

Přehledové studie

VÝVOJOVÁ TRAUMATICKÁ PORUCHA: NOVÝ POHLED NA TRAUMATICKOU ZKUŠENOST V DĚTSTVÍ A ADOLESCENCI

PETR ŠTĚPÁNEK, JANA SCHMIDTOVÁ, IVO ČERMÁK

Psychologický ústav AV ČR, Brno

ABSTRACT

Developmental trauma disorder: recent perspective on traumatic experience in childhood and adolescence

P. Štěpánek, J. Schmidtová, I. Čermák

Developmental trauma disorder as a consequence of a complex interpersonal trauma originating in childhood and adolescence is conceptualized. Concepts such as polyvictimization, polytraumatization and mainly symptom complexity contribute to understanding of traumatic experience in childhood better than Post-traumatic Stress Disorder (PTSD). They more adequately describe pervasive sequels of traumatic events to personality development in childhood and adolescence. Disturbance in personality functioning relating to affective and cognitive self-regulation, self and other perception, relationships with other, somatic health, etc. is analyzed in details. Development trauma disorder

(DTD) is defined as an experience of one or more forms of multiple, cumulative, chronic and prolonged developmentally adverse traumatic events in a specific interpersonal relationships and contexts (e.g. sexual abuse, physical maltreatment, domestic violence) at the beginning of life (i.e. in childhood and in adolescence).

key words:

complex posttraumatic disorder, developmental psychopathology, polyvictimization, symptom complexity, trauma assessment

klíčová slova:

komplexní posttraumatická porucha, vývojová psychopatologie, polyviktimizace, symptomová komplexita, diagnostika traumatu

ÚVOD

Děti představují nejtraumatizovanější vrstvu lidí na světě (Finkelhor et al., 2010). Jsou vystavovány interpersonálním traumatickým stresorům tak často a systematicky, že někteří výzkumníci označují tento znepokojující jev jako tichou (Kauffman, 2009) či skrytou epidemii (Lanius, Vermetten, Pain, 2010). Celosvětově se odhaduje, že jedno ze tří dětí má zkušenost s fyzickým týráním a přibližně jedna ze čtyř dívek a jeden z pěti chlapců zažili sexuální viktimizaci (Felitti et al., 1998; Putnam, 2003). Je zřejmé, že trauma, které je dlouhodobé, systematické a působené blízkými osobami, vyvolává závažné poruchy ve všech oblastech fungování osobnosti v průběhu celého života takto traumatizovaného jedince. Výzkumy přesvědčivě prokazují jednak souvislost interpersonální, komplexní a mnohočetné traumatizace s počátkem v raném

Došlo: 14. 8. 2017; I. Č., Psychologický ústav AV ČR, Veveří 97, 602 00 Brno; e-mail: cermak@psu.cas.cz

Studie byla podpořena projektem GA ČR 16-17529S a RVO: 68081740.

dětství, jednak omezenost existujících pojetí traumatu ve vztahu k porozumění traumatu v dětském věku.

Posttraumatická stresová porucha u dětí

Trauma v dětském věku bývá nezdědkou objasňováno pomocí posttraumatické stresové poruchy (PTSP). Začlenění posttraumatické stresové poruchy do psychiatrických diagnostických systémů v roce 1980 (DSM-III, APA, 1980) nepochybně představovalo zásadní mezník v chápání traumatu, neboť do té doby nebyla stanovena jasná souvislost mezi traumatickými zkušenostmi a duševními poruchami. I když symptomy PTSP byly již v DSM-IV-TR (APA, 2000) detailně popsány, klinická zkušenost i výzkumy ukazují, že děti a adolescenti trpící následky traumatu nemusí být vždy správně identifikováni, pokud se striktně držíme tohoto diagnostického paradigmatu. Řada traumatizovaných dětí tak může dokonce uniknout pozornosti a v důsledku jim pak není věnována náležitá péče. Například Copeland et al. (2007) jsou přesvědčeni o tom, že v populaci dětí se potenciálně traumatizující události vyskytují poměrně běžně. U reprezentativního vzorku 1420 dětí do 16 let totiž zjistili, že 68 % z nich bylo v průběhu dětství vystaveno minimálně jednou potencionálně traumatizující události a 37 % dokonce vícekrát. U 13,4 % dětí z tohoto souboru byl zaznamenán rozvoj některých posttraumatických symptomů. Pokud však rigorózně posoudili svá data podle kritérií PTSP v DSM-IV, pak jim odpovídalo méně než 0,5 % z jejich výzkumného souboru.

Ze studií na dospělé populaci vyplývá, že většina jedinců je odolná vůči traumatické expozici, přesto u 30 % traumatizovaných dospělých se rozvine PTSP (Kessler et al., 1995) a z těchto 30 % přibližně u 50 % povede PTSP k trvalým a poškozujícím následkům (Davidson, Fairbank, 1993). U dětí a adolescentů je situace ještě závažnější. Data jasně ukazují, že expozice traumatu téměř vždy vyvolá posttraumatickou symptomatologii, i když ne vždy evokuje klinicky klasifikovatelnou PTSP. Závěry epidemiologických a klinických studií se shodují v tom, že PTSP představuje pro děti a adolescenty závažnou psychiatrickou poruchu, kde povaha a intenzita psychického strádání spolu s délkou trvání traumatu evokují problémy v chování, vývojová narušení a funkční poškození osobnosti (např. Zatzick et al., 2008).

Carrion et al. (2002) poukázali na skutečnost, že u dětí vystavených traumatu se sice může projevit funkční narušení a distres, nicméně nemusejí naplnit diagnostická kritéria pro PTSP. Věnovali se výzkumu dětí, které podlimitně naplňovaly kritéria PTSP. Došli k závěru, že děti, u nichž se projeví jen dva symptomy PTSP, vykazovaly podobné narušení jako ty, jež plně splňovaly všechna kritéria PTSP. Dokázali, že u traumatizovaných dětí se začíná projevovat narušení již po prožití traumatu, ale ještě před tím, než se manifestují všechny další symptomy PTSP. Jak frekvence, tak intenzita symptomů mohou přispívat k fenomenologii PTSP u dětí. Je tudíž evidentní, že u dětí s podlimitními kritérii PTSP se projevuje značné funkční narušení a distres. Plná přítomnost klasických symptomů PTSP byla v rámci studie pozorována až u dětí v pozdější pubertě.

U předškolních dětí se po expozici traumatu mohou projevit jen některé symptomy PTSP. Scheeringa et al. (2001) vytvořil alternativní pro diagnostiku PTSP u předškolních dětí vývojově senzitivní kritéria, která jsou méně závislá na verbalizaci a abstraktním myšlení. Do těchto kritérií začlenil nové symptomy, například agresi, nové strachy, ztrátu dříve nabytých vývojových schopností, (např. jazykovou regresi). Dále testoval prediktivní validitu těchto alternativních kritérií (Scheeringa et al., 2003, 2005). Prokázalo se, že validita těchto kritérií byla vyšší než validita klasických kritérií DSM-IV. Scheeringa konstatuje, že 12 % diagnostických krité-

rií přítomných u těchto dětí může být klinikem detekováno skrze přímé pozorování nebo interakci s dítětem. Ostatní kritéria jsou zřejmě jen z výpovědi pečující osoby. Avšak rodiče téměř neuváděli výskyt vyhubých reakcí a emoční ztuhlosti svých traumatizovaných dětí, což jsou klíčové symptomy určující PTSP. Studie ukázala, že zkoumané děti vykazovaly významně více alternativních kritérií než DSM-IV kritérii PTSP.

Kerig et al. (2000) rozlišil symptomy PTSP pro adolescenty, děti ve školním věku a předškolní děti. U adolescentů zahrnoval seznam symptomů nadměrného nabuzení (*hyperarousal, increased arousal*) kromě standardních symptomů hypervigilance a nepřiměřených úlekových reakcí také insomnii nebo úporný spánek, rovněž zlost, agresivní chování či studijní obtíže. Ve srovnání s tímto zjištěním zahrnoval seznam symptomů nadměrného nabuzení u dětí ve školním věku obtíže s usínáním, opozičním nebo agujícím chováním a obsedantním zabýváním se detaily traumatu.

Celá řada výzkumných studií dokládá, že PTSP zejména mezi dětmi nezachycuje spektrum posttraumatických symptomů v dostatečné míře. Například méně než jedna třetina dětí, jež byla léčena pro psychopatologii související s traumatem v National Child Traumatic Stress Network, splnila kritéria pro PTSP (Pynoos et al., 2008). V jiných výzkumných studiích je uváděno, že PTSP je pátou (Ackerman et al., 1998) nebo desátou (Copeland et al., 2007) nejčastější poruchou (diagnózou) u dětí následující po expozici traumatickému stresoru. Komorbidita se zde jeví být spíše pravidlem než výjimkou, 40 % dětí s nějakou traumatickou historií mělo nejméně jednu další diagnózu: poruchu nálady, úzkosti nebo narušeného chování a tento vztah se dále zhoršuje při expozici zvyšujícímu se počtu typů traumatických stresorů (Copeland et al., 2007).

Rozsah a závažnost psychopatologie traumatizovaných dětí

Výzkumníci nacházeli u traumatizovaných dětí problémy s nemodulovanou agresí a potíže s kontrolou impulsů (Cole, Putnam, 1992; Van der Kolk, Perry, Herman, 1991). Zjistili, že trpí disociativním prožíváním, deficitem paměti, pozornosti a orientace v čase a prostoru, pocitu depersonalizace či derealizace. Zaznamenávali u nich zvýšený výskyt flashbacků, nočních děsů, senzomotorických abnormalit (Putnam, 1993) a obtíží s navazováním vztahů s pečovateli, vrstevníky a následně s životními partnery v dospělosti a dále kumulaci problémů ve školním prostředí (Schneider-Rosen, Cicchetti, 1984).

Vyskytuje-li se v anamnéze jedince fyzické týrání a sexuální zneužívání v dětství, pak nebývá zpravidla tato zkušenost osamocena: je spojována s řadou psychopatologických projevů v adolescenci a dospělosti, mezi které lze zahrnout zneužívání návykových látek, hraniční a antisociální poruchy osobnosti, poruchy příjmu potravy, disociativní, afektivní, somatoforní, kardiovaskulární, metabolické, imunologické a sexuální poruchy (Felitti et al., 1998; Herman, Perry, Van der Kolk, 1989; Van der Kolk, Perry, Herman, 1991).

