to do hloubky a kontextuálně zakotveně prozkoumat určitý široce definovaný jev a přinést o něm maximální množství informací*“ (Švaříček, Šed'ová, 2007, str. 24) Mezi výhody kvalitativního výzkumu lze zahrnout především podrobný popis, možnost navrhnout teorie, sběr dat v přirozeném prostředí. Mezi nevýhody kvalitativního výzkumu spadá např. časová náročnost, špatná zobecnitelnost a snadná ovlivnitelnost výzkumníkem. (Hendl, 2005, str. 50)

„*Kvalitativní výzkum je proces hledání porozumění založený na různých metodologických tradicích zkoumání daného sociálního nebo lidského problému. Výzkumník vytváří komplexní, holistický obraz, analyzuje různé typy textů, informuje o názorech účastníků výzkumu a provádí zkoumání v přirozených podmínkách.*“ (Creswell, J., W., 1998 in Hendl, 2005, str. 50)

Oproti kvantitativnímu výzkumu kvalitativní výzkum nevyžaduje předem stanovené hypotézy, což umožňuje vytvářet nové otázky v průběhu výzkumného šetření. Z důvodu získávání podrobných dat se vyznačuje menším vzorkem respondentů, se kterými je zapotřebí navázat přímý kontakt a navodit příjemnou atmosféru neboli rapport. Dále je výzkum charakteristický tím, že zjištěné teorie nejsou obecně platné a platí pouze pro předem určený vzorek. Pokud se dodržíš určitá pravidla výzkumu, „*můžeme v pedagogice objevit nové,*

statisticky neviděné jevy, které zásadním způsobem ovlivňují výchovně – vzdělávací procesy.“ (Švaříček ,2007, str. 28)

V rámci kvalitativního výzkumu byla zvolena metoda rozhovoru. Pro výzkum byl využit polostrukturovaný rozhovor pro určitou osnovu a velkou pružnost získávání informací. Zvolila jsem z důvodu zachycení odpovědí v přirozené podobě a možnosti rozhovor v průběhu dotazování doplnit o otázky, které dopomohou lépe porozumět pohledu respondentů. *„Cílem hloubkového a polostrukturovaného rozhovoru je získat detailní a komplexní informace o studovaném jevu“.* (Švaříček, 2007, str. 13)

4.2 Cíl výzkumu a výzkumné otázky

Cílem výzkumu je zjistit, jakým způsobem jsou terapie vnímány samotnými dětmi a pracovníky institucí.

Záměrem výzkumného šetření je zjistit využití terapií, zachycení změn v chování jedinců a následné hodnocení terapií dětmi a pracovníky.

Hlavní výzkumná otázka:

Jaké terapie jsou využívány v etopedických zařízeních a jaký názor na ně mají pracovníci a samotné děti?

Dílní výzkumné otázky:

1. Liší se názory dětí a pracovníků týkající se oblíbenosti terapií?
2. Jak vnímají oslovené děti s poruchami chování svou účast v terapiích?
3. Jak probíhá změna v chování v rámci terapeutického procesu?

4.3 Charakteristika výzkumného souboru

Pro výzkumné šetření byl proveden záměrný výběr respondentů. Tento výběr byl potřebný pro zjištění informací k dané problematice a podání skutečných faktů ke zkoumanému jevu. Pro výzkum byla dána kritéria odpovídající cíli šetření a výzkumnému problému. Při výběru respondentů jsem si stanovila kritéria, a to pobyt v etopedickém zařízení a zkušenosti s terapiemi.

Do výzkumného šetření jsem celkem vybrala osm respondentů z čehož byli čtyři pracovníci pracující v etopedických zařízeních a čtyři děti, které jsou nebo byly v tomto zařízení umístěné a účastnily se terapií. Respondenti byli vybíráni převážně z dětských domovů se

školou a z dětských diagnostických ústavů. Rozhovory byly uskutečněny s etopedy, psychology a terapeuty.

Respondent č.1 – žena, psycholog, etoped, terapeut

Respondent č.2 – žena, psycholog, etoped, terapeut

Respondent č.3 – muž, etoped, terapeut

Respondent č.4 – žena, etoped, psycholog

Respondent č.5 – dívka, 14 let

Respondent č.6 – dívka, 15 let

Respondent č.7 – chlapec, 18 let

Respondent č.8 – chlapec, 13 let

4.4 Průběh výzkumného šetření

Sběr potřebných dat započal v únoru 2018, kdy jsem se jednotlivými respondenty z oblasti pracovníků spojila přes sociální síť a domluvila na osobním setkání, které proběhlo vždy na základě vzájemné domluvy. Rozhovory probíhaly v etopedických zařízeních, do kterých se děti dostávají na základní soudního nařízení. U všech rozhovorů jsem byla požádána o maximální anonymitu. Z tohoto důvodu neuvádím ani typ zařízení.

Respondenti byli vždy dopředu seznámeni s obsahem otázek a tématem mé diplomové práce, cílem výzkumného šetření, přibližnou délkou rozhovoru a s žádostí o nahrávání rozhovorů. V některých případech mi samotní pracovníci navrhli, doporučili a umožnili rozhovory i s některými dětmi z daného etopedického zařízení. Ve všech případech proběhly rozhovory osobně. Dva respondenti z řad dětí byli vybráni na základě doporučení od pracovníků daných zařízení a dva byli záměrně vybráni na základě osobních kontaktů.

Pro rozhovory byly sestaveny otázky, které při rozhovoru dopomáhaly držet se tématu. Otázky byly sestavené tak, aby odpovídaly výzkumnému problému a cíli. Během rozhovoru jsem měla možnost doptávat se na potřebné informace a přizpůsobit se dětem.

5 Zpracování a interpretace dat

Získaná data pro diplomovou práci byla zpracovávána prostřednictvím přepisu rozhovorů. K vyhodnocení a zpracování dat bylo využito kódování, při kterém jsem si určila dané kategorie. *„Kódování obecně představuje operace, pomocí nichž jsou údaje rozebrány, konceptualizovány a složeny novým způsobem. Při otevřeném kódování je text jako sekvence rozbit na jednotky, těmto jednotkám jsou přidělena jména a s takto nově pojmenovanými (označenými) fragmenty textu potom výzkumník dále pracuje“* (Švaříček, Šeďová 2007, str. 211)

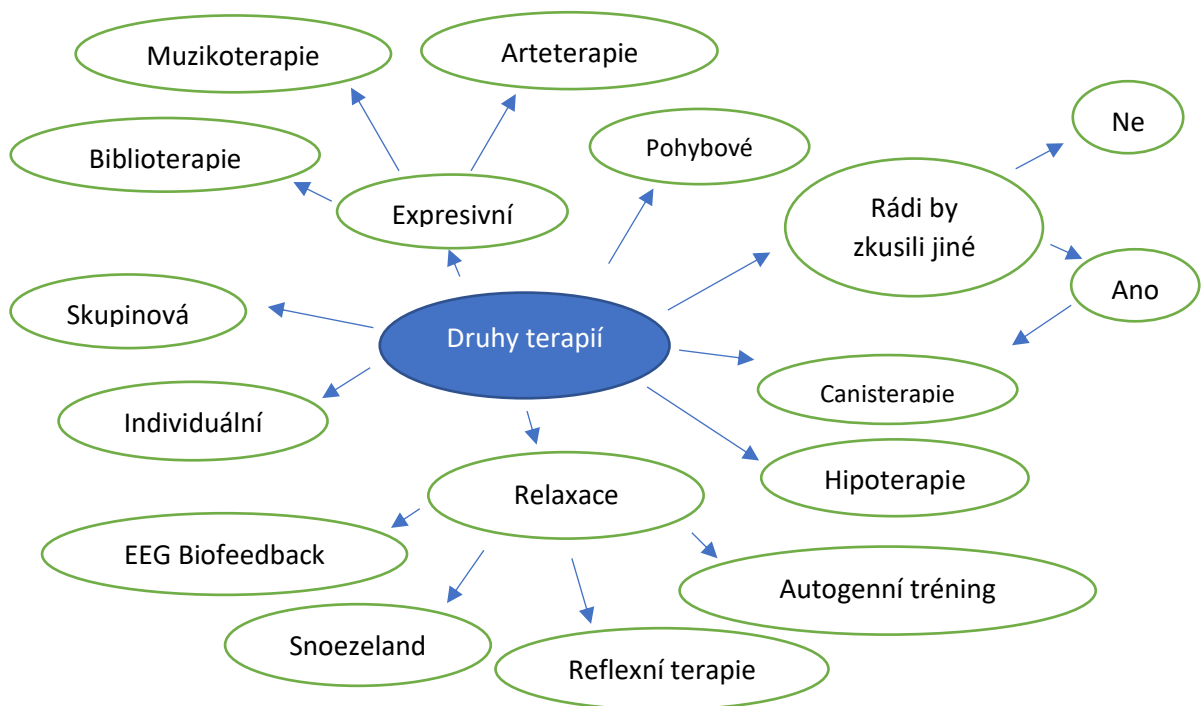
Získané kódy byly rozřazeny do čtyř kategorií:

- Druhy terapií
- Oblíbenost terapií
- Cíle terapií
- Hodnocení terapií

Po uspořádání získaných informací v rámci kódování se uskutečnilo zhodnocení výzkumného šetření. Při vyhodnocování jsem využila přímých citací získaných od respondentů pro lepší pochopení. Z tohoto důvodu se v textu mohou objevovat nespisovné výrazy. Vyhodnocování kategorií začínám vždy z pohledu pracovníků a pokračuji dětmi. Na konci kategorií uvádím krátké shrnutí a porovnání odpovědí mezi pracovníky a dětmi. Vzhledem k většímu počtu respondentů k lepší orientaci v textu uvádím respondenty pod písmenem R. Pro lepší orientaci byly vytvořeny schémata zobrazující získané informace.

