

Poradenství a terapie dětí s adverzními dětskými zkušenostmi (ACE) a narušeným vývojem attachmentových vztahů

Jaké jsou možnosti odborné pomoci dětem a mladým lidem, kteří
zažili dětské adverzní zkušenosti? Vědecké poznatky a dobrá praxe.

V 5 bodech
pro psychology, pedagogy, sociální
pracovníky, rodiče, pěstouny
a zaujatou veřejnost

Napsala
Petra Winnette

Edice *Almanach o dětech a lidech 2021*
& *Věda do kapsy*

Publikace je součástí projektu *The Guide*
podpořeného Fulbrightovou komisí v Praze.

Praha: NATAMA Publishing 2021

Poradenství a terapie dětí s adverzními dětskými zkušenostmi (ACE) a narušeným vývojem attachementových vztahů

Jaké jsou možnosti odborné pomoci dětem a mladým lidem, kteří zažili dětské adverzní zkušenosti? Vědecké poznatky a dobrá praxe.

V 5 bodech

pro psychology, pedagogy, sociální pracovníky,
rodiče, pěstouny a zaujatou veřejnost

Napsala Petra Winnette

Edice *Almanach o dětech a lidech 2021 & Věda do kapsy*

Publikace je součástí projektu The Guide podpořeného Fulbrightovou komisí v Praze.

Praha: NATAMA Publishing 2021



Neprodejné. Určeno pouze pro vzdělávací účely.

© Petra Winnette, Natama 2021

Všechna práva vyhrazena

Jazyková redakce: Martin Valášek

Grafická úprava: Beat Wicki

Praha: Natama Publishing 2021

Reference:

Winnette, P. (2021). Poradenství a terapie dětí s adverzními dětskými zkušenostmi (ACE) a narušeným vývojem attachmentových vztahů. Natama Publishing.

ISBN 978-80-907830-4-1

Obsah

Úvod	5
1. Následky ACE (dětských adverzních zkušeností) a věda. Záleží na tom, co se stalo, kdy a s kým?	6
2. Co to je psychoterapie? Psychoterapie pro děti a rodiny. Věda a neurověda o psychoterapii	14
3. Attachment, rodičovské styly a význam rodičovství pro terapii dětí	25
4. Principy terapie pro děti s ACE a narušeným vývojem attachmentových vztahů (DDP a SPACE)	35
5. Několik případů pro ACE terapeuta	48

Úvod

Almanach pro rok 2021 se zaměřuje na nejednoduché téma.

Odborná pomoc rodičům dětí, rodinám a dětem samotným, když se objeví problémy, stojí na několika pilířích. Rodiče přicházejí většinou bezradní a zoufalí a očekávají, že psycholog, psychiatr nebo psychoterapeut se dítěte ujme a napraví ho.

Rodiče nebo primární pečovatelé jsou ale nejdůležitějšími lidmi v životě dítěte. Současná vývojová neurověda nám přináší více a více poznatků o tom, že máme vrozený genetický program, který očekává zapojenou a citlivou rodičovskou péči po dobu asi 25 let. Taková rodičovská péče je očekávaným prostředím a dítě je na ní závislé. Dítě může být velmi závažně poškozeno absencí rodičovské péče zejména v raném věku a dětském věku.

Co tedy dělat, když má dítě trápení, a třeba se chová agresivně, odmítavě, neposlouchá, udělá velký průšvih ve škole? Budeme potřebovat důkladně zjistit, co za takovým chováním je. A pak budeme potřebovat rodiče. A rodiče budou potřebovat pomoc a podporu, aby se mohli stát takovými rodiči, jaké jejich dítě nyní potřebuje.

Zvláštní pozornost musíme věnovat dětem, které zažily v raném nebo pozdějším dětstvím adverzní zkušenosti. Ty potřebují zvláště poučené a odhodlané rodiče nebo primární pečovatele, aby se mohly vrátit zpět na cestu zdravého vývoje.

Není to jednoduché a rodiče nebo primární pečovatelé často nevědí, co se děje, co udělat, na koho se obrátit, co se od nich očekává. V této publikaci se pokusíme osvětlit, jak to celé funguje.

1. Následky ACE (dětských adverzních zkušeností) a věda. Záleží na tom, co se stalo, kdy a s kým?

Vědci se shodují, že zejména rané nepříznivé zkušenosti spojené s péčí rodičů nebo pečovatелů mají silně negativní vliv na další vývoj a duševní zdraví. Projevují se jako problémy se sociálním chováním v rodině, ve škole, mezi vrstevníky, v práci. Obtíže v oblasti duševního zdraví, jako jsou úzkosti, deprese, výkyvy nálad, nízká sebedůvěra, afektivní dysregulace, patří k nejčastějším následkům adverzít v dětství. Dříve než se zaměříme na možnosti odborné pomoci rodinám a psychoterapie dětí, shrneme vědecké poznatky o tom, co se může v dětství „stát špatně“.

Pojem „týrané a zneužívané dítě“

Německý pediatr C. Henry Campe (1922–1984) v šedesátých letech 20. století jako jeden z prvních rozpoznal a pojmenoval jev zvaný „týrání a zneužívání dětí“. Popsal jej jako situace, kdy nejsou naplňovány potřeby dítěte do takové míry, že je tím ohrožen jejich normální vývoj. Zajímavé je, že Campe se také zabýval tím, kdo je oním člověkem, který svým chováním dítě takto ohrožuje nejvíce. Popsal, že se jedná

o fyzické nebo psychologické týrání člověkem, na kterém je dítě závislé a má k němu vztah založený na důvěře. Může se jednat o chování přímo k dítěti, ale také o situace, kdy je dítě vystaveno domácímu násilí, zažívá týrání svých blízkých apod.

Podle Campa se tudíž jedná o rodiče nebo primární pečovatele, někdy také o učitele, vychovatele nebo vedoucí sportovního oddílu a podobně (Tan Susan et al., 2012).

V každém případě je však dítě nejvíce ovlivněno a může být ohroženo chováním svých nejbližších, se kterými žije, kteří se o ně starají a s nimiž má blízký vztah. Musíme si uvědomit, že dítě je v období intenzivního fyzického a sociálního vývoje a také že rodiče nebo primární pečovatelé jsou jeho dominantním sociálním prostředím. Dítě je na nich závislé. Nejvíce ublíží ti, kteří jsou nejbližší.

Dětské adverzní zkušenosti (Adverse Childhood Experiences) ACE

V roce 1995 američtí lékaři Vincent J. Felitti a Robert F. Anda z Center for Disease Control and the Kaiser Permanente Health Care Organization v Kalifornii realizovali unikátní a přelomovou studii, která se zaměřila na dlouhodobé následky adverzních zkušeností v dětství a jejich vliv na sociální chování, duševní a celkové zdraví. V rámci studie odpovídalo více než 17 000 klientů centra preventivní medicíny na otázky, zda jako děti prožili se svými rodiči nebo pečovateli v domácnosti jednu nebo více z celkem deseti adverzních zkušeností rozlišených do několika kategorií:

- Fyzické týrání
- Emocionální týrání
- Fyzické zanedbávání
- Emocionální zanedbávání
- Dysfunkce v domácnosti jako násilí, člen domácnosti ve vězení

Více najdete v Almanachu pro rok 2019 *Co to je ACE?* (Winnette, 2019)

Výsledky ukázaly, že adverzní zkušenosti jsou běžné i v americké střední třídě a mají významný podíl na rozvoji sociálních problémů a poškození duševního a celkového zdraví. Pokud člověk zažil více ACE (adverzit), zvyšuje se u něj riziko negativních

V každém případě je však dítě nejvíce ovlivněno a může být ohroženo chováním svých nejbližších, se kterými žije, kteří se o ně starají a s nimiž má blízký vztah.

následků, jako jsou problémy s alkoholem a kouřením, zneužívání drog, potíže se studiem a zaměstnáním, diabetes, srdeční onemocnění, deprese, úzkosti a další. Tyto obtíže se často objevují až později v životě. (Center on the Developing Child at Harvard University, 2020; Felitti et al., 1998; Winnetta, 2019)



(© rangizz / Adobe Stock)

*Obrázek 1.
Adverzní dětské zkušenosti mají dopad
na další průběh celého života.*

Studie je proslulá jako takzvaná ACE Study a stala se východiskem pro další výzkumy. Vědci se začali ptát: Záleží na tom, kdy dítě zažilo adverzity? Jak dlouho to trvalo? A mají různé adverzity dopad na jiné části vyvíjejícího se mozku? Které z adverzních zkušeností mají větší či menší dopad?

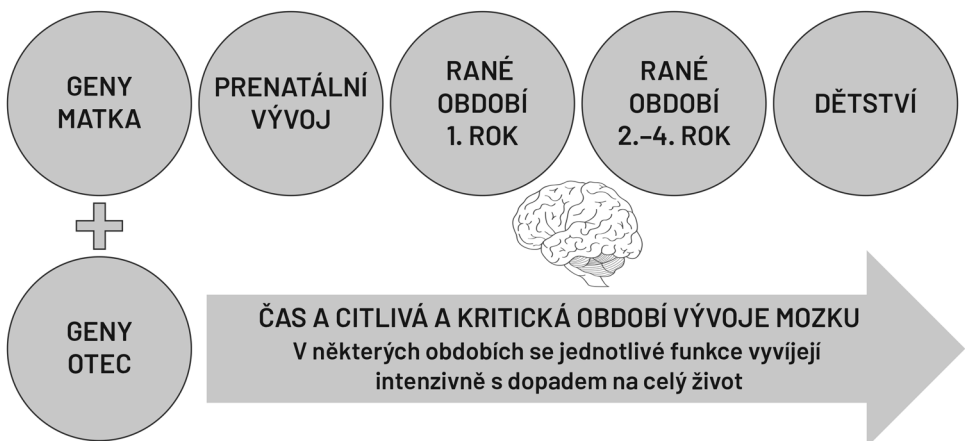
Každá adverzní zkušenost má dopad na další vývoj

Jeden ze směrů dalšího bádání o tom, jak adverzní zkušenosti v dětství ovlivňují další vývoj během celého života, se zaměřuje na otázky, zda záleží na tom, kdy bylo dítě vystaveno adverzním zkušenostem. Vědci se v současné době shodují, že adverzní zkušenosti mají významný negativní dopad na další život člověka zejména tehdy, když byly zažívány během citlivých a kritických období raného vývoje mozku.

Chemické látky, stres i chování matky

- Může se jednat o vliv prostředí, které odporuje zdravému a očekávanému vývoji již v období před početím, v prenatálním období, v období raného vývoje a během dalšího dětství.
- Může se jednat o negativní vliv chemických látek, například matka před otěhotněním požívala některé chemické látky, v době těhotenství kouřila a požívala alkohol. Dítě bylo nedostatečně živeno, bylo také vystaveno chemickým látkám. Takový typ adverzit bude mít vliv na růst, vývoj a zdraví dítěte.
- Také se může jednat o stres způsobený adverzitami v sociálním prostředí a blízkých vztazích. Nedostatečná péče matky nebo primárního pečovatele, chybějící sociální kontakt a vztahová konstanta, chování matky nebo primárního pečovatele v blízkém attachmentovém vztahu, které způsobuje u dítěte stres. Například hrubé zacházení, odmítání, chaotické interakce s dítětem. Chybějící primární pečovatel.

(přehledová studie Boersma et al., 2014)



Obrázek 2. Vývoj dítěte a fenotypu dospělého závisí na souhře tří dimenzí: GENY + PROSTŘEDÍ + ČAS

Adverzity vždy ovlivňují vývoj mozku, záleží na tom, o jakou adverzitu jde, kdy a jak dlouho jí bylo dítě vystaveno

Dětské adverzní zkušenosti odporují zdravému vývoji, a to zejména zdravému vývoji mozku. Bohužel je typické, že dítě nezažije jen jednu adverzní zkušenost a po krátkou dobu. Adverzity se velmi často překrývají, opakují, trvají dlouhou dobu, kumulují se počtem, typy i v průběhu času (Felitti & Anda, 2010; Kessler et al., 2010).

Alenka

Můžeme si například představit Alenku, dítě matky, která v těhotenství požívala alkohol a měla omezenou výživu. To negativně ovlivnilo fyzický vývoj dítěte před narozením včetně vývoje mozku.

Po narození věnovala dítěti malou péči, zanedbávala jeho potřeby, opouštěla ho. Dítě šlo z ruky do ruky babiček, kamarádek. Nakonec skončilo na několik měsíců v zařízení pro děti. Střídání pečovatelů a nejistá přítomnost matky způsobují stres, ale také chybí zkušenost se stálým blízkým vztahem v citlivém období. A zároveň dítěti chybí prostředí, které by rozvíjelo jazyk, objevování a chápání světa.

Pak ale mělo naše malé dítě štěstí. Nakonec bylo ve věku tří let adoptováno milujícími rodiči.

Pepík

Jiné male dítě, Pepík, se narodilo matce s podobnými problémy. Nakonec v rodině zůstalo a vyrůstá se svou biologickou matkou. Matka však bohužel nadále občas pije, střídá partnery. Narodily se jí další děti. Doma se odehrává domácí násilí. Na Pepíka nikdo nemá čas. Pepík se stará o mladší sourozence. Jinak je odkázaný sám na sebe. Nikdy nebyl odloučen od matky, ale nepříznivé adverzní prostředí pokračuje v čase během dalších vývojových období.

Naše příklady ukazují, že termín „adverzita“ je používán pro dosti široké spektrum zkušeností a situací, jež se liší svojí povahou, délkou trvání a dobou, kdy byly zažívány. Charles A. Nelson a Laurel J. Gabard-Durnam navrhli užitečný rámec, který rozlišuje různé typy adverzních zkušeností v dětství.

Rozlišení dětských adverzních zkušeností podle různých kritérií

1. *Počet adverzit a jejich kumulativní efekt.*

Jinými slovy, kolik adverzních zkušeností dítě zažilo (Felitti & Anda, 2010).

2. *Typ adverzity.*

(a) Negativně ovlivní vývoj, ale nezpůsobuje stres. Některé adverzity negativně ovlivňují vývoj, ale nezpůsobují stres. Například malá slovní zásoba není stresorem, ale v raném věku může způsobit nedostatečný rozvoj jazyka.

(b) Způsobuje stres, ale neovlivní negativně vývoj. Například když se dítě učí chodit, často padá, cítí se nejisté, někdy i pláče, ale s podporou rodičů to překoná. Jedná se o běžné životní situace a takový stres je považován za zdravý. (National Scientific Council on the Developing Child, 2005/2014).

