

# METODIKA PRÁCE S TRAUMATIZOVANÝM PACIENTEM/PACIENTKOU VE ZDRAVOTNICTVÍ

---



**PRO ZDRAVOTNÍKY**

# ÚVOD

V rámci zdravotnictví se s traumatizovaným pacientem/pacientkou setkáváme prakticky každý den. Někteří jsou zasaženi traumatickou zkušeností v rámci aktuálního somatického onemocnění, jiní přicházejí s dlouhodobým, často chronickým traumatem. Z řady výzkumů víme, že chronické trauma může z dlouhodobého hlediska negativně ovlivňovat somatické zdraví a celkovou kvalitu života. Klíčovou studií v této oblasti realizoval Vincent Felitti (1998). Ta mimo jiné prokázala souvislost mezi dlouhodobými nepříznivými zkušenostmi v dětství a dospívání a zdravotními obtížemi v dospělosti. Důležitým výstupem této studie bylo vytvoření dotazníku ACE, který dnes používáme u dospělých pacientů ke zhodnocení nepříznivých zkušeností z období jejich dětství a dospívání. Na základě výsledků studie došlo i ke změně paradigmatu týkající se násilí, které považujeme za závažný zdravotní problém. V této souvislosti pak vznikla řada diagnostických metod, které přispívají k včasnému zachytu násilí. Některé z nich jsou dostupné také pro českou populaci.

V rámci této metodiky stručně popisujeme práci různých zdravotnických odborníků, kteří přicházejí velmi často do kontaktu s dětskými a dospělými traumatizovanými pacienty. Jedná se o klinického psychologa/psycholožku, pedopsychiatra/pedopsychiatru, pediatra/pediatru, dětského a dospělého terapeuta/terapeutku. Na konci metodiky je uveden stručný seznam literatury, který se touto problematikou zabývá podrobněji.

## **Metodika práce s traumatizovaným pacientem/pacientkou ve zdravotnictví**

*studijní materiál, neprodejné*

kolektiv autorů **Jaroslava Lukešová, Markéta Holá, Marie Vabroušková,  
Eliška Kletečková, Klára Jalovcová, Eva Zikmundová**

grafické zpracování a sazba **Jaromír Uxa**

ilustrace **Torgrim Nærland** / [storyland.no](http://storyland.no)

vydala **Fakultní Thomayerova nemocnice**

1. vydání

**2024**

# METODY PRÁCE KLINICKÉHO PSYCHOLOGA/ KLINICKÉ PSYCHOLOŽKY

## DIAGNOSTIKA

**Pojem vyšetření traumatizovaného dítěte v praxi zahrnuje jak děti, kde jsou prokázány a známé traumatizující události, tak děti s podezřením na trauma. Využíváme přitom zejména:**

- běžných klinických metod-pozorování a rozhovoru
- testové nástroje běžného komplexního vyšetření ke zjištění vývojové úrovně/rozumových schopností
- specializované standardizované dotazníky zaměřené na hodnocení traumatických symptomů u dětí
- doplňkové standardizované sebesposuzovací dotazníky úzkosti a deprese
- projektivní metody – dle výběru kresba, nedokončené věty, Rorschachova metoda, Scénotest, varianty TAT a jiné
- neurosekvenci model – metrika pomáhá zmapovat neurobiologický vývoj traumatizovaných dětí.

Při volbě užití konkrétní metody vycházíme z aktuálního věku dítěte, odhadované mentální úrovně. Zajistíme podmínky pro vyšetření – dítě by mělo mít uspokojené bazální biologické potřeby, tj. nemělo by být vyšetřováno ve stavu extrémní fyzické únavy, vyčerpání, hladové, žíznivé nebo akutně nemocné. Podle konkrétní situace určujeme přítomnost rodiče/pečující osoby při vyšetření.

## POZOROVÁNÍ

**V ambulantních podmínkách sledujeme:**

- bazální charakteristiky sociálního kontaktu – navázání kontaktu, charakteristiky očního kontaktu, mimiky, řeči (tempo, plynulost, hlasitost), užívání neverbální komunikace
- emoční ladění v průběhu jednotlivých setkání, stabilitu/proměnlivost emocí
- úroveň aktivity a pozornosti dítěte
- je-li indikována přítomnost rodiče/pečující osoby, pozorujeme kvalitu jejich interakce, vzájemné komunikace; rozdíly v chování dítěte s rodičem/bez rodiče
- vztah k examinatorovi
- adaptace na prostředí a situaci vyšetření
- volnou hru dítěte
- v neposlední řadě nápadnosti fyzického zjevu (dítě špinavé, zanedbané, v nevhodném oblečení, se stopami fyzického násilí na těle atd.)



Všímáme si veškerých nápadností ve vnějším projevu, neadekvátních reakcí na běžné podněty.

