

TRAUMA U DĚTÍ V SOUVISLOSTI S BLÍZKÝMI VZTAHY

Trauma in children in connection with close relationships

Abstrakt

Poznatky týkající se dopadů traumatických událostí na děti procházejí v posledním desetiletí dynamickým vývojem. Nové diagnostické manuály DSM-5 a ICD-11 přinášejí revidovaný pohled na diagnostickou klasifikaci a otevírají rovněž prostor k tomu, aby v souladu s výzkumnými poznatky byly lépe identifikovány a léčeny projevy následků traumatu u dětí. Tyto projevy jsou velmi široké a zaměnitelné s jinými diagnostickými kategoriemi. Násilí v blízkých vztazích pak přináší četná specifika celého kontextu dynamiky i dopadů. Sociálně patologické fenomény pozorovatelné v chování dětí je nutné identifikovat a následně řešit i touto optikou.

Abstract

Knowledge regarding the impact of traumatic events in children has undergone dynamic development in the last decade. The new diagnostic manuals DSM-5 and ICD-11 bring a new perspective on the diagnostic classification and open up space to better identify and treat manifestations of the consequences of trauma in children in accordance with research findings. These manifestations are very broad and interchangeable with other diagnostic categories. Violence in close relationships then brings numerous specifics of the entire context of dynamics and impacts. Socially pathological phenomena observable in children's behaviour must be identified and subsequently addressed through this lens as well.

Klíčová slova

trauma, děti, PTSD, násilí v blízkých vztazích, sociální patologie

Keywords

trauma, children, PTSD, violence in close relationships, social pathology

ÚVOD

V posledním desetiletí dochází k dynamickým a zásadním změnám ve vztahu k pojetí traumatu i jeho následků. Zcela nové je i vyhodnocování následků traumatu u dětí a jejich odlišení od dospělých. Nejprve změny diagnostické klasifikace nabídly americké manuály DSM-5 (APA, 2013) a DC: 0–5TM (Zero to Three, 2016), následně i nová klasifikace nemocí ICD-11 (WHO, 2018). Současně jsou díky výzkumným zobrazovacím metodám dostupné nové poznatky týkající se fungování neurobiologie mozku a celé autonomní nervové soustavy v souvislosti s vlivem traumatických zážitků na další vývoj člověka (Porges, 2016; Van der Kolk, 2014), stejně jako epigenetické souvislosti transgeneračního přenosu traumatu na další dvě generace (Yehuda, Lehrner & Bierer, 2018). Dřívější koncepty, které vnímaly a posuzovaly člověka fragmentovaným způsobem, jsou nyní nahrazovány celostním a komplexním pojetím. Dochází k propojení medicínského a psychologického přístupu v teoretických konceptech. Praxe zatím toto propojení bohužel reflektuje jen částečně vzhledem k tomu, že diagnóza PTSD (posttraumatická stresová porucha) je v praxi stále ještě spojena s četnými omyly a záměnami s jinou problematikou (Jochmannová, 2021). Zčásti to mimo jiné souvisí s tím, že je v ČR stále ještě platný zastaralý diagnostický manuál MKN-10 (WHO, 1992). Dalším důvodem je velká šíře, proměnlivost a přesahy symptomů následků traumatu: od fyzických projevů po psychické stavy, které mohou být zaměnitelné s projevy

jiných psychických poruch. Trauma přináší závažné, v některých případech celoživotní a pervazivní problémy, zejména pokud k němu došlo v raném dětství nebo trvalo dlouhodobě. Děti a dospívající mívají projevy odlišné od dospělých osob a je jim mnohem méně často poskytována odborná péče založená na terapii následků traumatu. Chování a projevy dětí s traumatem bývají mylně identifikovány a řešeny. V případě externalizovaných obtíží je nejčastějším mylným vyhodnocením syndromem ADHD nebo poruchy chování (Kocourková & Koutek, 2017; Levine & Klineová, 2012; Marksová, 2017; Mueser, & Taub, 2008; Němcová, 2017; Tanabe, Tokuyama & Jochmannová, 2021).

Bessel van der Kolk (2014) definuje komplexní vývojové trauma, které je spojené s opakovanou kumulativní traumatizací v rámci interpersonálních vztahů s blízkými osobami v dětství. Konkrétně sem zařazuje domácí násilí, sexuální zneužívání dětí, traumatizující odloučení, týrání nebo smrt blízké osoby v období, kdy je dítě závislé na primárních pečujících osobách. Tyto formy traumatu v dětství jsou významnými rizikovými faktory pro budoucí poruchy osobnosti, závislost na návykových látkách, poruchy příjmu potravy, depresivitu, úzkostnost, narušené sebepojetí a autoagresivní chování.