3. *Čas: Věk, kdy dítě adverzitu zažilo, a jak dlouho to trvalo. Citlivá a kritická období.*

Dalším faktorem je období, kdy, po jakou dobu bylo dítě adverzitě vystaveno. Mozek během raného i pozdějšího vývoje otevírá „okna“, kdy je citlivý pro určitý druh učení. V této době jsou mozková centra velmi plastická, ovlivnitelná a prostředí má na ně výrazný vliv. Například pro vývoj jazyka jsou citlivým obdobím první tři až čtyři roky života. V této době se dítě bez problémů naučí i dvěma různými jazykům tak, že je bude používat bez námahy jako rodilý mluvčí po celý další život. Z tohoto hlediska a na základě mnoha dalších výzkumů je zřejmé, že zejména raný vývoj je kaskádou citlivých a senzitivních období a má tak velmi silný vliv na fungování během dalšího života (Nelson & Gabard-Durnam, 2020).

4. *Ovlivnění různých struktur mozku.*

Různé typy adverzit ovlivňují mozek různým způsobem. Například: Zkušenost s nedostatečnou zanedbávající péčí matky a zcela chybějící

pečovatel v raném věku má odlišný dopad na sociální učení. Tudíž se také odlišně vyvíjejí mozkové struktury odpovědné za sociální vztahy a chování (Sheridan & McLaughlin, 2014).

Shrnutí:

- Zdravý vývoj potřebuje prostředí, které ho umožní. Jedná se o „očekávané prostředí a zkušenosti“.
- Ty jsou takové, které umožňují přežití a prosperitu v daném prostředí. Pokud nenastanou nebo jsou abnormální, jedinec se také vyvíjí netypickým způsobem.
- Tento proces vychází z přirozeného vývoje mozku.
- Dětství je přípravou na dospělý život. Vliv prostředí je „učitelem“, jak v tomto prostředí přežít a fungovat později.
- Mozek se na prostředí adaptuje a naučí se fungovat podle toho, jaké prostředí je dostupné.
- Zkušenosti získané v raném věku mají výrazný dopad na fungování během dalšího života. Pro některé funkce se jedná o kritická nebo citlivá vývojová období.
- Většina výzkumných studií ukazuje na to, že adverzní dětské zkušenosti zažívané v raném a dětském věku představují zvýšené riziko pro odlišný vývoj a změny ve fungování architektury mozku.

(McLaughlin, Sheridan & Nelson, 2017; Nelson & Gabard-Durnam, 2020)

Zvláštní pozornost zasluhují rané adverzity spojené s péčí rodičů nebo primárních pečovatelů

Rané adverzní zkušenosti, které dítě zažívá ve vztahu se svými nejbližšími, představují zvláštní typ adverzit. Jedná se totiž o rané zkušenosti s blízkým vztahem, kde se vytváří pouto a dítě se učí bezpečně na někom záviset, následovat někoho, patřit k někomu. Takových vztahů máme v životě vždy málo, jsou výjimečné a pro člověka zásadně důležité (Dunbar, 2008).

Tyto rané nejbližší vztahy jsou pro dítě v podstatě exkluzivní po řadu let. Probíhá zde intenzivní učení a dítě získává silnou dominantní zkušenost v sociálním fungování. Jak tvořit, udržovat a prožívat blízké vztahy během celého života? Toto rané učení také ovlivňuje, jak vnímáme sami sebe ve vztahu k ostatním. Není proto divu, že právě rané vztahy a raný sociální vývoj mají zásadní vliv na duševní zdraví. Adverzní zkušenosti ve vztahu s rodiči nebo primárními pečovateli představují riziko pro rozvoj duševních poruch a onemocnění.

Rané učení probíhá na implicitní úrovni a podléhá dětské amnézii. Starší děti nebo dospělí si tudíž nedokáží upamatovat na prožité adverzity, ale ty nadále ovlivňují jejich sociální fungování, afekty, ale také pojetí sama sebe a jejich představy o budoucnosti. Rané adverzity v nejbližších vztazích vytvářejí paměťové záznamy a schémata, které pak řídí fungování člověka ve vztazích v dospělosti (Thimm, 2010). Tato paměťová schémata mozek používá jako „klíče“ k významu dalších přicházejících zkušeností. Vědci se shodují, že když pak v životě přicházejí nové zážitky, mozek ovlivněný ranými adverzitami použije starý klíč, afektivní schéma, a člověk pak vnímá všechny nové impulsy podobně jako ty staré u dětství (Tottenham, 2020).

Zdravý vývoj potřebuje prostředí, které ho umožní. Jedná se o „očekávané prostředí a zkušenosti“.

Ty jsou takové, které umožňují přežití a prosperitu v daném prostředí. Pokud nenastanou nebo jsou abnormální, jedinec se také vyvíjí netypickým způsobem.

Tento proces vychází z přirozeného vývoje mozku.

2. Co to je psychoterapie?

Psychoterapie pro děti a rodiny.

Věda a neurověda o psychoterapii.

V úvodní kapitole jsme shrnuli poznatky současné vědy o typech adverzních zkušeností, významu času. Zjistili jsme, že adverzní dětské zkušenosti (ACE) a jejich následky mohou negativně ovlivnit vývoj dítěte do dospělosti a přetrvávat celý život. Bude záležet na tom, kdy nastaly, jak dlouho trvaly, o jaké ACE se jednalo. Je však nasnadě otázka, zda je možno s těmito následky něco dělat.

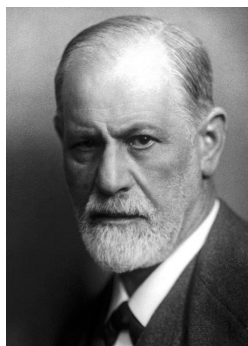
V této kapitole se zaměříme na shrnutí vědeckých poznatků o psychoterapii. Psychoterapie patří k nadějím, že je možné neblahé adverzní zážitky uložené v paměti později ovlivnit a vrátit vývoj a fungování do zdravých kolejí.

Trochu historie: zakladatel psychoterapie

Pro mnohé je slovo psychoterapie určitou neznámou. Když někdo chodí k terapeutovi, znamená to, že je „nemocný na hlavu“ nebo dokonce „blázen“? Nebo naopak, pro některé lidi je psychoterapie zaklínadlem a součástí jejich života. Někdy se rodiče domnívají, že problémy jejich dítěte vyřeší terapeut. „Někdo, s kým si dítě

bude povídat a kdo mu řekne, co by jim, rodičům, nikdy neřeklo.“ Co to tedy je psychoterapie a kdo je psychoterapeut?

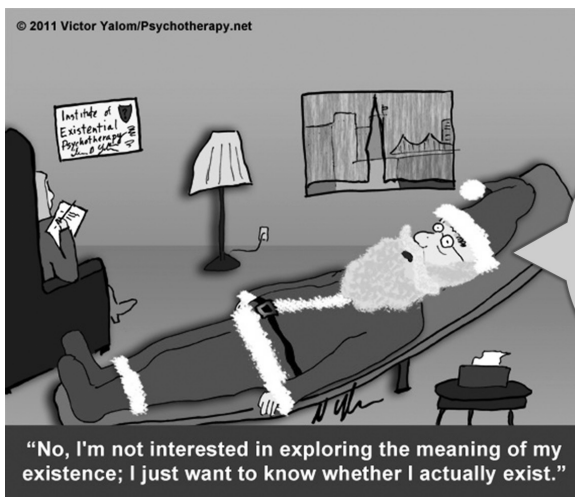
Sigmund Freud



Obrázek 3.
Sigmund Freud

Sigmund Freud (1856–1939) byl slavný lékař, neurolog, psycholog a zakladatel psychologie a psychoterapie. Vytvořil teoretický rámec a hypotézy o příčinách duševních potíží. Rozvinul psychoterapeutickou metodu zvanou „psychoanalýza“, založenou na častých setkáních pacienta a psychoanalytika, kde pacient dostal volný prostor hovořit o sobě, svých představách, asociacích, touhách a snech. Jedním z center Freudovy pozornosti byla také sexualita, téma, jež bylo v jeho době téměř nedotknutelné tabu. Během psychoanalýzy terapeut navazuje s pacientem vztah, do kterého pacient postupně promítá své původní vztahy s rodiči a dalšími důležitými postavami z dětství. Takový vztah nazval Freud „přenosem“. Znamená to, že pacient získá k terapeutovi důvěru a po určitou dobu často nevědomě vnímá terapeuta například jako rodičovskou postavu a začne s ním tvořit stejný vztah, jaký měl se svým rodičem nebo rodiči či primárními pečovateli. Psychoanalytický terapeut prošel dlouhodobým výcvikem a pracuje pod supervizí. Nebere tento proces osobně, naopak jeho působením na pacienta se tato stará schémata uzdravují. Význam Sigmunda Freuda pro psychologii a psychoterapii byl obrovský. Významně také ovlivnil další oblasti jako filozofii, antropologii a humanitní vědy vůbec.

Freudovi pacienti docházeli na sezení až pětkrát týdně a během sezení leželi na lůžku, terapeut seděl za jejich hlavou tak, aby ho pacient neviděl. Možná proto i znáte nějaké vtípky o „terapeutickém gauči“.



Obrázek 4. Santa Klaus na psychoanalytickém lůžku

Kdo je kdo v oblasti duševního zdraví a léčení?

Psychotherapie se od dob Sigmunda Freuda rozvíjí v mnoha směrech a podobách. Existuje nespočetná řada metod a terapeutických škol. Pro běžného člověka je obtížné se proto v oblasti psychotherapie vyznat. Nejčastěji lidé nebo rodiče říkají: „Už nevím, co s tím. Půjdu k psychiatrovi.“ A očekávají od lékaře-psychiatra spíše psychotherapii než pomoc v podobě léků. Nebo si myslí: „Můj Honza pořád zlobí, vyrušuje ve škole, pere se s kamarády. Možná je to tím rozvedem. Vezmu ho k psychologovi.“ Je proto dobré rozlišit roli těchto tří profesí v oboru duševního zdraví.

Psychiatr

Je to lékař medicíny. Vystudoval lékařskou fakultu a dokončil atestaci v oboru dospělé nebo dětské psychiatrie. Jako lékař zná a může předepisovat léky zaměřené na psychické obtíže nebo onemocnění. Jako lékař je také jediným v oboru, který může stanovit „diagnózu“. Ta se stanovuje podle příznaků, symptomů, které jsou uvedeny v diagnostických manuálech pro duševní zdraví. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM) je více používaný v USA a International Classification of Diseases (ICD) v Evropě. Někteří psychiatři se také věnují psychotherapii, absolvují proto některý dlouhodobý psychotherapeutický výcvik. V takovém případě pak dělají obě profese.

Psycholog

Vystudoval nejčastěji filozofickou fakultu nebo pedagogickou, obor psychologie. Někteří psychologové pak pokračovali ve studiu a dosáhli titulu PhDr. nebo Ph.D. Častým působištěm dětských psychologů je pedagogicko-psychologická poradna, která poskytuje posudky pro školy ohledně vývoje dětí. Psycholog je oprávněn provádět vyhodnocení a psychologickou diagnostiku na základě metod, které jsou k tomu určené. Například může zjistit, že dítě má symptomy typické pro ADHD (porucha pozornosti a hyperaktivita) nebo pro PAS (porucha autistického spektra). Konečnou diagnózu může ale stanovit jen lékař – psychiatr. Někteří psychologové se také věnují psychoterapii, absolvují proto některý dlouhodobý psychoterapeutický výcvik. V takovém případě pak dělají obě profese.

Psychoterapeut

Mohl vystudovat psychologii, psychiatrii nebo také blízké příbuzné obory jako pedagogiku apod. Psychoterapeut musí absolvovat dlouhodobý výcvik v uznávané terapeutické metodě a pracovat pod supervizí. V zahraničí, například v USA, musí psychoterapeut získat pro svou činnost licenci, řídit se etickými a odbornými pravidly a také se každoročně vzdělávat ve svém oboru. Pokud by porušil pravidla profese nebo se nevzdělával, o licenci by přišel. Psychoterapeut musí znát své limity a spolupracovat s psychology a psychiatry, pokud tuto odbornost sám nemá.

Co to je psychoterapie: vědecký rámec

Američtí srovnávací vědci James Prochaska a John Norcross napsali zásadní knihu, ve které popsali systém, jakým lze psychoterapii vědecky popsat a zkoumat. Také formulovali kritéria, podle kterých lze určitý postup nebo metodu zařadit do systému psychoterapeutických škol.

Podle Prochasky a Norcrosse je psychoterapie aktivita, do které je zapojen klient a terapeut na základě vzájemného souhlasu, že terapeutický proces bude mít pro klienta pozitivní efekt (Prochaska, Norcross, 2013).

Podle Prochasky a Norcross je psychoterapie aktivita, do které je zapojen klient a terapeut na základě vzájemného souhlasu, že terapeutický proces bude mít pro klienta pozitivní efekt.

Z jejich stručné a výstižné definice vyplývá řada následných principů.

1. Jedná se o společnou aktivitu, do které musí být zapojení oba, klient a terapeut. Není tudíž možné očekávat, že terapie bude mít úspěch v případě, kdy klient do terapie nechce, má k ní odpor, nedůvěřuje terapeutovi, terapii odmítá jako takovou. Nebo je do terapie poslán příkazem proti své vůli.
2. Klient a terapeut jsou zapojeni na základě vzájemného souhlasu, že terapeutický proces bude mít pro klienta pozitivní účinek. Znamená to, že i když během procesu může dojít ke změnám, nesouhlasu, oba věří, že jejich společná práce jde k dobrému cíli a prospěchu klienta. Proces je tedy zaměřený na klienta, nikoliv na potřeby terapeuta.

Dále platí, že solidní psychoterapeutická škola má dobře popsanou strukturu a východiska:

- Jsou známi autoři, jejich odbornost.
- Je známo, jak systém vznikl, jak se vyvíjel.
- Je známo, z jaké teorie vychází, využívá vědecky podložené poznatky.
- Je popsáno, jak probíhá proces terapie, jaká je metoda.
- Je popsáno, jaká jsou omezení, pro jaké klienty je tato terapie vhodná, kdy vhodná není; jsou známy kritické body.

Psychoterapie pro děti a rodiny, různé možnosti

Zvláštními typy psychoterapie je psychoterapie dětí a rodinná psychoterapie. Klientem tedy není sám dospělý, který se svobodně rozhodne spolupracovat s terapeutem, zvolí si sám za sebe terapeuta nebo i metodu. Tím, kdo potřebuje pomoci, je dítě nebo celá rodina.

Psychoterapie pro děti

Psychoterapie dětí je soustava technik a metod, jež se používají na pomoc dětem a dospívajícím, kteří prožívají emocionální problémy a problémy s chováním.

