



Sborník příspěvků
z mezinárodní konference

DÍTĚ V PĚSTOUNSKÉ PÉČI A TRAUMA

21.–22. dubna 2021 / online

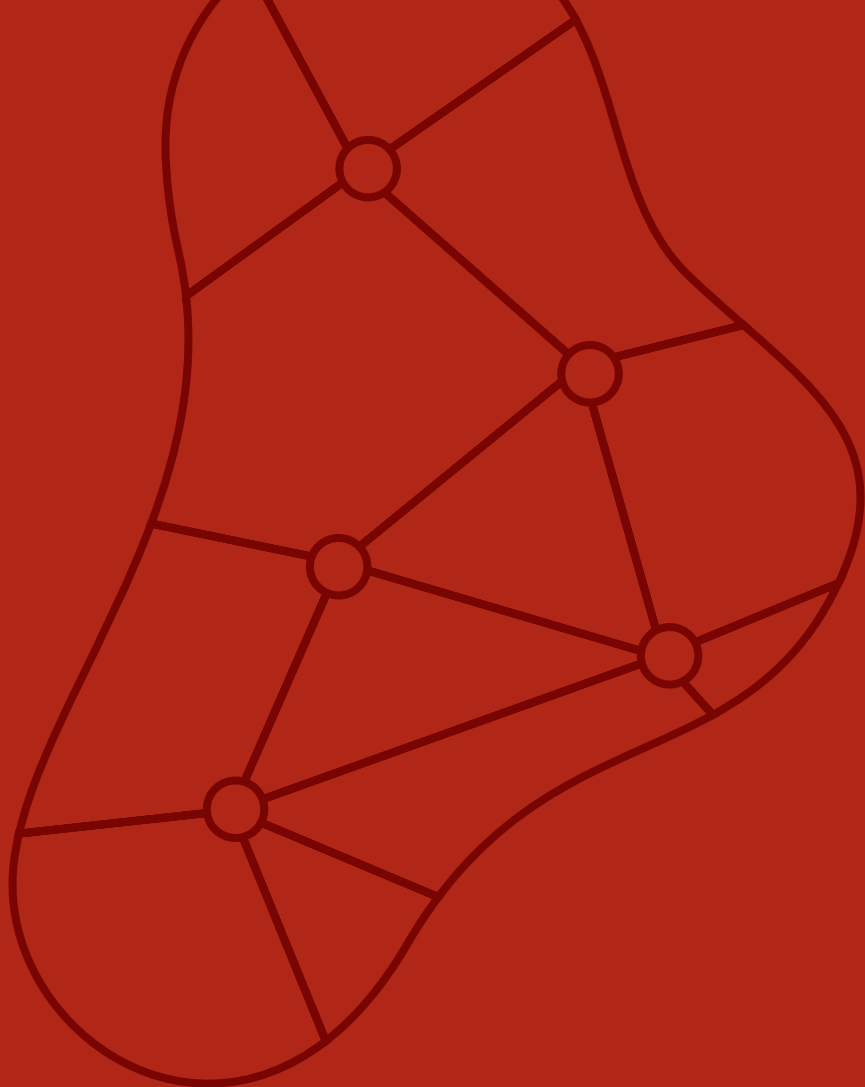


ISBN: 978-80-908112-2-5 (online; pdf)
1. elektronické vydání
Vydal: Brno, Sdružení pěstounských rodin z.s.
Rok: 2021



Obsah

Úvodní slovo / Mgr. Ing. Pavel Šmýd, předseda Sdružení pěstounských rodin z.s.....	5
Iniciativa 8000 důvodů: 8000 dětí žijících v ústavních zařízeních = důvodů ke změně stávajícího systému péče o ohrožené děti / Mgr. Zdeňka Adamčíková, PhD.....	7
Práce s traumou u dětí s využitím EMDR terapie / Mgr. Jana Ashford	13
Diěta s problémovým správáním v školskom prostredí / Mgr. Monika Boričová.....	19
Archa nestačí: komunity, které léčí / Uljana Dolyniak, Marek Wnuk	27
Rodina v centru / Jak nezůstat na dítě sám/sama / Alžběta Hlásková	37
Specifické otázky dětského traumatu – klasifikace, projevy, terapie / PhDr. Leona Jochmannová, Ph.D.....	45
Sekundárna traumatizácia pomáhajúcich profesionálov / doc. ThDr. Mgr. Slávka Karkošková, PhD.....	53
Ako trauma v detstve ovplyvňuje utváranie vzťahov a zdravie v dospelosti / Natália Kaščáková.....	61
Vztah jako trauma / MUDr. Peter Pöthe	71
Jak posílit vztahové dovednosti u dětí s nejistou vazbou v dětských domovech a v pěstounské péči / Tomasz Polkowski	79
Zaměřeno na příběh / Terapeutická práce se životním příběhem u traumatizovaných dětí a mládeže / Richard Rose	87
Práce s traumatem v rámci terapie zaměřené na emoce / Ladislav Timuřák	99
Trauma a zotavení z pohledu soudního znalce (odolnost a traumatické dopady) / PhDr. Štěpán Vymětal, Ph.D.....	105





Úvod

Slovo 'trauma' mluví o zranění, ublížení, o skutečnosti působící bolest. A my všichni se jistě s traumatem setkáváme ve svém obyčejném životě a učíme se s důsledky zranění žít. Probolíme, někdy propijeme či proběháme, propláčeme, promýšlíme, hledáme cesty, ztrácíme se, řekneme si o pomoc. Vždy stále dokola. A mnohokrát bychom se rádi této zkušenosti ušetřili. Přichází a hněte nás svojí nezvladatelnou silou. Osobní zkušenost je pro nás na začátku.

V ohnisku profesní činnosti nás všech je dítě, které nemělo v určité chvíli života štěstí. Zažilo újmu, bolest, zranění, opuštění, zavržení, ztrátu. V optice takových zážitků se formuje jeho životní krédo. Výzkumy hovoří o nevratnosti změn vyplývajících z raného období života. Hodiny a dny strávené v blízkosti psychicky nemocného člověka, ve vztahu zatíženém závislostí na návykových látkách nebo v prostředí prosyceném násilím. Ale my se pokoušíme o nemožné. Jsme přesvědčeni, že osvědčenou pomocí pro takové dítě je rodina. Jenže ani rodina, její členové, nejsou imunní vůči bolestí a zraněním, která se těžko hojí. Pěstounské rodiny a všichni pomáhající jsou v tomto prostoru někdy velmi bezbranní, proto jsem rád, že se v rámci našich dvou společných dní nezapomnělo na péči o pečující osoby a nás profesionály. Umět se oprostit od existenciálních problémů svěřených dětí a blízkých není vůbec snadné a umět s nimi žít je zázračné.

Dovolte mi, abych jménem Sdružení pěstounských rodin poděkoval za záštitu panu doktoru Peterovi Pöthemu, velké díky patří všem přednášejícím za jejich životní zápal pomáhati dětem v nesnadných situacích, vám všem, kteří jste přijali účast na naší konferenci a zapojujete se do podpory ohroženým dětem ve všech rovinách. Také mi dovolte poděkovat paní Julii Prejsové za její práci při přípravě tohoto našeho mimořádného setkání.

Konference – vychází z latinského snášet, spojovat, dávat dohromady. Jsem přesvědčen, že tento sborník nám také pomůže spojit s v pomoci dětem, připomenout si dny spolupráce a hledání. Věřím, že jsme konferencí Dítě a trauma naplnili pravý význam tohoto slova.

Pavel Šmýd



Iniciativa 8000 důvodů: 8000 dětí žijících v ústavních zařízeních = 8000 důvodů ke změně stávajícího systému péče o ohrožené děti

Mgr. Zdeňka Adamčíková, PhD.

V ústavních zařízeních žije v tuto chvíli přibližně 8000 dětí, a proto máme 8000 důvodů systém péče o ohrožené děti začít měnit k lepšímu.

Iniciativa 8000 důvodů vznikla na jaře 2020. Jejím realizátorem je Nadace J&T, která se dlouhodobě věnuje problematice ohrožených dětí a rodin. Na tristní situaci dětí žijících v ústavních zařízeních začala Nadace upozorňovat od roku 2013 v rámci kampaně Odsouzení. Na tuto kampaň poté navázal projekt Hledáme rodiče, který si klade za cíl nacházet nové pěstouny a také informovat širokou veřejnost o problematice náhradní rodinné péče. Nyní se prostřednictvím iniciativy 8000 důvodů snaží Nadace opět změnit situaci ohrožených dětí v ČR. 8000 dětí v ústavních zařízeních je totiž 8000 důvodů ke změně stávajícího systému péče o ohrožené děti, protože každé dítě má právo vyrůstat v rodině.

O co iniciativa usiluje?

- o zkvalitnění a rozšíření terénních a ambulantních služeb pro původní rodiny,
- o změnu financování systému péče o ohrožené děti směrem od ústavní péče k prevenci,
- o podporu dostupného a udržitelného bydlení,
- o rozvoj náhradní rodinné péče,
- o uzákonění věkové hranice pro neumístování dětí do sedmi let věku do ústavu,
- o transformaci pobytových služeb v malá komunitní zařízení,
- o sjednocení systému péče o ohrožené děti pod jedno ministerstvo.

Klíčovým tématem je však rozvoj terénních a ambulantních služeb pro původní rodiny. Dostupnost sociálně aktivizačních služeb, jakožto klíčové sociální služby pro rodiny s dětmi, je vyjma dvou krajů (Zlínský a Pardubický) v ČR nedostatečná. Jak potvrdilo výzkumné šetření organizace LUMOS a Charity ČR, až dvěma tisícům rodin v ČR tato služba nemohla být z kapacitních důvodů poskytnuta. (Lumos, 2021) Přitom individualizovaná podpora rodiny v jejím přirozeném prostředí se jeví jako jednoznačně nejefektivnější forma pomoci.

Jak chceme změn dosáhnout?

1. Spolupráce s kraji

Navázat spolupráci s kraji a podpořit jejich aktivity vedoucí ke zlepšení situace ohrožených dětí a jejich rodin, nám přišla jako ideální řešení. Proto postupně oslovujeme jednotlivé kraje s nabídkou spolupráce na:

- zpracování analýz dostupnosti sociálních služeb,
- zpracování strategických materiálů vedoucích k transformaci systému péče o ohrožené děti v kraji,
- zpracování transformačních a akčních plánů, prostřednictvím kterých budou strategie naplňovány,
- další aktivity dle potřeby daného regionu.

Spolupráci jsme navázali s krajem Moravskoslezským, Pardubickým a Královéhradeckým. V dalších krajích pak aktuálně probíhají jednání o podobě vzájemné spolupráce.

2. Spolupráce s Národním institutem pro dítě a rodinu

Za zásadní považujeme provázanost iniciativy i s odbornými publikačními a osvětovými aktivitami, proto jsme navázali spolupráci s Národním institutem pro dítě a rodinu. Ten s naší podporou připravuje vydání dvou rozsáhlých publikací, které významně vyplňují mezeru na poli odborné literatury věnující se problematice ohrožených dětí. Jedná se o publikační výstupy: kniha Data o dětech a mezinárodní srovnání Více než jeden důvod.

Vzhledem k tomu, že publikace Data o dětech obsahuje velké množství údajů týkajících se agendy ohrožených dětí, které je možno vizualizovat, bude obsah této publikace dostupný také na webu Data o dětech, kde bude možné mimo jiné generovat grafy k jednotlivým datovým sadám. Plánovaný termín vydání knihy a spuštění webu je podzim 2021.

Publikace představuje kritický pohled na to, jak funguje česká sociálně-právní ochrana dětí od roku 2005, kdy začaly být údaje týkající se této problematiky publikovány. Jedná se o rozsáhlou analýzu veřejně dostupných dat. Dat, která jsou sice „veřejně dostupná“, ale ve většině případů sledovaná velmi zmatečně, nesystémově a často zjevně i ledabyle. Data, která jsou poschovávána v různých temných zákoutích státní správy a samosprávy. Data, která ovládají úředníci – někteří je rádi poskytnou, byť mnohdy neumějí vysvětlit metodologii jejich sběru, někteří je chtějí poměrně draze zaplatit, jiní to zcela odmítnou.

Základem fungování jakéhokoliv systému, zvláště pak tak citlivého a společensky důležitého, jako je ochrana dětí, je detailní zpětná vazba o tom, co se v něm děje. A právě pouze data v kombinaci s jasnou vizí, ukotvenou v konkrétních myšlenkových směrech a lidských hodnotách, mohou být podkladem efektivní změny. *(Pémová a Ptáček, 2021)*

Jedním z pilířů vzájemné spolupráce je také podpora projektu, jehož cílem je zavést do praxe orgánů sociálně-právní ochrany dětí strukturovaný a na důkazech založený přístup hodnocení ohrožení dítěte. Ten by měl sociálním pracovníkům přinést nástroj, který v jejich práci doposud chyběl a měl by tak sjednotit jejich postup při vyhodnocování situace dítěte.

3. Analýza volebních programů politických stran a jejich naplňování v probíhajícím volebním období

S blížícími parlamentními volbami bychom rádi zmapovali již provedené kroky na poli rodinné politiky za toto volební období a dále se věnovali analýze volebních programů jednotlivých politických stran, což má za cíl usnadnit orientaci v politickém prostředí a efektivněji zacílit případný lobbying. Mnoho rozhodnutí, která by mohla ovlivnit život dětí vyrůstajících v ústavěch nebo v ohrožených rodinách, jsou právě rozhodnutí politická. (Například sjednocení systému péče o ohrožené děti pod jedno ministerstvo, uzákonění věkové hranice pro neumisťování dětí do ústavů, financování služeb atd.)

4. Osvěta veřejnosti prostřednictvím sociálních sítí, blogu a newsletteru

Prostřednictvím sociálních sítí chceme mobilizovat návštěvníky, fanoušky a další sledující k aktivitě. Iniciativa nežadá o finanční prostředky, ale chce, aby lidé byli ochotni dozvědět se o problematice více a informace sdílet. Změna totiž začíná u vědění. Snahou je, aby se ohrožené děti staly společensky důležitým tématem a byla jim věnována dostatečná mediální i politická pozornost.

- Iniciativa má svůj profil na Facebooku, Instagramu a LinkedInu.
- Ve fázi příprav je:
 - blog k problematice ohrožených dětí (určen bude pro širokou veřejnost),
 - newsletter k aktivitám iniciativy (určen pro poučenou veřejnost a odborníky).

Pár čísel na závěr – Data o dětech

Cca 8000 dětí je v současné době v různých typech ústavních zařízení.

Kolik je ale celkem ohrožených dětí?

- Víme, že za rok 2019 bylo v rámci OSPOD evidovaných 167 053 živých případů = počet rodin. Kolik dětí v těchto rodinách žije, však nevíme.
- Víme, že za rok bylo evidováno 31 117 jako ohrožených (nelze však zjistit, zda jednotlivé děti nefigurují ve více kategoriích:
 - děti žijící mimo biologickou rodinu (ÚV, NRP, ZDVOP, VTOS),
 - děti se soudním nebo úředním dohledem,
 - děti, jejichž rodinám bylo nařízeno využití služeb či jiných výchovných opatření nebo proti nim v souvislosti s péčí o děti bylo vedeno přestupkové řízení.
- Průměrně u 87,44 % dětí evidovaných v systému sociálně-právní ochrany dětí nelze ze statistických výkazů zjistit důvod evidence či míru ohrožení.
- Průměrně 12,56 % dětí evidovaných v systému sociálně-právní ochrany dětí lze označit za ohrožené.

- Průměrně 1,5 % dětí evidovaných v systému sociálně-právní ochrany dětí je identifikováno jako týrané, zneužívané a zanedbávané.

Mezinárodní srovnání: evidované děti, ohrožené děti, děti s CAN¹

Stát	Evidované děti	Ohrožené děti	Děti s detekovanými projevy špatného zacházení
Anglie	50	33,6	15,0
Austrálie	67	18,9	8,9
Česká republika	138	13,9	4,7
USA	44	42,2	9,2

Pokud srovnáváme tyto mezinárodní údaje s daty vykazovanými MPSV, je zcela zjevné, že počet dětí, které jsou v České republice předmětem zájmu sociálně-právní ochrany dětí, je naprosto nebývalý. Přičemž nelze předpokládat, že by děti v České republice byly vystaveny vyšší míře násilí nebo ohrožení, než je tomu v zahraničí. Tento jev je spíše dokladem o nedostatečně definovaném okruhu dětí, kterým má být určena sociálně-právní ochrana dětí.

Při srovnání se zahraničními daty vychází celková míra viktimizace dětské populace v České republice týráním, zneužíváním a zanedbáváním velice příznivě. S ohledem na nepřesnost a metodickou chybovost statistických výkazů k této problematice to však nelze potvrdit. Není jasné, zda se tedy jedná o chybu způsobenou neexistující operativní definicí, a tedy obtížemi se sběrem statistických dat. V mnoha zemích jsou pro označení dítěte/rodiny jako ohrožené přesně definována kritéria, a to jak z pohledu výskytu konkrétních jevů souvisejících s péčí a výchovou dítěte, tak procesu, kterým byly tyto jevy sledovány a vyhodnoceny (standardizované hodnocení, IPOD atp.). Bohužel tato kritéria v ČR nejsou dostupná a většinu ohrožených dětí tvoří děti žijící mimo svou původní rodinu. (Ptáček, Pémová, 2021)

Použité zdroje

Lumos a Charita ČR: Podpora ohrožených rodin v České Republice, výzkumná zpráva o kapacitě sociálně aktivizačních služeb pro rodiny s dětmi. Praha, LUMOS, 2021, 42. s.
Pémová, Terezie ; Ptáček, Radek: Data o dětech. Praha, 2021 v tisku.

¹ Mezinárodní srovnání incidence týrání, zneužívání a zanedbávání dětí v letech 2015–2016 v přepočtu na 1 000 dětí v populaci (zdroj MPSV 2016, U.S. DHHS 2016, AIHW 2017, Department of Education Great Britain 2016 in Pémová, Ptáček, 2021)

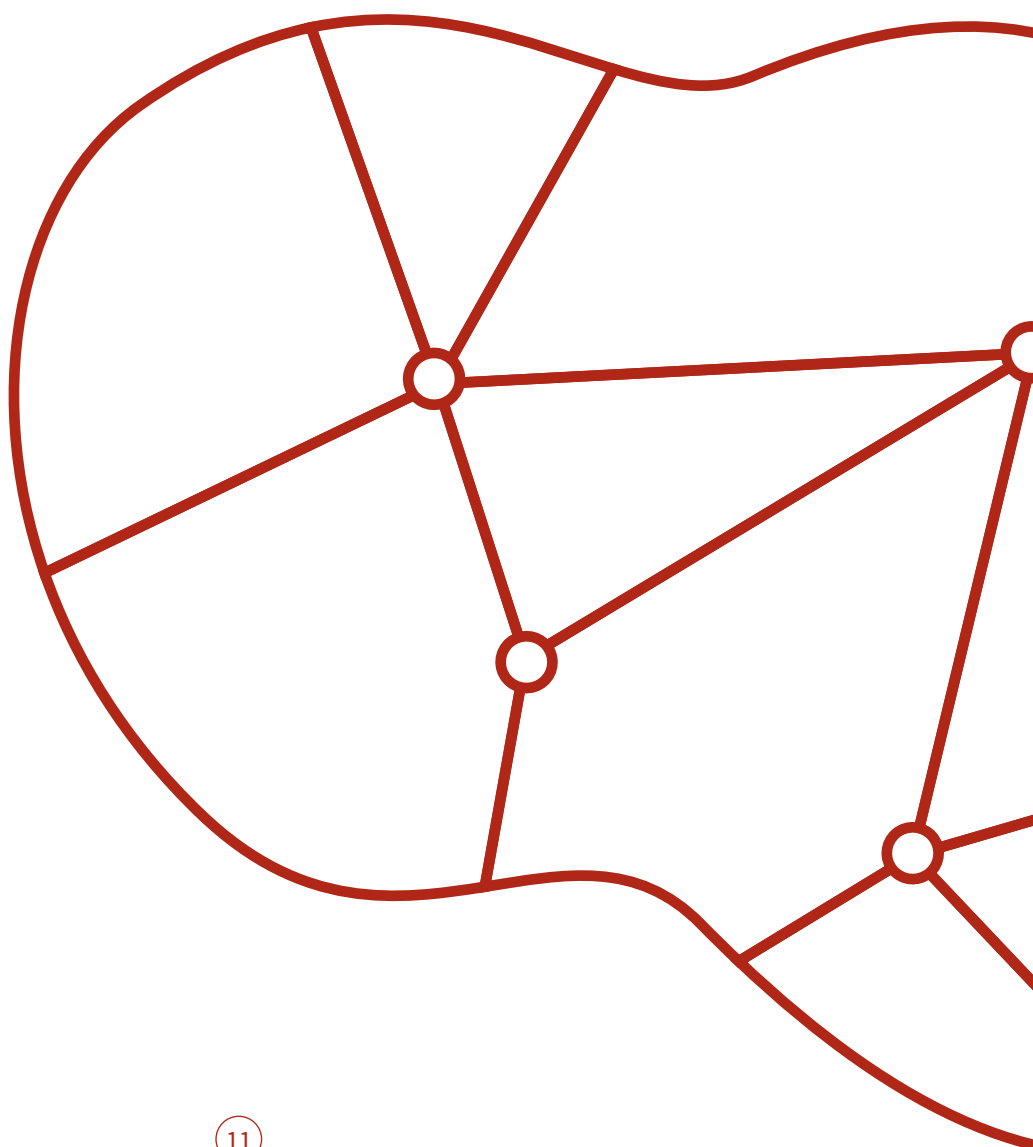


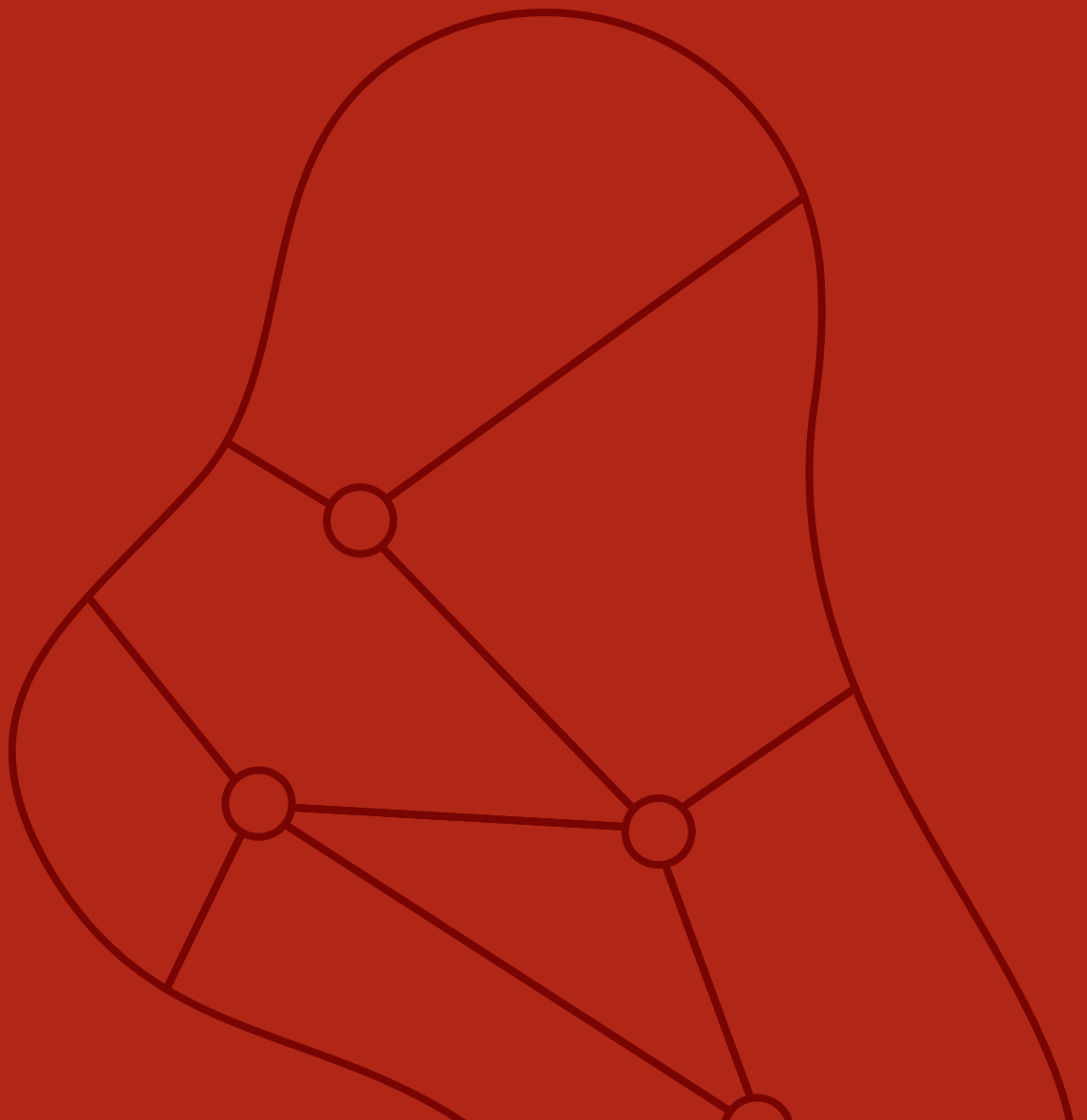
Mgr. Zdeňka Adamčíková, PhD. / Nadace J&T / Česká republika

Speciální pedagožka, odborná pracovnice v Nadaci J&T. Vystudovala speciální pedagogiku na Univerzitě Karlově, pracuje jako odborný pracovník v Nadaci J&T, kde má projektově na starosti iniciativu 8000důvodů. Ve své publikační činnosti se věnuje zejména problematice rodičovství osob se zdravotním postižením. Je autorkou odborných článků jak v českých, tak zahraničních vědeckých časopisech a rovněž je spoluautorkou publikace Ženy s mentálním postižením v roli matek.

✉ adamcikova@nadacejt.cz

🌐 www.nadacejt.cz





Práca s traumou u detí s využitím EMDR terapie

Mgr. Jana Ashford

EMDR terapia je terapeutická metóda zasadená do rámca psychotraumatológie. Názov EMDR je skratkou z Eye Movement Desensitisation and Reprocessing. Je jednou z vedecky najpreskúmanejších psychoterapeutických metód na prácu s posttraumatickým stresovým syndrómom.

EMDR terapia vychádza z modelu adaptívneho spracovania informácií (AIP). Tento model tvrdí, že všetci ľudia majú prirodzený systém spracovania informácií zahŕňajúci aktiváciu dôležitých centier v mozgu, ktoré pomáhajú metabolizovať emócie a životné skúsenosti. Keď sú udalosti veľmi zaťažujúce, tento prirodzený informačný systém spracovania môže byť preťažený a vypnúť sa. Spomienky na veľmi zaťažujúce udalosti sú uložené fyziologicky v nespracovanej forme. Obrazy, emócie, telesné vnemy a presvedčenia sú opuzdrené v samostatných neuronálnych sieťach v limbickej oblasti mozgu. Neskôr, keď sa objaví spúšťač pre nespracované traumatické spomienky, či už spúšťač emočný alebo sensorický, dieťa má zrazu myšlienky, pocity, vnemy alebo obrazy spojené s danou spomienkou. Napríklad dieťa, ktoré vyrastá v násilnom prostredí, môže byť extrémne citlivé povedzme na krik, takže v škole, keď učiteľ zvýši hlas, dieťa sa cíti ešte nepríjemnejšie ako ostatné deti, lebo mu to na vedomej či nevedomej úrovni pripomína situácie z domu. Dysfunkčne uložené spomienky sa často prejavujú tak, že si jedinec ani neuvedomuje, s čím jeho ťažkosti súvisia.

Pri oživení traumatických spomienok môže dôjsť až k ich znovuprežívaniu, akoby sa diali práve teraz, s podobným emočným aj fyziologickým sprievodom. Pri extrémnom zaťažení traumatizujúcim materiálom môže prísť až k disociácii, čo znamená, že dieťa stratí kontakt s „tu a teraz“ a jeho myseľ akoby odletí preč. Môže prísť k hypoaktivácii dieťaťa, dieťa vyzerá, že nevníma, je zamyslené, v škole nesústredené, pozerá von oknom... Alebo je naopak nabudené, dysregulované a ťažko sa dá upokojiť.

Pri EMDR terapii sa snažíme vytvoriť také podmienky, ktoré umožnia mozgu spracovať traumatické spomienky a následne návrat k zdravším spôsobom fungovania. Využívame pri tom štandardizované postupy a protokoly, duálnu pozornosť a bilaterálnu stimuláciu mozgu cez využitie rýchlych pohybov očí sprava doľava, striedavý dotyk na pravej a ľavej časti tela alebo striedavo púšťané tóny do pravého a ľavého ucha. Napriek tomu, že presný mechanizmus účinku v tejto chvíli nie je úplne objasnený, vieme, že bilaterálna stimulácia stimuluje parasympatikus a facilituje spracovanie informácií cez asociačný

proces, a tým umožňuje adaptívne spracovanie spomienok. EMDR pracuje s explicitnými spomienkami na rôzne udalosti, ale aj s implicitnými spomienkami uloženými v telovej pamäti, s preverbálnymi spomienkami aj s transgeneračnou traumou.

Vývinová trauma z pohľadu EMDR

Model adaptívneho spracovania informácií, ktorý poskytuje teoretický základ pre EMDR prístup, je užitočný pri porozumení symptómov a správania detí so vzťahovou traumou. Deti s históriou vzťahovej traumy majú zásobník plný rušivých, nespracovaných attachmentových spomienok. Negatívne pocity, vnemy a obrazy spojené s týmito spomienkami sú uložené v neuronálnych sieťach limbického mozgu a často sa aktivujú interakciami s aktuálnymi vzťahovými osobami.

EMDR oslovuje spomienky, ktoré sú uložené v neuronálnych sieťach traumatizovaných detí tým, že facilituje integráciu nespracovanej uloženej traumy s logickými a adaptívnymi informáciami ľavej hemisféry. EMDR ide hlbšie ako len hovorenie o spomienkach a zasahuje podkôrové, pravoemisférové štruktúry.

EMDR terapia s deťmi – príprava a stabilizácia

Cieľom prípravnej fázy je, aby sa zvýšila kapacita dieťaťa tolerovať a regulovať svoje emócie, vďaka čomu bude lepšie možné spracovanie traumatického materiálu. Dieťaťu sa poskytujú opakované korektívne skúsenosti bezpečia a spojenia. Z pohľadu polyvagálnej teórie ide o aktivizovanie ventrálneho vagálneho systému cez hru, zábavu, smiech, pohyb a dotyk. U detí so vzťahovou traumou sa toto dosahuje aj za pomoci cvičení, ktoré stimulujú schopnosť dieťaťa nadviazať očný kontakt, modulovať hlas, vyjadriť emócie verbálne aj neverbálne. Pri EMDR terapii teda ako prvé zabezpečujeme bezpečie a posilňujeme vnútorné zdroje klienta. V terapii traumy je veľmi dôležité bezpečie, transparentnosť a predvídateľnosť. Dieťa musí mať pocit kontroly nad situáciou aj v rámci terapeutickú situácie.

Fáza stabilizácie môže pri dieťati s komplexnou vzťahovou traumou trvať niekoľko týždňov alebo aj mesiacov. Cieľom stabilizačných cvičení je to, aby sa človek dokázal ľahšie upokojiť, aby dokázal mať lepší kontakt so svojimi zdrojmi, aby dokázal lepšie oddeliť traumatický obsah od obsahu zdravého. Ak by sme túto fázu preskočili, mohlo by sa stať, že by pri samotnom spracúvaní traumy človek bol zaplavený traumatickým obsahom a bol by retraumatizovaný alebo by terapiu predčasne ukončil. Keďže súčasťou traumy je, že nemáme kontrolu nad situáciou, jedným z dôležitých prvkov pri príprave je psychoedukácia primeraná veku.

V rámci prípravy pracujeme aj s rodičmi alebo pestúnmi, napríklad aj tým, že spolu s nimi pripravíme príbeh, s ktorým neskôr aj s dieťaťom budeme pracovať. U detí teda stabilizácia zahŕňa aj prácu s rodičmi alebo pestúnmi, posilnenie vzťahovej väzby, napríklad aj cez aktivity typu Theraplay (Booth & Jernberg, 2010) a podobne.

Stabilizácia klienta má zabezpečiť, aby bol klient počas terapie v tzv. „okne tolerancie“, teda aby sa fyziologicky nachádzal v zóne optimálneho nabudenia, ktoré je potrebné pre možnosť pracovať na traume.

Princípy EMDR terapie s deťmi sú rovnaké ako u dospelých, avšak praktické prevedenie terapie môže byť dosť odlišné. Pri EMDR terapii pracujeme s takzvanými protokolmi, čo je súbor otázok, ktorých cieľom je akoby odomknúť neuronálne siete spojené s traumatickými spomienkami, a tým umožniť ich spracovanie. Pre deti môžu byť v závislosti od veku niektoré z týchto otázok príliš ťažké až nepochopiteľné, a tak niektoré časti protokolu najmä u mladších detí vynechávame.

Druhou odlišnosťou je to, že u dospelých väčšinou ako bilaterálnu stimuláciu využívame rýchle pohyby očí. U detí, čím sú mladšie, tým častejšie využívame dotykovú bilaterálnu stimuláciu, tzv. tapping, teda striedavé „tukanie“ alebo „klepkanie“ napríklad na pravú a ľavú ruku dieťaťa (*Morris-Smith & Silvestre, 2014*).

Ďalším rozdielom je to, že samotná práca na traumatickom obsahu býva u detí väčšinou kratšia ako u dospelých. Môže za to čiastočne aj kratšia výdrž pozornosti u detí, ale najmä sú tzv. kanály pri spracúvaní kratšie. Deti majú negatívne obsahy spojené s traumatickou udalosťou kratšie a aj vďaka tomu môže byť psychoterapia rýchlejšie účinnejšia.

EMDR terapia u detí je väčšinou integrovaná do širšieho rámca hrovej terapie, nie na každom stretnutí s dieťaťom sa pracuje priamo metódou EMDR. Zmeny v prežívaní sú často pociťované ako veľmi prirodzené a deti niekedy aj akoby zabudnú, nakoľko bol daný problém pre ne pred terapiou zatažujúci. Príkladom je dievča, s ktorým sme na dvoch stretnutiach spracúvali silný strach z postavy z hororu, ktorý videla. Na ďalšom stretnutí s ľahkosťou a bez prekvapenia na moju otázku odpovedala, že sa tejto postavy už nebojí, dokonca že sa za ňu prezliekla na karnevale a potrebovala sa pochváliť aj fotografiou.

Na to, aby s traumatickou spomienkou bolo možné pracovať, treba ju aktivovať. Terapeutickou intervenciou chceme obsiahnuť akoby celú neuronálnu sieť, preto sa snažíme pracovať s vnemami, myšlienkami, emóciami aj telesnými pocitmi. U detí využívame na to rôzne hrové materiály, okrem predstáv je možné spracúvať vnemy aj pomocou kresby, pieskoviska, či rôznych hračiek, postavičiek a podobne. Po aktivovaní traumatickej spomienky nastáva spracúvanie za využitia bilaterálnej stimulácie. Prvým princípom tejto práce je nestáť v ceste prirodzenej tendencii nervovej sústavy adaptívne spracovať informácie, a teda pokiaľ proces ide dobre, nezasahujeme doň vôbec alebo len minimálne.

Práca s rodinou

Čo sa týka settingu, väčšinou sa osvedčuje pozvať na prvé stretnutie celú rodinu, aby bolo možné odsledovať interakcie medzi jednotlivými členmi a zároveň ich pohľad na vec a formuláciu problému. Ďalší postup sa dohaduje na záver úvodného stretnutia, či už pôjde o stretnutie s rodičmi, kde si doberieme anamnestické údaje alebo bude nasledovať stretnutie s dieťaťom, dieťaťom a rodičmi alebo ináč...

Práca s rodinou, resp. opatrovníkmi dieťaťa, je pri terapii vývinovej traumy kľúčová. Rodičia môžu slúžiť pre dieťa ako stabilizujúci prvok, ich prítomnosť v terapeutickom mieste môže u detí posilňovať pocit bezpečia. V prípade, že boli udalosťou, ktorá sa dieťa-

tu stala, traumatizovaní aj oni sami, je dobré, ak absolvujú aspoň niekoľko sedení najprv oni sami a pracujú na svojej traume. Vtedy sú často lepšie schopní byť oporou pre svoje dieťa pri zvládaní jeho traumy. Takisto pri prítomnosti rodičov pri terapii je možné prispieť k náprave nežiaducich interakcií medzi rodičom a dieťaťom a rodič môže lepšie porozumieť dieťaťu a viac sa k nemu emočne priblížiť.

Práca s naratívom

U traumatizovaných detí v EMDR často využívame prácu s naratívom (Lovett 2007, Lovett 2014). Pod naratívom tu myslíme skrátenejší životný príbeh dieťaťa, ktorý obsahuje najdôležitejšie míľniky života a zároveň sa v ňom objavujú traumatické obsahy, na ktorých v terapii pracujeme. Cieľom práce s naratívom je, aby dieťa mohlo dať väčší zmysel tomu, čo sa mu stalo a aby mu udalosti zapadli viac do perspektívy. Usilujeme sa o to, aby dieťa na seba nazeralo zdravším spôsobom v kontexte traumy, ktorá sa mu stala. Práca s naratívom dáva terapeutovi šancu ľahšie desenzitizovať boľavé spomienky dieťaťa a spracovať ich takým spôsobom, aby sa dieťa mohlo cítiť viac v bezpečí a sebaisté. Príbeh je vyvážený, obsahuje veľa pozitívnych a zdrojových aspektov života dieťaťa. Traumatický materiál je natoľko detailný, nakoľko to vyžadujú symptómy a vek dieťaťa. S naratívom sa pracuje najmä u menších detí a u detí, kde sa práca na samostatnom traumatickom zážitku zdá nedostatočná. Pri spracúvaní sa využíva bilaterálna stimulácia aj ďalšie prvky EMDR. S naratívom je možné pracovať na jednom alebo na viacerých stretnutiach, je možné ho rozdeliť na viacero častí, vyrábať z neho postupne knižku doplnenú ilustráciami dieťaťa alebo fotografiami prinesenými z domu.

Pomocou naratívu je niekedy možné osloviť aj zážitky z predverbálneho obdobia a aktívovať implicitné spomienky uložené na telesnej úrovni. Vďaka tomu je možné pracovať s udalosťami ako napríklad ťažké narodenie sa, ťažká popôrodná adaptácia, popôrodná depresia matky, absencia matky v prvých mesiacoch života, zdravotné komplikácie a lekárske zákroky v predverbálnom období a podobne.

Použité zdroje

Booth, P. B.; Jernberg, A. M. : Theraplay - Helping Parents and Children Build Better Relationships Through Attachment-Based Play. Chicago, John Wiley & Sons Inc. 2010.
Lovett, J. Small Wonders: Healing Childhood Trauma With EMDR. Detroit, Free Press, 2007.
Lovett, J. Trauma-Attachment Tangle: Modifying EMDR to Help Children Resolve Trauma and Develop Loving Relationships. Routledge, 2014.
Morris-Smith, Joanne.; Silvestre, Michel.: EMDR for the Next Generation: Healing Children and Families, 2nd Ed. ACPIL, 2014.

