

Mária Vargová, Juraj Janček, Rastislav Barkasi, Natália Kaščáková



# ZBORNÍK

*z odbornej konferencie  
s medzinárodnou účasťou  
„TRAUMA V DETSTVE... ČO ĎALEJ?“*

*Piešťany 25. - 26. september 2019*

Mária Vargová, Juraj Janček, Rastislav Barkasi, Natália Kaščáková  
(Eds.)

# ZBORNÍK

*z odbornej konferencie s medzinárodnou účasťou*

**„TRAUMA V DETSTVE ... ČO ĎALEJ?“**

***Piešťany 25.-26. september 2019***



**#týkasamato**

Warszawa 2020

### **Editori**

Mgr. Mária Vargová

Mgr. Juraj Janček, PhD.

PhDr. Rastislav Barkasi

MUDr. Natália Kaščáková, PhD.

### **Recenzenti:**

Dr h. c. prof. ThLic. PhDr. Pavel Czarnecki, PhD., MBA

prof. ThDr. Peter Vansač, PhD.

prof. MUDr. Jozef Mikloško, PhD.

doc. RNDr. Mgr. Daniela Barkasi, PhD. et PhD.

### **Vydavateľstvo:**

Collegium Humanum – Szkoła Główna Menedżerska

ul. Moniuszki 1a, 00-014 Warszawa, Polska

[www.humanum.pl](http://www.humanum.pl)

**Grafická úprava:** doc. PhDr. Mária Popovičová, PhD.

**Tlač:** PrintMedia reklamná agentúra Michalovce

**Rok vydania:** 2020

**Počet strán:** 78

**Náklad:** 100 ks

**ISBN:** 978-83-952951-4-0

Zborník neprešiel jazykovou úpravou.

# OBSAH

## *PREDHOVOR*

### **JANA ASHFORD**

Práca s traumatizovanými deťmi s využitím EMDR terapie.....6

### **ALEXANDRA BRAŽINOVÁ**

Program Zippyho kamaráti.....11

### **EWALD FILLER**

Veľa tvárí násilia.....15

### **LEONA JOCHMANNOVÁ**

Dúsledky a prejvy traumatu u detí.....20

### **NATÁLIA KAŠČÁKOVÁ, HANA BEDNAŘÍKOVÁ, ALENA DOBROTKOVÁ, MARTINA PETRÍKOVÁ, JOZEF HAŠTO, PETER TAVEL**

Traumatizácia v detstve a zdravie v dospelosti.....28

### **MIROSLAVA KRISTINOVA WIECKOVSKA**

Dieťa ako rukojemník rodičov a odborníkov v rozvodovom boji.....42

### **ALENA KOPÁNYIOVÁ, EVA SMIKOVÁ**

Trauma u detí v kontexte znaleckého dokazovania.....51

### **MARIAN TOKAR**

Zmena sociálnych javov u detí, ktoré prežili vojnový konflikt na východe

Ukrajiny a pomoc mimovládnych organizácií.....60

### **MÁRIA VEREŠOVÁ**

Kruh bezpečia.....68

### **JANA VYSKOČIL**

Povedať, či nepovedať? Ako deťom oznamovať ťažké témy /úmrť,

choroba, sťahovanie/.....75

## PREDHOVOR

*Vážené dámy, vážení páni, kolegyne a kolegovia,*

dovoľte mi, aby som sa Vám prihovorila na úvod tejto publikácie ako zástupkyňa organizátora konferencie - Národného koordinačného strediska pre riešenie problematiky násilia na deťoch, ktoré je organizačným útvarom Ministerstva práce sociálnych vecí a rodiny SR.

Násilie sa nevyhýba žiadnej sociálnej vrstve, neexistuje žiadne očkovanie, násilie nemá etnické preferencie, a dokonca nediskriminuje ani na základe veku. Ohrozené môžu byť naše deti, netere a synovci, naši priatelia, možno sme si svoju „dávku“ zažili na vlastnej koži. Násilie sa týka nás všetkých. Práca s ním je veľmi náročná. Nie len kvôli mnohokrát pomalému progresu v tejto oblasti, ale aj kvôli náročnosti témy samotnej. Ani najrýchlejší zásah proti páchatelovi a ani ten najviac správny postup nezaručia úplné zahojenie emocionálnej rany, ktorú násilie spôsobí. A teda okrem úsilia, ktoré je nevyhnutné vynaložiť pri predchádzaní všetkých foriem násilia na deťoch je potrebné hľadať odpovede, ako naznačuje aj názov tejto konferencie – čo ďalej? ak sa nám nepodari násiliu zabrániť. Táto konferencia je určená všetkým, ktorí sa usilujú násiliu zabrániť, pomáhať všetkým, ktorých zasiahne. Násilie je veľmi silný súper, ale je ho možné poraziť. Verím, že pôda, ktorú poskytuje táto odborná konferencia, a snád' aj tie nasledujúce v ďalších rokoch, bude jedným z krokov k tomu, aby každé dieťa, ktoré je ohrozené násilím dostalo adekvátnu pomoc. Aby každé dieťa, ktoré sa stalo obeťou násilia, dostalo adekvátnu pomoc. Aby každé dieťa, ktoré je ohrozené násilím, malo šancu prežívať detstvo. Aby každé dieťa, ktorému násilie vzalo kus detstva, dostalo budúcnosť.

*„Tento svet je občas plný nepochopiteľného, nepredstaviteľného, nezbadateľného a neúprosného zla. Násilia, krivd, chamtivosti a slepého hnevu. Ale tiež je v ňom veľa toho opačného. Slušnosť medzi cudzími ľuďmi. Láska na prvý pohľad. Vernosť a priateľstvo. Niekoho ruka v tvojej dlani pri nedeľnom odpoľudní. Hrdinovia, ktorí povstanú, keď sa niekto iný neodváži. Chlapík v Saabe, niečo cez päťdesiatku, ktorý ťa v zápche pri výjazde na diaľnicu pustí pred seba. Detský smiech. Cheesecake.“* Fredrick Backman.

Mgr. Mária Vargová, riaditeľka

# PRÁCA S TRAUMATIZOVANÝMI DEŤMI S VYUŽITÍM EMDR TERAPIE

JANA ASHFORD

## Abstrakt

Príspevok sa venuje základným otázkam terapie detskej traumy a využitiu EMDR terapie u detí. Čo považujeme za traumy? Od čoho závisí to, ako sa dieťa s traumou vyrovná? Ako pracujeme s traumatizovanými deťmi a ako môže pomôcť EMDR terapia? Snažíme sa tiež pozrieť na úlohu rodiny pri terapii traumatizovaného dieťaťa a aspekty terapeutickej práce ukážeme v rámci prednášky aj na kazuistikách

## Kľúčové slová

Trauma, EMDR terapia

## Motivácia. Čo je to psychická trauma?

Ide o dopad určitej udalosti v danom čase na jedinca. Udalosťou môžu byť katastrofy, vojny, interpersonálne násilie, zneužívanie a zanedbávanie, straty, úrazy a fyzické ochorenia atď. U detí, keďže sú zraniteľnejšie, môžeme za potenciálne traumatizujúce udalosti považovať aj udalosti z pohľadu dospelého málo významné, ako napr. presťahovanie, stratu domáceho zvieratka či zlé zaobchádzanie zo strany učiteľa. V podstate ide o to, či nervová sústava človeka bola schopná v danom čase takúto skúsenosť spracovať a integrovať alebo nie (Shapiro, 2017).

## Typy traumy:

Najčastejšie sa rozdeľuje trauma na jednoduchú a komplexnú. Pri jednoduchej ide o jednorazovú alebo aj opakovanú udalosť, ktorá je ale ohraničená. Spravidla sa pri tomto type traumy stretávame s jednoduchšou a jasnejšie ohraničenou symptomatikou. Príkladom je autonehoda u dieťaťa, ktoré má bezpečnú vzťahovú väzbu so svojimi rodičmi a ďalšie vnútorné a vonkajšie zdroje na zvládanie ťažkostí (Morris-Smith & Silvestre, 2014).

Pri komplexnej traume ide častokrát o deti, u ktorých chýba bezpečná vzťahová väzba a ktoré majú problémy vo viacerých oblastiach života. Symptomatika je väčšinou komplexnejšia, ovplyvnené sú viaceré aspekty života ako je napríklad afektivita, vzťahy, sebaobraz. Častejšie súvisí so vzťahovou traumatizáciou. Tieto deti majú teda častokrát komplexné symptómy, na základe ktorých môžu dostať rôzne diagnostické nálepky (Gomez, 2012).

## Od čoho závisí, či bude dieťa určitou udalosťou traumatizované alebo nie?

- Od vzťahovej väzby
- Od typu traumy (jednorazová, opakovaná, vzťahová, nie vzťahová)
- Od veku (zjednodušene – mladšie deti sú zraniteľnejšie)
- Temperamentovej zraniteľnosti vs. odolnosti

## **Základy práce s traumatizovanými deťmi**

Ako prvé sa pozeráme na to, či traumatizujúca situácia ešte trvá, alebo je už ukončená. Ak ešte trvá a nie je možné ju zastaviť (napríklad pretrvávajúce konflikty rodičov), v terapii nebude možné ani žiaduce pokúšať sa traumou spracovať, ale budeme zostávať pri stabilizácii, spevňovaní dieťaťa a práci na rozvíjaní jeho zdrojov (Morris-Smith & Silvestre, 2014). Využívame rôzne stabilizačné techniky, snažíme sa dieťa posilniť, aby danú situáciu čo najlepšie zvládlo.

Ak už traumatizujúca situácia skončila a dieťa zažíva jej dopady, je možné traumou v rámci terapie spracovávať. Začíname stabilizáciou a ak sa dieťa aj jeho prostredie zdajú byť dostatočne stabilné a bezpečné, môžeme prejsť na spracúvanie traumy.

Zrejme zo všetkého najdôležitejšie je dieťa neretraumatizovať, čiže nevystaviť ho (nepripravené) traumatickej spomienke bez toho, aby sme mu s ňou pomohli.

V terapii traumy je veľmi dôležité bezpečie, transparentnosť a predvídateľnosť. Dieťa musí mať pocit kontroly a musí mať možnosť proces zastaviť a tak sa vyhnúť prípadnému zaplaveniu traumatickým materiálom.

## **EMDR terapia**

EMDR terapia je terapeutická metóda zasadená do rámca psychotraumatológie. Rozvinula sa v 80-tych rokoch v USA a v súčasnosti je rozšírená po celom svete. Je jednou z vedecky najpreskúmanejších psychoterapeutických metód. Medzinárodná spoločnosť pre štúdiu traumatického stresu (ISTSS) aktualizuje každý rok odporúčania ohľadom toho, ktoré typy terapie sú vhodné pri liečbe traumy a EMDR je vysoko odporúčanou terapiou pre deti aj dospelých, ktorí trpia post-traumatickými stresovými symptómami.

Pri EMDR terapii vychádzame z toho, že traumatické zážitky sa dysfunkčným spôsobom uložili v našej mysli vo forme spomienok, ktoré nám môžu znepríjemňovať život (Shapiro, 2017). Napríklad dieťa, ktoré vyrastá v násilnom prostredí, môže byť extrémne citlivé napríklad na krik, takže v škole, keď učiteľ zvýši hlas, dieťa sa cíti ešte nepríjemnejšie ako ostatné deti, lebo mu to na vedomej či nevedomej úrovni pripomína situácie z domu. Dysfunkčne uložené spomienky sa často prejavujú tak, že si jedinec ani neuvedomuje, s čím jeho ťažkosti súvisia. Pri oživení traumatických spomienok môže dôjsť až k ich znovuprežívaniu, akoby sa diali práve teraz, s podobným emočným aj fyziologickým doprovodom. Pri extrémnom zaťažení traumatizujúcim materiálom môže prísť až k disociácii, čo znamená, že dieťa stratí kontakt s „tu a teraz“ a jeho myseľ akoby odletí preč. Môže prísť k hypoaktivácii dieťaťa, dieťa vyzerá že nevníma, je zamyslené. Alebo je naopak nabudené, dysregulované a ťažko sa dá upokojiť.

Pri EMDR terapii sa snažíme vytvoriť také podmienky, ktoré umožnia mozgu spracovať traumatické spomienky a následne návrat k zdravším spôsobom fungovania. Využívame pri tom bilaterálnu stimuláciu mozgu cez využitie rýchlych pohybov očí sprava doľava, striedavý dotyk na pravej a ľavej časti tela alebo striedavo púšťané tóny do pravého a ľavého ucha. Napriek tomu, že presný mechanizmus účinku v tejto chvíli nie je úplne objasnený, zdá sa, že bilaterálna stimulácia stimuluje parasympatikus a facilituje spracovanie informácií cez asociačný proces a tým umožňuje adaptívne spracovanie spomienok. Tieto následne neobťažujú dieťa a nastáva aj vymiznutie vytvorených symptómov.

Pri EMDR terapii ako prvé zabezpečujeme bezpečie a posilňujeme vnútorné zdroje klienta. V terapii začíname fázou stabilizácie, ktorá môže byť u jednoduchej traumy veľmi krátka, avšak pri komplexnej traume môže trvať niekoľko týždňov, mesiacov, alebo aj dlhšie. Cieľom stabilizačných cvičení je to, aby sa človek dokázal upokojiť, aby dokázal mať lepší kontakt so svojimi zdrojmi, aby dokázal lepšie oddeliť traumatický obsah od obsahu zdravého. Ak by sme túto fázu preskočili, mohlo by sa stať, že by pri samotnom spracúvaní traumy človek bol zaplavený traumatickým obsahom a bol by retraumatizovaný alebo by terapiu predčasne ukončil. Príkladmi stabilizácií sú napríklad imaginatívne techniky Bezpečné miesto, Trezor, Svetelný lúč, práca s dychom, prvky mindfulness, práca s telom. Stabilizácia klienta má zabezpečiť, aby klient bol počas terapie v tzv. „okne tolerancie“, teda aby sa fyziologicky nachádzal v zóne optimálneho nabudenia, ktoré je potrebné pre možnosť pracovať na traume. Okrem stabilizačných cvičení na terapeutických sedeniach zahŕňa stabilizácia klienta, najmä v komplexnejších prípadoch, aj aktiváciu sociálnej podpory, zlepšenie každodenného fungovania vrátane denného režimu atď.

Pokračuje sa samotným spracúvaním traumy a terapia končí reintegráciou a návratom k zdravšiemu spôsobu fungovania.

### **EMDR terapia s deťmi**

Princípy EMDR terapie s deťmi sú rovnaké ako u dospelých, avšak praktické prevedenie terapie môže byť dosť odlišné. Pri EMDR terapii pracujeme s takzvanými protokolmi, čo je set otázok, ktorých cieľom je akoby odomknúť neuronálne siete spojené s traumatickými spomienkami a tým umožniť ich spracovanie. Pre deti môžu byť v závislosti od veku niektoré z týchto otázok príliš ťažké až nepochopiteľné a tak niektoré časti protokolu môžeme vynechať. Druhou odlišnosťou je to, že u dospelých väčšinou ako bilaterálnu stimuláciu využívame rýchle pohyby očí. U detí čím sú mladšie, tým častejšie využívame dotykovú bilaterálnu stimuláciu, tzv. tapping, teda striedavé „ŕkanie“ alebo „klepanie“ napríklad na pravú a ľavú ruku dieťaťa (Morris-Smith & Silvestre, 2014).

Ďalším rozdielom je to, že samotná práca na traumatickom obsahu býva u detí väčšinou kratšia ako u dospelých. Môže za to čiastočne aj kratšia výdrž pozornosti u detí, ale najmä sú tzv. kanály pri spracúvaní kratšie, deti majú negatívne obsahy spojené s traumatickou udalosťou kratšie a aj vďaka tomu môže byť psychoterapia rýchlejšie účinnejšia. Najmä vo fáze stabilizácie, ale aj pri spracúvaní traumy možno využívať rôzne hrové prvky a preto je terapia častokrát pre deti príjemným zážitkom. EMDR terapia u detí je väčšinou integrovaná do širšieho rámca hrovej terapie, nie na každom stretnutí s dieťaťom sa pracuje metódou EMDR. Zmeny v prežívaní sú častokrát pociťované ako veľmi prirodzené a deti niekedy aj akoby zabudnú, nakoľko bol daný problém pre nich pred terapiou zaťažujúci. Príkladom je dievča, s ktorým sme na dvoch stretnutiach spracúvali silný strach z postavy z hororu, ktorý videla. Na ďalšom stretnutí s ľahkosťou a bez prekvapenia na moju otázku odpovedala, že sa tejto postavy už nebojí, dokonca že sa za ňu prezliekla na karnevale a potrebovala sa pochváliť aj fotografiou.

Ako v praxi vyzerá práca s dieťaťom s EMDR? Je to veľmi rôzne, ale približne môže vyzeráť napríklad takto: na prvé stretnutie prichádza celá rodina, aby sme si pozreli interakcie, odhadli vzťahovú väzbu dieťaťa s rodičmi, na ďalšie stretnutie prídu len rodičia, ktorí detailnejšie porozprávajú o ťažkostiach dieťaťa, na ďalšom sedení prichádza dieťa

s jedným z rodičov, venujeme sa stabilizačným technikám a príprave na prácu. Keď ide všetko hladko, na ďalšom stretnutí prechádzame na samotné spracúvanie traumatickej spomienky. Dieťa si vybaví spomienku, či už v mysli alebo nakreslí obrázok, podľa veku sa pýtame na kognície dieťaťa, emócie, pocity v tele. Potom za pomoci bilaterálnej situácie spracúvame spomienku, dieťa sleduje, čo sa deje v jeho mysli a v jeho tele, o zmenách v prežívaní hovorí alebo môže aj kresliť. Pokračujeme dovtedy, kým sa neminimalizuje subjektívna záťaž spojená so spomienkou. Obyčajne sa v tomto bode menia aj kognície, dieťa sa vníma napríklad menej vinné, viac sebaisté. Na ďalšom stretnutí si preveríme, či efekt zostal, prípadne ak sme proces nedokončili na minulom stretnutí, pokračujeme v ňom ďalej. Pýtame sa aj na zmeny v symptómoch za obdobie od posledného sedenia. Niekedy pracujeme s EMDR na niekoľkých stretnutiach za sebou, niekedy zaradíme medzi EMDR sedenia iný typ sedenia, zväčša nejakého typu hrovej terapie. Samotná EMDR práca na sedení niekedy trvá len zopár minút, niekedy (najmä u starších detí) zaberie väčšinu stretnutia.

### **Práca s rodinou**

Práca s rodinou, resp. opatrovníkmi dieťaťa je pri terapii traumy kľúčová, či už ide o traumou vzťahovú alebo nie. Okrem toho, že nám poskytujú o dieťati veľa dôležitých informácií, majú veľkú úlohu aj pri samotnej terapii. Rodičia môžu slúžiť pre dieťa ako stabilizujúci prvok, ich prítomnosť v terapeutickom mieste môže u detí posilňovať pocit bezpečia. V prípade, že boli udalosťou, ktorá sa dieťaťu stala, traumatizovaní aj oni sami, častokrát je dobré, ak absolvujú aspoň niekoľko sedení najprv oni sami a pracujú na svojej traume. Vtedy sú častokrát lepšie schopní byť oporou pre svoje dieťa pri zvládaní jeho traumy. Takisto pri prítomnosti rodičov pri terapii je možné prispieť k náprave nežiaducich interakcií medzi rodičom a dieťaťom a rodič môže lepšie porozumieť dieťaťu a viac sa k nemu emočne priblížiť. EMDR terapia sa využíva často u detí so vzťahovou traumou, detí adoptovaných či v pestúnskej starostlivosti.

Čo sa týka settingu, väčšinou sa osvedčuje pozvať na prvé stretnutie celú rodinu, aby bolo možné odsledovať interakcie medzi jednotlivými členmi a zároveň ich pohľad na vec a formuláciu problému. Ďalší postup sa dohaduje na záver úvodného stretnutia, či už pôjde o stretnutie s rodičmi, kde si doberieme anamnestické údaje alebo bude nasledovať stretnutie s dieťaťom, dieťaťom a rodičmi alebo ináč... EMDR terapia ako taká sa potom väčšinou robí s dieťaťom za prítomnosti jeho rodiča, najmä ak ide o menšie deti.

