

Ivana LIŠTIAKOVÁ (Ed.)

**KIDS STRENGTHS - DETI V KONTEXTE  
DUŠEVNÝCH OCHORENÍ RODIČOV**

Zborník príspevkov z medzinárodnej vedeckej konferencie konanej  
2. septembra 2011 v Bratislave

Bratislava  
2011



Tento projekt bol financovaný s podporou Európskej komisie. Táto publikácia reprezentuje výlučne názor autora. Komisia nezodpovedá za akékoľvek použitie informácií obsiahnutých v tejto publikácii.

Lištiaková, I. (Ed.). *Kids Strengths – Deti v kontexte duševných ochorení rodičov*. Zborník z medzinárodnej vedeckej konferencie konanej 2. 9.2011 v Bratislave.

Bratislava: Univerzita Komenského v Bratislave  
2011, 104 s.

### Organizátori

- S.I.N.N. Sozial Innovatives Netz, Rakúsko,
- Pedagogická fakulta Univerzity Komenského v Bratislave, Ústav sociálnych štúdií a liečebnej pedagogiky, Katedra liečebnej pedagogiky
- OZ ProLP – Asociácia liečebných pedagógov

**Editor** Mgr. Ivana LIŠTIAKOVÁ

**Recenzenti:** doc. PhDr. Stanislav BENČIČ, PhD.  
PaedDr. Barbora KOVÁČOVÁ, PhD.

**Vydavateľ:** Univerzita Komenského v Bratislave

**Grafická úprava:** Mgr. Ivana LIŠTIAKOVÁ

*Texty v zborníku neprešli jazykovou korektúrou.*

**ISBN** 978-80-223-3042-8

**EAN** 9788022330428

## ÚVODNÉ SLOVO

Problematika detí, ktoré majú rodičov s duševnými ochoreniami nie je zatiaľ systematicky rozpracovaná. V praxi sa s týmito deťmi odborníci v pomáhajúcich profesiách stretávajú, keď sa u dieťaťa objavia nejaké problémy, napr.: zlyhávanie v škole, konflikty s rovesníkmi alebo s autoritami, nápadné neobvyklé správanie, a pod. Psychiatri sa im venujú v prípade, že sa u detí tiež prejavia psychické poruchy. Deti, ktoré na seba neupozornia výchovnými problémami, ostávajú bez zvláštnej pozornosti dospelých. Preto sa nazývajú aj „zabudnuté deti“ (Pretis, Dimova, 2010). Nápmocnou osobou môže byť sused, učiteľ, vychovávateľ, rodinný príslušník, čiže človek, ktorý poskytne dieťaťu istotu zdravého vzťahu bez narušenia lojality voči rodičovi.

Našou snahou je osloviť prostredníctvom projektu **Kids Strengths – Deti v kontexte duševných porúch** odborníkov pracujúcich s deťmi a rodinami. Zborník je výstupom z medzinárodnej vedeckej konferencie na tému duševných ochorení v rodine, ktorá sa uskutočnila 2. septembra v Bratislave. Zároveň je **jedným z parciálnych výstupov projektu**. Obsahuje príspevky zahraničných i domácih autorov, ktoré odzneli na konferencii, ako aj príspevky, ktoré pre krátkosť času neboli do programu zaradené.

Texty je možné využiť na postgraduálne vzdelávanie liečebných pedagógov a taktiež ako doplnkový materiál k študijným kurzom zaobrajúcim sa **psychickým ochorením v rodine** (napr. Rodinný systém a výchova, Sociálna patológia, Psychosociálna rehabilitácia, Krízová intervencia, a ďalšie), ako aj **systémovým prístupom k dieťaťu s ťažkoťami v škole** (napr.: Poruchy učenia, Poruchy správania). Príspevky v anglickom jazyku je možné využiť v kurzoch odborného cudzieho jazyka (napr.: Odborný cudzí jazyk, Cudzojazyčné texty).

V Bratislave 20. septembra 2011

editorka



## OBSAH

### 1 ÚVAHY A TEORETICKÉ PRÍSPEVKY

<b>SUPPORT FOR CHILDREN OF MENTALLY ILL PARENTS</b>	
Katja BEECK .....	7

<b>POSILŇOVANIE DETÍ, PODPORA REZILIENCIE</b>	
Marta HORŇÁKOVÁ .....	14

<b>DOPAD PSYCHICKÉHO OCHORENIA JEDNÉHO Z RODIČOV NA RODINU A JEJ ČLENOV</b>	
Pavol JANOŠKO .....	20

<b>RODINA A POSTIHNUTÉ DIEŤA</b>	
Slavomír KRUPA .....	23

<b>VPLYV ŤAŽKOSTÍ V OBLASTI DUŠEVNÉHO ZDRAVIA NA DETÍ CEZ VZŤAHY V RODINE</b>	
Ivana LIŠTIAKOVÁ .....	25

<b>KONTEXTY RODINNÝCH A TERAPEUTICKÝCH SYSTÉMOV</b>	
Hroznata ŽIVNÝ .....	30

### 2 VÝSKUMNÉ SPRÁVY Z PROJEKTOV

<b>NEW TARGET GROUPS IN ECI: CHILDREN OF MENTALLY VULNERABLE PARENTS</b>	
Aleksandra DIMOVA - Manfred PRETIS .....	38

<b>SOM V POHODE. A AK NIE...? ALEBO SO STREDOŠKOLÁKMI O DUŠEVNOM ZDRAVÍ, PSYCHOLÓGII A PSYCHIATRII</b>	
Anton HERETIK, ml. - Dušan ALAKŠA - Lenka PRÁZNOVSKÁ .....	47

<b>PORUCHY PRÍJMU POTRAVY NA STREDNÝCH ŠKOLÁCH</b>	
Viera JAMRIŠKOVÁ - Anton HERETIK, ml.	51
<b>KIDS STRENGTHS - A TRANSFER OF INNOVATION PROJECT RELATED TO “FORGOTTEN CHILDREN”</b>	
Manfred PRETIS.....	54
<b>COOPERATION WITH PARENTS WITH MENTAL HEALTH PROBLEMS: THE EFFECTIVE FAMILY &amp; CHILD PROGRAMME</b>	
Tytti SOLANTAUS .....	59

### **3 SKÚSENOSTI Z PRAXE NA SLOVENSKU**

<b>PROCES VYROVNÁVANIA SA S DUŠEVNÝM OCHORENÍM V RODINE - SKÚSENOSTI S PODPORNÝMI A PSYCHO- EDUKAČNÝMI STRETNUTIAMÍ PRÍBUZNÝCH</b>	
Anna KOČIBALOVÁ .....	88
<b>PRIRODZENÁ VOLNÁ HRA PRI PODPORE PSYCHICKEJ ODOLNOSTI DIEŤAŤA</b>	
Petra MITAŠÍKOVÁ .....	96

# 1 ÚVAHY A TEORETICKÉ PRÍSPEVKY

## SUPPORT FOR CHILDREN OF MENTALLY ILL PARENTS

*Katja BEECK*

Netz und Boden, Germany

**Abstract:** The situation of every child with a mentally vulnerable parent is different. The paper describes factors that influence the coping process such as resilience or availability of help. The author gives examples of ways of supporting these children, helpful strategies and also necessary skills of the supportive persons. The Mentoring Programme that is used in Germany for long-term accompanying of lonely single parent families with mentally ill parent with dependent children is described. Also the usage of emergency documents is introduced.

**Key words:** mentally ill parent, needs of children, supportive person, mentoring programme, emergency documents



Without net and ground

Katja Beeck 2000

„I grew up with a single mother who suffers till today from a bipolar disorder – over fifteen times she has suffered from depressions and psychosis. Besides that she has abused alcohol. A clinical treatment was very often necessary. In the psychoses, of course, her compliance was very low so I was the one who took care of myself and of her. I felt like an alien and so alone. In her psychosis I felt like falling in a hole „without net and ground.“ That is my motivation to improve the situation of those children because later on I realized that so many children in Germany had a very similar destiny as I had.“

### My experiences with the subject

1. **Self help groups** for adult children of mentally ill parents (2001-2004).
2. „**Netz und Boden**“ - Initiative For Children Of Mentally Ill Parents (started 1999), which has the following strong points:
  - further training courses for professionals of different fields,

- counselling for professionals, relatives of children, children (also the adult ones) and other supportive persons,
  - initiation and conception of offers for support for the children and their mentally ill parents,
  - publishing brochures,
  - networking.
3. **Mentoring programme** for children of mentally ill parents, by the youth aid charity AMSOC (started 2005).

### **What should be still mentioned**

- In specialist publications you often find the general term „THE children of mentally ill parents“ – but THE children do not exist – the situations of the children and their concrete burdens are individual.
- Those children were the „forgotten“ children in Germany till 1995.
- Factors that influence the concrete burden of a child are
  1. the mentally ill parent,
  2. the social environment, and
  3. the child:
- concrete symptoms, their strengths and the course of illness
- the parents' insight into the illness and willingness to make precautionary provisions for oneself and the child
- continual availability of an emotionally stable supportive person for the child
- size of the family and who lives close
- amount of time the child spent with acutely ill parent
- If the stress level for a specific child is high and the resilience factors are low the child always needs support.
- Generally support comes too late, particularly when children display social behaviour problems or they are already ill, or the family situation has completely escalated.
- Please do not wait till it is too late and the child already has own symptoms. That makes no sense and costs more money than if the support comes in time.

### **Common complications in support of children**

**Based on the mentally ill parent**

- Support usually depends on the compliance of the (mentally ill) parent who often denies it because of their changed thinking: to make use of support = a weakness
- Fear to lose the children
- Inability (due to their illness) to see the needs of the child or to reflect their own behaviour/problems

### **Based on professionals / support system in Germany**

- Professionals often lack a systematic view. They only treat the adult person and not the whole family system which is often sick due to the mental illness. If they don't have a closer look at the children's needs and the need of the family the children are at a high risk to become the next generation of mentally ill parents. By the way, some professionals already realized that. The former children of their patients are now their current patients. But often the personnel in the psychiatric clinics change very rapidly so they have no possibility to see the result of a one-sided treatment.
- Generally there is no support for children who behave socially conformable (e.g. parentified children).
- The professionals for mentally ill adults only focus the parent's needs.
- Support for the children or the whole family is usually only available for a limited period of time.
- Need- and solution-orientated ideas e.g. our mentoring programme have no (permanent) financing.

### **Some important possibilities to support these children**

- **Talk** with the children. It should include **listening** to them and **asking** them about their feelings.
- Unfortunately to talk with the children often includes only informing them about the mental illness.
- In the first specialist books in Germany on this topic you can often read: „The most important thing for children with mentally ill parents is the information about the mental illness.” But that is not true, or in different words it is not enough.
- Make sure that each child has at minimum **one supportive adult person constantly** at their side who particularly (makes it possible for the child to develop healthy bonds and acts as a suitable role model and gives orientation).

- Settle **groups** especially for children with mentally ill parents. Support their communication and integration with children in similar situations (Create **emergency documents** separately for the mentally ill parent and separately for the child).

## **Helpful behaviour and skills from supportive persons**

### **Self-reflection**

- What behaviour/actions and skills of your supportive persons in your own childhood and youth did you find helpful?

### **Some answers of children's mentors**

- a good listener, shows interest for my viewpoints and interests
- was able to forgive my mistakes and to apologise when they made mistakes
- patient, reliable and empathetic
- common pastimes or things you can enjoy doing together and ability to laugh together
- able to comfort me and has a fundamentally positive attitude like "Life goes on" and give me confidence

In Germany the family size is decreasing and furthermore the relatives also don't live close to each other. That's why there exist more and more single parents, especially single mothers and the need for mentoring programmes is increasing. (And I guess this development will be similar in your country, too.).

### **Further requirements for mentors (volunteers) for these children**

- time and ability to take care of minimum one child; willingness to deal with the mentally ill parent and to respect them in their parental role; be able and willing to establish reliable relationships; very good communication skills, empathy and ability to reflect (among other things with regard to own experiences, past and present); mentally resilient.

### **The basic concept of our mentoring programme**

- continuous availability of an emotionally stable attachment figure = the highest resilient factor for child's healthy emotional development
- planned up to 18<sup>th</sup> birthday of the child and longer
- in times when the mentally ill parent is generally able to care for their child (establishment of the mentoring programme; mentee and mentor meet regularly)

- in times of crisis of the mentally ill parents: taking in and taking care of the child at mentor's home.

### **The youth aid organisation tasks in the mentoring programme**

- recruitment of mentors (e.g. through advertising, poster campaigns)
- selection and training of mentors
- gathering information and selection of families of origin
- arranging mentorships
- accompanying mentorships (e.g. individual conversations/mediation, group supervision, further training events, meetings with other mentors, mentorship celebration)
- further development of the programme
- media and public relations / networking
- fundraising / maintenance of the programme

### **Talking to other children with similar experiences**

- Recommendation: to offer special groups for children with mentally ill parents
- Setting: min. 4 and max. 8 children in a similar mental age, meeting once a week, binding appearance, clear structures
- Typical reservations of children of such groups: a) Everything is about my parent's illness and this illness already takes up too much of my own life. b) My burden is increasing, when I hear the problems of the others.
- Recommendation: to respond to these reservations
- Content: a) Focus must be on the child! b) Create rules for the group all together. c) Creative methods to strengthen self-confidence - in general, but also in view of dealing with the mentally ill parent.

### **Emergency documents for the mentally ill parent**

- the mentally ill person should draft an emergency document for him/herself
- in Germany these documents are legally binding, they are so-called „health care proxy,“ „durable power of attorney“ and „patient's living will“ and they are becoming more popular
- important aims of such a document: a) guaranteed that in case of an emergency (e.g. disorientation due to an accident, age, mental illness) the will of a person is taken into account – for themselves but also in respect to the child; b) support the loved ones to have more certainty

- suggestion for the content (examples): a) In which hospital and how long would I like to be treated? b) Which things should someone bring to the hospital? c) Should my child visit me or not? Who takes care of the child in the case of an emergency? What is important for the child?

### **Suggestions for the content of emergency letters for children**

In my opinion one of the biggest gifts from a mentally ill person is a special letter for a loved one – of course, especially for a child. Maybe you can motivate a mental ill parent to write such a letter. But what should be written in such a letter? Everything what a parent would like to say to their children in case of an emergency.

First: a) express your regret that your child needs the letter, b) describe the typical symptoms of your illness which your child has probably noticed by now, c) directly encourage your child to trust their perception/instincts (especially when the parent's illness is psychosis), d) empathise with your child, e) describe the possible effect of your changed behaviour.

To the handling with your symptoms: What could/should your child do or not do? What could be helpful?

- Allow your child to inform your helpers and to ask for help for him/herself.
- Give them explicit „permission to talk“ at least to special persons.
- Request that your child takes care of him/herself. Make concrete suggestions.
- Hint to a list of suggested people whom your child can turn to with their thoughts and worries. Say who is taking care for your child now.
- Give your child encouragement and hope for improvement in your health and show understanding for the straining situation.
- Remind your child of the good times spent together and specific shared experiences.
- Remind your child that the last time you were ill you managed to get well again.
- Increase your child's self esteem: What do you like best about your child?

What do they do particularly well?

- Express your affection for your child and also your regret that you are ill at the moment and therefore you are unable to tell them all this in person.

Drafting emergency letters for the child (and others)

- Should always be adapted to the individual family situation
- The presented guidelines for the content are only suggestions
- Should be worded according to the child's age
- Alternative for younger children: audio recording or writing a letter in such way that another person can read it aloud to them
- The parents should use their own typical words

Benefits for parents:

- Imagine a time of psychological crisis: What would you really like to say to your children?
- Taking a step back from parents' own situation: What would you say to a child's classmate?

### **Advantages of emergency letters for children**

- can support the child (and also other loved ones)
- strengthens them
- they do not feel so alone – can reduce their insecurity and confusion a little bit

### **Advantages for mentally ill parent**

- can support the mentally ill parent – they do not feel completely helpless
  - with such a letter the parents can assist their children even if they are unable to do so due to their illness
  - can improve the empathy of the mentally ill person towards the child
- Erich Kästner: „Nothing good exists, unless you do something.”

### **KONTAKT**

Katja BEECK

Netz und Boden – Initiative for children of mentally ill parents

Akazienallee 3a, 14050 Berlin, Germany      E-mail: [beeck@netz-und-boden.de](mailto:beeck@netz-und-boden.de)

# POSILŇOVANIE DETÍ, PODPORA REZILIENCIE

*Marta HORŇÁKOVÁ*

Katedra liečebnej pedagogiky, Pedagogická fakulta UK v Bratislave

**Abstract:** The paper explains the term resilience, the process of its emergence and factors which support or threaten it. It identifies the resources of coping in families and wider social network of the child. It talks about therapeutic-educational opportunities of supporting resilience of children and families. It deals with prevention and support of protective factors in natural environment and in cooperation with professionals.

**Key words:** resilience, supporting resilience, protective factors, risk factors, supportive strategies, prevention

## **Možnosti podpory reziliencie detí ohrozených zvýšenou vulnerabilitou rodičov**

- posilniť deti - podporiť ich odolnosť, zdravie, oslabiť dopad defor-mujúcich výchovy a traumatizujúcich zážitkov, posilniť vonkajšie zdroje zvládania,
- ako nastaviť ponuky odbornej pomoci?

**Pojem reziliencia (angl. resilience)** vyjadruje odolnosť, nezlomnosť v záťažových okolnostiach, schopnosť dospieť, vyzriť a zvyšovať schopnosti a zručnosti napriek nepriaznivým okolnostiam. Chápe sa ako:

- a) **danosť** - individuálne dispozície človeka pre udržanie zdravia a tiež vonkajšie okolnosti žitia (jednotlivca, skupín);
- b) **dynamický proces** úspešnej adaptácie v nepriaznivých okolnostiach (Lutharová, 2000, podľa I. Šolcová, 2009, s. 13).

**Rizikové faktory pre rezilienciu** - situácie, krízy spojené s bezmocnosťou (strata sebakontroly, narušenie psychickej rovnováhy), s distresom, s „daily hassles“ - každodenné neprijemnosti, urážky, konflikty, sklamania, s negatívnymi emóciami (ako je úzkosť, hnev, trápenie,) so zlyhaním systémov, ktoré umožňovali primerané uspokojovanie základných potrieb a sebauplatnenie.

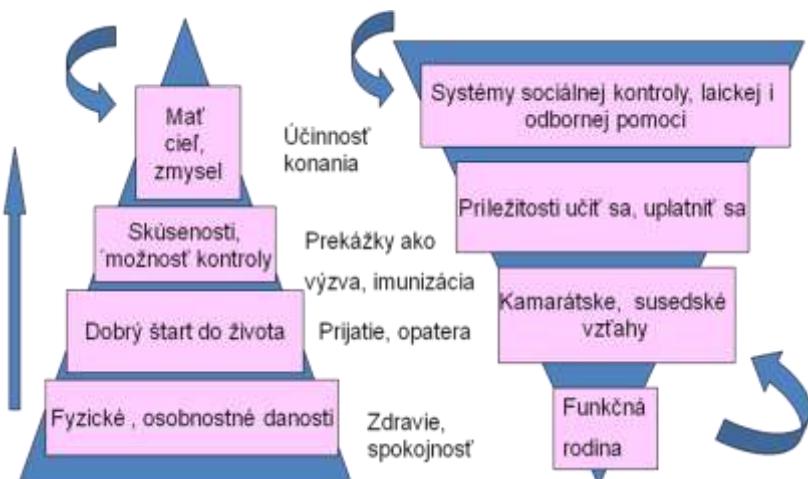
**Protektívne faktory pre hardness** vztahová väzba, vnímaná prítomnosť dospelých, dispozícia jednotlivca prijímať každodenné požiadavky ako výzvu a príležitosť (nie záťaž a stres), schopnosť „byť oddaný svojej veci - angažovať sa, a možnosť kontrolovať, ovplyvniť vývin udalostí aj vtedy, ak sa nevyvíjajú priaznivo.

**Rizikové okolnosti** - zlé zaobchádzanie s deťmi - (neprijatie dieťaťa, ambivalencia, nízke kompetencie vychovávať, nedôslednosť, neistota, nezrelosť, slabá empatia, nezodpovednosť, nadmerné požiadavky, nedostatok času a pozornosti), konflikty medzi rodičmi - (najčastejšie sa týkajú výchovy, ale môže ísť aj o ich vzťahy, kultúrne rozdiely, finančné problémy, rozdielne záujmy a životné štýly), rodičovská psychopatológia, kruté rodičovstvo, nekonzistentné vedenie detí, chýbajúca disciplína, tvrdé a nepredvídateľné riadenie rodiny (E. Komárik, 2009, s.7).

### Reziliencia sa utvára v závislosti od charakteristik

jednotlivca

sociálneho prostredia



## Reziliencia ako proces



### Možnosti

- Prevencia zlyhania primárnej väzby rodinnej výchovy, podpora zdravia
- Včasná intervencia v prípade ohrozenia
- Sprevádzanie rizikovej rodiny a diet'a
- Kvalitná škola - inkluzia / vytváranie príležitostí pre každého
- Podporná, terapeutická intervencia

### Prevencia

- **Primária:** príprava na zodpovedné rodičovstvo, zdravý životný štýl, vytvorenie podmienok (práca, bývanie, participácia);
- **Selektívna:** prenatálne poradenstvo pri riziku, včasná starostlivosť pri ohrození;
- **Indikovaná:** pre vulnerablejších rodičov (s ochorením, závislosťou...), liečba, sprevádzanie, škola rodičovstva.

### Podpora reziliencie u diet'a

- Poskytnutie podmienok pre zdravú vzťahovú väzbu a sociálne učenie (úcta, vnímaná prítomnosť, interakcia);

- Predchádzanie špecifickému poškodeniu mozgu stresovými hormónmi;
- Primeraná opatera (dojčenie, spánkový režim, čas na hru a iné aktivity, pobyt v prírode, ochrana zdravia...);
- Bezpečný priestor pre život, učenie a sebauplatnenie.

