



Názov:

**Traumatické zážitky v detstve**

***1.revízia***

Autori:

**Mgr. Barbora Vodičková, PhD.**

**PaedDr. Monika Stupková, PhD.**

Špecializovaný odbor:

**Liečebná pedagogika**

Ministerstvo zdravotníctva Slovenskej republiky podľa § 45 ods. 1 písm. c) zákona 576/2004 Z. z. o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov vydáva štandardný postup:

### Traumatické zážitky v detstve

Číslo ŠP	Dátum prvého predloženia na Komisiu MZ SR pre ŠDTP	Status	Dátum účinnosti schválenia ministrom zdravotníctva SR
0088	27. november 2019	Schválené	1. máj 2020
0088R1	15. jún 2021	Schválené	1. júl 2021

### Autori štandardného postupu

Mgr. Barbora Vodičková, PhD., PaedDr. Monika Stupková, PhD.

#### Odborná podpora tvorby a hodnotenia štandardného postupu

Prispievatelia a hodnotitelia: členovia odborných pracovných skupín pre tvorbu štandardných diagnostických a terapeutických postupov MZ SR; hlavní odborníci MZ SR príslušných špecializačných odborov; hodnotitelia AGREE II; členovia multidisciplinárnych odborných spoločností; odborný projektový tím MZ SR pre ŠDTP a patientske organizácie zastrešené AOPP v Slovenskej republike; Inštitút zdravotníckej politiky; NCZI; Sekcia zdravia MZ SR, Kancelária WHO na Slovensku.

**Odborní koordinátori 1. verzie:** MUDr. Jozef Kalužay, PhD., MUDr. Peter Bartoň; MUDr. Kvetoslava Bernátová, MPH; prof. MUDr. Mariana Mrázová, PhD., MHA; MUDr. Štefan Laššán, PhD.; prof. MUDr. Jozef Šuvada, PhD., MPH

**Odborní koordinátori 1. revízie:** doc. MUDr. Peter Jackuliak, PhD., MPH; prof. MUDr. Mariana Mrázová, PhD., MHA; prof. MUDr. Juraj Payer, PhD., MPH, FRCP

#### Recenzenti (1. verzie):

**členovia Komisie MZ SR pre ŠDTP:** MUDr. Štefan Laššán, PhD.; PharmDr. Míriam Vulevová, MBA; MUDr. Peter Bartoň; PharmDr. Zuzana Baťová, PhD.; MUDr. Beáta Havelková, MPH; MUDr. Martin Vochyan; prof. MUDr. Jozef Holomáň, CSc.; doc. MUDr. Martin Hrubíško, PhD., mim. prof.; MUDr. Ladislav Šinkovič, PhD., MBA; prof. MUDr. Ivica Lazúrová, DrSc.; prof. MUDr. Pavol Žúbor, PhD., DrSc.; MUDr. Róbert Hill, PhD.; MUDr. Andrej Zlatoš; PhDr. Mária Lévyová; prof. MUDr. Mária Šustrová, CSc.; MUDr. Jana Kelemenová; Ing. Jana Netriová, PhD. MPH; Mgr. Renáta Popundová; Mgr. Katarína Mažárová; MUDr. Jozef Kalužay, PhD.; prof. MUDr. Jozef Šuvada, PhD., MPH

#### Recenzenti (1. revízie):

**členovia Komisie MZ SR pre ŠDTP:** PharmDr. Zuzana Baťová, PhD.; PharmDr. Tatiana Foltánová; prof. MUDr. Jozef Holomáň, CSc.; doc. MUDr. Martin Hrubíško, PhD., mim. prof.; doc. MUDr. Peter Jackuliak, PhD., MPH; doc. MUDr. Jozef Kalužay, PhD.; MUDr. Jana Kelemenová; MUDr. Branislav Koreň; prof. MUDr. Ivica Lazúrová, DrSc.; PhDr. Mária Lévyová; MUDr. Boris Mavrodiev; Mgr. Katarína Mažárová; prof. MUDr. Mariana Mrázová, PhD., MHA; MUDr. Mária Murgašová; Ing. Jana Netriová, PhD. MPH; prof. MUDr. Juraj Payer, PhD., MPH, FRCP; Mgr. Renáta Popundová; MUDr. Jozef Pribula, PhD., MBA; MUDr. Ladislav Šinkovič, PhD., MBA; prof. MUDr. Mária Šustrová, CSc.; MUDr. Martin Vochyan; MUDr. Andrej Zlatoš

#### Technická a administratívna podpora

**Podpora vývoja a administrácia:** Ing. Peter Čvapek; Mgr. Barbora Vallová; Mgr. Ľudmila Eisnerová; Mgr. Mário Fraňo; Ing. Petra Hullová; JUDr. Marcela Virágová, MBA; Ing. Marek Matto; prof. PaedDr. PhDr. Pavol Tománek, PhD., MHA; JUDr. Ing. Zsolt Mányi, PhD., MHA; Mgr. Tomáš Horváth; Ing. Martin Malina; Ing. Barbora Kováčová; Ing. Katarína Krkošková; Mgr. Miroslav Hečko; Mgr. Anton Moises; PhDr. Dominik Procházka; Ing. Andrej Bóka

**Podporené grantom z OP Ľudské zdroje MPSVR SR NFP s názvom:** “Tvorba nových a inovovaných postupov štandardných klinických postupov a ich zavedenie do medicínskej praxe” (kód NFP312041J193)

## Kľúčové slová

negatívne a traumatické zážitky, traumatizujúce udalosti, trauma, emočné zranenie, emočné prežívanie, prevencia, terapia, psychoterapia, liečebno-pedagogická terapia

## Zoznam skratiek a vymedzenie základných pojmov

<b>CBCL</b>	Child Behavior Check List
<b>DSM 5</b>	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition
<b>EMDR</b>	Eye Movement Desensitization and Reprocessing
<b>KBT</b>	Kognitívno-behaviorálna terapia
<b>MKF</b>	Medzinárodná klasifikácia funkčných schopností, disability a zdravia
<b>MKCH 10</b>	Medzinárodná štatistická klasifikácia chorôb a príbuzných zdravotných problémov; 10. revízia. zaužívaná skratka MKCH alebo MKCH-10, medzinárodne ICD alebo ICD- 10
<b>PTSP</b>	Posttraumatická stresová porucha
<b>SDQ</b>	Strengths and Difficulties Questionnaire

## Pojmy

**Negatívne a traumatické zážitky** – zážitky vyvolávajúce negatívne emócie a pocit ohrozenia

**Trauma** – negatívny dopad nepriaznivej udalosti alebo negatívneho zážitku na jedinca

**Traumatizujúce udalosti** – udalosti, ktoré spôsobujú alebo môžu potenciálne spôsobiť traumu

## Kompetencie

**Lekár so špecializáciou v špecializačnom odbore pediatria** - skrining v rámci pravidelných pediatrických prehliadok, pri identifikácii základného ochorenia/ochoreni diagnostikuje možnosť ohrozenia alebo zásahu dieťaťa traumatickými udalosťami, negatívnymi zážitkami, odoslanie k špecialistom.

**Lekár so špecializáciou v špecializačnom odbore detská psychiatria** – nozologická diagnostika duševných porúch, tvorba individuálneho terapeutického plánu, rozhodnutie o potrebe hospitalizácie, príjem pacienta, sledovanie stavu pacienta, indikovanie farmakoterapie, prepustenie pacienta z hospitalizácie, ambulantné vedenie pacienta s pravidelným posudzovaním jeho stavu, edukácia rodičov, psychorehabilitačná a psychoterapeutická podpora, supervízia, intervízia a koordinovanie interdisciplinárneho tímu odborníkov zainteresovaných do starostlivosti o detského pacienta.

**Lekár so špecializáciou v inom pediatrickom špecializačnom odbore** (napr. detská neurológia, detská klinická onkológia, detská kardiológia a iné) - skrining v rámci starostlivosti o detského pacienta, pri identifikácii ochorenia/ochoreni diagnostikuje možnosť ohrozenia alebo zásahu dieťaťa traumatickými udalosťami, negatívnymi zážitkami a odoslanie k špecialistom – pedopsychiater, klinický psychológ, psychoterapeut, liečebný pedagóg, sociálny pracovník.

## **Sestry so špecializáciou v špecializačnom odbore ošetrovateľská starostlivosť v psychiatrii**

- ošetrovateľské postupy, edukácia dieťaťa a rodiča.

**Klinický psychológ** – psychologická diagnostika, krízová intervencia, psychoterapia, edukácia dieťaťa, rodiča

**Psychoterapeut** podľa príslušného psychoterapeutického smeru, zapísaný v zozname psychoterapeutov - psychoterapia. Ide o odborníka so vzdelaním a certifikátom v certifikovanej pracovnej činnosti psychoterapia. Špecifickú psychoterapiu vykonáva psychiater, psychológ a iný odborník s absolvovaným výcvikom v danom psychoterapeutickom prístupe certifikovanou odbornou organizáciou v zmysle príslušnej platnej legislatívy.

**Sociálny pracovník** - psychorehabilitácia, komunitná starostlivosť, sociálno – právne poradenstvo a podpora.

**Liečebný pedagóg** so špecializáciou v odbore liečebná pedagogika v procese spracovávania negatívnych zážitkov v detstve realizuje nasledovné výkony zdravotnej starostlivosti:

- liečebno - pedagogická diagnostika (procesuálna a diferenciálna diagnostika, diagnostika funkčnej zdatnosti, dizability a zdravia podľa MKF, anamnestické vyšetrenie, analýza aktuálnych potrieb pacienta, vnútorných zdrojov a motívov, analýza produktov činnosti),
- indikovanie nefarmakologického prístupu a protektívnych opatrení,
- krízová intervencia,
- tvorba individuálneho terapeutického plánu a jeho realizácia (aplikácia),
- realizácia liečebno-pedagogických programov a terapeutických aktivít s využitím hrovej terapie, arteterapie, psychomotorickej terapie, dramaterapie, biblioterapie, muzikoterapie, ktoré môžu byť realizované individuálne alebo môžu mať skupinový charakter,
- nácvik relaxačných techník,
- spolupráca pri organizácii starostlivosti o pacienta, úzka spolupráca s terapeutickým tímom,
- liečebno-pedagogické poradenstvo, podporná psychoterapia, sprevádzanie klienta a jeho rodiny,
- psychoedukácia rodiny,
- rodinná terapia,
- komunitná starostlivosť,
- vypracovanie odborného posudku o prognóze pacienta v súvislosti s riešením situácie pacienta so špeciálnymi problémami, v ťažkých životných okolnostiach,
- vedenie systematickej zdravotnej dokumentácie pacientov,
- edukácia dieťaťa a adolescenta.

Podmienkou pre vykonávanie práce je ukončený magisterský stupeň v odbore Liečebná pedagogika a registrácia v Slovenskej komore iných zdravotníckych pracovníkov (SKIZP). Kompetencie samostatne vykonávať zdravotnícke výkony, spojené s nefarmakologickou liečbou, získava liečebný pedagóg po absolvovaní špecializačného štúdia v špecializačnom odbore Liečebná pedagogika (zastrešuje ho Slovenská Zdravotnícka Univerzita). Liečebný

pedagóg môže ďalej rozširovať svoje vedomosti a pracovné zručnosti absolvovaním certifikovaných študijných programov doma aj v zahraničí.

## Úvod

Na základe vedeckých poznatkov o význame raného detstva pre vyrovnaný duševný život v dospelosti je problematika spracovania negatívnych a traumatických zážitkov spojených so stresom v detstve v kontexte multidisciplinárneho prístupu vysoko aktuálna. Spracovávanie negatívnych a traumatických zážitkov v detstve rôznej závažnosti a intenzity v kontinuu od menej zjavných a závažných až po traumy, z pohľadu liečebnej pedagogiky zahŕňa prevenciu, diagnostiku a ošetrovanie ohrozeného dieťaťa berúc do úvahy vývinové hľadisko a ekosystémový prístup. Z toho pohľadu je daná problematika značne široká a komplikovaná, aj napriek tomu je nutné dieťaťu poskytnúť zdravotnú starostlivosť čo najskôr a v čo najlepšej možnej miere.

Veľký dôraz kladieme na prevenciu a následnú liečbu negatívneho vplyvu traumatizujúcej udalosti zo strany odborníka nakoľko udalosti spojené s negatívnymi a traumatickými zážitkami môžu mať významný vplyv na schopnosti jednotlivcov, rodinu, komunitu tieto negatívne a traumatické zážitky zvládnuť (Roberst a kol., 2009) Deti, ktoré majú skúsenosť s negatívnymi a traumatickými zážitkami sú vo vysokom riziku vývinu posttraumatickej stresovej poruchy a negatívnych emocionálnych, behaviorálnych, mentálnych a sociálnych následkov (Gillies a kol., 2016). Tiež treba brať do úvahy, že vývinová vulnerabilita v ranom detstve súvisí s následným nástupom duševných porúch. Autori potvrdili účinnosť skorých terapeutických intervencií na zníženie rizika výskytu duševných porúch v neskoršom detstve a dospelosti (Green a kol., 2019). Negatívne zážitky sú bežnou detskou skúsenosťou. Ale kumuláciou ich počtu a intenzity do veku 16 rokov dochádza k štatisticky zvýšenému výskytu duševných ochorení v dospelosti. Tento jav predikuje výrazne zhoršený prechod do dospelosti prejavujúci sa nezamestnanosťou alebo sociálnou izoláciou v mladom veku (Copeland a kol., 2018).

Uvedené potvrdzujú ďalší autori a mnoho súčasných poznatkov ukazuje, že existuje významná korelácia medzi výskytom negatívnych a traumatických zážitkov v detstve a zdravotnými rizikami, telesnými i duševnými ochoreniami v dospelosti (Vojtová, Hašto, 2013).

Negatívne zážitky spojené s traumou rôznej príčiny a intenzity sú základom zdravotných problémov a veľkého množstva psychického a sociálneho napätia, ktorým môže dieťa trpieť. Niekedy nie sú príčiny zjavné alebo ich nie je možné vystopovať. **Akákoľvek situácia, ktorú dieťa nedokáže emočne spracovať má potenciál vytvoriť posttraumatické symptómy.** Málokedy si aj pri zjavných príčinách, ktoré sa behaviorálne manifestujú časovým odstupom, uvedomíme ich spojitosť s udalosťami, ktoré im predchádzali. Čím je dieťa mladšie, tým je zraniteľnejšie. **Čím je dieťa mladšie, tým viac môžu mať traumatické udalosti a prežité negatívne zážitky horší dopad, aj napriek tomu, že by sme vôbec nemali tendenciu považovať ich za poškodzujúce. Negatívny zážitok je definovaný svojím účinkom na nervovú sústavu jednotlivca, nie intenzitou samotného zážitku.**

Nepriaznivé rané skúsenosti môžu viesť k trvalému narušeniu chemických pochodov v mozgu, ktoré dlhodobo ovplyvňujú naše prežívanie a správanie (Levine, Klineová, 2012).