Cílem terapie dítěte je poznání jeho světa, vytvoření důvěry, sdílení pocitů a myšlenek, vyjadřování emocí. Terapeut dítě přijímá, dovolí mu být tím, kým je, postupně hledá příčiny trápení dítěte. Krok za krokem mu ukazuje cestu směrem k jinému vnímání vztahů a interakcí s vrstevníky, učiteli nebo s rodiči. Tak může nastat zlepšení stavu. Může se jednat o práci s jedním dítětem, skupinou dětí, dítětem a rodiči, sourozenci. Existuje velká řada technik, metod a druhů terapeutických postupů používaných s dětmi. Významnými elementy dětské psychoterapie je komunikace s dítětem na jeho úrovni, což často zahrnuje kresby, práci s pískem, modelínou, stavění objektů, divadelní techniky, předstírání a podobně, stejně jako rozhovor.

Jednou ze známých metod je například terapie hrou. Dítě se setkává o samotě se školeným terapeutem, který nastoluje prostředí pro volnou hru. Terapeut od dítěte nic neočekává, nedává mu úkoly, nabízí mu prostor a svoji nedělenou pozornost. Dítě si také samo volí hračky nebo aktivity, které chce během sezení provozovat. Jediným limitem je neublížování. Dítě nesmí ublížovat terapeutovi ani sobě.

Zapojení rodičů nebo primárních pečovatелů do psychoterapie dítěte

Jakkoliv může být terapeutická práce s dítětem nebo dětmi velmi užitečná, neznamená to, že rodiče nebo primární pečovatелé jsou zcela mimo tento proces. Je důležité, aby s terapeutem na začátku spolupracovali, sdíleli důležité informace. A také dali pozor, zda terapeut postupuje v souladu s principy solidní terapeutické školy, podle metody, kterou umí popsat a odůvodnit vědecky. Rodiče nebo primární pečovatелé by se neměli spokojit s povrchním vysvětlením toho, co a jak se bude v terapii s dítětem dít.

Vyhodnocení na začátku spolupráce

Je důležité, aby psychoterapeut na začátku s rodiči prošel vyhodnocení celé situace dítěte a rodiny a vysvětlil rodičům nebo primárním pečovatelům souvislosti, principy a postup terapie. Rovněž i to, jak s nimi bude o průběhu a výsledcích terapie komunikovat.

Vyhodnocení zahrnuje:

- Historii dítěte a jeho vývoje
- Vývojové aspekty
- Stávající problémy
- Pokud je třeba, tak přizvání psychologa nebo psychiatra, doporučení pro diagnostiku
- Fungování celé rodiny
- Schopnost spolupracovat u dítěte a rodiny

(American Academy for Child and Adolescent Psychiatry, 2021)



Obrázek 5. Dítě s terapeutkou (© Photographee.eu / Adobe Stock)

Terapeutické okno: Dibs a jeho cesta za sebou samým

Americká psycholožka Virginia Axline je představitelkou terapeutické školy hrou, která vychází z práce C. Rogerse a humanisticky orientované psychoterapie (Axline, 1981). Ve své slavné knize Dibs hledá sám sebe (Dibs in Search of Self) popsala rok malého Dibse v psychoterapii. Skvělá kniha je sestavena ze série záznamů individuálních terapeutických sezení Dibse s autorkou knihy. Dibs je dítětem bohaté rodiny s dobrým vzděláním, a podle všeho by měl být nadaným dítětem. Avšak jeho rodiče i učitelé ho považují za zvláštní dítě se sociálními a možná i kognitivními problémy. Dibs se chová podivně, nemluví s nikým, izoluje se a fyzicky napadá lidi kolem sebe. Autorka mu dá možnost v terapeutických sezeních být sám sebou, říkat a dělat to, co sám chce. Dává mu podporu a trpělivost. V takovém pozorném, sytícím prostředí se Dibs postupně otevírá a učí zkoumat své pocity, myšlenky a vztahy s lidmi (Axline, 1998).

Kniha vyšla ve slovenštině v nakladatelství Martinus pod názvem Virginia M. Axline Dibs v hľadání seba samého pri terapii hrou.

Rodinná psychoterapie

Existují terapeutické školy, které vnímají, že pro sociální fungování a chování je centrem všeho rodina, nebo chcete-li – rodinný systém. Pak je do terapie zapojena celá rodina, rodiče, děti, někdy i další členové rodiny. Zásadní je, že rodinná terapie je metodou psychoterapie, která se nedívá na klienta jako na jednotlivce, ale pohlíží na něj jako na součást určitého, konkrétního rodinného systému. Jeho problémy dává do souvislosti s fungováním celé rodiny, vztahy mezi členy, historií rodiny a snaží se nastolením změny v rodině dosáhnout pozitivní změny v chování a fungování člena nebo členů rodiny. Cílem je postupné slábnutí nebo vymizení daného symptomu či problému.

Cílem rodinné terapie je pomoci všem členům rodiny vidět svoji situaci a ostatní v jiném světle a podnítit změnu způsobu interakcí mezi jednotlivými členy. Pokud vše půjde dobře a za upřímné účasti všech, může rodina nalézt novou inspiraci a zdroje ke změně a zlepšení (Preslerová, 2021).



Obrázek 6. Rodinná psychoterapie (© Photographee.eu / Adobe Stock)

Vědecké okno: Neurověda a psychoterapie – regulace emocí

Neurovědci se v současné době shodují, že společným znakem všech psychických potíží a poruch je afektivní dysregulace, jinak řečeno příliš silné emoce a zmatek, které doprovázejí běžné životní situace. Zvláště pak v sociálním kontaktu s lidmi a ve vztazích.

Emoce jsou nezbytné pro náš sociální život, pomáhají nám vcítit se do druhých, napojit se na ně, spoluprožívat svět ostatních, komunikovat o významu věcí a dějů. Například – po cestě domů jste se stali součástí nehody, při které byl zraněn člověk. Odvezla ho sanitka. Docela jistě jste prožili určitou míru úzkosti, obav, soucitu s bolestí zraněného člověka a strach o jeho zdraví. Možná vám to připomnělo vaši zkušenost a ta také ve vás vzbudila emoce. Úplně jiná by byla naše míra rozrušení, pokud by se jednalo o našeho blízkého člověka. Emoce neprožíváme jen tak nahodile, neobjevují se z neznáma. Nejčastěji jsou spojené se sociálním osobním kontaktem s druhými. Emoce dávají všemu význam a navigují nás v sociálním světě. William Shakespeare řekl: Naše vztahy jsou upředeny ze stejné látky jako naše emoce (parafráze). Když se objeví

problém, typicky cítíme afekty a emoce, které nám pomáhají identifikovat povahu problému a také najít cestu k řešení.

Někdy se ale emoce stávají příliš silnými. Neurověda tomu říká „afektivní dysregulace“. A vědci zjistili, že právě afektivní dysregulace provází všechny formy psychopatologie (Grecucci et al., 2016). Ukazuje se zde zajímavá spojitost. Lidské vztahy generují většinu našich emocí. Pokud máme emocionální problémy, z velké části pocházejí ze vztahů s lidmi. Pak také léčení bude spočívat ve změně vztahů s lidmi. Neurovědci se tak nyní zaměřují na osvětlení příčin dysregulace emocí a využití znalostí o fungování mozku a chování pro psychoterapii (Grecucci, Frederickson & Job, 2017). Například v psychoterapii neumíme změnit minulost a zabránit týrajícímu chování matky ke klientovi před mnoha lety. Můžeme ale pomoci dítěti nebo později dospělému regulovat a zvládnout emoce spojené s implicitními a explicitními vzpomínkami na její chování.

Shrnutí

- Psychoterapie pomáhá dětem, rodinám i dospělým řešit problémy spojené s prožíváním, emocemi, vztahy s lidmi.
- Psychoterapie je společná aktivita klienta a terapeuta, kteří spolupracují v nejlepším zájmu klienta na zlepšení jeho stavu, vztahů a životní situace.
- Existuje velká řada psychoterapeutických škol a metod. Liší se tím, kdo je vytvořil, teoretickým zázemím, postupy. Žádná terapie není úplně pro každého.
- Psychoterapeut by měl mít vysokoškolské vzdělání v oboru psychologie, psychiatrie, pedagogiky. A také dlouhodobý výcvik v určité metodě.
- Je velmi obtížné vědecky prokázat pozitivní vliv psychoterapie.
- Dobré výsledky pocítuje často klient subjektivně v čase.

- Současná neurověda se shoduje, že všechny duševní obtíže se vyznačují afektivní dysregulací, tedy příliš silnými emocemi spojenými nejčastěji se sociálním fungováním a vztahy.
- Například PTSD, post-traumatická stresová porucha, může vzniknout jako následek neočekávaného silného traumatu.
- U dětí s ACE se terapie musí zaměřovat na jejich historii, ale také na rodičovskou péči v současnosti.

Někdy se ale emoce stávají příliš silnými. Neurověda tomu říká „afektivní dysregulace“. A vědci zjistili, že právě afektivní dysregulace provází všechny formy psychopatologie (Grecucci et al., 2016).

3.

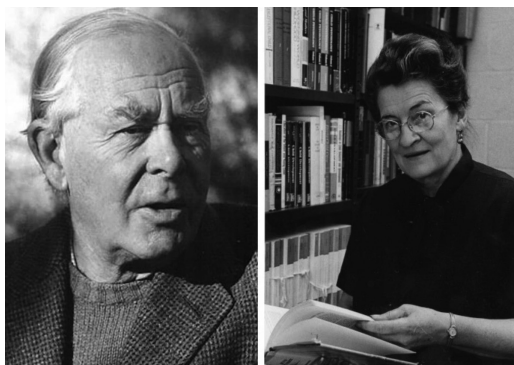
Attachment, rodičovské styly a význam rodičovství pro terapii dětí

Dříve než se blíže podíváme na možnosti účinné terapie dětí s adverzní historií a odborné pomoci jejich rodičům, bude užitečné zastavit se u rodičů a rodičovství vůbec. Význam rodičů, rodičovské péče a výchovy je u člověka zásadní. Rodičovská péče trvá u lidí velmi dlouho, asi 23–25 let, a stojí rodiče obrovskou investicí a námahu. Nejenže se musí postarat o zabezpečení biologických potřeb a také o vzdělání a zapojení „mladých do života“. Velkou částí rodičovství je vytváření blízkého důvěrného lidského vztahu, ve kterém se dítě cítí přijímané, důležité, bezpečné, hodné zájmu a lásky. A to vše bez dalších podmínek a během celé té dlouhé doby vývoje lidského mozku, 23–25 let! Také je typické, že vztahy mezi rodičem a dítětem trvají celý život a přenášejí se do dalších pokolení.

Nemělo by být na straně dítěte nic, s čím by nemohlo s důvěrou přijít za rodičem. Mělo by vědět, že spolu se dá všechno zvládnout a vyřešit. A to je velký úkol.

A co když je to právě naopak? Jak už víme, adverzní dětské zkušenosti jsou spojeny se selháním rodičů a nejbližších lidí. Kde se věci pokazily, tam se musí napravit. Rodiče nebo primární pečovatelé v roli rodičů budou tedy hlavními postavami terapeutické práce s dětmi s ACE.

Rodiče, primární pečovatelé a attachment



Obrázek 7.
John Bowlby a Mary Ainsworth

Dítě se rodí bezmocné a zcela závislé na matce nebo primárním pečovateli. Podobně jako většina savců také malé děti tráví většinu času ve fyzické blízkosti matky nebo primárního pečovatele, který je ochraňuje, sytí, podporuje, učí a postupně vede k samostatnosti. Mláďata a rovněž malé děti se proto rodí předpřipraveny pro následování matky nebo primárního pečovatele.

Attachment

Jedná se o vrozený systém, který zabezpečuje blízkost mláděte a matky, a díky tomu přežití mláděte. „Attachment“ není totéž, co je vztah.

Britský psychiatr a psycholog John Bowlby (1907–1990) je autorem teorie attachmentu, ve které popsal attachment jako vrozený systém, který umožňuje spojení mezi dvěma lidmi v čase. Stanovil, že dítě se už rodí s motivačním systémem, který mu velí držet se v blízkosti matky nebo primárního pečovatele, vyhledávat je ve stresu při nebezpečí. To zajišťuje přežití mláděte. Věřil, že attachmentový vztah, který si dítě vytvoří v raném věku, má význam pro celý život. Později se rozvine ve vnitřní pracovní model, jenž nás naviguje v sociálních vztazích. Na druhou stranu také říká, že attachment může být jednostranný, například jen ze strany dítěte k pečovateli (Bowlby, 1969). V roce 1982 Bowlby publikoval upravené vydání trilogie Attachment (Bowlby, 1982), kde ale připomíná, že každý biologický organismus se vyvíjí a funguje na základě interakce mezi genetickým vrozeným programem a prostředím.

Malé dítě reaguje na matku podle toho, jak se k němu matka převážně chová: styl attachmentu

Mary Ainsworth (1913–1999), americko-kanadská psychologka a Bowlbyho spolupracovnice, navázala na teorii attachmentu rozsáhlou výzkumnou prací. Vytvořila výzkumný protokol nazvaný „Nezvyklá situace“ (Strange situation). Tento protokol umožňuje sledovat v laboratorním prostředí chování velmi malých dětí k jejich matkám v neobvyklé, znejišťující situaci. Ainsworth zjistila, že se děti chovají do určité míry typicky. Rozdíly v chování dětí během „Nezvyklé situace“ pak označila jako styly attachmentu. Rozlišila:

- Jistý styl attachmentu
- Rozporuplný styl attachmentu
- Vyhýbavý styl attachmentu

(Ainsworth & Bell, 1970)

Později další výzkumníci Mary Main a Judith Solomon přidali do tohoto systému ještě:

- Dezorganizovaný styl

(Main & Solomon, 1986)

V každém případě je velmi zajímavé, jak Ainsworth spojila výsledky svého pozorování dětí v nezvyklé situaci se závěry o pravděpodobném chování jejich matek. Podle Ainsworth děti, které si vytvořily jistý styl attachmentu, mají vnímavé přijímající zapojené matky. Děti s nejistým stylem attachmentu typu „rozporuplný“ mají matky, které nejsou vždy k dítěti citlivé a přijímající, mohou mít například různé nálady, někdy jsou milé, jindy se zlobí. Dítě je pak úzkostné, neboť nikdy neví, jak se k němu bude matka chovat. Děti se stylem attachmentu zvaným vyhýbavý pak mají matky, které se jim málo věnují, nechávají je řešit situace samostatně, nezabývají se jimi. Dezorganizovaný styl se podle Main a Solomon rozvine u dětí, jejichž matky je výrazně zanedbávají nebo týrají.