### **Podpora celej rodiny**

- Ak je chorý rodič, potrebuje liečbu a jeho partner a deti odborné poradenstvo a podporu (zmiernenie negatívnych následkov).
- Mobilizácia zdrojov zvládania v životnom prostredí rodiny (hovorenie o probléme, kompenzácia deficitov).
- Rozpoznanie potreby individuálnej pomoci a pomoci v prípade nediagnostikovaného ochorenia rodiča.

**Zdroje zvládania v rodine** - modely interakcie - komunikácia, vnímanie prítomnosti, rešpekt, riešenie konfliktov, rituály, rešpektovanie biorytmov jednotlivcov, dobrá starostlivosť, primeraná aktivita jej členov, spoločná aktivita, byť príkladom - tréning pre zvládanie prekážok, predvídateľnosť, konzistentné vedenie, súdržnosť, flexibilita rolí, výchova k hodnotám (spolupatričnosť, ciele, samostatnosť, pracovitosť, veľkorysosť, viera).

**Podpora a zdroje prostredia** - sociálna pomoc, záujem a ochota byť k dispozícii, inkluzívne prostredie školy – prijímajúce, podporné, ktoré dáva šancu pre každého, priateľské rovesnícke vzťahy, možnosť viesť „normálny“ spôsob života, stretávať sa, mať svoje radosti, možnosť a hovoriť o svojom probléme - komunitný spôsob života - možnosti lokálnych zdrojov (rovesnícke skupiny, nízkoprahové kluby, záujmové organizácie, cirkev, atď.).

**Odborná pomoc** - poznáť zdroje pomoci (ich dostupnosť v potrebnej intenzite a dĺžke trvania podľa potreby), zvyšovanie citlivosti na problém detí spojený s vysokou vulnerabilitou rodiča (vzdelávanie, tréning) u odborníkov, zameranie sa na silné stránky dieťaťa, vytvorenie možností, pozitívne očakávania.

**Ďalšie možnosti - Škola reziliencie** (hapiness classes - GB) zameraná na prepracovanie kognitívneho hodnotenia stresových situácií na základe úspešného prekonávania prekážok a stresu; **Učenie životným zručnostiam** - starostlivosť o seba, emocionálny rozvoj, budovanie vzťahov, získanie kompetencií konáť (výborne zvládať), niekam patríť.

**Reziliencia ako šanca:** reziliencia sa v priebehu života vyvíja, nie je rysom osobnosti, ale naučenou formou správania, z negatívnej skúsenosti sa možno

zotaviť a dokonca profitovať (posttraumatický rast), vzťah medzi negatívnym detstvom a kvalitou života v dospelosti nie je deterministický.  
*Nikdy sa netreba vzdávať!*

## POUŽITÁ LITERATÚRA

- ALBRECHT-BÖHNKE, M. & WUNSCH, H. & PETERS, M. (2011). *Kids &Co. Hilfe für Kinder, Jugendliche und Elternhaus suchtblasteten Familien.* Nepublikovaný text prednášky na odbornom seminári KLP, PdF UK v Bratislave: Deti v ohrození.
- BRENDRO, L. K. & BROKENLEG, M. & VAN BOCKERN S. (2002). *Reclaiming Youth at Risk (revised edition).* National Educational Service, Bloomington.
- DOUBRAVOVÁ, S. (2009). *Nevěřte depresi.* Brno : Doplněk. 110 s.
- ELDREDGE, J. & S. (2006). *Úchvatná.* Praha : Návrat domů. 173 s.
- ESSAU, A.C. (2002). *Depression bei Kindern und Jugendlichen.* München : Ernst Reinhardt, GmbH & Co KG. 220 s.
- FREUD, A. (2006). *Já a obranné mechanismy.* Praha : Portál. 119 s.
- GRÜN, A. (2007). *Hľadanie vnútornej rovnováhy.* Bratislava : DB.
- GRÜN, A. (2007). *Liečebná pedagogika pre pomáhajúce profesie.* Bratislava : OZ Sociálna práca.
- HAŠTO, J. (2005). *Vzťahová väzba. Ku koreňom lásky a úzkosti.* Trenčín: Vydavateľstvo F. 300 s.
- HOSKOVCOVÁ, S. (2006). *Psychická odolnosť predškolního dítěte.* Praha : Grada. 160 s.
- KEBZA, V. (2005). *Psychosociální determinanty zdraví.* Praha : Academia. 263 s.
- KOMÁRIK, E. (2009). *Reziliencia a nové prístupy k výchove a vzdelávaniu.* Bratislava: Univerzita Komenského v Bratislave. 153 s.
- LORENZ, R., F. (2004). *Salutogenese. Grundwissen für Psychologen, Mediziner, Gesundheits- und Pflegewissenschaftler.* München Basel: Ernst Reinhardt Verlag. 2004. 208 s.
- MALL, W. (2005). Sensomotorische Lebensweisen - ein Verständniskonzept für Menschen mit geistiger Behinderung. *Heilpädagogik.de*, 3. pp. 15-20.
- MAREŠ, J. (2008). *Kvalita života u dětí a dospívajících.* Brno: SMD. 235 s.
- MASLOW, A.H. (2000). *Ku psychológii bytia.* Modra: Persona. 223 s.
- ONDREJKOVIČ, P. (2001). *Sociálna patológia.* Bratislava : VEDA. 310 s.
- OSTATNÍKOVÁ, D. (2010). Neurobiologická východiska inkluzívnej pedagogiky. In Lechta, V. (ed.). 2010. *Základy inkluzívnej pedagogiky.* Praha: Portál. s. 93-107.
- PELZER, D. (2007). *Dítě zvané „To“.* Praha : Columbus. 108 s.
- PÖTHE, P. (2008). *Emoční poruchy v děství a dospívání.* Psychoanalytický přístup. Praha: Grada.
- PRAŠKO, J. & PRAŠKOVÁ, H. (1996). *Proti stresu krok za krokem.* Praha: Grada.

- PREKOPOVÁ, J. (2009). *Pevné objetí. Cesta k vnitřní svobodě*. Praha: Portál.
- PRETIS, M. (2009). *Pestovanie reziliencie detí rodičov s ťažkostami v oblasti duševného zdravia*. Dostupné na: [www.strong-kids.eu](http://www.strong-kids.eu).
- SPECK, O. (2008). *Hirnforschung und Erziehung. Eine pädagogische Auseinandersetzung mit neurobiologischen Erkenntnissen*. München Basel: Ernst Reinhardt Verl. 196 s.
- ŠOLCOVÁ, I. & KEBZA., V. (1998). Psychoneuroimunologie a zvládaní stresu. Čs. *psychologie*. Vol. 42, pp. 32-41.
- UNGAR, M. (2006). *Strengths-based counseling with a risk youth*. Thousand Oaks, CA. CorvinPress. Sage Publikations. 129 s.
- UNGAR, M. (2008). Resilience across cultures. *British Journal of Social Work*. Vol. 38, No. 2.
- UTZ, H. E. (2006). Zur Aktualität der Neurowissenschaften: Zwischen Machbarkeitsglauben, gediegener Aufklärung und der Fundierung bewährter heilpädagogischer Prinzipien. Heilpädagogik.de, No. 3., pp. 3 - 9; No. 4, pp. 3 - 11.
- WALSER, CH. (2010). Auswirkungen von chronischem Stress auf das Gehirn und Lernen. *Schweizerische Zeitschrift für Heilpädagogik*. Jg.16, 11-12/10, pp. 6-11

## KONTAKT

Prof. PhDr. Marta HORŇÁKOVÁ, PhD.

Pedagogická fakulta Univerzity Komenského v Bratislavе

Ústav sociálnych štúdií a liečebnej pedagogiky, Katedra liečebnej pedagogiky

Šoltésovej 4, 813 34 Bratislava

E-mail: [hornakova@fedu.uniba.sk](mailto:hornakova@fedu.uniba.sk)

# **DOPAD PSYCHICKÉHO OCHORENIA JEDNÉHO Z RODIČOV NA RODINU A JEJ ČLENOV**

*Pavol JANOŠKO*

Ústav sociálnych štúdií a liečebnej pedagogiky,  
Pedagogická fakulta Univerzity Komenského v Bratislave

**Abstract:** The paper deals with the specifics of the situation in family, where one of the parents has a mental illness. This causes a crisis in the family, disruption of its basic functions and consequent instability in relationships. Individual family members try to cope with the situation but the assistance of experts is necessary. Serious impact can be prevented by providing effective therapy and counseling. Currently, the effective and high quality family support in these situations has still a lot of significant gaps.

**Key words:** mental illness, internal impact, intervention

## **Rodinné zázemie - miesto podpory a dôvery**

- Rodina ako priestor pre vyjadrovanie pocitov, očakávaní a túžob (Satirová, 2006). Bezpečie, dôvera a otvorenosť v rodine sú bazálnymi predpokladmi udržiavania pevných vzťahov a posilňovania vnútornnej integrity členov rodiny.
- Funkcie rodiny (emocionálna, ekonomická, výchovná, socializačná) v kontexte optimálneho vývinu detí a rodiny ako celku (Špániková, 2010).
- Väzby medzi členmi rodiny: primárny, sekundárny a partnerský bonding (Bowlby, 2010).

## **Psychické ochorenie rodiča - dopad na rodinu**

Psychické ochorenie jedného z rodičov významne mení charakter aktuálneho prežívania všetkých členov rodiny. Môžeme hovoriť o rôznej intenzite dopadu v rovinách emócií - percepcií - postojov - potrieb - túžob.

## **Charakter a znaky depresie**

Depresia ako výsledok chybného manažovania skúseností jedinca (Banmen, 2009). Je všadeprítomným vzorcom depresívneho poznania a správania, prejavujúcim sa v rôznych súvislostiach. Možno hovoriť o kvalitatívnom charaktere depresie.

## **Znaky depresie**

- ťažkosti uskutočňovať veci; absencia radosti zo života; negatívne myslenie; únava, nedostatok energie; vystrašenosť ; pohltenosť samým sebou; neschopnosť vidieť alternatívy, obavy; skľúčenosť, ponurost,

pochmúrnost'; nekomunikatívnosť; stiahnutosť; nespavosť alebo zvýšená spavosť; ľažkostí pri rozhodovaní (Banmen, 2009).

### **Pomocné stratégie u depresívneho rodiča**

Uvedené stratégie predstavujú dočasné alternatívy zvládania depresie.

Patria k nim nasledovné: a) viac oddychovej činnosti na úkor zamestnania, rodiny atď.; b) zvýšené požívanie alkoholu; c) skracovanie svojho pracovného času; d) častejšie požívanie obľúbeného jedla; e) požívanie liekov bez predpisu (Banmen, 2009).

### **Rodinná diagnóza**

- aktuálne ľažkosti : dopad situácie na primárny, sekundárny a partnerský bonding,
- roly a fungovanie rodičov: narušené predpoklady rodičovstva, oslabenie rodičovskej roly, presun kompetencií,
- rodinné vztahy: vplyv na rodinný „well-being“
- proces komunikácie: zásadné zmeny v komunikácii, narušená /absentujúca komunikácia, komunikačné inkongruentné stratégie
- riešenie konfliktov a problémov (Sobotková, 2001)

### **Štádia zvládania u rodinných príslušníkov (partnera/partnerky, detí)**

- zmätenosť, obviňovanie seba, postupná demoralizácia, hnev a popudlivosť, túžba uniknúť (Hautzinger, 2000).

**Ostatní členovia rodiny vnímajú rodiča s depresiou ako:** príliš kritického, vyhľadávajúceho chyby, nepredvídateľného, nedotklivého, so stratou záujmu, vzdialeného, toho, kto nahradil my za ja, popierajúceho atď. (Banmen, 2009).

### **Jednotlivé aspekty pomoci**

- farmakoterapia; vhodná indikácia psychoterapie/v súčasnosti vysoký predpoklad úspešnej liečby; práca s traumatizujúcim dopodom psychického ochorenia na ostatných členov rodiny (Hautzinger, 2000); interdisciplinárna spolupráca; rodinná terapia a poradenstvo (Sobotková, 2001); systémový prístup, jednotlivé úrovne poradenstva; podporné skupiny (Horňáková, 2010, Kopřiva, 2011); predchádzanie depresií, prevencia (Kühner, Weber, 2003).

## **Záver**

Negatívny dopad psychického ochorenia jedného z rodičov na rodinu možno zmierniť iba komplexnou intervenciou a podporou rodiny ako celku. Takýto prístup viedie k uzdraveniu rodinného systému a podpore (posilneniu) vnútorných zdrojov každého jej člena.

## **POUŽITÁ LITERATÚRA**

- BANMEN, J. (ed.). (2009). *Transformační systemická terapie*. Ostrava: IVS ČR. 335 s..
- BOWLBY, J. (2010). *Vazba*. Praha: Portál. 360 s.
- HAUTZINGER, M. (2000). *Depresia. Príznaky a pokroky v terapii*. Trenčín: Vydavateľstvo F. 86 s..
- HORŇÁKOVÁ, M. (ed.). (2007). *Liečebná pedagogika pre pomáhajúce profesie*. Bratislava: Občianske združenie, Sociálna práca. 175 s.
- KOPŘIVA, K. (2011). *Lidský vzťah ako součást profese*. Praha: Portál. 152 s.
- KÜHNER, C. & WEBER, J. (2003). *Predchádzanie depresiam*. Trenčín: Vydavateľstvo F. 204 s..
- SATIROVÁ, V. (2006). *Kniha o rodine*, vyd. 2. Praha: Práh.
- SOBOTKOVÁ, I. (2001). *Psychologie rodiny*. Praha: Portál. 176 s..
- ŠPÁNIKOVÁ, J. (2010). Rodina v procese zmien. In HORŇÁKOVÁ, M. (ed.) 2010. *Včasná intervencia orientovaná na rodinu*. Bratislava: Univerzita Komenského. 260 s..

## **KONTAKT**

Mgr. Pavol JANOŠKO, PhD.

Pedagogická fakulta Univerzity Komenského v Bratislave

Ústav sociálnych štúdií a liečebnej pedagogiky

Šoltésovej 4, 813 34 Bratislava

*E-mail:* janosko@fedu.uniba.sk

# **RODINA A POSTIHNUTÉ DIEŤA**

*Slavomír KRUPA*

Rada pre poradenstvo v sociálnej práci, Bratislava

**Abstract:** The presentation talks about changed conditions of communication in families in difficult life situations (e.g.: a child with asynchronous development). It describes the problems of parents to understand the needs of their children. It emphasizes the role of professionals in supporting communication in families and in fostering the skills of parents to communicate with children who do not express their needs in an expectable way.

**Key words:** communication, needs of children, expressing needs, parents' understanding

## **Rodina v roku 2010**

### **Rozvody:**

- 47% z celkovo uzavretých manželstiev
- príčiny rozvodov - narodenie dieťaťa s nerovnomerným vývinom?
- 53% rodín sa „zatial“ nerozviedlo - možno napriek narodeniu dieťaťa s nerovnomerným vývinom (?)

### **Z pohľadu komunikácie - Diet'a s nerovnomerným vývinom**

- Vysoké riziko zlyhania dieťaťa vo vzťahoch s rodičmi
- Ako by sa správalo, keby o riziku vedelo?
- Dieťa komunikuje svoje potreby a rodičia mu poskytujú spätnú väzbu
- Dieťa s nerovnomerným vývinom komunikuje svoje potreby neočakávaným spôsobom
- Iným spôsobom plače, spí, signalizuje hlad, potrebu blízkosti rodičov, sú iné
- Som nezvládnuteľný
- Nedá sa predvídať moje správanie
- Zaostalý
- Spomalený
- Niečo mi je. Mám diagnózu.
- Rodičia nie sú pripravení komunikovať s vlastným dieťaťom.

Namiesto:

Ako ho to máme naučiť? => Čo nám chce naše dieťa povedať...

Čo nášmu dieťaťu je? => Ako môžeme naplniť jeho potreby...

### **Z pohľadu komunikácie - rodičia**

- Zúfalo potrebujú porozumieť svojmu dieťaťu
- Kríza (nerozumejú vlastnému dieťaťu a nemajú pochopenia v prostredí, kde žijú)
- Keď rodičia porozumejú...dôvera, pripútanie

### **Zhrnutie z pohľadu komunikácie**

- Potrebujeme počúvať rodičov a učiť sa od nich, kedy dokážu a kedy nedokážu so svojim dieťaťom komunikovať, kedy si rozumejú a kedy sa nedokážu stretnúť
- Potrebujeme odborníkov, ktorí naučia rodičov porozumiť svojim deťom
- Potrebujeme odborníkov, ktorí dokážu pracovať s celým systémom vzťahov medzi dieťaťom, rodičmi a prostredím v ktorom žijú
- Potrebujeme viac prezentovať príklady dobrej praxe – rodičov, ktorí rozumejú svojim deťom
- Pre budúce generácie a ich pripravenosť na možnú krízu - integrácia a inkluzia

### **KONTAKT**

PhDr. Slavomír KRUPA, PhD.

Rada pre poradenstvo v sociálnej práci

Františkánska 2, 811 01 Bratislava

*E-mail: slavok@rpssp.sk*

# VPLYV ŤAŽKOSTÍ V OBLASTI DUŠEVNÉHO ZDRAVIA NA DETI CEZ VZŤAHY V RODINE

*Ivana LIŠTIAKOVÁ*

Pedagogická fakulta Univerzity Komenského v Bratislave

**Abstract:** The paper talks about adjustment of children in families where a parent has a mental disorder. It describes a Finnish research that analysed the impact of parental mental disorders on children through influenced relationships between parents and thus changed parenting. It shows the gender differences between adjustment of boys and girls and the specific patterns mental health problems trans-generational transfers.

**Key words:** adjustment of children, parental mental disorders, relationships of parents, parenting styles

## Zmenená situácia v rodine

- po prepuknutí duševnej poruchy sa mení prežívanie a správanie zasiahnutého človeka (ovplyvnené sú jeho emócie, reaguje iným spôsobom, môže konať neprimerane, neočakávane)
- tieto zmeny, ako aj nutnosť preberať väčšiu časť zodpovednosti za chod domácnosti sú stresujúcimi činiteľmi aj pre zdravého partnera
- partnerské vzťahy sú ohrozené, manželstvá sa často rozpadávajú
- jednotlivé typy symptómov duševných ochorení rodičov sú spojené s určitými interakciami v partnerských vzťahoch (napr.: nepriateľské vzťahy medzi partnermi – prejavovaná hostilita, ale aj subjektívne vnímaná hostilita hrajú rolu)
- tiež sú ovplyvnené vzorce rodičovskej výchovy, a to priamo kvôli ochoreniu alebo kvôli nefungujúcim vzťahom medzi partnermi (napr.: chýbajúca podpora partnera môže viesť k príliš trestajúcemu výchovnému štýlu matky, hostilita z partnerského vzťahu sa prenáša do vzťahu k deťom)
- duševné ochorenie rodiča môže teda na dieťa vplývať priamo (napr.: nepochopenie dieťaťa, nedostatok pozornosti venovanej dieťaťu), alebo prenesene cez zmenené vzťahy v rodine
- finske autorky Leinonen, Solantaus, Punamäki (2003), ktoré analyzovali vzorce prenosu ťažkostí rodičov na deti, zamerali svoj výskum na meranie v nasledujúcich oblastiach:

- 1) **Duševné zdravie rodičov: úzkosť, depresia a sociálna dysfunkcia**  
(vykonávanie povinností, preberanie zodpovednosti).
- 2) **Kvalita partnerských interakcií:** nepriateľské a podporné správanie partnerov.
- 3) **Kvalita rodičovstva:** ako často rodič vyjadruje rozličné pocity, diskutuje s dieťaťom, nakoľko pozná, kde a s kým dieťa trávi čas a ako rodič udržuje disciplínu, atď. => z toho vyplývajúce rodičovské štýly: autoritatívny, punitívny a nezáinteresovaný.
- 4) **Výkon dieťaťa v škole:** Deti vyjadrovali mieru svojho záujmu o jednotlivé predmety, spokojnosť so sebou, porovnanie svojho výkonu s ostatnými deťmi v škole. Rodičia hodnotili, či dieťa rado chodí do školy, či sú spokojní s dieťaťom a či má dieťa problémy v niektorom z vyučovacích predmetov.
- 5) **Rovesnícke vzťahy dieťaťa:** kolko priateľov má dieťa, aká je kvalita jeho vzťahov, výskyt šikany.
- 6) **Užívanie látok dieťaťom:** alkohol a fajčenie.
- 7) **Duševné zdravie dieťaťa** (a) **internalizujúce faktory:** stiahnutie sa, úzkosť, depresia, somatické symptómy; b) **externalizujúce faktory** (agresívne a delikventné správanie, užívanie látok).
  - t'ažkosti spojené s konkrétnou diagnózou rodiča môžu viesť k rozličným problémom u rôznych detí - nedá sa jednoznačne povedať presný dopad ochorenia rodiča na dieťa
  - deti reagujú rozlične

#### *Multifinalita prenosu*

- určitý problém rodiča môže viesť k rozličným typom prispôsobenia sa dieťaťa
- napr.: depresia otca môže mať u dievčat za následok internalizujúce symptómy, ale môže sa prejavíť aj problémami v škole

#### *Ekvifinalita prenosu*

- daný symptóm u dieťaťa mohol vzniknúť z rôznych príčin, ako následok rozličných problémov u rodičov
- napr.: internalizujúce symptómy u dievčat môžu byť spôsobené punitívnym výchovným štýlom, ale aj málo autoritatívou výchovou
- duševné zdravie rodičov sa odráža na prispôsobení sa dieťaťa dvomi spôsobmi, a to: cez rodičovský štýl, cez partnerské vzťahy rodičov, ktoré následne ovplyvňujú ich rodičovstvo.