Výsledkom výskumu uskutočnenom na vzorke 555 vysokoškolákov bolo skonštatovanie, že detská trauma je stálespoločným sociálnym a psychologickým problémom. Jedinci s prežitou traumou v detstve vykazujú oveľa viac depresie, úzkosti, skreslenej kognície, rôznych osobnostných ťažkostí a tiež nižšiu úroveň sociálnej podpory, čo môže predstavovať sociálnu a psychologickú zraniteľnosť pri vývoji psychiatrických porúch po zážitkoch z traumy z detstva (Wang a kol., 2018).

Hodnotenie váhy dôkazov:

Ia	metaanalýzy alebo systematické prehľady randomizovaných kontrolovaných klinických štúdií
Ib	aspoň jedna randomizovaná klinická kontrolovaná štúdia, IIa: aspoň jedna kontrolovaná štúdia bez randomizácie
IIb	aspoň jedna štúdia iného typu, napr. kvázi-experimentálna, bez randomizácie, III: deskriptívne štúdie, ako napr. komparatívne, korelačné a kazuistiky
IV	odborné odporúčania, názory a klinické skúsenosti rešpektovaných autorít

## Prevenca

Na to, či negatívne alebo traumatizujúce udalosti budú mať pretrvávajúce a vážne následky vplýva viacero významných faktorov, vrátane sociálne-psychologických, ako sú rozsah podpory zo sociálneho okolia, rôzne copingové stratégie, emocionálne nastavenie, reziliencia a podobne (Sexton a kol., 2015).

So pracovaním negatívnych a traumatických zážitkov rôzneho druhu u dieťaťa treba pracovať čo najskôr, aby sa predchádzalo k rozvinutiu PTSP, ktorá je veľmi rozšírená u detí a adolescentov, ktoré prešli nejakými traumatickými zážitkami (napr. sex. zneužívanie, násilie, katastrofy, nehody) a majú vysoké zdravotné náklady a osobné dôsledky (Gillies a kol., 2013). Niektoré štúdie potvrdili účinnosť skorých terapeutických intervencií na zníženie rizika výskytu duševných porúch v neskoršom detstve a dospelosti (Green a kol., 2018).

Dôležitú úlohu zohráva prevencia a vnímavé zaobchádzanie s potencionálnymi, prebiehajúcimi traumatizujúcimi vplyvmi, ale tiež takými, ktoré už dieťa prekonalo. Tiež je dôležité rozlišovať, či ide o negatívne zážitky jednorazové alebo chronické a dlhotrvajúce.

**Prevenca a následná intervencia musí byť poskytovaná takým spôsobom, aby boli naplnené špecifické potreby detí v rôznych štádiách ich vývinu.** Ochrana rešpektujúceho dospelého, ktorý vníma potreby bezpečia, tepla a kl'udu dieťaťa a snaží sa ich naplniť sú zásadné v prevencii dopadu negatívnych udalostí na dieťa. Jeho schopnosť sebaregulácie a zvládania negatívneho a traumatického zážitku sa odvíja od prítomnosti dospelého a ich reakcií. Treba mať na zreteli, že dieťa na stres a negatívne životné zážitky je schopné reagovať len veľmi obmedzeným spôsobom, čo vyplýva z úrovne vývinu dieťaťa. Niektoré deti sa dokážu so záťažovými situáciami vysporiadať, podiel na tom majú príprava na očakávaný stres, doterajší vývin, minulé skúsenosti, vnútorné zdroje, emočná väzba s blízkou osobou (Rozvadský a kol. 2019).

Cieľom prevencie je prostredníctvom liečebno-pedagogických stratégií dovoliť dieťaťu prirodzeným spôsobom spracovať emocionálne náročné situácie. Nemusí ísť len o náročné jednorazové vypäté situácie, ale môže ísť o kumulatívny efekt nespracovaných menších traumatizujúcich udalostí. Prevenciou je aj identifikovanie potencionálne-traumatizujúce udalosti – napr. pripraviť dieťa na neodkladný lekársky výkon, a tak predísť výraznej emocionálnej reakcii dieťaťa alebo zachytiť dieťa, ak už traumatizujúcu udalosť prežil a poskytnúť jemu a jeho blízkemu okoliu krízovú intervenciu a terapeutickú podporu, aby sa eliminovali neskoršie následky. Niekedy môže byť už prevenciou zachytiť dieťa v ohrozenej situácii zo strany domáceho prostredia (zanedbávanie, zneužívanie).

**Pokiaľ prítomní dospelí neposkytnú dieťaťu pri prežívaní aktuálneho negatívneho alebo traumatického zážitku špecifickú terapeutickú pomoc, nespracovaná energia zo stresu sa nakoniec môže prejaviť v podobe širokej škály prejavov zmien správania a symptómov.**

Martinsen a kol. (2019) potvrdzujú aj efekt preventívnych programov zameraných na prácu s emóciami na školách. Zistili, že preventívny program Emotion poskytovaný na školách bol úspešný pri znižovaní príznakov úzkosti a depresie u detí.

V rámci prevencie z pohľadu liečebnej pedagogiky je dôležité :

- **identifikovať potencionálnu traumatickú udalosť** u dieťaťa a dieťa na ňu jemu **primeraným spôsobom pripraviť** (psychológ, liečebný pedagóg),
- **zachytiť dieťa v skorom štádiu po prekonanom negatívnom zážitku, traumatickej udalosti, na ktorú nebolo pripravené** (napr. po nehode, katastrofe, strate a pod.) a **poskytnúť mu neodkladnú krízovú intervenciu** (psychológ, psychiater, psychoterapeut, liečebný pedagóg),
- **identifikovať ohrozujúce faktory pre dieťa zo strany rodinného prostredia** (zanedbávanie, zneužívanie, rozvod a pod.) a **poskytnúť mu v multidisciplinárnej súčinnosti** (pediater, pedopsychiater, psychológ, liečebný pedagóg, psychoterapeut, sociálny pracovník) **protektívne opatrenia v závislosti od závažnosti situácie, v ktorej sa dieťa nachádza.**

## **Epidemiológia**

Zisťovaniu výskytu traumy a týrania bolo vždy sprevádzané skepticizmom vo vzťahu k validite získaných dát prostredníctvom dotazníkov. Vzhľadom ku rešpektu ku prežitej traume obetí sa najviac presadzujú retrospektívne údaje zisťované dotazníkmi na dospeljej populácii, kde je predpoklad odstupu od zažitého (Rozvadský, Gugová, 2017).

Tiež nie sú nám známe údaje o počte detí, ktoré prekonali negatívne a traumatické zážitky rôzneho druhu a intenzity s negatívnym dosahom na ich prežívanie a správanie, čo vyplýva aj z povahy a špecifik detstva a rôznorodosti vplyvov.

Levine a Klineová (2012) udávajú, že každým rokom sú vystavené traumatickej udalosti 4000000 detí len v USA. Felitini a Robert sa dotazovali 18 175 respondentov na zaťažujúce

udalosti v detstve. 60 % z nich uviedlo najmenej jednu traumatizujúcu udalosť. 2 až viac tráum popisovala 1/3 vzorky. Išlo o 8 skúmaných kategórií ako: emočné a fyzické týranie, sexuálne násilie – zneužívanie, dezintegrovaný rodinný systém – užívanie drog, ťažké psychické ochorenie, násilie voči matke, člen rodiny vo väzení, odlúčenie alebo rozvod rodičov (Hašto, Vojtová, 2013).

## **Patofyziológia**

Patofyziológia negatívnych a traumatických zážitkov vychádza z poznatkov o vplyve a spracovaní stresových situácií. V kontexte času rozoznávame akútne a chronický stres, ktorý následne môže vyvolať stresový syndróm. Odpoveď organizmu je v rovine neurohumorálnej, kde základnú úlohu zohrávajú štruktúry hypotalamu. Hypotalamus reaguje na vonkajšie podnety a tiež na impulzy prichádzajúce z centrálnej nervovej sústavy. V hypotalame stúpa koncentrácia adrenalínu, dochádza k vyplavovaniu katecholamínov, zvyšuje sa hladina glukokortikoidov a mineralokortikoidov vyplavovaných z kôry nadobličiek.

Existencia neurohumorálnej stresovej osy, ktorá zapája mozgovú kôru, hypotalamus, hypofýzu, nadobličky, sympatický nervový systém a zároveň ovplyvňuje orgány a tkanivá, tak určuje aj charakter stresovej reakcie.

Základnými reakciami na stresovú situáciu sú útok, útek alebo celkové stuhnutie. Prvotná reakcia na stres je pre organizmus výhodou, ale pri dlhodobom strese dochádza k vyčerpaniu rezerv a tiež k rôznym psychosomatickým ochoreniam.

Fázami pôsobenia stresu sú: poplachová fáza, fáza rezistencie a fáza vyčerpania.

**Poplachová fáza** zabezpečuje akútnu mobilizáciu energetických zdrojov z pečene, svalov, z tukových tkanív, zvyšuje funkciu kardiorespiračného systému, zvyšuje svalovú silu a tonus, znižuje prah bolestivosti, tlmí funkciu tráviaceho systému, rozširuje zrenice, zostruje zmyslové funkcie, kráti koagulačný čas, zvyšuje potenie a dočasne znižuje imunitu.

**Fáza rezistencie** zabezpečuje normalizáciu funkcií na úrovni orgánov a buniek.

**Fáza vyčerpania** už predstavuje patologické dôsledky dlhodobého stresu na fungovanie organizmu a je spájaná s rôznymi psychosomatickými ochoreniami (Levine, Klineová, 2012, Plumer, 2013).

V súvislosti s negatívnymi a traumatickými zážitkami v detstve popisujú Levine, Klineová (2012) funkcie troch integrálnych častí mozgu, ktoré v ideálnom prípade harmonicky spolupracujú. Neokortex je vývojovo najmladšia časť mozgu. Je zodpovedná za komplexné, racionálne schopnosti, riešenie problémov, plánovanie. Nachádzajú sa v nej centrá spracovania vnemov z okolia. Stredný mozog, tzn. limbický systém spracováva pamäť a emócie. Tretia časť, mozgový kmeň je zodpovedný za prežitie (útek, útok), tiež je zodpovedný za základné regulačné mechanizmy organizmu.



Elbers a kol. (2018) skúmali 80 detí s dysreguláciou nervového systému na základe ich maladaptívnych reakcií na stres a potvrdili, že vnímaný stres ovplyvňuje mnoho funkcií neuroendokrinného systému, čo vedie k dysregulácii nervového systému (subkortikálnych, hormonálnych a autonómnych obvodov). Podľa autorov rozpoznanie a pochopenie maladaptívnej neurofyziológie pri symptómoch súvisiacich so stresom má dôležitý význam pre diagnostiku, liečbu a pokrok vo výskume v oblasti zdravia. Nervové obvody sa rýchlo vytvárajú, čím sú ovplyvnené skorými skúsenosťami, ktoré ovplyvňujú detskú subjektivitu, nervovú organizáciu a správanie, v rovnakom pomere ako vrodené charakteristiky detí a / alebo prostredia, v ktorom sa vývoj uskutočňuje. Problémy duševného zdravia zasahujú do kvality skorých skúseností, a tým aj do rozvoja zručností detí. Majú negatívny vplyv na adaptáciu detí na environmentálne požiadavky, získavanie nových schopností a kapacít, ako aj na interpersonálne fungovanie a vzťah otec-matka-dieťa.

## **Klasifikácia**

### **MKCH 10 Diagnóza**

Z 61 Problémy súvisiace s negatívnymi zážitkami v detstve

Z 61.0 Strata objektu lásky v detstve

Z 61.1 Strata domova v detstve

Z 61.2 Zmena podoby rodinných vzťahov

Z 61.3 Udalosti vedúce k strate sebaúcty v detstve

Z 61.4 Problémy súvisiace s údajným sexuálnym zneužívaním dieťaťa osobou z okruhu primárnej starostlivosti

Z 61.5 Problémy súvisiace s údajným sexuálnym zneužívaním dieťaťa osobou mimo okruhu primárnej starostlivosti

Z 61.6 Problémy súvisiace s údajným fyzickým zneužitím dieťaťa

Z 61.7 Zážitok hrôzy v detstve

Z 61.8 Iné negatívne zážitky v detstve

Z 61.9 Bližšie neurčený negatívny zážitok v detstve

V rámci **MKCH-10** je potrebné v súvislosti s expozíciou negatívnych zážitkov a traumou v detstve v kontexte prejavov dieťaťa a mysliť na :

F 91 Poruchy správania

F 92 Zmiešané poruchy správania a emočné poruchy

F 93 Emočné poruchy so začiatkom špecifickým pre detstvo

F 94 Poruchy sociálneho fungovania so začiatkom špecifickým pre detstvo a dospelosť

F 98 Iné poruchy správania a emočné poruchy so začiatkom v detstve a počas dospelosti

<http://www.nczisk.sk/Standardy-v-zdravotnictve/Pages/MKCH-10-Revizia.aspx>

**Podľa DSM-5** ide o Trauma- and Stressor Related Disorders, teda s traumou a stresorom súvisiace poruchy, v ktorej sú aj reaktívne poruchy attachmentu (vzťahovej väzby), akútna stresová porucha a adaptačné poruchy a PTSP (21).

### **Z pohľadu delenia negatívnych a traumatických zážitkov (Levine, Klineová, 2012):**

- nehody, úrazy, pády,
- lekárske a chirurgické výkony, hospitalizácia,
- násilie (fyzické, sexuálne, emocionálne zneužívanie),
- psychické týranie aktívnej povahy- nadávanie, ponižovanie, vyhrážanie sa, strašenie, stres, šikanovanie, verbálna agresia,
- psychické týranie pasívnej povahy- nedostatok podnetov, zanedbanie duševné a citové,
- strata, smrť, rozvod, oddelenie od vzťahovej osoby aj z dôvodu práce mimo domu, výkonu trestu pod),
- chronické ochorenie vzťahovej osoby,
- stresory z vonkajšieho prostredia (búrka, záplava, katastrofy, napadnutie zvierat'om),
- médiá – obrazy násilia v médiách,
- technológie,
- nástup do škôlky, či školy,
- adaptácia na príchod súrodenca,
- stratenie sa, únos,
- sťahovanie,
- prežitie šoku – napr.: veľmi nepríjemný medicínsky zákrok, incident s autoritou, situácia, v ktorej dieťa prežívalo intenzívny strach.

