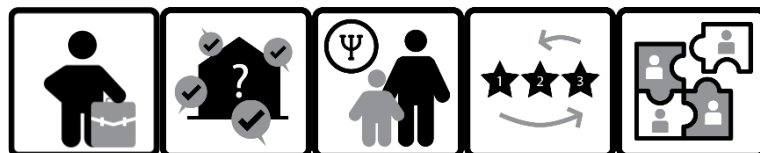


# Odborné postupy

## v pedagogickej a poradenskej praxi

### Dieťa s posttraumatickou stresovou poruchou v systéme poradenstva a prevencie



#### Kompetenčný rámec:

ZARIADENIE	Zariadenie poradenstva a prevencie
ODBORNÝ ZAMESTNANEC	psychológ
VEKOVÁ KATEGÓRIA	ZŠ, SŠ, VŠ
FORMA	individuálna
VYPRACOVALI	Mgr. Soňa Pribusová
KONZULTOVALA	Mgr. Miroslava Rýdza
DÁTUM	December 2021

# Dieťa s posttraumatickou stresovou poruchou v systéme poradenstva a prevencie

---



## Úvod do problematiky

Ľudia prežívajú ťažké udalosti v živote rôzne. To, čo môže byť pre jedného traumatizujúce, nemusí byť pre iného. Posttraumatickou stresovou poruchou (ďalej len PTSP) nazývame úzkostnú poruchu, ktorá sa rozvíja charakteristicky bezprostredne alebo v odstupe času od traumatickej udalosti (dni, týždne, mesiace, výnimočne aj roky po traumatickom zážitku). Traumatickou nazývame udalosť, ktorá je silne emočne vypätá, stresujúca a svojou závažnosťou presahuje bežné životné situácie. Podľa Kocourkovej a Koutka (2017) sa traumatické udalosti delia na dva typy. Prvým typom je náhla **nepredpokladateľná udalosť**, druhým **chronicky sa opakujúca traumatická skúsenosť**, pri ktorej môže dieťa predpokladať jej opakovanie a nedokáže sa jej vyhnúť. Môže sa stať, že sa tieto dva typy traumatických zážitkov **prelínajú**, alebo môže dôjsť aj k **následnej traumatizácii** (napríklad necitlivé jednanie zo strany vyšetrujúcich). Môže ísť o prírodné katastrofy ako požiare, hurikány, zemetrasenia, ale aj o autohavárie, vojnové konflikty a traumy spôsobené inými ľuďmi (prepadnutie, znásilnenie, zneužívanie). Prevalencia PTSP je podľa Kusej (2006) asi dvadsaťkrát vyššia u jedincov psychicky narušených, trpiacich somatizáciou, schizofréniou, panickou poruchou. Výskumy preukázali, že až 98,8% osôb, ktoré trpeli PTSP, súčasne trpelo najmenej jednou psychiatrickou poruchou (najčastejšie zneužívanie alkoholu, generalizovaná úzkostná porucha, depresia). Väčšinou sa teda rozvíja u ľudí disponovaných, jedincov, ktorí sú oslabení dlhodobým psychickým vypätím, fyzickou únavou a vyčerpaním alebo tých, ktorí sú vystavení závažnej zmene v interpersonálnych vzťahoch. (Pidrman, 2007).

Výskum realizovaný na slovenskej dospeléj populácii uvádza, že až 41% dospelých zažilo v detstve nejaký typ traumatizácie (u 35,8% fyzické zanedbávanie, 17,1% emočné zanedbávanie, 6,7% sexuálne zneužívanie, 11% fyzické týranie a 11,7% emočné týranie), (Kaščáková et.al., 2020).

PTSP sa podľa výskumov v detskej populácii vyskytuje v 30-60% prípadov, kedy dieťa zažije traumatizujúcu udalosť (Kaminer et.al, 2005). Traumatickú skúsenosť má okolo 15-43% dievčat a 14-43% chlapcov. Possttraumatická stresová porucha sa následne vyvinie u 3-15% dievčat a 1-6% chlapcov (US National center for PTSD, 2014).

## Symptomatológia

V minulosti prevládali predstavy, že deti sa s traumatickou skúsenosťou vyrovnávajú ľahšie, symptómy sú len prechodné a na traumatickú udalosť môžu časom zabudnúť. Dnes už vieme, aj vďaka novým poznatkom z neurobiológie, že trauma u detí je rovnako závažná ako u dospelých.

Diagnostický manuál (DSM-IV) prišiel ako prvý s rozlišovaním symptomatológie klinického obrazu u dospelých, adolescentov a detí od 6 rokov a klinického obrazu poruchy pre deti do 6 rokov. U detí mladších ako 6 rokov popisuje ako príčinu traumy aj udalosť, kedy okrem vlastného ohrozenia môžu byť traumatickej udalosti vystavení iní ľudia (hlavne primárni opatrovatelia) a dieťa je „len“ svedkom tejto udalosti. Rovnako môže byť traumatizujúcou udalosť, kedy sa dieťa dozvie o tom, že sa jeho blízkym ľuďom niečo stalo. PTSP sa môže vyskytnúť v akomkoľvek veku po 1. roku života.