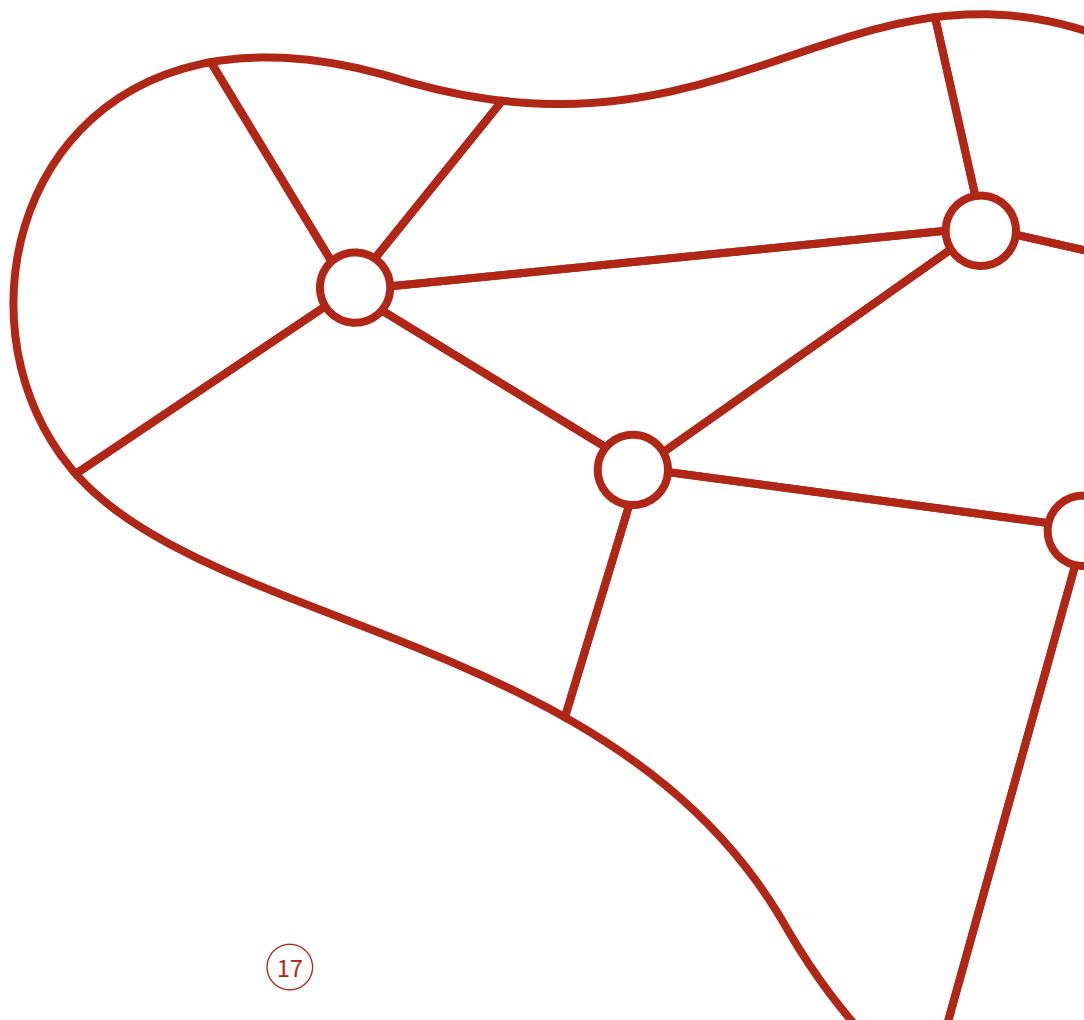


Mgr. Jana Ashford / Slovenský inštitút pre psychotraumatológiu
a EMDR, ALMA Centrum pre zdravý vývin, Bratislava / Slovensko
Psycholožka a psychoterapeutka

Pracuje v súkromém zařízení ALMA Centrum pro zdravý vývoj v Bratislavě. Je absolventkou dlouhodobého výcviku v psychodynamické terapii, výcviku vztahové terapii dětí a adolescentů (MUDr. Peter Pöthe), výcviku v terapii hrou, je držitelkou evropského certifikátu „Dětský EMDR terapeut“. Ve své praxi se věnuje i dětem v náhradní rodinné péči.

✉ info@centrumalma.sk

🌐 www.almacentrum.sk





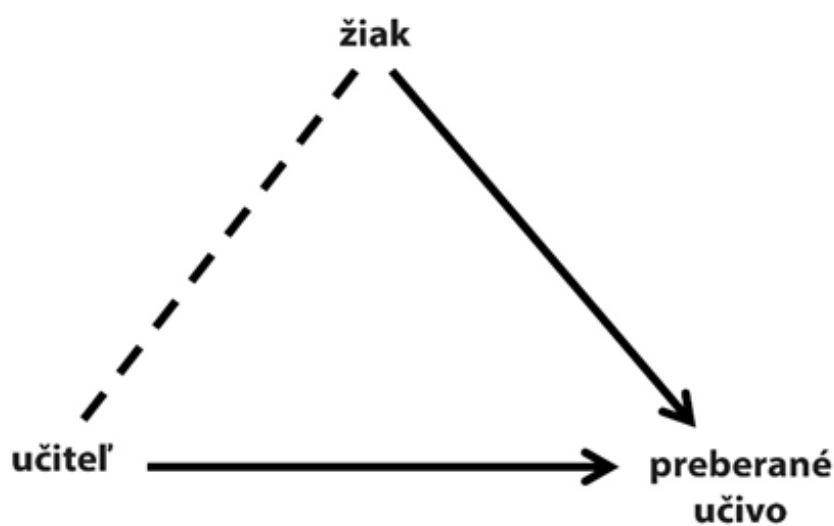
Dieťa s problémovým správaním v školskom prostredí

Mgr. Monika Boričová

Vzťahová väzba, ktorú si dieťa vytvorí počas prvých mesiacov a rokov svojho života, zásadným spôsobom ovplyvní jeho vytváranie vzťahov k vrstovníkom aj k prvým sexuálnym partnerom v priebehu dospelovania. Rovnako tak je typ attachmentu určujúci pre vzťah dieťaťa s jeho učiteľmi a spolužiakmi v škole.

Znalosť teórie attachmentu otvára učiteľom nový pohľad na problémových žiakov. Dovoľuje im nahliadnuť pod povrch ich správania a uvidieť tam ich strach a nenaplnené potreby. Prerámčovanie pohľadu na problémových žiakov vďaka porozumeniu vzťahovým vzorcom ich správania a vďaka pochopeniu ich nenaplnených potrieb, vedie učiteľov k nachádzaniu nových spôsobov práce s týmito deťmi.

Výučbový trojuholník pri vyhýbavom attachmente - vzťah medzi žiakom, učiteľom a preberaným učivom je v tomto prípade určený zameraním žiaka na úlohu, nie na vzťah s učiteľom.



Žiaci s vyhýbavou vzťahovou väzbou v školskom prostredí:

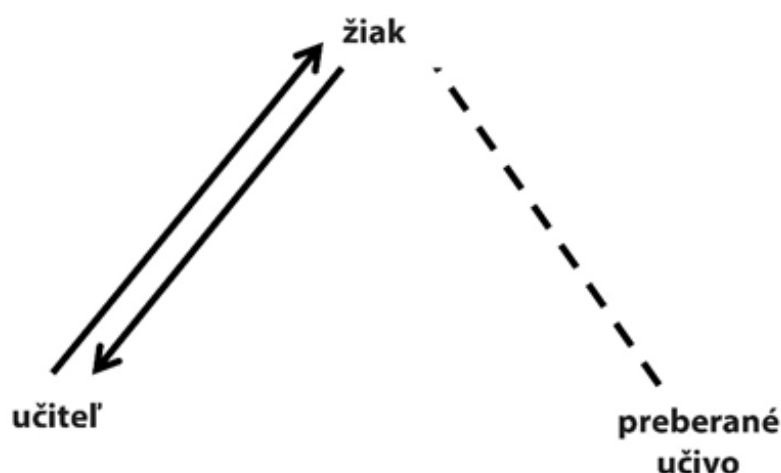
- navonok vykazujú voči osobe učiteľa známky nezáujmu;
- neželajú si, aby im niekto pomáhal;
- nevšímajú si učiteľa a vyhýbajú sa očnému kontaktu;
- nemajú radi, keď je učiteľ pri nich veľmi blízko;

- hovoria, že „im to je jedno!“ a krčia ramenami;
- majú radi opakujúce sa úlohy;
- nemajú radi kreatívne úlohy, pretože tým riskujú neúspech, na ktorý nie sú pripravení;
- ak sú postavení pred nové výzvy, vzdávajú sa pri prvom neúspechu;
- pokiaľ sú nadaní, bývajú v škole veľmi úspešní;
- nehovoria veľa;
- je náročné s nimi naviazať bližší kontakt;
- môžu pôsobiť ako tichí a nenápadní žiaci, ktorí nie sú príliš úspešní;
- nie sú pripravení zapájať sa do spoločnej diskusie;
- najradšej pracujú samostatne, a to aj v prípade, keď úlohu nezvládajú;
- prácu v skupine zvládajú len vtedy, ak je zameraná na plnenie konkrétnej úlohy;
- nezaujímajú ich vzťahy medzi ľuďmi;
- nikdy nie sú dosť spokojní so svojou prácou;
- majú problém prijať ocenenie a pochvalu;
- skôr, ako učiteľ ich prácu vyhodnotí, vyhlásia ju za zlú, prípadne ju zničia;
- radi sa obklopujú rôznymi prístrojmi, ako je mobil, iPod a pod.;
- svoje problémy skrývajú, čo v dospievaní často vedie k sebapoškodzovaniu.

Stratégie učiteľa v prípade žiaka s vyhýbavým attachmentom:

- stretnúť sa s rodinou a dôkladne sa oboznámiť s históriou dieťaťa;
- zaujímať sa o to, aké nenaplnené potreby sa ukrývajú za správaním dieťaťa;
- ovládať základné informácie o teórii attachmentu;
- zamerať sa na úlohu a až cez spoločnú prácu nenápadne vytvárať vzťah;
- dávať dieťaťu na výber z viacerých možností;
- vyberať také úlohy, ktoré dieťa robí rado a zvládne ich urobiť aj samostatne;
- pri práci v skupine dať dieťaťu nejakú samostatnú úlohu;
- používať taký typ úloh, ktorých výstupom je niečo hmatateľné;
- pri práci s takýmto dieťaťom využívať príbehy a metafory;
- začleňovať do výučby činnosti, ktoré aktivizujú ľavú hemisféru.

Výučbový trojuholník pri ambivalentnom attachmente – vzťah medzi žiakom, učiteľom a preberaným učivom je v tomto prípade určený zameraním žiaka na vzťah s učiteľom a nie na úlohu.



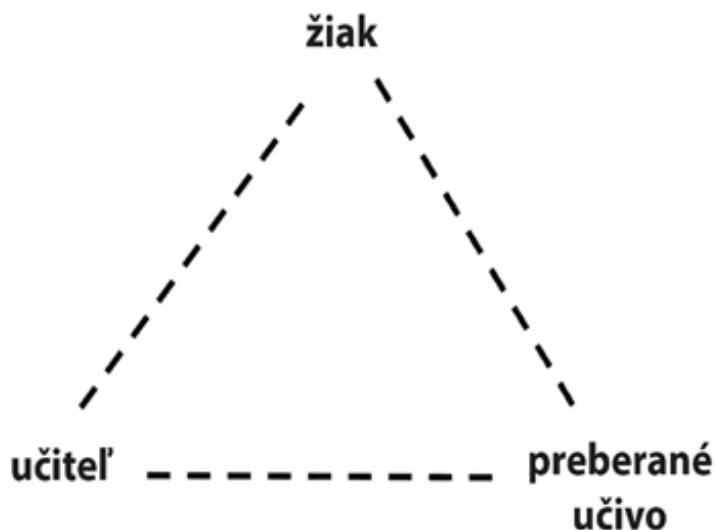
Žiaci s ambivalentnou vzťahovou väzbou v školskom prostredí:

- majú problémy s hranicami, hovoria aj o veľmi osobných témach;
- sú majstrami v tom, čo majú povedať, aby upúťali pozornosť učiteľa;
- ich správanie je manipulatívne;
- bez ohľadu na vek, zostávajú v blízkosti učiteľa aj cez prestávky;
- neláka ich byť s rovesníkmi;
- bojujú o pozornosť učiteľa s ostatnými spolužiakmi, a potom nemajú čas venovať sa preberanému učivu;
- sú od učiteľa/vychovávateľa závislé;
- snažia sa s učiteľom/vychovávateľom dostať do dôverného vzťahu a preberať s ním svoje osobné problémy;
- ak stratia pozornosť učiteľa, nie sú schopné sústrediť sa na vyučovanie;
- potrebujú neustále potvrdzovanie vzťahu;
- pokiaľ učiteľ nezareaguje na ponuku dôverného vzťahu podľa ich očakávaní, cítia sa byť odmietnutí;
- pokiaľ majú pocit, že im učiteľ nevenuje dostatočnú pozornosť, rýchlo sa rozčúlia a zaútočia;
- tým, že vyžadujú neustálu pozornosť, učiteľovi berú veľa energie, skúšajú jeho trpezlivosť;
- nie sú schopní samostatnej práce;
- v škole môžu byť celkom úspešní, ich schopnosť učiť sa je ale limitovaná tým, že sú závislí od emočnej podpory zo strany svojej rodiny alebo zo strany svojich spolužiakov;
- boja sa zlyhania a ich sebaúcta ľahko utrpí;
- sú veľmi úzkostní;
- nikdy nemajú „dost“ pozornosti;
- ľahko sa nahnevajú, správajú sa agresívne, obviňujú učiteľa z toho, že sa k nim ne-správa „fér“.

Stratégie učiteľa v prípade žiaka s ambivalentným attachmentom:

- ovládať základné informácie o teórii attachmentu;
- najväčšou pascou v prípade týchto detí je snaha vyhovieť všetkým ich požiadavkám;
- pokiaľ chce učiteľ ich situáciu zmeniť, nesmie hrať „ich hru“;
- tým, že by všetko urobil za dieťa, upevňoval by jeho obranné mechanizmy správania a podporoval by ho v manipulatívnom správaní;
- učiteľ by si mal udržať hranice, ale zároveň nestratiť voči dieťaťu empatiu a uvedomovať si jeho veľkú úzkosť, ktorá je hnacím motorom jeho manipulatívneho správania = LÁSKAVÁ DÔSLEDNOSŤ;
- dávať dieťaťu krátke, časovo samostatné úlohy (dieťa by si malo strážiť čas na hodin-kách samo), postupne čas predlžovať;
- uistiť dieťa, že sa k nemu o chvíľu vrátite, povedať kedy presne to bude;
- strážiť si čas návratu a pokiaľ sa ho nepodarí dodržať, dieťaťu sa ospravedlniť;
- nepodľahnúť pokušeniu vo všetkom dieťaťu vyhovieť;
- ak sa má dieťa naučiť pracovať samostatne, nepôjde to bez drobnej frustrácie, dajte mu ale najavo podporu a pochopenie.

Výučbový trojuholník pri dezorganizovanom attachmente – nestoja o vzťahy a nezájímajú sa o úlohy, tzn. že sa nachádzajú mimo výučbového trojuholníka.



Žiaci s dezorganizovanou vzťahovou väzbou v školskom prostredí:

- školská výkonnosť týchto detí kolíše bez ohľadu na ich reálne schopnosti od jednotiek po päťky;
- väčšinu svojej energie potrebujú na to, aby si zaistili pocit bezpečia;
- ich primárnou snahou je prežiť;
- sú veľmi ostražití a vždy pripravení na útok, a to aj v situácii, keď im žiadne reálne nebezpečenstvo nehrozí;
- svoju frustráciu prejavujú tým, že búchajú hlavou o stenu, behajú po triede, alebo vybiehajú z triedy von;
- majú výbuchy zlosti bez zjavného dôvodu;
- rýchlo prepínajú medzi aktivitou a nezaujmom, v jednej chvíli sa hlasno dožadujú pozornosti a o chvíľu chcú, aby ich učiteľ ani spolužiaci neotravovali a dali im pokoj;
- od ostatných ľudí, aj učiteľov, očakávajú len to najhoršie a neveria, že by to niekto s nimi mohol myslieť dobre;
- voči rovesníkom sa správajú agresívne, zastrášujú ich, nie sú schopní tráviť s nimi čas;
- napádajú svojich spolužiakov;
- voči učiteľovi sa správajú útočne;
- kritizujú jeho snahu niečo ich naučiť;
- často chodia poza školu a nahovárajú na to aj ostatných spolužiakov;
- nezvládajú nečakané zmeny, pomáha im jasná štruktúra hodín.

Stratégie učiteľa v prípade žiaka s dezorganizovaným attachmentom:

- pokúsiť sa nahliadnuť pod povrch a pochopiť zdanlivo nepochopiteľné správanie takéhoto dieťaťa, porozumieť jeho hlboké potrebe mať veci pod kontrolou;
- ochota opustiť svoje zabehnuté postoje a názory;
- práca s takýmto dieťaťom môže v učiteľovi vyvolávať pocit bezmocnosti a hnevu, je dôležité dávať si veľký pozor, aby táto bezmocnosť nevyústila do agresivity voči dieťaťu;

- neoplácať mu rovnakou mincou;
- priznať si napätie či úzkosť, ktorú chaotické správanie dieťaťa v učiteľovi vyvoláva;
- v prípade náročnej situácie zachovať pokoj a zdravý rozum, až následne sa postarať o problémové dieťa;
- nájsť oporu v sebe samom, rozprávať o problémoch s ďalšou osobou (napr. školský psychológ, výchovný poradca...);
- obrátiť sa na ďalších špecialistov, ktorí budú s dieťaťom individuálne pracovať (pedopsychiater, terapeut, klinický psychológ, sociálny pracovník...);
- jasné pravidlá, dopredu daná štruktúra, predvídateľnosť priebehu každého dňa, jasne vymedzené role medzi deťmi a dospelými;
- vyučovacie hodiny majú mať jasnú, dopredu danú štruktúru;
- na viditeľné miesto vyvesiť rozvrh hodín (aj vo vyšších ročníkoch);
- stále si uvedomovať, že emocionálny vek týchto detí je nižší než ich chronologický vek;
- na akúkoľvek zmenu oproti obvyklému priebehu vyučovania upozorniť dieťa čo najskôr, vyjadriť mu empatiu, aké je preň náročné prijať takúto nečakanú zmenu;
- pokiaľ je zmien počas dňa viac, umožniť dieťaťu, aby pracovalo mimo triedy s osobou, ktorej dôveruje;
- ak dôjde u dieťaťa k eskalácii hnevu, mať vždy pripravený záložný plán;
- vytvoriť v škole fyzicky „bezpečné miesto“, kde dieťa nájde bezpečnú základňu;
- spolupráca medzi všetkými dospelými, ktorí s takýmto dieťaťom pracujú.

Čím môže učiteľ situáciu skomplikovať?

- zahanbovanie dieťaťa - krik, vyhrážky, zhadzovanie dieťaťa pred triedou;
- negatívne „nálepkovanie“ dieťaťa;
- používanie bežných systémov trestov, (poznámky, čierne body,...), ktoré zvyšujú pocit hanby;
- nezrozumiteľné alebo meniace sa pravidlá, nedôslednosť, nedodržiavanie dohodnutých postupov;
- požiadavky na vyspelosť dieťaťa, aj keď ešte nie je po emočnej a sociálnej stránke dost' zrelé (samostatnosť, správne rozhodovanie, spolupráca);
- tlak na výkon, vynucovanie, vydieranie, autoritatívnosť;
- neprehľadná situácia, zmätok, časté zmeny, striedanie učiteľov;
- nezmyselné chválenie, nadržovanie, ústupky, „mäkké hranice“;
- podobná dynamika, aká je medzi dezorganizovaným rodičom a dieťaťom a rozvoj zablokovanej starostlivosti sa môže rozvinúť aj medzi učiteľom, ktorý trpí nespracovanými zážitkami zo svojho detstva, a jeho žiakmi!!! (pozri v časti Ako ovplyvňuje typ attachmentu rodičovstvo).

Ako môže učiteľ pomôcť?

- vnímať problémy detí z pohľadu teórie attachmentu;
- získať si o danom probléme čo najviac informácií;
- zamyslieť sa nad tým, či v hre nie sú obranné postoje (učiteľa alebo žiaka);
- pokúsiť sa odlíšiť, čo do situácie vnáša dieťa a čo učiteľ;
- brať do úvahy pocity, ktoré dieťa v učiteľovi vyvoláva;
- meniť navyknuté vzorce konania;

- pri príprave hodiny zohľadniť typ attachmentu daného dieťaťa, sociálny a emocionálny stupeň jeho vývinu;
- venovať pozornosť tomu, čo dieťa prežíva;
- nezabúdať na seba a na svoju psychohygienu;
- vyhľadať ďalších odborníkov, ktorí by mohli dieťaťu pomôcť;
- neobviňovať rodičov, ale vyjadriť im podporu a porozumenie.

Rola školského psychológa a rola asistenta učiteľa

Bez vzťahovej osoby nie je skutočná zmena možná. Preto je veľmi dôležité nájsť v škole spoľahlivého starostlivého dospelého, ktorý by stál pri dieťati v časoch dobrých aj zlých. Taký človek nebude v dieťati hľadať len chyby, ale bude ho prijímať so všetkým, čo k nemu patrí. Primárne pomáha v školskom prostredí uspokojovať dieťaťu potrebu bezpečia a prijatia. Stáva sa spoľahlivou ochranou pri jeho strachoch a úzkostiach. Problémové dieťa tak získava „svojho“ človeka, „sprievodcu“, ktorý ho môže postupne presvedčiť o snahe pomôcť mu. Vzťahová osoba pomáha pri tvorbe individuálneho plánu dieťaťa „šitého na mieru“. Výsledkom je, že dieťa sa cíti v škole lepšie a je úspešnejšie. Rolu vzťahovej osoby môže prevziať školský psychológ alebo iná osoba, napr. asistent učiteľa či osobný asistent. Dôležité ale je, aby vzťahová osoba bola emočne zrelá, mala dostatok vedomostí o vplyve traumy na vývin mozgu a o attachmentovej teórii, mala by poznať svoj attachmentový štýl a svoje obranné mechanizmy.

Niekoľko odporúčaní pre vzťahovú osobu dieťaťa v školskom prostredí

- za problémovým a znepokojujúcim správaním dieťaťa hľadať skryté motívy jeho konania;
- pamätať na to, že „menej je niekedy viac“ - môže sa stať, že sa rozhovor pri individuálnom stretnutí „zadrhne“ a zostane len neverbálna komunikácia (maľovanie, hranie nenáročných hier, spoločné divanie sa na filmy, počúvanie hudby...);
- sú chvíle, keď dieťa s poruchou attachmentu nezvládne nič viac než pokojnú a láskavú prítomnosť podpornej osoby;
- až keď sa vzťah ustáli, začať hľadať možnosti, ako dieťa podporiť v osobnostnom raste a ako mu pomôcť zvládať učenie;
- hľadať spôsoby, ako vychádzať v ústrety aj iným, čisto praktickým potrebám dieťaťa s poruchou attachmentu, ktoré mu umožňujú zažiť pocit, že je pre niekoho dôležité a že sa oň niekto stará (príjemné prostredie, malé občerstvenie, náhradné pomôcky pripravené v zálohe pre prípad zabudnutia...);
- vymieňať si s ostatnými pedagogickými aj odbornými zamestnancami informácie o úspešných technikách učenia, stratégiách výučby, praktických tipoch efektívnej komunikácie, osvedčených formách podpory, užitočných šablónach pre štruktúrovanie písomných prác a pod.;
- postaviť sa za dieťa, keď bude mať v škole aj mimo školy problémy, potvrdiť mu tým, že je vzťahová osoba pripravená stáť po jeho boku;
- pri tvorbe plánu podpory pre dieťa využívať všetky mimoškolské zdroje, kontaktovať organizácie, ktoré majú vyškolené odborné tímy v problematike attachmentu a môžu pomôcť (školské poradenské zariadenia; Návrat, o.z; Úsmev ako dar; detské domovy; ÚPSVaR; Inštitút rodinnej terapie a terapie vzťahovej väzby a pod.);

- využívať „kolektívny mozog“, zvolať pracovné stretnutie všetkých, ktorí sa na vzdelávaní a podpore dieťaťa v škole aj mimo školy podieľajú.

Použité zdroje

Hašto, J.: *Vzťahová väzba. Ku koreňom lásky a úzkosti (1st ed.)*. Bratislava, Vydavateľstvo F, 2005.

Hughes, D.; Bomber, L. M.; Brisch, K. H.; Perry, A.: *Teenagers and Attachment – Helping Adolescents Engage with Life and Learning (1st ed.)*. 2009, United Kingdom.

Kovařovicová, J. et al.: *Dobrý pěstoun. Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR*, 2018.

Geddes, H.: *Attachment in the Classroom - A Practical Guide for Schools. (1st ed.)*. Publication City, 2003.

Priehradná, D.: *Možnosti diagnostiky vzťahovej väzby u detí, adolescentov a dospelých. (1st ed.)*. EduGraf, s.r.o., 2019.

Becker - Weidman, A.: *Komplexná trauma a jej vplyv na vývin dieťaťa. Konferencia Inštitút rodinnej terapie, Košice*, 2016.



Mgr. Monika Boričová / Inštitút rodinnej terapie a terapie vzťahovej väzby / Slovensko

Speciální pedagožka, terapeutka, supervizorka a lektorka. Specializuje se na práci s dětmi z náhradných rodín, dětmi s poruchou vzťahové väzby a dětmi s komplexným traumatem. Čtrnásť let pôsobila v školském prostredí jako speciální pedagožka. V tomto období se naplno věnovala poradenství a práci s dětmi v náhradní péči i dětem s výchovnými potížemi. Před pěti lety s kolegyní založili na Slovensku Institut rodinné terapie a terapie vzťahové väzby o.z., kde se věnují vzdelávaní odborníků v terapii hrou a rodinné terapii zaměřené na vzťahovou väzbu.

🌐 www.rodinnaterapia.sk



Archa nestačí: komunity, které léčí

Uljana Dolyniak, Marek Wnuk

Mnozí pěstouni jsou během přípravy na novou roli přesvědčeni, že zkušenosti a samotná touha dávat lásku dětem umístovaným do náhradní péče, budou pro jejich výchovu dostačující. Často také zdůrazňují, že chtějí s přijatými dětmi zacházet jako s vlastními.

Ne vždy si, bohužel, uvědomují, že si děti přinášejí velké množství negativních zkušeností a očekávání. Je to druh emocionálního nebo mentálního postižení, podobného fyzickému, jež však není okem postřehnutelné. Jestliže přijímají dítě za své vlastní, ale zároveň pro ně nevytvářejí zvláštní podmínky, a nepřihlížejí k jeho traumatizující minulosti, může to vést k situaci, kdy se dítě nebude cítit bezpečně a komfortně. V rodině bude docházet ke konfrontacím, jejichž následky mohou být pro dítě i rodinu fatální. Takové situace mohou totiž vést k eskalaci konfliktů, pocitům bezmoci, a dokonce k odebrání dětí z náhradní rodiny.

Jen velmi zřídka se do rodiny dostává osiřelé dítě, které by se po ztrátě svých blízkých a prožitém období smutku vyvíjelo a fungovalo normálně. Je nutno pamatovat na to, že nejčastější příčinou chování dítěte v náhradní rodině, jež z pohledu dospělého vyznívá neadekvátně, není jednorázová traumatická událost. Nejběžnějším důvodem je takzvaná pretraumatická situace, tedy vše, k čemu došlo předtím, než bylo dítě umístěno do nové rodiny. Pokud byla předchozím „pretraumatickým prostředím“ milující rodina, ve které dítě dostávalo vše, co pro svůj vývoj potřebovalo, existuje vysoká pravděpodobnost, že dítě bude mít vysokou úroveň odolnosti proti stresu a schopnost zvládat složité situace.

Novými členy rodiny jsou nejčastěji děti s tzv. vývojovým traumatem nebo komplexním traumatem. To znamená, že v dětství byly vystaveny různým formám násilí a dospělí (obvykle jejich rodiče nebo jejich zástupci) adekvátně neplnili jejich fyzické a emoční potřeby. V důsledku toho může mít dítě vážné problémy s připoutáním. Jde například o nedostatek schopnosti budovat blízké vztahy, nedostatek důvěry v jiné lidi a svět, sociální izolaci nebo absenci vcítění se a empatie. Dítě se může stejným způsobem chovat k blízkým, příbuzným i cizím lidem. Dokáže impulzivně uspokojovat své potřeby, což se projeví patologickými krádežemi, lhaním nebo špatnými návyky.

Pro mnoho dětí je obtížné regulovat své emoce, mají velmi omezenou nebo nulovou schopnost vyjádřit své pocity, mluvit o svých potřebách. Charakteristickým znakem cho-

vání je potřeba kontrolovat všechno a všechny. Děti mají často extrémně nízké sebevědomí, výrazný pocit studu a viny. Kromě toho se u nich projevují zdravotní obtíže, často na psychosomatické bázi, problémy s pamětí, poruchy pozornosti nebo nedostatek motivace ke studiu (Cook, A., J. Briere, J. Spinazzola and B. S. van der Kolk).

Typickým chováním dítěte, které prošlo vývojovým traumatem, je vyjádřený nebo skrytý projev agrese vůči sobě a/nebo ostatním. Dítě může projevovat extrémní tvrdohlavost, neřídít se pravidly, která jsou pro ně často nelogická a skutečně nesrozumitelná. Tímto svým chováním, často nelogickým a pro rodiče nepochopitelným, se tak děti vlastně ptají na to, co je trápí: Mohu ti věřit? Dodržíš své sliby? Nehrozí mi tu nic? Jsem v bezpečí? Jak důležitý nebo důležitá pro tebe jsem? Máš mě rád/a?

Naše zkušenosti z práce s dětmi a pěstounskými rodinami ukazují, jak je důležité vytvořit pro dítě takové posttraumatické prostředí, které bude vyhovovat jeho konkrétním individuálním potřebám. To vyžaduje značné úsilí, trpělivost a revizi nebo inventarizaci některých vlastních očekávání a přesvědčení. Seznamte se s principy pedagogiky traumatu, jejichž efektivitu neustále potvrzují rodiny a vychovatelé, kteří je aplikují.

10+1 princip Pedagogiky traumatu

1. Špatné chování má dobrý důvod

Krádeže, lži, agresivita, manipulace nebo jiné projevy „nevhodného“ chování byly strategiemi pro přežití v nebezpečných situacích. Pokud pochopíme, že chování dětí, jež nás znepokojuje, trápí nebo rozčiluje, jim v minulosti umožnilo přežít ve složitých situacích, lépe pochopíme potřeby dítěte a budeme mu moci účinněji pomáhat. Toto chování lze nazvat obranným mechanismem. Je důležité si uvědomit, že náhradní rodina je pro dítě novým prostředím a může pro ně paradoxně znamenat nebezpečnou situaci. Zkušenosti naučily dítě nikomu nedůvěřovat, být neustále ve střehu, očekávat od světa a lidí jen bolest, zradu a krutost.

Situace ze života jedné pěstounské rodiny: dvanáctiletý chlapec se rychle přizpůsobil novému prostředí, spřátelil se s dalšími dětmi v rodině i se spolužáky, plnil své povinnosti a účastnil se rodinného života, rád trávil čas s vrstevníky. Náhradní rodiče pak byli vyděšeni chlapcovým podivným chováním, k němuž docházelo většinou večer. Najednou, bez zjevného důvodu, začal křičet, tloukl hlavou o zed' a drásal si ruce až do krve. Když někdo vstoupil do jeho pokoje, jeho chování se jen zhoršilo. Byl velmi rozrušený, rodiče vyzkoušeli celou svoji zásobu metod a pokusů chlapce uklidnit, ale situace se nezměnila. Později, během rozhovoru se sousedy biologických rodičů chlapce, se ukázalo, že když chlapec žil ve své rodině, jeho otec se večer vracíval domů pod vlivem alkoholu a často bil svou ženu, chlapcovu matku a jeho také. Tento scénář se opakoval po dobu téměř tří let. Když náhradní rodiče pochopili, že chlapcovo „podivné“ chování je výsledkem extrémního strachu, ve kterém žil po dlouhou dobu, rázem jim byl jasný nejen důvod podivného večerního chování. Naučili se také tomuto chování předcházet vytvořením rituálu ukládání ke spánku a přípravy na konec dne. Pěstouni byli spolu s chlapcem: zpívali mu ukolébavku nebo četli pohádku, modlili se, nechávali rozsvícenou stolní lampu.

S chlapcem také hovořili a opakovali mu, že je u nich v bezpečí, že může s jakýmkoli problémem přijít za dospělými, kteří jej ochrání a budou mu nablízku. Postupem času se u chlapce objevovalo stále méně záchvatů autoagresivního chování, jež nakonec asi po roce zcela vymizelo.

Krádeže potravin, manipulace, agresivita, provokace se mohou pěstounům nebo pečovatelům zdát nepochopitelné a zvláštní. Toto chování je ale často logické, pokud se seznámíme s podmínkami, v nichž dítě vyrostlo, a jaký je jeho příběh. Takové neadekvátní nebo negativní chování se stává pochopitelným v okamžiku zjištění, co je jeho hlavní příčinou a jaké potřeby jsou za ním. Potom také pochopíme, že se dítě chová tímto způsobem nikoli proto, že chce někomu ublížit nebo mu znepríjemnit život, ale proto, že mu toto chování pomohlo přežít v minulosti, bylo jeho strategií přežití, obranným mechanismem. Dozvíme-li se o příčinách a potřebách, můžeme efektivně ovlivnit změnu chování.

2. Archa nestačí

Mezi těmi, kdo chtějí pomoci dítěti, jemuž se v minulosti nedostalo péče a lásky, jsou často rodiče s mnohaletými zkušenostmi s výchovou vlastních dětí nebo mladí lidé, kteří touží si dítě osvojit. Jejich srdce jsou plná soucitu a lásky. Pro pomoc dítěti to však často nestačí. Potřeby dětí, které zažily trauma, jsou specifické. Kromě touhy a vnitřního nutkání pomoci je proto nutné mít specifické znalosti a dovednosti a také vědět, jakým směrem jít. Bez pochopení minulosti dítěte pro nás bude obtížné žít v přítomnosti a plánovat budoucnost. Pro poskytnutí adekvátní a účinné pomoci je nutné provést důkladnou diagnostiku a vypracovat individuální plán péče.

Diagnostika je analýza nejen potřeb nebo nedostatků dítěte, ale také jeho vnitřních rezerv. Při diagnostice a vypracování individuálního plánu mohou pomoci sociální pracovníci z místního centra sociálních služeb pro rodiny, děti a mládež, pracovníci dětských služeb, psychologové, pedagogové nebo jiní odborníci, kteří znají rodinnou situaci, příběh dítěte a mají odpovídající znalosti a dovednosti.

3. Klíčem je empatie

Fenomén vnitřního vcítění se do člověka, jenž se ocitl ve složité situaci, jinak také empatie, nás často motivuje k aktivnímu jednání. Síla empatie je taková, že někdy prožíváme cizí utrpení jako svoje vlastní. Nedovoluje nám stát stranou nebo nechat bez povšimnutí cizí bolest. Díky empatii náhradní rodiče denně pomáhají svým dětem, často i za cenu, že se vzdají svých vlastních tužeb nebo potřeb. Empatie není moudrost ani vědění dostupné pouze vyvoleným. Tomuto umění se lze a je třeba se učit a rozvíjet je.

Zde je několik tipů, jak rozvíjet svou empatii:

- Když s někým hovoříte, soustředte se na mluvčího, na to, co se nyní mezi vámi odehrává. Věnujte mu maximální pozornost a čas. Pokud jsou vaše myšlenky zaměstnány něčím jiným nebo momentálně nemáte čas, odložte rozhovor na jindy. Sdělte dítěti konkrétní čas, kdy si můžete promluvit. Plňte své sliby.
- Poslouchajte. Než začnete komentovat řečené, vyslechněte vše až do konce.
- Dodržujte pravidla aktivního poslechu: měňte formu a obsah řečeného, vyptávejte se, projevujte svůj zájem o konverzaci a partnera pomocí tónu hlasu a mimiky.

- Rozvíjejte sebeuvědomění: analyzujte během hovoru své emoční a behaviorální reakce. Pokuste se zjistit, proč vás některé informace rozčílily, a jiné třeba zarmoutily.
- Vyjádřete své emoce a prožitky.
- Pokud poskytujete zpětnou vazbu, dělejte to tak, abyste partnera v hovoru podpořili, nabídněte mu svou pomoc, nejen kritiku.
- Pokuste se představit si sami sebe na místě dítěte, „prožít“ jeho příběh, stát se na chvíli dítětem. To vám pomůže pochopit nejen chování vašeho dítěte, ale také to vaše jakožto rodiče.
- Věnujte pozornost svému stylu komunikace: co říkáte nejčastěji, na co se ptáte. Zeptejte se sami sebe: „Chtěl/a bych, aby se mnou někdo takhle mluvil?“
- Investujte do rozvoje vztahů, nejen do řešení problémů.
- Rady udělujte jen na požádání, nemoralizujte. Věřte ve schopnost dítěte vyrovnat se s obtížemi, rozvíjejte jeho samostatnost a pocit síly.

4. Bezpečné místo – předpoklad úspěšného vývoje

Jednou z priorit náhradní rodiny jako posttraumatického prostředí je vytvoření bezpečného prostředí a životních podmínek. Pozitivní emoční stabilita náhradních rodičů nebo vychovatelů, předvídatelnost, absence hrozeb a násilí, realizace základních potřeb, dostupnost vlastního komfortního prostoru, kontakt s důležitými lidmi, to vše ovlivní nejen subjektivní stav dítěte, ale také výrazně urychlí proces hojení následků traumatu.

Chcete-li, aby vaše rodina byla pro dítě bezpečným místem:

- ujistěte se, že dítě má svůj vlastní osobní a komfortní prostor – pokoj nebo koutek;
- zajistěte, aby byly splněny základní potřeby dítěte (jídlo, oblečení, postel, kontakt s blízkými, bezpečné místo na osobní věci a vzpomínkové předměty, hmotné věci atd.);
- zapojte dítě do procesu stanovování pravidel a plánování dne nebo týdne, ptejte se na přání a nápady, pokud je to možné, zohledněte je;
- dejte dítěti příležitost vybavit svůj pokoj nebo koutek, dejte mu na výběr způsob trávení volného času, umožněte mu pozvat si domů kamarády;
- prožívejte zvláště s každým dítětem určitý čas;
- promluvte si s dítětem, nebojte se mluvit o jeho životním příběhu, dejte mu vědět, že ho přijímáte takové, jaké je;
- zapojte dítě do rozhodování, které ovlivňuje jeho život;
- buďte dítěti citově k dispozici, rozvíjejte vztahy;
- všimněte si situací souvisejících s reprodukcí traumatu, pomozte dítěti vyrovnat se s následky, pomozte mu porozumět jeho příběhu, ujistěte je, že není jeho vina, že není vychováváno ve své biologické rodině;
- rozvíjejte své dovednosti zvládání stresu a rozvíjejte schopnost svého dítěte správně regulovat emoce a řešit konflikty;
- nepoužívejte násilné rodičovské techniky proti dítěti s traumatem. To v něm jen utvrdí traumatická přesvědčení a očekávání.

5. Každé dítě má „výlučný vztah“

Pamatujte, že v případě dětí s vývojovým traumatem došlo k traumatizaci nejčastěji skrze vztah mezi dítětem a dospělým, jenž byl pro dítě důležitý. K uzdravení tedy dochá-

zí pouze prostřednictvím blízkého, důvěryhodného, přístupného a spolehlivého vztahu mezi dítětem a náhradními rodiči nebo vychovateli. Tento princip je zvláště důležitý v institucích. Bruce Perry, zakladatel Akademie dětského traumatu, zdůrazňuje, že „Nejúspěšnější terapií je lidská láska“. Je důležité, aby tento blízký vztah byl pro dítě dostupný. Aby náhradní rodiče a dítě měli příležitost trávit čas jen spolu, neboť tak si dítě vybuduje přesvědčení, že ono samo i jeho potřeby jsou důležité, a dále, aby se dítě mělo na koho obrátit o pomoc a tento dospělý byl k dispozici, když jej dítě bude potřebovat.

Pokud máte ve své rodině více než jedno dítě, dbejte, abyste s každým z nich strávili nějaký čas zvlášť. I když to bude jen několik hodin týdně, dítěti to dá pocit důležitosti. Ve velkých rodinách to může být obtížný úkol, ale stále je důležité určit osobní čas pro každé dítě a věnovat mu pozornost nejen tehdy, kdy se chová problematicky.

