

Integrative Psychotherapy with Children

Integrativní psychoterapie s dětmi

A.Drewes and John W.Seymour

Dětská psychopatologie stále mírně stoupá. U 17% až 22% mládeže (do 18 let) došlo k diagnostikovatelnému emocionálnímu, behaviorálnímu nebo vývojovému problému (Kazdin & Johnson, 1994). To znamená, že více než 14 milionů mladých lidí ve Spojených státech trpí významnými poruchami (Prout & Fedewa, 2015).

Děti jsou kriticky podhodnocenou populací, a to i přes dostatečné uznání rostoucí míry rizikového, sebevražedného a antisociálního chování a zneužívání návykových látek (Prout & Fedewa, 2015). Aby se věci dále zkomplikovaly, bylo zjištěno, že míra předčasného ukončení léčby u dětí a mládeže je až 40–60% (Prout & Fedewa, 2015) a existují rozporná stanoviska, zda je dětská psychoterapie účinná (Weisz et al., 2017). Například velká metaanalýza zahrnující 447 studií (30 431 mladistvých) a syntetizující padesátiletá zjištění z výzkumu zjistila, že mládí v léčebném stavu jsou lepší než ti v kontrolním stavu. Nejsilnější léčebný účinek byl u úzkosti (0,61), nejslabší u deprese (0,29) a nevýznamný u vícedílné léčby (0,15). Tato zjištění zdůraznila přínosy psychologické léčby, jakož i potřebu zdokonalení terapií a reprezentativnějšího informativního výzkumu (Weisz et al., 2017). Ačkoli studie psychoterapie u dětí a mládeže ukazují účinnost ve srovnání s nulovou léčbou (Lebow, 2008), účinnost klesá, když se provádí v reálném prostředí. Komplikovanost dětské psychoterapie je otázkou vývoje, který se stále mění, což ztěžuje stabilní měření (Lebow, 2008). Dětský terapeut musí být obeznán s vývojem člověka, protože většina toho, co je u dětí považováno za problematické, s výjimkou závažné psychopatologie nebo extrémního chování, může být normální vývojovou odchylkou. Navíc mnoho symptomatických projevů u normálních dětí a ve vývoji dítěte, jako jsou záchvaty hněvu, enuréza, specifické obavy a úzkosti a poruchy spánku, mizí v závislosti na vývoji a zrání. Dalším faktorem, který přispívá k rozdílům mezi terapií dětí a dospělých, je skutečnost, že osobnost dítěte je nastavena méně než u dospělých. Obrana dítěte není tak dobře zavedená, je pružnější a lépe reaguje na terapeutický zásah, jakmile je navázán terapeutický vztah a spolupráce. Na druhé straně, kvůli rychlým změnám, mohou být dětské klienti labilní, s širší škálou normálních emocionálních a behaviorálních reakcí a nekonzistentností v reakci na terapii. Dospělí si uvědomují, že existuje osobní problém, děti ho nemusí rozpoznat ani souhlasit s tím, že problém existuje, ani dobrovolně zahájit terapii. Ostatní dospělí učiní toto stanovení léčby, což má za následek různé stupně přijetí, poddajnosti a odporu dítěte. Kromě toho má dítě obvykle jen malé pochopení terapeutického procesu a cílů léčby a může mít zkreslený pohled a dezinformace týkající se terapie. Dalším velkým rozdílem mezi terapií dětí a dospělých je to, že dítě má omezený verbální a jazykový vývoj, což zase souvisí s omezeními v poznání a abstraktním myšlení. Děti nemusí přemýšlet abstraktně, mohou jim chybět dovednosti k vyjádření jejich myšlenek a emocí a nemusí mít dostatečnou receptivní slovní zásobu, aby plně porozuměly tomu, co je požadováno během rozhovoru nebo sezení. Verbální terapie s dětmi tedy často selhává, pokud nejsou jako prostředek léčby použity hry nebo intervence založené na hře (Drewes, 2009). Tyto a další komplikace v dětské psychoterapii prakticky vyžadují integrativní psychoterapii. Děti nejsou jen malými dospělými. Vývojová stadia, systémová prostředí, důvody doporučení a množství dalších faktorů vyžadují flexibilní a integrativní přístup k terapii. Integrativní přístup s mládeží bude navíc často zahrnovat další systémy v životě dítěte, jako jsou rodiče, členové rodiny a zaměstnanci školy a bude také