V podmínkách lůžkového oddělení sledujeme vše uvedené podobně jako v podmínkách ambulantních, pobyt přináší obohacení o sledování interakce dítěte s vrstevníky a ostatními spolupacienty, reakce v situaci nároků školního vyučování, respektování řádu oddělení, vztah k autoritám; v praxi bývá často významné sledování stesku po domově/pečujících osobách, resp. přilnutí k oddělení, absence stesku a těšení se domů.

## ROZHOVOR

---

Tuto základní klinickou metodu můžeme aplikovat pokud je splněna podmínka rozvinuté verbální komunikace. Osvědčuje se, dle věku dítěte, akceptovatelným způsobem dítě uvést do situace vyšetření. Předškolním dětem často stačí vysvětlení skrze hru a povídání; průměrně inteligentní dítě školního věku již často tuší souvislost práce psychologa s určitými pojmenovanými i nepojmenovanými problémy. Školnímu dítěti můžeme na počátku položit otázku, zda ví, proč je tady (na vyšetření) – nebo se při společném rozhovoru s rodičem zeptat, zda hovořili o tom, proč jsou tady. Přístup modifikujeme velmi individuálně a citlivě ke každému dítěti. Klademe spíše otevřené otázky, ponecháme si čas k navázání dobrého pracovního spojení, můžeme zpočátku volit spíše neutrální témata. Pokud dítě samo otevře téma související s traumatem, vždy nasloucháme. Výstupem rozhovoru nezděrá se spíše komplex nepřímých sdělení, „indicií“, opatrných náznaků než explicitní označení traumatizujících faktů, toto však primárně neforsujeme, důležitý je pro nás nejen obsah, ale i kvalita sdělení. V podmínkách lůžkového oddělení sledujeme vše uvedené podobně jako v podmínkách ambulantních, pobyt přináší obohacení o sledování interakce dítěte s vrstevníky a ostatními spolupacienty, reakce v situaci nároků školního vyučování, respektování řádu oddělení, vztah k autoritám; v praxi bývá často významné sledování stesku po domově/pečujících osobách, resp. přilnutí k oddělení, absence stesku a těšení se domů.



## VYŠETŘENÍ ROZUMOVÝCH SCHOPNOSTÍ

---

Jde o standardní součást komplexního vyšetření. První volbou je metoda určená pro daný fyziologický věk (BSID-II, Gesellovy vývojové škály, IDS-P, IDS, WISC-III, SON-R).

## HODNOCENÍ TRAUMATICKÝCH SYMPTOMŮ DĚTÍ

---

Jde o české adaptace dotazníku Trauma Symptom Checklist for Young Children (TSCYC): Hodnocení traumatických symptomů u mladších dětí (pro věkovou skupinu 3-12 let) a Trauma Symptom Checklist for Children (TSCC): Hodnocení traumatických symptomů u dětí (pro věkovou skupinu 8-16 let). Obsahují jak klinické, tak validizační škály, z nichž jsou nejdůležitější ukazatele posttraumatického stresu u dětí. V průnikové skupině 8-12 let můžeme administrovat oba dotazníky, srovnání jejich výstupů je diagnosticky přínosné.

# SEBEPOSUZOVACÍ DOTAZNÍKY ÚZKOSTI A DEPRESE

**CDI** – Škála dětské depresivity – pro věk 7-17 let. Sebeuposuzující dotazník, sloužící ke screeningu depresivních příznaků. Je doplňující součástí komplexního vyšetření, vždy je vhodné interpretovat v komplexu s ostatními užitými klinickými a testovými metodami. Odpovědi mohou být zkreslené sebestylizací, agravací i bagatelizací. Kvantitativním výstupem jsou skóry na pěti subškálách a celkový skór, kde určující je kritická hodnota pro přítomnost deprese; kvalitativně můžeme získat podklad pro další explorační rozhovor.

**RCMAS-2** – Škála zjevné úzkosti-sebehodnotící dotazník pro věk 6–19 let pro porozumění a léčbu problémů s prožívanou úzkostí. Obsahuje jak klinické, tak validizační škály. V celkovém komplexním vyšetření jde o orientační nástroj, kvantitativním výstupem jsou skóry na 3 subškálách a celkový skór, určující je kritická hodnota zvýšené úzkosti. Kvalitativně můžeme, stejně jako u předchozího dotazníku, získat podklad pro další explorační rozhovor.



# PROJEKTIVNÍ METODY

Jsou součástí komplexního vyšetření, interpretujeme dle standardních postupů. Nejčastěji užívané jsou: Rorschachova metoda, TAT (CATO, AAC) a Scénotest. Nedokončené věty, kresebné techniky a jiné.

