

Leona Jochmannová

Trauma u dětí

Kategorie, projevy
a specifika odborné péče

Leona Jochmannová

Trauma u dětí

Kategorie, projevy
a specifika odborné péče

KATALOGIZACE V KNIZE - NÁRODNÍ KNIHOVNA ČR

Jochmannová, Leona, 1968-

Trauma u dětí : kategorie, projevy a specifika odborné péče / Leona Jochmannová. --

Vydání 1.. -- Praha : Grada, 2021. -- 1 online zdroj. -- (Psyché)

České, anglické a německé resumé

Obsahuje bibliografii a rejstřík

ISBN 978-80-271-4066-4 (online ; pdf)

* 364.612-053.2 * 159.974 * 616.895.4 * 616.89-053.2 * 615.851-053.2 * 364-787.3 *

159.9.07 * (048.8)

– 2017-2019

– deprivované děti

– psychická traumata

– posttraumatická stresová porucha

– dětská psychopatologie

– dětská psychoterapie

– psychosociální pomoc

– psychologický výzkum -- 21. století

– monografie

159.97 - Psychopatologie [17]

Upozornění pro čtenáře a uživatele této knihy

*Všechna práva vyhrazena. Žádná část této tištěné či elektronické knihy nesmí být reprodukována ani šířena v papírové, elektronické či jiné podobě bez předchozího písemného souhlasu nakladatele. Neoprávněné užití této knihy bude **trestně stíháno**.*

PhDr. Leona Jochmannová, Ph.D.

TRAUMA U DĚTÍ

Kategorie, projevy a specifika odborné péče

Vydala Grada Publishing, a.s.

U Průhonu 22, 170 00 Praha 7

tel.: +420 234 264 401

www.grada.cz

jako svou 7912. publikaci

Recenzovaly:

doc. PhDr. Irena Plevová, Ph.D.

doc. PhDr. Alena Petrová, Ph.D.

Odpovědná redaktorka Jana Kubínová

Sazba a zlom Milan Vokál

Návrh a zpracování obálky Antonín Plicka

Počet stran 224

Vydání 1., 2021

Vytiskla Tiskárna v Ráji, s.r.o., Pardubice

© Grada Publishing, a.s., 2021

ISBN 978-80-271-4067-1 (ePub)

ISBN 978-80-271-4066-4 (pdf)

ISBN 978-80-271-2842-6 (print)

Obsah

Úvod	9
1. Teoretický kontext problematiky traumatu a PTSD	11
1.1 Diagnostická klasifikace následků traumatu podle MKN-10	15
1.2 Diagnostická klasifikace následků traumatu podle ICD-11	17
1.3 Diagnostická klasifikace následků traumatu podle DSM-5	19
1.3.1 Diagnostická kritéria PTSD v DSM-5	21
1.4 Specifika problematiky PTSD u dětí	23
1.4.1 Klasifikace PTSD u raného věku podle organizace Zero to Three	24
2. Typické projevy v souvislosti s následky traumatu	27
2.1 Neurobiologický kontext reakce na trauma	27
2.1.1 Trauma a emoční regulace	29
2.1.2 Trauma a procedurální paměť	32
2.2 Disociace	35
2.2.1 Disociativní poruchy podle jednotlivých klasifikačních manuálů	36
2.2.2 Disociativní poruchy podle ICD-11	37
2.2.3 Disociativní poruchy podle DSM-5	39
2.2.4 Disociativní identita osobnosti	40
2.3 Somatické symptomy v souvislosti s traumatem	43
2.3.1 Somatické reakce podle MKN-10, DSM-5 a ICD-11	45
2.4 Specifika dětských reakcí na trauma	46
2.5 Epigenetické souvislosti traumatu	51
3. Kategorie dětského traumatu	53
3.1 Kategorie a subkategorie traumatických událostí	53
3.2 Raná traumata prenatální, perinatální a poruchy attachmentu	58
3.2.1 Poruchy attachmentu	58
3.3 Deprivace, týrání a zneužívání dítěte	61
3.3.1 Zanedbávání a deprivace	62
3.3.2 Týrání	63
3.3.3 Sexuální zneužívání	64
3.3.4 Problematika rozvodu rodičů a střídavé péče	65
3.4 Domácí násilí	69
3.5 Komplexní a vývojové trauma	74