Omezení teorie attachmentu a využití „nezvyklé situace“ v praxi

- Styl attachmentu lze vyhodnotit pomocí protokolu „nezvyklá situace“ pouze u velmi malých dětí ve věku 1–2,5 roku. Nejedná se o diagnostiku. Výsledky mohou být ovlivněné řadou faktorů.
- Kritici Ainsworth často zmiňovali problémy spojené s vyhodnocováním attachmentových stylů. K nim například patří nepřírozené laboratorní podmínky, za kterých je „Nezvyklá situace“ realizována, či fakt, že řada dětí se chovala „mimo“ stanovené kategorie.
- Další kritikou je, že „Nezvyklá situace“ je zaměřena na attachmentový styl k matce a stanovuje ho jako „styl attachmentu dítěte“, přestože dítě může mít jiný styl spojení s otcem, babičkou a podobně (Lamb, 1977).
- Moderní věda zahrnující genetické studie také upozorňuje na fakt, že attachmentové chování je výslednicí genetické informace a prostředí, a nelze je studovat bez dalších souvislostí (Verhage et al., 2016).
- Neexistuje žádná vědecky podložená, ověřená (validovaná) metoda, která by dokázala stanovit „styl attachmentu“ v pozdějším věku, než jsou 1–2 roky dítěte. Starší děti projevují attachmentové chování spojené se vztahem k rodiči nebo primárnímu pečovateli, které většinou navazuje na jejich raný vývoj. Již ale nelze hovořit přímo o „stylu attachmentu“.
- Ainsworthová studovala děti biologických matek, zajímala se o to, jak se mění chování malých dětí k matkám podle toho, jak se chovají matky k nim. Studovala vytvoření naučeného stylu chování. Styly attachmentu nejsou tudíž diagnostickou kategorií.
- Protokol „Nezvyklá situace“ by se spíše neměl využívat pro vyhodnocení stylu attachmentu u dětí v prvním roce až dvou po adopci nebo po umístění do pěstounské péči.

Okno do psychiatrie: Diagnóza „porucha attachmentu“

Americký diagnostický a statistický manuál duševních poruch (DSM-5 [2013]) rozeznává pouze dva typy diagnóz spojených s attachmentem.

Reaktivní attachment (RAD, Reactive Attachment Disorder)

Jedná se o trvalé projevy emocionálně plochého chování k rodičům nebo primárním pečovatelům, dítě neprojevuje téměř žádné pozitivní emoce k druhým, objevují se epizody strachu, smutku, podrážděnosti bez důvodu, a to hlavně v kontaktu s pečovateli. Typicky a výrazně nevyhledává u pečovatelů podporu, útěchu ve stresu. Současně s tím dítě zažilo deprivaci citových potřeb, časté střídání pečovatelů (například pěstounských rodin a biologické rodiny) v raném období vývoje, pobyty v ústavní péči. Toto chování se objeví před věkem 5 let a není způsobeno poruchou autistického spektra. Projevy přetrvávají více než 12 měsíců. (Zjednodušeno a zkráceno z DSM-5 [2013].)

Porucha nerozlišeného sociálního napojení (Disinhibited Social Engagement Disorder)

Dítě vyhledává neznámé osoby a sociálně se k nim chová jako k osobám blízkým a známým. Často se jedná o slovní nebo fyzické projevy blízkosti, přátelství, přichylnosti k cizím osobám. Naopak, dítě se tak nechová ke svým primárním pečovatelům. Často je ochotné odejít s cizími osobami domů a podobně. Současně dítě zažilo deprivaci citových potřeb, časté střídání pečovatelů (například pěstounských rodin a biologické rodiny) v raném období vývoje, pobyty v ústavní péči. Tato chování se objeví před věkem 5 let. Projevy přetrvávají více než 12 měsíců. Musí se také jednat o výrazné a silné projevy (zjednodušeno a zkráceno z DSM-5 [2013]). (Winnette, 2020)

Mary Ainsworth se celoživotně zabývala také senzitivitou matky k dítěti a popsala citlivé rodičovství. A právě citlivému rodičovství se budeme věnovat v příští kapitole o roli rodičovství při terapii dětí s adverzními zkušenostmi.

Rodičovské styly

Rodičovství má zásadní dopad na sociální vývoj a fungování dítěte. Jestliže se Ainsworth zabývala stylem attachmentu u malých dětí ve věku 1–2 roky v závislosti na mateřském chování, americká psycholožka zaměřená také na vývoj dětí Diana Baumrind (1927–2018) se do hloubky zaměřila na různé styly chování rodičů obecně a také na to, jak se styly rodičovství projevují na chování a fungování dětí a později mladých lidí.



Obrázek 8.
Diana Blumberg Baumrind

Na základě řady pozorování Baumrind popsala tři hlavní rodičovské styly:

- Autoritativní (authoritative), zapojený, přístupný, rozvíjející
- Autoritářský (authoritarian), totalitářský, diktátorský, nezapojený, chladný
- Povolný (permissive), bezhraniční, „rozmazlující“

(Baumrind, 1971)

Dva další autoři, výzkumníci Stanfordské univerzity Eleanor Emmons Maccoby a John Martin, připojili později ještě další styl:

- Zanedbávající (neglectful), bez zájmu, přehlížející zájmy a potřeby dětí

Diana Baumrind vytvořila měřítko pro dvě hlavní součásti rodičovství: očekávání a vyžadování, vnímavost a přístupnost.

Vnímavost a přístupnost (responsiveness)

Chování rodičů, které záměrně podporuje a rozvíjí individualitu dítěte, sebe-regulaci a sebeovládání, schopnost se citlivě prosadit, podporu a citlivost ke zvláštním potřebám a požadavkům dítěte (Baumrind, 1991b).

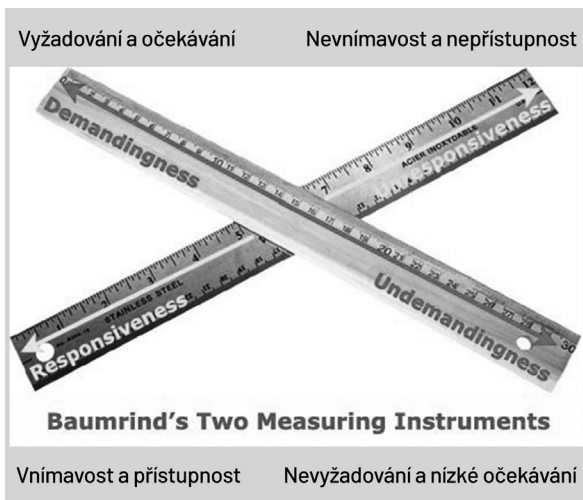
Očekávání a vyžadování (demandingness)

Baumrind říká, že se jedná o chování rodičů, kterým vyjadřují svá očekávání a vyžadují, aby dítě bylo zapojené do rodiny jako celku, aby se stávalo samostatnějším a zralejším. Záleží na tom, jak dítě kontrolují, jak uplatňují disciplínu, na jejich vůli a schopnosti se s dítětem konfrontovat, když je dítě neposlechne nebo nenásleduje (Baumrind, 1991b).

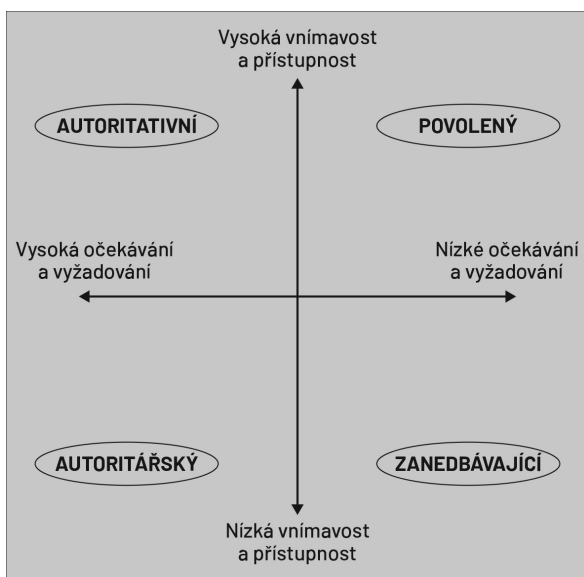
- Baumrind říká, že dobré autoritativní rodičovství se vyznačuje vysokou mírou vnímavosti a přístupnosti a také očekávání a vyžadování.
- Pokud jsou rodiče vnímaví a přístupní, ale ne vyžadující, jedná se o rodičovství povolené.
- A v případě, že rodiče jsou vyžadující, ale nepřístupní a direktivní, jsou to rodiče autoritářští (Baumrind, 1991b).
- Maccoby a Martin připojili čtvrtý styl rodičovství, ve kterém se projevuje jak nízká vnímavost a přístupnost, tak nízké očekávání a vyžadování. Baumrind toto rozšíření přijala a popsala je jako zanedbávající rodičovství (Maccoby & Martin, 1983).

Na základě řady pozorování Baumrind popsala tři hlavní rodičovské styly:

- Autoritativní (authoritative), zapojený, přístupný, rozvíjející
- Autoritářský (authoritarian), totalitářský, diktátorský, nezapojený, chladný
- Povolený (permissive), bezhraniční, „rozmazlující“



Obrázek 9.
„Měřítka pro rodičovský styl“ Diany Baumrind



Obrázek 10.
Rodičovské styly podle míry zapojení, přístupnosti, vyžadování a očekávání (česká verze je adaptována z originálu)

Okno do vědy: Dopad rodičovských stylů na děti a mladé lidi

Vědecké studie opakovaně prokazují souvislosti mezi stylem rodičovství a vývojem dítěte (Baumrind, 1989; 1991a).

Mladí lidé, děti autoritativních rodičů vykazují nejvyšší míru kompetencí v sociální oblasti, jako je zralost, pružnost a odolnost, optimismus, schopnost spolehnout se na sebe, sociální kompetence, sebedůvěra a úspěchy ve studiu.

Mladí lidé, děti povolených, rozmazlujících rodičů vykazují do určité míry rozporuplné výstupy. Na jednu stranu se projevují jako sebevědomí, reflektivní a schopni aktivního zvládnutí situací. Ale také se objevují internalizované problémy jako úzkosti, somatizování, stěžování si, odpadání a externalizované chování jako nepřízpůsobivost, problémové chování ve škole, delikvence.

Mladí lidé autoritářských rodičů byli úzkostní, depresivní, agresivní, neposlušní, měli psychosomatické problémy.

Nejhorší dopady má zanedbávající chování rodičů. Mladí lidé, děti těchto rodičů projevují problémy v mnoha doménách zároveň, jako nízká schopnost regulace afektů a sebeovládání, schopnosti spoléhat se na sebe, sociální kompetence, školní výsledky, asociální chování, delikvence, úzkosti a deprese.

(Baumrind, 1991a; Hove et al., 2007; Maccoby & Martin, 1983; Rankin Williams et al., 2009; Steinberg et al., 1994)

Rodiče typicky zastávají určitý styl, který na dítě dlouhodobě působí, v případě zanedbávání, povoleného stylu nebo hostilního autoritářství výrazně negativně. Přijímající vnímavý a vyžadující autoritativní styl má jednoznačně nejlepší výsledky.

Shrnutí

- Rodičovství je geneticky očekávaným prostředím pro vývoj dítěte do 25 let, rodiče nebo primární pečovatelé jsou pro dítě nezastupitelní.
- Tvoří vztahovou konstantu, bez které zdravý sociální vývoj není možný.
- Rodičovství má stejně jako vývoj dítěte řadu fází a období.
- V raném období se jedná o iniciování vrozeného attachmentového systému a rozvinutí attachmentového vztahu. Záleží na chování matky nebo primárního pečovatele, jak dítě bude matku a attachmentový vztah s ní vnímat a jak se v něm bude chovat (styly attachmentu).
- Později se sociální vývoj dítěte rozvíjí a komplikuje, obohacuje o řadu dalších sociálních kontaktů.
- Rodiče ale zůstávají dominantními a vůdčími sociálními partnery dítěte. Na základě attachmentového vztahu a jejich dlouhodobého opakovaného působení (vztahová konstanta) na dítě mají zásadní silný vliv na jeho sociální fungování a zapojení do světa.
- Rodiče typicky zastávají určitý styl, který na dítě dlouhodobě působí, v případě zanedbávání, povoleného stylu nebo hostilního autoritářství výrazně negativně. Přijímající vnímavý a vyžadující autoritativní styl má jednoznačně nejlepší výsledky.
- Pokud se v životě dítěte objevily adverzity, je jeho další vývoj ohrožen.
- Takové dítě potřebuje jednak dobré rodiče, ke kterým může mít důvěru a bezpečný attachmentový vztah, ale také rodiče, kteří uplatňují zdravý autoritativní, zapojený a citlivý výchovný styl, a navíc potřebuje často psychoterapii, aby zvládlo svoje adverzní zkušenosti.

4.

Principy terapie pro děti s ACE a narušeným vývojem attachementových vztahů (DDP a SPACE)

Následky ACE a vývojového traumatu

V současné době už jen málo odborníků pochybuje o tom, že adverbzní zkušenosti v dětství, jako je přítomnost násilí, chronická chudoba a nedostatek, týrání nebo zanedbávání, absence primárního pečovatele, zanechávají u člověka dlouhotrvající otisk na prožívání emocí, na kognitivních funkcích, chování a šancích na úspěch v dospělosti. Děti, které zažily adverbzity, častěji rozvinou psychopatologické projevy a chronická onemocnění, špatně se jim daří ve škole, mají sociální i ekonomické problémy. Ve srovnání s dětmi, které adverbzity neprožily, jsou jejich vývoj a život závažně ohroženy (Felitti et al., 1998).

Odborníci a autoři kolem amerického lékaře a psychoterapeuta Bessela van der Kolka vytvořili společný rámec pro popis oblastí a následků opakovaných adverbzních a traumatických zkušeností u dětí. Následky se podle nich projevují v řadě domén.

Domény následků vývojového traumatu

1. Schopnost regulovat své emoce a chování
2. Schopnost důvěřovat v blízkém vztahu a vyhledávat podporu a útěchu
3. Problémy s attachmentovými vztahy
4. Zdravotní potíže, somatizace
5. Zvýšené obranné mechanismy, jako je disociace
6. Problémy se zvládním pozornosti a kontrolou chování
7. Nízká sebedůvěra a narušený koncept sebe sama

(Upraveno z Cook et al., 2005)

Následky ACE v raném věku samy od sebe většinou nemizí a pro dítě samotné a jeho rodiče či primární pečovatele je těžké si s nimi poradit. Tyto děti potřebují psychoterapii, která zahrne tyto oblasti podle potřeb dítěte. Potřebují také rodiče, kteří budou na těchto provázaných a často dosti úporných problémech pracovat spolu s dítětem.