Traumatizace v kontextu blízkých vztahů je velmi specifickým fenoménem. Oproti událostem, při nichž je pachatelem osoba mimo rodinný systém (spolužák, cizí osoba) nebo jde o situace způsobené vnějšími okolnostmi (nehoda, živelná katastrofa, napadení zvířetem), traumatizace ze strany blízkých osob vytváří specifickou vztahovou i osobnostní dynamiku. Jestliže osoby, které mají zajišťovat bezpečí a zázemí namísto toho dítě poškozují, je velmi těžké proniknout do skutečných příčin obtíží, kterými dítě trpí a také je pozorovatelná ze strany dítěte výrazná ambivalence. Trauma u dětí v souvislosti s násilím v blízkých vztazích se jeví jako zcela specifická forma traumatizace. Zasahuje celý rodinný systém, probíhá skrytě, jednotliví členové systému se bojí nebo stydí o tom co v rodině probíhá mluvit. Dítě nemá bazální pocit bezpečí a většinou ani jinou alternativu kde by mohlo žít. Násilí se stává pro něj normou a bohužel někdy i vzorem. Učitelé, odborní pracovníci nebo lékaři často netuší, co se v rodině odehrává a nemají dostatek informací, aby správně interpretovali problémové chování nebo školní selhání dítěte (Centrum Locika, 2019; Dvořák & Prokop, 2019; Felitti, Anda, Nordenberg & Marks, 2019; Gonzalez-Vazquez, Mosquera-Barral, Leeds & Santed-German, 2019; Heller & LaPierre, 2012; Hughes, 1997; Matoušek, 2017; Pavlát, 2011; Štěpaník, 2017; Vojtišková, 2016). U dětí je současně situace komplikovanější i vzhledem k odlišným metodickým standardům resortů, které poskytují péči dětem, rodině nebo pěstounům (Kimplová, Jochmannová & Svoboda, 2023).

Metodologie

Realizace předkládané výzkumné studie probíhala v letech 2017–2023. Jejím primárním cílem bylo zmapovat s jakými formami traumatizace se děti a dospívající setkávají v rámci rodinného prostředí a jaké jsou u nich identifikovány obtíže.

Metodologie byla založena na smíšeném designu, s převahou kvalitativní interpretace případových studií pracovišť napříč spektrem odborné péče o děti. Základními zdroji dat byly rozhovory s pracovníky, kteří měli v péči děti s různými formami traumatizace. Analýza získaných dat byla specificky zaměřena na traumatizaci v rámci blízkých (rodinných) vztahů. Výzkumný soubor obsahoval celkem 210 případových studií dětí a dospívajících, rovnoměrně rozložených mezi ambulantní pracoviště klinické psychologie, poradenských pracovišť z oblasti školství a sociálních služeb poskytujících sociálně-právní ochranu dětí v rámci celé ČR. Vzhledem k cílům studie byla vybrána a zastoupena i specifická pracoviště zabývající se problematikou domácího násilí. Do výzkumného souboru byly zařazeny děti ve věku 6–18 let, věkový průměr byl 12,5 let.

Celkem se zapojilo 32 participantů, odborných pracovníků z jednotlivých pracovišť. Z hlediska profesního zaměření šlo o psychology, speciální pedagogy a sociální pracovníky. Veškeré údaje byly důsledně anonymizovány tak, aby byla dodržena etická hlediska a nebylo možné identifikovat údaje ve vztahu ke konkrétnímu dítěti nebo pracovišti. Polostrukturované rozhovory byly nahrávány na diktafon, doslovně přepsány a následně proběhla analýza dat a jednotlivé kategorizace a interpretace. Obsahově byla analyzována fakta z dostupné anamnézy, i další postřehy či pozorování odborných pracovníků. Nejprve byla evidována data podle jednotlivých oblastí odděleně, s cílem zmapovat případné odlišnosti z hlediska zastoupení různých forem traumatizace, finální výsledky týkající se následků traumatizace jsou za celý výzkumný soubor dohromady.

Výzkumná zjištění

Výzkumná zjištění mapují a pojmenovávají konkrétní formy traumatických situací v souvislosti s blízkými vztahy u dětí, které jsou z různých důvodů v péči napříč širokým spektrem odborných pracovišť zaměřených na práci s dětmi a dospívajícími. Tyto formy byly pak zařazeny do základních kategorií. Následně proběhla analýza konkrétních obtíží, symptomů nebo problémové chování, které bylo možné u těchto dětí identifikovat a následně byly vytvořeny základní kategorie projevů. Ze získaných dat byly tedy identifikovány a kategorizovány nejčastější formy traumatizace a obtíží u sledovaných dětí. Pro jednotlivé kategorie událostí byly rozlišeny tři základní sledované oblasti péče: klinicko-psychologickou praxi, školská poradenská pracoviště a sociální služby.

Formy traumatizace a jejich následků u dětí v souvislosti s blízkými vztahy

Na základě analýzy dat byly vytvořeny kategorie forem traumatizace v kontextu blízkých vztahů a jejich procentuální hodnoty pro každou odbornou oblast zvlášť. Díky tomu lze sledovat míru evidovaného zastoupení těchto kategorií v jednotlivých oblastech, což následně nabízí další interpretace a možnosti intervencí v praxi. Tabulka č. 1 obsahuje zjištěné kategorie traumatizace vyjádřené podle četnosti výskytu sestupně a nabízí rovněž srovnání zastoupení v jednotlivých oblastech péče.