V skratke sú typickými príznakmi PTSP:

- *znovuprežívanie* (opakujúce sa živé spomienky na traumatickú udalosť),



- *vyhýbanie* (dieťa sa snaží vyhýbať všetkému, čo mu traumou pripomína, čím sa jeho život obmedzuje a zužuje),
- *negatívne zmeny v nálade, myslení a emóciách*,
- „*nabudenie*“ (*hyperarousal* – stav zvýšeného nabudenia organizmu, je tzv. v strehu, očakávaní nebezpečenstva),
- *disociácia* (odpojenie sa od vlastného prežívania, ako ochranný mechanizmus psychiky).

U detí sa znovuprežívanie traumy prejavuje špecificky, najmä *opakujúcou sa hrou* alebo *nočnými morami/desmi*, v ktorých opakovane zažívajú hrôzu z traumy. Trauma sa môže prejavovať aj ako *emočné oploštenie* a disociácia, alebo naopak ako *náhly nával silných emócií*, ktoré prichádzajú bez predchádzajúceho podnetu alebo zjavného dôvodu.

### **Rizikové a protektívne faktory**

Dôležitú úlohu v rozvoji PTSP alebo pri integrovaní traumatických zážitkov zohrávajú rizikové a protektívne faktory, ktoré ovplyvňujú rozvoj poruchy, ale aj priebeh jej liečby.

Za protektívne faktory, ktoré chránia pred vznikom PTSP, sa podľa mnohých autorov, považujú najmä stabilita pred traumou, schopnosť mobilizovať individuálne zdroje a skúsenosti so zvládaním problémov v minulosti, chápanie seba, zachovanie si pocitu kontroly a zmysluplnosti („sense of coherence“). Prognózu zlepšuje aj dobre rozvinutý pocit sebaúčinnosti, tendencia k aktívnemu čeleniu záťažiam, a nie k vyhýbavému správaniu, schopnosť podeliť sa s ťažkosťami (Flatten et al. 2004; Frommberger et al., 2011). Posledný autormi uvádzaný faktor, ovplyvňujúci vznik poruchy, by mohol do veľkej miery podľa Hašta (2005) súvisieť s bezpečným typom vzťahovej väzby. Ako rozhodujúci rizikový faktor sa podľa Hašta a Vojtovej (2012) ukazuje **pocit straty kontroly nad udalosťou**. Ďalšími sú najmä: očakávanie zlých dôsledkov pre vlastné zdravie a budúcnosť, fyzické poranenie (prípadne poranenie alebo smrť druhého človeka), miera intenzity a trvania udalosti. Ako ďalšie nemenej významné rizikové faktory boli identifikované: ženské pohlavie, zážitky odlúčenia v detstve, predchádzajúce fyzické alebo somatické ochorenia, malá podpora zo strany rodiny a komunity. Vznik poruchy je do vysokej miery ovplyvnený vyššie uvedenými rizikovými faktormi. Je však potrebné vziať do úvahy, že tieto síce zvyšujú pravdepodobnosť vzniku PTSP po zažitej traumatickej udalosti, avšak aj pri ich výskyte sa PTSP nemusí prejaviť. Na druhej strane sa môže stať, že po ťažkej traume sa aj u stabilnej, intaktnej osobnosti, pre ktorú neplatí žiadny rizikový faktor, môže rozvinúť PTSP (Hašto, Vojtová 2012; Frommberger et al. 2011).

### **Základné princípy**

Posttraumatická stresová porucha je liečiteľná. Úlohou odborného tímu poradenského centra je zachytiť pomerne špecifickú paletu symptómov PTSP (najmä po indikácii traumatického zážitku v anamnéze dieťaťa). Dieťa je následne odoslané ku klinickému psychológovi a pedopsychiatrovi, kvôli potvrdeniu diagnózy a následnej liečbe. Po určení diagnózy PTSP, pokiaľ to psychický stav dieťaťa vyžaduje, môže odporučiť vzdelávanie formou individuálneho učebného plánu. Dieťa následne ostáva v starostlivosti centra poradenstva, kde je mu poskytovaná komplexná špeciálno-pedagogická a psychologická starostlivosť.

Psychologické asociácie a medzinárodné inštitúty pre starostlivosť o duševné zdravie na liečbu PTSP najčastejšie odporúčajú kognitívno-behaviorálna terapia (ďalej len KBT), EMDR, predĺženú expozičnú terapiu, terapiu zameranú na zvládanie stresu a kognitívnu terapiu (APA, 2017, NICE 2018, ISTSS, 2018). Súčasťou liečby má byť psychoedukácia týkajúca sa reakcií na traumy, stratégie na zvládanie nabudenia (ako riadené dýchanie, biofeedback a pod.), intenzívnych krátkych spomienok na traumy (flashbackov) a plánovania bezpečia. Bližšie liečbu popisujeme v postupe činnosti. Farmakoterapia (väčšinou formou antidepresív skupiny SRRI) sa aplikuje v prípadoch, kedy psychoterapeutické intervencie nevedú k odzneniu symptómov.



## Ciele



Popísanie možností starostlivosti, ktorú môže poskytnúť psychológ dieťaťu s PTSP v poradenskom zariadení. Čo je úlohou poradenského zariadenia v prípade diagnózy posttraumatická stresová porucha?

1. Identifikácia a prvotné posúdenie ťažkostí klienta (anamnestický skríning), v prípade podozrenia na symptomatológiu PTSP, odporúčenie na ďalšie vyšetrenie ku klinickému psychológovi, v závažnejších prípadoch aj ku pedopsychiatrovi.
2. Diagnostika kognitívnych a školských schopností dieťaťa PTSP za účelom posúdenia vplyvu poruchy na kognitívne schopnosti a na školský výkon dieťaťa a za účelom nastavenia odporúčaní do edukačného procesu.
3. Prevencia – preventívne programy zamerané na duševné zdravie, krízová intervencia.
4. Spolupráca s ostatnými odborníkmi, ktorí majú dieťa v starostlivosti.