Hlavní princip terapie ACE

„Je pravda, že problémy se objevují ve vztazích, a je také pravda, že ve vztazích se též nalézají řešení. Jsme zraněni ve vztahu, a jsme vyléčeni ve vztahu. Takto funguje psychoterapie. Naše emoce jsou dysregulované, rozrušené uvnitř našich vztahů. A také mohou být regulované, uklidněné v terapeutickém vztahu, kde terapeut pomáhá klientovi vyjádřit, vnímat a zvládat jeho emoce a směřovat je zdravým směrem.“

(Grecucci, Frederickson & Job, 2017, p. 1)

Principy a postupy Dyadické vývojové psychoterapie a Terapie zaměřené na attachment



Obrázek 11. Daniel A. Hughes a Arthur Becker-Weidman

Americký psycholog a psychoterapeut Daniel Hughes je autorem jedné z terapeutických metod, která je přímo zaměřena na pomoc dětem s adverbzními zkušenostmi a vývojovým traumatem. Metodu nazval Dyadická vývojová psychoterapie (Dyadic Developmental Psychotherapy). Rád vypráví o tom, jak se před třiceti lety začal setkávat s dětmi, které prožily těžký začátek života. Nejčastěji v zanedbávající a týrající rodině, potom v několika pěstounských rodinách s návraty k biologickým rodičům. Někdy jejich život plný změn, trápení, nedostatku přítomných bezpečných rodičů nebo primárních pečovatелů trval od raného dětství po řadu let. Daniel se snažil s nimi pracovat pomocí terapie hrou, rodinné terapie, ale nic nezabíralo. Zatímco jiné děti měly z těchto metod užitek a zlepšovaly se.

Nakonec začal do hloubky studovat Bowlbyho teorii attachmentu a došel k zajímavému poznání. Děti, které se nezlepšovaly v tradičních terapeutických

Následky ACE v raném věku samy od sebe většinou nemizí a pro dítě samotné a jeho rodiče či primární pečovatele je těžké si s nimi poradit. Tyto děti potřebují psychoterapii, která zahrne tyto oblasti podle potřeb dítěte. Potřebují také rodiče, kteří budou na těchto provázaných a často dosti úporných problémech pracovat spolu s dítětem.

postupech, strádaly nejvíce tím, že už neuměly navázat blízký attachmentový vztah se svými rodiči. Nejčastěji adoptivními rodiči. Genetický program, který u dětí nastartuje a rozvine attachmentový vztah, byl vlivem prostředí a dlouhého času tak závažně narušen, že přestal fungovat. Sedm domén problémů, které se u těchto dětí často vyskytují, jsou pak následky. Tyto děti neumějí mít rodiče. A to ani tehdy, když už dobré rodiče mají. (Winnette & Baylin, 2016)

Hlavní principy Dyadické vývojové psychoterapie

Hughes si dal za úkol vytvořit terapeutickou metodu, která by pomohla těmto dětem „vrátit se do správných vývojových kolejí“, zpět na dráhu zdravého vývoje. Nazval ji dyadickou, protože chtěl použít vzájemný vztah dítěte a jeho rodiče nebo primárního pečovatele. Nazval ji také vývojovou, protože se zaměřil na „opravu vývoje“ dítěte. Tehdejší blízký kolega Daniela Hughese Arthur Becker-Weidman spolupracoval na vytvoření celého rámce terapie. Později se více osamostatnil a rozvíjí svoji školu nazvanou Terapie zaměřená na attachment (Attachment Focused Therapy). Dyadická vývojová psychoterapie je v Česku také známá jako „DDP“. Vychází z akronymu „Dyadic Developmental Psychotherapy“.

Principy

1. Uzdravující síla bezpečné základny

DDP terapie byla vytvořena tak, aby pomohla dětem s ACE a prožitými traumaty vyřešit, co se jim zlého stalo v minulosti a opravit či zmírnit následky. Nejčastěji se jednalo o děti, které zažily trauma se svými biologickými rodiči a prošly pak řadou pěstounských rodin, a nakonec byly adoptovány. Proto hlavními agenty, určujícími lidmi v této terapii, jsou rodiče, primární pečovatelé, kteří se o dítě starají nyní. DDP zdůrazňuje, že vztah mezi rodičem, primárním pečovatelem, a dítětem je zásadní pro vývoj dítěte (Hughes & Baylin, 2012).

2. *Attachment (attachmentový vztah)*

Terapeut má v této terapii roli bezpečného člověka, který přijímá a podporuje dítě takové, jaké je. Rozumí příčinám jeho obtíží a podporuje jeho zdravý vývoj a blaho. Trošku jako „maminka“ dodává dítěti odvalu, aby zkoumalo své emoce a myšlenky, aby mohlo procházet svoji minulostí a přítomností s jeho podporou. Hlavním úkolem terapeuta ale je, aby se tento druh vztahu přenesl na dítě a jeho rodiče nebo primární pečovatele. Terapeut pracuje s rodiči i s dítětem.

3. *Bezpečí*

Jedním z hlavních terapeutických úkolů je vytvoření „bezpečí“ a udržování bezpečí po celou dobu terapie. Během procesu terapie dochází k zapojování dítěte a jeho rodičů, vytváření spolupracující aliance a budování bezpečných vztahů. Nejdříve terapeut buduje bezpečný vztah s rodiči, poté jej společně poskytují dítěti.

4. *Intersubjektivita*

Intersubjektivita je trošku ošklivé slovo pro krásnou věc. Znamená, že můžeme sdílet svůj vnitřní svět s někým jiným a být s ním takto propojeni. Znamená to, že máme oba na mysli stejnou věc, vnímáme, jak ji oba zažíváme a jak se při tom cítíme. Intersubjektivita znamená, že máme stejné emoce, pozornost a záměry. To je třeba v denním životě, při spolupráci a sdílení života s někým druhým. Například společné stavění domu z lega bude opravdová zábava jen tehdy, když si oba uvědomují, že se jedná o hru, mají za cíl postavit dům, mají radost, když se povede střecha. Kdyby jeden myslel na to, že druhému pokazí, co postavil, protože se na něj zlobí, intersubjektivní spojení nenastane. A asi rychle dojde ke krizi a ke konci hry.

V terapii je to úplně základní princip. Terapeut a klient jsou naladěni na sebe, sdílejí emoce, když spolu přemýšlejí o něčem, jako je údlost, osoba, vzpomínka. Také mají domluvený kontrakt o tom, jaký je smysl terapie a jak postupuje. (Hughes, 2007)

5. *Co-regulace afektů*

Právě vzájemným napojením a bezpečným sdílením vzniká intersubjektívni komunikace mezi klientem a terapeutem. V takovém vztahu je pak možné regulovat afekty a tím postupně řešit staré adverzní zkušenosti. Dávat jim nový emocionální význam, uklidnění.

6. *Společné nalezení nového významu*

Dítě dokáže přijmout a zvnitřnit nové pozitivní významy skrze takovou práci a intersubjektívni zkušenosti. Terapeut učí rodiče a pomáhá rodičům a dětem takto spolu být a zažívat vzájemné spojení během terapeutických sezení. Rodiče pak v tomto pokračují doma. Dítě se začne měnit, protože vnímá sebe samo skrze rodiče a jejich optimistický, laskavý, citlivý pohled na ně (Hughes, 2007).

7. *PACE – hravost, přijetí, zvědavost, empatie*

Ve všech vztazích dochází k rozporům, konfliktům, nedorozuměním. Terapeut přistupuje k těmto momentům s postojem, který uplatňuje jak s rodiči, tak s dítětem. Jedná se hravost, přijetí, zvědavost a empatii (příklady najdete v poslední kapitole). Terapeut jedná s rodiči stejně, jako si přeje, aby rodiče jednali s dítětem. Když dojde k nedorozumění, přijme jej s pochopením, empatií, snaží se zkoumat, co se stalo. Stejně jako platí, že dítě může přijít za rodičem s čímkoliv, klient-rodič může také přijít za terapeutem s čímkoliv. Terapeut s ním bude pracovat a využije PACE. PACE je akronym z angličtiny:

- P Playfulness – hravost
- A Acceptance – přijetí
- C Curiosity – zvědavost
- E Empathy – empatie

(Becker-Weidman, Ehrmann & LeBow, 2012; Hughes and Baylin, 2012)

Terapeutické rodičovství

Rodičovství je zásadní pro všechny děti. Rodiče jsou primárními sociálními partnery po 25 let a mají za úkol připravit dítě do celého dalšího života. Vztah dítěte a rodiče je výjimečný, blízký, dominantní. Jak jsme uvedli v kapitole o rodičovství, styl rodičovství a vztah s rodiči, jejich fungování výrazně ovlivňuje fungování dítěte i v dospělosti. Zdravé rodičovství je očekávaným prostředím pro vývoj dítěte.

Pokud dítě utrpělo trauma a adverzity ve vztahu s rodiči nebo pečovateli ve své minulosti, je nutné, aby nyní rodiče byli součástí léčení.

Okno do terapie: Daniel A. Hughes – Budování citového pouta

Daniel A. Hughes napsal o procesu dyadické terapie poutavou knihu Budování citového pouta. Hlavní postavou je malá Katie, která žila v zanedbávající a týrající péči svých biologických rodičů. Pak byla odebrána a prošla několika pěstounskými rodinami. Ty však nedokázaly zvládnout její chování. Katie odmlouvá, křičí, neposlouchá, prosazuje svou. Situace je beznadějná, dokud nadšený sociální pracovník nepomůže najít novou terapeutickou pěstounku a také terapeutku, která jim oběma pomůže. Jejich společná práce odhaluje hloubku Katina zoufalství, trvalý stres, pocit nebezpečí, strach, že jí opět ublíží a opustí, nedůvěru v dospělé. A také nemožnost prožívat radost a pohodu. Kniha byla přeložena a vyšla také v českém jazyce (Hughes, 2006).



Obrázek 12.
Kniha Daniela A. Hughese Budování citového pouta

Pokud dítě utrpělo trauma a adverzity ve vztahu s rodiči nebo pečovateli ve své minulosti, je nutné, aby nyní rodiče byli součástí léčení.

Účinnost terapie

Úspěchy terapie jsou velmi obtížně vědecky měřitelné, to ale neznamená, že je klienti a terapeuti nezažívají. O efektivitě Dyadické vývojové psychoterapie není zatím mnoho vědeckých studií. Studie Hughese a Beckera-Weidmana přinesla optimistické výsledky ohledně chování dětí (Becker-Weidman & Hughes, 2008).

Pro českou situaci je třeba vzít v úvahu, že Dyadická vývojová psychoterapie byla vytvořena nejvíce pro děti, které byly odebrány biologickým rodičům z důvodu zanedbání nebo týrání, prošly několika pěstounskými rodinami a nyní jsou v adoptivní rodině.

Děti s historií raného pobytu v kojeneckém ústavu, v dlouhodobé pěstounské péči s kontaktem s biologickou rodinou a podobně představují jinou anamnézu. Byly vystaveny jinému prostředí, a tudíž mají do určité míry i odlišné následky.

„Terapie attachmentu“ je z vědeckého hlediska nesprávný termín. U dětí s ranými adverzitami je třeba pracovat se všemi následky a pozitivně ovlivňovat všechny jednotlivé oblasti. Nejedná se o „léčení attachmentu“, ale o terapii následků ACE v nejbližších vztazích.

Diagnostika a léčení „attachmentu“

Pozorný čtenář si v této chvíli uvědomuje, že vývoj mozku v dětství představuje ohromné množství spolupůsobících elementů, které mají různý význam během času. Teorie attachmentu je jedním ze zásadních východisek současné vývojové psychologie. Zdaleka však nepokrývá celý ohromný vývoj mozku a sociálního fungování. Je také třeba vzít v potaz, že současná neurověda nenašla zatím žádné

neurobiologické poznatky o tom, kde a jak by „attachment“ mohl mít své mozkové centrum nebo propojenou nervovou síť a specializované okruhy. „Attachment“ je tedy termín, který je nyní používán pro různé významy. Někdy bohužel také zavádějícím způsobem.

Pro myšlení o psychoterapii raných adverzních zkušeností je dobré si připomenout základní fakta.

- Styl attachmentu je vyhodnocený pouze na základě chování malého dítěte (1–2,5 roku) v rámci protokolu „Nezvyklá situace“. Je třeba však brát v potaz historii dítěte, možnost, že má vytvořené jisté pouto s jiným členem rodiny. Nemělo by být použito pro vyhodnocení u dětí, které nejsou v adoptivní nebo pěstounské rodině či s novým primárním pečovatelem déle než minimálně jeden rok.
- U starších dětí se již nedá stanovit „styl attachmentu“. Je ovšem potřebné zkoumat historii a celé fungování dítěte v sociálních vztazích, a zejména v „attachmentových vztazích“ s primárním pečovatelem.
- „Terapie attachmentu“ je z vědeckého hlediska nesprávný termín. U dětí s ranými adverzitami je třeba pracovat se všemi následky a pozitivně ovlivňovat všechny jednotlivé oblasti. Nejedná se o „léčení attachmentu“, ale o terapii následků ACE v nejbližších vztazích.
- Pouhé zaměření se na „attachment“ je nesprávné, a může být i škodlivé. Terapeuti pak interpretují vše jako „poruchu attachmentu“ a přehlížejí ostatní symptomy a potřeby dítěte.

(Winnette, 2020; Woolgar & Scott, 2014; Zillberstein, 2014)

Rodič, který zažil sám mnoho ACE, potřebuje kromě podpory, aby mohl být dobrým rodičem, také sám vyřešit své vlastní adverzní dětské zkušenosti a najít sám sebe a svůj vlastní vnitřní klid a rovnováhu. To není vždycky lehké a rychlé, ale stojí to za to. Bude velmi užitečné, když nalezne pomoc a terapeutickou podporu sám pro sebe, stejně jako pro své dítě.

A co když potřebuje pomoc a terapii rodič?

Zatím jsme se hodně zabývali následky adverzních zkušeností na vývoj dítěte a tím, jak mu pomoci. Samotná pomoc se ale hodně opírá o dospělé rodiče. A co když maminka nebo tatínek, pěstounka nebo pěstoun měli sami těžké dětství a několik adverzních zkušeností, které je dosud trápí?

Řada vědeckých studií ukazuje, že duševní zdraví rodičů, vyřešené dětství, schopnost navázat a mít bezpečné blízké vztahy, sebedůvěra, stabilita a optimistické naladění jsou velmi důležité pro rodičovství. Problémy s attachmentovými vztahy v dětství se typicky projeví i v blízkých vztazích v dospělosti, s partnery, a také s dětmi.

Když má dospělý člověk sám potíže s blízkými vztahy, zdravou sebedůvěrou a emocionální dysregulací, bude pro něj velmi těžké zvládnout péči o děti a být jim bezpečným rodičem. Najednou zjišťuje, že „se nepoznává“. Velmi se zlobí, je z dětí unavený, křičí na ně, neví si rady. Pak potřebuje sám rodič odbornou pomoc.

Rodič, který zažil sám mnoho ACE, potřebuje kromě podpory, aby mohl být dobrým rodičem, také sám vyřešit své vlastní adverzní dětské zkušenosti a najít sám sebe a svůj vlastní vnitřní klid a rovnováhu. To není vždycky lehké a rychlé, ale stojí to za to. Bude velmi užitečné, když nalezne pomoc a terapeutickou podporu sám pro sebe, stejně jako pro své dítě.