5.1 Kategorie 1: Druhy terapií

Schéma č.1: Druhy terapií



Kategorie Druhy terapií se zaměřuje na získání informací ohledně nabízených terapií v etopedických zařízeních z pohledu pracovníků a dětí. Dále se u dětí otázky zaměřovaly na to, zda znají i ostatní terapie a pokud ano, zda by je chtěly vyzkoušet.

Nabízené terapie v etopedických zařízeních se příliš neliší a lze zaznamenat, že v institucích vybraných pro tento výzkum se terapie často shodují. R1, R2, R3, R4 uvedli shodné terapie. Nejčastěji je nabízena muzikoterapie, canisterapie, hipoterapie, arteterapie, pracovní terapie, individuální a skupinové terapie. Dále jsou nabízené terapie i za spolupráce jiných organizací.

R4: „Je tu muzikoterapie, canisterapie, hipoterapie, dále skupinové terapie, individuální terapie, jsou tady komunity, dále ve spolupráci s Centrem Dona Bosca v Pardubicích a Centrem J. J. Pestalozziho v Chrudimi mají víkendové výjezdy, kde se jedná o seberozvoj a jednou za 6 týdnů se scházím se skupinkami, kdy si vezmu jen pár dětí a oni si zvolí téma, protože na komunitách se k mnoha věcem nedostaneme.“

Neméně důležitou součástí procesu převýchovy tvoří i relaxace, při které používají autogenní trénink, snoezelen, reflexní terapii a EEG Biofeedback. Napomáhají dětem k uvolnění a zbavení stresu.

R1: „Nabízíme i reflexní terapii. Jinak jsou tu samozřejmě individuální a skupinové terapie. Některé děti dojíždějí psychoterapeutkou samy, jiné terapeutky přijíždějí do DDŠ.“

R2: „Při relaxování často využíváme autogenní trénink.“

R3: „Nabízíme Biofeedback jako relaxační místnost, je tu hipoterapie, využíváme tady i tanečky, biblioterapii, arteterapii, ale my tady tomu říkáme spíše kroužky.“

Z odpovědí respondentů lze usoudit, že zařízení v rámci ústavní a ochranné výchovy nabízejí mnoho druhů terapií. V mnoha případech nelze zahrnout veškeré terapie pod dané zařízení, a proto jsou některé z nich vykonávány mimo instituce nebo do nich terapeuti dojíždějí (např. hipoterapie, canisterapie, Centrum Don Bosco, Centrum J.J. Pestalozzi).

Druhá část první kategorie se zaměřuje na terapie z pohledu dětí. Na to, jaké terapie navštěvují a jaké další znají, popřípadě zda by je chtěly vyzkoušet. Na doporučení etopeda jsem rozhovory uzpůsobila dětem a terapie nazývala kroužky.

Z výzkumu vyplývá, že každý z respondentů navštěvuje nebo navštěvoval více terapií najednou. Jednalo se o muzikoterapii, biblioterapii, skupinové terapii, individuální terapii, hipoterapii, canisterapii a tanečky. Při navštěvování terapií je snaha dodržování režimu a pravidelnosti.

R5: „Každé pondělí navštěvuji knihovnu, a ještě v to úterý máme sezení skupinové s etopedy. Mám tam skupinovou terapii a povídáme si tam s nimi každé úterý.“

R6: „Chodím si každé pondělí povídat se starými lidmi a pak mám v pondělí tanečky a taky chodím ke koním jednou týdně a v úterý na skupinovku.“

R7: „Já chodil na muzikoterapii, byly taky skupinové komunity, kde jsme vždycky společně něco řešili. To sem nesnášel... pořád o něčem mluvit.“

R8: „Chodil sem k paní, kde jsme si povídali (myšleno etopedka) a pak jsou ty skupinové komunity. Zkusil jsem muzikoterapii, ale ta mě nebavila.“

Všichni čtyři respondenti mají povědomí o dalších terapiích, ale tři z nich o jiné druhy nemají nebo neměli zájem. Respondenti nejvíce zmiňovali animoterapii a arteterapii.

R5: „Vím i o dalších třeba ta s koněm, ale asi bych tam nechtěla. Nemám moc ráda zvířata.“

R6: „Vím o nějaké terapii kreslením nebo něčeho vyrábění, ale tam nechci, já si rád povídám a tak mi to stačí.“

R7: „Jo, třeba canisterapie anebo ta s koňmi, ale to bych nešel, to bylo spíš pro holky. Já bych radši ten sport.“

R8: „Vím, že ostatní někdy chodili někam ke koním. Občas tady je nějaká paní se psem. Ta by mě asi zajímala, ale nevím. My jsme doma měli psa a ten mi chybí, tak bych byl rád.“

SHRNUTÍ

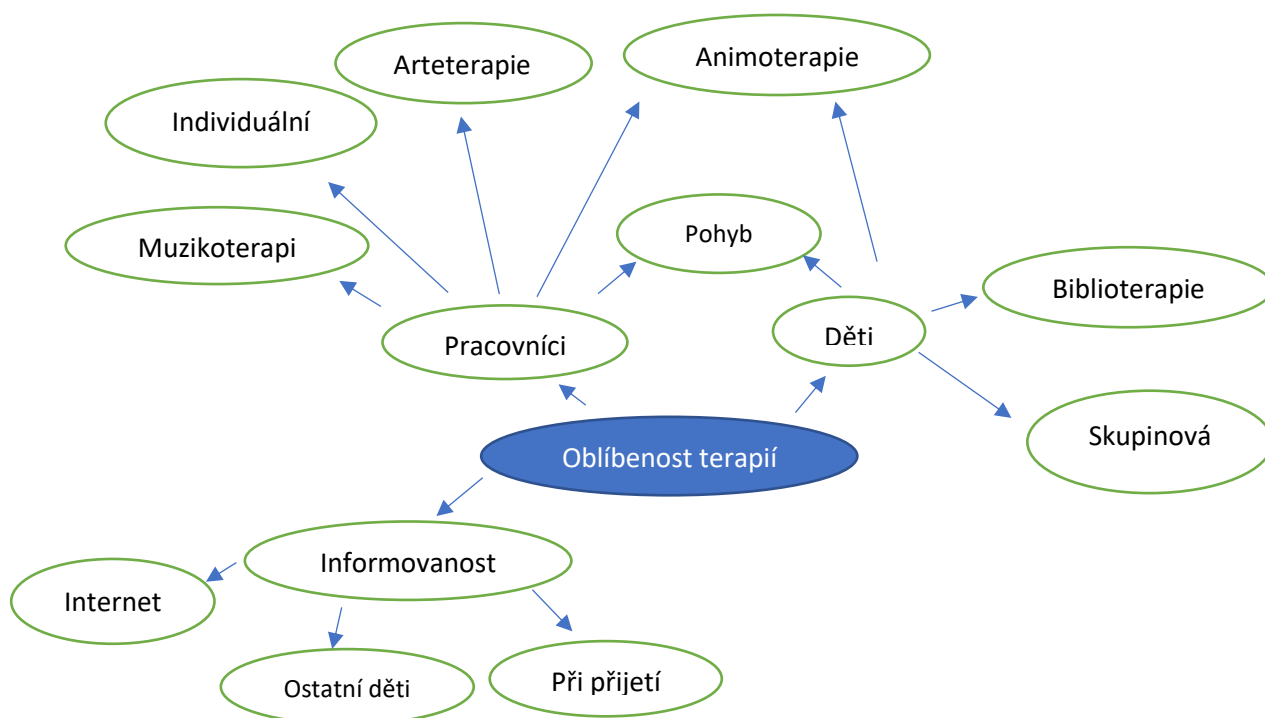
Z odpovědí respondentů lze usoudit, že zařízení v rámci ústavní a ochranné výchovy nabízí mnoho druhů terapií. Patří do nich muzikoterapie, hipoterapie, canisterapie, arteterapie, biblioterapie, pohybové aktivity, individuální a skupinové terapie. V mnoha případech nelze zahrnout veškeré terapie pod dané zařízení, a proto jsou některé z nich vykonávány mimo instituce nebo terapeuti dojíždějí do institucí (např. hipoterapie, canisterapie, Centrum Don Bosco, Centum J.J. Pestalozzi)

Návštěvnost terapií je různorodá. Každý z respondentů navštěvoval kombinace více terapií. Nejčastěji jsou kombinace za účasti skupinové a individuální. Při docházení na terapie je důležitá pravidelnost a režim. Děti dochází vždy vybraný den v týdnu.