## Postup riešenia

---

### 1. Diagnostika

Prvotná diagnostika v centre poradenstva sa zameriava najmä na **zachytenie symptomatológie poruchy a traumatickej udalosti v anamnéze dieťaťa**. Po príchode klienta do centra poradenstva realizuje psychológ anamnestický rozhovor s rodičom/ZZ, ktorý môže podporiť anamnestickým dotazníkom. Psychológ sa zameriava najmä na podrobnú anamnézu dieťaťa – zdravotnú, rodinnú aj školskú, v snahe nájsť možnú traumatizujúcu udalosť. Konzultácia s rodičom/ZZ sa vykonáva individuálne, bez prítomnosti dieťaťa. V závere prvého stretnutia je potrebné rodiča usmerniť, ako k dieťaťu pristupovať do času ďalšieho stretnutia a ako dieťa na stretnutie so psychológom pripraviť (nezatajovať, že ide do poradne, vysvetliť mu kto je psychológ, ako bude prebiehať návšteva, prípadne čo sa ho môže psychológ pýtať a prečo).

Prvé stretnutie s dieťaťom sa zameriava najmä na vytvorenie vzťahu a získanie informácií o ťažkostiach dieťaťa z jeho pohľadu. Ak ide o dieťa mladšie (predškolský a mladší školský vek), využívame hlavne získané informácie o anamnéze z okolia dieťaťa – pedagóg/rodič a realizujeme diagnostiku najmä prostredníctvom pozorovania, projektívnych techník, kresby a hry dieťaťa. Pri posudzovaní symptomatológie PTSP je potrebné brať do úvahy aktuálne vývinové štádium dieťaťa a vzťahy v rodine a jeho okolí. Ak psychológ narazí v anamnéze dieťaťa na traumatizujúcu udalosť, je potrebné uvažovať o možnosti rozvoja poruchy, najmä ak ide o dieťa disponované (rizikové faktory prispievajúce ku vzniku poruchy opisujeme podrobnejšie vyššie, v časti úvodné informácie). Ak má psychológ podozrenie na rozvinutú symptomatológiu PTSP, dieťa odosiela na odborné vyšetrenie ku klinickému psychológovi, ktorý vykoná diferenciálnu diagnostiku (následne, ak tak neurobil klinický psychológ, môže poradenský psychológ vykonať podrobnejšiu diagnostiku kognitívnych schopností, aby sa určila miera vplyvu poruchy a ťažkostí dieťaťa na jeho kognitívny výkon).

Ak klinický psychológ potvrdí diagnózu PTSP, môže po posúdení psychického stavu dieťaťa odporučiť individuálne vzdelávanie alebo individuálnu integráciu v bežnej triede ZŠ/SŠ. Ak odporúčania do edukačného procesu nevypracoval klinický psychológ, urobí tak dodatočne poradenský psychológ v spolupráci so špeciálnym pedagógom. Špeciálny pedagóg môže zároveň v prípade potreby realizovať špeciálnopedagogickú diagnostiku, aby sa určila miera vplyvu poruchy na školské zručnosti dieťaťa a vylúčili sa poruchy učenia.



## 2. Liečba a terapia

V niektorých špecifických prípadoch a po dohode s klinickým psychológom (napríklad ak dieťa nechce pracovať s nikým iným, alebo má klinický psychológ plné kapacity), môže terapeutickú liečbu vykonávať aj poradenský psychológ (v prípade, ak disponuje akreditovaným vzdelávaním v terapeutických intervenciách).

V tom prípade platia tri hlavné zásady práce s dieťaťom postihnutým PTSP:

### 1. účasť a porozumenie

Dieťa musí nadobudnúť pocit, že rozumieme jeho utrpeniu, ktoré v spojitosti so symptómami poruchy prežíva a sme na neho empaticky naladení.

### 2. vysvetlenie poruchy

Zahrňa edukáciu o klinickom obraze a výskyte poruchy. Niektoré deti majú pocity hanby a viny, po traumatických udalostiach často trpia pocitom, že len ony jediné majú takýto problém. Preto je úlohou terapeuta dieťaťu vysvetliť, že porucha je liečiteľná a vyskytuje sa bežne, po traumatických udalostiach. Jazykom dieťaťu vlastným je potrebné edukovať ho o prejavoch poruchy a o tom, ako môžu zasahovať do jeho života (pri mladších deťoch môžeme edukáciu zvoliť aj formou príbehu).