3.5.1	Vývojové trauma	75
3.5.2	Komplexní posttraumatická stresová porucha	77
3.5.3	Neurobiologie komplexního a vývojového traumatu	78
4.	Diagnostika následků traumatu u dětí	80
4.1	Diagnostické shody a přesahy následků traumatu u dětí	82
4.2	Diagnostické prolínání syndromu ADHD s PTSD	84
4.2.1	Klasifikace syndromu ADHD podle MKN-10, ICD-11 a DSM-5	88
4.2.2	Syndrom ADHD a neurobiologický kontext	91
4.2.3	Problematika diagnostiky syndromu ADHD	92
5.	Systém odborné péče pro děti a dospívající v ČR	95
5.1	Resort zdravotnictví	95
5.2	Resort školství	97
5.3	Resort sociální	99
5.4	Komplexní přístupy v péči o děti s traumatem	100
5.5	Rizika systémové nepropojenosti	102
5.5.1	Rozdíly v přístupech mezi jednotlivými oblastmi odborné péče v ČR	103
5.6	Rizika spojená s výzkumem traumatu	107
6.	Principy terapeutické péče	109
6.1	Obecné principy terapie	109
6.2	Terapeutické přístupy	114
6.3	Specifické edukačně-terapeutické programy	121
6.4	Nejčastější chyby a rizika při terapii traumatu	124
7.	Trauma a osobnost	132
7.1	Posttraumatický růst	133
7.2	Trauma a spiritualita, tradiční přístupy k léčení traumatu	135
7.2.1	Rizika prožitků rozšiřujících vědomí a užívání drog	138

SPECIÁLNÍ ČÁST

8.	Výzkum traumatu u dětí v letech 2017–2019	142
8.1	Metodologický rámec výzkumu	143
8.1.1	Výzkumné soubory	143
8.1.2	Proces sběru výzkumných dat a jejich zpracování	145
8.2	Výsledky výzkumu	148
8.2.1	Kategorie traumatických událostí	148

8.2.2	Kategorie projevů a symptomů	156
8.2.3	Specifika a odlišnosti v přístupech	172
8.3	Praktické přesahy a limity	174
Shrnutí speciální části		175
Závěr		177

PŘÍLOHY

Příloha 1: Seznam použitých zkratk		180
Příloha 2: Seznam tabulek a grafů		183
Příloha 3: Otázky polostrukturovaného rozhovoru		185
	Okruhy anamnestických údajů	185
	Okruhy projevů chování	186
Souhrn		188
Summary		191
Zusammenfassung		194
O autorce		197
Seznam použitých zdrojů a literatury		198
Rejstřík		210

PODĚKOVÁNÍ

Na tomto místě bych chtěla poděkovat všem, kdo se podíleli na vzniku této publikace. Cítím velký vděk ke všem mým učitelům a kolegům, kteří mne provázeli cestou znalostí i zkušeností týkajících se traumatu. Speciální dík patří Yvonně Lucké, Ittě Wiedenmannové a Peteru Levinovi, jehož metoda Somatic Experiencing® mne nasměřovala novým odborným směrem. Za kolegiální podporu a zpětnou vazbu děkuji Vilmě Srovnalové, Janu Volkovi, Zie Slukové, Jitce Řehulkové a Heleně Erbenové. Mým kolegům z katedry psychologie FF UP v Olomouci patří díky za cenné rady ohledně metodologie mého výzkumu. V této souvislosti bych ráda zmínila zejména Irenu Sobotkovou, Daniela Dostála, Jaroslavu Suchou, Miroslava Charváta a Lucii Viktorovou. Praktické přesahy této knihy mohly vzniknout i na základě sdílení zkušeností mnoha kolegů při supervizích a konzultacích v rámci celého spektra systému péče o děti a dospívající, včetně soudních znalců.

