

Univerzita Palackého v Olomouci
Filozofická fakulta
Katedra psychologie

**PSYCHICKÁ A VÝVOJOVÁ TRAUMATA U DĚTÍ:
SHODY SE SYNDROMEM ADHD, ROZDÍLY
A DIAGNOSTICKÁ ROZLIŠENÍ**

PSYCHOLOGICAL AND DEVELOPMENTAL TRAUMAS IN
CHILDREN:
COMPLIANCE WITH ADHD, DIFFERENCES AND DIAGNOSTICS
RESOLUTIONS



Disertační práce

Autorka: PhDr. Leona Jochmannová
Školitelka: doc. PhDr. Irena Sobotková, CSc.

Olomouc
2019

Prohlášení:

Místopřísežně prohlašuji, že jsem disertační práci na téma „Psychická a vývojová traumata u dětí: shody se syndromem ADHD, rozdíly a diagnostická rozlišení“ vypracovala samostatně pod odborným vedením doc. PhDr. Ireny Sobotkové, CSc., a uvedla jsem všechny použité podklady a literaturu.

V Olomouci dne 15. 3. 2019

Podpis:

Poděkování:

Velmi děkuji doc. PhDr. Ireně Sobotkové, CSc., za odborné vedení mé disertační práce, za přátelský a kolegiální přístup, odborné rady a podporu po celou dobu mého doktorského studia.

Děkuji také dalším kolegům z Katedry psychologie FF UP za cenné konzultace a nasměrování v souvislosti s metodologickými otázkami výzkumné části. Speciální poděkování patří Ittě Wiedenmann, MA, za inspirativní doprovázení problematikou traumatu.

Obsah

ÚVOD	7
TEORETICKÁ ČÁST.....	9
1 Teoretický kontext problematiky traumatu a PTSD	9
1.1 Diagnostická klasifikace následků traumatu podle MKN-10	10
1.2 Diagnostická klasifikace následků traumatu podle DSM-5.....	12
1.2.1 Diagnostická kritéria PTSD v DSM-5	13
1.3 Specifika problematiky PTSD u dětí	15
1.3.1 Klasifikace PTSD u raného věku podle Zero to Three.....	16
1.4 Disociace	19
1.5 Somatické symptomy v souvislosti s traumatem	22
1.6 Neurobiologický kontext reakce na trauma.....	24
1.6.1 Trauma a emoční regulace.....	25
1.6.2 Trauma a procedurální paměť.....	28
1.6.3 Neurobiologie komplexního traumatu	29
1.6.4 Epigenetické souvislosti traumatu.....	30
2 Kategorie dětského traumatu.....	31
2.1 Raná traumata perinatální, perinatální a poruchy attachmentu	32
2.2 Deprivace, týrání a zneužívání dítěte	35
2.3 Domácí násilí	38
2.4 Vývojové komplexní trauma	40
2.5 Diagnostika následků traumatu u dětí.....	43
3 Syndrom ADHD	46
3.1 Klasifikace syndromu ADHD podle MKN-10 a DSM-5	49
3.2 Syndrom ADHD a neurobiologický kontext.....	52
3.3 Problematika diagnostiky syndromu ADHD.....	53
3.4 Diagnostické prolínání syndromu ADHD s PTSD.....	55
4 Zařízení odborné péče pro děti a dospívající v ČR.....	58
4.1 Resort zdravotnictví	58
4.2 Resort školství.....	59
4.3 Resort sociální péče.....	61

4.4 Komplexní přístupy v péči o děti s traumatem.....	62
VÝZKUMNÁ ČÁST	65
5 Výzkumný problém, cíle a výzkumné otázky	65
6 Metodologický rámec výzkumu	67
6.1 Výzkumné soubory.....	67
6.1.1 Výběrový soubor odborných pracovníků.....	67
6.1.2 Výběrový soubor dětí.....	68
6.2 Proces sběru dat a etika výzkumu.....	70
6.3 Metody získávání dat.....	72
6.4 Metody analýzy a zpracování dat.....	73
7 Výsledky	76
7.1 Kategorie traumatických událostí.....	76
7.1.1 Kategorie traumat podle jednotlivých oblastí péče	82
7.1.2 Shrnutí kategorie traumatických událostí podle výzkumných otázek.....	83
7.2 Kategorie projevů chování a symptomů.....	85
7.2.1 Shrnutí kategorií symptomů a projevů chování podle výzkumných otázek.....	97
8 Diskuse	101
8.1 Diskuse k výsledkům kategorií traumat a kategorií symptomů	101
8.1.1 Diskuse ke kategoriím traumatických událostí.....	101
8.1.2 Diskuse ke kategoriím projevů chování a symptomů.....	103
8.2 Rozdíly v přístupu mezi jednotlivými oblastmi odborné péče	105
8.3 Limity výzkumu	109
8.4 Návrh dalšího směřování výzkumu	111
8.5 Praktické přesahy	111
9 Závěry	113
Souhrn	115
Seznam použitých zdrojů a literatury	119

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha 1: Abstrakt disertační práce

Příloha 2: Abstract of Thesis

Příloha 3: Seznam použitých zkratk

Příloha 4: Seznam tabulek

Příloha 5: Otázky polostrukturovaného rozhovoru

Příloha 6: Přepis kódování rozhovoru – ukázka

ÚVOD

Předmětem této disertační práce je problematika psychických a vývojových traumat u dětí. Jako dětská psycholožka jsem se setkávala s případy dětských klientů, kteří měli ve své osobní historii závažná traumata. Mnohé z těchto dětí byly v péči různých odborných specialistů a měly diagnostikovány psychické i somatické poruchy. Další děti byly kázeňsky řešeny z důvodu poruch chování a nápadně často se u nich vyskytoval diagnostikovaný syndrom ADHD. Během své dosavadní praxe v oblasti klinické psychologie, školství a sociálně právního poradenství jsem rovněž zaznamenávala rozdíly v diagnostických i terapeutických přístupech.

Rozdílné pohledy na klasifikační uchopení dětského traumatu mne motivovaly k tomu, abych se problematikou dětského traumatu více zabývala na teoretické i výzkumné úrovni. V zahraniční odborné literatuře jsou popisovány problémy s chybnou identifikací symptomů posttraumatické stresové poruchy. Důvodem těchto problémů je velká šíře, proměnlivost a přesahy těchto symptomů, které se projevují jak fyzicky, tak i v podobě psychických stavů, jež mohou být zaměnitelné s projevy různých psychických poruch. Komplikací pak může být i specializace oboru či resortu, ve kterém se dítě s následky traumatu ocitne. Rodiče nebo pěstouni mohou pro děti hledat pomoc u lékařů specialistů, na pracovištích psychiatrie, klinické psychologie, nebo navštěvují různá poradenská zařízení. Dospívající často hledají možnosti „sebeléčby“ v alternativních přístupech, ve spirituálních zážitcích nebo ve zneužívání návykových látek.

Výzkumná část této práce je zaměřena na zjištění projevů, které jsou typické u diagnostické kategorie posttraumatické stresové poruchy, a také projevů zařaditelných v rámci jiných diagnostických kategorií. Specifický zřetel je kladen na případné shody a rozdíly zjištěných symptomů se symptomy syndromu ADHD. Vzhledem k tomu, že v odborné literatuře chybí systematické a komplexní vymezení kategorií dětského traumatu včetně jejich charakteristik s ohledem na vývojové úrovně, nabízím tímto textem nový pohled na široký kontext dětského traumatu. Výzkumnou částí si kladu za cíl obohatit diferenciatně-diagnostický přístup u dětí, a to na základě hlubší analýzy případných přesahů a diagnostických odlišení mezi jednotlivými kategoriemi a symptomy dětského traumatu. Mou snahou je následně přinést do aplikované praxe kvalitnější možnosti diagnostických, terapeutických i poradenských intervencí pro děti s traumaty v anamnéze s cílem, aby nedocházelo k jejich systémové sekundární viktimizaci.

Problematikou dětského traumatu se dlouhodobě zabývám i publikačně. Kromě výukových textů jsem se mimo jiné spoluautorsky podílela na odborné publikaci *Dítě traumatizované v blízkých vztazích* z roku 2017.

TEORETICKÁ ČÁST

1 Teoretický kontext problematiky traumatu a PTSD

Mezi obvyklé pojmy vystihující **traumatickou událost** patří kupříkladu náhlost, neočekávanost a s tím související zahlcení organismu. Dále nemožnost oběti ovlivnit situaci, která zpravidla přesahuje její dosavadní zvládací mechanismy, s následnou závažnou fyzickou nebo psychickou újmou. Trauma často přináší dlouhodobé a nevratné problémy. Podle četnosti traumatických událostí rozlišujeme monotrauma a komplexní trauma. Z hlediska následků traumatické události hraje významnou roli věk, v jakém k traumatu došlo, odolnost nervové soustavy oběti, kontext situace a také typ traumatické události (Levine, 2015; Němcová, 2017; Vizinová & Preiss, 1999; Vágnerová, 2014).

V tuzemské i zahraniční odborné literatuře lze nalézt mnoho kvalitních studií a článků, zabývajících se důsledky traumatických událostí u dospělé populace. Znamé jsou obecné definice traumatu i rozlišení akutní reakce na trauma a posttraumatické stresové poruchy (dále v textu pod zkratkou *PTSD*). Popis klinických symptomů lze nalézt v odborné psychiatrické literatuře, v diagnostických a statistických manuálech *Mezinárodní klasifikace nemocí, 10. revize, MKN-10* (Světová zdravotnická organizace, 1992) a v *Diagnostickém a statistickém manuálu duševních poruch, DSM-5* (Americká psychiatrická asociace, 2013). V české odborné literatuře se tématem traumatu a PTSD zabývají dlouhodobě mnozí autoři z oborů psychiatrie i klinické psychologie (např. Malá, 2011; Matoušek, 2017; Mareš, 2012; Praško, 2002; Preiss, 1999, 2009).

Vývoj diagnostiky a klasifikace symptomů důsledků traumatu prochází složitým vývojem vzhledem k tomu, že jde o diagnózu relativně mladou. Do diagnostického a statistického manuálu DSM byla PTSD zařazena od roku 1968 (Vizinová & Preiss, 1999) a týkala se zpočátku zejména dospělé populace v souvislosti s válečnými, katastrofickými a mimořádnými zážitky. První klasifikace následků traumatu a symptomů PTSD proběhla na základě zkušeností se symptomy veteránů války ve Vietnamu. Od té doby probíhá zpřesňování diagnostické klasifikace i dlouhodobých dopadů na lidský život. V současné době již je tato diagnóza uchopena v mnohem širším kontextu diagnostickém i výzkumném. Jako samostatnou kategorií se problematikou traumatu a disociace zabývají odborné společnosti. V evropském kontextu je to například *Evropská společnost pro trauma a disociaci (European Society for Trauma and Dissociation)*.

MKN-10 uvádí, že v případě PTSD jde o vystavení stresové situaci výjimečného katastrofického nebo nebezpečného charakteru a definuje ji jako: „zpožděnou nebo protražovanou odezvu na stresovou událost nebo situaci neobvykle hrozivého nebo katastrofického rázu, která pravděpodobně téměř u každého vyvolává pronikavou tíseň. Pokud jsou přítomny predisponující faktory, jako jsou např. osobnostní rysy nebo neurotické onemocnění v dřívější anamnéze, mohou snižovat práh pro rozvinutí syndromu“ (WHO, 1992, s. 133–134).

Mezi typické symptomy PTSD patří: znovuvybavování nebo znovuprožívání traumatické události; amnézie na části události nebo na některá období z minulosti (ztráta paměti); zvýšená citlivost; vzrušivost; obtíže se spánkem; podrážděnost; návaly hněvu, paniky, agrese; problémy s koncentrací pozornosti; hypervigilita (zvýšená aktivace organismu, nadměrná bdělost); úlekové reakce; vyhýbavé chování; somatické obtíže – vegetativní hyperaktivace; disociace (odpojení od emocí a tělesného prožívání); suicidální tendence; úzkost, deprese; zneužívání návykových látek (WHO, 1992; Němcová, 2017). Specifickým symptomem uváděným u PTSD je *flashback*. Jde o útržkovité vzpomínky na prožitou událost v podobě tělesných vjemů a pocitů, chutí, myšlenek a záblesků prožitých obrazů. Souvisí s deklarativní pamětí a mají podobu nutkavého „znovuprožívání“ emocí a tělesných příznaků (Levine, 2015).

Navzdory tomu, že je PTSD diagnózou, která má již dlouhodobě své místo v mezinárodní klasifikaci nemocí, v praxi dochází k tomu, že není tato diagnóza správně identifikována, klasifikována, ani diagnosticky správně zařazována (Němcová, 2017).

1.1 Diagnostická klasifikace následků traumatu podle MKN-10

Následující podkapitola podrobně zpracovává diagnostické vymezení následků traumatických událostí v Mezinárodní klasifikace nemocí, 10. revizi (WHO, 1992). V době, kdy byl tento text vypracováván (v roce 2018) již byla vydána nová, 11. revize Mezinárodní klasifikace nemocí, MKN-11 (WHO, 2018), v českém překladu však nebyla ještě k dispozici. Z tohoto důvodu není MKN-11 zakomponována do textu této práce. Z hlediska aktuálnějších zdrojů jsou v dalších podkapitolách podrobněji citovány diagnostické manuály DSM-5 (APA, 2013) a Zero to Three (2017).

Symptomy související s následky akutního traumatu jsou v diagnostickém manuálu MKN-10 (WHO, 1992) zařazeny mezi *Neurotické poruchy, poruchy vyvolané stresem a somatoformní poruchy (F40–F49)*, konkrétně do kategorie *Reakce na závažný stres a poruchy přizpůsobení (F43)*, mezi kterými je definována diagnóza *Posttraumatická stresová porucha (F43.1)*. Diagnostická kategorie ***Reakce na závažný stres a poruchy přizpůsobení*** je dělena v MKN-10 (WHO, 1992) na jednotlivé podkategorie následujícím způsobem:

1) *Akutní reakce na stres (F43.0)*: přechodná porucha, která vznikla jako odpověď na výjimečný stres, obvykle odezní během hodin až dnů, příznaky se objevují bezprostředně nebo v průběhu několika minut. Příznaky mají zpravidla proměnlivý obraz, žádný ze symptomů nepřevládá a rychle odezní, nejdéle trvají tři dny.

2) *Posttraumatická stresová porucha (F43.1)*: diagnostikuje se pouze v případě vzniku do 6 měsíců od traumatické události, průběh je kolísavý, s obdobími latence. Ve většině případů lze očekávat uzdravení, v případě chronického průběhu přechází do diagnostické kategorie *F62 Přetrvávající změna osobnosti po katastrofické události*.

3) *Porucha přizpůsobení (F43.2)*: diagnostikuje se 3 až 6 měsíců od traumatické události. Mezi projevy patří poruchy emocí a chování, které trvají krátkodobě po stresující události (např. ztráta blízké osoby, kulturní šok, hospitalismus u dětí). Z uváděných příznaků lze zmínit dále regresivní chování u dětí, depresivní náladu, úzkost, obavy a výbuchy vzteku (Smolík, 1996).

Mezi specifické projevy související se závažnými formami traumatu patří symptomy *disociace*. V diagnostickém manuálu MKN-10 (WHO, 1992) je disociace zařazena do kategorie *Disociativní stavy (F44)* a uváděna samostatně, nicméně jde o kategorii symptomů, která s traumatem úzce souvisí a je součástí typických symptomů u PTSD. Diagnostický manuál DSM-5 (2015) již z hlediska diagnostických kritérií rozlišuje PTSD s přítomností disociace nebo bez ní. V dalších kapitolách této disertační práce je diagnostická kategorie *Disociativní stavy* samostatně zpracována.

Chronické a dlouhodobé následky traumatické události zařazuje MKN-10 (WHO, 1992) zcela samostatně mezi poruchy osobnosti do kategorie *Poruchy osobnosti a chování u dospělých (F60–F69)*, konkrétně pod kategorii *Přetrvávající změna osobnosti po katastrofické události (F62.0)*. Zde je základním kritériem podmínka extrémního stresu (koncentrační tábor, mučení, oběti terorismu, rukojmí). PTSD je v tomto případě uváděna

jako předchozí kategorie, a následná porucha *F62.0* je považována za *reverzibilní*. Musí trvat alespoň dva roky a jsou zde vyloučeny krátkodobé traumatické události jako například autonehoda. Mezi uváděné příznaky patří neměnnost a *maladaptivnost* rysů, zhoršení vztahů, a současně je zde uvedena podmínka, že se dříve tyto projevy neobjevovaly. Patří sem například projevy jako: nepřátelskost, nedůvěra, sociální stažení, pocity prázdnoty, beznaděje či pocit trvalého ohrožení.

1.2 Diagnostická klasifikace následků traumatu podle DSM-5

Diagnostický a statistický manuál duševních poruch Americké psychiatrické asociace DSM-5 řadí následky traumatu na základě modernějšího pojetí a současných výzkumných poznatků do samostatné diagnostické kategorie *Traumatické poruchy a poruchy spojené se stresem*. Zde je již explicitně jako diagnostické kritérium uváděno „*vystavení traumatické nebo stresující události*“ (APA, 2015, s. 279).

V DSM-5 je diagnóza PTSD umístěna do podkategorie *Úzkostných, obsedantně kompulsivních a disociativních poruch*. Je tak oproti MKN-10 lépe reflektován úzký vzájemný vztah mezi těmito poruchami. Rovněž jsou zde definovány klinické příznaky ve dvou základních projevech: v inhibované anhedonii prožívání nebo v externalizovaném chování. Diagnostický manuál DSM-5 oproti MKN-10 rovněž lépe vymezuje následky traumatu u dětí a zavádí specifické diagnostické kategorie pro dětský věk (do šesti let a nad šest let věku dítěte). Deprivaci oproti MKN-10 nově zařazuje mezi kategorie dětského traumatu předškolního věku (APA, 2015).

Základní kategorie *Traumatických poruch a poruch spojených se stresem* se dělí v DSM-5 (APA, 2015) na jednotlivé diagnostické podkategorie následujícím způsobem (v závorkách jsou uvedeny kódy v MKN-10):

1) 313.89 Reaktivní poruchy přichylnosti (v MKN-10 *F94.1*). Dítě zažilo extrémní nedostatek péče, jakým je například: zanedbávání, deprivace emočních potřeb, nedostatek stimulace nebo lásky; docházelo k opakovaným změnám primárních pečovatелů; dítě si nemohlo vytvořit stabilní citovou vazbu (např. časté změny chův nebo pěstounů); výchova probíhala v neobvyklém prostředí (např. ústavní péče). Porucha trvá déle než 12 měsíců. Mezi typické příznaky patří u dětí: neschopnost vyhledat útěchu; chybí reakce na utišení; vyskytuje se minimální sociální a emoční reaktivita; stavy podrážděnosti, smutku a strachu

bez vnější příčiny; vyskytují se problémy s regulací emocí, vývojová opoždění, stereotypie. Tato kategorie se zpravidla diagnostikuje ve věku mezi devátým měsícem a pátým rokem.

2) 313.89 Desinhibovaná porucha přichylnosti (MKN-10 F94). Stejně jako u předchozí poruchy je příčinou přetrvávající nedostatek uspokojování základních emočních potřeb, střídání pečujících osob nebo ústavní péče. Mezi pozorovatelné symptomy patří: snížená zdrženlivost v interakcích s cizími lidmi, přehnaná familiárnost, chybějící nebo snížený kontakt s pečovatelem, ochota odejít i s cizí osobou. Současně se objevují vývojová opoždění a stereotypie. Porucha přetrvává až do školního věku, v předškolním věku je přítomno časté vyžadování pozornosti, v pubertě pak problémy s vrstevníky, nerozlišující chování, povrchní vztahy. Uváděné věkové rozmezí je mezi druhým rokem věku dítěte a adolescencí. DSM-5 v rámci diferenciální diagnostiky zdůrazňuje nutnost **rozlišení mezi syndromem ADHD**. U desinhibované poruchy přichylnosti jsou uváděna jako kritérium *nepřítomnost poruch pozornosti a hyperaktivity*, i když diagnóza ADHD může být uváděna souběžně.

3) 309.81 Posttraumatická stresová porucha (MKN-10 F43.10). Rozlišení PTSD je rozlišeno podle věku dětí. Věkové úrovně se dělí na diagnostickou podkategorii dětí starších šesti let a adolescenty, a na podkategorii dětí pod šest let věku. Podrobněji je podkategorii PTSD věnována následující podkapitola 1.2.1.

DSM-5 (APA, 2015) shodně s MKN-10 (WHO, 1992) zařazuje mezi reakce na traumatické události diagnostické kategorie *Akutní stresová porucha (308.3)*, *Porucha přizpůsobení (309)* a jako samostatnou diagnostickou kategorii *Disociativní poruchy (300.14-300.15)*. Současně je zde uváděna i podkategorie odložené posttraumatické reakce, ke které dochází v případě připomenutí události, zvýšeného stresu nebo nového traumatu.

1.2.1 Diagnostická kritéria PTSD v DSM-5

Vzhledem k výzkumným cílům této disertační práce popisují diagnostická kritéria PTSD v klasifikaci DSM-5 (APA, 2015) podrobněji nežli ostatní typy poruch. V DSM-5 je zařazena do podkategorie **Posttraumatická stresová porucha (309.81)**. V této podkategorii je rozlišeno, zda u PTSD převažují příznaky s disociativními symptomy: *depersonalizace* (odtržení od vlastních pocitů a těla; pocitů nereálnosti; zpomaleného vnímání času) nebo *derealizace* (pocitů nereálnosti okolí). Mezi obecnými kritérii pro PTSD jsou zde také

vedeny odlišné příznaky s převahou *externalizovaných* symptomů (nadměrná vzrušivost a reaktivita) nebo spíše *disociativních* symptomů.

V DSM-5 (APA, 2015) u kategorie PTSD jsou obecně vyjmenovány následující projevy: prchlivost; verbální nebo fyzická agrese i na malé podněty; sebeustrukce; zneužívání návykových látek; neschopnost prožitku štěstí a radosti; úzkostné stavy, sebezpozorování; fobie; poruchy pozornosti; celková nadměrná vzrušivost. U dětí dochází k vývojové regresi; mohou být rovněž přítomny sluchové pseudohalucinace.

Jako příklady uváděných traumatických událostí v souvislosti s následnou PTSD jsou uváděny: hrozící nebo reálný fyzický útok, oloupení, zneužívání v dětství, kontaktní i nekontaktní sexuální zneužívání, vykořisťování, únos, teroristický útok, přírodní katastrofy a autonehody, vývojově nevhodné sexuální zážitky bez fyzického zranění. Zdravotní události jsou zmiňovány pouze v souvislosti s mimořádnými neočekávanými situacemi během lékařské péče (APA, 2015).

Jak již bylo uvedeno, ***Posttraumatická stresová porucha (309.81)*** je v DSM-5 (APA, 2015) rozdělena podle věkových úrovní. U podkategorie věkové úrovně **děti starších šesti let a adolescentů** jsou uváděna následující diagnostická kritéria:

- *Vystavení skutečné nebo hrozící smrti, vážnému zranění, sexuálnímu násilí následujícími formami: přímý zážitek; být svědkem traumatické události; skutečná nebo hrozící smrt blízké osobě; zážitek opakovaného nebo extrémního vystavení detailům traumatické události (neplatí pro expozici prostřednictvím elektronických médií, filmu nebo fotografií).*
- *Přítomnost následujících symptomů trvajících déle než jeden měsíc, které nelze přičíst jiným důvodům, látkám nebo jinému somatickému onemocnění: nutkavé opakující se vtíravé vzpomínky na událost; repetitivní hra; opakující se nebo děsivé sny; disociativní reakce; flashback. Dále intenzivní duševní nepohoda při vystavení vnitřním nebo vnějším podnětům, připomínajícím událost (případně její aspekty); výrazné fyziologické reakce na vnitřní nebo vnější podněty připomínající událost.*
- *Trvalé vyhýbání se podnětům připomínajícím traumatickou událost. Patří sem kupříkladu: vyhýbání se pocitům, myšlenkám, vzpomínkám; vyhýbání se vnějším připomenutím události.*

- *Následující kognitivní obtíže a poruchy nálady (dva nebo více projevů):* problémy s pamětí (amnésie); negativní názory, očekávání a postoje směrem k sobě, k jiným lidem a ke světu; zkreslená přesvědčení o příčině nebo následcích traumatické události (sebeobviňování nebo obviňování druhých); přetrvávající negativní emoce (strach, hrůza, hněv, vina, hanba); snížený zájem o zájmové aktivity; pocit odtržení, odcizení; přetrvávající neschopnost vyjadřovat pozitivní emoce (štěstí, uspokojení, lásky, náklonnosti).
- *Výrazné změny vzrušivosti a reaktivity po traumatické události (dvěma nebo více způsoby):* podrážděnost, hněvivé výbuchy, verbální nebo fyzická agrese vůči lidem nebo předmětům; lehkomyšlnost, sebedestruktivita; hypervigilita (nadměrná bdělost); úlekové reakce; poruchy pozornosti; poruchy spánku (usínání, přerušovaný nebo neklidný spánek).

U podkategorie **věkové úrovně dětí mladších šesti let včetně** je Posttraumatická stresová porucha definována v DSM-5 (APA, 2015) podle stejných kritérií jako u věku nad šest let, současně jsou specifikovány další symptomy s přihlédnutím k projevům typickým pro předškolní věk.

- U změn úrovně vzrušivosti a reaktivity jsou uváděny příznaky *extrémních záchvatů vzteku a agrese*.
- *Sociální problematika a projevy chování zahrnuje:* poruchy ve vztazích s vrstevníky, se sourozenci, s rodiči; zhoršení chování ve škole. Ve věkové kategorii do šesti let je dále rozlišeno, zda převažují příznaky s disociativními symptomy nebo bez nich.

1.3 Specifika problematiky PTSD u dětí

Podle Kocourkové a Koutka (2017) má trauma v dětském věku za následek obtíže v biologické i psychosociální oblasti. Dřívější názory, že dítě po traumatu trpí následky jen krátkodobě a na proběhlou událost zapomene, jsou již překonány. Klasifikace dětského traumatu v posledních letech spočívá zejména ve vymezení okruhu poruch způsobených závažným stresem a také zahrnutí nových poznatků z oblasti neurobiologie.

Vágnerová (2014) zmiňuje výskyt PTSD u 6 % dětské populace a popisuje symptomy PTSD u dětí v souvislosti s podobností příznaků u dospělé populace, s důrazem na nezralost osobnosti u dětí. Připomíná somatickou a vegetativní reaktivitu (poruchy spánku, problémy s příjmem potravy, bolesti hlavy, nauzeu, somatické obtíže), a také častou vývojovou regresi. Dále zdůrazňuje vliv genetických dispozic a kumulace stresových či traumatických událostí na zvýšené riziko rozvoje PTSD. Manuál DSM-5 (APA, 2015) uvádí, že prevalence PTSD u dětí má proměnlivou podobu a množství identifikovaných případů může být nižší nežli u dospělé populace z důvodu nereflektování vývojového hlediska u dětí a dospívajících.

Podstatně vyšší prevalenci u dětí konstatují Mueser a Taub (2008), kteří na základě svého výzkumu PTSD u dospívajících ve věku mezi jedenácti až sedmnácti lety zjistili přítomnost symptomů PTSD u 28 % z nich, což autoři interpretují jako nedostatečnou diagnostiku v lékařských záznamech dospívajících. Z hlediska rozdílnosti pohlaví se diagnóza PTSD týkala 42 % dívek a 19 % chlapců. V souvislosti s historií pohlavního zneužívání byla PTSD diagnostikována u 61 % dospívajících, častá byla souběžná diagnóza deprese (u 47 %) a současně byli tito dospívající léčeni různým typem medikace (u 53 % mladistvých byly předepisovány dva nebo více léků). U dospívajících s PTSD byl zjištěn vyšší výskyt problémů ve škole, útěků z domova, problémů se sebepoškozováním, delikventním chováním a s vyšší mírou úzkostnosti.

Jak zdůrazňují ve svém odborném článku Kocourková a Koutek (2017), je nutné klasifikovat PTSD u dětí s ohledem na specifika dětských projevů. Děti, které byly vystaveny traumatické události, mohou mít symptomy, které nemusí přesně odpovídat vymezení PTSD u dospělé populace. Týká se to zejména *internalizace obtíží* (deprese, úzkostné stavy) nebo *externalizace* (poruchy chování). Přesné posouzení PTSD je ztíženo v důsledku vývojových specifík dětského věku. V klinické diagnostice dětí lze nyní využívat klasifikaci DSM-5, s předpokladem podobné klasifikace v rámci MKN-11.

1.3.1 Klasifikace PTSD u raného věku podle Zero to Three

Pro diagnostiku následků traumatu u dětí raného věku zařazuje odborná organizace *Zero to Three* ve svém diagnostickém manuálu *DC:0–5™: Diagnostic Classification of Mental Health and Developmental Disorders of Infancy and Early Childhood* (Zero to Three, 2016) traumatické události do kategorie *Trauma, stres a deprivací poruchy*. Toto

rozdělení v mnohém koresponduje s DSM-5. Mnohé ze symptomů souvisejících s výše uvedenou kategorií jsou nespecifické, jako například agrese, iritabilita, snížení pozitivních emocí a projevů.

Jednotlivé kategorie rozděluje diagnostický manuál Zero to Three (2016) následovně podle těchto diagnostických kritérií:

1) Vystavení závažnému stresu nebo traumatu. Jde o klíčovou kategorii související s diagnózami *PTSD a Porucha přizpůsobení*. Mezi nejvýznamnější diagnostická kritéria patří výskyt hrozby nebo reálná expozice traumatické či závažně stresové události. Týká se jak přímé expozice samotného dítěte, tak i pokud je dítě svědkem podobné události nebo se událost přihodila jeho blízkým osobám. Mezi typické události patří: závažné zranění, nehoda, nemoc, lékařský zákrok, významná ztráta, pohroma, násilí, válka, terorismus, fyzické nebo sexuální násilí. Symptomy by měly trvat u dítěte **minimálně měsíc** po traumatické události. Patří mezi ně:

- *Znovuprožívání traumatu, nutkavá posttraumatická hra* – přehrávání aspektů traumatu, které nevede k redukci úzkosti, dochází k perseveracím, repetitivnímu chování.
- *Nutkavé vzpomínky, noční můry, fyziologické vegetativní stresové reakce* v případě expozice vzpomínek.
- *Stavy disociace* se zamrznutím a zíráním, které trvá sekundy až minuty.
- *Zvýšená excitace* – zde patří problémy s koncentrací pozornosti, hypervigilitou, úlekovými reakcemi, dráždivostí, výbušností, plačtivostí, problémy se spánkem a usínáním.
- *Změny reaktivity nebo narušení vývoje*, například: sociální izolace, snížení zájmu o hru, o sociální interakce, dítě má omezený rozsah emocí, vyhýbavé chování, smutek, strach. Dále vývojová regrese – ztráta naučených vývojových dovedností, separační úzkost, opoziční chování.

Mezi uváděné přidružené projevy patří agresivní projevy vůči vrstevníkům, dospělým osobám nebo zvířatům, a rovněž sexuální chování nepřiměřené věku. Z hlediska diagnostiky by měla být klinická diagnóza PTSD diagnózou **nadřazenou** jiným diagnostickým kategoriím, pokud došlo k expozici traumatickou událostí.

2) *Absence nezbytné stimulace* spojené s diagnózami *Reaktivní porucha attachmentu* a *Desinhibovaná porucha sociální přichylnosti*. Do této kategorie patří události související s deprivací poruchou, jako je hrubé zanedbávání rodičovské péče a střídání pečujících osob. Dále závažné narušení vztahové vazby (attachmentu) k jedné osobě a s ní související ztráta schopnosti hledání opory a ochrany.

3) *Ztráta primární pečující osoby*, zařazená do kategorie *Komplikovaný (protrahovaný) zármutek nebo truchlení v raném dětství*. Tato kategorie zahrnuje smrt nebo permanentní ztrátu primární vztahové osoby. Děti na tuto ztrátu reagují dle své vývojové úrovně a symptomy mohou být jak emocionální, tak i somatické, jako jsou například poruchy spánku nebo chuti k jídlu. Ztráta blízké osoby následně ovlivňuje jejich sebepojetí i pocity viny. Uváděným kritériem je, že se změna fungování dítěte objevila až po ztrátě a trvá alespoň dva týdny po většinu dne a po většinu dnů v týdnu. Mezi typické související projevy podle patří:

- Pláč, volání, hledání osoby, kterou dítě ztratilo, odmítání snahy o uklidnění.
- Problémy se znovupoznáním (např. fotografie, jméno) a vzpomínkami, které souvisí se zemřelou pečující osobou. Odtazitost a zdánlivá lhostejnost vůči věcem, které připomínají pečovatele. Dále selektivní zapomínání.
- Extrémní senzitivita a problematická emoční regulace související se ztrátou pečovatele. Extrémně silné emoční reakce související se separací a ztrátou, například pokud se někdo dotkne věcí pečovatele. Opakované otázky týkající se smrti jiných osob, myšlenky a otázky týkající se jeho smrti.
- Únava, vyčerpání, nízká úroveň energie, letargie. Deprese, smutek. Ztráta zájmu o dřívější aktivity a činnosti přiměřené věku.
- Sebedevalvace, sebeobviňování za ztrátu.
- Problémy se spánkem, jídlom, vývojová opoždění, regrese, ztráta dřívějších osvojených dovedností.
- Obtíže se separací i v rámci hry. Problémy ve vztahu k vrstevníkům.

Uvedené projevy blíže specifikují konkrétní reakce na ztrátu blízké osoby u dětí raného věku a doplňují tak kritéria uvedená v diagnostickém manuálu DSM-5 (APA, 2015).

1.4 Disociace

Do kategorie disociace patří specifické symptomy související se závažnými formami traumatu. V diagnostického manuálu MKN-10 (WHO, 1992) jsou **disociativní stavy** uváděny samostatně, tyto symptomy však s traumatem úzce souvisejí a jsou součástí symptomů PTSD. Diagnostický manuál DSM-5 (APA, 2015) již z hlediska diagnostických kritérií rozlišuje PTSD s přítomností disociace nebo bez ní.

Disociace je definována jako „*částečná nebo úplná ztráta normální integrace mezi vzpomínkami na minulost, vědomím vlastní identity, aktuálními pocity a kontrolou tělesných pohybů*“ (Smolík, 1996, s. 277). V MKN-10 (WHO, 1992) se setkáváme se samostatnou diagnostickou kategorií, která definuje symptomy disociace pod názvem **Disociativní (konverzní) poruchy (F44)**. V souvislosti s následky traumatu je v MKN-10 u disociace popisována proměnlivost příznaků a v souvislosti s následky traumatu se zde uvádí jejich postupné ustávání. Do této kategorie nejsou zařazeny stavy *depersonalizace* a *derealizace* navzdory tomu, že reálná klinická praxe i odborná literatura je zpravidla popisují jakou součást disociativních stavů v souvislosti s traumatickou událostí (APA, 2015; Levine, 2015; Van der Kolk, 2015).

Někteří autoři (Steele, Nijenhuis & Van der Hart, 2005) hovoří o *strukturální teorii disociace osobnosti* a navrhují, aby pacienti s komplexními traumatickými poruchami byli z hlediska jejich osobnosti rozděleni do různých „prototypových částí“ podle psychobiologických základů. V této souvislosti je nutné diferenciatně diagnosticky odlišovat pacienty s mnohočetnou osobností v rámci diagnostických kategorií *Poruch osobnosti*.

Pro potřeby této disertační práce jsou v následujícím textu pouze vyjmenovány jednotlivé kategorie *Disociativních poruch* zařazených do MKN-10. V současné době je z hlediska diagnostické klasifikace vhodnější aktuálnější klasifikace v rámci DSM-5, proto nejsou tyto diagnostické kategorie podrobněji rozepsány. **Disociativní poruchy (F44)** jsou v MKN-10 děleny následujícím způsobem (Smolík, 1996):

- *Disociativní amnézie (F44.0)*.
- *Disociativní fuga (F44.1)*.
- *Disociační stupor (F44.2)*.
- *Trans a stavy posedlosti (F44.3)*.

- *Disociativní poruchy motoriky a citlivosti (F44.4–F44.7).*
- *Ganserův syndrom (F44.8).*
- *Mnohočetná porucha osobnosti (F44.81).*

Diagnostická klasifikace podle DSM-5 (APA, 2015) zařazuje **Disociativní poruchy** jako samostatnou kategorii, která v manuálu navazuje na kategorii *Traumatické poruchy a poruchy spojené se stresem*. Dělení podkategorií a jejich kritérií je dle DSM-5 následující (v závorkách jsou uvedeny kódy odpovídajících kategorií v MKN-10):

1) 300.14 Disociativní porucha identity (MKN-10 F44.81) s kritérii:

- Narušení identity; existence dvou nebo více osobností; narušené vnímání a uvědomování si sebe sama; poruchy nálady, chování, vědomí, paměti, vnímání nebo senzomotorických funkcí.
- Opakované výpadky vybavování si každodenních událostí nebo osobních informací.
- Vážné narušení sociálních, pracovních a dalších oblastí.
- Porucha není vysvětlitelná kulturní nebo náboženskou praxí, vystavení účinkům toxických látek nebo vlivem jiných onemocnění.
- U dětí nelze příznaky připisovat fantazijní hře.

2) 300.12 Disociativní amnézie (MKN-10 F44.0):

- Neschopnost vybavit si důležité osobní informace, selektivní nebo generalizované.
- Funkční narušení v různých oblastech života.
- Porucha není způsobena jinými důvody (návykové látky, jiné poruchy).

3) 300.6 Depersonalizační / derealizační porucha (MKN-10 F48.1):

- Přítomnost zážitků *depersonalizace*, jako jsou například pocity pozorování se zvenčí, neskutečnosti, narušeného vnímání času, emoční nebo fyzické otupělosti. *Zážitky derealizace*, které souvisejí s pocity neskutečnosti nebo odloučení se od okolí (například zasněnost, zamlženost, pocit „jako bez života“, vizuální zkreslení).
- Kontakt s realitou zůstává nedotčen.
- Příznaky způsobují narušení v různých oblastech života.

- Příznaky nejde vysvětlit jinými důvody (intoxikace, jiné duševní poruchy).

4) 300.15 Jiné specifikované disociativní poruchy (MKN-10 F44.89):

- Příznaky nenaplnují kritéria ostatních disociativních poruch.
- Porucha identity v souvislosti s dlouhodobým vystavením nátlakovým a donucovacím metodám, jakými jsou například ideologická přesvědčování, „brainwashing“, mučení, dlouhodobé věznění, nábor v rámci sekty nebo teroristické organizace.
- *Akutní disociativní reakce* na stresující událost trvající méně než jeden měsíc. Stav je charakterizován zúženým vědomím, změnami vnímání, přechodným stuporem, analgeziemi, parézami.
- *Disociativní trans*, při kterém dochází k zúžení nebo úplné ztrátě vědomí se sníženou reaktivitou, která může být spojena s neovladatelnými pohybovými stereotypy i s přechodnými parézami.