# NEUROSEKVENČNÍ MODEL

Komplexní diagnostický nástroj, který pomáhá zmapovat neurobiologický vývoj traumatizovaných dětí. Posuzujeme události ve vývoji dítěte od nitroděložního období přes rané dětství po současnost a vztahy, které jsou pro dítě ohrožující i ty, které mu napomáhají k budování resilience. Výstupy jsou důležité pro doporučení následné intervence. Neplatí, že každé dítě vystavené násilí je třeba podrobit terapii. Je třeba přihlídnout k fázi vývoje nervového systému, ve které dítě prožilo trauma a reparaci začít na této úrovni. Terapeutické působení tak může zahrnovat senzorycké aktivity jako masáže, podnícení vnímání rytmu, muzikoterapii, arteterapii, až na určité úrovni verbalizace a mentalizace je vhodná psychoterapie nebo rodinná terapie. Formální terapie bývá kombinována s působením podpůrných vztahů s vrstevníky, pedagogy, pečovateli, popř. dalšími významnými osobami v životě dítěte.

# DIAGNOSTICKÉ POSTUPY VYŠETŘENÍ DÍTĚTE, DIAGNOSTICKÉ POMŮCKY PEDOPSYCHIATRA/PEDOPSYCHIATRY

Hlavním nástrojem pedopsychiatrického vyšetření je diagnostické interview, jehož cílem je zmapovat rizikové faktory v pacientově anamnéze a detekovat symptomatiku spojenou s traumatem. Důležitou oblastí je též diferenciální diagnostika a odlišení symptomů spojených s traumatem od jiných psychických onemocnění či určení, zdali se trauma nevyskytuje v komorbiditě se základní psychiatrickou diagnózou. Tato diagnóza je totiž sama o sobě rizikovým faktorem jak u dítěte, tak u pečujících osob.

Výstupem psychiatrického vyšetření může být kromě konkrétní diagnózy i vyslovení podezření na traumatizaci či stanovení pracovní diagnózy. A v tomto případě vyžadujeme potvrzení cestou psychologického vyšetření.

Zdrojem informací pro pedopsychiatra bývá obvykle dítě a jeho pečující osoby (rodiče, pěstouni), ale také podněty z širší rodiny, odboru sociálně právní ochrany dětí, ze školského zařízení, od praktického lékaře pro děti a dorost, terapeuta či jiných osob, které se na péči o dítě podílí. Práce pedopsychiatra spočívá vedle klinického vyšetření i v integraci informací z těchto zdrojů.

## **Při tomto procesu je vhodné věnovat pozornost následujícím varovným známkám:**

- vzájemné rozpory mezi informacemi podávanými dítětem a pečujícími osobami, zejména rozpor dítě versus rodič, kdy jiné zdroje podporují narativ dítěte

- výpovědi nejsou konzistentní, hojně se mění, když se lékař doptává na detaily
- klíčová anamnestická data chybí
- ve vyhledání zdravotní péče je prodleva a ve spolupráci s rodinnou celkově nižší součinnost

## **RIZIKOVÉ FAKTORY V ANAMNÉZE**

Těmto faktorům zpravidla věnujeme pozornost v průběhu odebírání zejména rodinné, sociální a osobní anamnézy.

### **Rizikové faktory ze strany rodiny:**

Samostatně žijící a velmi mladí rodiče, kteří nejsou schopni zodpovědně převzít rodičovskou roli; rodiče závislí na návykových látkách; rodiče, kteří byli sami v dětství vystaveni traumatizaci; rodiče s anamnézou psychických onemocnění.

### **Rizikové faktory ze strany dítěte:**

Za rizikový faktor platí obecně vyšší výchovná náročnost dítěte, která testuje kompetence rodiče a jeho schopnost regulace afektů. Toto kritérium splňuje řada pedopsychiatrických pacientů (např. děti s diagnózou ADHD, neklidné, nesoustředěné, s výkyvy nálad, impulsivní, se sklonem ke zkratkovitému jednání, děti s různým stupněm mentálního postižení, děti, které mají potíže v komunikaci, děti nadměrně submisivní a úzkostné apod.).

### **Rizikové faktory ze strany prostředí/ situace:**

- rodiny– pečující o dítě v pěstounské péči nebo osvojení,
- rodiny sociálně izolované, u kterých nedochází ke kontaktu s okolím,
- rodiny diskriminované např. z důvodu etnické minority, nepříznivé finanční situace,
- rodiny s velkým počtem dětí.

# SYMPTOMATIKA

Ačkoliv se pedopsychiatr setkává se symptomatikou fyzického rázu (známky fyz. týrání typu hematomů, popálenin, očividné projevy zanedbávání apod.) hlavní předmětem vyšetření obvykle bývají změny psychické. Klíčovým momentem během samotného vyšetření je aktivně se na možnost traumatizace doptat. Zpravidla se nejedná o informaci, kterou dítě či pečující osoby podávají spontánně. Komunikaci je nutné uzpůsobit věku daného dítěte, častou chybou je zahlcování odbornými pojmy, kterým pacient nemůže rozumět. U mladších dětí je možné si dopomoci kresbou či užitím emočních karet podpořit vyjádření emocí.