SPACE – Speciální program pro ACE

Institut rodinné péče Natama byl založen v roce 2004. Po celou dobu své existence se zaměřuje na kvalitní odbornou práci v oblasti péče o ohrožené děti či děti a dospělé s následky adverzních dětských zkušeností. Záleží nám na vědeckém a etickém přístupu k našim klientům.

Institut Natama přinesl do České republiky témata jako „profesionální pěstounská péče“, teorie attachmentu, neurověda a neurobiologie v oboru. Našimi kolegy a spolupracovníky jsou Daniel A. Hughes, Arthur Becker Weidman, profesorka Nim Tottenham. Významným učitelem a kolegou byl Albert Pesso (1929–2016), autor terapie PBSP. Za dobu své existence Natama vytvořila a poskytuje odborné semináře, workshopy, konference v oboru, publikuje odborné články a publikace. V rámci výcviku ASTRA DDP jsme dali specializační odborné vzdělání a výcvik více než 80 psychologům a terapeutům z celé České republiky v oboru teorie attachmentu,

aplikovaného výcviku v Dyadické vývojové psychoterapii a Terapii zaměřené na attachment.

V průběhu mnoha let jsme vypracovali komplexní systém práce s dětmi, dospělými a rodinami s historií a následky ACE. Na základě vědeckých poznatků, odbornosti v neurovědě a vývojové psychologii a psychoterapeutických systémů jsme nově vytvořili systematický integrativní přístup k péči o naše klienty. Nazvali jsme ho SPACE. Základem terapie zůstávají principy Dyadické vývojové psychoterapie a terapie zaměřené na attachment, zdravé autoritativní rodičovství, teorie a praxe PBSP.

Natama: SPACE

„Space“ znamená v angličtině „prostor“ nebo „vesmír“. Je to ale také akronym, který funguje v angličtině i v češtině: Speciální program pro ACE. Považujeme za důležité, aby péče o dětské i dospělé klienty byla komplexní, odborná a založená na vědě.

SPACE obsahuje součásti, které považujeme za základ komplexní práce v oboru odborného poradenství a terapie pro děti, dospělé a rodiny s historií a následky dětských adverzních zkušeností.



*Obrázek 13.
Logo programu Natama SPACE
a popis základních elementů
komplexního přístupu k ACE*

Shrnutí

- Následky ACE mají dlouhodobý dopad na rozvoj mozku a fungování dítěte na mnoha úrovních.
- Odborné poradenství a psychoterapie pro děti s historií a následky ACE by mělo být komplexní a založené na vědeckých poznatcích.
- Postup by měl vždy obsahovat:
 1. Vyhodnocení celkové situace dítěte a rodiny, rané historie, ACE.
 2. Pokud je třeba, validovanou diagnostiku, včetně kognitivních funkcí.
 3. Vyhodnocení historie attachmentových vztahů a stylu rodičovství.
 4. Správné stanovení možných příčin problémů dítěte.
 5. Stanovení postupu v poradenství a terapii na základě vyhodnocení, diagnostiky.
 6. Zapojení rodičů nebo primárních pečovatелů je u dětí s ACE zásadním elementem.
 7. Pokud je třeba, odborné poradenství a terapie pro rodiče.
 8. Správně použité principy Dyadické vývojové psychoterapie a Terapie zaměřené na attachment jsou velmi efektivní. Není správné je však zužovat na takzvanou „terapii attachmentu“.

Zaměření terapie dětí s následky ACE

- I. Vybudování bezpečí a důvěry v primárního pečovatele.
- II. Budování zdravého attachmentového vztahu k primárnímu pečovateli.
- III. Regulace afektů, zvládnání emocí.
- IV. Regulace a zvládnání sociálního chování.

- V. Zvládnutí historie (pokud je součástí, tak také kontaktu s biologickou rodinou).
- VI. Rozvoj zapojení do aktivit mimo rodinu, objeovávání světa, vztahy s vrstevníky, schopnosti.
- VII. Budování sebedůvěry a pocitu zdravého „já“.

(Adaptováno z Cook et al., 2005)

5.

Několik případů pro ACE terapeuta

Naše publikace byla potud docela teoretická, plná principů a schémat. V této části se podíváme na tři případy z praxe a shrneme principy, které byly při poradenské a terapeutické práci uplatňovány.

1. Případ první: Petr (18 měsíců)



Obrázek 14.
Plačící dítě bezradných rodičů

(© Antonioguillet / Adobe Stock)

Začátek

Rodiče mi zavolali, když bylo malému Petrovi osmnáct měsíců. Byl adoptován v šesti měsících. Naštěstí prvních šest měsíců pobýval v přechodné pěstounské péči. Nyní mají starosti. Péča se odtahuje od maminky, pořád se ptá po tátovi, který je ale často v práci. V noci nikdy nespí déle než tři hodiny, budí se a zoufale pláče. Nakonec usne u tatínka v náruči, ale za dvě až tři hodiny je zase vzhůru. Rodiče se ptají, jestli by pomohla nějaká terapie a co mají dělat.

Vyhodnocení situace a historie dítěte

Během sezení s rodiči bez dítěte jsme důkladně prošli historii malého Péti a rodiny. Ukázalo se, že když přišel Petr do rodiny, maminka očekávala biologické dítě. Bylo to velké překvapení, protože adopce Péti naplnila nesplněnou velkou touhu rodičů po dětech, které po mnoho let nemohli mít. Maminka trávila s Péťou všechen čas, on byl klidný a spokojený, rychle si zvykl na nový domov, spal celou noc. Rodiče byli připravení a měli velkou touhu dát Péťovi vše, i když za několik měsíců přijde sourozenec. Pak se ale něco změnilo. Když přišel čas, rozhodli se, že na dobu porodu a krátce po něm se chtějí soustředit na své biologické dítě. Dohodli se s původní přechodnou pěstovankou a dali k ní Péťu na pět dní. Když se vrátili z porodnice a Péťa od pěstovanky, byl Péťa jiné dítě. Odmítal oba rodiče, vyhýbal se jim a začaly trable se spánkem. Rodiče ho dali spát do jeho pokoje, kde byl sám. On však zoufale křičel, když se ho snažili uspat, a začal se v noci budit. Maminka zjistila, že novorozené miminko dá hodně práce, kojení, přebalování, všechno okolo. Domluvili se s tatínkem, že nyní bude tedy primárním pečovatelem o Péťu jenom on sám. Tatínek převzal veškerou péči na sebe. Ale ouha, ovšem jen když byl doma. Maminka se věnovala především novému miminku. Takto to běželo do stávající doby. Miminku je nyní osm měsíců, Péťovi osmnáct.

Maminka by ráda dala Péťu do jeslí a začala trošku pracovat. Říká, že mu asi chybí děti. Ona ho nebere na hřiště, protože obě děti najednou nezvládne. Péťa nyní usíná v obýváku, kde je světlo, a oni si potichu povídají. Usíná lépe, ale v noci se neustále budí a křičí.

Rodiče nyní uvažují o tom, že se budou střídat po šesti měsících. Jeden bude doma s dětmi, druhý bude na plný úvazek pracovat ve firmě mimo domov.

Vyhodnocení – pozorování dítěte a rodičů

Vyhodnocení neproběhlo za použití protokolu „Nezvyklá situace“, neboť Petr prošel během posledních osmnácti měsíců řadou změn. Ztratil biologickou matku. Ztratil přechodnou pěstovanku. Začal se poutat k adoptivní matce. Nakrátko ztratil oba adoptivní rodiče a shledal se opět s přechodnou pěstovankou. Vrátil se do rodiny, ale pozornost a přítomnost maminky ztratil, protože ona ji začala věnovat většinou jen novému sourozenci. Navázal attachmentový vztah s tatínkem, ten se ale objevuje a mizí.

Volili jsme proto systematické pozorování Péti s matkou, s otcem a s oběma tak, abychom mohli vyhodnotit jeho chování v rodinné konstelaci. Péta se pohyboval po místnosti a neměl nikde stání. K matce se přibližoval, ale hned se zase vzdaloval. U otce trávil nejvíce času, nechal se chovat a ukonejšit. Ale pak zase pobíhal a nejčastěji měl výraz ztraceného dítěte. Jako by nikam nepatřil.

Co se děje?

O biologických rodičích a průběhu těhotenství nemáme zprávy. Matka nepožívala alkohol a Petr se narodil zdravý přirozeným způsobem. Malý Péta měl zdravou vrozenou genetickou výbavu připravenou na očekávané prostředí, to znamená na možnost navázat attachmentový vztah s maminkou nebo primárním pečovatelem, který se mu stane vztahovou konstantou, s nímž se bude učit blízkému důvěrnému vztahu a bezpečí a ze kterého bude vycházet učit se a objevovat svět i sebe sama v klidu, bez stresu, s podporou. Jeho adoptivní rodiče mu poskytují vše, co potřebuje biologicky. Ale nedali mu zažít vztahovou konstantu, dostatečně jistý dlouhodobý kontakt s primárním pečovatelem. Pétova potřeba attachmentového vztahu byla narušena a zanedbána v citlivém raném období. Začaly se objevovat úzkosti, roztěkané hyperkinetické chování. Rodičovský styl se jeví být jako mírně zanedbávající, neboť přehlíží zásadní vývojové potřeby adoptovaného Péti. A také přehlíží jeho zvýšenou potřebu budování attachmentového vztahu vzhledem k tomu, že byl opuštěn biologickou matkou, v šesti měsících opustil pěstounku a našel nové rodiče.

Odborné stanovisko

Malý Petr zažil v citlivém raném období adverzní zkušenost spojenou se ztrátami a střídáním primárních pečovatelů během prvních šesti měsíců. Poté co se začal přirozeně navazovat na adoptivní rodiče v dalším období, došlo k přetržení tohoto procesu a poté ke změně primárního pečovatele kolem prvního roku. Toto prostředí je z hlediska sociálního vývoje neočekávané. Neumožňuje Petrovi navázat a rozvinout attachmentový vztah s rodiči, protože nemá raný zážitek vztahové konstanty. Pokud nedojde ke změně, může to mít vážnější následky pro jeho další vývoj.

Co budeme dělat?

Z příběhu vyplývá, jak zásadní je role rodičů. Rodiče jsou s Pétou 24 hodin denně, 7 dní v týdnu. Mají plnou odpovědnost za jeho vývoj. Bude tedy na nich, aby porozuměli situaci a tomu, co je za Pétovým chováním. Terapeutova práce bude dlouhodobá a bude se ubírat tímto směrem:

- Opakovaná sezení s rodiči bez dítěte, rozvoj jejich vhledu a znalostí o raném vývoji dítěte, teorii attachmentu, ACE, neurobiologii raného vývoje.
- Vyjádření empatie k jejich nelehké situaci. Nemají dostupné prarodiče, dvě malé děti jsou velmi náročným úkolem, cítí se unavení, bezradní.
- Společné bezpečné zkoumání jejich postojů a myšlení, emocí, vztahu k oběma dětem. Přijetí faktu, že biologické rodičovství přináší jinou zkušenost než adopce.
- Inspirace a učení se rodičovskému stylu a zvládnání dvou dětí najednou pomocí hravosti, užitečných strategií, využití chování, které podporuje budování citového pouta mezi dítětem a rodiči.
- Dlouhodobá podpora a sledování vývoje v rodině.

Závěrem

V tomto případě je důležité, aby terapeut navázal dobrý vztah s rodiči. Na jejich straně je třeba docela velké změny, která pro ně nebude lehká. Je třeba postupovat citlivě, s empatií, hledat drobné posuny. Jak bylo řečeno dříve, Petrova budoucnost je v rukou rodičů. Terapeutův úkol je pomoci jim být dobrými rodiči.

2. Případ druhý: Irenka (5 let)



(© Prostock-studio / Adobe Stock)

*Obrázek 15.
Děti s ranými ACE nemají
ranou zkušenost s dobrými
rodiči, bojí se a odmítají je.*

Začátek

Irenčini pěstouni mne oslovili, když jejich Irence bylo pět let. U nich v rodině v té době žila asi rok. Skoro nemluvila, neustále pobíhala a pištěla. Často se vztekala. Nechtěla se k rodičům přiblížit. Trpěla velmi závažnou enkoprézou (pokakáváním), která byla spojena se zácpou a také mimovolným únikem stolice. Kvůli zácpě lékařka doporučila každotýdenní klystýr. Irenku to velmi trýznilo a zvyšovalo to její strach z pěstounských rodičů. Pěstouni byli po roce zoufalí a bezradní.

Vyhodnocení historie a celkové situace rodiny

Irenka se narodila osamělé matce, která měla závažné sociální a kognitivní problémy. Žila na okraji společnosti, bez zaměstnání, pohybovala se po squatech, žila s různými partnery. Po narození Irenky nezměnila způsob života, žila v azylových domech, toulala se s Irenkou po různých domácnostech. Když byly Irence dva roky, její babička už se na to nemohla dívat a ohlásila situaci OSPOD. Irenka byla odebrána a šla do kojeneckého ústavu. Tam pobyla asi rok. Pak byla přemístěna do jiného kojeneckého ústavu, kde mohla pobývat spolu s matkou. To se dařilo několik měsíců, pak ale matka natolik porušovala pravidla, že byla z ústavu vykázána. Irenka je nadále v ústavu asi sedm měsíců. Ve věku čtyř let byla umístěna do dlouhodobé pěstounské péče s kontaktem s matkou.

Pěstouni byli zkušení rodiče, měli své dvě odrůstající děti. Jednalo se o vnímavé, citlivé rodiče, kteří se chtěli učit a udělat pro Irenku to nejlepší. Když dostali nabídku, aby byla Irenka umístěna v psychiatrické léčebně, rozhodli se raději pracovat v domácím prostředí.

Vyhodnocení

Vyhodnocení obsahovalo pozorování Irenky s každým z rodičů, diagnostiku vývojových schopností, spolupráci s lékařem kvůli enkopréze, vyhodnocení obou pěstounských rodičů. Ukázalo se, že Irenka je opožděná v kognitivním vývoji. Její schopnost navázat attachmentový vztah byla namísto, ale Irenka prožívala úzkost, že bude znovu opuštěna nebo trápena dospělými. Měla často negativní depresivní nálady. Enkopréza se zhoršovala, kdykoliv se rozrušila. Pěstounská maminka měla sama v historii adverzní zkušenosti, což ji činilo nejistou ve vztazích s lidmi.

Odborné stanovisko

Irenka utrpěla řadu adverzit v raném období a v dalším období do čtyř let. Fyzické a emocionální zanedbávání, opakované ztráty matky, ústavní péči.

Její projevy odpovídají problémům s navázáním bezpečného attachmentového vztahu a zanedbáním. Jedním z hlavních symptomů je afektivní dysregulace a úzkostnost, sociální chování opožděné o několik let, časté regrese do věku 2–3 let, zejména v rozrušení. Její pěstounští rodiče jsou připraveni a dobře spolupracují, máme navázaný dobrý terapeutický vztah.