6. Každé dítě rozvíjí své sebevědomí a dovednosti

Již jsme zmínili, že důsledkem zanedbávání potřeb dětí je často jejich nízké sebevědomí a hluboké přesvědčení, že jsou bezcenné a zbytečné. Proto je tak důležité všimnout si každého úspěchu dítěte, chválit ho nejen za výsledek, ale především za úsilí nebo iniciativu. Kromě toho identifikujte a rozvíjejte silné stránky dětí. Tímto způsobem budete rozvíjet jejich sociální nezávislost a psychickou stabilitu.

- Dbejte o to, aby dítě rozvíjelo svůj koníček.
- Vytvářejte situace, ve kterých může být dítě úspěšné.
- Pokud nemá žádné zájmy, všimněte si, k čemu tíhne, co rádo dělá, navrhněte různé aktivity. Třeba tak dítě najde svou sféru zájmů a objeví své silné stránky.
- Chvalte za úsilí, nejen za výsledek.
- Zdůrazněte každý úspěch.
- Poskytněte konstruktivní zpětnou vazbu, tj. takovou, která posiluje sebevědomí dítěte a pomáhá mu učit se ze svých chyb.
- Důvěřujte dítěti.
- Zadávejte úkoly, které dítě zvládne.
- Pomáhejte tehdy, když dítě potřebuje podporu.
- Odpouštějte dítěti, pokud něco provede, tak vaše autorita poroste a dítě tak naučíte této dovednosti.
- Učte dítě přijímat následky jeho chování, a také tomu, že existuje příčina a následek.

7. Každé dítě je subjektem svého života

Dítě s vývojovým traumatem bylo zcela závislé na vůli a touhách násilníka a dalších dospělých, kteří je v minulosti obklopovali. Nemělo možnost cokoli změnit, nemělo šanci uniknout násilí nebo si vybrat jiné místo k životu. Dítě se bohužel později také stává loutkou v systému ochrany svých práv, kdy je například odebráno z vlastní rodiny a není mu řečeno, co se s ním stane, kam se dostane a na jak dlouho. Je důležité, aby náhradní rodiče dali dítěti příležitost ovlivňovat jeho život a aktivně se podílet na rozhodování, které se jeho života týká.

- Zapojte dítě do plánování každodenního života rodiny.
- Dovolte mu nezávisle rozhodovat v některých oblastech.

- Ptejte se na názor dítěte, respektujte jej, a pokud je to možné, vezměte jej v úvahu. Pokud nemáte možnost toto udělat, vysvětlete dítěti důvody.
- Chvalte dítě za iniciativu.
- Rozšiřte pole odpovědnosti, svěřujte dítěti provádění různých úkolů, dejte mu pravomoc.
- Umožněte dítěti samostatně nakládat s kapesným.
- Informujte dítě o tom, co se v jeho životě děje.
- Nezakazujte dítěti kontakt s lidmi, kteří jsou pro ně důležití.

8. Rodina se podílí na životě dítěte

Je těžké pochopit, že děti jsou připoutány ke svým předchozím opatrovníkům nebo biologickým rodičům i tehdy, kdy jimi byly opuštěny nebo byly z jejich strany vystaveny týrání. Přesto jim tato připoutanost pomohla přežít, a to často v extrémních podmínkách. Náhradní rodiče fyzicky přijímají do své rodiny dítě, ale v přeneseném smyslu přijímají také jeho biologickou rodinu. To je pro pěstouny jedna z největších výzev. Proto stojí za to hledat zdroje pomoci v biologické rodině, například mezi sourozenci nebo jinými příbuznými, v okolí, kde vyrůstalo, a zahrnout je do procesu pomoci dítěti.

- Mluvte s dítětem o jeho rodině.
- Zjistěte, koho z rodiny si cení, kdo z rodiny by mohl být pro dítě zdrojem pomoci.
- Nakreslete rodokmen dítěte – poskytně vám nejen informace o struktuře rodiny, ale také dítěti ukáže, že přijímáte jeho příběh a minulost. Rovněž vás to s dítětem sblíží.
- Pokud má dítě vztah s příbuznými, kteří na ně mají pozitivní vliv, domluvte se na možnosti návštěv a kontaktů s dítětem. Zapojte příbuzné do života dítěte, zvěte je například na důležité události a svátky.
- Udržujte pozitivní tradice z rodiny dítěte, kde bylo vychováváno před umístěním do náhradní rodiny.
- U dětí vychovávaných v náhradních rodinách se často projevuje konflikt loajality: „Mohu stále ještě milovat někoho z mé rodiny, když teď žiji tady?“ Ujistěte své dítě, že je normální, že touží po svých blízkých, že je vy stále milujete a že ono má právo s nimi komunikovat a vy jako pěstouni to respektujete a přijímáte.

9. Radost a dobrodružství!

Pocity viny, stud za rodiče, strach, hněv, smutek, osamělost, pocity bezmoci, bezradnosti – to jsou dominantní emoce u dětí s vývojovým traumatem. Proto je nutné vytvořit co nejvíce situací, během nichž by dítě prožívalo kvalitativně jiné emoce, například klid, obdiv, štěstí, zvědavost, naději a další. Radost a zábava pomáhají lépe se vyrovnat s psychickým stresem, akumulují pozitivní energii, která je pro děti s obtížnými životními zkušenostmi tolik potřebná.

Využijte prázdniny a mimoškolní volný čas k uspořádání něčeho neobvyklého:

- naplánujte si jednodenní túru do lesa nebo stravte několik dní na horách, pod stanem;
- navštivte zajímavá místa ve vašem okolí;
- zúčastněte se dobrodružné hry (například únikové);
- postavte domeček – téměř všechny děti to milují;
- uspořádejte výlet na kolech;
- běžte na ryby

10. Sám člověk nic nezmůže

Vypořádat se s příkořími, jimž bylo dítě vystaveno, a jejich následky, není snadný úkol. Jeden člověk nezvládne „zalátat díry“ z minulosti. Jeden člověk nebude mít odpovědi na všechny otázky. Někdy je nutné vyhledat pomoc odborníků, kteří mají praxi s pomocí dětem s traumatickými zkušenostmi, například psychologů, pedagogů, sociálních pracovníků a dalších. Takový tým spojenců a veškerou podporu potřebují náhradní rodiče nebo vychovatelé, kteří denně provádějí operace srdce a léčí rány na duši dětí.

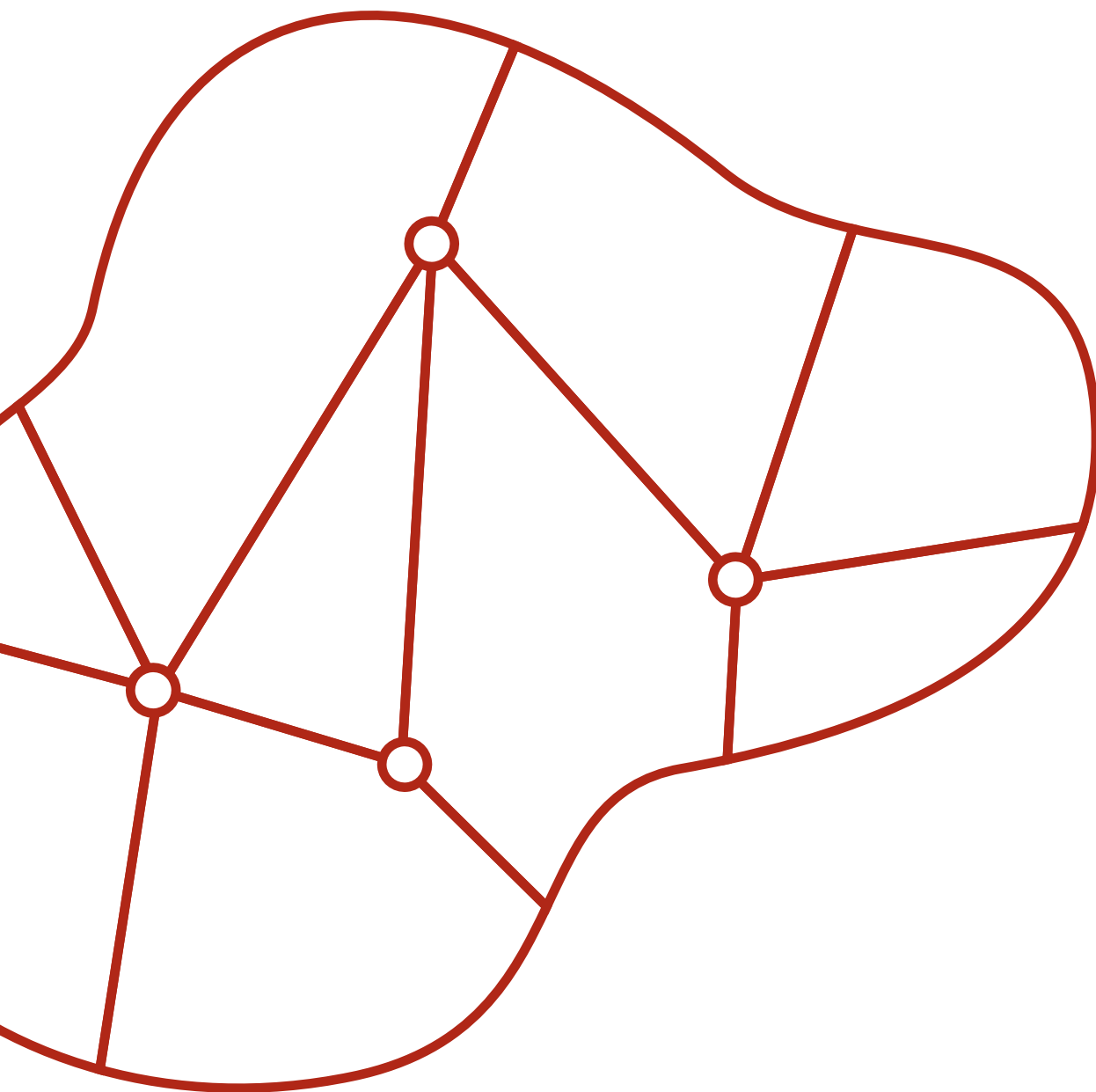
- Seznamte se s pracovníky služeb dětem a centra sociálních služeb pro rodiny, děti a mládež. Zjistěte, s čím můžete jako náhradní rodina počítat.
- Zjistěte, které charitativní nebo nevládní organizace v oblasti ochrany práv dětí jsou ve vašem městě nebo okrese.
- Podílejte se na aktivitách, které by vás jako náhradní rodiče mohly zajímat.
- Účastněte se podpůrných skupin pro náhradní rodiny, setkávejte se s dalšími náhradními rodinami ve vašem městě nebo okrese.
- Připojte se ke skupinám na sociálních sítích, které by vás mohly zajímat;
- Nebojte se požádat o pomoc. Udělejte to hned, nečekejte, až se situace zhorší.
- Vytvořte tým podobně smýšlejících lidí, zapojte do procesu pomoci dětem odborníky.
- Mluvte otevřeně o svých očekáváních.

10 + 1 „Mrtvé včely nebzučí“

Náhradní rodiče a vychovatelé patří do skupiny povolání s vysokým rizikem emočního vyhoření. Vždyť oni jsou ti, kteří tráví 24 hodin denně a 7 dní v týdnu s dětmi, které zažily traumatické situace. Jsou to oni, kdo pocítují traumatická očekávání a víru dětí, čelí téměř každý den obtížnému chování a často také nepochopení a odsouzení ze strany okolí. Na jejich bedrech spočívá obtížný úkol, naučit dítě důvěřovat dospělým, přesvědčit svým příkladem, že existují dospělí, kteří ho budou chránit a starat se o ně, dají mu naději na slušnou budoucnost. Tyto úkoly mohou být vyčerpávající. Náhradní rodiče, opatrovníci nebo vychovatelé by měli pamatovat na to, že to oni, jakožto máma nebo táta, jsou hlavním nástrojem. Proto při poskytování pomoci jinému nelze zapomínat na sebe.

- Dbejte o sebe, vytvořte si z toho zvyk.
- Postarejte se, abyste jako rodič měli příležitost trávit čas sami se sebou a starat se o své potřeby.
- Přemýšlejte o tom, jaké své každodenní rituály, jež vám dodají sílu a energii, si můžete vytvořit: šálek oblíbeného čaje, procházka nebo čtvrt hodina s knihou, kterou jste si už dávno chtěli přečíst.
- Požádejte o pomoc, když vám docházejí síly.
- Staňte se členy fór pro náhradní rodiče nebo podpůrných skupin.
- Najděte si koníček.
- Zapojte dobrovolníky do pomoci dětem.
- Vytvořte podpůrnou síť.
- Buďte k sobě pozorní.
- Rozvíjejte své dovednosti zvládnání stresu.

Výchova dětí v náhradní péči není snadný úkol. Rodina musí vědět, že jisté obtíže nebo krize jsou nevyhnutelné. Klíčovou pomocí při řešení těchto obtíží mohou být principy pedagogiky traumatu, které jsou individuálně přizpůsobeny potřebám každé rodiny. Vytvoření posttraumatického prostředí pro dítě v náhradní péči je proces, který vyžaduje trpělivost, vytrvalost a odhodlání. Upřímně přejeme všem rodičům, aby se děti přijaté do jejich rodiny cítily pohodlně a bezpečně. A postupem času získají důvěru v to, že jsou každý den milovány, chápány, přijímány a obklopeny péčí, a uvěří, že svět je krásné, dobré a zajímavé místo k životu.





Uljana Dolyniak / Polsko

Psycholožka, psychoterapeutka, krizová interventka, výcviková lektorka, expertka na práci s rodinnými a alternativními formami náhradní péče o ohrožené děti. V oblasti sociálněprávní ochrany dětí působí od roku 2003. Od roku 2016 pracuje v Dětském centru sociální rehabilitace Sluneční světlo na Ukrajině. Je ředitelkou Centra pedagogiky traumatu, kde má na starosti facilitaci týmu vychovatelů, vedení výcviků, konzultací, individuálních a skupinových supervizí odborníků a pěstounů. Je spoluautorkou praktické příručky Pedagogika traumatu. Ve své práci s dětmi i dospělými využívá přístupy na řešení zaměřené terapie, psychotraumatologie, pedagogiky traumatu, krátkodobé psychodynamické terapie a integrativní psychoterapie.



Marek Wnuk / Polsko

Teolog, certifikovaný pedagog traumatu Německé společnosti psychotraumatologů (Deutschsprachige Gesellschaft für Psychotraumatologie). Instruktor zážitkové pedagogiky a průkopník pedagogiky traumatu na Ukrajině. Zakladatel a vedoucí Dětského rehabilitačního centra Sluneční svit na Ukrajině. Pracuje s traumatizovanými dětmi více než šestnáct let. Od roku 2004 organizuje semináře a školení pro pedagogy, učitele a pěstouny ve Švýcarsku, Polsku, Moldavsku, na Ukrajině a v Bělorusku.

🌐 www.sunshine-kiev.org



Rodina v centru

Jak nezůstat na dítě sám/sama

Alžběta Hlásková

Ráda bych vám představila několik myšlenek na téma, jak nezůstat jako náhradní rodič s dítětem nebo na dítě, sama/sám.

Když pracujeme s náhradními rodiči, usilujeme o to, aby mezi náhradním rodičem a dítětem byl skutečný soulad. Aby náhradní rodiče byli v souladu se svými dětmi, potřebují být nejdříve v souladu sami se sebou. Jako osvojitelka i jako pěstounka na přechodnou dobu jsem narážela na spoustu situací, ve kterých je člověk jako náhradní rodič trochu osamoceny, nechce obtěžovat, má pocit, že by to měl zvládnout sám, ostýchá si říct si o pomoc nebo některým věcem nerozumí. A viděla jsem, že děti v každé chvíli reflektují, jak mi je. Děti si totiž tak úplně nepamatují, co jim říkáme, ale vždycky vědí, jak se u toho cítí.

Mám tři témata, která se tu ve zkratce budu snažit představit:

1. Kdo tvoří rodinný systém
2. Kdo má přednost v rodině
3. Jak najít zdroje pomoci

Rodinný systém

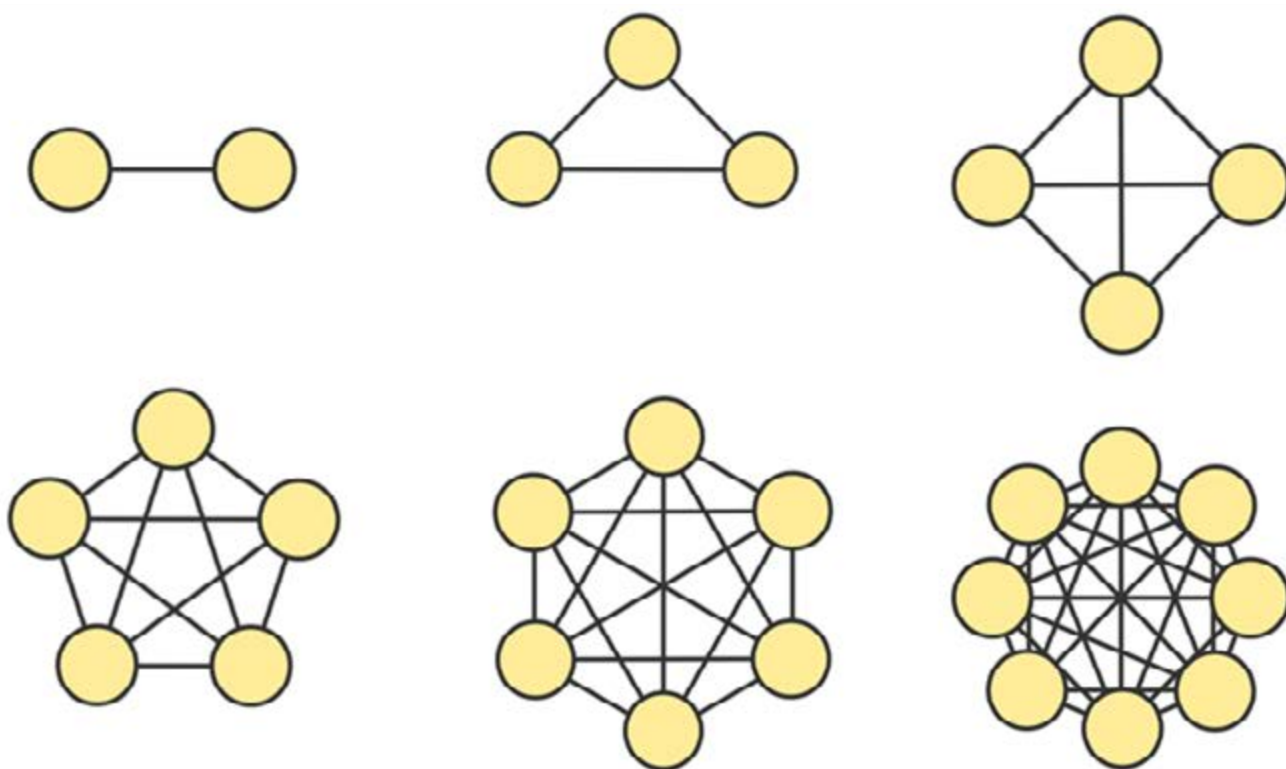
Hodně akcentovaným tématem v NRP je vytvoření bezpečného attachmentu, bezpečného napojení dítěte na hlavní pečující osobu. Postupně, jak jsme poskytovali péči všem těm dětem, viděla jsem, jak moc je důležité, aby mezi námi vznikl skutečný vztah. Na druhé straně bylo nutné, abych byla zastupitelná, když už cítím únavu, když mi dochází trpělivost nebo potřebuji chvíli věnovat čas svým potřebám. Je-li dítě závislé jen na mně, snadno dojde k 'zablokované' péči, kdy už pečující osoba na dítě nemá kapacitu, a přicházejí pocity bezmoci, pečující osoba začne zeslabovat interakci s dítětem, což dítě „rozhodí“ a náš rodinný systém pak pro něj není plně bezpečný.

Po několika letech poskytování přechodné pěstounské péče jsem začala vnímat, že je to opravdu náročná disciplína. To zrcadlili i ostatní členové rodiny, začínali se posunovat někam dál. A tak jsem zůstávala na péči o děti hlavně já sama. Začalo mi být jasné, že tento systém není úplně zdravý a bezpečný. V té době jsem na kurzech harvardské univerzity narazila na článek pojednávající o 8 věcech o vývoji dítěte, které je dobré si pamatovat. Jedna z nich, která mě oslovila, je, že samozřejmě připoutání dítěte k rodičům nebo náhradním rodičům, je klíčové a primární, ale zároveň mohou děti profitovat ze

vztahů s dalšími pečovateli v rodině nebo případně mimo ni. Na druhou stranu ale potřebujeme vytvořit systém, který se nebude chovat stejně jako ústavní péče, kde je kolem dítěte také hodně pečovatелů, kteří ale nesdílejí svůj osobní život a prostor s dítětem. Jde tedy o to, vytvořit primární systém dítěte tak, aby tam pokud možno byla víc než jedna osoba, která bude s dítětem sdílet svůj osobní život a primární prostor.

Když se podíváme na to, jak se proměňuje svět dítěte, které okolo sebe má jen jednu osobu a objeví se tam druhá osoba, tak vidíme, že dítě už má na vybranou, protože jsou možné další interakce. Ve chvíli, kdy dospělí spolu dobře kooperují, vytváří tento trojúhelník dobrý a pevný systém.

Samozřejmě s každou další osobou se mění počet vazeb, které se dítě učí zvládat. A tak jsem si pohrála a nakreslila jsem si modely s počtem vazeb, podle toho kolik osob v tom základním prostoru je. Z obrázků je vidět, o kolik může být pevnější a stabilnější systém, kde je kolem dítěte víc stabilních lidí.



Je tu však několik aspektů, na které je potřeba dát pozor:

Dostatek pozornosti pro dítě

Dítě v náhradní rodinné péči potřebuje hodně individuální pozornosti, takže když je pěstounská rodina příliš velká bez možnosti naplňovat individuální potřeby každého z členů rodiny, může potřebná pozornost chybět.

Vytvoření prostředí bez soupeření

Dítě potřebuje hned od narození další děti. Klíčem ale je, aby další děti byly inspirací, nikoliv konkurencí. Konkurenci totiž mohou některé děti vnímat jako stresující a v takovém

prostředí může dítě pocítovat místo bezpečí stres. Zvláště děti v NRP často těžko snášejí soupeřivé prostředí a přestanou kooperovat.

Vytvoření záložních zdrojů

Rozlišuji základní prostor, který tvoříme my, dospělí spolu s dítětem doma, ať už tam je jedna či dvě pečující osoby. Je velice důležité, aby každá pečující osoba měla za sebou nějakou konkrétní stabilní osobu, která je připravena na pravidelně pečující osobu vystřídat, aby hlavní pečující osoba mohla naplnit svoje potřeby či zájmy, nebo si třeba dopřát odpočinek v případě nemoci. Pro dítě to vytváří bezpečný systém, který navíc může být obohacující, když střídající osoby doplňují dovednosti náhradních rodičů. Když třeba náhradní rodič není zrovna domácí kutil, je pro děti skvělé, když se děti můžou potkávat s někým, kdo je na řemeslné práce dobrý. Čím více pak v takovém systému spolupracujeme, čím méně máme potřebu se navzájem vymezovat, tím více to dítě z toho může profitovat. Ví, že může komukoliv z nás říct, co potřebuje, aniž by to způsobilo konflikt. Náhradní rodič by měl zároveň přemýšlet i o tom, kdo by byl ochoten péči o děti převzít, kdyby se s náhradním rodičem něco stalo. U nás to třeba překvapivě nakonec nebyl nikdo z naší obrovské rodiny, ale byli to naši kamarádi, kteří ještě měli dostatečnou kapacitu, aby to kdyžtak zvládli.

Centrum pro vývoj dítěte při Harvardově univerzitě upozorňuje poslední dobou na toto téma také. Abychom dobře naplnili potřeby dětí, je třeba se zaměřit na potřeby a dovednosti dospělých. Protože jakmile je rodič spokojený, je daleko větší šance, že zvládne péči o dítě.

V jakém pořadí zajišťovat spokojenost v rodině?

Druhá otázka, kterou jsem tu slíbila dnes otevřít, je: Jak řešit tu rodičovskou „Sofiinu volbu“, kterou asi každý cítíme, když na vás začne mluvit jedno dítě, pak druhé, případně třetí, do toho partner potřebuje odejít a na něco důležitého se potřebuje zeptat. A vy si říkáte: Na koho zareaguju, komu odpovím prvně? Celý systém je pak potřeba podle mne začít rovnat od dospělých. Při práci na re|designu rodiny se hodně díváme na to, jak jsou v rodině rozdělené kompetence mezi pečující osoby. Rovnoprávnost přinesla jednu velmi rizikovou záležitost, a to, že není jasné, kdo má v rodině poslední slovo. Kdo rozhodne, když se s manželem neshodnu na výchovných principech? Ten kdo nás oddal? Nebo tchýně? Nebo nakonec dítě?

Dítě potřebuje mít v každém okamžiku jasnou hierarchii, na koho se obrací nebo kdo je ten poslední, který definitivně rozhodne, když dospělí mají různé názory. Potřebuje se vyznat v hierarchii našeho rodinného systému. To neznamená, že to má být matriarchát nebo patriarchát. Jde o to, abychom si jasně jako dospělí rozdělili kompetence. Rozhodli jsme se tedy například, že o době, kterou stráví děti „na displejích“, budu rozhodovat já. Manželovi šlo zase více o výběr školy. Přál si pro ně něco alternativnějšího. Tak jsme se domluvili, že to rozhodne, ale zároveň bude chodit i na třídní schůzky, aby to mělo logiku. Ten druhý se vždycky pak naučil respektovat rozhodnutí toho druhého. Když za mnou pak dítě přišlo, že třeba nechce jít do školy, mohla jsem odpovědět: „Tak se domluv s tátou, jak to vnímá on. Já přesně nevím, zda tam můžeš dneska nejít.“

Stejně tak on, když děti loudily více času „na displejích“ odpovídal: „Maminka říkala, že máme půl hodiny. Tak to bychom se nejdřív museli domluvit s ní.“ Vyčistilo to nakonec i náš partnerský prostor.

Když se takto dospělí vyladí, přichází na řadu nejstarší dítě v rodině. Nejdříve musím zajistit, že bude mít naplněné potřeby nebo mi dá souhlas s odložením naplnění potřeby. Je třeba, aby se starší dítě necítilo opomenuté, že malé dítě má přednost, a zároveň byly naplněny potřeby obou dětí. Když se pak potřebuji věnovat mladšímu dítěti, starší dítě na to připravím: „Ten náš mrňousek už se ozývá, bude potřebovat nakrmit. Bude mi to trvat dvacet minut, to je jako dva večerňičky. Chceš tam být s námi? A víš, co můžeš dělat, když tě to přestane bavit? Potřebuješ ode mne ještě něco, než půjdu krmit?“ Tím zajistím, že se starší dítě cítí jako parták, cítí se přijaté a ošetřené. Dává mi pak prostor naplnit potřeby mladšího dítěte. Postupně takto „nacvakáváme“ jedno dítě za druhým. Každé dítě tak rozumí své pozici a ví, kdy budou jeho potřeby naplněny.

Umět si říct o pomoc

Pro všechny lidi v pomáhajících profesích je důležité, aby si sami uměli říct o pomoc a definovat, jakou pomoc vlastně potřebují. Většina z nás se stydí říkat přesně o to, co potřebuje. Doufáme, že to snad ostatní vycítí. V Dobré rodině jsme začali používat na takové situace nástroj, kterému říkáme Semafor. Používáme tři barvy semaforu, kdy zelenou barvou si označíme variantu, která je pro nás v pořádku, oranžovou trochu spornou variantu a červeně to, co nechceme. Náhradní rodič si tak (příp. s pomocí doprovázejícího pracovníka) může definovat, jakou pomoc by potřeboval.

Každý náhradní rodič má jiné oblasti, ve kterých uvítá pomoc. Já jsem to měla tak, že jsem o činnosti s dětmi nechtěla přijít, takže jsem třeba daleko víc uvítala pomoc v do-

Typy činností		hlídání dítěte (bude-li třeba, jsem ale k dispozici)		péče o dítě (nemusím být k dispozici)		individuální rozvoj dítěte (logopedie, cvičení, učení)		doprovod dítěte (např. převoz na hřiště, k lékaři, na kroužky)		procházka výlet s dítětem		nepřímá pomoc s dítětem (lahvičky, pleny, hry, jednání se školou, pojistovnou)			
		0 – 6 m	7 – 12 m	1 – 2 r	2 – 3 r	3 – 4 r	4 – 5 r	5 – 6 r	6 – 12 r	13 – 18 r					
Pomůžu hlavní pečující osobě jinak		úklid v rozsahu: týdenní velký	nádobí v rozsahu:	nákupy v rozsahu: týdenní velký i denní menší		vaření v rozsahu:	péče o prádlo v rozsahu:	technická údržba domácnosti (opravy, přeprava věcí)		finanční pomoc v rozsahu:					
Četnost		každý týden					nepravidelně								
Max počet hod týdně		s dětmi:	2	4	6	8	10	víc	jiná pomoc:	2	4	6	8	10	víc
Další aspekty		1 hod v kuse	2 hod v kuse	3 hod v kuse	více hodin v kuse			u mne doma			jinde				
Konkrétní časy		Den	Po	Út	St	Čt	Pá	So	Ne						
		Ráno													
		Dopoledne													
		Odpoledne													
		Večer													
		Noc													

- Velmi uvítám pomoc.
- Není to nutné, ale pomůže to.
- To chci dělat sama.

mácnosti. Chtěla jsem mít uklizeno, ale nebyla jsem to už schopna zvládnout, takže jsem musela oželeť svoji představu multifunkční mámy, která zvládá úplně všechno. A tak jsem se naučila říkat si o to, co potřebuji. Pak jsem už cíleně hledala někoho, kdo mi s tím rád pomůže. V tabulce na levé spodní straně vidíte, na co všechno se dá ptát.

Uvedená tabulka prezentuje model, který ukazuje, že nejvíc jsem potřebovala pomoci ráno, abych se dospala po noci probdělé s miminko v přechodné pěstounské péči. Manžel si ode mě miminko vzal, já se mohla hodinu dvě vyspat, a hned měl zbytek dne jinou kvalitu. Také jsem si řekla, že dvakrát v týdnu je dobré, když péči v noci převezme manžel. Případně jsem zařadila i další aktivity, abych měla také jiná témata než náhradní rodičovství. Takže jsem si hlídala, abych jednou týdně mohla jít na volejbal nebo na zkoušku sboru, který je součástí mého života. Našla jsem si paní na týdenní úklid a moje maminka mi jednou týdně chodila vyžehlit. Nečekaným bonusem bylo, že maminka do práce zapojila i děti, protože nevěděla, kde co máme, takže jsem měla vyžehleno a ještě mi vznikl prostor pro něco, na co jsem běžně neměla čas. Většinou jsem ho využila na odpočinek.

Nejdříve si tedy vydefinuje náhradní rodič, jakou pomoc by uvítal. Pak vedeme rozhovor s těmi, kteří jsou v okolí hlavní pečující osoby, primárně partnerem/partnerkou a dětmi, pokud je náhradní rodiče mají. A tak se doptáváme, kolik nabízí hodin, v jakých časech, jak pravidelně, jaké jsou jeho oblíbené činnosti, aby nabízená pomoc pak dávala smysl oběma stranám.

KONKRÉTNÍ
NABÍZENÁ
POMOC

Jsem ochoten/ochotna pěstounovi pomoci při péči o děti (doplňte a vybarvěte odpovídající odpovědi):

Typy činností	hlídání dítěte <small>(když je vše připraveno, zvládnou dítě pohlídat)</small>	péče o dítě <small>(zvládnou všechny úkony k péči)</small>	individuální rozvoj dítěte <small>(logopedie, cvičení, učení)</small>	doprovod dítěte <small>(např. převoz na hlídání, k lékaři, na kroužky)</small>	procházka výlet s dítětem	nepřímá pomoc s dítětem <small>(tahvíčky, pteny, hry, jednání se školou)</small>										
Věk dětí, se kterými pomůžu	0 – 6 m	7 – 12 m	1 – 2 r	2 – 3 r	3 – 4 r	4 – 5 r	5 – 6 r	6 – 12 r	13 – 18 r							
Pomůžu hlavní pečující osobě jinak	úklid <small>v rozsahu:</small>	nádobí <small>v rozsahu:</small>	nákupy <small>v rozsahu:</small>	vaření <small>v rozsahu:</small>	péče o prádlo <small>v rozsahu:</small>	technická údržba domácnosti <small>(opravy, přeprava věcí, úpravy interiéru)</small>	finanční pomoc <small>v rozsahu:</small>									
Četnost	každý týden				nepravidelně											
Max počet hod týdně	s dětmi:		2	4	6	8	10	víc	jiná pomoc:		2	4	6	8	10	víc
	1 hod v kuse			2 hod v kuse			3 hod v kuse			více hodin						
Konkrétní časy	Den	Po	Út	St	Čt	Pá	So	Ne								
	Ráno															
	Dopoledne															
	Odpoledne															
	Večer															
	Noc															

- Tomu se radši vyhnu.
- Bude-li třeba, můžu.
- To udělám moc rád/a.

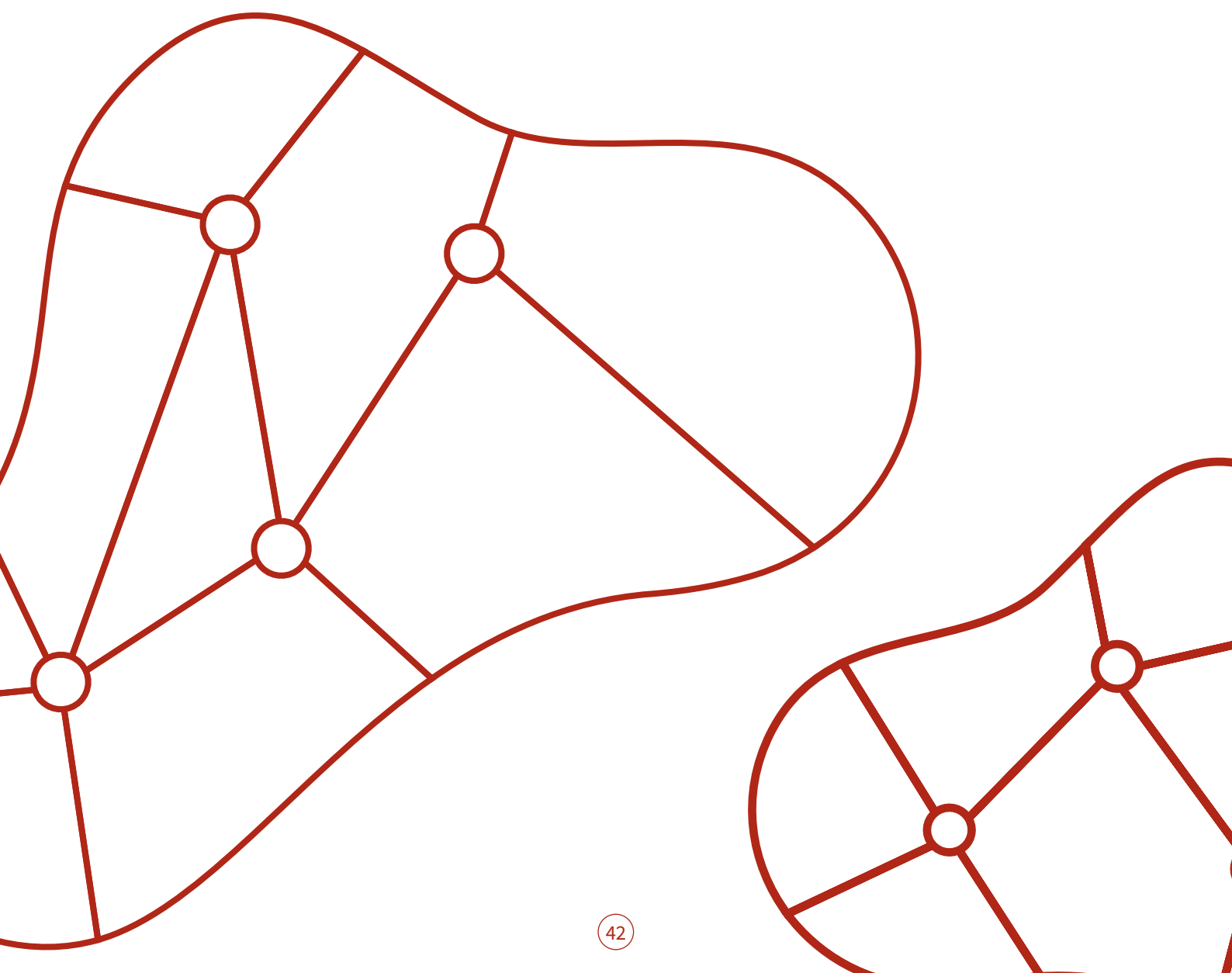
Partner nebo větší děti budoucích náhradních rodičů často vybarvovaly spoustu políček zeleně. Pak se ukázalo, že slíbili, že budou patnáct hodin týdně vařit a uklízet. Tak jsme se ujišťovali, že vědí, co slibují: „Může opravdu máma počítat s tím, že budeš každý den

dvě hodiny vařit nebo uklízet?“ Většinou se polekali: „No to néé!“ Takže jsme se museli zeptat znovu: „Jak často tedy může máma počítat s tím, že uvaříš?“ Pečující osoby totiž většinou uvítají především pravidelnou nebo jasně definovanou pomoc, nikoliv nejasné přísliby. Teprve pak si mohou oddychnout a cítit se dobře.

Pro pečující osoby je moc příjemné vědět, kdy komu mohou říct o pomoc. Jestli chcete dát hlavní pečující osobě nějaký hezký dárek, vyplňte s lidmi v jejím okolí takový semafor. Díky semaforu zároveň hlavní pečující osoba uvidí, co ostatní vybarvili zeleně a udělají to tedy opravdu rádi. Pečující osoba pak může plánovat práci se svou energií. Ví, kdy se na koho může bez výčitek obrátit.

Tipy a triky, které se nám v našem rodičovství osvědčily, jsme dali s manželem dohromady také do knížky (RE)DESIGN RODINY PRO 21. STOLETÍ.

*Přepis prezentace z konference Dítě v pěstounské péči a trauma,
21. – 22. dubna 2021 | Online
Se souhlasem autora*





Alžběta Hlášková / Dobrá rodina o.p.s. / Česká republika
Lektorka, metodička pro pěstounskou péči na přechodnou dobu

Působí v Dobré rodině jako metodička pro pěstounskou péči na přechodnou dobu. V 90. letech s manželem pomáhala začít samostatný život dospívajícím dětem opouštějícím dětské domovy či nefunkční rodiny. V pěstounské péči na přechodnou dobu pak pečovala jejich rodina o osmnáct dětí na přechodnou dobu a pečuje o dvě v osvojení. Původním povoláním je rehabilitační pracovnice, v roce 2014 si doplnila vzdělání pro sociálně-právní ochranu dětí. V roce 2018 získala certifikáty Harvardské university on-line kurzů Early Childhood Development (Raný vývoj dítěte) a Fundamentals of Neurobiology (Základy neurobiologie), v roce 2020 absolvovala kurz rodinného mediátora. Se svým manželem rozvíjejí projekt rodinného re|designu, v rámci kterého rodičům pomáhají nastavit rodinný time management, osobní hranice, partnerskou komunikaci, rozdělení kompetencí, předávání odpovědnosti dětem aj.

🌐 www.hlaskova.cz



Specifické otázky dětského traumatu – klasifikace, projevy, terapie

PhDr. Leona Jochmannová, Ph.D.

Téma příspěvku lze pojmut ve třech základních částech. První část se týká vymezení traumatu, co to trauma je, nakolik je správně diagnostikováno, jaké s sebou nese důsledky a co z toho vyplývá pro psychoterapii dětí, které trauma zažily. Součástí jsou rovněž výsledky výzkumu, který jsem realizovala v letech 2017 až 2019.