## **V symptomatice můžeme pojmenovat několik okruhů, které mohou být s traumatizací spojené:**

- psychosomatické obtíže (často polymorfní, měnlivé bolesti hlavy, břicha, pocity nauzey)
- úzkostné poruchy spojené s vyhýbavým chováním, opakovaným znovuprožíváním traumatického zážitku
- poruchy spánku
- absence ve škole
- disociativní projevy - od pocitů depersonalizace, derealizace až k rozvoji disociativních poruch (typu amnézie, stuporu, křečí...)
- sexualizované chování při hře, kresbě, interakci s vrstevníky, znalosti sexuálních praktik, jež neodpovídají věku
- rozvoj agresivity a impulzivity
- poruchy chování a nerespektování hranic
- enuréza, enkopréza
- rizikové chování: útěky, krádeže, užívání návykových látek
- regres v psychomotorickém vývoji, vč. poruch řeči
- známky citové deprivace: nadměrná a pomíjívá přichylnost k cizím osobám, či naopak nadměrná odtažitost, nedůvěra v mezilidské vztahy
- sebepoškození
- rozvoj sebevražedných myšlenek a sebevražedného jednání

# DIAGNOSTICKÉ POSTUPY VYŠETŘENÍ DÍTĚTE, DIAGNOSTICKÉ POMŮCKY PEDIATRA/PEDIATRY

---

V rámci prevence, screeningu a diagnostiky traumatu u dítěte má pediatr nezastupitelnou úlohu, zejména v souvislosti se syndromem CAN. Pediatr/pediatra se setkává s rodiči, případně i dalšími rodinnými příslušníky (sourozenci), má představu o sociálním prostředí rodiny. Součástí vedené dokumentace by měly být i anamnestické údaje, nejen z oblasti osobní anamnézy, ale i anamnézy rodinné, sociální, případně školní. Pediatr/pediatra má také možnost dítě pozorovat s časovými odstupy v jednotlivých fázích vývoje. Může si tak všimnout nápadných změn, ale i dalších faktorů jako jsou např.:

- věkově nepřiměřené chování dítěte (s ohledem na vývojové období dítěte)
- negativismus, nadměrná úzkost, plachost, nejistota
- celkové neprospívání, stav výživy, stav kůže – intertigo, zranění, které si dítě nemůže samo způsobit, hematomy neodpovídající datu úrazu
- regres psychomotorického vývoje, výskyt enurézy, enkoprézy, tiků, neurotických projevů, sebepoškozování
- úrazovost – opakované úrazy, mechanismus úrazu neodpovídá vysvětlení rodičů, změny ve výpovědi, nápadné odlišnosti ve výpovědích apod.
- nemocnost – obtíže podobného charakteru, které dlouhodobě přetrvávají nebo se opakují (sufebrilie, cefalea, bolest břicha), s tím, že je nutné vyloučit klinickou diagnózu.



V praxi se setkáváme s vyšším rizikem rozvoje dlouhodobých následků traumatu u dětí z rodin: rozvedených rodičů, včetně sporu o děti, patchworkových rodin, s více dětmi (malé časové rozestupy, ale i velké rozestupy), s častou změnou místa pobytu, s přepečlivými matkami, které stále popisují zdravotní obtíže dětí, s nedostupnou zdravotní dokumentací o dítěti, s rizikovou osobní anamnézou rodiče (nezaměstnanost, přílišná zaměstnanost, nedokončené vzdělání, závislosti), rodiny, které často mění termíny vyšetření, opakovaně se nedostavují, případně se dostavují nápadně často. U dětí z těchto rodinných prostředí je vyšší míra rizika vystavení události, která pro ně může být potencionálně traumatická. Především ale hrozí, že symptomy reakce dítěte na trauma budou přehlédnuty, nebude mu poskytnuta adekvátní podpora a hrozí tak rozvoj PTSD, RTS, případně dalších důsledků traumatického zážitku. U dětí z některých výše uvedených typů rodin je též zvýšené riziko vzniku komplexního vývojového traumatu.

Absence uvedených rizikových faktorů je však sama o sobě irelevantní, je třeba se vyvarovat spoléhání se na pověst rodiny jako „bezproblémové“, na vyšší vzdělání rodičů, předchozí hodnocení péče jako dostatečné.

Lékař/lékařka nemůže posuzovat, zda došlo ke spáchání trestného činu, ale může upozornit na rizikové faktory, událost precizně zdokumentovat, zajistit provedení klinických a laboratorních vyšetření včetně podrobného záznamu pohovoru s rodiči.





V případě úrazu je třeba provést přesný záznam, včetně záznamu o sdělení rodičů, času události zranění, případně i pořídit fotodokumentaci. Pokud je to možné, necháme nejprve událost popsat dítě a až následně rodiče. Nápadné jsou především nepřiléhavosti ve výpovědi, nebo naopak užívání až totožných vět, změny ve výpovědi apod. Vyšetření by měla být indikována a realizována tak, aby se předešlo jejich zbytečnému opakování a případné sekundární viktimizaci.