Při informování dětí jsou přiblíženy veškeré terapie, které zařízení nabízí. Ačkoli respondenti uváděli znalost terapií, nejčastěji canisterapie, hipoterapie a arteterapie, neměli zájem je vyzkoušet. Jsou spokojeni se svým nynějším výběrem.

5.2 Kategorie 2: Oblíbenost terapií

Schéma č.2: Oblíbenost terapií



Třetí kategorie se zabývá informovaností dětí z pohledu dětí a pracovníku a následně je zaměřena na oblíbenost terapií dle pracovníků a samotných dětí. Otázky v rozhovorech byly pro obě dvě skupiny pokládány se stejným podtextem, tak aby později mohlo dojít k porovnání.

Co se týče informovanosti, respondenti č. 1,2,3,4 odpovídali převážně obdobně. V zařízeních ústavní a ochranné výchovy dochází k informovanosti dětí o terapiích a celkového režimu hned při přijetí, na skupinových komunitách, v průběhu pobytu anebo se děti informují mezi sebou.

R1: „Snažíme se všechny děti informovat hned při přijetí, ale někdy se na něco zapomene. Samozřejmě je tam pak vlastní informovanost od jiných dětí. Když je přijímáme tak jim většinou ukazuje i ty místnosti, kde jsou terapie prováděné. Říkáme, co se tam dělá. Když vidí někoho odcházet z terapie radostně, tak jsou hned zvědaví a jsou se zeptat.“

R3: „Většinou když přijde dítě tak většinou přebírám anebo paní sociální pracovnice. Vždycky se snažíme informovat. Většinou jsou vyjukaní a nervózní z nového prostředí.“

R4: „Informuje hned při příchodu. Je to ale takový šrumelec a velké množství informací, tak se může stát, že dítě něco přeslechne a pak se doptává ostatních.“

Odpovědi ohledně oblíbenosti terapií se lišily. Každý z respondentů uvedl jiný druh terapie, avšak R1 a R4 uvedli oblíbenost canisterapie, ale s tím rozdílem, že R4 poukázal na její oblíbenost pouze ze začátku školního roku. Koncem školního roku už o ni děti jeví podstatně menší zájem. Mezi oblíbení terapie dle pracovníků spadá canisterapie a celkově animoterapie, muzikoterapie, pohybové aktivity, arteterapie a individuální terapie. Pro děti terapie mohou představovat smysluplné vyplnění volného času, je jim dán osobní prostor anebo jim určité terapie nahrazují lásku a bezpodmínečné přijetí. Jako další možnost oblíbenosti terapií může být i to, že se provádí v době vyučování nebo mimo zařízení, v čemž děti mohou vnímat určitou volnost.

R1: „Řekla bych, že všechny terapie mají svoje fanoušky. Nicméně asi nejoblíbenější je pro děti canisterapie, nebo celkově animoterapie za pomoci zvířat. Suplují jim lásku a bezpodmínečné přijetí. Je pro ně jednodušší se třeba omluvit psovi, když mu stoupne na tlapku než druhému dítěti. Dále individuální terapie. Máme tu malé děti a ty potřebují toho dospěláka pro jen pro sebe.“

R2: „Nejvíce oblíbené jsou terapie, které žáky osobně osloví především muzikoterapie, arteterapie a pracovní terapie z výchov je to pak tělesná výchova a kroužky, které vyplňují volnočasové aktivity žáků.“

R3: „Oblíbená je individuální terapie z důvodu toho, že je někdo s nimi a vyslechne je, čistě psychoterapie, určitě hipoterapie a taneční kroužek.“

R4: Nejvíce oblíbené bych řekla canisterapie, i když asi jen ze začátku. Koncem roku už o ni není takový zájem. Další je oblíbená muzikoterapie, určitě to některé děti baví, ale taky si

myslím, že tam chodí z důvodu toho, že je v době, kdy je škola. A terapie mimo zařízení, to se pak těší, že nebudou tady v domě.“

Každé dítě je individuální, a proto se s určitostí nedá konkrétně zvolit oblíbené a neoblíbené terapie. Nicméně mě zaujala informace, kde R1 poukázal na věkové kategorie, kdy mladší děti mají více oblíbenou individuální práci, přičemž starší děti rády pracují ve skupině. Tento fakt může být zapříčiněn tím, že menší děti jsou mimo domov a bez svých rodičů. Mnohdy se nacházely v situacích, kdy neměly možnost mít svůj prostor. Tím, že pracují individuálně získají pozornost dospělého, kterou v minulosti mohly postrádat.

Informovanost dětí o terapiích probíhá primárně v rámci přijetí do zařízení, dále se informují u ostatních dětí nebo přes internetové stránky. V tomto ohledu se odpovědi od respondentů č. 5,6,7,8 se absolutně shodovaly. Kroužky si vybírají hned při nástupu a po zahájení jsou povinné.

R5: „Já jsem se to dozvěděla hnedka při nástupu.“

R6: „... o některých později a doptala jsem, ale když jsem sem přijížděla, už sem věděla třeba o koních, a taky z netu.“

R7: „Řekli mi, že je tam hudba a běž, tak jsem tam šel. Jo a bylo to povinný, když už jsem se přihlásil.“

R8: „Hned při nástupu mě vychovatelé se vším seznamovali. Bylo toho hodně, a tak si myslím že nám některý věci neřekli. Pak sem se ptal i ostatních.“

Mezi oblíbené terapie respondenti zařadili biblioterapii, skupinovou terapii, hipoterapii a canisterapii. Za méně oblíbené označili muzikoterapii, a R5 označil tanečky. Ve všech případech respondenti zmiňovali více pohybových aktivit. V odpovědích R5 a R7 se objevila antisympatie ke skupinovým komunitám, které jsou určené pro rekapitulaci dne, týdne, chování, krizových situací apod.

R7: „Muzikoterapie nebyla moc příjemná. Bylo to dost trapný, když do tebe hustěj na co budeš hrát. Jediný, co bylo dobrý, že byla, když sem měl bejt ve škole. A na té komunitě jsme společně něco řešili. To sem nesnášel... pořád o něčem mluvit. Radši bych dělal nějaký sport, jako byly tam nějaký sporty, ale já bych toho chtěl víc.“

R5 : „Moc nemusím skupinovou komunitu, protože se opakuje furt to samé, ale ty skupinový terapie s etopedy, ty mě baví a moc. A knížky, protože ráda se začtu do příběhu“

R6: „No já sem na koních jezdila už před tím a tak, a mám taky ráda pohyb, a hlavně na chvíli vypadnu pryč“

R8: „Tak ty skupinový (myšleno komunity) jsou povinný. To s tou paní (myšleno etopedka), když tam jsem sám, je v cajku. Tam si jen povídáme. Někdy to je otrava, protože po

mě chce říct nějaký věci, ale většinou to ok. A ta muziko mě prostě nebavila. Radši bych byl venku a sportoval.“

SHRNUTÍ

Děti i pracovníci se shodují na informovanosti ohledně terapií. K předání informací dochází z pravidla vždy při přijetí do zařízení. Vzhledem k množství informací se může stát, že dítě přeslechne nabídku terapií a poté se doptává v průběhu pobytu anebo se informuje od ostatních. Mezi nejoblíbenější terapie podle pracovníků patří celkově animoterapie, muzikoterapie, pohybové aktivity, arteterapie a individuální terapie, což v menší míře odlišuje od odpovědí dětí. Ty sice uvedly animoterapii a přání spojené s více pohybovými aktivitami, ale dále zvolily skupinovou terapii, biblioterapii. Za nejméně oblíbenou označily muzikoterapii.