Pravdu o svém dětství máme uloženu ve svém těle, můžeme ji potlačit, nemůžeme ji změnit. Můžeme oklamat svůj rozum, zmanipulovat svoje pocity, zmást svoje představy, či oklamat své tělo medikací. Jednoho dne nám však naše tělo předloží účet k platbě, protože je nezkorumpovatelné jako dítě, které dlí stále v duchu a které nebude akceptovat žádné kompromisy nebo omluvy a nepřestane nás trápit, dokud se nepřestaneme vyhýbat pravdě.

Alice Millerová (1995)

Následující text knihy shrnuje vlastní více než dvacetiletou odbornou psychologickou i supervizní praxi. Vychází zejména ze zkušeností s případy dětských i dospělých klientů, kteří měli ve své osobní historii závažná traumata. Mnohé z traumatizovaných dětí byly v péči různých odborných specialistů a měly diagnostikovány psychické i somatické poruchy. Další děti bývaly 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 mě 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 také specializace oboru či resortu, v němž 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 či ve zneužívání návykových látek.

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 širší pohled na dětské trauma. Současně si kladu za cíl obohatit diferenciálně 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.

Diagnostické manuály DSM-5, ICD-11 a manuál organizace Zero to Three již lépe reflektují současné poznatky následků traumatických událostí a diferencují specifické

okolnosti dětského traumatu. V praxi však stále ještě přetrvávají přístupy, které vycházejí z diagnostiky podle MKN-10, kde specifika dětského traumatu nejsou zohledňována. Velkou inspirací pro mne byly práce Petera Levina, Bessela Van der Kolka a Stephena Porgese. Významný posun z hlediska pochopení neurobiologie traumatu a možností jeho léčení pro mne znamenalo setkání s metodou Somatic Experiencing®.

Knih je rozdělena do dvou základních částí. První část shrnuje nejnovější teoretické a výzkumné poznatky ohledně klasifikace traumatu a PTSD, neurobiologických souvislostí a nejvýznamnějších symptomů, které se vyskytují u dětí. Jsou zde zařazeny kapitoly týkající se specifík přístupů jednotlivých resortů odborné péče, diagnostiky i terapie dětského traumatu.

Druhá, speciální část, obsahuje vlastní výzkumná zjištění. Většina výzkumů zjišťujících traumatické zážitky, bývá založena na reflexi osobní historie dospělých osob, nebo testování dětí ze specifických souborů. Z tohoto důvodu jsem se pokusila v letech 2017–2019 zmapovat zkušenosti s traumatem na populaci českých dětí, jež navštěvují běžné školy. Výzkumně jsem se zaměřila na děti, které měly traumatické události ve své osobní historii a byly v péči různých specializovaných pracovišť napříč resorty zdravotnictví, školství a sociální péče. Výskyt traumatických událostí byl objektivizován na základě informací odborných pracovníků, kteří je měli v péči. Mým cílem bylo zjištění projevů, jež byly u zkoumaných dětí pozorovány. Shrnutí nejpodstatnějších výzkumných poznatků reflektujících specifika přístupů k dětskému traumatu v České republice jsou součástí této publikace. Kniha jako celek nabízí původní a originální pohled na široký kontext dětského traumatu.

1. Teoretický kontext problematiky traumatu a PTSD

Každý zdravý organismus má biologické předpoklady, aby zvládal náročné nebo problémové situace. Mezi **běžně zvládnutelné stresové situace** patří okolnosti, kdy stresory, mezi které patří například frustrace, konflikt, vnější nátlak, nabudí organismus do aktivní fáze tak, aby došlo k řešení situace. V případě chronického stresu nebo v případě nemožnosti situaci řešit dlouhodobě aktivní cestou velmi záleží na individuální odolnosti (resilienci) daného jedince, věku, zvládacích strategiích a mnoha dalších faktorech, které ovlivní, jaké budou následky tohoto dlouhodobého stresu.