Tabulka 1 Formy traumatizace u dětí v souvislosti s blízkými vztahy

Traumatizace v blízkých vztazích	Školství	Klinická psychologie	Sociální služby
Deprivace, zanedbávání, nezáměr	72 %	25 %	55 %
Poruchy attachmentu, střídání pečujících osob	48 %	65 %	32 %
Dramatický rozvod, nevhodně nastavená péče	55 %	29 %	50 %
Domácí násilí	28 %	16 %	55 %
Agrese v rodině	28 %	19 %	30 %
Návykové látky, alkohol rodiče	26 %	21 %	33 %
Týrání, nepřiměřené fyzické trestání	26 %	8 %	42 %
Hrůzné zážitky	5 %	15 %	23 %
Sexuální zneužití	8 %	13 %	18 %
Psychiatrická onemocnění rodiče	8 %	15 %	15 %
Izolace, zavírání	4 %	16 %	6 %
POČET DĚTÍ CELKEM N = 210	N = 70	N = 70	N = 70

1. Deprivace ve sledovaném souboru nejčastěji spočívala v nízké schopnosti saturovat základní citové potřeby dětí, rodiče se k dětem chovali chladně nebo byli hostilní. Citová deprivace nebyla registrována pouze v souvislosti s nízkým socioekonomickým statutem

rodičů, případně matek samoživitelek, závažné formy citové deprivace se týkaly i rodin dobře situovaných, kde však rodiče o děti nejevili zájem, poskytovali pouze dostatečné hmotné saturace, byli příliš zaangažovaní ve své práci nebo zájem a péče o děti pro ně nebyla prioritou. Další formy deprivace měly formu zanedbávání a nespokojování fyzických potřeb, některé děti si opatrovaly jídlo nebo jiné potřeby krádežemi. Tyto formy traumatizace byly nejčastěji evidovány v systému školských poradenských pracovišť.

2. Předčasné odloučení od primární pečující osoby ve věku do tří let nejčastěji souviselo s úmrtím nebo hospitalizací matky, odebráním dítěte z rodiny, střídáním pečujících osob a rovněž s dlouhodobou hospitalizací dítěte bez přítomnosti rodiče. Závažné poruchy attachmentu byly evidovány u dětí matek s malou kapacitou pro poskytování naladěné péče, citové vazby a bezpečí. Často to bylo v souvislosti s depresí, násilím v rodině, závažnými událostmi, opuštěním ze strany partnera nebo traumatickými událostmi v osobní historii matky. Nejčastěji byla tato kategorie evidována v oblasti klinické psychologie.

3. Samotný rozpad rodinného systému znamenal pro některé děti snížení socioekonomické stability, stěhování, změny kamarádů nebo školy. Celou situaci pak zhoršovaly případy, kdy se rodiče rozhodli k rychlému sestěhování s novými partnery, případně i s jejich vlastními dětmi. U mnoha sledovaných dětí byla dramaticky vyhocená konfliktní rozvodová situace, často trvající několik let, s probíhajícími soudními líčeními, nutností, aby děti vypovídaly ohledně svěřením do péče nebo v případech obvinění druhého rodiče z týrání dítěte nebo sexuálního zneužití. Děti podstupovaly soudně znaleckými posudky, u některých byla zjištěna nevhodně nastavená forma péče, nucením do kontaktu s druhým rodičem nebo naopak bráněním v něm. Tato problematika se týkala poloviny klientů ve výzkumném souboru pracovníků v sociálních službách a školských poradenských zařízeních.

4. Domácí násilí bylo zaznamenáno jako specifická forma traumatizace, zasahující celý rodinný systém. V těchto případech byla zpravidla nejsložitější orientace a identifikace traumatizace dětí, charakteristická byla dlouhodobost násilí probíhajícího skrytě. Současně byla popisována nízká míra spolupráce i ochoty pravdivě popsat situaci v rodině ze strany všech členů rodinného systému. Sekundárně byly děti stresovány nejen nízkou mírou prožívaného bezpečí v rodině, současně byly ohroženy deprivací, psychickým týráním, dlouhodobou pozicí oběti, stavů bezmoci, a také nepřiměřeným fyzickým trestáním. Vzhledem k výběrovému zařazení specifických pracovišť zabývajících se násilím v rodinách, převažovala tato problematika v sociálních službách.

5. Agrese v rodinném systému byla odlišena od předchozí kategorie z důvodu zcela specifické dynamiky i kritérií domácího násilí. Děti měly zkušenosti ze vzájemného napadání rodičů, verbálního i fyzického, násilím ze strany strašících sourozenců nebo prarodičů. U některých dětí bylo násilné jednání v rodině běžnou normou, jak se řeší konflikty nebo nespokojenost. Někteří rodiče byli v souvislosti s násilným jednáním ve výkonu trestu, vyskytoval se i mezigenerační přenos násilí. Významnou souvislostí byl v mnoha případech agresivního jednání alkoholismus rodičů. Tato problematika byla přibližně z jedné třetiny evidována u klientů školských poradenských zařízení a sociálních služeb.