Co budeme dělat?

Spolupráce s pěstouny a Irenkou probíhala řadu let a měla několik fází. Budování attachmentového vztahu k pěstounům ve věku pěti let je složitý úkol. Irenka potřebovala zažívat hluboké ponory do možnosti být dítětem a odevzdat se do dobré péče blízkých dospělých, kteří ji už neopustí.

Léčba úporné enkoprézy probíhala úspěšně, ale dosti dlouho. Následky zanedbávání a sociální deprivace na začátku života vedly k obtížím ve škole a k tendenci Irenky izolovat se od vrstevníků. Na všech těchto tématech jsme pracovali dlouhodobě a postupně.

Okno do terapeutického sezení s Irenkou

Sezení proběhlo, když jsme už měli za sebou hodně práce. Irence bylo asi šest let. Její problémy pokračovaly. Typicky byla ve stavu emocionálně dysregulace. Jejím častým obranným mechanismem bylo „ne“. Říkala „ne“ na všechno a za každé situace, i když dostala nabídku svého oblíbeného jídla nebo činnosti. Když jsme spolu měli při sezení volné hry s pískem, vzala všechny předměty a zahrabala je hluboko do písku. Během společných sezení s pěstounskými rodiči nemá Irenka žádné stání. Běhá dokola, nejčastěji se schovává v koutě, cucá si palec. Nenechá rodiče se přiblížit.

Dnes jsem požádala Irenčiny rodiče, aby si v klidu sedli na sofa a vyčkali. Irenka pobíhá okolo jako obvykle. Já s tím počítám, ale také vím, že mě slyší. Nesnažím se ji proto zastavit, ale mluvím na ni.

„Slyšela jsem, že si doma ráda hraješ na miminko.“

„Hmmm, ano.“ Irenka kývne, přisvědčí a pokračuje v hopkání a pobíhání. Přijde ale blíž ke mně. Zaujalo ji to.

„Víš, co. Možná bychom si dnes mohli zahrát na miminko. Ty bys mohla být miminkem. Máma a táta by se o tebe starali, jako o právě narozené miminko. Co myslíš?“ Lehce navrhuji, nijak na tom ale netrám. Je to jen jedna z možností.

„Jo!“ Zaujalo ji to. Irenka potřebuje mít hodně kontroly. Dávám jí všechny možnosti, aby si naši „hru na miminko“ upravila podle sebe, aby se cítila bezpečně.

„Kde by měli být tvoji rodiče? Mohli by tě držet v náručí...“ Navrhuji zlehka. Irenka vypadá zmateně.

„Nebo bys mohla ležet tady v měkkém pytlí jako v kolébce?“ Irence se líbí velký sedací pytel nejvíce.

Společně ho přitáhneme směrem k sofa, kde sedí v klidu její pěstounští rodiče a usmívají se.

Irenka začne chystat pytel. Běhá dokola, natřásá ho zleva i zprava.

„To je prima,“ říkám jí. „Ale víš co, malinká narozená miminka ještě nemůžou

nic dělat. Všechno, i postýlku, pro ně připravují rodiče. Tak požádáme maminku a tatínka, aby ji pro tebe připravili.“

Požádám rodiče, aby spolu chystali postýlku. Irenka je pozoruje se zájmem a nadále se vrtí a pohybuje.

„A kde by měli sedět u postýlky?“ pokračuji.

Irenka ukáže na sofa. Rodiče se zase usadí. Jsem napjatá, protože nemám tušení, jestli Irenka nakonec vklouzne do postýlky, anebo bude dále svižně pobíhat po místnosti.

A hup! Irenka docela samozřejmě hupla do pytle a uvelebila se v něm. Docela jako miminko. Ovšem i nadále se vrtí a neustále něco povídá.

Já klidně pravím: „Víš co, malá miminka se ještě moc nehýbou a nemluví, když se zrovna narodila. Jenom tak odpočívají a rodiče se o ně starají.“ Napadlo mne dát jí nepřímo tuto malou instrukci a nevím, co se stane. Zcela přijímám, že se nemůže uklidnit a blízkost lidí ji rozrušuje. Chci jí dát ale šanci zažít novou, úplně jinou zkušenost.

Irenka se na mne vážně podívá, strčí si palec do pusy a v okamžiku se uklidní. Dívá se na rodiče hlubokým pohledem. Jako by byla znovu kdesi na začátku a očekávala své rodiče. Opravdu potřebuje zažít sebe v kůži malého miminka, o které je postaráno. Nyní požádám maminku, aby jemně přikryla Irenku dekou. A Irenka je poprvé v klidu. Trvá to docela dlouho.

Pak požádám oba rodiče, aby pomalu a něžně řekli Irence: „Kdybychom byli s tebou, když ses narodila, tak bychom byli u tebe pořád a starali bychom se o tebe. Nikdy bychom tě neopustili.“ Oba to říkají s láskou a přijetím. Irenka se jim vážně dívá do očí a zůstává uvolněná a tichá nadále. Ještě to opakují a nechávám je společně dlít v tomto zvláštním zážitku. Pak sezení ukončím slovy: „A nyní je ti zase šest let a jsme tady spolu v místnosti.“ Irenka vyskočí a znovu hopká vesele sem a tam.

Něco důležitého se ale dnes přihodilo. Bylo to asi poprvé, kdy sebe sama zažila v klidu a míru, v bezpečí a milovanou svými rodiči.



(© StefanieBaum / Adobe Stock)

*Obrázek 16.
Dítě v kojeneckém věku
dlouhodobě opakovaně
zažívá přijetí, blízkost,
bezpečí a lásku svých
rodičů.*

Závěrem

Popis řady let společné práce s pěstounskými rodiči a Irenkou by vydal na knihu. Irenka je dnes dospělá, dokončila střední školu, chodí do práce, má skvělé vztahy s oběma pěstounskými rodiči, kteří ji podporují. Bude se osamostatňovat. Stále se vídáme na občasných terapeutických sezeních. Nejtěžším úkolem pro ni bylo vyřešit vztah a kontakty s biologickou matkou, která má závažné problémy v oblasti duševního zdraví. Ale podařilo se to, není to již pro Irenku zátěží.

3. Případ třetí: Hanka (12)

Začátek

Maminka Hanky přišla, když bylo Hance deset let. Hanka měla doma neustále konflikty, podněcovala hádky, žárlivost se sourozenci, projevovala se jako líná, na sebe zaměřená holka. Pak vše vyvrcholilo tím, že když jí maminka cosi vytýkala, Hanka vyskočila na okenní rám a řekla, že skočí dolů. Z pátého patra. Maminku to vyděsilo a zavolala o pomoc. Má obavy, co udělala špatně. V jedné poradně jí řekly, že se asi jedná o „poruchu attachmentu“. Ona se ale o Hanku starala velmi pečlivě už od miminka.

Vyhodnocení historie a celkové situace rodiny

Hanka je indického původu. Maminka a tatínek ji adoptovali za svého služebního pobytu v Indii, kde žili řadu let. Hanka k nim řízením osudu přišla hned po porodu jako novorozené miminko. Byli si ji vyzvednout přímo v porodnici a měli možnost poznat osobně její biologickou matku.

Rodiče se o ni s láskou starali a zároveň docela intenzivně pracovali, cestovali, měnili místa pobytu. Když bylo Hance pět let, vrátili se do Čech. Krátce nato se jim narodila dvojčata a pak ještě nejmladší bratr. Pro Hanku se změnilo skoro všechno. Doma jsou další tři děti. Ona ví, že je adoptovaná, a oni jsou „vlastní“. Je o dost starší, a tak rodiče od ní očekávají, že bude rozumná, samostatná, pomůže s domácností a sourozenci. Začala chodit do školy, která jí moc nejde a nebaví ji. Unavená maminka a přepracovaný táta s ní dělají úkoly a docela často to skončí kritikou a křikem. Hanka klade odpor a rodiče jí stále častěji říkají, že by měla být jiná, než je: pilná, pracovitá, samostatná, rozumná, pečlivá, nehádat se s dvojčaty, nenafukovat se, neurážet se... Vyžaduje se od ní hodně. Rodiče jsou vzdělaní a na vzdělání jim velmi záleží. Hanka to řeší uzavíráním se do sebe, pasivní agresí: na všechno říká ne a dělá opak, než se po ní chce. Ale, světe div se. Když je s mámou nebo s tátou o samotě, je to úplně jiná dívka. Je milá, veselá, povídavá, chce dělat věci společně. A ještě jedna věc je důležitá. Hanka je dítě tmavé pleti. Má, jako někteří Indové, velmi tmavou pleť, černé vlasy. Hance se to líbí, ale je jiná! Jiná než všichni sourozenci, máma a táta, všichni ostatní.

Vyhodnocení

Podle výsledků psychologického vyšetření se Hanka vyvíjí v pořádku. Má spíše průměrné kognitivní schopnosti, slabší pro operace s čísly a matematiku. Podle výsledků vyhodnocení sociálního fungování je také všechno v pořádku. Jen to vypadá, že se Hanka cítí odlišná a špatná a potřebuje pozornost.

Oba rodiče mají v historii vyžadující rodiče a emocionální zanedbávání, až týrání. Přejí si být dobrými rodiči, ale jejich vlastní dysregulované emoce je vedou ke zkratkovitému autoritářskému chování k Hance. Zejména tatínek je v těchto chvílích přísný, neústupný, necitlivý, kritický.

Odborné závěry

Jedná se o fungující rodinu a dostatečně dobré, zapojené, milující rodiče.

Hančina historie dítěte, které bylo adoptováno ihned po narození, neobsahuje jednoznačné adverzní zkušenosti a také si vytvořila bezpečný attachmentový vztah k matce a otci. Jsou to její jediní primární pečovatelé a ona o tom nepochybuje. Její raný vývoj proběhl zdravě a očekávaným způsobem.

Její problémy jsou spojené spíše s jinými faktory sociálního vývoje. Zažila pět let „jedináčkovství“ a trošku úzkostné zaměření rodičů na Hanku a fakt, že by mohla jako adoptovaná mít problémy. Poté se narodily další tři děti a svět se pro ni neočekávaně změnil. Najednou byly její potřeby druhořadé. Měla už být velká a rozumná. Zájem a pozornost přetížených rodičů získala jen tehdy, když se vzepřela a udělala velkou scénu. Maminčino vysvětlování a přemlouvání bylo vlastně krásné, měla ji zase na chvíli jen pro sebe. Tátův křik a nadávání byly rozhodně projevem zájmu. Stalo se to její nevědomou strategií. Rodiče pak ve chvílích, kdy klade odpor, přestávají být autoritativními citlivými a zapojenými rodiči. Začnou přikazovat a kritizovat. Hanka se začíná cítit špatná. Má pocit, že ostatním dětem se vše odpouští. Fakt, že jsou o mnoho let mladší, přehlíží.

Dalším zdrojem potíží je fakt, že Hanka vypadá jinak než její tři sourozenci. Ona je tmavá, oni jsou všichni blond. Také se hůře učí. Už je starší a najednou vidí, že je jiná. Oni jsou všichni stejní a ona je jiná a nepatří k nim.

Co s tím?

Velkým štěstím v této rodině je zejména maminka, která vždy měla a má Hanku upřímně a celým srdcem ráda. Táta je velmi zaměstnaný, ale slíbil, že bude naslouchat a změnit se, když to bude třeba.

Další dobrou zprávou je, že Hanka má k oběma rodičům zdravý a bezpečný attachmentový vztah, který vyplývá z jejího raného dětství.

Složitějším tématem je, že rodiče mají značné ambice a přejí si, aby všechny jejich děti dosáhly skvělého vzdělání. Mladší sourozenci jsou úspěšní a škola jim jde sama. Hance už tolik ne. Musí se hodně učit, nebaví ji to, matematika je opravdový kříž. Děti jsou aktivní a bystré, Hanka je spíše pasivní, pomalejší a introvertní. Čím je starší, tím se její vrozené vlohy více projevují a tím se zdá být více jiná.

Naše práce s maminkou se tedy nejvíce zaměřila na rodičovský styl a na posilování rodiny jako celku a Hančina místa v rodině. Krok po kroku jsme se zabývali detaily společného života a událostmi, jak přicházely. Měnili jsme společně způsob, jak rodiče s Hankou fungovali doma i ve zdánlivých maličkostech. Jeden příklad za všechny – jednou se maminka velmi zlobila, že Hanka ve škole vždy úplně pokazí pětiminutovky z matematiky, i když příklady doma uměla, jako kdy bičem mrská. Povídá mi o samotě, že Hanka je líná a prostě se nesnaží.

Na společném sezení s Hankou, jsem Hanku poprosila, aby mi pomalinku a přesně vyprávěla, jak probíhala poslední pětiminutovka. Hance se líbilo, že jsem byla zvědavá a nezajímalo mne, co zkazila a proč. Maminka poslouchala pozorně. Najednou Hanka došla k bodu, kdy se ona ve škole začala soustředit a viděla, že příklady umí. Pak ale některé děti už začaly odevzdávat hotové příklady paní učitelce. Hanka zpanikařila. Zase jí to nejde. Ptám se jí, co by se stalo, kdyby v té chvíli požádala paní učitelku o více času. Hanka rychle odvětí, no to ne. Já už takhle vypadám jinak, a ještě bych potřebovala víc času. Ne, ne, ne. Stydí se.

V klidu si povídáme dál, rozprávíme o tom, že hlavní je, že příklady umí. Ale takto to paní učitelka neví. Zeptám se, co by se tedy stalo, kdyby šly spolu s maminkou se o tom s paní učitelkou poradit. Ukázalo se, že to by šlo. Pak si povídáme o tom, že když chybí čas, člověk je ve stresu, a pak už mu „to nemyslí“ a dělá chyby. Stalo se to mamince i mně.

Maminka i Hanka náš nápad realizovaly. Byly obě překvapené, že paní učitelce nápad také udělal radost. Hanka dostala pár minut navíc a příklady a pětiminutovky

přestaly být strašákem. To ale nebylo to jediné, co se stalo. Hanka zažila zájem, zvědavost, přijetí, empatii ode mne, ale hlavně od maminky. Zároveň vnímala, že se od ní očekává, že se bude snažit a matematika a učení se je důležité pro ni samu. Rodiče od toho neustoupí. Hanka se cítí součástí rodiny, kde se o problémech mluví a potíže se společně řeší. Není jiná a nemusí se stydět.

Závěrem

Situace doma se postupně úplně změnila. Přestaly krize, křik, odpor, neustálé odmítání všeho. Hanka tančí ve známém souboru a učí se docela dobře. Maminka jí k narozeninám vyrobila velké fotoalbum, kde jsou obrázky Hanky a rodičů a rodiny od narození až dosud. Viděla jsem tu knihu, je opravdu krásná, dojemná. Vyrobena s láskou. Hanka jde pomalu do puberty, ale nemám o ni strach.