U dětí dochází u diagnostiky disociativních stavů často ke zkreslením. Silberg a Dallam (2004) zmiňují, že děti s těmito poruchami jsou často díky komorbidní symptomatologii nesprávně diagnostikovány. Jako nejčastější nesprávné klasifikace zmiňují například: poruchu pozornosti s hyperaktivitou (syndrom ADHD), somatoformní poruchy, poruchy chování, poruchu opozičního vzdoru, schizofrenii, různé formy epilepsie a afektivních poruch.

Symptomy disociace u dětí a adolescentů jsou podle Marksové (2017) následující: „lidé v hlavě“ (mohou být také prožíváni jako externí); lhaní (i tváří v tvář svědkům); rychlé „přepínání“ z jedné osobnosti ve druhou; „vypnutí“; ztráta kontaktu s realitou; amnézie (závažné problémy s vyvoláním paměti); nekonzistentní výkon. Jak dále uvádí Marksová (2017), podstatou disociace je automatická aktivace vzorců reakcí, myšlenek a vnímání identity, které slouží k vyhýbání se reakci na afektivní vzrušení spojené s traumatickými zážitky. U traumatizovaných dětí může tato příčina způsobovat stavy zmatenosti, problémy s identitou, slyšení hlasů, existenci imaginárních přátel. Toto vše následně ovlivňuje chování, náladu, poznávací procesy, somatické symptomy a sociální vztahy.

V České republice se problematikou disociace výzkumně i publikačně dlouhodobě zabývají například Soukup a Papežová (2005, 2008), kteří přeložili a přizpůsobili pro naše podmínky dotazník disociace v dětství a škálu disociace pro adolescenty.

1.5 Somatické symptomy v souvislosti s traumatem

Závažný stres vyvolává v organismu reakci „boj nebo útek“, která je spojena se změnou srdeční akce a vyplavováním kortizolu skrze *větev sympatiku autonomního nervového systému* (dále v textu ANS), za spolupůsobení *hypotalamo-hypofyzálně-adrenalinové osy*. V případě výrazného ohrožení dochází k reakci „zamrznutí“ („shutdown“) (Porges, 2016).

Během neurobiologické reakce na trauma dochází k pozorovatelné vegetativní reakci, jejíž podoba závisí na tom, zda převládne u ANS regulace větve sympatiku nebo parasympatiku. Například Červenková s Kolářem (2018) a Levine (2015) uvádějí mezi typickými pozorovatelnými příznaky souvisejícími se stresovou reakcí: změněný svalový tonus (hypertonii nebo hypotonii); svalové kontrakce; chvění, třes; zvýšené svalové napětí v obličeji; zvýšený nebo snížený srdeční tep a tlak; bušení srdce; obranné postavení; špatný dechový stereotyp – mělký nebo zrychlený dech. Dochází rovněž ke zvýšené potivosti končetin, spojené s pocitem chladu; zvýšenému zčervenání kůže a suchým rtům.

V případě přetrvávající obranné reakce s převahou vlivu *větvě sympatiku* na vegetativní funkce dochází k mobilizaci všech fyziologických zdrojů, ke stimulaci mimovolných svalových pohybů a zvyšuje se sekrece endokrinních žláz. Při dlouhodobé aktivaci narušuje *kortizol* imunitní systém a může se podílet například na vzniku žaludečních vředů (Heller & LaPierre, 2012).

U *parasymptické* odezvy jsou reakce přesně opačné. Větev parasympatiku se snaží regulovat přílišnou aktivaci sympatiku snížením tělesné energie. V případě stresové reakce převažuje hypotonie; závratě, pocit slabosti; aktivace střev či močového měchýře; bledost obličeje s celkovou strnulostí; „zamrznutí“ organismu spojené se sníženou tělesnou citlivostí (Heller & LaPierre, 2012; Červenková & Kolář, 2018; Levine, 2015).

Tělesné orgány jsou ve většině případů inervovány sympatickými i parasympatickými větvemi ANS a v případě stresu nebo traumatu dochází k *dysregulaci* tohoto působení, které se následně projevuje v podobě somatických obtíží. Mezi takto

autonomně ovlivňované orgány konkrétně patří: srdce, hladké svalstvo, trávicí soustava, plíce, močový měchýř, oči (duhovka a ciliární sval), cévy, slinné žlázy, kůže, kosterní svalstvo, pohlavní orgány, slinivka, dřev nadledvin, potní žlázy a játra. K typickým somatickým projevům uváděným v souvislosti s následky traumatu patří kupříkladu bolesti zad, bolesti hlavy, migréna, stěhovavé bolesti, chronická únava, dráždivý tračník, autoimunitní nemoci, šelest v uších, oční blok, případně neschopnost zaostřit. Narušená autonomní regulace následně ovlivňuje vznik astmatu a syndrom dráždivého tračníku (Červenková & Kolář, 2018; Heller & LaPierre, 2012; Levine, 2015; Levine & Kline, 2012; Němcová, 2017; Porges, 2016).

V případě následků traumatu Levine (2015) hovoří o „somatických markerech“, které fungují jako zpětnovazebná smyčka, s následnými negativními důsledky včetně emočních stavů děsu, paniky a hněvu. Podrobněji je neurobiologickým souvislostem věnována samostatná podkapitola (1.6).

Diagnostické manuály MKN-10 (WHO, 1992) ani DSM-5 (APA, 2015) nijak specificky neklasifikují somatické reakce v souvislosti s následky traumatu. Somatické obtíže u PTSD jsou zmiňovány, avšak nejsou nijak podrobněji rozpracovávány. MKN-10 (WHO, 1992) zařazuje somatické obtíže související se stresem do kategorie ***Somatoformní poruchy (F45)***, které jsou definovány jako „*porucha vjemů, funkcí, chování, která není způsobena somatickými poruchami a není zprostředkována autonomním nervovým systémem. Je omezena pouze na určité části a systémy těla a navazuje na stresové události. Hlavním rysem jsou opakované stížnosti na somatické příznaky navzdory negativním nálezům*“ (Smolík, 1996, s. 289).

V tomto pojetí MKN-10 není nijak reflektována souvislost s ANS navzdory definované návaznosti na stresovou událost. Vzhledem k aktuálnější diagnostické klasifikaci DSM-5 (a také MKN-11) je v následujícím textu uveden pouze základní výčet vztahujících se kategorií (Smolík, 1996).

1) Somatizační porucha (F45.0). Mezi kritéria této poruchy patří proměnlivé příznaky, trvající nejméně dva roky: bolesti břicha, nauzea, plynatost, průjmy, dušnost, bolesti na hrudníku, časté močení, vaginální výtok, blednutí pokožky, bolesti končetin, kloubů, necitlivost, brnění.

2) Somatoformní vegetativní dysfunkce (F45.3). Příznaky připomínající inervaci vegetativního nervového systému, jako jsou: obtíže se srdcem, kardiovaskulárním

systemem, gastrointestinálním traktem, respiračním, urogenitálním systémem. Mezi další vegetativní příznaky patří: palpitace, pocení, sucho v ústech, červenání, dyspnoe, hyperventilace, pohyby střev, nadměrná únava a další.

3) Přetrvávající somatoformní bolestivá porucha (F45.4). Je definována přetrvávající bolestí bez zjevných příčin, ve spojení s emočním konfliktem nebo psychosociálními problémy.

DSM-5 (APA, 2015) se k předchozí klasifikaci u těchto poruch staví poměrně kriticky. Odlišně je zde zvolen princip pro definování somatických symptomů souvisejících s psychickými stavy. Tyto poruchy jsou zařazeny do kategorie **Poruchy se somatickými příznaky a související poruchy (300.82)**. Jejich společným znakem jsou „*nápadné somatické příznaky spojené s významnou nepohodou a narušením*“ (APA, 2015, s. 325). V rámci etiologie jsou zde popisovány genetické a biologické faktory, současně i vliv časných traumatických zážitků jako jsou například násilí, zneužívání, deprivace.

Podle DSM-5 (APA, 2015) byla předchozí klasifikace MKN-10 (WHO, 1992) *Somatoformních poruch* matoucí a chyběly jasné hranice mezi jednotlivými diagnózami. DSM-5 nyní rozlišuje mezi kategorií *Konverzní porucha s přítomností nevysvětlitelných příznaků* (mezi které patří i traumatická etiologie) a mezi kategorií *Porucha se somatickými příznaky*, která má zpravidla diagnostikovanou i somatickou poruchu.

1.6 Neurobiologický kontext reakce na trauma

Díky stále kvalitnějším zobrazovacím metodám nabízí výzkum mozkových struktur rozšíření kontextu důsledků traumatu také o poznatky z oblasti neurobiologie. Následky traumatu je možné díky tomu chápat nejen jako problém „psychiky“, ale i jako reakci centrální nervové soustavy (dále CNS) na mimořádně stresující událost, se zásadními dopady na další vývoj jedince. Mezi autory, kteří v současné době přicházejí s novým pojetím dopadů traumatu (zejména u dětí), lze uvést kupříkladu Levina (2017), Porgese (2016), Schora (2016) a Van der Kolka (2017). Moderní koncepty jsou typické celostními pojetími, kde psychika a tělo tvoří jednotný celek.

Využití magnetické rezonance je základní metodou neurobiologického výzkumného sledování dětí se závažnými traumaty v anamnéze. Koukolík (2006) cituje výzkumy, které

uvádějí využití zobrazovacích metod v souvislosti s týráním a zneužíváním v dětství. Tyto výzkumy se týkají zejména poznatků týkajících se funkčních odchylek *dorzolaterální, mediální prefrontální a cingulární kůry* při vybavování traumatických vzpomínek. U dětí, které měly v anamnéze zneužívání nebo zanedbávání, bylo zjištěno zmenšení plochy *corpu callosum* až o sedmnáct procent.

Podrobnou podstatu fyziologické reakce na trauma popisuje Vágnerová (2014, s. 401) následovně: „*Podstata fyziologické reakce na trauma se projeví aktivací katecholaminového systému a hypotalamo-hypofyzo-nadledvinové (HHN) osy. Trauma aktivuje sympatickou oblast nervového systému, dochází k nárůstu hladiny katecholaminů (adrenalinu, noradrenalinu a dopaminu) a následné obranné (útočné či únikové reakci). Zvýšená sekrece ACTH z hypofýzy a kortizolu z nadledvin sekundárně stimuluje adrenokortikální odpověď. Následkem traumatického zážitku může dojít k dysregulaci HHN osy: pokud se nadměrně zvýší její reaktivita, roste riziko vzniku posttraumatické stresové poruchy. Důležitou součástí reakce na stres je sekrece endogenních opioidů (endorfinů a enkefalinů), které slouží jako prevence přílišné aktivace sympatiku. Pokud je jejich hladina příliš vysoká, dochází k typickému ztuhnutí a znecitlivění. Mnohé příznaky posttraumatické poruchy jsou spojeny s přetrváváním nadměrné aktivace organismu, která je důsledkem zvýšené stimulace noradrenergního systému, ale mohou souviset i s aktivitou serotoninergního systému. Serotonin je jedním z hlavních stresových hormonů, který přispívá k adaptaci na zátěž“.*

Traumatickou událostí jsou neurofyziologicky ovlivňovány zejména limbické oblasti, *amygdala, hipokampus* a také sekrece *kortizolu*. Související poruchy se pak týkají *emocí, účelnosti chování, imunity a také problémů s pamětí a učením* (Koukolík, 2006; Praško et al., 2002; Vágnerová, 2014). V následujících podkapitolách jsou podrobněji rozpracovány další podstatné neurobiologické souvislosti spolu s aktuálními výzkumnými poznatky v této oblasti.

1.6.1 Trauma a emoční regulace

Většina autorů (Červenková & Kolář, 2018; Koukolík, 2006; Kulišťák et al., 2017; Levine, 2015; Van der Kolk, 2017) v souvislosti s neurobiologickým kontextem traumatu zmiňují jako zcela zásadní funkci **amygdaly**. Amygdala je propojena s neokortikálními oblastmi skrze thalamus, hypothalamus, bazální telencefalus, kmenová jádra a

hipokampus. Je rovněž významně zapojena do *neuroedokrinních* a *autonomních funkcí*, a projevuje se v procesech chování, paměti a učení (Kulišťák et al., 2017). Amygdala ovlivňuje chování spojené s emocemi, a ve spojení s hipokampem se spolupodílí na ukládání informací do dlouhodobé paměti (Koukolík, 2006). Úkolem amygdaly je zpracovat senzorycké podněty, detekovat subjektivní míru bezpečí a nebezpečí, formovat a uchovávat emotivní paměťové stopy. V případě, že jde o silnou emoční zkušenost, mezi které traumatická událost zcela jistě patří, dochází k ovlivnění dlouhodobého reagování jedince (Koukolík, 2006; Levine, 2015).

Odpověď organismu je lateralizována podle toho, zda jde o reakci vědomou nebo nevědomou. Při poškození amygdaly dochází k odchýlkám z hlediska emočního a sociálního chování. Z amygdaly směřují projekce dále do mozkového kmene, kde jsou pak následně spouštěny viscerální a autonomní specifické reakce organismu (Koukolík, 2006). Pokud při neutrálním podnětu amygdala ovlivňuje emoční a sociální zabarvení reakce, znamená to, že předchozí negativní (traumatické) emoční zážitky díky uložení do dlouhodobé paměti způsobují skrze amygdalu tyto reakce (Levine, 2015).

Dalo by se tedy říci, že následkem prožitého traumatu jsou spouštěny okamžité fyziologické a emoční reakce v případě, že amygdala v propojení s dlouhodobou pamětí vyhodnotí vlivem předchozího traumatu i neutrální podnět přicházející ze smyslové modality jako nebezpečný. Uplatňují se při nich již zmiňované „somatické markery“, související s reakcemi strachu, které spočívají v propojení mezi okamžitým tělesně prožívaným introcepčním stavem a emočně-procedurálními vzpomínkami na podobné stavy. Okamžitá fyziologická a emoční reakce vybavuje vzpomínky a asociace spojené se strachem, to následně zvýší excitaci a zpětnovazebná smyčka stupňovaného stresu vyvolá *retraumatizaci*. Emoční vzpomínky mají v organismu sebezáchovnou funkci a vytvářejí v případě traumatu *procedurální* (tělesně prožívanou) vzpomínku (Levine, 2015).

S amygdalou úzce souvisí ještě další struktury, konkrétně přední a střední cingulární kůra (aMCC), která má podle nejnovějších poznatků význam motivační (skrze dopamin) a aktivační (skrze noradrenalin). Tyto struktury souvisí se silnými afekty a jsou nervově propojeny kromě amygdaly také s hypotalamem, inzulou, mozkovým kmenem a talamem. Přední cingulární kůra přijímá vstupy ze smyslových receptorů a dokáže tlumit reakci amygdaly spojenou se strachem nebo ohrožením. Dále spolu se střední prefrontální kůrou, inzulou a talamem přijímá vjemy z mimovolných „nitrotělních“ pohybů a podílí se na přípravě akce organismu. Přední a zadní cingulární kůra tvoří základ pro tvorbu

procedurální paměti, která úzce souvisí s posttraumatickým reagováním organismu (Levine, 2015).

Autoři zabývající se neurobiologií raného a komplexního traumatu zdůrazňují ve svých odborných textech rovněž v souvislosti s amygdalou význam *inzuly*, zejména její přední část propojenou s aMCC, která zpracovává citově zabarvené vjemy a emoce, vstupy z interoreceptorů a zodpovídá za tělesné „sebevnímání“. S inzulou jsou například uváděny souvislosti s úrovní empatie, soucitu, schopností artikulovat, také s žaludeční motilitou, regulací imunity, vědomím vlastního těla, emoční inteligencí, identifikací emocí a bažením po návykových látkách (Levine, 2015; Schore, 2016; Van der Kolk, 2015).

Vlivem traumatu na emoční projevy a identifikaci emocí druhých osob se dlouhodobě výzkumně zabývá například Gallese (2016). Mezi jeho zjištění patří například poznatky o úzkém propojení emocí a pohybu, a s tím související význam pohybové exprese pro emoční vyjádření. Dále u traumat raného věku nepřítomnost adekvátních pohybů mimických svalů obličeje.

Trauma má dle Galleseho vliv na chybnou identifikaci konkrétních emocí a na schopnost empatie, mění se s věkem a má vliv na regulaci ANS. Výzkumně byly zjištěny specifické deficity v rozpoznávání základních emocí *hněvu*, *štěstí*, *smutku a strachu*. Tento výzkum probíhal v Sierra Leone u dětí ve věku od pěti do sedmnácti let, které byly závažně deprivovány a traumatizovány. Závěry výzkumu konstatují významné deficity u dlouhodobě traumatizovaných dětí v *implicitním* porozumění emocím druhých osob, konkrétně k záměnám emocí *smutku a strachu* za emoci *hněvu*. Dále byly potvrzeny problémy ve schopnosti seberegulace v afektivním a sociálním rozvoji dětí vlivem dlouhodobého týrání a zanedbávání (Gallese, 2016).

Výzkumy související s identifikací emocí druhého člověka uvádí rovněž Koukolík (2006). Například ve srovnávacím výzkumu zneužívaných a nezneužívaných dětí vykazovaly zneužívané děti hypersenzitivitu při ukázce tváře s hněvem oproti intaktním dětem. Z hlediska mozkových struktur je kritickou oblastí pro rozlišení strachu pravá somatosenzorická kůra.

Odlišný vývoj emocí u dětí ve věku od jedenácti do sedmnácti měsíců, vyrůstajících v atypických podmínkách, zmiňuje rovněž Krejčířová (2017). Například děti depresivních matek vykazovaly v případě negativních emocí významnější EEG aktivitu ve

frontální oblasti mozku, oproti parietální oblasti aktivované u dětí matek bez emočních obtíží.

1.6.2 Trauma a procedurální paměť

V případě traumatu jsou v literatuře popisovány problémy s pamětí, konkrétně s epizodickou a implicitní. *Epizodická* paměť související s emočními vzpomínkami se může vynořovat spontánně v podobě výjevů ze života, je částečně uvědomělá, zahrnuje i vědomé vzpomínky. V případě traumatických vzpomínek je málo spolehlivá, u menších dětí může být ovlivněna ze strany dospělých osob, často dochází k „falešným vzpomínkám“. Toto souvisí například s idealizací osob, které s dětmi zacházely špatně. Jedná se o obranný mechanismus, který slouží k tomu, aby nepřijatelné vzpomínky byly vymazány nebo transformovány (Matoušek, 2017).

Levine (2012, 2015) v souvislosti s traumatickými vzpomínkami zdůrazňuje zásadní význam implicitní procedurální paměti, která je pamětí **tělesnou**. Díky tomuto typu paměti se vzpomínky na trauma vynořují spontánně a útržkovitě v podobě „znovuprožitých“ emočních, tělesných a obrazových flashbacků, případně v podobě nevědomého „znovupřehrávání“ traumatické události. Dále rozděluje procedurální vzpomínky do tří základních kategorií:

- Kategorie naučených motorických reakcí.
- Kategorie nouzových reakcí – vrozené sebezáchovné instinkty spojené například s kontrakcemi svalů, s útekem, zamrznutím a teritoriálním chováním.
- Kategorie přiblížování, vyhýbání se, spolu s motorickými vzorci apetence nebo averze.

Traumatizovaní lidé mají podle Levina (2015) tendenci reagovat buď *falešně negativně* (ignorování nebezpečí) nebo *falešně pozitivně* (hypersenzitivita). Tyto reakce souvisejí s dysregulovaným autonomním nervovým systémem, který je ve stavu buď chronické *hyperexcitace* vlivem větve sympatiku, nebo *hypoexcitace* vlivem větve parasympatiku.

V souvislosti s paměťovými traumatickými vzpomínkami popisuje Van der Kolk (2015) mechanismus prožívání nejzákladnějších pocitů, které nevycházejí z mozkové kůry, ale z mozkového kmene. S tím pak souvisí ohrožující vnímání vlastního těla a pocitů pro

traumatizovaného člověka, může docházet ke stavům paniky a neklidu. V souvislosti se závažným stresem upozorňují Heller a LaPierre (2012) na vliv vysokých hladin kortizolu na buňky hipokampu, které při tomto dlouhodobém působení zakrňují.

1.6.3 Neurobiologie komplexního traumatu

Van der Kolk (2015) přichází s vlastní klasifikací komplexního pojetí traumatu pod názvem *Komplexní vývojové trauma*. Tento typ traumatu souvisí s opakovanou kumulovanou traumatizací v rámci interpersonálních vztahů s blízkými osobami v dětství, jako je například: *domácí násilí, sexuální zneužívání dětí, traumatizující odloučení, smrt primární pečující osoby*. Komplexní trauma podle tohoto autora vzniká specificky v kontextu blízkých vztahů, a to v období, kdy je dítě závislé na primárních pečujících osobách.

V souvislosti s komplexním traumatem lze pozorovat symptomy korespondující s jednotlivými subsystemy mozkových oblastí. Na základě výzkumu snímků mozku z magnetické rezonance lze pozorovat u traumatizovaných osob atrofie v oblastech mediální části prefrontální kůry, která je zodpovědná za sebeuvědomování, a v oblasti inzuly, která souvisí s vnímáním vlastního těla. Symptomy související s traumatickými událostmi rozděluje Van der Kolk (2015, 2017) podle jednotlivých řídicích oblastí mozku následujícím způsobem:

- *Somatizující reakce* související s dysregulací mozkového kmene (*raptilien brain*), mezi které patří oblasti symptomů souvisejících se: senzoryckými procesy a problémy; mírou nabuzení; impulsivitou; všeprostopující úzkostí; spánkovými obtížemi; nízkým svalovým tonem a s koordinačními problémy. Dále sem patří specifické chuťové a dotekové preference; problémy se srdcem a dýcháním; reakce strachu či úleku; tělesné flashbaky a nevysvětlitelné tělesné symptomy.
- Symptomy ovlivněné zejména oblastí *limbického systému* a s ní související následující symptomy: rigidita, opoziční chování, vzdor, nedůvěřivost v ochranu od druhých osob, ztráta důvěry ve společenství, přílišná podřízenost. Dále problémy s emoční regulací: zlostí, vztekem, strachem, smutkem, nabuzením; problémy s negativními emocemi, mezi které patří špatná nálada, prázdnota, strnulost. Obtíže s regulací chování jako například se „znovu přehráváním“ minulých traumatických

situací; problémy s útekou, ukrýváním se. Výskyt symptomů sebepoškozování, agresivity nebo autoagresivity.

- Oblast *korových center* ovlivňující převážně paměťové procesy, exekutivní funkce (plánování, organizování, neadekvátní řešení problémů). Do této oblasti jsou autorem zahrnuty rovněž disociativní stavy, mezi které patří problémy s identitou a problémy v oblasti sebepojetí – sebenenávist, sebeobviňování, nízká sebehodnota.

1.6.4 Epigenetické souvislosti traumatu

Vědecké pokroky v molekulární biologii, genomii a epigenomii poskytují nové porozumění dlouhodobým efektům stresu. Poznatky v oblasti *epigenetiky* rozšiřují biologické souvislosti chápání následku traumatu a současně znamenají další významné výzvy, které mohou rozšířit vnímání člověka v generačním kontextu z hlediska vlivu traumatu na další potomky. Autoři Yehuda, Lehrner a Bierer (2018) se výzkumně zaměřují na mezigenerační přenos traumatu. Konkrétně na vliv přenosu generačního traumatu na dospělé děti a vnuky obětí holokaustu, a také na děti, které se narodily matkám traumatizovaným v době své gravidity. Podle poznatků těchto autorů se v případě akutního stresu zvyšuje v těle hladina kortizolu, při rozvoji PTSD naopak úroveň kortizolu abnormálně trvale klesá. Potomci přeživších holokaustu měli větší výskyt psychických poruch a mnohem častěji trpěli depresemi nebo úzkostí. Současně se u nich vyskytovala *nízká hladina kortizolu*, stejně jako v případě PTSD. Toto bylo v případech, kdy rodič (specificky matka) měl příznaky PTSD.

Výzkumně bylo potvrzeno, že v DNA obětí traumatu i jejich dětí existují podobné genové odlišnosti spojované s depresivními a úzkostnými poruchami. Tento proces lze charakterizovat jako epigenetickou změnu, při které dochází k ovlivňování chemických markerů genu, ale ne genu samotného. Stres přeživší generace se otiskuje do adaptačních mechanismů organismu, které jsou přenášeny na další potomky. Jak zdůrazňují výše uvedení autoři, v průběhu života se uplatňují další adaptační mechanismy ovlivněné envirometálními faktory, které ovlivňují osobní *resilienci* jedince (Yehuda et al., 2018).

2 Kategorie dětského traumatu

V následující kapitole jsou události dětských traumat rozděleny do jednotlivých základních kategorií. V diagnostických manuálech MKN-10 (WHO, 1992) a DSM-5 (APA, 2015) jsou jednotlivé kategorie popsány obecně, DSM-5 však již odlišuje kategorie raného věku a také traumata související s deprivací a závažným zanedbáváním ve věku do šesti let věku (APA, 2015). Při rozdělení traumat u dětí do specifických kategorií jsem vycházela z poznatků získaných vzděláváním v psychotraumatologii a rovněž z odborné literatury týkající se dětských traumat (Heller & LaPierre, 2012; Matoušek, 2017; Levine & Kline, 2012; Němcová, 2010; Vágnerová, 2014).

Traumatické zážitky můžeme na nejobecnější úrovni dělit na **monotraumata**, mezi která patří jednorázové události, jako jsou například *autonehody, fyzická poranění, přepadení, znásilnění, mučení, živelné katastrofy*. U těchto jednorázových událostí je z hlediska dalších následků významný věk v době události, předchozí resilience a také forma následné pomoci (Němcová, 2017).

Jak již bylo uvedeno v podkapitole Neurobiologie komplexního traumatu 1.6.3, další skupinou traumat jsou traumata vícečetná, opakovaná, případně dlouhodobá. U těchto traumat dochází k závažnějším a dlouhodobějším následkům. V souvislosti s touto kategorií se můžeme setkat s označením **vývojová** nebo **komplexní traumata**. Do této kategorie traumat patří například *emoční traumata do šesti let věku, ztráta blízké osoby, odebrání z rodiny, dlouhodobá šikana, týrání, nepřiměřené trestání, sexuální zneužívání, domácí násilí, zážitky z války* (Heller & LaPierre, 2012; Němcová, 2017; Van der Kolk, 2015).

Na pomezí klasifikace monotraumat jsou traumata raného věku, která jsou spojena i s fyzickými traumaty, mezi které patří *perinatální* komplikace v souvislosti s předčasným nebo nefyziologickým porodem, císařským řezem nebo dušením při porodu. Dále se sem zařazují i zdravotní komplikace v raném věku, mezi které patří například dušení jídlem, operace, opakované hospitalizace s lékařskými zákroky (Levin & Kline, 2012; Němcová, 2017). Vzhledem k nezralosti nervové soustavy není ještě schopen dětský organismus v tomto věku integrovat podobné události. Často navzdory *plasticitě* nervové soustavy dochází k rozvoji různých symptomů, zpravidla v podobě dysregulace autonomního nervového systému a také podle dalších okolností k rozvoji *organických dysfunkcí*. Levin a Kline (2012) v této souvislosti hovoří o specifickém a generalizovaném reagování nervové

soustavy, která by se dala přeložit jako „globální aktivace vysoké intenzity“. Do stejné kategorie z hlediska následků tito autoři zařazují rovněž situace spojené s dušením, topením nebo škracením.

V následujících podkapitolách jsou podrobněji popsány některé specifické kategorie dětských traumat.

2.1 Raná traumata prenatální, perinatální a poruchy attachmentu

V **prenatálním** období dochází k intenzivnímu vývoji nervové soustavy plodu směrem k diferenciaci i integraci funkcí. Kromě případných vrozených vad, onemocnění a genetických anomálií existují prokazatelné vlivy, které vycházejí z interakce matky a plodu. Tato interakce je neurohumorální, emoční a behaviorální. Byly vysledovány *rizikové faktory*, které se podílejí na ovlivnění prenatálního vývoje. Patří mezi ně na straně matky například její extrémně nízký nebo naopak vysoký věk, chronická onemocnění, předešlá těhotenství, výživa, předčasný porod, kontakt s ionizačním zářením a další. Mezi sociální faktory, které stejně závažně ovlivňují vývoj dítěte a také jeho předčasný porod, je zařazován například abúzus drog matky (i před otěhotněním), nepříznivé ekonomické podmínky, vliv stresu rodinného prostředí nebo zaměstnání (Langmeier & Krejčířová, 1998; Šulová, 2016).

V rámci **perinatálních** rizik Šulová (2016) zmiňuje abnormální polohu plodu, úzké porodní cesty, vcestnou placentu, hypoxii plodu (vlivem omotaného nebo zauzlovaného pupečníku), nízkou porodní váhu. Významnou okolností je pak porod předčasný, přičemž v současné době za předčasně narozené děti považujeme děti narozené mezi dvacátým třetím až třicátým sedmým gestačním týdnem. Prenatální problémy jsou podle Šulové z dlouhodobého hlediska významnějším prediktorem psychického vývoje nežli obtíže perinatální. Mnohem větší predikční hodnotu však mají psychosociální rizikové faktory během celého raného dětství – zde jde spíše o nahromadění skutečností ve shodě s modelem *Komplexního vývojového traumatu* podle Van der Kolka (2015, 2017).

Mezi raná postnatální traumata dětského věku zahrnujeme také poruchy vztahové vazby nazývané jako *poruchy attachmentu*. Bowlby (2011) definoval **attachment** jako trvalé emoční pouto mezi dítětem a pečující osobou, charakterizované potřebou vyhledávat

její blízkost, zejména v podmínkách stresu. Vazebné chování se podle tohoto autora objevuje téměř až do konce třetího roku věku dítěte.

Teorie attachmentu autorů Bowlbyho a Ainsworthové byla formulována v roce 1969 a patří dodnes mezi významné teorie vývojové psychologie. Termín *attachment* se v češtině používá v původní anglické verzi a může označovat citové přilnutí obecně (Bowlby, 2011). Výzkumně se tématem rané vazby mezi matkou a dítětem zabývali i mnozí další autoři (například Dittrichová, Papoušek & Paul, 2004; Stern, 2007). Současné poznatky v oblasti neurověd potvrzují Bowlbyho dosavadní teorii. Těmto poznatkům je věnována další část této podkapitoly.

V perinatálním a postnatálním období dochází k „imprintingu“, díky kterému rozpoznání matky dítětem zajišťuje jeho přežití. Vliv má délka a četnost kontaktu mezi matkou a dítětem (zahrnující její obraz, vůni, hlas), které spouští *proto-sociální chování*. Synchronní interakce mezi matkou a dítětem má biochemický základ a projevuje se jako zvýšená empatie pro potřeby novorozence v podobě intuitivního a instinktivního chování. Dojde-li k separaci po porodu delší než čtyři dny, mateřské chování slábne. Ke klíčovým charakteristikám na straně matky z hlediska schopnosti kvalitního attachmentu vůči dítěti patří: matčina osobní zralost a připravenost na mateřství, převzaté výchovné vzorce, schopnost empatie, osobní temperament, motorická koordinace a biopsychosociální situace (Šulová, 2016). Jako rizikové faktory na straně matky jsou mezi nejčastěji uváděnými například: psychiatrická diagnóza, abusus drog, hyperprotektivita, úzkostnost, vztah ženy s vlastní matkou, kvalita vztahu s partnerem, poporodní stres a deprese (Dittrichová et al., 2004; Langmeier & Krejčířová, 1998; Stern, 2007; Šulová, 2016).

Neurobiologickými základy mechanismů seberegulace v souvislosti s raným obdobím se dlouhodobě výzkumně zabývá rovněž Porges (2004, 2011, 2016). Termínem *neurocepce* popisuje, jak lidské neurální okruhy rozlišují, zda jsou lidé nebo situace bezpečné, nebezpečné nebo život ohrožující. Na úrovni neurobiologie tak objasňuje, proč má batole zklidňující reakci na rodičův obličej, ale považuje obejmutí cizího člověka za útok. Autor přichází se svou *Polyvagální teorií* (Porges, 2004), která předpokládá, že savci, zejména primáti, mají vyvinuté mozkové struktury, které regulují jak sociální, tak obranné chování na úrovni *ventrální větve nervu vagu*. Polyvagální teorie popisuje tři vývojové stavy autonomního nervového systému: **imobilizaci** (která souvisí s dorzálně-vagálním „vypnutím“), **mobilizaci** (související s aktivací větve sympatiku) a **sociální interakci** či

komunikaci (spojenou s ventrálně-vagálním sociálním zapojením). Tyto reakce jsou stimulovány v raném věku v kontaktu s pečující osobou.

Ventrální větev *nervu vagu* se vyvinula vývojově později u všech savců v rámci *limbického systému* a má za úkol regulovat *aktivaci sympatiku* prostřednictvím sociálních vztahů. Je přímo propojena s neverbálními signály (tón hlasu, výraz obličeje, oční kontakt) a má přímý vliv na regulaci srdečního tepu (Heller & LaPierre, 2012).

Podle Porgese (2016), je pro sociální angažovanost nezbytné vnitřně pocíťované bezpečí. Toto prožívané bezpečí v kontaktu s mateřskou osobou ovlivňuje *myelinizaci* ventrálně-vagální části autonomního nervového systému, a to zejména do věku osmnácti měsíců po narození. Děti potřebují mít vytvořený pozitivní attachment s pečující osobou, aby měly schopnost mít další sociální vazby a vhodné strategie interakce. Ventrálně-vagální systém v případě kvalitní vazby s mateřskou osobou umožňuje schopnost následného „sebezklidnění“ v případě stresu a také vnímání sociální interakce s druhými osobami jako bezpečné. Vadná *neurocepce* může být příčinou některých psychiatrických poruch včetně autismu, schizofrenie, úzkostných poruch, deprese a poruch attachmentu.

Schore (2014, 2016) je dalším současným autorem, který se dlouhodobě zabývá poruchami attachmentu z hlediska neurobiologie a přichází s vlastní *Teorií rané regulace*. Dle jeho poznatků je období mezi druhým a třetím měsícem po narození zásadní pro utváření amygdaly, pravého předního cingula a insuly. První dva roky po narození jsou klíčové pro kapacitu budoucí empatie a emoční komunikace vlivem utváření struktur pravého mozku. Toto vše je ovlivňováno v interakci s mateřskou pečující osobou, za spolupůsobení plasticity mozku dítěte. Stejný autor popisuje *interpersonálně-neurobiologický model* vývoje raného období. Pravý mozek je podle jeho poznatků utvářen skrze neverbální komunikaci mateřské figury (vizuálními, sluchově-prozodickými a hmatově-gestickými podněty). Pravý mozek ovlivňuje chápání neverbální komunikace, schopnost empatie, zpracování emočních informací, seberegulaci, emocionální odolnost a psychickou pohodu. Schore (2016) dále uvádí vlastní výzkumná potvrzení vlivu poruch attachmentu na těžké vývojové psychopatologie a rovněž na vztahové problémy, úzkostné stavy či neschopnost regulovat afekty v dospělém věku. Na této regulaci se konkrétně významně podílí amygdala, pravé přední cingulum a orbitofrontální kůra, a to včetně regulace dopaminu, noradrenalinu a serotoninu.

Amygdala se spolupodílí na bezpečném připoutání k mateřské pečující osobě, pomáhá myelinizovat orbitofrontální kůru, která řídí regulaci vzrušení, podporuje emocionální odolnost, upevňuje se v implicitní procedurální paměti a tím vytváří nevědomé strategie seberegulace. Naopak funkční problémy orbitofrontálního systému způsobují psychické poruchy. Insula, která se rovněž utváří v prvním roce života a je spojená s amygdalou, souvisí s následnou schopností empatie s bolestí druhého a soucitem (Gallese, 2016; Schore, 2014, 2016).

V rámci neurobiologického pojetí attachmentu lze hovořit o *reciproční interakci* mezi matkou a dítětem. Vizuální obraz matky s pozitivními emocemi s její regulační kapacitou se vtiskne do pravého prefrontálního systému dítěte. Rovněž u matky se v kontaktu s dítětem aktivuje orbitofrontální kůra a insula, spojená s příjemnými vizuálními, taktilními a sluchovými stimuly. V kontaktu mezi dítětem a mateřskou osobou se současně deaktivuje amygdala a další hluboké struktury spojené se *strachem a agresí*. Pokud matka není v bezpečí, dítě vyjadřuje emoce starosti a úzkosti (Schore, 2014, 2016).

2.2 Deprivace, týrání a zneužívání dítěte

Tématem následující podkapitoly jsou závažné formy traumatu u dětí ve vztahu s pečujícími osobami. Schore (2016) na základě zobrazovacích metod mozku konstatuje, že existuje prokazatelný kontrast mezi pravým mozkem, vyvíjejícím se v bezpečí, oproti pravému mozku v kontextu závažných vývojových traumat, jakými jsou týrání, zneužívání nebo závažné zanedbávání.

Dle Krejčířové (2006) je **zanedbávání** způsobeno nedostatečnou nebo nepřiměřenou výživou, hygienou, zdravotní péčí, dohledem a také zanedbáváním vzdělání či kulturních potřeb. Tyto okolnosti nemusí však znamenat vždy traumatizaci dítěte, pokud jsou děti navzdory socioekonomickým okolnostem citově saturovány. **Psychická deprivace** znamená dlouhodobé neuspokojování citových a emočních potřeb, stimulace a vřelého vztahu (Langmeier & Matějček, 2011).

Nejčastějšími důsledky psychické deprivace bývá narušení motorického a kognitivního vývoje, u závažných forem deprivace dochází i k poruchám somatického vývoje, někdy až k úmrtí dítěte. Nejvýraznějšími deficity u dětí vyrůstajících v ústavní péči do tří let věku bývá postižení řeči a sociálního chování. Dále dochází k narušení vývoje

osobnosti z hlediska navazování hlubších sociálních vztahů. Z hlediska chování a sociálních vztahů dochází k následujícím variantám: sociální hyperaktivita, sociální provokace nebo forma útlumového typu. U posledně jmenovaného typu dochází k náhradnímu uspokojování citových potřeb uspokojením potřeb biologických, jako například nutkavým přejídáním se nebo nutkavou masturbací (Krejčířová, 2006) .

Vágnerová (2014) uvádí v souvislosti s dětskou deprivací zejména problémy s emoční regulací, vyšší dráždivostí, zlostným reagováním i na malé podněty, nízkou frustrační tolerancí, které často přetrvávají až do dospělosti.

DSM-5 (APA, 2015) přináší v kategoriích raných traumat změnu diagnostické klasifikace. Mezi raná traumata patří kategorie ***Desinhibovaná přichylnost v dětství (313.89)***. Tato diagnóza figuruje v MKN-10 (WHO, 1992) ještě mezi *Poruchami sociálních vztahů se vznikem specificky v dětství a adolescenci (F94.2)*. Porucha se rozvíjí u dětí s extrémním nedostatkem péče jako je zanedbávání, permanentní neuspokojení základních citových potřeb, opakované střídání pečujících osob nebo výchova v neobvyklých podmínkách s nemožností vytvořit si citovou vazbu (APA, 2015; Forgáčová, 2014; Jochmannová, 2018; Němcová, 2017).

V DSM-5 se *Desinhibovaná přichylnost v dětství* nově řadí spolu s kategoriemi *PTSD, Akutní stresovou poruchou, Poruchou přizpůsobení a Reaktivní poruchou přichylnosti* do společné diagnostické skupiny pod názvem ***Traumatické poruchy a poruchy spojené se stresem*** (APA, 2015). Toto zařazení mezi traumatické poruchy nabízí v praxi adekvátnější vnímání deprivovaných dětí jako traumatizovaných.