Romano a Luca (1997) zjistili, že přibližně dvacet procent rodičů, kteří byli týráni jako děti, pokračují v týrání svých vlastních dětí, dále pak sedmdesát pět procent pachatelů sexuálního zneužívání dětí přiznalo, že sami byli v dětství také sexuálně zneužíváni. Kromě toho fyzické týrání a zanedbávání je spojováno s vysokým počtem zatčení za násilné trestné činy stejně tak jako s vývojem antisociální poruchy osobnosti (Maxfield, Widom, 1996). Je tudíž zřejmé, že děti, které byly týrány a zanedbávány svými rodiči, se budou s největší pravděpodobností chovat v dospělosti též násilně. Lze tedy předpokládat, že i v následujících generacích se bude násilí „předávat“, a tím udržovat mezigenerační cyklus násilí (Streeck-Fischer, van der Kolk, 2000).

Chronická/sekvenční traumatizace a otázka diagnostických kritérií

Lenore Terrová (Terr, 1991) shrnula účinky dlouhodobé a opakované expozice traumatickým událostem na děti v rámci PTSP. Upozornila na čtyři specifické charakteristiky dětského traumatického prožívání, jež mají tendenci dlouho přetrvávat v různých životních periodách, aniž by záleželo na tom, pod kterou diagnózou je dítě/pacient nakonec vedeno. Mezi tyto charakteristiky patří: vizualizované nebo jiným způsobem vnímané vtíravé vzpomínky na traumatické události (intruzivní myšlenky), opakující se odehrávání ve hře a v chování, traumaticky specifické strachy (fobie, obavy, úzkosti, noční můry) a změněné postoje k lidem, životu a budoucnosti. Terrová rozdělila dětské trauma na dva základní typy a dále je detailně definovala.

I. typ traumatu – jednorázová událost (single-incident trauma), která se stane nenadále a nečekaně, jakoby „z čistého nebe“, jako jsou například traumatické nehody, přírodní katastrofy, teroristický útok, nebo jedna epizoda, kdy je dítě zneužito, stane se objektem útoku či svědkem násilí. Pro tento typ traumatu jsou charakteristické detailní vzpomínky, prožívání „znamení“, že se blíží nebezpečí, tj. anticipace traumatické události ve formě signálů a předzvěstí události a zkrесlená percepce.

II. typ traumatu – kumulativní nebo opakující se trauma, v němž na sebe sekvenčně navazuje série traumat, např. zanedbávání, týrání a sexuální zneužívání, domácí násilí často páchané skrytě a po delší časové období osobami blízkými oběti. Dalšími typickými traumaty tohoto druhu mohou být násilí v komunitě, ve které dítě žije, válka nebo genocida. K symptomům způsobeným chronickou traumatizací patří mimo jiné popírání, emocionální ztuhlost, snížená regulace emocí, disociace (spontánní upadání do transových stavů), nízké vědomí vlastní účinnosti, somatizace, narušené vnímání sebe sama, návaly vzteku a zuřivosti. Sekvenční traumatizace může vyústit ve zhoršený vývoj osobnosti a psychopatologickou heterogenní symptomatologii (Terr, 1991).

Trauma II. typu se vyskytuje častěji, než je běžně rozpoznáváno (zasahuje 1 ze 7 až z 10 dětí; Finkelhor, Ormrod, Turner, 2007a, 2007b), často se objevuje kumulativně a obyčejně zahrnuje prožitek bazální zrady důvěry v primární vztahy. Důvodem je fakt, že násilí je páchano většinou někým, kdo je obětí znám nebo na němž je oběť vztahově závislá. Často dochází k překrývání životních okolností po náhlé šokující smrti nebo nehodách, které zanechají dítě hendikepované. V těchto případech charakteristiky obou typů dětského traumatu mohou koexistovat souběžně a často jsou doprovázeny smutkem značné intenzity (Terr, 1991).

Klinické studie realizované v minulých třiceti letech jak na dětské, tak na dospělé populaci prokázaly, že u většiny jedinců exponovaných traumatu se traumatický stres nevyskytuje izolovaně, ale spíše je charakterizován současně se vyskytujícími, často chronickými druhy viktimizace a dalšími zkušenostmi nepříznivě ovlivňujícími vývoj jedince (Anda et al., 2006; Dong et al., 2004; Spinazzola et al., 2005; van der Kolk et al., 2005). Terrové konceptualizace dětské traumatizace byla užitečným začátkem pro formulaci diagnostických a léčebných konsekvencí u chronicky traumatizovaných dětí (Cloitre et al., 2009).

Komplexní PTSP

Paralelně se zavedenou diagnózou PTSP byly do psychiatrického klasifikačního systému DSM-III (APA, 1980) navrženy další posttraumatické syndromy jako *syndrom traumatu ze znásilnění (rape trauma syndrom)*, *syndrom týraných žen*, *trauma ze sexuálního zneužití*, *trauma z incestu* a *syndrom přeživších koncentrační tábory* (např. Van der Kolk, McFarlane, Weisaeth, 1996). Tyto syndromy poukazovaly na problémy, jež nebyly zachyceny v diagnóze PTSP a zachycují především důsledky napadení či

znásilnění obětí: narušený pocit bezpečí, důvěry, sebeúcty, problém reviktimizace či ztráta pocitu koherence vlastního self. U obětí byla zjišťována komplikovaná adaptace na rozsáhlou, závažnou a dlouhodobou traumatizaci. Oběti vykazovaly dlouhodobé problémy v oblastech pozornosti, seberegulace a jejich osobnostní struktura se jevila narušená.

Obtíže s diagnostickým zařazením a léčbou mnohočetně traumatizovaných u dospělých i u dětí poprvé souhrnně na základě předchozích konceptů popsala Judith Lewis Hermann (1992) a navrhla diagnózu *komplexní PTSP (Complex PTSD)*. Komplexní trauma definovala jako trauma, které se opakuje, kumuluje a přetrvává po určitou dobu ve specifických interpersonálních vztazích a kontextech. Jde o násilí, které se děje po delší časové období a vyskytuje se především mezi primárními vztahovými osobami, kdy je oběť psychicky i fyzicky slabší. Komplexní trauma je v literatuře také označováno jako *extrémní stresová porucha (Disorders of Extreme Stress Otherwise Specified – DESNOS; Luxenberg, Spinazzola, van der Kolk, 2001)*, která byla konceptualizována jako konstelace chronických problémů s regulací self, vědomí a vztahů (Luxenberg, et al., 2001).

Raná interpersonální traumatizace a komplexnější posttraumatická psychopatologie

Na základě předchozích výzkumů komplexního traumatu – extrémní stresové poruchy došli van der Kolk et al. (2005) k souhrnným závěrům: Raná interpersonální traumatizace zapříčiňuje daleko komplexnější posttraumatické psychopatologické projevy než pozdější interpersonální viktimizace. Tyto symptomy se vyskytují spolu se symptomatologií PTSP a nikoli nezbytně tvoří samostatný cluster symptomů. Čím ranější expozice traumatu, tím pravděpodobněji budou jedinci vykazovat vyhraněnou a viditelnou DESNOS symptomatologii vedle symptomů PTSP. Čím déle jsou jedinci exponováni traumatickým událostem, tím pravděpodobněji se u nich rozvinou obě podoby traumatu, a to jak PTSP, tak DESNOS. Dopady protrahované traumatizace zahrnují problémy s regulací afektů, dále pak agresi vůči sobě i druhým, disociační projevy, somatizaci a psychopatologické povahové rysy či přímo poruchu osobnosti. Tyto různorodé symptomy mají tendenci se shlukovat a jsou mezi sebou vzájemně vysoce propojené (Hermann, 1992; Mueser, Taub, 1998). Trauma má extrémně pervazivní účinek během první dekády života a s věkem se stává ohraničenější, „čistší PTSP“. Pro jedince trpící symptomy DESNOS není rozhodující pouze věk, ve kterém byli poprvé traumatizováni, ale také počet traumatizujících zkušeností, kterými následně trpěli. Odhad prevalence dětské traumatizační historie v obecné psychiatrické populaci se pohybuje v rozmezí od 40 do 70 %. Přítomnost DESNOS se ukazuje jako silný negativní prognostický indikátor výsledků léčby PTSP a behaviorálních poruch (Ford, Kidd, 1998). Symptomy DESNOS, spíše než symptomy PTSP jsou u pacientů důvodem pro vyhledání odborné léčby (van der Kolk et al., 2005).

Kessler (2000) jednoznačně konstatuje, že jedinci s traumatickou historií jen výjimečně zažijí pouze jednu traumatickou událost, lze očekávat, že budou s větší pravděpodobností uvádět více traumatických zkušeností. Van der Kolk et al. (2005) uvádí, že zvyšující se počet různých typů traumatu je spojován se zvyšujícím se počtem různých typů symptomů prožívaných souběžně – jedná se o tzv. *symptomovou komplexitu*. Briere, Kaltman a Green (2008) zjistili, že existuje lineární vztah mezi počtem různých druhů traumat zažitých před 18 rokem a symptomovou komplexitou u souboru mladých dospělých žen. K podobným závěrům dospěli Cloitre et al. (2009), když z původního výzkumu vyvozují, že trauma v dětství přispívá výrazněji k symptomové komplexitě než trauma v dospělosti. Expozice mnohočetným traumatům, obzvláště

v dětství, vyústí v komplex symptomů, který zahrnuje jak PTSP, tak nevelkou, ale variabilní skupinu symptomů, v níž dominují poruchy seberegulace. Závažnost dopadu dlouhodobého chronického traumatu (oproti jednorázové či mimořádné traumatické události) nespočívá ani tak v trvání opakujícího se jednoho konkrétního traumatu, ale spíše v přítomnosti mnohočetných společně se vyskytujících traumatických událostí (např. sexuální zneužívání v dětství, fyzické a emoční zneužívání a zanedbávání), které tvářejí symptomovou komplexitu.

