

POSTTRAUMATICKÁ STRESOVÁ PORUCHA U DĚTÍ A DOSPÍVAJÍCÍCH

souborný článek

Jana Kocourková
Jiří Koutek

Dětská psychiatrická klinika 2. LF UK
a DPK FN Motol, Praha

Kontaktní adresa:

doc. PhDr. Jana Kocourková
Dětská psychiatrická klinika FN
Motol
V úvalu 84
150 00 Praha 5
e-mail:
Jana.Kocourkova@lfmotol.cuni.cz

Podpořeno projektem MZ ČR
koncepčního rozvoje výzkumné
organizace 00064203 (Fakultní
nemocnice v Motole), v rámci
programu UK Progres č.Q15 „Životní
dráhy, životní styly a kvalita života
z pohledu individuální adaptace
a vztahu aktérů a institucí“.

SOUHRN

Kocourková J, Koutek J. Posttraumatická stresová porucha u dětí a dospívajících

Posttraumatická stresová porucha ohrožuje děti a dospívající, kteří byli vystaveni závažnému stresu. Diagnostika i terapie je zejména u menších dětí komplikovaná v důsledku vývojové úrovně dítěte v emoční, kognitivní i vztahové oblasti. Autoři popisují typy traumatizace u dětí, charakter klinických následků a možnosti terapeutického ovlivnění.

Klíčová slova: posttraumatická stresová porucha, děti, dospívající, diagnostika, terapie.

SUMMARY

Kocourková J, Koutek J. Posttraumatic stress disorder in children and adolescents

Children and adolescents exposed to serious traumatic event are at an increased risk for developing the posttraumatic stress disorder. Both diagnostics and treatment, especially in younger children, are complicated due to the child's developmental state in emotional, cognitive and relationship area. The authors describe types of child trauma as well as characteristics of its clinical consequences and possibilities for treatment.

Key words: posttraumatic stress disorder, children, adolescents, diagnostic, therapy.

ÚVOD

Traumatizace v dětském a adolescentním věku představuje závažnou okolnost, jejíž negativní dopady se projevují v biologické i psychosociální oblasti.^{1–3} Dlouho byla rozšířená představa, že děti mají pouze přechodné reakce a snadněji na trauma zapomenou.⁴ Postupně se ukazovalo, že reakce dětí na trauma je stejně závažná jako u dospělých. Řadu podnětů k tomuto tématu přinesly práce týkající se zkoumání syndromu týraného dítěte, sexuálního zneužívání dětí, traumatizace dětí ve válce,⁵ traumatizace v důsledku přírodních katastrof, traumatizace v důsledku ztráty blízké osoby. Přínos posledních desetiletí spočívá zejména ve vymezení spektra stresových poruch, v nových informacích z oblasti neurobiologie, upřesnění di-

agnostiky v závislosti na věku a propracování terapeutických intervencí. Pozornost je věnována také užívání této diagnózy v oblasti forenzní praxe.

Z psychologického hlediska je traumatická zkušenost taková, v níž dítě nebo adolescent prožívá takovou situaci, je svědkem takové situace, nebo je konfrontován s takovou situací, která představuje přítomnou nebo hrozící smrt, vážné zranění nebo ohrožení fyzické integrity své nebo druhých. Reakcí je strach, pocit bezmoci a hrůza, ale i další pocity, jako je vztek, stud nebo vina. Trauma může mít fyzický nebo psychický charakter a také často můžeme vidět spolupůsobení fyzických a psychických aspektů traumatizace. Z psychologického hlediska rozlišila Terr⁶

u dětí dva typy traumatu. Prvním typem traumatu je náhlá, nepředpokládaná traumatizující událost, druhým typem je chronicky se opakující traumatická zkušenost, u níž dítě může předpokládat její opakování a které se nemůže vyhnout. Může se stát, že se tyto typy traumatu prolínají, může dojít i k následné traumatizaci (například v důsledku vyšetřování, negativního dopadu na rodinu dítěte apod.). Diagnostická kritéria odpovídala spíše následkům traumatu prvního typu (jako náhlé, jednorázové ohrožující situaci) a vedla k rozšíření diagnostických kritérií v DSM-5 a v navrhovaných kritériích ICD-11.^{7,8}

Pro posuzování následků traumatizace u dětí a adolescentů je důležité si uvědomit, že klinický obraz traumatických stresových poruch u dětí je modifikován vývojovými aspekty (kognitivními, emočními, sociálními) a nemusí vždy striktně naplňovat diagnostická kritéria MKN-10.⁹ Důležitou okolností, která ovlivňuje charakter posttraumatických projevů u dětí a adolescentů, je typ traumatu. Následkem jednorázového traumatu bývá typická posttraumatická stresová porucha (s projevy znovuprožívání traumatu, vyhýbavým chováním a zvýšenou dráždivostí), ale například u traumatizujícího dlouhodobého zneužívání dítěte mohou být klinické projevy odlišné (se známkami popření, dissociací, pohotovostí k poruchám chování) a mají hluboký dopad na vývoj osobnosti. U mnoha dětí dochází k tomu, že spolupůsobí oba typy traumatizace, zvláště když se trauma týká blízkých osob, na nichž je dítě závislé.