V případě **závažných situací**, při nichž dochází k prožitku intenzivního strachu, bezmoci, pocitu ohrožení života vlastního nebo blízkých osob, můžeme pozorovat agitované, případně dezorganizované chování. Mezi obvyklé pojmy vystihující traumatickou událost patří kupříkladu **náhlost**, **neočekávanost** a s tím související **zahlcení organismu**. Dále **bezmoc** – nemožnost oběti ovlivnit situaci, která zpravidla přesahuje její dosavadní zvládací mechanismy, s následnou závažnou fyzickou nebo psychickou újmou. Trauma 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). Hughes (1997) poznamenává, že minimálně 56 % osob uvádí alespoň jednu traumatickou zkušenost ve svém životě.

V tuzemské i zahraniční odborné literatuře lze nalézt mnoho kvalitních studií a článků zabývajících se důsledky traumatických událostí u dospělé populace. Známé jsou obecné definice traumatu i rozlišení **akutní reakce** na trauma a **posttraumatické stresové poruchy (PTSD)**. Popis klinických symptomů lze nalézt v odborné psychiatrické literatuře, diagnostických a statistických manuálech Mezinárodní klasifikace nemocí, 10. i 11. revize (Světová zdravotnická organizace WHO, 1992, 2018) a v Diagnostickém a statistickém manuálu duševních poruch, DSM-5[®] (APA, 2013). V současné době existuje mnoho dostupných zahraničních studií a odborných článků, které se problematikou traumatu a jeho důsledků zabývají. Mezi respektované zahraniční autory patří kupříkladu Bessel Van der Kolk, Onno van der Hart, Ellert Nijenhuis, Daniel A. Hughes, Peter A. Levine, Babette Rothschildová, Daniel Siegel, Kathy Steelová, Rachel Yehudová a mnoho dalších. V české odborné literatuře se tématem traumatu a PTSD dlouhodobě

zabývají mnozí autoři z oborů psychiatrie i klinické psychologie (např. Kocourková, Koutek, 2017; Malá, 2011; Matoušek, 2017; Mareš, 2012; Praško, Hájek et al., 2002; Vizinová, Preiss, 1999; Preiss, 2009, Soukup & Papežová, 2008).

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 je tato diagnóza již 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 – ESTD).

Definice traumatu hovoří o události, která je mimo obvyklou lidskou zkušenost a ohrožuje život nebo fyzickou integritu sebe či jiných osob (APA, 1987). MKN-10 uvádí, že v případě PTSD jde o vystavení stresové situaci výjimečného katastrofického či 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“ (Světová zdravotnická organizace 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);
- sebevražedné 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).

Americká studie ACE z roku 1998 (Felitti, Anda, Nordenberg & Marks, 2019), realizovaná na populačním vzorku 17 000 osob, uvádí, že 64 % osob zažilo alespoň jednu traumatickou událost v dětství, v případě přítomnosti více než čtyř traumatických událostí v anamnéze je sedminásobně vyšší pravděpodobnost problémů s návykovými látkami, duševními poruchami, úzkostně depresivními stavy a riziky být obětí násilí v dospělosti. Ze somatických obtíží pak je vyšší riziko onemocnění diabetem, obezitou a hypertenzí, respiračními nemocemi, zhoubným bujením (Kain & Terrel, 2018).

Mezi otázky administrované respondentům v souvislosti s jejich dětstvím patří například tato témata:

- fyzické a psychické násilí;
- sexuální zneužití;
- citová deprivace;
- nedostatek jídla a základní péče v původní rodině;
- alkoholismus nebo jiná drogová závislost;
- rozvod;
- duševní nemoc rodičů (zejména deprese), sebevražda, uvěznění.

(Felitti et al., 2019; Kain & Terrel, 2018).

Studie negativních zážitků z dětství (ACE) v České republice byly realizovány v nedávné době týmy profesora Velemínského (2017) a profesora Hašta (2019).