6. Zneužívání návykových látek či alkoholismus rodičů souvisel z hlediska dopadů na děti současně s agresivitou a nevypočitatelností jejich chování, absencí řádu a struktury v rodinném systému, se sníženou úrovní péče o děti a také s týráním nebo sexuálním zneužíváním.

7. Týrání a nepřiměřené fyzické trestání bylo nejčastěji evidováno v souboru pracovišť sociálních služeb, vzhledem k tomu, že šlo o pracoviště sociálně-právní ochrany dětí.

Konkrétně šlo o fyzické tresty formou facek, bití po celém těle rukou nebo předmětem. Děti musely klečct, byly zavírány do tmy, ponižovány, dávány pod studenou sprchu.

8. U některých dětí, převážně v systému sociálních služeb byly zaznamenány drastické zážitky, u kterých byly děti přítomny. Jednalo se například o týrání nebo mučení sourozence nebo jiné osoby, sebevraždu blízké osoby, nález mrtvého těla blízké osoby a také v několika případech bylo dítě přítomno u vraždy své matky ze strany otce (nového partnera).

9. Sexuální zneužití blízkými osobami mělo u dětí různé formy, od koitálních i nekoitálních praktik, osahávání, obnažování se před dítětem, nucení dítěte k orálním praktikám, masturbaci, vystavení sexuálním aktivitám příbuzných nebo starších sourozenců. Zařazeny zde byly i situace dlouhodobého vystavení sledování pornografie nebo zneužití pro výrobu pornografických videí. Mezi pachatele patřili vlastní i nevlastní rodiče, prarodiče, sourozenci nebo příslušníci širší rodiny. Nejčastěji šlo o případy v evidenci pracovišť sociálně právní ochrany a klinické psychologie.

10. Psychiatrické onemocnění rodiče je specifickou formou traumatizace dětí v blízkých vztazích. Traumatizace spočívá v sekundárním postižení dítěte formou neadekvátní péče, komunikace i chování, v deprivaci emočních potřeb. Primární pečující osoby musely být opakovaně hospitalizovány a nemohly se v této době o děti starat. Šlo o zejména o duševní poruchy rodiče z okruhu diagnóz souvisejících s psychotickým onemocněním (schizofrenie, bipolární porucha, schizoafektivní poruchy), pervazivními vývojovými poruchami (Aspergerův syndrom), poruchami osobnosti, se závažnými formami deprese, posttraumatickou stresovou poruchou nebo sebevražednými pokusy.

11. Některé z dětí byly traumatizovány formou izolace od vrstevníků a sociálních kontaktů nebo byly dokonce zavírány doma. Konkrétně šlo v mnoha případech o rodiny spojené se sektami, dogmatickým pojetím víry, církevními společenstvími, rovněž o rodiče s vyhraněným esoterickým nebo alternativním hodnotovým přesvědčením. Izolace byla často spojená s domácí výukou, případně odstěhováním celé rodiny mimo civilizaci a sociální izolací dětí.

Zjištěné obtíže u dětí s traumatizací v blízkých vztazích

Dalším krokem analýzy dat z rozhovorů byla identifikace obtíží, sociálně patologických fenoménů a symptomů psychických i somatických. Tyto projevy byly v rámci celého souboru rozděleny do následujících kategorií:

1. Dysregulace. Mezi obtíže související se špatnou autoregulací organismu byly zařazeny nespécifické projevy, které se vyskytovaly napříč všemi formami traumatizace. Je pro ně typická dysregulace autonomního nervového systému a špatné propojení jednotlivých částí mozku. Tyto projevy jsou typické pro PTSD. Nejčastěji byly u sledovaných dětí zjištěny problémy s emoční regulací, s impulsivitou, přecitlivělostí na smyslové modality (pachy, zvuky, světlo, průvan, osobní blízkost). Velmi často se vyskytovaly problémy s hyperaktivitou nebo hypoaktivitou a poruchami pozornosti. V této souvislosti byl v mnoha případech u dětí diagnostikován syndrom ADHD, vzhledem k podobné symptomatice. Současně byly evidovány obtíže se zvýšenou aktivitou, podrážděností, neschopností „vypnout“ a s poruchami spánku.

2. Problémové chování. Další zjištěnou kategorií bylo chování dětí neodpovídající věkové normě, s častými projevy poruch chování, se zvýšenou měrou agresivity vůči vrstevníkům i předmětům (hračkám). Obecně lze u sledovaných dětí konstatovat regresivní chování neodpovídající kalendářnímu věku z hlediska emocí ani sociálního chování. Často byla

popisována zvýšená potřeba bezpečí nebo naopak špatné vyhodnocování co je bezpečné a také problémy se zdravými hranicemi. Děti potřebovaly mít zvýšenou kontrolu nad situacemi, nedokázaly se projevovat spontánně. Vyskytovala se nutkavá závislost na technologiích, PC hrách a také problémy s návykovými látkami (tabák, alkohol, THC, pervitin), které dětem sloužily jako způsob autoregulace. Mezi nejčastějšími popisovanými sociálně patologickými fenomény napříč celým spektrem pracovišť patřilo problémové chování chlapců, které bylo zpravidla označováno jako „*nekázeň, vzdorovitost, nevychovanost*“. U obětí sexuálního zneužití byla zjištěna předčasná sexuální vyspělost. U některých dalších forem traumatizace se vyskytovala nutkavá masturbace.