Reakce na traumatický stres se může u dětí a adolescentů projevovat rozličnými způsoby, které jsou výsledkem interakce traumatické události, specifické reaktivity dítěte a úlohy vnějšího prostředí, v němž dítě žije. I když v případě traumatického stresu má základní patogenní význam vnější traumatická událost, je následující reakce dítěte na trauma ovlivněna rizikovými či protektivními faktory, které souvisí s jeho vnitřním či vnějším světem a jeho subjektivním prožíváním. Emoční následky směřují většinou k prožívání úzkosti a strachu, ale zejména v případech komplexní PTSD se objevují pocity studu, viny, pokoření. Tyto okolnosti mají vliv na terapeutický přístup.¹⁰ Za faktory, které ovlivňují prožívání traumatu, považujeme typ osobnosti dítěte, jeho způsoby vyrovnávání se se stresem, předchozí traumatické zkušenosti, subjektivní význam traumatu, zejména v kontextu jeho interpersonálních vztahů. Další faktory představuje rodinné a širší sociální prostředí dítěte, dostupnost podpory a pomoci, včasná odborná intervence. Specifickým problémem se jeví PTSD u menších dětí, kde se při vyšetření nemůžeme opřít o verbální vyjádření dětí, ať už pro vývojově nedostatečnou schopnost introspekce, nedostatek spolupráce, nebo vyhýbavé chování (které může mít i význam symptomu PTSD). Objektivita vyjádření o potížích malých dětí není zajištěna ani referujícími rodiči, kteří mohou mít pro svá sdělení různé motivy (emoční, forenzní apod.).

VÝSKYT

Mnoho dětí, které jsou vystaveny traumatu, může vyvinout jiné symptomy, než striktně odpovídá PTSD. Jde zejména o internalizované potíže, jako jsou depresivní nebo

úzkostné symptomy, nebo externalizované potíže ve formě poruch chování. PTSD se může rovněž vyskytnout v subklinické formě. Perry a Azad uvádějí, že traumatické zkušenosti jsou každý rok vystaveny miliony dětí a přibližně u 30 % těchto dětí se rozvine posttraumatická stresová porucha.¹¹ V dalších pracích se výskyt PTSD u dětí, které prošly traumatickou zkušeností, odhaduje mezi 30 a 60 %. Nejméně jedno trauma utrpí kolem 15–43 % dívek a 14–43 % chlapců a PTSD se vyvine u 3–15 % dívek a 1–6 % chlapců (dle US National Center pro PTSD).

DIAGNOSTIKA

Diagnostika PTSD dle ICD 10 (F 43.1) nespécifikuje věkové kategorie, i když se předpokládá, že tyto okolnosti klinický obraz PTSD u dětí ovlivňují. Diagnostiku PTSD u dětí komplikují vývojové aspekty v kognitivní, emoční i vztahové oblasti, problémy dítěte ve verbalizaci vnitřních stavů, tendence k vyjadřování obtíží behaviorálním způsobem, intervence a zájmy rodičů, kteří o obtížích dítěte referují.

PTSD představuje odloženou nebo protražovanou reakci na expozici stresoru, který představuje závažné ohrožení dítěte a vzbuzuje úzkost, kterou nelze zvládnout obvyklými adaptačními mechanismy. Klinický obraz vykazuje podobné znaky jako u dospělých pacientů, které jsou však modifikovány vývojovou úrovní dítěte.