vyžadovat míchání individuálních, rodičovských, rodinných a komunitních formátů. Základní koncepty integrativního přístupu je pro léčbu dětí klíčová, i když někdy není ve vědecké literatuře ani v praxi jednoznačně identifikována ani rozvíjena (Krueger & Glass, 2013, s. 331). Čím více intervencí a systémů lze kombinovat, tím více způsobů se podílí na léčbě, tím je pravděpodobnější, že budou realizovány celkové terapeutické cíle (Prout & Fedewa, 2015). Protože dětská psychoterapie vykazuje vysokou úroveň závažnosti příznaků a komorbiditu spolu s rodiči a rodinnými stresory, je nutný vícerozměrný přístup (Kazdin, 1996, Kelley, Bickman, & Norwood, 2010). Integrativní přístup k dětské psychoterapii navíc rozšiřuje terapeutickou teoretickou konceptualizaci problémů s přítomností dítěte a pomáhá provádět různé intervence (Krueger & Glass, 2013). Stejná váha je věnována různým aspektům osobního fungování, jako jsou motivy, myšlenky, obrazy a chování. Jsou zkoumány prostřednictvím psychických struktur, vývojových potřeb, biologických a maturationálních procesů, intrapsychických motivů a konfliktů, kognitivních a percepčních procesů a obsahu, emocí a zjevných akcí (Gold, 1992, s. 56). Každá z těchto složek ovlivňuje, modifikuje, posiluje, inhibuje a možná dokonce vytváří jeden druhého (Gold, 1992, s. 56) a jsou vidět ve smíšeném a sjednoceném celku. Takové smíchání znamená kruhovitost, stejně jako omezení vícenásobných vztahů, které jsou vidět mezi kognitivními, dynamickými, mezilidskými a behaviorálními aspekty osoby (Coonerty, 1993). Protože kognitivní styly jsou v procesu formování u dětí, musí být intervence přizpůsobeny tak, aby jim odpovídaly, a také určovaly, co je vývojově vhodné pro klienta a pro jeho rozšířené systémy rodiny a školy. Integrativní přístup umožňuje řešení interpersonálních výzev i vnější reality dětského klienta (Krueger & Glass, 2013). Spíše než skákání z jednoho ošetření na druhého, rozvíjí dětský terapeut preskriptivní a integrativní přístup, který rozšiřuje koncept terapeuta. Výběr léčby by samozřejmě neměl být ovládán preferencemi terapeuta nebo pobytem v komfortní zóně, ale spíše pomocí výzkumných důkazů a klinických zkušeností (Schaefer, 2003). Vyhledání na změnu v jedné sféře fungování často vede k širokým dozvukům a změnám ve více aspektech maladaptivního fungování klienta (Coonerty, 1993). Kromě toho rodina a makro prostředí dítěte (např. chudoba, špatné bydlení, dezintegrovaná struktura rodiny, odcizení a zbavení moci) přidávají vlivné komponenty k poznávacím, dynamickým a behaviorálním reakcím dítěte (Gold, 1992). Tento model vícenásobné příčiny pomáhá lékaři přejít z úzkých teoretických omezení k řešení mnoha faktorů, které mohou způsobovat nebo udržovat patologii a inhibovat schopnost mladého člověka učit se a fungovat zdravě. Integrovaná léčba není pro dětskou terapii nová. Průzkumy ukazují, že dětské kliniky používají při klinické práci s dětmi techniky a postupy z různých teoretických zdrojů (Koocher & Pedulla, 1977; Shirk, 1999; Tuma & Pratt, 1982). Rozsáhlý výzkum zaměřený na sexuální zneužívání a trauma u dětí také tlačí na integrativní přístup. Tříbodová integrativní léčba traumatu (Stein & Kendall, 2004) se zabývala problematickým chováním a rozvojem dovedností prostřednictvím intervencí kognitivního chování (CBT), integrované traumatické vzpomínky, emoce a pohřbené části já prostřednictvím psychodynamických intervencí, staral se o akce a reakce v rodinném systému, které udržují dysfunkční rodinné interakce. Navíc, protože vzpomínky na trauma jsou vloženy do pravé hemisféry mozku (Gil, 2006; van der Kolk, 2005), integrativní použití neverbálních léčebných postupů a strategií využívajících symbolický jazyk, hru a kreativitu pomůže s přístupem a aktivací této části mozku dítěte. Bylo tedy zjištěno, že použití expresivního umění, hry a příjemných aktivit v terapii pomáhá traumatizovaným a zneužívaným dětem vytvářet jejich traumatická vyprávění (např. Drewes & Cavett, 2012; Gil, 2006; van der Kolk, 2005).