Při vážném podezření je vhodné dítě hospitalizovat a provést další odborné vyšetření: vyšetření skeletu včetně lebky, sonografie břicha, oční vyšetření, laboratorní vyšetření apod., ke spolupráci přizvat další odborníky jako např. dětského gynekologa, psychologa, psychiatra, neurologa, fyzioterapeuta, speciálního pedagoga ad.

Výše uvedené skutečnosti jsou spíše námětem toho, čeho si během kontaktu s dítětem v rámci pediatrické praxe všímat. Zároveň je třeba upozornit, že absence uvedených jevů neznamená, že dítě traumatizováno není, a že ani výskyt více popsaných jevů neznamená, že dítě bylo traumatizováno. Důležité je získané informace vždy posuzovat v kontextu komplexní situace dítěte. Pokud dítěti nehrozí akutní nebezpečí, doporučujeme dítě odeslat k vyšetření dětským klinickým psychologem. Dítě může být traumatizováno mnoha různými událostmi, nemusí se vždy jednat o trestný čin (např. ztráta zvířete, člena rodiny, blízkého kamaráda, autonehoda, shlédnutí nevhodného obsahu v médiích, rozvod rodičů). V případě pochybností však doporučujeme jednat. Méně škody napáchá, pokud řešíme podezření, které se později ukáže jako neopodstatněné, než když přehlédneme dítě, které pomoc potřebuje.



## TERAPEUTICKÁ PRÁCE S DÍTĚTEM, KTERÉ BYLO/JE VYSTAVENÉ TRAUMATICKÝM ZKUŠENOSTEM

---

Nejčastějším důvodem pro vstup do terapeutické péče v rámci tohoto projektu je doporučení dítěte na základě provedené psychologické diagnostiky. V rámci tohoto projektu se jedná především o děti traumatizované, které mají zážitek domácího násilí buď z pozice svědka, nebo oběti. Projevy chování dětí, které jsou traumatizovány v blízkých vztazích, jsou velmi široké a často jsou zaměňovány s problémy jiného druhu. Často pozorujeme neklid, impulsivitu, zvýšenou agresivitu nebo nadměrnou staženost, stěžejní jsou však problémy s regulací emocí. Pomoc dítěti s regulací emocí bývá někdy tím prvním, čím je nutné se při terapeutické práci zabývat.

Nejefektivnější pomoc ohroženému traumatizovanému dítěti je možné nabídnout za situace spolupráce obou rodičů. Taková možnost se nám ale ne vždy naskytuje. Stále se totiž nedaří dobře systémově podchytit spolupráci s těmi, jež se násilí dopouštějí. Ti se tak do péče dostávají jen minimálně. Za situace, kdy ale zároveň tito rodiče často jsou v kontaktu s nezletilým dítětem a podílejí se na výchově a péči, je riziko retraumatizace pro dítě, případně i druhého rodiče, nemalé.

Při práci s traumatizovanými dětmi je mimo diagnostiku a další prvotní intervence (podání informací, poskytnutí bezpečí, edukace apod.) velmi důležitá především zmíněná návazná terapeutická péče. Práce s traumatizovanými dětmi má svá specifika a jedná se o práci, která má důležité požadavky na terapeuta či jiného pracovníka, který se terapii takových dětí věnuje. Mezi základní zásady společné pro terapii těchto dětí patří především citlivá podpora budování bezpečného kontaktu s terapeutem a postupné obnovování důvěry v okolní svět.

Velmi důležitým aspektem terapeutické práce je multioborová spolupráce, a to především spolupráce s terapeutem rodiče. Ve většině případů se také spolupráce odehrává na poli multioborové: pediatr, pracovníci OSPOD, třídní učitel, školní psycholog a další odborníci, kteří přišli s dítětem do styku. Práce s celým rodinným systémem, nebo alespoň jeho částí, je stěžejní součástí a je důležitá pro efektivní terapeutickou práci s dítětem i rodičem v oblasti této problematiky. Zde v Dětském centru probíhá souběžná terapeutická práce s dítětem a jedním rodičem, nejčastěji matkou. Druhý rodič, v našem případě nejčastěji otec, je často k další práci málo motivován, nachází se ve výkonu trestu nebo se k dítěti nehlásí, nemá o něj zájem. V některých rodinách je vhodným způsobem práce i filiální terapie, která cílí na zlepšení rodičovských kompetencí, zlepšení výchovného přístupu k dítěti a také pomoci rodičům vytvořit akceptující prostředí, ve kterém může naplno vyjádřit své pocity a myšlenky.



## TERAPEUTICKÁ PRÁCE S RODIČEM, KTERÝ BYL/JE VYSTAVEN TRAUMATICKÝM ZKUŠENOSTEM

---

Rodiče obvykle přicházejí do terapeutické péče na základě zmapování rodinné situace, resp. provedené cílené diagnostiky rodiče (v ideálním případě obou rodičů) a dítěte.