Trauma je často definováno jako mimořádná událost, příliš rychlá a příliš intenzivní. Oběť nemá většinou možnost situaci ovlivnit, současně jí tato situace přináší fyzickou nebo psychickou újmu. Přesahuje dosavadní zkušenosti a odolnost organismu. Je důležité říci, že následky traumatu jsou zkoumány a klasifikovány teprve nedávno. Diagnóza posttraumatické stresové poruchy je diagnózou poměrně novou a zejména u dětí klasifikace prochází významnou proměnou. Důsledkem této skutečnosti, je značné množství přesahů a omylů.

Trauma přináší dlouhodobé a nevratné problémy, je s ním spojena posttraumatická stresová porucha. Je třeba odlišit monotrauma, tedy jednorázovou událost, oproti traumatu kumulovanému, tedy více navzájem nesouvisejících událostí v životě dítěte.

Příklad: Dítě se narodí předčasně, což je první a základní traumatická událost. Pak může dojít k potížím ve školce, děti mu třeba ubližují, pak se rodiče rozvádějí, ve dvanácti letech zažije šikanu a jako dospělý člověk ve dvaceti letech autonehodu. Tyto události spolu zdánlivě nesouvisí, ale snižují odolnost nervového systému. Pokud víme, že člověk má za sebou kumulované traumatické zážitky, musíme počítat s tím, že odolnost jeho nervového systému je tím negativně ovlivněna, tedy snížena.

Dále existuje mnohem závažnější forma, tedy komplexní trauma, které většinou bývá spojeno s dlouhodobou traumatizací, často jde o týrání, zneužívání. Pokud mluvíme o dětech, tak jsou to děti, které byly mnoho let vystaveny násilí. Například dívka žila v rodině, kde bylo domácí násilí a k tomu byla sexuálně zneužívána do sedmi do dvanácti let. Takové zážitky přinášejí už specifickou formu traumatizace s celoživotními důsledky. Komplexní trauma se samozřejmě netýká jenom dětí, jsou mu vystaveni i lidé, kteří zažili závažné dlouhodobé události, například válečné stavy, mučení a podobně.

Samostatnou kategorií je vývojové trauma, které je spojeno s ranými zážitky v dětství, kdy pečující osoby, neposkytují dítěti ve věku přibližně do šesti let optimální péči. U dětí

v pěstounské nebo ústavní péči, musíme mít na paměti, že zažily vývojové trauma nebo i komplexní trauma, pokud se v rodině odehrávaly události, kdy dítě bylo poškozováno, týráno, zneužíváno.

Toto základní rozdělení na jednotlivé kategorie traumatu souvisí s tím, že pokud dobře identifikujeme, o jaké trauma šlo, můžeme dobře rozumět symptomům, projevům toho dítěte a také nabídnou více cílenou terapeutickou intervenci. Pokud dochází k traumatu v dětském věku, platí přímá úměra: čím nižší je věk, tím nižší je odolnost nervové soustavy, a tím závažnější důsledky trauma přináší.

Podle ACE americké studie (Felitti) traumatické zážitky v dětství mají v dospělosti závažné důsledky. Přítomnost více než čtyř traumatických událostí v anamnéze souvisí se sedmkrát vyšší pravděpodobností problémů s návykovými látkami, duševními poruchami, úzkostně depresivními stavy. Přináší to i somatické problémy jako diabetes, obezitu, hypertenzi a další somatické potíže. K tomu se přidává i sexuálně rizikové chování, případně problémy s násilím zaměřeným proti sobě nebo jiným osobám.

Trauma souvisí se třemi základními částmi mozku, které jsou jím dysregulovány. Máme-li pochopit symptomy a nastavit intervence, je třeba mít na paměti, jak jednotlivé symptomy souvisí s těmito částmi mozku, tedy s neokortexem, limbickým systémem a mozkovým kmenem.

Kdybychom pracovali jen s neokortexem, „rozumovou“ částí mozku, nedokázali bychom působit na emoce a mozkový kmen. Je tedy v rámci terapie nutné hledat způsoby, jak komunikovat s limbickým systémem a mozkovým kmenem. Trauma je záležitostí nervového systému, není to věcí „jenom nějaké psychiky“. Lépe tak pochopíme projevy traumatizovaných dětí i dospělých. Pochopíme jejich chování, jejich obtíže a také náročnost terapie. Pokud nezklidníme amygdalu, případně nedokážeme působit na oblasti hipokampu – mozkového kmene, tak rozumné vysvětlování nebo logické úvahy příliš fungovat nebudou. Významnou roli hraje zejména autonomní nervový systém a tři základní větve nervu vazu: sympatikus, parasympatikus a ventrální části.

Abychom zjistili, proč často nejsou děti úplně kvalitně klasifikovány, je třeba se podívat na počátky diagnózy Posttraumatická stresová porucha – PTSD v Mezinárodní klasifikaci nemocí 10. revize – MKN – 10 (WHO, 1992), která je stále ještě v platnosti. Pojmenovává jen nejzávažnější události a děti zde nejsou zvláště zohledněny:

- vystavení stresové situaci výjimečného katastrofického nebo nebezpečného charakteru
- znovuvybavování, znovuprožívání (flashback), úzkost, amnézie, zvýšená citlivost, vzrušivost, obtíže se spánkem, podrážděnost, návaly hněvu, koncentrace pozornosti, hypervigilita, úlekové reakce
- vyhýbavé chování

Nová klasifikace v DSM-5 (APA, 2013) i MKN-11 (WHO, 2018) zahrnují již mnohem širší spektrum událostí. Do závažných poruch spojených s traumatem a stresem je zařazena i komplexní posttraumatická stresová porucha, která naznačuje, že dlouhodobé udá-

losti sebou nesou celoživotní důsledky. Toto rozšíření nabízí možnost lepší diagnostiky hlubokých forem traumatu mnohem širěji, než je klasické PTSD. Nyní budou zahrnuty i poruchy, které se dříve týkaly úplně jiného zařazení, jako jsou reaktivní poruchy attachmentu, desinhibovaná porucha sociálního kontaktu, které se často vztahují k týraným a zneužívaným dětem, k dětem s poruchami attachmentu.

Americká klasifikace DSM-5 (APA, 2013), rozděluje kategorie pod a nad šest let, a také je zde zohledněn nejen přímý zážitek, ale i události, kterých byl člověk svědkem nebo pokud se staly blízké osobě. DMS - 5 umožňuje, pokud se závažná událost stala rodičům nebo pečovateli, považovat dítě za traumatizované. A připojuje se něco, co chybí v MKN - 10, tedy to, že děti, které zažily závažné zanedbávání, permanentní neuspokojení základních citových potřeb, opakované střídání pečujících osob a nemožnost si vytvořit pevnou citovou vazbu, jsou již nově považované za děti traumatizované. A to je velký posun, protože doposud jsou tyto děti zařazeny v úplně jiné klasifikační kategorii, s tím, že zažily „jenom“ zanedbávání.

Téma vývojového traumatu je úzce spojeno i s dětmi v pěstounské nebo ústavní péči. Na začátku je třeba připomenout, co je to attachment, tedy citová vztahová vazba, která je dána všem savcům. Toto instinktivní chování je naprogramováno jak v mozku dítěte, tak i pečujících osob, které se intuitivně chovají způsobem, jenž přináší neverbální sociální kontakt. Funguje-li všechno správně, dává toto chování dítěti velmi dobrou stabilitu a odolnost. S touto teorií přišel v 60. letech John Bowlby. Chování se silně a pravidelně objevuje do třetího roku dítěte a nejnovější výzkumy z oblasti neurobiologie říkají, že formování pravé části mozku je velmi úzce vázáno na kvalitní attachmentovou vazbu s primární pečující osobou. Pokud tato vazba nemohla být v prvních třech letech života uplatňována, třeba z důvodu, že biologická matka je depresivní, sama byla jako dítě traumatizována, a není schopna tuto vazbu dítěti poskytovat, nebo došlo k opakovanému opouštění dítěte, ať už z pracovních nebo jiných důvodů, samozřejmě se to týká také dětí v kojeneckých ústavech, dětí odebraných z rodiny, tak se to odráží přímo v neurobiologii mozku a v důsledku toho děti mají špatnou regulaci emocí. Jsou impulzivní, mají sníženou schopnost zvládat afekty, zátěž.

Souhrn nejčastějších poruch chování u dětí s nejistou vazbou podle Hughese (citováno):

- Mají nutkavou potřebu řídit chování druhých, dospělých i dětí.
- Je u nich časté lhaní, a to i v situacích, kdy jsou chyceny při činu.
- Mají odpor k pravidlům, je pro ně typické opozičnictví.
- Oční kontakt je jimi ve většině situací pocíťován jako nepříjemný.
- Mají neadekvátní potřebu tělesného kontaktu (nechtějí žádný nebo ho chtějí moc).
- V jejich interakcích chybí spontánnost a potěšení.
- Mají rozličné poruchy tělesných funkcí (jídlo, spánek, vyměšování).
- Pokus o navázání hlubšího vztahu ze strany druhé osoby je přivádí do paniky.
- Snadno se povrchně přátelí s jinými.
- Mají špatnou schopnost komunikovat a udržovat konverzaci.
- Mají zhoršenou schopnost plánovat, řešit problémy, předvídat následky.
- Mají zhoršenou schopnost empatie.

- Mají tendenci k vnímání a hodnocení sociálních situací jen v extrémech – jen dobré – jen špatné.
- Je u nich časté „odpojování“ od vlastních emocí a tělesných vjemů.
- Trpí pocity extrémního studu.

Z oblasti neurověd připomenu dvě základní jména: Allan Schore a Stephen Porges – oba autoři nabízejí důkazy, jak attachment hraje klíčovou roli v tom, jestli je dítě emočně stabilní nebo ne, dotýkají se tématu sebezklidnění, empatie. Významná je Polyvagální teorie od Stephena Porgese, která mluví o tom, že autonomní nervový systém se reguluje ve vztahu s pečující (mateřskou) osobou zejména do osmnácti měsíců po narození a schopnost zklidnění kontaktem s pečující osobou je na bázi myelinizace ventrální části nervu vagu.

Děti v raném věku mají základní způsob, jak dokáží reagovat na nebezpečí, a to je „zamrznutí“, „vypnutí“ - vlivem dorsální části nervu vagu. Právě vlivem naladěné pečující osoby dítě vychází ze zamrznutí a tímto kontaktem se dítě učí, že sociální kontakt je bezpečný, že mu pomůže z nebezpečné situace. Opakované zklidnění na úrovni podmiňování nervového systému učí člověka jednak adaptivně se bránit, mít aktivní reakce na nebezpečí a zklidnit se sociálním kontaktem. A pokud se klíčová pečující osoba v raném věku nevykazuje, tak se děti naučí v reakci na nebezpečí hlavně „zamrznat“, takže vypadají, že jsou klidné, bezproblémové, ale nejsou u nich rozvinuty základní adaptivní reakce na stres. Tím se pak cyklí reakce, protože dítě neumí použít adaptivní reakce, aktivní a přiměřeně agresivní. Je dysregulované, takže je následně ohroženo problémovým chováním anebo tím, že má tendence jít do zamrznutí, a pak se v dalším životě může stát obětí násilí.

Polyvagální teorie hovoří také o tom, že ventrální nervus vagus ovlivňuje i somatické reakce. Hodně souvisí se svaly v obličeji, s vnitřním uchem, uklidňuje srdeční rytmus atd. Sociální aspekty attachmentu jsou neverbální, takže pokud bychom prováděli terapii attachmentu a hledali základní prvky, jak můžeme ovlivnit nervový systém dítěte, je nutné si uvědomit, že jsou to signály jako: výraz obličeje, tón hlasu, schopnost doteku... (pokud děti byly týrány, tak je s fyzickým kontaktem problém, ale teď máme na mysli zdravý attachment). Důležitá je sdílená interakce, tedy schopnost sdílet společně pozornost a mít interakci v reciprocitě.

Jak bychom mohli diagnostikovat tyto děti, které mají závažné poruchy související s nehlubšími částmi nervového systému, zvláště mozkového kmene. V konkrétní podobě se tímto tématem zabývá kupříkladu Marianne Bentzen.

Toho všeho si můžeme všimnout, jsme-li v kontaktu s traumatizovaným dítětem, abychom zjistili, jak mu funguje nervová soustava. Tedy jak je dítě schopno být pod vlivem nějakých nepříjemných událostí, jestli je schopno se od nich odchýlit, či nakolik zůstává v nepříjemné aktivaci nebo schopnosti sebezklidnění. Dále jaká je schopnost být v komunikaci nebo v očním kontaktu s jiným člověkem.

Bessel Van der Kolk mluví o komplexním vývojovém traumatu v tom smyslu, že opakovaná, kumulovaná traumatizace z interpersonálních vztahů s blízkými osobami přináší,

pokud trauma není léčeno, následky v oblasti emoční, kognitivní, vztahové i somatické a je základem pro budoucí poruchy osobnosti, závislosti na návykových látkách, poruchy příjmu potravy, depresivitu a úzkostnost, narušené sebepojetí a autoagresivní chování.

Podle Van der Kolka se reakce dají přesně rozdělit podle jednotlivých částí mozku, přičemž mozkový kmen, „plazí mozek“, ovlivňuje problémy somatického charakteru, například narušení spánku, specifické dotekové a chuťové preference, problémy se srdcem, dýcháním, tělesné flashbacky a extrémní míra nabuzení, která může vypadat jako hyperaktivita a impulsivita nebo naopak odpojení, které souvisí s disociací. Co se týče limbického systému, tak jsou tam problémy s emoční regulací, regulací chování a agresivitou, případně úzkostí. Pak kognitivní chování – problémy s krátkodobou pamětí, problémy s plánováním, s adekvátním řešením problémů. Šíře a množství symptomů způsobuje, že tyto děti nejsou úplně kvalitně klasifikovány a diagnostikovány, protože jejich problémy jsou zaměňovány za jiné poruchy, zejména ADHD. Spousta dětí s traumaty mívá diagnózu ADHD nebo poruchy chování. O tom mluví také zahraniční studie, tedy neděje se to jen v České republice.

Chtěla bych upozornit na stavy disociací, které souvisí se základní traumatizací. Na internetu lze vyhledat dotazník Disociace v dětství od Soukupa a Papežové, který nabízí možnost poznat disociaci u dětí. Ta totiž může být zaměňována s psychotickými stavy nebo s poruchami osobnosti či chování. Jen ve zkratce: dítě si může způsobovat poranění, špatně odhadovat čas, hodně zapomínat, být neobvykle sexuálně vyspělé, mít výkyvy v plnění povinností atd.

Výzkum, který jsem realizovala v ČR v letech 2017-2019, vycházel ze 154 případových studií dětí v systémech školství, zdravotnictví a sociální péče. Zařazovala jsem ty děti, které zažily minimálně dvě traumatické události. Průměrný věk byl jedenáct let a věkové hranice šest až patnáct let. Průměrně měly děti šest traumatických událostí ve svém životě. Chodily do běžných škol, tedy neměly žádnou speciální péči, ovšem diagnózu ADHD, zejména v systému školství, měla většina z nich, a to včetně medikace Ritalinem. Naopak žádné z nich nemělo diagnózu PTSD. Traumatické události se pohybovaly od těch nejzávažnějších jako deprivace, domácí násilí, týrání, šikana, hrůzných zážitků až po události z oblasti poruch attachmentu – předčasné odloučení, odebrání, rodiče pod návykovými látkami. Důležité je rozdělit traumatické události do kategorií podle příčin, protože to nabízí správnou variantu terapie. Děti měly průměrně dvacet subkategorií symptomů, tedy velké množství projevů od těch souvisejících se špatnou regulací nervového systému, jako hyperaktivita, poruchy pozornosti, problémy s impulsivitou a v sociálních vztazích, ale k tomu byly přítomny také somatické problémy, jako astma, alergie, bolesti hlavy, břicha, problémy s obezitou, přejídání, záněty středního ucha...

Na závěr ještě něco málo k systému péče o děti v ČR: ve zdravotnictví byla omezením limitace zdravotnickými pojišťovnami a klasifikací traumatu u dětí, ve školství převaha chlapců s diagnózou ADHD. Navzdory tomu, že to byly traumatizované děti, byly spíše řešeny kázeňsky a jako poruchy chování. A v sociální sféře zase chybí hlubší diagnostika, následně neznalost anamnézy, případně znalost psychopatologie. Není sjednocený

standard, jak zacházet s traumatizovanými dětmi a chybí specializovaná pracoviště, kde by se kompetentní lidé mohli věnovat dětskému traumatu.

Terapie traumatu má spoustu podob. U dětského traumatu nejsou efektivní běžné psychoterapeutické postupy, je důležité používat speciální metody, které s traumatem umí pracovat, a odlišit, zda jde o trauma attachmentové, vývojové nebo jiné. Ze zahraničních zdrojů je velmi známý například směr, který pracuje se senzomotorickou terapií, případně dyadickou vývojovou psychoterapií apod. Je důležité pracovat způsobem, který je specifický a zaměřený právě na trauma

Z literatury, kterou bych mohla doporučit, je to například:

Levine, Peter A.: Němé zpovědi - Jak se tělo zbavuje traumatu a obnovuje harmonii. Praha, MAITREA inspirace srdcem, 2019.

Klineová, Maggie; Levine Peter A.: Trauma očima dítěte. Praha, MAITREA inspirace srdcem, 2016.

Levine, Peter A.: Trauma a paměť. Praha, MAITREA inspirace srdcem, 2017.

Brisch, Karl H. Bezpečná vztahová vazba. Bratislava, Vydavateľstvo F, 2011.

Hoffman, Kent; Cooper, Glen; Powell, Bert: Kruh bezpečného rodičovstva. Bratislava, Vydavateľstvo F, 2018.

Rothschild, Babette: Tělo nezapomíná – Psychofyziologie a léčba traumatu. Praha, MAITREA inspirace srdcem, 2015.

Hughes, Daniel A.: Budování citového pouta. Praha, Institut fyziologické socializace, 2017.

Matoušek, Oldřich: Dítě traumatizované v blízkých vztazích - Manuál pro profesionály a rodiny. Praha, Portál, 2017.

Heller, Laurence; LaPierre, Aline: Uzdravení vývojového traumatu. Olomouc, Fontána, 2016.

Jochmannová, Leona: Trauma u dětí - Kategorie, projevy a specifika odborné péče. Praha, Grada, 2021.

Přepis prezentace z konference Dítě v pěstounské péči a trauma,

21. – 22. dubna 2021 | Online

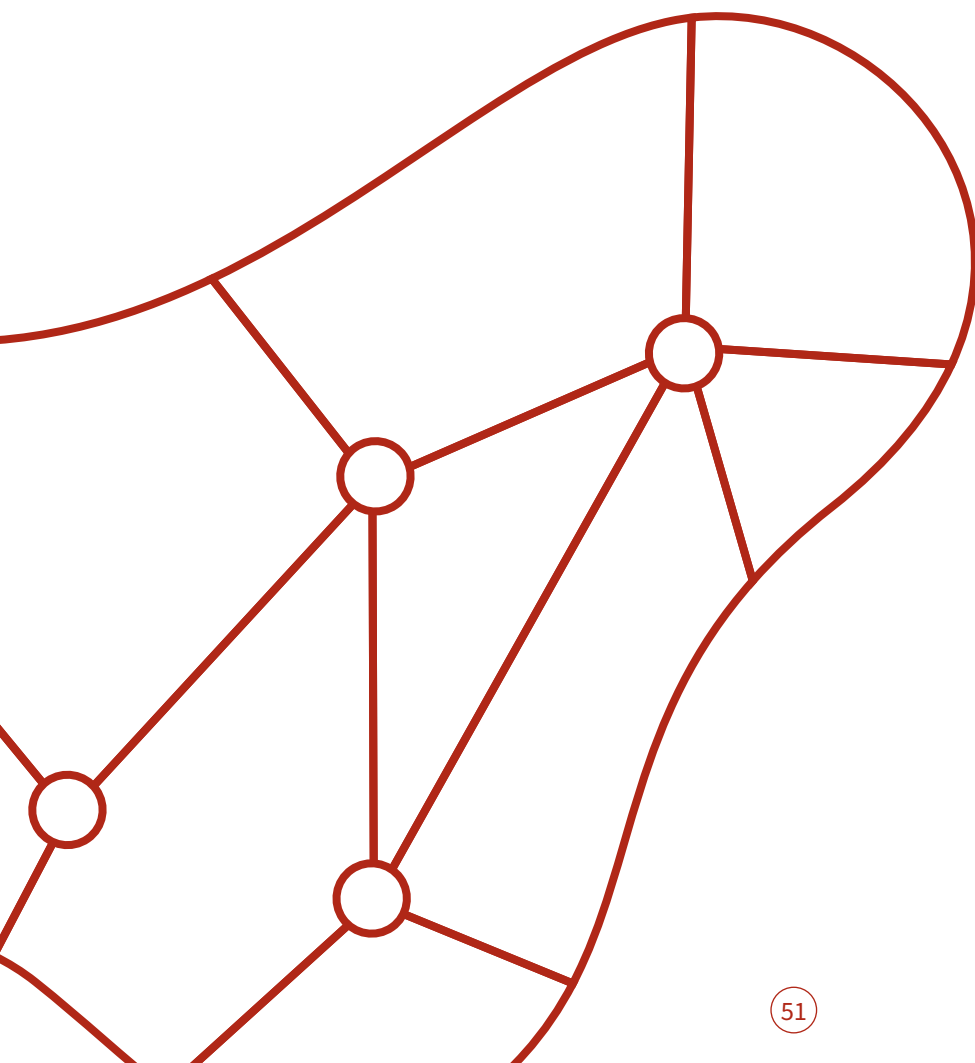
Se souhlasem autora



PhDr. Leona Jochmannová, Ph.D. / Česká republika
Klinická psycholožka, odborná asistentka Katedry psychologie UPOL

Dlouhodobě se specializuje na problematiku traumatu a attachmentu, má certifikát (EASE®) výcviku v metodě Somatic Experiencing®. Aktuálně působí na Univerzitě Palackého jako odborná asistentka na Katedře psychologie FF v rámci oboru klinická psychologie. Je spoluautorkou četných odborných knih: Trauma u dětí, Dítě traumatizované v blízkých vztazích, Psychicky zranené dítě a možnosti intervencí, Krizové situace výchovy a výuky.

🌐 www.leonajochmannova.wz.cz





Sekundárna traumatizácia pomáhajúcich profesionálov

doc. ThDr. Mgr. Slávka Karkošková, PhD.

Príspevok v úvode načrtáva rôzne spôsoby, ktorými môžu byť pomáhajúci profesionáli sprostredkovaně vystavení traumatickým podnetom. Následne približuje spektrum možných symptómov a dlhodobějších následkov sekundárnej traumatizácie. Napokon poukazuje na to, aké preventívne opatrenia sú v tejto oblasti žiaduce jak zo strany jednotlivcov, ako aj organizácií.

Úvod

Klienti, s ktorými pri výkone svojej profesie prichádzame do kontaktu, často trpia. Na svojich pleciach nesú bremeno tvorené rôznymi životnými príkormi, čerstvými či dávnejšími, jednorazovými či opakovanými traumami. A my sme svedkami ich utrpenia. Najmä v momentoch, keď načúvame ich príbehom a vnímame, ako sa dôsledky utržených tráum prejavujú v ich životoch.

Niekedy sa o hrôzach, ktoré sa klientom dejú alebo diali, dozvedáme z úradných spisov, niekedy nám o ťažkých životných príbehoch klientov porozprávajú naši kolegovia a kolegyně.

A v istom okamihu sa možno pristihneme pri tom, že aj ublíženie, ktoré sme nezažili priamo, nás na nejaký spôsob bolí alebo zasahuje a mení. No počas prípravy na výkon pomáhajúceho povolania nám nikto nespomenul, že existuje jav sprostredkovanej traumatizácie (vicarious trauma). Ostávame teda zneistení, nevieme presne, čo sa to s nami deje, či je to normálne, a čo si s tým máme počať.

Hned' v úvode treba zdôrazniť, že sprostredkovaná traumatizácia je prirodzený jav, ktorý netreba nijako patologizovať. Zároveň je ale potrebné dodať, že tento jav netreba ani podceňovať, pretože môže významne negatívnym spôsobom ovplyvňovať našu prácu i súkromný život.

Ako sa sprostredkovaná traumatizácia môže prejavovať?

Jej symptómy sa často pohybujú na kontinuu – niektoré zmeny sú veľmi jemné a sotva povšimnuteľné, iné môžu byť výrazné. Sprostredkované vystavenie traumatickým podnetom môže (nie však zákonite vo všetkých prípadoch) vyvolávať predovšetkým distres (zjednodušene „zlý“, organizmus a osobnosť škodlivo zaťažujúci stres). Distres okrem

negatívnych psychických stavov v sebe zahŕňa aj určitý pokles v pozitívnom prežívaní, kvalite života a životnej spokojnosti.

Samotný proces pomáhania (resp. túžba pomôcť traumatizovanej osobe) je stresujúci, pretože sme často v možnostiach pomoci limitovaní. Preto neraz v súvislosti s našou prácou prežívame pocity bezmocnosti a beznádeje, najmä keď sa nedarí nájsť efektívne riešenia, alebo keď v behu na dlhú trať sa cieľ zdá byť v nedohľadne. Môže to v nás vzbudzovať pocit osobného zlyhania; môže nás mátať otázka, či skutočne prispievame k nejakej pozitívnej sociálnej zmene, či má naše úsilie vôbec význam.

K tomu sa môže pridružiť pocit, že nikdy nie je dosť toho, čo ešte môžeme urobiť. Často je tento pocit živený aj kultúrou, aká na pracovisku alebo v danej profesii vôbec vládne – môže ísť o kultúru, ktorá nepovzbudzuje zamestnancov k tomu, aby sa starali o seba samých, alebo aby dodržiavali zdravú rovnováhu medzi pracovným a osobným životom. Niekedy sa možno pristihneme pri tom, že sa cítime previnilo a nekomfortne uvedomujú si rozdiel medzi svojím životom a životom našich klientov. Môže nás to vyrušovať v tom, aby sme si užili chvíle radosti, pokoja a šťastia. Pre niekoho môže byť napr. náročné vybrať si alebo si užiť dovolenku pretože sa cíti vinný, že na chvíľu nechal prácu stáť.

Pri výkone pomáhajúcej profesie nás môže zaskočiť aj náš vlastný strach. Môže ísť napr. o strach z intenzívnych pocitov, strach z osobnej zraniteľnosti, strach, že sa staneme obeťami nejakého útoku, strach zo smrti. Strach je prirodzenou reakciou voči mnohým veciam, ktorých sme svedkami. Problematickým sa stáva, ak nevieme, ako ho spracovať a začne príliš okupovať priestor v našom vnútri. Nespracovaný strach môže viesť k hnevu, môže sa premeniť na predsudky voči určitým ľuďom alebo témam.

Podobne je to aj so zlosťou. Keď sa stretávame s utrpením a nespravodlivosťou v rôznych podobách, je ťažké necítiť zlosť. Je to normálna emócia. Otázka však je, ako sa s touto emóciou vyrovnávame a či sme si jej vôbec vedomí. Niekedy sa terčom nášho hnevu stávajú ľudia, ktorí hnev priamo nevyprovokovali, sú len akýmisi obeťnými baránkami. Neraz sa hnev maskuje aj v cynickom humore.

Výsledkom množstva pracovných úloh a presýtenia nepríjemnými podnetmi môže byť aj určité znecitlivenie (numbing). Problém je, že nefunguje selektívne – nedá sa znecitlivieť len voči nepríjemným podnetom; súčasne sa človek zneschopňuje prežívať aj pozitívne veci (napr. užívať si hru s deťmi, spev, smiech). Navyše znecitlivenie ohrozuje aj kvalitu práce a to, aby sme pri jej výkone nepoškodili klientov. Keď sme znecitlivení, neuvedomujeme si, či práve neškodíme. Určitým pokusom o znecitlivenie voči ťažko stráviteľným podnetom, ktoré pomáhajúca profesia so sebou prináša, môžu byť aj rôzne závislosti. Poskytujú krátkodobý únik, zároveň ale produkujú nové problémy.

U sprostredkovane traumatizovaných pomáhajúcich profesionálov sa dokonca môžu objaviť čiastočné alebo úplné symptómy posttraumatickej stresovej poruchy (PTSD).

Môžu mať podobu intrúzií, t.j. vtieravých (neodbytných) spomienok a myšlienok na traumatické udalosti v životoch našich klientov, ktoré nás môžu vyrušovať aj v čase voľna, v súkromní, alebo sa nám dokonca vkrádať do snov. Symptómy PTSD sa môžu prejavovať aj ako tendencie vyhýbať sa podnetom, ktoré s onými traumami súvisia (teda napr. aj rozhovorom na danú tému). Ak úplne vyhnutie sa oným nepríjemným podnetom nie je možné, jedinec môže v kontakte s nimi reagovať znečulivene, otupene. Môže dôjsť až k tzv. disociatívnym momentom, v ktorých sa jedinec akoby odpojil od vlastného prežívania alebo od okolia. Niekedy si napr. uvedomíte, že ste sa v rozhovore, pri pozorovaní niečieho konania, alebo pri vlastnej aktivite akoby stratili, prestali ste vnímať. Súčasťou PTSD býva aj hypervigilancia, teda zvýšená bdelosť a ostrážitosť, prítomná aj v situáciách, keď je jedinec v bezpečí. Jedinec môže mať pocit, že je neustále obklopený potenciálnymi nebezpečenstvami a musí byť preto stále v strehu. Hypervigilancia môže zvýrazniť úzkosť a úľakový reflex, zhoršiť spánok, sústredenie a schopnosť sa upokojiť a relaxovať.

Ďalším častým následkom nepriamej traumatizácie môžu byť zmeny v systéme presvedčení, ktoré jedinec má o sebe, o iných ľuďoch, o zákonitostiach a zmysle diania. Ak sme častejšie než iní ľudia konfrontovaní s realitou ľudského zla, utrpenia, traumy, začneme si aj viac uvedomovať, že svet nie je spravodlivý, že trpia aj ľudia, ktorí si to nijako nezaslúžili. Uvedomujeme si zároveň, že ich nešťastie nemá žiaden zmysel samo osebe, neprihodilo sa zo žiadneho dobrého dôvodu, pre ktorý by malo byť vítanou súčasťou života alebo niečím, čo by sme ľuďom azda priali. Ak sa v práci stretávame s klientami, ktorí boli traumatizovaní interpersonálnym násilím, môžeme začať vnímať svet ako o mnoho nebezpečnejšie miesto, než sa nám javilo byť predtým. Dozvedáme sa totiž, že násilie môže prichádzať aj zo strany osôb, od ktorých by to nikto nečakal, že obeť sa nemusia vedieť ochrániť a že ľudia nemusia byť ochotní obeť pomôcť. Môže byť pre nás stále ťažšie uchovať si nádej a vieru v ľudské dobro. Môžeme si neustále klásť otázku, či možno vôbec niekomu veriť a či možno vôbec veriť vo vlastný úsudok. Zároveň sa môžeme cítiť aj hlboko zneistení, pokiaľ ide o našu vlastnú schopnosť ochrániť seba a iných.

Práca s ľuďmi, ktorí sa stali obeťami tráum, zvlášť rôznych druhov násilia, môže u pomáhajúcich pracovníkov vyvolať zmeny vo vzťahoch s priateľmi a príbuznými, ale aj so širším sociálnym okolím. V našich sociálnych kruhoch môžeme narážať na negatívne a neprimerané postoje (predsudky) voči problematike, ktorej sa profesionálne venujeme. Môže to byť pre nás zraňujúce, frustrujúce, sebaspochybnujúce a vzbudzujúce pocity odcudzenia od ostatných. Okruh dovtedajších priateľov sa môže zredukovať, pretože s mnohými z nich už môže byť ťažké nájsť spoločnú reč. Dokonca aj medzi kolegami z pomáhajúcich profesií sa neraz môžeme cítiť izolovaní, pretože problémy, ktorým sa venujeme, mnohých desia natoľko, že im nechcú dávať v diskusii taký priestor, aký obvykle doprajú iným, menej náročným témam. Naš sociálny svet sa môže zužovať aj preto, že sa stretnutiam s blízkymi úmyselne vyhýbame, aby sme nemuseli počúvať, aké majú problémy (realitou ľudského trápenia sme beztak dostatočne zásobení vo svojej práci). Alebo k narušeniu vzťahov v našom osobnom živote prispeje tendencia trivializovať problémy ľudí porovnávaním ich situácie s inými, ktorí sú podľa nás na tom omnoho horšie. V dôsledku dlhodobého kontaktu s témou ľudského utrpenia, krivdy a traumy sa môže

objaviť aj chronická vyčerpanosť. Nejde o únavu, ktorá sa dostaví po ťažkom pracovnom dni či týždni, ale o stav pretrvávajúcej únavy. Vystavenie traumatickým podnetom je samo osebe únavné, a keď toto vystavenie narastá, telo a myseľ potrebuje extra pozornosť, aby si plne oddýchli a osviežili sa. Paradoxne, niekedy je pre nás práca výhovorkou, prečo sa dostatočne nestaráme o seba.

Ak sú následky nepriamej traumatizácie ponechané bez povšimnutia a ošetrovania, môžu mať nežiaduci dosah na pracovný výkon a pracovnú morálku. Môžu znižovať schopnosť profesionálov uvažovať komplexne, môžu ich zvädzať k zjednodušeným vysvetleniam zložitých javov, k nálepkovaniu klientov, k prejavom dogmatickosti a neústupčivosti, k rýchlemu zamietaniu iných pohľadov alebo návrhov. Môžu sa tiež prejavovať v zníženej kreativite a prispievať k stagnácii v mnohých oblastiach pôsobenia pomáhajúcich profesií.

Čo sa odporúča ako prevencia (rozvoja) sprostredkovanej traumatizácie?

Prvoradá je predovšetkým starostlivosť o seba – a to tak vo vzťahu k vykonávanej profesii, ako aj vo vzťahu k súkromnému životu.

Pokiaľ ide o starostlivosť o seba súvisiacu s vykonávaním profesie, v tejto oblasti je dôležité používať stratégie, ktoré prispievajú k budovaniu spolupráce a pozitívneho pracovného prostredia. Patrí sem najmä: zdržanie sa negatívnych komentárov a poznámok na adresu kolegov, zvlášť v prítomnosti iných kolegov; využívanie príležitostí na prejavenie podpory, vďaky, obdivu a uznania kolegom. Ďalej je potrebné v pracovnom prostredí uplatňovať stratégie na udržanie emocionálnej a psychickej pohody, ako napr.: vyhýbanie sa pracovnej izolácii či aktívna snaha o vytváranie dobrej atmosféry na pracovisku (trebárs aj pomocou drobných interiérových doplnkov). Osobitne dôležité je dbať na vyváženosť pracovného dňa a dobrý časový manažment. Neopomenuteľný význam majú aj aktivity smerujúce k profesionálnemu rastu, najmä samovzdelávanie, účasť na konferenciách, členstvo v profesijných spoločnostiach, pravidelné využívanie supervízie a pod.

Popri starostlivosti o seba, ktorá súvisí s vykonávaním profesie, je dôležité venovať pozornosť aj oblasti osobnej starostlivosti o seba. Potrebujeme sa starať o to, aby sme mali dobré sociálne zázemie - napr. udržiavať kontakt s dôležitými ľuďmi v našom živote; starať sa o kvalitu partnerského vzťahu; tráviť čas s ľuďmi, ktorých spoločnosť nás teší; zdieľať strachy, nádeje a tajomstvá s ľuďmi, ktorým dôverujeme a vedieť požiadať o pomoc, ak to potrebujeme. Taktiež je dôležitá starostlivosť o naše myslenie a prežívanie. Je dôležité pestovať zdravé kognitívne stratégie, najmä súcitiť voči sebe; sebaocenenie; mindfulness. Odporúča sa tiež nájsť si čas na sebareflexiu a denne si pomenovať aspoň päť vecí, za ktoré sme v danom dni vďační. Rovnako dôležité je aj adekvátne zvládanie stresu; sebaovládanie; konštruktívne vyjadrenie emócií; identifikovanie a vyhľadávanie zdrojov pozitívnych emócií; rozvíjanie vlastného potenciálu; tvorba a sledovanie dlhodobých osobných cieľov. V prípade nespracovaných životných zranení sa netreba zdráhať vyhľadať psychoterapiu zameranú na liečbu traumy. Dôležité je tiež dbať na vyváženosť povinností a odpočinku, vrátane dodržiavania zásad psychohygieny (odporúča sa napr. určiť si časové okno, v rámci ktorého sme mimo telefónu, emailu, internetu) a využívania času na oddych a relax (pričom sa odporúča pestovať také záujmy, ktoré s našim pro-

fesionálnym zameraním nijako nesúvisia). Napokon netreba opomínať ani starostlivosť o zdravie a prevenciu ochorení. Patrí sem predovšetkým: dodržiavanie zásad zdravej životosprávy (strava, spánok, pohyb); absolvovanie preventívnych prehliadok, návštevy lekára pri chorobe a dodržiavanie liečebného režimu.

Nielen jednotlivci, ale aj organizácie môžu urobiť konkrétne kroky, aby prispeli k ochrane pomáhajúcich pracovníkov pred rozvojom následkov sprostredkovanej traumatizácie. Prvým krokom je istotne zvyšovať v organizácii povedomie o fenoméne sprostredkovanej traumatizácie v podobe vzdelávania zamestnancov i členov manažmentu. Z praktických opatrení sa odporúča: dať zamestnancom možnosť využívať flexibilný pracovný čas; poskytovať im pracovné voľno na účely ďalšieho vzdelávania; redukovat počet prípadov na jedného pracovníka; zabezpečiť supervíziu v potrebnom rozsahu; či ponúkať ako benefit nadštandardnú výmeru dovolenky.

Záver

Ak ste pri čítaní tohto príspevku u seba či u svojich kolegov identifikovali príznaky sprostredkovanej traumatizácie, je to úplne prirodzené. Je to len odrazom skutočnosti, že nie sme imúnni voči utrpeniu, ktorého sme svedkami. Nie je to dôvod na to, aby sme sa hanbili, ani aby sme pohrdali inými kolegami či kolegyňami.

Urobte si podrobnú revíziu toho, ako ste na tom s úrovňou starostlivosti o seba samých a zaradte do svojho života stratégie, ktoré ste v tomto ohľade ešte nepoužívali, alebo ktoré ste používali len sporadicky. Hľadajte a vytvárajte príležitosti na to, ako o vlastnej skúsenosti sprostredkovanej traumatizácie hovoriť.

A ešte niečo na povzbudenie: Vedzte a pripomínajte si, že okrem fenoménu sprostredkovanej traumatizácie existuje aj fenomén sprostredkovaného posttraumatického rastu alebo sprostredkovanej nezdolnosti. Pri našej práci nie sme totiž len svedkami ľudského utrpenia ale aj svedkami odhodlania nevzdávať sa a svedkami toho, že napriek utrženým životným ranám sa mnohí ľudia dokážu osobnostne rozvinúť a rásť. Naši klienti sú v mnohých ohľadoch dorážaní a krehkí, a zároveň silní, statoční a inšpirujúci. A naproti mnohým podobám zla a ublíženia existuje nespočetné množstvo drobných i veľkých skutkov dobra, prejavov solidarity, ochoty podať pomocnú ruku. Vedomie, že sme toho svedkami a súčasťou, môže významne prispievať k nášmu pocitu životnej spokojnosti.

Literatúra

KARKOŠKOVÁ, Slávka: *Fenomén sekundárnej traumatizácie v pomáhajúcich profesiách*. In: HUNYADIOVÁ, Stanislava et al. (eds.): *Supervízne dni 2015*. Gelnica: Zrkadlenie, o.z., 2015, s. 107-128. ISBN 978-80-971913-1-3.

KÖVEROVÁ, Miroslava et al.: *Ako sa o seba starám? Intervenčný program na podporu starostlivosti o seba pre pomáhajúce profesie*. Košice: UPJŠ, 2019. ISBN 978-80-8152-711-1.