3. Problémy v sociálních vztazích. Obecně byly zjištěny časté problémy v sociálních vztazích s vrstevníky i s dospělými osobami. U mladších dětí byla popisována neadekvátní hra nebo neschopnost si hrát s jinými dětmi, problémy v kooperaci, preferována byla u nich samostatná činnost a zvýšená potřeba kontroly chování ostatních, snaha zajistit si bezpečí „manipulacemi“ nebo vyhýbavým chováním, lhaním. V případech, kdy se vyskytovalo násilí v rodině docházelo u některých dětí paradoxně k solidaritě s násilnou osobou, její idealizaci a opovrhování obětí násilí. Na druhou stranu u některých dětí bylo popisováno předčasně vyspělé „dospělé“ sociální chování a neadekvátní ochrana oběti násilí, ochrana kamarádů nebo sourozenců, zvýšená potřeba spravedlnosti, řádu a pravidel. Mezi rizikové faktory v této souvislosti je nutné uvést několik případů, kdy dospívající na obranu oběti použil neadekvátní prostředky a sám se následně stal pachatelem násilí.

4. Školní problémy. Zhoršený školní výkon nebo školní selhávání komplikovaly u dětí pocit sebehodnoty. V souvislosti se školním selháváním také přibývaly další problematické oblasti v jejich životě. Zjištěny byly kognitivní obtíže, případně nerovnoměrný kognitivní profil, kromě poruch pozornosti i obtíže s krátkodobou pamětí, koordinací, plánováním, orientací a přepojováním pozornosti. Popisovány byly potíže při změnách činností, nutnost upozorňovat na změny předem. U části dětí byla zjištěna výrazná potřeba výkonového školních úspěchu a přetěžování se. V případech, kdy škola neuměla s dítětem navázat podpůrný kontakt, docházelo k záškoláctví a zejména u dospívajících ke ztrátě snahy o dobrý výkon, zhoršení vztahu k učitelům, spolužákům i celému vzdělávacímu procesu.

5. Projevy duševních poruch mohou být u dětí s traumatem v rámci pedopsychiatrie řešeny izolovaně, zejména v případě zamlčení nebo tabuizování prožité traumatizace ze strany pečujících osob. U sledovaných dětí se vyskytovaly četné psychopatologické fenomény, patřící do běžného obrazu PTSD. Jednalo se zejména o úzkostné a panické stavy, různé formy fobií (zejména sociální) a dětskou depresi. Vyskytovalo se vyhýbavé chování ve vztahu ke škole a sociálním situacím. U některých dětí docházelo k sebepoškozování (řezání se, trhání vlasů, obočí, deformace částí těla), poruchám příjmu potravy, měly tendence k sebeustrukci a sebevražedným pokusům. Pro pracovníky mimo zdravotnictví bylo většinou problematické správně identifikovat zejména disociativní fenomény (odpojování se, denní snění, nevnímání instrukcí, poruchy identity, psychotické stavy) a flashbacky. V průběhu let, kdy byla studie realizována bylo možné sledovat významný nárůst transgenderové problematiky (genderové dysforie). Vzhledem k tomu, že do výzkumného souboru byly zařazeny pouze dospívající s traumaty v souvislosti s blízkými vztahy, nabízí toto zjištění nutnost velmi důkladné znalosti osobního příběhu dítěte. V rámci studie byly v této souvislosti nejčastěji zjištěny zkušenosti dospívajících se sexuálním zneužitím, násilím v rodině nebo týráním.

6. Somatické obtíže bývají v praxi nejméně propojenou skupinou symptomů v celkovém obraze následků traumatizace. V případě, že převažují nad ostatními projevy, může docházet

k řešení pouze somatické stránky, zejména u mladších dětí, případně dítě absolvuje četná vyšetření bez konečné somatické diagnózy, případně se závěry psychosomatického základu. Ve výzkumném souboru patřily mezi nejčastější somatické obtíže pomočování a enkopréza, nutkavé přejídání se, spojené s obezitou. Dále různé typy alergií, astma a časté záněty středouší. Bolesti hlavy a břicha bez somatického nálezu jsou zpravidla součástí projevu deprese u dětí.

Podrobný výčet zjištěných projevů roztríděných do jednotlivých kategorií obtíží obsahuje tabulka č. 2.