### 3. vysvetlenie liečby a prognózy poruchy

Najčastejšie využívaným typom terapie je **na traumou zameraná KBT**. V rámci terapie sa terapeut snaží o integráciu traumatického zážitku do celku osobných skúseností človeka. Terapeut najskôr dieťa edukuje (jazykom prispôsobeným vývinovej úrovni a intelektovým schopnostiam) o poruche a jej vplyve na jeho prežívanie a správanie. Na nasledujúcich sedeniach je dieťa vystavené podnetom, ktoré pripomínajú alebo súvisia s traumatickou udalosťou (napr. prostredníctvom predstáv – riadená imaginácia, alebo v rozhovore). Toto cvičenie je potrebné opakovať niekoľkokrát, pokiaľ sa dostaví desenzitizácia a zmierni sa emocionálna reakcia a arosual spojený s traumatickou udalosťou. Technika expozície – vystavovania stresovým podnetom v kombinácii s relaxáciou vedie k zmierneniu negatívnych pocitov a emócií, čo má za následok aj zmeny v správaní (hlavne zníženie výskytu vyhýbavého správania). Terapia sa okrem toho zameriava aj na automatické myšlienky (ich reštruktúraciu) a prácu s jadrovými presvedčeniami. U detí sa s myšlienkami pracuje pomocou pracovných listov, tabuliek a projektívnych techník (Longauerová, Bačišinová, Šanta, 2008). Trapeutické techniky KBT sú v praxi často kombinované s **relaxačnými technikami** ako autogénny tréning, riadená imaginácia, Jacobsonova progresívna svalová relaxácia (ďalej len JPSR), mindfulness a pod. Ak ide o deti mladšie – predškolský a mladší školský vek, odporúčame **terapiu hrou**. Táto nenásilným a dieťaťu prirodzeným spôsobom pomáha integrovať traumatické zážitky do celku osobnosti dieťaťa a vysporiadať sa s nimi.

Deti s PTSP liečené terapeuticky, môžu byť na prechodné obdobie oslobodené od školskej dochádzky. Po návrate do školského prostredia môžu byť deti s PTSP terčom šikany, ich symptómy sa môžu zhoršiť (pokiaľ trauma súvisí so školským prostredím), školský výkon môže klesať z dôvodu negatívneho vplyvu traumy na kognitívne schopnosti. V takomto prípade sa do spolupráce zapája aj ŠPT, ktorý dieťaťu poskytuje každodennú starostlivosť. Ak trauma súvisí so školským prostredím, je potrebné zachytiť symptómy čo najskôr, pretože prostredníctvom vyhýbavého správania si dieťa môže v extrémnych prípadoch „napodmieňovať“ školskú fóbiu (v oboch prípadoch - PTSP aj školskej fóbie sa terapeuticky pracuje s automatickými myšlienkami, ich reštruktúraciou a postupnou expozíciou).

Ak terapeutická pomoc nestačí a symptomatológia pretrváva (je rezistentná), je do spolupráce prizvaný aj psychiater, ktorý predpisuje **psychofarmakologickú liečbu**. Táto by nemala byť dlhodobá, ale len doplnková, na stabilizáciu psychického stavu alebo ako pomoc pri vyrovnávaní sa s niektorými symptómami poruchy popri terapeutickú liečbu.



Deti, u ktorých sa vyvinie PTSP, väčšinou netrpia len na túto poruchu. PTSP sa podľa výskumov vyvinie častejšie u jedincov disponovaných (trpiacich úzkosťami, somatizáciou – napr. bolesti brucha, hlavy nauzea, poruchy spánku; depresiou a pod.). Preto by liečba mala byť komplexná a zaoberať sa aj týmito problémami, v spolupráci s ďalšími odborníkmi (napr. pedopsychiater, neurológ, gastroenterológ, imunológ a pod.).

### 3. Krízová intervencia po traumatickej udalosti

Krízová intervencia (ďalej len KI) by mala zahŕňať akútnu odbornú pomoc v čase krízovej udalosti (štandardne sa poskytuje **po 48 až 36 hodinách od krízovej udalosti**). Vykonáva ju odborný zamestnanec poradenského zariadenia/školy – psychológ s ukončeným výcvikom v oblasti krízovej intervencie. KI sa vykonáva skupinovo alebo individuálne. Pri skupinovej KI (väčšinou realizovaná v školách na podnet rodičov/vedenia školy – ZŠ, SŠ po traumatickej udalosti) ju vykonávajú dvaja odborní zamestnanci. Jeden je facilitátor a vedúci, druhý je zástupca, prípadne zapisovateľ, v prípade potreby ošetruje deti, ktoré sa nechcú zúčastniť skupinovej KI alebo z nej odídu (možnosť vzdaliť sa je ponúknutá všetkým účastníkom KI).

KI by mala byť v prvom rade **edukatívna**. Odborní pracovníci informujú a edukujú deti o tom, čo je traumatická udalosť, **aké sú bežné reakcie a normalizujú prežívanie, pocity, emócie a myšlienky spojené s traumatickou udalosťou**. Ďalej vysvetľujú úlohu protektívnych faktorov, **podporujú vnútorné zdroje detí**, z ktorých by mohli v čase nepohody čerpať. Krízová intervencia slúži aj na pozorovanie detí a vytipovanie rizikových jedincov. Na záver je deťom ponúknutá možnosť individuálnej pomoci, ak by sa objavili symptómy PTSP alebo by pretrvávali negatívne emócie spojené s traumatickou udalosťou aj po niekoľkých týždňoch a ich intenzita by narúšala fungovanie a bežný život detí. Pre prípad potreby im odborní pracovníci zanechávajú **zoznam kontaktov odbornej pomoci** (uvádzajú zoznam odborníkov, centier poradenstva, telefonických liniek pomoci a internetovej poradne, tieto nechávajú v triede pre prípad potreby).