Typické jsou následující znaky:

1. Znovuprožívání traumatu. Traumatická událost se opakuje v intruzivních myšlenkách nebo vzpomínkách a snech. Vracejí se vizualizované obrazy traumatické situace, včetně prožívané úzkosti a hrůzy. K opakování traumatické události může dojít na symbolické úrovni i v dětské hře. Pro znovuprožívání traumatické zkušenosti mají význam podněty, které trauma připomínají a asociují původní děsivou situaci.
2. Vyhýbavé chování a pocity ustrnutí. U dětí je zřejmá snaha vyhnout se všemu, co původní traumatickou událost připomíná, děti se vyhýbají místům, myšlenkám, tématům hry i interpersonálním kontaktům, které trauma připomínají. Často dochází k oslabení zájmu o dřívější příjemné aktivity, objevuje se vyhýbání a sdílení vlastních prožitků s druhými, mohou se vyskytnout i poruchy paměti ve vztahu k traumatu.
3. Stav zvýšené vegetativní hyperaktivity. Projevuje se jako poruchy spánku, přítomny jsou děsivé sny, zvýšená dráždivost, obtíže v koncentraci pozornosti, nadměrná úleková reaktivita.

Diagnostika PTSD dosud nepostihovala dostatečně poruchu u menších dětí, proto DSM-5 přišla s rozlišením diagnostických kritérií PTSD s ohledem na věk a uvádí kritéria jak pro dospělé, adolescenty a děti starší 6 let, tak pro děti do věku 6 let. Podmínkou diagnózy je vystavení traumatizující zkušenosti, vtíravé symptomy asociované s traumatickou událostí, přetrvávající vyhýbání se podnětům asociovaným s traumatickou událostí, negativní změny v kognici a emocích, změny hranice vzrušivosti a reaktivity, mohou být přítomny disociativní symptomy. U mladších dětí je traumatickou situací kromě vlastního

ohrožení i to, když je dítě svědkem traumatické události, která se stala jiným lidem, zejména primárním pečovatělem, i když z objektivního hlediska nemusí jít o ohrožení jejich života. Traumatizující je i situace, když se dítě dozví, že se něco jeho důležitým osobám stalo. PTSD se může objevit v jakémkoli věku po prvním roce života, symptomy začínají obvykle v prvních třech měsících po traumatu, i když může dojít ke zpoždění v řádu měsíců, nebo dokonce let. U malých dětí může docházet k výskytu děsivých snů, jejichž obsah nesouvisí s traumatickou událostí. Znovuprožívání událostí souvisejících s traumatem se může objevovat ve hře nebo v disociativních stavech. Může dojít k vývojové regresii. Děti nemusí nutně vykazovat reakce strachu v době vystavení traumatu ani během jeho znovuprožívání.⁷

Komplexní posttraumatická stresová porucha, označovaná také jako komplexní trauma,¹² je diagnostický termín pro určitou variantu posttraumatické stresové poruchy, která se vyvíjí v důsledku opakované kumulativní traumatizace ve specifickém kontextu interpersonálních vztahů s blízkými osobami v dětství, jako je domácí násilí, sexuální zneužívání dětí, traumatizující odloučení, traumatická smrt blízké osoby, a podobně. K vystavení dítěte takové traumatizaci dochází v období, kdy je dítě závislé na primárních pečujících osobách. Cloitre et al.¹³ užívají pojem vývojové trauma, nebo vývojová traumatická porucha.¹⁴ Následky mnohočetné traumatizace se mohou projevit v podobě narušené primární citové vazby, dysregulací v oblasti emoční, kognitivní, vztahové i somatické, v budoucnu taková zkušenost představuje rizikový faktor pro poruchy osobnosti, závislost na návykových látkách, poruchy příjmu potravy, depresivitu a úzkostnost, narušené sebepojetí a autoagresivní chování. Komplexní posttraumatická porucha není diagnostickou jednotkou, zařazenou v DSM-5, ale předpokládá se, že bude zařazena v ICD-11.¹⁸

Diagnostika posttraumatických následků u dětí je komplikovaná tím, že menší děti nemusejí být schopny spolehlivě referovat o svých prožitcích, ať už z důvodu nedostatečné kognitivní vyspělosti, schopnosti introspekce, nebo z emočních důvodů. Někdy je nechuť dětí vypovídat o traumatických prožitcích přímým vyjádřením symptomatiky PTSD, zejména ve směru vyhýbavého chování a úzkosti z připomínky traumatu. V diagnostickém procesu u menších dětí hrají roli rodiče, kteří mohou ve směru vlastního zájmu či emočních prožitků zesilovat nebo zeslabovat problematiku dítěte (například v rámci různých sporů, rodinných konfliktů, odškodnění, posuzování újmy). Je třeba si všimnout též komorbidních poruch, kdy například výskyt ADHD může vést k rizikovému chování a následné traumatizaci.