Tabulka 2 Souhrnný přehled obtíží identifikovaných u dětí a dospívajících

AUTOREGULACE ORGANISMU	problémy s emoční regulací, impulsivita	poruchy pozornosti, hyperaktivita, hypoaktivita	přecitlivělost na podněty, snížená frustrační tolerance, podrážděnost	poruchy spánku
CHOVÁNÍ	poruchy chování, věková regrese, negativismus, vzdor, agresivita	nutkavá hra, závislost na PC, zneužívání NL	problémy s hranicemi, potřeba kontroly a sebekontroly, rigidita, perfekcionismus	sexualizované chování, nutkavá masturbace
SOCIÁLNÍ VZTAHY	problémy s vrstevníky, kooperací, neadekvátní hra	předčasně vyspělé chování	nedůvěra k lidem, potřeba bezpečí, vyhýbavé chování	idealizace pachatele násilí, neadekvátní ochrana druhých, mstivost
ŠKOLNÍ PROBLÉMY	nerovnoměrný školní výkon, zhoršený prospěch	poruchy krátkodobé paměti, koordinační obtíže	výkonová orientace, přetěžování se	obtíže při změnách činností, přepojování pozornosti
DUŠEVNÍ PORUCHY	úzkostné stavy, panika, fobie, obsese, deprese	poruchy příjmu potravy, sebevražedné myšlenky, pokusy, sebepoškozování	flashbacky, třes, tiky, zadržávání	disociace, psychotické stavy, poruchy identity, genderová dysforie
SOMATICKE OBTÍŽE	bolesti břicha, hlavy	pomočování, enkopréza	alergie, astma, záněty středouší	obezita, přejídání
Celkem dětí N = 210				

ZÁVĚRY

Výzkumná zjištění potvrzují v kontextu blízkých vztahů četné a různorodé formy traumatizace ve výběrovém souboru dětí a dospívajících. V souladu s dalšími odbornými texty lze konstatovat, že trauma, které zažije dítě v rodinném systému ve vztazích s nejbližšími osobami, posouvá důsledky ještě mnohem hlouběji a komplikovaněji, nežli je tomu u jiných forem traumatu. Osobnostní dopady jsou mnohem hlubší a trvalejší (Van der Kolk, 2014). Studie zjistila nejčastější konkrétní formy traumatizace v blízkých vztazích, rozdílly identifikované frekvence jejich výskytu v jednotlivých oblastech odborné péče, a také nejčastější následky této traumatizace, které lze zaznamenávat. Výsledky potvrzují ve shodě s odbornými texty (Endrštová, 2018; Felitti, Anda, Nordenberg & Marks, 2019; Matoušek, 2017; Rydberg, Mohammedi & Gazon, 2019; Van der Kolk, 2014) problematické momenty v souvislosti s interpretací dětského traumatu. Symptomy traumatu jsou často vyjádřeny zejména problémovým chováním nebo školním selháváním. Následný plán pomoci či odborné péče pak tedy závisí na míře správné identifikace příčin obtíží. Nejčastěji ve shodě s dalšími autory (Matoušek, 2017; Marksová, 2017; Němcová, 2017) lze konstatovat, že velká část sledovaných dětí a dospívajících s traumatem mívá diagnostikován syndrom ADHD (hyperaktivita s poruchou pozornosti), případně poruchy chování. Mnohé děti měly četné psychické obtíže, problémy s identitou a závažné symptomy, související s komplexní posttraumatickou stresovou poruchou (Van der Kolk, 2014; WHO, 2018).

System péče o děti a dospívající v ČR dle své specializace a cílové skupiny zpravidla zachycuje děti s různými obtížemi, symptomy nebo problémovým chováním, které mohou být mylně interpretovány a řešeny. Ne vždy je odborným pracovištěm získávána podrobná anamnéza nebo zjišťování bližších údajů o dětech není možné, zejména v oblasti školství a sociálních služeb. System odborné péče a sociálně-právní ochrany nemá vytvořen dostatečnou propustnost závažných informací ani nastaveny formy kooperace či koordinace s policejními složkami a státním zastupitelstvím. V případech, kdy jsou rodiče motivováni dítěti pomoci s prožitým traumatem a poskytnout mu bezpečí, je situace mnohem snazší nežli v případech, kdy jsou nejbližší osoby pachateli násilí nebo těmi, kteří se na traumatizaci dítěte spolupodílejí (Felitti, Anda, Nordenberg & Marks, 2019; Jochmannová, 2021; Matoušek, 2017; Štěpaník, 2017).