Týrání, jako další forma závažného traumatu u dětí, mívá formu fyzickou a psychickou. Z hlediska věku jsou nejčastěji fyzickým týráním ohroženy děti raného věku. Jak uvádí Krejčířová (2006), v prvním a druhém roce života dochází k nejčastějším úmrtím týraných dětí. *Psychické týrání* je hůře prokazatelné, mezi typické formy patří odmítání dítěte nadměrnou kritikou, ponižováním nebo citovým deptáním (Vágnerová, 2014). Typickými následky u *fyzicky týraných dětí* bývá opoždění vývoje a fyzické následky. U dětí od úrovně batolete lze pozorovat nápadnosti v chování, jako jsou například inhibice nebo naopak agresivita, neklid, úzkostnost, vyhubavé chování. U starších dětí může být pozorováno předčasně dospělé, ochranné chování. U malých dětí bývá pozorována dezorganizovaná hra a u starších dětí dochází spíše k úzkostem, depresím, autodestruktivnímu chování, agresivitě vzdoru a sníženému sebevědomí (Krejčířová,

2006). Mezi dalšími typickými symptomy uvádí Vágnerová (2014) například neklid, hyperaktivitu, problémy v sociálním porozumění a v regulaci svého chování. Mezi specifickými projevy jsou dále uváděny obranné mechanismy jako popírání týrání, přijetí role „špatného dítěte“, identifikace s agresorem a tendence k opakování traumatických zážitků.

Sexuální zneužívání dětí je definováno jako „*nepatřičné vystavení dítěte pohlavnímu kontaktu, činnosti či chování. Zahrnuje jakékoli pohlavní dotýkání, styk či vykořisťování kýmkoliv, komu bylo dítě svěřeno do péče*“ (Kocourková, 2006, s. 292).

Mezi základní formy sexuálního zneužití patří:

- Nekontaktní sexuální aktivity (obscénní telefonáty, komentáře, exhibicionismus).
- Kontaktní sexuální aktivity (penetrativní, nepenetrativní).
- Sexuální zneužívání dětí k výrobě pornografie, k prostituci (Vágnerová, 2014).

Štěpaník (2017) vyjmenovává příznaky *Syndromu dětského přizpůsobení sexuálnímu zneužívání*. Patří sem utajování zneužití ze strany dítěte vzhledem k závislosti na zneužívající osobě. Dále je to bezmoc ze strachu o ohrožení rodiny a přizpůsobení se související s bezyšodností situace, kdy dítě rozvíjí různé kompenzační a obranné strategie. V případě, že dojde k odhalení zneužívání, probíhá vyšetřování s velkým zpožděním a s nepřesvědčivými důkazy. Často dochází k odvolání výpovědi ze strany dítěte vzhledem k nátlaku, který je na dítě kladen, a také z důvodu jeho obav z rozbití rodiny, zejména pokud pachatelem je blízká osoba.

Diagnostický manuál raného věku Zero to Three (2016) zařazuje *Syndrom týraného a zneužívaného dítěte (CAN)* shodně s DSM-5 do kategorie ***Desinhibovaná porucha příchyllost***. Souhrnně jsou v této kategorii uvedeny jednak případy deprivace, tedy závažného a dlouhotrvajícího zanedbávání, a dále psychické, fyzické týrání a zneužívání dětí. Současně je v této kategorii zahrnuto časté střídání pečujících osob a nedostupnost vztahové osoby.

Jak uvádí Zero to Three (2016), k rozvoji *Desinhibované poruchy příchyllosti* nedochází u všech dětí, pouze u některých. Mezi její typické příznaky patří:

- Dítě nehledá podporu a uklidnění u vztahové osoby.
- Dítě má omezené množství pozitivních emocí a vysokou míru dráždivosti, smutku, strachu.

- Chybějící nebo malá sociální reciprocita včetně očního kontaktu.
- Přítomnost desinhibovaného a nevýběrového chování, jakým je chybějící odstup, familiární projevy, dítě se nevrací k pečovateli ani v neznámém prostředí, je ochotno odejít s cizí osobou.
- Problémy v každodenní rutině v kontaktu s pečovateli, vývojové limity učení se novým dovednostem, dále kognitivní, řečové a motorické opožďení.

Důsledky traumatických zážitků spojených s týráním a zneužíváním nekončí dětstvím, Koukolík (2006) uvádí shodně s Van der Kolkem (2015), že až třetina obětí zneužívání v dětství v pozdější rodičovské roli selhává a závažné formy deprivace, násilí, týrání a zneužívání v období dětství jsou příčinou následných duševních poruch v dospělosti.

Podle Statistické ročenky Ministerstva práce a sociálních věcí ČR (dále jako MPSV) bylo v roce 2017 orgánům sociálně-právní ochrany dětí (OSPOD) v rámci celé ČR nahlášeno týrání, zneužívání a zanedbávání u 4268 chlapců a 4661 dívek. Z toho většina byla v péči svých biologických rodičů. Případy tělesného týrání byly u 339 chlapců a 296 dívek; psychického týrání u 449 chlapců a 40 dívek; sexuálního zneužívání u 120 chlapců a 609 dívek; zneužití k dětské pornografii bylo u 8 chlapců a 111 dívek. Zanedbávání bylo nahlášeno u 3350 chlapců a 3178 dívek (MPSV, 2017).

2.3 Domácí násilí

Domácí násilí je specifickou kategorií dětského traumatu. Navzdory tomu, že došlo k podstatným legislativním změnám v souvislosti s možnostmi policie využít institutu vykázaní násilné osoby ze společného bydlení na základě zákona č. 135/2006 Sb., v praxi je možné stále ještě zaznamenávat bagatelizaci tohoto jevu (Niková, Návrat, Rekl & Brát, 2016). Navíc kategorie traumatu týkající se domácího násilí v rodině není v praxi příliš často dávána do souvislosti s posttraumatickými symptomy u dětí.

Domácí násilí definuje Vágnerová (2014, s. 578) jako „*zneužití moci v blízkém vztahu a v soukromém prostoru, kdy je oběť izolována od možnosti pomoci zvenčí. Odehrává se mimo dosah veřejné kontroly a mohou zde platit jiná pravidla, než je běžné*“. Jak dále uvádí stejná autorka, obětí domácího násilí může být kterýkoli člen rodiny.

Podstatným kritériem při hodnocení domácího násilí je nerovnoměrnost (asymetrie) postavení mezi násilnou osobou a obětí domácího násilí. Mezi projevy domácího násilí patří fyzické ubližování, sexuální násilí, psychické týrání, ekonomické omezování a sociální izolace. Oběť domácího násilí přestává být schopna aktivní obrany a hledání pomoci, postupně se mění její osobnost.

Děti v rodinách, kde se odehrává domácí násilí, prožívají pocity ohrožení, ztrátu základního bezpečí. Může docházet k identifikaci s pachatelem, nebo naopak vytváření koalice s týranou osobou se snahou ji chránit. Často v praxi je možné pozorovat poškození vztahu k týrané osobě, ve většině případů k matce, která pro dítě často ztrácí autoritu a nedává potřebnou emoční podporu. Děti, jejichž matky byly týrány, mívají emoční problémy, mohou se u nich objevovat poruchy chování. Mezi typické projevy **externalizovaného** problémového chování patří u těchto dětí *agresivita, potíže ve škole, nepředvídatelné chování*. Z **internalizovaných** obtíží jsou to pak *potíže se spánkem, noční můry, noční pomočování, problémy s příjmem potravy*. Děti mívají rovněž pocity ohrožení a odlišnosti oproti jiným dětem. Pokud je domácí násilí dlouhodobé, postupně se u dítěte rozvíjejí symptomy PTSD (Němcová, 2017; Pokorná & Matoušek, 2017; Vágnerová, 2014).

Jak uvádí z praxe Wünschová (2018, in Endrštová, 2018), mezi další symptomy dítěte v souvislosti s domácím násilím patří zamlklost, smutek, nenápadnost a úzkost. Problémy v chování často přetrvávají do dospělosti, v mnoha případech lidé, kteří jako děti zažívali domácí násilí, toto chování opakují jako dospělí.

Mezi specializovaná pracoviště zaměřená na problematiku domácího násilí patří *intervenční centra*, zřizovaná zpravidla krajskými úřady podle Zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. V roce 2016 poskytovalo v ČR tuto sociální službu 16 registrovaných pracovišť, která nabízejí sociálně-právní poradenství včetně psychologických konzultací. Tato pracoviště mají významnou roli například v souvislosti s vykázáním násilné osoby (Niková et al, 2016; Vojtíšková, 2016). Dále existují neziskové organizace poskytující utajené azylové bydlení pro týrané ženy, kde součástí této služby je poradenství a terapie pro matky i jejich děti (například Acorus Praha).

Specializovaná péče pro děti z rodin, ve kterých se vyskytuje násilí, je zatím v České republice velmi vzácná. Patří mezi ně například organizace Spondea Brno nebo Centrum Locika Praha, které bylo založeno v roce 2015. Za čtyři roky své existence

poskytlo odbornou péči pěti stům dětí. Jde o první pracoviště nabízející komplexní péči pro děti zažívající domácí násilí. Cílem odborné péče je pomoci dětem vyrovnat se s následky domácího násilí, přispět ke stabilizaci rodiny a snažit se zamezit tomu, aby děti, které zažívají násilí, přejímaly vzorce chování svých rodičů (Endrštová, 2018).

Výzkumný ústav práce a sociálních věcí Praha uveřejnil v roce 2017 (Kuchařová et al., 2017) závěry dotazníkového šetření, ze kterého vyplývá, že až 90 % dětí, v jejichž rodině se odehrává domácí násilí, jsou tohoto násilí přímými svědky. Současně téměř polovina z nich (42 %) byla sama napadena agresorem. Polovina dětských klientů z centra Locika byla mladší pěti let v době, kdy domácí násilí v rodině začalo, a pětina dětí se do násilného prostředí již narodila. Současně bylo zjištěno, že *trvá až šest let*, než se v podmínkách ČR dostane pomoci dítěti, které zažívá domácí násilí.

Jak uvádí v rozhovoru ředitelka centra Locika Petra Wünschová (2018, in Endrštová, 2018), Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR eviduje ročně kolem dvou a půl tisíce případů dětí, které jsou z rodin s výskytem domácího násilí.

Podle statistických dat *Asociace pracovníků intervenčních center ČR, z. s.* (2019) bylo v roce 2018 v rámci celkového počtu vykazání z důvodu domácího násilí označeno Policií ČR za ohrožené celkem 711 nezletilých dětí. V případech vykazání násilné osoby se jednalo o 726 domácností s nezletilými dětmi, v nichž vyrůstalo 1366 dětí. Nejvyšší počty vykazání byly v Ústeckém kraji, v Praze a v Moravskoslezském kraji. V rámci nízkoprahových kontaktů bylo evidováno 515 dětí, které byly násilnému jednání přítomny, případně vystaveny.

2.4 Vývojové komplexní trauma

Dosavadní diagnostická klasifikace specificky nereflektuje symptomy u závažně a komplexně traumatizovaných osob. Van der Kolk (2015, 2017) navrhuje na základě svých dlouhodobých výzkumných zjištění koncept diagnózy *Vývojové traumatické poruchy (Developmental Trauma Disorder)*, dále v textu uváděné pod zkratkou *VTP*. Toto diagnostické označení se týká dětí a dospívajících, kteří byli dlouhodobě vystaveni různým typům *závažných interpersonálních traumat*. Neurobiologické souvislosti této kategorie traumat jsou uvedeny v podkapitole 1.6.3.

Van der Kolk (2017) konstatuje nedostatečnou komplexnost současné psychiatrické klasifikace, která nedokáže u těchto dětí a následně i dospělých objasňovat široké spektrum psychických i somatických obtíží, pervazivnost důsledků traumat pro další život dítěte a zejména souběžnost dalších psychiatrických i somatických diagnóz vzhledem k poruchám kognitivních, motorických i sociálních funkcí. Komplexní vývojové trauma vzniká specificky v kontextu blízkých vztahů, a to v období, kdy je dítě závislé na primárních pečujících osobách. Následky se projevují v podobě narušeného attachmentu, emoční dysregulace, kognitivní, somatické a vztahové problematiky. Současně je souběžný výskyt *komorbidních* poruch, například ADHD a riskantního chování. Komplexní vývojové trauma je rizikovým faktorem pro budoucí poruchy osobnosti, závislost na návykových látkách, poruchy příjmu potravy, depresivitu, úzkostnost, narušené sebepojetí a autoagresivní chování (Kocourková & Koutek, 2017; Van der Kolk, 2015).

Štěpánek (2016) na základě analýzy odborných textů uvádí příklady navrhovaných kritérií *Vývojové traumatické poruchy*. Mezi jím uváděná kritéria, která částečně korespondují s definicí PTSD v diagnostickém manuálu DSM-5 (APA, 2015), patří zejména:

1) Dlouhodobé a opakované vystavení negativním událostem po dobu nejméně jednoho roku (dítě bylo svědkem nebo obětí interpersonálního násilí); narušení vztahů s pečující osobou v důsledku jejího opakovaného střídání; časté odloučení od pečující osoby; vystavení dlouhodobému emočnímu zneužívání.

2) Problémy s afektivní a fyziologickou dysregulací spolu se symptomy nízké schopnosti snášet extrémní afektivní stavy včetně záchvatů vzteku nebo stavů nehybnosti; poruchy regulace tělesných funkcí (spánek, potrava, vylučování, hypersenzitivita nebo netečnost, dezorganizace); a stavy disociace, spojené se sníženou schopností popsat emoce nebo tělesné stavy.

3) Symptomy poruch pozornosti a chování, související zejména: s nadměrnou zaměřeností na pocit ohrožení; neadekvátním vyhodnocováním reálných rizik; opakovaným vystavováním se rizikovým situacím; vyhledáváním vzrušujících zážitků; s kompulsivním „sebezklidňováním“ (nutkavá masturbace, rytmické pohyby); sebepoškozováním; problémy s cíleným koncepčním jednáním.

4) Problémy ve vztahu k vlastní identitě, bezpečí, a ve vztahu k nejbližším osobám (hyperprotektivní péče o druhé, přehnaně pečující jednání); negativní vnímání sebe sama,

nedůvěra a vzdor vůči druhým osobám; fyzická nebo verbální agrese; sexualita neadekvátní věkové úrovni; závislé vztahy; narušená schopnost empatie.

5) Problémy ve škole (prospěch, kázeňské problémy, absence, kognitivní a výukové problémy, které nejsou způsobeny neurologickými faktory); problémy v rodině (útěky z domu, konflikty, problémy s přílnutím); problémy v sociálních a vrstevnických vztazích; problémy z hlediska právně-kriminální problematiky; obtíže v oblasti zdraví (chronické bolesti, únava, migrény, vegetativní obtíže, konverzní symptomy, analgézie, problémy s propriocepcí, senzorní obtíže); v dospělosti snížená schopnost úspěšného zařazení se do pracovního procesu.

V souvislosti s hledáním vhodného intervenčního plánu psychosociální péče vnímají Schmid, Petermann a Fegert (2013) klasifikaci kategorie VTP jako významnou pro zlepšení pochopení problémů dětí a dospívajících s komplexními traumaty. VTP hodnotí jako proměnlivou kategorii, u které je významné použít vývojový přístup. Současně zdůrazňují nutnost identifikace skupiny duševních poruch, které souvisí s důsledky traumatu, stejně jako zahrnutí spoluúčasti psychosociálních a biologických aspektů u jednotlivých klasifikačních kategorií. Takový přístup by mohl pomoci vysvětlit společný výskyt psychopatologických fenoménů spolu se symptomy PTSD. Autoři poukazují rovněž na problematiku rozdílného přístupu k VTP mezi experty pracujícími ve specializovaných institucích, zabývajícími se výhradně traumatizovanými jedinci, kteří jsou obvykle hlavními příznivci diagnostických kritérií VTP, oproti odborníkům pracujícím ve všeobecném klinickém a psychiatrickém prostředí, kteří jsou zpravidla kritičtí vůči této diagnostické kategorii.

Potřebu multidisciplinární spolupráce zmiňuje rovněž Van Hoof (2017) ve svém odborném článku, ve kterém hovoří rovněž o nutnosti klasifikovat symptomy přesahující vymezení PTSD u následků zneužívání dětí a dospívajících. Mezi tyto symptomy patří například problémy v *psychosociálním fungování* a také *klinický profil symptomů PTSD*, úzkostných stavů, problémů s depresí, s regulací afektů, problémů se vztahovou vazbou a s chováním. Toto vše nejlépe shrnuje koncept VTP.

Důsledky pro duševní i fyzické zdraví dětí jsou celoživotní a trauma ovlivňuje rovněž geny, imunologii a fungování mozku. Trauma a zneužívání dětí je spojeno také se *somatickými problémy*, jako je diabetes, kardiovaskulární onemocnění a rakovina. V multidisciplinárním přístupu je doporučována jednoduchá struktura péče a současně by měl

být umožněn kontakt dítěte s dětským psychiatrem nebo psychoterapeutem. V této souvislosti je doporučováno používání *Child checklist*, který je součástí povinného protokolu o domácím násilí a zneužívání, určeného pro profesionály pracující s dospělými pacienty (Van Hoof, 2017).

Mareš (2012) hovoří o *posttraumatickém růstu*, který lze pozorovat u některých obětí závažných traumat, kdy navzdory traumatickým životním událostem dochází u těchto osob k přeskupení životních hodnot, smyslu a také k prosociálním tendencím. V této souvislosti však chybí relevantní výzkumy, které by odpověděly na otázku, jak u závažných komplexních a vývojových traumat lze vývoj ovlivnit podobným směrem. Pravděpodobně velký význam má věk, forma podpory pečujících osob, premorbidní struktura osobnosti a také kontext dalších životních událostí (Heller & LaPierre, 2012; Mareš, 2012; Němcová, 2017; Svoboda & Němcová, 2015; Svoboda & Jochmannová, 2018).

2.5 Diagnostika následků traumatu u dětí

Psychologická diagnostika u dětí má různé cíle. Může jít o stanovení klinické diagnózy, určení stupně vývoje, zjištění příčin odchylného vývoje od věkové normy, identifikaci individuálních zvláštností či odchylek od normy. Úkolem dětské diagnostiky je i predikce budoucího stavu. Základní dělení podle formy diagnostiky je zpravidla na metody testové a klinické. Testové metody vycházejí ze standardizovaných a validních postupů za využití různých technik a materiálů. Může jít o dotazníky, škály, projektivní metody. Klinická diagnostika se více zaměřuje na individuální příběh klienta, mezi její základní techniky patří anamnéza – subjektivně sdělované informace z osobní historie a také informace objektivizované např. příbuznými, školou, lékařem, případně dalšími osobami (Němcová, 2017; Říčan, 2006).

Aby bylo možné dobře pochopit etiologii a kontext onemocnění, patří mezi významné prvky anamnézy znalost individuálního příběhu pacienta a jeho sociálně-vztahového zázemí. Také je kladen stejný důraz na další části klinického vyšetření, jako jsou například podrobné popisy jednotlivých symptomů a nálezy objektivních metod. Mezi techniky nebo spíše dovednosti lze zahrnout pozorování projevů diagnostikovaného a rozhovor. Klinická diagnostika je tedy více subjektivní nástroj, který je podmíněn mnoha

faktory vycházejícími z osobnosti a ze zkušeností diagnostika (Červenková & Kolář, 2018; Říčan, 2006).

Diagnostika následků traumatu u dětí nemá v odborné literatuře popsány specifické postupy. Zpravidla zahrnuje standardní klinicko-psychologické vyšetření, mezi které patří *klinické metody* (anamnéza, pozorování, rozhovor) a *metody testové* (například diagnostika kognitivní úrovně, specifické zkoušky pozornosti, paměti a osobnostní testy). Jak už bylo v předchozích částech textu konstatováno, následky traumatu zahrnují širokou škálu symptomů, které korespondují s projevy různých duševních poruch včetně problémů v psychosociální oblasti. Z tohoto důvodu je důležité do vyšetření dítěte, u kterého byla v anamnéze zjištěna nebo předpokládána traumatická událost, zařadit jak obecné metody zjišťující jak osobnostní charakteristiky, tak i metody zaměřené na úroveň úzkosti nebo depresivity (Němcová, 2017). Současně je důležité k těmto metodám zařadit také specifické dotazníky a škály, speciálně vytvořené v souvislosti s diagnostikou dětského traumatu. V následující části textu jsou uvedeny příklady některých těchto metod.

- 1) ***Hodnocení traumatických symptomů u mladších dětí TSCYC*** (Briere, 2018). Dotazník škály TSCYC slouží ke zjišťování výskytu symptomů PTSD u dětí, na základě informací od rodičů nebo jiných pečovatелů. Byl standardizován pro českou populaci.
- 2) ***Dotazník disociace v dětství DDD (Child Dissociative Checklist)*** autorů Putnama a Petersona (1994). ***Dotazník A-DES (Adolescent Dissociative Experiences Scale)*** autorů Armstrongové, Putnama a Carlsové (1997). Oba dotazníky pro české podmínky přeložili a validizovali Soukup s Papežovou (2008, 2009).
- 3) ***Inventář raného traumatu (Early Trauma Inventory ETI)***. Polostrukturovaný dotazník, který kromě fyzického, emočního a sexuálního zneužívání hodnotí i všeobecné traumatické zkušenosti, jako například úmrtí rodiče (Bremner, Vermetten & Mazure, 2000).

V souvislosti s diagnostikou traumatu u dětí doporučuje Marks (2017) před stanovením každé diagnózy provést nejprve diagnostiku všech dětí na trauma a disociaci. Z anamnestických údajů klade autorka důraz na epigenetické zázemí, prenatální vývoj, porod, dále na jakékoli formy zneužívání, zanedbávání, domácího násilí, šikanování a zdravotní traumata.

Štěpánek (2016) ve své disertační práci shrnuje dosavadní problémy týkající se diagnostiky PTSD u dětí a dospívajících. Mezi nejčastěji zmiňované patří klasifikační zaměření pouze na monotraumata, bez ohledu na další traumata vývojového či komplexního charakteru. Upozorňuje na malou reflexi *opakovanosti a kumulace* traumatických událostí v anamnéze. Z tohoto důvodu navrhuje při diagnostice následků traumatu nejdříve měření četnosti výskytu různých potenciálně traumatických zkušeností. Dle jeho názoru je u dětí s několika komorbidními diagnózami nutné nejprve posoudit, zda v minulosti neprožily trauma, či nedošlo k narušení citové vazby s pečující osobou. Zdůrazňuje zkušenost, že léčba pacientů se závažnou interpersonální traumatizací v dětství je velmi náročná a jejich prognóza patří k těm nejvíce nepříznivým.

V klinické praxi bývá základní traumatická etiologie potíží pacienta často nesprávně zhodnocena a dítě je vedeno pod jinými klinickými diagnózami, které dle diagnostických kritérií potíží dítěte odpovídají, avšak všechny oblasti narušení fungování dítěte jsou v nich zhodnoceny pouze částečně nebo vůbec. Komplikací je, že traumatizovaní jedinci o svých traumatických zkušenostech odmítají hovořit. Pokud se odborní pracovníci pacienta na traumatické události cíleně nezeptají, tak se o nich nemusejí dozvědět (Štěpánek, 2016).

Specifickou diagnostickou strategií pak může být *vícerozměrný diagnostický systém*. Schmid, Petermann a Fegert (2013) navrhují z hlediska diagnostiky PTSD u dětí zahrnout zásadní symptomatické kategorie, jakými jsou například: vztahová problematika, attachment, posouzení interpersonální důvěry, úroveň emoční regulace, tendence k disociaci a úroveň smyslového vnímání. Tato specifická měřítka příznaků mohou být pak významná pro další strategii léčby a psychoterapie. Současně tyto autoři konstatují problém z hlediska rozdílného diagnostického přístupu u odborníků ze specializovaných pracovišť zaměřených na klienty s vážnými kategoriemi traumatu a ostatními specialisty.

3 Syndrom ADHD

Následující kapitola je zaměřena na problematiku syndromu ADHD, v souvislosti s dílčím výzkumným tématem této disertační práce, týkajícím se symptomatických shod a přesahů mezi PTSD a ADHD. **Syndrom ADHD** (*Attention Deficit Hyperactivity Disorder*) je diagnostická kategorie procházející dlouhodobě složitým vývojem v souvislosti s názvem kategorie, definice symptomů, předpokládané etiologie a také diagnostiky. Dřívější označení *lehká mozková dysfunkce (LMD)*, nebo také *lehká mozková encefalopatie*, vystihovala podstatu této poruchy jako lehkou odchylku funkce centrálního nervového systému. Problémem však byla v praxi diagnostika těchto lehkých odchylek. Z tohoto důvodu bylo pojmenování změněno v MKN-10 (WHO, 1992) na klasifikaci spíše popisnou podle převažujících projevů *hyperaktivity a poruch pozornosti*, tedy na *syndrom ADHD* (Šturma, 2006).

DSM-5 (APA, 2015) uvádí prevalenci ADHD syndromu u 5 % dětské populace a u 2,5 % dospělých. V této souvislosti je však na místě zmínit problémy s přesností diagnostiky a nejednotností diagnostických postupů. S problematikou syndromu ADHD u dětí se v České republice zpravidla setkáváme v rámci oborů *zdravotnictví* (dětská neurologie, psychiatrie, pediatrie, dětská klinická psychologie) a také v oborech, které spadají do oblasti resortu *školsví* (pedagogicko-psychologické poradny, střediska výchovné péče a speciálně pedagogická centra). Jak zmiňuje Luchavová (2017), této poruše se věnuje široké spektrum vědeckých disciplín jako například neuroanatomie, neurofyziologie, psychologie, sociální vědy, genetika, neurochemie, toxikologie. Z výše uvedených konstatování je zřejmá komplikovanost a roztržštěnost v jednotlivých přístupech.

V současné době z hlediska výzkumu a praxe převažuje význam **multifaktoriální etiologie** s převahou *neurobiologických* faktorů, vliv prostředí je považován za sekundární (Kulišťák, 2013). Luchavová (2017) zmiňuje rovněž významnou roli genetických predispozic, prenatálních, perinatálních i postnatálních komplikací. Tyto vlivy se podílejí na vzniku neurobiologických deficitů, které ovlivňují následně neuropsychické funkce. Mezi konkrétní rizikové faktory patří například: porodní váha nižší nežli 1500 gramů, kouření matky nebo užívání návykových látek v graviditě, úrazy hlavy dítěte, genetika, neuroinfekce, neurotoxiny a perinatální komplikace (APA, 2015; Butulová, 2015; Červenková & Kolář, 2018). Diagnostický manuál DSM-5 (APA, 2015, s. 65) rovněž

zmiňuje i traumatizující faktory, jako je „zneužívání, zanedbávání, pěstounská péče“, současně v tomto klasifikačním manuálu chybí diferenciálně diagnostické rozlišení mezi PTSD jako primární diagnózou a syndromem ADHD.

Červenková a Kolář (2018), v souvislosti se syndromem ADHD uvádějí rovněž problematiku velmi předčasně narozených dětí a používají termín „neopatologie“. V současné době se již každé 12. dítě rodí předčasně, přičemž dříve to bylo každé 20. dítě. Stále kvalitnější úroveň neonatologie pomáhá zachránit děti již od 22. týdne gravidity. U dětí narozených ve 24. týdnu těhotenství se jich podaří zachránit asi 50 %. Z nich polovina mívá často za následek závažná postižení v podobě dětské mozkové obrny, smyslových vad, mentálního nebo motorického postižení. U předčasně narozených dětí s nízkou porodní váhou jsou rovněž jako následné obtíže uváděny dyspraxie, specifické poruchy učení, syndrom ADHD, poruchy řeči nebo pervazivní vývojové poruchy.

U dětí se podle jejich vývojové úrovně mohou projevovat různé typy obtíží. První projevy syndromu ADHD jsou zpravidla pozorovatelné již v batolecím období, v praxi však jsou příznaky diagnostikovány až s nástupem školní docházky. Prvními pozorovatelnými symptomy jsou nepravidelnosti v biologických rytmech, nervová dráždivost. V **kojeneckém období** dítě hůře usíná, spánek je nepravidelný, u dítěte je častá plačtivost. Z hlediska příjmu potravy má nadměrnou potřebu jíst a často si může „ublinkávat“. Psychomotorický vývoj bývá nápadně nerovnoměrný. Mezi základní projevy patří snížená schopnost seberegulace a zvýšené vyhledávání nových podnětů (APA, 2015; Butulová, 2015; Příhodová, 2011).

V **batolecím období** je patrná zejména nadměrná motorická aktivita (hyperaktivita) dítěte. V **předškolním období** je dítě nejen nápadně aktivní, také se špatně soustředí (porucha soustředění), nedokáže jednu činnost dělat delší dobu, stále odbíhá k novým tématům, nedokáže zůstat sedět na jednom místě. Je lehce dráždivé, má často záchvaty vzteku, těžko se přizpůsobuje a v rámci hry se mohou vyskytovat destruktivní náměty. Období vzdoru trvá déle. Často bývají uváděny problémy s nočním pomočováním. Je pozorovatelná snížená motorická koordinace a obtíže se sebeobsluhou (APA, 2015; Butulová, 2015; Příhodová, 2011).

Na prvním stupni základní školy převládá již hyperaktivita a impulzivita. Ve **školním období** se potíže stávají více zřetelnými, dítě má problém ve škole udržet pozornost, nevydrží sedět na svém místě, vyrušuje, nadměrně mluví. Zapomíná své

pomůcky do výuky, má problémy s chováním. Dosahuje horších školních výsledků, často v souvislosti s komorbidními *specifickými vývojovými poruchami učení* (dále v textu SPU) jsou u něj poruchy jemné motoriky a poruchy vizuomotorické koordinace. Z dalších projevů lze uvést problémy v oblasti řeči a komunikace, konkrétně artikulační neobratnosti a poruchy pragmatiky řeči. U některých dětí do jedenácti let věku se může současně vyskytovat obsedantně kompulsivní porucha nebo tiková porucha. Často se stává, že před pubertou dojde k ústupu hyperaktivity, zejména kolem dvanáctého roku věku, a to u přibližně poloviny dětí s ADHD (Butulová, 2015; Příhodová, 2011; Semrud-Clikeman & Schafer, 2000).

Další oblast postižení, která se k ADHD vztahuje, je sociální oblast, zahrnující i špatné sociální kompetence. Dítě má problémy v sociálních vztazích (nedodržuje pravidla, má potíže v navazování vztahů, nerespektuje autority, hůře pracuje v kolektivu). Významnější rozdíly v sociální kompetenci se vyskytují mezi dětmi, které jsou hyperaktivní. Děti s agresivními behaviorálními problémy jsou navíc méně oblíbené, odmítané vrstevníky a bývají také sociálně izolované (Semrud-Clikeman & Schafer, 2000). Mívají poruchy sociálních vztahů, jsou sociálně neobratné, nedodržují sociálních normy (Butulová, 2015; Šturma, 2006). I když se u mnoha **dospívajících**, kteří v dětství trpěli poruchou ADHD, znaky hyperaktivity snižují, zůstane zachován vnitřní neklid, nervozita, poruchy pozornosti, neschopnost plánovat. U dospívajících převažuje impulzivita a snížená schopnost sebeovládání, která vede ke zvýšené tendenci vyhledávat nové a rizikové zážitky s následnou zvýšenou nehodovostí a úrazy (Příhodová, 2011). Současně může docházet ve vyšším věku ke komorbidním psychickým obtížím jako například k afektivním poruchám (depresivní porucha, bipolární afektivní porucha), úzkostným poruchám nebo obsedantně-kompulzivním poruchám. U **dospělých** se syndromem ADHD jsou přítomny lehce pozměněné symptomy s převažující hyperaktivitou, zvýšenou emoční labilitou, dráždivostí, impulsivitou, poruchou pozornosti, nezralostí a zkratovým jednáním. Syndrom ADHD je pak zvýšeným rizikem pro abusus alkoholu a návykových látek nebo impulsivního asociálního jednání. Zpravidla také působí komplikace v partnerském i pracovním životě. Současně se jako problematický fakt jeví nerozlišení pro ADHD v dětském a dospělém věku, přičemž *neexistuje diagnostický kód pro dospělé*, není tedy možné tuto diagnózu vykazovat v rámci zdravotního pojištění, dospělí jsou tedy zpravidla vedeni pod jinou komorbidní diagnózou Luchavová (2017).

U přibližně u 40 až 60 % osob syndrom ADHD v dospívání a dospělosti přetrvává, avšak příznaky se zpravidla vývojem mění. Protože znaky hyperaktivity ustupují do pozadí a nejsou již tak nápadné, bývá dospělým nebo dospívajícím se syndromem ADHD, občas mylně diagnostikována komorbidní porucha osobnosti, zpravidla emočně nestabilní nebo disociální. (APA, 2015; Butulová, 2015; Příhodová, 2011).

3.1 Klasifikace syndromu ADHD podle MKN-10 a DSM-5

MKN-10 (WHO, 1992) zařazuje syndrom ADHD mezi *Hyperkinetické poruchy (F90)*. Jde o poruchy se začátkem v raném věku, charakterizované kombinací špatně ovládaného chování a poruch pozornosti. Poruchy dle MKN-10 (WHO, 1992) vznikají v prvních pěti letech života a jako zásadní kritérium je zde popsána neschopnost vytrvat u činnosti, která vyžaduje kognitivní funkce, špatná organizace a regulace. Dále je definována hyperaktivita, impulsivita, tendence k úrazům a společenské přestupky. Současně jsou zde uvedena kritéria „kognitivního narušení“ a také specifického opoždění motoriky a řeči. Jako převažující pozorovatelný projev je popisována hyperkinéza.

Z hlediska diferenciální diagnostiky upozorňuje MKN-10 na skutečnost, že nadměrná hyperaktivita a nepozornost mohou být i součástí symptomů úzkostných a depresivních poruch, a tyto poruchy by měly mít v rámci diagnostiky vždy přednost. Stejně jako u dětí náhlé hyperaktivní chování má spíše za příčinu reaktivní poruchu. Diagnostická klasifikace podkategorií okruhu *Hyperkinetických poruch (F90)* je podle MKN-10 (WHO, 1992) následující:

- 1) *Porucha aktivity a pozornosti (F90.0)*, s převahou poruchy pozornosti, pokud není přidružena porucha chování.
- 2) *Hyperkinetická porucha chování (F90.1)*, zde je současný výskyt hyperkinetické poruchy, impulsivity a poruchy chování.
- 3) *Porucha pozornosti s hyperaktivitou (F90.2)*, kombinovaná porucha (ADHD).
- 4) *Jiné hyperkinetické poruchy (F90.8)*.
- 5) *Hyperkinetická porucha nervové soustavy (F90.9)*.

V souvislosti se zařazením syndromu ADHD mezi hyperkinetické poruchy, konkrétně mezi *Hyperkinetické poruchy chování (F90.1)*, můžeme ve školní praxi zaznamenávat problémy s interpretací této kategorie. Zařazení syndromu ADHD mezi *specifické poruchy chování* vyvolává často zásadní nepochopení podstaty této diagnostické kategorie. V praxi dochází ke zjednodušením, interpretujícím ADHD pouze jako poruchu chování. Z hlediska následné péče tato interpretace pak spíše vyvolává výchovně nápravné postupy, a to i v předškolním a mladším školním věku (Svoboda & Jochmannová, 2018; Zittová, 2019). Například Luchavová (2017, s. 786) zmiňuje, že „*poruchy chování související s poruchou pozornosti a aktivity nemají v českém (ani slovenském) prostředí přísně terminologické vymezení v odborné literatuře a v legislativě*“.

Může pak docházet ke zjednodušením, týkajícím se souvislosti mezi syndromem ADHD a „*těžkým, opakovaným násilným chováním v dospělosti*“ (Koukolík, 2006, s. 249). Podobná konstatování lze v praxi sledovat zejména v rámci oborů pedagogiky a sociální práce, pravděpodobně v souvislosti s neznalostí zásad psychologické diagnostiky a psychiatrické klasifikace jednotlivých duševních poruch. Například Hurychová (2016) v internetovém časopise Sociální práce uveřejnila závěry svého výzkumu, ve kterém dává do souvislosti syndrom ADHD a domácí násilí. Autorka uvádí mimo jiné: „*druhý výzkum validně potvrdil, že perzistence negativních povahových rysů souvisejících s ADHD a jeho komorbidních poruch může být při páchání domácího násilí zásadním činitelem. Dle rešerší u nás a v zahraničí nikdo tuto vzájemnou provázanost nespojil ani blíže nespécifikoval. Symptomy zmíněných poruch jsou patrné již v předškolním a školním věku, a čím dříve jsou odborně podchyceny, šance na vyléčení je velká*“ (Hurychová, 2016, odst. 3).

Autorka je členkou Výboru pro prevenci domácího násilí a násilí na ženách při Úřadu vlády ČR, a podobné závěry prezentovala i na odborném semináři věnovaném tématu Domácího násilí na ženách, který v říjnu 2015 proběhl v Informačním centru OSN a byl pořádán Centrem ProFem Praha pod záštitou Ministerstva zdravotnictví ČR. Podobné závěry vytržené z kontextu diagnostické praxe nabízejí pak stigmatizaci dětí s ADHD a zařazování tohoto syndromu mezi závažné poruchy chování.

Diagnostický a statistický manuál DSM-5 (APA, 2015) zařazuje syndrom ADHD nově mezi *Neurovývojové poruchy*. Jde o poruchy, jejichž začátek je zpravidla v raném období, s přítomností projevů, které lze pozorovat ještě před začátkem školní docházky. Je

pro ně typický rovněž výskyt dalších poruch na podobném neurovývojovém principu, jako jsou například specifické vývojové poruchy učení.

Neurovývojové poruchy jsou charakterizovány vývojovými deficity jak ve specifických oblastech fungování, jako jsou například exekutivní funkce, až po globálnější dopady. Příznaky neodpovídající vývojové úrovni dítěte a měly by trvat déle než šest měsíců. Mezi jejich hlavní kritéria dle DSM-5 (APA, 2015) patří:

- *Nepozornost* (např. chyby v detailech, udržení pozornosti, problémy s dokončením úkolů, problém s organizováním, rozptýlení vnějšími podněty a další).
- *Hyperaktivita a impulsivita* (poklepávání končetinami, neschopnost v klidu sedět, nadměrné mluvení, přerušování druhých, touha po okamžité odměně, unáhlené reakce a další).

U těchto příznaků je stanovena hranice výskytu před dvanáctým rokem věku, přítomnost symptomů minimálně ve dvou různých prostředích a nepřítomnost jiné závažné diagnózy (např. schizofrenie, závislost na návykových látkách a podobně). Souběžně s touto poruchou lze pozorovat lehké opoždění vývoje řeči, motorického, sociálního vývoje, nedostatky v testech exekutivních funkcí, pozornosti, paměti, je přítomna nízká frustrační tolerance. V rané dospělosti je zvýšené riziko sebevražedného chování (APA, 2015). Dělení jednotlivých kategorií *Neurovývojových poruch* je podle DSM-5 (APA, 2015) následující, v závorce jsou uvedeny korespondující kategorie dle MKN-10 (WHO, 1992):

- 1) **314.01 Kombinovaná porucha** (MKN-10, F90.2).
- 2) **314.00 Porucha s převahou nepozornosti** (MKN-10, F90.0).
- 3) **314.01 Porucha s převahou hyperaktivity a impulsivity** (MKN-10, F90.1).