### **Práca s naratívom**

U traumatizovaných detí v EMDR často využívame prácu s naratívom (Lovett 2007, Lovett 2014). Pod naratívom tu myslíme skrátený životný príbeh dieťaťa, ktorý obsahuje najdôležitejšie míľniky života a zároveň sa v ňom objavujú traumatické obsahy, na ktorých v terapii pracujeme. Cieľom práce s naratívom je, aby dieťa mohlo dať väčší zmysel tomu, čo sa mu stalo a aby mu udalosti zapadli viac do perspektívy. Usilujeme sa o to, aby dieťa na seba nazeralo zdravším spôsobom v kontexte traumy, ktorá sa mu stala. Práca s naratívom dáva terapeutovi šancu ľahšie desenzitizovať boľavé spomienky dieťaťa a spracovať ich takým spôsobom, aby sa dieťa mohlo cítiť viac v bezpečí a sebaisté. Príbeh je vyvážený, obsahuje veľa pozitívnych a zdrojových aspektov života dieťaťa. Traumatický materiál je natoľko detailný, nakoľko to vyžadujú symptómy a vek dieťaťa. S naratívom sa pracuje

najmä u menších detí (na zahraničných konferenciách sme videli videá práce týmto spôsobom aj s bábätkami) a u detí, kde sa práca na samostatnom traumatickom zážitku zdá nedostatočná. Príbeh väčšinou píše rodičia na základe inštrukcií od terapeuta a taktiež ho rodičia dieťaťa čítajú na stretnutí. Pri spracúvaní sa využíva sa bilaterálna stimulácia aj ďalšie prvky EMDR. S naratívom je možné pracovať na jednom alebo na viacerých stretnutiach, je možné ho rozdeliť na viacero častí, vyrábať z neho postupne knižku doplnenú ilustráciami dieťaťa alebo fotografiami prinesenými z domu. Niekedy naratív prehrávame za pomoci hračkárskeho postavičiek či bábok.

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

### **Záver a EMDR na Slovensku:**

- EMDR terapia je u traumatizovaných detí podľa výskumov jednou z prvých metód voľby kvôli svojej efektívnosti
- Deti aj rodičia ju obvykle veľmi dobre prijímajú a dá sa dobre kombinovať aj s inými typmi terapeutickými prácami s deťmi
- Ani EMDR terapeut nemá vytúženú zázračnú paličku, ale v terapii zažívame pekné momenty pozitívnych zmien a niekedy nečakane rýchlych posunov
- Na Slovensku je v súčasnosti 35 terapeutov, ktorí absolvovali výcvik v EMDR s deťmi a adolescentami a v roku 2020 začne ďalší výcvik, ktorý vyškolí ďalších detských EMDR terapeutov.

### **Literatúra**

- GOMEZ, A. (2012): EMDR Therapy and Adjunct Approaches with Children: Complex Trauma, Attachment and Dissociation. Springer Publishing Company.
- LOVETT, J. (2007): Small Wonders: Healing Childhood Trauma With EMDR. Free Press
- LOVETT, J. (2014): Trauma-Attachment Tangle: Modifying EMDR to Help Children Resolve Trauma and Develop Loving Relationships. Routledge
- MORRIS-SMITH, J. & SILVESTRE, M. (2014): EMDR for the Next Generation: Healing Children and Families, 2<sup>nd</sup> Ed. ACPIL
- SHAPIRO, F. (2017): Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) Therapy, thurd Edition: Basic Principles, Protocols, and Procedures. The Guilford Press

## PROGRAM ZIPPYHO KAMARÁTI

ALEXANDRA BRAŽINOVÁ

Ústav epidemiológie, Lekárska fakulta Univerzity Komenského Bratislava

### Súhrn

Program Zippyho kamaráti patrí medzi programy sociálneho a emocionálneho učenia, ktoré sú v mnohých vyspelých krajinách bežnou súčasťou vzdelávacieho programu. V rámci tohto programu sa deti učia hravou formou spracovávať emócie, komunikovať, riešiť konflikty a zvládať záťažové situácie. Tento program posilňuje ich emocionálnu odolnosť a rezilienciu a predstavuje podporu dobrého duševného zdravia do celého ďalšieho života.

Na Slovensku je program Zippyho kamaráti realizovaný už sedem rokov na školách, ktoré oň prejavia záujem. Realizuje ho občianske združenie Zippy.

### Kľúčové slová

Sociálne a emocionálne učenie, emocionálna inteligencia, reziliencia, sociálne zručnosti

### Summary

Programme Zippy's Friends is one of the social and emotional learning programmes that have a firm place in primary school curriculum in many developed countries. In this programme the children learn in an interactive way how to process emotions, communicate, solve conflicts and cope with difficult situations. The programme develop their emotional immunity and resilience and thus is a great tool for the promotion of good mental health for all their future lives.

The programme Zippy's Friends is in the Slovak Republic implemented for seven years already in the school that express interest. The programme is implemented by the NGO Zippy.

### Key words

Social and emotional learning, emotional intelligence, resilience, social skills

### Úvod

K úspešnému a spokojnému prežívaniu života sú veľmi dôležité emocionálne a sociálne zručnosti, t.j.schopnosti, ktoré človeku pomáhajú vyrovnať sa sám so sebou a vedieť vychádzať s druhými ľuďmi a nárokmi života.

Tieto zručnosti tvoria tzv. Emocionálnu inteligenciu (EI), pojem, ktorý ešte v 90.rokoch 20.storočia definovali odborníci. EI (niekedy tiež nesprávne označovaná ako EQ, čiže emocionálny kvocient) je predmetom rozsiahleho výskumu a ukazuje sa, že pre každodenný život je dôležitejšia ako intelekt, meraný pomocou intelligenčného kvocientu, čiže IQ.

Sociálne a emocionálne zručnosti získava dieťa v prirodzenom prostredí, v ktorom vyrastá, prostredníctvom výchovy a preberaním odporúčaných modelov správania. Nie každý rodič či opatrovník však sám tieto zručnosti má, respektíve je schopný ich odovzdať.

Dieťa sa tieto pre život podstatné schopnosti môže aj systematicky naučiť v školskom prostredí. Za týmto účelom sú vytvárané a realizované programy sociálneho a emocionálneho učenia (z angl. Social and emotional learning, SEL), ktoré sú v mnohých krajinách bežnou súčasťou vzdelávacieho programu. Prostredníctvom takýchto programov sa deti učia porozumieť svojim pocitom a vedieť ich zvládať, stanovovať si a dosahovať pozitívne ciele, pociťovať a preukazovať empatiu iným, robiť zodpovedné rozhodnutia. Jednotlivých programov emocionálneho a sociálneho učenia je vo svete mnoho. Zastrešujúcou medzinárodnou iniciatívou je napríklad CASEL<sup>1</sup> (z angl. The Collaborative for Academic, Social, and Emotional Learning, čiže Spolupráca pre akademické, sociálne a emocionálne učenie), ktorej primárnym cieľom je začleniť takéto programy do bežnej výučby od materských až po stredné školy.

### **Program Zippyho kamaráti**

Jedným z takýchto programov je program Zippyho kamaráti, ktorý sa už šesť rokov realizuje aj na Slovensku. Vytvorili ho odborníci britskej organizácie Partnership for Children už pred viac ako 20 rokmi a funguje v 31 krajinách sveta. Je to ročný program, ktorí s deťmi vo veku 5-7 rokov robia ich učitelia či iní odborní pracovníci vyškolení v metodike. Hlavným cieľom je rozvoj zručností ako sú: spracovávanie pocitov, komunikácia, nadväzovanie a udržiavanie priateľstiev, riešenie konfliktov (vrátane šikany), zvládanie záťažových situácií, rozvoj empatie. Program je veľmi prepracovaný, odborníci ho pripravovali niekoľko rokov, pilotne testovali a precízne finalizovali. Svedčí o tom aj fakt, že vo všetkých krajinách sa používa nezmenený, len preložený do miestneho jazyka. Situácie, ktoré deti v tejto vekovej skupine zažívajú a musia riešiť, sú univerzálne všade na svete.

V rámci programu Zippyho kamaráti si deti hraním rolí a ďalšími aktivitami nacvičujú zvládanie rôznych okolností. Učiteľ programu je len akýsi mediátor, dôležité je, že deti na lekciách sami hľadajú riešenie situácií, pomáhajú a radia si navzájom. Učiteľ rozhodnutia nehodnotí, len dozerá, aby navrhované riešenia spĺňali dve základné pravidlá programu: 1. Dané riešenie mi má v danej situácii pomôcť cítiť sa lepšie. 2. Toto riešenie neublíži mne ani nikomu druhému.

Program pozostáva zo šiestich modulov, každý modul má 4 lekcie, čiže dohromady sa jedná o 24 lekcii. Pri zaradení jednej lekcie týždenne vychádza realizácia programu na jeden školský rok. Názvy jednotlivých modulov, čiže samostatných tém, sú: Pocity, Komunikácia, Vytváranie a strata priateľstva, Riešenie konfliktov, Vyrovnávanie sa so zmenou a stratou a Zvládame.

V téme Pocity sa deti učia rozpoznávať svoje emócie, uvedomiť si ako sa v danom momente cítia a v ďalšom kroku zhodnotiť, prečo sa tak cítia. Následne hľadajú, čo im môže pomôcť cítiť sa lepšie, keď majú nepríjemné pocity - ako je napríklad hnev, nervozita, smútok, žiarlivosť. V ďalšom module Komunikácia sa deti učia aktívne počúvať a povedať to, čo chcú odkomunikovať. Tiež si nacvičujú koho a ako môžu osloviť s prosbou o pomoc, keď si s niečím nevedia rady samé. Modul Vytváranie a strata priateľstva je zameraný na kamarátske vzťahy – čím sa vyznačuje dobrý priateľ, ako si získať nových kamarátov, ako riešiť nedorozumenia s kamarátmi, ako sa zmieriť s odmietnutím. V module Riešenie

---

<sup>1</sup><https://casel.org/>

konfliktov si deti prakticky nacvičujú ako zvládať konfliktné situácie bez ujmy na vlastnej psychike, ako aj bez ublíženia druhému. Taktiež sa v dvoch lekciách oboznámia s témou šikana a v praktických situáciách precvičujú ako čeliť a predchádzať šikanovaniu. Predposledný modul sa zaoberá zvládaním ťažkých situácií, ako je strata a smrť. Deti diskutujú a nacvičujú si, čo im môže pomôcť vyrovnať sa s týmito záťažovými situáciami. V poslednom module si deti zopakujú, čo všetko sa v programe naučili a precvičia si získané zručnosti na modelových situáciách. Posledná lekcija je oslavou zavŕšenia programu s udelením diplomov.

Všetky lekcie sú hravé a interaktívne, deti si rýchlo program veľmi obľúbia a na každú ďalšiu hodinu sa tešia. Hodiny venované programu Zippyho kamaráti sú iné ako ostatné vyučovacie hodiny - deti majú možnosť hovoriť o veciach, ktoré ich trápia a učia sa, ako ich zvládať. Diskutujú však aj o tom, čo im robí radosť, ako sa navzájom podporovať a pomáhať si. Už po prvých lekciách učitelia programu pozorujú v kolektíve aj u jednotlivcov pozitívne zmeny. Atmosféra v triede sa zlepšuje, deti sú empatickejšie, samostatnejšie v riešení bežných či mimoriadnych situácií, pozornejšie a komunikatívnejšie. Učitelia programu vnímajú pozitívny vplyv aj na svojich schopnostiach komunikovať so žiakmi, nakoľko majú možnosť im prostredníctvom preberaných tém lepšie porozumieť.

Súčasťou programu sú aj Domáce aktivity, čiže aktivity, ktoré má dieťa za úlohu urobiť spolu s rodičom, či iným blízkym členom domácnosti. Významom týchto aktivít je, aby sa aj rodina dozvedela, čo sa ich dieťa učí na lekciách programu Zippyho kamaráti a aby sa nácvik preberaných zručností posilnil aj v domácom prostredí. Počas realizácie programu sa bežne stáva, že rodič vyhľadá učiteľa a referuje o pozitívnom vplyve programu na svoje dieťa – rodičia často hovoria, že deti sú otvorenejšie, viac hovoria o tom, čo prežívajú, sú empatickejšie voči súrodencom, rovesníkom a iným ľuďom. Je časté, že tiché deti sa prostredníctvom lekcii programu Zippyho kamaráti otvoria a naopak, aktívne či dominujúce deti sa skľudnia a viac rešpektujú iných. Vo viacerých prípadoch sa počas priebehu programu odhalila a zastavila rozbiehajúca sa šikana, prípadne dominantné dieťa si uvedomilo, že svojim správaním ubližuje iným.

Účinok programu Zippyho kamaráti na sociálne zručnosti dieťaťa je priebežne evaluovaný vstupnými a výstupnými situačnými kresbami. Ich kategorizáciou a zhodnotením zobrazovaných tém a ich riešení pred začatím programu a po jeho absolvovaní je vidno posun dieťaťa k pozitívnemu zvládaniu pocitov, samostatnosti v riešení situácií a empatii.

Podmienkou realizácie programu s deťmi pre učiteľa či odborného pracovníka (napr. školského psychológa, špeciálneho pedagóga, vychovávateľa) je absolvovať jednoduché školenie pod vedením certifikovaných lektorov programu. Cieľom školenia je dôkladné oboznámenie sa s princípmi a metodikou programu. Okrem vyškolenia záujemca obdrží aj podrobný manuál programu, plagát pre triedu, informačné brožúry pre rodičov a ďalšie materiály. Pomocou podrobného manuálu potom vyškolení učiteľ robí program s deťmi.

## **Záver**

Program sociálneho a emocionálneho učenia Zippyho kamaráti (a jeho voľné pokračovanie pre staršie deti Kamaráti Jabĺčka) má preukázateľne výrazne pozitívny vplyv na podporu duševného zdravia detí, ich zdravého emocionálneho nastavenia do celého ďalšieho života, ich sociálnych zručností, ako aj na prevenciu rizikového správania a vzniku duševných porúch. Je preto dôležité a žiaduce umožniť jeho realizáciu čo najväčšiemu počtu detí a prispieť tak k ich šanci na zdravý a šťastný život.

Realizáciu programu na Slovensku zastrešuje občianske združenie Zippy ([www.zippy.sk](http://www.zippy.sk))

## **Literatúra**

- ELIAS, M. J., & WEISSBERG, R. P. (2000). Primary prevention: educational approaches to enhance social and emotional learning. *J Sch Health*, 70(5), 186-190.
- GREENBERG, M. T., WEISSBERG, R. P., O'BRIEN, M. U., ZINS, J. E., FREDERICKS, L., RESNIK, H., & ELIAS, M. J. (2003). Enhancing school-based prevention and youth development through coordinated social, emotional, and academic learning. *Am Psychol*, 58(6-7), 466-474.
- LAWSON, G. M., MCKENZIE, M. E., BECKER, K. D., SELBY, L., & HOOVER, S. A. (2018). The Core Components of Evidence-Based Social Emotional Learning Programs. *Prev Sci*. doi: 10.1007/s11121-018-0953-y

## **Kontakt na autora:**

doc. MUDr. Alexandra Bražinová, PhD., MPH

Ústav epidemiológie, Lekárska fakulta Univerzity Komenského Bratislava

[alexandra.brazinova@gmail.com](mailto:alexandra.brazinova@gmail.com)

[info@zippy.sk](mailto:info@zippy.sk)

## VEĽA TVÁRÍ NÁSILIA

EWALD FILLER

### Vážené dámy, vážení páni,

veľmi sa teším z pozvania a príležitosti hovoriť o problematike násilia na deťoch dnešnej konferencii k téme „*Trauma v detstve a čo ďalej?*“. Obzvlášť sa chcem poďakovať Márii a Andrejovi za dynamickú spoluprácu medzi oboma partnerskými mestami – dvojčkami Bratislava a Viedeň.

Už samotná téma konferencie svedčí o odvahe organizátorov, lebo napriek tomu, že máme 21. storočie, mnohí sa tvária, že sa ich táto téma netýka a, zatvárajú pred ňou oči“. Násilie v rodine a násilie na deťoch stále patria k najlepšie stráženým tabu v spoločnosti.

K názvu mojej prezentácie „veľa tváří násilia“ chcem na úvod uviesť krátky chronologický prehľad o problematike telesných trestov:

#### **Chronológia spoločenského akceptovania násilia:**

- vojaci patrili k prvej skupine ľudí, u ktorej bolo vykonávanie násilia zrušené ako prostriedok k vynúteniu poslušnosti
- ako ďalšie bolo učiteľom zakázané využívať násilie proti žiakom a žiačkam
- učitelia a vychovávatelia boli ďalšou skupinou, ktorej bolo odoprené stáročia tradované právo na fyzické trestanie na dosiahnutie disciplíny neposlušných detí pomocou trstenice alebo podobných represívnych nástrojov

Ak je v súčasnosti realitou princíp nenásilnej výchovy len v 56 štátoch zo 196 členských štátov organizácie spojených národov, vyvstáva otázka, aká sila stojí proti tomu, že deti ešte dnes - 30 rokov po podpísaní Dohovoru o právach dieťaťa – sú pred násilným zaobchádzaním zo strany rodičov právne chránené iba v štvrtine krajín?

V preambule Dohovoru o právach dieťaťa doslovne sa píše: „...v záujme plného a harmonického rozvoja osobnosti musí dieťa vyrastať v rodinnom prostredí, v atmosfére šťastia, lásky a porozumenia.“

V ďalších 54 článkoch, ktoré nasledujú po preambule Dohovoru o právach dieťaťa však márne niekto hľadá slová „láska“ alebo „porozumenie“ – a tak rodičia nemajú povinnosť a ani nie sú povzbudzovaní, aby s deťmi zaobchádzali s láskou a porozumením.

Nie som odborníkom na všetky právne predpisy vo všetkých štátoch sveta, ale aj tak neviem o žiadnom právnom systéme v akejkoľvek krajine, v ktorej sú rodičia zákonom „povinní“, „poučení“ alebo aspoň „povzbudení“ milovať svoje deti!

Ak rodičom žiaden zákon neukladá povinnosť alebo aspoň nedáva záväzné odporúčanie, že vychovávať svoje deti v láske a porozumení je správne a spravodlivé, a naopak násilie je vyhlásené za „akceptovateľné“, tým pádom deti nie sú chránené pred násilnými prechmatmi svojich vlastných rodičov.

V Rakúsku existujú od reformy Zákona o dieťati a pomenovaní dieťaťa (ďalej: KindNamRÄG 2013) kritériá pre najlepší záujem dieťaťa zhrnuté v 12 bodoch:

§138: Vo všetkých veciach týkajúcich sa maloletého dieťaťa, ....sa musí najlepší záujem dieťaťa považovať za hlavnú zásadu a musí sa zaručiť čo najlepšie.

Dôležité kritériá pri posudzovaní najlepšieho záujmu dieťaťa sú predovšetkým:

- starostlivosť, bezpečie a istota a ochrana telesnej a psychickej integrity dieťaťa;
- ocenenie a prijatie dieťaťa rodičmi
- zohľadnenie názoru dieťaťa
- predchádzanie ohrozeniu dieťaťa, predchádzanie situáciám, kedy je dieťa vystavené zneužívaniu alebo násiliu samotnému alebo bude jeho svedkom
- spoľahlivé kontakty s obidvoma rodičmi a dôležitou vzťahovou osobu, ako aj bezpečné väzby dieťaťa k týmto osobám;

V Rakúsku sa prostredníctvom KindNamRÄG 2013 podarilo dosiahnuť to, že sa nielen od dieťaťa očakáva, že bude preukazovať svojim rodičom úctu a rešpekt, ale platí to aj opačne, že rodičia musia zaobchádzať s dieťaťom s rešpektom.