Závěry této výzkumné studie konstatují zjištění, že týrání, zneužívání dětí a domácí násilí v rodinách probíhá dlouhodobě a je tabuizovaným tématem, o kterém dítě nemůže mluvit, vzhledem k závislosti na osobách nejbližších. Osoby mimo rodinný systém mohou mít ohledně traumatizace v rodině podezření, avšak pokud nejsou k dispozici jasné důkazy, bývá většinou nápadné pouze problémové chování dítěte, obtíže ve škole či zhoršení jeho zdravotního stavu. Znalost široké škály projevů pozorovatelných u dítěte s traumatem, by měla profesionálům pracovišť pro děti, stejně jako lékařům nebo učitelům, pomoci správně vyhodnocovat a interpretovat příčiny těchto projevů. Špatně stanovená diagnóza nebo volba kázeňsko-výchovných opatření následně situaci dítěte ještě více zhoršuje a odkládá odbornou intervenci v rodině. Děti traumatizované v blízkých vztazích mají komplikovaný a ambivalentní vztah k nejbližším osobám. Mají sníženou schopnost vyjádřit své potřeby, stejně jako vypovídat ohledně svých rodinných příslušníků. Vyskytuje se u nich iracionální chování nebo disociace traumatických vzpomínek, hrozí riziko agresivního útoku vůči pachateli násilí. Pro orgány sociálně-právní ochrany nebo činných v trestním řízení mohou být uvedená zjištění významná z hlediska jejich postupů při práci s dítětem a jeho rodinou tak, aby nedocházelo k další sekundární viktimizaci traumatizovaného dítěte.

Seznam zdrojů

American Psychiatric Association. (2013). *DSM-5®. Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. Washington DC: American Psychiatric Publishing.

Berens, A. E., Jensen, S. K. G., & Nelson, Ch. A. (2017). Biological embedding of childhood adversity: from physiological mechanisms to clinical implications. *BMC Medicine*, 15, 135. doi:10.1186/s12916-017-0895-4.

Bremner, J. D., Vermetten, E., & Mazure, C. M. (2000). Development and preliminary psychometric properties of an instrument for the measurement of childhood trauma: the Early Trauma Inventory. *PubMed.gov*, 12(1). 1–12. doi:10.1002/15206394(2000)12:1<1::AID-DA1>3.0.CO;2-W.

Centrum Locika. (2019). *Průvodce pro rodiče, kteří pro své děti chtějí dětství bez násilí*. Metodická příručka. Centrum Locika Praha.

Cross, D., Fani, N., Powers, A., & Bradley, B. (2017). Neurobiological development in the context of childhood trauma. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 24(2), 111–124. doi:10.1111/cpsp.12198.

Dvořák, T. & Prokop, D. (2019). *Charakteristiky rodin s výskytem domácího násilí*. Odborná konference Děti, škola násilí. Praha 19. 11. 2019.

Endrštová, M. (20. listopadu 2018). Domácí násilí zažívá každé desáté dítě, najít pomoc trvá i několik let. *iDnes*. Získáno z https://www.idnes.cz/zpravy/domaci/domaci-nasili-deti-locika.A181003_112956_domaci_nub.

Felitti, V. J., Anda, R. F., Nordenberg, D., & Marks, J. S. (2019). Relationship of Childhood Abuse and Household Dysfunction to Many of the Leading Causes of Death in Adults: The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. *American Journal of Preventive Medicine*, 56 (6), 774–786. Získáno z: https://www.researchgate.net/scientific-contributions/39796848_Robert_F_Anda.

Gapp, K., Bohacek, J., Grossmann, J., Brunner, A. M., Manuella, F., Nanni, P., & Mansuy, I. M. (2016). Potential of Environmental Enrichment to Prevent Transgenerational Effects of Paternal Trauma. *Neuropsychopharmacology, advance online publication*. University of Zurich. Získáno z: <https://www.whatisepigenetics.com/inherited-epigenetic-and-behavioral-consequences-of-trauma-could-be-reversed/>.

Gonzalez-Vazquez, A. I., Mosquera-Barral, D., Leeds, A. M., & Santed-German, M. A. (2019). Initial validation of an instrument to evaluate early trauma: The Early Scale. *European Journal of Trauma & Dissociation* (3). 229–233.

Heller, L., & LaPierre, A. (2012). *Healing developmental trauma: How early trauma affects self-regulation, self-image, and the capacity for relationship*. Berkeley: North Atlantic Books.

Hughes, D. A (1997). *Facilitating developmental attachment*. Northvale: Jason Aronson.

Jochmannová, L. (2021). *Trauma u dětí*. Grada.

Kimplová, T., Jochmannová, L., & Svoboda, J. (2023). *Psychologie rodiny*. Grada.

Kocourková, J., Koutek, J., Propper, L., & Hort, V. (2001). Disociativní porucha identity u dětí a adolescentů. *Česká a Slovenská psychiatrie*, 97(2), 60–63.

Kocourková, J., & Koutek, J. (2017). Posttraumatická stresová porucha u dětí a dospívajících. *Česká a slovenská psychiatrie*, 113(3), 128–131.

Kocourková, J. (2006). Sexuální zneužívání dětí. In Říčan, P., Krejčířová, D., et al., *Dětská klinická psychologie*. 291–294. Praha: Grada.

Levine, P. A., & Klineová, M. (2012). *Trauma očima dítěte*. Praha: Maitrea.

Levine, P. A. (2010). *In an Unspoken Voice: How the Body Releases Trauma and Restores Goodness*. Berkeley: North Atlantic Books.

Matoušek, O. (Ed.). (2017). *Dítě traumatizované v blízkých vztazích*. Praha: Portál.