Do spolupráce přicházejí nejčastěji matky, které byly a často i nadále jsou vystavené násilnému chování v rodině. V rámci individuální podpůrné a terapeutické péče se zaměřujeme na několik oblastí. Jako první je vždy třeba řešit otázku bezpečí, a to prostřednictvím edukace vedoucí k náhledu na dynamiku a rizika násilného vztahu. Často se v této i v pozdějších fázích neobejdeme bez sociálně-právního poradenství a spolupráce s právníky. Základem individuální práce v této fázi je sestavení bezpečnostního plánu a jeho pravidelná aktualizace.

Jakmile je zajištěno základní bezpečí matky a dětí, je možné věnovat se dalšímu oblastem a spolupráci cílit na stabilizaci fungování v osobní i rodičovské rovině. Paralelně pak pracujeme na posílení rodičovských kompetencí, mobilizaci zdrojů a zpracování traumatických událostí. Ke zmapování výše uvedeného slouží sada diagnostických nástrojů, které je důležité využívat. Tak můžeme lépe zaměřit následné terapeutické intervence. K těmto nástrojům patří například: *Parent Development Interview (PDI)*, *Adult Attachment Interview (AAI)*, *dotazník Reflektivního fungování pro dospělé/rodiče (RFQ a PRFQ)* a *Index rodičovského stresu PSI-4*.

Z výše uvedeného je zjevné, že to nejsou malé nároky na klienty, významnou roli hraje čas a rozdílné potřeby dítěte a dospělého. Na jedné straně nutně potřebujeme co nejrychleji stabilního, bezpečného a funkčního rodiče pro nezletilé dítě, na straně druhé potřebujeme čas pro posílení zdrojů a zpracování komplexního traumatu dospělého.

Základním pilířem podpůrné terapeutické práce je korektivní zkušenost v bezpečném prostředí a vztahu klienta a terapeuta. Vzhledem k tomu, že pro mnohé traumatizované klienty se jedná o první takový vztah v jejich životě, je cesta k jeho navázání a udržení nelehká. Zásadní je v tomto směru pravidelný a neměnný setting, pevnost a stabilita terapeuta.

Nezastupitelnou roli v rámci práce s dospělými klienty má spolupráce s terapeutem dítěte. Jeho podněty vycházející z potřeb dítěte mohou pomoci významně lépe zacílit práci na posílení konkrétních rodičovských kompetencí, a tím rychleji stabilizovat situaci ve vztahu rodič-dítě. Jako přínosná se v některých indikovaných případech jeví i společná terapeutická práce rodič-dítě. Může mít totiž jak posilující a růstový potenciál, tak může plnit do určité míry i roli zpětné vazby.



Kamil byl odeslán k diagnostické a stabilizační hospitalizaci ošetřujícím ambulantním psychiatrem pro stupňující se poruchy chování ve škole. Dítě je z neplánované gravidity, oba biologičtí rodiče byli v době početí starší 15 let, ale nezletilí, rozešli se ještě v době těhotenství, otec není uveden v rodném listě. Po narození byl chlapec v péči biologické matky, rok žili s babičkou. Matka byla a epizodicky stále je uživatelkou návykových látek, často střídala partnery, sexuální aktivity probíhaly i před chlapcem. Ve dvou letech věku bylo zjištěno týrání dítěte (bití, zavírání v místnosti), Kamil byl tedy matce soudně odebrán a svěřen do péče paní Anny, příbuzné osoby biologické matky. Annu považuje za svou matku, oslovuje ji tak a má k ní emoční vazbu, ona je vůči chlapci pečující, laskavá. Kontakt s biologickou matkou je občasný, oslovuje ji křestním jménem, částečně zná důvody, proč není v její péči.

Dle sdělení paní Anny bylo těhotenství i rané dětství anamnesticky bez potíží, po nástupu do MŠ se objevily první problémy v kontaktu s dětmi, ale důsledností a spoluprací paní Anny a učitelek se je podařilo zvládnout. Do školy Kamil nastoupil s odkladem, nyní je v 1. třídě. Učí se dobře, ale stupňují se neadekvátní reakce a chování, chlapec je útočný (i pro pouhý „nepříjemný pohled“ jiného spolužáka), jeho agresivita je brachiální i verbální, ve škole i doma lže, krade peníze, žebrá o peníze u dětí za účelem zakoupení pochoutek.

Chlapec je v péči ambulantní psychiatrie od 3 let, kdy se u něj začaly po nástupu do MŠ projevovat prvky agrese v kolektivu. Vystřídal dva druhy psychofarmak, nyní byla medikace vysazena pro nežádoucí účinky. Cílem aktuální diagnostiky bylo zmapování dopadu traumatu v dětství, vysvětlení některých setrvávajících maladaptivních projevů v chování dítěte a vytvoření rehabilitačního plánu. Konkrétní podpůrná opatření ve škole jsou po návštěvě školského poradenského zařízení nastavena jako pro dítě s ADHD.