TERAPEUTICKÉ PŘÍSTUPY

Terapie dítěte vyžaduje komplexní přístup se skladbou terapeutických modalit, v závislosti na typu traumatu, věku dítěte, reakci rodiny, závažnosti stavu, eventuálně dalších komorbidních poruchách. V doporučených postupech léčby je uvedena potřeba edukace rodičů o PTSD, konzultace se školou dítěte, pediatrem, indikovaná je na trauma zaměřená psychoterapie, zahrnující možnosti kognitivně-

-behaviorální terapie, psychodynamické psychoterapie a rodinné terapie, herní terapie u menších dětí. V tomto multimodálním přístupu má místo i farmakoterapie. Prvním úkolem psychotherapeutického postupu je zmírnit napětí a úzkost, jak u dítěte, tak u blízkých vztahových osob. Je třeba si všimnout pocitů vzteku, viny nebo studu, které dítě prožívá, když je nuceno opakovaně o traumatizujících okolnostech hovořit, zejména když nemá kontinuální terapeutický kontakt s jednou osobou. Dřívější představy, že se dítě vypláče nebo vykřičí, jsou samy o sobě naivní a mohou posilovat jak úzkost nebo jiné negativní pocity, tak disociativní symptomy. Psychological debriefing krátce po prožití traumatu se ukazuje jako sporná intervence.^{15,16} V psychoterapii traumatizovaných dětí nám mohou pomoci doporučené postupy jak se zaměřením na traumatizaci,¹⁷ tak na disociativní symptomy a poruchy,¹⁸ které jsou v posttraumatické reaktivitě často přítomny.¹⁹

Farmakoterapie je indikovaná v případech, kdy psychotherapeutické přístupy nevedou k odeznění symptomů. V úvahu přichází zejména podávání antidepresiv typu SSRI, dle naší klinické zkušenosti jsou vhodné preparáty fluoxetin, sertralin a fluvoxamin, které jsou povoleny pro dětský věk v jiných indikacích. Dobrou klinickou zkušenost máme rovněž s některými dalšími antidepresivy, např. s mirtazapinem nebo venlafaxinem, jejichž podávání pro dětský věk je ale off label. Úzkostné projevy lze též tlumit anxiolytiky, např. benzodiazepiny nebo hydroxyzinem, tato medikace by však měla být krátkodobá.

FOREZNÍ ASPEKTY

Posttraumatická stresová porucha může být nezřídka důsledkem jednání, které má charakter trestného činu. Otázka, zda u dítěte nebo dospívajícího jsou přítomny její příznaky, je často kladena soudním znalcům z oboru dětské psychiatrie a psychologie orgány činnými v trestním řízení, tedy vyšetřovateli policie, státními zástupci nebo soudci. Správné posouzení je v tomto případě důležité nejen pro případnou léčbu, ale zejména pro správnou a spravedlivou kvalifikaci trestného činu. Z hlediska forezní psychiatrie jde o závažnou újmu na zdraví, která může mít dlouhodobé a někdy i trvalé následky.²⁰ Na druhé straně však není správné, když se této diagnózy nadužívá v předstávě, že tím pomáháme oběti trestného činu. Diagnóza posttraumatické stresové poruchy by měla být stanovena na základě jasných příznaků, uvedených v Mezinárodní klasifikaci nemocí.

ZÁVĚR

V klinické praxi obvykle vidíme případy, ve kterých je posuzování a terapie traumatizovaných dětí komplikovanější, než odpovídá striktnímu klasifikačnímu zařazení nebo manualizovanému psychotherapeutickému postupu. Přesné posouzení symptomatiky PTSD je ztíženo v důsledku vývojových specifík dětského věku, kdy dítě není schopno reflektovat a spolehlivě popsat svoje prožívání, a potíž musíme vysuzovat z jeho chování nebo referencí blízkých osob. V diagnostice nám pomáhá DSM-5 a předpokládá-

me, že nám bude pomáhat i ICD-11. Klinické pozornosti nesmějí uniknout případy dětí, které byly traumatu vystaveny, ale znaky formálně potřebné pro diagnózu PTSD nesplňují. Vliv traumatu není obvykle omezen na samotnou traumatizující událost, ale dále může traumaticky působit kontext, ve kterém je situace dále ventilována a řešena.²¹ Psychoterapeutický přístup by měl být zaměřen jak na zvládnutí symptomatiky PTSD, tak na celý interperso-

nální kontext, v jehož rámci k traumatizaci došlo. Neměl by být opomenut subjektivní význam a kontext traumatu pro dítě a jeho rodinu.