### **Klinický obraz**

Klinický obraz je veľmi rozmanitý, v závislosti od intenzity a povahy zážitku, vývinovej úrovne dieťaťa, jeho prežívania, spracovania udalostí a podpory.

Pre klinickú prax je významný poznatok, že po negatívnych zážitkoch a prežitých traumách sa môže objaviť nielen **akútna stresová porucha** (v prvom mesiaci) a neskôr **posttraumatická stresová porucha**, ale aj **iné klinické obrazy** podmienené, či spolupodmienené traumou a jej spracovávaním: adaptačné poruchy, úzkostné, depresívne, somatizačné, disociatívne poruchy, poruchy užívania látok (Hašto, Tavel, 2015).

Trauma je pojem, pod ktorým si môžeme predstaviť akýkoľvek zásah do organizmu, ktorý vedie k narušeniu jeho celistvosti. Psychické traumy sú často náročnejšie na liečbu z hľadiska času i techniky liečby než telesné, pričom traumy z detstva ovplyvňujú celý život jedinca. Spoločným javom všetkých tráum je silný otras organizmu, na ktorý jedinec nebol pripravený. Tento otras časom môže sám odznieť, alebo môže spôsobiť dlhotrvajúce psychické problémy. Každý človek sa líši v tom, akú udalosť vníma ako traumatickú a akú nie (Rozvadský, Gugová, 2017).

### **V prípade jednorazového, ale intenzívneho a pre daného jednotlivca ohrozujúceho negatívneho alebo traumatického zážitku sa objavujú tieto akútne príznaky:**

- nadmerné rozrušenie a s tým spojené telesné prejavy, ako napr. zrýchlený tep, zrýchlený plytký dych,

- stiahnutie systému,
- disociácia,
- pocity necitlivosti – zmrznutie,
- pocity bezmocnosti a beznádeje.

**Schopnosť porozumieť negatívnemu alebo traumatickému zážitku závisí od vývinom podmieneného spôsobu uvažovania.**

Niektoré symptómy sú normálnou reakciou na zahlcujúce udalosti. Zvýšené nabudenie spojené s uzavretím systému (pokiaľ nie je možnosť úniku, sú biologicky dané mechanizmy prežitia). Tento obranný systém by mal byť časovo obmedzený. Avšak u malých detí môže byť rozrušenie také veľké, že sa nedokážu dostať samé do klúdu. Aj po odznení ohrozenia, dochádza k stimulácii nervového systému dieťaťa, ktorú dieťa nedokáže regulovať.

V závislosti od veku a úrovne mentálnej, sociálnej a emocionálnej zrelosti sa symptómy spojené s možnými negatívnymi a traumatickými zážitkami prejavujú inak u detí ako u dospelých. **Postupom času sa môžu objavovať rôzne symptómy na úrovni telesnej, emočnej a behaviorálnej** (Levine, Klineová, 2012):

- **Prejavy u malých detí:**

prehnané emocionálne reakcie, prejavy strachu a hnevu, zlosti, podráždenosť, plačlivosť, vyháňavé správanie, utiahnutosť, zmena miery aktivity, často zvýšená aktivita, zmena vzorcov spánku, nočné desy, zmena spôsobu a obsahu hry, opakovaná hra, somatické ťažkosti - bolesti brucha, hlavy, vývinový regres - enuréza, enkopréza či zadržiavanie stolice, elektívny mutizmus.

- **Prejavy u detí školského veku:**

prejavy strachu a hnevu, zvýšená ostražitosť, zvýšená emočná dráždivosť na nepatrné podnety, strach o seba a o svojich blízkych, z toho že sa niečo stane, pocity smútku, znovuprežívanie udalosti, rozprávanie o nej, prejavy v hre, depresia, hyperaktívne prejavy, poruchy spávania, agresívne prejavy voči okoliu, ťažkosti v školských zručnostiach-neschopnosť dokončiť úlohy, nedostatok schopnosti sústrediť sa, spracovať informácie efektívnym spôsobom, ťažkosti so spánkom, psychosomatické ťažkosti rôzneho druhu (bolesti hlavy, brucha), stiahnutie sa do seba, denné snenie, izolácia od rovesníkov, školská fóbia. U chlapcov sa negatívne prežívanie prejavuje skôr navonok-môžu šikanovať, byť agresívni, biť sa, u dievčat skôr dovnútra-depresie, sebaponižovanie, úzkostné prejavy.

- **Prejavy u dospievajúcich:**

náhle zmeny nálad, úzkosť, depresia, podráždenosť, zlosť, túžba sa pomstiť, citová otupenosť, stiahnutie sa do seba, sexuálna promiskuita, myšlienky na samovraždu, ostražitosť, radikálna zmena známok v škole, postojov, vzhl'adu, zmeny správania, znovuprežívanie udalosti skrz „flashbacky“, závislosť na alkohole, drogách, sebapoškodzovanie, nezájum o to, čo malo dieťa rado (ľudí, koničky), úniky.

Príznaky dlhodobého stresu u detí:

- narušenie spánkového vzorca,
- malátnosť,

- plačlivosť,
- nesústredenie, ťažkostí v učení,
- nechut' ísť do školy, zhoršenie školského prospechu,
- citová závislosť,
- zlozvyky, napríklad odkašliavanie, hryzenie nechtov,
- zmeny v príjme potravy – zvýšenie alebo zníženie,
- bolesti hlavy, brucha alebo svalov,
- zmeny v správaní – napríklad: uzavretosť, agresívne správanie, nepredvídateľné reakcie,
- zvýšený sklon k úzkosti (Plumer, 2013).

Dlhodobý stres v ranom detstve má ďalekosiahle dopady na citovú pohodu jedinca a v neskoršom živote sa uňho zhoršuje schopnosť regulovať vlastné emócie. To sa prejavuje najmä prehnanými reakciami na stresory menšieho významu, neustálou nervozitou a očakávaním nebezpečia a problémov (Plumer, 2013).

Čím je dieťa zrelšie, tým má na spracovanie negatívneho zážitku väčší vplyv to, ako ho ono interpretuje. Nezvládnuteľný pocit úzkosti prežitej v minulosti môže spôsobiť aktuálne intenzívnejšie prežívanie situácie, ktorá je iba potenciálnym ohrozením. Významnú úlohu tu zohrávajú predstavy dieťaťa.

## **Diagnostika/Postup určenia diagnózy**

Psychiater zisťuje prítomnosť porúch správania a psychického zdravia, realizuje psychiatrickú diferenciálnu diagnostiku.

Psychológ zisťuje odchýlky od vývinu, prípadné poruchy, vykonáva psychologickú diagnostiku.

Liečebný pedagóg hodnotí celkovú situáciu dieťaťa, jeho zdroje zvládania, uskutočňuje liečebno-pedagogickú diagnostiku. Liečebný pedagóg pracuje v súčinnosti multidisciplinárneho tímu, za účelom triangulácie a validity získaných údajov. Odborníci v tíme vyhodnotia riziká porúch psycho-sociálneho vývinu, prítomné symptómy porúch zdravia, prognózu v súvislosti s povahou skúsenosti dieťaťa a jeho rezerv, navrhnú opatrenia. Hodnotí sa tiež sociálna opora, zdroje zvládania, stratégie dieťaťa pri vyrovnávaní sa so záťažou.

Sociálny pracovník identifikuje prekážky a ťažkosti v rodinnom systéme dieťaťa.

### **Proces liečebno-pedagogickej diagnostiky zahŕňa:**

- **Popis problému** - pomenovanie aktuálnych problémov dieťaťa a vytvorenie podmienok pre spoluprácu.
- **Anamnestické vyšetrenie** sa orientuje na negatívny zážitok prežitý alebo potencionálne rizikový (napr. chirurgický výkon), tiež u dieťaťa je dôležité podrobné odobratie rodinnej, školskej anamnézy a priebehu psychomotorického vývinu. Odobratie anamnézy sa získava rozhovorom (dieťa, rodič, učiteľ v závislosti od podmienok) zameraným na emocionálnu, behaviorálnu a sociálnu oblasť a skúmaním dostupných zdravotníckych a iných dokumentov.
- **Pozorovanie dieťaťa** všetkých jeho vonkajších prejavov správania, pokiaľ je to možné aj pre dieťa v prirodzených situáciách (škola, rodinné prostredie, hra).
- **Projektívne techniky**, detská kresba, hra, podávajú informácie o emocionálnom

prežívaní, osobnosti a vzťahoch dieťaťa. Projektívne techniky definujú Hartl, Hartlová (2010) ako metódy založené na skúmaní osobnosti pomocou nevedomých, projektívnych procesov odhaľujúcich emócie, priania, názory a povahové rysy vyšetrovanej osoby. V projektívnych technikách ide o málo štruktúrovanú úlohu, ktorá umožňuje takmer neobmedzené množstvo odpovedí, globálny prístup k hodnoteniu osobnosti a zvyčajne účinnosť pri odhaľovaní skrytých, latentných alebo nevedomovaných aspektov osobnosti. Dieťa tu odhaľuje obsahy, o ktorých by sa mu inak nevy povedalo ľahko alebo preto, že sa mu ešte nedostáva slov. Obsahy mysle sú podobne ako v sne zastreté do podoby, ktorá ani jemu samému nie je zrejmá - používa obrazy a symboly, ktoré tlmia surovosť a naliehavosť obsahov prežívania (Davidová, 2008). V tejto súvislosti sa využívajú predovšetkým tematické kresby ako je kresba ľudskej postavy alebo rodiny a, tiež voľná kresba. Tak v súvislosti s projektívnymi metódami hovoríme o grafických projektívnych metódach, kam zaraďujeme Test kresby ľudskej postavy, Test kresby rodiny, Test kresby začarovanej rodiny a iné (Pogády, 1993, Erhardt, Tatzer, 1999). V diagnostike sa využívajú voľné aj tematické projektívne techniky rovnako v kresbe ako aj v hre. Cez opakovanú hru a kresbu sa odrážajú niektoré aspekty záťažových až traumatizujúcich udalostí (Levine, Klineová, 2012).

- **Analýza a interpretácia problému, vyslovenie prognózy a návrh opatrení.**
- **Návrh a realizácia nefarmakologických terapeutických opatrení.**
- **Procesuálne diagnostické hodnotenie** – sledovanie a korigovanie terapeutických cieľov v závislosti od zdravotného stavu detského pacienta (Hornáková, 2018).

### **Možnosť využitia konkrétnych diagnostických nástrojov**

**SDQ (Strengths and difficulties Questionare) dotazník.** Ide o krátky behaviorálny skriningový dotazník určený pre posúdenie psychického prispôsobenia detí a dospievajúcich od 3 do 16 rokov, ktorý postihuje rovnomerné oblasti správania, emocionálneho prežívania a sociálnych vzťahov. Pre vek 4-16 rokov zástupcami (rodičia, učitelia) a pre seba posúdenie od 11-16 rokov. Verzia The extend version of the SDQ zachytáva vnímanie obtiaží respondentom, ich chronicitu, distress a zhoršenie ich sociálneho fungovania. Follow-up verzia dotazníku SDQ zachytáva aj účinok intervencie (Goodman et al., 2001). SDQ bola účinná pri identifikácii internalizačných a externalizujúcich problémov, fungujúcich ako dobrý skriningový nástroj. Vzhľadom na túto funkciu môže odborníkom pomôcť identifikovať a monitorovať takéto problémy a kvalifikovať ich terapeutické rozhodnutia (Godinho et al., 2017).


**Bodové hodnotenie stresových situácií školáku podľa M. Stoppardové.** Podľa danej škály, na základe súčtu bodov za 12 mesiacov, je možné určiť mieru ohrozenia stresovými vplyvmi (dostupné na: <http://nadacesirius.cz/kviz/tabulka2/> (12.4.2019).

Možnosť využitia u malých detí **Child Behavior Check List (CBCL 1½-5 years)**. Školská verzia pre 6-18 rokov. Kontrolný zoznam správania detí (CBCL) je najčastejšie používaným nástrojom na hodnotenie emocionálnych a behaviorálnych problémov u detí. Kontrolný zoznam poskytuje rýchlu a efektívnu cestu pre terapeuta na zhromažďovanie informácií o nálade a správaní dieťaťa. CBCL pozostáva zo série otázok, ktoré zvyčajne vyplní rodič alebo opatrovateľ (Achenbach et al., 2002)

Výsledky nemeckej štúdie v kombinovanej vzorke 4,116 detí potvrdzujú zistenia, že kontrolný zoznam pre správanie detí (CBCL) má vynikajúcu schopnosť rozlišovať medzi deťmi s duševnými problémami a bez nich (Schmeck et al., 2001). Iný tím potvrdil dobrú reliabilitu a validitu vietnamskej verzie CBCL a SDQ (Dang et al., 2017).

Sumarizácia nálezov pre uvedené diagnostické postupy je uvedená v Tabuľke č.1.

**Tabuľka č.1**

Sumarizácia diagnostických postupov			
		ŠTANDARDNÝ DIAGNOSTICKÝ A TERAPEUTICKÝ POSTUP TRAUMATICKÉ ZÁŽITKY V DETSTVE	
Screening a diagnostika			
Poradie	Štandardný postup	Dôkazová hodnota	Referencie
1.	Anamnestické vyšetrenie (osobná, zdravotná, psychiatrická/problémová, rodinná/vzťahová, sociálna, školská/pracovná anamnéza), pozorovanie		
2.	Projektívne techniky, kresba, hra	IV  IIa	Davidová R. (2008) Erhard, R., Tatzler, E. (1999) Pogády, J. et al (1993) Mitašíková (2011)  Bratton S.C., Yung-Wei D.L (2015)
3.	Procesuálna diagnostika - priebežné hodnotenie a korigovanie terapeutických cieľov, v závislosti od aktuálneho stavu a potrieb dieťaťa a rodiny	IV	Hornáková (2018)
4.	Doplňková diagnostika SDQ (Strengths and difficulties Questionnaire) dotazník  Child Behavior Check List (CBCL)	IIa  IIa	Godinho et al. (2018), Goodman et. al (2001)  Schmeck et al. (2001), Dang et al. (2017)

## Liečba

Z pohľadu liečebnej pedagogiky považujeme pri spracovaní negatívnych a traumatických zážitkov v detstve za nosný ekosystémový, vývinový a multidisciplinárny prístup. Hašto, Vojtová (2013) zdôrazňujú, že bio-psycho-sociálny model sa javí byť najadekvátnejším prístupom s ohľadom na mnohoúrovňosť danej problematiky. Pri spracovaní negatívnych a traumatických zážitkov v detstve pracuje odborník s dieťaťom, rodičom, príp. inou vzťahovou osobou (napr. učiteľom).