VAN DERNOOT-LIPSKY, Laura: *Trauma Stewardship: An Everyday Guide to Caring for Self While Caring for Others*. Oakland, CA: Berrett-Koehler Publishers, 2009. ISBN 978-1-60509-263-8.

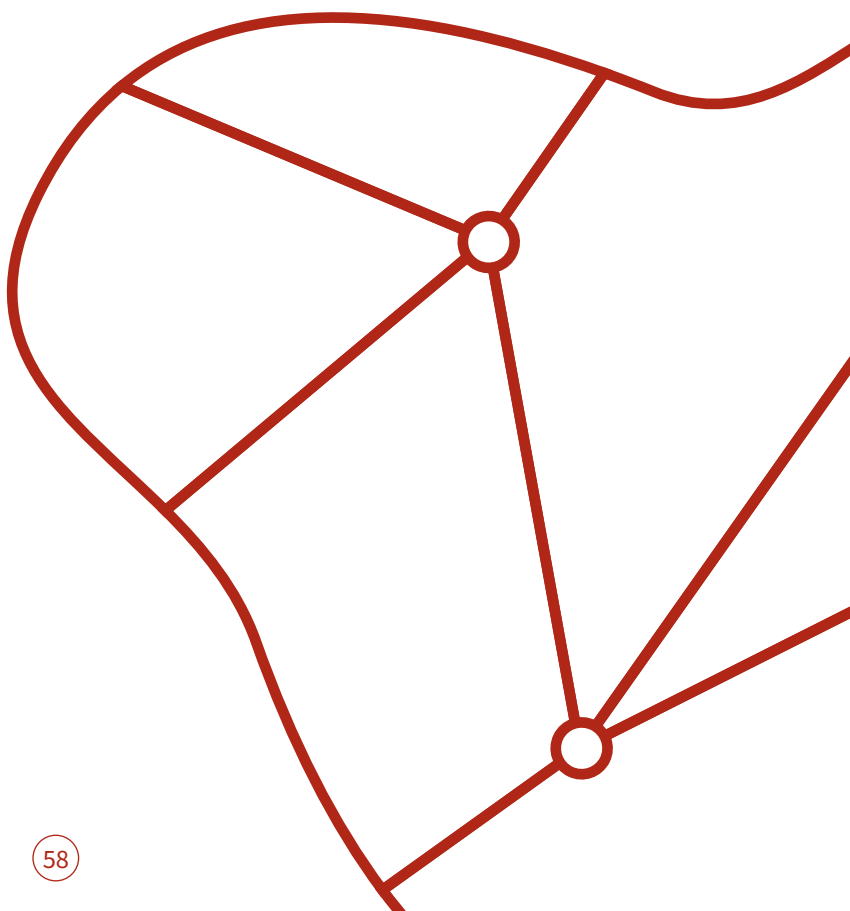


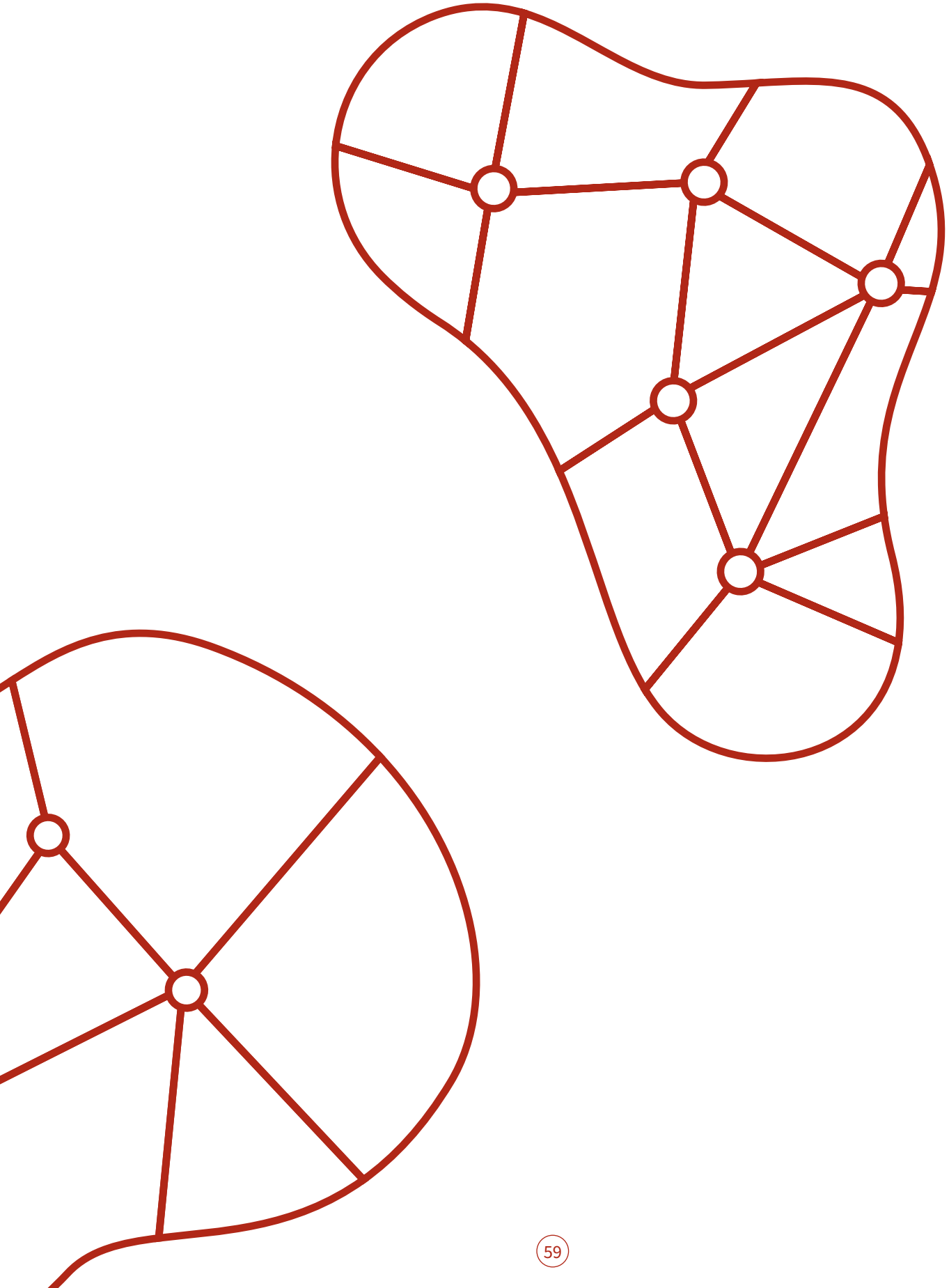
doc. ThDr. Mgr. Slávka Karkošková, PhD. / Slovenslo

Lektorka, výzkumná pracovnice, supervizorka se dlouhodobě věnuje výzkumné, publikační a lektorské činnosti v oblasti problematiky sexuálního zneužívání dětí (CSA) a domácího násilí. O těchto náročných tématech přednáší širokému spektru pomáhajících profesionálů, pro které je důležité nejen lépe porozumět těmto sociálněpatologickým jevům, ale i odhalit, jak mohou být jimi potenciálně sekundárně traumatizováni. Působí též jako externí expertka ve vícero národních projektech a jako certifikovaná supervizorka v oblasti sociálně právní ochrany dětí. Její bližší odborný profil je dostupný na stránce www.sexualne-zneuzivanie.sk

✉ slavka.karkoskova@gmail.com

Publikácie: https://www.researchgate.net/profile/Slavka_Karkoskova/publications







Ako trauma v detstve ovplyvňuje utváranie vzťahov a zdravie v dospelosti

MUDr. Natália Kaščáková, Ph.D.

Klinická prax aj výskumy v bežnej populácii aj u dospelých, ktorí boli v detstve adoptovaní, opakovane poukazujú na súvislosti medzi traumatizáciou v detstve, neistou vzťahovou väzbou a zhoršeným zdravím v dospelosti.

V príspevku poukazujeme na súvislosti medzi traumatizáciou v detstve a vzťahovými štýlmi správania a zdravím v dospelosti, v reprezentatívnej vzorke dospelých obyvateľov ČR (n = 1 800, priemerný vek 46,4 rokov, 48,7 % mužov). V rámci celej vzorky osem (0,4 %) respondentov uvádza, že boli adoptovaní. Z adoptovaných (n = 8) bolo oproti kontrolnej spárovanej vzorke (n = 8) významne vyššie skóre emočného a fyzického týrania a fyzického zanedbávania a významne vyššie skóre psychopatológie v dospelosti. Z ôsmich adoptovaných respondentov boli šiesti zvýšene úzkostní vo vzťahoch (piati mali zapletenú vzťahovú väzbu). U siedmich z ôsmich sa vyskytovalo nejaké chronické ochorenie (napr. astma, ekzém, migréna, bolesti v malej panve, bolesti chrbta, ochorenie štítnej žľazy, vredové ochorenie, úzkosť a depresia), u piatich sa vyskytovali viac ako tri ochorenia. Polovica adoptovaných bola problémovými fajčiarimi. Rozsah problematiky traumatizácie a nejstej vzťahovej väzby u adoptovaných detí a negatívny dosah na ich neskoršie zdravie je výzvou pre utváranie preventívnych programov a terapeutických postupov v klinickej praxi.

Adoptované deti sa môžu častejšie stretávať pri svojich náročných životných cestách s traumatizáciou v detstve, ktorá vplýva na ich schopnosť utvárať vzťahy a ovplyvňuje aj ich zdravie v neskoršom veku. Keď sa skúmali súvislosti medzi rozličnými premennými u adoptovaných detí a ich neskorším zdravím, zistilo sa, že s horšími výsledkami boli asociované potenciálne dedičné faktory u biologických rodičov (poruchy učenia), vystavenie pôsobeniu drog a alkoholu počas vnútromaternicového vývinu, dĺžka obdobia, kedy boli deti vystavené zlému zaobchádzaniu (rizikové bolo trvanie viac než jeden rok) a ak boli deti umiestnené vo viac než dvoch pestúnskych rodinách (Neil, Morciano, Young, & Hartley, 2020).

V jednej veľkej národnej štúdii dospelých, kde porovnávali tých, ktorí boli v detstve adoptovaní s tými, ktorí vyrastali v biologických rodinách sa zistilo, že ľudia s anamnézou náhradnej starostlivosti mali dva krát vyššie riziko, že nebudú schopní pracovať kvôli duševným a/alebo telesným ochoreniam, aj po zohľadnení veku a sociodemografických ukazovateľov (Zlotnick, Tam, & Soman, 2012).

Systematický prehľad dvadsať sedem štúdií o duševnom zdraví u ľudí, ktorí boli v detstve adoptovaní (*Melero & Sánchez-Sandoval, 2017*) poukazuje na vyšší výskyt depresie, úzkosti, porúch osobnosti, porúch správania a neuroticizmu u adoptovaných než v kontrolných vzorkách. Ukázal sa tiež mediujúci efekt rodičovského štýlu a vzťahovej väzby: bezpečná vzťahová väzba viedla k vyššej sebaúcte, kým neistá vzťahová väzba viedla k zvýšeniu rizika pre užívanie drog či alkoholu.

Podľa prospektívnej štúdie porovnávajúcej mladých dospelých, ktorí boli adoptovaní a ktorí vyrástli v detských domovoch (*Teyhan, Wijedasa, & Macleod, 2018*) mali dospelí, ktorí vyrástli v detských domovoch vyššie skóre depresie a úzkosti, mali nižšiu sociálnu podporu, v zvýšenej miere fajčili a mali viac kriminálneho správania v porovnaní s kontrolnou a adoptovanou vzorkou.

Podľa meta analýzy Van den Dries, Juffer, Van IJzendoorn, and Bakermans-Kranenburg (2009) majú síce adoptované deti vyšší výskyt dezorganizovanej vzťahovej väzby (30 % oproti 15 % v normálnej vzorke), ale u detí v inštitucionálnej starostlivosti je výskyt dezorganizovanej vzťahovej väzby až 70 %. Včasná adopcia (do jedného roku života dieťaťa) a podpora senzitívneho správania u adoptívnych rodičov sa zdajú byť účinnou prevenciou v zmysle podporovania bezpečia vo vzťahovej väzbe u adoptovaných detí.

Adoptované deti s neistou a najmä s dezorganizovanou vzťahovou väzbou majú narušené emočné porozumenie v porovnaní s bezpečne naviazaným dieťaťom (*Barone & Lionetti, 2012*). V tejto štúdii sa ukázalo, že v adoptívnych rodinách majú matky a deti podobné vzorce vzťahovej väzby. Adopcia tak môže zavčas podchytiť vzťahovú neistotu a dezorganizáciu, najmä keď má aspoň jeden z rodičov tzv. „bezpečný stav mysle“.

Výsledky výskumu traumatizácie v detstve a typov vzťahovej väzby vo výskumných vzorkách u dospelých obyvateľov ČR

V roku 2016 sme v rámci výskumu získali dáta od 1 800 respondentov, išlo o reprezentatívny súbor z hľadiska pohlavia (48,7 % mužov), vekového zloženia (od veku 15 do 88 rokov, s priemerným vekom 46,61), vzdelania (ZŠ 7,8 %, SŠ 72 % a VŠ 20,2 %) a regionálnej príslušnosti (14 krajov ČR)¹. V reprezentatívnej vzorke sme skúmali súvislosti medzi traumatizáciou v detstve a vzťahovými štýlmi správania a zdravím v dospelosti.

V reprezentatívnej vzorke obyvateľstva ČR bolo podľa empiricky odvodených prahových hodnôt zistené u 20,2 % respondentov emocionálne týranie (EA), u 18 % fyzické týranie (PA), u 9,7 % sexuálne zneužívanie (SA), u 15,6 % emocionálne zanedbávanie (EN) a u 37,2 % fyzické zanedbávanie (PN). U 24,5 % obyvateľstva bol prítomný aspoň jeden typ traumatizácie a u 23,8 % traumatizácia viacerými typmi traumy (*Kaščíková a kol., 2018*).

¹ V rámci reprezentatívneho zberu dát bolo umožnené validovať viacero užitočných nástrojov na hodnotenie determinant zdravia, ktoré sú uverejnené v Supplemente Československé Psychologie. http://cspsych.psu.cas.cz/files/cspsych_supplement_2018.pdf

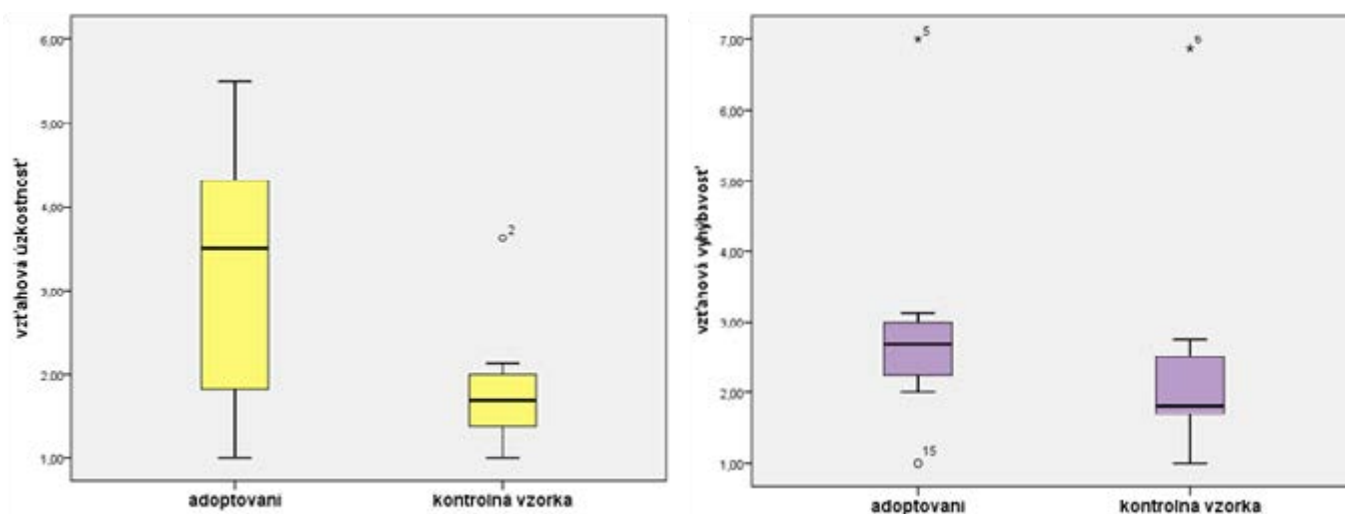
Čo sa týka zastúpenia vzťahovej väzby, u 38 % respondentov bol prítomný bezpečný typ vzťahovej väzby, u 24 % ustrašený typ (s vysokou vzťahovou úzkosťou aj vyhýbavosťou), u 20 % vyhýbavý typ (s vysokou vzťahovou vyhýbavosťou) a u 18 % zapletený typ vzťahovej väzby (s vysokou vzťahovou úzkosťou) v dospelosti. Najvyšší výskyt všetkých typov traumatizácie je u ľudí s ustrašeným vzťahovým štýlom, teda u tých, ktorí majú vysoké skóre úzkosti aj vyhýbavosti (Kaščáková, 2019).

V rámci celej vzorky osem (0,4%) respondentov uvádzalo, že boli v detstve adoptovaní. K tejto vzorke sme z celkovej vzorky vytvorili spárovanú kontrolnú vzorku podľa pohlavia, veku a dosiahnutého vzdelania.

V tabuľke 1 sú uvedené údaje o vzorke adoptovaných a o spárovanej kontrolnej vzorke.

	Adoptovaní	Kontrolná vzorka
N	8	8
Priemerný vek (\pm SD)	41,88 (\pm 22,8)	41,88 (\pm 22,8)
Vek dania do adopcie	1, 5 (2), 6 (2), 7, 10, 15	
Pohlavie: ženy /muži	7 / 1	7 / 1
Status	4	3
Single	2	4
Vydatá / ženatý	1	0
Rozvedená / rozvedený	1	1
Vzdelanie	1	1
Základná škola	4	3
Stredné odborné učilište	3	4
SOŠ alebo gymnázium s maturitou	0	0

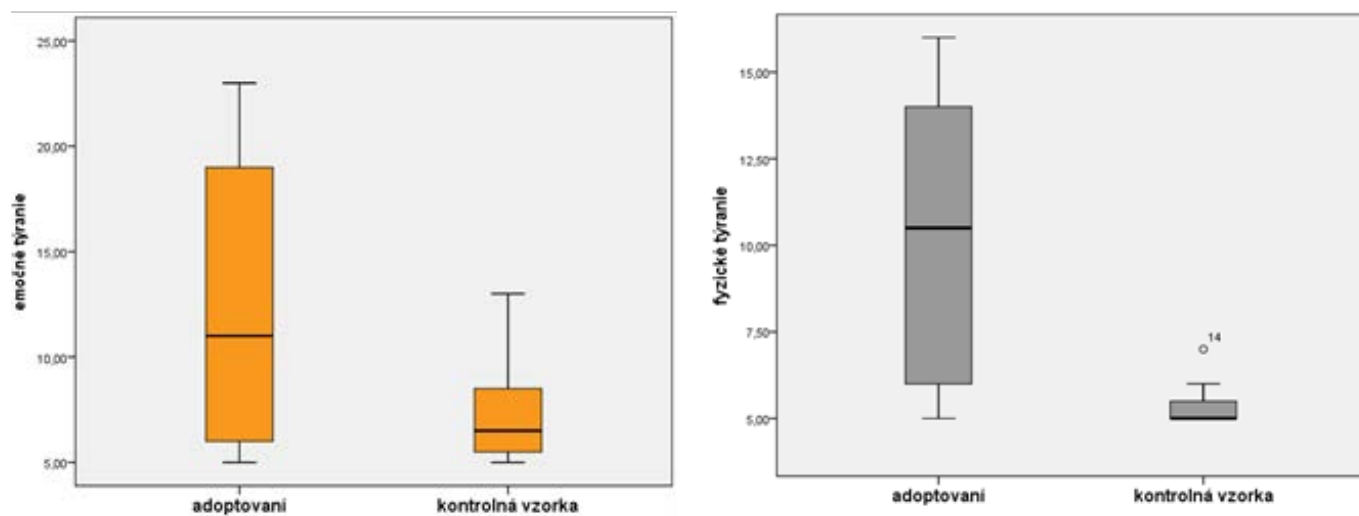
U adoptovaných ($n = 8$) je významne zvýšená vzťahová úzkosť ($p = 0,049$) a zvýšená vzťahová vyhýbavosť v porovnaní s kontrolnou vzorkou ($n = 8$) (obrázok 1).



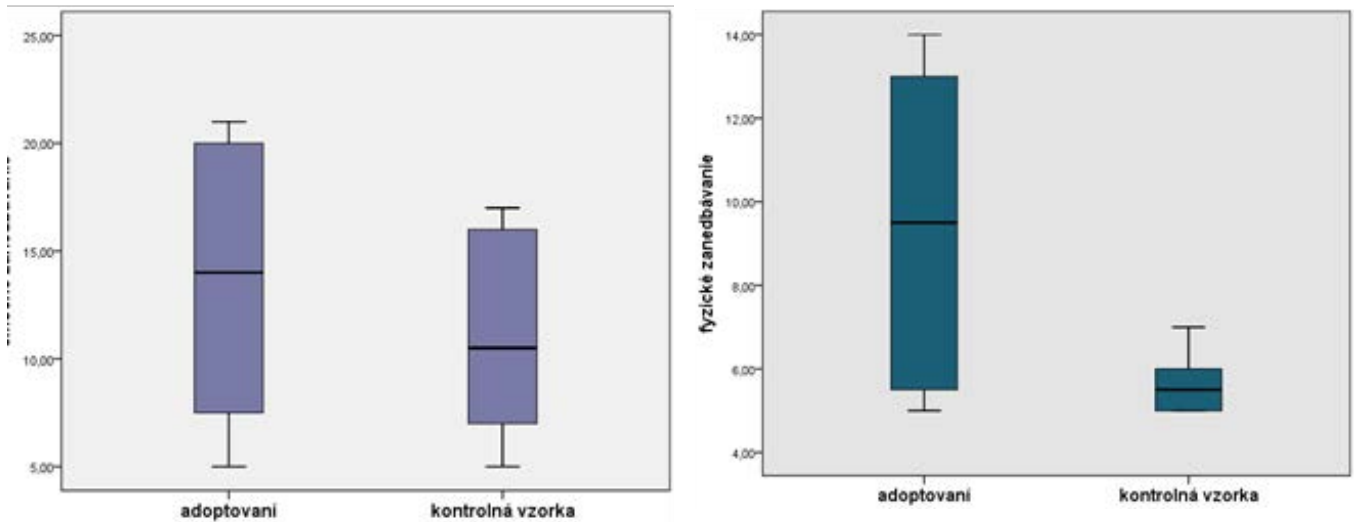
U adoptovaných (n=8) sa u piatich z ôsmich vyskytuje zapletený typ vzťahovej väzby, v kontrolnej vzorke (n = 8) je pomer v prospech bezpečnej vzťahovej väzby (šiesti z ôsmich) (obrázok 2).



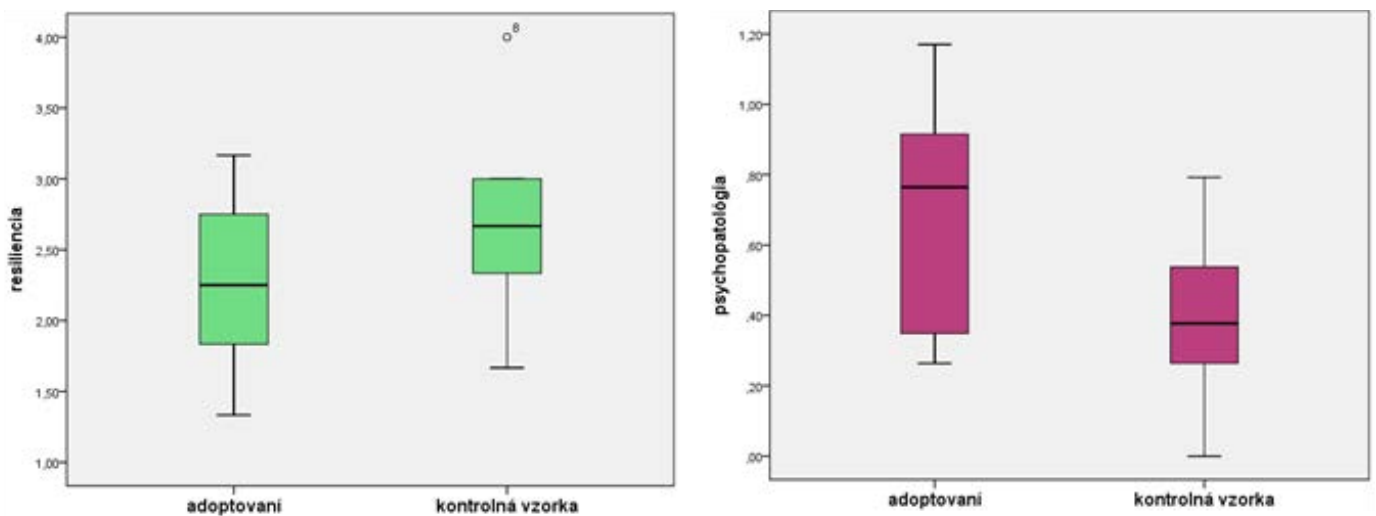
Priemerné hodnoty emočného a fyzického týrania sú u adoptovaných (n = 8) v porovnaní s kontrolnou vzorkou (n = 8) významne vyššie ($p = 0,076$; $p = 0,009$) (obrázok 3).



Priemerné hodnoty emočného a fyzického zanedbávania u adoptovaných v porovnaní s kontrolnou vzorkou sú vyššie a významne vyššie (obrázok 4).

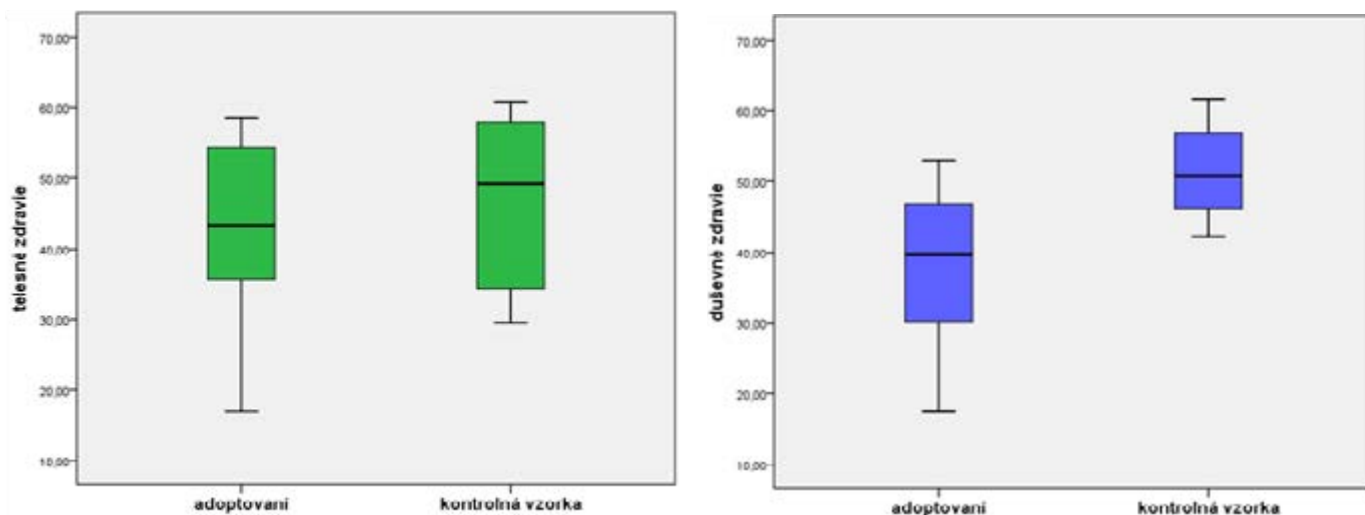


Resiliencia je u adoptovaných (n = 8) nižšia a skóre psychopatológie významne vyššie ($p = 0,062$) v porovnaní s kontrolnou vzorkou (n = 8) (obrázok 5).



Adoptovaní majú v dospelosti významne častejšie viac ako tri chronické ochorenia než kontrolná vzorka ($p < 0,05$). Celkovo sa u siedmich z ôsmich vyskytovalo nejaké chronické ochorenie (napr. astma, ekzém, migréna, bolesti v malej panve, bolesti chrbta, ochorenie štítnej žľazy, vredové ochorenie, úzkosť a depresia). Adoptovaní udávajú horšie subjektívne vnímané telesné zdravie a významne horšie duševné zdravie ($p = 0,015$) (obrázok 6). V skupine adoptovaných je polovica problémových fajčiarov (oproti jednému problémovému fajčiarovi z kontrolnej vzorky).

Potreba včasných intervencií u adoptívnych rodičov (resp. pestúnov) a osvojených detí



Štúdiá skúmajúca vplyv pre-adoptívnych traumatických skúseností u detí na rodičov (Skandrani, Harf, & El Husseini, 2019) ukazuje päť hlavných tém u adoptívnych rodičov: 1. absencia afektov v naratívoch, 2. popieranie významu traumatických zážitkov dieťaťa, 3. vnímanie tajomnosti ohľadne dieťaťa, 4. rodičovské obavy ohľadne opakovania traumatizácie u dieťaťa, a 5. špecifická štruktúra naratívov. Ide zrejme o odraz zníženej reflektívnej funkcie, keď sa rozhovor týka minulosti dieťaťa. Z vyššie uvedeného vyplýva potreba včasných cielených podporných intervencií.

V štúdii autorov Allen, Timmer, a Urquiza (2014) skúmali, ako u 85 adoptovaných detí (vo veku medzi dva až osem rokov) a ich opatrovateľov pri použití Interakčnej terapie rodič-dieťa založenej na vzťahovej väzbe došlo k významnému zlepšeniu v technikách pozitívneho rodičovstva, k zníženiu rodičovského stresu a k redukcii externalizovaných a internalizovaných ťažkostí u detí.

Významné zlepšenie v mnohých oblastiach, so zredukovaním problémov v správaní u adoptovaných detí vo veku od piatich do dvanástich rokov sa ukázalo po aplikovaní štvordňového intenzívneho Intervenčného programu s poskytovaním informácií o traume pre adoptívnych rodičov (Purvis et al., 2015). Program obsahuje stratégie a zručnosti na zlepšenie problémového správania u detí s komplexnou traumou, je založený na poznatkoch vzťahovej väzby. Využíva edukáciu, interakciu s diskusiou v malých skupinkách a veľkej skupine, rolové hry, videonahrávky.

Záver

Adoptované deti majú problémy s utváraním vzťahov a neskorším zdravím v dospelosti. Problémy je možné zmierniť resp. zvrátiť použitím včasných intervencií zameraných na skorú adopciu či umiestnenie do pestúnskej rodiny (ideálne do jedného roka dieťaťa), zvyšovanie rodičovských kompetencií a zlepšovanie interakcií medzi rodičom a dieťaťom s využitím poznatkov o vzťahovej väzbe a komplexnej traume.

Príspevok vznikol s podporou Grantu Agentúry Českej republiky (GAČR 19-18964S). Poďakovanie patrí prof. Petrovi Tavelovi, dekanovi CMTF UPOL za umožnenie zberu dát a za podporu.

Použitá literatúra

Allen, B., Timmer, S. G., & Urquiza, A. J. (2014). *Parent–Child Interaction Therapy as an attachment-based intervention: Theoretical rationale and pilot data with adopted children. Children and Youth Services Review, 47, 334-341.*

Barone, L., & Lionetti, F. (2012). *Attachment and emotional understanding: A study on late-adopted pre-schoolers and their parents. Child: care, health and development, 38(5), 690-696.*

Kaščáková, N., Fürstová, J., Poláčková Šolcová, I., Bieščad, M., Hašto, J., & Tavel, P. (2018). *Psychometrická analýza českej verzie dotazníka Trauma z dětství (CTQ) so sociodemografickými rozdielmi v traumatizácii dospelých obyvateľov Českej republiky. Ceskoslovenska Psychologie, 62(3), 212-230.*

Kaščáková, N. *Traumatizácia v detstve a neskoršom živote a súvislosti so štýlmi vzťahovej väzby, resilienciou a zdravím. Olomouc, 2019. disertační práce (Ph.D.). UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI. Cyrilometodějská teologická fakulta.*

Melero, S., & Sánchez-Sandoval, Y. (2017). *Mental health and psychological adjustment in adults who were adopted during their childhood: A systematic review. Children and Youth Services Review, 77, 188-196.*

Neil, E., Morciano, M., Young, J., & Hartley, L. (2020). *Exploring links between early adversities and later outcomes for children adopted from care: Implications for planning post adoption support. Developmental Child Welfare, 2(1), 52-71.*

Purvis, K. B., Razuri, E. B., Howard, A. R. H., Call, C. D., DeLuna, J. H., Hall, J. S., & Cross, D. R. (2015). *Decrease in behavioral problems and trauma symptoms among at-risk adopted children following trauma-informed parent training intervention. Journal of Child & Adolescent Trauma, 8(3), 201-210*

Skandrani, S., Harf, A., & El Hussein, M. (2019). *The impact of children's pre-adoptive traumatic experiences on parents. Frontiers in psychiatry, 10, 866.*

Teyhan, A., Wijedasa, D., & Macleod, J. (2018). *Adult psychosocial outcomes of men and women who were looked-after or adopted as children: prospective observational study. BMJ open, 8(2), e019095.*

Van den Dries, L., Juffer, F., Van IJzendoorn, M. H., & Bakermans-Kranenburg, M. J. (2009). *Fostering security? A meta-analysis of attachment in adopted children. Children and Youth Services Review, 31(3), 410-421.*

Zlotnick, C., Tam, T. W., & Soman, L. A. (2012). *Life course outcomes on mental and physical health: the impact of foster care on adulthood. American journal of public health, 102(3), 534-540.*

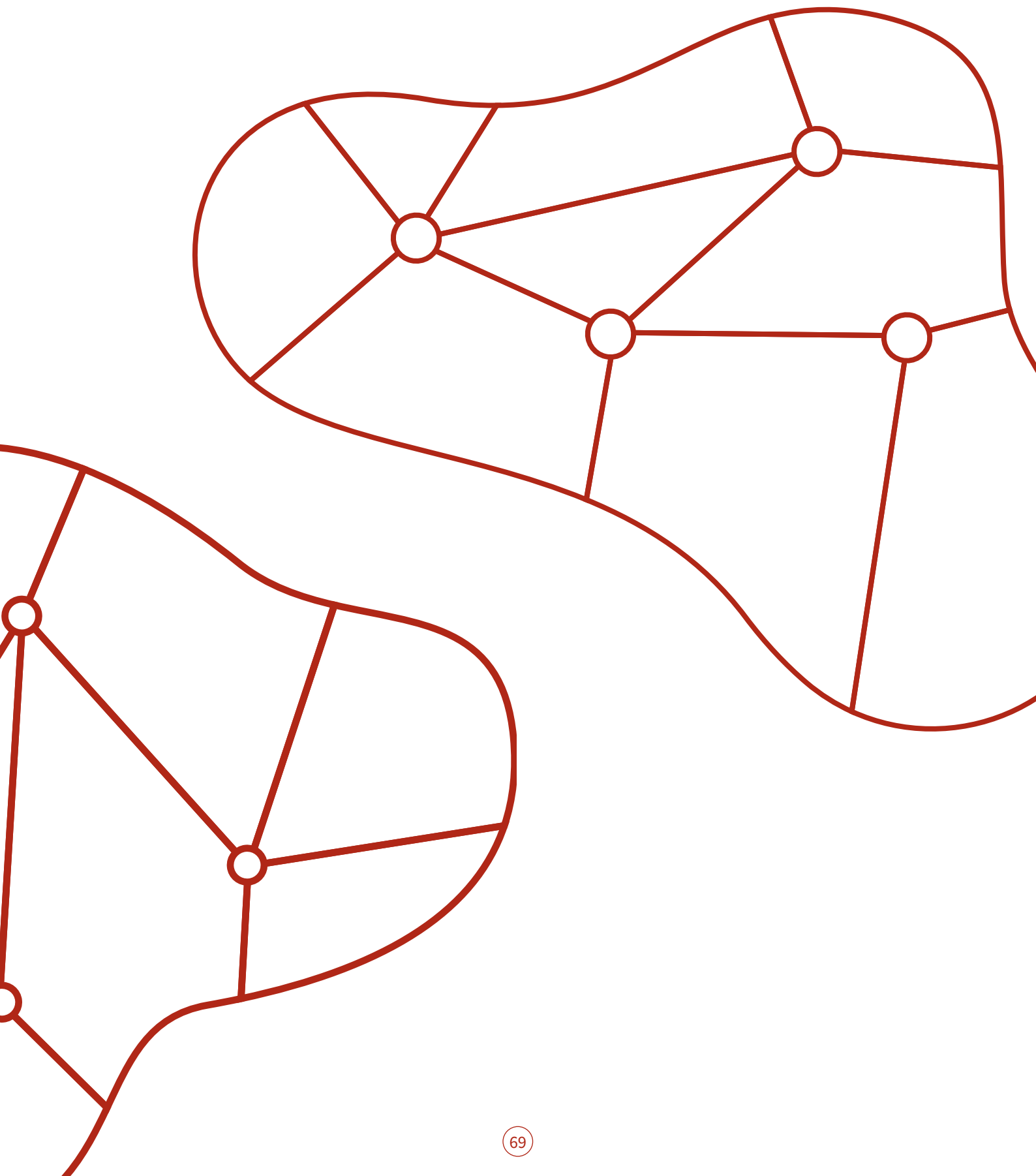


MUDr. Natália Kaščáková, Ph.D. / Institut sociálního zdraví, Univerzita Palackého v Olomouci, Olomouc, Psychiatricko-psychotherapeutická ambulancia, Pro mente sana, Bratislava / Slovensko

Psychiatrička a psychotherapeutka v soukromé praxi, kde se převážně věnuje dospělým klientům s depresivními, úzkostnými, psychosomatickými a vztahovými obtížemi. Od roku 2015 se věnuje výzkumu na Institutu sociálního zdraví na Univerzitě Palackého v Olomouci, kde od r. 2021 působí jako odborná asistentka. Výzkumně se zaměřuje především na zkoumání souvislostí mezi traumatizací v dětství a pozdějším životě, vztahovou vazbou, odolností a zdravím. Je autorkou knihy Obranné mechanismy z psychoanalytického, etologického a evolučně-biologického aspektu.

✉ natalia.kascakova@oushi.upol.cz, nkascakova@gmail.com

☎ +421 918 655 113





Vztah jako trauma

MUDr. Peter Pöthe

Dnes bych nemluvil ani tak z terapeutického hlediska, i když k tomu se také dostaneme, ale spíše z pohledu rodičů nebo náhradních rodičů a přeneseně také terapeutů, kteří se s dětmi v NRP setkávají.

Když mluvíme o traumatu, v případech těchto dětí je to vztahové trauma, budu se věnovat tomu, co je asi nejtěžší v péči o přijaté děti, a to jsou emoce. Emoce, kterým často nerozumíme, protože ty děti působí iracionálně, někdy i nemocně nebo zle, kvůli čemu se jim dává spousta nálepek a špatných diagnóz. Jak jsme tady dopoledne slyšeli od doktorky Jochmannové, velmi často se tyto děti diagnostikují jako porucha pozornosti s hyperaktivitou a právě ta nejčastější posttraumatická stresová porucha se u nich nediagnostikuje ani neléčí.

Budu tady opakovat možná některé samozřejmé věci, které jsou ale pro pochopení situace těchto dětí velice důležité. Jsem psychoanalyticky orientovaný a z pohledu objektové Kleinianské školy se těmto dětem dá poměrně dobře porozumět a reagovat na jejich potřeby.