### **Kto urobí prvý krok k odstráneniu telesných trestov z výchovy?**

Pri spoločensky kontroverznej otázke, ak tomu patrí bez pochyby aj otázka zákonom povolených výchovných metód „telesné tresty áno alebo nie?“ je potrebné sa opýtať, od koho pochádza iniciatíva k zmene legislatívy. Od vybraných zástupcov spoločnosti, ktorí majú víziu, silu a odvahu odstrániť násilie na deťoch? Alebo musí spoločnosť požiadať o ukotvenie nenásilnej výchovy pre svoje deti parlament?

### **Švédsko**

Vo Švédsku napríklad bojovala autorka detských kníh Astrid Lindgren už pred pol storočím proti násiliu, bitiu a proti ponižujúcim výchovným metódam.

Keď dostala Astrid Lindgren v roku 1978 vo Frankfurte cenu mieru nemeckého spisovateľa a mala predniesť prejav „Nikdy násilie!“, organizátori sa preľakli nevôli a hnevu nemeckej verejnosti.

### **Reč pri odovzdávaní ceny mieru Astrid Lindgrenovej:**

„Inteligencia, dar rozumu môžu byť z väčšej časti vrodené, ale v žiadnom novonarodenom dieťati neklíči semiačko, z ktorého vyrastie dobro alebo zlo. Či sa dieťa stane dobrosrdečným človekom, otvoreným a schopným vzájomnej dôvery so zmyslom pre spoločenské blaho alebo či sa z neho stane chladný, deštruktívny, egoistický človek, o tom rozhodujú tí, ktorým je v tomto svete dieťa zverené. Rozhodujú podľa toho, či mu ukážu, čo je láska. **Všade na svete sa učíš len od toho, koho miluješ**, raz povedala Góthe. A to musí byť pravda. Dieťa, s ktorým rodičia zaobchádzajú s láskou a ktoré miluje svojich rodičov, získava láskyplný vzťah k svojmu okoliu a udržiava ho ako základný princíp počas celého života. Ato je dobré, aj keď dieťa neskôr nepatrí k tým, ktorí ovládajú osud sveta. Ak by dieťa v rozpore s očakávaniami patrilo k týmto mocným ľuďom, tak by to znamenalo šťastie pre nás všetkých, ak by jeho základný postoj bol formovaný láskou a nie násilím. Aj charakter budúcich štátnikov a politikov sa formuje do piateho roku života – je to desivé, ale je to pravda.

V roku 1979 sa Švédsko z iniciatívy vtedajšieho predsedu vlády Olafa Palmeho stalo prvou krajinou, ktorá zakázala akýkoľvek telesný trest – a to aj proti všeobecnej vôli národa.

## Rakúsko

Rakúsko sa stalo štvrtou krajinou, v ktorej bol právne ukotvený zákaz fyzických trestov po Švédsku (1979), Fínsku (1983) a Nórsku (1987). V Rakúsku bol zákaz fyzických trestov zásluhou vytrvalosti rakúskeho pediatra a priekopníka v oblasti humánnej a nenásilnej výchovy detí profesora Dr. Hansa Czermaka.

„98% všetkých detí sa narodí psychicky a fyzicky zdravých, ale až každé druhé dieťa je po niekoľkých rokoch života viac – menej psychicky narušené a potrebuje odbornú starostlivosť.“ Týmito drastickými slovami Dr. Czermak upozorňuje na katastrofické následky – v tom čase spoločensky akceptovaného a rozšíreného trestajúceho a násilného spôsobu výchovy – ktorému bolo vystavených mnoho detí od prvého roku života a ktoré bolo riešením pre mnohé nežiaduce prejavy správania u detí.

Podľa pozorovaní Czermaka ako pediatra, sú adolescenti agresívni práve kvôli nedostatkom vo výchove v ranom detstve, trpia depresiami, majú strach zo školského prostredia a z existencie, vykazujú slabý výkon a ťažko sa rozhodujú, podriaďujú sa sebaďestrúktivným autoritárskym podmienkam a vyrastajú z nich nešťastní *outsideri*.

Hans Czermak podporil svoje postrehy svojou štúdiou „O každodennom násilí pri zaobchádzaní s deťmi“, ktorá bola uverejnená v roku 1977. Uverejnením výsledkov tejto štúdie pod názvom „Ochorieť zo zdravej zaucha“ sa postaral o dlhoročné kontroverzné politické diskusie. Jeho verejne proklamovaným heslom „Každé dieťa má právo na šťastné detstvo“ vydláždil profesor Czermak cestu postupnému odklonu od vtedajších autoritatívnych metód výchovy a vytvoril podmienky pre zákonný zákaz fyzických trestov, fyzicky a psychicky ubližujúceho správania sa k deťom.

Keď rakúsky zákonodarcia v roku 1989 schválil zákonný zákaz násilia, vyslal signál pre nenásilnú výchovu, rovnako ako vo Švédsku pred desiatimi rokmi, proti väčšinovej vôli obyvateľstva. O niekoľko rokov neskôr – prostredníctvom spolkového ústavného zákona o právach detí z roku 2011 – bola zásada nenásilnej výchovy ako osobitného základného práva dieťaťa legislatívne ukotvená v článku 5: „Každé dieťa má právo na výchovu bez násilia.“

## Implementácia zásady nenásilnej výchovy v reálnom živote detí

Samotné prijatie nenásilnej výchovy ako normy nevytvára deťom nenásilný život, ale vytvára priestor pre humánnu a nenásilnú výchovu detí. Dr. Hans Czermak – otec rakúskeho zákazu násilia – neúnavne podporoval to, že nenásilná výchova môže byť presadená iba dôslednou implementáciou zo strany zodpovedných štátnych orgánov, ako napríklad orgánmi sociálnoprávnej ochrany detí a kurately, polície a súdovruku v ruke so štátnymi zariadeniami akými sú krízové centrá, detské advokačné centrá a pod.

Na tomto pozadí bola v roku 1989 – okrem legislatívneho zákazu fyzických trestov vo výchove – zavedená aj povinnosť verejného úradu pomoci deťom a mladistvým pri presadzovaní princípov nenásilnej výchovy. Tá má možnosť zasiahnuť do rodinných vzťahov, keď presadzovanie výchovných cieľov využíva násilie, alebo spôsobuje telesné alebo psychické utrpenie“ (Zákon o ochrane detí a mládež z roku 1989 ďalej: „JWG 1989“)<sup>2</sup>.

<sup>2</sup><https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=LrVbg&Gesetzesnummer=20000417>

Pri presadzovaní nenásilnej výchovy zohrávajú podpornú úlohu vo všetkých deviatich spolkových krajinách aj advokáti pre deti a mládež, čo je zákonom zriadená funkcia (JWG 1989).

V neposlednom rade prispela judikatúra najvyššieho súdu k presadeniu zákazu fyzických trestov, podľa ktorého nerešpektovanie zákazu násilia (napríklad obhajované ako „výchovná“), môže byť dôvodom na odobratie dieťaťa zo starostlivosti rodiča.

Trvalé porušovanie zákazu násilia – podľa rozhodnutí najvyššieho súdu – predstavuje hrozbu pre najlepší záujem dieťaťa a môže byť dôvodom na odobratie dieťaťa a zverenie do starostlivosti druhému rodičovi; ojedinelý prípad však naopak nemusí byť dôvodom na odobratie dieťaťa<sup>3</sup>.



### **Hodnota vedeckých výskumov na tému „násilie“.**

Pretože Dr. Czermak vedecky skúmal problematiku násilia v Rakúsku koncom 70tych rokov, o 25 rokov neskôr, v roku 2014, bol výskum opäť realizovaný s rovnakými otázkami, aké boli použité v predchádzajúcej štúdii „O každodennom násilí pri zaobchádzaní s deťmi“. Nová štúdia ukázala zmeny v problematike násilia po legislatívnom ukotvení zákazu fyzických trestov v Rakúsku 1989.

Pozri štúdiu: DAS RECHT AUF EINE GEWALTFREIE KINDHEIT: 25 Jahre gesetzliches Gewaltverbot – eine Zwischenbilanz (2014)

Výňatky z porovnávacej štúdie 1977-2014:

Dieťa má byť ticho, keď sa rozprávajú dospelí

Všeobecným pravidlom vo výchove bolo, že ak sa dospelí rozprávajú, dieťa sa má správať slušne a pokojne, bolo jasným vyjadrením autoritárskeho spôsobu rodičovstva, ktorý

---

<sup>3</sup>[https://www.ris.bka.gv.at/Dokument.wxe?Abfrage=Justiz&Dokumentnummer=JIT\\_20020312\\_OGH0002\\_0050OB00056\\_02Z0000\\_000](https://www.ris.bka.gv.at/Dokument.wxe?Abfrage=Justiz&Dokumentnummer=JIT_20020312_OGH0002_0050OB00056_02Z0000_000)

sa v Rakúsku v sedemdesiatych rokoch používal. V čase prvého výskumu tento názor zastávalo 64% opýtaných. Naopak uvedené považuje v roku 2014 za správne 16% opýtaných. Malé capnutie z času na čas neublíži žiadnemu dieťaťu

Maláacka bola v predchádzajúcich časoch akceptovaným vzdelávacím nástrojom. Tieto formy fyzického potrestania sa využívajú dodnes, avšak za legitímne ich považovalo v roku 2014 16% opýtaných oproti 85%, ktoré tento výchovný prostriedok považovali za legitímny v 1977.

Ak sa deti správajú nevhodne, je potrebné ich z času na čas potrestať fyzicky, inak zdivejú alebo budú príliš precitlivené

Telesné tresty ako výchovné prostriedky boli tolerovaným prostriedkom autoritárskej výchovy ako prostriedok na nápravu neposlušných detí. V roku 1977 tento spôsob výchovy považovalo 13 % opýtaných za správny, oproti tomu o 25 rokov neskôr to bolo 1%.

Rakúsky detský lekár mal to šťastie, že zažil, ako bola jeho celoživotná práca korunovaná ním navrhovanou legislatívnou novelou, spolkovým zákonom z 15. marca 1989 (Zákon o zmene a doplnení práv dieťaťa, spolkový vestník č.162/1989<sup>4</sup>), a okrem iného:

§ 146a Všeobecného občianskeho zákonníka (Allgemeines bürgerliches Gesetzbuch, ďalej „ABGB“):

„Maloleté dieťa má povinnosť poslúchať rodičov. Rodičia majú povinnosť pri presadzovaní výchovy brať do úvahy vek, vývinový stupeň dieťaťa a jeho osobnosť.“ K uvedenému bola doplnená veta: „Použitie násilia a privodenie psychickej alebo fyzickej ujmy nie je povolené.“

Okrem doplnenia niekdajšieho paragrafu 146a ABGB (§ 137 ods. 2 ABGB od novely zákona o právach dieťaťa z roku 2013) je právo detí na nenásilnú výchovu ukotvené aj v spolkovom ústavnom zákone o právach detí:

Článok 5 ods.1 spolkového ústavného zákona o právach detí:

„Každé dieťa má právo na nenásilnú výchovu. Fyzické tresty, spôsobenie psychického utrpenia, sexuálne zneužívanie a iné zlé zaobchádzanie s dieťaťom sú zakázané. Každé dieťa má právo na ochranu pred hospodárskym a sexuálnym vykorisťovaním.“

Na rozdiel od predchádzajúcej generácie rodičov – ako jasne ukazujú porovnávané ukazovatele-počet rodičov, ktorí využívajú násilie ako výchovný prostriedok prvej voľby sa výrazne znížil. Zároveň je však ochota rodičov príležitostne použiť násilné výchovné metódy stále na vysokej úrovni – predovšetkým v časoch rodinnej krízy a s tým súvisiacimi zvýšenými stresovými situáciami.

Zákony dávajú jasný signál ako sa zorientovať v problematike! Zákony samotné však nestačia!

Nepostačuje ani recitovať frázy o škodlivosti násilia na deťoch. Sú nevyhnutné opatrenia na podporu rodičov v každodennej výzve rezignovať na násilie pri výchove.

### **Kontakt na autora:**

Dr. Ewald Filler

Kinderrechte Kinder – und Jugendanwalt des Bundes,  
Rakúsko

---

<sup>4</sup>[https://www.ris.bka.gv.at/Dokumente/BgblPdf/1989\\_162\\_0/1989\\_162\\_0.pdf](https://www.ris.bka.gv.at/Dokumente/BgblPdf/1989_162_0/1989_162_0.pdf)

# DŮSLEDKY A PROJEVY TRAUMATU U DĚTÍ

LEONA JOCHMANNOVÁ

## Souhrn

Téma příspěvku seznamuje se specifickou problematikou dětského traumatu, v souvislosti s jeho důsledky a následnými symptomy. Tyto symptomy jsou často zaměnitelné s jinými diagnostickými kategoriemi se zvláštním zaměřením na syndrom ADHD. Prezentované poznatky vycházejí mimo jiné z vlastního výzkumu realizovaného v letech 2017 – 2018 v oblastech klinické praxe, školství a sociální péče v České republice. Specifickým problémem je kategorie traumatu související s domácím násilím, jeho vlivu na děti.

## Klíčová slova

Trauma u dětí, symptomy, domácí násilí.

## Summary

The topic of the paper introduces the specific issue of childhood trauma in connection with its consequences and subsequent symptoms. These symptoms are often interchangeable with other diagnostic categories with a particular focus on ADHD. The presented findings are based on the research carried out in 2017 - 2018 in the areas of clinical practice, education and social care in the Czech Republic. A specific problem is the category of trauma associated with domestic violence, its impact on children.

## Key words

Trauma in children; symptoms; domestic violence.

## Úvod

Ve své dosavadní psychologické praxi jsem měla možnost pracovat v různých oblastech psychologických služeb, poskytujících péči dětem a jejich rodinám. Současně při svém supervizním působení jsem v kontaktu s praxí odborných resortů zdravotnické, pedagogické a sociální péče. Ve shodě se zahraničními odbornými texty (Klein, 2015; Van Hoof, 2017) si lze povšimnout problematických bodů v souvislosti s diagnostikou dětského traumatu. U dětských klientů dochází k problematickým přesahům s jinými diagnostickými kategoriemi a symptomy traumatu jsou často vyjádřeny problémovým chováním.

Obtíže dítěte jsou v praxi často interpretovány a diagnostikovány podle zaměření pracoviště. Následný plán pomoci či odborné péče tedy závisí na míře správné identifikace příčin obtíží a kvalitně stanovené diagnóze. V zahraniční odborné literatuře jsou popisovány časté případy dětí v pěstounské péči, které mívají diagnostikovan syndrom ADHD (hyperaktivita s poruchou pozornosti), případně poruchu chování (Klein, 2015). Problémy s klasifikačním uchopením dětského traumatu byly motivací k výzkumu v rámci mé disertační práce (Jochmannová, 2019).

## **Cíle práce**

Hlavním cílem mého výzkumu byla specifikace klasifikace kategorií psychických, vývojových a dalších traumat u dětí ve třech základních oblastech (resortech) péče o děti a mládež v České republice. Konkrétní cíle byly definovány následovně.

- 1) Zjistit, jaké traumatické události se vyskytují v anamnéze sledovaných dětí.
- 2) Zjistit, jaké symptomy se vyskytují u těchto dětí s traumaty v anamnéze.
- 3) Identifikovat, s jakými diagnostickými kategoriemi se mohou tyto symptomy shodovat.

Dílčí cíle: Zjistit, zda existují specifické rozdíly v přístupu k dětem s traumatem v oblasti klinické praxe, školství a sociální péče. Na základě výsledků vyvodit praktická doporučení pro diferenciálně diagnostickou praxi a zejména pro další odbornou péči o děti (Jochmannová, 2019).

## **Metodologie**

Pro výzkum byl zvolen smíšený přístup (design), konkrétně kvalitativní metodologie s využitím deskriptivní statistiky. Těžiště spočívalo ve kvalitativní explorativní strategii, s cílem získání veškerých informací o zkoumaných dětech. Data byla vytěžena nepřímo na základě polostrukturovaných rozhovorů s odbornými pracovníky a na základě analýzy dostupných dokumentů, včetně odborných zpráv. Polostrukturované rozhovory se týkaly veškerých významných informací z anamnézy zkoumaných dětí a také veškerých projevů, které neodpovídaly jejich vývojové normě. Součástí rozhovorů byly doplňující otázky zaměřené cíleně na narušení obvyklých stereotypů v diagnostickém procesu. Cílem takto pojatých rozhovorů bylo zjištění událostí, projevů a faktů, ke kterým nemusí být v rámci diagnostického procesu přihlíženo. Zjištěné údaje byly zaznamenávány anonymně písemnou formou bez záznamu z důvodu zachování mlčenlivosti (Jochmannová, 2019).

Stěžejní metodou zpracování dat byly analýzy několikanásobných klinicky zaměřených případových studií (multiple-case study) s vícečetnými odpověďmi. Šlo tedy o vícepřípadovou studii s vícenásobnými odpověďmi, s cílem získat celkovou analýzu napříč jednotlivými případy.

Metodami zpracování dat byla systematizace subkategorií traumatu a symptomů do souhrnné zdrojové tabulky (Excel). Další zpracování dat bylo realizováno frekvenční analýzou, klasifikací a kategorizací. Byly získány četnosti (absolutní a relativní) u těchto sledovaných kategorií:

- 1) Počty dětí s výskytem kategorií a subkategorií traumatu v celkovém výzkumném souboru i v jednotlivých oblastech péče.
- 2) Počty dětí s výskytem kategorií a subkategorií symptomů v celkovém souboru i v jednotlivých oblastech péče.
- 3) Pořadí četností jednotlivých položek kategorií traumatu a symptomů v celkovém souboru i v jednotlivých oblastech odborné péče (Jochmannová, 2019).

## **Výzkumné soubory**

Výzkum zahrnoval dva výběrové soubory. Šlo o výběrové soubory odborných pracovníků a výběrový soubor dětí, které byly v péči odborných pracovišť. Zdrojem jednotlivých případových studií byla pracoviště klinické zdravotnické praxe, školství a

sociálních služeb konkrétně v Olomouci, Praze, Kroměříži a v Ostravě. Kritérii pro zařazení odborných pracovníků do souboru bylo vysokoškolské psychologické vzdělání, dlouhodobá práce se zkoumanými dětskými klienty (alespoň šest měsíců) a dostupná dokumentace o dětských klientech. Výběrový soubor dětí obsahoval dětské klienty, kteří byli v dlouhodobé odborné péči v rámci tří zkoumaných oblastí. Hlavními kritérii pro zařazení do souboru byl výskyt alespoň dvou traumatických událostí v dosavadní anamnéze. Do souboru nebyly zařazeny děti se závažným smyslovým, kognitivním nebo somatickým postižením (Jochmannová, 2019). Podrobnou strukturu obou těchto souborů uvádím v tabulkách 1 a 2.