Jednotliví odborníci multidisciplinárneho tímu (pedopsychiater, klinický psychológ, liečebný pedagóg, psychoterapeut, sociálny pracovník) poskytujú liečbu na základe svojho vzdelania a odborných kompetencií.

## Práca s rodičom

Dôležitou časťou liečby je práca s rodičmi s ťažiskom na posilňovanie ich rodičovských kompetencií. Veľmi dôležitý je rozhovor s rodičmi, ktorý by mal byť rozhovorom na pokračovanie. Prvotný rozhovor je pre rodičov zväčša veľmi ťažký. Mnohým veciam

nerozumejú, nepripúšťajú si, často niektoré otázky vnímajú ako ohrozujúce, majú strach o dieťa. V takom prípade Caby, Caby (2014) odporúčajú navodiť atmosféru, ktorá nám umožní zdieľať, čo je nutné. Mali by sme sa vyhnúť falošným ohľadom, ale citlivo a jasne vysvetliť situáciu, limity a rezervy výchovného prostredia a zdôraznenie špecifických potrieb dieťaťa. Zároveň je však potrebné načrtnúť pozitívne perspektívy, potenciál, silné stránky dieťaťa, dynamiku vývinu. Pre dobrého odborníka je dôležité si uvedomiť, že jeho vedomostný a skúsenostný kontext je iný ako rodičov, a preto musí byť pripravený na možné nepochopenie a negáciu z jeho strany. Rodičom je potrebné dať čas, aby sa s danou situáciou vyrovnali, aby dokázali v rámci terapie spolupracovať, aby uverili odborníkovi, ktorý dokáže dieťaťu v spolupráci s nimi pomôcť.

### **Práca s dieťaťom**

Pri liečbe a spracovaní negatívnych a traumatických zážitkov v detskom veku musíme brať do úvahy, tri okruhy:

1. Príprava dieťaťa na potencionálnu traumatizujúcu udalosť.
2. Krízová intervencia (zjavná traumatizujúca udalosť).
3. Liečebné intervencie.

#### **1. Príprava dieťaťa na potencionálnu traumatizujúcu udalosť**

Príprava dieťaťa na potencionálnu traumatizujúcu udalosť v našom ponímaní predstavuje **príprava na zdravotnícky výkon**. Jednými z bežných a často prehliadaných negatívnych a traumatických zážitkov sú zdravotnícke výkony, ktorým sa deti musia podrobiť. Väčšina detí pomerne rýchlo zabúda na nepríjemnosti spojené s pobytom v nemocnici. Avšak stretávame sa, a to hlavne po vážnejších chirurgických výkonoch s niektorými zmenami a nápadnosťami v ich správaní. Tieto zmeny a nápadnosti trvajú rôzne dlho a majú individuálny charakter. Najčastejšie sa prejavujú ako úzkostné reakcie, nočné mory, afektívne výbuchy, u mladších detí môže dôjsť k regresu správania. Takéto správanie sa môže objaviť po niekoľkých týždňoch od hospitalizácie a toto zmenené správanie dieťaťa sa už zvyčajne nespája s prežitou hospitalizáciou a výkonom. Preto je dôležité, aby dieťa bolo na vyšetrenie alebo prípadnú operáciu pripravené a dostatočne informované (Matějček, 2001).

K príprave detského pacienta na vyšetrenie alebo operáciu je vhodné používať rôzne pomôcky a materiály:

- **Písomné a obrázkové informačné materiály** – malé deti oceňujú brožúrky vo forme omaľovánky. Obrázky musia byť veľké, jednoduché a zrozumiteľné. Pre väčšie deti je vhodné pripraviť komiks (kreslený príbeh) s jednoduchým priehľadným textom a vtipnými obrázkami. Autor Kassai a kol. (2016) vo svojej randomizovanej štúdii zistili, že komiksová informácia o anestézii pre deti bola lacným a účinným prostriedkom na zníženie predoperačnej úzkosti u detí. Ďalšou z možností je vytvorenie informačného testu, ktorý bude obsahovať otázky o hospitalizácii a liečbe. Vhodnými materiálmi sú aj ukážkové albumy s obrázkami alebo fotografiami. Od iných materiálov sa odlišujú veľkou názornosťou. Al-Yateem a kol. (2016) odporúčajú použiť v príprave na chirurgický zákrok nazníženie úzkosti u detí ako účinné: rozprávanie príbehov, obrázky a art techniky.
- **Demonštračné pomôcky** – veľká časť prípravy prebieha formou hry. Pri demonštrácii

používame vlastné hračky, špeciálne bábky alebo vhodne upravené bábiky, plyšové hračky. Vhodné a obľúbené sú originálne zdravotnícke pomôcky (Sedlářová, 2008).

Ďalej je možné používať videoprogramy, knihy, atlasy, anatomické modely a pod. Jedna z vecí, ktorá ovplyvňuje kvalitu prípravy dieťaťa na vyšetrenie a operáciu je priestor, v ktorom sa príprava uskutočňuje. Nutné je vybrať také miesto, ktoré zaručí dieťaťu a osobe, ktorá ho na zdravotnícky výkon pripravuje pokoj a súkromie (Sedlářová, 2008).

Vo všeobecnosti by príprava na vyšetrenie alebo operáciu mala obsahovať:

- zistenie koľko informácií dieťa má, ako situácii rozumie, čoho sa obáva,
- vysvetlenie, čo sa bude diať a kedy,
- informácie, že bude cítiť bolesť, ako s ňou môže pracovať,
- informácie, kto bude dieťa sprevádzať,
- informácie, ako dlho výkon potrvá,
- poskytnutie informácie, čo bude nasledovať,
- vysvetlenie praktickej časti výkonu,
- diskusia a čas na otázky,
- príprava rodičov (Sedlářová, 2008).

Iným spôsobom, akým môže detský pacient vyjadriť svoje pocity a myšlienky zo svojho ochorenia, sú kresby a zápisky. **Tvorivý denník** ponúka deťom s ochorením bezpečné prostredie, aby mohli objaviť skrytý poklad svojich pocitov, zážitkov, snov a intuície. Súčasťou vedenia tvorivého denníku nie je kritika ani známkovanie a práca na daných úlohách je dobrovoľná. Deti sa môžu uvoľniť a s radosťou použiť tvorivý denník ako nástroj k sebavyjadreniu a sebapoznaniu (Capacchione, 1989).

### **Príprava má byť individualizovaná, primeraná veku a vývinovým možnostiam dieťaťa.**

Vyžaduje si trpezlivosť, empatiu a láskavý a bezpečný prístup dospelých.

Pri batol'atách (do veku 3 rokov) sa odporúča zdeliť informácie krátko, jednoducho v závislosti od veku. Dieťa potrebuje uistenie, dotyk, bezpečie, láskavé správanie zo strany dospelých. V predškolskom veku je vhodné informovať jednoducho a jasne, nezachádzať do detailov (myslenie v tomto veku je absolutistické a magické), dieťa nemá kapacitu pochopiť podrobnosti, môžu ho zneisťovať. Dieťa potrebuje uistenie, zvládnutie jeho emócií, strachu, obáv pokojným a láskavým prístupom zo strany dospelých, ubezpečenie, že všetko bude v poriadku. V školskom veku medzi 6-12 rokom mávajú deti strach z medicínskych procedúr. Dieťaťu treba úprimne vysvetliť ako bude operácia prebiehať a odpovedať na jeho otázky, nezaťažovať ho zbytočnými zaťažujúcimi informáciami, ale hovoriť pravdivo. Tiež potrebuje zo strany dospelých uistenie, bezpečie a podporu pri zvládaní stresu a negatívnych emócií. Dospievajúci vedia pochopiť funkcie tela, podstatu problému a príčinu operácie, chcú vedieť, čo bude nasledovať. Majú mať umožnené klásť otázky a dostať odpovede od personálu. Je dôležité hovoriť s nimi o ich obavách v súvislosti so zákrokom, ich telom, smrťou. Je dôležité im dať pocit nezávislosti a možnosti voľby, pokiaľ je to možné, tiež ich informovať o tom, čo sa od nich očakáva. Zároveň však potrebujú, pokojný, empatický a bezpečný prístup zúčastnených dospelých. (dostupné na: <https://cervenynos.2017>, Hlinková, et al., 2015)



Ďalšou z možností, ako uskutočniť prípravu dieťaťa na zdravotnícky výkon, je webová intervencia, upravená na mieru pre konkrétnu rodinu, ktorej dieťa podstúpi zákrok. Aj táto forma edukácie je založená na poskytovaní informácii, modelovaní, hre a nácviku zvládania zručností. Pre rodičov obsahujú takéto weby informácie o tom, ako dieťa oboznámiť s novou situáciou (Kain et al., 2015).

William et al. (2016) uvádzajú, že v nemocničnom prostredí sa v rámci prípravy dieťaťa na invazívne lekárske zákroky a samotnú hospitalizáciu realizujú **inštruktážne hry**, ktorých cieľom je zmierniť psychickú záťaž dieťaťa. Autori uskutočnili testovanie účinnosti týchto hier na zníženie úzkosti a negatívnych emócií u hospitalizovaných detí, pričom porovnávali intervenčnú výskumnú skupinu s kontrolnou skupinou, pričom deti boli vo veku od 3 do 12 rokov. U detí z intervenčnej skupiny zistili, že deti prejavovali menej negatívnych emócií a prežívali nižšiu úroveň úzkosti ako deti z kontrolnej skupiny. Na základe zistení zdôraznili význam začlenenia takejto formy intervencie do nemocničnej starostlivosti o detského pacienta. Vzhľadom na rozvoj technológií sa v poslednej dobe sleduje aj **vplyv videohier** na prežívanie dieťaťa počas hospitalizácie. Uyar et al. (2020) porovnávali vplyv Midazolamu (medikament, používaný pred anestéziou, navodzujúci ospalosť), hranie videohier a sledovanie kreslených rozprávok, ktoré dieťa edukovali ohľadom problematiky anestézie. Výskumnú skupinu tvorilo 138 pacientov vo veku 5 – 8 rokov, ktorí podstúpili elektívny chirurgický zákrok. Pre vykonaním intervencie merali hladinu úzkosti prostredníctvom škály. Pacientov rozdelili do troch skupín, pričom jednej bol podaný Midazolam, druhá hrala videohry na tablete a tretia pozerala animovaný film. Úzkosť merali aj 20 minút po intervencii, pri vstupe na operačnú sálu a počas aplikácie anestézie. Na začiatku boli výsledky úrovne úzkosti vo všetkých skupinách porovnateľné. Významný pokles sa zaznamenal v skupine, ktorá hrala videohry. Najnižší pokles bol pozorovaný v skupine, ktorá bola pasívne edukovaná prostredníctvom videa (Uyar et al., 2020).

Výber vhodnej intervencie závisí aj na predošlých skúsenostiach dieťaťa so zákrokom alebo hospitalizáciou. V prípade negatívnych skúseností z lekárskeho zákroku je možné pociťovanú úzkosť znížiť dôslednou prípravou, ktorá bola založená na prehodnotení a upravení negatívnych spomienok. Opätovný rozhovor sa odporúča 2 týždne po výkone, s cieľom zistiť, ako dieťa danú situáciu prežívalo a aké v ňom zanechala pocity. Takýto rozhovor môže dieťaťu uľahčiť hospitalizácie v budúcnosti (Salmon, 2005).

Veľmi dôležité je tiež podať dieťaťu aj rodičovi **prvú psychickú pomoc** v podobe empatického, chápatého a podporného prístupu zo strany zdravotníckeho personálu (sestra, lekár, psychológ, liečebný pedagóg) pri zvládaní stresu a negatívnych emócií, v ktorejkoľvek fáze prípravy na výkon, po výkone alebo počas hospitalizácie.

### **Klinická otázka č.1**

Efektivita zdravotnej starostlivosti o detského pacienta v zmysle zníženia jeho anxiety a eliminácie nepriaznivých následkov prežitej traumatizujúcej udalosti, sa výrazne zvyšuje, ak sa v príprave na potencionálnu traumatizujúcu udalosť (zdravotnícky výkon, hospitalizácia, vyšetrenie) aplikujú obrázky, komiksy, príbehy, výtvarné techniky, hračky a hra.

Dôkazová hodnota a referencie:

Ib Kassai et al. (2016)

Ib Al-Yateem et al. (2016)

Odporúčania pre prax:

Pred potencionálnou traumatizujúcou udalosťou, akou môže byť zdravotnícky výkon, vyšetrenie, hospitalizácia odporúčame informovať a pripraviť detského pacienta primerane jeho veku a vývinovej úrovni pomocou hry a hračiek, obrázkov, komiksových príbehov, výtvarných techník.

Citlivá príprava, šetrné vysvetlenie a následné sprevádzanie poskytnú dieťaťu prvú psychickú pomoc a podporu. Do prípravy odporúčame zahrnúť aj rodiča.

## 2. Krízová intervencia

Intervencie zamerané na stabilizáciu:

- pri akútnej traume, v ohrození, tesne po udalosti, použijeme klasických 5T: ticho, teplo, tekutiny, tíšenie bolesti (uist'ovanie, fyzický kontakt, ak ho neodmieta), transport (do bezpečia),
- podáme dôležité informácie,
- zabezpečíme prijateľnú vzťahovú osobu,
- poskytneme informácie o nasledujúcich úkonoch, ktoré je potrebné v nasledujúcich hodinách, dňoch urobiť (informácie je lepšie podať vzťahovej osobe, ak je dieťa emočne zaplavené),
- zvážiť prípadné podanie farmák tesne po zažitej ohrozujúcej udalosti (Rozvadský, Gugová, 2017).