Rozlišení těchto jednotlivých kategorií spočívá v převažujících symptomech. U *Kombinované poruchy (314.01)* se jedná o poruchy pozornosti, hyperaktivitu a impulsivitu (syndrom ADHD). Následující dvě kategorie mají převažující symptomy uvedeny ve svých názvech (APA, 2015).

3.2 Syndrom ADHD a neurobiologický kontext

Děti se syndromem ADHD vykazují z hlediska neurobiologie „zvýšený výskyt pomalých vln na EEG, snížený celkový objem mozku na MRI a také opoždění v anterio-posteriorním kortikálním dozrávání“ (APA, 2015, s. 64). Mezi metody zkoumající neurobiologii syndromu ADHD patří magnetická rezonance, funkční magnetické rezonance, magnetoencefalografie, dále je předmětem zkoumání průtok krve v mozku a testování exekutivních funkcí (Semrud-Clikeman & Teeter Ellison, 2007).

Zobrazovací metody ukazují v případě syndromu ADHD nižší aktivitu v prefrontální kůře mozku dětí i dospělých při úkolech zaměřených na pozornost. Strukturální zobrazovací metody poukazují na abnormality v oblasti pravého frontálního kortexu, bazálních ganglií, v corpu callosum a v mozečku. Dále menší objem bílé hmoty mozkové v zadní parietálně-okcipitální oblasti. Kupříkladu studie zabývající se abnormalitami corpu callosum zjistily, že jeho přední i zadní oblasti jsou u pacientů se syndromem ADHD menší (Semrud-Clikeman & Teeter Ellison, 2007; Příhodová, 2011). Redukce objemu se týká zejména pravé hemisféry oproti fyziologické symetrii hemisfér u zdravých dětí. Rovněž byla prokázána odlišně opožděná kortikální maturace o tři roky v oblasti frontálního laloku (souvisejícím mimo jiné s plánováním a organizováním činností). Současně jsou popisovány strukturální a funkční abnormality v prefrontální kůře a subkortikálních oblastech (dysfunkce cerebello-thalamo-prefrontálních okruhů), které se podílejí na řízení exekutivních funkcí. Změny byly zjištěny také v předním cingulu, které moduluje pozornost a selekci podnětů (Příhodová, 2011).

Pravděpodobně část potíží u dětí se syndromem ADHD je spojena s poruchou ve fronto-striato-thalamo-kortikálních oblastech, souvisejících s behaviorální odpovědí, pozorností a bdělostí. Hlavními neurotransmitery v těchto oblastech mozku jsou *dopamin* a *noradrenalin* (snížená funkce bazálních ganglií a prefrontální kůry vede ke snížené aktivitě dopaminového systému). Sníženou aktivitu dopaminového systému dokazuje zlepšení příznaků ADHD při léčbě *stimulancii* a jinými léky, které zvyšují dopaminergní a noradrenergní přenos. Porucha přenosu dopaminu souvisí se sníženou hladinou kyseliny homovanilové (metabolit dopaminu) spojené s mírou hyperaktivity a impulzivity (Příhodová, 2011).

Z hlediska neurologického nálezu mohou být v souvislosti se syndromem ADHD rovněž zaznamenávány poruchy okulomotoriky, poruchy jemné i hrubé motoriky,

koordinace, neklidná statická inervace, asymetrie reflexů. V rámci MKN-10 (WHO, 1992) jsou tyto poruchy klasifikovány jako *Specifické vývojové poruchy motorických funkcí*, nebo jako vývojová porucha koordinace. Tyto komorbidní poruchy se vyskytují u 30-50 % dětí, nicméně tyto poruchy bývají uváděny jako součást celkového klinického obrazu u syndromu ADHD (Příhodová, 2011). Význam výše uvedených souvislostí může pomoci k lepšímu pochopení neurobiologické podstaty syndromu ADHD, což pak usnadňuje diferenciatně diagnostické postupy v praxi.

3.3 Problematika diagnostiky syndromu ADHD

Diagnostika syndromu ADHD se ve většině případů realizuje po šestém roce věku dítěte, v souvislosti se zahájením školní docházky. Zpravidla se opírá o klinický nález a diagnostická kritéria podle DSM-5 nebo MKN-10. Diagnózu by měl stanovit **dětský psychiatr** zpravidla na základě klinického vyšetření, rozhovoru s rodiči, s využitím dotazníků a škál včetně dotazníku pro učitele. Nedílnou součástí by mělo být rovněž psychologické vyšetření, zpravidla u **klinického psychologa**. Pokud je již diagnóza stanovena dětským psychiatrem, může být psychologické vyšetření realizováno rovněž v poradenských zařízeních, mezi které patří: pedagogicko-psychologické poradny, střediska výchovné péče nebo speciálně-pedagogická centra (Butulová, 2015). Z běžných diagnostických metod, využívaných u diagnostiky syndromu ADHD u dětí, lze uvést testy kognitivních schopností (např. Wechslerovu škálu inteligence), speciální zkoušky pozornosti, sluchových a zrakově-percepčních schopností, motoriky, paměťové testy, testy řečových a sociálních dovedností. Specificky v souvislosti se syndromem ADHD je možné použít také *Škálu Connersové pro rodiče a pro učitele* (Paclt et al., 2007). V současnosti dochází k ústupu od diagnostiky na neurologických pracovištích, pokud je dítě vyšetřeno i ze strany neurologa, je to obvykle v souvislosti s posouzením vývojových schopností, vyloučením epilepsie nebo jiných neurologických diagnóz a rovněž posouzením EEG záznamu. Neurolog může děti následně sledovat z důvodu komorbidních onemocnění, jako jsou například bolesti hlavy nebo poruchy spánku (Butulová, 2015; Příhodová, 2011).

Z hlediska diagnostické strategie je důležitý i klinický přístup, zde lze uvést anamnestický rozhovor s rodiči dítěte, studium informací o pozorování chování dítěte v různých prostředích (škola, kroužky) a také prostudování zpráv z dalších vyšetření

odborných lékařů. Vyšetření by mělo probíhat v dopoledních hodinách a dítě by mělo být zdravé (Butulová, 2015).

Při diferenciální diagnostice je nutné syndrom ADHD nejčastěji odlišit od následujících duševních poruch: porucha opozičního vzdoru, explozivní porucha, jiné neurovývojové poruchy, poruchy intelektu, poruchy autistického spektra, reaktivní porucha přichylnosti, úzkostné poruchy, depresivní poruchy, bipolární porucha, poruchy osobnosti, psychotická porucha, neurokognitivní porucha nebo příznaky, které byly vyvolány užíváním léků (APA, 2015). V souvislosti s diferenciální diagnostikou je významné zařadit jako součást psychologického vyšetření také neuropsychologické zkoušky. Tyto zkoušky jsou důležité z důvodu odlišení syndromu ADHD jako neurovývojové poruchy od ostatních duševních poruch s podobnými symptomy. V diagnostické praxi však nejsou zpravidla tyto specifické zkoušky příliš často používány.

Neuropsychologické vyšetření klade větší důraz na dílčí hodnocení psychických funkcí, jako je zraková, sluchová, taktilní percepce, paměť, pozornost, motorika, exekutivní funkce včetně naučených dovedností (čtení, psaní, počítání, naučené znalosti). Vyšetření dětí od prvních měsíců života je měřeno vývojovými škálami nebo specifickými zkouškami. Z dílčích měřených oblastí lze dále také uvést základní neurologické funkce, receptivní funkce (včetně porozumění řeči), expresivní funkce, (včetně orální motoriky a řeči), kognitivní procesy a centrální zpracování informací. V raném věku je základem psychologické diagnostiky kvalitativní analýza chování dítěte (Krejčířová, 2017). Vývojové nerovnoměrnosti pak dávají smysluplný kontext vyhodnocování a diagnostice vývojových poruch včetně ADHD. Dle Krejčířové (2017, s. 721) by neuropsychologické vyšetření „mělo být běžnou součástí každodenní praxe všech dětských klinických psychologů, kteří pracují s dětmi s vývojovými nebo neurologickými poruchami“. V této souvislosti se nabízí otázka, nakolik jsou v rámci dětské diagnostiky s podstatnými principy neuropsychologického vyšetření obeznámeni dětské psychiatři a dětské psychologové mimo oblast zdravotnictví.

V raném věku mohou s budoucí diagnózou ADHD korespondovat projevy, které jsou u kojenců a batolat v diagnostickém manuálu raného věku Zero to Three (2016) zařazeny mezi diagnostické okruhy *Poruchy regulace senzoryckého zpracování (400)* a *Poruchy hledání senzorycké stimulace, impulsivní typ (430)*. Patří zde následující projevy:

- *Hledání sensorické stimulace*, vyžadování vysoké intenzity, frekvence nebo délky trvání podnětu. Bažení po sensorických podnětech může vést k destruktivnímu nebo rizikovému chování a může být spojeno s poruchou pozornosti, hyperaktivitou a impulsivitou.
- Přítomnost *motorických projevů* jako jsou vysoká potřeba pohybového vybití, difuzní impulsivita a náchylnost k úrazům vlivem neobratnosti.
- *Projevy chování*: hyperaktivita, vysoká míra nabuzení; hledání trvalého kontaktu s lidmi a věcmi; stimulace prostřednictvím silného tlaku; bezohlednost; dezorganizované chování; ve hře výskyt agresivních témat; velmi silná potřeba tělesného kontaktu; problémy s hranicemi v podobě narušování tělesného prostoru druhých. Může docházet k agresivnímu chování v případě, že sociální okolí na dítě reaguje agresivně (Zero to Three, 2016).

3.4 Diagnostické prolínání syndromu ADHD s PTSD

Jak již bylo konstatováno v předchozích kapitolách, následky traumatu jsou spojeny se symptomy, které jsou shodné s dalšími diagnostickými kategoriemi. Marksová (2017) uvádí, že u dětí se závažnými traumatickými událostmi v anamnéze může docházet k diagnostickým závěrům na základě symptomů, které mohou být zařazeny k různým diagnózám. Například *poruchy pozornosti* mohou vést k diagnóze syndromu ADHD; *kolísavé změny nálady* k diagnóze související s emočními poruchami, *halucinace* spojené s disociativními stavy mohou vést ke kategorii psychotických poruch.

V odborné literatuře jsou často uváděny klinické symptomy přítomné jak u diagnózy *posttraumatické stresové poruchy* (a dalších příbuzných kategorií souvisejících s následky traumatu), tak i u *syndromu ADHD*. Z tohoto důvodu dochází v praxi k problémům s diferenciací diagnostickým odlišením. Nejčastěji jde o následující symptomy, které jsou přítomné u obou poruch: přecitlivělost, afektivní dráždivost, poruchy koncentrace pozornosti, obtíže s učením se novému, agresivita, hyperaktivita, zvýšený počet chyb při práci (Malá, 2003). Symptomy zaměnitelné s projevy syndromu ADHD jsou zmiňovány také konkrétně u problémů souvisejících se závažnými poruchami kontaktu v dětství, zařazených v DSM-5 (APA, 2015) mezi *Poruchy související s traumatem a stresem* (Forgáčová, 2014). Typické projevy v souvislosti s deprivací u dětí uvádí rovněž

Vágnerová (2014). Nejčastěji jde o symptomy souvisejícími s *poruchami pozornosti, s výkyvy v aktivitě, impulsivitě, hyperaktivitě a nekoordinované aktivitě*. Tyto projevy souvisí s nedostatečnou seberegulací, která se nemohla rozvinout v důsledku absence kontaktu s primární pečující osobou a klinicky se liší od obrazu ADHD. V tomto případě jde spíše o *nezralost regulačních funkcí* nežli o neurovývojovou poruchu.

Diferenciálně diagnostické otázky těchto dvou kategorií nebyly doposud z hlediska výzkumu v odborné literatuře příliš často publikovány. Nutnost diagnostického rozlišení mezi syndromem ADHD a dalšími poruchami lze nalézt v některých zahraničních odborných zdrojích (Gupta & Kar, 2010; Putnam, 1997), u nás se tímto tématem zabývá například Papežová a Soukup (2008) nebo Malá (2011). Propojení následků fyzických traumat a syndromu ADHD jsou popsána v souvislosti s úrazy mozku (Zelinková, 2015).

U syndromu ADHD dochází k tříštění informací díky prolínání oborů, kdy každý obor řeší téma spíše odděleně (Kocourková, 2013). Jde zejména o obory dětské psychiatrie, klinické a pedagogické psychologie, dětské neurologie a speciální pedagogiky. Vzhledem k tomu, že nejčastější diagnostická praxe v dětské psychiatrii a speciální pedagogice vychází z popisu symptomů, nebývá důkladně zohledněna etiologie vzniku obtíží. Pokud nedojde ke stanovení převažující etiologie, mohou se pak následná péče, terapie i další opatření jevit jako neúčinné. V případě dětí se závažnými traumaty v anamnéze, které mají diagnostikován syndrom ADHD jako primární diagnózu, může docházet k závažným následkům z hlediska jejich dalšího vývoje (Němcová, 2017).

Klein, Damiani-Taraba, Koster, Campbell a Scholz (2014) ve svém odborném článku diskutují téma problematiky častého výskytu diagnózy syndromu ADHD u dětí v pěstounské péči. Dle jejich poznatků je u dětí, které jsou v pěstounské péči, diagnostikován a léčen syndrom ADHD častěji nežli u dětí v péči biologických rodičů. U dětí týraných je navíc častý výskyt poruch chování, poruch pozornosti a výukových problémů, které korespondují se symptomy syndromu ADHD. Mezi další korespondující symptomy patří problémy se vztahovou vazbou, poruchy nálady a úzkostné stavy jako součást projevů PTSD. Aktuálně je odborně diskutována potřeba vycházející z praxe, spočívající v přehodnocení přístupu k diagnostikovanému syndromu ADHD u dětí týraných, zanedbávaných či zneužívaných. Klein se spoluautory (2014) uvádí požadavek, aby v USA a v Kanadě byla diagnóza ADHD u těchto dětí vždy stanovena v rámci multidisciplinární spolupráce. Nezbytná je dle jejich názoru rovněž větší edukace učitelů a pracovníků sociálně-právní ochrany dětí.

Evropská směrnice *National Institute for Health and Clinical Excellence (NHS-NICE)* se v části týkající se diagnostiky a léčby ADHD rovněž zabývá problematikou týraných dětí. Podle NHS-NICE klinických pokynů, uvedených v této směrnici, se symptomy ADHD mohou překrývat s jinými poruchami, **nelze ji tedy považovat za kategorickou diagnózu**. Směrnice NHS-NICE navrhuje, aby byl syndrom ADHD u dítěte diagnostikován až poté, co bude prokázán ve více prostředích (v rodině, škole, náhradní péči atd.), a to multidisciplinárním týmem (odborníků na duševní zdraví, pediatrů, sociálních pracovníků, pedagogů) včetně rodičů dítěte. Vzhledem k tomu, že děti s historií špatného zacházení mají významně vysoký výskyt příznaků ADHD, je nutná individualizovaná péče, jinak může dojít k nesprávnému pochopení emočně behaviorálních symptomů (2008, in Klein et al., 2014).

Doporučení pro diferenciální diagnostiku mezi syndromem ADHD a posttraumatickou stresovou poruchou, vycházející z diagnostického vymezení v DSM-5 (APA, 2015), Zero to Three (2016) a z dalších odborných textů, jsou ve zjednodušené formě následující. V případě posttraumatické stresové poruchy by mělo jít o diagnózu *nadřazenou* dalším diagnostickým kategoriím v případě, že se v anamnéze dítěte vyskytují závažné traumatické události. Zařazením syndromu ADHD mezi *neurovývojové poruchy* je kladen důraz na neurovývojovou etiologii a diagnostické strategie by s ní měly korespondovat. Konkrétně to znamená, že by syndrom ADHD měl být konstatován zejména na základě neuropsychologického vyšetření.

4 Zařízení odborné péče pro děti a dospívající v ČR

V praxi lze sledovat slabé propojení jednotlivých oborů zaměřených na dětskou klientelu. Jednotlivé resorty mají vlastní koncepty a standardy odborné péče, které se promítají do systému diagnostiky i intervencí. Jedním z výzkumných cílů této práce je zkoumání specifík přístupu k traumatizovaným dětem v rámci jednotlivých základních resortů péče o děti a dospívající v podmínkách České republiky. Konkrétně jde o resorty *zdravotnictví, školství a sociální péče*. Proto je tomuto tématu věnována tato kapitola, která obsahuje základní přehled pracovišť jednotlivých oblastí odborné péče, včetně jejich zaměření.

4.1 Resort zdravotnictví

Resort zdravotnictví je řízen Ministerstvem zdravotnictví ČR. Z hlediska péče o děti s traumaty v anamnéze mohou v úvahu přicházet různá zdravotnická pracoviště, lůžková i ambulantní. V případě akutních traumat je to zpravidla urgentní příjem, chirurgické ambulance, oddělení pediatrie nebo dětské neurologie. Specifickou roli v systému péče mají také pracoviště krizové intervence pro děti a mládež. Jak uvádí Matoušek (2017), některá Krizová centra mohou mít prověření k výkonu sociálně-právní ochrany dětí a poskytují krátkodobou hospitalizaci. V následujícím textu uvádím nejčastější profese v oboru zdravotnictví, které bývají v kontaktu s dětmi.

Lékařskou odborností, která může mít první kontakt s traumatizovaným dítětem, je zpravidla **praktický lékař pro děti a dorost**. V rámci této profese nejsou vyžadovány žádné specializační dovednosti pro rozpoznávání symptomů traumatu u dětí. Další dětskou lékařskou odborností je **dětský psychiatr**. Hlavní náplní dětského psychiatra je diagnostika, farmakoterapie, psychoterapie a koordinace léčebných postupů. V roce 2017 působilo v ČR pouze 70 dětských psychiatrů, s čímž souvisí nedostatek dostupnosti odborné psychiatrické péče pro děti a dospívající (Matoušek, 2017).

Specifické místo ve zdravotnictví má obor **klinické psychologie**. Klinicko-psychologické vyšetření dětí je součástí péče psychiatrické a pediatrické, včetně dalších lékařských oborů. Další role klinického psychologa je v oblasti prevence a psychoterapie dětí (Říčan, 2006). Klinický psycholog si dále může rozšířit svou specializaci v oboru

dětská klinická psychologie, který je vymezen zákonem 96/2004 o nelékařských zdravotnických povoláních. Náplní činnosti dětského klinického psychologa je diagnostika, psychoterapie a formulace dlouhodobého intervenčního plánu. Poskytuje odbornou péči rodinám i samotným dětem (Matoušek, 2017; Říčan, 2006).

Jak shodně konstatují Kolář (2018) a Říčan (2006), v pojetí moderní medicíny, která se stále více specializuje, orientuje na striktní postupy „lege artis“ a spoléhá se na „objektivní diagnostiku“, začíná být klinický přístup odsouván do pozadí. Současná realita zdravotnické praxe preferuje spíše nepropojenost, atomizaci a detailizaci člověka, preferenci vnějších projevů, symptomů a výsledků diagnostických metod. Převažují kvantitativní hlediska nad kvalitativním. Stále užší specializace a časový stres neumožňují individuální nahlédnutí do situace člověka. Podle Koláře (2018) a Říčana (2006) má stále nezastupitelnou úlohu kvalitní klinická anamnéza. Současně optikou klinického fyzioterapeuta-psychosomatika a klinického psychologa komentují současné problémy zdravotnictví, zejména co se týče štěpení a atomizace jednotlivých oborů a také rozdělení pracovišť diagnostických a terapeutických. Dle názoru obou citovaných autorů dochází k dogmatické kumulaci detailních specializovaných vědeckých poznatků do organizovaných celků, přičemž začíná unikat vnímání člověka v celkovém obrazu a kontextu, a také ke ztrátě kontaktu mezi pacientem a lékařem.

4.2 Resort školství

Další oblastí odborné péče o děti a mládež je **resort školství**, tradičně spadající pod Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy ČR (dále v textu MŠMT). Pod metodiku tohoto ministerstva spadají jak školy (zřizované obcemi), tak i školní poradenská pracoviště. Na základních školách působí zpravidla **výchovní poradci**, kteří mohou být kontaktní osobou pro děti s traumatem. Dalším odborným pracovníkem přímo ve školním prostředí je **školní psycholog**. Jeho profese není nijak legislativně upravena. V praxi tuto profesi vykonávají absolventi magisterských oborů psychologie, často jen na zkrácené úvazky. Je snaha poskytnout této profesi specializované vzdělání, například na Katedře psychologie FF UP v Olomouci, ve spolupráci s Institutem pedagogicko-psychologického poradenství. Školní psycholog může být první odborník s psychologickým vzděláním, který má kontakt s traumatizovaným dítětem. Jeho náplní je poradenství, diagnostika

zaměřená na poruchy učení a chování a realizace preventivních programů na školách (Matoušek, 2018).

Pedagogicko-psychologické poradny (dále PPP) jsou školská poradenská pracoviště, jejichž zřizovatelem je krajský úřad. Profesionální zastoupení tvoří psychologové, speciální pedagogové a sociální pracovníci. Hlavní náplní činností PPP je psychologická a speciálně-pedagogická diagnostika a poradenství. Specifické zaměření je na poruchy učení, školní problematiku, poruchy chování, prevenci a kariérní poradenství. Vypracovávají se zde individuální plány a na základě doporučení PPP se realizuje integrace či inkluze dětí se specifickými potřebami ve školách (Butulová, 2015; Matoušek, 2017). Podle statistické ročenky MŠMT (2018) bylo ve školním roce 2017/2018 v rámci celé ČR v péči PPP celkem 189 975 dětí, z toho 122 770 chlapců a 67 205 bylo dívek. Převažující důvody vyšetření byly (seřazeno podle četnosti): ostatní důvody, poruchy učení, poruchy chování, vady řeči, kulturní prostředí nebo jiné životní podmínky, mentální postižení, nadání, jiné znevýhodnění, PAS. Z této statistiky není zřejmé, co obsahuje kategorie „ostatní důvody“, která je nejčetnější a týká se celkem 93 119 dětí.

Střediska výchovné péče (dále SVP) byla do roku 2015 školskými poradenskými pracovišti ambulantního i internátního typu, poskytujícími následující odbornou péči. Jejich specifikaci uvádí Butulová (2015, s. 78) následovně: *„psychologické, speciálně-pedagogické, sociální a terapeutické služby dětem, adolescentům a dospělým do 26 let, kteří jsou ohroženi rizikem vzniku a vývoje poruch chování, mají osobnostní problémy, nedaří se jim v rámci vrstevnických skupin nebo rodiny, či procházejí nějakým zátěžovým obdobím“*.

Od roku 2015 změnila pracoviště svůj statut na *zařízení poradenské činnosti*, nicméně náplň práce zůstala totožná. Z hlediska profesí jsou zde zastoupeni rovnoměrně psychologové, speciální pedagogové a sociální pracovníci; mnozí mají současně i psychoterapeutickou specializaci (Butulová, 2015). V současné době je v ČR podle údajů MŠMT (2018) celkem 31 středisek výchovné péče. Ve školním roce 2017/2018 bylo v péči SVP celkem 14 018 dětí. Z celkového počtu dětí v péči SVP bylo pak 188 dětí v péči celodenní, 1174 dětí v péči internátní a 12 656 dětí v péči ambulantní.

Odbornou náplní jsou komplexní vyšetření, vypracování individuálních plánů, individuální terapie, konzultace nebo reedukace. Dále jsou zde realizovány skupinové terapie, individuální činnosti se zákonnými zástupci, rodičovské skupiny, metodické

konzultace a realizace vzdělávacích seminářů. Nejčastější důvody odborné péče v SVP jsou podle statistiky MŠMT (2018) následující: školní problémy, rodinné problémy, osobnostní problémy, prekriminální a kriminální problémy, zneužívání návykových látek. Z výše uvedeného vyplývá, že široká variabilita problémů, na které se SVP zaměřují, velmi pravděpodobně zahrnuje i děti s traumaty v anamnéze, nicméně pro toto konstatování chybí statistické zdroje.

4.3 Resort sociální péče

Oblast sociální péče oproti předchozím dvěma oblastem nabízí široké spektrum pracovišť, pověřených výkonem sociálně-právní ochrany dětí, zřizovaných státem, i velké množství neziskových organizací. Vzhledem k cílům této práce se v této podkapitole zaměřuji pouze na ty, které obvykle mohou mít ve své péči děti s traumaty v anamnéze. Pracoviště v sociální oblasti se řídí Standardy sociálních služeb a metodikou Ministerstva práce a sociálních věcí ČR (dále v textu MPSV), podle *Zákona o sociálních službách č. 108/2006 Sb.* (MPSV, 2017). V následujícím textu nabízím stručný přehled pracovišť, která mohou pracovat s traumatizovanými dětmi.

Pracoviště orgánu sociálně-právní ochrany dětí je odbor příslušné obce s rozšířenou působností. Pracovníci se zaměřují na ohrožené děti a jejich činností by mělo být vyhodnocování rizikových případů, odebírání ohrožených dětí z rodin, zastupování dětí v případě rozvodu rodičů, v případě trestního řízení, zprostředkování náhradní rodinné péče a další činnosti. Náplní jejich práce by měla být mimo jiné i spolupráce s dalšími institucemi státního a neziskového sektoru (například s policií, soudy, ústavními zařízeními, ambulantními specialisty) a koordinace postupů týkajících se jednotlivých dětí (Matoušek, 2017).

Činnosti v souvislosti s výkonem sociálně-právní ochrany dětí jsou podle ročenky MPSV (2017) následující: evidence dětí v péči (OSPOD), umísťování dětí a mladistvých do náhradní rodinné, ústavní a ochranné výchovy; řešení problémů mládeže kurátory; podávání návrhů soudu nebo oznámení policii; problematika týraných, zneužívaných a zanedbávaných dětí. Podle statistiky MPSV bylo orgánem sociálně-právní ochrany dětí za rok 2017 z různých důvodů celkově evidováno 200 490 dětí. V souvislosti s *týráním, zneužíváním a zanedbáváním to bylo celkem 8 929 dětí* (nahlášených případů).

Poradny pro rodinu, manželství a mezilidské vztahy jsou zřizovány obcemi nebo kraji. Vykonávají sociální službu a nabízejí odborné sociálně-psychologické poradenství. Specializují se na párové a rodinné poradenství, a i když se specificky nezaměřují na dětskou problematiku, poskytují odborné poradenství rodičům, pěstounům a dalším osobám, které mohou být s traumatizovanými dětmi v kontaktu. Navíc některá tato pracoviště poskytují odborné doprovázení pro náhradní rodinnou péči (Matoušek, 2017).

Specifickými pracovišti v rámci státního i neziskového sektoru jsou pracoviště **sociálně-aktivizační služby pro rodiny s dětmi** (dále SAS). Tato pracoviště nabízejí primárně sociálně-právní a také psychologické poradenství pro rodiny, které se ocitly v obtížné situaci, a jejich role je podpůrně-poradenská. V souvislosti s dětským traumatem mohou být pracovištěm, které může identifikovat první symptomy nebo podezření na traumatizaci u dítěte. Podobně specifickými pracovišti jsou pracoviště **zařízení pro děti vyžadující okamžitou pomoc** (dále ZDVOP). Tato pracoviště primárně poskytují pomoc dětem, které se ocitly v naléhavé situaci, nabízejí krátkodobé krizové pobyty. V celé České republice je celkem šedesát pět takových zařízení (MPSV, 2017), mnohá z nich vznikla jako součást kojeneckých ústavů nebo dětských center.

Neziskové organizace poskytující sociálně-právní a psychologickou pomoc, mají různou cílovou skupinu. Bývají zřizovány buď samostatně podle svého specifického zaměření jako například pracoviště pro děti zažívající domácí násilí, azylové bydlení pro ženy ohrožené týráním, dětská centra pro rodiny s dětmi, nebo jsou součástí větších neziskových organizací, zabývajících se psychosociální problematikou. Ačkoliv všechny tyto organizace by měly splňovat standardy sociálních služeb, jejich náplň, odbornost a vzdělání pracovníků je v praxi na různé úrovni.

4.4 Komplexní přístupy v péči o děti s traumatem

Jak uvádí Matoušek (2017), pokud je podáván podnět ohledně změny způsobu výchovy dítěte, má ze zákona OSPOD povinnost organizovat svolání případové konference, která má za cíl setkání všech zainteresovaných osob a pracovišť. Koordinátorem případové konference mohou být v dalších případech i organizace, které mají v péči děti ohrožené prostředím. V České republice nejsou doposud specializovaná pracoviště, která by se specificky zaměřovala na děti s traumatem. Současně se v praxi

ukazuje, že nezbytnou podmínkou je u této problematiky týmová spolupráce a koordinace postupů, spolu s kvalitním managementem případu (*case management*). Velkým problémem pro koordinaci optimálního postupu se jeví uplatňování zákona č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů, který v praxi znamená, že žádné informace o dítěti a rodině nesmí být poskytnuty bez souhlasu zákonného zástupce dítěte.

V rámci sociálních služeb je komplikací skutečnost, že zákonný zástupce i klient mohou nahlížet do dokumentace (MPSV, 2017). V sociálních službách je v souvislosti s ochranou osobních údajů častá komplikovanost ve vedení dokumentace, její rozdělení na sociální a zdravotní složku, a s tím související nejistota pracovníků, jaké údaje mohou zjišťovat a evidovat v oficiální dokumentaci.

Zlepšení komplexní péče o děti a mládež nabízí připravovaná koncepce reformy psychiatrické péče pod metodikou ministerstva zdravotnictví, která nově zavádí v České republice *Centra duševního zdraví*. Tato centra již vznikají pro dospělé pacienty a v přípravné fázi jsou podobná centra i pro děti a dospívající. Základním principem péče poskytované v těchto centrech je *multidisciplinární spolupráce* pracovníků různých profesí. Součástí týmu by měl být dětský psychiatr, klinický psycholog, sociální pracovník, středně zdravotnický personál (Zagatová, 2018).

Komplexněji zaměřený model Center duševního zdraví koresponduje se zahraničními zkušenostmi péče o traumatizované děti. Kupříkladu studie Schmida et al. (2013) popisuje hledání optimálního systému komplexní péče o traumatizované děti. V některých státech Evropské unie již existují specializované traumatické ambulantní kliniky, které nabízejí léčbu specifickou pro symptomy traumatu. Chybí však propojenost této oblasti také s klinickými psychoterapeuty, kteří se ve své praxi setkávají s traumatizovanými dětmi. Léčebné strategie, které jsou v současné době k dispozici pro hospitalizované pacienty, jsou do značné míry nedostatečné u vážně traumatizovaných dětí, stejně jako koncepce ambulantní léčby.

Terapie následků traumatu v modelech zahraničních zkušeností, v podobě kombinovaného a systémově zaměřeného rodinného centra s psychoterapeutickým působením, ukazuje úspěšný přístup k léčbě u dětí a dospívajících trpících *komplexním nebo vývojovým traumatem*. Mezi specifické oblasti nabízené péče patří schopnost vyrovnat se s disociací, problémy s emoční regulací, se situacemi extrémního stresu a sociálními problémy. Vzhledem k tomu, že mnoho vážně traumatizovaných dětí a

dospívajících nemůže zůstat ve svých rodinách, měly by být zavedeny specifické psychiatrické služby pro adolescenty v ústavní péči a v dalších službách péče o děti a mládež. Tyto služby by mohly pomoci dosáhnout snížení počtu hospitalizovaných dětí a dospívajících, zkrátit dobu trvání jejich psychiatrické léčby a zlepšit kontinuitu v ústavní i pěstounské péči. Koncepce péče o děti a mládež by měla být více citlivá na symptomy PTSD a měla by se snažit podporovat zvyšování odolnosti, emoční regulace, sebeovládání a sociálních dovedností u traumatizovaných dětí (Schmid et al., 2013).

Téma komplexního modelu péče o traumatizované děti je pravděpodobně oblastí, které bude do budoucna věnována pozornost u nás i v zahraničí. Jedním z dílčích cílů této disertační práce je také zmapování specifik odborné péče o děti a dospívající v resortech zdravotnictví, školství a sociální péče. Těmto zjištěním je věnována podstatná část kapitoly Diskuse.

VÝZKUMNÁ ČÁST

5 Výzkumný problém, cíle a výzkumné otázky

Jak již bylo uvedeno v teoretické části této práce, současná praxe péče o dětské klienty je realizována v rámci pracovišť, která spadají pod různé resorty (orgány státní správy). V českých podmínkách jsou to resorty ministerstva školství, ministerstva práce a sociálních věcí a ministerstva zdravotnictví. Pod jejich metodikou svá pracoviště zřizují kraje, obce a také neziskový sektor. V rámci odborné péče o dítě a rodinu není v současné době zatím realizovaná propojenost ani jednotnost přístupů z hlediska diagnostiky a následné péče u dětí s traumatem v anamnéze. Koncepce nové multioborové reformy péče o duševní zdraví v podobě center duševního zdraví, zaměřených na dětskou klientelu, je prozatím v přípravné fázi (Zagatová, 2018). Ve své odborné praxi jsem dlouhodobě zaznamenávala širokou a různorodou symptomatologii u dětí s traumaty v anamnéze a také nejednotnost diagnostických přístupů odborných pracovišť včetně konečné diagnózy. Tato pozorování korespondují v s aktuální odbornou literaturou (např. Kocourková, Koutek, 2017; Matoušek, 2017; Štěpánek, 2016; Van Hoof, 2017; Zero to Three, 2016).

Odborná literatura předpokládá v populaci výskyt přibližně 6 % dětí s již diagnostikovanou posttraumatickou stresovou poruchou (Vágnerová, 2014). Uvedené údaje vycházejí z předpokladu, že tyto děti jsou diagnostikovány primárně ve zdravotnických zařízeních. Zahraniční výzkumy současně uvádějí až 28 % dětí a dospívajících s PTSD (Mueser & Taub, 2008). Podle statistické ročenky Ministerstva práce a sociálních věcí ČR (2017) bylo orgánem sociálně-právní ochrany dětí za rok 2017 z různých důvodů evidováno celkově 200 490 dětí. V souvislosti s týráním, zneužíváním a zanedbáváním to bylo celkem 8 929 dětí (nahlášených případů).

Výzkumným problémem této disertační práce jsou specifika klasifikace kategorií psychických, vývojových a dalších traumat u dětí ve třech základních oblastech (resortech) péče o děti a mládež v České republice. Jde o oblasti školství, zdravotnictví a sociální péče. Dále jsem se rozhodla zaměřit na to, které symptomy se u dětí s traumaty vyskytují, zda kromě pravděpodobných symptomů *posttraumatické stresové poruchy* jsou přítomny rovněž projevy zařaditelné v rámci jiných diagnostických kategorií. Specifický zřetel je směřován na případné shody a rozdíly se syndromem ADHD. Toto zaměření souvisí s poznatky z praxe i z odborné literatury, které uvádějí, že u dětí s traumaty v anamnéze

bývá syndrom ADHD velmi často diagnostikován. Důvodem je shodná symptomatologie projevů posttraumatické stresové poruchy a syndromu ADHD.

Výzkumné cíle jsou:

- 1) Zjistit, jaké traumatické události se vyskytují v anamnéze sledovaných dětí.
- 2) Zjistit, jaké symptomy se vyskytují u těchto dětí s traumaty v anamnéze.
- 3) Identifikovat, s jakými diagnostickými kategoriemi se mohou tyto symptomy shodovat.

Dílčí cíle: Zjistit, zda existují specifické rozdíly v přístupu k dětem s traumatem v oblasti klinické praxe, školství a sociální péče. Na základě výsledků vyvodit praktická doporučení pro diferenciatně diagnostickou praxi a zejména pro další odbornou péči o děti.

Na základě stanovených cílů jsou formulovány tyto **výzkumné otázky:**

- 1) Jaké traumatické události se vyskytují v anamnéze dětí z vybraných pracovišť?
- 2) Do kterých kategorií traumat lze tyto události zařadit?
- 3) Jaké významné pozorovatelné projevy jsou u těchto dětí popisovány?
- 4) Do kterých symptomů se dají tyto projevy zařadit?
- 5) Shodují se zjištěné symptomy s diagnostickými symptomy PTSD a syndromu ADHD?
- 6) Shodují se zjištěné symptomy se symptomy jiných diagnostických kategorií?
- 7) Vyskytují se nějaké specifické rozdíly v přístupu k dětem s traumaty v anamnéze mezi oblastí školství, sociální péče a zdravotnictví?

6 Metodologický rámec výzkumu

V této kapitole představuji typ výzkumu, popisuji charakteristiky výzkumných souborů, vysvětluji metody získávání dat a etické aspekty výzkumu. Samostatná podkapitola je věnována popisu analýzy získaných dat a jejich následnému zpracování.

Vzhledem ke stanoveným cílům a charakteristice výzkumných souborů jsem se rozhodla použít smíšený přístup (*design*). Jádrem výzkumu spočívá v kvalitativní metodologii s využitím deskriptivní statistiky. Zvolila jsem kvalitativní explorativní strategii na základě snahy získat veškeré informace o zkoumaných dětech a zjistit také události, projevy a fakta, ke kterým nemusí být v rámci diagnostického procesu přihlíženo. Toto souviselo s faktem, že realizace výzkumu probíhala v odlišných oblastech péče o děti a mládež a také v různých typech institucí, které používají různorodé přístupy k diagnostice. Stěžejní metodou zpracování dat jsou analýzy několikanásobných klinicky zaměřených případových studií (*multiple-case study*) s vícečetnými odpověďmi (Mareš, 2015).

6.1 Výzkumné soubory

V následujících dvou podkapitolách popisují charakteristiky výběrových souborů odborných pracovníků a sledovaných dětí.

6.1.1 Výběrový soubor odborných pracovníků

Odborní pracovníci, kteří poskytli informace o jednotlivých dětech, byli vybráni záměrným výběrem. Kritérii pro jejich zařazení do souboru bylo vysokoškolské psychologické vzdělání, dlouhodobá práce se zkoumanými dětskými klienty (alespoň šest měsíců) a dostupná dokumentace.

V oblasti **zdravotnictví** bylo vybráno pět pracovišť soukromé klinické psychologické praxe. Na každém pracovišti poskytoval informace jeden atestovaný klinický psycholog. Do výběrového souboru nebyli zařazeni klienti z mé vlastní klinické praxe z etických důvodů, a také aby nedocházelo k přílišným subjektivním zkreslením z mé strany.

V oblasti **školství** byly informace získávány ve dvou pedagogicko-psychologických poradnách, na jednom pracovišti střediska výchovné péče a od pěti školních psychologů z různých škol.

V oblasti **sociální péče** informace poskytli dva pracovníci pracovišť ZDVOP, dva pracovníci z různých pracovišť poskytující SAS, tři pracovníci poskytující sociálně-právní ochranu dětí a jeden pracovník ze specifického pracoviště poskytující odbornou pomoc dětem v souvislosti s domácím násilím. V tabulce 1 jsou přehledy celkového počtu odborných pracovníků a počty pracovníků v jednotlivých zkoumaných oblastech.