Komplexní PTSP v současných diagnostických systémech

Ford (2015) uvádí, že *komplexní PTSP* byla definována jako syndrom projevující se patologickou disociací, emoční dysregulací, somatizací, změnami ve vnímání self, změnami ve vztazích a názorovém přesvědčení, ke kterému dochází v důsledku traumatické viktimizace. Bylo provedeno mnoho klinických a vědeckých studií *komplexní PTSP* (Sar, 2011; Van Dijke et al., 2011). Mezinárodními profesními organizacemi byly stanoveny postupy léčby dospělých pacientů trpících *komplexní PTSP* (Cloitre et al., 2011).

Na základě početných výzkumných studií a kritické diskuse (Resick et al., 2012) byla diagnostická kritéria PTSP v DSM-5 (APA, 2013) značně rozšířena. Symptomy PTSP v DSM-5 jsou konzistentní s každou z oblastí *komplexní PTSP*: emoční dysregulací (tj. široká škála dlouhodobě přetrvávajících negativních emocí, sebepoškozování, depersonalizace a derealizace), fungováním ve vztazích (tj. rizikové nebo agresivní chování) a narušeným vnímáním self (t. j. dlouhodobě negativní vnímání sebe sama, Ford, 2015).

Světová zdravotnická organizace zahrnuje *komplexní PTSP* do chystaného 11. vydání Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-11) jako potenciální diagnózu (Cloitre et al., 2013). Výzkumy probíhající v rámci přípravy 11. revize Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-11) podporují rozlišení PTSP a komplexní PTSP (např. Cloitre et al., 2013; Karatzias et al., 2018). Tyto subkategorie budou zastřešeny nadřazenou kategorií Poruchy spojené se stresem (Disorders specifically associated with stress). PTSP v nové koncepci MKN-11 je složena ze tří symptomových klastrů: 1. znovuprožití traumatu v přítomném čase – „zde a nyní“, 2. vyhýbání se traumatickým vzpomínkám a 3. stálý pocit ohrožení manifestovaný zvýrazněnými obavami a hypervigilanci. Komplexní PTSP obsahuje v MKN-11 tři uvedené klastry PTSP a tři doplňkové klastry zachycující narušení v sebeorganizaci (disturbances in self-organization): 1. afektivní dysregulace, 2. negativní sebepojetí, 3. narušené vztahy (Maercker et al., 2013). Tato narušení jsou uváděna do souvislosti s přetrvávajícími, opakujícími se a mnohočetnými traumaty různého druhu, včetně sexuálního zneužívání v dětství nebo krutého zacházení ze strany pečovatелů. Identifikace dlouhodobě působících nepříznivých podmínek, které navozují ztrátu bezpečného emočního a sociálního zázemí, pomáhá k odlišení PTSD a komplexní PTSP (Cloitre et al., 2013).

Interpersonální traumatizace v dětství a její důsledky

Děti se častěji stávají obětmi *interpersonální viktimizace* (Finkelhor, 2007) než obětmi přírodních katastrof či dopravních nehod. Interpersonální viktimizaci (jde o výraz více méně ekvivalentní interpersonální traumatizaci, byť s důrazem na směr interpersonální interakce a vinu v tomto vztahu), která má počátek v dětství, můžeme ve shodě s Finkelhornem (2008) definovat jako újmu, kterou dítěti způsobili jiní, většinou dospělí lidé porušující svým chováním sociální normy. Tento druh viktimizace obsahuje v mnohem větší míře prvky nenávisti, zrady, nespravedlnosti, křivdy a nemorálnosti než traumatizace typu nehody, nemoci nebo přírodní katastrofy. Podíváme-li se

na problém traumatu z této perspektivy, pak je bohužel nanejvýš patrné, že děti mohou v období od narození do pozdní adolescence zažívat obrovské množství různých forem interpersonálních traumatických životních událostí.

Viktimizace či interpersonální trauma představují širokou škálu zkušeností dětí a adolescentů (D'Andrea et al., 2012): týrání, interpersonální násilí, zneužívání, napadení a zanedbávání; rovněž fyzické, sexuální a emoční zneužívání v rodině, včetně incestu; napadení a zneužívání ve vrstevnických skupinách a školních komunitách, včetně šikany; závažné zanedbávání v oblasti fyzické, medicínské a emoční péče; svědectví domácího násilí; důsledky duševní nemoci pečovatele (primární vztahové osoby) či jeho zneužívání návykových látek nebo zapojení do kriminální činnosti, anebo náhlá separace či jeho vlastní traumatické ztráty. Celkově lze interpersonální traumatizaci v dětství charakterizovat jako závažné selhání systému péče či jeho pervazivní narušení.

Interpersonální traumatizace v dětství kumulativního charakteru má závažné negativní důsledky pro duševní zdraví dětí, adolescentů a následně i dospělých, jak z krátkodobého (Beitchman et al., 1991; Danielson et al., 2010), tak i z dlouhodobého hlediska (Beitchman et al., 1992; Irish, Kobayashi, Delahanty, 2010). Nejde jen o vážné předpoklady, ale na rozsáhlých vzorcích zdokumentované konsekvence (Green et al., 2010) či metaanalýzami potvrzené hypotézy (Koenen et al., 2007). Početné studie ukázaly, že expozice interpersonálnímu traumatu v dětství může chronicky a pervazivně narušit sociální, psychický, kognitivní a biologický vývoj jedince (Cook et al., 2005; Spinazzola et al., 2005).

Dále se ukazuje, že již zmíněná *komplexita symptomů* se u dětí a adolescentů s diagnostikovanou interpersonální traumatizací výrazně zvyšuje s nárůstem počtu různých typů traumat, a to jak v epidemiologických (Finkelhor et al., 2007a, 2007b; Ford et al., 2010; Gustafsson, Nilsson, Svedin, 2009), tak i klinických (Cloitre et al., 2009; Ford, Connor, Hawke, 2009; Ford, Fraleigh, Connor, 2010) výzkumech. Jiné faktory posilující viktimizaci, jako například chronicita, fyzické násilí a zrada důvěry, hrají také významnou roli v diagnostickém odhadu rizika a závažnosti posttraumatických symptomů a psychického poškození dětí i dospělých. Přesto zkušenost s více různými typy viktimizace vede k vývoji závažnější mnohočetné symptomatologie zahrnující celé spektrum psychických poruch (Finkelhor, Ormrod, Turner, 2009).

Ford (2005) upozorňuje, že děti, které zažily týrání a zanedbání, jsou náchylnější k mnoha psychiatrickým onemocněním, a i když příčinná souvislost mezi týráním či zanedbáváním a rozvojem těchto nemocí není známa, tak nálezy týkající se zvýšeného rizika naznačují, že týrání není jen potenciálním traumatickým stresorem, ale také zdrojem vývojových změn v regulaci biologických, psychických a interpersonálních kapacit, jež mohou přispívat k psychopatologii dětí. Podle Forda trauma zásadním způsobem narušuje vývoj dítěte na všech úrovních fungování osobnosti s téměř fatálními dopady pro život v partnerství, komunitách i společnosti, a proto je zcela oprávněně chápát důsledky závažného týrání a zanedbávání jako *vývojově nepříznivé interpersonální trauma* (developmentally adverse interpersonal trauma, Ford, 2005).

Výzkumy následků několikanásobného či opakovaného týrání, zanedbávání či interpersonálního násilí páchaného na dětech přesvědčivě dokládají, že tyto typy viktimizace u dětí a adolescentů významně zvyšují riziko výskytu závažných chronických současně se vyskytujících symptomů, jako jsou problémy s emoční regulací či kontrolou impulsů, disociace, nepříznivé změny pozornosti a jiných exekutivních funkcí, narušení interpersonálních atribucí a vztahů. Klinická pozorování a výzkumné nálezy společně se vyskytujících psychopatologických symptomů na vzorcích

obětí traumatu dosáhly pomyslnou kritickou hladinu jak svým rozsahem, tak také kvalitou empirické evidence, že řada výzkumníků začala volat po zlepšení explikační síly současného psychologicko-psychiatrického diagnostického systému (Cloitre et al., 2009; Courtois, Ford, 2009; van der Kolk 2005). Jak jsme již uvedli, traumatizované děti vykazují řadu dalších psychopatologických symptomů, které často přetrvávají do dospělosti (např. Koenen et al., 2008). Navíc traumatizace v dětském věku významně zvyšuje riziko další traumatizace v průběhu dospělosti (Widom, Czaja, Dutton, 2008).

Vývojová traumatická porucha

Van der Kolk (2005) na podkladě předchozích výzkumů PTSP konstatoval, že žádná současná psychiatrická diagnóza neobjasňuje klastr symptomů, vyskytující se často u dětí vystavených interpersonálnímu traumatu, jež by byla výzkumem prokázána a která by popisovala pervazivní důsledky traumatu na vývoj dítěte, a také, že diagnóza PTSP nepopisuje adekvátně efekty expozice traumatu v dětství z hlediska jejich vývoje, tudíž není vývojově senzitivní. Jako argument mimo jiné uvádí, že kojenci a děti, které mají zkušenost s mnohočetnými formami týrání, často prodělávají vývojová opoždění napříč širokým spektrem včetně kognitivních, jazykových, motorických a socializačních dovedností, a mají tendenci vykazovat velmi komplexní poruchy s různými rozmanitými často fluktuujícími kombinacemi symptomů. Poukázal na skutečnost, že těmto dětem je bohužel spíše dáována škála „komorbidních“ diagnóz, které jako by se vyskytovaly nezávisle na symptomech PTSP a neberou v potaz spektrum problémů traumatizovaných dětí. Van der Kolk upozorňuje, že komorbidní diagnózy neposkytují základní vodítka, jež jsou zapotřebí k efektivní prevenci a intervenci. A dále jasně konstatuje, že odsunutím či degradováním celého spektra problémů souvisejících s traumatem směrem ke zdánlivě nesouvisejícím „komorbidním“ okolnostem, mohou být poruchy spojené s traumatem ztraceny pro vědecký výzkum. Navíc díky tomu kliničtí pracovníci mohou riskovat, že budou aplikovat takové léčebné přístupy, které nebudou pro tyto děti prospěšné a užitečné.