Pri krízovej intervencii treba voliť nasledujúce stratégie:

- Zabezpečiť pokojného, vnímavého, sebaistého, akceptujúceho a uist'ujúceho dospelého, ktorý dieťa prevedie cez šok, ktorý prežíva alebo práve prežilo. Dieťa musí mať k dispozícii dospelého, ktorý mu predstavuje bezpečie, teplo a pokoj.
- Venovať pozornosť vnemom a pocitom dieťaťa, „Ako sa cítiš?, Kde ťa bolí?, Čo sa deje?“
- S dieťaťom hovoriť pomaly, jasne, nezaplavovať ho prúdom reči.
- Akceptovať akékoľvek prejavy dieťaťa a uistiť ho, že čokoľvek prežilo, už to skončilo a bude to v poriadku.
- Dať dieťaťu dotykom slovami najavo, že akékoľvek reakcie sú v poriadku.
- Možnosť použiť škály na vyjadrenie emócií (emotikony). Pomáhajú každému dieťaťu objaviť, ako to doteraz zvládalo. A dospelému pochopiť intenzitu prežívanej emócie u dieťaťa.
- Preformulovať obmedzenia na to, čo už dieťa zvláda. Pozitívne komentovať, čo doteraz dieťa zvládlo. Uistiť dieťa o dobrom výsledku.
- Smerovať pozornosť na to, v čom sa mu darí.
- Ponúknuť spoluprácu, nerobiť z dieťaťa neschopného.
- Nepreberať zodpovednosť v zmysle, ja to za teba teraz opravím. Ale, pomáhať mu objaviť vlastné možnosti zvládania. Čo by potreboval, aby sa cítil lepšie (Rozvadský, Gugová, 2017, Levine, Klineová, 2012).
- Zrejme najdôležitejšie je bezpečné prostredie a komunikačno-vzťahová opora. Zatiaľ sa ale potvrdzuje užitočnosť niekoľko málo hodín trvajúcich behaviorálnych intervencií,

ktoré pravdepodobne môžu znížiť prechod.

- Do PTSP u dospeljej populácie (Hašto, Tavel, 2015). Predpokladáme, že podobne je to aj u detí (Freyberger, 2012 podľa Hašto, 2016).

### **3. Liečebné intervencie**

Škála problematík súvisiacich s expozíciou negatívnych a traumatických zážitkov v detstve rôznej intenzity až po prežitú a nespracovanú traumu je veľmi široká a rozmanitá. Je veľmi dôležité dieťaťu, ktoré zažíva školskú šikanu, prežilo stratu rodiča, súrodenca, domova, prežilo alebo zažíva týranie, násilie a sexuálne zneužívanie v rodine, zažilo odobratie od rodiny a umiestnenie v zariadení, je dlhodobo hospitalizované, trpí závažným ochorením alebo prežilo traumatické udalosti ako je nehoda, katastrofa atď. a následne nespracovalo zaťažujúcu udalosť alebo zostáva v chronickom strese a bola mu počas diagnostiky indikovaná liečba, poskytnúť liečebnú intervenciu v podobe psychoterapie, liečebno-pedagogickej intervencie alebo iných intervencií na základe profesijných kompetencií.

Napríklad autori Metchel a Stoeckel (2017) odporúčajú u detí s tak závažným ochorením ako je rakovina, ktorá dieťaťu prináša veľa negatívnych skúseností už z povahy ochorenia, ale tiež umocneného nepríjemnými zdravotnými výkonmi, pobytmi v nemocnici, EB intervencie: terapeutickú hru, edukáciu pacienta a umelecké aktivity, ktoré znižujú úzkosť a distres a podporujú účinné zvládanie choroby.

#### **Psychoterapia**

Existujú dôkazy o účinnosti psychoterapeutických prístupov, hlavne KBT (kognitívno-behaviorálnej terapie) na liečbu detí s postraumatickou stresovou poruchou u detí a adolescentov až do mesiaca po liečbe KBT má najlepšie výsledky, ale nie je dôkaz o účinnosti jedného terapeutického prístupu v porovnaní s inými (Gillies et al., 2012). Hašto (2015) píše o voľbe terapie u PTSP, udáva najmä randomizované štúdie.

Prvou voľbou pri ľahších a pravdepodobne aj stredne ťažkých PTSP je psychoterapia. Dobre preskúmaná je na traumu fokusovaná kognitívno-behaviorálna terapia a za rovnocennú možno považovať EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing). Výhody psychoterapeutickej liečby sú evidentné z dlhodobých sledovaní priebehov. Pri ťažkých formách, zvlášť pri výrazných úzkostných alebo depresívnych symptómoch, by sa mala psychoterapia od začiatku kombinovať s farmakoterapiou (Hašto, Tavel, 2015).

#### **Liečebno-pedagogická terapia**

Zdroje prevencie a terapie môžu byť pre dospelého zanedbateľné, ale pre dieťa sú zásadné. Je dôležité vnímať potreby dieťaťa a venovať sa im. Úlohou terapie je preventívne predísť emočnému otrasu alebo dostať organizmus do rovnováhy – homeostázy – cez hru, umenie a tvorivé činnosti, ktoré vývinovo vychádzajú z potrieb a možností dieťaťa a poskytujú mu bezpečný priestor pre vyjadrenie a spracovanie negatívnych zážitkov, emócií a prežívania, ale aj podporu sebaregulačných a copingových stratégií a podporu rozvoja nových zručností pod vedením skúseného terapeuta. Ide o nehodnotiaci prístup založený na bezprostrednom prijatí a vytváraní bezpečného prostredia a vzťahu. Vzťah medzi terapeutom a dieťaťom je novou skúsenosťou, ktorá v priaznivom prípade môže viesť k osobnému rastu a pozitívne zmeny sa môžu prejavíť v pokusoch o nové adaptívne formy správania (Pogády a kol., 1993). V liečebnej pedagogike využívame tiež rôzne kreatívne činnosti, ktorých úlohou je podporiť abreaktívne

procesy a zároveň navodzovať zmenu - rast.

### **Terapia hrou**

Pre dieťa v ťažkej životnej situácii je dôležité hľadať a posilňovať ľahko dostupné zdroje zvládania. V realite dieťaťa je hra jedným z možných a veľmi účinných zdrojov pomoci (Mitašíková, 2011). Dôležitosť terapeutickéh hry pri napomáhaní dieťaťa zotaviť sa z negatívnych skúseností, zážitku, alebo traumy je dávno známa. Dieťa v hre môže vyjadriť svoje pocity, terapeut mu pomáha orientovať sa v jeho emóciách, vzťahoch a sociálnym kontextom, prežívaní, v ktorých sa dieťa nachádza (Jofer-Ernstberger, 2019). Dôležitým pilierom hrovej terapie je vzťah s terapeutom a bezpodmienečné prijatie. Zastúpenie hračkou, postavou vystupujúcej v hre a projekciou do nej je pre dieťa bezpečné a tento spôsob pomáha dieťaťu identifikovať a vysporiadať sa s negatívnymi emóciami. Tempo si určuje dieťa samo, terapeut neurýchľuje proces liečenia. Výskumy hovoria o ideálnom počte 35-40 terapeutických stretnutí (Bratton, Yung-Wei, 2010).

Dieťa si v hre prechádza rôznymi fázami, od zoznamovania sa s prostredím, cez uvoľnenie, projekcie v hre (agresívne, hostilné prejavy) až po budovanie si nových zručností. Lištiaková popisuje v terapii hrou rôzne procesy, vychádzajúc z toho, aké potreby si dieťa v hre napĺňa. Ide o proces expresie, reflexie, symbolizácie, dištancie a proces transformácie (Lištiaková, 2017).

Sezici a kol. (2017) vo svojej randomizovanej štúdií potvrdzujú, že hrová terapia pomohla deťom predškolského veku, u ktorých zaznamenali sociálne úzkosti, zhoršené sociálne interakcie, neefektívne zvládanie situácií, zlepšiť ich sociálne, emocionálne a behaviorálne zručnosti. Poskytla tiež príležitosť pre deti, aby znížili svoj strach a úroveň úzkosti a zlepšili svoje komunikačné zručnosti a zvládanie situácií, a preto odporúčajú zahrnúť hrovú terapiu do terapeutického procesu. Stenmann et al. (2019) odporúčajú integrovať prvky terapie hrou do multidisciplinárnej pediatrickej zdravotnej starostlivosti.

### **Arteterapia**

V rámci terapie a vyrovnávania sa so záťažovými situáciami až traumami v detstve je z pozície liečebnej pedagogiky vhodná arteterapia. V individuálnej arteterapii pri práci s dieťaťom v rámci liečebnej pedagogiky ide o:

- naladenie sa na dieťa a navodenie kontaktu s dieťaťom,
- vytváranie vzťahu s dieťaťom prostredníctvom tvorivej činnosti, ktorá je detstvu prirodzená,
- nazretie do prežívania dieťaťa a jeho vnútorných duševných obsahov,
- pozorovanie správania a prejavov dieťaťa v rámci výtvarnej tvorby,
- zníženie napätia, odreagovanie, uvoľnenie agresívnych, úzkostných obsahov,
- vytvorenie priestoru pre expresiu hyperaktivity a impulzov,
- možnosť experimentovania s formou a priestor pre tvorivé zdroje osobnosti dieťaťa,
- integrovanie a podpora rezilientných zdrojov dieťaťa, rozvoj nových zručností,
- sledovanie série kresieb, iných výtvarných výtvorov, kde je možné vidieť proces liečenia dieťaťa.

V arteterapii je možné využiť individuálnu alebo skupinovú formu.

Benefity špecifickej liečivej sily pri kreslení a ostatnej výtvarnej expresii ako je maľba, modelovanie z keramickej hliny, vytváranie koláží, experimentovanie s výtvarnými a rôznymi prírodnými materiálmi ai:

- prejav a tým zdieľanie významných obsahov,
- ich prijatie do vedomia,
- emocionálna transformácia,
- proces sublimácie,
- rozvoj pozitívnych síl (Erhardt, Tatzer, 1999).

Autori ďalej zvyrazňujú dôležitosť sériu obrázkov alebo iných výtvarných výtvorov od toho istého dieťaťa, ktoré bolo exponované negatívnym zážitkom až traume, na ktorej možno pozorovať jeho vývin a efekt terapie:

- tempo tohto katarzického procesu si určuje dieťa,
- série pripomínajú výstavbu dramatického diela: úvod s prejavom konfliktu, vrchol, riešenie,
- vrchol predstavuje výtvor, v ktorom sa traumatizácia dieťaťa v silne zahustenej koncentrovanej forme znázorňuje (farby, dynamika, koncentrované všetky základné obsahy),
- po vrchole slabne intenzita prejavu,
- charakteristickým pre série sú deštruktívne a agresívne elementy, predstavy, ohrozenie ale aj samotná agresivita dieťaťa,
- v sériách môžeme vidieť, či dochádza k riešeniu problémov,
- po vrchole môžeme vždy pozorovať zmenu správania v zmysle lepšej integrácie a väčšej sebaakceptácie (Erhardt, Tatzer, 1999).

V rámci vzorky hospitalizovaných detí, ktoré takisto prežívajú rôznu škálu negatívnych zážitkov a stresu sa uskutočnila pilotná štúdia. Do štúdie bolo zaradených dvadsaťpäť detí (priemerný vek 8,34 rokov, SD 3,77), pochádzajúcich z rôznych sociálno-ekonomických prostredí, etnických skupín a množstva lekárskeho diagnóz. Výsledky dokumentujú zlepšenia nálady detí po terapeutických sedeniach v porovnaní s deťmi v kontrolnej skupine. Okrem toho metaanalýza skúmajúca vonkajšie vplyvy a zmeny hladín kortizolu v slinách meraných pred a po terapeutických sedeniach signalizovala dôležitosť zväženia využitia arteterapie pri znížení účinkov stresu u detí počas ich hospitalizácie (Siegel a kol., 2015). Iná štúdia na základe integračného modelu prehľadu literatúry (publikovanej v rokoch 2000 až 2016 a písanej v anglickom jazyku) s použitím databáz CINAHL, OVID Medline a PsycINFO zdôraznila možnosť zavedenie arteterapeutickej intervencie alebo iných foriem umenia do holistickej starostlivosti o detského onkologického pacienta, ktoré môžu pomôcť pri maximalizácii kvality života a umožniť tolerovateľnejší životný štýl (Aguilar, 2017).

## **Dramatoterapia**

Dramatoterapia v liečebno-pedagogickej intervencii je využívaná ako prostriedok podpory rozvoja osobnosti, emocionálneho ozdravovania a korekcie nevhodných spôsobov správania a konania. Liečebný pedagóg pomáha klientom zbierať nové skúsenosti, aby sa lepšie orientovali

v situáciách a vzťahoch a lepšie rozumeli svojim problémom (Hornáková, 2004).

U detí s negatívnymi a traumatickými zážitkami rôzneho druhu je zastúpenie postavou a projekcia do nej bezpečné, pretože žiadne konkrétne dieťa nie je priamo označené alebo vylúčené. Tento spôsob však môže pomôcť konkrétnemu dieťaťu s ťažkosťami chápať a lepšie postrehovať sociálne kľúče, identifikovať a vyrovnávať sa s negatívnymi emóciami.

V rámci dramaterapie využívame: scénické hry, improvizáciu, rolové hry, pantomímu, cvičenia s výchovným zámerom, tanečné scény, bábkové divadlo, hry s maskami, sociodrámu a psychodrámu a tiež prácu na divadelnom predstavení od výberu príbehu, jeho spracovania, výroby kostýmov a kulís, až po samotné predstavenie.

Rôzne projektívne a dramaterapeutické techniky umožňujú deťom a mladým ľuďom, ktorí sa ocitli v ťažkých životných situáciách spracovať zážitky fyzicky, na úrovni zmyslov, emócií a kognície (Moore, a kol. 2017).

Cieľmi dramaterapie sú:

- relaxácia,
- uspokojenie potrieb a záujmov,
- rozšírenie vedomých spôsobov správania a konania v rôznych situáciách,
- podpora komunikácie a vhodného sociálneho správania a uplatňovania noriem,
- emocionálna podpora, abreakcia,
- vzbudenie pocitu dôvery v okolitý svet,
- podpora a budovanie sebadôvery, sebahodnoty a schopnosti sebareflexie (Hornáková, 2004).

### **Biblioterapia**

V biblioterapii sa pracuje s literárnym textom. Dieťa prostredníctvom príbehu, postáv môže reflektovať svoje prežívanie, stotožňovať sa s postavami, svoje skúsenosti projekovať do postáv a získavať nové náhľady na svoje konanie, rozširovať schopnosť empatie. Prostredníctvom práce s textom si rozširuje tiež slovnú zásobu a získava informácie o ľuďoch a svete (Hornáková, 2004).