**Tabulka 1: Výběrový soubor odborných pracovníků**

|                   |    | Zdravotnictví<br>(ambulace klinické<br>psychologie) | Školství (školní<br>psychologové, PPP,<br>SVP) | Sociální služby<br>(ZDVOP, SAS, DN,<br>SPOD) |
|-------------------|----|-----------------------------------------------------|------------------------------------------------|----------------------------------------------|
|                   | N  | n1                                                  | n2                                             | n3                                           |
| Celkem pracovníci | 22 | 5                                                   | 8                                              | 9                                            |

*Pozn.: N – celkový soubor; n1 – pracovníci zdravotnictví; n2 – pracovníci školství; n3 – pracovníci sociální péče; PPP – pedagogicko-psychologické poradny; SVP – střediska výchovné péče; ZDVOP – zařízení pro děti vyžadující okamžitou pomoc; SAS – sociálně aktivizační služba pro rodiny s dětmi; DN – domácí násilí; SPOD – sociálně-právní ochrana dětí (Jochmannová, 2019, 68).*

**Tabulka 2: Charakteristiky výběrového souboru dětí**

|                    |         | Zdravotnictví<br>(ambulace klinické<br>psychologie) | Školství (školní<br>psychologové, PPP,<br>SVP) | Sociální služby<br>(ZDVOP, SAS, DN,<br>SPOD) |
|--------------------|---------|-----------------------------------------------------|------------------------------------------------|----------------------------------------------|
| Celkem dětí        | N = 154 | n1 = 53                                             | n2 = 51                                        | n3 = 50                                      |
| Chlapci            | 91      | 26                                                  | 40                                             | 25                                           |
| Dívky              | 63      | 27                                                  | 11                                             | 25                                           |
| Průměrný věk       | 11,2    | 11,5                                                | 10,8                                           | 11,4                                         |
| Syndrom ADHD       | 43      | 7                                                   | 30                                             | 6                                            |
| Psychiatrická péče | 15      | 1                                                   | 9                                              | 5                                            |
| Medikace           | 15      | 3                                                   | 9                                              | 3                                            |
| Ústavní péče       | 25      | 1                                                   | 9                                              | 15                                           |

*Pozn.: N – celkový soubor; n1 – děti ve zdravotnictví; n2 – děti ve školství; n3 – děti v sociální péči; PPP – pedagogicko-psychologická poradna; SVP – středisko výchovné péče pro děti a mládež; ZDVOP – zařízení pro děti vyžadující okamžitou pomoc; SAS – sociálně*

aktivizační služba pro rodiny s dětmi; DN – domácí násilí, speciální pracoviště pro děti; SPOD – sociálně-právní ochrana dětí (Jochmannová, 2019, 69).

## Výsledky

Průměrně bylo identifikováno šest traumatických událostí na jedno dítě, přičemž maximální frekvence byla až patnáct událostí na jedno dítě. Traumatické události byly zařazeny do subkategorií, ze kterých pak bylo vytvořeno pět základních kategorií traumat. Nejčetnější v celkovém souboru i v jednotlivých oblastech péče byla kategorie závažných traumat, která se vyskytla u 119 dětí z celkového souboru 154 dětí. Do této kategorie byly zařazeny události jako smrt blízké osoby, týrání, zneužívání, domácí násilí a podobně. Dalšími kategoriemi, seřazených podle četností výskytu, byla traumata související s rodinnou a psychosociální problematikou, dále s předčasným odloučením a poruchami attachmentu, traumata raného věku a fyzická traumata zahrnující úrazy a závažné lékařské zákroky (Jochmannová, 2019).

V tabulce 3 jsou uvedeny jednotlivé kategorie traumat podle četností pro celý výběrový soubor i pro jednotlivé oblasti odborné péče.

**Tabulka 3: Souhrnná tabulka kategorií traumat celkově a v jednotlivých oblastech péče**

|                              | POČET JEDNOTLIVÝCH POLOŽEK |                    |                   |                   | POČET DĚTÍ S DANOU PROBLEMATIKOU |                           |                          |                 |       |    |            |  |
|------------------------------|----------------------------|--------------------|-------------------|-------------------|----------------------------------|---------------------------|--------------------------|-----------------|-------|----|------------|--|
|                              | zdrav<br>ot.<br>333        | škols<br>t.<br>311 | soc.<br>t.<br>324 | CELKE<br>M<br>968 | zdravo<br>t.<br>n1 =<br>53       | škols<br>t.<br>n2 =<br>51 | soc.<br>t.<br>n3 =<br>50 | CELKE<br>M<br>N |       |    |            |  |
|                              | a. č.                      | a. č.              | a. č.             | a. č.             | a. č.                            | %                         | a. č.                    | %               | a. č. | %  | a. č.      |  |
| <b>ZÁVAŽNÁ TRAUMATA</b>      | 82                         | 99                 | 129               | <b>310</b>        | 32                               | 38                        | 41                       | 49              | 46    | 55 | <b>119</b> |  |
| <b>RODINNÁ PROBLEMATIKA</b>  | 65                         | 97                 | 105               | <b>267</b>        | 32                               | 36                        | 41                       | 46              | 40    | 45 | <b>113</b> |  |
| <b>ODLOUČENÍ, ATTACHMENT</b> | 80                         | 71                 | 64                | <b>215</b>        | 38                               | 36                        | 29                       | 28              | 29    | 28 | <b>96</b>  |  |
| <b>RANÝ VĚK</b>              | 57                         | 33                 | 23                | <b>113</b>        | 29                               | 18                        | 21                       | 14              | 15    | 10 | <b>65</b>  |  |
| <b>FYZICKÁ TRAUMATA</b>      | 49                         | 11                 | 3                 | <b>63</b>         | 30                               | 13                        | 10                       | 4               | 3     | 1  | <b>43</b>  |  |

Pozn.: N – počet dětí v celkovém souboru u jednotlivých kategorií traumat; n1 – počty dětí v podsouboru zdravotnictví; n2 – počty dětí v podsouboru školství; n3 – počty dětí v podsouboru sociální péče; v závorce jsou uvedena procenta počtu dětí v této kategorii traumat; a.č. – absolutní četnosti; % procenta dětí u jednotlivých kategorií traumat; celkem – celkové počty dětí ve výběrovém souboru u jednotlivých kategorií (Jochmannová, 2019, 82).

Dále bylo v celkovém výběrovém souboru u sledovaných dětí zjištěno průměrně 20 subkategorií symptomů, v rozsahu od sedmi do dvaceti pěti symptomů u jednotlivých dětí. Průměrně bylo u dětí identifikováno až dvacet projevů chování neodpovídajících věkové normě na jedno dítě.

Tyto projevy chování byly zařazeny do šesti základních kategorií symptomů. Nejčtenější kategorií symptomů v celkovém souboru i v jednotlivých oblastech odborné péče byla kategorie zahrnující symptomy společné pro PTSD a ADHD. Dalšími kategoriemi symptomů byly podle četnosti kategorie se symptomy typickými pro posttraumatickou stresovou poruchu; kategorie se symptomy specifickými pro syndrom ADHD a neurovývojové poruchy; kategorie s diagnostikovanými duševními poruchami a atypickým chováním; kategorie S obsahující různorodé somatické příznaky a kategorie zahrnující příznaky nezařaditelné do jednotlivých kategorií, související se sociálně-vztahovou problematikou (Jochmannová, 2019).

Na základě výzkumných zjištění bylo konstatováno, že existují rozdíly v přístupu k dětem s traumaty v anamnéze v rámci pracovišť klinické praxe, školství a sociální péče. Tyto rozdíly se týkaly zejména způsobu zjišťování anamnézy, diagnostického procesu, následné péče a standardů v dané oblasti (Jochmannová, 2019).

## **Diskuse**

Z výsledků vyplývá, že v anamnéze zkoumaných dětí bylo možné identifikovat široké spektrum traumatických událostí. Až na jedno pracoviště, které se cíleně zaměřuje na problematiku domácího násilí, nebyla zkoumaná pracoviště specificky zaměřena na problematiku dětí s traumatem. V této souvislosti se nabízí otázka, zda jsou tyto děti v rámci těchto pracovišť identifikovány jako traumatizované a zda je jim poskytnuta adekvátní odborná péče. Významné poznatky přináší kategorie symptomů společně zařazených do kategorie PTSD a ADHD. Tato kategorie byla v celkovém výzkumném souboru u jednotlivých oblastí odborné péče nejčastěji identifikovanou kategorií symptomů. U této kategorie byla nevyšší četnost napříč všemi sledovanými případy. Mezi nejfrekventovanější subkategorie patřily položky špatné emoční regulace (dysregulace), poruch pozornosti, poruch krátkodobé paměti a impulsivity. Tyto symptomy jsou zpravidla v praxi primárně zařazovány mezi typické symptomy syndromu ADHD. Zvýšený výskyt (50 %) hyperaktivity (patřící mezi zásadní symptomy u ADHD) byl identifikován pouze v oblasti školství. Tyto projevy byly primárně při rozhovorech označovány jako „hyperaktivita“, alternativní možnosti mohou být kupříkladu symptomy hypervigility, psychomotorického neklidu či hypersenzitivity, patřící do symptomů PTSD. Z hlediska diagnostického manuálu DSM-5 (APA, 2015) je právě hyperaktivita v případě diferenciální diagnostiky mezi PTSD a syndromem ADHD symptomem méně častým u PTSD. Při pouhém popisu pozorovatelných projevů se pak mohou symptomy ve svém souhrnu značně shodovat s diagnostickými kritérii syndromu ADHD. Výskyt výše uvedených symptomů je v souladu s odbornými poznatky z oblasti neurobiologie traumatu, zejména Levina (2017) a Van der Kolka (2015). Výzkumná zjištění potvrzují jak empirii, tak i poznatky z odborné literatury, že v praxi často dochází k záměnám mezi symptomy PTSD a syndromu ADHD. Pokud není podrobně reflektována anamnéza a také realizována kvalitní testová diagnostika, může v praxi docházet k záměnám obou diagnostických kategorií. Z tohoto důvodu je tradiční klinická anamnéza, obsahující

komplexní anamnestické informace (včetně raného období), stále velmi významnou součástí diagnostického procesu, dle mého názoru nezbytného i mimo oblast klinické praxe. Diagnostické zařazení syndromu ADHD mezi neurovývojové poruchy (APA, 2015) zase umožňuje jednoznačnější odlišení tohoto syndromu od jiných poruch, s oporou ve specifických neuropsychologických testech. Význam odlišení PTSD a ADHD má rovněž oporu v DSM-5 (APA, 2015) a v manuálu raného věku Zero to Three (2016), kde je diagnóza posttraumatické stresové poruchy v souvislosti s traumatickými událostmi v anamnéze klasifikována jako diagnóza nadřazená jiným kategoriím. Zařazení raných vztahových poruch, včetně deprivace, mezi poruchy traumatické umožňuje díky DSM-5 (APA, 2015) rozšíření kategorií dětských traumat shodně s poznatky tohoto výzkumu (Jochmannová, 2019).

Ve shodě s odbornými články (Klein et al., 2015; Van Hoof, 2017) si lze povšimnout problematických momentů v souvislosti s diagnostikou dětského traumatu. U dětských klientů výrazněji dochází k problematickému překrývání s jinými diagnostickými kategoriemi a symptomy traumatu jsou bohužel často vyjádřeny zejména problémovým chováním. Podle zaměření pracoviště je toto chování interpretováno a diagnostikováno. Následný plán pomoci či odborné péče pak tedy závisí na míře správné identifikace příčin obtíží a stanovené diagnóze (Jochmannová, 2019).

## **Závěr**

Výsledky výzkumu přinesly aktuální analýzu výskytu kategorií traumatických událostí a souvisejících symptomů v různých oblastech odborné péče o děti a mládež v České republice. Závěry výzkumu byly formulovány v odpovědích na sedm výzkumných otázek. Na základě závěrů dílčích výzkumných cílů lze konstatovat, že existují rozdíly v přístupu k dětem s traumaty v anamnéze v rámci pracovišť klinické praxe, školství a sociální péče. Zjištěny byly specifické okolnosti, za kterých pracovníci jednotlivých systémů poskytují svou odbornou péči. Tyto okolnosti souvisely jednak se standardy poskytované péče, na kterou byl systém péče specificky zaměřen, a také s rozdíly v diagnostickém procesu. Odlišné byly rovněž způsoby zjišťování anamnestických údajů a interpretace pozorovaného chování. Ve svých výsledcích přinášejí poznatky pro diferenciálně diagnostickou praxi a odbornou péči o děti s traumatickými událostmi v anamnéze, s důrazem na konkrétní kritická místa v systému této péče (Jochmannová, 2019).

## **Literatura**

- American Psychiatric Association. (2015). *DSM-5®. Diagnostický a statistický manuál duševních poruch*. Praha: Hogrefe – Testcentrum.
- American Psychiatric Association. (2013.) *DSM-5®. Diagnostic and statistical manual of mental disorders 5th ed*. Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
- DUDOVÁ, I., & KOCOURKOVÁ, J. (2013). Kontroverze v pojetí ADHD – vyhraněné postoje nebo spolupráce? *Československá psychologie*, 57(2), 190–197.
- FORGÁČOVÁ, L. (2014). Nové diagnózy v klasifikácii DSM-5. *Psychiatria pre praxi*, 15(4), 140–142.
- JOCHMANNOVÁ, L. (2019). *Psychická a vývojová traumata u dětí: shody se syndromem ADHD, rozdíly a diagnostická rozlišení*. Disertační práce. Olomouc: Univerzita Palackého.

- JOCHMANNOVÁ, L. (2019). *Body, Soul, and Neurobiology. Ph.D. existence: Česko-slovenská psychologická konference (nejen) pro doktorandy a o doktorandech*. Sborník. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. 21. – 22. 2019.
- KLEIN, B., DAMIANI-TARABA, G., KOSTER, A., CAMPBELL, J. & SCHOLZ, C. (2014). Diagnosing attention-deficit hyperactivity disorder (ADHD) in children involved with child protection services: are current diagnostic guidelines acceptable for vulnerable populations? *Child, care, health and development*, 41(2), 178–185. doi:10.1111/cch.12168.
- KOCOURKOVÁ, J., & KOUTEK, J. (2017). Posttraumatická stresová porucha u dětí a dospívajících. Levine, P. A. (2015). *Trauma and memory*. Berkeley: North Atlantic Books.
- LEVINE, P. A. (2017). *Trauma a paměť*. Praha: Maitrea.
- LEVINE, P. A., & KLINE, M. (2012). *Trauma očima dítěte*. Praha: Maitrea.
- Česká a slovenská psychiatrie, 113(3), 128–131.
- MATOUŠEK, O. (Ed.). (2017). *Dítě traumatizované v blízkých vztazích*. Praha: Portál.
- 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. doi:10.1176/ps.2008.59.6.627.
- MUNDEN, A., & ARCELUS, J. (2002). *Poruchy pozornosti a hyperaktivita*. Praha: Portál.
- NĚMCOVÁ, L. (2010). *Příčiny a důsledky traumatu u dětí, principy a techniky práce s traumatizovaným dítětem*. Praha: Člověk hledá člověka.
- NĚMCOVÁ, L., & MATOUŠEK, O. (2017). Obecné zásady podpory a terapie. In Matoušek, O. (Ed.), *Dítě traumatizované v blízkých vztazích* (95–104). Praha: Portál.
- NĚMCOVÁ, L. (2017). Rizika spojená s podporou a terapií. In Matoušek, O. (Ed.), *Dítě traumatizované v blízkých vztazích* (119–126). Praha: Portál.
- NĚMCOVÁ, L. (2017). Diagnostika traumatu u dětí. In Matoušek, O. (Ed.), *Dítě traumatizované v blízkých vztazích* (69–78). Praha: Portál.
- NĚMCOVÁ, L. (2017). *Limits of online communication in connection with early contact disorders*. Ph.D. existence: česko-slovenská psychologická konference (nejen) pro doktorandy a o doktorandech. Sborník(s. 108). Olomouc: Univerzita Palackého.
- SOUKUP, J. (2005). *Disociativní procesy a poruchy v dětství a adolescenci*. Rigorózní práce. Praha: Univerzita Karlova.
- Světová zdravotnická organizace (WHO). (1992). *Mezinárodní klasifikace nemocí, 10. revize. Duševní poruchy a poruchy chování. Popisy klinických příznaků a diagnostická vodítka*. Praha: Psychiatrické centrum.
- Světová zdravotnická organizace (WHO). (2018). *11th Revision of the International Classification of Diseases, ICD-11*. Získáno 5. ledna 2019 z <https://www.who.int/classifications/icd/en/>.
- SVOBODA, J., & Němcová, L. (2015). *Krizové situace výchovy a výuky*. Praha: Triton.
- SVOBODA, J., & Jochmannová, L. (2018). *Psychicky zranené dítě a možnosti intervencí*. Praha: Portál.
- VAN DER KOLK, B. (2015). *The body keeps the score*. Penguin Books.

- VAN DER KOLK, B. (2017). *The body keeps the score: Integrations of mind, brain and body in treatment of trauma*. Congress Attachment and Trauma: Human Evolution and Recovery. Sborník příspěvků (s. 157–236). Rome: Istituto di Scienze Cognitive.
- VAN HOOFF, M. J. (2017). Symptoms extend beyond the diagnosis of PTSD. *European Society for Child and Adolescent Psychiatry*. Získáno 10. března 2018 z: [http://www.escap.eu/research/child-abuse-and-neglect/?utm\\_medium=email/](http://www.escap.eu/research/child-abuse-and-neglect/?utm_medium=email/).
- VIZINOVÁ, D., & Preiss, M. (1999). *Psychické trauma a jeho terapie*. Praha: Portál.
- Zero to Three (2016). *DC:0–5™: Diagnostic classification of mental health and developmental disorders of infancy and early childhood*. Washington, DC: Zero to Three.
- ZITTOVÁ, A. (2019). *Sociální vztahy u dětí se syndromem ADHD v předškolním a mladším školním věku*. Diplomová práce. Olomouc: Univerzita Palackého.

**Kontakt na autora:**

PhDr. Leona Jochmannová Ph.D.

Pracoviště: Katedra psychologie, Filozofická fakulta UP, Olomouc, Česká Republika

e-mail: leona.jochmannova@upol.cz

## TRAUMATIZÁCIA V DETSTVE A ZDRAVIE V DOSPELOSTI

NATÁLIA KAŠČÁKOVÁ<sup>1,2,3</sup>, HANA BEDNÁŘÍKOVÁ<sup>1,2</sup>, ALENA DOBROTKOVÁ<sup>1,2</sup>,  
MARTINA PETRÍKOVÁ<sup>1,2</sup>, JOZEF HAŠTO<sup>1,2,3,4,5</sup>, PETER TAVEL<sup>1</sup>

1 *Institut sociálního zdraví Univerzity Palackého Olomouc, ČR*

2 *Národné koordinačné stredisko pre riešenie problematiky násilia na deťoch, Ministerstvo práce, sociálnych vecí a rodiny SR*

3 *Psychiatricko-psychoterapeutická ambulancia, Pro mente sana, Bratislava, SR*

4 *Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety, Bratislava, SR*

5 *Slovenská zdravotnícka univerzita, Bratislava, SR*

### Súhrn

Traumatizácia v detstve môže súvisieť s rozvinutím neistých foriem vzťahovej väzby, ktoré sa považujú za rizikové faktory pre rôzne ochorenia. V našom príspevku uvádzame výskyt retrospektívne udávanej traumatizácie v detstve u reprezentatívnej vzorky obyvateľov SR (n = 1018, priemerný vek 46,24 rokov, 48,7% mužov). Poukazujeme na súvislosti so vzťahovým štýlom správania a so zdravím v dospelosti. Naše zistenia z reprezentatívnej vzorky svedčia pre súvislosti medzi ranými skúsenosťami v detstve a psychickým a somatickým zdravím v dospelosti. Rozsah problematiky traumatizácie a neistých štýlov vzťahového správania v bežnej populácii je výzvou pre utváranie preventívnych programov a terapeutických postupov v klinickej praxi.

### Kľúčové slová

traumatizácia v detstve; vzťahová väzba; vzťahové štýly; zdravie v dospelosti

### Summary

Traumatization in childhood may be related to the development of insecure attachment styles which are considered as risk factors for various diseases. In our paper we report the occurrence of retrospectively reported traumatization in childhood in a representative sample of Slovak adults (n = 1018, mean age: 46.24, 48.7% men). We point to the associations of trauma in childhood with attachment styles and with later health. Our findings from a representative sample indicate that there are associations between early adverse experiences and mental and somatic health in adulthood. The extent of the occurrence of traumatization and insecure attachment styles in the general population is a challenge for the development of preventive programs and therapeutic approaches in clinical practice.