## **Medzirodové rozdiely v prispôsobení sa duševnému ochoreniu rodiča**

- prispôsobenie sa chlapcov a dievčat je odlišné
- dievčatá sú viac ovplyvnené zmeneným správaním otcov než matiek, či už je to priamo kvôli ochoreniu otca alebo prostredníctvom vplyvu ochorenia matky na prežívanie a konanie otca a tým jeho zmenený rodičovský štýl
- podobne, chlapci sú viac ovplyvnení ochorením matky alebo jej zmeneným výchovným štýlom
- chlapci sú ohrození punitívnym správaním otca, ktoré je dôsledkom jeho depresie
- ďalšie ťažkosti otcov vplývajú na chlapcov prostredníctvom matiek
- nepriateľské partnerské interakcie rodičov vyvolávajú trestajúci výchovný štýl matky, ktorý u chlapcov spôsobuje externalizujúce aj internalizujúce symptómy

## DIEVČATÁ

**Tabuľka 1 Vplyv duševných ochorení rodičov na dievčatá**

rodič	duševné zdravie rodiča	partnerské interakcie	štýl rodičovstva	prispôsobenie sa diet'at'a
otec O	úzkosť	menej podporné	-	-
		nepriateľské	-	-
	sociálna dysfunkcia	-	O sa nezúčastňuje	užívanie látok
		-	O menej autoritatívny	internalizujúce symptómy
		-	O punitívny	zhoršenie školského prospechu
matka M	sociálna dysfunkcia	menej podporné	-	
		-	M menej autoritatívna	externalizujúce symptómy
	úzkosť	nepriateľské	-	-
		-	M sa nezúčastňuje	-

## CHLAPCI

**Tabuľka 2 Vplyv duševných ochorení rodičov na chlapcov**

rodič	duševné zdravie rodiča	partnerské interakcie	štýl rodičovstva	prispôsobenie sa dieťaťa
otec O	úzkosť	-	O menej autoritatívny	-
		menej podporné	M sa nezúčastňuje	užívanie látok horší prospech
	depresia	-	O punitívny	depresia užívanie látok horší prospech
				externalizujúce symptómy internalizujúce symptómy
	sociálna dysfunkcia	nepriateľské	M punitívna	
matka M	úzkosť	-	M menej autoritatívna	problémy v rovesníckych vzťahoch
	depresia	-		užívanie látok horší prospech
		M sa nezúčastňuje		

- vzťahy v rodine sú ovplyvnené aj nevyváženým rozdelením každodenných úloh, nerovnomerným zaťažením členov rodiny, často prenesením zodpovednosti na deti

### Deti, ktoré sa starajú o rodičov

- niekedy sa zdá, že deti všetko zvládajú a že na nich duševné ochorenie rodiča vôbec nevplyvá
- preberajú rolu hrdinu (Pretis, Dimova, 2010) a často sa nikto nevenuje ich potrebám
- problémom sa stáva parentifikácia (preberanie roly rodiča, zodpovednosti, ktorá dieťaťu neprislúcha)
- z detí sa stávajú opatrovníci (*young carers*) (Becker, 2000, podľa Aldridge, Becker, 2003)
- deti poskytujú starostlivosť rodičom v rôznych oblastiach (Dearden, Becker, 2004): starostlivosť o emocionálnu stránku (77% prípadov); domáce práce (59%); všeobecná starostlivosť - obliekanie, pomoc

s pohybom, podávanie liekov (29%); starostlivosť o mladších súrodencov (10%); pomoc s osobnou hygienou (9%) a pod. Deti nemajú dostatok času na svoje záujmy, na svoj rozvoj, zužuje sa okruh ich aktivít ako aj priateľov a celkovo sociálnych kontaktov

### Rovesnícke skupiny

- umožňujú deťom bezpečný návrat do vzťahov a sociálnych interakcií
- poskytujú im informácie o duševných ochoreniach a podporujú schopnosti dieťaťa zvládať náročné situácie
- dieťa sa stretne so svojimi rovesníkmi, ktorí zápasia s podobnými životnými udalosťami
- preventívne pôsobia v podpore duševného zdravia
- emocionálny a sociálny rozvoj detí, nadväzovanie vzťahov s ostatnými deťmi, zvyšovanie nezávislosti od rodičov, zvyšovanie empatie (Cowling, 2004).

### POUŽITÁ LITERATÚRA

- ALDGRIDGE, J. & BECKER, S. (2003). *Children Caring for Parents with Mental Illness: Perspectives of Young Carers, Parents and Professionals*. Bristol : The Policy Press. 204 s.
- COWLING, V. (Ed.) (2004). *Children of Parents with Mental Illness 2: Personal and Clinical Perspectives*. Camberwell, Mebourne : ACER Press. 242 s.
- DEARDEN, C. & BECKER, S. 2004. *Young Carers in the UK: The 2004 Report*. London : Carers UK. 16 s.
- LEINONEN, J. & SOLANTAUS, T. & PUNAMÄKI, R. L. (2003). Parental mental health and children's adjustment: the quality of marital interaction and parenting as mediating factors. In *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 2003, 44, 2, s. 227-241.
- PRETIS, M. & DIMOVA, A. (2010). *The Impact of Parental Mental Vulnerability on Children*. [online] Dostupné na [http://www.strong-kids.eu/rpool/resources/restricted/KS\\_Module\\_2\\_The\\_Impact\\_of\\_Parental\\_Mental\\_Vulnerability\\_on\\_Children\\_eng.pdf](http://www.strong-kids.eu/rpool/resources/restricted/KS_Module_2_The_Impact_of_Parental_Mental_Vulnerability_on_Children_eng.pdf). [Stiahnuté 2011-08-20].

### KONTAKT

Mgr. Ivana LIŠTIAKOVÁ

Pedagogická fakulta Univerzity Komenského v Bratislave

Ústav sociálnych štúdií a liečebnej pedagogiky

Šoltésovej 4, 813 34 Bratislava

E-mail: [ivana.listiakova@gmail.com](mailto:ivana.listiakova@gmail.com)

# KONTEXTY RODINNÝCH A TERAPEUTICKÝCH SYSTÉMOV

*Hroznata ŽIVNÝ*

Katedra liečebnej pedagogiky Pedagogická fakulta Univerzity Komenského  
v Bratislave  
Centrum pre liečbu drogových závislostí, Bratislava

**Abstract:** The paper deals with the topic of mental disorders. The author presents basic information about treatment methods and more detailed information about systems of psychotherapy. Further, it is talked about family in the therapy context, crisis intervention and counselling.

**Key words:** mental disorder, treatment of mental disorders, psychotherapy, family in the context of therapy, crisis intervention, counselling

Aby sme porozumeli situácií detí, ktoré majú rodičov s duševnými poruchami a poruchami správania, musíme vopred poznať, aspoň orientačne, tieto ochorenia a možnosti a spôsoby ich liečby. Každé ochorenie má svoje charakteristické príznaky, jeho vznik a priebeh je individuálne špecifický a v našom kontexte nás zaujímajú situácie a problémy, ktoré vznikajú v systéme rodiny. Každé ochorenie je záťažovou, stresovou situáciou pre jeho nositeľa, je a stáva sa záťažovou situáciou celého rodinného systému, všetkých jeho členov. Dieťa v rodinnom systéme prechádza svojimi tranzitórnymi etapami svojho života, „plní svoje úlohy,“ pripravuje sa na úlohy nové, a pre tento proces „dozrievania“ je ideálne, ak prebieha v priestore lásky a bezpečia. Tieto atribúty sú alebo môžu byť ohrozené ochorením rodiča, a preto ideálnym riešením je komplexný prístup pomoci celému rodinnému systému. Konštatujeme, že algoritmy liečby duševných porúch sú dostatočne prepracované a fungujú i v reálnej praxi pomoci. Zároveň môžeme povedať, že absentujú paralelné systémy pre rodinu a v tomto kontexte i špeciálne systémy pomoci pre deti v týchto rodinách.

## **Liečba psychických porúch**

Liečbu psychických porúch možeme charakterizovať ako rozsiahle spektrum liečebných metód, ktoré podľa Kolibáša (1996) sa rozdeľujú na metódy biologické a metódy psychoterapeutické. Z biologických metód sa môžu

vydeliť špeciálne metódy farmakologické. Biologické, metódy liečby, farmakterapia sú domenou medicíny, špeciálne psychiatrie.

Psychoterapia ako liečebná metóda je nielen medicínskou metódou, ale v širšom význame je autonómnu terapeutickou metódou. Cieľom terapie je zmena osobnosti, sebaobrazu, zmena správania a zmena sociálnych vzťahov, ktorú plánujeme a dosahujeme terapeutickými prostriedkami. Výsledkom terapie je to, čo sme skutočne terapiou dosiahli. „*Liečba v našom ponímaní* (Živný, 2000) *je vlastne spolupráca na dobrovoľnom základe (ide o terapeutický vzťah terapeut-pacient) a konkrétnej terapeutickej dohode, s prísne dodržiavanými podmienkami, platnými pre pacientov i terapeutov. Toto všetko sa odohráva v kontexte pozitívnej terapeutickej atmosféry, charakteristickej snahou o minimalizáciu poškodenia a permanentnej výzvy opakovanú šancu začať znova po prekonaní relapsu, či recidívy. Liečbu a doliečovanie chápeme ako proces, kde v súčinnosti pôsobia tak terapeutické zásahy, ako i samouzdravné tendencie a procesy dozrievania osobnosti.*“

### **Definície psychoterapie**

„*Psychoterapia je predovšetkým liečbou (sekundárhou prevenciou) ale i profylaxiou (primárhou prevenciou) a rehabilitáciou (terciárhou prevenciou) porúch zdravia, ktorá sa uskutočňuje výhradne psychologickými prostriedkami, teda prostredkami komunikačnej a vzťahovej povahy*“ (Vymětal a kol., 2004, str. 20).

„*Psychoterapia je odborná a zámerná aplikácia klinických metód a interpersonálnych postojov, vychádzajúcich z uznávaných psychologických princípov so zameraním pomôcť ľudom zmeniť ich správanie, myslenie, emócie a osobnostné charakteristiky smerom, ktorý obe strany považujú za žiaduce*“ (Prochaska, Norcross, 1999, str. 16).

### **Psychoterapeutické systémy**

V tomto kontexte môžeme spomenúť účinné faktory v psychoterapii všeobecne sebaodhalenie, sebaporozumenie, akceptácia, učenie, vedenie, katarzia, univerzalita, altruizmus, terapeutický optimizmus. Tieto účinné faktory sú spoločné pre jednotlivé psychoterapeutické školy, či smery. Ponúkame niekoľko klasifikácií psychoterapeutických smerov, tak ako sú frekventované v relevantnej literatúre. Vybíral a Roubal (2010) uvádzajú tieto hlavné prúdy v súčasnej psychoterapii: psychodynamická psychoterapia, psychoanalýza a psychoanalytická psychoterapia, na osobu

zameraná a zážitková psychoterapia, geštalt terapia, kognitívno-behaviorálna psychoterapia, rodinná terapia, systematická terapia, integrácia v psychoterapii.

Prochazka a Norcross (1999) popisujú spoločné jadro rôznych psycho-terapeutických prístupov ako je pozitívne očakávanie, terapeutický vzťah, Hawthornský efekt, emočné uvoľnenie, klarifikácia a interpretácia, posilňovanie, desenzibilizácia, rituály, konfrontácia s problémom a nácvik schopností a zručností. Každý prístup potom rozvíja množstvo špecifických faktorov, viažúcich sa na teoretický koncept prístupu a rozvíjané metódy a techniky. Títo autori vo svojej práci analyzujú a porovnávajú tieto psychoterapeutické systémy: psychoanalytické terapie, adlerovská terapia, existenciálna terapia, terapia zameraná na človeka, geštalt terapia, interpersonálna terapia, expozícia a terapia zaplavením, behaviorálna terapia, kognitívna terapia, systemické terapie, rodové a kultúrno senzitívne terapie, konštruktivistické terapie: na problém zameraná a naratívna terapia, integratívna a eklektická terapia.

Všeobecne možno povedať, že cieľom týchto terapeutických postupov je zmena konkrétneho správania, ktoré bráni človeku nezávisle existovať. Zmeny prebiehajú na fyziologickej, emocionálnej, kognitívnej a konatívnej úrovni. Konkrétne ciele liečby stanovuje terapeut spolu s klientom (napr.: s človekom s duševným ochorením, závislým) na základe uzavorennej terapeutickej dohody.

Terapeutický vzťah je jeden z najvýznamnejších účinných faktorov v liečbe závislostí od psychoaktívnych látok. Terapeutický vzťah je interpersonálny vzťah, ktorý okrem základných komunikačných zručností vyžaduje od terapeuta aby bol schopný prijať pacienta ako takého. Jeho postoj k pacientovi musí byť akceptujúci. Jeho postoj by nemal byť sýtený možnými predsudkami a resentimentmi. Zreľý terapeut má vybudovaný svoj individuálny hodnotový systém, z ktorého implicitne vyplývajú vysoké nároky na jeho praktické správanie. Tento hodnotový systém by však nemal slúžiť ako merítko na vyslovovanie hodnotiacich súdov o druhých. Terapeut nie je a nesmie byť sudcom. Terapeut by mal byť empatický, mal by mať schopnosť vziať sa do vnútorného života svojho pacienta, mal by mať schopnosť porozumieť širším súvislostiam životného príbehu svojho pacienta. Autenticita terapeuta je nielen jeho osobnou charakteristikou, ktorá „zvýrazňuje dôveryhodnosť“ terapeuta, ale približovanie sa k prirodzenej

autenticite je nekončiacim procesom zrenia nielen v profesionálnej roli. Terapeut by mal byť kongruentný, jeho verbálny a neverbálny prejav by mal byť vždy v skutočnom vzájomnom súlade (Vymětal, 2004; Živný, 2004a). Ak uvažujeme o osobnosti terapeuta a o jeho zrelosti, môžeme konštatovať, že terapeut by mal:

- mať autentickú účasť na ľudskom snažení, mať potrebu cítiť sa členom širšej ľudskej komunity a byť členom reálnych menších spoločenských skupín,
- mať vytvorený svoj hodnotový systém, mať svoju autonómnu životnú filozofiu a mal by mať istú schopnosť transcendentie,
- mať dobrý vzťah k ľuďom,
- byť emočne vyvážený a empatický,
- realisticky vnímať svet a objektívne hodnotiť realitu tohto sveta,
- mať záujmy, presahujúce bezprostredné povinnosti a potreby,
- mať schopnosť čeliť životným problémom a schopnosť adekvátne ich riešiť,
- mať rozvinuté estetické cítenie,
- neustále rozvíjať svoje vzdelanie a profesionálne schopnosti, ktoré by mal vedieť realizovať vo svojej práci (Živný, 2004a).

V procese motivácie používame nasledujúce motivačné postupy:

- odovzdávame informácie,
- odstraňujeme prekážky,
- ponúkame možnosti terapeutických programov,
- poskytujeme spätnú väzbu,
- vyjasňujme ciele,
- a ponúkame aktívnu pomoc.

## Rodina v kontexte terapie

Rodina je pravdepodobne jednou zo zmysluplných „inštitúcií,“ ktoré pomáhajú ľudským bytosťiam prežiť i nepriaznivé životné situácie. Na jednej strane môže plniť všetky svoje funkcie, na druhej strane však môže byť i priestorom utrpenia, bolesti, strachu a beznádeje. Na jeden strane hovoríme o normálnej funkčnej rodine, na druhej strane máme rodinu nefunkčnú, v kríze, prípadne patologickú (Živný 2010).

Ak rodina potrebuje pomoc, záleží na okolnostiach, môže využiť rôzne systémy pomoci. Jedným z týchto systémov pomoci je i rodinná terapia. Rodinná terapia môže byť: 1/ psychodynamická, 2/ behaviorálna, 3/

transakčno-analytická, 4/ systemická (podľa Schlippe, Schweitzer, 2001): a/ štrukturálna rodinná terapia (Minuchin), b/ viacgeneračný koncept (Boszormenyi- Nagy, Stierlin), c/ humanistická rodinná terapia (Satirová), d/ strategická rodinná terapia (Haley), e/ systemicko-kybernetická rodinná terapia (Selvini-Pazoli a kol.).

Nie je podstatné „teoretické zázemie“ jednotlivých terapeutických škôl, najpraktickejší je pragmaticko- ekleticko- integratívny prístup (Kratochvíl, 1995; Vymětal a kol., 2004).

### **Krízová intervencia a poradenstvo**

V kontexte tohto príspevku je dôležité spomenúť krízovú intervenciu a poradenstvo.

Princípy rodinnej intervencie podľa Vránovej (1997) môžeme charakterizovať takto:

- Pracovník pre prácu s rodinou by mal byť členom multidiscipinárneho tímu.
- Prizvanie rodín a načúvanie ich potrebám, možnosť vykonávania v prípade potreby návštevy doma.
- Príprava na intervenciu, vysvetlenie, vysvetlenie, čo od nej možno očakávať.
- Hodnotenie silných stránok, problémov v rodine, hodnotenie individuálnych cieľov, jednotlivých členov rodiny (ariebežne).
- Venovanie pozornosti sociálnym a klinickým potrebám pacientov a rodín.
- Optimálny manažment medikácie pacienta.
- Intenzívny edukačný program pre pacientov a rodiny od začiatku ochorenia, ktorý bude pokračovať trvalým vzdelávaním so zameraním na potreby jednotlivých rodín, identifikácia skorých varovných príznakov.
- Podpora jasnej komunikácie, naučiť sa aktívne počúvať.
- Tréning rodín v technike štruktúrovaného riešenia problému.
- Regulácia afektov v interakcii.
- Práca s pocitmi straty s vedomím zníženej schopnosti vyrovnať sa so stratou následkom ochorenia.
- Prispôsobenie očakávaní – nahor i nadol.
- Rozšírenie sietí sociálnej podpory (cestou rodinných skupín).
- Flexibilita – možnosť pracovať s jednotlivcami, rodinami, rodinnými skupinami, vždy podľa ich potrieb.
- Jasný plán pre prípad krízy a zodpovednosť profesionálov.

- Ak sa ukončí práca s rodinou (teba ju vôbec ukončiť?), rodina musí mať ľahký prístup k nadviazaniu nového kontaktu.

Uvádzame konkrétné situácie krízovej intervencie a poradenstva v oblasti závislostí od psychoaktívnych látok (Živný, 2004b).

Experimentovanie, rekreačné užívanie psychoaktívnych látok môže (ale nemusí) postupne prechádzať do závislosti od psychoaktívnych látok (v kontexte systému procesu zmeny: prekontemplácia, kontemplácia, rozhodovanie, akcia - čin, udržiavanie, prípadne relaps či recidíva a následné možné opakovania predchádzajúcich štadií zmien).

U rodiča (alebo inej blízkej osoby) po období nevnímania problému, jeho popierania, podozrenia, prichádza k „poznaniu“, sprevádzaného šokom - zranenie, sklamanie, hnev, bezmocnosť, úzkosť, pocit viny, obviňovanie seba, iných, okolia, hľadanie vienníkov, strata kontroly nad situáciou, prípadne i závažná psychologická dezorganizovanosť.

Ak tento rodič má záujem o službu v rámci krízovej intervencie a poradenstve môžeme: pomôcť pri regulácii prirodzených vyrovnanávacích mechanizmov, pomôcť pri mobilizácii vedomých adaptívnych vyrovnanávacích stratégií - kontakt s pocitmi, schopnosť získať úľavu placom, hnevom, orientovať sa v ambivalentých pocitoch, rešpektovať emócie u druhých ľudí, schopnosť otvoríť sa, vedieť sa kontaktovať s vlastným telom, rozumieť jeho „informáciám“, kontakt s vlastnými potrebami, vedomie vlastných hraníc, schopnosť využiť vlastné staršie skúsenosti, schopnosť využiť existenciu a skúsenosti blízkych ľudí, schopnosť pracovať s vierou a nádejou, schopnosť pracovať s hľadaním zmyslu utrpenia, života a pod. Poskytnúť informácie - posúdenie stavu problému vyžaduje určitý čas, hľadanie efektívnej pomoci (liečby) vyžaduje určitý čas, dôležité nie sú odpovede na otázky prečo? a kto za to môže?, dôležité sú odpovede na otázky ako a kto môže pomôcť.

Je normálne, že rodič bude hľadať pomoc z viacerých zdrojov a že odborníci nebudú úplne jednotní vo svojich odporúčaniach, preto poskytneme informácie, že toto hľadanie je korektné, že rodič sa ale musí rozhodnúť pre istý typ pomoci konkrétneho terapeutického programu konkrétneho zariadenia (inštitúcie) na základe čo najväčšieho množstva informácií (referencií) o týchto programoch. Dôležité je rozhodnúť a zotrať v tom programe, ktorý rodičovi dáva zmysel, vieru a perspektívu. Je potrebné uvedomiť si, že v istom štadiu riešenia problému rodič môže striedať

programy v rámci naivného snaženia nájst' ideálny, rýchly a účinný program, byť opakovane sklamávaný svojou netrpezlivosťou, prípadne i nie celkom serióznou prezentáciou niektorých programov pomoci.

Seriózne, odborné a profesionálne programy sú čitateľné, majú jasné kontúry a pravidlá a ponúkané informácie o nich sú konkrétnie, reálne a korektné i v zmysle informácií o ich efektivite. Môžeme poskytnúť informácie o závislostiach od psychoaktívnych látok všeobecne informácie o konkrétej závislosti, o jej symptomatológii, typickom správani pri konkrétej závislosti, o orientácii v typických manipuláciách závislého správania a o možnosti naučiť sa ich konštruktívne zvládať a riešiť - nepodporovať závislé správanie, stáhovať sa z pomoci v oblastiach, kde je závislý schopný problémy riešiť sám, učiť sa tzv. prístupu „tvrdnej lásky“ (akceptácia, ale zároveň nekompromisné trvanie na dohodnutých pravidlach), o metodach konštruktívnej komunikácie s dieťaťom, spôsoboch podpory motivačných a rozhodovacích procesov u dieťaťa, o nutných zmenách v ostatných životných situáciach a referenčných skupinách (škola, práca, rovesníci, voľný čas, zábava a pod.).

Všetko vyššie spomenuté je možné modifikovať v kontexte rodič - dieťa, kde dieťa môže byť dieťaťom, mladistvým, alebo dospelým. (Vid' súvislosti zodpovednosti vzťahu dieťa rodič definované právnymi vzťahmi).