### 4. Preventívne aktivity a programy

Realizujú sa pre vybrané ročníky ZŠ a SŠ. Ich obsahom sú najmä prednášky, diskusie a zážitkové aktivity na tému duševného zdravia, prevencie duševných ochorení a závislostí. V rámci prevencie duševných ochorení sa deti stretávajú aj s PTSP, jej prejavmi, komorbiditou a informáciami o možnostiach pomoci a liečby (obsahujú aj nácvik riadeného dýchania – pre upokojenie a zvládnutie akútnej paniky/krízy, hľadanie vnútorných zdrojov a zvládacích stratégií v čase krízy, kontakty na linky pomoci a odborníkov). Ako prevencia voči duševným ochoreniam sa odporúča najmä sociálna podporná sieť, fyzická aktivita, vyvážená strava a dostatok tekutín, dostatok spánku, relaxácie/meditácie, „mať sa každý deň na čo tešiť“, akceptovanie svojich pocitov a emócií (aj tých negatívnych) – uvedomiť si ich, prijať ich existenciu a nechať ich plynúť.

Preventívne programy a aktivity je tiež možné realizovať pre vybrané skupiny detí alebo jedincov, u ktorých je zvýšená pravdepodobnosť výskytu PTSP po traumatickej udalosti v živote (deti z CDR, deti po rozvoze rodičov, obeť domáceho násillia a pod.). Skupina by mala byť v tomto prípade homogénna a uzavretá, s počtom najviac 8 klientov. Programy realizujú psychológovia zariadení poradenstva a prevencie v spolupráci so sociálnymi pedagógmi alebo liečebnými pedagógmi. V tomto prípade sa prikladá dôraz na skupinovú dynamiku a liečivú schopnosť zdieľania vlastných skúseností s traumatickým zážitkom, možnými reakciami naň a získanie korektívnej skúsenosti v skupine, ktorá prispieva k postupnému vybudovaniu pozitívneho sebacitu a sebaobrazu.

Medzi preventívne aktivity pri PTSP patrí aj vzdelávanie a edukovanie pedagogických zamestnancov škôl.

Preveniou však môžeme chápať aj priamu intervenciu psychológa, ktorý napríklad pripraví dieťa na náročnú životnú udalosť, ktorá sa blíži a je potenciálne traumatizujúca – lekársky zákrok, rozvod rodičov, blížiaci sa strata ťažko chorej blízkej osoby a pod.



Ďalej to môže byť priamy zásah do rodinného prostredia, ktoré je samo o sebe pre dieťa traumatizujúce/ohrozujúce. Napríklad, ak má psychológ vedomosť o zanedbávaní dieťaťa, fyzickom/psychickom týraní a i., mal by upovedomiť príslušné orgány.



## Výstup činnosti

Osobný spis by mal obsahovať:

- žiadosť a informovaný súhlas zákonného zástupcu o zaradenie dieťaťa do starostlivosti v CPP,
- anamnestické údaje,
- výsledky a závery psychologickej diagnostiky,
- záznamy z práce s projektívnymi technikami,
- správy z odborných vyšetrení, napríklad u pedopsychiatra, klinického psychológa, neurológa,
- záznamy psychológa z vyšetrenia a z konzultácie so zákonným zástupcom,
- záznam z poradenských/terapeutických stretnutí v osobnom spise,
- poradenský/psychoterapeutický kontrakt,
- antisuicidálny kontrakt.

## Spolupráca

**Psychológ zariadenia poradenstva a prevencie** – psychologická diagnostika, psychoedukácia, poradenstvo, prevencia, konzultácie s rodičom/ZZ, psychoterapia, krízová intervencia.

**Špeciálny pedagóg zariadenia poradenstva a prevencie** – v prípade potreby realizuje špeciálnopedagogickú diagnostiku (vplyv poruchy na školské zručnosti, vylúčenie/potvrdenie porúch učenia), realizuje integráciu dieťaťa ako žiaka chorého a zdravotne oslabeného, vypracováva odporúčania do edukačného procesu podľa Vzdelávacieho programu ako súčasť štátneho vzdelávacieho programu pre žiakov chorých a zdravotne oslabených pre primárne a nižšie sekundárne vzdelanie, schváleného Ministerstvom školstva Slovenskej republiky pod číslom CD-2008-18550/39582-1:914 dňa 26. mája 2009.

**Klinický psychológ** – psychologická diagnostika – diferenciálna diagnostika, krízová intervencia, psychoterapia, edukácia dieťaťa a rodiča/ZZ.

**Pedopsychiater** - stanovenie diagnózy, v prípade potreby predpisuje medikamentóznú liečbu, alebo ak ide o závažné život ohrozujúce stavy, môže predpísať aj ústavnú liečbu dieťaťa.

**Všeobecný lekár pre deti a dorast** – pri preventívnych prehliadkach môže identifikovať zmeny v správaní dieťaťa, napríklad po úraze alebo inej zažitej traume (prípadne, ak ho vyhledá rodič/ZZ, ktorý si všimol zmeny v správaní a prežívaní dieťaťa) a odoslať dieťa na vyšetrenie ku klinickému psychológovi. Ak má lekár vedomosť o traume v anamnéze dieťaťa (psychickej, fyzickej) mal by dieťa sledovať a predvídať možnosť rozvinutia PTSP.



**Pedagogický zamestnanec** – môže ako prvý identifikovať zmeny v správaní dieťaťa a upozorniť na ne rodiča/ZZ, prípadne školského psychológa, ak ním škola disponuje. Pristupuje k dieťaťu s PTSP individuálne, empaticky a riadi sa odporúčaniami centra poradenstva.

**Školský psychológ** – identifikácia symptomatológie PTSP na základe rozhovoru, pozorovania a získavania anamnestických údajov od dieťaťa a rodiča, podporné poradenstvo, psychoedukácia, konzultácie pre rodiča/ZZ, ale aj pedagógov, ktorí dieťa s PTSP vyučujú.