Tab. 1: Výběrový soubor odborných pracovníků

	N	Zdravotnictví (ambulace klinické psychologie) n1	Školství (školní psychologové, PPP, SVP) n2	Sociální služby (ZDVOP, SAS, DN, SPOD) n3
Celkem pracovníci	22	5	8	9

Pozn.: N – celkový soubor; n1 – pracovníci zdravotnictví; n2 – pracovníci školství; n3 – pracovníci sociální péče; PPP – pedagogicko-psychologické poradny; SVP – střediska výchovné péče; ZDVOP – zařízení pro děti vyžadující okamžitou pomoc; SAS – sociálně aktivizační služba pro rodiny s dětmi; DN – domácí násilí; SPOD – sociálně-právní ochrana dětí.

6.1.2 Výběrový soubor dětí

Do tohoto výběrového souboru byli záměrným výběrem zařazeni dětské klienti prostřednictvím institucí. Celkem bylo v souboru 154 dětí, z toho 91 chlapců a 63 dívek, průměrný věk byl 11,2 let (v rozpětí od šesti do patnácti let). V péči sledovaných institucí byly děti z různých důvodů, většinou podle zaměření těchto pracovišť. Do výběrového souboru byly vybrány děti, u kterých se v anamnéze vyskytovaly **alespoň dvě traumatické události**. Mezi specifika výběru patřilo také kritérium, že výběr nezahrnoval děti se závažným smyslovým, kognitivním nebo somatickým postižením. Bylo to z důvodu, aby zjišťované symptomy nesplývaly primárně s jinými typy poruch, než byly výzkumně sledovány. Z hlediska rozložení pohlaví jsem nijak předem nevybírala vyváženost pohlaví v souboru. Přesto došlo k rovnoměrnému rozložení mezi chlapci a dívkami v oblastech zdravotnictví a sociální péče. V oblasti školství výrazně převažoval počet chlapců nad počtem dívek, stejně jako ve vykazovaných statistikách MŠMT (2018), uvedených v podkapitole 4.1, kde jako častěji identifikovaní klienti v PPP byli uváděni

chlapci. Diagnóza syndromu ADHD byla diagnostikována u celkem 43 dětí zařazených do výzkumného souboru, z toho 30 dětí bylo z oblasti školství.

V celkovém výběrovém souboru byl nejčastěji uváděnou medikací *Ritalin*. Tuto medikaci užívalo celkem patnáct dětí, které byly současně v odborné psychiatrické péči, z toho devět z nich bylo ze souboru v oblasti školství. U pěti sledovaných dětí byla v jejich anamnéze zjištěna minimálně jedna hospitalizace v psychiatrických nemocnicích.

V tabulce 2 je shrnutí přehledu informací o dětech v celkovém výběrovém souboru a v každé sledované oblasti zvlášť.

Tab. 2: Výběrový soubor dětí

		Zdravotnictví (ambulace klinické psychologie)	Školství (školní psychologové, PPP, SVP)	Sociální služby (ZDVOP, SAS, DN, SPOD)
Celkem dětí	N = 154	n1 = 53	n2 = 51	n3 = 50
Chlapci	91	26	40	25
Dívky	63	27	11	25
Průměrný věk	11,2	11,5	10,8	11,4
Syndrom ADHD	43	7	30	6
Psychiatrická péče	15	1	9	5
Medikace	15	3	9	3
Ústavní péče	25	1	9	15

Pozn.: N – celkový soubor; n1 – děti ve zdravotnictví; n2 – děti ve školství; n3 – děti v sociální péči; PPP – pedagogicko-psychologická poradna; SVP – středisko výchovné péče pro děti a mládež; ZDVOP – zařízení pro děti vyžadující okamžitou pomoc; SAS – sociálně aktivizační služba pro rodiny s dětmi; DN – domácí násilí, speciální pracoviště pro děti; SPOD – sociálně-právní ochrana dětí.

6.2 Proces sběru dat a etika výzkumu

Výzkum byl realizován v průběhu let 2017 a 2018. Abych obsáhla v rámci svého výzkumu rozsáhlejší část dětské populace, která může mít potenciálně v anamnéze traumatické události, zaměřila jsem se na spektrum dětí, které jsou v evidenci různých pracovišť poskytujících odbornou péči dětem a mládeži. Cílem bylo získání informací o traumatizovaných dětech napříč resorty zdravotnictví, školství a sociální péče. Kontaktovala jsem instituce různého odborného zaměření, které nebyly z hlediska standardů péče o děti a mládež příliš vzájemně srovnatelné. Konkrétně šlo o ambulantní psychologické klinické praxe, školská poradenská zařízení a pracoviště poskytující sociálně-právní poradenství a sociálně-právní ochranu dětí.

Vybraná pracoviště jsem zvolila podle cílů výzkumu příležitostným výběrem. Záměrem bylo, aby šlo o pracoviště pracující s dětskou klientelou, u kterých se předpokládá výskyt diagnóz PTSD a také syndromu ADHD. Kritérium syndromu ADHD bylo zvoleno z důvodu dílčích cílů týkajících se možných symptomatických přesahů kategorií PTSD a syndromu ADHD. Pokud bych se zaměřovala pouze na děti s traumatem, zúžil by se primárně výběr pracovišť i zkoumaných dětí.

Výzkum byl realizován na pracovištích v Olomouci, Praze, Kroměříži a v Ostravě. Konkrétně šlo o ambulantní praxe klinické psychologie (oblast zdravotnictví), v oblasti školství to byla pracoviště školní psychologie na základních školách, pedagogicko-psychologické poradny (PPP), střediska výchovné péče (SVP) a v oblasti sociálních služeb pracoviště zařízení pro děti vyžadujících okamžitou pomoc (ZDVOP), sociálně aktivizačních služeb pro rodiny s dětmi (SAS), sociálně-právní ochrany dětí (SPOD) a organizace zabývající se domácím násilím (DN). Pracoviště byla vybrána na základě mé dlouhodobější spolupráce, zejména v rámci přednáškové činnosti. Důvodem této formy výběru byla nutnost získat souhlasy vedoucích těchto pracovišť i rodičů dětských klientů k nahlédnutí do dokumentací. Předchozí kontakt s těmito pracovišti usnadňoval vzájemnou spolupráci a zvyšoval ochotu pracovníků sdělovat otevřeně informace o klientech. Předchozí spolupráce byla základem pro důvěru ze strany vedení pracovišť v mé odborné kompetence a také v zachování mlčenlivosti včetně dodržení etických aspektů.

Před samotnými rozhovory nejprve došlo k mému osobnímu setkání s vedoucími pracovníky na pracovištích, kde měl výzkum probíhat. Na těchto setkáních byl vysvětlen účel mého výzkumu: zjištění výskytu významných událostí v historii dětských klientů a

také informace o veškerých projevech těchto dětí. Současně byly dohodnuty podmínky výzkumu a podepsali jsme nezbytné smlouvy týkající se mlčenlivosti a etických aspektů. Pak následovalo osobní setkání s odbornými pracovníky, se kterými jsem rozhovory později realizovala. Tato setkání byla zaměřena na vysvětlení toho, jak budou rozhovory probíhat a co vše bude důležité si přichystat z dokumentace. Odborní pracovníci také mohli klást upřesňující otázky. Důležitým aspektem této části bylo zdůraznění, že v rámci rozhovoru mohou být důležité všechny podrobnosti z anamnézy i projevů zkoumaných dětí. Cílem bylo, aby nedocházelo k primárním zkrácením na základě toho, jak je odborný pracovník zvyklý zpracovávat anamnézu i diagnostický proces.

Rozhovory probíhaly přímo na jednotlivých pracovištích. Někdy docházelo k opakovanému setkání nad jednotlivými případy, rozhovor nad jedním klientským případem zpravidla trval přibližně šedesát minut. Podstatnou součástí kvalitativní strategie byla kombinace více zdrojů informací. V případě mého výzkumu šlo o informace poskytnuté odborným pracovníkem na základě jeho pozorování a odborné zkušenosti, informace získané pracovníkem od rodičů sledovaných dětí a také z veškerých dosavadních odborných nálezů nebo od dalších osob či institucí.

Veškeré potřebné informace pro účely výzkumu byly sdělovány a zaznamenány anonymně tak, aby je nebylo možné propojit s konkrétními klienty ani jednotlivými pracovišti. Anamnestické údaje byly získány od rodičů dětí odborným pracovníkem v rámci jeho obvyklého postupu na jednotlivých typech zkoumaných pracovišť. Zákonní zástupci dětí vyslovovali informovaný souhlas v souvislosti s realizovaným výzkumem, doplněný o informaci týkající se anonymního využití pro výzkumné účely. Před realizací výzkumu jsem na jednotlivých pracovištích podepisovala smlouvu o mlčenlivosti a rozsahu využití získaných informací.

Vzhledem k citlivosti a důvěrnosti získávaných informací jsem se smluvně zavázala, že žádné z údajů o konkrétních dětech nebudou zveřejňovány ani publikovány z důvodu zachování povinné mlčenlivosti. Důvodem bylo mimo jiné to, aby nemohlo dojít k identifikaci dítěte či pracoviště, které údaje poskytovalo. Tato mlčenlivost se týkala prioritně anamnestických údajů a rovněž všech údajů z dokumentací, které mi byly poskytnuty. Z tohoto důvodu nebyl prováděn audiozáznam rozhovorů a přepisy rozhovorů, ani jejich ukázky nejsou součástí této disertační práce. V příloze č. 6 je pouze pro ilustraci ukázka části rozhovoru a jeho kódování, týkající se symptomů jednoho ze zkoumaných dětí.

Z výše uvedených důvodů zde nejsou uváděny konkrétní podrobné případové studie jednotlivých dětí, u kterých by hrozilo riziko identifikace konkrétního dětského klienta nebo pracoviště.

6.3 Metody získávání dat

Výběr metod byl zaměřen na získání specifického typu informací od odborných pracovníků, s cílem maximalizovat jejich užitečnost (Mareš, 2015). Vzhledem k cíli získat v rámci jednotlivých případových studií komplexní informace byla při sběru dat využita strategie *triangulace*. Podle Hendla (1999) se pojmem triangulace rozumí například kombinace různých metod nebo výzkumníků. V tomto výzkumu šlo o kombinaci více zdrojů dat. Základními výzkumnými metodami byly **polostrukturované rozhovory** a **studium dostupné dokumentace**.

Data týkající se zkoumaných dětí byla tedy vytěžena **nepřímo** na základě polostrukturovaných rozhovorů s odbornými pracovníky. Takto pojaté rozhovory mi umožňovaly změnu pořadí otázek a také pomohly narušení případného rutinního pojetí anamnézy. Cílem bylo zjistit informace z anamnézy dětských klientů, týkajících se všech významných událostí, se zaměřením na možné traumatické události, dále na veškeré uváděné symptomy, problémy a chování dítěte. Okruhy rozhovoru měly strukturu obvyklou u klinické anamnézy a jsou součástí přílohy č. 5. Zjišťovány byly například údaje související s graviditou, okolnostmi porodu, zdravotním stavem rodičů, raným psychomotorickým vývojem, úrovní řeči, příjmem stravy, socializací, hrou i nemocností dítěte. Znalosti ohledně anamnestických dat byly na různé úrovni a při rozhovoru bylo nutné se těmito podmínkám přizpůsobit. U odborných pracovníků byly explorovány i detaily, které nemusely být součástí původně zjišťované oficiální anamnézy ani projevů dětí. Týkalo se to například událostí, které jsou součástí zdravotnické osobní anamnézy, avšak v nezdravotnických typech pracovišť součástí standardní anamnézy být nemusí. Byly to například otázky související s hlídáním dětí různými osobami v raném věku, různými úrazy či lékařskými zákroky běžného typu (jako např. trhání mandlí a podobně). Dále to byly podrobné dotazy na upřesňování specifik projevů dítěte, které nemusely být vnímány jako významné. Šlo o projevy, jako jsou například tendence k manipulaci s jinými osobami, strach ze tmy nebo vody, spánek s rozsvíceným světlem, nesnášenlivost změn a podobně.

Dalším zdrojem dat byly informace z dostupné dokumentace jednotlivých dětí, získané ve spolupráci s odbornými pracovníky. Šlo o veškeré dosavadní nálezy v případě, že dítě absolvovalo diagnostická vyšetření u odborných specialistů (např. dětský psychiatr, pedagogicko-psychologická poradna, dětský neurolog, klinický psycholog, včetně nálezů v rámci hospitalizací), dále informace ze školy a od dalších osob (například od prarodičů, učitelů, dobrovolníků, asistentů). Pokud byly k dispozici, tak rovněž testové metody a analýzy výtvorů dítěte.

Vzhledem k odlišným typům pracovišť s různými diagnostickými přístupy (a také s rozdílným vedením dokumentací) bylo nutné rozhovory přizpůsobovat těmto podmínkám z hlediska délky trvání i celkového přístupu. Obsah otázek vycházel z mé dlouholeté klinické praxe a také z odborné literatury. Veškerá sdělení o dětech byla zaznamenávána písemně formou souvislého textu, ze kterého pak byly vytvářeny jednotlivé případové studie obsahující souhrn všech dostupných informací.

6.4 Metody analýzy a zpracování dat

Jak již bylo uvedeno v předchozí podkapitole, jednotlivé rozhovory byly podrobně písemně zaznamenány a k textu pak byly doplněny veškeré doplňující informace z dokumentace. Tak byly vytvořeny jednotlivé případové studie pro každé dítě. U zaznamenaných případových studií byly ponechány široké okraje, aby bylo možné doplňovat dodatečné poznámky.

Hendl (2008) uvádí, že u případových studií nejsou vyvinuty speciální analytické postupy, proto jsem pro analýzu případových studií zvolila své vlastní metodologické postupy vycházející z cílů této práce. Inspirací mi byly zdroje související s tématem komplexního vývojového traumatu. Například podle Štěpánka (2016) je vhodné nejdříve měřit četnosti výskytu různých potenciálně traumatických zkušeností a až následně tyto četnosti traumatických událostí použít jako měřítko expozice traumatu. Jednotlivé případové studie byly od počátku označeny kódy tak, aby byla zajištěna anonymita klientů.

Základem pro zpracování dat byla systematická kvalitativní obsahová analýza informací získaných u jednotlivých případových studií. Nejprve jsem analyzovala jednotlivé případové studie formou barevného podtrhávání významných informací, pak jsem vypsala vynořující se témata. Zvolenou technikou bylo otevřené kódování, tedy

pojmová označení přidělená jednotlivým událostem, výskytům jevu a kategorizacím údajů (Strauss & Corbinová, 1999). Otevřeným kódováním byly klíčové informace z případových studií nejprve pojmově označovány a následně kategorizovány. Vytvářením dat prostřednictvím kódů byly získány specifické proměnné (nejednalo se proto o operacionalizované proměnné), které byly následně zpracovány kvantitativně. Ukázka způsobu kódování je součástí přílohy č. 6.

Na základě analýzy jsem vypisovala do souhrnného archu traumatické situace z anamnézy a veškeré významné projevy odděleně. Informace byly zaznamenávány pro celý výběrový soubor (s barevným odlišením dětí v jednotlivých oblastech péče). V tomto souhrnném archu již byly odděleny traumatické události podle toho, o jaký typ traumatické události se jednalo. Klíčem pro rozdělení byla kombinace různých teoretických pojetí traumatických událostí. Teoretické koncepty vycházely zejména z MKN-10 (WHO, 1992), DSM-5 (APA, 2015), dále z pojetí Levina (2015), Van der Kolka (2015) a dalších autorů uvedených v teoretické části této práce.

Z jednotlivých událostí byly vytvářeny **subkategorie traumatických událostí** vycházející z obsahové podobnosti. Pojetí jednotlivých subkategorií traumat bylo uchopováno širěji, nežli bývá zvykem v diagnostických manuálech MKN-10 (WHO, 1992) a DSM-5 (APA, 2015), se záměrem, aby nebyly opomenuty žádné významné události v anamnéze dítěte a bylo možno následně vytvořit různorodé kategorie dětského traumatu. Tato kategorizace byla vytvářena se speciálním odlišením pro události, které by do běžných diagnostických kategorií nebylo možné zařadit.

Totožným způsobem byly nejprve zaznamenány a následně tříděny jednotlivé projevy zkoumaných dětí. Z těchto projevů chování byly vytvářeny **subkategorie symptomů**, opět v maximální možné šíři kategorizace. Vzniklé subkategorie na jedné straně korespondovaly s obvyklou klinickou terminologií, současně vznikaly subkategorie nespécifické, které nebyly zařaditelné běžnou terminologií diagnostických manuálů.

Jednotlivé vzniklé **subkategorie traumatu a symptomů** byly systematizovány vepsáním do souhrnné zdrojové tabulky (*Excel*). V této zdrojové tabulce byly subkategorie traumatických událostí i jednotlivých symptomů diferencovány barevným odlišením do **základních kategorií** tak, aby bylo možné lépe odpovědět na výzkumné otázky. Metodologie zpracování dat měla dále základ v kvantitativních technikách *frekvenční*

analýzy, klasifikace a kategorizace. Z tabulky byly pak získány četnosti (absolutní a relativní) u jednotlivých sledovaných kategorií. Šlo o následující četnosti:

- Počty dětí, u nichž se vyskytovaly kategorie a subkategorie traumatu v celkovém výzkumném souboru i v jednotlivých oblastech péče.
- Počty dětí, u kterých se vyskytovaly jednotlivé kategorie a subkategorie symptomů v celkovém souboru i v jednotlivých oblastech péče.
- Pořadí četností jednotlivých položek kategorií traumatu a symptomů v celkovém souboru i v jednotlivých oblastech odborné péče.

Vzhledem k tomu, že součástí výzkumných otázek byla i analýza případných specifických přístupů v jednotlivých oblastech odborné péče, byly tyto tři oblasti od sebe odděleny tak, aby souhrnné tabulky nabízely informace jak o celém výzkumném souboru, tak i o jednotlivých zkoumaných oblastech odděleně.

7 Výsledky

V této kapitole jsou popsány a interpretovány jednotlivé zjištěné kategorie a subkategorie traumatických událostí a symptomů, včetně jejich shrnutí v tabulkách podle četností. Výsledky obsahují zjištění za celý výběrový soubor dětí i za jednotlivé sledované oblasti odborné péče (klinické praxe, školství a zdravotnictví). Kapitola je strukturována podle výzkumných otázek. Odpovědi na jednotlivé výzkumné otázky jsou průběžně zařazovány do textu za témata, která se k nim vztahují. Na konci každé podkapitoly je přehledné shrnutí nejpodstatnějších zjištění vztahujících se ke konkrétním výzkumným otázkám.

7.1 Kategorie traumatických událostí

Tato podkapitola obsahuje odpovědi na *první a druhou výzkumnou otázku*. Jsou v ní postupně uvedeny všechny vytvořené **kategorie a subkategorie traumatických událostí**, s příklady původně uváděných sdělení. Pro klasifikaci byla použita odborná klinická terminologie i přímé popisy událostí nebo projevů tak, aby byly kategorie co nejvíce výstižné z hlediska zachycení obsahu a podstaty jevu. V následujícím textu jsou **tučně** uváděny **kategorie traumatických událostí**. Podtrženě jsou u každé kategorie uvedeny subkategorie traumatických událostí. Konkrétní traumatické události jsou psané *kurzívou*, jde o ilustrativní příklady nejčastějších událostí, které vytvářely danou kategorii a neobsahují veškerý výčet zjištěných událostí. U každé samostatné kategorie traumat jsou uvedeny počty dětí v rámci celého souboru, kterých se daná kategorie týkala (N) a jsou seřazeny sestupně podle jejich četností. Současně jsou u každé kategorie uvedeny v tabulkách počty dětí, u kterých byly zjištěny jednotlivé subkategorie v absolutních a relativních (%) četnostech výskytu. Subkategorie jsou seřazeny rovněž sestupně podle počtu dětí, u kterých se dané subkategorie vyskytovaly. Vzhledem k tomu, že rozsah událostí v celkovém souboru zkoumaných dětí byl mezi *dvěma až patnácti*, součty subkategorií jsou vyšší nežli počet dětí v souboru.

1) Závažná traumata. Kategorie „závažných traumat“ obsahuje traumatické události nejzávažnější typu, které bývají v odborné literatuře uváděny v souvislosti s *posttraumatickou stresovou poruchou*. Patří zde události život ohrožující, případně přesahující běžnou kapacitu zvládnání stresových událostí. Tato kategorie se od ostatních

kategorií liší z hlediska jednorázových mimořádných událostí nebo událostí komplexního a dlouhodobého charakteru. V celkovém souboru se tato kategorie týkala největšího počtu dětí.

Subkategorie závažných traumat: deprivace; domácí násilí; agrese; týrání; šikana; hrůzné zážitky; sexuální zneužití; smrt blízké osoby; izolace, zavírání; vražda blízké osoby. V tabulce 3 jsou uvedeny počty dětí s výskytem jednotlivých subkategorií závažných traumat.

- **Příklady událostí z anamnézy**: smrt blízkých osob (autonehoda s úmrtím obou rodičů, tragická smrt sestry, úmrtí otce, matky, vražda matky); nezvěstná matka; ústavní péče; sekundární viktimizace (necitlivý výslech, zpochybňování výpovědi, konfrontace s traumatickou událostí; domácí násilí; pokus o vraždu matky; přítomnost vraždě; mučení; izolace; zavírání do sklepa; šikana ve škole; nepřiměřené trestání; bití; napadení; pád do jámy; topení; sebevražda rodiče nebo sourozence; sexuální zneužití dospělou osobou nebo vrstevníkem; napadení psem; škracení psem na vodítku; týrání rodičem nebo pěstouny; vražda sourozence; svědek oběšené otce; týrání zvířat; závažná deprivace; týrání v náhradní rodinné péči.

Tab. 3: Počty dětí s výskytem subkategorií závažných traumat

ZÁVAŽNÁ TRAUMATA (N = 119)					
Deprivace 78 (51 %)	Domácí násilí 50 (32 %)	Agrese 39 (25 %)	Týrání 38 (25 %)	Šikana 25 (16 %)	Hrůzné zážitky 21 (14 %)
Sexuální zneužití 20 (13 %)	Smrt blízké osoby 15 (10 %)	Izolace, zavírání 13 (8 %)	Vražda blízké osoby 4 (3 %)	Mučení 2 (1 %)	Sebevražda blízké osoby 1 (1 %)

Pozn.: N – počet dětí v celkovém souboru; v závorce procenta dětí s výskytem této subkategorie.

V této kategorii je nejčastěji zjištěnou subkategorií deprivace. Zde byly zařazeny okolnosti, které závažným způsobem ovlivňovaly citové potřeby dětí. Šlo o kombinaci událostí týkajících se ústavní péče nebo závažné deprivace citových potřeb v rodině, ať už biologické nebo náhradní. Tato subkategorie byla cíleně oddělena od dalších subkategorií (týrání, sexuální zneužití) obvykle uváděných v souvislosti s dětským traumatem a zejména syndromem CAN (syndrom týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte). Důvodem bylo jemnější rozlišení zjištěných událostí podle konkrétních obsahů. Druhou nejčastější subkategorií je domácí násilí. Tato subkategorie nebývá zpravidla v rámci běžné anamnézy buď zjišťována vůbec, nebo je problematické získat objektivní informace z důvodu neochoty rodičů o těchto okolnostech hovořit. Následky domácího násilí

zpravidla u dětí způsobují rozvoj posttraumatické stresové poruchy. V našem souboru se týkala tato subkategorie celkem 50 dětí. Vysoký výskyt souvisí s tím, že jedno ze zkoumaných pracovišť se specificky na problematiku domácího násilí odborně zaměřuje.

2) Rodinná a psychosociální problematika. Zde jsou zařazeny závažné okolnosti související s rodiči dítěte, jako je například psychiatrická diagnóza pečujících osob, dále rozvodová témata včetně střídavé péče. Současně zde byly zařazeny události, které se týkaly problémů zázemí, domova, častých změn bydliště a vrstevnických kolektivů. Tato kategorie je odlišena od ostatních kategorií právě v souvislosti se vztahovou a psychosociální problematikou. V celkovém souboru se týkala 113 dětí a byla druhou nejčastější kategorií.

Subkategorie rodinné a psychosociální problematiky: rozvod, rozchod; zanedbávání, nezájem; konzumace návykových látek nebo alkoholu rodičem; časté změny bydliště; psychiatrická diagnóza rodiče; časté změny školy; střídavá péče; pobyt v azylovém domě; výkon trestu rodiče; promiskuita, prostituce rodiče. V tabulce 4 jsou uvedeny počty dětí s výskytem jednotlivých subkategorií rodinné a psychosociální problematiky.

- ***Příklady událostí z anamnézy:** psychiatrická nebo závažná somatická dg. rodiče (ADHD, deprese, mentální anorexie, úzkostná porucha, alkoholismus, návykové látky, maniodepresivní psychóza, schizofrenie); střídavá péče (extrémně od šesti měsíců věku); odebrání sourozenců; časté stěhování (například až desetkrát); mentální retardace nebo závažná nemoc sourozence; konfliktní rozvod či rozchod rodičů; rodina uprchlíků; ztráta domova; azylové domy; zanedbávání péče; snížený zájem a péče; výkon trestu rodiče; časté střídání škol.*

Tab. 4: Počty dětí s výskytem subkategorií rodinné a psychosociální problematiky

RODINNÁ A PSYCHOSOCIÁLNÍ PROBLEMATIKA (N = 113)				
Rozvod, rozchod 68 (44 %)	Zanedbávání, nezájem 53 (34 %)	Návykové látky, alkohol rodiče 40 (26 %)	Změny bydliště 36 (23 %)	Psychiatr. dg. rodiče 19 (12 %)
Změny školy 12 (8 %)	Střídavá péče 11 (7 %)	Azylový dům 10 (6 %)	Výkon trestu 10 (6 %)	Promiskuita, prostituce rodiče 8 (5 %)

Pozn.: N – počet dětí v celkovém souboru; v závorce procenta dětí s výskytem této subkategorie.

Nejčastěji zjištěnou subkategorii jsou události související s rozvodem či rozchodem rodičů dětí. Některé další subkategorie s těmi událostmi návazně souvisejí, zejména pokud

jde o komplikovanou nebo necitlivě pojatou střídavou péči, časté změny bydliště, pobyt v azylových domech nebo změny škol. Tyto události související s rozpadem rodiny pak vytvářejí celý soubor problémů, se kterými se děti musí vyrovnat nejen z hlediska rozpadu rodiny, ale také často i se ztrátou zázemí a domova. U 40 dětí měli rodiče závažné problémy s návykovými látkami a u 19 dětí byla u rodičů zjištěna psychiatrická diagnóza. Celkem tedy šlo o 59 dětí, kterým jejich primární osoby nemohly poskytovat optimální péči. Subkategorie zanedbávání, nezáměr obsahuje méně závažné zanedbávání péče o děti, které nebylo klasifikováno jako subkategorie deprivace.

3) Předčasné odloučení, poruchy attachmentu. Tato kategorie souvisí s předčasným odloučením od pečující osoby v raném období, s poruchami vztahové vazby mezi matkou a dítětem (attachmentem). Současně byly do této kategorie zařazeny i události dlouhodobého odloučení od pečujících osob v předškolním věku. Z tohoto důvodu jsou zde obsaženy i události související s odloučeními typu lázeňské péče, jeslí, hospitalizací bez přítomnosti rodiče, a také dlouhodobé pobyty na letních táborech před šestým rokem věku dítěte. V celkovém souboru se tato kategorie týkala 96 dětí.

Subkategorie traumat předčasného odloučení a poruch attachmentu: poruchy attachmentu; předčasné odloučení od matky; odebrání po třetím roce věku; selhávající náhradní rodinná péče; odebrání z rodiny do tří let věku; ústavní péče do tří let věku. V tabulce 5 jsou uvedeny počty dětí s výskytem jednotlivých subkategorií traumat z předčasného odloučení a poruch attachmentu.

- **Příklady události z anamnézy:** opuštění matkou; kojenecký ústav; jesle; odebrání z rodiny do tří let věku; střídání pěstounů; delší odloučení od rodičů do šesti let věku (hospitalizace, lázeňská péče, ozdravovna, tábor); zapomenutí dítěte v lese, v obchodě.

Tab. 5: Počty dětí s výskytem subkategorií traumat z předčasného odloučení a poruch attachmentu

ODLOUČENÍ, ATTACHMENT (N = 96)					
Poruchy attachmentu	Předčasné odloučení	Odebrání po 3. roce	Selhání náhradní rodinné péče	Odebrání do 3 let	Ústavní péče do 3 let
74 (48 %)	69 (45 %)	24 (16 %)	21 (14 %)	15 (10 %)	12 (8 %)

Pozn.: N – počet dětí v celkovém souboru; v závorce procenta dětí s výskytem této subkategorie.

Nejčastější položky v této subkategorii souvisely s poruchami attachmentu. Pokud by se neoddělovaly subkategorie, které obsahovaly téma odloučení od matky a odebrání z rodiny, bylo by v tomto případě téma *odloučení od primární pečující osoby* nejfrekventovanější událostí této kategorie. V rámci tohoto výzkumu bylo z hlediska rozvoje následných symptomů významné odlišení odloučení dítěte před třetím rokem života a později, a to z důvodů neurobiologických souvislostí popsanych v teoretické části této práce (viz podkapitola 2.1). Obecně by tato kategorie z hlediska odborné literatury nejvíce korespondovala s *emočními* nebo *vývojovými traumaty*. Subkategorie selhání náhradní rodinné péče souvisela se střídáním pěstounů, návratem dětí z náhradní rodinné péče zpět do ústavní péče nebo s necitlivým způsobem zacházení s dětmi v náhradní rodinné péči.

4) Traumata raného věku. Do této kategorie byly zařazeny události, které souvisely s problémy v graviditě, s porodem a dalšími závažnými událostmi do tří let věku dítěte. Kategorie byla vytvořena odděleně od dalších kategorií z důvodu odlišení závažných raných komplikací. V celkovém souboru se tato kategorie týkala 65 dětí.

Subkategorie raných traumat: komplikovaný porod; problémy v graviditě; operace v raném věku; dušení při porodu, kříšení; nízká porodní váha. V tabulce 6 jsou uvedeny počty dětí s výskytem jednotlivých subkategorií raných traumat a subkategorie jsou seřazeny podle nejčastějšího výskytu.

- **Příklady události z anamnézy:** *nechtěná gravidita; riziková gravidita; návykové látky v graviditě; závažný stres matky (opuštění partnerem, týrání, násilí, úmrtí blízké osoby); gestóza; komplikovaný porod; dušení při porodu; předčasný porod; kříšení; inkubátor; nízká porodní váha; lékařské zákroky do tří let věku (např. operace srdce, rozštěpu).*

Tab. 6: Počty dětí s výskytem subkategorií raných traumat

RANÝ VĚK (N = 65)				
Komplikovaný porod 38 (25 %)	Problémy v graviditě 27 (18 %)	Operace v raném věku 22 (14 %)	Dušení při porodu, kříšení 17 (11 %)	Nízká porodní váha 9 (6 %)

Pozn.: N – počet dětí v celkovém souboru; v závorce procenta dětí s výskytem této subkategorie.

V této subkategorii byly v rámci celého výzkumného souboru nejčastěji zjištěné události související s porodem, dušením při porodu a kříšením. Porodní komplikace jako takové byly nejčastějšími položkami kategorie traumata raného věku. Z hlediska dalšího

vývoje dítěte ovlivňují vznik velké šíře symptomů, ve které hlavní roli hraje špatná regulace afektů a impulsivita. Závažné události související s raným obdobím mívají zpravidla také zásadní vliv na regulaci autonomního nervového systému dítěte, a také jsou v odborné literatuře uváděny v souvislosti s výskytem následných *neurovývojových poruch*, mezi které například patří specifické poruchy učení, koordinační poruchy, poruchy řeči a podobně. V souvislosti s následky traumatu jde o kategorii, která z hlediska následků nebývá v diagnostických manuálech specificky uváděna v souvislosti s *posttraumatickou stresovou poruchou*.

5) Fyzická traumata. Pro potřeby tohoto výzkumu jsou do této kategorie zařazena všechna traumata související s fyzickými úrazy a nehodami, u kterých zpravidla bývá souběžný výskyt následných fyzických i psychických symptomů. Současně jsou zde také uvedeny opakované závažné lékařské zákroky u dětí, které jsou v odborné literatuře uváděny jako specifická kategorie traumat. V celkovém souboru se tato kategorie týkala 43 dětí.

Subkategorie fyzických traumat: hospitalizace a lékařské zákroky do šesti let věku; závažné úrazy; časté lékařské zákroky a závažné nemoci; autonehody; topení; dušení; napadení zvířetem. V tabulce 7 jsou uvedeny počty dětí s výskytem subkategorií fyzických traumat.

- **Příklady události z anamnézy:** operace do šesti let věku; opakované narkózy (extrémně 25 narkóz); trhání mandlí bez přítomnosti rodiče; transplantace; autonehoda; úrazy na kole, na lyžích; dušení jídlem; pády ze stromu; pád do toalety ve dvou letech; rozsáhlé popáleniny ve čtyřech letech; závažné onemocnění s hospitalizacemi a častými lékařskými zákroky.

Tab. 7: Počty dětí s výskytem subkategorií fyzických traumat

FYZICKÁ TRAUMATA (N = 43)					
Hospitalizace a zákroky do 6 let 26 (17 %)	Závažné úrazy 16 (10 %)	Časté zákroky, závažné nemoci 9 (6 %)	Autonehody 5 (3 %)	Topení, dušení 4 (3 %)	Napadení zvířetem 3 (2 %)

Pozn.: N – počet dětí v celkovém souboru; v závorce procenta dětí s výskytem této subkategorie.

Nejčastěji zjištěnou subkategorií byly závažné zdravotní problémy, časté hospitalizace a lékařské zákroky. Události související se zdravotním stavem bývají spojeny s bolestí a fyzickým ohrožením integrity těla. Jde o situace, které oproti autonehodám nebo

úrazům nebývají v rámci anamnézy dávány do souvislosti s traumatickými událostmi, z hlediska symptomů však není možné tyto události brát jako běžné okolnosti života dětí.

7.1.1 Kategorie traumat podle jednotlivých oblastí péče

Následující podkapitola zpracovává dílčí výsledky v kategoriích traumatických událostí. V tabulce 8 je shrnutí četností základních kategorií traumat jak v celkovém souboru, tak i v jednotlivých sledovaných oblastech odborné péče klinické praxe, školství a sociální péče. Četnosti vyjadřují počty dětí, u kterých byly kategorie zjištěny v absolutních četnostech i relativních hodnotách (%) a také frekvence jednotlivých položek v kategoriích vyjádřených absolutními četnostmi. Vzhledem k tomu, že se u jednotlivých dětí vyskytovaly různé frekvence položek subkategorií traumat, nejsou uváděny jejich relativní četnosti a součty neodpovídají celkovým počtům dětí v souboru.

Tab. 8: Souhrnná tabulka kategorií traumat celkově a v jednotlivých oblastech péče

	POČET JEDNOTLIVÝCH POLOŽEK				POČET DĚTÍ S DANOU PROBLEMATIKOU							
	zdravot. 333	školství 311	soc. 324	CELKEM 968	zdravot. n1 = 53	školství n2 = 51	soc. n3 = 50	CELKEM N				
	a. č.	a. č.	a. č.	a. č.	a. č.	%	a. č.	%	a. č.	%	a. č.	
ZÁVAŽNÁ TRAUMATA	82	99	129	310	32	38	41	49	46	55	119	
RODINNÁ PROBLEMATIKA	65	97	105	267	32	36	41	46	40	45	113	
ODLOUČENÍ, ATTACHMENT	80	71	64	215	38	36	29	28	29	28	96	
RANÝ VĚK	57	33	23	113	29	18	21	14	15	10	65	
FYZICKÁ TRAUMATA	49	11	3	63	30	13	10	4	3	1	43	

Pozn.: N – počet dětí v celkovém souboru u jednotlivých kategorií traumat; n1 – počty dětí v podsouboru zdravotnictví; n2 – počty dětí v podsouboru školství; n3 – počty dětí v podsouboru sociální péče; v závorce jsou uvedena procenta počtu dětí v této kategorii traumat; a.č. – absolutní četnosti; % procenta dětí u jednotlivých kategorií traumat; celkem – celkové počty dětí ve výběrovém souboru u jednotlivých kategorií.

Z tabulky vyplývá, že v celkovém výběrovém souboru byly nejčastějšími položkami kategorie závažných traumat a kategorie traumat souvisejících s rodinou a psychosociální problematikou. Stejně kategorie lze nalézt v rámci celkového souboru i z hlediska nejvyššího počtu dětí s těmito kategoriemi traumat v anamnéze. Z hlediska traumatických událostí byly v celkovém výběrovém souboru nejčastěji identifikovány děti s nejzávažnějšími typy traumat v anamnéze navzdory tomu, že nešlo o pracoviště, která by se specializovala na problematiku dětských traumat. Kategorie rodinně psychosociální

problematiky byla podchycena nejlépe a z hlediska zjišťované anamnézy byl na všech typech pracovišť na informace týkající se této problematiky kladen přibližně podobný důraz.

Co se týče specifík výsledků jednotlivých systémů péče, v oblasti *klinické praxe* byly nejvíce frekventovanými položkami kategorie *závažných traumat, předčasného odloučení a poruch attachmentu*. Počty dětí měly největší zastoupení u kategorií *předčasného odloučení a poruch attachmentu* a shodně u kategorie *závažných traumat a rodinně-psychosociální problematiky*.

V oblasti *školské i sociální péče* byly nejčastějšími položkami z hlediska počtu dětí kategorie *závažných traumat a rodinně psychosociální problematiky*. V oblasti *sociální péče* lze zaznamenat nápadně nízké četnosti položek v oblasti *fyzických traumat a úrazů*. Je málo pravděpodobné, že by u těchto dětí byl populačně menší výskyt fyzických traumat, z toho je možné spíše usuzovat, že jde o kategorii, která je v rámci systému sociální péče spíše opomíjena.

Souhrnně lze konstatovat, že jak v rámci celého výběrového souboru, tak i v jednotlivých oblastech odborné péče byly dvěma nejčastějšími kategoriemi témata týkající se *nejzávažnějších typů traumat a rodinně psychosociální problematiky*. Oblast klinické praxe měla oproti dalším dvěma systémům péče vyšší zjištěné četnosti v kategorii traumat týkajících *předčasného odloučení a poruch attachmentu*. Je otázkou, zda je to z důvodu vyššího výskytu těchto událostí v oblasti klinické praxe, nebo spíše v souvislosti s tím, že v klinické praxi jsou anamnestické údaje důkladně zaměřeny na problematiku raného a předškolního věku.

7.1.2 Shrnutí kategorie traumatických událostí podle výzkumných otázek

Zatímco text předchozí podkapitoly 7.1 obsahoval podrobné popisy a interpretace jednotlivých kategorií traumatických událostí, v této podkapitole jsou uvedeny odpovědi na výzkumné otázky číslo 1 a 2. V následujícím textu jsou z důvodu přehlednosti použita pouze podstatná zjištění související se zjištěnými traumatickými událostmi.

Otázka č. 1: Jaké traumatické události se vyskytují v anamnéze dětí z vybraných pracovišť?