Na volání (Cook et al., 2005; Ford, 2005; Spinazolla et al., 2005) po vývojově senzitivní diagnóze traumatu odpověděl Van der Kolk (2005), když navrhl koncept diagnózy vývojové traumatické poruchy (VTP, Developmental Trauma Disorder, DTD). Definuje ji jako zkušenost mnohočetných, kumulativních, chronických a prolongovaných vývojově nepříznivých traumatických událostí odehrávajících se po určité delší časové období ve specifických interpersonálních vztazích a kontextech (např. sexuální zneužívání, fyzické týrání, domácí násilí – tzn. násilí mezi primárními vztahovými osobami, kdy oběť je psychicky i fyzicky slabší) na začátku života (dětství, adolescence), tzn. ve vývojově nepříznivém období. Van der Kolk zdůrazňuje, že expozice jedné či více formám traumatizace se často odehrává v systému péče o dítě a zahrnuje fyzické, emocionální, vzdělávací a výchovné zanedbávání. Mnohočetná a chronická expozice interpersonálnímu násilí je většinou doprovázená subjektivními prožitky hněvu, zrady, strachu, rezignace, porážky, pocitu studu a hanby (Freyd, 1998; Feiring, Taska, Lewis, 2002; Terr, 1991). V roce 2009 pracovní skupina National Child Traumatic Stress Network vedená Van der Kolkem (Van der Kolk et al., 2009) adaptovala problematiku komplexní posttraumatické stresové poruchy na děti a mladistvé a navrhla diagnostická kritéria vývojové traumatické poruchy.

Návrh kritérií vývojové traumatické poruchy

Každé z pěti (A až E) existujících kritérií vývojové traumatické poruchy zahrnuje specifické projevy, z nichž se u jedince musí vyskytovat buď některé, nebo všechny.

A. Vystavení traumatu

Dítě či adolescent zažili nebo byli opakovaně či dlouhodobě svědky negativních událostí po dobu nejméně 1 roku. Tyto události se začaly odehrávat v jejich dětství nebo rané adolescenci, přičemž bylo přítomno *obojí* z následujícího:

A1. Dítě mělo přímou zkušenost s opakovanými a závažnými epizodami interpersonálního násilí či bylo jejich svědkem *a zároveň*

A2. došlo k závažnému narušení vztahů s pečující osobou v důsledku opakovaného střídání se primárních pečujících osob, opakovaného odloučení od primární pečující osoby, nebo vystavení závažnému a dlouhodobému emočnímu zneužívání.

B. Afektivní a fyziologická dysregulace

Dítě vykazuje narušené normativní vývojové kompetence týkající se regulace emočního nabuzení, přičemž jsou přítomny alespoň *dva* z následujících symptomů:

B1. Neschopnost regulovat, snášet či se zotavit z extrémních afektivních stavů (např. strach, vztek, stud), včetně dlouhodobých a extrémních záchvatů vzteku nebo stavů nehybnosti.

B2. Poruchy regulace tělesných funkcí (např. dlouhodobé poruchy spánku, přijímání potravy a vylučování; precitlivělost nebo netečnost vůči dotekům a zvukům; dezorganizace při běžných životních změnách).

B3. Snížené uvědomování si / disociace pocitů, emocí či tělesných stavů.

B4. Narušená schopnost popsat emoce nebo tělesné stavy.

C. Dysregulace pozornosti a chování

Dítě vykazuje narušené normativní vývojové kompetence týkající se udržení pozornosti, učení nebo zvládnání stresu, přičemž jsou přítomny alespoň *tři* z následujících symptomů:

C1. Nadměrná zaujatost ohrožením nebo narušená schopnost vnímat ohrožení, včetně nesprávného pochopení známek bezpečí či nebezpečí.

C2. Narušená schopnost ochrany sebe sama, včetně podstupování extrémního rizika či vyhledávání vzrušujících zážitků.

C3. Maladaptivní pokusy o sebeuklidnění (např. kývání se a jiné rytmické pohyby, kompulzivní masturbace).

C4. Navyklé (záměrné či zautomatizované) nebo reaktivní sebepoškozování.

C5. Neschopnost započít a vytrvat v chování zaměřeném na cíl.

D. Dysregulace vztahu k sobě a k ostatním

Dítě vykazuje narušené normativní vývojové duševní kompetence ve smyslu osobní identity a zapojení se do vztahů, přičemž jsou přítomny alespoň *tři* z následujících symptomů:

D1. Silné zaujetí bezpečím pečující osoby nebo ostatních nejbližších osob (včetně předčasného zaujetí pozice pečující osoby) nebo obtíže při toleranci opětovného setkání s těmito lidmi po odloučení.

D2. Dlouhodobé negativní vnímání sebe sama, včetně sebeopovržení, pocitů bezmocnosti, bezcennosti, neschopnosti a poškození.

D3. Vysoká či dlouhotrvající nedůvěra, vzdor či nedostatek recipročního chování v blízkých vztazích s dospělými či vrstevníky.

D4. Fyzická či verbální agrese vůči vrstevníkům, pečujícím osobám nebo jiným dospělým.

D5. Nepřiměřené (excesivní nebo promiskuitní) pokusy o vytvoření intimního kontaktu (včetně sexuální či fyzické intimity, nikoli však výhradně) nebo excesivní hledání opory, bezpečí a útěchy u vrstevníků nebo dospělých.

D6. Narušená schopnost regulovat empatické reakce, která se projevuje nedostatkem schopnosti vcítit se do druhých nebo tolerovat jejich projevy nepohody, nebo nepřiměřená reakce na jejich nepohodu.

E. Spektrum posttraumatických symptomů

Dítě vykazuje alespoň jeden symptom minimálně ve dvou ze tří klastrů (B, C, D) posttraumatické stresové poruchy.

F. Délka trvání symptomů vývojové traumatické poruchy uvedených v kritériích B, C a D je nejméně 6 měsíců.

G. Funkční narušení

Výše uvedené symptomy vyvolávají klinicky závažné potíže či poruchy narušení alespoň ve dvou z následujících funkčních oblastí:

- Škola: podprůměrný prospěch, dlouhodobé absence, kázeňské problémy, předčasné ukončení školní docházky, neschopnost dokončit studium či splnit náležitosti nutné k absolvování předmětu, konflikty se školním personálem, poruchy učení nebo poruchy intelektu, které nemohou být způsobeny neurologickými či jinými faktory;
- Rodina: konflikty, vyhybavost/pasivita, útky z domova, odcizení a přilnutí k jinému člověku (namísto člena rodiny), snaha fyzicky či emočně ublížit členům rodiny, neplnění povinností v rámci rodiny;
- Vrstevníci: izolace, deviantní vztahy, neustálé fyzické či vztahové konflikty, vyhybavost/pasivita, násilnosti a jiné nebezpečné jednání, věku nepřiměřené vztahy nebo způsob interakce;
- Právní oblast: zatčení/recidivita, zadržení ve vazbě, odsouzení, uvěznění, porušení podmínek nebo jiných soudních nařízení, narůstající závažnost přestupků proti zákonu, kriminální činy spáchané vůči spoluobčanům, nerespektování zákona či pohrdání právem nebo běžnými morálními standardy;
- Zdraví: tělesná onemocnění či potíže, které nemohly být způsobeny tělesným zraněním či degenerativním onemocněním. Tato se týkají trávicí soustavy, nervové soustavy (včetně konverzních symptomů a analgezie), sexuality, imunity, kardiopulmonárního, propioceptivního nebo sensorického systému. Dále sem patří velké bolesti hlavy (včetně migrény), chronická bolest či chronická únava;
- Práce (pracovní uplatnění mládeže, která hledá zaměstnání, neplacenou brigádu či praxi): nezájem o práci/povolání, neschopnost najít si nebo si udržet práci, neustálé konflikty se spolupracovníky nebo nadřízenými, zaměstnání neodpovídající schopnostem, neschopnost dosáhnout kariérního postupu.

Rozdíly mezi vývojovou traumatickou poruchou (VTP) a posttraumatickou stresovou poruchou (PTSP)

Diagnóza vývojové traumatické poruchy je srovnatelná s diagnózou posttraumatické stresové poruchy v tom, že po kritériu expozice traumatu následuje kritérium symptomů a kritérium funkčního narušení. Obě diagnózy se nicméně také liší. Diagnóza VTP zahrnuje dlouhodobou expozici interpersonálním traumatům během dětství s nepříznivým dopadem na vývoj dítěte (Ford, 2005), zatímco diagnóza PTSP zdůrazňuje život ohrožující událost nebo narušení tělesné integrity, a to v jakékoliv míře chroničnosti. Pro identifikaci VTP jsou důležité subjektivní reakce v podobě zlosti, pocitu zrady, rezignace nebo studu jdoucí nad rámec nebo místo reakcí typu strach, bezmocnost nebo zděšení, na které se zaměřuje PTSP (Ford, 2011; Van der Kolk et al., 2009).

Na rozdíl od tří symptomatologických kritérií typických pro PTSP (tj. opakované oživování traumatu v dotírajících vzpomínkách, odtazitost a emoční otupění, zvýšená dráždivost a přehnané úlekové reakce), VTP zahrnuje dvě symptomatologická kritéria, která jsou definována takto: (1) dysregulace způsobená traumatickým stresem v několika psychobiologických oblastech (např. emoce, fyziologie, kognice) a (2) dlouhodobé změny v tom, čemu daný jedinec věří (změna hodnotového systému) a co očekává (např. nedůvěra, pocit porážky, trvale poškozené self). VTP se tedy hypoteticky považuje za sled chronických expozic interpersonálnímu traumatu v dětství, které probíhají paralelně s PTSP. Na rozdíl od PTSP však VTP obsahuje navíc dysregulaci a změněný hodnotový systém. Tyto svým rozsahem sahají ještě dále než patologický strach nebo úzkost. Symptomy PTSP (vzteky, emoční otupění, flashbaky, zvýšená dráždivost), včetně symptomů poruch nálady, však mohou být přítomny v dostatečném množství na to, aby byly považovány za symptomy VTP (Ford, 2011).