### Key words

traumatization in childhood; attachment; attachmentstyles; health in adulthood

## Úvod

Zistenia z klinickej praxe a cielených výskumov opakovane poukazujú na súvislosti medzi traumatizáciou v detstve, ale aj neskoršom živote a zdravím. Ukazuje sa, že traumatizácia v detstve môže súvisieť s rozvinutím neistých foriem vzťahovej väzby, ktoré sa považujú za rizikové faktory pre rôzne ochorenia. Bezpečná vzťahová väzba je naproti tomu považovaná za ochranný faktor, chrániaci pred vznikom ochorení, a podobne ako aj resiliencia môže mať moderujúci vplyv na zdravie. V našom príspevku uvádzame prehľad z výskumu výskytu retrospektívne udávanej traumatizácie v detstve, skúmaný u dospelých obyvateľov SR a poukazujeme na súvislosti so vzťahovým štýlom správania a so zdravím v dospelosti.

### 1.1. Traumatizácia v detstve

Údaje o nových prípadoch detí na území Slovenskej republiky, ktoré sú vystavené psychickému a fyzickému týraniu, sexuálnemu zneužívaniu a zanedbávaniu, sú uvedené v ročných výkazoch Ústredia práce, sociálnych vecí a rodiny (UPSVRSR, 2016, 2019). Z údajov vyplýva, že v roku 2014 bol počet evidovaných detí týraných, zneužívaných a šikanovaných 424, z toho bola 102 deťom bola poskytnutá pomoc formou ambulantnej, pobytovej starostlivosti alebo náhradnej rodinnej starostlivosti. V roku 2017 bolo evidovaných už 974 detí, išlo o dvojnásobný nárast oproti roku 2014. Podľa odborníkov sú však prípady zlého zaobchádzania s deťmi, ktoré sa dostanú na verejnosť, stále len špičkou ľadovca (MPSV, 2018).

*V r. 2013 sa v Inštitúte pre výskum práce a rodiny (pri Ministerstve práce, sociálnych vecí a rodiny) zrealizoval výskum prevalencie násilia páchaného na deťoch na reprezentatívnej vzorke 1560 detí vo veku 14 a 15 rokov. U 20,6% opýtaných detí sa zistilo psychické násilie, u 23,2% fyzické násilie a u 7,1% sexuálne násilie. Zanedbávanie so zahrnutím oboch typov, teda emocionálneho aj fyzického, bolo prítomné u 9,4% opýtaných detí. Jednou z otázok bola aj otázka : „poznáte vo svojom okolí dieťa alebo deti, ktoré boli vystavené niektorej z foriem násilného správania, teda telesnému alebo psychickému týraniu, či sexuálnemu zneužívaniu, zanedbávaniu dieťaťa, kedy nemá dostatok primeranej starostlivosti?“ kladne na ňu odpovedalo 21,7 % respondentov (Fico, 2013).*

Prospektívno-retrospektívne merania ukazujú, že zdokumentované týranie, zneužívanie a zanedbávanie v detstve, v čase kedy sa dialo, a retrospektívne udávané v dospelosti sa prekrývajú, avšak dospelí, ktorí mali zdokumentované zlé zaobchádzanie ho retrospektívne referujú len v 73 % a zase naopak, tí respondenti, čo referujú v dospelosti o zlom zaobchádzaní, ho majú zdokumentované len v 49 % (Raphael, Widom, & Lange, 2001). Skôr teda môžeme očakávať, že množstvo prípadov zlého zaobchádzania sa nezachytí v detstve ani v dospelosti a reálne čísla sú vyššie. Metaanalytický výskum autorov Stoltenborgh, Bakermans-Kranenburg, Alink, and van IJzendoorn (2015) uvádza nasledovné prevalencie detskej traumatizácie zisťovanej retrospektívne (celosvetový výskyt): 36,3 % pre emočné týranie, 22,6 % pre fyzické týranie, 7,6 % pre sexuálne zneužívanie u chlapcov a 18 % u dievčat, 18,4 % pre emočné zanedbávanie a 16,3 % pre fyzické zanedbávanie.

### *1.2. Vzťahové štýly a traumatizácia v detstve*

Zážitky týrania, zneužívania a zanedbávania v detstve môžu negatívne ovplyvniť vzťah k vzťahovým osobám a v zmysle teórie vzťahovej väzby (Bowlby, 1979) prispieť k rozvoju neistej vzťahovej väzby (Styron & Janoff-Bulman, 1997; Waldinger, Schulz, Barsky, & Ahern, 2006). Podľa Mikulincer and Shaver (2012) a Adshead (2018) je vzťahová neistota (attachment insecurity) nešpecifickým rizikovým faktorom pre rozvoj psychopatológie v dospelosti, pričom dôležitú úlohu pri rozvoji jednotlivých psychických porúch zohráva vzájomné pôsobenie genetických, vývojových, enviromentálnych a epigenetických faktorov (Nolte, Guiney, Fonagy, Mayes, & Luyten, 2011). Navyše, najmä jedinci s históriou traumatizácie v detstve sú vzhľadom na zvýšený sklon k rizikovému správaniu a nezdravému spôsobu života vo vyššom riziku rozvoja rôznych somatických ochorení.

### *1.3. Traumatizácia v detstve a zdravie v dospelosti*

V nedávnom systematickom prehľade Hughes et al. (2017) analyzovali celkovo 11621 štúdií týkajúcich sa účinkov traumatizácie v detstve na zdravie v dospelosti, výsledky poukazujú na slabšie riziko pre fyzickú inaktivitu, nadváhu alebo obezitu a diabetes ( $OR < 2$ ), stredné riziko pre fajčenie, nadmerné užívanie alkoholu, slabo hodnotené zdravie, rakovinu, srdcové ochorenia a respiračné ochorenia ( $OR$  od 2 do 3), silné riziko pre podstupovanie sexuálneho rizika, duševné ochorenia a problematické pitie alkoholu ( $OR$  od 3 do 6) a najsilnejšie riziko pre interpersonálne a voči sebe namierené násilie ( $OR > 7$ ) (Hughes et al., 2017).

Podľa metaanalytickej štúdie z rokov 1994-2011 (Norman et al., 2012) je traumatizácia v detstve silne asociovaná s neskorším rozvojom psychopatológie v adolescencii a dospelosti (napr. úzkostné a depresívne poruchy), so suicidálnymi pokusmi, užívaním psychoaktívnych látok a riskantným sexuálnym správaním. V nedávnej austrálskej prospektívnej štúdiu u jedincov s anamnézou detskej traumatizácie s následným 21 ročným sledovaním sa ukázala významná asociácia medzi depresívnymi a úzkostnými poruchami a emočným týraním a zanedbávaním, ako aj s výskytom viacerých typov traumatizácie súčasne (Kisely et al., 2018).

### *1.4. Cieľ štúdie*

Keďže určité typy vzťahovej väzby a traumatizácia predstavujú rizikový faktor pre neskorší vznik psychických, psychosomatických a somatických ochorení, je dôležité zistiť výskyt týchto rizikových faktorov v populácii. Cieľom nášho výskumu bolo zmapovanie prevalencie všetkých typov retrospektívne udávanej traumatizácie z detstva, a posúdiť súvislosti medzi jednotlivými typmi traumatizácie a zdravím v dospelosti. S podporou Ministerstva práce, sociálnych vecí a rodiny Slovenskej republiky (MPSVaR SR) a Institutu sociálneho zdravia na UP Olomouc (OUSHI UPOL) sa nám podarilo zrealizovať výskum v reprezentatívnej vzorke obyvateľov SR, ohľadne výskytu traumatizácie, vzťahových charakteristík a zdravia.

## Metódy

### *Výskumný súbor*

Zber údajov sa uskutočnil od 10.4. do 24.4. 2019. Prieskum bol realizovaný formou osobných rozhovorov zaznamenávaných do elektronického dotazníka (tzv. CAPI - Computer-Assisted Personal Interviewing). Vzorka respondentov/respondentiek bola vybraná na základe kvótného výberu. Kvótnymi znakmi boli pohlavie, vek, vzdelanie, národnosť, veľkosť miesta bydliska a kraj bydliska. Kvóty boli vypočítané na základe údajov Štatistického úradu SR. Vybraná vzorka respondentov reprezentuje dospelú populáciu Slovenska z hľadiska uvedených kvótnych znakov, priemerný vek bol 46,24 rok, 48,7% vzorky tvorili muži.

### *Nástroje meraní*

Dotazník Trauma z detstva (CTQ) posudzuje všetky dôležité formy zlého zaobchádzania s dieťaťom. Jednotlivé položky, ktoré boli použité na vytvorenie piatich subškál zlého zaobchádzania s dieťaťom, boli odvodené z nasledovných definícií týrania, zneužívania a zanedbávania: *Sexuálne zneužívanie* bolo definované ako „sexuálny kontakt alebo styk medzi dieťaťom mladším než je 17 rokov a dospelým alebo staršou osobou (najmenej o 5 rokov staršou než je dieťa)“, *fyzické týranie* ako „telesné útoky na dieťa od dospeléj alebo staršej osoby, ktoré predstavovali riziko alebo vyústili do poranenia“, *emocionálne týranie* ako „verbálne útoky znižujúce sebaúctu alebo pohodu dieťaťa alebo akékoľvek ponižujúce správanie dospelého alebo staršej osobynamierené voči dieťaťu“, *fyzické zanedbávanie* ako „zlyhanie opatrovateľov poskytovať dieťaťu základné fyzické potreby vrátane jedla, útulku, oblečenia, bezpečia a zdravotnej starostlivosti“, *emocionálne zanedbávanie* ako „zlyhanie opatrovateľov naplňať základné detské emocionálne a psychologické potreby, vrátane lásky, prináležania, výchovy a podpory.“ (Bernstein et al., 2003).

**Výskyt dlhodobých ochorení** bol zisťovaný otázkou: „Máte dlhotrvajúce ochorenie alebo postihnutie? Prosím označte všetky, ktoré sa vás týkajú“. Ďalej boli vymenované rôzne ochorenia a postihnutia, ako napr. hypertenzia, ischemická choroba srdca, astma, alergia, rôzne bolestivé stavy (migréna, iné bolesti hlavy, bolesti chrbta, atď.).

### *Štatistické metódy*

Bola použitá deskriptívna analýza, stanovenie priemerných hodnôt a štandardných odchýliek. Percentuálny výskytu traumatizácie bol vyrátaný podľa dvoch metód: 1) podľa skórovania navrhnutého autorom dotazníku CTQ (Bernstein & Fink, 1998), kde je už nízky výskyt traumatizácie považovaný za traumou a 2) podľa Walker et al. (1999), ktorý navrhol klinicky dichotomizované skórovanie. Na porovnanie percentuálneho zastúpenia traumatizácie medzi jednotlivými skupinami bol použitý proporcionálny z-test s Bonferroni korekciou, na porovnanie výskytu traumatizácie medzi SR, ČR a Nemeckom sme použili kalkulačku na porovnanie dvoch vzoriek<sup>5</sup>, na porovnanie priemerných hodnôt medzi jednotlivými skupinami bol použitý neparametrický Kruskal-Wallisov test, na hodnotenie korelácií Spearmannove korelačné koeficienty. Asociácie medzi sledovanými premennými sú analyzované pomocou multinomiálnej lineárnej regresie. Analýzy boli robené pomocou softwaru IBM SPSS 21.

---

<sup>5</sup>[http://www.statskingdom.com/121proportion\\_normal2.html](http://www.statskingdom.com/121proportion_normal2.html)

## Výsledky

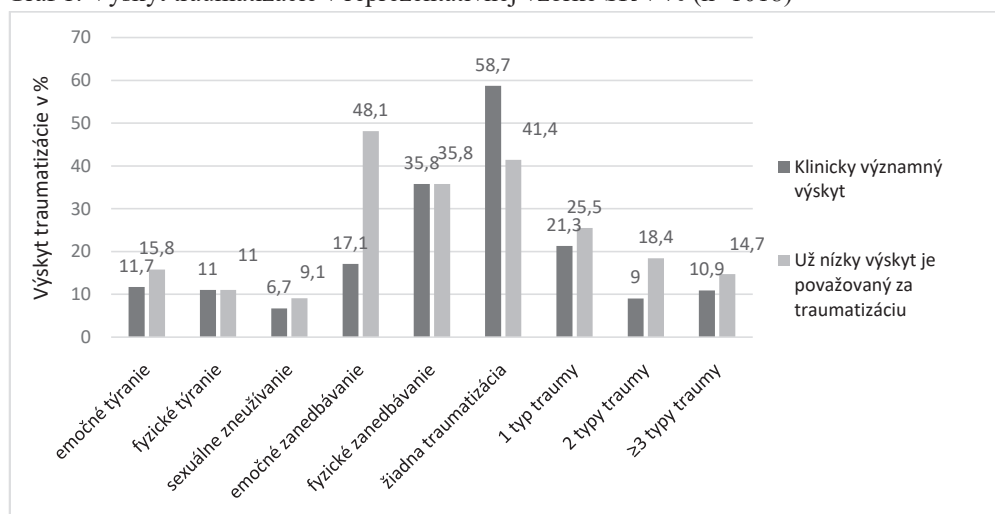
### Výskyt traumatizácie a sociodemografické rozdiely

Tabuľka 1. Sociodemografické charakteristiky súboru

|                                        | n   | %    |
|----------------------------------------|-----|------|
| <b>Pohlavie</b>                        |     |      |
| mužské                                 | 496 | 48,7 |
| ženské                                 | 522 | 51,3 |
| <b>Vek</b>                             |     |      |
| 18-24 r.                               | 110 | 10,8 |
| 25-34 r.                               | 187 | 18,4 |
| 35-44 r.                               | 199 | 19,5 |
| 45-54 r.                               | 166 | 16,3 |
| 55-64                                  | 168 | 16,5 |
| 65 a viac                              | 188 | 18,5 |
| <b>Spôsob života</b>                   |     |      |
| s manželom/manželkou                   | 551 | 54,1 |
| s partnerom/kou bez manželského zväzku | 120 | 11,8 |
| sami                                   | 162 | 15,9 |
| s rodičmi                              | 185 | 18,2 |
| <b>Dosiahnuté vzdelanie</b>            |     |      |
| základné                               | 137 | 13,5 |
| SOU bez maturity                       | 272 | 26,7 |
| Stredná škola s maturitou              | 382 | 37,5 |
| vysokoškolské                          | 227 | 22,3 |
| <b>Ekonomická aktivita</b>             |     |      |
| zamestnaný                             | 557 | 54,7 |
| podnikateľ, SZČO                       | 83  | 8,2  |
| v domácnosti, aj mat. dovolenka        | 35  | 3,4  |
| nezamestnaný                           | 36  | 3,5  |
| študent                                | 60  | 5,9  |
| invalidný dôchodca                     | 19  | 1,9  |
| starobný dôchodca                      | 228 | 22,4 |

V Grafe 1 je znázornený výskyt traumatizácie podľa oboch typov skórovania.

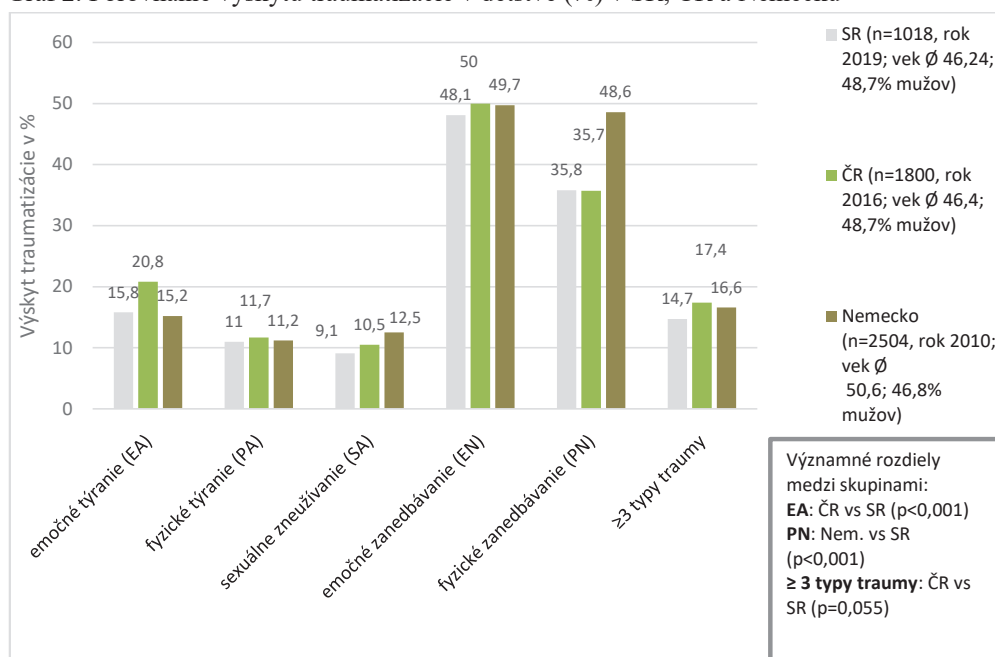
Graf 1. Výskyt traumatizácie v reprezentatívnej vzorke SR v % (n=1018)



Pozn.: Klinicky významný výskyt je určený podľa klinicky odvodených prahových skóre pre jednotlivé typy traumatizácie (Walker et al., 1999), pri druhom type skórovania podľa autorov dotazníka CTQ je už nízký výskyt traumy považovaný za traumatizáciu (Bernstein & Fink, 1998).

V Grafe 2 je zobrazené porovnanie výskytu traumatizácie v reprezentatívnych vzorkách obyvateľov SR, ČR a Nemecka. České obyvateľstvo udávalo významne viac emočného týrania ( $p<0,001$ ) a hranične väčší výskyt kombinovanej traumatizácie ( $p=0,055$ ) v porovnaní so slovenským obyvateľstvom. Nemeckí obyvatelia udávali významne viac sexuálneho zneužívania ( $p=0,003$ ) a fyzického zanedbávania ( $p<0,001$ ) než slovenskí obyvatelia.

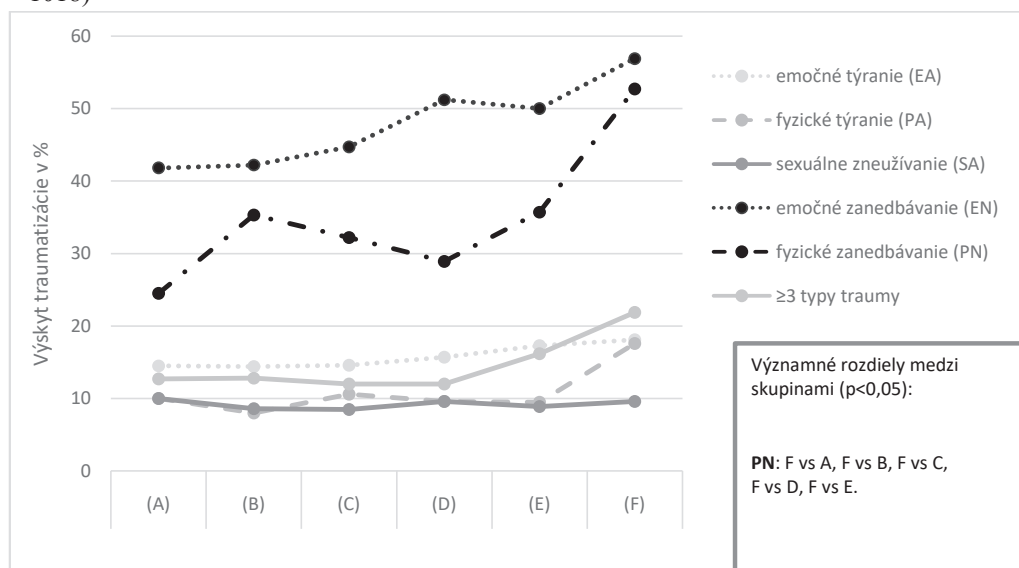
Graf 2. Porovnanie výskytu traumatizácie v detstve (%) v SR, ČR a Nemecku



Pozn.: už nízky výskyt traumy je považovaný za traumatizáciu (Bernstein & Fink, 1998).