Z výzkumu je patrné, že každé z dětí je individuální a preferuje jiný styl práce. Ačkoli si děti volí terapie samy a mohou ji zvolit podle zájmu, v některých případech může dojít k opačnému efektu a dítě může celou terapii vnímat negativně. V mnoha případech si děti terapie volí na základě toho, že je mohou vykonávat mimo zařízení anebo se konají v době vyučování.

5.3 Kategorie 3: Cíle terapií

Schéma č. 3 : Cíle terapií



Třetí kategorie se zaměřuje na cíle terapií a jejich plnění. Dále se věnuje vlivu terapií na změnu v chování a na to, zda jsou trvalé. Z pohledu dětí je zaměřena na to, zda po terapiích pozorují změny v chování a zda jim podle nich terapie jakýmkoli způsobem pomáhají.

Respondenti č. 1,2,3,4 uváděli velice rozsáhlé odpovědi. Z velké části se jedná o stejné cíle, avšak jiným způsobem popsané. Mezi nejvýznamnější cíle řadí nejčastěji rozvoj emocí, zvládnání stresu, zaměření se na sociální vztahy ve společnosti, zvládnání vzteku, zlepšení komunikace, odbourání napětí a tenze a vyrovnání s negativními zážitky.

R1: *„Je to zpracování traumat, rozvoj emocí. Jde o to uvolnit fyzické i emoční napětí, odbourání úzkosti v těle, zpracování traumat. Učí se vyjadřovat své pocity, a vybit agresí, kterou mají v sobě.“*

R2: *„Cílem terapie je především rozpoznat sociální vztahy ve společnosti, ve škole, v rodině, snaha o zdravý vývoj člověka, a prohlubování vědomostí a dovedností.“*

R3: *„Jde o to pomoc dítěti v začlenění do společnosti, aby se přestalo bát, převzalo odpovědnost a zodpovědnost o svůj život, překonalo strach z lidí a okolí a překonalo třeba trauma z rodiny.“*

R4: *„Cílem je celkový rozvoj osobnosti to, aby trávili nějakým způsobem čas a dokázali mluvit o problémech.“*

R1 uvádí, že terapie využívají i jako motivační prostředek. Díky navázání blízkého vztahu a poskytnutí dostatečného prostoru a času se děti učí důvěře. *„Většinou také používáme terapie jako motivační prostředek. V případě nevhodného chování terapie ale nerušíme. S dětmi je dobré navázat blízký vztah a dát jim prostor a čas, kdy se učí vzájemné důvěře.“*

Splnění cílů terapií je převážně individuální a nedá se globálně specifikovat. Nicméně je důležité, aby terapie byly prováděny pravidelně a aby každé dítě navštěvovalo aspoň jednu z nabízených.

R3: *„Je dobré, aby každé dítě nějaký ten kroužek mělo. Ten, kdo chodí dlouhodobě nebo pravidelně, tak se určitě v chování zlepšuje.“*

R3 a R2 poukazují na to, že terapie je postupná a dlouhodobá záležitost, a ne vždy plní svůj účel. V mnohých případech může být negativně vnímána.

R2: *„Působení terapie je velmi individuální postupná a dlouhodobá záležitost. Splnění cílů terapií je závislé na pravidelnosti a provedení, ne vždy plní svůj účel, a ne vždy jsou vnímány jako přímá pomoc.“*

R4 vnímá cíle terapií jako velmi individuální záležitost. *„Existují obecné cíle, ale každé dítě potřebuje jinou péči a pomoc, která se později projeví.“*

Změny v chování pozorují všichni respondenti z řad pracovníků. Poukazují však na dobu trvání terapií. Pokud se dítě účastní dlouhodobě terapií, postupem času dokáže lépe spolupracovat, odbourávat stres a strach, uvědomovat si sám sebe. Mezi krátkodobé výsledky zařadil R4 zklidnění a unavenost.

R1: *„Ten den bývají klidnější. Děti se během terapie mění, učí se společně komunikovat a spolupracovat i přes to, že to někdy nejde úplně podle představ.“*

R2: *„Je to velice individuální, ale po delší spolupráci dítě bez problému spolupracuje, terapie mu pomáhá uvědomit si svoji osobnost a své schopnosti.“*

R3: *„Ten, kdo chodí dlouhodobě nebo pravidelně, tak se určitě v chování zlepšuje např. zklidnění, odbourávání úzkostí a traumat, posilování pocitu jistoty a bezpečí, vyrovnávání se s nepříznivou rodinou konstelací nebo proběhne změna problematických vzorců chování.“*

R4: *„Tak po muzikoterapii jsou takové klidnější, unavenější a potřebuji jakoby odpočívat v té hodině. A to je ten moment, kdy je vidět změna v tom chování. Spíš je to vidět odstupem času, kdy si třeba řekneme na konci roku, že fakt makal.“*

Názor R4 se nepatrně liší od názoru ostatních. Ačkoli pozoruje změnu chování hned po muzikoterapii, v ostatních případech změnu chování bezprostředně po terapiích nepozoruje. *„Já si myslím, že oni určitě prochází během dlouhodobější terapie osobnostním růstem, ale že bychom pozorovali zlepšení chování hned po terapiích, jakože by se například po víkendovce zlepšilo v pondělí chování, to asi ne.“*

Dále R4 sice souhlasil s pozitivním vlivem terapií, ale upozornil na to, že děti zvládají nastavená pravidla ve skupinách, ale ve větší míře nejsou pak později schopné je aplikovat v běžném životě mimo zařízení.

R4: *„Ten vztah, který si udělají ve skupině, tak ten tam dodržují, ale asi by ho nedokázali přes kopírák aplikovat na jinou osobu, nepřenesou to do běžného chování.“*

R2 a R4 se domnívají, že terapie může přispět ke změně v chování, ale celkový vývoj v mnoha případech nedovolí dětem plně pochopit a zreflektovat danou situaci.

R4: *„Myslím, že jejich věk neumožňuje ponořit se do hloubky. To, aby se šťourali, proč to tak udělali, kde byla chyba a proč to udělali.“*

R2: *„Výsledky se nemusí dostavit během studia na škole, ale mohou působit ve zralejším věku kdy je člověk schopen domýšlet působení těchto praktik.“*

U respondentů z řad dětí se jednalo o velmi podobné odpovědi. Respondenti č. 5,6,8 odpovídali na otázku ve větší míře pozitivně. Nejčastěji se objevovali odpovědi, kde zmiňovali

zklidnění, uvolnění, získání prostoru sami pro sebe, naslouchání. R5 a R6 zmínili i výhodu opuštění zařízení v rámci terapie

R5: „Vypadnou tady odsad'. Taky pomáhá v tom, že se uvolním a cítím se líp. Když se nedokážu uklidnit, můžeme se vypovídat, třeba když máme nějaký problém tak oni to s námi dokáží řešit, poslouchají nás.“

R6: „Jo tak určitě, jsem ráda a taková víc v klidu.. Můžu se trochu uvolnit a na nic se nezlobím. Tak nějak se potom cejtím líp. Asi se snažíme se neposmívat nebo si nadávat.“

R8: „Jo asi jo, mě je to celkem jedno. Asi jak která. Já to mám tak normálně. Prostě přijde mi, že sem někde byl a ok, ale hlavní je to, že jsem chvíli pryč. Jakože z toho celého přikazování atak.“

Odpověď R5 mě zaujala natolik, že mě donutila přemýšlet nad důležitostí všedních a běžných skutečností. Nenahraditelnost běžného kontaktu, kdy se dítě může svěřit s banalitou a je mu věnován čas. „Můžu tam říct, co chci a nikdo se mi nesměje a nekřičí na mě. Můžu tam říct třeba o čem se mi zdá a někdo se mi věnuje.“ To je z mého pohledu velice důležitý aspekt, který by neměl být opomíjen.

I přes to, že lze pozorovat určité změny v chování bezprostředně hned po terapii, mají tyto změny spíše krátkodobý charakter. Ačkoli se děti v mnohých případech snaží předcházet nevhodnému chování, při zátěži nebo stresu se opět vrátí.