Vývojová traumatická porucha: pochybnosti

Schmid, Petermann, Fegert (2013) vznesli zásadní výhradu proti vývojové traumatické poruše (VTP), neboť jsou přesvědčeni o tom, že zatím není dostatek evidence pro její zavedení jako samostatné diagnostické kategorie. Východiskem kritiky je obava z chaosu, který by se tím vnesl do diagnostických manuálů. Podle autorů totiž formální diagnostická kritéria VTP snižují účinnost stávajících diagnostických systémů, které byly navrženy tak, aby se vyhnuly teorii o etiologii duševních poruch a jejichž výhodou je jasný a operacionalizovaný popis symptomů a poruch. Kritici navrhovaného konceptu tvrdí, že neexistuje jasná hranice mezi symptomy a syndromy, a že *kritéria VTP se překrývají s kritérii některých existujících či zvažovaných diagnóz*. Mnoho symptomů hraniční poruchy osobnosti nebo poruchy citové vazby je obsaženo v seznamu symptomů VTP, a tudíž neumožňují stanovení jasné dělicí čáry mezi těmito poruchami. Kritéria VTP se kromě toho překrývají s kritérii poruch citové vazby a poruchami chování, a ačkoliv tyto dvě uvedené diagnózy mají vysokou prevalenci u jedinců s traumatickými životními zkušenostmi, vyskytují se u nich problémy s validitou a reliabilitou (Minnis et al., 2006; Moffitt et al., 2008) a vysokou komorbiditou s ostatními duševními poruchami.

Podle Schmid, Petermanna a Fegerta (2013) upřednostňuje diagnóza VTP psychosociální zdůvodnění etiologie poruch a opomíjí biologické příčiny biopsychosociálních modelů (*problém monokauzality*). Důraz na psychosociální podstatu traumatu je podle nich motivován snahou porozumět vývoji duševních poruch. Může se proto stát, že při diagnostikování VTP nebudou vzaty v úvahu genetické/biologické příčiny daného vzorce symptomů. Kritici uznání VTP coby formální diagnózy upozorňují na to, že tyto symptomy se mohou vyskytovat u jedinců, kteří neměli žádné traumatické zkušenosti. Tím, že by se komplexním vzorcům symptomů přiřadila jediná příčina, by ostatní poruchy mohly zůstat neléčeny. Při zaměření na traumatickou etiologii by mohlo dojít k tomu, že ostatní komorbidní diagnózy, např. ADHD, by byly zanedbány a ponechány bez terapie. Kromě toho by předpoklad, že jedinou příčinou poruchy je traumatizace, mohl vést k přílišnému zaměření se na identifikaci příčinné traumatické zkušenosti.

Dalším argumentem proti zavedení VTP je skutečnost, že díky dobré resilienci u určité části dětí, které byly závažně traumatizovány, nedojde k rozvoji žádné duševní poruchy (Luthar, 2003). Nicméně Collishaw et al. (2007) v analýze dospělých týraných v dětství zjistil, že mají výrazně nižší odolnost vůči psychopatologickým projevům. Longitudinální studie (Koenen et al., 2008), která dlouhodobě sledovala duševní zdraví více než tisíc osob od narození do dospělosti, došla k jednoznačnému závěru, že s opakovanou traumatizací riziko rozvoje duševní choroby roste.

Diagnostikování VTP předpokládá, že emoční dysregulace je způsobena traumatickými zkušenostmi, ale nebere zřetel ke skutečnosti, že existuje i opačný vztah (tzv. *nepřímé korelace*). Emoční dysregulace je doprovázena zvýšeným rizikem traumatizace. Jedinci s narušenou emoční kontrolou mohou negativně reagovat na faktory ve svém okolí a upevňovat a zesilovat tak své aktuální symptomy. Tuto korelaci ve svém transakčním modelu popsali Fruzzetti, Shenk a Hoffman (2005). Navíc platí, že u dětí s externalizovanými poruchami existuje čtyřikrát vyšší riziko zneužívání (Ouyang et al., 2008).

Ačkoliv se navržená diagnostická kritéria snaží brát v potaz věk a stupeň vývoje pacienta, symptomy nejsou vůči věku dostatečně specifické (Schmid, Petermann, Fegert, 2013). Tento argument je samozřejmě problematický u každé diagnózy dětí a adolescentů. Kritéria VTP se snaží být vývojově orientována, nicméně symptomy nejsou nijak specifikovány pro různé věkové skupiny. Mezi malými dětmi a adolescenty se nečiní rozdíly s ohledem na emoční a fyziologickou regulaci. Důvodem je omezená znalost o průběhu symptomů spojených s traumatem. Kromě toho jde také důsledek metodologických problémů v longitudinálních studiích, které pomocí různých psychometrických metod zkoumaly stejný konstrukt v různých věkových skupinách. Nelze však také odhlédnout od limitů daných etickými principy při plánování a realizaci klinických studií.

Hlavním účelem přesné diagnózy psychopatologických stavů u dětí a adolescentů je snaha o účinnou léčbu. Odborníci neuznávající zavedení formálních diagnostických kritérií VTP tvrdí, že komorbidity by mohly zůstat neléčeny, protože se největší důraz klade na aspekty daného zdravotního stavu spojené s traumatem. Toto může vést k chybné interpretaci biologických symptomů a v důsledku k nevyužití již dostupné farmakologické léčby.

Důraz na symptomy spojené s traumatem by u nezkušených odborníků mohl během diagnostického procesu vyústit v přílišnou snahu nalézt v životě daného jedince traumatické události. Takový druh diagnostiky by mohl mít nepříznivý dopad na terapeutický vztah a zejména na vztah k rodičům v rodinách s mnoha problémy. Vhodně zkombinovat diagnostický proces zaměřený na trauma s přístupem orientovaným na řešení daných potíží může být náročné. Bez udržitelného terapeutického vztahu však jakákoliv léčba selhává.

Dalším negativním aspektem diagnostiky zaměřené na trauma by mohla být skutečnost, že pacienti by byli nuceni na traumatické události implicitně či explicitně vzpomínat či o nich mluvit. Dokonce by mohlo dojít k tomu, že diagnostika zaměřená na trauma vyvolá u pacientů falešné vzpomínky na jejich životní prožitky, a to s řadou negativních důsledků (Jelinek et al., 2009).

Vývojová traumatická porucha: diagnóza vedoucí k efektivní léčbě

Děti vystavené interpersonálnímu traumatu jsou ohroženy *biopsychosociální dysregulací* (afektivní, somatickou, kognitivní, behaviorální a interpersonální dysregulací a také dysregulací vlastní identity), ať trpí posttraumatickou stresovou poruchou či nikoliv (D'Andrea et al., 2012; Ford, 2005). Dysregulace, která se objevuje u polyviktimizovaných dětí a adolescentů, je označována mnohočetnými diagnózami (*polydiagnosis*) a je léčena mnoha různými typy terapie (*polytreatment*). Diagnóza PTSP se jeví jako nedostatečná, stejně jako ostatní psychiatrické diagnózy (Ford et al., 2009, 2010).

Dysregulační symptomy představují syndrom, který jde napříč diagnózami a je specifický pro týrané děti (Holtmann et al., 2011). Různorodé formy psychobiologické dysregulace, které se vyskytují u mnoha polyviktimizovaných pacientů, pře-

sahují hranice vymezující posttraumatickou stresovou poruchu (Cloitre et al., 2009; Finkelhor et al. 2007a, 2007b; Ford, Elhai, Connor, 2010; Gustafsson et al., 2009) a přetrvávají do dospělosti (Briere, Kaltman, Green, 2008). Jedná se o „nenápadnou epidemii neurovývojových zranění“ (Kauffman, 2009) způsobených viktimizací typicky počínající v raném dětství (Finkelhor et al., 2009).

U těchto pacientů je často léčba založená na důkazech (evidence-based treatment) klinicky neúčinná a pacienti jsou vedeni v dětství (Cook et al., 2005), adolescenci (Mueser, Taub, 2008) i dospělosti (Sansone, Songer, Miller, 2005) pod mnoha různými diagnózami, je jim doporučován složitý a komplexní režim léčby, která může vést k nepříznivým dopadům. Tato zjištění urychlila vývoj (Courtois, Ford, 2009) a empirickou validizaci (Cloitre et al., 2010; Ford et al., 2012) léčebných postupů vytvořených pro děti s komplexními formami posttraumatické dysregulace. *Formální diagnóza* by tento pokrok mohla výrazně urychlit, podobně jako tomu bylo v případě posttraumatické stresové poruchy. Vědecké a klinické studie naznačují, že syndrom popisovaný jako Vývojová traumatická porucha (van der Kolk, 2005) může tato kritéria splňovat, neboť definuje symptomy afektivní, somatické, kognitivní, behaviorální a interpersonální dysregulace a také dysregulace vlastní identity (D'Andrea et al., 2012; Ford, 2005).

U polyviktimizovaných dětí je efektivní taková *léčba*, která je cíleně *zaměřena na nepříznivý dopad viktimizace na seberegulaci* (Copping et al., 2001; Harvey, Taylor, 2010; Najavits, Gallop, Weiss, 2006). I u dospělých pacientů, již byli viktimizováni v dětství, jsou účinné takové léčebné postupy, které se specificky zaměřují na zvýšení jejich schopnosti regulovat emoce a impulzivitu (Taylor, Harvey, 2010).

Ford et al. (2013) provedli mezinárodní výzkum mezi dětskými klinickými psychology a psychiatry, z něhož vyplývá, že kritéria vývojové traumatické poruchy jsou v klinické praxi využitelná a je možno je odlišit od dětských psychických poruch internalizovaných (včetně PTSP) i externalizovaných. Kromě symptomatických specifíků dysregulace v dětství, která se v uvedených třech oblastech lehce liší od specifíků navrhovaných pro Komplexní PTSP u dospělých (t.j. emoce/fyziologie, kognice/chování a self/vztahy) respondenti hodnotili také *kombinaci traumatické polyviktimizace a narušení citové vazby coby specifikum VTP*, které se výrazně liší od diagnóz DSM-IV (včetně PTSP) a je využitelné v klinické praxi. Vývojová traumatická porucha tak může být výstižnou a efektivní diagnózou, která by nasměrovala léčbu traumatizovaných dětí s mnohočetnými psychiatrickými diagnózami správným směrem.