Průzkum profesora Velemínského byl realizován u 1 760 náhodně vybraných **studentů z pěti českých univerzit**. Respondenti vyplňovali dotazník o negativních zážitcích z dětství. Psychické týrání uvedlo 20,7 % respondentů, fyzické týrání 17,1 %, pohlavní zneužívání 6,4 % a hrubé zanedbávání 8,0 %. Patologie rodiny byla rovněž vysoká: užívání drog uvedlo 4,9 % respondentů, abúzus alkoholu 15,3 %, duševní poruchy 13,4 %, domácí násilí v roli svědka 22,1 % a rodiče žijící odděleně 23 %. Zatímco 38 % respondentů nezažilo žádný negativní zážitek z dětství, 9,9 % respondentů uvedlo, že zažilo čtyři nebo více typů negativních zážitků z dětství. Významná souvislost byla zjištěna mezi negativními zážitky z dětství a zdravotně rizikovým chováním, jako je pokus o sebevraždu, užívání drog, rizikové sexuální chování a kouření (Velemínský, Rost, Samková, Samek & Sethi, 2017).

Slovensko-česká studie z roku 2019 (Hašto, Kaščáková, Bednaříková & Dobrotková, 2019), zaměřená na zkušenosti s traumatickými zážitky v dětství, byla realizována u reprezentativního souboru 1 018 osob populace s průměrným věkem 46 let, výzkum probíhal v ČR, SR a SRN. Využit byl dotazník Childhood Trauma Questionnaire (CTQ). Na rozdíl od výše citovaného českého výzkumu nešlo o homogenní populaci vysokoškolských studentů. V českém souboru tyto osoby v rámci dotazníkového šetření uváděly zkušenosti s emočním týráním (15,6 %), fyzickým týráním (18 %), sexuálním zneužitím (9,7 %) a zanedbáváním (37,2 %). U 24,5 % osob byla zjištěna jednorázová traumatizace, u 23,8 % osob vícečetná traumatizace. Tyto osoby pak následně měly v dospělosti závažné psychické i somatické obtíže, vyšší pravděpodobnost zneužívání návykových látek a problémy s násilím ve vztazích.

Metaanalytická studie uvádí, že se v případě traumatických zkušeností třikrát až šestkrát zvyšuje přítomnost sexuálního rizikového chování, více než sedmkrát pravděpodobnost interpersonálního násilí nebo násilí zaměřeného proti vlastní osobě, konkrétně sebepoškození, sebevražedné pokusy (Hughes, 2017).

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; Jochmannová, 2019a).

Tab. 1 Interagující vlivy v souvislosti s traumatickými okolnostmi

Raný věk Vlivy prostředí	Biologické změny	Vývoj	Dospělost
Deprivace a stres Stresující vlivy pečovatelů	Genetické variace a další neurobiologické charakteristiky dítěte	Vývojové vlivy	Zvýšená rizika
Pečovatelé: zneužívání, zanedbávání, psychopatie na straně rodičů, deprivace v rámci institucionální péče, smrt blízké osoby, uvěznění	5-HTTLPR, MAOA, BDNF; psychopatie v souvislosti s návykovými látkami v době gravidity	Neurobiologické vlivy: funkčnost, konektivita, neurokognitivní vlivy, HPA reaktivita sympatiku na stres (rychlá akce a dysregulace, centrální a periferní kortizolová rezistence	Somatické obtíže: kardiovaskulární obtíže, astma, nádorová onemocnění, chronická obstrukce plic

Raný věk Vlivy prostředí	Biologické změny	Vývoj	Dospělost
Deprivace a stres Stresující vlivy pečovatelů	Genetické variace a další neurobiologické charakteristiky dítěte	Vývojové vlivy	Zvýšená rizika
Rodinný kontext: rodinný konflikt, domácí násilí, návykové látky	komplexní odlišnosti související s pohlavím, genderem, temperamentem a dalšími charakteristikami	Chování: vlivy související se zneužíváním návykových látek, cvičením, dietami, stres managementem atp.	Psychopatologie
Okolní prostředí: násilí, kriminalita, hluk, znečištěné prostředí, špatná infrastruktura	epigenetické změny		Kognitivní funkce: problémy s krátkodobou pamětí a exekutivními funkcemi
Sociální vlivy: rasismus, politické, ekonomické vyloučení Podporující faktory: pečující rodiče, resilience	neurohormonální vlivy (inzulin, lipidy, imunosupresiva)		

Zdroj: Berens et al., 2017; Jochmannová, 2019a.