Biblioterapiu môžeme rozdeliť na:

- receptívnu (čítanie a počúvanie),
- perceptívnu (čítanie v spojitosti s prácou s textom spolu s terapeutom),
- expresívnu (písanie textov, dopĺňovanie slov, dokončovanie viet, príbehov, písanie príbehov, listov, biografie, denníkov, básní, práca s výroky, citátmi) (Hornáková, 2004).
- U malých detí, ktoré prežili negatívnu skúsenosť alebo zážitok, autor Levine a Klimeová (2012) odporúčajú využívať rozprávky. Výsledky súčasného dostupného prehľadu štúdií naznačujú, že biblioterapia by mohla zohrávať dôležitú úlohu pri liečbe závažného problému duševného zdravia (Gualamo, a kol., 2017).

### **Psychomotorická terapia**

Vedecké štúdie ukazujú, že psychický systém je úzko spojený s motorickým systémom. Mentálne a motorické procesy zdieľajú ten istý neuronálny substrát tzv. motoneuronálny

systém a mozog sú spojením medzi telom a mysl'ou. Triáda myseľ-mozog-telo ako funkčná jednotka je nevyhnutná v zdraví a v chorobe, pretože mentálne procesy nekončia v mozgu, ale dávajú ďalšie signály, ktoré kontrolujú pohyby tela (Tan, 2007).

**Pojem psychomotorika** vyjadruje spätosť tela a pohybu s psychikou človeka. Znamená nerozlučné spojenie, súvislosť, nadväznosť, vzájomné ovplyvňovanie sa a prelínanie psychiky (duševných procesov) a motoriky (telesných procesov a pohybu). Pohyb bez účasti psychických alebo zmyslových procesov nie je možný. Na týchto východiskách je postavený princíp psychomotorickej terapie. **Psychomotorická terapia** je liečebno-pedagogická disciplína, ktorej médiom je psychomotoricky chápaný pohyb (Szabová, 2017).

V centre záujmu je človek s ohrozením a narušením integrity. Základným zámerom je stimulovať a rozvíjať, podporiť, pomáhať a sprevádzať klienta na jeho individuálnej ceste k obnoveniu, či získavaniu integrity. Pôsobenie v jeho bio-psycho-sociálnej jednote.

Cieľmi psychomotorickej terapie v rámci práce s negatívnymi zážitkami u detí sú:

- konštruovanie pohybu,
- vyjadrovanie a prežívanie emócií,
- práca s hranicami, zážitok teritoriality,
- uvedomovanie si telesnej schémy,
- práca s neverbalitou,
- vzbudzovanie pocitov bezpečia, prijatia a navodzovanie pozitívnych emócií,
- podpora fantázie a predstavivosti,
- relaxácia a uvoľnenie.

V rámci psychomotorickej terapie sa využíva skupinová alebo individuálna forma. Techniky psychomotorickej terapie Szabová (2017) člení na :

- **základné:** jednoduché pohybové cvičenia, pohybové hry, tanec, pantomíma, jednoduché jogové cvičenia, krátke relaxácie (predstava, rozprávka, cvičenie), práca s telom a telovou schémou,
- **špecifické:** joga, terénne hry, psychohry, sociálno-psychologické hry, jednoduchá dotyková terapia, autogénny tréning, aktívne a pasívne relaxačné metódy, prvky tanečnej terapie, psychogymnastiky, koncentratívnej pohybovej terapie,
- **nadstavbové:** môže realizovať iba absolvent dlhodobého výcviku napr. tanečná terapia, psychogymnastika, koncentratívna pohybová terapia a iné (Porter et al.,2017).

### **Muzikoterapia**

Muzikoterapia využíva hudbu a jej vplyv na telesné prežívanie, pocity, emócie a psychiku za účelom uvoľnenia a harmonizácie. Jej účinky sú založené na mnohostrannom vplyve hudby na človeka. Existuje receptívna (počúvanie) a expresívna forma (muzicírovanie, rytmizovanie, hranie na nástrojoch, komponovanie, dirigovanie). Hudba sa prezentuje cez jej základné elementy: rytmus, melódia, harmónia, tón a intenzita. Je dôležité používať takú formu muzikoterapie, ktorá nebude poškodzujúca prostredníctvom hlasnej, rušivej alebo nevhodnej hudby alebo zvukov. Na druhej strane muzikoterapia pomáha prekonať psychické bloky a môže tak viesť k ozdravujúcim procesom. U detí sa často používa Orffov inštrumentár (Hornáková,

2004).

Hoci zistenia poskytujú určité dôkazy na opodstatnenosť integrácie muzikoterapie do praxe, vyžaduje si to však ešte ďalšie štúdie (Porter, a kol., 2017). V inej randomizovanej štúdii zistili priaznivý účinok terapeutického hudobného videa na copingové stratégie, sociálnu integráciu a podporu rodinného prostredia u detí s onkologickým ochorením (Robb a kol., 2014).

Sumarizácia terapeutických postupov je uvedená v Tabuľke č. 2.

### Klinická otázka č. 2

Efektivita zdravotníckej starostlivosti o detského pacienta, s expozíciu negatívnych a traumatických zážitkov až po prežitú a nespracovanú traumatickú udalosť rôzneho druhu, sa výrazne zvýši, ak sa aplikujú liečebné intervencie a vhodné terapeutické postupy.

Dôkazová hodnota a referencie:

- Ia Gillies (2012), Bratton, Yung-Wei (2015)
- Ib Porter a kol. (2017), Robb a kol. (2014)
- IIa Sezici, OČakci, Kachogh (2017), Siegel a kol. (2015)
- III Aguilar (2017), Moore (2017)
- IV Pogády (1993), Erhardt, Tatzter (1999), Hornáková (2004), Levine, Klineová (2012), Hašto, Tavel (2015), Lištiaková (2017), Mitašíková (2011), Szabová (2017), Jofér-Ernstberger (2019), Hašto, Tavel (2015)


Odporúčania pre prax:

Je dôležité, aby dieťa malo dostupnú zdravotnícku starostlivosť v širokom spektre a podľa jeho individuálnych potrieb. Je dôležité poskytnúť mu multidisciplinárnu starostlivosť. Je dôležité pracovať s rodinou dieťaťa, chápať problém v bio-psycho-sociálnej jednote, a tak k nemu aj v rámci liečebných intervencií a volených terapeutických postupov pristupovať.

### Tabuľka č. 2

Sumarizácia terapeutických postupov			
		ŠTANDARDNÝ DIAGNOSTICKÝ A TERAPEUTICKÝ POSTUP TRAUMATICKÉ ZÁŽITKY V DETSTVE	
Plánovanie a terapia			
Poradie	Štandardný postup	Dôkazová hodnota	Referencie
1.	Kognitívno-behaviorálna psychoterapia	Ia IV	Gillies et al. (2012) Hašto, Tavel (2015)
2.	EDMR	Ia IV	Gillies et al. (2012) Hašto, Tavel (2015)
3.	Terapia hrou	Ia Ib IIa IV	Bratton, Yung-Wei (2015) Sezici, OČakci, Kachogh (2017) Stenmann et al. (2019) Jofér - Ernstberger (2019), Levine, Klineová (2012), Lištiaková (2017), Mitašíková (2011)
4.	Arteterapia	IIa III IV	Siegel et al. (2015) Aguilar (2017) Pogády (1993) Erhard, R., Tatzter, E. (1999)



Sumarizácia terapeutických postupov (pokračovanie tab. 2)			
		ŠTANDARDNÝ DIAGNOSTICKÝ A TERAPEUTICKÝ POSTUP TRAUMATICKÉ ZÁŽITKY V DETSTVE	
Plánovanie a terapia			
Poradie	Štandardný postup	Dôkazová hodnota	Referencie
5.	Dramatoterapia	III IV	Moore (2017) Hornáková (2004)
6.	Biblioterapia	IV	Levine a Klimeová (2012)
7.	Psychomotorická terapia	IV	Szabová (2017)
8.	Muzikoterapia	Ib Ib	Porter et al. (2017) Robb et al. (2014)
9.	Príprava na anestéziu-obrázky Príprava na chirurgický výkon, zdravotnícky zásah-Story telling, obrázky, art techniky	Ib Ib	Kassai et al. (2016) Al-Yateem et al. (2016)

## Prognóza

V rámci prognózy môžeme konštatovať účinnosť skorých terapeutických intervencií na zníženie rizika výskytu duševných porúch v neskoršom detstve a dospelovaní (Green a kol., 2018). Niektoré deti sa dokážu so záťažovými situáciami vysporiadať, podiel na tom majú príprava na očakávaný stres, doterajší vývin, minulé skúsenosti, vnútorné zdroje, emočná väzba s blízkou osobou (Rozvadský, Gugová, 2017).

Hašto, Vojtová (2013) uvádzajú možné formy vysporiadania sa s psycho-traumou od autora Tagaya a kol. (2011). Prvou formou môže byť adaptívny vývoj a salutogenéza. Adaptívny vývoj charakterizujú neurobiologické zmeny a zvýšená vulnerabilita pre psychické poruchy. Salutogenézu charakterizuje vývoj bez objavenia sa psychickej poruchy s dobrým zvládaním na základe osobných, sociálnych a štrukturálnych zdrojov spejúci k osobnému zreniu. Druhou formou sú psychopatologické línie vývoja a to: posttraumatické poruchy, u detí hlavne traumou podmienené poruchy vývinu, alebo neurobiologické, kognitívne, emočné, motivačné a behaviorálne zmeny až psychické poruchy.

## Klinická otázka č.3

Aplikovanie skorých intervencií má účinnosť a zlepšuje prognózu zníženia rizika výskytu duševných porúch v neskoršom detstve a dospelovaní.

Dôkazová hodnota a referencie:

Ia Green a kol.(2019)

Odporúčania pre prax:

Aplikáciou skorých intervencií sa zníži riziko negatívnych behaviorálnych, emocionálnych, mentálnych a sociálnych následkov v neskoršom živote dieťaťa, zabráni sa rozvinutiu PTSP a liečebné intervencie a vhodné terapeutické postupy pomôžu bezpečne spracovať prežitú traumatizujúcu udalosť alebo ťažkú životnú situáciu dieťaťa.

## **Stanovisko expertov (posudková činnosť, revízna činnosť, PZS a pod.)**

Kombinácia farmakologických a nefarmakologických prístupov je preto jedna z možných ciest liečby. Ide o dlhodobú liečbu. Vzhľadom na dynamiku detského vývinu, závažnosť, intenzitu a variabilitu negatívnych a traumatických zážitkov v detstve aj individuálne spracovanie takéhoto zážitku dieťaťom, je veľmi ťažké voliť jednotné terapeutické stratégie. Napriek tomu je potrebné poskytnúť dieťaťu adekvátnu zdravotnícku starostlivosť.

Väčšina nefarmakologických prístupov v manažmente spracovania negatívnych a traumatických zážitkov v detstve je uchopiteľná skôr kvalitatívnymi metódami. Naproti tomu medicína založená na dôkazoch vyžaduje výsledky kvantitatívne, a to hlavne výsledky randomizovaných kontrolovaných štúdií, ktoré sa u mnohých nefarmakologických metód dajú zatiaľ len ťažko uskutočniť.

V prípade výskytu duševnej poruchy v dôsledku negatívnych alebo traumatických zážitkov v detstve, možno požiadať Sociálnu poisťovňu o posúdenie dlhodobu nepriaznivého stavu dieťaťa § 15 ods.1 písm. d) zákona č. 461/2003 Z. z. o sociálnom poistení v znení neskorších predpisov, t. j. na účely dôchodkového poistenia opatrovateľa dieťaťa po dovŕšení šiestich rokov a najdlhšie do 18 rokov veku.

Jednotlivé zdravotnícke výkony pri diagnostike aj liečbe sú vykazované podľa platného katalógu výkonov.

## **Zabezpečenie a organizácia starostlivosti**

Hlavným princípom starostlivosti o deti v procese spracovávaní negatívneho a traumatického zážitku je interdisciplinárny, na dieťa zameraný prístup. Je dôležité vybudovať kvalitný, koordinovane prepojený systém pomoci, aby dieťa, ktoré pomoc potrebuje dostalo adekvátnu odbornú starostlivosť. Kvalitná starostlivosť si vyžaduje prístupné zdravotnícke služby, poskytovanie poradenských služieb, dostupnú psychoterapeutickú podporu a dobre vybudovanú sieť sociálnych služieb. Optimálna starostlivosť znamená aj dobrú komunikáciu medzi odborníkmi a vzájomné rešpektovanie kompetencií.

### **Zabezpečenie a organizácia starostlivosti pri:**

- **Príprava na potencionálne traumatizujúcu udalosť** (chirurgický výkon, vyšetrenie, iný medicínsky zákrok, hospitalizácia) - zahŕňa lekára špecialistu, ktorý indikuje výkon, vyšetrenie, hospitalizáciu, následne má byť v súčinnosti multidisciplinárneho tímu vykonaná príprava dieťaťa a rodiča na výkon alebo vyšetrenie, následne sa realizuje výkon a potom v súčinnosti multidisciplinárneho tímu následná zdravotnícka starostlivosť na základe jednotlivých profesných kompetencií (viď Algoritmus Prevencia-príprava na potencionálne traumatizujúcu udalosť),
- **Krízová intervencia** - rodič, učiteľ, lekár prvého kontaktu alebo iná dospelá osoba identifikujú zjavnú traumatickú udalosť (zážitok), akútnu traumu dieťaťa alebo jeho ohrozenie bezprostredne po udalosti, následne poskytnú 5 T a zabezpečia následnú zdravotnícku starostlivosť (viď Algoritmus Krízová intervencia),
- **Liečebné intervencie** - rodič, učiteľ, lekár prvého kontaktu, iný dospelý identifikujú potencionálnu, zjavnú traumatickú udalosť (zážitok), alebo na základe prejavov v

správaní dieťaťa je podozrenie na skrytú, prebiehajúcu traumatickú udalosť, následne vyhľadajú špecialistu, ktorý indikuje na základe svojej profesijnej kompetencie liečebné intervencie (viď Algoritmus Liečebné intervencie).