Kamil zná důvod hospitalizace, na pobyt se postupně dobře adaptoval,

zpočátku reflektoval stýskání a smutek, že není s mámou. Respektuje laskavé, ale pevné autority, vyhovuje mu strukturovaný program, jinak tenduje k rivalitě, upoutává pozornost a provokuje ostatní chlapce. Jeho frustrační tolerance je nízká, odmítá každý subjektivně náročný požadavek, ale při klidném trvání na dokončení a při odkrokování úkolů spolupracuje. Jeho primárním obranným mechanismem je únik, někdy je pozorováno až „zamrznutí“ charakteru disociace.

Dle testů jsou Kamilovy kognitivní výkony v pásmu subnormy, kvalita spolupráce během vyšetření byla kolísavá, celkově jeho angažovanost a mentální aktivita kolísaly od plného nasazení po odpojení, tyto stavy se velmi často střídaly. Dále byla potvrzena emoční dysregulace, úzkost, hypervigilance, mapováním s náhradní matkou zjištěny známky posttraumatického stresu, přítomnost intruzivních prožitků (náhle se vynořující, pouze útržkovité vzpomínky).

U Kamila jde o komplexní vývojové trauma, v raném dětství nebyla dostatečně saturována bazální potřeba bezpečí, smysluplného světa, citová vazba na primární pečující osobu nebyla formována jako bezpečná. To vše probíhalo v době zrání nervového systému a základů regulačních mechanismů emocí a chování. Chlapec je primárně nejistý, ostražitý, užívá celé spektrum únikových reakcí až disociativního charakteru, pocit ohrožení může být evokován zvýšeným hlasem a nátlakem, a není-li prostor pro únik, spouští se neregulovaná agrese. Pozorovaná náklonnost ke starším dívkám na oddělení nemusí být nutně jen subdeprivačním projevem, ale i intuitivním autoregulačním mechanismem v počátku vzniku nelibé emoce, kdy vyhledává sociální oporu.

Pro další práci s Kamilem je pozitivním faktorem jeho kladná citová vazba k příbuzenské pečující osobě. Aktuálně u chlapce probíhá individuální psychoterapie hrou, vhodná je komplexní podpora. Rozhodnutím rodiny bylo změněno bydliště a chlapec je zapsán do školy s nižším počtem žáků v kolektivu. Terapeutickou výzvou v budoucnosti může být vztah chlapce k biologické matce, resp. vyrovnání se s proběhlými událostmi.

## KAZUISTIKA:

### MATKA VALÉRIE A DCERA SOFIE

---

Rodina byla přijata do Dětského centra FTN asi půl roku poté, co byla matka Valérie s dětmi ve věku 2 roky (dcera) a 6 měsíců (syn) nucena akutně odejít z domova pro násilné chování partnera směrem k ní, ale především k dětem. Násilí mělo charakter fyzického, psychického i sexuálního napadání, bylo dlouhodobé a spojené s izolací Valérie a dětí od zbytku rodiny, přátel i známých. Na základě komplexního vyšetření matky i dětí byla Valérii i Sofii doporučena pravidelná psychoterapie, která byla zahájena na jaře roku 2021. V té době již matka podstupovala výslechy na policii, byly nařizeny soudně znalecké posudky i mediační sezení s násilným partnerem, návštěvy OSPOD i lékařů a mnohá soudní jednání. Z velké části tato situace trvá i dnes, dva roky po zahájení spolupráce. Některá soudní jednání stále probíhají, stejně jako další výslechy na policii a znalecké posudky. Valérie se násilného partnera, který je na svobodě, stále bojí, což výrazně ovlivňovalo a stále silně ovlivňuje možnosti terapeutické práce.

Podpůrná poradenská a terapeutická setkání s Valérií byla zpočátku zaměřena na edukaci a poradenství týkající se násilí, jeho dynamiky a dopadů včetně práce na bezpečnostním plánu. Valérie se snažila aktivně spolupracovat, opakovaně hovořila o dětech, na kterých jí nesmírně záleželo. Sebe výrazně upozadovala, vyhýbala se jakýmkoliv tématům, která by se týkala pouze její osoby. Přestože komunikovala vstřícně, byla v kontaktu ostražitá a sdílela pouze nezbytně nutné informace, prožitky vůbec. Postupně bylo patrné, že na pravidelná sezení dochází ráda (omlouvala se jen v případě onemocnění dětí), zvyšovala se její ochota sdílet i svoje prožitky, starosti i vzácné radosti. Ochotně se účastnila nejen individuálních sezení, ale i občasných společných sezení s dcerou Sofií a její terapeutkou, vždy byla nastavená naslouchat doporučením, která se snažila s větším či menším úspěchem převést do praxe. Pro Valérii se prostředí i vztah s terapeutem

aktuálně jeví jako bezpečný, přesto je stále patrná její opatrnost a trvají některé silné obranné mechanismy. Valérie má stále pocit, že se může spolehnout jen sama na sebe, protože v kontaktu s mnohými institucemi a odborníky, se kterými by se měla cítit bezpečně, opakovaně zažila výrazný pocit ohrožení, který ji retraumatizoval, což mělo vliv i na probíhající terapii.