1.1 Diagnostická klasifikace následků traumatu podle MKN-10

Tato podkapitola podrobně zpracovává diagnostické vymezení následků traumatických událostí v doposud používané **Mezinárodní klasifikaci nemocí, 10. revize (MKN-10; WHO, 1992)**. V době, kdy byl zmíněný diagnostický manuál vytvořen, byly následky traumatu zúženy pouze na nejzávažnější, život ohrožující události. V současnosti již byla vydána nová, 11. revize Mezinárodní klasifikace nemocí, **ICD-11 (WHO, 2018)**, aktuálně probíhá přechod z MKN-10. Z hlediska diagnostiky následků traumatu dochází k významným změnám ve srovnání se současnou klasifikací. Podstatné části citací souvisejících s následky traumatu v dostupné anglické verzi ICD-11 a rovněž z odborných zahraničních textů jsou zařazeny v této knize v kapitole 1.2. Z hlediska dalších aktuálních zdrojů, zejména v souvislosti s diagnostikou následků traumatu u dětí, jsou v dalších podkapitolách podrobněji citovány i americký **diagnostický manuál DSM-5 (APA, 2013)** a **diagnostický manuál raného věku DC:0-5TM: Diagnostic classification of mental health and developmental disorders of infancy and early childhood**, vydaný odbornou organizací Zero to Three (2016).

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).

Reakce na závažný stres a poruchy přizpůsobení jsou v MKN-10 (WHO, 1992) rozděleny 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 šesti měsíců od traumatické události, průběh je kolísavý, s obdobími latence. Ve většině případů lze očekávat uzdravení, v případě chronického průběhu přechází do diagnostické kategorie Přetrvávající změna osobnosti po katastrofické události (F62).
3. **Porucha přizpůsobení (F43.2):** diagnostikuje se tři až šest 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 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[®] (2013) již z hlediska diagnostických kritérií rozlišuje PTSD s přítomností disociace, nebo bez ní. V dalších kapitolách této knihy je diagnostická kategorie disociativních stavů 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, 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 kupříkladu projevy jako nepřátelskost, nedůvěra, sociální stažení, pocity prázdnoty, beznaděje či pocit trvalého ohrožení.

1.2 Diagnostická klasifikace následků traumatu podle ICD-11

V červnu 2018 vydala Světová zdravotnická organizace (WHO) předběžnou verzi 11. revize Mezinárodní klasifikace nemocí a souvisejících zdravotních problémů (ICD-11). Proces přechodu z MKN-10 bude probíhat do ledna 2022. U poruch specificky spojených se stresem je kladen důraz na **etiologii vystavení stresující události**, včetně významu rozlišení zahrnujícího i různé jiné duševní poruchy, které vznikají jako reakce na stresory (např. depresivní porucha). K významným přesunům dochází oproti MKN-10 u **reaktivní poruchy přichylnosti v dětství a desinhibované poruchy přichylnosti v dětství**. ICD-11 obsahuje několik důležitých koncepčních aktualizací, včetně zavedení diagnóz **komplexní PTSD a protrahovaného truchlení**, které v MKN-10 nemají ekvivalent (Gaebel, Zielasek & Reed, 2017; Reed & Michael et al., 2019). Následující přehled obsahuje diagnózy, které jsou v ICD-11 spojeny se stresem a traumatickými událostmi.