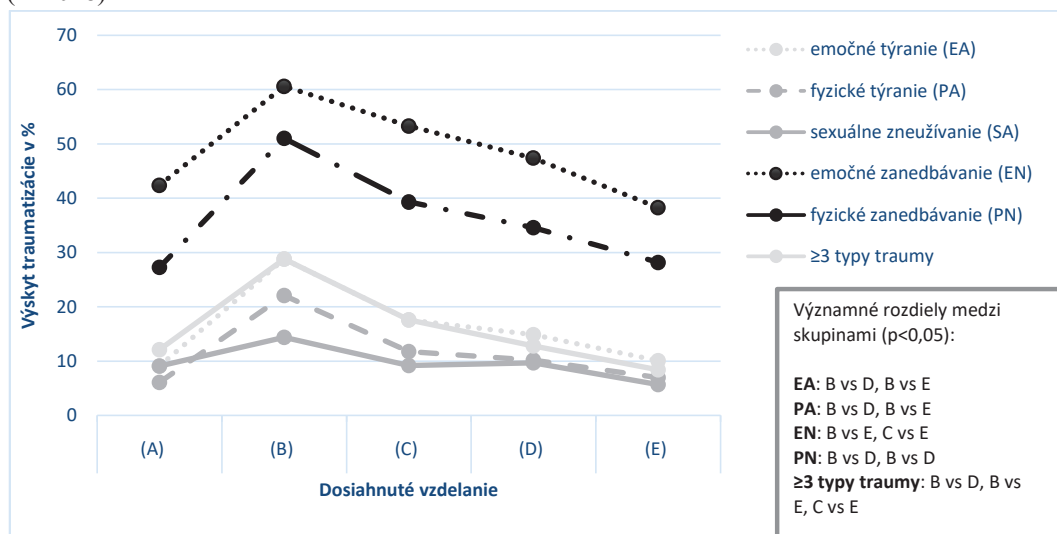
V Grafe 3 je uvedený výskyt traumatizácie v rôznych vekových skupinách obyvateľstva SR. Test porovnania skupín ukázal, že obyvatelia starší než 65 rokov uvádzajú významne viac fyzického zanedbávania ( $p<0,05$ ) v porovnaní so všetkými ostatnými vekovými skupinami.

Graf 3. Výskyt traumatizácie v rôznych vekových skupinách v reprezentatívnej vzorke SR (n = 1018)



Pozn.: Už nízky výskyt traumy je považovaný za traumatizáciu (Bernstein & Fink, 1998)

Graf 4. Výskyt traumatizácie podľa dosiahnutého vzdelania v reprezentatívnej vzorke SR (n=1018)



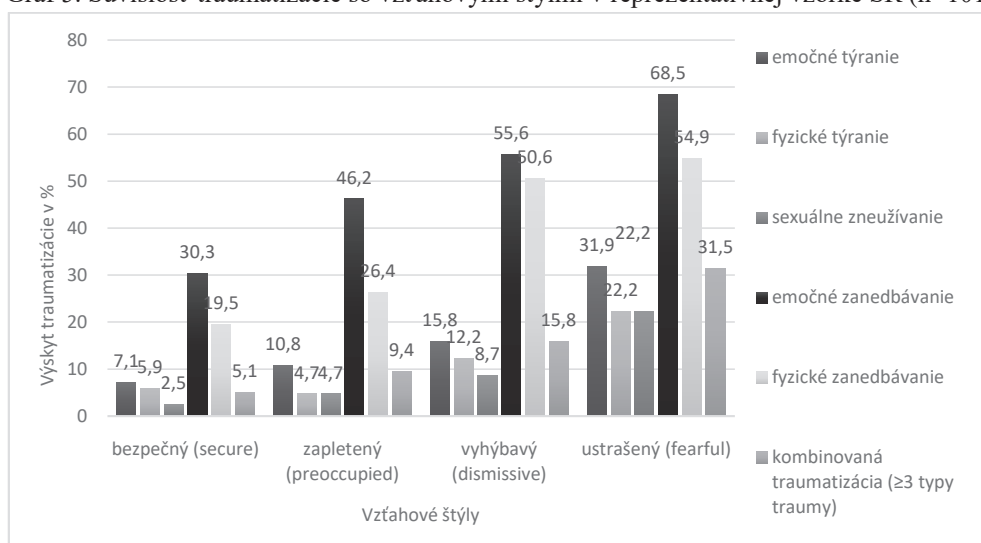
Pozn.: Už nízky výskyt traumy je považovaný za traumatizáciu (Bernstein & Fink, 1998).

Graf 4 znázorňuje výskyt traumatizácie podľa dosiahnutého vzdelania, pričom skupinu s dosiahnutým základným vzdelaním sme rozdelili na (A) respondentov, ktorí majú  $\leq 19$  rokov (je u nich predpoklad, že dosiahnu vyššie než základné vzdelanie) a (B) na tých, ktorí majú  $\geq 20$  rokov (u tých predpokladáme, že zostanú pri základnom vzdelaní). Skupina (B) mala významne vyšší výskyt emočného a fyzického týrania a emočného a zanedbávania než

vysokoškolsky vzdelaní obyvatelia a vyšší výskyt emočného a fyzického týrania a fyzického zanedbávania než obyvatelia s maturitou. Obyvatelia s učňovským vzdelaním mali významne vyšší výskyt emočného zanedbávania než vysokoškolsky vzdelaní obyvatelia ( $p < 0,05$ ).

Graf 5 znázorňuje výskyt jednotlivých typov traumatizácie a kombinovanej traumatizácie v detstve u jednotlivých štýlov vzťahového správania poukazujúcich na typ vzťahovej väzby. Proporcionálne testy porovnania skupín naznačujú, že ľudia s ustrašeným vzťahovým štýlom udávajú retrospektívne významne viac emočného a fyzického týrania, sexuálneho zneužívania a emočného zanedbávania, a tiež väčší výskyt viac ako 3 typov traumatizácie než všetky ostatné skupiny a významne viac fyzického zanedbávania než ľudia s bezpečným a zapleteným vzťahovým štýlom ( $p < 0,05$ ).

Graf 5. Súvislosť traumatizácie so vzťahovými štýlmi v reprezentatívnej vzorke SR ( $n=1018$ )



Pozn.: Už nízky výskyt traumy je považovaný za traumatizáciu (Bernstein & Fink, 1998). Percentuálne zastúpenie v jednotlivých vzťahových štýloch je počítané podľa priemerného skóre na oboch vzťahových dimenziách, podľa ktorého boli v prvom kroku dichotomizované obe dimenzie a potom kombináciou vysokých a nízkych hodnôt boli určené štyri vzťahové štýly: bezpečný 34,7% (nízka úzkosť aj vyhýbavosť), zapletený 20,8% (vysoká úzkosť), vyhýbavý 19,3% (vysoká vyhýbavosť) a ustrašený 25,2% (vysoká úzkosť aj vyhýbavosť).

V Tabuľke 2 je uvedený pomer rizík (Odds Ratio, OR) výskytu sledovaného ochorenia pri retrospektívne udávanej traumatizácii jednotlivými typmi zlého zaobchádzania a kombinovanej traumatizácie. Prediktorom je klinicky významný výskyt individuálneho typu traumatizácie resp. kombinovanej traumatizácie, závislou premennou je sledované ochorenie, referenčnou skupinou sú ľudia, ktorí neudávajú žiadne chronické ochorenie.

Tabuľka 2. Riziko (OR) výskytu sledovaného ochorenia pri retrospektívne udávanej traumatizácii jednotlivými typmi zlého zaobchádzania a pri kombinovanej traumatizácii, v porovnaní so zdravými, v reprezentatívnej vzorke SR (n=1018)

| <b>Zdravotné ťažkosti</b> | <b>Hypertenzia</b>             | <b>Obezita</b>               | <b>Ischemická Choroba</b>          | <b>Diabetes 1.a 2 typu</b> |
|---------------------------|--------------------------------|------------------------------|------------------------------------|----------------------------|
| n (%)                     | 172 (16,9)                     | 53 (5,2)                     | 31 (3,0)                           | 64 (6,3)                   |
|                           | OR                             | OR                           | OR                                 | OR                         |
| Emočné týranie            | 2,3*                           | 3,5**                        | 4,9**                              | 4,4***                     |
| Fyzické týranie           | 1,7                            | 2,9*                         | 1,0                                | 1,2                        |
| Sexuálne zneužívanie      | 1,0                            | 4,2**                        | 1,7                                | 1,1                        |
| Emočné zanedbávanie       | 2,4**                          | 2,4*                         | 2,0                                | 4,6***                     |
| Fyzické zanedbávanie      | 1,5                            | 2,6**                        | 1,3                                | 2,0*                       |
| >3 typy traumatizácie     | 2,6*                           | 4,4***                       | 3,0*                               | 4,0**                      |
|                           | <b>Alergia</b>                 | <b>Astma</b>                 | <b>Dermatózy</b>                   | <b>Vredová choroba</b>     |
| n (%)                     | 124 (12,2)                     | 45 (4,4)                     | 51 (5,0)                           | 41 (4,0)                   |
|                           | OR                             | OR                           | OR                                 | OR                         |
| Emočné týranie            | 2,4*                           | 6,7***                       | 3,8**                              | 3,4*                       |
| Fyzické týranie           | 2,3*                           | 5,8***                       | 3,1*                               | 1,9                        |
| Sexuálne zneužívanie      | 2,5*                           | 2,3                          | 2,4                                | 1,8                        |
| Emočné zanedbávanie       | 2,5***                         | 4,9***                       | 1,6                                | 4,1***                     |
| Fyzické zanedbávanie      | 2,5***                         | 3,3***                       | 1,4                                | 1,9                        |
| >3 typy traumatizácie     | 3,4***                         | 9,5***                       | 3,1*                               | 3,9*                       |
|                           | <b>Bolesti chrbta</b>          | <b>Migréna</b>               | <b>Migréna + iné bolesti hlavy</b> | <b>Iné bolesti tela</b>    |
| n (%)                     | 320 (31,4)                     | 81 (8,0)                     | 24 (2,4)                           | 66 (6,5)                   |
|                           | OR                             | OR                           | OR                                 | OR                         |
| Emočné týranie            | 2,9***                         | 3,9***                       | 5,3***                             | 6,0***                     |
| Fyzické týranie           | 1,4                            | 2,1*                         | 2,7                                | 2,1                        |
| Sexuálne zneužívanie      | 1,7                            | 3,5**                        | 3,2                                | 1,6                        |
| Emočné zanedbávanie       | 2,4***                         | 3,2***                       | 4,3**                              | 5,0***                     |
| Fyzické zanedbávanie      | 1,9***                         | 2,3***                       | 4,2***                             | 2,3***                     |
| >3 typy traumatizácie     | 2,7**                          | 4,1***                       | 7,1**                              | 6,3***                     |
|                           | <b>Ochorenia štítnej žľazy</b> | <b>Bolesti v malej panve</b> | <b>Artritída</b>                   | <b>Úzkosť a depresia</b>   |
| n (%)                     | 35 (3,4)                       | 41 (7,9)                     | 42 (4,1)                           | 38 (3,7)                   |
|                           | OR                             | OR                           | OR                                 | OR                         |
| Emočné týranie            | 2,9*                           | 4,5**                        | 4,2*                               | 13,8***                    |
| Fyzické týranie           | 0,9                            | 4,2**                        | 1,6                                | 3,8**                      |
| Sexuálne zneužívanie      | 0,7                            | 1,6                          | 4,6**                              | 4,0*                       |
| Emočné zanedbávanie       | 2,3                            | 4,7***                       | 5,3***                             | 7,8***                     |
| Fyzické zanedbávanie      | 1,6                            | 3,2**                        | 4,2***                             | 3,8***                     |
| >3 typy traumatizácie     | 2,6                            | 6,5***                       | 7,9***                             | 13,3***                    |

Pozn. \*p<0,05, \*\*p<0,005, \*\*\*p<0,001. Multinomiálna logistická regresia, s adjustáciou na vek a pohlavie; výskyt sledovaného ochorenia je závislou premennou, výskyt klinicky významnej traumatizácie (s prahovými skóre podľa Walker et al. (1999)) je prediktorom, referenčnú skupinu tvoria ľudia bez udávania traumatizácie.

## Diskusia

V našej práci uvádzame výskyt retrospektívne zisťovanej traumatizácie v detstve v reprezentatívnej vzorke dospelého obyvateľstva SR a poukazujeme na súvislosti medzi nepriaznivými zážitkami z detstva a neskorším zdravím v dospelosti.

Podobne ako zistili Schulz et al. (2014) v štúdií na komunitnej vzorke, aj v súčasnej štúdií sa ukázala sociodemografická variabilita. Obyvatelia starší než 65 rokov mali významne vyšší výskyt fyzického zanedbávania oproti všetkým ostatným vekovým skupinám.

Keďže v posledných desaťročiach zaznamenávame nárast životnej úrovne, nárast skóre PN s vekom probandov by sme mohli vysvetliť nižšou životnou úrovňou v ich detstve. Významný rozdiel medzi nemeckým a slovenským obyvateľstvom v úrovni fyzického zanedbávania by sme mohli vysvetliť ešte výraznejším postihnutím staršej nemeckej populácie druhou svetovou vojnou a chudobou počas vojnových a povojnových rokov. Vyšší výskyt sexuálneho zneužívania u nemeckých obyvateľov môže byť daný väčšou otvorenosťou a menšou tabuizáciou témy. Téma sexuálneho zneužívania je v našej krajine pravdepodobne stále spojená s pocitom stigmy a tajomstva, a môže byť preto menej hlásená, než by zodpovedalo realite. Pri použití rovnakej metodiky sme u českého obyvateľstva v porovnaní so slovenským zistili vyšší výskyt emočného týrania.

Nálezy vyššieho výskytu traumatizácie v detstve u skupín obyvateľstva s nižším dosiahnutým vzdelaním sú porovnateľné s výsledkami zistení iných autorov (Häuser, Schmutzer, Brähler, & Glaesmer, 2011; Scher, Forde, McQuaid, & Stein, 2004; Walker et al., 1999). Traumatizácia v detstve môže negatívne ovplyvňovať kognitívny vývoj a schopnosti učenia (Perry, 2001; Schore, 2001).

Podľa výsledkov nášho výskumu sa ukazuje, že u ľudí s ustrašeným vzťahovým štýlom (teda takým, ktorý sa javí ako najrizikovejší z hľadiska neskoršieho výskytu psychopatológie) sú významne viac zastúpené takmer všetky jednotlivé typy traumatizácie v detstve (okrem fyzického zanedbávania) v porovnaní s bezpečným vzťahovým štýlom, ale aj v porovnaní s ďalšími dvomi neistými štýlmi, teda zapleteným a vyhýbavým štýlom. V klinickej praxi aj vo výskumoch sa potvrdzujú súvislosti rôznych foriem ranej traumatizácie a neistej vzťahovej väzby (Murphy et al., 2014; Styron & Janoff-Bulman, 1997; Waldinger et al., 2006).

Naše výsledky potvrdzujú významné asociácie medzi výskytom retrospektívne udávanej traumatizácie v detstve a medzi dlhodobými zdravotnými ťažkosťami v dospelosti. Najmä emočné týranie a zanedbávanie a výskyt kombinovanej traumatizácie významne predikuje neskorší výskyt dlhodobých zdravotných ťažkostí ako je hypertenzia, obezita, diabetes, astma, vredová choroba, rôzne typy bolestivých syndrémov (migréna, bolesti chrbta, bolesti v malej panve, bolesti iných častí tela). V našom výskume predstavuje trauma v detstve silnejšie riziko pre diabetes a obezitu (od 2,4 do 4,9) a astmu (od 3,3 do 9,5) než v nedávnej metaanalýze (Hughes et al., 2017). Ako silné riziko predstavuje traumatizácia v detstve aj pre neskorší výskyt rôznych typov bolestí (najmä pre iné bolesti tela, artritídu a bolesti v malej panve). Vysoké riziko (od 3,8 do 13,8) pre výskyt depresie a úzkosti predstavuje najmä emočné týranie a zanedbávanie a kombinovaná traumatizácia, tento nálež je konzistentný s výsledkami prospektívnej austrálskej štúdie poukazujúcej na škodlivý vplyv emočného týrania a zanedbávania na duševné zdravie (Kisely et al., 2018).

Naše zistenia z reprezentatívnej vzorky svedčia pre súvislosti medzi ranými skúsenosťami v detstve a psychickým a somatickým zdravím v dospelosti. Vplyv neistej vzťahovej väzby na zdravie a správanie sa v dospelosti je v zhode s výsledkami zahraničných štúdií (Maunder & Hunter, 2001, 2008). Rozsah problematiky traumatizácie a neistých štýlov vzťahového správania v bežnej populácii je výzvou pre utváranie preventívnych programov a terapeutických postupov v klinickej praxi.

Naše zistenia poukazujú aj na dôležitosť primárnej prevencie, v zmysle podporovania bezpečnej vzťahovej väzby, ktorá je spájaná s najnižším výskytom traumatizácie v detstve a uľahčuje rozvinutie mentalizačnej schopnosti (Allen, Fonagy, & Bateman, 2011; Hasto &

Tavel, 2015), je protektívnym faktorom podporujúcim zdravie. Môžu v tom pomôcť rôzne preventívne edukačné programy oslovujúce tehotné ženy a rodičov, vychádzajúce z poznatkov vzťahovej väzby (Brisch, 2010; Hoffman, Cooper, & Powel, 2018). Už tehotenstvom, pôrodom a bezprostredne po ňom sa môžu nastavovať základné neuroendokrinné regulácie u dieťaťa a ak je matka počas tehotenstva v zvýšenom strese, ak pôrod a bonding neprebiehajú optimálne, môže sa zvyšovať vulnerabilita na stres. Z tohto hľadiska je primárnou prevenciou zaistenie optimálneho tehotenstva, pôrodu a popôrodného bondingu. V týchto procesoch zohráva významnú rolu endogénny oxytocín, rutinné zásahy pri pôrode ale môžu negatívne zasahovať do prirodzených regulácií a sťažovať vývin materských adaptácií (Kaščáková & Hašto, 2018).

Dôležitou súčasťou prevencie môže byť zvyšovanie povedomia obyvateľstva o negatívnom vplyve ranej traumatizácie na zdravie. Scitlivovanie spoločnosti na problematiku zlého zaobchádzania v detstve môže zvyšovať zachytávanie problému v spoločnosti a následné včasné riešenie vrátane sociálnej, psychologickkej, prípadne psychiatrickej liečby. Včasné riešenie problematiky, zastavenie ďalšej traumatizácie dieťaťa a terapeutická pomoc môžu pôsobiť preventívne pred vznikom negatívnych dôsledkov na zdravie.

Veľký dosah môžu mať preventívne programy zamerané na zvyšovanie resiliencie (APA, 2019) u detí aj dospelých. V takmer tridsiatich krajinách prebieha Program *Zippyho kamaráti* (*Zippy's Friends*)<sup>6</sup>, ktorý nadväzuje na dlhodobý záujem o problematiku duševného zdravia, najmä o problémy zvládania záťaže a stresu u detí a mládeže. Program *Zippyho kamaráti* je určený pre deti predškolského veku, a jeho pokračujúca forma pre deti vo veku 8-10 rokov. Skúsenosti z realizácie programu ukazujú, že deti po jeho absolvovaní dokážu lepšie vyjadrovať a chápať svoje emócie, spracovávať rôzne záťažové sociálne situácie, vychádzať s rovesníkmi, súrodencami, rodičmi a ostatnými ľuďmi.<sup>7</sup> Zvyšovanie resiliencie u dospelých psychoterapeutickými intervenciami môže pomôcť eliminovať následky traumatizácie v detstve a vplyv nejstej vzťahovej väzby na zdravie a správanie sa u dospelých.

## Záver

Rozsah výskytu jednotlivých foriem traumatizácie v detstve v bežnej populácii a zistené asociácie medzi traumatizáciou v detstve a neskorším zdravím v dospelosti poukazujú na potrebu rozširovania preventívnych programov zameraných na znižovanie všetkých foriem nevhodného zaobchádzania s dieťaťom. Ďalšími možnosťami je podporovanie bezpečnej vzťahovej väzby a zvyšovanie resiliencie u detí, dospievajúcich a dospelých. Účinná prevencia by mohla mať výrazný socioekonomický význam.