**Rodič/ZZ** – aktívna spolupráca so všetkými odborníkmi, ktorí majú dieťa v starostlivosti.

**SPODaSK** – spolupráca s kolíznym opatrovníkom, v prípadoch detí z ústavnej starostlivosti, prípadne ak je rodina dieťaťa v sledovaní sociálnych pracovníkov z dôvodu zanedbávania starostlivosti, ohrozovania vývinu dieťaťa a iných sociálno-patologických javov. Rovnako máme oznamovaciu povinnosť voči dieťaťu, ktoré utrpelo traumou činnosťou rodiny alebo iných blízkych osôb, porušujúcich zákon a ohrozujúcich zdravý vývin dieťaťa.

## Úskalia postupu

---

Niekedy je problematické zachytiť symptomatológiu PTSP, pokiaľ sú deti v nižšom veku a nedokážu dostatočne dobre popísať a vyjadriť vnútorné stavy, emócie a pocity. Koutek a Kocourková (2017) uvádzajú, že mladšie deti sa vyjadrujú skôr behaviorálne, prostredníctvom hry, odbrzdeného, alebo naopak inhibovaného správania, môžu sa prejavovať aj prehnané reakcie na bežné podnety a zvýšená plačlivosť. Školáci sú už schopní popísať udalosti, ale nie vždy svoje vnútorné stavy. Dospievajúci by mali byť schopní popísať vnútorné stavy aj udalosti k nim vedúce, avšak často sú blokovaní strachom, hanbou, vinou a podobne.

V niektorých prípadoch (rodinné násilie, rodina v rozvoze a pod.), môže rodič/ZZ úmyselne zamlčovať niektoré skutočnosti v anamnéze dieťaťa, v snahe chrániť seba/partnera alebo dieťa, a tým komplikuje diagnostiku symptómov a oddaluje možnosť poskytnutia odbornej a efektívnej pomoci dieťaťu. Rodičia problematike často nerozumejú a niektoré otázky môžu vnímať ako ohrozujúce. Je potrebné navodiť atmosféru porozumenia z našej strany a posilniť rodičovské kompetencie tak, aby bol rodič našim spolupracovníkom a nápomocným v liečbe.

Nedostatok pedopsychiatrov, ich preťaženie a dlhé čakanie na termín vyšetrenia.

Nedostatočný počet terapeutov pracujúcich cez zdravotnú poisťovňu tak, aby bola liečba ekonomicky dostupná aj pre sociálne znevýhodnené rodiny.

Ide o poruchu, ktorá je u detí stále nedostatočne preskúmaná a na Slovensku sa jej venuje málo odborníkov (ak sa niektorí špecializujú na PTSP, venujú sa skôr dospelšej populácii).

### Čomu sa vyhnúť

Nesnažiť sa pracovať terapeuticky s traumatizovaným dieťaťom alebo dieťaťom s PTSP, pokiaľ psychológ nedisponuje doplnkovým psychologickým vzdelaním v trauma terapii (na traumou zameraná KBT).

Odporúčanie psychiatrického vyšetrenia za účelom farmakoterapie by nemalo byť samozrejmosťou, ale doplnkovou formou terapie vo výnimočných prípadoch, kedy je stav dieťaťa rezistentný voči terapeutickým intervenciám.





Pri zasiahnutí traumatickou udalosťou sa u väčšiny ľudí neprejavia vážnejšie psychické problémy a dokážu sa s odstupom času a vlastnými silami s týmto zážitkom vyrovnáť.

Necitlivé, odosobnené zaobchádzanie s rodičom/ZZ alebo dieťaťom.

## Doplňujúce informácie

---

### **Kvalifikačné predpoklady:**

Vysokoškolské vzdelanie II. stupňa v odbore psychológia v zmysle platnej legislatívy.

Psychoterapiu vykonáva psychiater, psychológ a iný odborník s absolvovaným výcvikom v danom psychoterapeutickom prístupe certifikovanom odbornou organizáciou v zmysle príslušnej platnej legislatívy.

Certifikované vzdelávanie v krízovej intervencii.

Certifikované vzdelávanie/kurz relaxačných techník – mindfulness, Jacobsonova progresívna svalová relaxácia, autogénny tréning.