Van der Kolk a D'Andrea (2010) shrnují argumenty *validizující* vývojovou traumatickou poruchu následovně: (a) dětské interpersonální trauma má za následek koherentní sadu symptomů VTP; (b) symptomy jsou specifické; (c) symptomy nejsou součástí žádné existující samostatné DSM-IV diagnózy (pozn. autorů: ani DSM-5) včetně PTSP; (d) výzkum biologického vývoje systémů narušených dětským traumatem je v souladu se symptomy VTP; (e) nespecifická diagnostika zanedbávaných dětí pravděpodobně bude mít nedostatečný léčebný efekt. Intervence komplexně řešící celé spektrum problémů dětí, které byly vystaveny interpersonálnímu traumatu, pravděpodobně zlepši léčebný efekt.

Příspěvky české odborné komunity k tématu dětského traumatu

V českém a slovenském psychologickém a psychiatrickém kontextu se téma posttraumatické stresové poruchy u dětí a adolescentů objevuje sporadicky, převážně v podobě přehledových studií (Kocourková, Koutek, 2017; Malá, 2017; Toužimská, 2009) nebo přehledů ve specifické oblasti (dětská onkologická pacienta, viz Slezáčková, Loučka, Bartošová, 2012; terapie a neurobiologické aspekty, viz Drozd, 2014), méně jako

výzkumný problém (méně závažné trauma vede k méně závažnému pokusu o suicidium, viz Koutek et al., 2009; vztah mezi traumatem z dětství a životní spokojeností mediovaný osobností, viz Rozvadský et al., 2018), či v souvislosti s disociativní symptomatologií u dětí a adolescentů (Soukup, Papežová, 2008; Soukup et al., 2009). Čeští psychoanalytici věnovali traumatu jedno číslo Revue pro psychoanalytickou psychoterapii a psychoanalýzu, kde převažují překlady zahraničních textů (Kopřivová, Růžičková, 2011).

ZÁVĚR

Diagnóza vývojové traumatické poruchy nebyla uznána v DSM-5 (APA, 2013). Důvodem je skutečnost, že dosud nebyl proveden dostatečně rozsáhlý ověřující výzkum, dále pak obavy, že diagnóza VTP je do značné míry založena spíše na etiologii než na deskriptivních charakteristikách, jak je tomu u ostatních diagnóz v DSM (Schmid et al., 2013). Za nevýhodu je označován fakt, že při užití diagnózy VTP by mohlo dojít k opomenutí biologických příčin a/nebo současného výskytu více nemocí.

VTP se však stala pracovní diagnózou pro řadu terapeutů pracujících s dětmi a adolescenty, kteří utrpěli rané vztahové trauma a v jeho důsledku prožívají závažný distress. Je tomu tak i přes to, že VTP nebyla psychiatrickou a psychologickou odbornou komunitou formálně uznána. Díky diagnóze VTP je možno se vyhnout stanovení mnohočetných diagnóz, k čemuž u těchto dětí často dochází (Stolbach et al., 2013). Dále VTP umožňuje využít terapii specificky zaměřenou na trauma (Cohen et al., 2010; Ford, Courtois, 2013; Lanius et al., 2010). A na rozdíl od čistě farmakologické nebo behaviorální terapie obrací pozornost jak k prostředí, ve kterém dítě žije, tak k dítěti samotnému (Kisiel et al., 2014).

Zavedení vývojově specifické diagnózy by bylo přínosem k porozumění důsledkům traumatizace, umožnilo by vyšší dostupnost psychosociální léčby, vedlo by k zavedení nových diagnostických i léčebných postupů do praxe a ve svém důsledku i ke zlepšení kvality života traumatizovaných dětí a adolescentů. Vývojová traumatická porucha může být výstižnou a efektivní diagnózou, která by nasměrovala léčbu traumatizovaných dětí s mnohočetnými psychiatrickými diagnózami správným směrem (Ford, Grasso, Greene, 2013).

Van der Kolk a další výše uvedení autoři se nesnaží návrhem vývojové traumatické poruchy vytvořit pouze možnou alternativu k současným diagnostickým přístupům. Zdůrazňují nepoměr mezi vysokou prevalencí kumulativního interpersonálního traumatu u dětí a adolescentů a výrazným podfinancováním výzkumu, léčebných zařízení a veřejných občanských iniciativ, jejichž cílem je prevence a zmírnění tohoto závažného problému veřejného zdraví. Volají po změně systému péče o duševní zdraví traumatizovaných dětí a adolescentů.

Doporučení do praxe

U dětí s několika komorbidními diagnózami, které jsou v péči psychologa či psychiatra nebo jejich péči potřebují, je třeba posoudit, zda v minulosti neprožily trauma viktimizace či nedošlo k narušení citové vazby s pečující osobou. Léčba pacientů se závažnou interpersonální traumatizací v dětství je velmi náročná a jejich prognóza patří k těm nejnepříznivějším. Léčba může být ztížena nedostatečným porozuměním zásadní příčině onemocnění a tito pacienti často propadají sítem psychosociální péče. Kromě toho platí, že míra traumatizace ovlivňuje úspěch léčby.

Diagnostika či rozpoznání pacientů se závažnou interpersonální traumatizací (nebo lépe s vývojovou traumatickou poruchou) bývá nesnadná a vyžaduje značnou klinickou a psychoterapeutickou zkušenost. V klinické praxi bývá základní traumatická

etiologie potíží pacienta často nesprávně zhodnocena a dítě je vedeno pod jinými klinickými diagnózami, které dle diagnostických kritérií potíží dítěte odpovídají, avšak oblasti narušení fungování dítěte jsou v nich zhodnoceny pouze parciálně či vůbec a neřadí se na potíže jako na celek, tj. některé oblasti narušení jsou přehlédnuty. Zjistit, že dítě zažilo těžkou traumatickou zkušenost, může být nesnadné, neboť traumatizovaní jedinci o svých traumatických zkušenostech odmítají hovořit a sdělit je nejčastěji pouze v bezpečné terapeutické situaci (viz Schmidtová, Štěpánek, Čermák, 2017). Pokud se kliničtí pracovníci při exploraci pacienta na trauma cíleně nezeptají, tak se o tomto faktu nedozví. Následná léčba traumatu a její úspěšnost je úzce provázána právě se zacílením péče na nejnarušnější oblasti fungování jedince, včetně obnovení důvěry dítěte v interpersonální vztahy.

LITERATURA

- Ackerman, P. T., Newton, J. E. O., McPherson, W. B., Jones, J. G., & Dykman, R. A. (1998). Prevalence of post-traumatic stress disorder and other psychiatric diagnoses in three groups of abused children (sexual, physical, and both). *Child Abuse and Neglect*, 22(8), 759-774.
- American Psychiatric Association (1980). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (3rd ed.). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (revised 4th ed.). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5th ed.). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Anda, R. F., Felitti, V. J., Bremner, J. D., Walker, J. D., Whitfield, C. H., Perry ... Giles, W. H. (2006). The enduring effects of abuse and related adverse experiences in childhood. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 256(3), 174-186.
- Beitchman, J. H., Zucker, K. J., Hood, J. E., DaCosta, G. A., & Akman, D. (1991). A review of the short-term effects of child sexual abuse. *Child Abuse & Neglect*, 15, 537-556.
- Beitchman, J. H., Zucker, K. J., Hood, J. E., DaCosta, G. A., Akman, D., & Cassavia, E. (1992). A review of the long-term effects of child sexual abuse. *Child Abuse & Neglect*, 16, 101-118.
- Briere, J., Kaltman, S., & Green, B. L. (2008). Accumulated childhood trauma and symptom complexity. *Journal of Traumatic Stress*, 21, 223-226.
- Carrion, V. G., Weems, C. F., Ray, R., & Reiss, A. L. (2002). Toward an empirical definition of pediatric PTSD: The phenomenology of PTSD symptoms in youth. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 41(2), 166-173.
- Cloitre, M., Courtois, C. A., Charuvastra, A., Carapezza, R., Stolbach, B. C., & Green, B. L. (2011). Treatment of complex PTSD: Results of the ISTSS expert clinician survey on best practices. *Journal of Traumatic Stress*, 24(6), 615-627.
- Cloitre, M., Garvert, D. W., Brewin, C. R., Bryant, R. A., & Maercker, A. (2013). Evidence for proposed ICD-11 PTSD and complex PTSD: A latent profile analysis. *European Journal of Psychotraumatology*, 4(20706).
- Cloitre, M., Stolbach, B. C., Herman, J. L., Kolk, B. V. D., Pynoos, R., Wang, J., & Petkova, E. (2009). A developmental approach to complex PTSD: Childhood and adult cumulative trauma as predictors of symptom complexity. *Journal of Traumatic Stress*, 22(5), 399-408.
- Cloitre, M., Stovall-McClough, K. C., Noonan, K., Zorbas, P., Cherry, S., Jackson, C. L. ... Petkova, E. (2010). Treatment for PTSD related to childhood abuse: A randomized controlled trial. *American Journal of Psychiatry*, 167(8), 915-924.
- Cohen, J. A., Issues, T. W. G. O. Q., & AACAP Work Group on Quality Issues. (2010). Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with posttraumatic stress disorder. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 49(4), 414-430.
- Cole, P., & Putnam, F. W. (1992). Effect of incest on self and social functioning: A developmental psychopathology perspective. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60, 174-184.
- Collishaw, S., Pickles, A., Messer, J., Rutter, M., Shearer, C., & Maughan, B. (2007). Resilience to adult psychopathology following childhood maltreatment: Evidence from a community sample. *Child Abuse & Neglect*, 31(3), 211-229.