Definování integračních dětských terapií v dětské i dospělé literatuře se integrace psychoterapie obvykle týká syntézy různých škol a metod psychoterapie. Integrace také znamená kombinaci dvou

nebo více terapeutických modalit / formátů, jako je rodinná, skupinová a individuální terapie (Feldman, 1988; Reeves & Bruno, 2009). Za integrativní se považuje i zapojení dítěte do léčebného procesu, i když pouze pro psychoedukaci (Krueger & Glass, 2013.) Konečně, ale ne vyčerpávajícím způsobem, se práce napříč systémy péče někdy nazývá integrativní (Cook, 2007). V této kapitole se zabýváme všemi čtyřmi typy integrace práce s dětmi. Dětská terapie vyžaduje, aby terapeut nosil mnoho „klobouků“ a byl zručný při přechodu z jednoho terapeutického postoje na druhý, aby vyhověl potřebám dítěte a ostatních v životě dítěte (Coonerty, 1993; Drewes, 2011a). V jednom okamžiku se může terapeut intenzivně zapojit do hluboce evokujícího a často intenzivního terapeutického vztahu s dětským klientem, ve kterém se terapeut zabývá vnitřními boji dítěte, stanoví limity a jedná s ním jako vychovatel nebo prostředník. Poté musí terapeut v dalším okamžiku spolupracovat s rodičem nebo školním psychologem nebo učitelem ve třídě. Tyto často protichůdné a rychle se měnící role vedou mnoho dětských terapeutů k přijetí eklektického preskriptivního stylu, ve kterém jsou terapeutické intervence vybírány a poté měněny podle nejnaléhavější vnější poptávky (Coonerty, 1993; Drewes, 2011b). K řešení problémů s behaviorálním řízením chování byly použity zejména kognitivní a behaviorální přístupy pomocí technik modifikace chování a řešení problémů vztahů mezi rodiči a dětmi. Mezi příklady patří modifikace psychodynamiky pro dospělé spolu s behaviorální terapií k léčbě problémů s chováním dětí, použití technik modifikace chování spolu s relační dynamikou mezi rodičem a dítětem (Feather & Rhoads, 1972; West & Carlin, 1980) a rozvoj psychodynamického porozumění významu chování dítěte (Krueger & Glass, 2013). Jedním z prvních integračních pokusů byla vývojově založená psychoterapie (Greenspan, 1997), která spojila chápání vývojových schopností se schopnostmi samoregulace do primárně psychodynamického přístupu. Podobně asimilační psychodynamická psychoterapie udržuje silnou psychodynamickou základnu a zároveň integruje orientaci kognitivně behaviorálních a rodinných systémů při léčbě adolescentů (Grehan & Freeman, 2009; Krueger & Glass, 2013; Stricker & Gold, 1996). Existuje několik cest k rozvoji integrativní léčby s dětmi. V následujícím textu ukážeme několik příkladů integrativní dětské terapie podle čtyř cest: technický eklekticismus, teoretická integrace, asimilační integrace a společné faktory (Norcross a Alexander, kapitola 1, tento svazek).

Technický eklekticismus je zásadní v tom, že vybírá nejlepší řešení pro klienta a problém. Bylo zjištěno, že je praktičtější než teoretické (Norcross, 2005), s důrazem na predikci, pro které konkrétní intervence fungují dobře, než na to, proč fungují dobře. Příklady zde aplikované na děti zahrnují multimodální terapii (Lazarus, 2006) a výběr systematické léčby (Beutler, Consoli & Lane, 2005; Consoli & Buetler, kapitola 7, tento svazek). Technický eklekticismus využívající předepsanou herní terapii k léčbě dětí je vidět v případové studii jedenáctileté autistické dívky s poruchami chování (Kenny & Winick, 2000). Za použití sekvenčního přístupu byly vybrány léčebné metody, které se časem stavěly na sebe, namísto jejich smíchání do jedné relace. V této případové studii byla použita komponenta nedirektivní hry pro budování vztahů s direktivními technikami při zacílení na maladaptivní chování a poskytování vzdělávání rodičů. Důvodem pro použití flexibilního integračního přístupu byly vícerozměrné aspekty chování dítěte a vývojové zpoždění. Různé léčebné přístupy byly kombinovány do koherentní intervenční sekvence (Shirk, 1999). Léčba traumatu má několik účinných integračních přístupů pro děti. Integrativní herní terapie zaměřená na trauma (Gil, 2009) je manualizovaná, technicky eklektická léčba pro děti, které zažily komplexní trauma (Krueger & Glass, 2013). Kognitivní behaviorální terapie založená na důkazech (Cavett & Drewes, 2012; Cohen, Mannarino, & Deblinger, 2006, 2012; Drewes & Cavett, 2012) je integrována s expresivními technikami, direktivními a nedirektivními hrami a zásahy všímavosti. Teoretická integrace bere