### **Zoznam použitých metód:**

#### **Psychologická diagnostika**

- **anamnestický rozhovor** - zber anamnestických dát je teda základom diagnostiky PTSP, v snahe nájsť možnú traumatickú udalosť. V anamnestickom rozhovore so zákonným zástupcom sa odporúča zameriavať na zdravotnú, školskú aj rodinnú anamnézu dieťaťa. Anamnestické údaje je **možné zbierať prostredníctvom štruktúrovaného rozhovoru**, ale aj **pomocou anamnestických dotazníkov** (Connersovej škála pre rodičov CPQ, Connersovej škála pre učiteľov CTQ, dotazník školského hodnotenia žiaka alebo iné dotazníky vyrobené odbornými zamestnancami centra na mieru pre potreby centra poradenstva).
- **štruktúrovaný rozhovor** - ide o rozhovor s vopred stanovenými otázkami, ktorý sa najčastejšie využíva pri úvodnom stretnutí a počiatočnom zbere dát o klientovi (anamnéza, priebeh a opis ťažkostí klienta, s ktorými do centra prichádza).
- **pozorovanie**
  - v ambulantných podmienkach - pozorovanie dieťaťa pri voľnej činnosti (hre) a pri riadenej činnosti (testová situácia).
  - v prirodzenom prostredí - v škole, v rodine
- **posúdenie kognitívnej úrovne dieťaťa:** Kaufmanova hodnotiacia batéria pre deti (Kaufman, 1999), WISC III (Wechsler, 2006) WJIE II (Ruef a kol. 2003), Stanford-Binet IV (Thorndike a kol, 1995). **Následne sa posudzuje úroveň pozornosti a exekutívnych funkcií testami:** Test pozornosti d2-R (Hoegrefe Testcentrum, 2014), Bourdonov test (T-78, Kuruc-Senka-Čečer, 1972), Číselný štvorec (T-3 Jirásek, 1992), Číselný obdĺžnik (T-81, Doležal-Kuruc-Senka, 1972), Test koncentrácie pozornosti (T-52, Kučera 1980), DRČ (T-66, Vokomer, 1922), Sroopov test (T-56, Daniel, 1983). Ako **doplňkové testy** môžu byť použité Rey-Osterriethov test komplexnej figúry TKF (T-65, Rey-Osterrieth, 1959), Test kresby postavy (T-76, Šturma-Vágnerová, 1992).



- **pre získanie informácií o sebaobrazu dieťaťa, jeho emočnom prežívaní a o rodinnom prostredí** môžu byť použité napr.: T-21 B-JEPI (Eysenck, H. J. – Eysenck S. B. G., 1994), T-84 Detský osobnostný dotazník CPQ pre deti (8 – 13 rokov) a T- 88 HSPQ pre mládež, Baum test, Test začarovanej rodiny, ADOR T-102, CMAS, SDQ (Strengths and difficulties Questionare, Child Behavior Check List (CBCL 1½-5 years) - školská verzia pre 6-18 rokov, Scénotest.

**Ďalšie priame psychologické intervencie:** konzultácia s dieťaťom, poradenstvo, KI, terapia KBT, terapia hrou, relaxačné techniky, JPSR, mindfulness, AT.

**Nepriame psychologické intervencie:** edukácia rodiča/ZZ, konzultácie a poradenstvo pre rodiča/ZZ/pedagóga, nepriame intervencie so školským podporným tímom a inými odborníkmi, ktorí majú dieťa v starostlivosti v rámci multidisciplinárneho prístupu k starostlivosti o klienta.

#### **Zoznam organizácií:**

- zariadenie poradenstva a prevencie,
- pracoviská klinickej psychológie,
- pedopsychiatrické a psychiatrické ambulancie.

#### **Zoznam skratiek:**

ŠPT – školský podporný tím

KI – krízová intervencia

AT – autogénny tréning

JPSR – Jacobsonova progresívna svalová relaxácia

ZZ - zákonný zástupca

KBT - kognitívno-behaviorálna terapia

EMDR – Eye Movement Desensitization and Reprocessing; slovensky desenzitizácia a spracovanie pomocou očných pohybov

SPODaSK - sociálnoprávna ochrana detí a sociálna kuratela

#### **Použité zdroje**

BAČIŠINOVÁ, J. – LONGAUEROVÁ, A. – ŠANTA, M.: *Posttraumatická stresová porucha*. In: 29 Recenzia Zborníka Molisa – Medicínsko - šariské listy, č.5 /2008

COHEN, J. A.,SCHEERINGA,M. S.: Post-traumatic stress disorder diagnosis in children: challenges and promises. *Dialogues in clinical neuroscience*, 2009,11,1, 91-99.

FROMMBERGER, U.-MAERCKER, A.: Posttraumatische Belastungsstörung. In: Vorderholzer U, Hohagen F Hrsg. *Therapie psychischer Erkrankungen. State of the Art. 6. Auflage*. München: UrbanFischer; 2011: 209-21

FLATTEN, G.- GAST, U.-HOFMANN, A.-LIEBERMANN, P.; REDDEMANN, L.; SIOL, T.; WOELLER, W.; *Posttraumatische Belastungsstörung. Leitlinie und Quellentext. 2. Auflage*. Stuttgart: Schattauer; 2004: 186



HAŠTO, J. *Vzťahová väzba. Ku koreňom lásku a úzkosti*. Trenčín: Vydavateľstvo F; 2005: 300.

HAŠTO, J. - VOJTOVÁ, H.: *Posttraumatická stresová porucha: bio-psycho-sociálne aspekty, EMDR a AT pri pretrvávajúcom ohrození: prípadová štúdia/1*. Vyd.- Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2012, 186s. ISBN 978-80-244-2944-1.

KAMINER, D.-SEEDAT,S.-STEIN, J., D.: *Posttraumatic stress disorder in children*, World Psychiatry. 2005 Jun; 4(2): 121–125.MCID: PMC1414752

KAŠČÁKOVÁ,N.-HAŠTO,J.-BEDNAŘÍKOVÁ,H.-DOBROTKOVÁ,A.-PETŘÍKOVÁ, M.-TAVEL,P: *Traumatizácia v detstve a zdravie v dospelosti*, PSYCHIATRIA-PSYCHOTERAPIA-PSYCHOSOMATIKA, 27, 2020, č. 2, s. 6 - 15

KOUTEK, KOCOUKOVÁ (2017): *Posttraumatická stresová porucha u dětí a dospívajících*, Čes a slov Psychiat 2017; 113(3): 128–131