Opatrnost v posuzování PTSD u dětí se také týká forenzní praxe, v rámci posuzování obětí v trestním řízení, odškodnění v civilních sporech a mnohdy užívání či využívání této diagnózy v rámci rozvodových či porozvodových sporů v péči o děti.

LITERATURA

- Cohen JA, Scheeringa MS. Post-traumatic stress disorder diagnosis in children: challenges and promises. *Dialogues Clin Neurosci* 2009; 11 (1): 91–99.
- Blank M. Posttraumatic stress disorder in infants, toddlers, and preschoolers. *BCM J* 2007; 49 (3): 133–138.
- Malá E. Posttraumatická stresová porucha u dětí a adolescentů. *Lékařské listy* 2011; 60 (9): 16–21.
- Damian SI et al. Post-traumatic stress disorder in children. Overview and case study. *Rom J Leg Med* 2011; 19: 135–140.
- Kaplan S. Children in genocide. *Int J Psychoanal* 2006; 87: 725–746.
- Terr L. Childhood Traumas: An Outline and Overview. *The American Journal of Psychiatry* 1991; 148 (1): 10–20.
- Diagnostický a statistický manuál duševních poruch, DSM-5. Praha: Portál 2015.
- Haravuori H, Marttunen M. Something old, something new: disorders specifically associated with stress in the ICD. 11th revision. *Psychiatria Fennica* 2016; 47: 9–16.
- Mezinárodní klasifikace nemocí, 10. revize. Praha: Psychiatrické centrum Praha 1992.
- Adshead G. Psychological therapies for post-traumatic stress disorder. *Brit J Psychiat* 2000; 177: 144–148.
- Perry BD, Azad I. Posttraumatic stress disorders in children and adolescents. *Current Opinion in Pediatrics* 1999; 11: 310–316.
- Cook A et al. Complex Trauma in Children and Adolescents. *Psychiatric Annals* 2005; 35 (5): 390–398.
- Cloitre M, Stolbach BC, Herman JL et al. A Developmental Approach to Complex PTSD: Childhood and Adult Cumulative Trauma as Predictors of Symptom Complexity. *Journal of Traumatic Stress* 2009; 22 (5): 399–408.
- Van der Kolk BA. Developmental Trauma Disorder. *Psychiatric Annals* 2005; 35 (5): 401–408.
- Greenberg N, Brooks S, Dunn R. Latest developments in post-traumatic stress disorder: diagnosis and treatment. *British Medical Bulletin* 2015; 1–9.
- Wessely S, Deahl M. Psychological debriefing is waste of time. *The British Journal of Psychiatry* 2003; 183 (1): 12–14.
- Practice Parameter for the Assessment and Treatment of Children and Adolescents With Posttraumatic Stress Disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 2010; 49 (4): 414–430.
- International Society for the Study of Trauma and Dissociation (ISSTD). Task Force on Children and Adolescents. Guidelines for the Evaluation and Treatment of Dissociative Symptoms in Children and Adolescents 2003.
- Guidelines for the assessment and treatment of children and adolescents with dissociative symptoms and dissociative disorders. *Child and Adolescent Committee of the European Society for Trauma and Dissociation (ESTD)* 2015.
- Pavlovský P. et al. *Soudní psychiatrie a psychologie*. Praha: Grada 2012.
- Varvin S. Trauma a posttraumatický proces: znovuprožívání nebo vzpomínání? *Revue psychoanalytické psychotherapie* 2006; 8 (2): 37–49.

Cyril Höschl

ČESKÉ KRUŽÍTKO



Zájem o předchozí dvě knihy sloupků-odpovědí profesora Cyrila Höschla potvrzuje, že v dnešní zrychlené době našinec uvítá u svých znepokojivých dotazů především odpovědi stručné a jasné. A přesně takové Höschlovy sloupky již léta jsou. Autor jako zkušený pedagog nabízí nadhled a přesné formulace s da-

rem srozumitelnosti a humoru, nezapře rovněž svoji profesní zkušenost psychiatrii, pomůže a mnohdy i pohladí po duši.

Kniha **České kružítko** přináší další dvě stovky krátkých sloupků Cyrila Höschla z let 2011 až 2015, které mají zároveň komentující a výkladový charakter a vznikaly jako odpovědi na otázky čtenářů časopisu Reflex.

290 Kč, Galén, 241 stran, černobíle, 148 × 200 mm, vázané

Objednávky: Galén, Na Popelce 3144/10a, 150 00 Praha 5, tel.: 257 326 178, e-mail: objednavky@galen.cz

Přímý prodej: Zdravotnická literatura, Lípová 6, 120 00 Praha 2, tel.: 224 923 115