**Odborníci zainteresovaní na starostlivosti sú najmä:**

**Lekár so špecializáciou v odbore pediatria, lekár prvého kontaktu alebo iný detský lekár so špecializáciou** (napr. onkológ, neurológ a i.) - identifikovanie dieťaťa, skríning v rámci pravidelných pediatrických prehliadok, pri identifikácii základného ochorenia/ochorení diagnostikuje možnosť ohrozenia alebo zásahu dieťaťa traumatickými udalosťami, negatívnymi zážitkami, odoslanie k špecialistom.

**Lekári so špecializáciou detská psychiatria** – nozologická diagnostika duševných porúch, tvorba individuálneho terapeutického plánu, rozhodnutie o potrebe hospitalizácie, príjem pacienta, sledovanie stavu pacienta, indikovanie farmakoterapie, prepustenie pacienta z hospitalizácie, ambulantné vedenie pacienta s pravidelným posudzovaním jeho stavu, edukácia rodičov, psychorehabilitačná a psychoterapeutická podpora, supervízia, intervízia a koordinovanie interdisciplinárneho tímu odborníkov zainteresovaných do starostlivosti o detského pacienta.

**Sestry so špecializáciou v špecializačnom odbore ošetrovateľská starostlivosť v psychiatrii** - ošetrovateľské postupy, edukácia dieťaťa a rodiča.

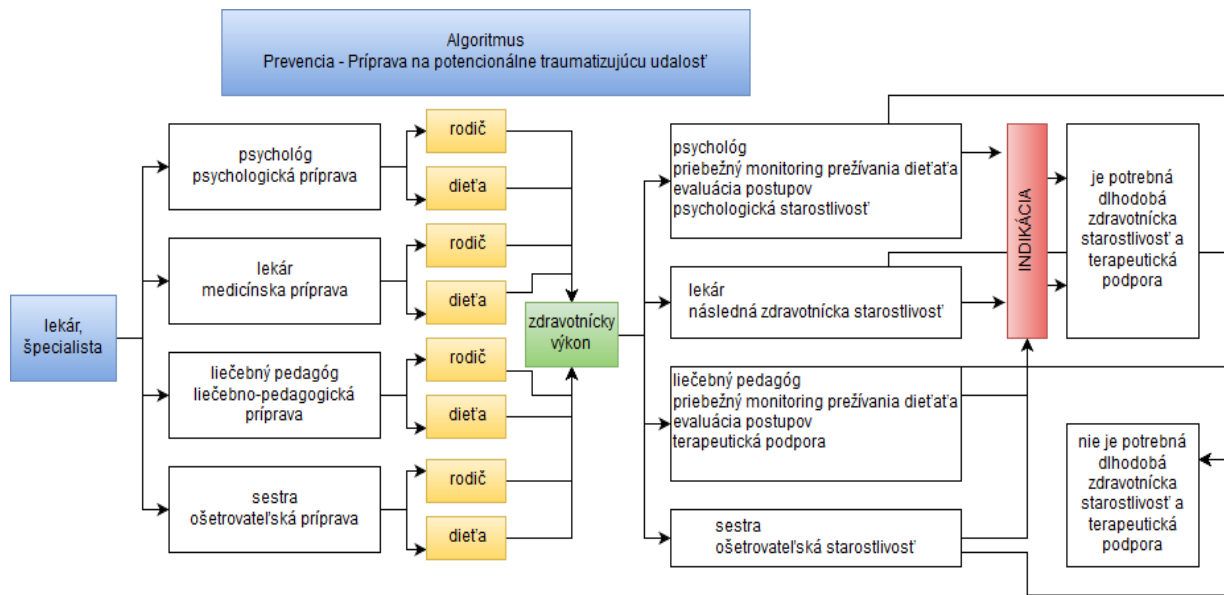
**Klinický psychológ** – psychologická diagnostika, krízová intervencia, psychoterapia, edukácia dieťaťa, rodiča.

**Psychoterapeut** - podľa príslušného psychoterapeutického smeru, zapísaný v zozname psychoterapeutov, špecifickú psychoterapiu vykonáva psychiater, psychológ a iný odborník s absolvovaným výcvikom v danom psychoterapeutickom prístupe certifikovanom odbornou organizáciou v zmysle príslušnej platnej legislatívy.

**Sociálny pracovník** - psychorehabilitácia, komunitná starostlivosť, sociálno-právne poradenstvo a podpora.

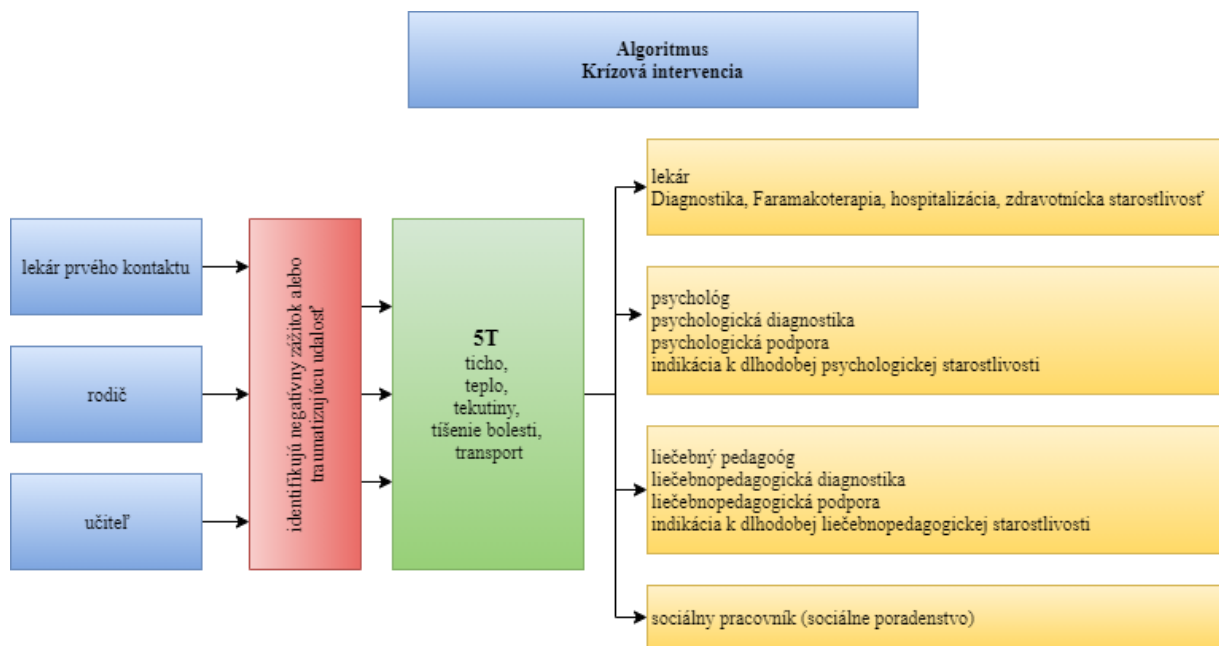
**Liečebný pedagóg** so špecializáciou v odbore liečebná pedagogika v procese komplexného manažmentu spracovania negatívnych zážitkov v detstve.

## Algoritmus: Prevencia - Príprava na potencionálne traumatizujúcu udalosť



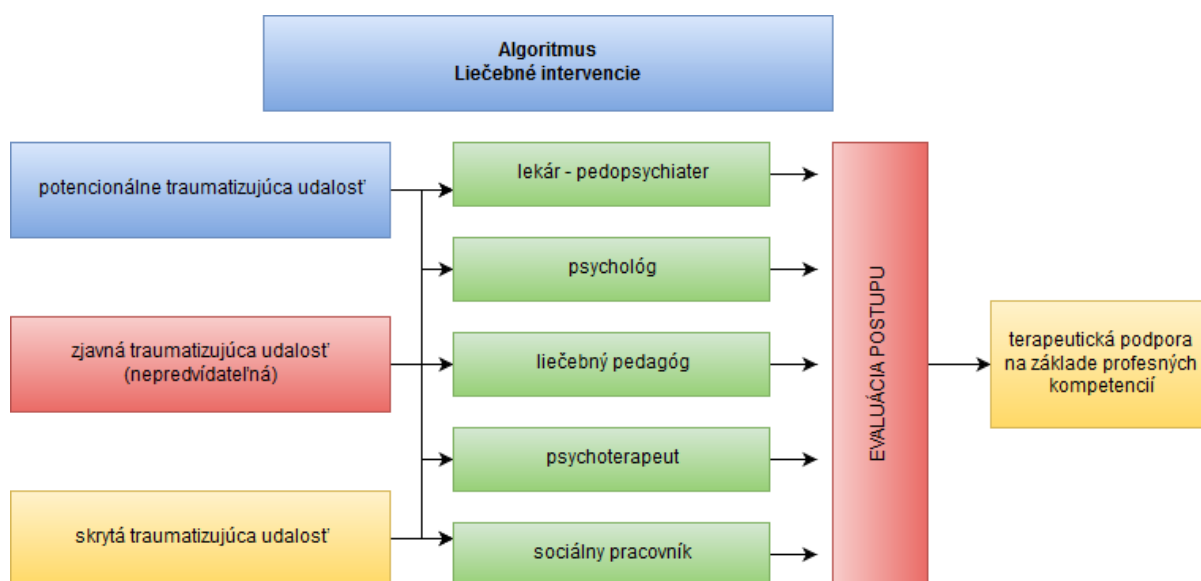
Zdroj: autori štandardu.

## Algoritmus: Krízová intervencia



Zdroj: autori štandardu.

## Algoritmus: Liečebné intervencie



Zdroj: autori štandardu.

## Ďalšie odporúčania

Zdôrazňujeme, že hlavným princípom starostlivosti o deti v procese spracovania negatívneho a traumatického zážitku je interdisciplinárny, na dieťa zameraný prístup. Je dôležité vybudovať kvalitný, koordinovane prepojený systém pomoci, aby dieťa, ktoré pomoc potrebuje, neprepadlo cez tento systém bez adekvátnej starostlivosti. Je dôležité, aby špecialisti v rámci diferenciálnej diagnostiky problémov dieťaťa, mysleli tiež na možné príznaky neadaptívneho spracovania negatívneho zážitku dieťaťa, ktoré môžu byť zamenené za iné nozologické jednotky. V úvahu je treba brať aj časový odstup.

## Alternatívne odporúčania

Medzi alternatívne a doplnkové odporúčania by sme mohli zaradiť terapie so zvieratami, ktoré realizujú špeciálne vyškolení terapeuti so špeciálne na tieto účely vycvičenými zvieratami. **Animálne terapie** spočívajú v zapojení zvierat ako podpornej formy terapie osôb. Cieľom je pozitívne pôsobenie na zdravie a pohodu človeka. Zakladá sa na fakte, že človek v prítomnosti zvierat sa cíti lepšie. Túto formu terapie je možné vykonávať len so zvieratom, ktoré má vhodné vlastnosti a súčasne osoba, ktorá túto terapiu vykonáva, musí mať adekvátne vzdelanie či certifikáciu. Aj na Slovensku sa táto forma terapie čoraz viac využíva aj v nemocničných zariadeniach. Problémom je však mnohokrát hygienické hľadisko a nedostatočný počet intervenčných štúdií, ktoré by boli uznané aj lekárskou obcou (Palley et al., 2010). Ako terapeutické zvieratá sa využívajú v nemocničnom prostredí najmä psy, v niektorých prípadoch mačky, králiky alebo papagáje (Nerandžič, 2006). Dokonca aj rybičky v akváriu môžu mať pozitívny vplyv na prežívanie dieťaťa. Hinic et al. (2019) uvádzajú štúdiu, v ktorej hodnotili účinok krátkej návštevy terapeuta s domácim zvieratom a porovnávali úroveň úzkosti u hospitalizovaných detí. Výskumná vzorka bola tvorená 93 deťmi vo veku od 6 do 17 rokov,

pričom vytvorili kontrolnú a aj intervenčnú skupinu. Výrazne väčšie zníženie úzkosti zaznamenali v intervenčnej skupine. Okrem tohto efektu zistili, že rodičia vykazovali s týmto programom vysokú úroveň spokojnosti (Hinich et al., 2019).

## Odporúčania pre ďalší audit a revíziu štandardu

Prvý audit a revízia po roku, následne každé 4 roky.