Ze vztahu, do kterého se rodíme, vyplývá, jestli naše potřeby budou naplňovány. To samozřejmě víme, ale často nevíme, že vlastně i děti, které nezažívají, třeba v kojeneckém ústavu nebo z důvodu zanedbání péče, tu výlučnou osobu a výlučnou péči, kterou by potřebovaly, aby se jejich mozek fyziologicky vyvíjel, zažívají také vztah. Ale je to vztah s dysregulujícím objektem, tedy takovým, který je odmítá, ohrožuje, který nereguluje jejich emoce, především úzkost. Je velmi důležité toto si uvědomit, protože ve fantazii dítěte osoba, která není fyzicky přítomna, když ji potřebuje, je obsažena také. Je to tedy určitá nevědomá fantazie o tom, že někdo mě nemá rád, někdo mě nechce. Jsou to nevědomé procesy, vzpomínky, které se nedají vybavit vědomě, protože je zažíváme ve velmi raném věku, kdy ještě mozek nemá rozvinutý hipocampus. Tyto vzpomínky se ukládají do implicitní paměti a odehrávají se v dalších vztazích.

Regulace emocí a vývoj mozku

Považuji za důležité zmínit dilema, jestli je regulace emocí dána biologií nebo prostředím. Věda dnes už toto neřeší, protože víme, že ani genetika není něco stálého, ale z těch přibližně třiceti tisíc genů je zhruba deset tisíc, které kódují centrální nervový systém, a z nich cca polovina jsou tzv. epigeny, které se spouštějí na základě určitých podnětů, prožitků. Některé podněty z okolí dítěte, které mu způsobují stres, a to může být i nedostatek podnětů, tak spouštějí ty geny, které jsou odpovědné za produkci látek, které

v mozku působí toxicky. Říkáme tomu toxický stres a je opakem příjemného, láskyplného zážitku v rámci bezpečné vztahové vazby, kde se aktivují ty epigeny, které způsobují například produkci dopaminu, způsobujícího růst mozku, a oxytocinu, kterému se říká hormon lásky, a stimulujícího také růst a rozvoj mozku. Vliv stresu u dítěte je biologický, a proto trauma je také neurobiologický, ne jen psychologický problém. Odehrává se zejména na začátku života, a tím myslím i před narozením. Mozek dítěte se vyvíjí jinak u matky, která je stresovaná, která dítě nechtěla, uvažuje třeba o tom, že ho nechá v porodnici. Zažívá tedy velmi silný stres spojený s vylučováním kortizolu působícího na mozek toxicky. Kritické období je do 24. měsíce života. Spousta těchto dětí má pak poruchy učení, poruchy pozornosti.

Vzpomínky na raný vztah

Nejdůležitější, co se v rámci bezpečné vztahové vazby děje, je fakt, že dítě se zklidní. Má zážitek, že jeho negativní emoce se v rámci bezpečného vztahu dají zklidnit. To je velmi důležitá vzpomínka, která se zapracuje do nevědomé paměti a vzniká z toho nevědomá zkušenost, v psychoanalýze bychom řekli fantazie. Ta se pak opakuje pokaždé, když se dítě rozruší. Ve vyšším věku už se dokáže zklidnit samo. Bohužel, ke zklidnění často nedochází vlivem toho, že maminka je třeba depresivní, nepředvídatelná, nebo dokonce agresivní, v rámci různých typů vztahových vazeb, anebo je nepřítomná. Protože mozek dítěte je programovaný na to, že vztah matka–dítě bude existovat, je nepřítomná matka vlastně zlá matka, tedy špatný objekt.

Děti, které dokáží zklidnit své rozrušení, jsou mnohem odolnější a mají logicky mnohem méně duševních poruch. I psychiatrické poruchy můžeme chápat jako dysregulaci emocí. Třeba úzkostné poruše můžeme rozumět jako nedostatečné regulaci strachu, klinická deprese je vlastně nedostatečná regulace smutku.

Dezorganizovaná vztahová vazba, která je klinicky nejvýznamnější vztahová vazba, způsobuje, že dítě zažívá svět fragmentovaně. To znamená, že se neobjevují souvislosti mezi mámou, která dítě utiší, nakrmí... a mezi mámou, která mi ublíží nebo tam není. Tato rozvitá nekontinuální zkušenost je velmi typická pro děti, které mají nejistou vztahovou vazbu. U nich pak emoce ani vztahy nejsou snadné k pochopení. Toto jsou případy, kdy rodiče přijdou a říkají: On je někdy jako andílek, poslouchá, je hodný (kategorie hodný – zlý osobně nemám rád) a jindy je zlý, zlobí, jako by to byl někdo jiný. A ono to přesně takto opravdu je. Jejich self, jejich osobnost, je rozštěpená mezi několik osobností, protože jejich zážitek sebe, který je odvozen ze zážitku prostředí, do kterého se narodí, je velmi nesouvislý, velmi nepředvídatelný a mnohokrát děsivý, takže to dítě si potřebuje oddělit dobrou zkušenost od špatné, a tím pádem neumí přemýšlet o sobě, neumí reflektovat své emoce a projevuje se velmi paradoxně v situacích, ve kterých by to nikdo nečekal. A to všechno vede k tomu, že tyto děti mají velmi nízký pocit vlastní hodnoty, mohli bychom říci, že mají narcistický deficit. Proto jsou velmi reaktivní, velmi se rozruší při jakémkoliv kritice nebo pocitu odmítnutí. Právě to odmítnutí v nich vyvolává pocit ponížení a ztráty vlastní hodnoty, tedy že jsou horší než jiní.

Psychické trauma

Je dobré rozumět psychickému traumatu z pohledu obranných evolučních reakcí, které dědíme. Chápejme to tak, že je to nezpracovaný zážitek pocitu ohrožení života. U malých dětí trpících vztahovým traumatem se v případě, kdy se cítí ohrožené, zpravidla uplatňuje útok nebo zamrznutí. Zamrznutí odpovídá disociace, takže tyto děti jsou často nesoustředěné, mimo, tedy ve vlastním světě. A to zapříčiní impuls, který nikdo nevidí, který si ani oni sami neuvědomí. Například: holčička týraná svojí maminkou, nyní v péči babičky, když se ve škole zkouší, najednou přepne do nějakého stavu, kdy vůbec o sobě neví, nesoustředí se a učitelce trvá dlouho, než ji jakoby probudí. A je to proto, že ona se tak lekne stresu, který zkoušení přináší, že velmi lehce začne disociovat. Jinou obranou je útok, kdy děti pořád žijí v nějaké akci, která vyvolává odezvu okolí, což je zpětně definuje.

Dezorganizovaná vazba

Příznaky posttraumatické stresové poruchy vznikají v kumulativním vztahovém traumatu, kdy dítě opakovaně zažívá situaci ohrožení, ublížení a ztráty v rámci blízkého vztahu. Toto se často nezkoumá, takže je dobré psychiatra upozornit, pokud se na to sám nezaměří. PTSD přináší poruchy pozornosti, poruchy paměti, které nesouvisí ani s inteligencí, ani s ADHD, ale právě se vztahovým traumatem.

Chování a projevy dítěte v PS pozici

V psychoanalýze u dětí, které mají vztahové trauma, rozeznáváme tzv. paranoidně schizoidní pozici. Je to taková fantazie, která pomůže rodičům i terapeutům lépe rozumět tomu, jak se tyto děti k někomu vztahují, jak se chovají. Tyto děti velmi často agresivně reagují na pocity a situace, které jsou spojené s představou ohrožení. Proč je to třeba ponížení? Je totiž spojené s tím, že budu horší než spolužák, někdo mi vynadá, někdo mě zesměšní. Spouštěčem obranné reakce, ať už jde o disociaci nebo agresivní útok, je vědomí, že my, když jakoby nemáme žádnou hodnotu, vyvolá to v nás nevědomou fantazii, že jsme vystaveni v podstatě jakémukoliv nebezpečí, protože na nás nezáleží. Chci zdůraznit, že se jedná o nevědomé procesy. Popisuje je například psychoanalytika a neuropsycholog Mark Solms. Neurovědci se shodnou na tom, že si najednou můžeme uvědomovat jenom sedm věcí. Všechno další, co se děje v naší hlavě, včetně představ, vzpomínek, pocitů, tužeb, strachů... všechno je nevědomé.

Je třeba si uvědomit, že v paranoidně schizoidní pozici není žádná sebereflexe a všechno je buď zlé, nebo dobré. To znamená, že k dalším lidem, k objektům, se tyto děti vztahují podle černobílé kategorizace. Buď mají velký strach a považují toho druhého člověka za hrozbu nebo si ho idealizují. Podobně vnímají i sebe. Mají se často ideálně, jsou manické, euforické a jindy padnou do pocitu deprese, znehodnocení. Samozřejmě to souvisí s jejich pocitem vlastní hodnoty.

V terapii se snažíme, aby děti v nových vztazích dosáhly tzv. depresivní, reparativní pozice, aby dokázaly přemýšlet a vztahovaly se ambivalentně k objektům, aby neštěpily mezi dobrý a špatný, ale si byly schopné říct, třeba že máma a táta jsou dobří i špatní zároveň. A také že ono samo je také dobré i špatné a je třeba o tom přemýšlet.

Pocity dětí se vztahovým traumatem jsou nevědomé. Často je to strach, zuřivost – tedy útok, panika a stud, který souvisí s pocitem ohrožení. Navenek ale vypadají jako hněv, nenávisť, závist, úzkost, pocit ohrožení, opuštěnost, samota, ponížení. Jsou to vesměs negativní věci, které jsou evolučně důležité proto, abychom si zvýšili svoje bezpečí. Naopak děti s bezpečnou vztahovou vazbou zažívají často zvědavost, pocit, že je o ně pečováno a mají radost ze hry. (Zatímco děti s dezorganizovanou vztahovou vazbou si často nedokážou jenom tak hrát.) Ty vědomé pocity, které tomu odpovídají, jsou: láska, bezpečí, radost, veselost, touha poznávat, entusiasmus. Toto si můžeme zkusit odvodit u svých dětí, když víme, jakou asi měly tu zvnitřnělou vztahovou vazbu.

Cíle psychoterapie dětí se vztahovým traumatem

Věnuji se psychoanalyticky orientované terapii a vždycky mi jde o vztah s dítětem – jak se ono cítí se mnou a já s ním a jak tuto zkušenost můžeme odehrávat ve fantazii, ve hře v rámci našeho vztahu, jak můžeme z toho odehrávání přejít do mentalizování. Tedy přemýšlení o tom, jaký jsem, co mi chybí, jaké pocity prožívám a co s tím souvisí. Nejlepší terapií je vztah, a pokud tyto děti mají opakovanou zkušenost, že pěstoun, adoptivní rodič je víc dobrý než špatný, je to v pořádku. Určitě by to nemělo být tak, že bychom měli jako náhradní rodiče být jenom dobří a idealizovat se a idealizovat dítě. Selhávání patří do vztahu, ale dobrého musí být víc než špatného. Je to těžký úkol a potřebuje velkou emoční kapacitu. Často se v terapii setkávám s náhradními rodiči, kteří to podcenili, dostatečnou kapacitu nemají, protože se starají o další děti a na to nejvíc traumatizované se jim nedostává sil. Je třeba, aby náhradní rodiče věděli, do čeho jdou, aby pak měli dost sil.

To, co dává základ bezpečné vztahové vazby, je regulace úzkosti, tedy stresu. To znamená, že dokážu dítě uklidnit, neodehraju tu agresi, kterou do mě promítá, tím, že budu také agresivní, že mu ublížím. Místo toho to v sobě zpracuji tak, že tu jeho agresi v sobě budu moci bezpečným způsobem tzv. kontejnovat. Je důležité, abychom se k dětem v terapii a péči vztahovali jako k subjektu prožívání, ne jako k objektu manipulace. Každé dítě něco prožívá, na něco myslí a neví, co prožívá a na co myslí. A my mu to můžeme v rámci vztahu pomoci pochopit.

Na závěr trošku vtipný nákres, jak fungují děti, které jsou rozštěpené mezi dobro a zlo.
Dítě se vztahovým traumatem – dezorganizovaná vztahová vazba



Vidíme, že pokud u nich převládá úzkost, navenek jsou impulsivní, agresivní. To je to, co je na povrchu, s čím se rodiče nejvíc potýkají a dávají se na to různé diagnózy a medikace. Na té nevědomé úrovni jsou fantazie o tom, že mě někdo nemá rád, že je někdo lepší než já a úplně to základní patro je ta existenční úzkost, strach o sebe, že přestanu existovat. Naopak ty samé děti mohou štěpit a prožívat jenom lásku, být jenom hodné, jenom vyjadřují laskavost. Takovému ideálu rodiče často podlehnou, ale ta směs: nenávisť, láska, úzkost je tam vždycky. S tím, že to dobré potřebuje převažovat. Jinak to dítě, které je zrovna hodné, nemůže přemýšlet o tom dítěti, které zlobí.



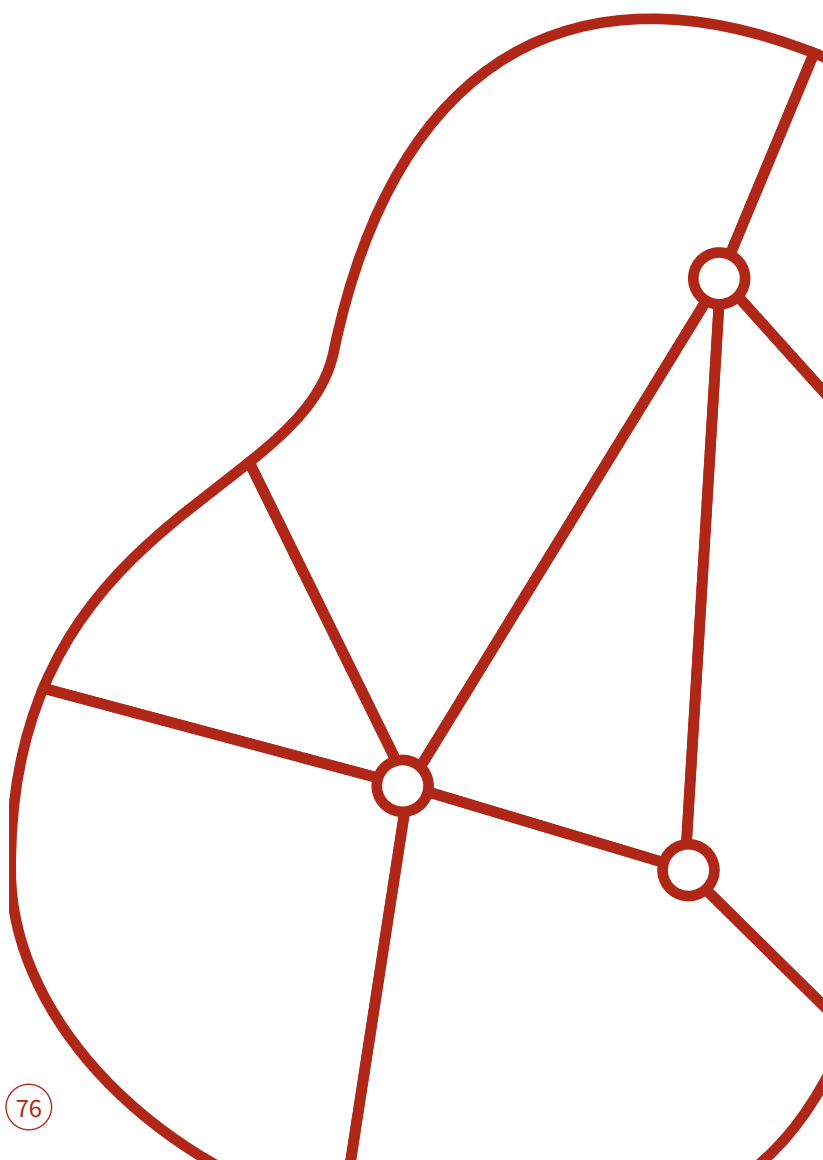
Přepis prezentace z konference *Dítě v pěstounské péči a trauma*,
 21. – 22. dubna 2021 | Online
 Se souhlasem autora

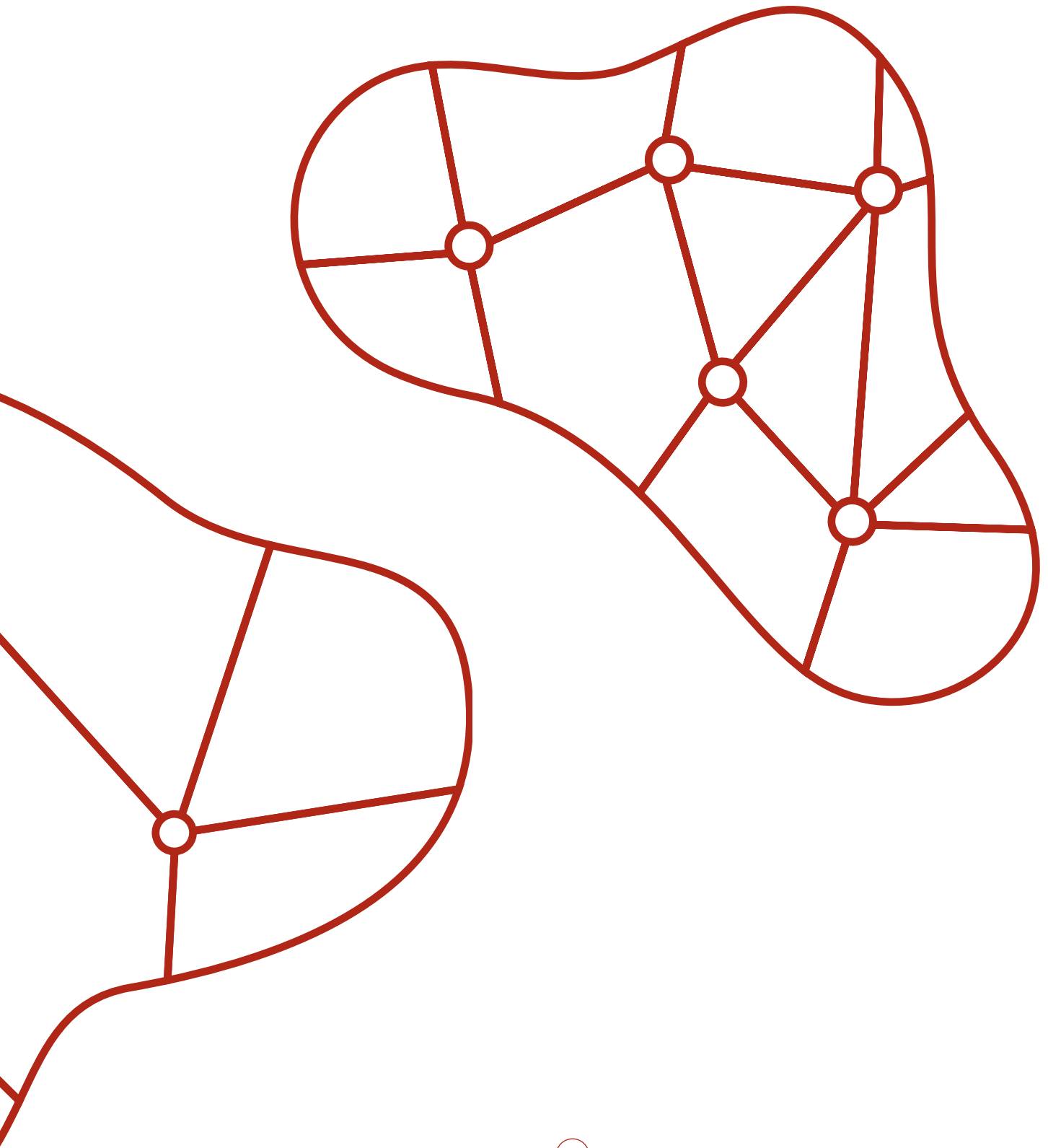


MUDr. Peter Pöthe / Česká republika

Psychoanalyticky orientovaný psychiatr a psychoterapeut pro děti a dospívající, v roce 1995 spoluzaložil Linku bezpečí, 21 let pracuje v privátní praxi v Praze, přednáší pro odbornou a laickou veřejnost, založil „Institut pro psychoterapii dětí a rodičů“ v jehož rámci organizuje a vede výcviky v psychoterapii dětí v ČR a v SR, publikuje odborné a publicistické články na téma psychické traumatizace a ochrany dětí, napsal čtyři monografie, v roce mu 2020 vyšla „Sila nevysloveného“, a třetí vydání Emoční poruchy v dětství a dospívání. Angažuje se v pomoci uprchlíků a vyloučených menšin.

🌐 www.dr-pothe.com







Jak posílit vztahové dovednosti u dětí s nejistou vazbou v dětských domovech a v pěstounské péči

Tomasz Polkowski

Rád bych se v následujícím textu zamyslel, zda a jakým způsobem je možné v rámci institucionální péče v dětských domovech pracovat s dětmi, které si prošly traumatem.

Podmínky v dětských domovech se neustále zlepšují. Můžeme proto automaticky předpokládat, že se v nich bude s traumatizovanými dětmi pracovat správným způsobem? Rovněž se zamýšlím, jakou alternativu vůči dětským domovům představuje pro traumatizované děti pěstounská péče a jakým směrem by se mělo zaměřit naše úsilí v této oblasti.¹

Děti potřebují pro správný vývoj alespoň jednoho trvalého pečovatele, se kterým naváží bezpečnou vazbu. Tato vazba je podmínkou pro rozvoj v ostatních oblastech. Vzniká kontinuálním uspokojováním potřeb pečovatelem, nejčastěji matkou či otcem. Pokud se jim to daří, může dítě později navazovat další vztahy. Když se to nestane nebo není vazba bezpečná, je vytvoření této schopnosti základním úkolem dalších pečovatelů, kteří péči o dítě přeberou.²

Nestálé a nekontinuální uspokojování potřeb vede ke vzniku nejistých vazeb, které mají významné důsledky pro další vývoj dítěte. Pokud je dítě odděleno od biologických rodičů, emoční deprivace a traumatické zážitky mohou mít vliv na téměř každou oblast rozvoje: emoční, intelektuální, společenskou atd. V takovém případě lze hovořit o traumatických předpokladech, což jsou obranné mechanismy, které dítě utvrzují v postoji bojů nebo úteků, případně vedou k tzv. zamrznutí. Tyto postoje si děti pak často trénují na lidech, kteří se jich ujmou. Pokud na nestálé uspokojování potřeb dítě narazí v instituci nebo u pěstounů, jeho problémy budou narůstat, budou čím dál viditelnější a budou mít větší vliv na jeho vývoj.³

¹ Základní otázky

- Je vůbec možné posílit nebo obnovit schopnost dítěte navazovat vztahy v institucionální péči?
- Je to možné v pěstounské péči?
- Jaké schopnosti a zdroje by měli pěstouni mít, aby obnovili schopnost navazovat vztahy u dětí s nejistou vazbou?

² Základní předpoklady

- Dítě potřebuje jednoho člověka, ke kterému si vytvoří vazbu, aby se mohlo všestranně vyvíjet.
- Optimální pro rozvoj dítěte je bezpečná vazba, která vyžaduje stabilní uspokojování potřeb primárním pečovatelem, později i dalšími pečujícími osobami.

Nabízí se otázka, kdo jsou lidé pečující o tyto děti. V současném Polsku převažuje trend výstavby malých dětských domovů, avšak zároveň rostou hlasy pro jejich omezení. Spolu s tím se vytváří koncepce fungování pěstounských rodin, ovšem často jen pro účely dobře vypadajících statistik.⁴

Dětské domovy

Dětem v dětských domovech a pěstounských rodinách je třeba zajistit emoční a fyzické bezpečí.⁵ I v malém dětském domově je však takový úkol těžko splnitelný, protože je toto prostředí charakteristické skupinovou formou výchovy. V Polsku máme domovy se čtrnáctičlennými skupinami, což je stále poměrně dost. O děti zde pečují sedm nebo osm vychovatelů, každý z nich je jiný a jinak reaguje na chování dětí. Pracovat na potenciálně pozitivních vztazích srovnatelných s biologickou rodinou je v takto velké instituci téměř nemožné, protože to například předpokládá organizačně velmi náročnou spolupráci s lokálními sociálními službami. Děti potřebují klid, osobní přístup a stabilní prostředí, kterého nelze docílit metodou střídání vychovatelů.

Netvrdím, že v některých domovech nejsou vychovatelé, kteří by neuspokojili individuální potřeby dítěte. Existují příklady naprostých perel a hvězd, ale zároveň platí, že ve skupinovém prostředí hvězdy rychle vyhoří, přestože stihnou zajistit určitý vývoj několika dětem. Předpokládá se sice, že malé dětské domovy, které v Polsku a Česku ještě donedávna vznikaly, jsou lepší než velké, ale nejsou pro to ve skutečnosti žádná relevantní data.

³ Základní předpoklady

- Nestabilní a nesprávné uspokojování potřeb vede k nejisté vazbě a má své vývojové důsledky.
- V případě dětí oddělených od svých biologických rodin mají emoční deprivace a traumatické zkušenosti vliv na celkový emoční stav a vývoj dítěte.

⁴ Podmínky pro stabilní vývoj dětí v alternativní péči

- emoční a fyzické bezpečí
- individuální uspokojování vývojových potřeb
- stabilní vztah s jedním dospělým člověkem
- obnovení potenciálně dobrých vztahů s významnými členy rodiny
- tvoření alternativní vztahové vazby s pěstouny nebo pečovateli
- přijetí
- empatie

Nejdůležitější cíle alternativní péče

- Zajištění podmínek pro emoční a fyzické bezpečí
- Obnovení schopností navazovat bezpečné vazby
- Tvoření nových příkladů pozitivních vztahů s dospělým

⁵ Teoretické podmínky pro obnovení schopnosti vytvářet bezpečnou vazbu v dětských domovech

- Zaměstnání stabilní skupiny vychovatelů

Dnes máme v Polsku okolo 17 000 dětí v domovech, z nichž je řada nově postavených a bohatě vybavených.⁶ Máme také 32 000 dětí v dalších institucích, které jsou zaměřené terapeuticky či na děti s nejrůznějšími poruchami. Dále pak máme také 1300 krásně vybavených dětských domovů s malými skupinami dětí (do čtrnácti dětí ve skupině), ale nepracuje se tam s původní rodinou. Výsledky jsou takové, že děti žijí celou dobu v institucích, průměrně 3,7 let (toto číslo je malé pouze zdánlivě, protože se do něj započítají i krátkodobé intervenční pobyty). U dětí tím zanikají zbytky jejich schopností navazovat vztahy a netvoří si silné vazby s vychovateli, protože je jich příliš mnoho a často se střídají. Ve výsledku se chování dětí dále dezintegruje a utvrzují se traumatické modely chování a obranné mechanismy.⁷

V ideálním případě potřebujeme instituci, kde je absolutní prioritou osobní péče, takže by zde nebyly skupinové výlety, ale individuální výlety. Ne skupinový čas, ale individuální čas. Museli bychom zaměstnat značné množství vychovatelů, na což by pravděpodobně žádná místní samospráva nepřistoupila. Stabilní skupinu vychovatelů je navíc náročné sestavit, protože v dětských domovech pracují převážně ženy, které mají právo na svůj osobní život a často mají vlastní děti. Pokud si s nimi děti v domově vytvoří základy pro stabilní vztah a tyto ženy odejdou, děti znovu ztrácejí pečovatele.

Když se teď v Polsku při plánování strategie do roku 2035 zamýšlíme, jak by měly tyto instituce vypadat, ptáme se, zda jsou vůbec potřeba. I když jsem byl iniciátorem polského hnutí za vznikání těchto domovů, se všemi zkušenostmi, které jsem nasbíral od devadesátých let, se dnes hlásím k radikálnímu stanovisku.⁸ Myslím, že dětské domovy nejsou potřeba a měly by se zavřít. Případně pokud je zachovat, tak pouze jako specializovaná místa, kde bude zajištěna individualizovaná, časově omezená terapie, která je založena

⁶ Je to vůbec možné?

- Téměř 17 000 dětí a adolescentů v Polsku žijí v typických dětských domovech, z nichž 3 500 nedovršilo deseti let.
- Je zde asi 1 300 domovů – obvykle každý se skupinou čtrnácti dětí.
- Individuální práce je pouze teoretická
- Není žádná spolupráce s rodinou
- Chybí individuální terapie

⁷ Výsledky?

- Děti žijí v institucích roky (průměrně 3,7 let)
- Jejich vztahy uvádají
- Jejich vztahové vzorce zanikají
- Trpí poruchami emocí a chování
- Skupinová filozofie je důležitější než osobní potřeby

⁸ Budoucnost institucí

- Návrh Polské strategie deinstitucionalizace do roku 2035
- Zavřít všechny typické formy dětských domovů
- Některé instituce převést na centra pro rodinu – s podporou lokálních komunit
- Umístění do institucí pouze pro starší adolescenty na omezenou dobu

na dočasném zamezení kontaktu dítěte se zdrojem problému. Vychovatelé by museli být vzorem, modelovým příkladem, museli by být hraví, a ne vážní a přísní, zvědaví a komunikativní a schopní rozpoznat v chování dítěte jeho potřeby. Museli by rovněž být emočně stabilní a mít vlastní stabilní život. Dětský domov jako místo dočasného pobytu by měl smysl, pokud by byl každý vychovatel individuálně zodpovědný za konkrétní děti, věděl, proč tam to které dítě je, které kompetence u dítěte posilovat, a dokázal by pracovat s jeho původní rodinou.⁹ Podle mě by dávalo smysl, kdyby v domově bydlela celá rodina, která potřebuje terapii, abychom neoddělovali děti od rodičů. Další možností by mohly být domovy pro náctileté, jejichž terapie vyžaduje dvacetičtyřhodinovou léčbu, avšak jen ve velmi výjimečných situacích.

Pěstounské rodiny

V pěstounské rodině zase závisí emoční bezpečí na přípravě a podpoře pěstounské rodiny, ale i na tom, zda rodina sama disponuje potřebnými formami bezpečných vztahových vazeb. Jinými slovy záleží, zda má pěstounská rodina zpracovaná vlastní traumata. Navíc mohou mít pěstouni vůči biologickými rodičům pocit určité konkurence či hněvu, že zanedbali péči o své dítě. Pěstounské rodiny musí s dítětem navázat alternativní vztah. Jak jsem již uvedl, jde o velmi složitý požadavek, protože předpokládá schopnost porozumět chování, které vychází z traumatických přesvědčení a očekávání. Vyžaduje plně přijmout dítě navzdory jeho složitému chování a rozpoznat na základě tohoto chování potřeby dítěte. Zde je nutná komplexní příprava pěstounských rodin, kterou však stávající programy pro pěstouny (např. program PRIDE) neposkytují. Například se nezaměřují na to, jak pracovat s traumatem a jak správně rozumět náročnému chování dětí, které putují do pěstounských rodin. Až 23 % pěstounských rodin zaniká a děti opět ztrácejí dospělé, kterým už začaly důvěřovat.

V Polsku máme 50 000 dětí v pěstounské péči a 15 000 dětí v nepříbuzných rodinách. Některé z rodin nabízí dětem stabilní pozitivní vztah, přijetí bez ohledu na to, jaké dítě je, a budování alternativních vztahů s dítětem.¹⁰ Tyto rodiny však nejsou zakotveny systematicky, ale vyplývají z individuálních kompetencí konkrétních lidí. Existuje celý seznam kompetencí, které je důležité pěstovat v lidech, kteří se starají o cizí děti: například optimismus, schopnost podněcovat plánování a dosahování snů, ale i schopnost rozloučit se s dítětem, pokud se má vrátit do své původní rodiny. Takovou realitu je ovšem velmi náročné nastolit.¹¹

⁹ Uspokojení individuálních potřeb v dětských domovech je možné pouze na základě výjimečných osobností mezi vychovateli

- Všeobecně tento experiment selhal
- Nadřazenost dětských domovů nad většími sirotčinci je pouhá iluze

¹⁰ V pěstounských rodinách je v Polsku umístěno okolo 5 000 dětí a adolescentů.

- 3 500 z nich je umístěno v nepříbuzných rodinách
- Pěstouni jsou považováni za náhradu dětských domovů
- Obvykle jsou tam děti umístěny delší dobu a svou prací připomínají prostředí biologické rodiny
- Některé z pěstounských rodin vytváří alternativní pouto při péči o děti

Ve výzkumu Visegrádského fondu, ve kterém jsme se ptali pěstounů, jak vnímají svou roli, se jich většina viděla jako náhradní matka a otec.¹² Pro 52 % bylo důležité, aby mělo dítě dobré chování, dařilo se mu ve škole a rozvíjelo se edukačně a zdravotně. Co jsme opravdu nečekali, když jsme analyzovali výsledky tohoto výzkumu, bylo, že jenom pro 48 % pěstounů bylo důležité utvořit si s dítětem dobrý vztah. V pěstounských rodinách se často objevuje tendence k tzv. přílišné diagnostice dětí, přílišné zaměření na jednotlivosti v chování, uraženosti vůči dětem, soupeření s biologickými rodinami či vnímání dětí jako by byly vlastní. Chybí naopak kontinuální řešení a dlouhodobé plánování budoucnosti pro tyto děti.¹³

Závěr

Co z toho plyne? Pokud bychom uvažovali o reformě, nesmíme se zastavit na debatě, zda je lepší pěstounství, dětské domovy nebo biologická rodina. Spíše bychom se měli zaměřit na hledání lidí, kteří jsou schopní pečovat o děti a podporovat biologickou rodinu, a pokud ne, tak alespoň lidí, kteří jsou schopní milovat děti takové, jaké jsou. To znamená milovat je i s jejich omezeními, a i když je to náročné, akceptovat a pochopit, co si s sebou takové dítě nese. Potřebujeme lidi, kteří budou směřovat k určitému cíli a nebudou s dětmi pouze žít. Musíme k tomu mít určité nástroje, což zahrnuje nenálepkování dítěte, ale schopnost vidět ho v kontextu všech jeho kompetencí, zdrojů a důležitých osob.

¹¹ Kompetence pěstounů

Pokud cílem pěstounů zůstává znovuvytvoření dětské schopnosti navázat vztahy, měli by pěstouni disponovat následujícími kompetencemi:

- chápat důležitost tvoření vztahu pro vývoj dítěte
- schopnost navazovat vztahy
- schopnost „číst“ chování jako projev potřeb
- schopnost motivovat, hrát si, být příkladem, pozitivní komunikace
- přijímání dítěte
- hravost, optimismus, schopnost motivovat
- pozitivní hodnoty
- být schopen spolupráce s členy biologické rodiny
- být osobnostním „vzorem“
- být schopen se rozloučit s dítětem

¹²Podle výsledků výzkumu „Budoucnost pěstounské péče“ z roku 2017 (Projekt Visegrádského Fondu):

- 60% pěstounů vnímá svou roli jako „zástupná matka/otec“
- Pro 78% je cílem zdravý vývoj
- Vytvořit si vztah s dítětem je důležitý pro 48%
- Navrácení dítěte do biologické rodiny je důležité pro 41% pěstounů
- 23% pěstounských rodin zanikne

¹³Zaznamenáváme mnohé problémy pěstounských rodin

- Zaměření na chování a školní výsledky
- Tendence k přílišnému lpění na diagnóze
- Soutěžení s biologickou rodinou
- Vnímání dítěte jako vlastního
- Chybí plánování budoucnosti dítěte
- Chybí snaha pochopit dětské potřeby

Nejdůležitější a první prioritou by měla vždy být pomoc biologické rodině. Teprve když zde není perspektiva, dalším krokem je nalezení člověka, který zajistí alternativní vztahy. Důležitá přitom není forma, ale člověk.¹⁴ Přestože existuje tendence ke zřizování domovů a dalších míst poskytujících dětem systematickou péči a terapii, myslím, že bychom tuto péči měli směřovat spíše na rodiny. Neměli bychom oddělovat děti od rodin v domnění, že jim tím zajistíme to nejlepší.

*Přepis prezentace z konference Dítě v pěstounské péči a trauma,
21. – 22. dubna 2021 | Online
Se souhlasem autora*

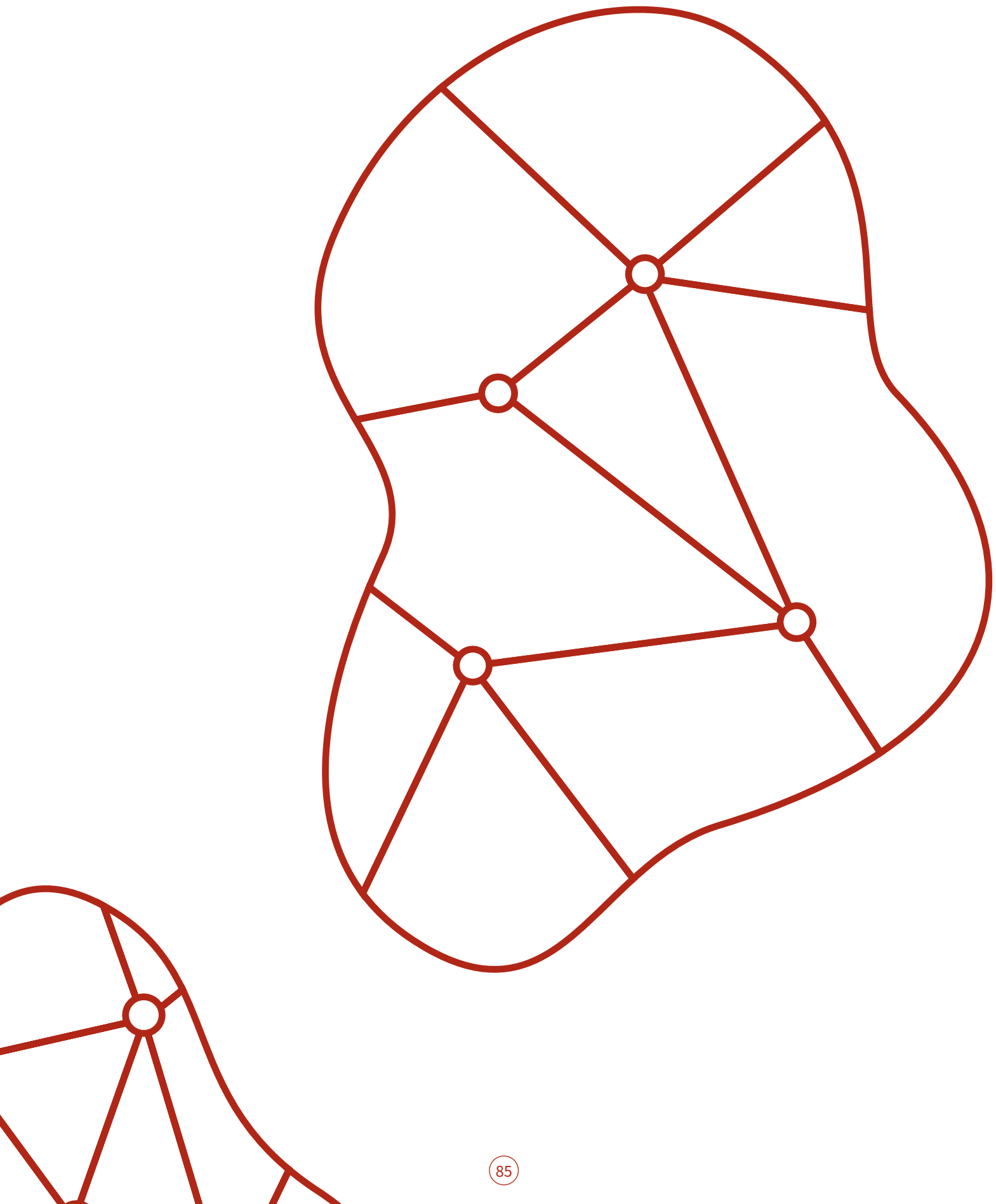
¹⁴ Reforma by se měla zaměřit na hledání pěstounů schopných vazby a připravených věnovat svůj život dítěti, schopných věnovat se jejich individuálním potřebám v kontextu jejich biologických rodin




Tomasz Polkowski / Fundacja Dziecko i Rodzina Warszawa / Polsko

Lektor, autor a spoluautor metodik organizačních schémat a vzdělávacích programů pro pěstounské a sociální pracovníky, pro pečovatele a případové pracovníky. Poskytuje vzdělávání a konzultace v Polsku, Gruzii, Litvě a dalších zemích střední a východní Evropy. Je autorem několika učebnic v oblasti podpory rodiny a dítěte. Účastnil se řady deinstitutionalizačních programů jak na místní, tak na národní úrovni.