nejlepší prvky dvou nebo více přístupů k terapii a mísí je s očekáváním, že výsledkem bude více než součet jednotlivých terapií. Důraz je kladen na integraci základních teorií spolu s integrací terapeutických technik. Příkladem je integrace psychoanalyticko-behaviorálních vztahů Ellen Wachtel (2014) a transteoretický model, který spojuje principy nebo procesy změny s fází změny dítěte (DiClemente & Prochaska, kapitola 8, tento svazek). Posledně jmenované bylo podrobena stovkám výsledkových studií, včetně studií s dětmi a jejich rodinami. Jednou z prvních teoreticky integrujících léčebných metod pro děti byla kognitivní behaviorální hrací terapie (Knell, 1993). Spojuje kognitivní a behaviorální intervence do herní terapie, přičemž dítěte informuje o léčbě (Drewes, 2009; Knell, 1993). Problematické chování pramení z maladaptivních myšlenek, které ovlivňují pocity dítěte a následně chování. Tyto maladaptivní myšlenky mohou být modifikovány pomocí herních úloh a aplikací v terapii při začlenění důkazem podporovaných technik z kognitivních a behaviorálních orientací (Krueger & Glass, 2013). Příkladem teoretické integrace je ekosystémová herní terapie vyvinutá O'Connorem (2001). Lékař vidí dítě, jeho problémy a léčebný proces v rámci jeho ekosystému. Zahrnuje klíčové prvky analytických modelů zaměřených na děti a kognitivně-behaviorální modely herní terapie, jakož i prvky Theraplay (Jernberg, 1979; Jernberg & Booth, 1999). Dalším příkladem teoretické integrace je flexibilně sekvenční herní terapie pro traumatizované děti (Goodyear-Brown, 2010). Řada léčebných technik dává dítěti prostor, ve kterém se může odhalit a přizpůsobit sdílení obsahu traumatu a také obnovuje ztracený smysl pro zmocnění dítěte, ke kterému dochází v důsledku zneužívání. Terapeut flexibilně integruje direktivní a nedirektivní přístupy. Vzhledem ke všem různým součástem výuky je zapotřebí znalost kognitivní behaviorální terapie, somatických terapií a všímavosti a rodinných systémů a teorií připoutání. Terapeut nemusí být odborníkem v každém modelu, ale je třeba mít pracovní znalosti o tom, jak provádět dyadické intervence a psychoedukační složky při práci s rodičem. Interakční terapie mezi rodičem a dítětem (Eyberg, 1988; Krueger & Glass, 2013) a terapie vztahů mezi rodiči a dětmi (Bratton et al., 2006) jsou vzdělávací programy založené na důkazech, které ilustrují teoretickou integraci malých dětí prezentujících behaviorální, emotivní a rodinné problémy. Problémové chování dětí je řešeno úpravou negativních vzorců interakce rodič-dítě (Bell & Eyberg, 2002). Nedílné herní a behaviorální kontingence jsou pro léčbu klíčové a přístupy k léčbě užívají koncepce, jako jsou teorie připoutanosti a teorie sociálního učení (Krueger & Glass, 2013).