## Literatúra

1. Achenbach, T. M., Rescorla, L. A. Child Behavior Checklist 1 ½ -5 Manual for the ASEBA preschool forms & profiles. 2002. Burlington, VT: University of Vermont, Research Center for Children, Youth, & Families.
2. Aguilar BA. The Efficacy of Art Therapy in Pediatric Oncology Patients: An Integrative Literature Review. J Pediatric nurse 2017 Sep - Oct;36:173-178. doi: 10.1016/j.pedn.2017.06.015. Epub 2017 Jun30.
3. Al-Yateem, N., Brenner, M., Shorab, AA., Docherty. Play distractions versus pharmacological treatment to reduce anxiety levels in children undergoing day surgery a randomized controlled non-inferiority trial. Child Care Health dev 2016 Jul;42(4): 572-81. doi : 10.1111/cch.12343 Epub 2016 Apr.
4. Bratton S.C, Yung-Wei D.L . The Evidence-Base for Play Therapy: Does It Exist – And If It Does, How Do I Use It? 2010. Dostupné na [evidencebasedchildtherapy.com](http://evidencebasedchildtherapy.com) (12.4.2019).
5. Caby, F, Caby, A. Příručka psychoterapeutických technik pro práci s dětmi a rodinou. Praha : Portál, 2014. 143 s. ISBN 978-80-262-0710-8.
6. Capacchione, L. The Creative Journal for Children. NY : Shambhala Publication, 1989. 136 s. ISBN 978-08-7773-497-0.
7. Copeland, W.E., Shanahan, L., Hinesley J., Chan, R.F., Aberg, K.A., Fairbank, J.A., van den Oord, E.J.C.G., Costello, E.J. Association of Childhood Trauma Exposure With Adult Psychiatric Disorders and Functional Outcomes. JAMA Netw. Open. 2018 Nov 2;1(7):e184493. doi: 10.1001/jamanetworkopen.2018.4493.
8. Dang HMI., Nguyen MH, Weiss B. Incremental validity of the Child Behavior Checklist (CBCL) and the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) in Vietnam. Asian J Psychiatry 2017 Oct;29:96-100. doi: 10.1016/j.ajp.2017.04.023. Epub 2017 May 4.
9. Davidová R. Kresba jako nástroj poznání dítěte. Praha : Portál, 2008. 205 s. ISBN 8073674151.
10. Elbers et al. Wired for Threat: Clinical Features of Nervous System Dysregulation in 80 Children. PediatrNeurol. 2018 Dec;89:39-48. doi: 10.1016/j.pediatrneurol.2018.07.007. Epub 2018 Aug 22.
11. Erhardt, R., Tatzel E. Bilder Wunder Kinder. Botschaften verletzter Seelen. Wien : Krammer, 1999. ISBN 3-901811-03-6.
12. Freyberger H.J., Schneider W., Stieglitz R-D. (Hrsg): Compendium Psychiatrie Psychotherapie Psychosomatische Medizin. 12. vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage. Huber: Bern, 2012 Podľa Hašto, J., Akútna stresová porucha v DSM-5. Porovnanie s vymedzením v ICD-10 a DSM-IV In: PSYCHIATRIA-PSYCHOTERAPIA-PSYCHOSOMATIKA, 23, 2016, č. 3-4, s. 6 – 8
13. Gilles, D., Taylor, F., Gray, C., O'Brien L., Dábrew, N. Psychological therapies for the treatment of post-traumatic stress disorder in children and adolescents (Review) dostupné na: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/ebch.1916>, First published: 16 May 2013 (12.4. 2019).
14. Gillies D, Maiocchi L, Bhandari AP, Taylor F, Gray C, O'Brien L. Psychological therapies for children and adolescents exposed to trauma. Cochrane Database of Systematic Reviews 2016, Issue 10. Art. No.:CD012371. DOI: 10.1002/14651858.CD012371.
15. Gillies D, Taylor F, Gray C, O'Brien L, D'Abrew N. Psychological therapies for the treatment of post- traumatic stress disorder in children and adolescents. Dostupné na: [www.cochrane.org/CD006726/DEPRESSN\\_psychological-therapies-for-the-treatment-of-post-traumatic-stress-disorder-in-children-and-adolescents](http://www.cochrane.org/CD006726/DEPRESSN_psychological-therapies-for-the-treatment-of-post-traumatic-stress-disorder-in-children-and-adolescents). Published 12.12.2012. (12.4.2019).
16. Godinho R., dos Santos, H., Rubelo, E. H., Celeri, V. SCREENING FOR MENTAL HEALTH PROBLEMS IN PRESCHOOLERS AT PRIMARY HEALTH CARE SETTINGS. Rev. paul. pediatr. vol.36 no.1 São Paulo Jan./Mar. 2018 Epub Dec 07, 2017 <http://dx.doi.org/10.1590/1984-0462/2018;36;1;00009>
17. Goodman et al. Psychometric properties of the Strengths and Difficulties Questionnaire. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. November 2001. vol. 40, no 11, p. 1337-1345
18. Green M.J., Tzoumakis S., Laurens, K.R., Dean K., Kariknik M., Harris F., Binkman S. A., Car V.J., Early developmental risk for subsequent Childhood Mental Disorders in Australian population Aust NZJ 2019 Apr;53(4):304-315. doi: 10.1177/0004867418814943. Epub 2018 Dec 2.
19. Green M.J., Tzoumakis S., Laurens, K.R., Dean K., Kariknik M., Harris F., Binkman S. A., Car V.J., Early developmental risk for subsequent Childhood Mental Disorders in Australian population Aust NZJ 2019 Apr;53(4):304-315. doi: 10.1177/0004867418814943. Epub 2018 Dec 2.
20. Gualamo, M.R., Bet, F., Martorana, M., Voglino, G., Andiole V., Thomas, R., Graneaglia, G., Zeppego, P., Siliquini, R. The long-term effects of bibliotherapy in depression treatment: systematic review of randomized clinical trials. Clin Psych. rev. 2017 Dec, 58:49-58, doi : 10.1016/j.cpv.2017. 09 006 Epub 2017 Sep.
21. Hartl, Hartlová. 2010. Velký psychologický slovník. Praha : Portál. 797 s. ISBN 9788073676865
22. Hašto, J, Vojtová, H., Trauma a posttraumatická stresová porucha, bio-psycho-sociální přístup. Psychiatria-psychoterapia – psychosomatika, 20, 2013, č.1, s. 83-93.
23. Hašto, J., Tavel, P., Nové vymedzenie posttraumatickej stresovej poruchy u dospelých a detí v DSM-5a niektoré aktuálne klinické poznatky; Psychiatr. prax; 2015; 16(3): 95–99.
24. Hlinková E., Nemcová J., et al. Multimediálna e-učebnica Ošetrovateľské postupy v špeciálnej chirurgii. Martin : JLF UK V Martine, 2015. Dostupné: <https://portal.jfmed.uniba.sk/clanky.php?aid=292>
25. Horňáková, M. Integrale heilpädagogik. Bad Heilbrunn : Julius Klinkhardt Verlag, 2004. 190 s. ISBN3-7815-1316-5

26. Hornáková, M. Liečebnopedagogická diagnostika. UK Bratislava. 2018. ISBN 978-80-2234613-9.
27. Jofer – Ernstberger, S. Die spieltherapeutische Könnerschaft im Kontext heilpädagogischer Entwicklungsförderung von Kindern. In: Heilpaedagogik.de. roč.34. č. 1/2019.s. 12-17.
28. Kassai, B., Rabillond, M., Dantony, E., Groussim, T., Revol, o., Chassard, D. Introduction of paediatric anaesthesia comic information leaflet reduced preoperative anxiety in children. Br. J Anaesth 2016 Jul, 117(1):95-102, doi:10.1093, ibja/aew 154. Pubmed
29. Kristová, J. Komunikácia v ošetrovatelstve. Osveta : Martin, 2004. 1. vyd. 210 s. ISBN 80-8063-160-3.
30. Levine, P.A., Klineová, M. Trauma očima dítěte, Praha: MAITREA 2012. ISBN 978-80-87249-27-7.
31. Lištiaková I. Terapie hrou v léčebně pedagogickém kontextu. In: Valenta, M. et al. Hra v terapii. Praha: Portál, 2017.s.179-197. ISBN 978-80-262-1190-7.
32. Martinsen, KR, Rasmussen LMP, Wentzel-Larsen T, Holen S, Sund AM, Løvaas MES, Patras J, KendallIPC, Waaktaar T, Neumer SP. Prevention of anxiety and depression in school children: Effectiveness of the transdiagnostic EMOTION program. J Consult Clin Psychol. 2019 Feb;87(2):212-219. doi: 10.1037/ccp0000360. Epub 2018 Dec 13.
33. Matějček, Z. 2001. Psychologie nemocných a zdravotně postižených dětí. Jinočany : H & H, 2001. 147s. ISBN 80-86022-92-7.
34. Metchel, M., Stoeckle, A., Psychological Care of the Pediatric Oncology Patient undergoing Surgical Treatment. Semin Oncol Nurse 2017. Feb, 33(1):87-97. doi:10.1016/j.soncn.2016.11 Epub 2017 Jan
35. Mitašiková, P. Prirodzená voľná hra pri podpore psychickej odolnosti dieťaťa. In: Lištiaková, I. et al. Kids strenghts. Deti v kontexte duševných ochorení rodičov. Zborník z medzinárodnej vedeckej konferencie. UK: BA, 2011. s.96-103.
36. Moore, J., Andersen-Warren, M., Kirk, k. Dramatherapy and psychodrama with Looked-After children and young people. Dramatherapy, 38 :2-3,133-147. Doi 10.1080/02630672. 2017.1351782 Dostupné: <https://doi.org/10.1080/02630672.2017.1351782>
37. Plumer, D. Učíme deti zvládať úzkosť, obavy a stres. Praha : Portál, 2013. ISBN 978-80-262-0377-3.
38. Pogády, J. et al. Detská kresba v diagnostike a liečbe. Bratislava : SAP, 1993. ISBN 80-85665-07-7.
39. Porter, s., McConnel, t., Mc Laughin, K., Lynn, F., Cardwell, c., Braiden Hj., Boylan, J., Holmes, V., Music in Mind Study Group. Music therapy for children and adolescents with behavioural and emotional problems : a randomized controlled trial. J Child Psychol Psychiatry 2017 May, 58 (5) : 586-594. doi : 10.1111/jcpp.12656 Epub 2019 Oct.
40. Psychologická príprava dieťaťa na operáciu, 2017. Dostupné: <https://cervenynos.sk>
41. Robb SL., Bruns DS., Stegengn KA., Haut PR., MonabanPO., Meza J., Stumps TE., ChervenBO., Dockcherty SZ., Hendricks-Ferguson VL., Kintner EK., Haight AE., Wall DA., Haase JE. Randomized clinical trial of therapeutic music video intervention for resilience outcomes in adolescent/young adults undergoing hematopoietic stem cell transplant :a report from the Children Oncology Group. Cancer 2014, Mar 15, 120(6):909-17, doi : 10.1002/cncr. 28355 epub 2014 Jan
42. Roberts NP, Kitchiner NJ, Kenardy J, Bisson JI. Multiple session early psychological interventions for the prevention of post-traumatic stress disorder. Cochrane Database of Systematic Reviews 2009, Issue 3. Art. No.: CD006869. DOI: 10.1002/14651858.CD006869.pub2).
43. Rozvadský - Gugová, G., Hajdúk, M., Heretik, A.m.l., Osobnosť ako mediator vzťahu medzi traumou detstva a životnou spokojnosťou v dospelosti. In: Česká a Slovenská psychiatrie 2019.
44. Rozvadský Gugová, G. Trauma v detskom veku, skúsenosti s dotazníkom CTQ. In: Psychológia a patopsychológia dieťaťa. VUDPaP: BA, 2017. Roč. 51. č. 2-3, s.86-101
45. Schmeck F. Poustka M. Döpfner J. Plüch W. Berner G. Lehmkuhl J. M. Fegert K. Lenz M. Huss U. Lehmkuhl Discriminant validity of the Child Behaviour Checklist CBCL-4/18 in German samples. European Child & Adolescent Psychiatry 10:240–247 (2001) © Steinkopff Verlag 2001 ORIGINAL CONTRIBUTION K.
46. Sedlářová, P. 2008. Základní ošetrovatelská péče v pediatrii. Praha : Grada Publishing, 2008. 248 s. ISBN 978-80-247-1613-8.
47. Sexton MB, Hamilton L, McGinnis EW, Rosenblum KL, Muzik M. The Roles of Resilience and Childhood Trauma History: Main and Moderating Effects on Postpartum Maternal Mental Health and Functioning. J Affect Disord 2015; 174: 562-568.
48. Sezici E., Ocakci, A.F, Kachogh,H. Use of Play Therapy in Nursing Process : A Prospective Randomized Controlled Study, h. Nurs Scholars 2017, March, 49 (2) : 162-169, doi
49. Siegel J, Iida H, Rachlin K, Yount G. Expressive Arts Therapy with Hospitalized Children: A Pilot Study of Co-Creating Healing Sock Creatures©. Pediatric nurse. 2016 Jan-Feb;31(1):92-8. doi: 10.1016/j.pedn.2015.08.006. Epub 2015 Sep 14
50. Stenmann et al. Integrating play in trauma-informed care: Multidisciplinary pediatric healthcare provider perspectives. Psychol Serv 2019, Febr., (16) (1): 7:15doi.
51. Szabová, M. Pohyb v terapii - terapia v pohybe. Psychomotorická terapia a možnosti jej využitia. Bratislava : Iris, 2017. 180 s. ISBN 978-80-89726-94-3.
52. Tan, U. The Psychomotor Theory of Human Mind. Intern J Neuroscience 117:1109-1148. 2007. InformaHealth Care. ISSN 0020-7454.
53. Vojtová, H., Hašto, J. Vplyv negatívnych zážitkov z detstva na zdravie v dospelosti. In: PSYCHIATRIA- PSYCHOTERAPIA- PSYCHOSOMATIKA, 20, 2013, č. 1, s. 57
54. Wang et al. The Impacts of Childhood Trauma on Psychosocial Features in a Chinese Sample of Young Adults, Wang, D., Psychiatry Investig. 2018, Nov 15 (11): 1046-1052. doi 10.30773/pi.2018.09.26. Epub 2018.
55. Výnos Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky č. 09812/2008-OL z 10. septembra 2008 o minimálnych požiadavkách na personálne zabezpečenie a materiálno-technické vybavenie jednotlivých druhov zdravotníckych zariadení, Vestník MZ SR, Ročník 56, Čiastka 32-51, 2008
56. Zákon č. 461/2003 Z.z. o sociálnom poistení v znení neskorších predpisov
57. SALMON, K. Commentary: preparing young children for medical procedures: taking account of memory. In *Journal of Pediatric Psychology*, 2006, vol. 31(8), 859-861 s.
58. KAIN, Z. – FORTIER, M. et al. Web-based tailored intervention for preparation of parents and children for outpatient surgery (WebTIPS): development. In *Anesth Analg*. 2015, vol. 120(4), 905-914 s.
59. WILLIAM, H. – CHUNG, J. – HO, K. a KWOK, B. Play interventions to reduce anxiety and negative emotions in hospitalized children. In *BMC Pediatr*. [online]. 2016. vol. 16(36), [cit. 04-01-2021], Dostupné na internete: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26969158/>
60. UYAR, B. – POLAT, R. et al. Which is good for pre-operative anxiety? Midazolam, video games or teaching with cartoons:

A randomised trial. In *Eur J Anaesthesiol*, 2020.

61. NERANDŽIČ, Z. *Animoterapie aneb Jak nás zvířata léčí*. Praha: Plus, 2006. 160 s. ISBN 9788000018096.

62. PALLEY, L. – O'ROURKE, P. a NIEMI, S. Mainstreaming animal – assisted therapy. In *ILAR Journal*, 2010, vol. 51(3). 199-207 s.

63. HINIC, K. – KOWALSKI, M. et al. The effect of a pet therapy and comparison intervention on anxiety in hospitalized children. In *J Pediatr Nurs*, 2019, vol. 46. 55-61 s.

### **Poznámka:**

*Ak klinický stav a osobitné okolnosti vyžadujú iný prístup k prevencii, diagnostike alebo liečbe ako uvádza tento štandardný postup, je možný aj alternatívny postup, ak sa vezmú do úvahy ďalšie vyšetrenia, komorbidity alebo liečba, teda prístup založený na dôkazoch alebo na základe klinickej konzultácie alebo klinického konzília.*

*Takýto klinický postup má byť jasne zaznamenaný v zdravotnej dokumentácii pacienta.*

### **Účinnosť**

Tento štandardný postup nadobúda účinnosť od 1. júla 2021.

**Vladimír Lengvarský**  
minister zdravotníctva