## Literatúra

- ADSHEAD, G. (2018). Security of mind: 20 years of attachment theory and its relevance to psychiatry. *The British Journal of Psychiatry*, 213(3), 511-513.
- ALLEN, J. G., FONAGY, P., & BATEMAN, W. (2011). *Mentalisieren in der psychotherapeutischen Praxis*. Stuttgart: Klett-Cotta.

---

<sup>6</sup><https://www.partnershipforchildren.org.uk/>

<sup>7</sup><http://zippyhokamarati.sk/>

- APA. (2019). The Road to Resilience. Retrieved from <https://www.apa.org/helpcenter/road-resilience>
- BERNSTEIN, D. P., & FINK, L. (1998). *Childhood Trauma Questionnaire, A Retrospective Self-Report; Manual*. San Antonio: NCS Pearson.
- BERNSTEIN, D. P., STEIN, J., NEWCOMB, M., WALKER, E., POGGE, D., & AHLUVALIA, T. (2003). Development and validation of a brief screening version of the Childhood Trauma Questionnaire. *Child Abuse Negl*, 27(2), 169-190. doi:10.1016/s0145-2134(02)00541-0
- BOWLBY, J. (1979). *The Making & Breaking of Affectional Bonds*. Oxford: Routledge (UK).
- BRISCH, K. H. (2010). *Bezpečná vzťahová väzba. Attachment v tehotenstve a prvých rokoch života. Edukačný program pre rodičov SAFE*. Trenčín: Vydavateľstvo F, Pro mente sana, s.r.o.
- FICO, M. (2013). *Prevalencia násilia páchaného na deťoch v Slovenskej republike*. Retrieved from Bratislava:
- HASTO, J., & TAVEL, P. (2015). Mentalizovanie ako výzva pre klinickú medicínu a špeciálne pre psychiatriu a psychoterapiu. *Psychiatrie*, 19, 97-103.
- HÄUSER, W., SCHMUTZER, G., BRÄHLER, E., & GLAESMER, H. (2011). Maltreatment in childhood and adolescence: results from a survey of a representative sample of the German population. *Deutsches Ärzteblatt international*, 108(17), 287.
- HOFFMAN, K., COOPER, G., & POWEL, B. (2018). *Kruh bezpečného rodičovstva. Ako podporiť bezpečnú vzťahovú väzbu vášho dieťaťa, jeho emočnú odolnosť a slobodu v skúmaní seba a sveta*. Bratislava: Vydavateľstvo F.
- HUGHES, K., BELLIS, M. A., HARDCASTLE, K. A., SETHI, D., BUTCHART, A., MIKTON, C., . . . DUNNE, M. P. (2017). The effect of multiple adverse childhood experiences on health: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet Public Health*, 2(8), e356-e366.
- KAŠČÁKOVÁ, N., & HAŠTO, J. (2018). Význam endogénneho oxytocínu pri prirodzenom vaginálnom pôrode a bondingu. *Slovenská gynekológia a pôrodníctvo*, 25, 197-203.
- KISELY, S., ABAJOBIR, A. A., MILLS, R., STRATHEARN, L., CLAVARINO, A., & NAJMAN, J. M. (2018). Child maltreatment and mental health problems in adulthood: birth cohort study. *The British Journal of Psychiatry*, 213(6), 698-703.
- MAUNDER, R. G., & HUNTER, J. J. (2001). Attachment and psychosomatic medicine: developmental contributions to stress and disease. *Psychosomatic Medicine*, 63(4), 556-567.
- MAUNDER, R. G., & HUNTER, J. J. (2008). Attachment relationships as determinants of physical health. *Journal of the American Academy of Psychoanalysis and Dynamic Psychiatry*, 36(1), 11-32.
- MIKULINCER, M., & SHAVER, P. R. (2012). An attachment perspective on psychopathology. *World Psychiatry*, 11(1), 11-15.
- MPSV. (2018). *Statistická ročenka z oblasti práce a sociálnych vecí 2017*. Retrieved from <http://www.mpsv.cz/cs/3869>
- MURPHY, A., STEELE, M., DUBE, S. R., BATE, J., BONUCK, K., MEISSNER, P., . . . STEELE, H. (2014). Adverse childhood experiences (ACEs) questionnaire and adult

- attachment interview (AAI): Implications for parent child relationships. *Child Abuse & Neglect*, 38(2), 224-233.
- NOLTE, T., GUINEY, J., FONAGY, P., MAYES, L. C., & LUYTEN, P. (2011). Interpersonal stress regulation and the development of anxiety disorders: an attachment-based developmental framework. *Frontiers in behavioral neuroscience*, 5, 55.
- NORMAN, R. E., BYAMBAA, M., De, R., BUTCHART, A., SCOTT, J., & VOS, T. (2012). The long-term health consequences of child physical abuse, emotional abuse, and neglect: a systematic review and meta-analysis. *PLoS medicine*, 9(11), e1001349.
- PERRY, B. D. (2001). The neurodevelopmental impact of violence in childhood. *Textbook of child and adolescent forensic psychiatry*, 221-238.
- RAPHAEL, K. G., WIDOM, C. S., & LANGE, G. (2001). Childhood victimization and pain in adulthood: a prospective investigation. *Pain*, 92(1), 283-293.
- SCHER, C. D., FORDE, D. R., McQUAID, J. R., & STEIN, M. B. (2004). Prevalence and demographic correlates of childhood maltreatment in an adult community sample. *Child Abuse & Neglect*, 28(2), 167-180.
- SCHORE, A. N. (2001). The effects of early relational trauma on right brain development, affect regulation, and infant mental health. *Infant Mental Health Journal*, 22(1-2), 201-269. doi:10.1002/1097-0355(200101/04)22:1<201::AID-IMHJ8>3.0.CO;2-9
- SCHULZ, A., SCHMIDT, C. O., APPEL, K., MAHLER, J., SPITZER, C., WINGENFELD, K., . . . GRABE, H. J. (2014). Psychometric functioning, socio-demographic variability of childhood maltreatment in the general population and its effects of depression. *International journal of methods in psychiatric research*, 23(3), 387-400. doi:10.1002/mpr.1447
- STOLTENBORGH, M., BAKERMANS-KRANENBURG, M. J., ALINK, L. R., & van IJZENDOORN, M. H. (2015). The prevalence of child maltreatment across the globe: Review of a series of meta-analyses. *Child Abuse Review*, 24(1), 37-50.
- STYRON, T., & JANOFF-BULMAN, R. (1997). Childhood attachment and abuse: Long-term effects on adult attachment, depression, and conflict resolution. *Child Abuse & Neglect*, 21(10), 1015-1023.
- UPSVRSR. (2016). Ročné výkazy V12 MPSVR SR o vykonávaní opatrení sociálnoprávnej ochrany detí a sociálnej kurately 2008, 2009, 2010, 2011, 2012, 2013, 2014.
- UPSVRSR. (2019). Ročné výkazy V12 MPSVR SR o vykonávaní opatrení sociálnoprávnej ochrany detí a sociálnej kurately 2008, 2009, 2010, 2011, 2012, 2013, 2014, 2017. Retrieved from [https://www.upsvr.gov.sk/statistiky/rocne-vykazy-mpsivr-sr/rocne-vykazy-v12-mpsivr-sr-o-vykonavani-opatreni-socialnopravnej-ochrany-deti-a-socialnej-kurately-2008-2009-2010-2011.html?page\\_id=77297](https://www.upsvr.gov.sk/statistiky/rocne-vykazy-mpsivr-sr/rocne-vykazy-v12-mpsivr-sr-o-vykonavani-opatreni-socialnopravnej-ochrany-deti-a-socialnej-kurately-2008-2009-2010-2011.html?page_id=77297)
- WALDINGER, R. J., SCHULZ, M. S., BARSKY, A. J., & AHERN, D. K. (2006). Mapping the road from childhood trauma to adult somatization: the role of attachment. *Psychosom Med*, 68(1), 129-135. doi:10.1097/01.psy.0000195834.37094.a4
- WALKER, E. A., GELFAND, A., KATON, W. J., KOSS, M. P., Von KORFF, M., BERNSTEIN, D., & RUSSO, J. (1999). Adult health status of women with histories of childhood abuse and neglect. *The American journal of medicine*, 107(4), 332-339.

**Kontakty na autorov:**

MUDr. Natália Kaščáková, PhD.

Institut sociálneho zdraví, UP Olomouc, ČR

Psychiatricko-psychoterapeutická ambulancia, Pro mente sana, Heydukova 27, 811 08

Bratislava, SR

email: natalia.kascakova@oushi.upol.cz, nkascakova@gmail.com

Prof. MUDr. Jozef Hašto, PhD.

Institut sociálneho zdraví, UP Olomouc, ČR

Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety, Bratislava, SR

Slovenská zdravotnícka univerzita, Bratislava, SR

email: j.hasto.tn@gmail.com

Mgr. Hana Bednaříková

Institut sociálneho zdraví, UP Olomouc, ČR

Poradenské centrum Šuňavcova 9, 831 02 Bratislava, SR

email: hana.bednarikova@oushi.upol.cz, bednarikovahana3@gmail.com

# DIEŤA AKO RUKUJEMNÍK RODIČOV A ODBORNÍKOV V ROZVODOVOM BOJI

MIROSLAVA KRISTINOVA WIECKOVSKA

## Abstrakt

Autorka vo svojom príspevku chce poukázať na súčasný stav v problematike konfliktných rozvodov a ich vplyv na vznik traumy u detí. Upriamuje pozornosť na často používaný pojem „najlepší záujem dieťaťa“ a na právo dieťaťa byť vypočuté. Zaoberá sa otázkami ako vnímame najlepší záujem dieťaťa, účasťou dieťaťa na rodinnej mediácii, kvalifikovanosťou mediátorov pri riešení vzťahových a rozvodových problémov, podielom všetkých zainteresovaných odborníkov na vznik traumy dieťaťa na základe ich omylov či zlyhaní. Na záver poukazuje na potrebu zmeny ako v legislatívnej oblasti tak v oblasti vzájomnej spolupráce všetkých zainteresovaných odborníkov v pomoci rozvádžajúcim sa rodičom.

## Kľúčové slová

Rodinná mediácia, dieťa ako účastník mediácie, najlepší záujem dieťaťa, manipulácia, odborné a osobné zlyhania, manipulácia, Cochemská prax

## Summary

In her contribution, the author wants to point out the current situation in the issue of conflict divorces and their impact on the development of trauma in children. Draws attention to the frequently used term "best interests of the child" and to the right of the child to be heard. It deals with issues such as how we perceive the best interests of the child, the participation of the child in family mediation, the competence of mediators in solving relationship and divorce problems, the participation of all interested professionals in the creation of child trauma based on their errors or failures. Finally, he points out the need for change in both the legislative and the mutual cooperation of all the involved professionals in helping the divorced parents.

## Key words

Family mediation, child as a participant in mediation, best interest of the child, manipulation, professional and personal failures, manipulation, Cochem practice

Jedným z traumatických období dieťaťa je rozvod rodičov. Zárodoky, ktoré vedú k rozvodu alebo rozchodu sú v tom, ako dokážu partneri diskutovať o vážnych neprijemných veciach. Zvládnuť názorové rozdiely, v ktorých reakcie, postoje a názory sú ovplyvnené najmä skúsenosťami z primárnej rodiny, je pre prežitie partnerského vzťahu životne dôležité. Pokiaľ sa to nedarí, dôsledkom sú emocionálne náročné situácie, ktoré sa začnú opakovať stále vo väčšej intenzite a pozviechať sa z následných zranení, sklamaní a hnevu je čoraz ťažšie. Partneri sa dostávajú do cyklu vzájomnej kritiky, pohrdania, nedôvery, sklamania, obrany, pozície obete, negatívnych myšlienok a emocionálneho zaplavenia. V tomto momente a emocionálnom nastavení nastupujú na cestu k rozvodu / rozchodu.

Rozvod manželstva, ktorého súčasťou sú aj deti nie je len ťažkou životnou situáciou pre partnerov, ale bez pochyby aj pre deti. Rozvodu predchádzajú mnohé náročné komunikačné a vzťahové problémy, konflikty, ktorých svedkom je aj dieťa. Už v týchto

momentoch dieťa zažíva prvé počiatky traumy z toho ako si jeho najbližší na ktorých je odkázané a ktorých má rado ubližujú.

Emocionálna inteligencia rodičov, ktorí sa rozhodnú definitívne ukončiť svoj vzťah sa prejavuje aj tým, pre aký spôsob rozvodu / rozchodu sa rozhodnú – vzájomnou dohodou o starostlivosti o svoje dieťa, alebo rozvodovým bojom. V tom druhom prípade, sú do boja o dieťa zapojené aj pomáhajúce profesie – mediátor, sociálny kurátor, právny zástupca, psychológ, súdny znalec. Každý z rodičov od nich očakáva akési potvrdenie o ich pravde, o ich hodnotení „lepšieho“ rodiča pre ďalšiu výchovu dieťaťa. A čo samotné dieťa? Čomu je vystavené „pomocou“ odborníkov a ich postojov, názorov a presvedčení?

Rodičia, ktorí sa dokážu o výchove svojich detí dohodnúť s vedomým, že sa rozchádzajú rodičia a nie deti s rodičom, je málo. Rozhodnutie o tom, akú formu zverenia do starostlivosti či naplánovanie časového harmonogramu je na základe ich rozhodnutia. Je to výsledok emocionálnej zrelosti rodičov a uvedomenia si ich zodpovednosti za svoje deti, za ich spoločnú výchovu. Vtedy sa nikto nezaobera tým, že či je ich rozhodnutie o zverení do osobnej starostlivosti jednému z rodičov, alebo do osobnej striedavej starostlivosti v prospech / neprospech dieťaťa. Dohoda rodičov je vítaná a neraz sú rodičia aj pochválení za to, že sa dohodli.

V prípadoch, keď sa dohodnúť nevedia, postoje a názory odborníkov z pomáhajúcich profesií už sú neraz ovplyvnené subjektívnym názorom daného odborníka, ktorý s rodičmi pracuje. Argumentuje sa najlepším záujmom dieťaťa a jeho právom byť vypočutý. Interpretácia týchto pojmov je mnohokrát založená na vlastnom subjektívnom úsudku jednotlivých aktérov posudzovania a vyhodnotenia.

V súčasnom platnom zákone 36/2005 Z.z. o rodine sa v § 43 ods. 1) uvádza: Maloleté dieťa má právo vyjadriť svoj názorsamostatne a slobodne vo všetkých veciach, ktoré sa ho týkajú. V konaniach, v ktorých sa rozhoduje o veciach týkajúcich sa maloletého dieťaťa, má maloleté dieťa právo byť vypočuté. Názoru maloletého dieťaťa musí byť venovaná náležitá pozornosť zodpovedajúca jeho veku a rozumovej vyspelosti.

Uvedené ustanovenie sa opiera o článok 12 Dohovoru o právach dieťaťa.

Zákon 305/2005 Z.z. Zákon o sociálno-právnej ochrane detí a sociálnej kurately v:

§ 3 ods. 3) je uvedené: *„Prvoradým hľadiskom pri voľbe a uplatňovaní opatrení sociálnoprávnej ochrany detí a sociálnej kurately je najlepší záujem dieťaťa...“*

§ 90 odsek 6) je uvedené: *„V konaniach podľa odsekov 1 až 3 musí byť dieťaťu, ktoré je schopné formulovať svoje vlastné názory, zabezpečené právo byť vypočuté v každom konaní, ktoré sa ho týka. Dieťa nemusí právo podľa prvej vety využiť. Názoru dieťaťa musí byť venovaná náležitá pozornosť zodpovedajúca veku a vyspelosti dieťaťa. Dieťaťu je potrebné poskytnúť*

- a) *Informácie o jeho práve vyjadriť svoj názor, o dôvodoch vypočutia jeho názoru a vplyve ním vyjadreného názoru na konanie*
- b) *potrebnú pomoc na uľahčenie priebehu zisťovania jeho názoru na vec.*

V knihe Vypočutie maloletého dieťaťa pred súdom autori uvádzajú: „Vypočutie dieťaťa má – najmä u mladších detí aj ďalšie špecifiká, napríklad z hľadiska kladenia otázok, oblečenia sudcu (u menších detí skôr bez taláru), možnosť prítomnosti psychológa a pod. U detí, ktorých vek sa blíži k plnoletosti, sa ich výsluch spravidla nelíši od výsluchu ostatných účastníkov konania, aj relevancia výpovede je samozrejme vyššia. Uvedené ustanovenia znejú

moderne, humanisticky a vychádzajú zo základných ľudských hodnôt ako je rovnosť a spravodlivosť. Dieťa má mať všetky práva – vrátane práva sa slobodne vyjadriť. Zostáva však otázkou, nakoľko to, čo dieťa chce či povie, je záväzné pre dospelých a najmä pre štátne orgány. Tak napríklad vieme, že dieťa si neuvedomuje nevhodnosť, škodlivosť či dokonca vysokú rizikovosť niektorých svojich želaní. Vieme si predstaviť situácie, v ktorých dieťa

- sa potajomky preje sladkosť, z ktorých mu je potom zle
- napriek varovaniu chce tráviť čas s nevhodnými kamarátmi
- zrazu nechce robiť domáce úlohy alebo dokonca nechce vôbec chodiť do školy
- odmieta si zobrať predpísaný liek alebo sa nechce preventívne očkovať
- napriek upozorneniam sa chce hrať s nevhodnými predmetmi (zápalky, ostré nástroje, zbraňami a pod.)
- skúša konzumovať alkohol, jeť nepredpísané lieky či čuchať omamné látky.

Z uvedeného je zrejmé, že nie všetky detské priania a požiadavky môžeme akceptovať. Dieťa si mnohokrát nemôže uvedomiť nevhodnosť či dokonca riskantnosť svojich požiadaviek, pretože nie je citovo, rozumovo a ani morálne zrelé. Okrem nezrelosti dieťaťa je tu ešte ďalšie skryté úskalie: dieťa je predsa závislé na dospelých, najmä na rodičoch, na jednom môže byť závislejšie než na druhom. Je to práve dospelý, ktorý rozhoduje o bývaní, o domácnosti a pravidlách v nej, o jedle, financiách, ošatení, o chorobe a prípadne lekárskom ošetrovaní. Samozrejme aj o programe dieťaťa: kedy má vstávať, kedy robiť domáce úlohy, kedy sa hrať s kamarátmi, kedy prísť z ihriska domov, kedy ísť spať. Dieťa tiež väčšinou chápe, vie, kedy sa chová správne, kedy nesprávne, kedy zlostí. Je to rodič, ktorý dôverne pozná (teda mal by dôverne poznať) vnútorný svet dieťaťa, jeho potreby, priania, očakávania, kto dieťa pochváli, poteší, ale aj pokarhá, vyvolá pocity viny, kto vypočuje, prejaví záujem, lásku. Z toho všetkého dieťa vie, že taký dospelý je pre neho tou najdôležitejšou osobou. Dieťa to svojim spôsobom „vie“. Pôvodný zámer zákonodarcov bol správny: dať možnosť, pokiaľ to bude nutné, vypočúť pre potreby súdneho konania aj dieťaťa. Tým však problém „slobodného“ vypočutia dieťaťa zďaleka nekončí. V hre sú ďalšie, skryté a zradnejšie úškalia. Okrem už popísanej bežnej závislosti je dieťa výrazne ľahšie oproti dospelému:

- a) korumpované,
- b) vydierateľné,
- c) programované (Bakalář, Novák, Žáčková, Warshak, 2008, str. 7,8,9).