Asimilační integrace také zakořenila v dětské terapii, přičemž psychoterapeuti pracují především podle své oblíbené teoretické orientace a poté selektivně začleňují metody z jiných modelů. Terapeuti udržují domácí teorii a začleňují techniky z jiných teoretických orientací, často reinterpretovali význam této techniky prostřednictvím domácí teorie. Tuto integrační cestu často podporují ti dětské kliničtí pracovníci, kteří jsou školeni jediným přístupem. Namísto odhazování jejich teoretického základu, lékaři postupně začleňují části a metody z jiných přístupů a spojují je do nové formy. Asimilační integrace je běžná v léčbě dětí. Mnoho neuznaných integrací se vyskytuje v léčbě, která má silnou důkazní základnu, která je identifikuje pouze jako CBT, ale které používají herní techniky (Krueger & Glass, 2013). Ellen Wachtel (2004) vychází převážně ze systémové orientace a integruje rodinné systémy, behaviorální a psychodynamické přístupy k léčbě dětí a jejich rodin. Konceptualizuje obtíže dítěte, které jsou zakotveny a posíleny rodinnými interakcemi, ačkoli léčba se zaměřuje hlavně na dítě jako na identifikovaného pacienta, nikoli na rodinný systém. Podobně případová studie adolescentů ilustrovala tento integrativní model, který má vést práci s dětmi, a přizpůsobit ji vývojovému věku klienta (Clement, 2011). Terapie vychází z kognitivně-behaviorálních, zaměřených na člověka a pozitivních psychologických orientací. Dobrým příkladem asimilační

integrace je případová studie herní terapie ve školním prostředí, která spojila tři teorie do soudržné léčby založené na potřebách dítěte a / nebo rodiny (podzim, 2001). Herní terapie zaměřená na dítě byla podporována adlerovskou herní terapií založenou na důkazech a kognitivně-behaviorálními metodami spolu s odpovídajícími technikami (Fall, 2001), což se ukázalo jako efektivní. Výzkum ukázal, že intervenční herní intervence se ukázaly jako užitečné při uspokojování léčebných potřeb dětí a rodin (Landreth et al., 1996). Společnými faktory je přístup k integraci, který identifikuje klinické principy nebo procesy změn sdílených několika psychoterapiemi v naději, že tyto robustní společné rysy budou základem úspěšné léčby. Při přezkumu více než 50 publikací bylo zjištěno, že 41% navrhovaných shodností se týká procesů změn, zatímco pouze 6% bylo přičítáno charakteristikám klientů. Nejsilnějším konsensem napříč terapiemi byl rozvoj terapeutické aliance, příležitost pro katarzi, získání a procvičování nového chování a pozitivní očekávání klienta (Grencavage & Norcross, 1990). Practice Wise je webový program, který pomáhá identifikovat běžné faktory napříč dětskou léčbou založenou na důkazech a poté je přizpůsobuje potřebám klientů (Chorpita, Becker, & Daleiden, 2007; Chorpita et al., 2011). Vývojová psychoterapie Hughese zaměřená na připoutanost (1997) podporuje použití integračního modelu, který využívá herní terapii v rodinné práci s adoptivními dětmi. Společným rysem každé z těchto léčebných postupů je použití principů herní terapie, které jsou využívány během relací a doma s rodičem a dítětem, spolu s psychoedukačními zásadami rodičovství. Tyto čtyři cesty k integrativní léčbě se samozřejmě vzájemně nevyklučují. Zvažte práci Goldenthala (2005), který vytvořil model, který integroval psychodynamické, behaviorální a kontextové teorie. Na první pohled se jeví jako klasický příklad teoretické integrace; psychoterapie však předepisovala správný zásah správnému dítěti do tradice technického eklekticismu. Léčba se dále zaměřuje na terapeutický vztah (Krueger & Glass, 2013). Celkově lze říci, že různé cesty k integraci do dětské psychoterapie nabízejí klinickým pracovníkům několik způsobů, jak mohou konceptualizovat obavy pacientů, řešit interpersonální problémy i faktory prostředí a vybrat si z bohaté řady účinných klinických metod. V důsledku toho může lékař vybrat intervence a používat je koordinovaně a efektivně (Krueger & Glass, 2013).