R5: „Já si myslím že jsem třeba víc klidná. Většinou hodně štěkám na ostatní a jsem vzteklá, ale v terapii si to pak uvědomuji a i to, když udělám něco špatně. Probíráme to pak na té skupinové terapii. Po terapiích je mi vždycky o něco líp.“

R6: „Po terapii mi je dobře, jsem taková jakoby spokojená, a tak nějak uvolněná. Ale vždycky, když na ni dlouho nejsem, tak to je zase zpět. Chtěla bych je častěji ale to nejde. S holkama si tam rozumíme, ale jen tam, pak se zase hádáme (smích).“

R8: „Já nevím, asi se snažím nebejt hnusnej .. ale prostě když mě někdo vytočí, tak sem stejně hnusnej. Jako asi se cejtím dobře, ale je to jen chvíli. Někdy nejsem tak napnutej.“

Odpovědi R7 mě velice překvapily. K celkovému systému terapií je spíše skeptický a hodnotí je negativně. Domnívá se, že nemohou změnit podstatu jedince. „Cítil jsem se stejně jak vždycky. Terapie v pasťáku, prostě cokoliv v pasťáku nezmění vaši povahu, já beru tvrdý drogy a jsem furt stejnej. Když jdeš na tu nejhorší terapii, kam choděj lidi, který moc nemá ráda a oni tebe, jsi zavřená v místnosti s těmi lidmi a hodinu si povídáte o tom, jak se kdo měl, tak to spíš štve, než přináší radost.“

SHRNUTÍ

Respondenti pracovníci uváděli shodné odpovědi vztahující se k cílům terapií. Nejčastěji se odpovědi vztahovaly k rozvoji emocí, zvládnání stresu, zaměření se na sociální vztahy ve společnosti, zvládnání vzteku, zlepšení komunikace, odbourání napětí, tenze a vyrovnání s negativními zážitky. Dále mohou sloužit jako motivační prostředek.

Při terapiích je důležité, aby se dítě cítilo bezpečně, uvolnilo se a dokázalo pracovat na svých problémech a sobě samém. To se z části potvrdilo odpověďmi od respondentů tvořící děti, kteří při terapiích pocítují zklidnění, uvolnění a při nichž dostanou dostatečný prostor sami pro sebe. Dále se u obou skupin objevila shodující se poznámka k navštěvování terapií mimo zařízení. V tomto případě jsou děti vystavené běžnému prostředí, kde mohou opustit od určitého stereotypu a režimu, což může mít také pozitivní vliv.

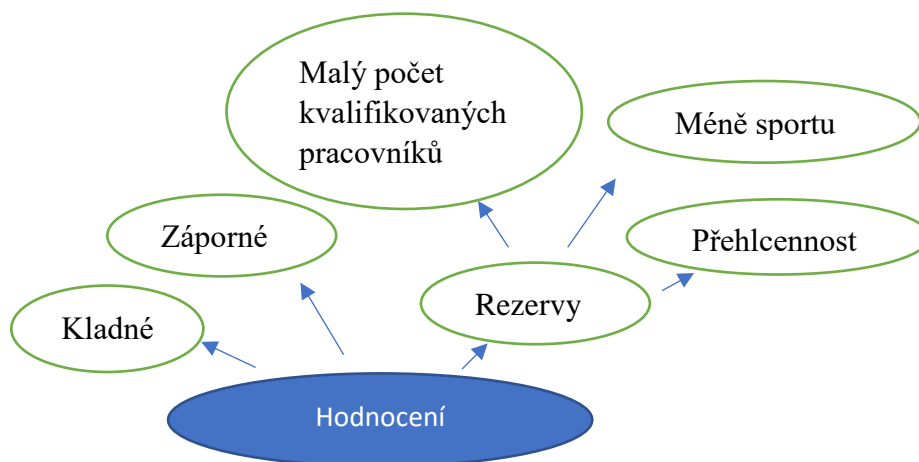
Pracovníci poukazují na plnění cílů jako na velmi individuální a dlouhodobou záležitost, která vyžaduje trpělivost a důvěru. Změny v chování jsou v některých případech znatelné hned po terapii, ale jedná se spíše o krátkodobé změny. Některé děti uváděly změny v prožívání, kdy se cítily být klidnější a ustupoval vztek, obzvlášť pokud se jednalo o naslouchání a vyslechnutí ze strany terapeuta. Ale vždy po delší době, kdy se neúčastnily se terapií, se znovu cítily v rozporu.

Při dlouhodobé spolupráci je větší pravděpodobnost, že se dítě naučí lépe spolupracovat, komunikovat a odbourávat stres a úzkost. Ačkoli terapie mohou napomoci ke zlepšení chování, je zapotřebí komplexní péče. V mnohých případech dětí navážou pozitivní vztahy v terapeutické skupině, ale později nejsou schopné utvořit takový vztah v jiném prostředí. Což může být i následkem nevyzrálosti, kdy nejsou schopni takové chování aplikovat na další osoby.

Do výzkumu byl zapojen i respondent s negativním názorem na terapie. Domnívá se, že terapie nejsou nápomocné a nemohou změnit to, čím člověk je. Terapie vnímal spíše jako nutné zlo, vyplnění volného času a také jako úlevu z vyučování. Raději by do programů zařadil více sportu.

5.4 Kategorie 4: Hodnocení

Schéma č.4: Hodnocení



Poslední kategorie je zaměřena na hodnocení terapií a zda jsou v této oblasti nějaké rezervy. Z mého pohledu mají terapie nezastupitelnou roli a jsou nenahraditelné. Z výzkumu je patrné že respondenti č. 1,2,3,4 jsou téhož názoru. Terapie hodnotí pozitivně, avšak respondenti č.1,2,3 poukazují na nedostatek kvalifikovaných pracovníků a R4 na přehlcení terapiemi.

R1: „Hodnotím velice pozitivně. Myslím, že to má velké úspěchy. Spíše vnímám jako velký nedostatek to, že je neustále málo pracovníků v tomto oboru. Nejsou prostě k dispozici a instituce se to snaží nahrazovat. Dětský psychoterapeut je v podstatě k nesehnání. To hodnotím jako jedinou negativní věc. Bylo by potřeba více terapeutů.“

R2: „Z mého pohledu by mělo být více kvalifikovaných pracovníků“

R3: „Dle mého názoru je jedinou rezervou to, že je stále nedostatek kvalifikovaných pracovníků. Jinak si myslím, že terapie jsou nesmírně důležité a pro děti to je velká možnost, jak na sobě pracovat a trávit volný čas.“

R4 poukazuje na sice velký počet terapií, ale chybějící přirozené prostředí, které mnohdy může mít větší pozitivní vliv. „Terapie jsou určitě dobrý, nicméně si ale myslím, že ty děti jsou tak přeterapeutizovaný, že by ocenily normální vztah bez nějakých terapeutických promluv. Někdy mám z dětí pocit, že toho mají prostě dost. Lepší by bylo, kdyby existovalo více lidí, kteří by si je vzali a ukazovali by normální běžné věci. Když děti mohou někam jít, promluvit si s někým, kdo vlastně nepatří do našeho baráku to vnímám jako velice pozitivní.“

Respondenti č.5,6,8 se v odpovědích zaměřených shodovali a terapie hodnotí jako přínos. Vnímají je jako prostředí, kde jsou přijímáni, učí se komunikovat, spolupracovat a respektovat ostatní. Často byla zmíněna i výhoda možnosti odejít na dané terapie mimo zařízení, což jim poskytovalo určitou volnost. V mnohých případech by rádi více pohybu

a možnosti trávit čas venku. R6 „*Já myslím, že je to dobrý, Akorát bych to měla častěji. Nejlepší je že můžu vypadnout a být chvíli někde jinde. A někdo se mi věnuje.*“

Spíše neurální postoj zastává R8 „*Jo tak někdo říká, že je to super, no já nevím asi jak co. Já bych byl radši třeba venku. Ale je fajn, když prostě aspoň jednou vypadnem.*“

I přes to, že chápou poslání terapií a snaží se určité věci dodržovat, dochází k opakování problémů. Na tuto skutečnost upozornil i R4, který poukázala na to, že terapie jsou sice nápomocné, ale nedochází k cílené změně chování. Pouhé terapie nejsou nástrojem převýchovy.