- Cook, A., Spinazzola, J., Ford, J., Lanktree, C., Blaustein, M., Cloitre, M., & Van der Kolk, B. (2005). Complex trauma. *Psychiatric Annals*, 35(5), 390-398.
- Copeland, W. E., Keeler, G., Angold, A., & Costello, E. J. (2007). Traumatic events and posttraumatic stress in childhood. *Archives of General Psychiatry*, 64(5), 577-584.
- Copping, V. E., Warling, D. L., Benner, D. G., & Woodside, D. W. (2001). A child trauma treatment pilot study. *Journal of Child and Family Studies*, 10(4), 467-475.
- Courtois, C. A., & Ford, J. D. (Eds.) (2009). *Treating complex traumatic stress disorders: An evidence-based guide*. New York, NY: Guilford Press.
- Danielson, C. K., Macdonald, A., Amstadter, A. B., Hanson, R., de Arellano, M. A., Saunders, B. E., & Kilpatrick, D. G. (2010). Risky behaviors and depression in conjunction with—or in the absence of—lifetime history of PTSD among sexually abused adolescents. *Child Maltreatment*, 15(1), 101-107.
- D'Andrea, W., Ford, J., Stolbach, B., Spinazzola, J., & van der Kolk, B. A. (2012). Understanding interpersonal trauma in children: why we need a developmentally appropriate trauma diagnosis. *American Journal of Orthopsychiatry*, 82(2), 187-200.
- Davidson, J. R. T., & Fairbank, J. A. (1993). The epidemiology of posttraumatic stress disorder. In J. R. T. Davidson, E. B. Foa (Eds.), *Posttraumatic stress disorder: DSM-IV and beyond*. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing, 147-169.
- Dong, M., Anda, R. F., Felitti, V. J., Dube, S. R., Williamson, D. F., Thompson ... Giles, W. H. (2004). The interrelatedness of multiple forms of childhood abuse, neglect, and household dysfunction. *Child Abuse & Neglect*, 28(7), 771-784.
- Drozd, M. (2014). Komplexní posttraumatická stresová porucha a DESNOS – klinický obraz, neurobiologické aspekty a základy psychotherapeutického přístupu k léčbě. *Psychoterapie*, 8(2-3), 151-160.
- Feiring, C., Taska, L., & Lewis, M. (2002). Adjustment following sexual abuse discovery: the role of shame and attributional style. *Developmental Psychology*, 38(1), 79-92.
- Felitti, V. J., Anda, R. F., Nordenberg, D., Williamson, D. F., Spitz, A. M., Edwards, V. ... Marks, J. S. (1998). Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults: The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. *American Journal of Preventive Medicine*, 14(4), 245-258.
- Finkelhor, D. (2008). *Childhood victimization: Violence, crime and abuse in the lives of young people*. New York: Oxford University Press.
- Finkelhor, D., Ormrod, R. K., & Turner, H. A. (2007a). Polyvictimization and trauma in a national longitudinal cohort. *Development and Psychopathology*, 19(1), 149-166.
- Finkelhor, D., Ormrod, R. K., & Turner, H. A. (2007b). Poly-victimization: A neglected component in child victimization. *Child Abuse & Neglect*, 31(1), 7-26.
- Finkelhor, D., Ormrod, R. K., & Turner, H. A. (2009). The developmental epidemiology of childhood victimization. *Journal of Interpersonal Violence*, 24(5), 711-731.
- Finkelhor, D., Turner, H., Ormrod, R., & Hamby, S. L. (2009). Violence, abuse, and crime exposure in a national sample of children and youth. *Pediatrics*, 124(5), 1411-1423.
- Finkelhor, D., Turner, H., Ormrod, R., & Hamby, S. L. (2010). Trends in childhood violence and abuse exposure: evidence from 2 national surveys. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 164(3), 238-242.
- Ford, J. D. (2005). Treatment implications of altered affect regulation and information processing following child maltreatment. *Psychiatric Annals*, 35(5), 410-419.
- Ford, J. D. (2011). Future directions in conceptualizing complex posttraumatic stress syndromes in childhood and adolescence: Toward a developmental trauma diagnosis. In Ardino, V. (Ed.), *Post-traumatic syndromes in childhood and adolescence: A handbook of research and practice*, (pp. 433-448). Chichester, UK: Wiley-Blackwell.
- Ford, J. D. (2015). Complex PTSD: Research directions for nosology/assessment, treatment, and public health. *European Journal of Psychotraumatology*, 6.
- Ford, J. D., Connor, D. F., & Hawke, J. (2009). Complex trauma among psychiatrically impaired children: A cross-sectional, chart-review study. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 70(8), 1153-1163.
- Ford, J. D., & Courtois, C. A. (Eds.) (2013). *Treating complex traumatic stress disorders in children and adolescents: Scientific foundations and therapeutic models*. New York: Guilford Press.
- Ford, J. D., Elhai, J. D., Connor, D. F., & Frueh, B. C. (2010). Poly-victimization and risk of posttraumatic, depressive, and substance use disorders and involvement in delinquency in a national sample of adoles-

- cents. *Journal of Adolescent Health*, 46(6), 545-552.
- Ford, J. D., Fraleigh, L. A., & Connor, D. F. (2010). Child abuse and aggression among psychiatrically impaired children. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 39(1), 25-34.
- Ford, J. D., & Kidd, P. (1998). Early childhood trauma and disorders of extreme stress as predictors of treatment outcome with chronic posttraumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress*, 11(4), 743-761.
- Ford, J. D., Steinberg, K. L., Hawke, J., Levine, J., & Zhang, W. (2012). Randomized trial comparison of emotion regulation and relational psychotherapies for PTSD with girls involved in delinquency. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 41(1), 27-37.
- Freyd, J. J. (1998). *Betrayal trauma: The logic of forgetting childhood abuse*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Fruzzetti, A. E., Shenk, C., & Hoffman, P. D. (2005). Family interaction and the development of borderline personality disorder: A transactional model. *Development and Psychopathology*, 17(04), 1007-1030.
- Green, J. G., McLaughlin, K. A., Berglund, P. A., Gruber, M. J., & Sampson, N. A. (2010). Childhood adversities and adult psychiatric disorders in the National Comorbidity Survey Replication I: Associations with the onset of DSM-IV disorders. *Archives of General Psychiatry*, 67(2), 113-123.
- Gustafsson, P. E., Nilsson, D., & Svedin, C. G. (2009). Polytraumatization and psychological symptoms in children and adolescents. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 18(5), 274-283.
- Harvey, S. T., & Taylor, J. E. (2010). A meta-analysis of the effects of psychotherapy with sexually abused children and adolescents. *Clinical Psychology Review*, 30(5), 517-535.
- Herman, J. L. (1992). Complex PTSD: A syndrome in survivors of prolonged and repeated trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 5(3), 377-391.
- Herman, J. L., Perry, J. C., & Van der Kolk, B. A. (1989). Childhood trauma in borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 146(4), 490-495.
- Holtmann, M., Buchmann, A. F., Esser, G., Schmidt, M. H., Banaschewski, T., & Laucht, M. (2011). The Child Behavior Checklist-Dysregulation Profile predicts substance use, suicidality, and functional impairment: a longitudinal analysis. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 52(2), 139-147.
- Irish, L., Kobayashi, I., & Delahanty, D. L. (2010). Long-term physical health consequences of childhood sexual abuse: A meta-analytic review. *Journal of Pediatric Psychology*, 35(5), 450-461.
- Jelinek, L., Hottenrott, B., Randjbar, S., Peters, M. J., & Moritz, S. (2009). Visual false memories in post-traumatic stress disorder (PTSD). *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 40(2), 374-383.
- Karatzias, T., Cloitre, M., Maercker, A., Kazlauskas, E., Shevlin, M., Highland, Ph., Bisson, J. I., Roberts, N. P., Brewin, Ch. R. (2018). PTSD and complex PTSD:ICD-11 updates on concept and measurement in the UK, USA, Germany and Lithuania. *European Journal of Psychotraumatology*, 8(sup7), 1418103.
- Kauffman, A. (2009). The silent epidemic of neurodevelopmental injuries. *Biological Psychiatry*, 66(7), 624-626.
- Kerig, P. K., Fedorowicz, A. E., Brown, C. A., & Warren, M. (2000). Assessment and intervention for PTSD in children exposed to violence. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, 3(1), 161-184.
- Kessler, R. C. (2000). Posttraumatic stress disorder: The burden to the individual and to society. *Journal of Clinical Psychiatry*, 61 (Suppl 5), 4-12.
- Kessler, R. C., Sonnega, A., Bromet, E., Hughes, M., & Nelson, C. B. (1995). Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, 52(12), 1048-1060.
- Kisiel, C. L., Fehrenbach, T., Torgersen, E., Stolbach, B., McClelland, G., Griffin, G., & Burkman, K. (2014). Constellations of interpersonal trauma and symptoms in child welfare: Implications for a developmental trauma framework. *Journal of Family Violence*, 29(1), 1-14.
- Kocourková, J., Koutek, J. (2017). Posttraumatická stresová porucha u dětí a dospívajících. *Česká a slovenská psychiatrie*, 113(3), 128-131.
- Koenen, K. C., Moffitt, T. E., Caspi, A., Gregory, A., Harrington, H., & Poulton, R. (2008). The developmental mental-disorder histories of adults with post-traumatic stress disorder: A prospective longitudinal birth cohort study. *Journal of Abnormal Psychology*, 117(2), 460-466.
- Koenen, K. C., Moffitt, T. E., Poulton, R., Martin, J., & Caspi, A. (2007). Early childhood factors associated with the development of post-traumatic stress disorder: Results from a longitudinal birth cohort. *Psychological Medicine*, 37(2), 181-192.