Poruchy specificky spojené se stresem:

1. **Posttraumatická stresová porucha, 6B40** (v MKN-10 F43.10). Posttraumatická stresová porucha (PTSD) se může rozvinout po vystavení extrémně nebezpečné nebo hrozivé události či řadě událostí. Vyznačuje se následujícími kritérii: nutkavé opakování traumatické události ve formě živých rušivých vzpomínek, flashbacků nebo nočních můr, spojené s intenzivními či ochromujícími emocemi (zejména strachu, hrůzy), dále s intenzivními fyzickými pocity; vyhýbání se myšlenkám, vzpomínkám, činnostem, situacím nebo lidem připomínajícím událost anebo události; přetrvávající vnímání zvýšeného pocitu ohrožení (hypervigilita, úlekové reakce na neočekávané podněty). Symptomy přetrvávají alespoň několik týdnů a způsobují výrazné zhoršení v osobních, rodinných, sociálních, vzdělávacích, pracovních nebo jiných důležitých oblastech fungování (WHO, 2018). U dětí mají rušivé vzpomínky zpravidla podobu nutkavé hry nebo snů.
2. **Komplexní posttraumatická stresová porucha – C-PTSD, 6B4**. Jde o nově zařazenou diagnózu, může se vyvinout po vystavení události (nebo řadě událostí), extrémně ohrožující život či hrůzné povahy, nejčastěji je diagnostikována u dlouhotrvajících nebo opakujících se událostí, u nichž je nemožné anebo obtížné uniknout (zahrnuje události, jakými jsou např. mučení, genocida, dlouhodobé domácí násilí, opakované sexuální zneužívání nebo fyzické týrání v dětství). Zahrnuje všechna předchozí diagnostická kritéria PTSD, a navíc se vyznačuje závažnými a přetrvávajícími problémy: v regulaci afektů, se sebepojetím, s pocity studu, viny nebo vlastního selhání související s traumatickou událostí, potížemi při udržování vztahů a prožívání vzta-

hové blízkosti s jinými osobami (WHO, 2018). Přidání C-PTSD do ICD-11 souvisí s empirickou zkušeností, že jedinci s touto poruchou mají horší prognózu a efektivitu z různých druhů psychoterapie (terapií) ve srovnání s jedinci s PTSD. C-PTSD nahrazuje kategorii F62.0 z MKN-10 Přetrvávající změny osobnosti po katastrofické události (Gaebel, Zielasek & Reed, 2017; Reed & Michael et al., 2019).

3. **Protrahované truchlení, 6B42.** Porucha, při níž po smrti partnera, rodiče, dítěte nebo jiné blízké osoby přetrvává všudypřítomná reakce smutku, charakterizovaná touhou po zesnulém, doprovázená intenzivní emocionální bolestí (např. pocity smutku, viny, hněvu, popření; potíže s přijetím smrti; pocit, že člověk ztratil část svého já; neschopnost prožívat pozitivní emoce; emoční necitlivost; potíže se zapojením do společenských nebo jiných činností). Reakce smutku přetrvává atypicky dlouhou dobu po ztrátě (minimálně šest měsíců) a jasně překračuje očekávaný sociální, kulturní či náboženský kontext jednotlivce. Reakce, které přetrvávají delší dobu a jsou v kulturním i náboženském kontextu považovány za normální reakce na úmrtí a nemají přiřazenou diagnózu (WHO, 2018). Většina osob uvádí alespoň částečnou remisi bolesti při akutním zármutku přibližně po šesti měsících po úmrtí (Gaebel, Zielasek & Reed, 2017; Reed & Michael et al., 2019).
4. **Porucha přizpůsobení, 6B43** (v MKN-10 F43.2). Maladaptivní reakce na identifikovatelný psychosociální stresor nebo na více stresorů (rozvod, nemoc či postižení, sociálně-ekonomické problémy, konflikty doma nebo v práci), které se obvykle objevují do jednoho měsíce od stresoru. Tato porucha je charakterizována zaujetím tématem stresující události nebo jejími důsledky, nadměrnými obavami, opakujícími se a znepokojujícími myšlenkami, neustálým mluvením o tomto tématu, jeho důsledcích, neschopností adaptovat se na situaci. Symptomy nemají dostatečnou specifickou či závažnou, aby byly spojeny s diagnózou jiné mentální a behaviorální poruchy a obvykle ustoupí do šesti měsíců, pokud stresor nepřetrvává déle (WHO, 2018).
5. **Reaktivní poruchy attachmentu, 6B44** (v MKN-10 F94.1, reaktivní poruchy příchylnosti). Jsou charakterizovány abnormální vztahovou (attachmentovou) vazbou v raném dětství, ke které dochází v souvislosti s anamnézou nedostatečné péče o dítě (závažné zanedbávání, špatné zacházení, ústavní deprivace). Navzdory přítomnosti nového adekvátního primárního pečovatele se k němu dítě neobrací, aby hledalo podporu a péči, málokdy hledá bezpečí u dospělých osob a nereaguje, když je mu nabízena péče. Tato porucha může být diagnostikována pouze u dětí a její symptomy se rozvíjejí během prvních pěti let života. Nemůže být diagnostikována před jedním rokem (nebo vývojovým věkem méně než devět měsíců), kdy schopnost selektivní vztahové vazby nemusí být plně rozvinuta, nebo také v souvislosti s poruchou autistického spektra (WHO, 2018).