R5: „*Podle mě jsou fajn. Jsou na tom správném místě určitě pomáhají. Pomáhá nám to přijmout cizí názor, spolupracovat. Snažíme se to dodržovat, ale moc to nejde, protože každá jsme jiná.*“

R7 uvedl specifickou odpověď a jako jediný uvedl výhodu pouze v tom, že se díky terapiím neúčastní vyučování. Terapie vnímá spíše negativně a raději by zařadil více sportu a pohybových aktivit. „*Terapie vám maximálně pomůžou vyhnout se škole. Zrušil bych terapie a dal spíš víc sportu, protože to pro ty děti znamená rozhodně víc, chtějí se v tom rozvíjet a baví je to. Takže víc sportu miň terapií.*“

SHRNUTÍ

Při hodnocení se respondenti z řad pracovníků a dětí shodují na přínosnosti terapií. Respondenti jakožto zaměstnanci poukazují na nedostatečný počet kvalifikovaných terapeutů. Z hlediska dětí se tento fakt může odrážet na pravidelnosti a frekvenci terapií. V některých případech se objevilo přání mít terapie častěji. Dětem se mnohdy dostane tolik potřebný a bezpečný prostor, který jim v rodině často není poskytován. I přestože je terapie dlouhodobou činností a nelez očekávat po první terapii znatelné změny, hned o začátku se učí vzájemné podpoře, toleranci a důvěře. Ačkoli jsou ve větší míře terapie hodnoceny pozitivně, u obou skupin respondentů byly uvedeny rezervy. V první řadě je to možné přehlcení terapiemi. I přestože mají prokazatelný pozitivní vliv, určitým problémem by mohla být absence přirozeného prostředí, kde se děti mohou věnovat běžným činnostem. To se dle mého názoru odrazilo i v odpovědích, kde byla často zmiňována výhoda návštěv terapií mimo zařízení, kam dochází samy, bez dozoru. Dále v některých případech mohou být terapie využity jako nástroj pro vynechání vyučování. Na tento fakt upozornili nejen pracovníci ale i samotné děti. Při rozhovorech zaznamenala mírně odlišný názor od jediného respondenty, který by terapie nahradil sportem.

6 Shrnutí výsledků

Cílem výzkumného šetření bylo zjistit odpověď na hlavní výzkumnou otázku: Jaké druhy terapií jsou využívány v etopedických zařízeních a jaký názor na ně mají pracovníci a samotné děti na terapii? Dále jsem si stanovila tři dílčí výzkumné otázky, které se zaměřovaly na to, zda se liší názory dětí a pracovníků na oblíbenost terapií, jakým způsobem oslovené děti vnímají svoji účast v terapiích a jaké nastávají změny v chování po terapiích.

V rámci etopedických zařízení je využíváno mnoho druhů terapie, které jsou prováděny přímo v daných zařízeních nebo děti dochází do jiných institucí a center. Mezi nejvíce využívané terapie jsou řazeny muzikoterapie, arteterapie, canisterapie, hipoterapie, skupinová a individuální terapie, biblioterapie, pohybové aktivity a pracovní terapie. Terapie doplňují celý proces převýchovy a napomáhají ke zvládnutí negativních projevů v chování. Z výzkumu je patrné, že jsou hodnoceny převážně pozitivně. Ačkoli mohou být přínosem, v některých případech se může jednat o pouhou povinnost nebo prostředek k uniknutí od vyučování. Dalším problémem je nedostatek kvalifikovaných pracovníků, což se odráží na frekvenci a intenzitě terapií. Při dlouhodobé a pravidelné práci je větší předpoklad k tomu, že se změny v chování budou stabilnější a trvalejší. Lze poukázat i na možnost přehlacení terapiemi, kdy jsou děti neustále vystavené pravidlům, stereotypu a jsou mimo běžné prostředí a činnosti, které jsou pro ostatní naprostá rutinní záležitost.

Názory na oblíbenost terapií jsou subjektivní, a proto nelze přesně zobecnit výsledky. Ve srovnání dětí a pracovníků se objevily v menší míře neshodující se odpovědi. V podstatě se v odpovědích týkající se oblíbenosti objevily veškeré terapie. Rozdílem však byla muzikoterapie, individuální a skupinová terapie. Rozdílnost v odpovědích přisuzuji tomu, že každý je individuální a preferuje odlišný styl práce.

Účast na terapiích je v těchto zařízeních značná. Děti jsou informované hned při přijetí. Volí si terapie na základě svých zájmů, jedním z nich je ale také ten, že mohou v rámci terapie opustit zařízení a docházet do spolupracujících center. Účast na terapiích byla hodnocena převážně kladně. Při terapiích si uvědomují nedostatky v chování a v některých případech se snaží i pracovat na zlepšení. Nejvíce vnímají poskytnutí prostoru, kde mohou být samy sebou a svěřit se. Ve výzkumu se objevil i respondent s negativním postojem vůči terapiím. Zastává názor, že jsou terapie zbytečné, v ničem nepomáhají a nemohou zapříčinit změnu osoby. Celkově pobyt v dětské domově se školou hodnotí negativně a nepřipouští jakoukoli změnu v chování.

Změny v chování jsou velmi individuální. Pro práci s dětmi je důležité, aby získaly pocit bezpečí, důvěry a jistoty. To je prvním krokem k tomu, aby byly schopny mluvit o svých pocitech a problémech a začaly je řešit. Mezi nejčastěji viditelné, ač krátkodobé, změny bezprostředně po terapiích patří uklidnění, zmírnění napětí a uvolnění. K tomu především přispívá naslouchání a projevení zájmu ze strany terapeuta. Při dlouhodobější práci se děti mohou naučit získané dovednosti využívat později i v dalším životě.

7 Diskuze k výsledkům výzkumného šetření

Cílem diplomové práce bylo porovnat to, jak děti a pracovníci z institucí ústavní a ochranné péče vnímají terapie. Zaměřila jsem se na druhy nabízených terapií, jejich hodnocení a na změny v chování po terapii. Pro výzkumné šetření jsem zvolila kvalitativní výzkum. Pro sběr dat byla využita metoda polostrukturovaného rozhovoru z důvodu nutnosti se v některých částech doptat. Rozhovory se uskutečnily s osmi respondenty, které tvořily čtyři děti a čtyři pracovníci z institucí. Otázky byly zvolené tak, aby mohlo dojít u obou skupin k porovnání.

V první části výzkumného šetření jsem se ze začátku zaměřila na informace ohledně nabízených terapií v daném zařízení. Dále jsem zjišťovala informovanost dětí o jiných terapiích a zda se o ně zajímají. Z výzkumu je patrné, že v zařízeních, jež poskytují ústavní nebo ochrannou výchovu, se využívají převážně shodné terapie. Mezi nejčastěji řečené se řadí individuální a skupinová terapie, muzikoterapie, arteterapie, pracovní terapie, biblioterapie a v neposlední řadě animoterapie zahrnující canisterapii a hipoterapii. Dále jsou nabízené terapie mimo zařízení, kam děti samy docházejí, reflexní terapie, EEG Biofeedback a snoezelen. Ačkoli jsou děti informované o dalších terapiích, nemají tendenci je navštěvovat. Domnívám se, že je tato skutečnost ovlivněná daným režimem v zařízeních, kde mají děti neustálý program a jsou tak přehlcené pravidly a určitým stereotypem. Terapie vnímají sice pozitivně, ale z mého pohledu potřebují čas i samy pro sebe.

Cílem druhé části bylo zjistit to jakým způsobem jsou děti o terapiích informovány. Zabývala jsem se oblíbeností terapií a porovnávala odpovědi pracovníků a dětí. Ohledně informovanosti pracovníci i děti odpovídaly shodně. I přesto, že vždy k předání informací dochází při přijetí a nástupu do zařízení, děti občas instrukce týkající se terapií přeslechnou. Při přijetí je dítě vystavené stresu a mnoha novým věcem, tudíž se nesoustředí a mnohé informace nevnímá. Z toho důvodu se později doptává ostatních dětí a může si vybírat i podle oblíbenosti u ostatních. Při hodnocení oblíbenosti se názory dětí a pracovníků mírně lišily. Pracovníci se domnívají že nejvíce oblíbená je arteterapie, celkově animoterapie, muzikoterapie, pohybové aktivity a individuální terapie. Děti se s nimi shodují v případě animoterapie, dále ale uvádějí skupinovou terapii a biblioterapii. Za nejméně oblíbenou pak označily muzikoterapii. Domnívám se, že tyto výsledky jsou pouze orientační, a to z důvodu, že každé dítě je individuální a vyhovuje mu jiná práce. Tato skutečnost může být ovlivněná psychickým a fyzickým vývojem, pohlavím, výchovou ale samozřejmě i terapeutem, který terapii provádí. Zajímavostí pro mě bylo zjištění, že ačkoli tyto děti mají problémy s dodržováním pravidel, často zmiňovaly přání ohledně zařazení více sportovních aktivit, kde jsou pravidla nedílnou

součástí. Z mého pohledu to vnímám tak, že děti vnímají sport jako určitou příležitost, jak se uvolnit a zbavit se vnitřního napětí vhodnou formou tak, aby za to nebyly potrestané.