Na základě obsahové kvalitativní analýzy byly z anamnestických rozhovorů a z dokumentace zkoumaných dětí zjištěny různorodé události, které byly podle obsahu nebo podle vývojových charakteristik vyhodnoceny jako traumatické, i když nemusely být odbornými pracovníky takto označovány. V celkovém výběrovém souboru bylo u sledovaných dětí zjištěno průměrně šest traumatických událostí v rozsahu od dvou do patnácti událostí u jednotlivých dětí. Tyto události byly následně zařazeny do subkategorií traumat tak, aby bylo možné vytvářet další zobecňující kategorie. Jednotlivé subkategorie událostí jsou uvedeny v tabulkách číslo 3 až 7 a jsou seřazeny podle četností výskytu u dětí ve výzkumném souboru.

Otázka č. 2: Do kterých kategorií traumat lze tyto události zařadit?

Jednotlivé subkategorie traumatických událostí byly podle obsahové podobnosti zařazeny do pěti základních kategorií traumatických událostí. Tyto kategorie jsou podrobně popsány a interpretovány v podkapitole 7.1 a jejich zastoupení podle četností je uvedeno v tabulce č. 8. Pořadí jednotlivých kategorií je uvedeno podle základních charakteristik a seřazeno podle četností dětí.

- Nejčetnější kategorií traumatických událostí je **kategorie závažných traumat**, obsahující události související se závažnými formami týrání, zneužívání a deprivace dětí.
- **Kategorie rodinné a psychosociální problematiky** související s tématy rodinných nebo vrstevnických vztahů, psychosociálních souvislostí rozpadu rodiny, střídáním bydliště, škol a podobně.
- **Kategorie předčasného odloučení a poruch attachmentu** obsahuje témata předškolního věku v souvislosti s širěji pojatým předčasným odloučením od pečujících osob různé závažnosti, včetně poruch vztahové vazby s matkou.
- **Traumata raného věku** zahrnují věkovou úroveň do tří let věku dítěte. Ve výběrovém souboru se týkají komplikací v graviditě nebo při porodu, případně jiných závažných událostí raného věku.
- Nejméně frekventovanou kategorií jsou **fyzická traumata**. Jsou zde zahrnuty převážně události spojené s lékařskými zákroky, závažnými nemocemi a také s fyzickými úrazy, jako jsou autonehody nebo jiná fyzická zranění při sportu, hře a

podobně. Tato kategorie má nejmenší zjištěné četnosti v systému sociální péče, oproti oblastem klinické praxe a školství.

7.2 Kategorie projevů chování a symptomů

Následující podkapitola má obdobnou strukturu jako podkapitola 7.1. Zahrnuje odpovědi na výzkumné otázky číslo 3 až 7 a podle těchto otázek je i strukturována. Jsou zde uvedeny všechny vytvořené **kategorie a subkategorie projevů chování a symptomů** (pro zjednodušení je v textu dále ve zkrácené podobě *kategorie a subkategorie symptomů*), s příklady původně uváděných sdělení. Pro klasifikaci kategorií byla použita odborná klinická terminologie i popisná označení projevů chování zkoumaných dětí tak, aby byly kategorie co nejvíce výstižné z hlediska zachycení obsahu a podstaty jevu a vystihovaly i symptomy, které se nedají zařadit do tradiční klinické symptomatologie. Jednotlivé kategorie jsou odlišeny podle převládajících symptomů nebo jiných odborných charakteristik diagnostické klasifikace. K názvům jednotlivých kategorií symptomů byly přidány **zkratky z počátečních písmen** těchto kategorií. Zkratky jsem vytvořila z důvodu odlišení v dalších částech textu a také proto, aby se nemusely tyto názvy celé vypisovat.

V následujícím textu jsou **tučně** uváděny **kategorie symptomů**. Podtržené jsou u každé kategorie uvedeny subkategorie symptomů. Konkrétní projevy chování psané *kurzívou* jsou ilustrativní příklady nejčastějších projevů dětí, které neodpovídaly věkové normě. Tyto příklady neobsahují veškerý výčet zjištěných projevů chování. U každé samostatné kategorie symptomů jsou uvedeny počty dětí v rámci celého souboru, kterých se daná kategorie týkala (N), a tyto kategorie jsou podle těchto četností seřazeny.

Na závěr každé kategorie symptomů jsou zařazeny tabulky s počty dětí, u kterých byly zjištěny jednotlivé subkategorie symptomů v absolutních a relativních četnostech. Subkategorie jsou seřazeny podle počtu dětí, u kterých se dané subkategorie vyskytovaly. Vzhledem k tomu, že u jednotlivých dětí bylo průměrně zjištěno *dvacet symptomů*, s maximálním rozsahem *až čtyřicet tři symptomy*, součty subkategorií jsou vyšší nežli počet dětí v souboru. V každé tabulce jsou vždy uváděny počty dětí, u kterých byly zjištěny subkategorie v celém výběrovém souboru (N), a tyto údaje jsou odlišeny **tučným** písmem. Současně každá tabulka obsahuje údaje zjištěné pro každou oblast odborné péče (klinická praxe, školství, sociální péče) zvlášť. Tyto četnosti subkategorií již nejsou

seřazeny podle jejich četností, slouží ke srovnání se subkategorií celého souboru. Jednotlivé oblasti péče jsou vždy odlišeny ve sloupcích v horní části tabulky, spolu s uvedením celkových počtů dětí v podsouborech *klinické praxe (n1)*, *školství (n2)* a *sociální péče (n3)*. Výsledky týkající se jednotlivých oblastí péče jsou popsány a interpretovány u jednotlivých kategorií symptomů. Podrobněji se zjištěným rozdílným věnuji v rámci odpovědi na výzkumnou otázku č. 7 (podkapitola 7.2.1) a také v kapitole Diskuse.

1) Kategorie PTSD a ADHD (TA). Do kategorie TA byly zařazeny symptomy a projevy chování, které jsou diagnosticky shodné pro *syndrom ADHD* a současně pro *posttraumatickou stresovou poruchu*. S touto kategorií také souvisejí odpovědi na výzkumnou otázku číslo 5. U kategorie TA byly zjištěny vzájemné přesahy u symptomů charakteristických pro obě poruchy. V některých případech by bylo možné některé subkategorie sloučit do jedné, avšak vzhledem ke kvalitativnímu charakteru této práce jsem nechala dílčí subkategorie samostatně. V tabulce č. 9 jsou uvedeny počty dětí s výskytem jednotlivých subkategorií symptomů TA a subkategorie jsou seřazeny podle četností. V celkovém souboru se kategorie TA vyskytovala nejčastěji a týkala se všech 154 dětí.

Subkategorie symptomů kategorie TA: regulace emocí; hypersenzitivita; ostražitost; snížená frustrační tolerance; adaptace; poruchy pozornosti; problémy s vrstevníky; impulsivita; hypervigilita; hyperaktivita; negativismus; vzdor; agrese; poruchy chování; prospěchové problémy; upozorňování na sebe; provokace; problémy se spánkem; noční děsy; poruchy paměti; problémy s hranicemi; vztahová závislost; vývojové opoždění; poruchy řeči; sebedevalvace; rizikové chování; agresivita vůči matce.

• **Příklady uváděných projevů:** *impulsivní chování; hypersenzitivita (citlivost na smyslové podněty, přílišná intenzita prožívání, stížnosti na různé typy podnětů – přecitlivělost); hypervigilita (problém s klidovými stavy, zrychlení, problémy s relaxací, klidnými činnostmi, s usínáním); poruchy řeči (dysfázie, zadrhávání, nemluvení); poruchy pozornosti; neschopnost se soustředit; problémy s krátkodobou pamětí; nízká všípivost nového; poruchy chování nebo výchovné problémy (krádeže, negativismus, provokování, upozorňování na sebe, vulgarismy, agrese, nerespektování autorit, drzost, vzdorovitost, záškoláctví, zneužívání návykových látek, podpálení kůlny); vztahové problémy; hyperaktivita - neklid, neposednost; neschopnost se uklidnit; špatná emoční regulace; vznětlivost; odmítání matky; agrese vůči matce; snížená frustrační tolerance; adaptační problémy (nesnášenlivost změn, větší psychická nebo fyzická zátěž); riskantní chování*

(vyhledávání nebezpečných situací, neschopnost poučit se z chyb); závislost na jiných lidech (bez ohledu na jejich chování); problémy s hranicemi; neschopnost říct ne; nechávání si narušovat osobní prostor; problém s doteky; přecitlivělost na hranice osobního prostoru (teritoria); sebedevalvace, podceňování se; snížené sebevědomí; strach se projevit.

Tab. 9: Absolutní a relativní četnosti symptomů v kategorii PTSD a ADHD (TA)

	CELKOVĚ	ZDRAVOTNICTVÍ	ŠKOLSTVÍ	SOCIÁLNÍ PÉČE
POČET DĚTÍ	N = 154	n ₁ = 53	n ₂ = 51	n ₃ = 50
Regulace emocí	143 93 %	50 94 %	49 96 %	44 88 %
Hypersenzitivita ostražitost	140 91 %	50 94 %	44 86 %	46 92 %
Snížená fr. tolerance, adaptace	135 88 %	49 92 %	44 86 %	42 84 %
Poruchy pozornosti	127 82 %	43 81 %	47 92 %	37 74 %
Problémy s vrstevníky	126 82 %	45 85 %	46 90 %	35 70 %
Impulsivita	124 81 %	43 81 %	47 92 %	34 68 %
Hypervigilita	118 77 %	44 83 %	37 73 %	37 74 %
Hyperaktivita	89 58 %	24 45 %	42 82 %	23 46 %
Negativismus, vzdor	87 56 %	26 50 %	34 67 %	27 54 %
Agrese	76 49 %	12 23 %	36 71 %	28 56 %
Poruchy chování	66 43 %	7 13 %	32 63 %	27 54 %
Prospěchové problémy	59 38 %	12 23 %	29 57 %	18 36 %
Upozorňování provokace	58 38 %	13 25 %	30 59 %	15 30 %
Problémy se spánkem, děsy	56 36 %	31 59 %	9 18 %	16 32 %
Poruchy paměti	55 36 %	16 30 %	20 39 %	19 38 %
Problémy s hranicemi	51 33 %	33 62 %	6 12 %	12 24 %
Vztahová závislost	48 31 %	34 65 %	4 8 %	10 20 %
Vývojové opoždění	43 28 %	9 17 %	21 41 %	13 26 %
Poruchy řeči	40 26 %	17 32 %	12 24 %	11 22 %
Sebedevalvace	38 25 %	31 59 %	9 18 %	16 32 %
Rizikové chování	19 12 %	6 11 %	9 18 %	4 8 %
Agresivita vůči matce	15 10 %	4 8 %	3 6 %	8 16 %

Pozn.: N – počet dětí v celkovém souboru u jednotlivých kategorií traumat; n₁ – počty dětí v podsouboru zdravotnictví; n₂ – počty dětí v podsouboru školství; n₃ – počty dětí v podsouboru sociální péče.

V této kategorii byly v celkovém výběrovém souboru nejčastěji zjištěny symptomy související se špatnou emoční regulací. S touto subkategorii souvisejí i další symptomy, u nichž je podobný neurofyziologický základ a z hlediska pozorovatelného chování mohou splývat do podobných projevů. Patří sem dílčí subkategorie s vysokou frekvencí v rámci celého souboru, jako jsou: nízká frustrační tolerance, problémy s adaptací, hypersenzitivita, vztahové problémy a impulsivita. Spolu s poruchami pozornosti a hyperaktivitou bývají tyto projevy tradičně diagnosticky uváděny u syndromu ADHD. Všechny uvedené projevy se umístily mezi nejčastěji zmiňovanými subkategoriemi jak v celkovém souboru, tak i v jednotlivých oblastech odborné péče.

Mezi další projevy, které souvisejí s dysregulací ANS a jsou uváděny shodně u PTSD i ADHD, patří hypervigilita, problémy s usínáním a hypersenzitivita. Samostatnou podskupinu vytvářejí projevy, které souvisejí s problémovým chováním – sem patří subkategorie poruch chování, problémů s vrstevníky, negativismu, vzdoru, agresivity a rizikového chování. Ve srovnání s celkovým souborem i dalšími dvěma oblastmi péče si lze povšimnout nápadně vysokého zastoupení těchto projevů v *podsuboru školství*. Spolu s vyšším počtem dětí s projevy hyperaktivity ve stejné oblasti nabízejí tato zjištění otázky týkající se specifického hodnocení problémového chování v systému školství. Naopak v podsuboru *klinické praxe* je označování dětí subkategorií poruchy chování mnohem méně časté, nežli v dalších dvou podsuborech, stejně jako méně často bylo v klinické praxi konstatováno vývojové opoždění. Těmto zjištěním se budu věnovat obsáhleji v kapitole Diskuse.

Další odlišnosti v oblasti školství se týkají u této kategorie symptomů malého počtu subkategorií poruch spánku a nočních děsů, problémů s hranicemi a vztahové závislosti. Tyto projevy se buď ve školské oblasti nevyskytovaly, nebo spíše těmto projevům není příliš věnována pozornost a nezjišťují se.

2) Kategorie PTSD (T). Symptomy zařazené do kategorie T jsou z hlediska diagnostických manuálů přítomné specificky u *posttraumatické stresové poruchy*. Byla použita klasifikace vycházející z diagnostických manuálů DSM-5, MKN-10 a také podle kritérií pro *komplexní vývojovou traumatickou poruchu*. Tato kategorie se v celkovém souboru týkala 129 dětí. V tabulce 10 jsou uvedeny počty dětí s výskytem jednotlivých subkategorií symptomů T a subkategorie jsou seřazeny podle nejčastějšího výskytu v celkovém souboru.

Subkategorie symptomů kategorie T: úzkost; hypoaktivita nebo paralýza; disociace; snížená tělesná citlivost; vývojová regrese; perfekcionismus; rigidita; přílišná sebekontrola; sebevražedné myšlenky nebo pokusy; poruchy příjmu potravy; flashback; enuréza; enkopréza; sexuální problémy; nutkavá masturbace; sebepoškozování; třes; užívání návykových látek.

- **Příklady uváděných projevů:** poruchy spánku (usínání, buzení, noční děsy); úzkost; strach ze smrti; strach ze tmy; vymyšlení strategií; „manipulace“; sebevražedné pokusy, myšlenky; sociální „odbržděnost“; manipulace s okolím; potřeba kontroly nebo sebekontroly; idealizace pachatele; vyhýbavé chování; střídání sexuální orientace; nutkavá masturbace; atypická lesbická nebo homosexuální orientace; prostituce; změna pohlaví; promiskuita; osahávání vrstevníků; enuréza; enkopréza; problémy s očním kontaktem; ukrytování se pod stůl; časté stížnosti; potřeba řádu; perfekcionismus; stereotypy; flashback; disociace (pocit jako za sklem, snížená tělesná citlivost, různé pocity odosobnění); hypoaktivita; sebepoškozování se; třes; poruchy příjmu potravy.

Tab. 10: Absolutní a relativní četnosti symptomů v kategorii PTSD (T)

	CELKOVĚ	ZDRAVOTNICTVÍ	ŠKOLSTVÍ	SOCIÁLNÍ PÉČE
POČET DĚTÍ	N = 129	n1 = 49	n2 = 35	n3 = 45
Úzkost	96 62 %	41 77 %	20 39 %	35 70 %
Hypoaktivita /paralýza	66 43 %	30 57 %	14 27 %	22 44 %
Disociace	61 40 %	30 57 %	9 18 %	22 44 %
Snížená tělesná citlivost	55 36 %	32 60 %	5 10 %	18 36 %
Vývojová regrese	53 34 %	17 32 %	16 31 %	20 40 %
Perfekcionismus, rigidita	52 34 %	33 62 %	9 18 %	10 20 %
Přílišná sebekontrola	38 25 %	26 49 %	1 2 %	11 22 %
Sebevražedné myšlenky /pokusy	27 18 %	14 26 %	5 10 %	8 16 %
Poruchy příjmu potravy	23 15 %	16 30 %	2 4 %	5 10 %
Flashback	21 14 %	14 26 %	0	7 14 %
Enuréza, enkopréza	21 14 %	10 19 %	6 12 %	5 10 %
Sexuální problémy, nutkavá masturbace	21 14 %	11 21 %	3 6 %	7 14 %
Sebepoškozování	19 12 %	5 9 %	4 8 %	10 20 %
Třes	16 10 %	11 21 %	0	5 10 %
Návykové látky	11 7 %	6 11 %	4 8 %	1 2 %

Pozn.: N – počet dětí v celkovém souboru u jednotlivých kategorií traumat; n1 – počty dětí v podsouboru zdravotnictví; n2 – počty dětí v podsouboru školství; n3 – počty dětí v podsouboru sociální péče.

V kategorii T byla nejčastěji zjištěným symptomem úzkost. Mezi další časté symptomatické subkategorie patří projevy, které by se daly sloučit do společných projevů typicky uváděných nejen u PTSD, ale také u samostatné kategorie disociace. Lze sem zařadit symptomy jako hypoaktivita, paralýza, disociace a snížená tělesná citlivost. Důvodem, proč byly jednotlivé projevy rozděleny samostatně, je snaha co nejkonkrétněji zachytit jednotlivé projevy.

Při analýze odlišností mezi jednotlivými oblastmi péče je nápadný rozdíl mezi celkovým souborem a jednotlivými oblastmi péče. Konkrétně v podsouboru *klinické praxe* je evidentně vyšší zastoupení typických symptomů pro PTSD oproti podsouborům školství a sociální péče. Pokud nejsou tyto projevy registrovány, je velmi pravděpodobné, že

zejména pokud jde o projevy disociace nebo například rigidity a perfekcionismu, mohou být tyto děti vnímány jako tiché a neproblémové.

3) Kategorie ADHD a neurovývojových poruch (AN). Z hlediska projevů chování zařazených do kategorie AN byly evidovány projevy chování nezařazené jinde a současně uváděné jako typické u syndromu ADHD, případně u *neurovývojových poruch*. Tyto poruchy souvisejí s dysfunkcemi centrální nervové soustavy (CNS), školním selháváním a specifickými vývojovými poruchami učení. Kategorie AN by v rámci standardního psychologického vyšetření pravděpodobně vykazovala citlivost v subtestech souvisejících s „organicitou“. V celkovém souboru se tato kategorie týkala 114 dětí. V tabulce 11 jsou jednotlivé subkategorie seřazeny podle četností v celkovém souboru.

Subkategorie symptomů kategorie AN: problémy se skupinovými normami, hrou, kooperací; nerovnoměrná kognitivní úroveň; vývojová nezralost nebo nerovnoměrnost; problémy s koordinací nebo s motorikou; specifické poruchy učení; počítačová závislost; nutkavá hra.

- **Příklady uváděných projevů:** *školní neúspěšnost; opakování první třídy; koordinační obtíže; specifické poruchy učení; oslabení jemné motoriky; špatná orientace; problémy s plánováním činností; nutkavá hra počítačových her; závislost na IT technologiích; problémy se skupinovými normami; problémy při kolektivní hře; nezralost; infantilní chování.*

Tab. 11: Absolutní a relativní četnosti symptomů v kategorii ADHD a neurovývojových poruch (AN)

	CELKOVĚ	ZDRAVOTNICTVÍ	ŠKOLSTVÍ	SOCIÁLNÍ PÉČE
POČET DĚTÍ	N = 114	n1 = 37	n2 = 44	n3 = 33
Skupinové normy, hra, kooperace	73 47 %	19 36 %	38 75 %	16 32 %
Nerovnoměrná kognitivní úroveň	72 47 %	21 40 %	30 59 %	21 42 %
Vývojová nezralost nerovnoměrnost	67 43 %	24 45 %	23 45 %	20 40 %
Koordinace motorika	58 38 %	21 40 %	24 47 %	13 26 %
Specifické poruchy učení	36 23 %	14 26 %	13 26 %	9 18 %
Počítače, nutkavé hry	12 8 %	6 11 %	4 8 %	2 4 %

Pozn.: N – počet dětí v celkovém souboru u jednotlivých kategorií traumat; n1 – počty dětí v podsouboru zdravotnictví; n2 – počty dětí v podsouboru školství; n3 – počty dětí v podsouboru sociální péče.

Nejčastěji frekventovanou položkou v celkovém souboru, s převahou frekvencí v podsouboru školství, je subkategorie problémů se skupinovými normami, hrou a kooperací. Tato subkategorie má konkrétní projevy v oblasti vrstevnických vztahů a při zařazení v různých typech skupin. Je logické, že tyto symptomy jsou nejvíce popisovány ve školském prostředí, kde jsou děti s problémy ve vrstevnických vztazích nejčastěji identifikovány.

Další subkategorie mají podobné charakteristiky a souvisejí se školním výkonem, kognitivní úrovní a koordinací. Jde symptomy nerovnoměrné kognitivní úrovně, vývojových nerovnoměrností, problémů s koordinací či motorikou a se specifickými poruchami učení. Tyto symptomy mají významný vliv na školní výkon a mohou zhoršovat situaci dítěte školní neúspěšností. Samostatnou subkategorií je závislost na počítačích a nutkavá hra, které bývají obvyklé u syndromu ADHD a současně mohou být jeden ze symptomů jiných kategorií, jako je například *disociace*. Projevy kategorie AN mohou být nespécifickou součástí PTSD a pravděpodobně bude těžké diagnosticky rozlišit, zda jde o důsledky kupříkladu dědičnosti, problémů v graviditě nebo fyzických úrazů, ať už v raném věku nebo ve věku pozdějším. Podrobněji se tomuto tématu věnuji v kapitole *Diskuse*.

4) Kategorie symptomů duševních poruch a atypického chování (DP).

Kategorie DP obsahuje projevy, které korespondují s tradiční psychopatologickou terminologií. Jsou zde zařazeny projevy mimo specifických symptomů PTSD, ADHD a somatických projevů uvedených v jiných kategoriích. Pokud jsou uvedeny diagnostické

kategorie jako například mentální anorexie nebo bulimie, šlo o již diagnostikované symptomy. V celkovém souboru se týkala kategorie DP 72 dětí, s vysokou četností v oblasti klinické praxe. V tabulce 12 jsou jednotlivé subkategorie seřazeny podle četností v celkovém souboru.

Subkategorie symptomů kategorie DP: fobie; obsese; panické stavy; neurotické symptomy; deprese; neadekvátní projevy; tiky; psychotické symptomy.

- **Příklady uváděných projevů:** neurotické obtíže; smutek; deprese; atypický autismus; mentální anorexie; mentální bulimie; svlékání se; paranoia (podezřivavost); vztahovačnost; narkolepsie; vydávání zvuků; močení na nevhodných místech; škrábání; kousání; fobie ze tmy, z vody; tiky; elektivní mutismus; disharmonický vývoj; obsese; ritualizované chování; panické stavy s vegetativní symptomatologií (bušení srdce, dechová hyperventilace, pocit dušení, pocení).

Tab. 12: Absolutní a relativní četnosti symptomů v kategorii symptomů duševních poruch a atypického chování (DP)

	CELKOVĚ	ZDRAVOTNICTVÍ	ŠKOLSTVÍ	SOCIÁLNÍ PÉČE
POČET DĚTÍ	N = 72	n1 = 35	n2 = 15	n3 = 22
Fobie, obsese	42 27 %	22 42 %	5 10 %	15 30 %
Panické stavy	37 24 %	23 43 %	5 10 %	9 18 %
Neurotické symptomy	37 24 %	25 47 %	2 4 %	10 20 %
Deprese	17 11 %	10 19 %	3 6 %	4 8 %
Neadekvátní projevy	17 11 %	3 6 %	8 16 %	6 12 %
Tiky	8 5 %	4 8 %	1 2 %	3 6 %
Psychotické symptomy	5 3 %	3 6 %	2 4 %	0 0 %

Pozn.: N – počet dětí v celkovém souboru u jednotlivých kategorií traumat; n1 – počty dětí v podsouboru zdravotnictví; n2 – počty dětí v podsouboru školství; n3 – počty dětí v podsouboru sociální péče.

Převážná většina symptomů v celkovém souboru byla v subkategoriích úzkostně depresivních poruch, panických stavů a fobií. Tyto symptomy bývají typickou součástí posttraumatické stresové poruchy a pro účely tohoto výzkumu byly zaznamenávány odděleně z důvodu odlišení duševních poruch, které vyžadují odbornou psychiatrickou péči. Identifikovány byly mnohem častěji v podsouboru *klinické praxe* oproti dalším dvěma systémům péče o děti, což pravděpodobně souvisí se zaměřením této oblasti na

klasifikaci duševních poruch a psychopatologických fenoménů. Nápadně nízké četnosti jsou u kategorie neurotických poruch v podsouboru *školství*.

5) Kategorie somatických projevů (S). Somatické projevy bývají nespecificky uváděny jako součást symptomů u PTSD. Vzhledem k cílům tohoto výzkumu byly všechny popisované somatické projevy a obtíže zaznamenávány odděleně tak, aby bylo možné získat samostatnou podskupinu všech somatických projevů, které se vyskytovaly u zkoumaných dětí. Tato kategorie byla zjištěna v celkovém souboru u 70 dětí, s převahou dětí v oblasti klinické praxe. V tabulce č. 13 jsou jednotlivé subkategorie seřazeny podle četností v celkovém souboru.

Subkategorie symptomů kategorie S: alergie; astma; nespecifické somatizace; bolesti břicha; bolesti hlavy; obezita; přejídání se; záněty středouší; vysoké horečky; febrilní křeče; gynekologické problémy; vypadávání vlasů; epilepsie.

- **Příklady uváděných projevů:** *abnormální křivka EEG; časté zvracení; nemoci ledvin; zaléhání v uších; časté záněty středouší; nedoslýchavost; odmítání masa; diety; záchvatovité stavy se ztrátou vědomí; epilepsie; vypadávání vlasů; alergie; astma; laryngitidy; gynekologické výtoky; bolestivá menstruace; opožděný nástup puberty; bolesti hlavy; bolesti břicha; obezita; přejídání se; vysoké horečky; febrilní křeče.*

Tab. 13: Absolutní a relativní četnosti symptomů v kategorii somatických projevů (S)

	CELKOVĚ	ZDRAVOTNICTVÍ	ŠKOLSTVÍ	SOCIÁLNÍ PÉČE
POČET DĚTÍ	N = 70	n1 = 36	n2 = 18	n3 = 16
Alergie	35	19	10	6
Astma	23 %	36 %	20 %	12 %
Nespecifické somatizace	31	20	3	8
	20 %	38 %	6 %	16 %
Bolesti břicha	26	13	7	6
	17 %	25 %	14 %	12 %
Bolesti hlavy	23	16	4	3
	15 %	30 %	8 %	6 %
Obezita, přejídání	10	4	5	1
	7 %	8 %	10 %	2 %
Záněty středouší	8	6	1	1
	5 %	11 %	2 %	2 %
Vysoké horečky, febrilní křeče	8	4	2	2
	5 %	8 %	4 %	4 %
Gynekologické problémy	7	6	0	1
	5 %	11 %	0 %	2 %
Vypadávání vlasů	5	4	0	1
	3 %	8 %	0 %	2 %
Epilepsie	3	1	0	2
	2 %	2 %	0 %	4 %

Pozn.: *N* – počet dětí v celkovém souboru u jednotlivých kategorií traumat; *n1* – počty dětí v podsouboru zdravotnictví; *n2* – počty dětí v podsouboru školství; *n3* – počty dětí v podsouboru sociální péče.

Nejčastějšími somatickými subkategoriemi byly v celkovém souboru symptomy alergií a astmatu. Tyto diagnózy bývají obvykle zařazovány mezi psychosomatické nemoci a současně bývají z hlediska psychologických souvislostí spojeny s vnitřními pocity ohrožení různého charakteru. Subkategorie nespecifických somatizací zahrnuje projevy, které buď nelze specificky zařadit k jedné diagnostické kategorii, nebo jde o různé a stěhovavé obtíže či bolesti, zpravidla bez konkrétního lékařského nálezu. Z hlediska diagnostického zařazení tato subkategorie nejlépe koresponduje s diagnózou *Somatizační porucha* v MNK-10 (WHO, 1992). Současně jde o symptomy často popisované u kategorie komplexního traumatu. Subkategorie bolestí hlavy a bolestí břicha, zastoupená v celkovém souboru přibližně z 15 %, bývá v klinické diagnostice významnou součástí depresivních poruch u dětí a může tedy přímo souviset s traumatickými událostmi.

6) Kategorie nespecifických projevů (NP). Tato kategorie symptomů má největší souvislost s pojmy, které nebylo možné zařadit specificky do ostatních kategorií symptomů. Kategorie NP vznikla stejně jako ostatní kategorie na základě popisů projevů chování sledovaných dětí. V tabulce 14 jsou jednotlivé subkategorie seřazeny podle četností v celkovém souboru.

Subkategorie symptomů kategorie NP: idealizace druhých osob; předčasná vyspělost; ochrana druhých osob nebo zvířat; mstivost.

- **Příklady uváděných projevů:** *vymyšlení příběhů; neadekvátní idealizace druhých osob; mstivost; přílišná flexibilita; časté spaní venku; vysoké nároky na ostatní; vysoká výkonová orientace; nadměrná péče o zvířata; přílišná ochrana druhých osob; předčasná vyspělost; dospělé chování nepřiměřené věku.*

Tab. 14: Absolutní a relativní četnosti symptomů v kategorii nespecifických projevů (NP)

	CELKOVĚ	ZDRAVOTNICTVÍ	ŠKOLSTVÍ	SOCIÁLNÍ PÉČE
POČET DĚTÍ	N = 45	n1 = 24	n2 = 7	n3 = 14
Idealizace druhých	26 17 %	18 34 %	0 0 %	8 16 %
Předčasná vyspělost	26 17 %	16 30 %	2 4 %	8 16 %
Ochrana druhých	23 15 %	15 28 %	0 0 %	8 16 %
Mstivost	13 8 %	3 6 %	5 10 %	5 10 %

Pozn.: N – počet dětí v celkovém souboru u jednotlivých kategorií traumat; n1 – počty dětí v podsouboru zdravotnictví; n2 – počty dětí v podsouboru školství; n3 – počty dětí v podsouboru sociální péče.

Většina projevů této kategorie nebyla označována jako problémová, protože často tyto projevy přinášely užitek jiným osobám nebo byly oceňovány ze strany dospělých. Současně však s ohledem na věkovou normu tyto projevy neodpovídají typickému chování dítěte daného věku. Dílčím způsobem by mohly být zařazeny k symptomům kategorie PTSD (T), avšak ne specificky. Nejlépe by jim nejspíše odpovídala označení jako „posttraumatický růst“ v případě pozitivního chování, nebo termín „problémová diagnóza“ využívaný v poradenské psychologii. Nejčastější subkategorií bylo chování související s idealizací druhých osob. Toto chování bývá tradičně popisováno u obětí trestných činů, domácího násilí nebo závažné deprivace, a je součástí projevů PTSD. Oběti si mohou často idealizovat pachatele, vypovídat v jeho prospěch a vytěsňovat jeho reálné skutky. Stejně četnosti má subkategorie předčasná vyspělost. Zpravidla šlo o chování neadekvátní reálnému věku dětí, kdy tyto děti nahrazovaly péči selhávajících rodičů, nebo šlo o chování nezávislé, samostatné, s potřebou rozhodovat si o sobě bez dospělých osob. Souviselo s nutností se o sebe postarat a s nedůvěrou v dospělé selhávající pečovatele. Rizikem tohoto chování však může být posilování složek osobnosti bez dostatečné odolnosti a zvládnutí vývojových zákonitostí. S těmito projevy souvisely rovněž tendence k ochraně a péči o jiné osoby nebo zvířata. V případě domácího násilí to byly situace, kdy dítě například chránilo napadeného rodiče. Subkategorie související se mstivostí obsahovala situace nepřímé ochrany sebe nebo druhých s prvky odplaty. Toto mělo v některých případech za následek nevhodné posouzení ze strany dospělých s nepřiměřenými sankcemi bez dostatečného vnímání kontextu situací.

7.2.1 Shrnutí kategorií symptomů a projevů chování podle výzkumných otázek

Zatímco text předchozí podkapitoly 7.2 obsahoval podrobné popisy a interpretace jednotlivých projevů chování a symptomů, v této podkapitole jsou uvedeny odpovědi na výzkumné otázky číslo 3 až 7. Současně jsou v textu shrnuta podstatná zjištění související s projevy chování a symptomy v celkovém výběrovém souboru i v jednotlivých oblastech klinické praxe, školství a sociální péče.

Otázka č. 3: Jaké významné pozorovatelné projevy jsou u těchto dětí popisovány?

Na základě obsahové analýzy byly z anamnestických rozhovorů a z dokumentace zkoumaných dětí zjištěny projevy chování, které neodpovídaly vývojové normě. Příklady těchto projevů jsou kurzívou uvedeny v textu u každé kategorie symptomů v podkapitole 7.2. Tyto projevy byly klasifikovány a zařazovány do subkategorií symptomů a projevů chování tak, aby bylo možné vytvářet další zobecňující kategorie. V celkovém výběrovém souboru bylo u sledovaných dětí zjištěno *průměrně 20 subkategorií symptomů*, v rozsahu *od sedmi do dvaceti pěti symptomů* u jednotlivých dětí. Jednotlivé subkategorie událostí jsou uvedeny v tabulkách 3 až 7 a jsou seřazeny podle frekvence výskytu u dětí ve výzkumném souboru a v textu u každé kategorie vyznačeny podtržením.

Otázka č. 4: Do kterých klinických symptomů se dají tyto projevy zařadit?

Jednotlivé subkategorie symptomů a projevů chování byly rozděleny do šesti základních kategorií symptomů a projevů chování. Pět z nich korespondovalo s tradičními psychopatologickými kategoriemi a byly podle těchto kategorií i pojmenovány. Šestá kategorie (NP) obsahuje nespécifické projevy, které se týkají sociálního chování a mohly by být zařazovány napříč diagnostickými kategoriemi. Všechny vytvořené kategorie současně odpovídají projevům, které jsou v odborné literatuře popisovány v souvislosti s následky traumatu. Pojmenování a podstata těchto kategorií je podrobně popsána v podkapitole 7.2.

Otázka č. 5: Shodují se zjištěné symptomy s diagnostickými symptomy PTSD a syndromu ADHD?

V rámci výzkumu byly zjištěny symptomy, které jsou v diagnostických manuálech společné symptomům posttraumatické stresové poruchy i syndromu ADHD. Tyto společné symptomy obsahuje samostatná kategorie TA. Jde o nejčetnější kategorii v rámci celkového souboru zkoumaných dětí, i ve všech třech sledovaných oblastech odborné péče. Jednotlivé symptomy a jejich pořadí jsou popsány v podkapitole 7.2 u kategorie TA.

Otázka č. 6: Shodují se zjištěné symptomy se symptomy jiných diagnostických kategorií?

Na tuto otázku odpovídají části textu v podkapitole 7.2 u jednotlivých kategorií T, DP a S. Do kategorie T byly zařazeny symptomy specificky uváděné pouze u PTSD, kategorie DP obsahuje diagnostikované symptomy duševních poruch nebo významně atypického chování. Kategorie S zahrnuje samostatné somatické symptomy. Všechny tyto projevy mohou být samostatnými symptomy různých diagnostických kategorií a současně také běžnými symptomy uváděnými u PTSD.

Otázka č. 7: Vyskytují se nějaké specifické rozdíly v přístupu k dětem s traumaty v anamnéze mezi oblastí školství, sociální péče a zdravotnictví?

Odpovědi týkající se specifík a odlišností v přístupu v jednotlivých oblastech odborné péče jsou do značné míry rozpracovány u jednotlivých kategorií symptomů v podkapitole 7.2. U každé kategorie symptomů jsou uvedeny tabulky četností symptomů v celkovém výběrovém souboru i podle jednotlivých oblastí odborné péče samostatně. Díky tomu bylo možné srovnávat mezi sebou jednotlivé oblasti péče, identifikovat nápadné odlišnosti a následně je v textu podkapitoly 7.2 interpretovat. Obsahová analýza jednotlivých případových studií a rozhovory s odbornými pracovníky přinesly informace týkající se specifík přístupu k diagnostice i následné péči. Zjištěny byly rovněž specifické okolnosti, za kterých v rámci jednotlivých systémů musí odborní pracovníci poskytovat svou odbornou péče. Všechna tato zjištění jsou podrobně reflektována v kapitole Diskuse. V následujícím textu jsou shrnuta podstatná zjištění týkající se jednotlivých oblastí péče.

- ***Oblast zdravotnictví (klinické praxe)***

Oproti dalším dvěma systémům byla v oblasti klinické psychologické praxe v anamnézách sledovaných dětí často identifikována raná traumata a závažné události v raném věku, včetně poruch attachmentu. V této oblasti bylo možné zaznamenávat zájem odborných pracovníků o ranou anamnézu včetně informací o odborné zdravotnické péči (lékařské zákroky, hospitalizace, další onemocnění). Nejpřesněji byly zde rovněž popisovány a charakterizovány tradiční symptomy PTSD, včetně *disociace* nebo specifických symptomů, jakým je například *hypervigilita*. Symptomy somatické a symptomy jiných duševních poruch byly v systému klinické praxe identifikovány, i když jejich zařazení do symptomů PTSD nebylo vždy přiměřeně reflektováno. Nejméně ze všech tří systémů odborné péče byly v této oblasti péče zjištěné symptomy popisovány

terminologií *poruch chování*. Z hlediska specifických podmínek byly v systému klinické praxe zjištěny následující okolnosti: vliv limitů zdravotních pojišťoven, který ovlivňuje délku času a počet setkání s jednotlivými klienty a jejich rodinou; menší komunikace s dalšími oblastmi péče nebo se školou; zúžené vnímání diagnostických kategorií svázané s tradiční psychopatologií a manuálem MKN-10, a s tím související preference zařazení symptomů v rámci manuálu MKN-10.

- ***Oblast školství***

V oblasti školství byl zjištěn nápadně vysoký počet chlapců jako identifikovaných klientů oproti dívkám (v poměru čtyřicet ku jedenácti), aniž by byli chlapci do tohoto souboru cíleně vybíráni. Toto koresponduje s vyššími počty chlapců, uvedených ve statistické ročence MŠMT (2017), kteří byli v péči pedagogicko-psychologických poraden. V oblasti školství byl rovněž nejčastější výskyt diagnostikovaného syndromu ADHD a medikace Ritalinem. Nejčastějšími subkategoriemi traumatických událostí byly v této oblasti rodinně vztahové kategorie traumat jako deprivace, zanedbávání, rozchod rodičů. Znalost zdravotní anamnézy byla mezi jednotlivými pracovišti nerovnoměrná. Oproti dalším dvěma oblastem odborné péče byly mezi popisovanými projevy chování kromě symptomů syndromu ADHD velmi často používány popisy symptomů poruch chování nebo popis problémového chování. Častěji zde byly používány pro popis chování termíny jako: *vzdor; nevychovanost; negativismus; provokace; kázeňské řešení a problémy v rámci vrstevnické skupiny*“.