Reference:

- Ainsworth, M. D. S., & Bell, S. M. (1970). Attachment, Exploration, and Separation: Illustrated by the Behavior of One-Year-Olds in a Strange Situation. *Child Development*, 41(1), 49. <https://doi.org/10.2307/1127388>
- American Academy for Child and Adolescent Psychiatry. (2021). <https://www.aacap.org/>
- Axline, V. M. (1981). *Play Therapy: The Groundbreaking Book That Has Become a Vital Tool in the Growth and Development of Children* (Reissue ed.). Ballantine Books.
- Axline, V. M. (1998). *Dibs: In Search of Self* (Reprint ed.). Penguin Books.
- Baumrind, D. (1971). Current patterns of parental authority. *Developmental Psychology*, 4(1, Pt.2), 1–103. <https://doi.org/10.1037/h0030372>
- Baumrind, D. (1989) Rearing competent children. In Damon, W. (Ed.), *Child development today and tomorrow* (pp. 349–378). San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- Baumrind, D. (1991a). Effective parenting during the early adolescent transition. In Cowan, P. A., Hetherington, M. (Eds.), *Family transitions* (pp. 111–163). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Baumrind, D. (1991b). The Influence of Parenting Style on Adolescent Competence and Substance Use. *The Journal of Early Adolescence*, 11(1), 56–95. <https://doi.org/10.1177/0272431691111004>
- Becker-Weidman, A., Ehrmann, L., & LeBow, D. H. (2012). *The attachment therapy companion: Key practices for treating children and families*. New York: W. W. Norton & Co.
- Becker-Weidman, A., & Hughes, D. (2008). Dyadic Developmental Psychotherapy: an evidence-based treatment for children with complex trauma and disorders of attachment. *Child & Family Social Work*, 13(3), 329–337. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2206.2008.00557.x>
- Boersma, G. J., Bale, T. L., Casanello, P., Lara, H. E., Lucion, A. B., Suchecki, D., & Tamashiro, K. L. (2014). Long-Term Impact of Early Life Events on Physiology and Behaviour. *Journal of Neuroendocrinology*, 26(9), 587–602. <https://doi.org/10.1111/jne.12153>
- Bowlby, J. (1969). *Attachment and loss* (OKS Print.). New York: Basic Books.
- Bowlby, J. (1982). Attachment and loss: Retrospect and prospect. *American Journal of Orthopsychiatry*, 52(4), 664–678. <https://doi.org/10.1111/j.1939-0025.1982.tb01456.x>
- Center on the Developing Child at Harvard University. (2020). *ACEs and Toxic Stress: Frequently Asked Questions*. Retrieved September 13, 2021, from <https://developingchild.harvard.edu/resources/aces-and-toxic-stress-frequently-asked-questions/>
- Cook, A., Spinazzola, J., Ford, J., Lanktree, C., Blaustein, M., Cloitre, M. ... van der Kolk, B. (2005). Complex trauma in children and adolescents. *Psychiatric Annals*, 35, 390–398.
- Dunbar, R. I. M. (2008). Why Humans Aren't Just Great Apes. *Issues in Ethnology and Anthropology*, 3(3), 15–33. <https://doi.org/10.21301/eap.v3i3.1>
- Felitti, V. J., Anda, R. F., Nordenberg, D., Williamson, D. F., Spitz, A. M., Edwards, V., ... Marks, J. S. (1998). Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults. The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. *American Journal of Preventive Medicine*, 14(4), 245–258. [https://doi.org/10.1016/s0749-3797\(98\)00017-8](https://doi.org/10.1016/s0749-3797(98)00017-8)
- Felitti, V. J., & Anda, R. F. (2010). The relationship of adverse childhood experiences to adult medical disease, psychiatric disorders and sexual behavior: implications for healthcare. In R. A. Lanius, E. Vermetten & C. Pain (Eds.), *The Impact of Early Life Trauma on Health and Disease: The Hidden Epidemic* (pp. 77–87). Cambridge: Cambridge University Press.
- Grecucci, A., Chiffi, D., Di Marzio, F., Job, R. & Frederickson, J. (2016). Anxiety and Its Regulation: Neural Mechanisms and Regulation Techniques According to the Experiential-Dynamic Approach. In F. Durbano and B. Marchesi (Eds.), *New Developments in Anxiety Disorders* (pp.1-22). Rijeka: InTech Publishing. <http://dx.doi.org/10.5772/65374>
- Grecucci, A., Frederickson, J., & Job, R. (2017). Editorial: Advances in Emotion Regulation: From Neuroscience to Psychotherapy. *Frontiers in Psychology*, 8. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.00985>

- Hoeve, M., Blokland, A., Dubas, J. S., Loeber, R., Gerris, J. R. M., & van der Laan, P. H. (2007). Trajectories of Delinquency and Parenting Styles. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 36(2), 223–235. <https://doi.org/10.1007/s10802-007-9172-x>
- Hughes, D. A. (2006). *Building the bonds of attachment: Awakening love in deeply troubled children* (2nd ed.). Lanham, MD: Jason Aronson.
- Hughes, D. A. (2007). *Attachment-focused family therapy*. New York: W. W. Norton & Company.
- Hughes, D. A., & Baylin, J. (2012). *Brain-based parenting: The neuroscience of caregiving for healthy attachment*. New York: W. W. Norton & Company.
- Kessler, R. C., McLaughlin, K. A., Green, J. G., Gruber, M. J., Sampson, N. A., Zaslavsky, A. M., ... Williams, D. R. (2010). Childhood adversities and adult psychopathology in the WHO World Mental Health Surveys. *British Journal of Psychiatry*, 197(5), 378–385. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.110.080499>
- Lamb, M. E. (1977). The development of mother-infant and father-infant attachments in the second year of life. *Developmental Psychology*, 13(6), 637–648. <https://doi.org/10.1037/0012-1649.13.6.637>
- Maccoby, E. E., & Martin, J. A. (1983). Socialization in the context of the family: Parent-child interaction. In P. H. Mussen (Series Ed.) & E. M. Hetherington (Vol. Ed.), *Handbook of Child Psychology: Vol. IV. Socialization, Personality and Social Development* (4th Ed., pp. 1–101). New York: Wiley.
- Main, M., & Solomon, J. (1986). Discovery of an insecure-disorganized/disoriented attachment pattern. In T. B. Brazelton & M. W. Yogman (Eds.), *Affective development in infancy* (pp. 95–124). Ablex Publishing.
- McLaughlin, K. A., Sheridan, M. A., & Nelson, C. A. (2017). Neglect as a Violation of Species-Expectant Experience: *Neurodevelopmental Consequences*. *Biological Psychiatry*, 82(7), 462–471. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2017.02.1096>
- National Scientific Council on the Developing Child (2005/2014). *Excessive Stress Disrupts the Architecture of the Developing Brain: Working Paper No. 3*. Updated Edition. Retrieved from www.developingchild.harvard.edu.
- Nelson, C. A., & Gabard-Durnam, L. J. (2020). Early Adversity and Critical Periods: Neurodevelopmental Consequences of Violating the Expectable Environment. *Trends in Neurosciences*, 43(3), 133–143. <https://doi.org/10.1016/j.tins.2020.01.002>
- Preslerová, P. (2021) Co je rodinná terapie a rodinné poradenství. *Šance dětem*. Retrieved October 12, 2021, from <https://sancedetem.cz/co-je-rodinna-terapie-rodinne-poradenstvi>.
- Prochaska, J. O., & Norcross, J. C. (2013). *Systems of psychotherapy: A transtheoretical analysis* (8th ed.). Cengage Learning.
- Rankin Williams, L., Degnan, K. A., Perez-Edgar, K. E., Henderson, H. A., Rubin, K. H., Pine, D. S., ... Fox, N. A. (2009). Impact of Behavioral Inhibition and Parenting Style on Internalizing and Externalizing Problems from Early Childhood through Adolescence. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 37(8), 1063–1075. <https://doi.org/10.1007/s10802-009-9331-3>
- Sheridan M. A., & McLaughlin K. A. (2014). Dimensions of early experience and neural development: deprivation and threat. *Trends in Cognitive Sciences*, 18(11), 580–585. <https://doi.org/10.1016/j.tics.2014.09.001>
- Steinberg, L., Lamborn, S. D., Darling, N., Mounts, N. S., & Dornbusch, S. M. (1994). Over-Time Changes in Adjustment and Competence among Adolescents from Authoritative, Authoritarian, Indulgent, and Neglectful Families. *Child Development*, 65(3), 754. <https://doi.org/10.2307/1131416>
- Tan Susan, M. K., Kamal Nor, N., Loh, S. F., Wahab, S., Marimuthu, S., & Chan, L. F. (2012). Early maltreatment and exposure to violence. In J. M. Rey (Ed.), *IACAPAP e-Textbook of Child and Adolescent Mental Health*. Geneva: International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions. <https://iacapap.org>
- Thimm, J. C. (2010). Personality and early maladaptive schemas: A five-factor model perspective. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 41(4), 373–380. <https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2010.03.009>
- Tottenham, N. (2020). Neural meaning making, prediction, and prefrontal–subcortical development following early adverse caregiving. *Development and Psychopathology*, 32(5), 1563–1578. <https://doi.org/10.1017/S0954579420001169>
- Verhage, M. L., Schuengel, C., Madigan, S., Fearon, R. M. P., Oosterman, M., Cassibba, R., ... van IJzendoorn, M. H. (2016). Narrowing the transmission gap: A synthesis of three decades of research on intergenerational transmission of attachment. *Psychological Bulletin*, 142(4), 337–366. <https://doi.org/10.1037/bul0000038>

Winnette, P. (2019). *Co to je ACE?* Praha: Natama Publishing.

Winnette, P. (2020). *Attachment, poruchy attachmentu, diagnostika a terapie s otázkami* (PDF). Praha: Natama. www.natama.cz

Winnette, P., & Baylin, J. (2016). *Working with Traumatic Memories to Heal Adults with Unresolved Childhood Trauma*. London: Jessica Kingsley Publishers.

Woolgar, M. & Scott, S. (2014). The negative consequences of over-diagnosing attachment disorders in adopted children: the importance of comprehensive formulations. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 19(3), 355-66. <https://doi.org/10.1177/1359104513478545>

Zillberstein, K. (2014). Využití a omezení teorie attachmentu v psychoterapii dětí. *Psychoterapie*, 51(1), 93–103.

Obrázky:

Obrázek 1:

Rangizzz. (n.d.). *Child abuse concept. Portrait of a little boy hold by an aggressive adult*. Adobe Stock. <https://stock.adobe.com>

Obrázek 3:

Halberstadt, M. (cca. 1921). *Sigmund Freud, doctor and founder of psychoanalysis*. Wikimedia Commons. https://commons.wikimedia.org/wiki/File:Sigmund_Freud_LIFE.jpg

Obrázek 4:

Yalom, V. (2011). *Santa*. Převzato a upraveno z <https://www.psychotherapy.net/humor/32>

Obrázek 5:

Photographee.eu. (n.d.). *Emotion emoticons used by a psychologist during a therapy session with a child with an autism spectrum disorder*. Adobe Stock. <https://stock.adobe.com>

Obrázek 6:

Photographee.eu. (n.d.). *Caring parents and misbehaving boy during therapy session with counselor*. Adobe Stock. <https://stock.adobe.com>

Obrázek 7:

Převzato z <https://oeith.co.uk/tag/john-bowlby>

Obrázek 8:

Převzato z <https://www.4to40.com/biographies-for-kids/diana-baumrind>

Obrázek 9:

Převzato a upraveno z <https://www.positive-parenting-ally.com/3-parenting-styles.html>

Obrázek 10:

Adaptováno z originálu. <https://www.positive-parenting-ally.com/four-basic-parenting-styles.html>

Obrázek 11:

a – Wright, E. (n.d.). Převzato z <https://wnorton.com/author/HUGHESDANIEL>

b – Převzato z <https://www.center4familydevelop.com>

Obrázek 12:

Převzato z <https://www.natama.cz/cs/budovani-citoveho-pouta>

Obrázek 14:

Antonioguilllem. (n.d.). *Tired desperate parents and baby crying*. Adobe Stock. <https://stock.adobe.com>

Obrázek 15:

Prostock-studio. (n.d.). *Concerned Little Girl Sitting Alone At Therapy Session With Children Psychologist*. Adobe Stock. <https://stock.adobe.com>

Obrázek 16:

StefanieBaum. (n.d.). *Newborn Familien mit Baby*. Adobe Stock. <https://stock.adobe.com>

PhDr. Petra Winnette, Ph.D.

(Institut Natama, 1. lékařská fakulta UK)

Petra Winnette získala doktorát v oboru srovnávací vědy (komparatistiky) na Filozofické fakultě Univerzity Karlovy. Fulbrightovo stipendium v roce 2017–18 jí umožnilo vědecko-studijní pobyt na prestižní Columbijské univerzitě v New Yorku na katedře psychologie a v laboratoři vývojové afektivní neurovědy. Byla členem vědecké komise mezinárodního kongresu dětské a adolescentní psychiatrie IACAPAP 2018. Jejím hlavním odborným zájmem je sociální vývojová neurověda, raný vývoj a teorie attachmentu.

Petra Winnette je certifikovaným psychoterapeutem v metodě Pesso Boyden System Psychomotor (USA) a v metodě Dyadické vývojové psychoterapie (USA). Je také certifikovaným terapeutem, supervizorem a lektorem v Terapii zaměřené na attachment (USA). Přednáší a publikuje v Česku i v zahraničí.

Natama – Institut rodinné péče

Pod Kotlaskou 9/555, Praha 8, 180 00

Institut rodinné péče Natama je od roku 2003 uznávaným odborným nestátním pracovištěm zaměřeným na kvalitní péči o děti a rodiče. Zejména se jedná o děti, které mají adverzní rané zkušenosti (Adverse Childhood Experiences). To znamená, že na začátku života zažily opuštění, ztrátu, ústavní péči a nestabilní nebo traumatizující péči svých rodičů nebo pečovatелů. Tyto děti často, ale ne vždy, vyrůstají v osvojení nebo v pěstounských rodinách, v příbuzenské péči. Zároveň používáme teorii attachmentu a metody práce, které z ní vycházejí, při pomoci biologickým rodinám, mladým lidem i dospělým.

Záleží nám na vědeckém přístupu, vycházíme z neurovědeckých poznatků o vývoji mozku a chování, zejména z vývojové sociální a afektivní neurovědy.

Natama dlouhodobě vzdělává psychology, poradce a terapeuty a další odborné pracovníky v rámci workshopů, konferencí a výcviků.

V nakladatelství Natama Publishing vyšla řada zajímavých odborných knih v oboru vývojové psychologie a aplikované teorie attachmentu.

Více najdete na: www.natama.cz