Hodnocení a formulace

Základní úkol hodnocení v dětské integrativní psychoterapii je podobný jako u jakéhokoli jiného modelu práce s dětmi: komplexní hodnocení prostřednictvím různých zdrojů a metod, které shromažďují údaje o vývoji dítěte, představují problémy a okolnosti, na nichž jsou založeny, silné a slabé stránky dítěte a rodiny jako celku, duchovní a komunitní zdroje, kulturní složky a rodinný systém (Coonerty, 1993; Drewes & Schaefer, 2015). Zásadní součástí integračního hodnocení je to, že dětský terapeut zapojuje rodiče (pečovatele) i dítě jako aktivní spolupracovníky do plánování léčby a léčby. Dětský terapeut musí být naladěný na důležitá spojení a systémovou souhru a musí pracovat jako zkušený detektiv, aby spojil obraz, který je vícevrstvý a více propojený. Ve skutečnosti každý kousek skládačky představuje pouze jednu dimenzi (Coonerty, 1993). Pečlivé posouzení, ať už se provádí formálními opatřeními nebo neformálními pozorováními, je proto rozhodující pro optimální výběr zásahů a koordinaci komunikace mezi těmi, kdo poskytují služby. Plánování léčby je založeno na vývojovém uvědomění dítěte, aby bylo zajištěno nasměrování ve všech stádiích terapie, sledován pokrok a vědělo se, kdy může dojít k ukončení. Mít vývojový rámec zabraňuje stanovení nedosažitelných cílů a umožňuje výběr vhodného obsahu a úrovně terapeutické interakce, která je pro dítě nejvhodnější. Dětský terapeut musí být také citlivý na vývojové zpoždění u dětí, zejména v poznání a jazyce, které ovlivňují plánování léčby a odlišují je od behaviorálních nebo emocionálních poruch. Psychologické testování není nutně nezbytným předpokladem léčby, ale často se ukazuje

jako užitečné a samozřejmě prokazatelně spolehlivější a validnější než neformální hodnocení. Verbální léčba je u malých dětí neúčinná kvůli jejich omezenému abstraktnímu myšlení a vývoji, v důsledku toho je použití neverbální herní terapie rozhodující pro účinnou léčbu (Coonerty, 1993). Verbální léčba je neúčinná v raném dětství (4–7), protože existuje primitivní úroveň vývoje, egocentrické myšlení, současná orientace, spolu s tím, že se dítě snaží rozvíjet neustálý pocit sebe a jiného. Dítě používá vnitřní fantazii bez jasné hranice fantazie / reality. Ve středním dětství (8–13), i když se děti mohou stát verbálními, existuje fascinace pravidly a složitostí skutečného světa spolu se vznikem formálních operací; abstraktní uvažování a řešení problémů, které je třeba rozvíjet a využívat prostřednictvím herních aktivit (Drewes & Schaefer, 2015). Hodnotící nástroje a integrační proces s dětmi musí být v souladu s účelem hodnocení, uznat životně důležité souvislosti a přizpůsobit se kulturám rodinného systému. Dětské terapeuti mohou využívat četné přístupy k hodnocení, včetně standardizovaných testů, hodnotících stupnic, rozhovorů, pozorování, projektivních technik a neformálního hodnocení, aby vytvořili úplný obrázek z více úhlů a informátorů. Existuje mnoho standardních nástrojů standardizovaného psychologického hodnocení pro použití s dětmi. K populárním normativním hodnocením patří Systém hodnocení chování dětí, 3. vydání, které nabízí strukturovanou historii vývoje pro věkové skupiny 2–21 (Kamphaus et al., 2014), Komplexní hodnotící stupnice Connors pro věkové skupiny 6–18 let (Kollins, Epstein a Connors, 2014), Achenbachův systém empiricky založeného hodnocení pro věkové skupiny 6–18 let (Achenbach & Resorla, 2014); Potřeby a síly dětí a dospívajících (CANS, 1999) a stupnice hodnocení chování Devereaux pro věkové skupiny 5–18 let (Naglieri & Pfeiffer, 2014). Tato hodnocení lze provést během příjmu u rodiče (pečovatele). Pozorování během počátečních sezení s dítětem mohou získat údaje a počty frekvencí, jakož i poskytovat informace pro neformální generování hypotéz a identifikaci silných a slabých stránek. Hodnocení založené na hře umožňují dětskému terapeutovi podívat se na kvalitu dětské hry a identifikovat konzistentní nebo klinicky významná témata. Zkoumají se vnímání dítěte rodiči, systémová nastavení. Kromě toho je pozorována kvalita vyjádření vlivu, schopnost regulovat afektivní rozmezí a intenzitu a úroveň prožitku, jakož i schopnost zklidnit, udržet, zaostřit, posunout a potlačit pozornost a úroveň impulzivity a frustrace. Vyhodnocuje se udržování fyzických hranic dítěte, jakož i bohatost nebo nedostatek obsahu hry, úroveň závislých versus nezávislých interakcí a to, zda věková úroveň a vývojová úroveň odpovídají hře a fyzické schopnosti dítěte. Mezi nástroje pro neformální hodnocení patří projektivní kresby, loutkové rozhovory a doplnění vět. Formulace individualizovaného případu popisuje a vysvětluje nejdůležitější poruchy dětského klienta a pravděpodobné kauzální nebo přispívající proměnné, spolu s léčebnými plány a předpovězenými překážkami jako prostředek pro hodnocení pokroku. Dětský terapeut se pak snaží předepsat intervence ke zmírnění problémů klienta, a tím formulovat definované léčebné cíle a podrobné strategie pro dosažení těchto cílů. Vzhledem k tomu, že integrativní dětský terapeut není omezen jedinou teorií, může kombinace teorií a technik posílit léčebný plán. Mohou být integrovány individuální, skupinové a rodinné strategie, jakož i více systémů péče. Multikomponentní multimodální intervence tak může řešit složité a vícerozměrné psychologické poruchy u dětí. Procesy změn Shirk a Russell (1996) navrhly 11 změnových procesů jako základ integračního modelu dětské terapie. Spadají do tří širokých procesů.