✉ fdir@wp.pl







Zaměřeno na příběh

Terapeutická práce se životním příběhem u traumatizovaných dětí a mládeže

Richard Rose

Děkuji za tu čest, že jsem byl pozván, abych vám řekl něco o Terapeutické práci se životním příběhem.

Je to metoda, kterou ve Velké Británii používáme jak u mladých lidí, tak u dospělých, kteří se potýkají se svou minulostí, aby si vyjasnili svoji současnou situaci a abychom jim pomohli zaměřit se na budoucnost. Podstatou přístupu je zamyslet se nad tím, co se člověku v minulosti stalo, co ho v životě potkalo, a jak tyto události u některých lidí definují jejich současnost. Nejlepší způsob, jak vysvětlit tento přístup je, připomenout citát, který nepochází ani od psychologa ani od psychiatra, ale od autora hororů. Jmenuje se Stephen King. Ve své knize Osvícení Stephen King napsal: „Pravdou je, že démoni jsou skuteční a přízraky jsou také skutečné. Žijí v nás a někdy vyhrávají.“

Platí to u mnoha mladých lidí i dospělých, s nimiž pracuji. Přemítají nad tím, co je potkalo ve světě, který jim nedává smysl. Zažili trauma, toto trauma je ovládlo a žije v nich. A někdy z nějakého důvodu mohou jejich traumata definovat také jejich současné chování. Mnozí z nich se chovají velmi provokativně, mají velmi kontroverzní životní postoje, vyhledávají příležitosti, kdy mohou jednat způsobem, který nemusí být zrovna bezpečný. Zároveň nám jako pěstounům nebo lidem, kteří pracujeme s těmito mladými, v určitých ohledech nedává jejich svět smysl.

Součástí mého úkolu (jako terapeuta) je, pochopit svět dítěte, se kterým pracuji. V současné době pracuji s dvanácti mladými lidmi z různých částí Velké Británie a pořádáme také semináře, kde naši metodu vyučujeme. O terapeutické práci s životním příběhem také existuje několik knih. Jsem si jistý, že když vyhledáte TLSWI nebo moje jméno, dozvíte se o tom víc. Ve svém velmi krátkém vystoupení bych se chtěl věnovat terapeutické práci s životním příběhem s démony a přízraky (přízraky = to, co nás děsí, naše „kostlivci ve skříni“; démoni = jak na to reagujeme).

O démonech

Chci vás požádat, abyste se během této prezentace jen na chvíli a jen pro sebe zamysleli nad tím, co to démon je. Máte-li po ruce tužku, třeba si nějakého démona nakreslete. Ten

váš démon bude asi trochu strašidelný, možná bude mít velké oči, spousty ostnů atd. Až budete kreslit svého démona, můžete přemýšlet, co je to démon, co démon znamená pro vás, a kterými třemi výrazy byste mohli svého démona popsat. Mohli byste třeba říct, že je obrovský, zuřivý, nebo že se s ním cítíte v bezpečí.

Až dokreslíte a až se zamyslíte nad tím, co to podle vás démon je nebo co si myslíte, že by démon mohl být, položte si otázku: Kolik z nás má v sobě takového démona? Kolik z nás má v sobě něco, co se někdy vynoří, když to nejméně chceme nebo nejméně očekáváme? Třeba se na někoho rozkřičíme nebo použijeme hrubé slovo a okamžitě toho litujeme, anebo je to tehdy, když nám „ujedou nervy“ nebo se rozčílíme. Říkáme tomu, že člověk ztratí vnitřní kontrolu. Co se stává v okamžiku, kdy ztrácíme pocit bezpečí? U mnohých z nás se spustí něco, co nás ochrání, co nám bude držet lidi od těla. To je ten okamžik, kdy získáváme kontrolu zpět.

Jezdím po celém světě a jako většina z vás mám zkušenosti s agresivním chováním za volantem. Agrese na silnici je zajímavá situace. Když jedeme v autě a nějaký řidič udělá něco nečekaného, na chvíli se necítíme v bezpečí. To nás rozzlobí, ztratíme vnitřní pocit, že věci jsou pod kontrolou. Ve snaze ji znovu získat, začneme na toho řidiče křičet, nadávat mu a gestikulovat na něj. I když už je pryč, my přesto pokračujeme, aby se nám vrátil pocit vlastního já, které řídí situaci. Jaký je to v tuhle chvíli pocit? Děsí vás váš démon nebo vám váš démon pomáhá? Spousta mých mladých lidí bohužel ty demony v sobě má, a tito démoni jim pomáhají, aby získali zpět sebekontrolu poté, co ji ztratili. A když je to mladý člověk, který je hodně nedůvěřivý, tak může mít pocit, že svět kolem je pro něj nebezpečný a že musí mít velmi sofistikované demony, velmi chytré demony, velmi mocné demony.

O přízracích

Přízraky jsou věci, které si v sobě všichni nosíme. Jsou to mnohdy věci, které se nám staly, ať už dobré nebo špatné, o kterých často přemýšlíme, nebo nám někdy vytanou, aniž bychom tomu mohli zabránit. Síla těchto přízraků a zážitků často spouští reakci v chování nebo nějakou jinou odezvu.

Když se zamyslíme nad pojmem traumatu, vzpomeneme si, že trauma má spoustu definic. Ale co je to vlastně trauma ve smyslu individuálního prožitku? Myslím, že klíčem je právě subjektivita prožívání. Trauma nemusí být nutně událost, která se stala. Trauma nemusí být nutně to, že jsme něčeho svědkem nebo zážitek, který v nás vyvolává strach. Trauma je to, co se stane potom, co v nás zůstává, to, co si nosíme v sobě. To znamená, že naše trauma je pro každého z nás vždy něco jedinečného. Ani jeden z nás, i když zažijeme stejnou traumatizující událost, na ni nebudeme reagovat stejně, nebude pro nás mít stejné důsledky. A podle toho, co se děje kolem nás, se může stát, že budeme reagovat na vzpomínku jako na trauma, na přízrak, který nás děsí. Máme-li strach, ztratíme svoji vnitřní kontrolu. Pak potřebujeme (své) demony, abychom se mohli cítit v bezpečí. Tak je to u mnoha traumatizovaných mladých lidí. Setkáváme se s dětmi, které nosí trauma v sobě. Jejich traumata se mohou někdy projevit velmi, velmi dominantně a jindy jsou zase velmi utlumena.

Práce s životním příběhem

Nikdo z nás, kteří pracujeme s dětmi, za děti nerozhodujeme. S dospělými pracujeme obdobným způsobem. Ani jeden z nás nepracuje s démony, ale většina z nás pracuje s mladými lidmi nebo dospělými, kteří prožili příšerné věci. V terapeutické práci s životním příběhem se snažíme pomáhat lidem, aby přemýšleli nad svým příběhem, nad těmi traumatickými událostmi, nad tím, jak (v současnosti) reagují. Aby se nenechali svou minulostí ovládat, ale aby ji naopak sami dokázali zkrotit. Nechceme, aby děti neměly schopnost se zlobit, nechceme, aby děti ztratily schopnost si pamatovat, ale chceme, aby dokázaly tyto věci zkrotit.

Když hovoříme o chování, shodujeme se s Danilem J. Siegelem, že pokud dokážeme pojmenovat své chování, dokážeme-li pojmenovat pocit, který cítíme, nemusíme se nutně chovat tak, jak to s tím pocitem souvisí. A v našem oboru pracujeme se stejnou zásadou, která praví, že pokud dokážeme pochopit, co se nám stalo, pak to, co se nám stalo, nebude mít tu moc, jakou kdysi mělo. Zamysleme se nad tímto přístupem, je to pravděpodobně nejlepší způsob, jak jej vysvětlit, a také způsob, který by vám mohl pomoci.

U mladého člověka, se kterým v současné době pracujeme, staráme se o něj nebo s ním třeba trávíme nějaký čas, přemýšlíme o tom, jaké chování a jaké emoce u něj vidíme. To je zvláště užitečné pro pečovatele. A znovu se zabýváme otázkou péče o zraněného mladého člověka. S jakým typem chování se tady setkáváme? Nemusí to být nutně vždycky jen špatné chování, možná to bude dobré chování nebo nesourodá kombinace. Může to být například dominantní, neohleduplné, sexualizované chování nebo osamělé, pošetilé, smutné. Může to být noční pomočování, problémy se vzdorovitostí nebo poddajností. Mohly by zde být problémy s krádežemi nebo lhaním. Všechny tyto vlastnosti vepíšeme na listy (našeho terapeutického stromu). (viz Obr. č. 1)



Obr. č. 1

Pak se podíváme na tyto listy a zamyslíme se nad tím, co z toho zapsaného pozorujeme u mladého člověka, se kterým pracujeme? Obrátil bych se i na pěstouna dítěte a zeptal se ho, co u něj v každodenním kontaktu pozoruje.

Snažíme se dobrat emocí, zajímají nás city. Pokud je začneme chápat jako sdělení (velmi slavná autorka textů o traumatu Beverly Jamesová v 80. letech minulého století razila úsloví, že „veškeré chování je komunikace“), tak co nám ten mladý člověk chce sdělit? Co se nám snaží říct?

Můžeme tedy vzít v úvahu zápisy na listech, a pak se zamyslet nad tím, jaké kořeny dítě v minulosti ovlivnily, čím si prošlo v raném věku? Jsem si jistý, že právě to je důvod, proč tady dnes všichni jsme. Kvůli tomu zásadnímu pochopení cesty (dítěte) v prenatálním období a v prvních třech letech života, která formuje rozvoj neuronových sítí, jak o tom hovoří Bruce Perry. Ale také kvůli prvním osmnácti měsícům života, ke kterým se vážou pojmy attachment a vnitřní pracovní model. Do jaké míry chápeme, čím náš mladý člověk, pečovatel nebo dospělý, se kterým pracujeme, prošli? Např. co víme o předchozí rodičovské péči, bylo tam sexuální zneužívání, nejistota nebo odloučení a ztráta? Mohla tam být špatná výchovná péče, možná tam bylo závadné prostředí, vyskytly se drogy nebo alkohol, zanedbávání, domácí násilí... Všechny tyto zkušenosti formují mladého člověka, který si v rámci těchto zkušeností buduje svůj svět. A my jeho vývoj mapujeme včetně zážitků z velmi raného věku, které se po určitou dobu projevují a ozývají.

Když je nakreslíme jako strom a k vrcholům kořenů dokreslíme zemi, která je (viz Obr. č. 1) zeleně, říkáme tím, že mnohé z těch dřívějších událostí jsou už jakoby zapomenuté, jsou skryté, jsou minulostí. Mnoho lidí říká, abychom se nestarali o minulost a zabývali se raději budoucností. Ale v naší práci musíme mít minulost na paměti.

Pokud si představíte na tomto poněkud podivném obrázku (je to skutečný obrázek jednoho mladého klienta), že ty kořeny jsou naše minulost a formovaly naše životní zkušenosti, pak se musíme s nimi snažit vyjít. Kde jsou kořeny, tam sídlí přízraky (viz Obr. č. 1): jsou to věci, které se tomu mladému člověku staly. Nejsou možná řešeny a nemusí nutně dávat smysl. (Je tam např.): Proč se stalo, že se moje matka a otec navzájem nenáviděli? Proč mně ubližovali? Proč mi dělali věci, kvůli kterým se necítím v bezpečí?

Až to pochopíme, tak uvidíme, že díky tomu, že přízraky přežívají, si děti musely vyvíjet strategie, jak být v bezpečí. Proto nahoře máme demony. Zde máme příležitost porozumět (otázkám): Co dělám, abych byl v bezpečí? Pokud je minulost pro dítě stále velmi relevantní, posiluje veškeré chování, aby bylo dosaženo jediného: chránit se a zajistit uspokojení svých potřeb.

Takto pracujeme i s pečovateli, abychom pochopili, jak pečovatel vidí dotyčného mladého člověka. A obdobně postupujeme ve školách, kde se děti potýkají s problémy, abychom pomohli školám i pečovatelům pochopit, co se konkrétní dítě snaží vyjádřit. Co nám ukazuje? Co vidíme v jeho chování?

Tady se dostáváme k tomu, co nazýváme psychodynamická teorie. Co se pod tím skrývá? Podíváme se na výzkum Stansburyho a kol. v Millennium, který vycházel ze skutečnosti, že děti, které jsou vystaveny stresujícímu prostředí, musí v takovém prostředí nějak přežít. Otázka zněla: jak to dokážou? (V rámci výzkumu) bylo konstatováno, že děti si vytvářejí copingové strategie, strategie zvládnutí situací, kterým já říkám obranné mechanismy. Jejich výsledkem, pokud fungují, je chování, na které se následně (děti) mohou spolehnout, kdykoli mají pocit, že jejich potřeby nejsou naplňovány.

Takové chování a tento typ strategií jsou pro naše mladé lidi opravdu důležité, protože pro ně a jenom pro ně plní svou (ochrannou) funkci. Bez ohledu na to, co se při takovém chování stane, oni sami mají pocit bezpečí. (Uvedu další příklad ze sezení s holčičkou, které je devět let. Mluvili jsme spolu o tom, jak je pro ni důležité, aby se cítila bezpečně.) A ona mi napsala: „Je pro mě důležité cítit se v bezpečí a vědět, že bych byla chráněna, kdyby to bylo třeba. Když se rozzlobím a na někoho zaútočím, je to proto, že se necítím bezpečně.“

To, co mi při našem setkání ve skutečnosti sdělila bylo, že když je v rodině nebo ve škole nebo kdekoli jinde, kde se necítí vždy v bezpečí, pojišťuje se tím, že si testuje lidi, aby zjistila, jestli ji mohou ochránit. A když ví, že mohou, je v klidu. Když se ale necítí v bezpečí, stane se z ní lvice nebo rozrušené zvíře. Proto jí říkají zuřivá Lily. Takže tady máme mladého člověka, který mi říká velmi jasně, že pokud se necítí v pohodě, musí si otestovat, jestli je všechno, jak má být. Chová se tedy tak, že se snaží vyvolat reakci u osoby, která je pro ni autoritou. Pokud ta osoba prokáže, že je schopna zaručit bezpečí, že se nenechá rozhodit, i Lily získá ten pocit bezpečí. Pokud se ale s nimi bude cítit v nebezpečí, musí se z té situace dostat (prýč nebo zaútočit). A tady se ocitá většina mladých lidí, se kterými vy i já budeme pravděpodobně pracovat.

Jak tedy vypadá práce se životním příběhem?

Jde o devítiměsíční program rozdělený do osmnácti čtrnáctidenních cyklů. Jednou za dva týdny máme sezení s mladým člověkem a jeho hlavním pečovatelem. Pracujeme tedy ve trojicích. Při práci používáme třífázový proces. (Já se této práci věnuji od roku 1997 a jsem nesmírně rád, že mohu říci, že naše práce pro děti v adopci nebo v pěstounské péči, je financována vládou Velké Británie a zejména Anglie. Naši činnost ale financují i místní orgány, tedy místní samospráva.)

V první fázi se snažíme definovat, co potřebujeme pochopit v příběhu našeho dítěte. Takže jdeme ven a shromažďujeme fragmenty života našich dětí. Ať už byly naše děti kdekoli, chceme porozumět tomu, co zažily, co za sebou zanechaly, co si vzaly s sebou, a to jak v jejich emocionálním, tak v zážitkovém a kognitivním slova smyslu. Nehledáme pravdu o dobru a zlu, věříme pouze v to, že existují příběhy, které je třeba si vyslechnout.

Nikdo z nás nerozezná pravdu od lži, je prostě těžké rozlišit jedno od druhého, co ale můžeme komunikovat, jsou naše dojmy. A tak shromažďujeme dojmy od těch, kteří hráli nějakou roli ve světě našich dětí. Já funguji jako jakási banka informací, protože shromažďuji informace od všech, kteří s tím mladým člověkem pracovali, starali se o něj, byli mu po boku, zraňovali ho, zneužívali, nebo cokoli dalšího.

(Fáze 2): Když máme všechny ty příběhy nashromážděné, můžeme ty jednotlivé střípky začít dávat dohromady. Tyto příběhy pak sdílíme s pečovatelem, protože když umístíme traumatizované děti do rodin, velmi často lidem, kteří se o ně mají starat, nikdo nevypráví jejich historii. Očekáváme tedy, že se bude pečovat o velmi zraněného mladého člověka bez povědomí o tom, co se ve skutečnosti stalo. Velmi často se opatrovníci vůbec poprvé přesněji dozvědí, co se s tím mladým člověkem dříve dělo.

(Fáze 3): Jakmile se ujistíme, že si s pečovatelem rozumíme, oba víme, o jaký proces se jedná, setkám se s dítětem. (Při těchto setkáních) používáme princip hry. Violet Oaklanderová, Janet Westová a někteří další lidé, kteří píšou o terapii hrou, říkají, že hra je vážná věc. A prostřednictvím této vážné věci budujeme vztahy, budujeme mezi sebou narativ, prostor, kde panuje důvěra a možnost se spolehnout jeden na druhého.

Z následujících osmnácti sezení prvních šest věnujeme příběhu dítěte, druhých šest sezení vyprávíme příběhy těch, u nichž žilo, s nimiž bylo v kontaktu, ovlivňovali ho, a posledních poslední šest patří tomu, co to všechno znamená. A to vše je zapsáno na „tapetách“ - používáme velký balicí papír a barevné fixy. Představte si to tak, že to je mozaika života našich dětí. Vyprávíme jejich příběh od jejich prarodičů přes jejich rodiče, jejich početí, jejich narození, až do dnešního dne, a potom, což je důležité, do budoucnosti. A tím vlastně tomu mladému člověku poskytujeme příležitost, aby dostal všechny své myšlenky a zranění, smutky, závěry a emoce z těla a přenesl je na papír. (Viz Obr. č. 2): je

„Zaměření se na“



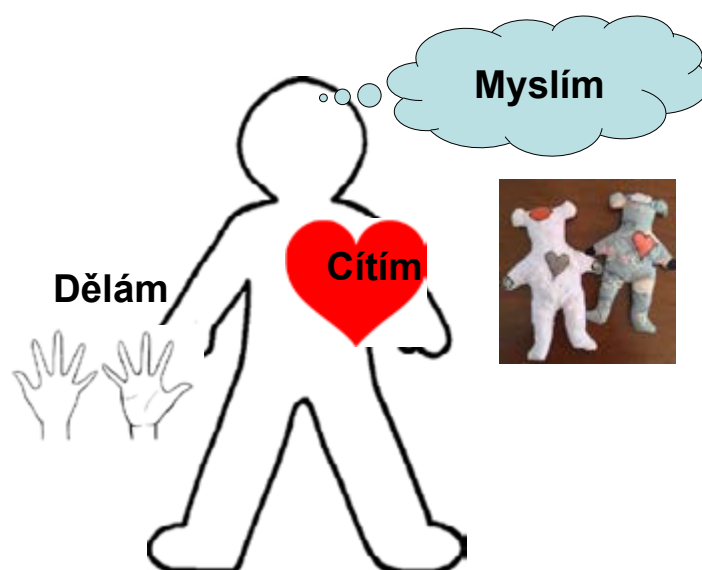
Obr. č. 2

to pás „tapety“ a po jedné i druhé straně (vidíte) sloupcový graf. Na jedné straně je graf celý červený – to představuje všechno, co si člověk v sobě nosí z minulosti, ale nebyl schopen o tom přemýšlet, mluvit, ani to pochopit. Zůstává to ale v něm a je tam toho tolik, že zbývá jen kousek zeleného prostoru, ve kterém může prožívat dnešek. Představte si dítě, které je tak vykojené, že toho ani moc nevnímá, protože je příliš rychle zahlceno informacemi, a my tomu dítěti můžeme pomoci tím, že všechny tyto informace přeneseme na papír. Tím vlastně dosáhneme osvobození dítěte od všech uchovávaných

vzpomínek a často uvidíme, že se pak mnohem méně zaobírá starostmi a mnohem více se věnuje současnosti.

Na této práci je krásné, když sledujete dítě, o kterém víte, že jej tíží smutek, zmatky, hněv a zranění, které trpí obrovským nedostatkem sebedůvěry a sebeobviňováním, nedůvěrou (ve svět), má intenzivní pocity hanby a viny, jak se mění v mladého člověka, který chápe smysl svého příběhu. Pokud budeme dělat svou práci správně, pak se může dostat do situace, kdy si uvědomí, že: „To není moje chyba, nebyl jsem to já, kdo to zavinil.“ A to je ta opravdu důležitá část naší práce.

Abychom to dětem usnadnili, používáme často hračky. Vyrobili jsme si přemýšlivého medvídka.



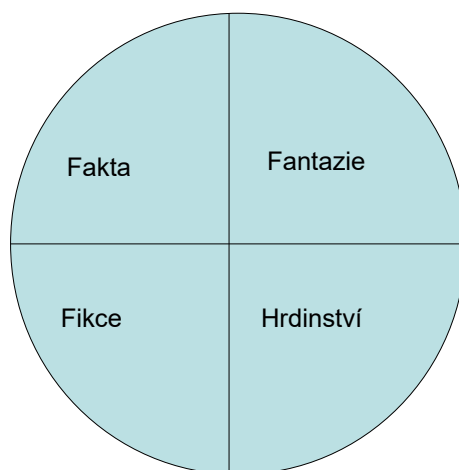
Obr. č. 3

Nahoře má „mozek“... Je tam, abychom mohli přemýšlet o tom, kdo jsme a co se stalo. Pak je srdce, velmi vnímavé, ..., a zkoumá (otázky): jaký mám pocit z toho, co se děje kolem mě, jaký mám pocit ze své minulosti, co cítím z těch, kteří jsou kolem mě, jak s nimi komunikuji? A na tlapkách je suchý zip. Je to nabídka sebereflexe (co já se svou situací mohu udělat, co mám ve svých rukách, ve své moci?).

Takže si s našimi mladými lidmi povídáme, vyslechneme jejich příběh, a pak já, pečovatelská pracovníkyně a ten mladý člověk, všichni tři začneme přemýšlet, společně zmiňovat různá témata a navrhopvat, co bychom mohli udělat, co jsme udělali a co budeme dělat dál. Jedná se tedy o velmi kreativní způsob, jak pomoci dětem vyprávět svůj příběh.

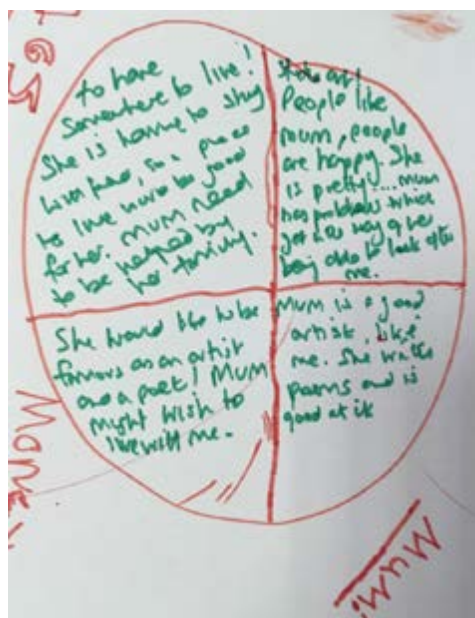
Musíme také myslet na to, čemu dítě už rozumí. Zjistit to můžeme velice jednoduchým způsobem. Při rozhovoru o jejich matce se zeptáme :

„Co je pravda z toho, co se o mamince povídá? (fakta) Co o tvé mamince lidé říkají? (fikce) Co byste chtěli mamince popřát? (fantazie) A kdo může mamince pomoci? (hrdina, ten, kdo pomáhá)“ (viz Obr. č. 4). Když se takto zeptáte, dostanete například takové odpovědi: (viz Obr. č. 5) „Moje máma je skvělá umělkyně, je jako já, píše básně, je v tom dobrá.“



Obr. č. 4

Co říkají lidé o mamince? „Lidé říkají, že moje maminka má ráda umění, lidé říkají, že moje maminka je šťastná, že je hezká, ale má problémy, které jí brání v tom, aby se o mě mohla starat.“ Co byste chtěli mamince popřát? „No, přál bych jí, aby se proslavila jako umělkyně a básnířka. Maminka by si možná přála žít se mnou.“ Jedno děvče nám na takové otázky odpovědělo: „Musím být v péči, protože moje máma nemá prostředky, aby se o mne starala.“ Takto ona chápe situaci. „A co si myslíš, že by mamince pomohlo? Kdo jí může pomoci?“ A ona říká: „Maminka potřebuje mít kde bydlet. Teď náhodou bydlí u přátel, takže by bylo dobré, mít kde s ní bydlet. Matce musí pomoci její rodina.“ A tento velmi jednoduchý vysvětlovací obrázek můžete vytvořit na jakýkoliv problém.



Obr. č. 5

Další otázky mohou být třeba: Co se při (našem) sezení děje? Co říkají lidé o mých sezeních? Co chci, aby se na sezení stalo? Anebo: co je pravda z toho, co se říká o škole? Co o mě lidé ve škole říkají? Co si myslím, že by se mělo ve škole dít, aby mi škola víc vyhovovala? A kdo ve škole mi s tím může pomoci? Je to tedy pěkný model, který sdílíme se svými dětmi v naději, že jim pomůže, aby jim svět dával smysl.

A nakonec KNIHA

Co to je ta naše kniha? Knihu má každé dítě, se kterým pracujeme. Knihu si sestavují sami. V jejich knize s nimi sdílíme všechno, co se objevilo na tapetě. My to pak předěláme do knižního formátu, a potom se dítěte zeptáme, co by chtělo v té své knize mít. Mohou se tedy rozhodnout, chtějí-li ve své knize všechny ty hrozné, smutné, zraňující věci, nebo jestli tam nic takového nechtějí. Faktem ale je, že o své knize si rozhodují sami, mají právo knihu revidovat, což pro ně znamená, že kniha je skutečně jejich knihou. Většina mých mladých lidí má ve svých knihách všechno, ale mají to pod kontrolou.

Tato metoda je vhodná hlavně pro děti od pěti let, ale pracujeme i s pečovateli, kteří se starají o děti mladší pěti let, aby mohli postupovat přesně, jak jsem vám teď popisoval, s ohledem na možnosti jejich dítěte. A až jejich dítě vyroste a dostane se do období, kdy se bude ptát „co se mu stalo a jak to, že žije tady“, budou pečovatelé připraveni ten příběh svým dětem vyprávět.

Pokud pochopíme, kým jsme byli, a proč jsme tím, kým jsme, můžeme začít dávat dohromady naši budoucnost. A když se jen rychle vrátím k obrázku stromu – všichni, kteří sledujete moji prezentaci, se tady můžeme podívat, kým jsme. Jsme sbírkou příběhů ze své minulosti. Když vyprávíme příběh naší minulosti, vyprávíme prostě příběhy. Tato metoda práce s dětmi je velmi krásná a ukazuje se, že i velmi úspěšná. Je také předmětem mnoha publikovaných výzkumných prací.

Přepis prezentace z konference Dítě v pěstounské péči a trauma,

21. – 22. dubna 2021 | Online

Se souhlasem autora



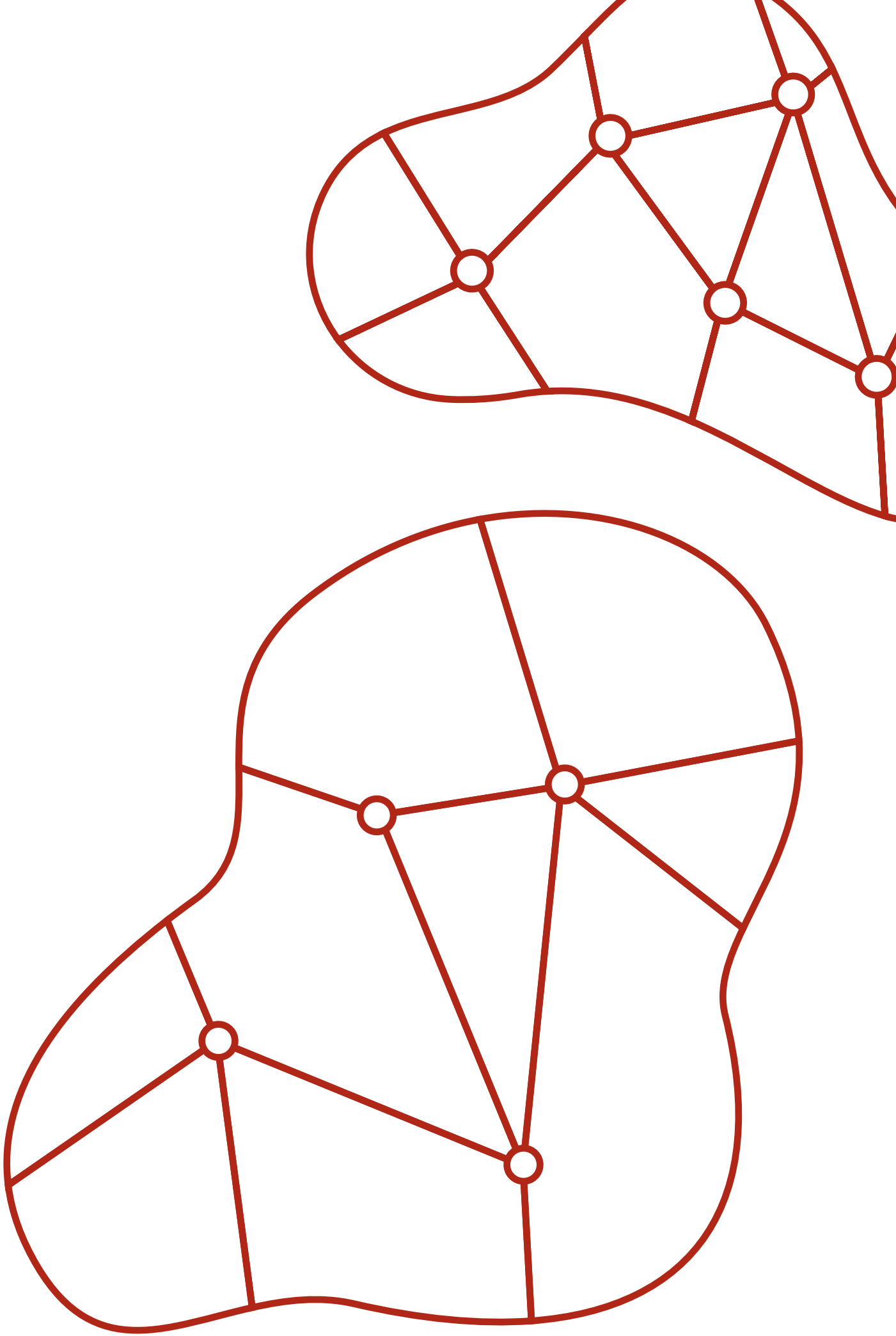
prof. Richard Rose / Česká republika
Terapeut, poradce a supervizor, ředitel Služeb intervence u dětí
s traumatem

Richard Rosse je ředitelem Služeb intervence u dětí s traumatem. Ty pracují s dětmi, jejichž život byl ovlivněn raným traumatem a pomáhají jim dosáhnout jejich plného potenciálu. Věnuje se poradenství a výcviku terapie životním příběhem. Pracuje s dětmi a dospívajícími, s nimiž je těžké navázat kontakt, a vytváří akademické výcvikové programy ve Velké Británii i mezinárodně.

Richard je pravidelným návštěvníkem Austrálie, kde působí jako mimořádný (pomocný) profesor sociální práce a sociální politiky na univerzitě La Trobe, čestný společník Institutu studií otevřených adopcí na univerzitě v Sydney a čestný společník organizace Berry Street Melbourne. V průběhu posledních šesti let byl také pravidelným návštěvníkem USA, kde přednášel pro Portland State universitu, pro oddělení lidských služeb a adopční služby v Oregonu. V roce 2019 začal s terapeutickým výcvikem odborníků ze státu Oregon v USA pro terapeutickou práci příběhem.

Richard Rosse je autorem knih Vlastní životní příběh dítěte – práce s životním příběhem u traumatizovaných dětí (2004), Terapie životním příběhem u traumatizovaných dětí – model pro praxi (2012) a Inovativní terapeutická práce s životním příběhem (2017).

🌐 <https://tswi.com>





Práce s traumatem v rámci terapie zaměřené na emoce

Ladislav Timulák

Jsem psycholog, poradenský psycholog a psychoterapeut, nespecializuji se na péčovskou péči, ale věnuji se terapii, která, myslím, je relevantní pro tuto konferenci.

Řeknu několik základních charakteristik terapie zaměřené na emoce, a jak tato terapie pracuje s emoční bolestí.

Terapie zaměřená na emoce je taková nová verze humanistické terapie, staví na historii terapie zaměřené na klienta, tedy na existenciální terapii. Používá současnější jazyk a jedním z ústředních pojmů je, snažit se v terapii transformovat primární chronické emoce. Tyto chronické emoce klienti prožívají jako emoce, které je definují. Zpravidla jde o zážitky osamělosti a smutku, který je chronický, a také zážitky chronického strachu a strachu. Zpravidla jsou vybudované na základě historie nebo sekvencí opakovaných zážitků. Například zážitky: „druzí tu pro mě nejsou“, „z pohledu druhých nemám žádnou hodnotu“ nebo zážitek „nejsem v bezpečí“ nejsou jednorázové, ale opakované. Případně mohou být výraznými traumatickými zážitky formovány chronické vulnerability, tedy duševní zranitelnost, predispozice k těžkému zvládnutí situací. Chronické vulnerability vytvářejí emoční schémata, kdy budoucí zážitky, protože celé naše fungování je spjaté s pamětí, jsou předem vnímány podle předešlých zážitků. Kdybych neměl historickou nebo implicitní paměť, tak bych nevěděl, co tu dnes dělám, kdo jsem, „nepřečetl“ bych interakci, kterou s vámi mohu mít, přes mé předešlé zážitky. Všechny tyto dominantní zážitky, které formují prožívání současných zážitků, formují také to, jak budeme prožívat budoucnost. Tedy budoucí zážitky jsou také vnímány prizmatem předcházejících zážitků. Tomu se v terapii zaměřené na emoce říká emocionální schémata. Stejně tak je důležité, když máme chronické zážitky například takové, že druzí nevidí naši hodnotu, tak v budoucích interakcích s důležitými lidmi automaticky očekáváme, že také nebudou vidět naši hodnotu. Podle toho se můžeme i chovat, což u těch druhých může vyvolávat jednání, které opět v nás vyvolá zážitek, že nemáme žádnou hodnotu.

Z hlediska psychoterapie jsou důležité dvě oblasti: jednak spouštěče emocionální bolesti a historické spouštěče, tedy jak jsme vnímali interakci s druhými, jak jsme ji prožívali (jako ohrožující, nepřijímající, opouštějící člověk v naší blízkosti). Tyto historické spouštěče se kryjí se současnými spouštěči v tom smyslu, že to jsou věci, na které jsme

emočně citliví. V kontextu těchto spouštěčů máme způsob, jakým jednáme sami se sebou. A hlavně v raných vývojových obdobích, kdy nemáme kontrolu nad svým životem, je větší pravděpodobnost, že budeme odpovědnost za chování druhých připisovat sobě. Například: „Moje maminka tu není, takže to musí nějak souviset se mnou.“ Důvod je ten, že nad sebou máme kontrolu, ale nad přítomností jiné osoby ne.

Spouštěče, které spouštějí emocionální bolest, se často kryjí se self procesy, tedy tím, jak přistupujeme k vlastnímu zážitku, který má nějaký adaptivní potenciál, ale může se jakoby obrátit proti nám. Například: „Moji spolužáci se mnou nechtějí trávit čas, chyba musí být ve mně.“ A self – self kritický proces začíná: „Jsem divný, něco se mnou není v pořádku, proto se mnou druzí nechtějí být.“ Podobně to funguje s rodiči nebo jinými pečujícími osobami.

Pokud máme chronické bolestivé emoce, jako pocit opuštěnosti, studu nebo strachu, snažíme se s nimi nějak naložit: necítit je, předejít jim. Snažíme se tedy připravit na to, co by mohlo být bolestivé tím, že se snažíme necítit věci (odpojení), děláme si starosti, vyhýbáme se potenciálním spouštěčům, anebo procházíme ruminací (nutkavé, zdlouhavé a monomanické zabývání se nějakým problémem, zážitkem), zpětně promýšlíme věci, které se udály, abychom nějak řídili emoční bolest. A to přispívá k prožívanému symptomatickému distresu anebo tzv. sekundárním emocím, které víceméně odpovídají diagnostickému klasifikačnímu systému. Tedy na primární úrovni se můžu cítit nemilovaný, osamělý a na sekundární úrovni upadnu do beznaděje a deprese, což je to, co pak bude diagnostikováno. V jádru je pocit: „nikdo tu pro mě není“, což je ta primární emoce, na kterou se v terapii chceme zaměřit. Terapie se potom zabývá tím, co jsou historické a současné spouštěče emoční bolesti, jak jednáme sami se sebou, tedy nastupuje sebekritika. Moje maminka tu není – nějak to souvisí se mnou – pocit studu (nemám žádnou cenu) nebo osamělosti. A to je primární bolest, kterou se budeme v terapii snažit léčit. Na symptomatické úrovni se může objevit pocit beznaděje, bezmoci (nikdy se to nezmění) a sekundární úzkosti (obava, že mě další člověk opustí). Snažím se vyhýbat dalším kontaktům, abych nebyl zase zraněný, nebo se snažím necítit emoční bolest tím, že disociuji zážitky.

V terapii se snažíme jádro problému: primární emocionální bolest (osamělost, stud, strach/zděšení) zpřístupnit, artikulovat nenaplněné potřeby. V případě osamělosti a smutku je tu potřeba být v kontaktu s druhými, být milovaný, v případě studu je to potřeba být akceptovaný, uznávaný a v případě strachu je to potřeba být v bezpečí a ochraňovaný. V terapii se pak hlavně prostřednictvím imaginativních dialogů snažíme generovat zážitky soucitu, péče a lásky: jsem tu, vidím tvoji bolest a postarám se o tebe, anebo ochranného hněvu: zasloužím si tvoji blízkost, zasloužím si, abys tu byla. To pak vede k osobnímu posílení, sebevědomí, odolnosti.

Shrnutí teorie změny

V první řadě se snažíme zpřístupnit a unést chronické bolestivé pocity: osamělost, smutek, strach, stud. Snažíme se artikulovat nenaplněné potřeby, které jsou nějak obsažené v těchto emocích.

Protože emoční zážitky nám říkají, jestli naše potřeby v interakci s prostředím jsou naplněné nebo ne – potřebuji, abys tu byl, abys mě viděl, abys mě ochránil.

V rámci terapeutických sezení se snažíme generovat adaptivní zážitky: jsem tu, vidím tvůj smutek a chci být s tebou; jsem tu a vidím, že pochybuješ o svojí hodnotě, ale já si tě vážím a jsem na tebe hrdý nebo jsem tu a chci tě chránit.

Ještě se zaměřujeme na to, jak se postarat o symptomatický distres, jako je úzkost a deprese. Věnujeme se tomu, o jaký způsob sebeobranu, o jakou klíčovou bolest jde a jaká je cena za tuto ochranu. Například přidělování si starostí: „Druzí tam nebudou, druzí mě odmítnou, sice mě tato starost ochraňuje, abych se vyhnul takovýmto zážitkům, ale zároveň mě drží v izolaci a také neustále dělání si starostí, ve mně vyvolává pocity úzkosti, jako kdyby se to už dělo.

Pro ilustraci je prezentováno video, kde hovoří skutečná klientka, o tom, že postrádala své rodiče, když přiváděla na svět svoji dceru. Obě byly v ohrožení života a nikdo z blízkých, zvláště rodiče, nebyli přítomni, aby ji podpořili. Vzpomene si na příklad definujícího zážitku, kdy jí chyběli rodiče, když vyrůstala – nikdy nepřišli na koncert školní orchestru, v němž hrála na flétnu. Pak je ukázáno, jak je možné v terapii generovat odpověď na traumatizující zážitek.