## POUŽITÁ LITERATÚRA

- KOLIBÁŠ, E. (1996). Príručka klinickej psychiatrie. Bratislava : Asklepios.
- PROCHASKA, J. O. & NORCROSS, J. C. (1999). *Psychotrapeutické systémy*. Praha : Grada Publishing., 1999. s. 479.
- SCHLIPPE, A. & SCHWEITZER, J. (2001). *Systemická terapie a poradenství*. Brno: Cesta.
- VRÁNOVÁ, J. (1997). Duševne chorý a rodina. In: NAWKA, P., ČERNÁK, P., HAŠTO, J. (Eds.). *Reintegrácia psychosociálne postihnutých do spoločnosti. Súčasný stav a perspektívy*. Trenčín : F - psychiatria - psychoterapia - psychosomatika. s. 75-77.
- VBÍRAL, Z., ROUBAL, J. (Eds). 2010. Současná psychoterapie. Praha: Portál.
- VYMĚTAL, J. a kol. (2004). *Obecná psychoterapie*. Praha: Grada Publishing.
- ŽIVNÝ, H. (2000). *Liečebnopedagogická intervencia u ľudi so závislosťou od psychoaktívnych látok*. Prednáška na Liečebnopedagogických dňoch, Bratislava, 2000. Nepublikované.

- ŽIVNÝ, H. (2004a). Poslanie versus profesionalita? In: Živný, H., Krčmáriková, Z., Kovácsová, E. (Eds.). *Kapitoly z terapie závislostí od psychoaktívnych látok*. Bratislava: OZ Sociálna práca. s. 9- 21.
- ŽIVNÝ, H. (2004b). Krízová intervencia a poradenstvo v oblasti závislostí od psychoaktívnych látok. In: MAJZLANOVÁ, K. (Ed.) *Zvládanie problémových výchovných situácií v škole*. Bratislava: Geotropos o.z.. s. 137-146.
- ŽIVNÝ, H. (2010). Práca s rodinou v kontexte terapie ľudí so závislosťami od psychoaktívnych látok. In: BENDÍKOVÁ, M. (Ed.). *Rodina- subjekt odbornej starostlivosti pomáhajúcich profesii*. Zborník príspevkov z medzinárodnej konferencie Liečebnopedagogické dni 2009 konanej 8.- 9. 10 2009 v Bratislave. Bratislava : PdFUK v Bratislave. s.. 26- 35.

## **KONTAKT**

PaedDr. Hroznata ŽIVNÝ, PhD.

Pedagogická fakulta Univerzity Komenského v Bratislave

Ústav sociálnych štúdií a liečebnej pedagogiky

Šoltésovej 4, 813 34 Bratislava

*E-mail:* zivny@fedu.uniba.sk

## 2 VÝSKUMNÉ SPRÁVY Z PROJEKTOV

### NEW TARGET GROUPS IN ECI: CHILDREN OF MENTALLY VULNERABLE PARENTS

Aleksandra DIMOVA – Manfred PRETIS  
S.I.N.N. Graz, Medical School Hamburg

**Abstract:** The authors look at the situation of children of mentally vulnerable parents from the perspective of their resilience. Strengths of the children and families are the cornerstones of overcoming difficulties. They present research data about transition of mental disorders, effects of parental mental vulnerability on children and their adjustment as well as research results about the effects of early childhood intervention and prevention in this field.

**Key words:** mental vulnerability, services for children of parent with mental disorders, intervention, prevention

#### **Children of parents with mental vulnerability**

Epidemiological data shows that up to 23% of all children live with at least one parent with mental illness (Maybery & Reupert & Goodyear et al., 2009). 5% of all children are evaluated as in urgent need of treatment (Ihle & Esser, 2007).

#### **Forgotten children**

Their stress is systematically underestimated (also by professionals). The children have hardly any stakeholders. The children often show unspecific and discrete signs of dysfunctions. The focus of adult psychiatry is still put on the adult patients (children as footnote within the anamnesis).

#### **Starting point of our preventive intervention service**

Sensitisation of youth welfare offices because of increasing numbers of attended families. The service is often a tightrope walk between parenthood/right of the child to have parents and well-being of the child. (Sadly) events with high publicity (Cain, Luca...) with need for action for the youth welfare offices.

## **Correlation between mental illness of the parents and symptoms of the children**

The mental health/illness (especially the mother's) is one of the most significant risk factors regarding the development of the children (Risk study - Mannheim - Laucht et al., 1999; Laucht, 2003). Hosman et al. (2009) describe an increased risk for the children to display the same illness as their parents.

### **Early correlations on the level of neurotransmitters**

Newborns of depressive mothers show neurotransmitter imbalances (higher cortisol level, reduced dopamine and serotonin level) and are described as physiologically less mature. Also the EEG waves show asymmetries: the newborns appear to be more irritable, less „robust,“ and less oriented in their auditory and visual senses.

### **Usage of support and/or therapy**

In the cases of depressive mothers who underwent adequate treatment, the symptoms of their (small) children decreased more quickly than in the cases of mothers who did not undergo treatment (Weisman et al. 2006).

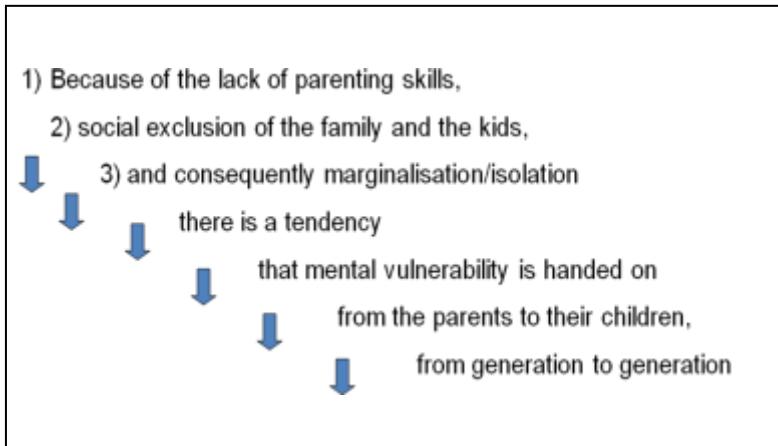
### **Correlations**

- The risk for the children to develop a mental disorder is 41-71% (Hosman, Doesum, van Santvoort, 2009), depending also on whether one or both parents are ill (Propping, 1989);
- 39% develop a mental disorder during infancy;
- 35% later in their adult years (Mayer et al., 2001);
- 68% therefore describe significant negative impacts on their lives.

### **The trans-generational vicious circle**

Despite the genetic vulnerability there is a trans-generational risk which is related to: parent-child interactions and often „poor parenting skills“ – lack of parenting competences (Hosman van Doesum, K. van Santvoort F (2009).

Explanatory model of the transmission path of mental vulnerability (Solantaus, 2009):



### Social environment

The usage of other social worlds is seen as a major cushion or buffer (care by the other parent, friends, kindergarten, school...). Effects were also observable for the ill parents (Hargreaves, O'Brien, Bond et al., 2005). The protective factors operate in a diagnostically unspecific way (Hosman, 2009).

### The „clinical” setting of our service

- Referrals and payment of costs by the youth welfare offices
- Voluntary participation of the parents (respectively the wider social circle)
- Assessment of existing resources and stress factors
- Sensitisation of the social network (regarding needs and stress factors)
- Psychoeducation (for children and other adults)
- Treatment (in individual cases)
- Initiation of other preventive interventions

### Hypothesis within our preventive service (secondary/tertiary prevention)

Strengthening of protection processes of the child or optimally combined with the treatment of the parents have positive health effects and are preventive by minimising the emergence of own symptoms. It is never too

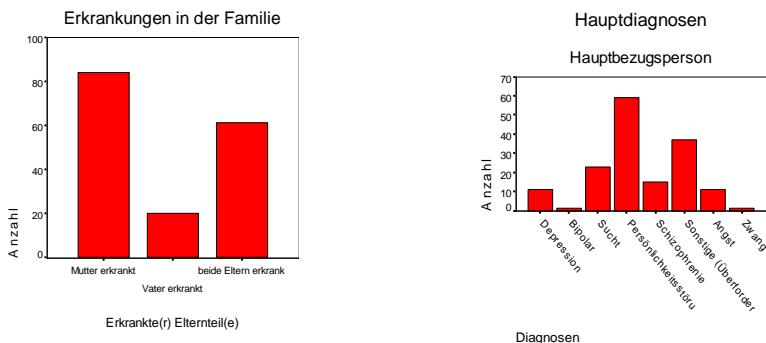
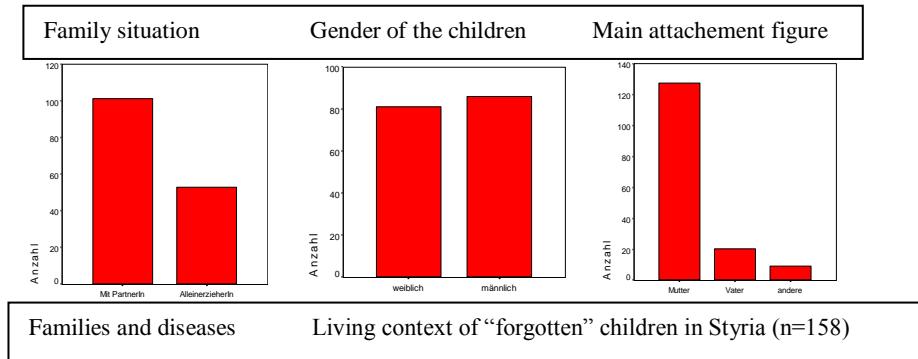
late to start with the intervention. BUT early support is better than late treatment!

## Research question

Are there groups which we should pay specific attention to?

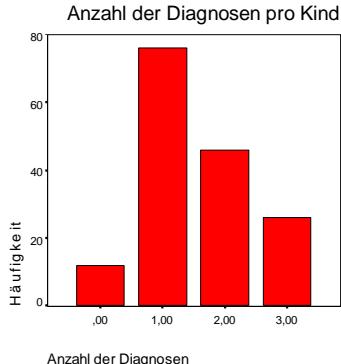
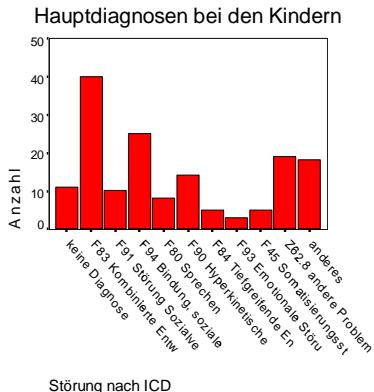
The sample (incoming): 168 children in the years 2005-2011, 107 families, age of the children: min/max: 0 to 16, average: 7,3 years (+/- 4,0)

Some data of treated children:



## Symptoms of children (n=168)

## Conclusion on vulnerability



Boys and girls – differences regarding the diagnoses:

- Parentification more often with girls (n=17) than boys (n=8)
- ADHS more often with boys (n=10) than girls (n=4)
- Severe developmental disorders more often with boys (n=4) than girls (n=0)
- Somatisation disorder more often with girls (n=4) than boys (n=1)

## Conclusion „vulnerability“

- 93% of the children had a diagnosis
- Half of the children had more than one diagnosis

## The clinical intervention (in agreement with legal guardian)

- Usually 10-15 units per child
- Cooperation between medical-psychiatric and remedial pedagogic-psychological diagnosis/treatment
- Inclusion of the relevant social environment (siblings, grandparents, day care, kindergarten...)

## Intervention steps

- 1) Resource/Stress Analysis

- Recording and assessment of 23 evidence based resilience constructs (by means of the resilience map) together with the family, the social network and the support team.
  - Method: strengths/stress analysis – everything that works well (Solantaus, 2009), including objective procedures.
  - Working with the resilience map [www.strong-kids.eu](http://www.strong-kids.eu).
- 2) Sensitisation of the parents and the social environment:
- regarding the needs of the children;
  - regarding the impact of the mental illness on the child.
  - Method: dialogue and video analysis/feedback how the parents are able to perceive and fulfil the needs of their children (in the context of a mental illness).
- 3) Information and empathy for the child
- In individual cases: information for the child regarding the illness (in agreement and together with parents)
  - Method: dialogue and/or Video analysis about the ability of the parent/s to perceive and react on the needs of the child/children
- 4) Mental strengthening of the child
- Development of alternative strategies (depending on the age)
  - Load reduction by accompanying therapeutic processes e.g. if the child has a lot of responsibilities
  - Support by handling the given information
  - Partly medicinal treatment (if necessary)
  - Method: individual and age-adequate
- 5) Support/treatment of the ill parent
- Checking/giving a diagnosis and checking/initiating treatment
  - Recommendation of possible other support or treatment methods (medication, counselling...)
  - In individual cases medical-therapeutic work
  - Method: specialist psychiatric intervention
- 6) Support of family members
- Psychoeducation
  - Motivational work regarding the need of treatment of the child
  - Educational counselling (mostly video-supported)
  - Method: Social networking „around“ the child (Team around the child)

## Recommendations

- In nearly every third case: boosting the contact to a „healthy environment“ (according to the literature in the field)
- For 34 of 168 children foster care was recommended.
- For every 8th parent a medicinal therapy respectively a relief of the family situation was suggested.

## Especially vulnerable groups

- Correlation within the diagnosis „other:“ overstrain syndrome often in connection with lack of intellectual ability of parents and suggestion of foster care
- Correlation between the diagnosis „personality disorder“ and foster care
- The majority of recommendations (numerical) were in the field of „personality disorder“ and overstrain syndrome/ lack of intellectual abilities

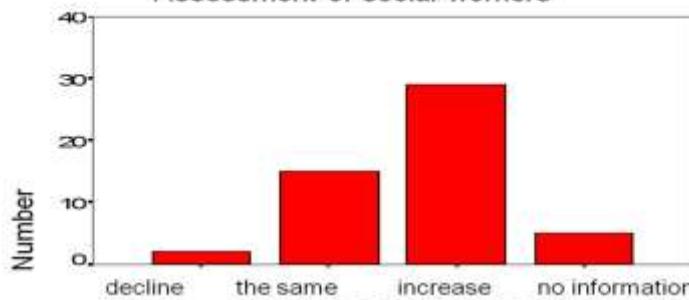
## The effects

- The focus on the needs of the child activates network resources
- Information about the impact of the disease on the child is often a „AHA-experience“ for the parents
- The counselling is usually (despite possible initial scepticism) experienced as supportive (drop-out rate under 5%)
- A change in parenting usually changes the behaviour of the children quite quickly
- Videofeedback seems to be effective, especially with parents lacking parenting skills and knowledge

## External assessment (n=51)

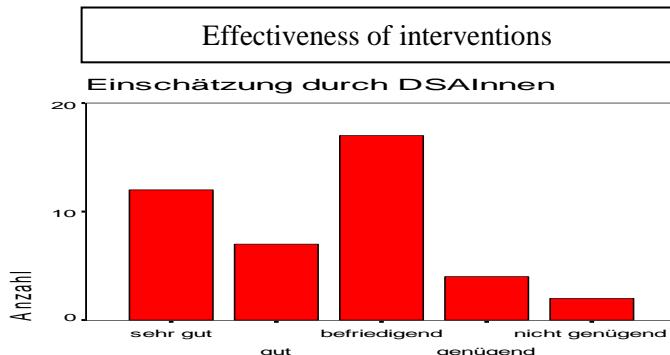
### Situation after the intervention

Assessment of social workers



## **Age in the beginning of the treatment and outcome**

A significant correlation between the age of the children and the assessment of change can be observed: The younger the children are in the beginning of the intervention the more positive the changes are described by the social workers. This is an indicator for an early preventive intervention.



## **Conclusion – Prevention**

After 6 years of experience, this service is perceived as a support by the youth welfare offices. The possibility for the child to explore healthy environments is the most frequent recommendation. The sample shows highly vulnerable groups (personality disorder, addiction, combination overstrain syndrome / lack of intellectual abilities). The high number of lack of practical skills and problems regarding the social behaviour/functions seems to verify the hypothesis of transgenerational inheritance.

## **The rough road to prevention**

Despite the existence of significant ICD10 diagnoses, 93% of the children were referred to us exclusively by youth welfare offices, the psychiatrist, paediatrician, the family doctor etc. were active in none of the cases. The focus of adult psychiatry on the needs of the children is absolutely necessary!

## **Under-represented target groups**

- Over-represented are parents with personality disorders
- In contrast: epidemiologically more prevalent disorders (depression, anxiety) are little represented:

The assumption that the symptoms of these children are not as severe is not affirmed by literature. More likely: the requirement of treatment of possible

symptoms of the children is viewed as less important (because of the higher social acceptance of the diagnoses).

### **The future**

It can be assumed that the number of mental disorders will increase (e.g. substance abuse). The WHO talks about an increase of depressions, anxiety and personality disorders.

- ⇒ *Structures to reach parents and their children are necessary.*
- ⇒ *Sensitivity of adult psychiatry and treating doctors is necessary.*

### **LITERATURE**

PRETIS, M. & DIMOVA, A. (2010). *Frühförderung bei Kindern psychisch kranker Eltern*. München: Reinhardt.  
[www.strong-kids.eu](http://www.strong-kids.eu)  
[www.sinn-evaluation.at](http://www.sinn-evaluation.at)

### **KONTAKT**

Dr. Aleksandra DIMOVA  
S.I.N.N. Sozial Innovatives Netz  
Lerchengasse 4c, A-8054 Graz, Austria

*E-mail:* [office@sinn-evaluation.at](mailto:office@sinn-evaluation.at)

Prof. Dr. Manfred PRETIS  
S.I.N.N. Sozial Innovatives Netz  
Lerchengasse 4c, A-8054 Graz, Austria

*E-mail:* [office@sinn-evaluation.at](mailto:office@sinn-evaluation.at)

# **SOM V POHODE. A AK NIE...? ALEBO SO STREDOŠKOLÁKMI O DUŠEVNOM ZDRAVÍ, PSYCHOLÓGII A PSYCHIATRII<sup>1</sup>**

*Anton HERETIK, ml., Dušan ALAKŠA, Lenka. PRÁZNOVSKÁ*  
Katedra psychológie, Filozofická fakulta Univerzity Komenského  
v Bratislave

Psychiatrická klinika, SZU, pracovisko Ružinov, Denný psychiatrický  
stacionár, Bratislava

**Abstract:** The authors present the „I am OK... and what if not?“ programme that was elaborated on the request of The Mental Health League for high school adolescents with the main aim to inform students of high schools about the issues of mental health and mental disorders using discussions and other interactive forms. Further goals of the project are minimising prejudice, stereotypes and stigmatization connected with patients, mental illnesses and their treatment in adolescents.

**Key words:** high school, adolescents, mental health promotion, mental illnesses prevention

Modulový program sa skladá z 3 stretnutí:

1. téma: Som normálny? O duševnom zdraví a duševnej chorobe,
2. téma: Smútok a depresia, podstata oboch procesov a rozdiely medzi nimi,
3. téma: Ako prežiť v rodine. O fungovaní v rodine, konfliktoch a roliach, čo je vo vzťahoch normálne a čo nie.

Okrem obsahu autori prezentujú svoje skúsenosti s pilotnou časťou projektu, ktorý prebehol v apríli - júni 2007 v 12 triedach na vzorke vyše 200 študentov a tiež spätné väzby a reakcie študentov.

Projekt **Som v pohode... A ked' nie?** vznikol z iniciatívy Ligy za duševné zdravie (LDZ), v zmysle cieľov združenia a na podnet stredoškolských

---

<sup>1</sup> Odborní garanti projektu: prof. PhDr. Anton HERETIK, PhD. Katedra psychológie FF UK; prof. MUDr. Vladimír NOVOTNÝ, CSc. Prednosta Psychiatrickej kliniky FNPs a LF UK

študentov, ktorí pomáhali LDZ pri jej aktivitách a mali záujem dozvedieť sa viac o duševnom zdraví a ochoreniach. Projekt vznikol pod odbornou garanciou prof. PhDr. Antona Heretika, CSc. a prof. MUDr. Vladimíra Novotného, CSc. V pilotnej časti projektu sa vytipovali témy a vytvoril návrh pre tri stretnutia so skupinou študentov (pozri rámček vpravo). V hodnotiacom dotazníku prejavili študenti prevažne vysokú spokojnosť s projektom, navrhli prípadné ďalšie témy, ktoré by ich zaujímali. Po menších úpravách projekt beží na stredných školách vo viacerých slovenských mestách. Do dnešného dňa stretnutia absolvovalo 21 tried, čo predstavuje vyše 500 stredoškolských študentov. Autori projektu dúfajú, že sa ciele projektu darí napĺňať.

Uvažujeme nad výskumom efektivity projektu so zameraním na zmenu postojarov, čo ale považujeme za teoreticky i metodologicky veľmi komplikovanú oblasť (explicitné a implicitné postoje, postoje a ich vzťah k správaniu). V každom prípade sme však presvedčení, že projekt dostáva témy, ktoré sa týkajú duševného zdravia a duševných porúch do povedomia dospievajúcej populácie odborným a pozitívnym spôsobom.

**Príklad z prvého stretnutia:** Som normálny(a)? ... O duševnom zdraví a chorobe.

Čo si myslíte o nasledovných výrokoch?

1. Väčšina ľudí s duševnými poruchami sa nie je schopná o seba dostatočne postarať.
2. Väčšina ľudí, ktorí majú duševnú chorobu, sú nebezpeční a agresívni.
3. Lieky, ktoré sa užívajú pri duševných poruchách zmenia človeka.
4. Duševne chorý človek MUSÍ brat' lieky.
5. Ľudia s duševnými poruchami sú nevyspytateľní či nevypočítateľní.
6. Väčšina ľudí s duševnou poruchou si nedokáže nájsť partnera či založiť rodinu.
7. Duševné choroby sa nedajú liečiť.
8. Duševné choroby súvisia so slabou vôleou, treba ich prekonat', len slabí ľudia sú duševne chorí.
9. Ak má človek duševnú poruchu musí sa liečiť v nemocnici.

10. Psychiatria je typická požívaním elektrošokov, zvieracích kazajok a mreží. (ku každému z výrokov sa vedie diskusia, pozn.)