Kognitivní: Transformace schématu, symbolická výměna, vhléd a rozvoj dovedností

Afektivní: Odreagování, emoční prožívání, afektivní vzdělávání a emoční regulace

Interpersonální: Podpora, korekční vztah a podpůrné lešení

(O'Connor, 2001) Kazdin a Knock (2003) studovali mechanismy, které jsou základem terapeutické změny související se zlepšením symptomů v dětské terapii. Navrhli, že postupy založené na důkazech mohou být zlepšeny s ohledem na klinickou použitelnost v reálném prostředí studiem diskrétních mechanismů terapeutických změn. Pochopení toho, jak procesy změn fungují v rámci osvědčených postupů, je kritickým článkem při přesunu postupů založených na důkazech od výzkumu k nastavení služeb obvyklé péče. Hra má v dětské psychoterapii dlouhou historii, protože je to přirozený jazyk a způsob vyjadřování dětí (Drewes, 2005). Čtyři široké funkce hry v práci s dětmi (Russ a Niec, 2011) poskytují prostředky vyjadřování, komunikace a budování vztahů, vhléd a zpracování, procvičování nových forem vyjadřování a vztahování a řešení problémů. Kromě výše uvedených skutečností může jakýkoli z následujících faktorů představovat procesy změn.

Kognitivní procesy: Přímé / nepřímé učení, transformace schémat, symbolická výměna, interpretace vhledu, rozvoj dovedností, kompetence a sebekontrola, zrychlený vývoj, kreativní řešení problémů, fantasy kompenzace a testování reality

Emoční procesy: sebevyjádření a emoční prožívání, přístup do nevědomí, uvolnění a sublimace odreagování, afektivní vzdělávání, emocionální regulace, očkování stresu, kontrapunkce negativního ovlivnění

Mezilidské procesy: Validace a podpora, podpurný vztah, opravný vztah a připoutání a posílení vztahů, moc / kontrola, morální úsudek a empatie (Schaefer & Drewes, 2013).

Diferenciální terapeutika uznává, že některé intervence jsou pro určité poruchy a konkrétní klienty účinnější než jiné. Klient, který reaguje špatně ne jeden typ dětské terapie může reagovat dobře ne druhý. Čím větší je naše pochopení mechanismů změny, tím efektivnější může být dětský terapeut při jejich aplikaci, aby vyhověl konkrétním potřebám svých klientů (Schaefer, 1999).

Terapeutický vztah

Terapeutický vztah zůstává nedílnou součástí účinnosti práce s dětmi. Ve skutečnosti je nejrobustnějším výzkumným (a klinickým) nálezem v literatuře o dětské psychoterapii silné spojení mezi terapeutickým spojenectvím a výsledkem léčby. Nedávná metaanalýza 42 studií o léčbě dětí a dospívajících (3 427 klientů a rodičů) odhalila velikost účinku (d) 0,39 pro vztah terapeut - dítě a terapeut - rodič (pečovatel) (Karver et al., 2005). Asociace a předpověď úspěšnosti léčby se nelišila podle typu léčby, to znamená, že aliance „funguje“ ve všech formách dětské terapie. Tento vztah lze posílit vyžádáním zpětné vazby od dítěte a rutinním sledováním výsledku. Tento proces je základní složkou pro pokrok pacienta bez ohledu na terapeutický přístup (Duncan, 2013), stejně jako empatie terapeuta, spolupráce, pozitivní ohledy a upřímnost (Norcross, 2005). Děti si jsou jasně vědomy toho, že byli přivedeni k terapii ostatními, kteří je také mohou donutit k účasti na sezeních. Obvyklý přístup dospělých klást otázky, zkoumat osobní pocity nebo vysvětlovat chování obvykle vede k nespolupráci nebo silným emočním odpovědím. Terapeut musí vysvětlit, jak bude léčebný proces vypadat, nejen verbálně, ale také pomocí herních technik, aby naplnil očekávání, že vztah je hravý, kreativní a ne vždy založený na verbalizacích. Poskytování věcné transparentnosti o léčebném procesu, společné plánování léčby pomohou dítěti vidět, jak se tento terapeutický vztah bude lišit od vztahů s vrstevníky, učiteli, rodiči a dalšími (Prout & Fedewa, 2015). Vytvoření bezpečného terapeutického vztahu je při práci s dětmi rozhodující. Chování dětského terapeuta, stejně jako jeho postoj ke klientovi, jsou dětmi velmi vnímány a reagují na ně. Vztah je třeba podporovat a budovat