Ve třetí části jsem se zaměřila na cíle terapií a na jejich plnění. Dále mě zajímal vliv terapií na změnu v chování, na pocity dětí po terapii a zda si myslí, že jim terapie pomáhají. Odpovědi od respondentů z řad pracovníků byly velice rozsáhlé. Mezi nejčastější cíle uvedli rozvoj emocí, zvládnání stresu, motivace, zaměření se na sociální vztahy ve společnosti, zvládnání vzteku, zlepšení komunikace, odbourání napětí a tenze a vyrovnání s negativními zážitky. Děti uváděly převážně pocity zklidnění, uvolnění a odbourání stresu. Jak pracovníci, tak děti uvedly přínos terapií konajících se mimo zařízení. V tomto případě souhlasím s respondentem z řady pracovníků. I přes to, že jsou děti z nějakého důvodu umístěny do zařízení, neměly by přijít o kontakt v běžném prostředí. Pokud budou absolutně vytrženi a izolováni od společnosti, mělo by to z mého pohledu velice negativní dopad na jejich vývoj. Plnění cílů je velmi individuální záležitost, která vyžaduje více času. Ačkoli je možné v menší míře pozorovat krátkodobé změny v chování, během delšího prodlení mezi terapiemi se nežádoucí chování obnovuje. Sama ze své zkušenosti vím, že práce na sobě samé je velice obtížná a složitá. Z toho důvodu se i přikláním k názoru, že děti vzhledem k vývoji nejsou z části schopné pochopit do hloubky svůj prohřešek a jeho dopad, nejsou schopni hlubší sebereflexe a pochopit závažnost situace. Pokud se zvolí vhodná terapie v souvislosti i s motivací, mají jasně pozitivní vliv. U dětí s poruchami chování se mohou zlepšit schopnosti spolupráce, komunikace a sebereflexe.

V poslední části jsem se zaměřovala na hodnocení a rezervy terapií. Domnívám se, že terapie mají nezastupitelnou roli při převýchově. Děti, které se nacházejí v zařízeních ústavní a ochranné péče mnohdy nemají tolik důležité vhodné rodinné zázemí. Mnohdy dětem chybí pocit bezpečím jistoty a pozornost. V těchto případech terapie dokáže každému dítěti poskytnout důležitý prostor, který dává možnost pracovat na chybách, které se projevují nevhodným chováním. Ačkoli jsou terapie hodnoceny od obou skupin respondentů jako přínosné a poukazují na jejich pozitivní účinky, v současnosti je problém v nedostatku kvalifikovaných pracovníků, kteří by se této práci věnovali. Často jsou využívány jen prvky z expresivních terapií z důvodu nedostatečného vzdělání terapeutů nebo zaměstnanců. To se odráží i na pravidelnosti a četnosti terapií, v čemž vidí problém především i samotné děti. Změny v chování jsou pak spíše krátkodobého charakteru. Další problémem může být v některých případech přehlacení terapiemi. Jeden z respondentů poukázal na skutečnost, že děti navštěvují terapie neustále a mají další program, který spadá režimu, nemají tak mnoho prostoru sami pro sebe. Chybí jim běžný kontakt s reálným životem, a to může mít negativní dopad na jejich chování. Některé druhy terapií se částečně uskutečňují v době, kdy je vyučování, což má

za následek to, že děti se nemusí účastnit v rámci oblíbenosti terapie, ale využijí to jako prostředek k nedostavení se.

Výzkum představil nabízené terapie v etopedických zařízeních a jejich vliv na chování u dětí s poruchami chování. Domnívám se, že cíl práce byl splněn.

Závěr

Předložená diplomová práce se zabývala terapeutickými přístupy a metodami v etopedické praxi. Téma bylo zvoleno na základě osobní zkušenosti se skupinovou terapií a na základě vykonání praxe v etopedickém zařízení, které nabízelo mnoho terapeutických činností.

O problematice využívání terapeutických technik v etopedických zařízeních je čím dál více zájem. Vzniklo několik publikací, jež se tímto tématem zabývají. Z mého pohledu je tato oblast stále málo rozvinutá ať už z důvodů menšího počtu kvalifikovaných pracovníků nebo nedostatečnému zaměření se na individuální potřeby dětí.

Práce byla rozdělena na teoretickou a praktickou část. Teoretická část obsahuje tři kapitoly. První kapitola se zabývá etopedií, poruchami chování a poukazuje na spojitost speciální pedagogiky a resocializační pedagogiky. Dále je zaměřena na sociálně právní ochranu dětí. Druhá kapitola se zaměřuje na institucionální péči v rámci ústavní a ochranné výchovy v současnosti a v minulosti a na její zařízení. Cílem následující kapitoly je objasnit význam psychoterapií, jejich formy, rozdíl mezi terapií a psychoterapií, terapeutický proces a terapie, jež se využívají nejen ve speciální pedagogice tzv. expresivní terapie a terapie za asistence zvířat.

V praktické části diplomové práce bylo využito kvalitativní šetření a s metodou polostrukturovaného rozhovoru. Rozhovory byly realizovány se čtyřmi pracovníky etopedických zařízení a čtyřmi dětmi, které se nacházejí nebo nacházely v těchto zařízeních. Rozhovory byly poskytnuty za příslibu absolutní anonymity, z tohoto důvodu není uveden ani typ zařízení. Získané informace byly zpracovány pomocí otevřeného kódování a následně shrnuty do kategorií. Sloužily k získání odpovědi na cíl diplomové práce. Cílem diplomové práce je porovnat, jakým způsobem jsou terapie vnímány samotnými dětmi a pracovníky a na jejich hodnocení. Dále jsem zjišťovala, jaké terapie jsou nabízeny v etopedických zařízeních a jak se projevují změny v chování po terapii.

Dle mého názoru se terapie ve společnosti objevují čím dál častěji a jejich využití má nezastupitelnou roli. Pro klienty, ať už se jedná o klienty s jakýmkoli handicapem nebo bez, poskytuje terapie prostor pro jejich fantazie a jejich osobnost. Mají možnost se projevit a využít relaxačních technik k vyřešení problémů.

Za přínosy práce považuji přiblížení jednotlivých terapií, a to, jak je vnímají samotné děti. Tato skutečnost může pracovníkům, ale i širší veřejnosti přiblížit terapie jako celek a pomoci při pochopení jejich smyslu a důležitosti. Vzhledem k přímým citacím v textu je možné posoudit, jak se mění chování bezprostředně po terapii a jak celkově přispívá ke změně

v chování. Etopedická zařízení nabízejí několik terapií, kde si každé dítě může vybrat dle svých preferencí a není je nutné k účasti nutit. To vnímám jako velice pozitivní fakt, který je důležitý při efektivní práci.

Na závěr práce bych ráda podotkla, že zpracování teoretické i praktické části mě poskytlo hlubší proniknutí do dané problematiky a prohloubení dosavadních znalostí.

Seznam použité literatura a prameny

- CZAPÓW, Czesław a Stanisław JEDLEWSKI. *Resocializační pedagogika*. Praha: Státní pedagogické nakladatelství, 1981. s
- HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7367-040-2
- HOLZER, Lubomír; DRLÍČKOVÁ, Svatava. *Celostní muzikoterapie v institucionální výchově*. Olomouc: Univerzita Palackého, 2012, ISBN 978-80-244-3323-3.
- HOSÁK, Ladislav; HRDLIČKA, Michal; LIBIGER, Jan a kol. *Psychiatrie a pedopsychiatrie*. Praha: Karolinum, 2015, ISBN 978-80-246-2998-8.
- JANKŮ, K. *Terapie ve speciální pedagogice – základy a obecná vymezení*. Ostrava : Ostravská univerzita, 2013. ISBN 978-80-7464-280-7
- JŮVA, Vladimír. *Základy pedagogiky*. Brno: Paido, 2001, ISBN 80-85931-95-8.
- KALEJA, Martin. *Základy Etopedie*. Ostrava: Ostravská univerzita, 2013, ISBN 978-80-7464-271-5.
- KANTOR, J., LIPSKÝ, M., WEBER, J., 2009. *Základy Muzikoterapie*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2846-9
- KOVAŘÍK, J. a kol. *Náhradní rodinná péče v praxi*. 1. vydání. Praha: Portál, 2004. ISBN 80-7178-957-7
- KLUCKÁ J. ; VOLFOVÁ, P. *Kognitivní trénink v praxi*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2009, Psyché (Grada). ISBN 978-802-4726-083
- KRATOCHVÍL, Stanislav. *Skupinová psychoterapie v praxi*. 3., dopl. vyd. Praha : Galén, 2005. ISBN 8072623478.
- KRATOCHVÍL, Stanislav. *Základy psychoterapie*. Praha: Portal s.r.o, 2006, ISBN 80-7367-122-0.
- LAKOMÁ, J. *Skupinová psychoterapie v reedukačním procesu*. Praha: Psyché, 1993.
- LANGMEIER, Josef; BALCAR, Karel; ŠPITZ, Jan. *Dětská psychoterapie*. Praha: Portal s.r.o, 2000,2010, ISBN 978-80-7367-710-7.
- LINKA, Arne. *Kapitoly z muzikoterapie*. Vyd. 1. Rosice u Brna: Gloria, 1997. 155 s. ISBN 8090183441.
- MATOUŠEK O., *Ústavní péče*, 2. vyd., Praha: Slon, 1999, 159 s., ISBN 80-85850-76-1

MATOUŠEK, O., MATOUŠKOVÁ, A. *Mládež a delikvence*. Praha : Portál, 2011, ISBN 978-80-7367-825-8.