### **Príklady otázok študentov z diskusií:**

- Je duševná choroba, keď človek zamkne na odchode dvere a potom sa musí 10x vrátiť a skontrolovať, či ich zamkol?
- Môžu duševne chorí ľudia negatívne ovplyvniť tak, že „vyprodukujú“ ďalšieho duševne chorého človeka?
- Rátajú sa závislosti do psychických chorôb (napr. alkoholizmus, nymphománia)?
- Ked' nedokážem zabiť nudu nijak inak ako hraním na počítači – je to už závislosť?
- Môže byť duševne chorý človek psychológom?
- Človek, ktorý sám seba podceňuje je duševne chorý?
- Môže rodič preniesť na dieťa depresiu?
- Môže sa stať zo psychopata duševne zdravý človek?
- Čo robíť s človekom, ktorý má anorexiu a nechce si to priznať?
- Môže vyvolat' užívanie drog alebo alkoholu paranoidnú schizofréniu, resp. stihomam?

### **Témy stretnutí**

- 1. stretnutie: Som normálny(a)? ...O duševnom zdraví a chorobe
- 2. stretnutie: Smútok a depresia.
- 3. stretnutie: Priateľov si vyberáme, rodinu nie. Ako prežiť v rodine.

### **Z obsahu stretnutí**

- Čo je normálne a čo nie je?
- Desatoč mýtov a predsudkov o duševných chorobách.
- Psychiater a psychológ. Kto sú? Kedy kde a ako ich osloviť?
- Čo je smútok a čo je depresia?
- Načo je dobrý smútok?
- Prečo je depresia choroba a ako sa prejavuje?
- Ako vyzerá človek s depresiou? (príklady z praxe)
- Ako sa depresia lieči?
- Medzigeneračné problémy. Zbytočnosť alebo zákonitosť?

- Vývinové fázy a krízy, ktorými prechádzame.
- Načo je dobrá rodina a prečo sa tam niekedy cítim na zblázenie?

### **Ako stretnutia prebiehajú?**

Interaktívnym spôsobom prostredníctvom hier, cvičení a diskusií.

Projekt pozostáva z troch stretnutí po dve vyučovacie hodiny.

Na každom stretnutí sa pracuje s jedným triednym kolektívom či skupinou cca 30 študentov.

### **Kde projekt prebieha?**

Pilotná fáza projektu prebiehala pod vedením autorov programu od marca do júna 2007 na bratislavských stredných školách. V súčasnosti projekt beží aj v iných mestách a vedú ho zaškolení (školskí) psychológovia i študenti psychológie FF UK v Bratislave.

### **Aké sú ďalšie plány?**

Napĺňať ciele projektu v rámci cieľov Ligy za duševné zdravie SR a pokračovať v projekte v rôznych slovenských mestách.

Liga za duševné zdravie si kladie za cieľ znížiť stigmu duševných porúch v spoločnosti, prispieť k odstráneniu diskriminácie duševne chorých, zrovnoprávniť starostlivosť o telesné a duševné zdravie a aktívne podporovať duševné zdravie.

**[www.dusevnezdravie.sk](http://www.dusevnezdravie.sk)**

### **KONTAKT**

Doc. Anton HERETIK, ml., PhD.

Katedra psychológie

Filozofická fakulta UK v Bratislave

Gondova 2,

811 01 Bratislava

E-mail: aheretik@fphil.uniba.sk

MUDr. Dušan ALAKŠA

Psychiatrická klinika, SZU

pracovisko Ružinov

Denný psychiatrický stacionár

Krajinská 91, 825 05 Bratislava 3

E-mail: alaksa@3lobit.sk

Mgr. Lenka PRÁZNOVSKÁ

Psychiatrická klinika, SZU,

pracovisko Ružinov,

Denný psychiatrický stacionár

Krajinská 91, 825 05 Bratislava 3

E-mail: psycholog@lenkapraznovska.sk

# PORUCHY PRÍJMU POTRAVY NA STREDNÝCH ŠKOLÁCH

*Viera JAMRIŠKOVÁ - Anton HERETIK, ml.*

Liga za duševné zdravie SR, o.z.

Katedra psychológie, Filozofická fakulta Univerzity Komenského  
v Bratislave

**Abstract:** The authors present results of a research focused on analysis of the current state of prevention of eating disorders at high schools. The research was realized from May to May 2009 on a sample of 130 participants. The file consisted of differently qualified personnel working at high schools in 7 municipality regions. Stemming from this research it seems that the education of professionals working at high schools and setting their competencies is a key preventive solution.

**Key words:** eating disorders, high schools, prevention, personnel working at high schools

Poruchy príjmu potravy (PPP) sú závažným psychosomatickým ochorením – tretím najčastejším chronickým ochorením u adolescentných dievčat (Krčh, 2005). Prevalencia sa pohybuje v rozmedzí 0,4-4,2%. Incidencia v posledných desaťročiach významne stúpa (Krčh, 2004). Riziko s nimi späťe spočíva vo vysokej miere mortality (0,7-17,8%), v ich sklonke ku chronicite (30%) a relapsom (Stárková, 2008, Horká, 2007) . Ochorenie postihuje prevažne ženy vo veku 11-35 rokov (1 muž : 20 žien). Iba tretina prípadov je liečená, iba v 40-60% dochádza k zmierneniu ochorenia alebo k jeho vyliečeniu (Stice, Shaw, 2004). Nebezpečenstvom je tiež častá komorbidita s depresiou, úzkostnými poruchami a závislosťami. Za pozitívne prognostické faktory sa považujú nižší vek pacienta, kratšia doba trvania ochorenia a včasná a adekvátna liečebná intervencia (Miller, et al., 2005).

## Ciel výskumu

Analýza súčasného stavu prevencie porúch príjmu potravy na stredných školách.

## **Súbor**

Pracovníci pôsobiaci na stredných školách (130/7 VÚC) 91% žien, 9% mužov.

## **Metodika**

- exploračný akčný výskumný plán,
- dotazník (návratnosť 86%),
- spracovanie dát: SPSS 16.0, Excel 2003.

## **Výsledky**

- 64% skúsenosť s PPP (bez rozdielu kvalifikácie).
- Stratégie riešenia PPP:
  - najčastejšie (48%) rozhovor so žiakom,
  - IBA 3,6% odporúčanie návštavy CPPPaP (poradňa), školského psychológa (5,4%),
  - 62% NEVIE na koho sa obrátiť, problém riešia sami (CPPPaP ako možnosť neuvádzajú vôbec).

## **Zdravý životný štýl na škole?**

- najčastejšie (38%) na biológii, etickej výchove (32%),
- často iba na hodinách telesnej výchovy.

## **Čo chýba participantom v problematike?**

- 34% (najviac) návod na riešenie problému,
- IBA 9% rieši problém rozpoznania (rozpoznanie = problém v diagnostike),
- IBA 4% rieši hranice svojich kompetencií (riešia problém neodborne).

## **Diskusia**

Pedagóg ≠ školský/poradenský psychológ ≠ psychoterapeut!

PPP ≠ iba biologický (telesný) problém!

Podceňovanie roly školy v prevencii (včasné rozpoznanie a motivácia k liečbe).

## **Závery**

- školy nemajú tendenciu odporúčať študentov v prípade PPP do CPPPaP,

- na školách suplujú funkciu školského/poradenského psychológovia výchovní poradcovia a koordinátori prevencie (pedagógovia!),
- PPP sú primárne vnímané ako biologický (telesný problém),
- školy podceňujú svoju rolu v prevencii.

## **POUŽITÁ LITERATÚRA**

- KRCH, F. D. (2005). *Poruchy príjmu potravy*: 2.aktualizované a doplnené vydání. Praha: Grada Publishing. 256 s..
- KRCH, F. D. (2004). Poruchy príjmu potravy- rizikové faktory. *Psychiatrie pro praxi* [online]. no. 1.
- STÁRKOVÁ, L. (2008). Medicínská rizika poruch príjmu potravy. Conference „*Poruchy príjmu potravy*“. Brno, 8.3.2008.
- STICE, E. & SHAW, H. (2004). Eating disorders prevention programs: A meta-analytic review. *Psychological bulletin* [online]. 2004, vol. 130, no. 2., s. 206-227. Dostupné na internete: <http://psycnet.apa.org/index.cfm?fa=buy.optionToBuy&id=2004-11156-002&CFID=6691488&CFTOKEN=14223257>
- HORKÁ, T. (2004). „Každý problém má své řešení nebo se dá alespoň s někým sdílet!“ In *Zpravodaj Anabell*. No. 16, pp. 2-4.
- MILLER, H. R et al. (2005). Anorexia nervosa mortality in northeast Scotland 1965-1999. In *Am J Psychiatry* [online]. 2005, Vol. 162, No. 4, pp. 753-757. Dostupné na internete: <http://ajp.psychiatryonline.org/cgi/reprint/162/4/753>  
[www.dusevnezdravie.sk](http://www.dusevnezdravie.sk)

## **KONTAKT**

Mgr. Viera JAMRIŠKOVÁ  
Liga za duševné zdravie  
Ševčenkova 21,  
851 01 Bratislava  
E-mail: bratislava@anabell.cz

Doc. Anton HERETIK, ml., PhD.  
Katedra psychológie  
Filozofická fakulta UK v Bratislave  
Gondova 2, 811 01 Bratislava  
E-mail: aheretik@fphil.uniba.sk

,

# **KIDS STRENGTHS - A TRANSFER OF INNOVATION PROJECT RELATED TO “FORGOTTEN CHILDREN”**

*Manfred PRETIS*

S.I.N.N. Sozial Innovatives Netz, Graz, Austria

**Abstract:** The paper presents an introduction to the topic of children who have parents with mental illnesses. It brings up basic data about this population. It introduces the term forgotten children in the context of parental mental vulnerability. There is a large gap in existing services for these children. The author emphasizes the need of opening this topic in discussions of professionals but also non-professional public and describes the Kids Strengths Project.

**Key words:** forgotten children, mental vulnerability, resilience, Kids Strengths, project sustainability

## **The number of children we are talking about**

Current data talk about 900.000 Austrians per year suffering of mental illness (=11% of the population). Every 3<sup>rd</sup> adult patient cares of a child/adolescent (=120.000 children). 50.000- 60.000 children of children/adolescents are in acute need of support (=5% of all children/adolescents).

## **Estimations for Slovakia**

- Population: 5.477.038 (July 2011)
- Vulnerable Population (11%): 602.000
- Children in acute need of support: approx. 30.000-40.000 children

Where are these children?

**This is an upward trend** - WHO data show that in 2020 depression will be the second most prevalent illness (Eikelmann 1998, Müller-Schloher, 2004).

## **KIDS STRENGTHS reasoning**

### **“Children are forgotten by Adult Psychiatry”**

How are the needs of children of adult patients with mental illness addressed?

No focus at all: „We are treating the patients. What shall we do/offer to children?

### **“Children are forgotten by lobbies”**

Recent lethal cases of child violence (Luca, Cain) show that parents with high probability showed signs of mental disorder:

- No public discourse observable;
- Feedback from chief editor of a newspaper in order to start a discourse:  
„Nobody is interested in “psychos.”

### **“Looking for help depends on the parents”**

Alcohol pilot prevention programs are recently offered in some target districts in Austria. The biggest challenge is finding ways how to reach the children. Parents might not be always motivated, child protection units are afraid of future costs of programs...

### **“Professionals (specifically) MDs tend to underestimate the perceived distress of the children”**

Example of 2 children (3a/2a) in the context of severe symptoms of the parents, showing massive developmental delays (no playing behaviour, no expressive language)

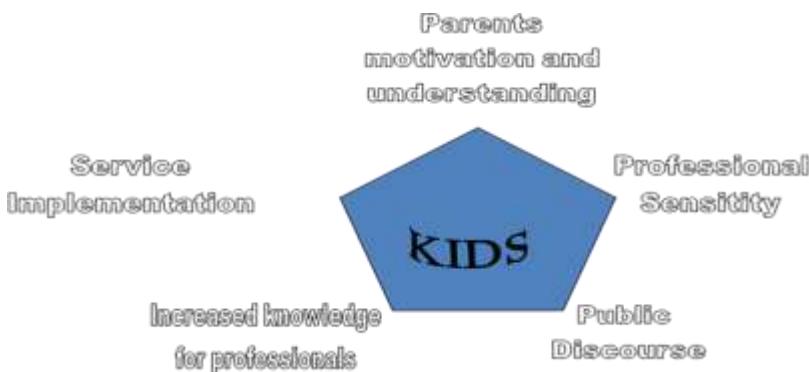
Assessment of the professionals: some small developmental risks (!?)

### **“Lack of services addressing the needs of forgotten children”**

Generally in most EU countries specific services are missing. However during the last 2-3 years an increased sensitivity can be observed and some new services or networks were created. However, the general economic crisis represents a (double) threat:

- For the vulnerable parents (e.g. unemployment);
- For the services (finances).

## The anchor points of KIDS STRENGTHS



## The goals of KIDS STRENGTHS

### 1) Transfer existing knowledge to professionals in diverse sectors

Goals already reached: 4 modules in 8 languages (BG, DE, EN, ES, FI, HU, PT, SK, TR) available under [www.strong-kids.eu](http://www.strong-kids.eu)

- 1) „Lets Talk about Children“
- 2) „The Impact of Mental Vulnerability on Children“
- 3) „Information and Understanding“
- 4) „Fostering Resilience“

### Sustainability of the knowledge transfer

In some training contexts “KIDS” contents have been implemented

AT: for social workers in St. Pölten

PT: for Early Childhood Interventionists in Braga

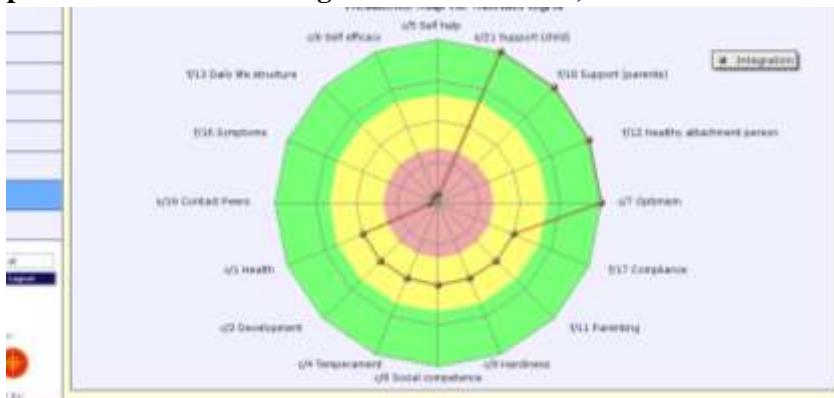
SK: For special/therapeutic educators in Slovakia

DE: for Early Childhood Interventionists in Hamburg

FI: Let's talk about children for the health sector

### 2) Creating a resource pool and online learning platform (more than 200 pilot training participants)

### 3) Developing a clinical screening instrument (Resilience Map to assess protective and threatening factors for children)



#### Sustainability of Resilience Map usage

- Mainstream usage in our service in Graz
- Free of charge training usage for our project partners
- Commercial exploitation in future
- Till now 237 families uploaded in the database

#### 4) Increasing public sensitivity via dissemination and mainstreaming

- About 70 publications in German speaking press and journals
- About 50 presentations in national and international meetings/conferences
- 2 radio features in Austria

#### Sustainability - „It moves on“

- Creating networks of services
- New working groups
- A book in Hungarian/Slovakian
- New project ideas (EU Green Paper on Professional Qualifications?)

#### “Side effects”

- Internal training of the project partners (by partners from FI, DE)

- National conferences/presentations in HU and SK
- Academic thesis (DE, AT)

### **What we can do for the children of our patients/clients**

- Let them have fun and friends, be optimistic.
- Let them make their own plans – and accomplish them autonomously.
- Let them concentrate on specific actions – hardiness.
- Motivate them to ask for help when they do not feel well.
- Empower them to hang out with their friends.
- Let them be proud of what they have achieved.
- Let them understand what is going on.
- Empower them to join other people who like them.

For more information: **www.strong-kids.eu**

Visit also our new projects: VISKILAB and EUPALT.

### **KONTAKT**

Prof. Dr. Manfred PRETIS

S.I.N.N. Sozial Innovatives Netz

Lerchengasse 4c, A-8054 Graz, Austria

*E-mail: office@sinn-evaluation.at*

# **COOPERATION WITH PARENTS WITH MENTAL HEALTH PROBLEMS: THE EFFECTIVE FAMILY & CHILD PROGRAMME**

*Tytti SOLANTAUS*

National Institute of Health and Welfare, Helsinki, Finland

**Abstract:** The author explains the multi-factorial dependence of effects of parental mental vulnerability on children (concrete symptoms of the mental illness, other problems in the family, ways of coping, support, etc). She talks about resilience factors and ways of supporting them. The importance of talking about mental illnesses, open communication and mutual understanding is highlighted. The Effective Child and Family Programme in Finland is presented with the main focus on the Let's Talk about Children Programme including research data on safety and feasibility of the programmes.

**Key words:** mental health disorders, resilience, mutual understanding, communication, effects of mental health problems, programmes for families, services for families

## **The journey**

- From risk approach to understanding processes, to the study of making a change in processes: prevention and promotion, interventions
- From pathology to resilience and opportunity
- From hopelessness to joy and hope
- From individual families to systems

## **Intergenerational transfer: Aspects of the disorder**

- Diagnosis itself not decisive: chronicity, severity, comorbidity, often mental health and drug use problems
- Impact of the disorder on parent-child interactions and on parenting (depression, personality disorder)
- NOTE: medical severity vs. interactional severity

## **Mothers or fathers or both?**

- Most studies concern mothers only
- The more fathers are studied, the richer the picture becomes

- Ramschandani et al: postnatal depression in fathers impacts on the child, follow-up until 7 years (J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 2008)
  - The role of the parent in the family has not been discussed in the studies
- Genes and environment, G x E** (Caspi, Moffit, Meaney, Kendler, Rutter, etc.):
- Gene-environment **interaction** impacts on the development of disorder
  - Kendler: there is no direct genetic heredity in mental health disorders
  - In depression: emphasis on environmental impact
  - G x E creates a call and a stage for prevention

**Families have also other issues, which increase risks for children** - mental health problems/alcohol and drug use in other family members, somatic ailments and diseases, family discord...divorce rate raised, parenting problems... neglect, violence, fall in family economy, unemployment, poverty, crowded living conditions, adverse neighbourhoods, poor schools, isolation, stigma, social exclusion...

- Our families needs go across sectors
- Need for collaboration and building of multisectoral practices
- We are all needed – school, kindergartens, psychiatric services, substance use services, social services....

## Resilience

- Many families and children are doing fine
- If 40% of children suffer from psychiatric disorders, 60% do not
- It is possible to be a good parent and provide a good home even with mental health disorders
- Problems themselves are not decisive, but the way they are tackled
- "Normal" development even if there are risks for development
- *Resilience develops in interaction with the environment (Luthar, 2007; Rutter, 2010)*
- Resilience is not a characteristic of the individual
  - Being resilient now, does not mean resilience in the future

- Being resilient in one adversity does not mean resilience in some other adversity

## **Protective factors/processes**

Family and home related

- Functional parenting and family relationships, love, caring, monitoring, guidance, etc., flexible problem solving
- Experience of positive activities and joy
- Sense of security and self-efficacy
- Support from social network and services
- Open communication and mutual understanding in the family concerning the situation

Social life outside the family

- Friends, play and games, hobbies, etc.
- Good experience and sense of belonging: day care, school, peer group
- Supportive social network for the family/child

Society related protective factors

- Services promoting child development and preventing problems
- Support system in day care and schools
- Effective treatment for the parent and children

## **Factors related to resilience in children** (Sandler, 2001, adapted)

- Warm and supportive relationship with parents
- Attachment, guidance, delight, etc.
- Supportive network of friends/adults and constructive age-appropriate activities, hobbies/leisure time
- Belonging to a structured, supportive class/group at school/kindergarten

## **Resilient children in families with parental mental illness**

- My parent has a problem / is ill and I feel bad for him/her.
- He/she behaves strangely at times because of the illness and it is sometimes scary.

- When I need comfort and support and my parent is unavailable, I can turn to ...
- I did not cause my parents problems – they are due to other things.
- My parent has a doctor/others to take care of him/her.
- I know I cannot cure him/her, but I can ...
- I keep up my friendships and activities: this is what also my parents want.

### **Understanding develops over many years**

#### **Mental health disorders**

A silenced, stigmatized problem (In the community; In families (Between partners /mothers and fathers; Between parents and children; Between children)

If a problem cannot be talked about (Its consequences cannot be understood and solved; Creates distance between people, in family, social network, etc.).

#### **Importance of open communication and mutual understanding**

- For making support and love possible (within the family and outside)
- For making sense and meaning of one's experiences (parents, children, practitioners)
- For solving problems in family/clinic/school, etc. in the course of everyday life

**Children's experiences might include:** My parent does not want to be with me (stays in the bedroom). I am a burden to my parents. If I were different, everything would be fine. I hate my parent!

**Parent's experiences might include:** I am no good as a mother /father. My children would be better off without me. My child is a nuisance!

**Practitioner's experiences might include:** Poor children! These parents are no good. My patient should not be troubled by family worries.

**Talking with children about their parent's mental disorder is a strange thought**

- Cultural beliefs about mental illness

- Lack of knowledge of one's state
- Beliefs about what is best for children
- Beliefs about what is best for patients
  - one does not know WHY
  - one does not know WHAT
  - one does not know WHEN to talk

### **Children's questions ...**

What is wrong with Dad? How long does it last?  
Why is my parent angry all the time? Sad all the time?  
Will Mom be like she used to be?  
Will Dad do something to himself?  
Will my parents divorce? What will happen to us?  
Why is it? What is the reason? Did I do it?  
Can something be done about it?  
Can I do something?  
Will I get it?

### **Parents' questions**

Have my children suffered?  
Will my children get this?  
Is there something I could do?