6. **Desinhibovaná porucha sociálního kontaktu, 6B45** (v MKN-10 F94.2, desinhibovaná porucha přichylnosti). Je charakterizována hrubě abnormálním sociálním chováním, ke kterému dochází v souvislosti s anamnézou **závažně nedostatečné péče** o dítě (zanedbávání, ústavní deprivace). Dítě přistupuje k dospělým bez rozlišení, prostrádá zdrženlivost v kontaktu, odejde i s neznámými dospělými. Tato porucha může být diagnostikována pouze u dětí a její symptomy se rozvíjejí během prvních pěti let života, nemůže být diagnostikována před jedním rokem (či vývojovým věkem méně než devět měsíců), nebo v souvislosti s poruchou autistického spektra (WHO, 2018).
7. **Akutní stresová reakce** (v MKN-10 F43.0). Není již v ICD-11 považována za duševní poruchu, ale je chápána jako **normální reakce na extrémní stresor**. Je tedy zařazena mezi **faktory ovlivňující zdravotní stav** a uvedena u poruch specificky spojených se stresem v rámci diferenciativních diagnostických kritérií (Gaebel, Zielasek & Reed, 2017; Reed & Michael et al., 2019).

1.3 Diagnostická klasifikace následků traumatu podle DSM-5

Diagnostický a statistický manuál duševních poruch Americké psychiatrické asociace DSM-5 (APA, 2013) 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-kompulzivních 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;
- v externalizovaném chování.

DSM-5 oproti MKN-10 lépe vymezuje **následky traumatu u dětí** a zavádí specifické diagnostické kategorie pro dětský věk (do šesti let a nad šest let věku dítěte). Depriaci oproti MKN-10 nově zařazuje mezi kategorie dětského traumatu předškolního věku. Základní kategorie **traumatických poruch a poruch spojených se stresem** se dělí v DSM-5 na jednotlivé diagnostické podkategorie následujícím způsobem (v závorkách jsou uvedeny kódy v MKN-10):

1. **Reaktivní poruchy příchyllosti, 313.89 (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 pečovateli;
- dítě si nemohlo vytvořit **stabilní citovou vazbu** (např. časté změny chův či pěstounů);
- výchova probíhala v neobvyklém prostředí (např. ústavní péče).

Porucha trvá déle než dvanáct 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. **Desinhibovaná porucha příchyllosti, 313.89 (v 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 od syndromu ADHD**. U desinhibované poruchy příchyllosti jsou uváděna jako kritérium nepřítomnost poruch pozornosti a hyperaktivity, i když diagnóza ADHD může být uváděna souběžně.

3. **Posttraumatická stresová porucha, 309.81 (MKN-10 F43.10)**

PTSD rozlišujeme 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 se podkategorii PTSD věnuje následující podkapitola 1.3.1.