PIDRMAN, V. *Posttraumatická stresová porucha*. In: Praktický lékař. 2007, roč. 87, č.10, s. 615-617

APA (American psychological association) 2017, Clinical practice guideline for the treatment of PTSD, <https://www.apa.org/ptsd-guideline/ptsd.pdf> ÚD I

<http://www.fenestra.sk/>

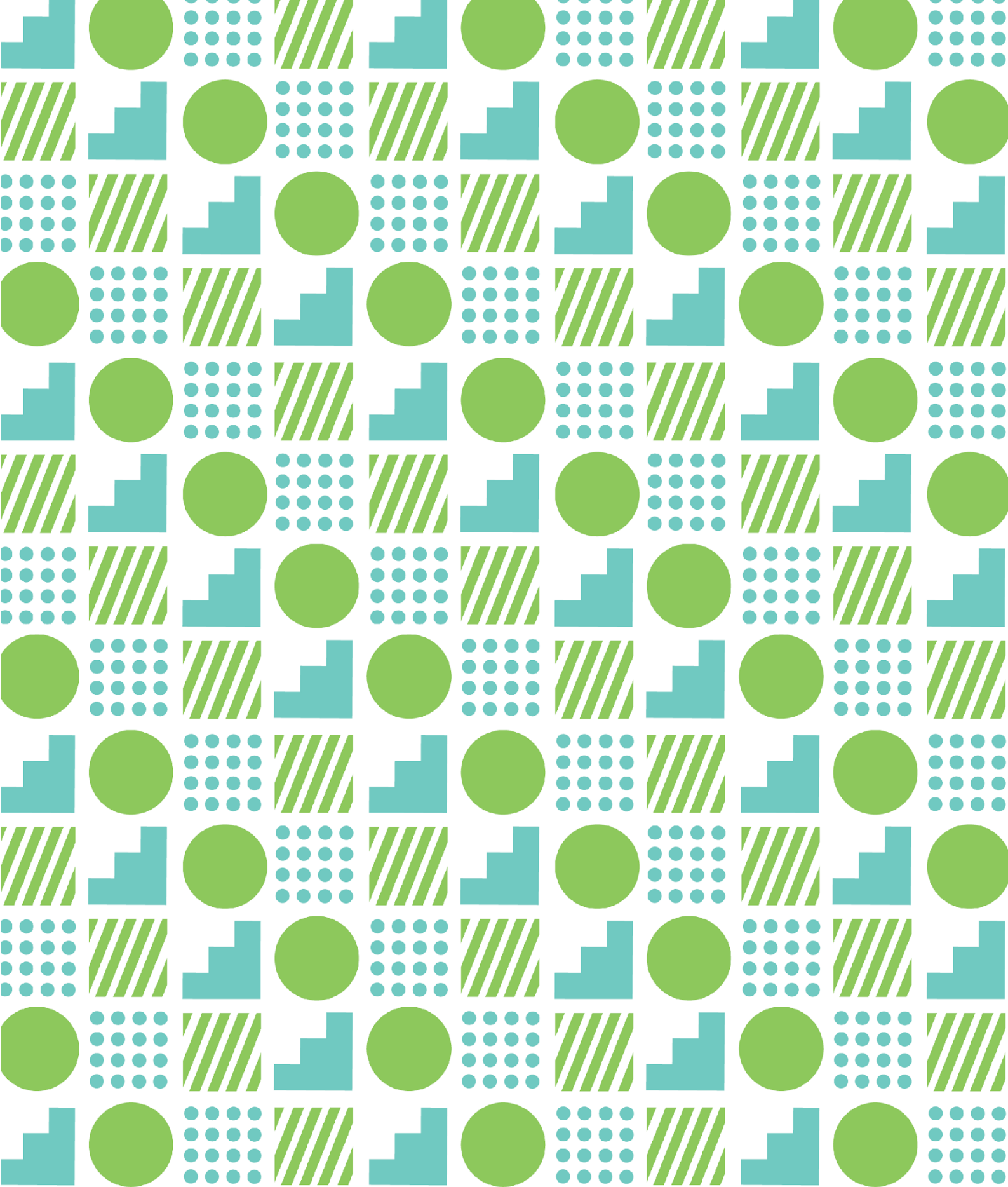
KUSÁ, K. *Posttraumatická stresová porucha (PTSP)*. 2006 [online]. [www.vydavatelstvof.sk](http://www.vydavatelstvof.sk), dostupné na <http://www.vydavatelstvo-f.sk/preklady/p0214.doc>

PTSD: National Center fo PTSD, Understand PTSD, 2014. Dostupné online na <https://www.ptsd.va.gov/>

NICE (2018e) *Post-traumatic stress disorder, Evidence reviews for psychological, psychosocial and other non-pharmacological interventions for the treatment of PTSD in adults* NICE guideline NG116, London: National Institute for Health and Clinical Excellence. ÚD I

WHO. *Trauma and Stress-Related Disorders: Developments for ICD-11*. [https://istss.org/ISTSS\\_Main/media/Webinar\\_Recordings/RECFREE04/slides.pdf](https://istss.org/ISTSS_Main/media/Webinar_Recordings/RECFREE04/slides.pdf)





VÝSKUMNÝ ÚSTAV  
DETSKEJ PSYCHOLÓGIE  
A PATOPSYCHOLÓGIE



**ŠTANDARDY**  
NÁRODNÝ PROJEKT

Štandardizáciou systému poradenstva a prevencie  
k inklúzii a úspešnosti na trhu práce