prostřednictvím transparentnosti, poctivosti ve sdílení informací, nenápadnosti, spolehlivosti, sladění a zvědavosti o interních zkušenostech klienta, spolu s používáním hry a humoru v rámci relací. Kritické, zejména při traumatické práci, je citlivé načasování a hloubka terapeutických zásahů. Role terapeuta se bude lišit v závislosti na konkrétním zvoleném přístupu a jeho aplikaci. To je přesně hodnota integrace psychoterapie. Metody a techniky integrativní léčby nabízí systematické metody, přičemž většina je určena pro specifické dětské poruchy. Léčba traumatu byla zdaleka nejlépe vyvinutá a následovala léčba poruch chování (Krueger & Glass, 2013). Terapeutické menu metod v integračních terapiích dokáže zachytit celé spektrum intervencí. V tradici založené na důkazech se zasazujeme o to, aby výběr konkrétních metod vycházel ze všech tří důkazních zdrojů: nejlepšího dostupného výzkumu, klinických zkušeností a charakteristik pacientů, preferencí a kultur. Výzkum účinnosti metod napomáhá klinickému rozhodování, ale nediktuje je, hodně záleží na dovednosti terapeuta (Schaefer, 2003). Jak jsme v této kapitole naznačili, práce s malými dětmi zahrnuje zásahy založené na hře, které jsou vývojově citlivé a přizpůsobené jejich schopnostem. Hra jako terapie (zaměřené na děti, nedirektivní) a hry v terapii, zahrnují expresivní umění, použití miniatur k vytvoření scény nebo příběhu v pískovišti, loutkové hry, hraní rolí, hudbu, umění, terapeutické vyprávění, tanec a pohyb (Drewes, 2009).

Úvahy o rozmanitosti

Je zřejmé, že dítě je produktem své jádrové rodiny, rozšířené rodiny, sousedství, kulturního a rasového dědictví, školy, města, socioekonomického postavení a politické situace. Tyto systémové komponenty mají za následek mnohočetné kauzality a zpětné vazby, které významně ovlivňují volby léčby při práci s dětmi. Chudoba, špatné bydlení, odcizení, zbavení svobody a kulturní a genderové identity kriticky ovlivňují kognitivní, dynamický a behaviorální repertoár dítěte (Gold, 1992). Dětská terapie se proto hluboce věnuje úvahám o rozmanitosti a hledá klíčové příležitosti k zajištění účinného sociálního zásahu, než jen změna vnitřní chemie nebo poznání dítěte (Lebow, 2008). Dětský lékař musí zohlednit individuální rozdíly mezi jednotlivými klienty a vytvořit případovou formulaci a léčebný plán jedinečný pro potřeby každého dítěte. Hra je univerzálním výrazem dětí a může překonat rozdíly v etnicitě, jazyce a dalších aspektech rozmanitosti. Je důležité, aby si kliničtí pracovníci byli vědomi kulturních rozdílů, které mohou existovat. Všichni dětské lékaři musí být citliví, pokud jde o rozmanitost použitých hodnocení a zvolených intervencí a také zahrnout techniky a materiály používané při léčbě. Klíčové je mít kulturně, rasově a etnicky rozmanité terapeutické hračky a materiály (Drewes, 2005).

Příručka integrace psychoterapie (str. 341-352). Oxford University Press. Kindle vydání.

Vypracovala Vendula Michálková

Ostrava 22.9.2019