### **Working with families with parental mental illness is based**

- on understanding the impact of mental illness on one's abilities to interact with and to take care of oneself and others
- understanding the situation and needs of the parent
- and on understanding the situation and the needs of the children
- and negotiating these and the needs of the practitioner

### **The stigma of mental illness**

Stereotyping, prejudices, discrimination: "They are not interested in their children." - "They don't see their children's problems." - "They cannot talk

about their children." - "If you ask about their kids, they always say everything is fine." - "We know what is best for the children."

- Stigma extends to family members (to the children if the parent is ill; to the parents if the child has problems).
- Professionals / WE stigmatize families: alcoholic family; psychotic family; anorectic family; "mental family"; substance abuse family...

### **Respect for the parents**

- The parents' role as parents is respected
- The parents decide how to parent their children
- Problems are discussed openly and constructively with an understanding of the impact of the mental health issues on parenting

### **NOTE: abuse and neglect (also threat of):**

- Physical violence in the family
- Psychological violence – badmouthing, etc.
- Neglect of care and support
- Collaboration with social services
- Mandated reporting to child protection services

### **From....**

"It would be good for children if you ..."    "It would be best if you..."

"You should..."                 "It would be good for the children if you ..."

### **To ... The Effective Child & Family approach**

- "Other families have found this useful."
- "Research results suggest that..."
- "What do you think, would it be something you might like to try?"
- "Other families/Studies have found this useful ..."
- Professional knowledge is offered to the family
- "What do you think, would it be something you might like to try?"
- Parents' own experience, judgement and decision making is respected
- Two experts meet

## **Respect for the parent**

- The parent is supported to tell about his/her situation to the children
- The parent is not discussed about with children
- "Nothing about me without me"
- If the parent is unable (e.g. too psychotic), include the person who is responsible for the children
- Understanding mental health issues and their consequences is a process in the home across weeks, months, years

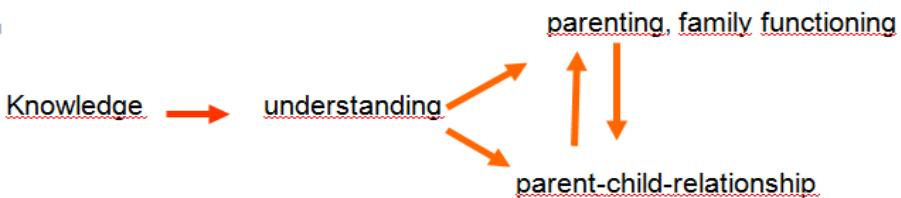
## **Talking with children about parental mental problems**

### **Principle number 1**

The aim is to build up parent-child relationship and to make problem solving possible: clearing out misunderstandings; demystifying mental illness, stigma within the family; building a communication bridge between parents and children.

### **Principle number 2**

The aim is to increase mutual understanding: Parents to understand children and children parents; NOTE: also children might have psychiatric disorders and therefore behave/react in "odd" ways.



### **Principle number 3**

Understanding develops over time - talking is a process between parents and children

⇒ *Help for parents to explain and discuss the problems with children*

## **Principle number 4**

One talks about things/happenings which are within the child's experience – what children have seen, heard, what is bothering them

⇒ *Children need an explanation to their experiences*

## **Principle number 5**

Important to express empathy and understanding to the child

⇒ *Validation of children's emotional and behavioral experiences*

## **Principle number 6**

A solution needs always to be built in, when children are told about major problems in their and their families' lives: "I am in a treatment ..." etc.

⇒ *A door to the future needs to be opened*

## **Principle number 7**

There has to be a person present, who can continue the discussion with the child at home.

## **Principle number 8**

If a parent is not present, he/she must be told afterwards what was told about him/her to the child.

## **Message from parents to children**

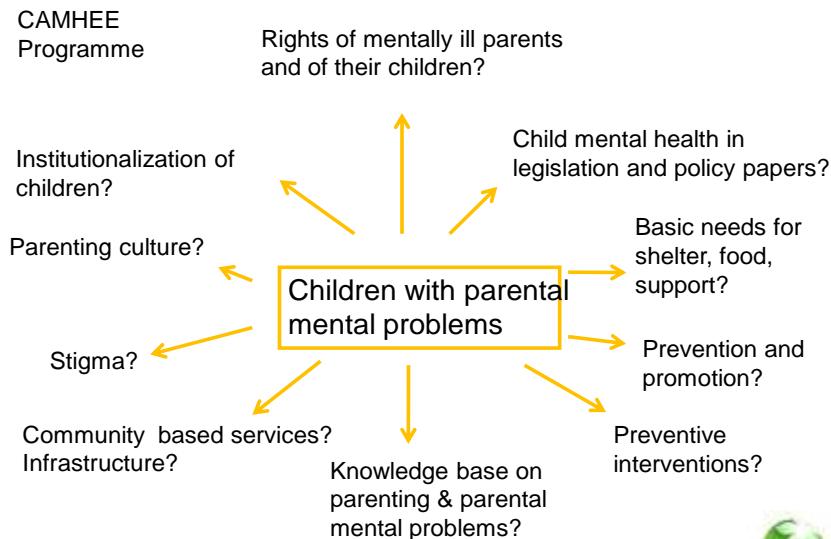
- My behaviour is due to my own problems. Give examples: "Remember, yesterday..."
- My problems are not because of you.
- I can understand how bad you feel.
- I take care of myself. "I see the doctor / therapist..." "I take pills..."
- Come to talk to me whenever you want.
- If I am not able to support you, get into contact with...
- School is important ...even if I do not attend the parent evenings.
- Keep up your friends and hobbies, even if I have difficulties.

- You can talk about these issues with your friend and people important to you / with ...
  - ⇒ *Mutual understanding and sense of security*
  - ⇒ *Support for children's social life*

## The Effective Child & Family Programme in Finland

Our work has a history

- The Netherlands – almost 20 years experience
- International conferences since 2001: First European conference in Athens in 2005; The next one in Vancouver, Canada in May 2012 (COPMI)
- The Nordic Countries: The Nordic Forum from 2005
- CAMHEE programme, Work Package 5 on children of mentally ill parents 2007-2009
- EU papers include COPMI



NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND WELFARE



## **Why not?... cultural attitudes**

- Mental health problems are private
- Stigma: stereotyping, prejudices, discrimination
- Cultural attitudes towards parenting (family's own business, private; harsh parenting the cultural norm; acceptance of separation of children and parents)

## **Why not?....service structure**

- Institutionalization of psychiatric services
- Sectorized services -for adults and children, for health and social services, for somatic and mental health,

## **Why not?...**

- Individual orientation in services
  - But a hidden worry about the children!
  - Symptom orientation with no or little focus on the interactional consequences of the symptoms
  - Belief that parents' treatment is enough
- Fear for the patient
  - Need to protect the patient
- Not knowing how to approach parenting and children with the patient/client/parent

## **Why not?...practitioners**

- Not knowing how to approach the parent's psychiatric problems - a major obstacle
- Mother/parent blaming – also parents are hesitant to talk about family issues
- Not our business! (especially schools)

## **Why not?.... legislation**

- Mandated reporting of child abuse and neglect -children taken to out of home custody; loss of parental rights

- Legislation emphasizes control and re-action
- Pro-active legislation: promotion and prevention concerning support for children and families with parental problems, Finland, Norway, Sweden

## **Health Law, May 1, 2011**

### **(70§) Taking care of children's needs in services for adults**

- Obligation for mental health and substance abuse services and other health and social services for adults to ensure that the patients' / clients' children's needs for care and support are attended to.
- Already legislated in the 1980s, but no systematic action until the Effective Child & Family programme started in 2001.

**Cultural context is extremely important** - zone of proximal development

### **The Effective Child & Family Programme (EC&F) 2001**

- A development, research and implementation programme
- To make health and social services to respond to the needs of children and families when life is difficult for the parents
- And to build cross sectoral community based services for the families (Started from parents' mental health problems. Extended to physical health, substance use, economical problems, criminality)
- National Institute for Health and Welfare: Mika Niemelä, Juulia Paavonen, Marianne Sipilä, and Tytti Solantaus, and hundreds of professionals in the field
- Funded by National Institute for Health and Welfare, Ministry of Social Affairs and Health, the Finnish Academy (research)

### **EC&F programme (2001 - spring 2011)**

- It is becoming mainstream / routine practice to discuss children in psychiatric services for adults.
- Municipalities have started to include preventive work for these families in their strategies and infrastructure.
- A network of 100 trainers across the country: many health districts/clinics have their own trainers; thousands of professionals have been trained to discuss family situation, children and parenting with the parents and

children in health and social services, work in kindergartens and schools is beginning.

### **Strategy for change**

- Action on all levels at the same time, if possible:
- National – local governmental level for policies, strategies, legislation
- Organization leaders for strategies, infrastructures, resources
- Practitioners: work with clients/patients/families starts as soon as possible
- Service users, families - NGOs
- Population - media

### **The EC&F Programme**

- Opening (kick off) seminar
- The Let's Talk about Children -discussion (LT, 1-2 sessions)
- the Beardslee Family Talk Intervention (FTI, 6-8 sessions)

### **The aims of the EC&F methods**

- to support child development and solve children's problems
- to help the family to live with the problems
- to support parents to be as good parents as possible in the present situation
- to help parents and children to use: the family's own resources, resources of the family's own network , resources of different services
- to help the family reach the services they need
- In schools and kindergartens: to help teachers support the child during the day; to help teachers and parents to collaborate for the good of the child

### **Raising interest for the children: beware of increasing stigma!**

- It is tempting to use the worst cases as examples
- To wake people up, to arouse worry for the child
- "To make them finally understand and do something!"

BUT

- It increases stigma – an outcome of stigma?
- Does not increase understanding
- Adult services: not for us, for child protection

- Guilt tripping is not a good way to get people to collaborate with you
- Hopefulness and agency are better choices

**Opening seminar** – when entering a new locality – to raise awareness: basic information, review of methods, issues of implementation.

All: child, adult, family practitioners from all sectors and NGOs are invited, when EC&F work is introduced in local services - plus local / regional media

## Opening seminar in a new locality



## Let's Talk About Children a psychoeducational discussion / intervention with parents

Let's Talk About the Children (LT)

- Designed initially for practitioners with no training and experience
  - in talking about or with children in professional settings
  - in making assessments of child development
  - has been taken to kindergartens and schools
- Two psychoeducational discussions with patient / both parents, more when needed
- Opens children as a topic in the relationship between the parent and the practitioner

- Manualized
- Information for parents on how to support their children
- Protective factors /processes (Within the family. Outside the family)
- Promotive assessment of children

### **Psychiatric assessment of a child**

- parents and children provide the material, the assessment is made by the clinician
- for the clinician
- to know what measures to recommend
- produces a symptom profile
- necessary for the treatment process

### **Promotive assessment in LT**

- assessment is made by the parents and the clinician together
- it is made for the parents
- to help them to know how to support the children
- produces a profile of child and family strengths and vulnerabilities
- and means for the parents to act

### **Psychiatric vs promotive assessment**

<b>Psychiatric assessment</b>	<b>Promotive assessment</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- assessment made by the clinician</li> <li>- for the clinician</li> <li>- to know what measures to recommend</li> <li>- produces a symptom profile</li> <li>- recommendations for treatment</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- assessments made by and with the parents</li> <li>- for the parent</li> <li>- to parents to know how to support the child</li> <li>- a profile of child/family strengths and vulnerabilities</li> <li>- tools for parents to act</li> </ul>

### **Child and family strengths in LT**

- things that are going normally
- no special capacities or achievements are needed
- The definition of resilience: OK development in spite of difficulties

## **Child / family vulnerabilities**

- Things that are already problems and things that might become problems:
- Lack or weakness of protective structures
- Child's own vulnerabilities
- A vulnerable match between parental problems and child characteristics (a shy child and low-energy depressive parent; a lively child and parent with diminished impulse control)

## **Age specific forms to assess child development**

- pregnancy, 0- 3 years, 3-6 years, 7-12 years, 13 and up

## **Let's Talk Manual and Logbook**

- the manual describes the principles
- the log book lists topics to be covered
- the order of topics can be changed
- the logbook helps to stay focused on children
- the plain logbook version: lists topics
- 'an assisted logbook': includes suggestions for expressions that can be used

## **The (Beardslee) Family Talk Intervention**

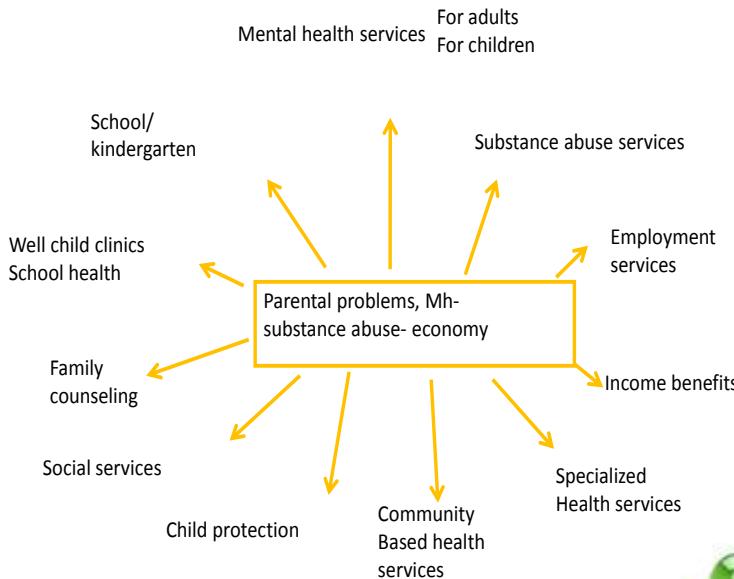
- Support for the family to communicate openly and constructively about parental mental health issues and other family problems
- 6 sessions in a family with 1 child: Parent session (2), Child session (1/child), Planning session with parents (1), Family session (1), Follow up session (1), Booster sessions in the long run, [www.fampod.org](http://www.fampod.org)

## **Vertti – groups for children and parents**

- Family Organization/Uusimaa project: Matti Inkkinen & Bitta Söderblom
- Combining: Peer support for both children and parents. Family process
- 10 session programme
- "Opportunity to talk, allowed to be quiet"

## **Let's Talk Network meeting**

- Is there a need for out-of-family support and a Network Meeting?
- Need to activate the social system around the child and family (relatives, friends, teacher, etc.) and/ or to involve other services?



NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND WELFARE

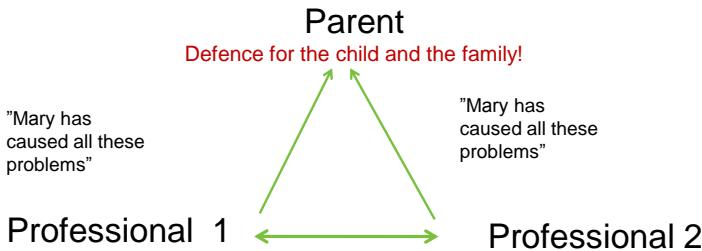
5.11.2011

Tyti Solantaus

## Problems in traditional network meetings

- Time consuming and difficult to convene
- Loose discussions with no clear, concrete aims
- Often focus on negative issues
- Feelings of helplessness but also frustration and anger among the professionals and the family
- Family members: Risk for humiliation and loss of agency. Leading to refusal to come again

## Communication traps



Prof. No1 to No2: "Can't you see how much I have done?"  
Prof.No2 to No1: " But I have done even more..."



NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND WELFARE

T. Solantaus, 2011

### Multisectoral work in the EC&Family program

- Tries to avoid and solve the problems in traditional network meetings
- The Let's Talk – discussion identifies issues for action in a respectful and hopeful way with parents
- The Network meeting elicits concrete actions on issues identified in the Let's Talk –discussion
- Every participant thinks out what he/she can do for the child/family

### Preparing for the Network meeting

- Give parents information of how the network meeting can help, and of those who could be of help
- Child participation: children need to feel safe!
  - family's own network
  - if authorities present, discuss children's safety,
  - age of child
- Children's voice can be heard in many ways
- Let's Talk about Children provides topics to be discussed with parents

- Plan the discussion with parents: with the aims in mind; only those issues that help others to understand and support the children; agree on topics not to be discussed (e.g. personal issues about mental illness); also the parents need to feel safe.

### **The Let's Talk Network Meeting**

- Welcome & introduction
- Every participant commits oneself to do something for the child/family: concrete activities, which one is able to do, the smallest things are ok – no guilt tripping
- The family members are the last in order to state their activities

### **Tasks agreed to be done**

Date of this meeting and the next		
Identified issues to be acted on...		
Participant	Activity	Done/not (date)
Social worker		
Psychiatric nurse		
Teacher		
Grand parent		
Uncle		
Mother		
Child (if present)		

NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND WELFARE

05/11/2011

Tytti Solantaus

47



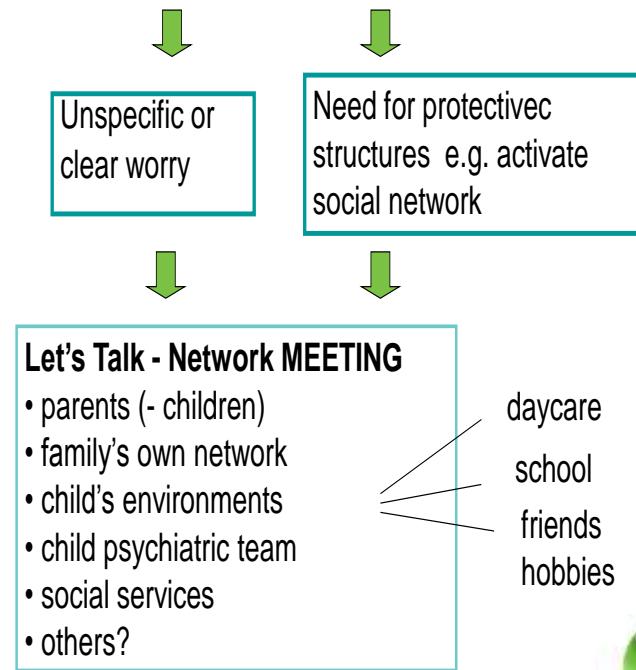
- Let's Talk Network meetings have been received with enthusiasm
- They seem to solve some of the networking problems
- Young people have responded with delight
- Research ongoing

### **In kindergartens and schools**

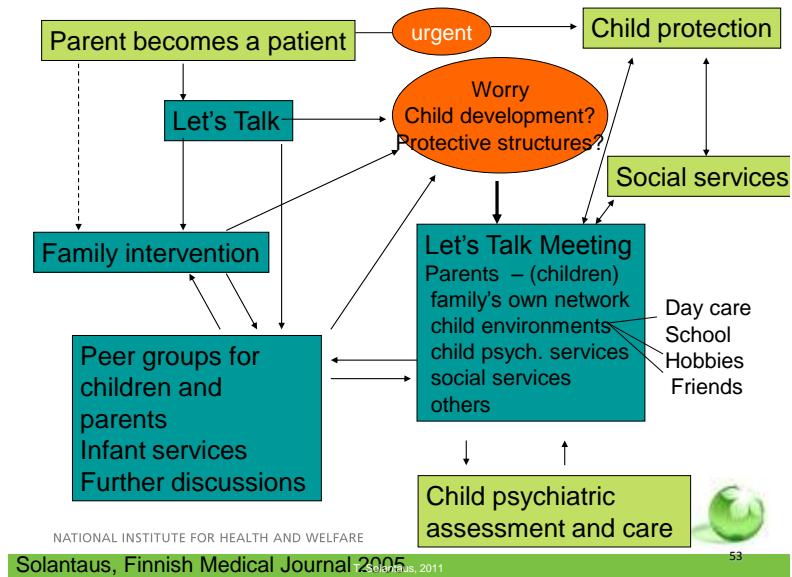
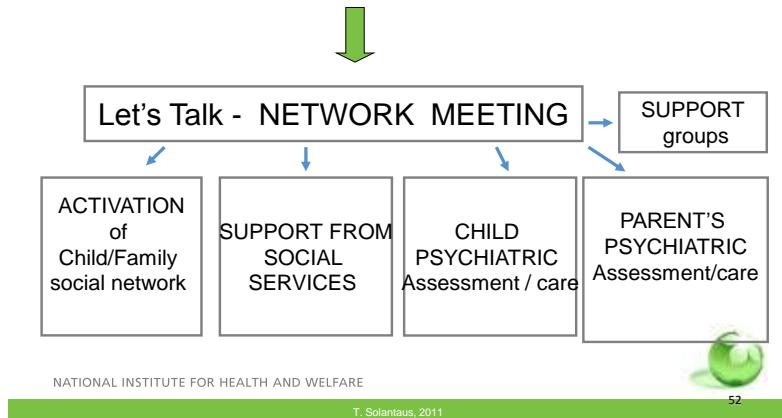
- Teachers have the opportunity to support children during the school/kindergarten day

- Teachers have individual parent meetings (as part of the system)
- Information to the parents of teacher's opportunity to support the child if there are family stressors: "Come and tell us" "We will also tell about our problems." Joint meeting with Let's Talk. Support during the school day for the child.
- Talk about the Children – discussion and the Network meeting to build a network around the child
- The work is only in the beginning

## Eff. Child&Family Methods



## EC&Family methods Let's Talk about the Children



## **EF -work in progress**

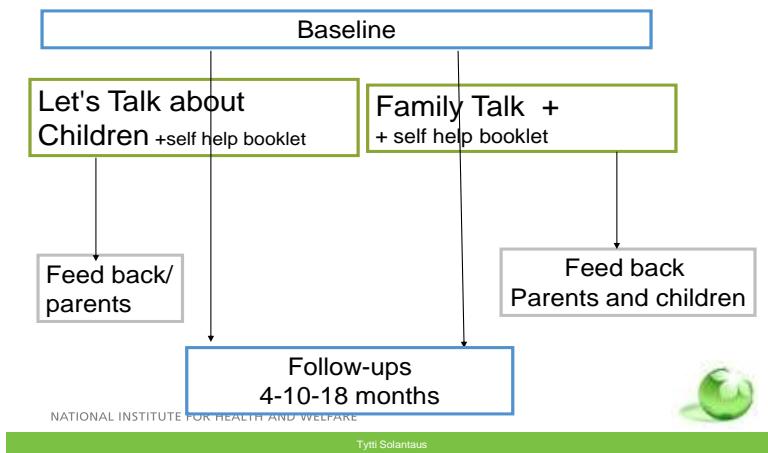
- the work has spread into primary health and social services
- parental cancer & cancer clinics
- other somatic diseases in parents
- drug and alcohol problems & services
- child protection situations & services
- children's mental health problems & services
- and other difficult-to-talk problems, for instance to families with transsexual parents, HIV, children in out of home custody

Changing thinking and changing systems is a long process and you need a special recipe for making the change (HIM – Ville Valo philosophy by Pekka Himanen): creative craziness, guts, band, persistence, and a dream.