Marksová, P. R. (2019). *Unspeakable Trauma: Exploring Prenatal and Preverbal Trauma and Dissociation in Children and Adolescents*. 7th Biennial ESTD Conference. The Legacy of Trauma and Dissociation. Body and Mind in a New Perspective. Řím: ESTD 24. 10. 2019.

Marksová, P. R. (2017). *Dissociative experiences in children with complex trauma*. Conference on Trauma, Dissociation and Psychosis. Centre Kristiansand, Norway.

Ministerstvo práce a sociálních věcí. (nedat.). *Národní strategie ochrany práv dětí 2021–2029*. Získáno z https://www.mpsv.cz/documents/20142/225508/NARODNI+STRATEGIE+OCHRANY+PRAV+DETI+2021_2029_FINAL.pdf/4d20b44e-a8c5-6882-d46f-a8d0fb7695d5.
Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR. (2020). *Zákon č. 108/2006 Sb.* Získáno z <https://www.mpsv.cz/zakony>.

Mueser, K. T., & Taub, J. (2008). Trauma and PTSD among adolescents with severe emotional disorders involved in multiple service systems. *Psychiatric Services*, 59(6), 627–634. doi:10.1176/ps.2008.59.6.627.

Niková, L., Návrat, P., Rekl, M., & Brát, I. (2016). Kdo půjde z kola ven? In Vojtíšková, M. (Ed.), *Mlčení bolí. Postřehy z desetileté praxe intervenčních center*, 81–85. Praha: Asociace pracovníků intervenčních center ČR.

Němcová, L. (2017). Diagnostika traumatu u dětí. In O. Matoušek (Ed.), *Dítě traumatizované v blízkých vztazích*. 69–78. Praha: Portál.

Pavlát, J. (2011). Dlouhodobé následky rozvodu pro děti. *Česká a slovenská psychiatrie*, 107(5), 297–300.

Porges, S. W. (2016). Connectedness as biological imperativ: Understanding the consequences of trauma, abuse, and chronic stress through the lens of the Polyvagal theory. *Congress Attachment and Trauma: Relationships and Compassion*, 83–152.

Putnam, F. W. (1997). *Dissociation in children and adolescents*. New York: Guilford.

Rydberg, J. A., Mohammedi, N. & Gazon, R. (2019). *Principles and Interventions from Sensorimotor Psychotherapy to Treat Clients with Complex Trauma, Chronic Shame and Dissociation*. 7th Biennial ESTD Conference. The Legacy of Trauma and Dissociation Body and Mind in a New Perspective. Řím: ESTD 24. -26. 10. 2019.

Schore, A. N. (2016). The development of the right brain across the life span: What's love got to do with it. *Congress Attachment and Trauma: Relationships and Compassion*, 83–152.

Silberg, J., & Dallam, S. (2009). Dissociation in children & adolescents. In: P. Dell & J. O'Neil (Eds), *Dissociation and Dissociative Disorders: DSM-V and beyond*. (67–81). New York: Routledge.

Soukup, J., & Papežová, H. (2008). Disociace v dětství: klinické projevy a diagnostika. Dotazník disociace v dětství. *Česká a slovenská Psychiatrie*, 104(5), 236–240. Získáno z http://www.cspsychiatr.cz/dwnld/CSP_2008_5_236_240.pdf

Světová zdravotnická organizace (WHO). (2018). *Constitution of the World Health Organization*. Geneva. [Online] Dostupné z: <http://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/EN/constitution-en.pdf?ua=1>.

Světová zdravotnická organizace (WHO). (1992). *Mezinárodní klasifikace nemocí, 10. revize. Duševní poruchy a poruchy chování. Popisy klinických příznaků a diagnostická vodítka*. Praha: Psychiatrické centrum.

Štěpaník, P. (2017). Dítě týrané nebo zneužitá blízkým dospělým. In Matoušek, O. (Ed.), *Dítě traumatizované v blízkých vztazích*, 21–28. Praha: Portál.

Tanabe, H., Tokuyama, M., & Jochmannová, L. (2021). Supporting traumatized children in social care: The “ADHD” label defocusing attachment problems. *32nd International Congress of Psychology*. July 18-23, 2021. Prague.

Van der Kolk, B. (2014). *The Body Keeps the Score.: Brain, Mind, and Body in the Healing of Trauma*. London: Penguin Books.

Vojtíšková, M. (Ed.). (2016). *Mlčení bolí. Postřehy z desetileté praxe intervenčních center r*. Praha: Asociace pracovníků intervenčních center ČR.

Světová zdravotnická organizace (WHO). (2018). *Constitution of the World Health Organization*. Geneva. [Online]. Získáno z: <http://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/EN/constitution-en.pdf?ua=1>.

Yehuda, R., Lehrner, A., & Bierer, L. M. (2018). The public reception of putative epigenetic mechanism in the transgenerational effects of trauma. *Environmental Epigenetics*, 4(2). doi:10.1093/eep/dvy018.

Zero to Three. (2016). *DC: 0–5TM: Diagnostic classification of mental health and developmental disorders of infancy and early childhood*. Washington DC: Zero to Three.