MICHALÍK, Jan. *Vybrané kapitoly z práva pro sociální pracovníky středisek výchovné péče a zařízení ústavní a ochranné výchovy*. Praha: Institut pedagogicko- psychologického poradenství, 2007, ISBN 80-86856-23-3.

MÜHLPACHR, P. *Vývoj ústavní péče*. Brno: Masarykova univerzita, 2001. ISBN 80-210-2512-3

MÜLLER, Oldřich. *Terapie ve speciální pedagogice*. 2., přeprac. vyd. Praha: Grada, 2014. 508 s. ISBN 978-80-247-4172-7

NERANDŽIČ, Zoran. *Animoterapie aneb, Jak nás zvířata léčí: praktický průvodce pro veřejnost, pedagogy i pracovníky zdravotnických zařízení a sociálních ústavů*. Praha: Albatros, 2006. 159 s. ISBN 80-00-01809-8.

PESESCHKIAN, Nossrat. *Psychoterapie v každodenním životě*. Brno: Cesta, 2000, ISBN -10: 80-7295-010-X.

PYTKA, Lesław. *Pedagogika resocjalizacyjna: wybrane zagadnienia teoretyczne, diagnostyczne i metodyczne*. Wyd. 4, zm. i rozsz. Warszawa: Wydawnictwo Akademii Pedagogiki Specjalnej im. Marii Grzegorzewskiej, 2000,. ISBN 83-870-7944-8.

PRŮCHA, J., VETEŠKA J.. *Andragogický slovník*. 1. vyd. Praha: Grada, 2012. ISBN 978-80-247-3960-1

ŘÍČAN P., Krejčířová D., a kol., *Dětská klinická psychologie*, Praha: Grada Publishing, 2006, s. 240.)

SYCHROVÁ, Adriana ed. *Ústavní péče v resocializačním kontextu*. Pardubice: Univerzita Pardubice, 2015, ISBN 978-80-7395-756-8.

SLOMEK Z., *Speciální pedagogika, Etopedie*, Zdravotně sociální fakulta, Jihočeské univerzity v Č. Budějovicích, 2010, ISBN 978-80-86723-84-6

SLOWIK, Josef. *Speciální pedagogika*. Praha: Grada Publishing, 2007, ISBN 978-80-247-1733-3.

ŠICKOVÁ- FABRICI, Jaroslava. *Základy arteterapie*. Vyd. 2. Praha: Portál, 2008. 167 s. ISBN 978-80-7367-408-3

- ŠVAŘÍČEK, Roman a Klára ŠEĐOVÁ. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-313-0.
- VÁGNEROVÁ, Marie. *Školní poradenská psychologie pro pedagogy*. Praha: Karolinum, 2005, ISBN 80-246-1074-4.
- VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál, 2008, ISBN 978-80-7167-414-4.
- VALENTA, Milan. *Dramaterapie*. 4., aktualiz. a rozšíř. vyd. Praha: Grada, 2011. 264 s. ISBN 978-80-247-7520-3.
- VELEMÍNSKÝ A KOLEKTIV AUTORŮ, Miloš. *Zooterapie ve světle objektivních poznatků*. České Budějovice: DONA: 2007. ISBN 978-80-7322-109-6
- VYMĚTAL, Jan a kol. *Speciální psychoterapie, 2.*, přeprac. a doplněné vydání. Praha: Grada publishing, 2011, ISBN 978-80-247-6997-4
- VYMĚTAL, Jan. *Úvod do psychoterapie - 3.*, aktualizované a doplněné vydání. Praha: Grada publishing, 2010, ISBN 978-80-247-2667-0.
- VYMĚTAL, Jan a kol. *Speciální psychoterapie, 2.*, přeprac. a doplněné vydání. Praha: Grada publishing, 2011, ISBN 978-80-247-6997-4
- VYMĚTAL, Jan a kol. *Obecná psychoterapie*. Praha: Grada publishing, 2004, ISBN 80-247-0723-3
- ZICHA, Z. *Pokus o strukturu systému komplexní aktivní převýchovy obtížně vychovatelné mládeže*. In *Otázky defektologie*, 1977/78, 20, s. 192-204.
- ZICHA, Zbyněk. *Etopedie a psychoterapie. Speciální pedagogika: časopis pro teorii a praxi speciální pedagogiky*. Praha: Pedagogická fakulta Univerzity Karlovy 1990-, 2005, 15(1), 1-10. ISSN 1211-2720.

Zákony

Zákon č. 218/2003 Sb., o soudnictví ve věcech mládeže, ve znění pozdějších předpisů

Zákon č. 109/2002 Sb., o výkonu ústavní nebo ochranné výchovy ve školských zařízeních a o preventivně výchovné péči ve školských zařízeních,

Zákon č. 359/1999 Sb., o sociálně-právní ochraně dětí, ve znění pozdějších předpisů,

Internetové zdroje

ČESKÁ ARTETERAPEUTICKÁ ASOCIACE, 2012. Definice a cíle arteterapie. In: Česká arteterapeutická asociace [online]. Praha [cit. 2018-01-01] Dostupný z www: <http://www.arteterapie.cz/?podkategorie=arteterapie&clanek=22>

ČESKÁ HIPOREHABILITAČNÍ SPOLEČNOSŤ, 2018, [online]. [cit. 2018-08-06]. Dostupné z : <http://hiporehabilitace-cr.com/hiporehabilitace/pro-odborniky/aktivity-s-vyuzitim-koni/>

Mezinárodní klasifikace nemocí [online]. [cit. 2017-10-22]. Dostupné

z: <http://www.uzis.cz/cz/mkn/F90-F98.html>)

MPSV – Legislativa a systém sociálně-právní ochrany [online]. Praha [cit. 2018-19-12]

Dostupný z www: <https://www.mpsv.cz/cs/14304>

MZ – VĚSTNÍK ČESKÉ REPUBLIKY [online]. [cit. 2018-08-04]. Dostupné z:

https://www.mzcr.cz/Legislativa/dokumenty/vestnik-c_3628_1779_11.html

Seznam příloh

Příloha č. 1: Ukázka otázek k rozhovoru- Pracovníci	69
Příloha č. 2: Ukázak otázek k rozhovoru - Děti.....	70

Přílohy

Příloha č. 1- ukázka otázek k rozhovoru- Pracovníci

1. Jaké terapie nabízí Vaše instituce? Respektive, které jsou nejvíce využívané, navštěvované?
2. Jak jsou děti o možnosti terapií informovány, seznámeny, poučeny?
3. Které terapie jsou dle Vás nejvíce u dětí oblíbené a které nejméně?? Proč?
4. Co je jejich cílem? Daří se tyto cíle splnit?
5. Jakým způsobem terapie pomáhají dětem?
6. Jak se děti během terapie mění (jejich chování)? Jsou viditelné známky zlepšení?
7. Jak hodnotíte přínos terapií? Má tato oblast nějaké rezervy? Popřípadě jaké?

Příloha č. 2: Ukázka otázek k rozhovoru – Děti

1. Jak často navštěvujete terapie? Kdy jste začal/a navštěvovat terapie (hned při nástupu do zařízení)?
2. Jak jste se o terapiích dozvěděl/a? Kdo Vás informoval??
3. Proč jsi se rozhodl pro terapii, kterou jste si zvolil/a?
4. Z jakého důvodu Ti byla vybraná terapie v úvodu sympatická, příjemná?
5. Byly nějaké další terapie, o kterých jste slyšel/a a rád bys je zkusil/a? Nebo naopak nějaké terapie, které Vás nezaujaly?
6. Pokud jste se účastnil vybrané terapie, přineslo Vám to něco? Pomohla v něčem? Jak?
7. Změnilo se něco od té doby, co jsi navštěvoval/a terapie? Jak jste se po ní cítil/a?
8. Jak hodnotíte, respektive jaký máte názor na terapie?
9. Mají nějaký smysl? Pomáhají v něčem? Změnil/a byste něco?