## **Study questions**

- To compare the Let's Talk about the Children and the Family Intervention
- Safety, feasibility and perceived benefits (IJMHP 2006, 2009)
- Effectiveness of the methods (ECAP 2010)

## **Effective Child&Family Intervention Trial**



## **Sample and sample flow**

- Informed consent 119 families with
- A parent in treatment for depression
- at least one child between 8-17
- Randomised to FTI 60 and LT 59 families
- Intervention completed by 109 families
- Feed back Questionnaire 45 + 45 families
- Baseline and follow up at 4-10-18 months
- Attrition ranging between 9%-34%
- A questionnaire based study

## **Feed back data: Safety, feasibility and perceived benefits**

### **- Safety**

- Do our methods cause harm? ... Parent's well being and treatment motivation. - Stigma. - Children's worries

### **- Feasibility**

- How do family members receive the sessions?
- Clinicians' experiences of working with the methods (Toikka ja Solantaus, IJMHP 2006)

### **Safety**

- Do we increase parents' or children's burden? No, the opposite.
- Parents (LT-FTI)

*felt better after the intervention: 43% - 74%*

*Motivation for treatment increased: 39% - 59%*

- Do we increase parents' sense of stigma? No.

*Increase of self acceptance 46-76%*

*Decrease of sense of guilt 64-74%*

*Decrease of shame 16%-60%*

*Some negative responses*

- Children's burden (FTI)?

*My worries decreased 50%; one child increased*

*Felt better after the intervention 50%*

- Was there harm done to you or anyone?

*Great majority: No*

*Two parents said yes*

*One child said yes: I did not know what to say.*

*The few negative responses highlight the importance of proper training*

## **Feasibility and perceived benefits**

Parents reported

- *Overall satisfaction in their own intervention*
- *A good working relationship 71-86%*

## **Perceived benefits**

- *Getting new tools for parenting 72-93%*
- *Confidence in children's future increased 73-93%*

## **Children (FTI):**

*95% were able to say what they wanted*

*98% reported having been understood by the clinician*

*85% would recommend the FTI for other children*

*55-60% easier to talk and ask about parental problems*

## **Impact on mutual understanding in the family**

- Parent report:

*I understand my children better 52% - 81%*

- Child report:

*My mother understands me better 67%...*

*My father understands me better 59%...*

*I understand my mother better 33%*

*I understand my father better 28%*

## **Making children a legitimate topic**

- All patients in FTI and 83% in LT had continued to discuss children in later sessions

## **Identification of needs for other services**

- Both interventions identified about 20% children with problems needing referrals,

- but family counselling was recommended more often in the FTI (25% vs 5%).

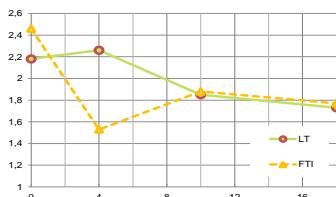
### Clinician's experiences

- Fidelity: the interventions were carried out as expected according to the logbooks.
- Positive impact on the clinicians' motivation and joy (80-90%)
- Impact on increasing intersectoral work (about 50%) with child protection and child mental health

### Trial outcomes and measures

- Symptom outcomes: measures
  - Child: SDQ, SCARED, CDI
  - Parents: BDI, STAI (anxiety), illness history, family history

### Emotional symptoms SDQ parent report: baseline – 18 months



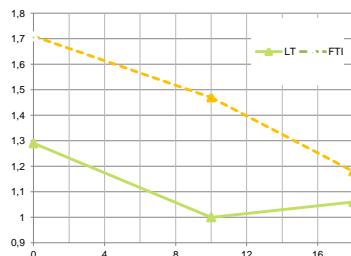
Time p= .036, Time x Group p= .04

NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND WELFARE

Tytti Solantaus



## Anxiety symptoms SCARED, parent report, baseline – 18 months



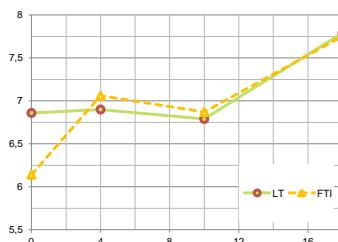
Time p= .003, Time x Group p= .230 ns

NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND WELFARE

Tytti Solantausta



## Prosocial behaviour, SDQ parent report



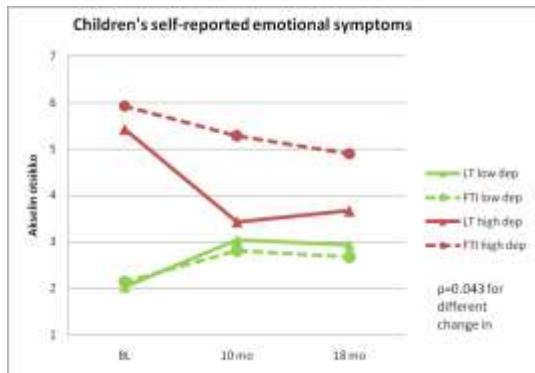
Time p< .001, Time x Group p= .157 ns.

NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND WELFARE

Tytti Solantausta



## Children's self reported emotional symptoms (SDQ emot subscale)



NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND WELFARE

Tytti Solantaus



### Symptom outcome at 18 months

- Parental reports on SDQ on children
- Emotional symptoms decreased in both groups ( $p=.036$ ), more so in FTI ( $p=.04$ )
- Anxiety decreased in both groups ( $p=.003$ )
- Marginal decrease in hyperactivity in both groups ( $p=.072$ )
- No change in peer and conduct scores
- Prosocial behavior increased in FTI ( $p=.001$ )

### Child reports

- No overall change in SDQ or CDI
- But a sign decrease in symptoms in the highly symptomatic group at baseline; no group difference

### Attributions

- Interpretation and explanations of the reasons for events, behaviour & feelings
- Attribution theory: explanations and understanding serve mental health

- Important in depression

- Shown to be distorted in children of depressed parents
- "I am no good, good things happen because of good luck, not me. Bad things happen because of me ... my parents problems..."

## Prevention hypothesis

Prev. Intervention, the parent:  
" I have problems myself,  
they are not due to you"

Child: Attribution change re parental symptoms  
"Ok- not my fault"

Child: Generalization to attributional schema  
in general

NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND WELFARE

Tytti Solantaus



- Limitations and questions
- Attrition
- For future studies – larger samples
  - Boys/girls, different age periods
- The role of parental treatment

## Conclusions

- Both intervention are safe and feasible in the Finnish family and service culture
- Both have an impact on the expected direction
- The Family Talk Intervention more effective on emotional symptoms in children
- The Let's Talk more effective on attributions
- Explanation? Different effect mechanisms?

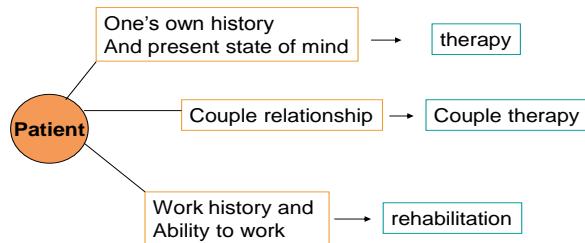
## Sustaining and developing the work

- In adult psychiatry: Good practice guidelines to include children. Patient records to include a family page. Case conferences to include child issues. To come: National statistics ask if the children's needs have been attended to, Yes/No
- Infrastructure for child work in clinics: Identified professionals responsible for monitoring the work. Two meeting with the heads of the organization for reporting the work and the needs for training etc.

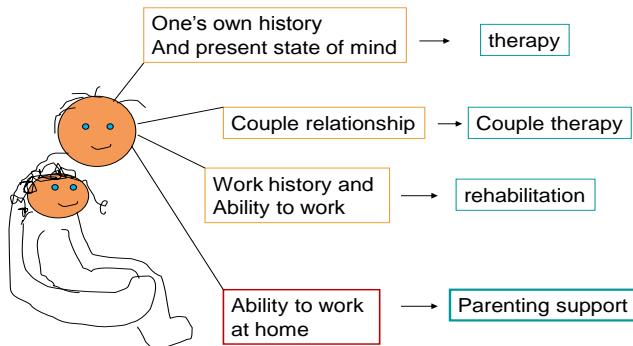
## Quality and development: EC&F network

- A big challenge is how to keep up the quality of the work
- Trainers' 'boarding school' for 3 days once a year
- Local networks and peer supervision (not everywhere)
- National and local seminars
  - New themes as experience is collected (Cancer patients, child protection, substance abuse, children's problems, multisectoral work. The Nordic Forum for Nordic collaboration since 2005. Other international collaboration).

### Mental health services for adults



## Where is parenting? And prevention?



NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND WELFARE

T. Solantaus, 2011



## KONTAKT

Prof. Tytti SOLANTAUS

The National Institute for Health and Welfare (THL)

Mannerheimintie 166, PL 30,

00271 Helsinki, Suomi, Finland

*E-mail: tytti.solantaus@thl.fi*

### **3 SKÚSENOSTI Z PRAXE NA SLOVENSKU**

## **PROCES VYROVNÁVANIA SA S DUŠEVNÝM OCHORENÍM V RODINE - SKÚSENOSTI S PODPORNÝMI A PSYCHOEDUKAČNÝMI STRETNUTIAM PRÍBUZNÝCH**

*Anna KOČIBALOVÁ*  
OZ Opora, Bratislava

**Abstract:** The presentation explains the process of coping with and accepting mental disorder in a family. It describes reactions of family members to the fact of mental illness of a parent, a child or a sibling and emotions they experience (feeling of guilt, embarrassment, isolation and loneliness). Coping strategies of relatives are mentioned in general and specifically for a situation of schizophrenia in the family. Further it introduces psychoeducational and support groups and the goals of programmes offered by the civic organization OZ Opora in Slovakia.

**Key words:** coping strategies, emotions, relatives of parents with mental disorders, psychoeducation, support programmes

Duševné ochorenie znamená veľa zmien v živote rodiny, zmätkov v pôvodnom systéme rodiny, rozvíri sa hladina emócií, členovia rodiny sa cítia veľmi zneistení a oslabení. Po prekonaní akútnej fázy často zostáva dlhodobá záťaž ochorenia. Zvládanie záťaže má významnú rolu pri prevencii relapsu ochorenia. Každá rodina sa snaží zvládnuť situáciu najlepšie ako vie, s tými zdrojmi, ktoré má a pozná.

#### **Reakcie príbuzných v procese akceptácie duševného ochorenia:**

- Šok:** príbuzný je vystrašený, ustarostený, zmätený, je odborníkom konfrontovaný so situáciou, o ktorej nerozmýšľal, prekvapenie najmä vtedy, ak ochorenie prepuklo náhle, nejasné predstavy o psychickom ochorení, niekedy úľava, že problém je pomenovaný, spoliehanie sa na pomoc odborníkov
- Popieranie:** tendencia zláhčovať situáciu, presvedčenie, že je to len prechodné, ochorenie neexistuje, najmä pri nejasných a nedostatočných informáciách

- pozitívum: príbuzný je pripravený a motivovaný bojať, aby sa jeho blízky vrátil do normálneho stavu
  - negatívum: nereálne ciele, ktoré nemôžu byť splnené
3. **Zármutok:** zážitok straty toho, čo bolo pred ochorením, zmena v správaní a prežívaní blízkeho, strata predchádzajúcich predstáv o budúcnosti, zážitok podobný smrti blízkeho človeka
  4. **Frustrácia a hnev:** vyčerpanosť, bezmocnosť, hnev na systém zdravotníckej starostlivosti, na chorého príbuzného
  5. **Pochopenie a učenie sa ako žiť s ochorením**
    - poznanie, že doterajšie predstavy a spôsoby reagovania nie sú primerané situácii chorého
    - pocítanie úľavy, že už nemusia stále pátrať po príčinách zmien u príbuzného
    - akceptovanie problému ako výzvy
    - získanie odstupu, nižšia miera emocionálneho zaangažovania

## Špecifická emocionálneho prežívania situácie u príbuzných:

### Pocity viny

- príbuzní majú potrebu nájsť vysvetlenie, príčinu ochorenia, nájsť „vinníka“
- pocity viny môžu vznikať aj pri čítaní odbornej literatúry, v kontakte s odborníkmi, najmä ak sú príliš zdôrazňované rodinné a výchovné vplyvy pri vzniku ochorenia
- napriek poskytnutým informáciám o biologických faktoroch, rodičia často považujú psychosociálne faktory za dôležitú príčinu (kvalitatívny výskum, Pejlertová, 2001)
- prílišné vyčleňovanie príbuzných z liečebného procesu zo strany odborníkov
- príbuzní si kladú otázky: „Nemôže, alebo nechce? Môžem za to ja? Čo robím zle?“
- výsledkom nadmerných pocitov viny môže byť depresia, oslabenie sebadôvery, nadmerne ochraňujúci postoj, strácanie schopnosti riešiť problém, znížená kvalita života

## **Pocity hanby**

- v spoločnosti sa duševné ochorenie ešte stále spája s určitou sociálnou stigmou a skreslenými názormi na ľudí s duševným ochorením a ich príbuzných
- k prvému kontaktu so psychiatriou často dochádza za dramatických okolností
- neobvyklé správanie je inými ľažko pochopiteľné
- pocit, že iní ich vidia ako zlú rodinu

## **Osamelosť a izolácia**

- vnútorná izolácia medzi členmi rodiny spôsobená krízou
- vonkajšia izolácia, obmedzenie spoločenských kontaktov v dôsledku neporozumenia zo strany okolia a vlastných negatívnych pocitov
- často sa za toho, kto potrebuje pomoc pokladá iba človek s duševným ochorením a málo pozornosti sa venuje otázkam, pochybnostiam a strachu príbuzných

## **Stratégie zvládania**

- **stratégie zamerané na problém:** úsilie o zmenu prostredia, podmienok, zahŕňa analýzu problému, zostavenie plánu, aktívne konanie, hľadanie praktickej sociálnej opory
- **stratégie zamerané na emócie:** snaha vplyvať na vlastné emocionálne reakcie, na prežívané ľažkosti, obsahuje vyjadrovanie emócií, hľadanie emočnej sociálnej opory, reinterpretáciu javov, prijatie situácie, alebo aj popieranie
- **stratégie zamerané na únik:** denné snenie, spánok, užívanie alkoholu alebo drog, humor
- **stratégie zamerané na hodnotenie:** úsilie definovať, najst' osobný význam situácie

## **Špecifické stratégie zvládania u príbuzných ľudí so schizofréniou:**

- **Nátlak:** impulzívne reakcie hnevu voči chorému príbuznému, odmietanie neobvyklého správania a snaha zmeniť ho

- **Sociálne zapájanie chorého príbuzného:** povzbudzovanie k sociálnym kontaktom, zapájanie do rodinných aktivít
- **Kolúzia** (nevhdodná kooperácia): pasívne a súhlasné reakcie s neobvyklým správaním a myslením, aj s jeho nespoluprácou pri liečbe
- **Pozitívna komunikácia:** empatická komunikácia, zapájanie do rodinných rozhovorov, konštruktívne vyjadrovanie negatívnych pocitov a potrieb, vyjadrovanie ocenenia a vdăčnosti
- **Vyhýbanie sa kontaktu**
- **Získavanie informácií:** o ochorení, o zvládaní problematických situácií
- **Udržiavanie sociálnych záujmov:** príbuzný sa snaží nezabúdať aj na vlastné potreby a záujmy, na to, čo mu prináša radosť, snaží sa, aby situácia duševného ochorenia nezabrala celý jeho životný priestor
- **Rozprávanie s priateľmi**
- **Rezignácia:** príbuzný nevidí nádej na zlepšenie stavu a stráca energiu na aktívnejšie formy zvládania
- **Duchovná pomoc**
- **Alkohol a drogy:** snaha potlačiť problémy spojené s duševným ochorením

Používanie stratégii zameraných na problém viedlo u viacerých príbuzných k zníženiu záťaže, ale zistilo sa, že tieto stratégie sú viac efektívne v situáciach, ktoré sú prístupné zmene a stratégie zamerané na emócie sú efektívnejšie v situáciach, ktoré sú ľažšie zmeniteľné, chronické.<sup>2</sup>

**Dôležitosť akceptácie:** úžitok pre vlastnú subjektívnu pohodu; dobrý vplyv na stav chorého príbuzného; výskumy EE (expressed emotion) zamerané na mieru vyjadrovania emócií v rodinách s duševným ochorením;

---

<sup>2</sup> Niektoré výskumné štúdie poukazujú na postupný posun od strategií zameraných na problém ku viac emocionálne zameraným formám zvládania – manažovanie vlastných emocionálnych reakcií na situáciu, akceptácia (najmä pri negatívnych symptónoch v správaní).

z výsledkov vyplýva, že príliš vysoká miera (zahŕňa kritickosť, nadmernú emocionálnu angažovanosť, ochraňovanie) viedla k vyššiemu počtu recidív ochorenia

**Efektívne zvládanie v rámci rodiny zahŕňa:** Informácie o chorobe a liečbe; Zameranie sa na silné stránky, zdroje; Zdieľanie emócií; Komunikáciu v rámci rodiny; Hranice v rodinnom kruhu; Riešenie problémov; Obnovenie spoločenských väzieb; Spoluprácu s odborníkmi.

**Čo môžu priniesť psychoedukačné programy:** poskytnutie komplexných informácií o duševných ochoreniach o možnostiach liečby a psycho-sociálnej rehabilitácie; porozumenie modelu psychotickej epizódy, možnosti prevencie relapsu (návratu) ochorenia; pochopenie vplyvu stresu na relaps psychózy, podpora pri zvládaní záťažových situácií; podpora komunikácie medzi príbuzným, pacientom a odborníkmi z oblasti duševného zdravia

### **Prínos podporných skupín**

Ich poslaním je zlepšiť komunikáciu a porozumenie nielen medzi príbuznými a pacientom, ale aj medzi príbuznými a psychiatriou. Prínosom je odstránenie sociálnej izolácie, dodávanie nádeje a podpory, uvoľnenie negatívnych emócií a ich primeranejšie zvládanie, zbavenie sa pocitov viny, výmenu informácií, poskytovanie modelov pre úspešné zvládanie problémov, zmenu vnímania situácie, možnosti potvrdenia sebaúcty cez pomáhanie iným...

### **Realizované projekty OZ Opora**

- Objaviť zdroje (rodinne terapeutické stretnutia podpornej skupiny príbuzných)
- Cesta k pomoci (Psychoedukačný program pre ľudí s duševným ochorením a ich príbuzných)
- Podpora na ceste (Podporná skupina pre príbuzných a ľudí s duševným ochorením)

- Podpora na ceste II. (Podporné a psychoedukačné stretnutia pre príbuzných a ľudí s duševným ochorením)

### **Ciel projektov**

- poskytovať príbuzným emocionálnu podporu a sprevádzanie v procese vyrovnanávania sa s duševným ochorením v rodine, vplývať na zníženie sociálnej izolovanosti a stigmatizácie, vytvárať priestor pre vzájomné zdieľanie emócií a skúseností spojených s duševným ochorením, poskytovať informácie o duševných ochoreniach, liečbe a sociálnej rehabilitácii, ktoré príbuzní aktuálne potrebujú, zamierať sa na hľadanie a podporu vnútorných zdrojov príbuzných a zdravého potenciálu rodín s duševným ochorením, pozitívne ovplyvňovať emocionálnu atmosféru v rodinách s duševným ochorením, tým že poskytneme špecifický priestor pre prácu s vlastnými emóciami, zdrojmi a komunikačnými pozíciami v rodine, pomáhať pri riešení konkrétnych záťažových situácií, podporiť možnosti účastníkov byť si navzájom v skupine nápomocní, vytvárať podmienky pre dialóg s odborníkmi z oblasti duševného zdravia o potrebách ľudí s duševným ochorením a ich príbuzných, ako aj o spôsoboch ich naplnenia.