- ***Oblast sociální péče***

Stejně jako u dalších dvou resortů byl v této oblasti častý problém identifikovat traumata mimo jejich obvyklé kategorie. Šlo o zejména o traumatické události, jako jsou poruchy *attachmentu, raná traumata, fyzická traumata a lékařské zákroky*. V tomto systému péče bylo málo časté klasifikování syndromu ADHD jako *neurovývojové poruchy*, převažovalo vnímání symptomů optikou problémového chování bez ohledu na to, zda šlo o skutečné projevy ADHD nebo o symptomy PTSD. Nejčastěji popisované projevy shodně s celkovým výběrovým souborem korespondovaly se společnými symptomy pro syndrom ADHD a PTSD. Shodně s oblastí školství se i oblast sociální péče více zaměřuje na psychosociálně-rodinnou problematiku. Nejčastěji šlo o témata týkající se rodičů dětí, jako jsou například rozvod, rozchod, deprivace nebo zanedbání péče o děti. Často se zde

vyskytovala subkategorie domácího násilí – což souviselo s tím, že výzkum probíhal na pracovištích, která se touto problematikou specificky zabývají.

Z hlediska *vedení dokumentace* bylo na některých pracovištích sociální péče zjištěno, že odborný pracovník nesmí zjišťovat ani dokumentovat podrobnou ranou anamnézu dětských klientů v rámci uplatňování standardů sociálních služeb. Také realizace *odborné psychodiagnostiky* není součástí standardní odborné péče v sociálních službách, navzdory tomu, že na těchto pracovištích byla zastoupena psychologická odbornost. Dále byla zjištěna nepropojenost s dalšími oblastmi odborné péče, zejména v souvislosti se zdravotnickou problematikou (například s dětskými psychiatry), a chyběla často kvalitní schopnost pracovníků identifikovat základní psychopatologii. V souladu s posláním těchto pracovišť převažovalo odborné zaměření na *rodinnou problematiku, ústavní nebo náhradní rodinnou péči*. Model odborného poradenství měl v některých případech paternalisticky zaměřený charakter orientovaný na úzkou problematiku řešení aktuálních problémů rodinného systému. Tyto tendence byly častější u státních organizací.

8 Diskuse

Cílem disertační práce bylo zkoumání tématu dětského traumatu a jeho důsledků v základních oblastech odborné péče. Výzkumné téma vycházelo z mé dlouholeté klinické praxe a také ze zkušeností v různých zařízeních pro děti a mládež. Vlastní odborné zkušenosti, reflektující problémy psychologické praxe, vnímám jako podstatný prvek vzhledu do zkoumané problematiky a rovněž jako možnost následného kvalifikovaného zacházení s výzkumnými daty.

8.1 Diskuse k výsledkům kategorií traumat a kategorií symptomů

Z výsledků výzkumu vyplývá, že v anamnéze zkoumaných dětí bylo možné identifikovat široké spektrum traumatických událostí. Průměrně bylo v celkovém výzkumném souboru identifikováno šest traumatických událostí na jedno dítě, v některých případech bylo u jednoho dítěte zjištěno až patnáct traumatických událostí. Pro zařazení do výzkumného souboru byly vybrány pouze děti, u nichž byl výskyt minimálně dvou traumatických událostí. Tato podmínka souvisela se záměrem, aby šlo o děti závažněji traumatizované. Až na jedno pracoviště, které se cíleně zaměřuje na problematiku domácího násilí, nebyla zkoumaná pracoviště specificky zaměřena na problematiku dětí s traumatem. Šlo tedy převážně o děti, které byly evidovány v obvyklém systému dětské odborné péče v ČR a chodily do běžných základních škol. V této souvislosti se nabízí otázka, zda jsou tyto děti identifikovány jako traumatizované a zda je jim poskytnuta adekvátní odborná péče.

8.1.1 Diskuse ke kategoriím traumatických událostí

Konkrétními cíli bylo identifikovat a definovat jednotlivé kategorie traumatu v anamnéze zkoumaných dětí. Na základě obsahové analýzy bylo vytvořeno pět základních kategorií dětských traumat. Kritérii při tvorbě těchto kategorií byly poznatky z odborné literatury. V následující části diskuse chci blíže objasnit logiku tvorby základních kategorií.

Ve výzkumném souboru byly nejčastěji identifikovány děti s *velmi závažnými traumaty* v anamnéze, v jejichž důsledku lze podle diagnostických manuálů MKN-10 a DSM-5 předpokládat symptomy PTSD. Šlo o traumata *týrání, sexuálního zneužívání,*

mučení, domácího násilí, smrti blízkých osob a podobně. Děti s těmito závažnými traumaty byly identifikovány napříč všemi třemi oblastmi odborné péče o děti a mládež. Tato kategorie byla odlišena právě z důvodu výskytu nejzávažnějších událostí, které mohou mít specifické symptomy oproti jiným kategoriím.

Druhou nejčastější kategorií v celkovém výběrovém souboru byla kategorie *rodinně psychosociální problematiky*, do níž jsem zařadila události související se vztahy v rodinném systému a také v sociálních skupinách, ve kterých se zkoumané děti nacházely. Zařazeny sem byly rovněž události související s častým stěhováním nebo změnami škol. Touto kategorií se nejvíce zabýval systém sociální péče, vzhledem ke svému zaměření na rodinnou problematiku. Uvedená kategorie byla vytvořena na základě snahy oddělit specifika psychosociálního kontextu, ovlivňujícího socializaci dětí.

Vytvoření kategorie *poruch attachmentu a předčasného odloučení* souviselo se současnými neurobiologickými poznatky některých autorů (Porges, 2016; Schore, 2016; Van der Kolk, 2015). Tato kategorie by nejlépe korespondovala s klasifikací traumatu, uváděné v literatuře jako *vývojové trauma* (Heller & LaPierre, 2012; Štěpánek, 2016). Tento typ traumatu přináší vývojová specifika z hlediska jeho vlivu na strukturaci pravého mozku u dětí do tří let. Dle poznatků výše uvedených autorů dochází v souvislosti s poruchami attachmentu k dysregulaci autonomního nervového systému, emocí a nízké frustrační toleranci. Z důvodu uvedených specifických důsledků jsem tuto kategorii odlišila od ostatních tak, aby bylo možné lépe interpretovat neurofyziologické důsledky.

Kategorie *raných traumat* je složitým, diferenciatně-diagnostickým tématem. Byly zde zařazeny události raného období, jakými jsou předčasné porody, porodní komplikace, dušení jídlem či operace v prvním roce života. Z hlediska neurobiologie je těžce rozlišitelné, zda symptomy související s důsledky těchto událostí jsou diagnosticky primárními z hlediska dysregulace nervového systému, a nakolik jde o traumatickou událost, která by měla být diagnostikována jako nadřazená kategorie. Dle mého názoru by řešení nabízelo pojetí všech traumatických událostí vždy s ohledem na *neurobiologický kontext a symptomatické důsledky*. Významné by pak bylo pro další odborné postupy rozlišení, nakolik se vzhledem k věku dítěte a komplexnosti (nebo jednorázovosti) prožité traumatické události uplatnily možnosti *plasticity* nervové soustavy. Současně by bylo důležité identifikovat, zda zanechávají tyto komplexně (generalizovaně) působící závažné události obraz *organického poškození centrální nervové soustavy*, nebo spíše obraz *dílčích organických dysfunkcí*, mimo jiné syndromu ADHD.

Specifickou, v diagnostických manuálech méně reflektovanou kategorií traumat, jsou *opakované bolestivé lékařské zákroky*. Například Levine a Kline (2015) považují lékařské zákroky v dětském věku z hlediska důsledků pro další posttraumatické symptomy za stejně závažné jako fyzické úrazy a nehody. Tyto události jsou často u dětí ještě posíleny v případě, že byly realizovány bez přítomnosti rodiče.

8.1.2 Diskuse ke kategoriím projevů chování a symptomů

Z hlediska diskuse identifikace a kategorizace projevů chování a symptomů bylo mou strategií nejprve zůstat u popisných charakteristik z důvodu, aby byly zachyceny také projevy neodpovídající věkové normě dětí, které mohou být odbornými pracovníky opomíjeny, nebo jim není z hlediska komplexního posouzení dítěte věnována dostatečná pozornost. Tímto způsobem bylo možné vytvořit kategorie symptomů nejen podle standardní psychopatologické klasifikace, ale i podle obsahových charakteristik. Vznikly tak specifické kategorie symptomů, které nabízejí široce pojaté symptomatologické subkategorie, umožňující komplexnější pohled na chování a projevy dětí s traumatickou zkušeností. Šlo o následující kategorie symptomů: kategorii TA (obsahující symptomy shodně uváděné pro PTSD a syndrom ADHD); kategorii T (symptomy specifické pro PTSD); kategorii AN (symptomy specificky uváděné pouze u ADHD a u neurovývojových poruch); kategorii DP (symptomy duševních poruch mimo PTSD a ADHD); kategorii S (výhradně somatické příznaky) a kategorii NP (nespecifické příznaky, které nebyly zařaditelné do žádné z kategorií symptomů).

Významné poznatky přináší kategorie symptomů společně zařazených do *kategorie PTSD a ADHD (TA)*. Tato kategorie byla v celkovém výzkumném souboru i v rámci jednotlivých oblastí odborné péče nejčastěji identifikovanou kategorií symptomů. Zahrnuje symptomy diagnosticky shodné u obou diagnóz. U této kategorie byla rovněž nevyšší četnost napříč všemi sledovanými případy. Mezi nejfrekventovanější subkategorie patřily položky *špatné emoční regulace (dysregulace)*, *poruch pozornosti*, *poruch krátkodobé paměti a impulsivity*. Tyto symptomy jsou zpravidla v praxi primárně zařazovány mezi typické symptomy syndromu ADHD. Zvýšený výskyt (50 %) hyperaktivity (patřící mezi zásadní symptomy u ADHD) byl identifikován pouze v oblasti školství. Tyto projevy byly primárně při rozhovorech označovány jako „hyperaktivita“, alternativní možností mohou být kupříkladu symptomy hypervigility, psychomotorického neklidu či hypersenzitivity,

patřící do symptomů PTSD. Z hlediska diagnostického manuálu DSM-5 (APA, 2015) je právě hyperaktivita v případě diferenciální diagnostiky mezi PTSD a syndromem ADHD symptomem méně častým u PTSD. Při pouhém popisu pozorovatelných projevů se pak mohou symptomy ve svém souhrnu značně shodovat s diagnostickými kritérii syndromu ADHD. Výskyt výše uvedených symptomů kategorie TA je v souladu s odbornými poznatky z oblasti neurobiologie traumatu, zejména Levina (2017) a Van der Kolka (2015). Výzkumná zjištění potvrzují jak empirii, tak i poznatky z odborné literatury, že v praxi často dochází k záměnám mezi symptomy PTSD a syndromu ADHD. Jak již bylo zmíněno v teoretické části, pokud není podrobně reflektována anamnéza a také realizována kvalitní testová diagnostika, může v praxi docházet k záměnám obou diagnostických kategorií. Z tohoto důvodu je tradiční klinická anamnéza, obsahující komplexní anamnestické informace (včetně rané období), stále velmi významnou součástí diagnostického procesu, dle mého názoru nezbytného i mimo oblast klinické praxe. Diagnostické zařazení syndromu ADHD mezi neurovývojové poruchy (APA, 2015) zase umožňuje jednoznačnější odlišení tohoto syndromu od jiných poruch, s oporou ve specifických neuropsychologických testech. Význam odlišení PTSD a ADHD má rovněž oporu v DSM-5 (APA, 2015) a v manuálu raného věku Zero to Three (2016), kde je diagnóza posttraumatické stresové poruchy v souvislosti s traumatickými událostmi v anamnéze klasifikována jako diagnóza nadřazená jiným kategoriím. Zařazení raných vztahových poruch, včetně deprivace, mezi poruchy traumatické umožňuje díky DSM-5 (APA, 2015) rozšíření kategorií dětských traumat shodně s poznatky mého výzkumu.

Význam kvalitního rozlišení symptomů PTSD a syndromu ADHD u dětí, spočívá v odlišných přístupech pro léčbu, a také pro další odborné vedení či edukaci klíčových dospělých osob. Pokud dochází v praxi k záměně těchto dvou kategorií, bývají u dětí s chybnou klasifikací syndromu ADHD, používány postupy spíše nápravně-výchovné. Může pak docházet k tomu, že dětem se závažnými traumaty v anamnéze není poskytnuta odborná klinická péče z hlediska psychoterapie, ani medikace. Pokud jsou navíc tyto děti chybně hodnoceny jako děti s poruchami chování, dochází často k poškození jejich psychickému stavu nevhodnými přístupy.

Z hlediska souběžného výskytu diagnóz PTSD a syndromu ADHD nabízí diferenciálně diagnostické otázky také samostatná kategorie *fyzických traumat a nehod*. U této kategorie dochází souběžně mimo jiné také k fyzickým poškozením mozku a CNS, které následně přinášejí symptomy organických poruch. Tyto symptomy, zejména

v souvislosti s úrazy hlavy, zahrnují právě obraz syndromu ADHD, včetně *poruch motoriky, koordinace, paměti a exekutivních funkcí*.

U zjištěných kategorií symptomů byly identifikovány také symptomy typické po traumatických událostech, které bývají v diagnostických manuálech a odborné literatuře spolu s následky traumatu nespecificky zmiňovány. Jde o kategorii *somatických příznaků (S)*, která zahrnovala příznaky spadající do samostatných somatických diagnóz, a kategorii *příznaků duševních poruch (DP)*, u které byly ve shodě s odbornou literaturou (WHO, 1992; APA, 2015) nejčastěji zjištěny úzkostně depresivní stavy. V souvislosti s těmito symptomy pak pravděpodobně v praxi záleží na tom, zda se tyto symptomy řeší v rámci komplexního obrazu PTSD, nebo jako samostatná onemocnění. Pokud jsou klasifikovány samostatně, může pravděpodobně docházet k málo efektivní léčbě, zejména u somatických příznaků.

Co se týče *kategorie NP*, zde byly identifikovány nespecifické příznaky, které nebylo možné zařadit do žádné z diagnostických kategorií. Výzkum nabízí zjištění, že u dětí s traumatem v anamnéze může docházet k projevům chování, které nemusejí být hodnoceny jako problémové, jako například: předčasná sociální a emoční vyspělost nebo ochrana blízkých osob a vrstevníků. Navzdory tomu, že toto chování nebylo dospělými osobami vyhodnocováno jako problematické, z hlediska budoucích vztahů a dalšího psychického vývoje jde o kategorii, která by neměla být opomenuta v případě psychoterapie nebo odborného vedení těchto dětí s traumaty. Další projevy v této kategorii souvisely s tendencemi k odplatě nebo mstivosti. Mohou být u traumatizovaných dětí vyhodnocovány jako poruchy chování a řešeny pak pouze kázeňsky.

8.2 Rozdíly v přístupu mezi jednotlivými oblastmi odborné péče

Ve shodě s odbornými články (Klein et al., 2015; Van Hoof, 2017) si lze povšimnout problematických momentů v souvislosti s diagnostikou dětského traumatu. U dětských klientů výrazněji dochází k problematickému překrývání s jinými diagnostickými kategoriemi a symptomy traumatu jsou bohužel často vyjádřeny zejména problémovým chováním. Podle zaměření pracoviště je toto chování interpretováno a diagnostikováno. Následný plán pomoci či odborné péče pak tedy závisí na míře správné identifikace příčin obtíží a stanovené diagnóze.

Na toto téma se zaměřují dílčí výzkumné otázky, které se týkají rozdílů mezi systémy odborné péče v oblastech systémů zdravotnictví (klinické psychologie), školství a sociální péče. Základním tématem těchto otázek je, v čem se od sebe odlišují jednotlivé oblasti péče diagnosticky i systémově, a zejména, co tyto odlišné přístupy pro zkoumané děti znamenají z hlediska další odborné péče a přístupu. Rozdíly v kategoriích traumat i v kategoriích symptomů u jednotlivých oblastí odborné péče jsou podrobněji rozepsány a interpretovány v kapitole Výsledky.

V následující části textu se chci více věnovat interpretacím a diskusi významných zjištění, které souvisela s rozdíly v přístupech mezi jednotlivými oblastmi odborné péče. Do kapitoly Výsledky jsou tyto poznatky zařazeny pouze částečně, protože nebyly primárně cílem ani součástí výzkumných otázek této práce. Během rozhovorů s odbornými pracovníky však byla tato specifika rovněž zaznamenávána. V souvislosti s těmito zjištěními jsem si kladla otázku, zda existují nějaké specifické diagnostické postupy v jednotlivých oblastech odborné péče. U každého systému péče uvádím charakteristiky, které jsem zaznamenala. Vzhledem k tomu, že šlo i v rámci těchto systémů o různorodá pracoviště v oblasti školství a sociální péče, není mým záměrem v tuto chvíli dělat zobecňující závěry. Zmiňuji však specifika, která bylo možné sledovat opakovaně, nešlo tedy pouze o jednotlivé jevy. V systému klinické praxe šlo výhradně o pracoviště klinických psychologů, zde je možné lépe reflektovat shodné charakteristiky s menším rozptylem proměnných.

V systému *zdravotnictví* (pracoviště klinické psychologie) byla z hlediska diagnostických postupů uplatňována standardní klinická diagnostika, která zahrnovala anamnestické údaje a testové metody. Pokud klinický psycholog neměl znalosti o specifikách PTSD, uplatňoval interpretace diagnostických metod v souladu s diagnostickým manuálem MKN-10, s preferencí deskriptivní symptomatologie. Bylo možné sledovat menší provázanost a spolupráci s jinými oblastmi péče o děti (PPP, SVP, škola, pracoviště sociálně-právní ochrany dětí), na lepší úrovni byla propojenost s jinými odbornostmi v systému zdravotní péče (dětský psychiatr a další klinické odbornosti). V rámci této oblasti péče bylo zjištěno, že s menší systémovou propojeností souvisí limitovaný čas stanovený zdravotními pojišťovkami a standardní limity výkonů, které je možné na jednoho pacienta vykazovat. Komplikací pro kvalitní diagnostiku PTSD u dětí pak může být preference striktně medicínského pojetí klasifikace podle MKN-10 a DSM-5.

V systému *školství* (PPP, SVP, školní psychologové) bylo zjištěno výrazně vyšší zastoupení chlapců jako „identifikovaných klientů“, kteří byli v péči jednotlivých školských pracovišť. Aniž by to bylo cílem při zařazování dětí do výzkumného souboru, chlapci v systému školství početně významně převažovali oproti dívkám v podsouborech zdravotnictví a sociální péče. Toto korespondovalo se statistickými údaji MŠMT (2017), které udávají v rámci evidence dětí v PPP také vyšší počet evidovaných chlapců. Rovněž byl zde zjištěn podstatně vyšší výskyt již stanovené diagnózy *syndromu ADHD, poruch chování a medikace Ritalinem*. V oblasti školství byl výzkumně zjištěn častější výskyt dětí se symptomy *hyperaktivity a vývojových opoždění* nežli v dalších dvou oblastech péče o děti a mládež. Při obsahové analýze bylo zjištěno časté označování chování dětí termíny „nekázeň, vzdor, nevychovanost, neprospěch“. Citovaná terminologie byla v rámci sdělených anamnestických údajů zmiňována v souvislosti s problémovým chováním dětí ve škole a šlo zejména o popis projevů dětí ze strany pedagogů. Toto je možné interpretovat jako převládající model hodnocení dětí ve školském systému optikou hodnocení prospěchu a chování, bez hlubšího vhledu do osobní problematiky dětí nebo znalosti psychopatologických pojmů. Z hlediska odborné diagnostiky bylo možné sledovat nejednotnost postupů u jednotlivých školských pracovišť, včetně toho, že na některých typech pracovišť je stále obvyklé, že anamnestické údaje zjišťují sociální pracovníci, nebo anamnestické dotazníky vyplňují rodiče. Tento postup však neumožňuje získat informace klinického charakteru a psycholog, který má dítě v další péči, nemusí důležitá fakta z anamnézy znát. Školní psychologové komplexní psychologickou diagnostiku dělat nemohou a také mají k dispozici pouze údaje, které získali z rozhovorů s dětmi a s jejich rodiči. Odborné nálezy v dokumentaci mívají zřídka. Komplikací je rovněž fakt, že není doposud legislativně definována jejich profese.

Při zjišťování anamnestických údajů a studiu dokumentace bylo možné sledovat zcela zřejmé nepochopení zařazení syndromu ADHD mezi *specifické poruchy chování* (WHO, 1992), a to nejen u pedagogů ve školní praxi, ale bohužel i u některých speciálních pedagogů. Výsledkem pak následně bylo posuzování dětí se syndromem ADHD ze strany pedagogů jako dětí s „poruchami chování“. Tato zjištění lze konstatovat ve shodě se závěry Zittové (2019), která ve své diplomové práci identifikovala časté interpretace běžných kázeňských problémů ze strany pedagogů jako „disociální chování“, navzdory tomu, že šlo o děti se syndromem ADHD mladšího školního věku.

V oblasti *sociální péče* (státní i neziskové organizace pracovišť ZDVOP, OSPOD, sociálně-právní ochrany dětí) byly zjištěny největší rozdíly u postupů a standardů v péči o sledované děti. Postupy se zásadně lišily mezi jednotlivými pracovišti podle jejich specializace. V neziskovém sektoru bylo možné zaznamenat nejvyšší úroveň vzdělání odborných pracovníků napříč různými obory, včetně psychoterapeutické specializace. Tito pracovníci vykazovali hlubší vhled do problematiky traumatizovaných dětí a profesionálnější postupy odborné péče, nežli tomu bylo u státních (krajských nebo obecních) institucí. V oblasti sociální péče bylo rovněž možno během rozhovorů zaznamenat oproti dalším dvěma oblastem významnější vliv ideologických postojů (například v problematice trans gender pohlaví, střídavé péče, předškolní výchovy a péče, zaměstnanosti matek, pěstounské péče, významu systémového zaměření na „správnou výchovu“). Současně z hlediska odborné psychodiagnostiky byla závažným problémem absence kvalitní anamnézy a také zásadní neznalost symptomů psychických poruch, zejména u sociálních pracovníků. Dokumentace psychologů na těchto pracovištích byla omezena jen na aktuální rodinně-sociální problematiku a psychologové nemohli používat jako součást své odbornosti psychodiagnostické metody. V tomto ohledu větší komplexnost a odbornost opět vykazovaly organizace neziskového sektoru, kde si psycholog mohl vést vlastní záznamy, chráněné obvyklými pravidly pro psychologickou dokumentaci, do které další pracovníci neměli přístup.

Nejčastěji sdělovaným důvodem v souvislosti s problematickým vedením dokumentace a zjišťováním anamnézy v oblasti sociálních služeb byl odkaz na uplatňování zákona č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů. Tato zjištění korespondují s konstatováními např. Matouška (2017), citovanými v kapitole 4.2. Pokud by se měla hledat opora v souladu s dodržováním Zákona o sociálních službách (MPSV, 2017), byl by možným řešením pro zdůvodnění zjišťování anamnestických údajů odkaz na definici sociální služby. Sociální služba je v tomto zákoně definována jako pomoc lidem v nepříznivé sociální situaci, a aby bylo možné zjistit, zda tyto osoby spadají do cílové skupiny daného pracoviště, je nutné nejprve zmapovat všechny okolnosti případu. V případě traumatizovaných dětí s touto situací souvisí anamnestické údaje. Z hlediska dokumentace některé organizace, zejména neziskové, řeší povinnou mlčenlivost vedením dokumentace se „zdravotní složkou“ a „sociálně-případovou složkou“, které obsahují odděleně poznatky pracovníků, které nejsou součástí volně přístupné dokumentace a jsou

zabezpečeny odděleně, stejně jako poznatky pracovníků sdílené v procesu případu. V případě tohoto postupu se hovoří o „konceptu procesové práce“.

Jako významný problém ve shodě s Malou (2011), Matouškem (2017) a dalšími autory vnímám oborovou nepropojenost jednotlivých resortů péče o děti a také odlišnou úroveň znalostí u profesí, které pracují s traumatizovanými dětmi. Obecně lze konstatovat, že v systému odborné péče o děti a mládež existují diagnosticky specifické postupy a standardy péče o dětskou klientelu, které jsou vzájemně odlišné. V České republice neexistuje standardní manuál, který by sjednocoval diagnostické postupy nebo na problém zaměřené přístupy, díky kterému by bylo možné akceptovat odborné nálezy napříč různými pracovišti, zabývajícími se dětskou klientelou. Pokud by měl tento přístup být komplexní, měl by pravděpodobně zahrnovat spolupráci všech profesí, včetně dětských psychiatrů a pediatriů. V rámci postupů následné péče a také v případech umístění dětí do ústavní péče může chybná identifikace problémového chování traumatizovaných dětí (mylně interpretovaná jako poruchy chování) mít až poškozující vliv na další vývoj těchto dětí. Pokud nedochází ke správné identifikaci projevů PTSD, bývá pak problematické, aby děti měly zajištěnu odbornou zdravotnickou péči řešící následky traumatu. V souvislosti s dětským traumatem by byla nejefektivnější specializovaná pracoviště, ve shodě se zahraničními zkušenostmi (Klein et al., 2015; Van Hoof, 2017).

8.3 Limity výzkumu

V následující části diskuse bych se ráda zaměřila na reflexi a shrnutí limitů, které se objevily v rámci tohoto výzkumu.

1) Význam anamnézy v rámci jednotlivých sledovaných pracovišť. Různorodost pracovišť odborné péče o děti a dospívající přinášela možnost získání pestřejších informací a vzhledu do případných rozdílů v přístupu k diagnostické praxi i specifické klientely. Jako problematické vnímám rozdíly ve vedení dokumentace na jednotlivých pracovištích i v individuální úrovni dovedností odborných pracovníků získat potřebné anamnestické informace, včetně odlišné schopnosti pozorovat projevy dětí. Tyto rozdíly se projevily při polostrukturovaných rozhovorech a při studiu dokumentace zkoumaných dětí. Jak již bylo v předchozím textu konstatováno, pracoviště sociálních služeb nevidují podrobné anamnestické údaje, je tedy na odborných kompetencích

jednotlivých pracovníků, jak vnímají význam anamnézy pro další práci s dětskými klienty. Ve školském systému jsem zaznamenávala, že psychologové ani pedagogové neznají bližší informace ze života dítěte a rodiny. Na druhé straně byla v této oblasti reflektována nedůvěra ze strany rodičů dětských klientů v etiku školského systému a také obava ze zneužití osobních informací včetně jejich stigmatizujících interpretací.

2) Vytváření pojmových kategorií traumatických událostí a kategorií symptomů. Vzhledem k tomu, že jednotlivé kategorie dětského traumatu jsou popisovány v literatuře poměrně úzce a nejednotně, bylo mým cílem definování kategorií dětského traumatu podle reálných výzkumných zjištění. Oproti tomu kategorizace symptomů vycházela částečně ze známých symptomatických kategorií. Forma výzkumu byla zvolena s ohledem na téma práce a využívala v převažující míře deskriptivní kvalitativní metodologii. Navzdory obsáhlému výběrovému souboru, který by jistě nabízel větší míru uplatnění statistických metod, jsem se snažila zůstat u původně stanovených cílů práce a výzkumných otázek. Vysoký počet zkoumaných osob byl pro mne důležitý z hlediska získání co nejpestřejšího a nejširšího rozsahu informací o traumatických událostech i popisovaných symptomech. Kvalitativní technika analýzy případových studií a klasifikování těchto událostí do kvantifikovatelných kategorií mohly přes veškerou snahu nabízet možná subjektivní zkreslení.

3) Etický aspekt, povinná mlčenlivost. V rámci získávání informací byl kladen důraz na etický aspekt výzkumu tak, aby nedošlo k překročení povinné mlčenlivosti u jednotlivých organizací. Toto bylo zajištěno informovaným souhlasem, ve kterém rodiče dávali souhlas s anonymním využitím informací pro výzkumné účely, stejně jako byla podepsána dohoda o mlčenlivosti mezi mnou a odborným pracovištěm. Z důvodu zajištění naprosté anonymity jednotlivých dětí i zkoumaných pracovišť nejsou součástí této práce příklady konkrétních případových studií.

4) Náročnost zpracování velkého množství případových studií. „*Sběr dat v rámci případové studie vyžaduje určité zkušenosti a odborné dovednosti*“ (Mareš, 2015, s. 128). Výzkum zaměřený na diferenciatně diagnostické kategorie ode mne vyžadoval předchozí klinicko-diagnostickou kompetenci, kladl nároky na mé schopnosti vést rozhovory, dále na orientaci v kategoriích duševních poruch i nároky týkající se znalostí specifik problematiky PTSD a syndromu ADHD. Toto bylo zajištěno mou dlouholetou praxí a znalostmi z oblasti dětské psychologie v rámci klinické i pedagogicko-psychologické praxe. Nevýhodou mohly být u mne již zažitá stereotypy, které bylo

nezbytné vědomě reflektovat. Z tohoto důvodu byla nutná systematická sebereflexe u jednotlivých případových studií tak, aby nedocházelo k neuvědomovaným zkreslením. Do reflexe procesu výzkumu byly zařazovány rovněž průběžné reflexe *procesu interakce* mezi mnou a dotazovanými (Loučková, 2010). Tyto reflexe jsou součástí poznámek u záznamových archů, avšak nejsou součástí textu této disertační práce.

8.4 Návrh dalšího směřování výzkumu

U sledovaných dětí byly zjištěny vícečetné traumatické události napříč vytvořenými kategoriemi stejně jako bohatá šíře symptomů. Jak již uvádím v předchozím textu, do budoucna se nabízí rozšíření výstupů tohoto výzkumu zpracováním velkého množství zjištěných informací statistickým modelováním, například s využitím vícenásobné regrese. V této souvislosti by bylo možné si klást mimo jiné i otázky ohledně toho, které položky spolu významněji korelují, do jaké míry například mohou traumata do tří let věku dítěte ovlivnit výskyt syndromu ADHD.

Součástí dílčích cílů bylo téma případných odlišností v jednotlivých systémech péče o děti a dospívající. Kromě rozdílů souvisejících s kategoriemi traumat a symptomů jsem zaznamenávala také podstatné rozdíly ve standardech diagnostického procesu, náplně práce psychologů a v metodice postupů v souvislosti s traumatizovanými dětmi. Vzhledem k tomu, že tyto poznatky nebyly součástí cílů této práce a podrobněji je rozpracovávám pouze v rámci této kapitoly, bylo by smysluplné podrobit důkladnější analýze i tyto aspekty.

8.5 Praktické přesahy

Tato disertační práce přináší souhrn aktuálních poznatků, týkajících se dětského traumatu, a současně vzhled do problematiky diagnostiky v této oblasti. Závěry uvedené ve výzkumné části nabízejí podněty pro zkvalitnění odborné péče u dětí s vážnými typy traumat v anamnéze tak, aby nedocházelo k jejich dalšímu poškození. Výzkum přináší konkrétní přesahy pro diferenciálně diagnostickou praxi a zvýraznění významu anamnestického kontextu, ve kterém se traumatizované dítě nachází. Dalším krokem se tedy jeví vypracování konkrétních doporučení pro dětskou psychologickou diagnostiku napříč oblastmi odborné péče a aplikace závěrů tohoto výzkumu dále do praxe.

Pro získání kvalitní anamnézy jsem identifikovala tyto základní předpoklady:

- dostatek času pro získávání potřebných informací odborným pracovníkem;
- důvěra na obou stranách (klienta i odborného pracovníka);
- ochota se svěřit na straně klientského systému;
- smysluplnost a význam anamnézy pro dotazujícího a jeho schopnost se ptát.

9 Závěry

Výsledky výzkumu této disertační práce přinesly aktuální analýzu výskytu kategorií traumatických událostí a souvisejících symptomů v různých oblastech odborné péče o děti a mládež v České republice. Závěry výzkumu jsou formulovány v odpovědích na sedm výzkumných otázek.

- 1) U dětí v odborné péči pracovišť klinické praxe, školství a sociální péče bylo možno nalézt četné traumatické události různé závažnosti. Průměrně bylo u zkoumaných dětí identifikováno šest traumatických událostí na jedno dítě, přičemž maximální frekvence byla až patnáct událostí na jedno dítě.
- 2) Traumatické události byly zařazeny do subkategorií, ze kterých pak bylo vytvořeno pět základních kategorií traumat. Nejčetnější v celkovém souboru i v jednotlivých oblastech péče je kategorie závažných traumat, která se vyskytla u 119 dětí z celkového souboru 154 dětí. Dalšími kategoriemi, seřazených podle četností výskytu, jsou traumata související s rodinnou a psychosociální problematikou; spojená s předčasným odloučením a poruchami attachmentu; raného věku, související s porodem, případně závažnými problémy do tří let věku dítěte, a fyzická traumata zahrnující úrazy a závažné lékařské zákroky.
- 3) U dětí s traumatickými událostmi v anamnéze byly zjištěny různé projevy chování, které neodpovídaly jejich věkové normě. Průměrně bylo identifikováno až dvacet projevů chování neodpovídajících věkové normě na jedno dítě.
- 4) Projevy chování byly zařazeny do subkategorií symptomů a projevů chování, ze kterých pak bylo vytvořeno šest základních kategorií symptomů. Nejfrekventovanější subkategorií symptomů je v celkovém výběrovém souboru položka *problémy s emoční regulací* (u 92,8 % dětí). Nejčetnější kategorií symptomů v celkovém souboru i v jednotlivých oblastech odborné péče je kategorie TA obsahující symptomy společné PTSD a syndromu ADHD. Dalšími kategoriemi symptomů jsou podle frekvence výskytu kategorie T (se symptomy specifickými pro posttraumatickou stresovou poruchu); kategorie AN (se symptomy specifickými pro syndrom ADHD a neurovývojové poruchy); kategorie DP (s diagnostikovanými duševními poruchami a atypickým chováním); kategorie S (obsahující různorodé somatické příznaky) a kategorie SP (zahrnující příznaky

nezařaditelné do jednotlivých kategorií, související se sociálně-vztahovou problematikou).

- 5) Byly identifikovány symptomy, které jsou společné symptomům posttraumatické stresové poruchy i syndromu ADHD. Tyto společné symptomy obsahuje kategorie TA, která je současně nejfrekventovanější kategorií symptomů v celkovém souboru i v jednotlivých oblastech péče. Tyto symptomy se týkají nejčastěji regulace emocí (92 %); hypersenzitivity (91 %); snížené frustrační tolerance a adaptace (88 %); poruch pozornosti (82 %); impulsivity (81 %) a hyperaktivity (58 %).
- 6) Kromě symptomů posttraumatické stresové poruchy a syndromu ADHD byly dále nalezeny symptomy dalších duševních poruch, které jsou zařazeny do samostatné kategorie DP. Pořadí jednotlivých subkategorií je podle jejich četností následující: fobie, obsese, panické stavy, neurotické symptomy, deprese a psychotické symptomy. Další symptomatickou kategorií, klasifikovanou samostatně, je kategorie S, obsahující různorodé somatické symptomy. Nejčastěji zde byly identifikovány tyto zdravotní symptomy: alergie, astma, nespecifické somatizace, bolesti břicha a bolesti hlavy.
- 7) Na základě výzkumných zjištění lze konstatovat, že existují rozdíly v přístupu k dětem s traumaty v anamnéze v rámci pracovišť klinické praxe, školství a sociální péče. Tyto rozdíly se týkaly zjišťování anamnézy, diagnostického procesu, následné péče a standardů v dané oblasti. Disertační práce ve svých výsledcích přináší poznatky pro diferenciaci diagnostikou praxi a odbornou péči o děti s traumatickými událostmi v anamnéze, s důrazem na konkrétní kritická místa v systému této péče.

Souhrn

Tématem disertační práce je problematika psychických a vývojových traumat u dětí a dospívajících spolu s problematikou symptomatických shod a přesahů posttraumatické stresové poruchy s dalšími diagnostickými kategoriemi, se specifickým zřetelem na syndrom ADHD.

Teoretická část disertační práce je věnována historickému i současnému kontextu posttraumatické stresové poruchy. Podstatná část textu vychází z diagnostické klasifikace symptomů následků traumatu podle MKN-10 (WHO, 1992) a DSM-5 (APA, 2015), s vymezením specifických oblastí této problematiky u dětí. Charakteristiky dětského traumatu vycházejí zejména z odborných textů Kocourkové a Koutka (2017), Matouška a Němcové (2017), Levina a Kline (2012) a také z diagnostických manuálů DSM-5 (APA, 2015) a Zero to Three (2016). Podrobně jsou popsány projevy související s reakcemi na trauma, jako jsou symptomy disociace a somatické reakce. Teoretické vymezení zahrnuje rovněž neurobiologický a fyziologický kontext reakcí na trauma. V této souvislosti jsou zde uvedeny výzkumné poznatky Van der Kolka (2015), Porgese (2004) a Levina (2015) týkající se souvislostí traumatu s procedurální pamětí, a také významu amygdaly s neurofyziologií emocí. Specifikovány jsou souvislosti reakcí na traumatické události raného nebo vývojového charakteru, vycházející z Polyvagální teorie (Porges, 2011) a Teorie rané regulace (Schore, 2014; 2016) spolu s komplexně-vývojovým pojetím Van der Kolka (2015). Vyjmenovány a definovány jsou jednotlivé významné kategorie dětského traumatu, mezi které patří raná traumata, poruchy attachmentu a dále traumata související s deprivací, týráním, zneužíváním a domácím násilím. Součástí textu zaměřeného na problematiku traumatu je i téma diagnostiky následků traumatu u dětí.

Vzhledem k výzkumným cílům je do teoretické části rovněž zařazena samostatná kapitola týkající se syndromu ADHD. Obsahuje historický vývoj pojetí syndromu ADHD v diagnostické praxi, dále definice tohoto syndromu podle diagnostických kritérií MKN-10 (WHO, 1992) a DSM-5 (APA, 2015). Současně jsou popsány neuropsychologické souvislosti syndromu ADHD včetně principů psychologické diagnostiky, spolu se specifiky problematiky diferenciální diagnostiky syndromu ADHD a posttraumatické stresové poruchy u dětí vzhledem k diagnostickému prolínání těchto dvou kategorií. Závěr teoretické části je věnován zařízením odborné péče o děti a mládež v ČR, konkrétně pracovištím klinické praxe, školství a sociální péče.

Výzkumnými cíli bylo zjistit, jaké traumatické události se vyskytují v anamnéze sledovaných dětí, jaké symptomy se u těchto dětí vyskytují a identifikovat, s jakými diagnostickými kategoriemi se mohou tyto symptomy shodovat. Tyto cíle byly definovány sedmi výzkumnými otázkami. První dvě otázky se týkaly výskytu traumatických událostí v anamnéze dětí z vybraných pracovišť zdravotnictví, školství a sociální péče. Třetí a čtvrtá otázka souvisela s významnými projevy, které nekorespondovaly s věkovou normou zkoumaných dětí, a také se symptomy, do kterých se dají tyto projevy zařadit. Pátá a šestá otázka směřovala k případným shodám nebo rozdílům symptomů u PTSD a syndromu ADHD a také k symptomům dalších diagnostických kategorií. Poslední výzkumná otázka byla zaměřena na výskyt specifických charakteristik v přístupu k dětem s traumaty v anamnéze v resortech zdravotnictví, školství a sociální péče.