- Kopřivová, M., Růžičková, I. (Ed.) (2011). Traumatizované dítě v dnešní době. Revue pro psychoanalytickou psychoterapii a psychoanalýzu. *Časopis České společnosti pro psychoanalytickou psychoterapii*, 13(1).
- Koutek, J., Kocourkova, J., Hladikova, M., Hrdlicka, M. (2009). Suicidal behavior in children and adolescents: does a history of trauma predict less severe suicidal attempts? *Neuroendocrinology Letters*, 30(1), 99-106.
- Lanius, R. A., Vermetten, E., Pain, C. (Eds.) (2010). *The impact of early life trauma on health and disease: The hidden epidemic*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Luo, X., Cappelleri, J. C., & Frush, K. (2007). A systematic review on the application of pharmacoepidemiology in assessing prescription drug-related adverse events in pediatrics. *Current Medical Research and Opinion*, 23(5), 1015-1024.
- Luthar, S. S. (2003). *Resilience and vulnerability: Adaptation in the context of childhood adversities*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Luxenberg, T., Spinazzola, J., & Van der Kolk, B. A. (2001). Complex trauma and disorders of extreme stress (DESNOS) diagnosis, part one: Assessment. *Directions in Psychiatry*, 21(25), 373-392.
- Malá, E. (2007). Posttraumatická stresová porucha. In E. Malá (Ed.), *Dítě a stress* (pp. 102-143). Praha: Tigris.
- Maercker, A., Brewin, C. R., Bryant, R. A., Cloitre, M., Reed, G. M., van Ommeren, M. ... Llosa, A. E. (2013). Proposals for mental disorders specifically associated with stress in the International Classification of Diseases-11. *Lancet*, 381(9878), 1683-1685.
- Maxfield, M. G., & Widom, C. S. (1996). The cycle of violence: Revisited 6 years later. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 150(4), 390-395.
- Minnis, H., Marwick, H., Arthur, J., & McLaughlin, A. (2006). Reactive attachment disorder—a theoretical model beyond attachment. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 15(6), 336-342.
- Moffitt, T. E., Arseneault, L., Jaffee, S. R., Kim-Cohen, J., Koenen, K. C., Odgers, C. L., Slutske, W. S., & Viding, E. (2008). Research Review: DSM-V conduct disorder: research needs for an evidence base. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 49(1), 3-33.
- Mueser, K. T., & Taub, J. (2008). Trauma and PTSD among adolescents with severe emotional disorders involved in multiple service systems. *Psychiatric Services* 59(6), 627-634.
- Najavits, L. M., Gallop, R. J., & Weiss, R. D. (2006). Seeking safety therapy for adolescent girls with PTSD and substance use disorder: A randomized controlled trial. *The Journal of Behavioral Health Services & Research*, 33(4), 453-463.
- Ouyang, L., Fang, X., Mercy, J., Perou, R., & Grosse, S. D. (2008). Attention-deficit/hyperactivity disorder symptoms and child maltreatment: a population-based study. *The Journal of Pediatrics*, 153(6), 851-856.
- Putnam, F. W. (1993). Dissociative disorders in children: Behavioral profiles and problems. *Child Abuse & Neglect*, 17(1), 39-45.
- Putnam, F. W. (2003). Ten-year research updates review: Child sexual abuse. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 42(3), 269-278.
- Pynoos, R. S., Fairbank, J. A., Steinberg, A. M., Amaya-Jackson, L., Gerrity, E., Mount, M. L., & Maze, J. (2008). The National Child Traumatic Stress Network: Collaborating to improve the standard of care. *Professional Psychology: Research and Practice*, 39(4), 389-395.
- Resick, P. A., Bovin, M. J., Calloway, A. L., Dick, A. M., King, M. W., Mitchell, K. S., et al. (2012). A critical evaluation of the complex PTSD literature: Implications for DSM-5. *Journal of Traumatic Stress*, 25(3), 241-251.
- Romano, E., & De Luca, R. V. (1997). Exploring the relationship between childhood sexual abuse and adult sexual perpetration. *Journal of Family Violence*, 12(1), 85-98.
- Rozvadský Gugová, G., Hajdúk, M., Heretik, A. ml. (2018). Osobnosť ako mediátor vzťahu medzi traumou z detstva a životnou spokojnosťou v dospelosti. *Česká a slovenská psychiatrie*, 114(1), 16-23.
- Sansone, R. A., Songer, D. A., & Miller, K. A. (2005). Childhood abuse, mental healthcare utilization, self-harm behavior, and multiple psychiatric diagnoses among inpatients with and without a borderline diagnosis. *Comprehensive Psychiatry*, 46(2), 117-120.
- Sar, V. (2011). Developmental trauma, complex PTSD, and the current proposal of DSM-5. *European Journal of Psychotraumatology*, 2, 5622.
- Scheeringa, M. S., Peebles, C. D., Cook, C. A., & Zeanah, C. H. (2001). Toward establishing procedural, criterion, and discriminant validity for PTSD in early childhood. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 40(1), 52-60.
- Scheeringa, M. S., Zeanah, C. H., Myers, L., & Putnam, F. W. (2003). New findings on alternative criteria for PTSD in preschool children. *Journal of the American*

- Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 42(5), 561-570.
- Scheeringa, M. S., Zeanah, C. H., Myers, L., & Putnam, F. W. (2005). Predictive validity in a prospective follow-up of PTSD in preschool children. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 44(9), 899-906.
- Schmid, M., Petermann, F., & Fegert, J. M. (2013). Developmental trauma disorder: pros and cons of including formal criteria in the psychiatric diagnostic systems. *BMC Psychiatry*, 13(3).
- Schmidtová, J., Štěpánek, P., Čermák, I. (2017). Navození bezpečí jako klíčový moment v terapii polytraumatizovaných dětí a adolescentů. *Psychoterapie*, 11(2), 132-147.
- Schneider-Rosen, K. C., & Cicchetti, D. D. (1984). The relationship between affect and cognition in maltreated infants: Quality of attachment and the development of visual self-recognition. *Child Development*, 55(2), 648-658.
- Slezáčková, A., Loučka, M., Bartošová, K. (2012). Posttraumatický stres a posttraumatický rozvoj v dětské onkologii. *Československá psychologie*, 56(2), 132-147.
- Soukup, J., Papežová, H. (2008). Disociace v dětství: klinické projevy a diagnostika. Dotazník disociace v dětství. *Česká a slovenská psychiatrie*, 104(5), 236-240.
- Soukup, J., Papežová, H., Kuběna, A., Mikolajová, V. (2009). Dotazník škála disociativních zážitků pro adolescenty. *Psychiatrie pro praxi*, 10(6), 276-279.
- Spinazzola, J., Ford, J. D., Zucker, M., van der Kolk, B. A., Silva, S., Smith, S. F., & Blaustein, M. (2005). Survey evaluates complex trauma exposure, outcome, and intervention among children and adolescents. *Psychiatric Annals*, 35(5), 433-439.
- Strecek-Fischer, A. van der Kolk, B. A. (2000). Down will come baby, cradle and all: Diagnostic and therapeutic implications of chronic trauma on child development. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 34(6), 903-918.
- Stolbach, B. C., Minshew, R., Rompala, V., Dominguez, R. Z., Gazibara, T., & Finke, R. (2013). Complex trauma exposure and symptoms in urban traumatized children: a preliminary test of proposed criteria for developmental trauma disorder. *Journal of Traumatic Stress*, 26(4), 483-491.
- Taylor, J. E., Harvey, S. T. (2010). A meta-analysis of the effects of psychotherapy with adults sexually abused in childhood. *Clinical Psychology Review*, 30(6), 749-767.
- Terr, L. C. (1991). Childhood traumas: An outline and overview. *American Journal of Psychiatry*, 148(1), 10-20.
- Toužimská, Z. (2009). Posttraumatická stresová porucha u zneužívaných dětí. *Praktický lékař*, 89(2), 65-70.
- Van der Kolk, B. A. (2005). Developmental trauma disorder. *Psychiatric Annals*, 35(5), 401-408.
- Van der Kolk, B. A., & d'Andrea, W. (2010). Towards a developmental trauma disorder diagnosis for childhood interpersonal trauma. In R. A. Lanius, E. Vermetten, C. Pain, (Eds.), *The impact of early life trauma on health and disease: The hidden epidemic* (pp. 57-68). Cambridge: Cambridge University Press, 57-68.
- Van der Kolk, B. A., McFarlane, A. C., & Weisaeth, L. (1996). *Traumatic stress*. New York: Guilford.
- Van der Kolk, B. A., Pelcovitz, D., Roth, S., Mandel, F., McFarlane, A., & Herman, J. L. (1996). Dissociation, somatization, and affect dysregulation: The complexity of adaptation to trauma. *American Journal of Psychiatry*, 153(7), 83-93.
- Van der Kolk, B. A., Perry, J. C., & Herman, J. L. (1991). Childhood origins of self-destructive behavior. *American Journal of Psychiatry*, 148(12), 1665-1671.
- Van der Kolk, B. A., Pynoos, R. S., Cicchetti, D., Cloitre, M., D'Andrea, W., Ford, J. D. ... Teicher, M. (2009). Proposal to include a developmental trauma disorder diagnosis for children and adolescents in DSM-V. Vyhledáno na: http://www.traumacenter.org/announcements/DTD_NCTSN_official_submission_to_DSM_V_Final_Version.pdf.
- Van der Kolk, B. A., Roth, S., Pelcovitz, D., Sunday, S., & Spinazzola, J. (2005). Disorders of extreme stress: The empirical foundation of a complex adaptation to trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 18(5), 389-399.
- Van Dijke, A., Ford, J. D., Van der Hart, O., Van Son, M. J., Van der Heijden, P. G., & Buhning, M. (2011). Childhood traumatization by primary caretaker and affect dysregulation in patients with borderline personality disorder and somatoform disorder. *European Journal of Psychotraumatology*, 2, 5628.
- Widom, C. S., Czaja, S. J., & Dutton, M. A. (2008). Childhood victimization and lifetime revictimization. *Child Abuse & Neglect*, 32(8), 785-796.
- Zatzick, D. F., Jurkovich, G. J., Fan, M. Y., Grossman, D., Russo, J., Katon, W., & Rivara, F. P. (2008). Associa-

tion between posttraumatic stress and depressive symptoms and functional outcomes in adolescents followed up longitudinally after injury hospitalization. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 162(7), 642-648.

SOUHRN

Ve studii je konceptualizována vývojová traumatická porucha jako důsledek komplexního interpersonálního traumatu vznikajícího v dětství a adolescenci. K porozumění traumatické zkušenosti v dětství přispívá pojetí polyviktimizace, polytraumatizace a především symptomové komplexity, které adekvátněji než

diagnóza PTSP zachycují pervazivní důsledky traumatické události pro vývoj osobnosti dítěte a adolescenta. Narušení fungování osobnosti týkající se emoční a kognitivní seberegulace, vnímání sebe a druhých, vztahů s druhými, somatického zdraví apod. je podrobně analyzováno. Vývojová traumatická porucha je vymezena jako zkušenost mnohočetných, kumulativních, chronických a prolongovaných vývojově nepříznivých traumatických událostí odehrávajících se po určité delší časové období ve specifických interpersonálních vztazích a kontextech (např. sexuální zneužívání, fyzické týrání, domácí násilí) na začátku života (dětství a adolescence).

Copyright of Ceskoslovenska Psychologie is the property of Institute of Psychology of the Academy of Sciences and its content may not be copied or emailed to multiple sites or posted to a listserv without the copyright holder's express written permission. However, users may print, download, or email articles for individual use.