### **Prínos podporných a psychoedukačných stretnutí pre ich účastníkov**

#### **Odstránenie izolácie**

- „Viem, že sú takí ľudia, čo majú podobné problémy, že človek sa necíti byť úplne odtrhnutý od spoločnosti, ved' s kým sa o tom môže porozprávať.“
- „Skupina mi pomohla otvoriť sa pre druhých, našla som odvahu komunikovať s inými o problémoch, povzbudenie od iných.“

#### **Zážitok spolupatričnosti a inšpirácie pre riešenie problémov**

- „Oni presne to isté doma prežívali, čo aj my... vtedy sme vlastne videli, že to je nie iba môj problém, ale to je vlastne problém nás všetkých.“
- „.... a keď ja si neviem poradiť a vypočujem si, ako to tam robia, tak iste to posunie aj riešenie toho môjho problému.“

- „Vedomie, že ste súčasťou celku a je to choroba, ktorá má svoje tienisté stránky a sú rôzne prípady a vy ste jeden z nich. Jednoducho, že ste súčasťou niečoho, čo je v niektorých prípadoch ešte ľažšie ako váš osobný prípad.“

### **Odlahčenie problému**

- „Tam tá konfrontácia s druhými a spoluzdieľanie toho problému vám vlastne odoberie mnohú ľarchu.“

### **Praktická opora**

- „Viem, že mám minimálne tri telefónne čísla, na ktoré môžem zavolať, keď by bolo veľmi zle. To si myslím, že je taký malý krôčik dopredu, že aj tých pári ľudí, na ktorých sa možno obrátiť.“

### **Odrovzdávanie skúseností a pomoc iným**

- „Ked' rodičia niečo hovoria, tak by som chcela im niečo poradiť, alebo povedať – že týmto som prešla a toto veľmi pomohlo.“

### **Získanie informácií a porozumenie duševnému ochoreniu príbuzného**

- „Dozvedeli sme sa o duševných chorobách a ako máme žiť.“

- „V dôslednejšom poznaní choroby, v ujasnení správania pacienta, v hlbšom pochopení jeho nálad a rozpoložení, v adekvátnejšom správaní sa voči pacientovi, v rozlúštení jeho skutočného stavu choroby, napr. som dokázala usúdiť, kedy ho treba hospitalizovať.“

- „Porozumieť diagnóze, prijať ju a vedieť sa podľa nej správať.“

### **Pomoc pri zvládaní záťažových situácií**

- „...zvládať stresové situácie...“

- „...vo zvládaní záťažových situácií...“

- „Naučiť sa od odborníkov ako zvládať život s chorobou. Je to veľmi ľažké, zložité.“

### **Prijatie duševného ochorenia a odstránenie jeho stigmy**

- „Uvedomiť si, že ochorenie môjho dieťaťa nie je nič ojedinelé, že choroba – schizofrénia, tak ako aj ostatné choroby, patrí svojim spôsobom k životu.“

- „Nadviazať kontakty s odborníkmi, ovplyvňovať masmediálne verejnú mienku.“

## **KONTAKT**

Mgr. Anna KOČIBALOVÁ

Opora – OZ príbuzných a priateľov ľudí s duševným ochorením  
Ševčenkova 21,

851 01 Bratislava

*E-mail: kocibalova.anka@gmail.com*

# PRIRODZENÁ VOLNÁ HRA PRI PODPORE PSYCHICKEJ ODOLNOSTI DIEŤAŤA

*Petra MITAŠÍKOVÁ*

Katedra liečebnej pedagogiky, Pedagogická fakulta Univerzity  
Komenského v Bratislave

**Abstract:** The paper describes natural non-directed play of a child as means of supporting child's resilience in the situation of parental mental vulnerability in the family. The author explains how play meets the needs of children in general and specifically at risk developmental situations. The emphasis is on protective factors of play, the opportunity of a child to play out emotions and conflicts, to express needs, make contacts, get feedback. Play supports child's self-esteem and by providing space for playing adults (parents, therapists) show respect and acceptance to the child.

**Key words:** play, spontaneous play, supporting resilience, positive emotions, respecting children, parent-child relationship

Pre dieťa v ľažkej životnej situácii je dôležité hľadať a posilňovať vhodné a ľahko dostupné zdroje zvládania. V realite dieťaťa, ktorého rodičia sami zápasia s vlastnými psychickými problémami je **hra** jedným z možných a veľmi účinných **prostriedkov pomoci**.

Aký význam má hra v procese podpory reziliencie? Osobnosť dieťaťa je veľmi krehká a zraniteľná, procesy zrenia a učenia sú veľmi citlivé na interné i externé stimuly. **Spontánna prirodzená volná hra** najlepšie reflektuje vnútorné potreby dieťaťa poznávať a objavovať, klásiť otázky, experimentovať, komunikovať, učiť sa, zdolávať prekážky, pohybovať sa, oddychovať a tešiť sa.

Hra je aktivita - činnosť, v zmysle voľného prirodzeného zamestnávania sa dieťaťa. Je základným predpokladom naplnenia vnútornej potreby konáť, tvoriť a pretvárať - zvyčajne bez ambície dosiahnuť nejaký výsledný produkt či cieľ. Oveľa väčší význam má samotný **proces hry**, ako jej konečný výsledok. Zamestnané dieťa, ktoré sa zvyčajne nenuďí, alebo nie je nadmerne zamestnávané inými „dôležitejšími aktivitami“ a ktoré sa dokáže ponoriť a zahĺbiť do hry, má dobrý predpoklad zvládať nielen bežné

životné konflikty a prekážky, ale aj závažnejšie životné záťažové situácie. Dieťa môže v rámci hry neustále prekonávať vonkajšie aj vnútorné konflikty. Pomáha mu to vyrovnavať sa so svojimi skrytými strachmi a obavami. Vyžaduje to veľa trpezlivého, vnímatlivého porozumenia a možno tiež vhľadu do širších súvislostí, v ktorých sa dieťa nachádza.

Dieťaťu sa vo voľnej hre dostáva veľmi veľa spontánneho **prirodzeného ocenenia**. Faktor sebaocenia obsiahnutý vo voľnej hre je unikátny z hľadiska aktivovania a hľadania vnútorných zdrojov zvládania záťažových situácií. *Kde sú moje silné stránky? V čom som dobrý? Čo majstrovsky ovládam? Za čo som bol v hre ocenéný? Čo sa mi dnes podarilo? Kedy, pri akých hrách sa cítim najlepšie? Akceptovali spoluhráči moje nápady? Dobre sme sa pri hre zabavili?*

Hrový prejav dieťaťa je **celostným obrazom jeho osobnosti**. Je projekciou odzrkadľujúcou jeho prirodzené ukotvenie v okolitom svete. Sústredeným pozorovaním hrajúceho sa dieťaťa, máme možnosť získať pomerne veľa aktuálnych informácií o jeho momentálnom vnútornom prežívaní pri spracovávaní životnej reality. Veľa cenného objavíme, keď sa v hre cielene zameriame na jednotlivé aspekty jeho spontánnych prejavov. Za povšimnutie stojí napr. ako sa dieťa pri hraní pohybuje, kde sa počas nej najčastejšie vyskytuje, v akej pozícii sa hrá, čo hovorí, aký tón hlasu používa, ako je pri hre konštruktívne príp. deštruktívne a pod. Opakoványm systematickým pozorovaním hry konkrétneho dieťaťa máme možnosť porozumieť jeho vnútornému prežívaniu oveľa viac do hĺbky. Hry detí v určitom veku majú niektoré znaky podobné. V rámci komplexnej procesuálnej diagnostiky pozorujeme **typické vzorce hry**, ktoré sa opakujú, alebo kvalitatívne či kvantitatívne menia.

Umožniť dieťaťu preň najprirodzenejšiu aktivitu – hru, v dostatočnom časovom rozpäti je prejavom **úcty a rešpektu k jeho potrebám**. Dieťa sa potrebuje hrať prirodzené voľné hry čo najčastejšie. Je to základom jeho zdravého vývinu. V prípade zložitej životnej situácie je možnosť pravidelne sa voľne hrať obzvlášť dôležitou podmienkou ozdravného či podporného terapeutického procesu. Pre dieťa je hra každodennou nutnosťou rovnako,

ako je pre dospelého nutné verbálne komunikovať. Dobre vyhrané dieťa, ktorému umožníme hrou priebežne prirodzene napĺňať svoje vnútorné potreby, je spokojné, šťastné a vyrovnané.

Súčasťou každej hry dieťaťa je **aktivovanie a vyjadrovanie** celého spektra **emócií** rovnako, ako sa to deje pri komunikácii dospelých. Pre dieťa je veľmi prospešné, keď môže svoje pocity prostredníctvom hrovej aktivity prejaviť – „vyhrať zo seba“ von. Emócie dieťaťa treba brať vždy vážne, nezľahčovať ich, vyjadriť pre jeho citové prejavy porozumenie. V prípade nutnosti terapeutickej intervencie je umožnené dieťaťu i rodičom svoje emócie prijať, zdieľať, analyzovať a pomôcť dospieť k vzájomnému porozumeniu. Sunderlandová (2008, str. 26) k tomu dodáva: „*Ak rodičia nechápu potreby svojho dieťaťa, ak ho pravidelne kritizujú alebo naň kričia - zastaví sa uvoľňovanie opioidov a oxytocínu – „hormónov šťastia.“*

Rubinová (2010) zdôrazňuje **potrebu aktívne hľadat' zdroje pozitívnych emócií**. Jedným zo spôsobov ako sa dobre cítiť, je nájsť si čas na hru. Hra je definovaná ako činnosť, ktorá nás veľmi uspokojuje, nemá žiadny ekonomický význam, nespôsobuje sociálne zlo a jej cieľom nie je pochvala ani uznanie. Sunderlandová (2007) dodáva, že pri spoločnej zábave sa v mozgu dieťaťa uvoľnia optimálne hladiny dopamínu a opioidov. Autorky Kempová a Waltersová (2004) odporúčajú ako vhodný stimul potešenia a radosti hudbu. Hrové hudobné činnosti založené na využívaní pravidelného rytmu, pomáhajú spracovávať podnety z okolia a upokojovať emocionálne rozladenie. Ak je časť mozgu – najmä limbický systém, ktorý zodpovedá za citové prežívanie priveľmi zaťažený stimulmi, pomôžu rytmické hry so spevom, tancom, chôdzou, alebo pohybom.

**Imaginatívna rovina hry** slúži dieťaťu pri hrovom spracovávaní reality ako ochranný rámc. Môže takto prejaviť svoje vnútro navonok voľne, bezpečne a bez zábran. Realita jeho bežného života, problémov, starostí, konfliktov, ale i radostí, uspokojenia a pohody je plynulo pretavená a spracovávaná cez symboliku voľnej hry. Diet'a si na relatívne malom javisku hry priebežne spracováva, čo zažíva počas dňa a tiež, ako to

individuálne prežíva. Najčastejšie bývajú v hre spracované časovo blízke aktuálne udalosti a intenzívne, citovo významné zážitky zo života.

Prostredníctvom hry je možné odhaliť **príčiny** vzniku veľmi hlboko skrytých a často zacyklených **problémov**. V klinicky závažných prípadoch dochádza v hre dieťaťa k repetitívnomu prehrávaniu záťažovej životnej situácie až do doby, kym dôjde k jej úplnému prekonaniu a spracovaniu. Dôležité je dávať do súvisu komplexné poznatky o dieťati s poznaním jeho aktuálnej životnej situácie, ktoré sú celostne vnímateľné na jeho hrových prejavoch. Čo dieťa nevie povedať, to nám zahrá. Čomu nerozumie, na to sa v hre a hrou pýta. Na témach jeho hier sa objaví, čo si potrebuje opakovane spracovať a prežiť, k čomu sa musí vrátiť, aby si to hrou opakovane prežilo a situáciu tak dostalo pod kontrolu, Híbkovou analýzou jeho hry je možné odhaliť možné príčiny často vleklých a komplikovaných problémov. Hranie v akceptujúcej prítomnosti vnímatváho dospelého pomôže prekonať aj hlboko zakorenené a zafixované ťažkosti.

Hra pomáha **harmonizovať** a vyladiť vnútornú nepohodu a nerovnováhu spôsobenú prekonávaním záťažových alebo nadmerne stresujúcich udalostí. Ak umožníme dieťaťu skutočne slobodne sa hýbať, rozhodovať, konať a voľne sa hrať v akceptujúcom a bezpodmienečne prijímajúcom prostredí, oslobodíme tým jeho vnútornú sebaliečivú silu smerom k zvyšovaniu vlastnej sebakompetencie a sebaúcty. Podporovaná a pravidelne umožnená hra zvyšuje schopnosť sebarozhodovania, sebaskúmania, sebapoznania a riadenia vlastného života.

**Identifikácia** - stotožnenie sa s niekým alebo niečím v hre je nápomocné k preskúmaniu rôznych pozitívnych i negatívnych rolí a s tým súvisiacich úloh a pocitov. Dieťa má v hre šancu pozrieť sa na vec **z inej perspektívy**, preniknúť do prežívania a vnímania iného človeka, vnímať záležitosť akoby inými očami. Hra ponúka aj pohľad z tzv. „vtáčej perspektívy“ – možnosť pozrieť sa na situáciu celostne, zhora napr. cez miniatúrne hračky a lepšie jej porozumieť. U detí, ktorých rodičia trpia psychickým ochorením, pohľad akoby „z iného brehu,“ z iného uhla obzvlášť potrebujú. V závažných prípadoch je nutná pomoc profesionálneho terapeuta, ktorý

pomôže dieťaťu situáciu cez hru zdieľať, porozumieť jej a objasniť možné východiská. Sunderlandová (2007, s. 221) upozorňuje, že „*negatívne spôsoby sociálnej interakcie z detstva sa ľahko zafixujú. Dieťa nebude schopné nadväzovať zmysluplné vzťahy, ak pri interakciách rodič-dieťa dochádzalo k zastrašovaniu, zahanbovaniu alebo ubližovaniu.*“ Prostredníctvom rodinnej terapie hrou je možné tieto negatívne príznaky vo vzájomných interakciách včas odhaliť a podporiť rodinu na ceste k zlepšeniu vzťahov.

Teória vzťahovej väzby hovorí o potrebe pripútania sa dieťaťa k vzťažnej osobe. Faktory ako samota, cudzie prostredie, únava, slabosť pri chorobe a iné záťažové stresové situácie, aktivujú pripútavacie správanie (Hašto, 2005). Pri hrových interakciách rodiča s dieťaťom je významne podporovaná **vzájomná citová väzba a komunikácia**. V prípadoch rodín nachádzajúcich sa permanentne v problematickej, záťažovej situácii (ako je to aj v prípadoch rodičov trpiacich chronickým duševným ochorením) je potrebné vzájomné väzby posilňovať, obnovovať a často i rekonštruovať. Dieťa sa v hrách a rolách, ktoré v hre zastáva, môže pravidelne identifikovať s obetou, môže trpieť neprimeranými pocitmi viny z dôvodu preňťažko riešiteľnej rodinnej situácie. Hrové prejavy sú citlivým indikátorom takejto neprimeranej záťaže dieťaťa. Autorky Kempová a Waltersová (2004) tvrdia, že väzba medzi dieťaťom a rodičom vytvára model jeho neskorších vzťahov. Je nutné venovať jej dostatok pozornosti príp. i podpornej terapeutickej starostlivosti. Silberg (2002) zdôrazňuje, ako sa mozog dieťaťa rozvíja pomocou **spätnej väzby** z okolitého prostredia. Nemluvňa, na ktorého mrkanie odpovedajú rodičia skôr úsmevom ako apatiou, sa pravdepodobne stane emocionálne vnímatvým a prístupným jedincom.

Významným sebaliečivým aspektom hry je konfrontácia sa dieťaťa samého so sebou. Hrajúce sa dieťa je vyzývané konáť prostredníctvom aktivácie najhlbších túžob a želaní a uspokojovať tak svoju potrebu sebaaktualizácie. Rogers (1995, s. 231) hovorí: „*Terapeút nemusí klienta „motivovať“ alebo dodávať mu energiu. Motivácia učenia pochádza zo sebaaktualizačnej*

*tendencie samotného života. Klient potrebuje zo strany terapeuta prežívať kongruenciu, akceptovanie a empatiu.*“ Hra ponúka v tomto sebaaktualizačnom procese široké možnosti slobodného konania, samostatného rozhodovania, pretavenia pohnútok svojho vnútra do hravého stvárnenia. Prirodzená voľná hra je v detstve jedným z najdôležitejších prostriedkov **nadväzovania kontaktov a vzťahov s inými ľuďmi i so sebou samým**. Hrou je prirodzene aktivizovaná potreba komunikovať. Pri individuálnej hre s hračkou sa dieťa intenzívne kontaktuje so svojím vnútrom. Veľmi veľa možno odpozorovať zo samotnej manipulácie s vybraným hrovým materiálom. Je to hra o starostlivosti, agresii, nežnosti, strachu? Aký má hrový symbolický prejav dieťaťa súvis s jeho aktuálnymi zážitkami v reálnom svete? Aké otázky dieťa pri hre kladie? Aké zvláštne alebo netradičné prejavy správania môžeme pozorovať?

V terapii hrou je úlohou hrového terapeuta, alebo do terapie zapojeného dospelého domáceho tútora hrovú činnosť priamo alebo nepriamo **reflektovať a analyzovať**. Na základe priebežnej diagnostiky hry pripravuje také podmienky, aby boli napĺňané potreby a celkový potenciál dieťaťa. Prirodzená voľná hra má svoje vnútorné pravidlá – ktoré treba rešpektovať. Dospelý do hry dieťaťa intervenuje „zvonka“ čo najmenej, aby nerušil procesy sebaaktualizácie. Veľmi ľahko môže svojimi komentármami alebo zásahmi prerušiť krehkú kontinuitu hrového diania. V prípadoch, že sa dieťa na dospelého obráti počas hry, je lepšie odpovedať stručne a krátko, pružne vyriešiť problém s materiálnym zabezpečením hry alebo pomôcť s riešením konfliktov, ktorých riešenie je zjavne nad možnosti dieťaťa. Komplexnejšiu reflexiu je lepšie ponúkať až po ukončení hry a bezdôvodne hru dieťaťa nerušiť. Po ukončení hrania sa môžeme s dieťaťom porozprávať o jeho pocitoch z hry, ponúknuť mu zdieľanie práve prežitého zážitku z hrania. Písomný, audio alebo vizuálny záznam z pozorovania hry zanalyzujeme až po skončení hry a chronologicky ho archivujeme.

Niekedy sa hra dieťaťa dostane do komplikovaného spletitého labyrintu tém, ktoré sa neustále opakujú a z ktorých akoby nebolo úniku. Pomerne

dlhý čas sú v jeho hrách **repetitívne opakované niektoré témy**, čím je nástojočivo vyjadrovaná niektorá jeho intenzívna potreba. Neustále opakovaným hrovým prejavom u dieťaťa treba zo strany dospelých venovať osobitnú pozornosť. Často ide o nevypočuté želania, nesplnené túžby, nenaplnené očakávania, alebo nespracované konflikty.

Pri excesívnych prejavoch ustrnutia dieťaťa nachádzajúceho sa v tăžkej životnej situácii na niektojej hrovej téme, je namieste riešiť to v spolupráci s hrovým terapeutom. Môže ísť o fixáciu problému a prehľbenie ďalších nerozpoznaných súvisiacich tăžkostí.

Rytmus striedania hry s inými činnosťami má byť vyvážený. Je potrebné rešpektovať, keď je dieťa **zahľbené do hry**, pretože vtedy sa zákonite niečo dôležité deje. Nie je vhodné ho vtedy rušiť, ani ponúkať mu iné podnety.

V takýchto prípadoch sa s dieťaťom dohodneme, koľko času bude potrebovať a koľko času mu ešte môžeme poskytnúť. Čas, kedy dieťa oslovujeme k inej činnosti a ponúkame nové aktivity je vtedy, keď je dieťa mimo tohto vzácneho času seba-zamestnávania, keď je jeho samostatná aktivita hry, poznávania, koncentrácie a tvorenia zvoľnená. Takýto prístup dospelých je prejavom úcty a rešpektu k osobnosti dieťaťa.

Z hľadiska posilňovania psychickej odolnosti dieťaťa je prínosné podnecovať okrem osobných - personalizovaných spontánne prirodzených hier detí s hračkami a hrovými materiálmi aj voľné improvizované **kontaktné hry** detí s dospelým partnerom - rodičom. Tu sa otvára veľký priestor, kedy sa môžu do hry s deťmi zapojiť aj dospelí – a vzájomne sa spoznávať, rozprávať a zabávať. Do tejto kategórie patrí spoločné tancovanie, bubnovanie, spievanie, vymýšľanie si príbehov a rozprávok, skákanie na trampolíne, zábavné úlohy, spoločné skúmanie nových vecí, majstrovanie, hranie si divadla, kreslenie a maľovanie, hravé zápasy otcov so synmi a pod. Ide o vzácný čas, keď sa dospelí priamo v nenútenej, uvoľnenej atmosfére venujú svojim deťom. Ponúkajú svoj čas, svoje porozumenie, rešpekt a skúsenosti. Podstatné je, aby tieto improvizované hry zúčastnených vzájomne bavili, aby prinášali chvíle pohody, šťastia, radosti a lepšieho porozumenia. Kontaktné hry významne prispievajú

k budovaniu a obohacovaniu vzájomných vzťahov. Od dospelých to vyžaduje znovaobjaviť v sebe často zabudnutú a potlačovanú časť dieťaťa. Prebudíť a posilniť svoju spontaneitu, láskavosť, empatiu, hravosť, tvorivosť a lásku v prospech dieťaťa. V závažných prípadoch je rekonštrukcia prirodzenej kontaktnej hry rodiča s dieťaťom možná len s pomocou terapeuta.

## **POUŽITÁ LITERATÚRA**

- HAŠTO, J. (2005). *Vzťahová väzba : Ku koreňom lásky a úzkosti*. Trenčín : Vydatelstvo F.
- KEMPOVÁ, J., WALTERSOVÁ, C. (2004). *Hrajme sa s predškolákmi*. Orig. Brain games for Preschoolers. Praha : Ottovo nakladatelství.
- ROGERS, C., R. (1995). *Ako byť sám sebou*. Orig. On Becoming a Person: A Therapist's View od Psychotherapy. Bratislava : Iris.
- SILBERG, J. (2002). *Hrajme sa s najmenšími*. Orig. Brain Games for Babies. Praha: Ottovo nakladatelství - Cesty.
- SUNDERLANDOVÁ, M. (2008). *Rodičovstvo je veda*. Orig. The Science of Parenting. Bratislava : Ikar.
- RUBINOVÁ, G. (2010). *Projekt šťastia*. Orig. The Happiness Project. Bratislava : Tatran.

## **KONTAKT**

Mgr. Petra MITAŠÍKOVÁ, PhD.

Pedagogická fakulta Univerzity Komenského v Bratislave

Ústav sociálnych štúdií a liečebnej pedagogiky

Katedra liečebnej pedagogiky

Šoltésovej 4, 813 34 Bratislava

*E-mail: petra.mitasikova@gmail.com*

Ivana LIŠTIAKOVÁ (Ed.).  
**Kids Strengths - Deti v kontexte duševných ochorení rodičov**

Zborník z medzinárodnej vedeckej konferencie  
konanej 2. septembra 2011 v Bratislave.

**Vydavateľ** : Univerzita Komenského v Bratislave  
**Vydanie** : prvé

**Recenzenti** : doc. PhDr. Stanislav BENČIČ, PhD.  
PaedDr. Barbora KOVÁČOVÁ, PhD.

**Rozsah** : 104 strán (AH: 3,93)  
**Náklad** : 100 kusov

**ISBN** : 978-80-223-3042-8  
**EAN** : 9788022330428