Záměrným výběrem byly vytvořeny dva výběrové soubory. První soubor zahrnoval odborné pracovníky. Kritéria zařazení do výběrového souboru odborných pracovníků spočívala ve vysokoškolském psychologickém vzdělání, dlouhodobé práci se zkoumanými dětskými klienty (alespoň šest měsíců) a v dostupnosti dokumentace k jednotlivým případům. V oblasti zdravotnictví byla vybrána pracoviště soukromé klinické psychologické praxe, oblast školství zahrnovala pedagogicko-psychologické poradny, střediska výchovné péče a školní psychology z různých škol. Do oblasti sociální péče byly zařazeny státní i neziskové organizace (sociálně právní ochrany dětí, zařízení pro děti vyžadující okamžitou pomoc, sociálně aktivizační služby pro rodiny s dětmi a jedno specifické pracoviště poskytující odbornou pomoc dětem v souvislosti s domácím násilím). Celkem bylo v tomto výběrovém souboru 22 odborných pracovníků.

Do výběrového souboru dětí byli zařazeni dětské klienty, u kterých se v anamnéze vyskytovaly alespoň dvě traumatické události. Celkově bylo do souboru zařazeno 154 dětí, z toho 91 chlapců a 63 dívek, průměrného věku 11,2 let (od šesti do patnácti let). Výzkum byl realizován v Olomouci, Praze, Kroměříži a v Ostravě.

Veškeré potřebné informace pro účely výzkumu byly sdělovány a zaznamenány anonymně tak, aby je nebylo možné propojit s konkrétními klienty ani jednotlivými pracovišti. Anamnestické údaje byly získány od rodičů dětí odborným pracovníkem v rámci jeho obvyklého postupu na jednotlivých typech zkoumaných pracovišť. Rodiče dětí vyslovovali informovaný souhlas v souvislosti s realizovaným výzkumem, doplněný o informaci týkající se anonymního využití pro výzkumné účely. Před realizací výzkumu byly podepsány smlouvy o mlčenlivosti a rozsahu využití získaných informací.

Z hlediska výzkumné metodologie byl zvolen smíšený design výzkumu. Jádro výzkumu spočívalo ve kvalitativní metodologii s využitím deskriptivní statistiky. Data byla vytěžena nepřímo od odborných pracovníků na základě polostrukturovaných anamnestických rozhovorů a také z dostupné dokumentace. Rozhovory byly vedeny s odbornými pracovníky z oboru psychologie, kteří měli zkoumané děti ve své péči. Ze získaných dat následně vznikly případové studie klinického typu, které obsahovaly veškeré dostupné informace o jednotlivých dětech. Získané informace pak prošly kvalitativní obsahovou analýzou a kategorizací. Na základě těchto postupů byly vytvořeny subkategorie a základní kategorie traumatických událostí, a rovněž subkategorie a kategorie projevů chování a symptomů. Tyto kategorie byly následně kvantifikovány podle jejich četností, aby bylo možné odpovědět na výzkumné otázky.

Výše uvedenými metodami bylo vytvořeno pět základních kategorií traumatických událostí. Nejčetnější v celkovém souboru i v jednotlivých oblastech péče byla kategorie závažných traumat, dalšími kategoriemi podle četností byla traumata související s rodinnou a psychosociální problematikou; traumata spojená s předčasným odloučením či poruchami attachmentu; traumata raného věku a fyzická traumata zahrnující úrazy a závažné lékařské zákroky.

U dětí s traumatickými událostmi v anamnéze byly zjištěny různé projevy chování, které neodpovídaly jejich věkové normě. Průměrně bylo v celkovém výběrovém souboru identifikováno až dvacet těchto projevů chování na jedno dítě. Projevy chování byly zařazeny do subkategorií symptomů a projevů chování, ze kterých pak bylo vytvořeno šest kategorií symptomů. Nejfrekventovanější subkategorií symptomů byla v celkovém výběrovém souboru položka „problémy s emoční regulací“. Nejčetnější kategorií symptomů v celkovém souboru i v jednotlivých oblastech odborné péče byla kategorie TA (obsahující symptomy společné PTSD a syndromu ADHD). Dalšími kategoriemi symptomů seřazenými podle četností výskytu byly kategorie T (symptomy specifickými pro posttraumatickou stresovou poruchu); kategorie AN (se syndromy specifickými pro syndrom ADHD a neurovývojové poruchy); kategorie DP (s diagnostikovanými duševními poruchami a atypickým chováním); kategorie S (obsahující různorodé somatické příznaky) a kategorie NP (se symptomy nezařaditelnými do jednotlivých kategorií, převážně zahrnující sociální chování).

Byly identifikovány symptomy, které jsou společné symptomům posttraumatické stresové poruchy i syndromu ADHD. Tyto společné symptomy obsahuje kategorie TA,

kteřá byla současne nejfrekventovanějši kategorií symptomů v celkovém souboru i v jednotlivých oblastech péče. Tyto symptomy se týkaly nejčastěji regulace emocí; hypersenzitivity; snížené frustrační tolerance a adaptace; poruch pozornosti; impulsivity a hyperaktivity. Kromě symptomů posttraumatické stresové poruchy a syndromu ADHD byly dále nalezeny symptomy dalších duševních poruch, které byly zařazeny do samostatné kategorie DP. Nejčastěji šlo o symptomy fobií nebo obsesí; panických stavů; neurotických symptomů; depresí a psychotických symptomů. Další symptomatickou kategorií klasifikovanou samostatně byla kategorie somatických symptomů, zařazených do kategorie S. Nejčastěji zde byly identifikovány tyto zdravotní problémy: alergie, astma; nespecifické somatizace; bolesti břicha a bolesti hlavy.

Na základě závěrů dílčích výzkumných cílů lze konstatovat, že existují rozdíly v přístupu k dětem s traumaty v anamnéze v rámci pracovišť klinické praxe, školství a sociální péče. Zjištěny byly specifické okolnosti, za kterých pracovníci jednotlivých systémů poskytují svou odbornou péči. Tyto okolnosti souvisely jednak se standardy poskytované péče, na kterou byl systém péče specificky zaměřen, a také s rozdíly v diagnostickém procesu. Odlišné byly rovněž způsoby zjišťování anamnestických údajů a interpretace pozorovaného chování. Disertační práce ve svých výsledcích přináší nové informace zejména z hlediska výstupů pro diferenciatně diagnostickou praxi a odbornou péči o děti s traumatickými událostmi v anamnéze. Závěry výzkumu rovněž poukazují na odlišné přístupy v jednotlivých oblastech odborné péče o děti a mládež, s důrazem na konkrétní kritická místa, kde by bylo důležité v rámci jejich standardů přinést úpravy.

Seznam použitých zdrojů a literatury

- American Psychiatric Association. (2015). *DSM-5[®]. Diagnostický a statistický manuál duševních poruch*. Praha: Hogrefe – Testcentrum.
- American Psychiatric Association. (2013.) *DSM-5[®]. Diagnostic and statistical manual of mental disorders 5th ed.* Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
- Armstrong, J. G., Putnam, F. W., Carlson, E. B., et al. (1997). Development and validation of a measure of adolescent dissociation: The Adolescent Dissociative Experiences Scale. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 187, 491–497.
- Asociace pracovníků intervenčních center ČR, z.s. (2019). *Statistická data Asociace pracovníků intervenčních center ČR*. Získáno dne 12. 3. 2019 z <http://www.domacinasili.cz/wp-content/uploads/Koment%C3%A1%C5%99-APIC-2018.pdf>.
- Babinski, D. E., et al. (2016). Maternal ADHD, paternity, and psychopathology among mothers of adolescents with ADHD. *Journal of Attention Disorders*, 20(5), 458–468.
- Bauer, J. (2018). The self and its connection to the other and its role as the „Inner physician“: A neuroscientific perspective. *Conference Unity, Variety, Diversity Embodied*. Potsdam, Germany.
- Bob, P. (2000). Disociativní procesy a jejich měření. *Česká a slovenská psychiatrie*, 96(6), 301–309.
- Bowlby, J. (2010). *Vazba: Teorie kvality raných vztahů mezi matkou a dítětem*. Praha: Portál.
- Braarud, H. C., & Raundalen, M. (2017). Domácí násilí a vývoj dítěte. In Jakobsen, B., & Rakil, M. (Eds.). *Násilí je možné zastavit. Terapie pro osoby, které se dopouštějí násilí v blízkých vztazích* (216–230). Praha: Nadace Open Society Fund Praha.
- Bremner, J. D., Vermetten, E., & Mazure, C. M. (2000). *Early Trauma Inventory (ETI)*. Získáno 20. prosince 2018 z <https://eprovide.mapi-trust.org/instruments/early-trauma-inventory>.

- Briere, J. (2018). *Hodnocení traumatických symptomů u mladších dětí (TSCYC)*. Praha: Testcentrum.
- Butulová, A. (2015). *Problematika compliance u klientů s ADHD*. Diplomová práce. Brno: Masarykova univerzita.
- Červenková, R., & Kolář, P. (2018). *Labyrint pohybu*. Praha: Vyšehrad.
- Delenberg, C. J., et al. (2012). Evaluation of evidence for the trauma and fantasy models of dissociation. *Psychological Bulletin*. APA. doi:10.1037/a0027447.
- Damasio, A. R. (1995). *Descartes' Error. Emotion, Reason, and the Human Brain*. New York: Avon Book.
- Diseth, T. H. (2006). Dissociation following traumatic medical treatment procedures in childhood: a longitudinal follow-up. *Developmental Psychopathology*, 18(1), 233–51.
- Dittrichová, J., Papoušek, M., & Paul, K., a kol. (2004). *Chování dítěte raného věku a rodičovská péče*. Praha: Grada Publishing.
- Doležalova, P. (2010). Role rodičů, pečovatелů při práci s traumatizovaným dítětem. *Příspěvek na konferenci Křížovatky*. Maclix, Bratislava.
- Donnelly, C. L., & Amaya-Jackson, L. (2002). Post-traumatic stress disorder in children and adolescents: epidemiology, diagnosis, and treatment options. *Paediatric Drugs*, 4(3), 159–170.
- Drtílková, I. (2003). Účinnost nestandardních postupů léčby dětí s ADHD. *Česká a slovenská psychiatrie*, 99(6), 317–323.
- Dudová, I., & Kocourková, J. (2013). Kontroverze v pojetí ADHD – vyhraněné postoje nebo spolupráce? *Československá psychologie*, 57(2), 190–197.
- 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.
- Fiala, A., & Drtílková, I. (2015). Perspektivní možnosti využití rTMS v léčbě ADHD. *Česká a slovenská psychiatrie*, 111(4), 180–184.

- Fosha, D., Siegel, D. J., & Solomon, M. F. (Eds.). (2009). *The healing power of emotion*. New York: W. W. Norton and Company.
- Forgáčová, L. (2014). Nové diagnózy v klasifikácii DSM-5. *Psychiatria pre praxi*, 15(4), 140–142.
- Gallese, V. (2016). *Emotions in action. Emotion regulation and recognition in traumatized and neglected young individuals*. Congress Attachment and Trauma: Relationships and Compassion(s. 47–82). Rome: Instituto di Scienze Cognitive.
- Goetz, M., & Uhlíková, P. (2011). *ADHD. Porucha pozornosti s hyperaktivitou*. Praha: Galén.
- Gupta, R., & Kar, B. R. (2010). Specific cognitive deficits in ADHD: A diagnostic concern in differential diagnosis. *Journal of Child and Family Studies*, 19, 778–786.
- Hall, C. S., & Lindzey, G. (2002). *Psychológia osobnosti*. Bratislava: Media Trade, s.r.o., Slovenské pedagogické nakladateľstvo.
- 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.
- Hendl, J. (1999). *Úvod do kvalitativního výzkumu*. Praha: Karolinum.
- Hendl, J. (2008). *Kvalitativní výzkum. Základní teorie, metody a aplikace*. Praha: Portál.
- Hort, V., Hrdlička, M., Kocourková, J., Malá, E., et al. (2000). *Dětská a adolescentní psychiatrie*. Praha: Portál.
- Hughes, D. (1997). *Facilitating developmental attachment*. Northvale: Jason Aronson.
- Hurychová, E. (2016). Expertiza z výzkumů dalších příčin domácího násilí. *Sociální práce*. Publicistika k číslu 6/2016. Získáno 3. července 2018 z <http://socialniprace.cz/zpravy.php?oblast=2&clanek=912>.
- Chábová, T., & Matoušek, O. (2017). Spolupráce profesionálů a organizací. In Matoušek, O. (Ed.), *Dítě traumatizované v blízkých vztazích* (105–117). Praha: Portál.

- Jakobsen, B., & Rakil, M. (Eds.). (2017). *Násilí je možné zastavit. Terapie pro osoby, které se dopouštějí násilí v blízkých vztazích*. Praha: Nadace Open Society Fund Praha.
- Kašpárek, T., Theiner, P., & Filová, A. (2013). Neurobiologie hyperkinetické poruchy pohledem zobrazovacích metod. *Česká a slovenská psychiatrie*, *109*(2), 73–80.
- Klein, B., Damiani-Taraba, G., Koster, A., Campbell, J. & Scholz, C. (2014). Diagnosing attention-deficit hyperactivity disorder (ADHD) in children involved with child protection services: are current diagnostic guidelines acceptable for vulnerable populations? *Child, care, health and development*, *41*(2), 178–185.
doi:10.1111/cch.12168.
- Kocourková, J., Koutek, J., Propper, L., & Hort, V. (2001). Dissociativní 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.
- Kotasová, J. (1997). *Lehká mozková dysfunkce – problém teorie a diagnostické praxe*. Disertační práce. Filozofická fakulta UP Olomouc.
- Koukolík, F. (2006). *Sociální mozek*. Praha: Karolinum.
- Krejčířová, D. (2006). Psychická deprivace, týrání a zanedbávání dítěte. In Říčan, P., Krejčířová, D., et al., *Dětská klinická psychologie* (287–289). Praha: Grada.
- Krejčířová, D. (2017). Dětská neuropsychologie. In Kulišťák, P., et al., *Klinická neuropsychologie v praxi* (713–726). Praha: Karolinum.
- Kuchařová, V., et al. (2017). *Zpráva o rodině*. Praha: Výzkumný ústav práce a sociálních věcí, v. v. i. Získáno dne 11. ledna 2019 z
https://www.mpsv.cz/files/clanky/31577/Zprava_o_rodine.pdf.
- Kulišťák, P., et al. (2017). *Klinická neuropsychologie v praxi*. Praha: Karolinum.
- Kulišťák, P. (2011). *Neuropsychologie*. Praha: Portál.

- Lang, P. J., et al. (2000). Fear and anxiety: animal models and human cognitive psychophysiology. *Journal of Affective Disorders*, 61, 137–159.
- Langmeier, J., & Matějček, Z. (2011). *Psychická deprivace v dětství*. Praha: Karolinum.
- Langmeier, J., & Krejčířová, D. (1998). *Vývojová psychologie*. Praha: Grada.
- Levine, P. A. (2015). *Trauma and memory*. Berkeley: North Atlantic Books.
- Levine, P. A. (2017). *Trauma a paměť*. Praha: Maitrea.
- Levine, P. A., & Kline, M. (2012). *Trauma očima dítěte*. Praha: Maitrea.
- Loučková, I. (2010). *Integrovaný přístup v sociálně vědním výzkumu*. Praha: Slon.
- Loučková, I. (2015). *Jaká je norma integrovaného výzkumu?* Fakulta veřejných politik, Slezská univerzita v Opavě. Opava.
- Luchavová, L. (2017). Problematika dospělých jedinců s ADHD. In Kulišťák, P., et al. *Klinická neuropsychologie v praxi* (786–802). Praha: Karolinum.
- Malá, E., & Baraníková, Z. (2003). Posttraumatická stresová porucha (Terapie sertralinem u dětí předškolního věku). *Česká a slovenská psychiatrie*, 99(6), 324–330.
- Malá, E. (2011). Posttraumatická stresová porucha i dětí a adolescentů. *Zdraví E15. Lékařské listy*. Získáno 2. března 2017 z <http://zdravi.e15.cz/clanek/priloha-lekarske-listy/posttraumaticka-stresova-porucha-u-deti-a-adolescentu-462788>.
- Mareš, J. (2012). *Posttraumatický rozvoj člověka*. Praha: Grada.
- Mareš, J. (2015). Tvorba případových studií pro výzkumné účely. *Pedagogika*, 65(2), 113–142.
- Marks, P. R. (2017). *Dissociative experiences in children with complex trauma*. Conference on Trauma, Dissociation and Psychosis. Centre Kristiansand, Norway.
- Mash, E. J., & Wolfe, D. A. (1999). *Abnormal child psychology*. Belmont: Wadsworth Publishing Company.

- Matějček, Z. (1990). K pojmu „lehkých mozkových dysfunkcí“ (LMD). *Čs. psychiatrie*, 86(1), 7–16.
- Matějček, Z., & Langmeier, J. (1981). *Výpravy za člověkem*. Praha: Odeon.
- Matoušek, O. (Ed.). (2017). *Dítě traumatizované v blízkých vztazích*. Praha: Portál.
- Matoušek, O. (2017). Kompetence profesionálů. In Matoušek, O. (Ed.), *Dítě traumatizované v blízkých vztazích* (79–93). Praha: Portál.
- Miovský, M. (2006). *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada Publishing.
- Modesto-Lowe, V., Danforth, J. S., & Brooks, D. (2008). ADHD: Does parenting style matter? *Clinical Pediatrics*, 47(9), 865–872.
- Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR. (2017). *Statistická ročenka z oblasti práce a sociálních věcí*. Získáno 16. února 2019 z https://www.mpsv.cz/files/clanky/34376/Statisticka_rocenka_z_oblasti_prace_a_socialnich_veci_2017.pdf.
- Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR. (2017). *Zákon o sociálních službách – stav k 1. 10. 2017*. Získáno 3. března 2019 z https://www.mpsv.cz/files/Zakon_o_socialnich_sluzbach-stav_k_1._10._2017.pdf.
- Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy ČR. (2018). *Statistická ročenka MŠMT*. Získáno 3. března 2019 z <http://toiler.uiv.cz/rocenka/rocenka.asp> statistická ročenka MŠMT.
- 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.
- Munden, A., & Arcelus, J. (2002). *Poruchy pozornosti a hyperaktivita*. Praha: Portál.
- Němcová, L. (2010). *Příčiny a důsledky traumatu u dětí, principy a techniky práce s traumatizovaným dítětem*. Praha: Člověk hledá člověka.

- Němcová, L., & Matoušek, O. (2017). Obecné zásady podpory a terapie. In Matoušek, O. (Ed.), *Dítě traumatizované v blízkých vztazích* (95–104). Praha: Portál.
- Němcová, L. (2017). Rizika spojená s podporou a terapií. In Matoušek, O. (Ed.), *Dítě traumatizované v blízkých vztazích* (119–126). Praha: Portál.
- Němcová, L. (2017). Diagnostika traumatu u dětí. In Matoušek, O. (Ed.), *Dítě traumatizované v blízkých vztazích* (69–78). Praha: Portál.
- Němcová, L. (2017). *Limits of online communication in connection with early contact disorders*. Ph.D. existence: česko-slovenská psychologická konference (nejen) pro doktorandy a o doktorandech. Sborník (s. 108). Olomouc: Univerzita Palackého.
- 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.
- Ogden, P., Minton, K., & Pain, C. (2006). *Trauma and the body. A sensorimotor approach to psychotherapy*. New York: W. W. Norton and Company.
- Paclt, I., et al. (2007). *Hyperkinetická porucha a poruchy chování*. Praha: Grada.
- Pelham, W. E., & Fabiano, G. A. (2008). Evidence-based psychosocial treatments for attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal Clinic Child Adolescent Psychology*, 37, 184–214.
- Pokorná, I., & Matoušek, O. (2017). Vliv partnerského násilí na děti. In Matoušek, O. (Ed.), *Dítě traumatizované v blízkých vztazích* (29–45). Praha: Portál.
- Porges, S. W. (2016). *Connectedness as biological imperativ: Understanding the consequences of trauma, abuse, and chronical stress through the lens of the Polyvagal theory*. Congress Attachment and Trauma: Relationships and Compassion (s. 83–152). Rome: Instituto di Scienze Cognitive.
- Porges, S. W. (2011). *The Polyvagal theory-Neurophysiological foundantions of emotions, attachment, communication, self-regulation*. New York: W. W. Norton and Company.

- Porges, S. W. (2004). Neuroception: A subconscious system for detecting threats and safety. *Zero to Three*, (5), 19–24.
- Praško, J., Hájek, T., et al. (2002). *Posttraumatická stresová porucha a jak se jí bránit*. Praha: Maxdorf.
- Příhodová, I. (2011). Porucha pozornosti s hyperaktivitou (Attention deficit/hyperactivity disorder – ADHD). *Česká a slovenská neurologie a neurochirurgie*, 74/107 (4), 408–418. Získáno 6. listopadu 2018 z: http://www.csnn.eu/?confirm_rules=1.
- Putnam, F. W. (1997). *Dissociation in children and adolescents*. New York: Guilford.
- Putnam, F. W., & Peterson, G. (1994). Further validation of the Child Dissociative Checklist. *Dissociation*, 7(4), 204–211.
- Raboch, J., Zvolský, P., et al. (2001). *Psychiatrie*. Praha: Galén.
- Říčan, P., Krejčířová, D., et al. (2006). *Dětská klinická psychologie*. Praha: Grada.
- Říčan, P. (2006). Vedení psychologického vyšetření. In Říčan, P., Krejčířová, D., et al., *Dětská klinická psychologie*, (319–321). Praha: Grada.
- Říčan, P. (2006). Klinická psychologie jako aplikace psychologických věd a jako odpověď na potřeby z praxe. In Říčan, P., Krejčířová, D., et al., *Dětská klinická psychologie*, (25–27). Praha: Grada.
- Salomon, S. D., Gerrity, E. T., & Muff, A. M. (1993). Účinnost léčby posttraumatické stresové poruchy. *JAMA-CS*, 1(1), 47–52.
- Semrud-Clikeman, M., & Teeter Ellison, P. A. (2007). *Child neuropsychology*. New York: Springer Science and Business Media.
- Sedřová, S. (15. 8. 2015). Z dětí s neléčenou poruchou pozornosti se stávají tyrani a násilníci. Novinky.cz ze zdroje Haló noviny. Získáno z <https://www.novinky.cz/domaci/385454-z-deti-s-nelecehou-poruchou-pozornosti-se-stavaji-tyrani-a-nasilnici.htm>.

- 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.
- Schmid, M., Petermann, F., & Fegert, J. M. (2013). Developmental trauma disorder: prospects and consequence of including formal criteria in the psychiatric diagnostic systems. *BMC psychiatry*, 13(1), 1. doi:10.1186/1471-244X-13-3.
- 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 (s. 83–52). Rome: Instituto di Scienze Cognitive.
- Schore, A. N. (2014). Early interpersonal neurobiological assessment of attachment and autistic spectrum disorders. *Frontiers in Psychology*. doi:10.3389/fpsyg.2014.01049.
- Smolík, P. (1996). *Duševní a behaviorální poruchy – průvodce klasifikací, nástin nozologie, diagnostika*. Praha: Maxdorf.
- Sobotková, D., & Dittrichová, D. (2012). *Vývoj a výchova dítěte do dvou let*. Psychomotorický vývoj. Praha: Grada.
- Soukup, J. (2005). *Disociativní procesy a poruchy v dětství a adolescenci*. Rigorózní práce. Praha: Univerzita Karlova.
- Soukup, J., & Papežová, H. (2008). Disociace v dětství: klinické projevy a diagnostika. Dotazník disociace v dětství. *Česká a slovenská psychiatrie*, 104(5), 236–240.
- Soukup, J., Papežová, H., Kuběna, A., & Mikolajová, V. (2009). Dotazník škála disociativních zážitků pro adolescenty. *Psychiatrie pro praxi*, 10(6), 276–279.
- Steele, K., Van der Hart, O., & Nijenhuis, E. R. S. (2005). Phase-oriented treatment of structural dissociation in complex traumatization: Overcoming trauma-related phobias. *Journal of Trauma & Dissociation*, 6(3), 11–52.
- Stern, D. N. (2007). *První vztah*. Praha. Dobra.
- Strauss, A., & Corbinová, J. (1999). *Základy kvalitativního výzkumu. Postupy a techniky metody zakotvené teorie*. Boskovice: Albert.

- Světová zdravotnická organizace (WHO). (1992). *Mezinárodní klasifikace nemocí, 10. revize. Duševní poruchy a poruchy chování. Popisy klinických příznaků a diagnostická vodítka*. Praha: Psychiatrické centrum.
- Světová zdravotnická organizace (WHO). (2018). *11th Revision of the International Classification of Diseases, ICD-11*. Získáno 5. ledna 2019 z <https://www.who.int/classifications/icd/en/>.
- Svoboda, J., & Němcová, L. (2015). *Krizové situace výchovy a výuky*. Praha: Triton.
- Svoboda, J., & Jochmannová, L. (2018). *Psychicky zranené dítě a možnosti intervencí*. Praha: Portál.
- Štěpánek, P. (2016). *Deprese a suicidalita u polytraumatizovaných adolescentních dívek*. Disertační práce. Brno: Masarykova Univerzita. Získáno 6. července 2018 z: <https://is.muni.cz/th/kkmj6/>.
- Štěpaník, P. (2017). Dítě týrané nebo zneužité blízkým dospělým. In Matoušek, O. (Ed.), *Dítě traumatizované v blízkých vztazích* (21–28). Praha: Portál.
- Šturma, J. (2006). Specifické poruchy učení a chování. In Říčan, P., Krejčířová, D., et al. *Dětská klinická psychologie* (155–179). Praha: Grada.
- Šulová, L. (2016). *Raný psychický vývoj dítěte*. Praha: Karolinum.
- Vágnerová, M. (2014). *Současná psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál.
- Van der Kolk, B. (2015). *The body keeps the score*. Penguin Books.
- Van der Kolk, B. (2017). *The body keeps the score: Integrations of mind, brain and body in treatment of trauma*. Congress Attachment and Trauma: Human Evolution and Recovery. Sborník příspěvků (s. 157–236). Rome: Istituto di Scienze Cognitive.
- Van Hoof, M. J. (2017). Symptoms extend beyond the diagnosis of PTSD. *European Society for Child and Adolescent Psychiatry*. Získáno 10. března 2018 z: http://www.escap.eu/research/child-abuse-and-neglect/?utm_medium=email/.
- Vizinová, D., & Preiss, M. (1999). *Psychické trauma a jeho terapie*. Praha: Portál.

- Vojtíšková, M. (Ed.). (2016). *Mlčení bolí. Postřehy z desetileté praxe intervenčních center r.* Praha: Asociace pracovníků intervenčních center ČR.
- Vojtíšková, M. (2016). Vítejte v našem světě. In Vojtíšková, M. (Ed.), *Mlčení bolí. Postřehy z desetileté praxe intervenčních center* (11–15). Praha: Asociace pracovníků intervenčních center ČR.
- Yehuda, R. (1997). *Psychobiology of posttraumatic stress disorder*. New York: Academy of Sciences.
- 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.
- Zagatová, V. (2018). *Nové služby v péči o pedopsychiatrické pacienty – multidisciplinární tým a jeho místo v systému péče o ohrožené děti*. Konference Mluvme spolu o násilí. Praha. Ministerstvo vnitra.
- Zelinková, O. (2015). *Poruchy učení: dyslexie, dysgrafie, dysortografie, dyskalkulie, dyspraxie, ADHD*. Praha: Portál.
- Zero to Three (2016). *DC:0–5™: Diagnostic classification of mental health and developmental disorders of infancy and early childhood*. Washington, DC: Zero to Three.
- Zittová, A. (2019). *Sociální vztahy u dětí se syndromem ADHD v předškolním a mladším školním věku*. Diplomová práce. Olomouc: Univerzita Palackého.

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha 1: Abstrakt disertační práce

Příloha 2: Abstract of Thesis

Příloha 3: Seznam použitých zkratk

Příloha 4: Seznam tabulek

Příloha 5: Otázky polostrukturovaného rozhovoru

Příloha 6: Přepis kódování rozhovoru – ukázka

Příloha 1: Abstrakt disertační práce

Název práce: Psychická a vývojová traumata u dětí: shody se syndromem ADHD, rozdíly a diagnostická rozlišení

Autorka práce: PhDr. Leona Jochmannová

Školitelka: doc. PhDr. Irena Sobotková, CSc.

Počet stran a znaků: 129 stran, 242 270 znaků

Počet příloh: 6

Počet titulů použité literatury: 132

Abstrakt (864–998 zn.): Cílem výzkumu bylo zjistit traumatizující události v anamnéze zkoumaných dětí a také symptomy, které korespondují s jinými diagnostickými kategoriemi se zvláštním zaměřením na syndrom ADHD. Práce zkoumala, jak byly tyto symptomy interpretovány v rámci následujících tří resortů – zdravotnictví, školství a sociální péče. Výzkumný soubor zpracovával 154 případových studií jednotlivých dětí. Všechny děti zapojené do tohoto výzkumu měly v anamnéze alespoň dvě traumatizující události a projevy, které neodpovídaly jejich věkové normě. Hlavními metodami získávání dat byly polostrukturované rozhovory a analýzy dostupných dokumentů. Bylo zjištěno, že většina zkoumaných dětí byla traumatizována emoční deprivací, ranými traumaty a psychosociálními traumaty. Nejčastější symptomy u všech zkoumaných dětí byly srovnatelné s diagnózou PTSD a syndromem ADHD. Závěry konstatují, že systémy péče o děti v České republice vykazují rozdíly v diagnostice a následné péči u dětí s historií traumatu v anamnéze.

Klíčová slova: trauma, PTSD, syndrom ADHD, poruchy chování, poruchy pozornosti

Příloha 2: Abstract of Thesis

Title: Psychological and Developmental Traumas in Children: Compliance with ADHD, Differences and Diagnostics Resolutions

Author: PhDr. Leona Jochmannová

Supervisor: doc. PhDr. Irena Sobotková, CSc.

Number of pages and characters: 129 pages, 242 270 characters

Number of appendices: 6

Number of references: 132

Abstract (930–1098 characters): The research goals were to find out traumatizing events in children's medical history and symptoms that corresponded to other diagnostic categories with a special focus on the ADHD syndrome. The work explored how the expressions were interpreted by each of the following three systems – Education, Health and Social Care. This was achieved by analysing case studies of 154 individual children. All children involved in the research had suffered from at least two traumatising situations and expressed themselves in ways that did not correspond to their age norm. The main methods were semi-structured interviews and analyses of accessible documents. The results: most of the time, the children were traumatized by emotional deprivation, early-in-life traumas, and social traumas. The most frequent observed symptoms of all the examined children were comparable with the diagnosis of PTSD and the ADHD syndrome. In conclusion, the research has confirmed that childcare systems in the Czech Republic show differences in diagnosis and a follow-up care of children with a history of a traumatic event.

Key words: trauma; PTSD; ADHD syndrome; behavioural disorders; attention deficit disorders

Příloha 3: Seznam použitých zkratk

ADHD (attention deficit hyperactivity disorder) – porucha pozornosti s hyperaktivitou

aMCC – přední a střední cingulární kůra

ANS – autonomní nervový systém

APA – American Psychiatric Association

CAN – syndrom týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte

CNS – centrální nervová soustava

Dg. – diagnóza

DN – domácí násilí

DSM-5 – Diagnostický a statistický manuál, verze 5

DSM-4 – Diagnostický a statistický manuál, verze 4

IT závislost – závislost na informačních technologiích

MKN-10 – Mezinárodní klasifikace nemocí, 10. revize

MPSV – Ministerstvo práce a sociálních věcí

MŠMT – Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy

PPP – pedagogicko-psychologická poradna

PTSD (Posttraumatic Stress Disorder) – posttraumatická stresová porucha

PPP – pedagogicko-psychologická poradna

OSPOD – orgán sociálně-právní ochrany dětí

SAS – sociálně aktivizační služba pro rodiny s dětmi

SPU – specifické poruchy učení

Syndrom CAN – syndrom týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte

SVP – středisko výchovné péče pro děti a mládež

VTP – vývojová traumatická porucha

ZDVOP – zařízení pro děti vyžadující okamžitou pomoc

Příloha 4: Seznam tabulek

Tab. 1: Výběrový soubor odborných pracovníků

Tab. 2: Výběrový soubor dětí

Tab. 3: Počty dětí s výskytem subkategorií závažných traumat

Tab. 4: Počty dětí s výskytem subkategorií rodinné a psychosociální problematiky

Tab. 5: Počty dětí s výskytem subkategorií traumat z předčasného odloučení a poruch attachmentu

Tab. 6: Počty dětí s výskytem subkategorií raných traumat

Tab. 7: Počty dětí s výskytem subkategorií fyzických traumat

Tab. 8: Souhrnná tabulka kategorií traumat celkově a v jednotlivých oblastech péče

Tab. 9: Absolutní a relativní četnosti symptomů v kategorii TA (PTSD a ADHD)

Tab. 11: Absolutní a relativní četnosti symptomů v kategorii AN (ADHD a neurovývojové poruchy)

Tab. 10: Absolutní a relativní četnosti symptomů v kategorii T (PTSD)

Tab. 12: Absolutní a relativní četnosti symptomů v kategorii DP (symptomy duševních poruch a atypického chování)

Tab. 13: Absolutní a relativní četnosti symptomů v kategorii S (somatické projevy)

Tab. 14: Absolutní a relativní četnosti symptomů v kategorii SP (specifické projevy nezařaditelné)

Příloha 5: Otázky polostrukturovaného rozhovoru

A. Okruhy anamnestických údajů

1. Raná anamnéza:

- Byly nějaké významné okolnosti v souvislosti s těhotenstvím? Například chtěnost/nechtěnost dítěte, předchozí těhotenství, IVF, stres v těhotenství, zdravotní komplikace, rizikové těhotenství a podobně. Jaký je zdravotní stav rodičů a sourozenců? Jsou v rodině nějaká onemocnění nebo závažné stresy?
- Jaké byly okolnosti porodu? Například indikovaný, předčasný, jakékoliv komplikace při porodu. Přidružení dítěte, inkubátor, nízká porodní váha, odloučení od matky. Měla matka nějaké zdravotní komplikace?
- Jak probíhal první rok života? Psychomotorický vývoj, kojení, spánek, nemoci.
- Došlo v prvních třech letech k nějaké separaci od matky na delší dobu? Pokud ano, tak kdo dítě hlídal a jak často? Byla to stejná osoba? Chodilo dítě do jeslí?
- Byly v prvních třech letech nějaké významné události zdravotní nebo sociální? Například narození sourozence, nemoci, lékařské zákroky, úrazy.
- Odkdy dítě spalo samostatně, jak probíhala tato separace a jak na ni dítě reagovalo?

2. Předškolní věk:

- Jaké významné události se vyskytovaly v předškolním věku? Jak proběhl nástup do mateřské školy, od kolika let? Jak se tam dítě projevovalo?

3. Mladší školní věk a dospívání:

- Podobné okruhy otázek týkající se jakýchkoli událostí v rodině, ve škole, v souvislosti se zdravotním stavem.
- Jak proběhl nástup do školy, byl odklad školní docházky? Byly nějaké zvláštnosti v kontaktu s vrstevníky, začleněním do kolektivu?
- Byly nějaké významné události v souvislosti s přechodem na druhý stupeň?

B. Okruhy projevů chování

1. Pozorovatelné chování:

- Dalo by se dítě nějak fyzicky popsat? Barva obličeje, pohyby, nápadnosti v chování.
- Liší se v něčem od ostatních dětí na první pohled?
- Jsou na něm vidět emoce? Je někdy agresivní? Jakým způsobem?
- Jak se chová, když je rozrušené?
- Co ho uklidní?
- Je někdy malátné, zpomalené nebo jakoby nepřítomné?
- Je někdy přecitlivělé na podněty?

2. Sociální vztahy:

- Jak vychází s vrstevníky? Je raději sám, nebo mezi dětmi? Je nějaký rozdíl v chování ve škole, doma a v zájmových kroužcích? Má nějaké blízké kamarády?
- Jaké má zájmy? Tráví čas u počítače nebo s mobilem? Jak dlouho? Co hlavně dělá?
- Jak řeší konflikty?

3. Sexualita:

- Projevuje se dítě nějak sexuálně? Například masturbace, osahávání dětí, sledování pornografie a podobně?

4. Výkonová a kognitivní oblast:

- Jak se dítě soustředí? Jsou v soustředění nějaké výkyvy?
- Jsou nějaké problémy s pamětí? Krátkodobou nebo dlouhodobou? Jak se to konkrétně projevuje?
- Jsou ve školním výkonu nějaké výkyvy? Jak vypadá prospěch? Které předměty ho baví, které ne?
- Má nějakou vadu řeči? Jak komunikuje?
- Jsou u něj poruchy učení? Problémy s koordinací? Jakou má jemnou motoriku?

5. Problémové chování:

- Má dítě nějaké kázeňské problémy? Jaké? Jak dlouho trvají? Kdo si na ně hlavně stěžuje? Dají se uvést nějaké příklady?

6. Psychické poruchy:

- Jsou u dítěte diagnostikované nebo nediodagnostikované psychické problémy?
- Bojí se něčeho přehnaně? Vyhýbá se něčemu? Má z něčeho paniku?
- Má tiky? Dochází někdy k třesu?

7. Zdravotní problémy:

- Vyskytují se u něj nějaké opakované zdravotní obtíže? Jak často? Pokud ano, léčí se s nimi?
- Má nějaké bolesti? Kde?

8. Specifické projevy:

- Projevují se u dítěte nějaké zvláštnosti v chování? Jakého typu? Lze uvést příklady?
- Jak reaguje na změny?
- Má nějaké specifické reakce na vodu, tmu?
- Sebepoškozovalo se někdy?
- Mluvílo někdy o sebevraždě?
- Mluví jeho okolí o manipulacích z jeho strany?
- Pečuje o někoho, chrání někoho?
- Chová se někdy jako malé dítě?
- Jak reaguje na fyzickou blízkost jiné osoby?

Příloha 6: Přepis kódování rozhovoru – ukázka

Přepis části rozhovoru	Kódování
„Od té události se hodně změnil. Trvá to už asi 8 měsíců. Všechno se ho dotkne, je přecitlivělý“.	Hypersenzitivita.
„Přestal mluvit a vlastně celkově komunikovat. Stáhl se do sebe. Schovává se za dospělé, hlavně za B. Komunikuje jenom s rodinou“.	Hypoaktivita
„Nedokáže spát sám v posteli, musí mít rozsvícené světlo, v noci křičí ze spaní. Musí být u něho někdo, když usíná, většinu z noci je tam s ním rodič“.	Hypervigilita. Spánek, děsy.
„Začaly problémy s jídlem, odmítá jídlo, vzteká se, někdy nejí vůbec“.	Poruchy příjmu potravy.
„Hraje si hlavně sám, vyhýbá se vrstevníkům“.	Vztahové problémy. Sebekontrola.
„Povídá si pro sebe“.	Disociace.
„Opakovaně si hraje si na tu událost“ (popis hry).	Nutková hra – rigidita, stereotypie.
„Ve škole je plačtivý, vlastně je plačtivý pořád“.	Úzkost.
„Do toho má záchvaty vzteku a agresivity. Někdy máme z něj dojem, že dělá naschvály, že třeba něco schválně nechce udělat“.	Agresivita. Negativismus, vzdor.
„Několikrát se už pomočil“.	Enuréza.
„Cumlá si palec, začal se rozmazlovat, chodí s plyšákem“.	Regrese.
„Má zhoršený výkon, špatně se soustředí na běžné úkoly“.	Poruchy pozornosti.