Psychoterapeutická práce se Sofií začala na jaře roku 2021, kdy bylo dívence 2,5 roku. Sofie se na počátku společné práce projevovala jako velice dráždivé dítě, byla hodně plačtivá, často ve vzdoru a v negaci. Projevovaly se u ní velmi dlouhé disociativní stavy, poruchy spánku a poruchy příjmu potravy. V průběhu vyšetření bylo identifikováno taktéž zatížení neurovývojovou poruchou, přesněji vývojovou dysfázií smíšeného typu, práci tedy komplikovalo i nedostatečné řečové vybavení. Sofie zpočátku odmítala jakýkoli kontakt s terapeutem, blízkost cizího člověka byla pro dívku velmi zátěžová a zpočátku zcela nemyslitelná. Většinou se obracela jen na matku, objevily se také silné separační potíže.

Práce se Sofií probíhala a stále probíhá pravidelně jedenkrát týdně, zpočátku musela být přítomná matka. Po delší době dívka k terapeutce získala dostatečnou důvěru, aby se na část hodiny dokázala od maminky separovat. Pro Sofii je jakýkoli kontakt s cizí osobou náročný a ohrožující, proto byl nutný pomalý postup bez velkých terapeutických ambicí. Sofinka potřebovala bezpečné prostředí, které bylo formováno pravidelným kontaktem, stále stejným terapeutickým settingem, poskytnutím možné korektivní zkušenosti a navázáním vztahové vazby. V současné době se vztah s terapeutem jeví jako bezpečný, Sofie je schopna z něj profitovat a zároveň si určité aspekty vztahové vazby udržet i mimo terapeutické pracoviště. Zlepšily se její disociativní stavy, daří se jí lépe navazovat vrstevnické kontakty, ale je třeba v terapii nadále pokračovat. Jak v případě Valérie, tak Sofinky půjde o dlouhodobou a náročnou práci.

## Seznam literatury:

- Felliti, V. J., Anda, R.F., Nordenberg, D., Williamson, F., Spitz, A.M., Edwards, V., Koss, M.P., Marks, J. P.: Am J Prev Med: Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of leading causes of death in adults. The childhood experience study. doi: 10.1016/s0749-3797(98)00017-8.
- Jakobsen, B., Rakil, M. (eds):. Násilí je možné zastavit. Psychologie násilí a terapie pro osoby, které se dopouštějí násilí v blízkých vztazích. Praha ÚVČ 2022.
- kol. autorů: Týrané, zneužívané a zanedbávané dítě v ordinaci PLDD. Doporučení pro praxi, Praha Sirius 2022 neprodejný výtisk
- Jochmanová, L.: Trauma u dětí. Kategorie, projevy a specifika odborné péče. Praha Grada 2021.
- Matoušek, O. ed.: Dítě traumatizované v blízkých vztazích: manuál pro profesionály a rodiny, Praha Portál 2017.
- Midgley, N., Ensink, K., Lindqvist, K., Malberg, N. and Muller, N.: Mentalization-Based Treatment for Children A Time-Limited Approach American Psychological Association 2017.
- Levine, P., Kline, M.: Trauma očima dítěte. Probouzení obyčejného zázraku léčení. Praha Maitrea 2012.
- Perry, Bruce, D., Szalavitz, M.: Chlapec, kterého chovali jako psa. Příběhy dětí, které překonaly trauma. Praha Portál 2016.
- Perry, Bruce, D., Winfrey, O.: Co se ti stalo? Rozhovory o traumatu, psychické odolnosti a uzdravení. Praha Portál 2023.
- Schellong, J., Epple, F., Weidner, K.: Psychotraumatologie, Praha Hogrefe 2021.

## Další nástroje:

- Abidin, R.: Index rodičovského stresu (PSI-4), Praha Hogrefe 2023.
- Borum, R., Bartel, P., Forth, A.: Strukturované hodnocení rizika násilí u dospívajících (SAVRY), Praha Hogrefe 2020.
- Briere, J.: Hodnocení traumatu u mladších dětí (TSCYC), Praha Hogrefe 2018.
- Briere, J.: Hodnocení traumatu u dětí (TSCC), Praha Hogrefe 2022.
- Conners, K. C.: Posuzovací škála pozornosti a chování (Conners 3), Praha Hogrefe 2018.

## Nástroje primární prevence

- Zuřivec
- Všude dobře, doma nejlíp



Iceland   
Liechtenstein  
Norway grants

  
Fakultní  
Thomayerova  
nemocnice

TATO METODIKA JE VÝSTUPEM PROJEKTU "IMPLEMENTACE PROGRAMU ZÁCHYTU TRAUMATIZOVANÝCH DĚTÍ A ZASTAVENÍ NÁSILÍ" PODPOŘENÉHO Z ISLANDU, LICHTENŠTEJNSKA A NORSKA V RÁMCI FONDŮ EHP.