Viděli jsme imaginativní dialog na téma: rodiče tu nejsou, cítím se osamělá, neviděná a zneuznaná s tím, že to byla historická, definující vzpomínka, která znamená: nemám pro ně dostatečnou hodnotu a potřebovala jsem od nich uznání. Přítomnou důležitou osobou byla babička, ve které klientka viděla svoji potřebu péče a lásky a zároveň to, že si zaslouží být viděna, protože babička na ni byla hrdá. Nezapomínejme však na to, že je to klientka, která říká, že na ni byla babička hrdá. Zároveň tím říká, že bude přítomná a hrdá na svoji dceru. Věnuje tedy kvality, které sama potřebovala, svojí dceři. Něco podobného se děje v terapii, když se snažíme dostat do vulnerabilních pocitů, artikulovat nenaplněné potřeby a generovat na ně odpověď. Všechno to se děje v kontextu zpřítomněných emocí, které jsou dostupné v určité úrovni skutečného prožitku. Tedy, že se o té emoci jen nehovoří, ale skutečně se prožije a že zážitek odpovědi na bolest je také skutečně prožitý.

Ambicí je, tato emoční schémata (nejsem jen osamělá, ale mám někdy kolem sebe také druhé a jsem i milovaná), emoční vulnerability transformovat, aby nebyly pro klienta do budoucna tak definující a nepřinášely takovou zátěž také z hlediska symptomatického distresu.

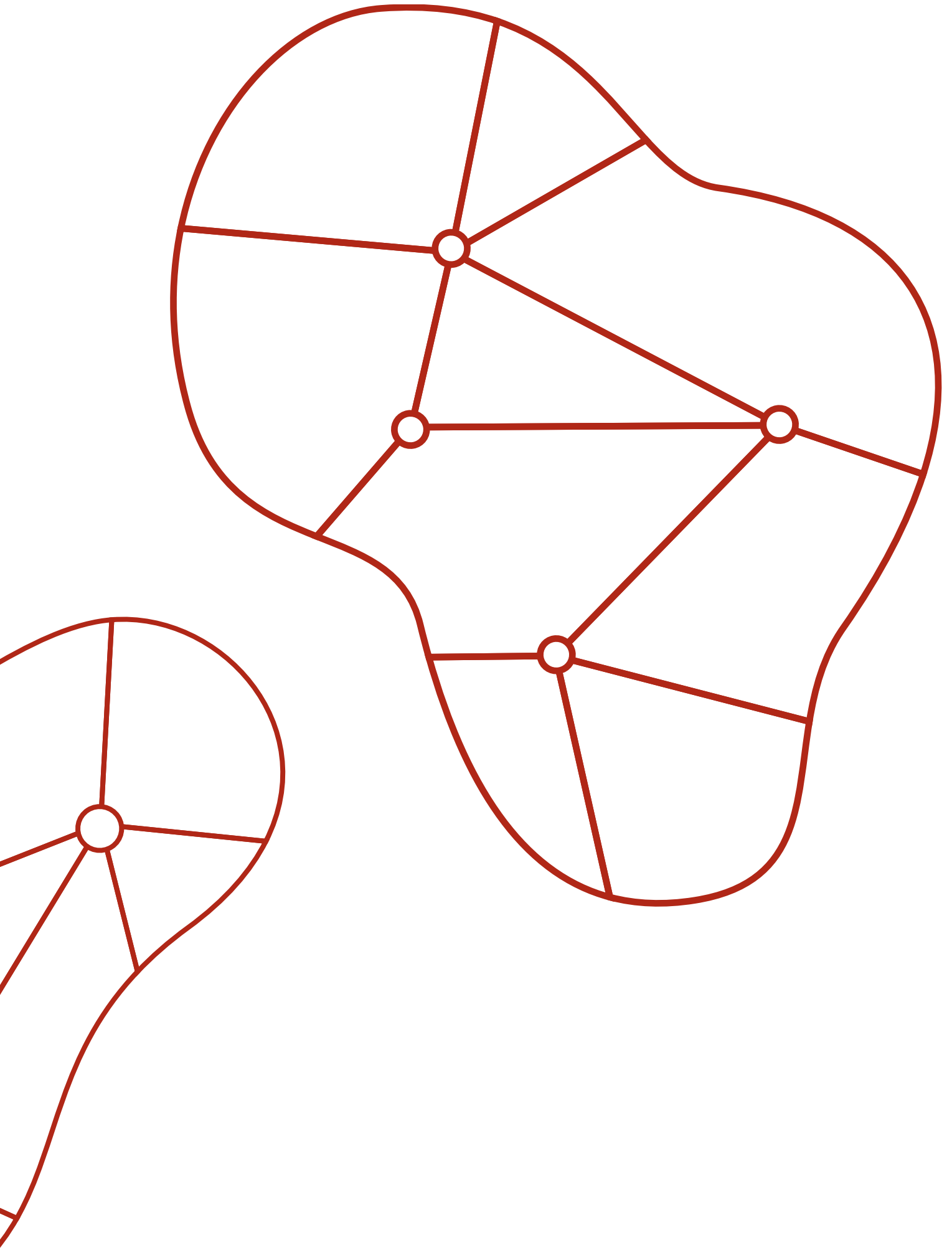
*Přepis prezentace z konference Dítě v pěstounské péči a trauma,
21. – 22. dubna 2021 | Online
Se souhlasem autora*



Ladislav Timulák, Ph.D. / Irsko

Působí na vysoké škole (Trinity College) v Dublinu v Irsku, kde vede magisterský a doktor-
ský kurz poradenské psychologie. Ladislav (krátce Laco), je akademik, ale také praktik.
Jeho hlavním zájmem v oblasti výzkumu je výzkum týkající se psychoterapie, obzvláště
pak vývoj terapie zaměřené na emoce. Je autorem nebo spoluautorem sedmi knih, více
než devadesáti recenzovaných příspěvků a různých kapitol v obou jeho rodných jazycích,
slovenštině a angličtině. Mezi jeho dosud vydanými knihami jsou také dvě o terapii zamě-
řené na emoce: Transformace emoční bolesti v psychoterapii: Terapie zaměřená na emoce
(Routledge, 2015; Česky: Nakladatelství Portál, 2020) a Proměna generalizované úzkosti:
Přístup zaměřený na emoce (Routledge, 2017). Je členem několika redakčních rad.

✉ TIMULAKL@tcd.ie





Trauma a zotavení z pohledu soudního znalce (odolnost a traumatické dopady)

PhDr. Štěpán Vymětal, Ph.D.

V tomto příspěvku se budeme zabývat riziky traumatizace v rodinném prostředí, specifickou zranitelností a odolností dítěte, otázkami transgeneračního a mezigeneračního přenosu traumatu.

Vycházet zde budu z příkladů ze znalecké psychologické praxe. Dále se zaměříme na rozlišení klasické a komplexní posttraumatické stresové poruchy. Kromě toho se zamyslíme nad aktuální zátěží rodin i jednotlivců v kontextu dopadů pandemických opatření a covid-19 na populaci. V závěrečné části se seznámíme s možnostmi, jak posilovat svou psychickou odolnost a duševní zdraví.

Působení traumatizujících událostí

V průběhu života se setkáváme s množstvím potenciálně traumatizujících událostí, na které se musíme adaptovat. Jde jednak o individuální neštěstí, např. úmrtí blízké osoby, ohrožení vlastního života, vážná zranění a nemoci, dopravní nehody. Někdy se může jednat o závažnou trestnou činnost (loupežné přepadení, domácí násilí, týrání a zneužívání, znásilnění apod.). Další skupinu tvoří hromadná neštěstí a katastrofy (hromadné dopravní nehody, přírodní katastrofy, průmyslové nehody, teroristické útoky, migrační vlny, masové nepokoje, epidemie, válečné situace).

Model časového průběhu traumatického stresu

Model časového průběhu traumatického stresu přibližuje tři hlavní časové fáze, kterými jsou

1. traumatická událost,
2. traumatická reakce na událost (fáze šoku) a
3. následky traumatického zážitku.

Traumatický proces se rozvíjí v momentě, kdy po odeznění traumatické události trvale selže adaptace, resp. proces zotavení se. Do traumatických následků můžeme zařadit např. rozvoj posttraumatické stresové poruchy (PTSD), fobické a depresivní stavy v reakci na trauma, rozvoj závislosti či změnu osobnosti na podkladě traumatu. Traumatický proces lze rozdělit na fázi skrytého průběhu traumatu (čtrnáct dní až čtyři týdny po události) a fázi konsolidace, ustálení. Jedná se o období, kdy ještě nelze diagnostikovat např. PTSD, jako následek, ke kterému míří traumatický vývoj. V této době bývá běžné akutní stresové reagování, kdy dojde k dočasnému snížení kvality života.

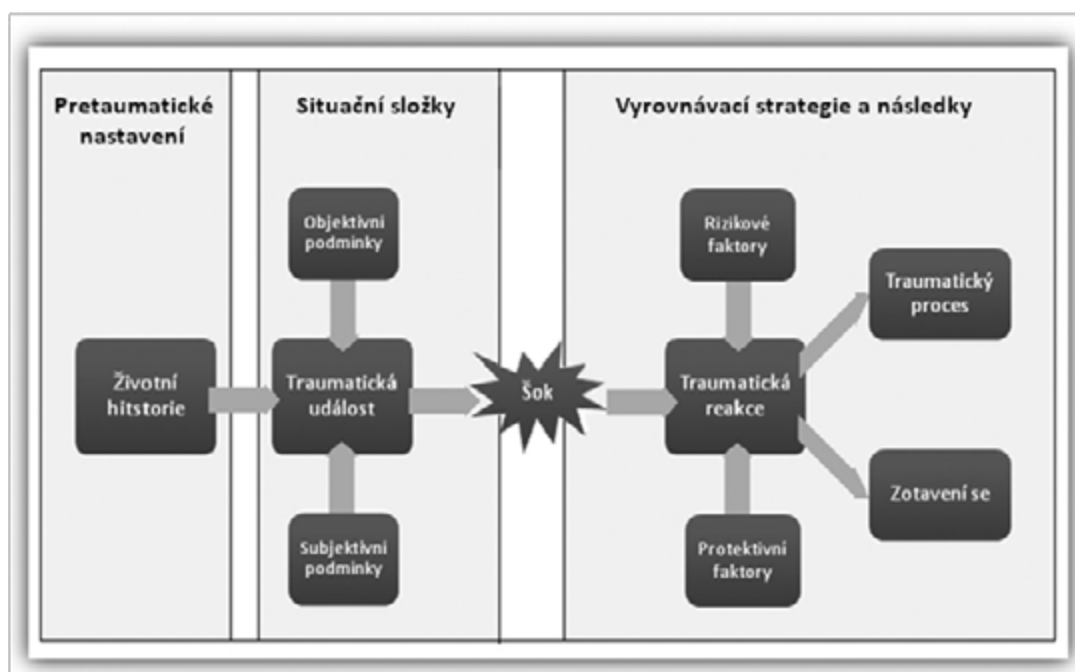
Na to, zda dojde k rozvoji traumatu či k zotavení se, má u jedince vliv velké množství faktorů. Patří sem pretraumatické nastavení jedince (naše osobní historie, predispozice, předchozí traumata, zdravotní stav před událostí). V momentě traumatizující události hrají roli objektivní podmínky (např. naše expozice traumatizujícím podnětům, délka a charakter události) a subjektivní podmínky (naš zdravotní a psychický stav v době události, sociální síť, náš vztah k obětem, zda jsme sami zraněni apod.). Po odeznění fáze šoku do hry vstupuje množství dalších faktorů, které se vztahují k našim zvládacím strategiím a následkům události. Traumatická reakce je ovlivňována určitými rizikovými faktory (např. omezená dostupnost sociální opory, nedostatek v oblasti zdrojů a základních potřeb, zdravotní následky, nepochopení ze strany blízkých osob) a protektivními faktory (osobnostní charakteristiky zahrnující zvýšený optimismus, flexibilitu, pružný repertoár zvládacích strategií, pragmatický přístup; chápající a podpůrné sociální prostředí; absence ztrát v oblasti života a zdraví blízkých apod.). Pozitivní roli v zotavení může sehrát také časně poskytnutá první psychická pomoc či krizová intervence.

Pozitivní je zjištění z praxe, že většina lidí, kteří zažili mimořádnou událost, se zotaví sama, s podporou vlastních schopností a svého nejbližšího sociálního prostředí. Přibližně u pěti až patnácti procent lidí může dojít k rozvoji PTSD či jiných následků v oblasti dopadů do duševního zdraví. Tito lidé mohou profitovat z odborné péče zaměřené na léčbu traumatu.

Na základě uvedeného modelu si můžeme snáze přiblížit jednorázovou mimořádnou událost, v případě dlouhodobé či opakované traumatizace bude situace u jedince komplikovanější.

Dále je ve hře individuální zranitelnost a je třeba zmínit, že některé skupiny jsou ve větším riziku rozvoje posttraumatických potíží (lidé s disabilitou, chronicky nemocní, děti, osamělí lidé, sociálně slabí či vyloučení, zástupci menšin apod.).

Model časového průběhu traumatického stresu (jednorázová událost)

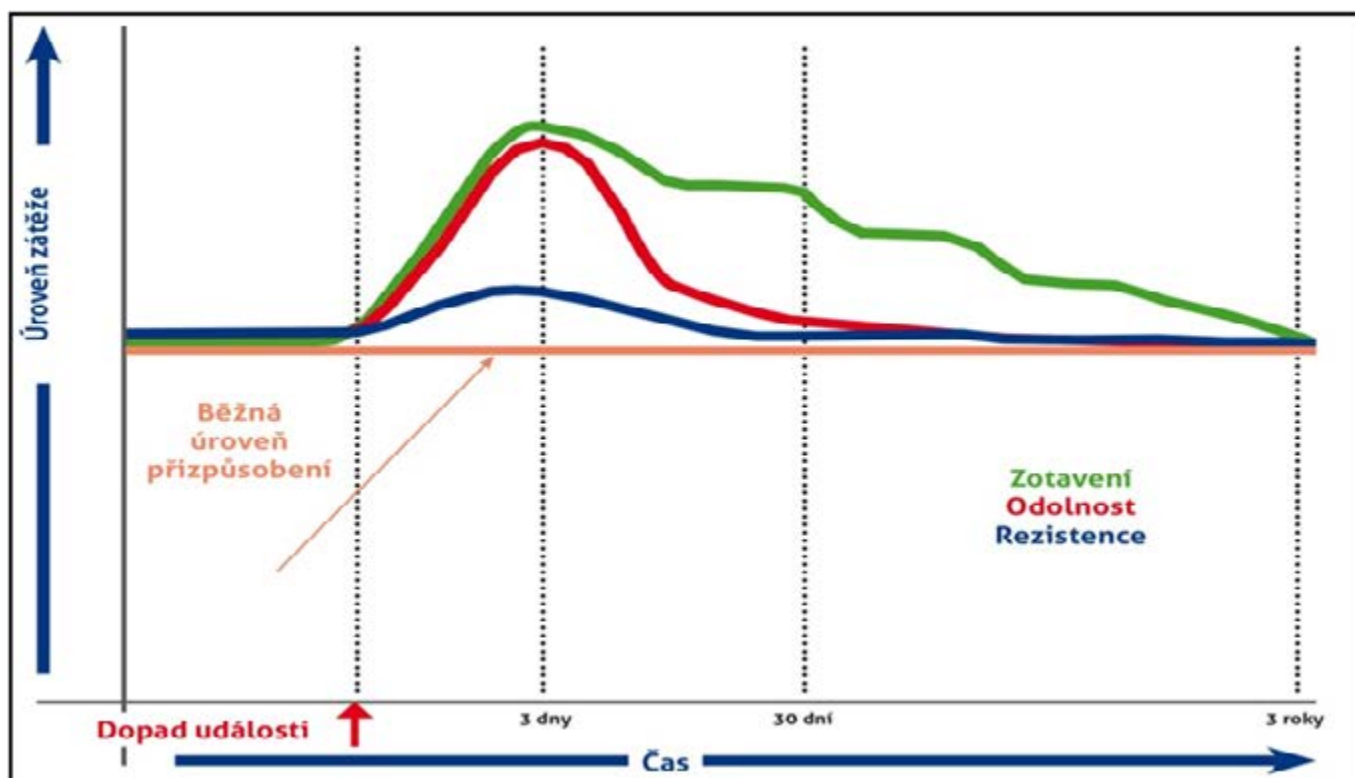


Převzato od Fischer & Riedesser, 2003

Odolnost, rezistence a zotavení

Jak bylo řečeno výše, většina lidí je odolných a z mimořádné zátěže se zotaví. Je běžné, že po přežití katastrofické události prožíváme zvýšenou zátěž, která v čase odezní. Níže uvedený graf naznačuje tři nejběžnější možnosti, kterými jsou rezistence, odolnost a zotavení. U menšího množství lidí nedojde k žádné nebo minimální stresové reakci na událost, jsou rezistentní (modrá křivka). U většiny z nás dojde k nárůstu stresu a symptomů krátce po události, nejhůře se cítíme přibližně po třech dnech od události, přibližně do měsíce všechny potíže odezní. Situaci nárůstu a odeznění potíží přibližuje červená křivka, která reprezentuje odolnost. Další normální možností je postupné zotavení se z extrémního zážitku, kdy potíže odeznívají v čase postupně a delší dobu (zelená křivka). To, jaký způsob zpracování události u nás převládne, je ovlivněno množstvím faktorů, jako je náš zdravotní stav, možnost aktivně čelit události (osobní vnímaná účinnost), sociální opora v průběhu a po události, odborná příprava a zkušenost (policie, hasiči, zdravotníci, vojáci), kolegiální podpora, role na místě události apod.

Běžný vývoj zátěže v čase po události



Typy traumatizující zátěže v primárním prostředí dítěte

V případě dětí v náhradní rodinné péči se můžeme setkat s předchozí traumatizací z období života v jejich primární rodině. Tyto děti mohly být svědkem či objektem sexuálního, fyzického či psychického násilí. Mohly zažívat materiální, citové či podnětové zanedbávání. Ve znalecké praxi se často setkáváme s traumatizací dětí v kontextu opatrovnických a rozchodových sporů rodičů, kdy bývá jádrem spor o majetek, zraněná sebeúcta či jiné emoce. Někteří rodiče používají dítě jako zbraň proti druhému. Objevují se manipulace dítětem, odcizení dítěte s jedním z rodičů, neurotizace dítěte, občas i zdravotní poškození dítěte (Münchhausenův syndrom by proxy). Další situací může být úmrtí rodiče,

duševní či tělesné onemocnění pečující osoby, ohrožení života dítěte (nehoda, zločin, vážné onemocnění dítěte). V případech týraných, zneužívaných a zanedbávaných dětí můžeme zvažovat dlouhodobou a komplexní zátěž, která může mít vliv na komplexní psychickou traumatizaci. S traumatizací dítěte v prostředí náhradní rodiny se ve znalecké praxi setkáváme minimálně, ale ani to nelze vyloučit.

Další faktory specifické odolnosti a zranitelnosti

Svou roli zde sehrává původní a následné prostředí, povaha události, čas vystavení se zátěži, genetika, nápodoba chování, obranné psychické mechanismy či další psychodynamické vlivy na straně jedince.

Ve znalecké praxi se dále setkáváme s výchovnými závadami a osobnostní nezralostí pečujících osob. Vliv na traumatizaci dítěte může mít i vztah k pachateli (zda jde o neznámého pachatele, osobu známou z okolí či dokonce osobu blízkou). Velkou roli v oblasti dopadů má skutečnost, zda se jedná o násilí či jiné trauma jednorázové, opakované či dlouhodobé. Svou roli může hrát i přenos vzorců násilného chování mezi generacemi, ale i přenos reaktivity, vč. přenosu traumatických následků na další generaci. Svůj vliv zde má učení i biologie. Z psychologického hlediska hrají roli interakce s blízkými osobami, sociální učení nápodobou, mechanismus identifikace s blízkou osobou apod. Z biologického hlediska mluvíme o epigenetice, která se v posledních letech rychle rozvíjí a přináší převratné poznatky. Dnes již víme, že naši genetickou výbavu ovlivňují i vlivy z prostředí v průběhu našeho života. Vliv tak může mít trauma i na následné generace. Biologie i osobní zkušenost se podílejí na specifické zranitelnosti, ale i specifické odolnosti. Na posilování odolnosti naší i našich blízkých se můžeme aktivně podílet.

Následky traumatizujících událostí

Ve znalecké praxi při zkoumání obětí trestných činů se setkáváme s akutní stresovou reakcí (ASR), posttraumatickou stresovou poruchou (PTSD), komplexní posttraumatickou stresovou poruchou

(K-PTSD). U dětí mnohdy mluvíme o disharmonickém vývoji (narušený morální, sexuální, sociální a emoční vývoj), bývají konstatovány poruchy chování (agresivita, sebepoškozování, sebevražedné jednání, trestná činnost apod.). V souvislosti s psychosociální zátěží se mohou rozvíjet úzkostné poruchy, fobie, obsedantně kompulzivní poruchy, závislosti na návykových látkách, vývoj směrem k poruchám osobnosti, případně i psychotický vývoj, byť svou roli zde hraje jistě i dědičnost. Mezi příznačnými charakteristikami dětských obětí bývá např. zvýšená agresivita, impulzivita, emoční labilita, úzkostnost, depresivita, emoční plochost, sociální stažení, odcizení od druhých, sebeodcizení. V některých případech se mohou objevit rizikové jevy jako je násilná radikalizace (příklon k sektám či násilným skupinám). U zkoumání anamnézy pachatelů trestné činnosti se často setkáváme také s traumaty v jejich dětství a dospívání, někdy tak dochází k opakování jejich osobní historie (např. v dětství týraná či zneužívaná osoba pak v dospělosti týrá či zneužívá druhé).

Faktory zranitelnosti a odolnosti

Naši specifickou odolnost či zranitelnost ovlivňuje množství faktorů. Patří sem např. věk, psychosociální vyžralost, tělesné zdraví, stálé zaměstnání (resp. materiální a sociální zdroje). Roli hrají také interkulturní aspekty, osobnostní charakteristiky (osobní vnímaná účinnost vs. bezmocnost, optimismus, strategie zvládnání stresu) či naše interpretace události (kognitivní zpracování). Z forenzní znalecké praxe se jako velmi důležité faktory, které hrají roli v zotavení jedince jeví: sociální opora, osobní historie (předchozí trauma, zanedbávání, sociální vyloučení, potíže duševního zdraví), povaha samotného skutku (možnost obrany, strategie přežití) a následný stres (vč. procesu vyšetřování a případné sekundární traumatizace).

Některé fenomény u obětí trestných činů

V praxi se setkáváme s některými fenomény, které nemusí být srozumitelné orgánům činným v trestním řízení. Objevuje se např. pasivita oběti jako obranná strategie, naučená bezmoc, citová či materiální závislost na pachateli, omlouvání či krytí pachatele, odštěpení emocí u oběti, obranné mechanismy (vytěsnění, popření), sexualizované chování dětí jako důsledek sexuálního násilí, agrese či poruchy chování, předčasná vyspělost či naopak regrese do nižšího věku, interkulturní zvláštnosti v chování. Uvedené fenomény se mohou týkat dospělé i dětské oběti.

Shrnutí z pohledu znalce

Můžeme konstatovat, že neexistuje univerzální oběť násilí (je potřeba překonávat stereotyp oběti). U sexuálního násilí nejde jen o fakt, zda došlo ke znásilnění, ale i o to, zda došlo k donucení, či zda byla ve hře psychická bezbrannost oběti. Setkáváme se s tím, že oběť může krýt pachatele (na základě emočního vztahu a/nebo strachu). Oběť násilí se může vyhýbat traumatickým symptomům (disimulace, předstírání zdraví), může se vyhýbat spolupráci se znalcem, policií, terapeutem (na základě negativní první zkušenosti s PČR, ve snaze vyhnout se zátěži). Oběť může mít problematickou osobnost (např. histriónská osobnost oběti neznamená, že se skutek nestal). Výpověď sama může být ovlivněna posttraumatem (ploché emoce, psychogenní amnézie – nepamatuje si) či ovlivněna souběžně probíhající terapií traumatu. Trauma se nemusí projevit „typicky“ (viz K-PTSD níže). Oběť nemusí mít trauma (situaci zvládne na základě vlastní odolnosti). Při posuzování některých poškozených osob je třeba dávat si pozor také na tzv. „falešnou oběť“, která předstírá symptomy traumatu a manipuluje za účelem získání materiálního či emočního prospěchu.

Čím může znalec přispět k podpoře obětí v průběhu posuzování? Je vhodné podpořit zvládnání (zajistit emočně bezpečné prostředí, dodat relevantní informace k podpoře odolnosti, normalizovat stresové reakce, destigmatizovat oběť, posilovat vlastní vnímanou účinnost a naději na zlepšení, podpořit funkční zvládací strategie na straně oběti). Podpořit můžeme i potřeby uznání, úcty a smyslu události (ochrana dalších potenciálních obětí, náhled pachatele na škodlivost jeho jednání). Důležitou oblastí je prevence sekundární traumatizace (příprava oběti na výslech a vyšetření, dodání informací, ohleduplnost, pečlivá volba slov - pozor na „nevinné komentáře“ a náznaky nedůvěry). Pokud se zpracovává společný znalecký posudek psychologa a psychiatra, je vhodné re-

alizovat společné vyšetření v jeden den. Vyšetření může mít i prvky krizové intervence (stabilizace), znalec by se měl zaměřovat na posouzení také rizikových a protektivních faktorů vůči traumatu, může rovněž přidat doporučení k následné péči.

Akutní stresová reakce a posttraumatická stresová porucha

U obou těchto kategorií se setkáváme s možnými potížemi, které lze rozdělit do čtyř skupin projevů:

1. tělesné projevy (např. nevolnost, bolest hlavy, kloubů, břicha, únava, bledost, tlak na hrudi);
2. projevy v myšlení (vtíravé myšlenky, flashbecky, děsivé sny, poruchy soustředění, odpoutání od reality, pocit „zbláznění se“);
3. emocionální projevy (pocity viny, studu, deprese, panika, obsese, euforie, hněv, zármutek, lhostejnost, pocit odcizení, ztráta pozitivních emocí) a
4. projevy v chování (vyhýbavé chování, vysoká lekavost, nespavost, izolace, neschopnost odpočívat/relaxovat, snížení pracovního výkonu, pláč, rezignace, automatické chování, ztráta zájmů).

Každý člověk reaguje individuálně, lidé mohou mít různé projevy, různou délku jejich trvání a načasování. Mnoho lidí je odolných, či se samo zotaví. Roli zde hraje časové hledisko. Psychické a tělesné příznaky vyvolané silným emocionálním otřesem obvykle po několika dnech odezní (ASR). Neodezní-li příznaky během dvou až tří týdnů, může dojít k posttraumatické zátěžové reakci odpovídající nemoci (PTSD). U některých typů událostí jako je týrání, mučení či domácí násilí mluvíme o komplexní posttraumatické stresové poruše (K-PTSD). Stanovení případné diagnózy ASR, PTSD či K-PTSD patří do rukou odborníka na duševní zdraví. Každopádně však pomáhá, když se na potíže zasažených díváme jako na dočasné, které časem odezní.

Nová kategorie: komplexní posttraumatická stresová porucha (K-PTSD)

Podle Mezinárodní klasifikace nemoci, 11 revize (MKN 11, v ČR závazná od r. 2022) již nebude ASR považována za psychickou poruchu, ale za normální reakci člověka na závažný stres. Nově se mezi diagnózami naopak objeví porucha prodlouženého truchlení (Prolonged grief) a také již zmíněná komplexní posttraumatická stresová porucha (K-PTSD). Bylo zjištěno, že čistá PTSD je v klinické praxi řídká (celoživotní prevalence ženy 10,4%, muži 5%), K-PTSD je častější. Pro K-PTSD je příznačné, že zde chybí traumatický zážitek, resp. chybí kauzální srozumitelnost potíží pro klienta. Souvislost je zde s interpersonálním traumatem. Diagnóza se stanovuje na symptomech, ne na povaze traumatu (to nemusí být známé). U K-PTSD se objevuje opožděný nástup, parciální poruchy a také jiné symptomy než u klasické PTSD. Komorbidita s jinými diagnózami je vysoká (62-92%). K-PTSD je typická u sexuální traumatizace v partnerském vztahu a traumatizace v dětství. Je zde spojitost s vážným utrpením a narušením fungování. Typická je u přetrvávajících, opakovaných, mnohonásobných traumatických událostí. Tam, kde byl únik náročný nebo nemožný (např. genocida, mučení, otroctví, domácí násilí, týrání, zanedbávání či zneužívání dětí či u případů dětských vojáků). Tato porucha odráží ztrátu emočních, psychických a sociálních zdrojů vlivem dlouhodobě nepříznivých zkušeností. (Cloitre et al. 2013) Může však vzniknout i po jedné události.

U klasické PTSD jsou příznačné tři klastry symptomů 1. znovuprožívání traumatu, 2. vyhýbání se a 3. přetrvávající pocit ohrožení (úleková reakce, nadměrná ostražitost). V případě K-PTSD jsou zastoupeny rovněž tyto uvedené tři kategorie, ale navíc se vyskytuje narušení sebeorganizace, které zahrnuje 4. afektivní dysregulaci (problém v regulaci emocí – dlouho trvá, než se člověk po rozčilení uklidní, nebo naopak emoční netečnost), 5. negativní sebepojetí (sebesnižování, pocit selhávání a bezcennosti) a 6. narušení ve vztazích (emoční odcizení od druhých, problém udržet si emoční blízkost k druhým) (Maercker et al. 2013). Potíže lidí s K-PTSD se vyskytují generalizovaně, nejen v souvislosti s traumatem.

Zátěž spojená s pandemií onemocnění covid-19

Při výzkumu dopadů covid-19 do duševního zdraví populace jsme identifikovali mnoho zátěžových faktorů. Patřila sem neznámost a novost onemocnění, nepředvídatelnost chování viru a s tím spojených opatření. Dále dlouhodobost a vleklost zátěže, strach ze smrti a nemoci (vlastní, blízkých), omezení ve zdravotních a sociálních službách, sociální izolace lidí (vč. rozdělení rodin, omezení přirozené sociální opory), ekonomické ztráty, ztráty zaměstnání, ztráta kultury a sportu, konflikty a domácí násilí, on-line vzdělávání (a obavy o děti a jejich budoucnost), umírání a komplikované truchlení (nemožnost se rozloučit), postcovidové zdravotní následky (u třetiny těch, kteří prodělali onemocnění, potíže zahrnují: poruchy paměti, deprese, srdeční, plicní, kloubní poruchy).

Můžeme shrnout, že dopad kumulativní a multifaktoriální zátěže na populaci vedl k nárůstu problémů duševního zdraví, konfliktů, domácího násilí, sebevražd, ale i polarizace a radikalizace společnosti, čili riziku pro demokracii.

Z výzkumu dopadů covid-19 na duševní zdraví v ČR

Výzkum ukázal, že po první vlně epidemie v ČR došlo u obecné dospělé populace k nárůstu duševních poruch z 20 % na 30 %. Riziko sebevraždy se zvýšilo třikrát, deprese se zvýšily třikrát, úzkostné poruchy se zvýšily dvakrát. Došlo k nárůstu potíží s alkoholem a s nelátkovými závislostmi (internet, sociální sítě). Výzkum krizových služeb pro děti a dospívající indikoval, že došlo k nárůstu násilí v rodinách, problémům duševního zdraví dětí a problémům s internetem (včetně závislostí a zneužívání).

Můžeme předpokládat, že po roce mimořádné zátěže spojené s pandemií došlo k dalšímu zhoršení výsledků dopadů zjištěných po první vlně.

V poslední době (jaro 2021) jsou referovány zvýšené dopady do duševního zdraví dětí (zejména depresí, ale i sebevražd), ohrožení jejich školní úspěšnosti a vážné dopady do duševního zdraví specifických profesních skupin (zdravotníci, pracovníci sociálních poskytovacích zařízení), kteří byly v dlouhodobé extrémní psychosociální i tělesné zátěži.

Možnosti pro posilování psychické odolnosti a duševního zdraví

V souvislosti s narůstající potřebou efektivně reagovat na zvýšenou zátěž vzniklo několik on-line nástrojů, pomocí kterých můžeme získat informace a doporučení k podpoře našeho duševního zdraví a psychické odolnosti.

Již na počátku první vlny epidemie v ČR vznikla mobilní aplikace Koronavirus COVID-19 v České republice, která je centrální informační platformou pro občany ČR. Tato mobilní aplikace je zaštitěna Univerzitou Karlovou. Vznikla mezioborovou spoluprací mnoha odborníků (psychologická pracoviště MV ČR, Generálního ředitelství HZS a Armády ČR, Ministerstvo zdravotnictví, ZZS, Psychologický ústav Akademie věd, společnost Appsisto, katedry psychologie FF UK a FSS MUNI. Jde o aplikaci nekomerční, nepolitickou, odbornou, založenou na informacích z ověřených zdrojů. Aplikace zahrnuje adresář kontaktů na krizové linky a online zdroje, nástroje pro posilování odolnosti, psychosociální doporučení připravená na míru pro různé skupiny (první linie, pacienti, rodiny, děti, zdravotníci, škola, novináři, pozůstalí) a různé situace (izolace, karanténa, onemocnění, úmrtí). Součástí je množství materiálů, odkazů na validní weby. Aplikace je ke stažení zdarma na Google play a AppStore. Rovněž ji lze stáhnout přes QR kód:



Další možností je Virtuální Asistenční Centrum HZS. Jde o webovou stránku, která přináší informační materiály v různých formátech (krátké videospoty, audia, textové části). Cílem je zde podpora lidí aktivně zvládat současnou situaci. Materiály se zaměřují na osvětu a vzdělávání v oblasti podpory odolnosti, jak pečovat o sebe a jak pomoci druhým. Viz: www.tvhasici.cz

Pod koordinací Národního ústavu pro duševní zdraví vznikl Projekt pro podporu duševního zdraví v reakci na pandemii: www.opatruj.se Ten zahrnuje webovou stránku a přípravu a propagaci vzdělávacích seminářů a webinářů. Filozofie tohoto projektu vychází ze skutečnosti, že mimořádná doba přináší mimořádné psychické nároky. Proto je vhodné zaměřit se na tři věci: Posilovat svou psychickou odolnost, pečovat o své duševní zdraví a pomáhat sobě i ostatním. Web vyvinuli odborníci z Národního ústavu duševního zdraví za odborného přispění a garance Ministerstva zdravotnictví, psychologických pracovišť Ministerstva vnitra, Armády ČR, Policie ČR a Hasičského záchranného sboru ČR, pacientské organizace Nevypusť duši a dalších odborníků.

Web obsahuje nástroje, pomocí kterých se můžeme sami online otestovat, abychom viděli, jak jsme na tom v oblasti celkové duševní pohody, úzkosti, depresivity či závislostního chování. Dále obsahuje v sekci “Duševní zdraví” množství informací, které se týkají duševního zdraví a onemocnění, covid-19, stresu a vyhoření či např. oblasti sebevražedného jednání. Důležitou částí je sekce “Péče o sebe”. Duševní zdraví zahrnuje emocionální, duševní a sociální well-being jednotlivce. Péče o sebe sama je důležitou součástí získání a udržení duševní pohody, zahrnuje aktivní snahy směrem ke zlepšování stavu v mnoha oblastech (spánek, emoční a psychická podpora, fyzická péče, zájmy a relaxace, práce, so-

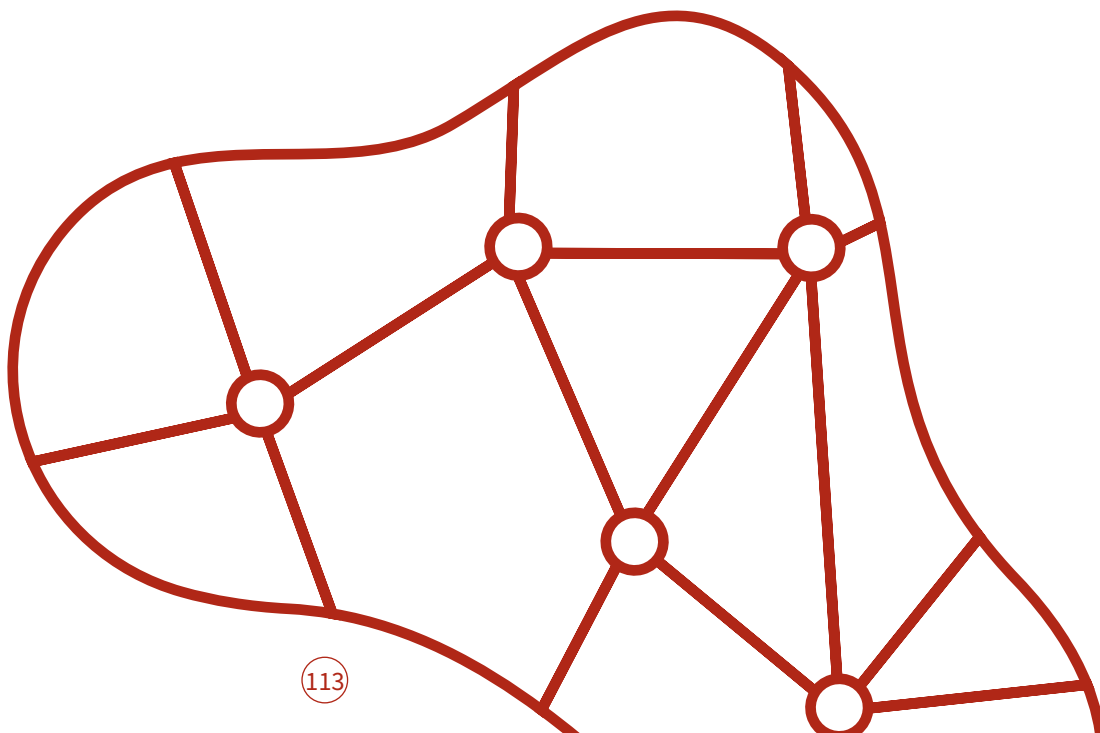
ciální vztahy, duchovní oblast). U každého může taková péče vypadat jinak. Jednoznačně je však důležité osvojit si takový životní styl, skrze který je možné uplatnit vlastní schopnosti zvládat každodenní stres, pracovat produktivně a být užitečný pro svou komunitu. V této sekci nalezneme užitečné tipy, jak jednotlivé oblasti rozvíjet, např. doporučení pro hygienu spánku, jak čelit negativním myšlenkám, jak regulovat své emoce apod. Péči o sebe můžeme také zahrnout mezi naše životní cíle tak, abychom se snažili pečovat o sebe pravidelně, a tím pádem docílili dobrých pocitů a lepšího fungování v životě. Součástí webu jsou také odkazy na krizovou a další odbornou pomoc či doporučení, jak si mohou pomoci sám. V sekci „Multimédia“ nalezneme knihovnu se články, videospoty, rozhovory či podcasty, které jsou tematicky roztříděny. Do sekce „Akce“ se zařazují aktuální webináře, semináře či konference s tematikou podpory duševního zdraví.



PhDr. Štěpán Vymětal, Ph.D. / Česká republika

Zastupuje ČR ve Stálém výboru pro psychologii krizí, katastrof a traumatu EFPA, je zaměstnán na psychologickém pracovišti MV ČR, přednáší na katedře psychologie FF UK a působí jako soudní znalec v oboru psychologie.

✉ stepan.vymetal@mvcz.cz





Sdružení pěstounských rodin z.s.

Nestátní nezisková organizace, která od roku 1995 působí v oblasti náhradní rodinné péče. Posláním Sdružení je podporovat pěstounské rodiny a jiné pečující osoby v jejich rozhodnutí dát dětem šťastnou a spokojenou rodinu. Poskytujeme dětem a pěstounům trvalou podporu, poradenství, vzdělávání, doprovázení a odbornou pomoc.

www.pestouni.cz
info@pestouni.cz

Sborník vydán za podpory:

-
- Visegrad Fund
-
-