Ak napriek tomu – a nie sú to situácie výnimočné – súd zverí predbežným opatrením dieťa do starostlivosti jedného z rodičov, s ktorým dieťa žije oddelene od druhého rodiča, potom informačný význam jeho vypočutia pre potreby súdu je nepriamo úmerný času, ktorý plynul od vydania tohto rozhodnutia. Dieťa je vystavené cielenej informačnej asymetrii, ktorá je základom jeho následných vyjadrení, stanovísk a pod. Je absolútne neobvyklé, aby za týchto okolností dieťaťa vyjadriť pre účely súdneho pojednávania vôľu žiť s druhým z rodičov, keď na prvom rodičovi je vo všetkých smeroch celkom závislé (Bakalář, Novák, Žáčková, Warshak, 2008, str. 9, 10)

Tragickým prvkom celej tejto záležitosti, teda ovplyvňovania dieťaťa proti druhému rodičovi (jeho popudzovanie, programovanie a pod.), je to, že – povedané hovorovo – zlo má zelenú. Ak platí, že vyslovená detská preferencia jedného z rodičov ovplyvní rozhodnutie

súdu a tým aj budúci život dieťaťa, potom musíme počítať s tým, že hrubšie ovplyvňovanie dieťaťa proti druhému rodičovi bude realizovať skôr rodič s menej zrelou osobnosťou, povedané hovorovo, s horšou povahou. Povedané konkrétnejšie: ovplyvňovanie dieťaťa (korumpovanie, vydieranie, programovanie) bude robiť rodič, ktorý má menšiu alebo nulovú mieru rešpektu k právu dieťaťa na druhého rodiča, na zdravý psychický vývoj dieťaťa (o práve druhého rodiča ani nehovoriac). Pozorovateľ neznalý skrytých stránok ľudskej povahy (hovorovo temných stránok) by sa stavil, že vypočutie dieťaťa pre účely súdneho pojednávania (najmä keď rodičia musia byť za dverami) je dôkazom jeho slobodnej vôle. Súdny nemá jasnozrivosť Šalamúna, ktorý dokázal rozpoznať krutosť jednej z dvoch „matiek“ bojujúcich o jedno dieťa a tú, ktorá chcela spravodlivé rozpoltenie dieťaťa, diskvalifikoval z ďalších úvahách o starostlivosti o dieťa. Sudca musí byť totiž vynikajúcim znalcom práva a nie teoreticky erudovaným psychológom. (Bakalář, Novák, Žáčková, Warshak, 2008, str. 10 - 11).

Aj keby obaja rozchádzajúci sa rodičia boli povahovo anjeli, u dieťaťa môže vzniknúť celoživotný pocit viny voči rodičovi, pre ktorého neprospech sa vyjadrilo a tak toho milujúceho rodiča dlhodobo ranilo. R. A. Warshak tvrdí: „...Je však nevhodné, aby sa rodič (kolízny opatrovník, mediátor, znalec či sudca) pýtal dieťaťa, s ktorým rodičom by rado žilo. Aj vtedy, keď deti spontánne vyjadrujú svoje preferencie, mali by im rozvádzajúci sa rodičia dať jasne najavo, že o porozvodovom usporiadaní rozhodnú oni alebo sudca, nikdy nie deti. Dôvodom je to, že deti majú v takých situáciách často pocit viny (aj keď o tom nikomu nehovoria), že preferujú jedného z rodičov. Ak ich zbavíme zodpovednosti za rozhodnutie o zverení do starostlivosti, tento pocit viny zmiernime. Mám tu jedno jednoduché, praktické pravidlo: nenechajte deti robiť po rozvode také rozhodnutia, ktoré by ste im nedovolili robiť počas manželstva. Deti predsa nerozhodujú o tom, kde rodina žije, ak rodičia žijú spolu a nie je dôvod, prečo by mali rozhodovať, kde majú žiť, ak žijú ich rodičia oddelene“. (Warshak, 1996, str. 195 – 196).

Dohoda rodičov v rozvodovej situácii je bezpochyby to najlepšie pre dieťaťa. Rodinná mediácia je orientovaná na vyriešenie konkrétneho problému a dosiahnutie prijateľného výsledku pre všetkých. Práca s rodičmi je smerovaná na budúcnosť a cieľom je dostať rodičov od konfliktu k hľadaniu vlastného riešenia. V súvislosti s participačným právom dieťaťa niektorí mediátori presadzujú účasť dieťaťa na mediácii. Osobne nie som zástancom účasti dieťaťa na mediácii a jeho podiele na rozhodovaní o tom, ktorý z rodičov, ako a kedy by sa mal o dieťa starať. Som názoru, že sú to práve rodičia, ktorí by mali dať dieťaťu informáciu, že sa už nechcú hádať, že sa snažia nájsť riešenie vedúce k vzájomnej dohode a pri tom im pomáha mediátor, alebo iný odborník z oblasti duševného zdravia. V rámci mediácie majú rodičia možnosť si svoj navrhnutý rodičovský plán vyskúšať a následne po niekoľkých týždňoch vyhodnotiť a rozhodnúť sa o jeho finalizácii. Toto je priestor na to, aby rodičia sami vnímali potreby a prežívanie dieťaťa, počúvali jeho názory na ich navrhnutý plán, dostali tak spätnú väzbu od dieťa – inak povedané, aby práve rodičia dali dieťaťu priestor na jeho vyjadrenie. Rodičia zároveň takýmto spôsobom dieťaťu ukazujú vzájomnú spoluprácu, čím dieťaťa môže nadobúdať pocit bezpečnosti. Zároveň by mali svoje dieťaťa uistiť, že na rozpade ich vzájomného vzťahu nenesie dieťaťu žiadnu vinu. Sú to práve oni, ktorí by sa dieťaťu mali ospravedlniť za to, že bolo svedkom ich konfliktov a vzájomného ubližovania si.

V súvislosti s vyššie uvedeným je aj na mieste otázka, či mediátori sú dostatočne kvalifikovaní nie len na prácu s párom ale aj na prácu s dieťaťom. Vzhľadom k tomu, že mediátorom sa môže stať každý, kto má vysokoškolské vzdelanie II. stupňa, absolvuje 200 hodinový kurz mediácie, absolvuje záverečnú skúšku, zapíše sa do zoznamu mediátorov vedenom Ministerstvom spravodlivosti Slovenskej republiky a raz za 365 dní sa zúčastní povinného vzdelávania, ktoré si skôr povinne odsedí ako aktívne odpočúva, vzhľadom na témy školenia, prípadne dobrovoľne absolvuje ešte 60 hodinový kurz rodinnej mediácie, je dostatočne vzdelanostne a odborne pripravený na výkon práce s párom a dieťaťom. Osobne si myslím, že to nie je dostatočné a jednou zo základných podmienok by malo byť vysokoškolské vzdelanie v odbore psychológia, sociálna práca a špeciálna pedagogika.

Pokiaľ sa rodičia nedohodnú, manipulácia, vydieranie naďalej pokračuje pričom intenzita sa zvyšuje. Najtragickejším výsledkom týchto praktík je zavrnutie rodiča dieťaťom a obvinenie zo sexuálneho zneužívania dieťaťa druhým rodičom. Manipulácia sa v rozvodových sporoch rodičov neobjavuje len vo vzťahu rodič – dieťa, ale svojou rôznou mierou preniká do všetkých vzťahov medzi zainteresovaných do riešenia konfliktné situácie rodičov. Otázne je, ako a či ju vieme rozpoznať, čeliť jej a tak minimalizovať náš podiel na traume dieťa. Neochota spolupráce jedného z rodičov, nerešpektovanie súdneho rozhodnutia, sklon uveriť jednostranným vyjadreniam rodiča a vydávať odborné stanoviská, či poskytovať odbornú starostlivosť bez toho, aby do spolupráce bol zapojený aj druhý rodič, sťažnosti rodiča na odborníka, ktorý koná - nekoná tak, ako by si rodič predstavoval, sú úskaliami, ktoré napomáhajú k traume dieťaťa.

V nasledujúcich prípadoch mojich klientov sú mená detí pozmenené.

#### Prípád talianskeho otca.

*Konflikty medzi rodičmi nastali na základe rôznych pohľadov na vedenie domácnosti, jej udržiavanie a po narodení dcéry aj na partnerský vzťah a jeho naplňovanie k obojstrannej spokojnosti. Po odchode manželsky zo spoločnej domácnosti (k rodičom matky, kde býva dodnes) aj s maloletou Hankou (v tom čase 3 roky), s ktorou sa na základe rozhodnutia matky mohol vidieť 2 x v týždni po jednej hodine za prítomnosti matky, otec mal záujem o mimosúdnu dohodu. Ponuku na mediáciu matka odmietla. Po dvoch mesiacoch matka oslovila mediátorku s tým, že by mediáciu predsa len vyskúšala. Direktívnosť a pocit rozhodovacieho práva o Hanke, kedy sa môže vidieť s otcom, kedy ju môže otec kontaktovať videohovorom, že ju otec nemôže ráno odprevadiť do škôlky ani zo škôlky vyzdvihnúť a mnoho iných faktorov bolo treba ošetriť. Jedným z dôležitých problémov, ktoré zhoršoval situáciu medzi rodičmi, bola prítomnosť otca matky na stretávaníach sa otca s Hankou. Natáčanie celého stretávania, snaha o provokáciu otca Hanky, Hanku dostávali len do záťažových, vypätých situácií, na čo reagovala plačom. Keď bola v náručí otca a plakala, držala ho okolo krku, matka ju ťahala do svojho náručia. Na mediácii sa podarilo dohodnúť stretávanie sa rodičov a mal. Hanky bez prítomnosti otca matky. Na treťom stretnutí sa rodičia dohodli, že spoločne aj s Hankou strávia jedno vikendové popoludnie. Na štvrtom stretnutí sa pochválili ako spoločné stretnutie prebiehalo, úsmev na tvári im nechýbal ani slovné vyjadrenie, že sa im to páčilo. Pokračovali sme v riešení ďalších potrebných sporných vecí medzi rodičmi a dohodli si termín piateho stretnutia. Pár dní pred stretnutím matka oznámila mediátorku svoje rozhodnutie ďalej v mediácii nepokračovať. Dôvod – z pracovných*

dôvodov si nemôže dovoliť chodiť na mediáciu. Otec uviedol presný dôvod – matka dostala zo súdu neodkladné opatrenie a otcovi bol určený čas s dcérou – 2 x v týždni po dve hodiny. Pýtal sa prečo?? Prečo nemôžem nič z toho, čo som doteraz, kým sme bývali spolu s mojou dcérou robil? Prečo sa nemôžem o ňu starať ako doteraz? Uspávať ju, hrať sa s ňou, ísť s ňou na ihrisko? ..... Tento spor pokračujem ďalej. Rodičom bolo súdom nariadené psychologické poradenstvo v rozsahu 20 hodín. Nepomohlo. Matka má nariadenú informačnú povinnosť pre otca o maloletej – neplní si ju. V MŠ riaditeľka bola odolná voči manipulujúcim technikám matky a otcovi dovolila aby mohol každý deň ráno prísť do škôlky a byť s Hankou aspoň 10 minút, aby ju pozdravil a objal. Matka samozrejme proti tomu mala výhrady, neželala si aby mal otec umožnený prístup do škôlky a kontakt s dcérou. Riaditeľka MŠ sa vyjadrila, že nie otec ale matka je tá, čo spôsobuje problémy do ktorých ona nechce zasahovať, chce len jedno, aby Hanka mala aj otca, pretože vidí aký majú vzájomný vzťah. Matka na to Hanku z MŠ odhlásila a prihlásila do inej MŠ. Samozrejme bez súhlasu otca. Matka neodkladné opatrenie nerešpektovala veľmi dlho. Otec má jazykovú bariéru, slovensky hovorí, len trochu komplikovanejšie. Obracal sa najmä na oddelenie SPODaSK, prosil, vypisoval maili, žiadal o pomoc. Následne na základe žiadosti otca o úpravu styku s Hankou, súd stretávanie upravil aj s prespávaním – každý druhý víkend od soboty do nedele a každý týždeň v stredu 2 hodiny môže byť otec s dcérou. Matka po dlhom čase toto uznesenie ako tak začala plniť. Hanka sa niekoľkokrát vyjadrila, že doma sa o otcovi škaredo vyjadrujú, jej sa to nepáči, ale nemusí sa báť, lebo ona ho ľúbi. Nakoniec sa kolízna opatrovníčka rozhodla vykonať s maloletou pohovor, na ktorý ju doviedla matka aj so starou matkou. V zázname sa píše: „ .... pri otázke na otca, maloletá zostala rozrušená a nechcela hovoriť“. Nebrali sa do úvahy vzájomné vzťahy medzi otcom a rodičmi matky a možnosť, že Hanka sa o otcovi bojí pred nimi rozprávať. Bolo to vyhodnotené v neprospech otca. Rodičia sa podrobili aj znaleckému dokazovaniu o tom, kto má lepšie výchovné kompetencie a komu by Hanka mala byť zverená do starostlivosti. Výsledok: odporúčané zverenie do osobnej starostlivosti matky, so širokým rozsahom úpravy styku otca t.j. každý druhý týždeň od piatka do nedele a počas týždňa 2 x v týždni kedy cez víkend spolu nebudú a 1 x v týždni kedy spolu cez víkend budú. Matka neodkladné opatrenie v súčasnosti v časovom harmonograme plní. Celkom však nerešpektovala súdne rozhodnutie 90 krát. Nikto však s tým nič neurobil.

#### Matka, ktorá svojich synov už rok nemá:

Po deviatich rokoch manželstva sa otec mal. detí Jakuba (9 rokov) a Martina (4 roky) vyjadril, že sa necíti dobre vo vzťahu, nebaví ho ďalej takto žiť a rozhodol sa odísť. Samozrejme odchodu predchádzali ešte hádky, ktoré sa vyostřili aj do fyzických útokov, ktorých svedkom boli deti. Po niekoľkých dňoch bez vedomia matky si otec prišiel pre synov a zobral so sebou. Vyzdvihol ich z materskej škôlky a školy. Bývajú u jeho matky. Polícia, hádky, bitky.....to všetko sa následne udialo. Matka sa k chlapcom nedostala, odpoveď otca bola, že s ňou nechcú hovoriť a on ich nútiť nebude, rešpektuje ich rozhodnutie. Ani telefonicky sa matka s nimi nemohla skontaktovať. Za mladším chodila do škôlky, za starším do školy, ale už ju odmietali. Obaja rodičia podali návrh na vydanie neodkladného opatrenia. Prvý vyhráva aj v tomto prípade. Otcovi neodkladné opatrenie vydali, matke zamietli. Matke stanovili čas stretávania sa s deťmi. Mladší Martin občas s mamou išiel, len na ihrisko pri dome otca. Jakub sa s matkou odmieta stretávať. Martin sa dostal do konfliktu lojality, chcel

byť aj s mamou, ale aj s bratom a možno aj s otcom. Po vyše roku, kedy s rodičmi nikto nepracoval, OSPODaSK ich poslalo na mediáciu. Tu sa nám podarilo dohodnúť režim pre Martina, odovzdávanie na neutrálnom mieste, mimo bydliska otca a tak, aby tam bol prítomný aj Jakub, aby ho mama mohla aspoň vidieť. V tomto prípade bolo asi veľkým pozitívom to, že starší Jakub Martinovi nevyčítal, že bol s mamou. Možno preto, že vždy mu od mami doniesol nejakú drobnosť alebo lego, s ktorým sa obaja chlapci radi hrajú. Keď bol Martin u mamy, zo začiatku nevydržal celý čas a tak začal plakať a vyžadovať si, aby otec pre neho prišiel. Otec samozrejme že čo najrýchlejšie prišiel. Venovali sme sa aj tejto situácii a dohodli sa, že otec v takomto prípade sa bude snažiť pre Martina prísť, ale nie hneď. Vysvetlí mu, že príde a za aký čas. Na prekvapenie otec s tým súhlasil. Cieľom bolo postupne Martina uistiť v tom, že u mamy je dobre, majú čas pre seba a keď sa domov vráti, nemusí sa báť, že brat ho bude odmietat'. Martin sa postupne uistil, že nič sa mu nestane, keď je aj s mamou a postupne občas u nej aj prespí. Dohoda rodičov o harmonograme pre Martina bola nad rámec neodkladného opatrenia. Jakub sa naďalej odmietal s matkou stretávať, neodpovedal jej na správy a keď niekedy odpovedal tak napísal: „daj mi pokoj ty ropucha škaredá....“ Martin si pomaly začal uvedomovať, že je správne konať tak ako cíti, splniť si želanie byť aj s mamou. V rámci mediácie odznelo aj slovo manipulácia, syndróm zavrhnutého rodiča na čo otec začal trochu podráždene reagovať napriek tomu, že manipulátorom nebol nikto konkrétne označený. Keďže s Martinom sa stretávanie nastavilo a bolo potrebné aby sa ďalej realizovalo, pre Jakuba však dohoda o neurčení harmonogramu by do budúcnosti veľa pozitívneho nepriniesla. Preto rodičom bola odporučená terapeutka, ktorá má skúsenosti s obnovou vzťahovej väzby. Rodičia po problematickej dohode o platení nákladov za túto službu napokon k terapeutke začali chodiť. Raz mi matka poslala mail, v ktorom som sa dočítala o ďalších konfliktných situáciách medzi rodičmi, pred deťmi a na ihrisku. Po tom, ako do nej otec strčil a spadla na zem, si s prekvapením starší Jakub k nej sadol, chytil ju za ruku a povedal: „...vieš, mne sa nepáči ako sa otec správa, ale ja neviem čo mám s tým robiť“. Od vtedy sa s Jakubom videla len pár minút. Naďalej sa s ňou odmieta stretávať. V rámci terapie sa však manipulácia otca odhalila, neprijal to, naďalej zo všetkého obviňuje matku. Terapiu ukončil, aj dohodnutý plán pre Martina zrušil, Martin už posledné razy chcel u matky ostať dlhšie, s čím otec nesúhlasil. A to od samého začiatku otec deklaroval, ako mu záleží na vyriešení situácie. Matka ostáva naďalej v individuálnej terapii. A tak rodičia ostávajú opäť bez pomoci, SPODaSK nevie čo ďalej, súdne pojednávanie bolo dňa 3.9.2019 zrušené a nový dátum nie je určený.

V praxi sa stretávam s otázkami klientov ako:

- Načo nám je sociálka, keď nič nerobia? Je najdôležitejšie pre dieťa, že príde do bytu skontrolovať ako máme zariadené?
- Sociálka má v názve sociálnoprávna ochrana detí a moje deti sa so mnou nemôžu stretávať, lebo druhý rodič nič a nikoho nerešpektuje. O deťoch rozhoduje sám/sama a pritom sú to aj moje deti.
- Prečo sa nikto nepríde pozrieť, ako prebieha odovzdávanie dieťaťa? Stačí raz – dvakrát aby sa sami presvedčili.
- Ako je možné, že sa preferuje matka, ale ja som otec a rovnocenný rodič.
- Ako je možné, že na súdne pojednávanie sa musí čakať tak dlho? Veď tu ide o deti?

- Nerozumiem prečo by mal znalec určovať, kto je lepší a kto horší rodič. Čo to znamená lepšie výchovné kompetencie?
- Ako je možné, že v dvoch posudkoch sú vyhodnotenia na rodičov tak rozdielne? To za rok – dva som sa tak zmenil/zmenila? Veď je to nezmysel.
- Ako je možné, že psychológ sa vyjadruje a dáva rady a odporúčania len na základe pohovoru s jedným rodičom a jeho interpretácie?
- Ako je možné, že bez môjho súhlasu psychológ pracuje s dieťaťom?
- Ako je možné, že psychológ mi nechce dať žiadne informácie o mojom dieťati.
- Akým právom sa odvoláva učiteľ alebo lekár na to, že mi neposkytne informácie, lebo nemám dieťa zverené do starostlivosti?

Neviem im na to odpovedať. No zároveň si kladiem otázky aj ja. Neprispievame aj mi odborníci z pomáhajúcich profesií k podpore konfliktov medzi rodičmi polemikami o tom, či syndróm zavrnutého rodiča existuje alebo nie? O tom, aká je striedavá starostlivosť pre deti nevhodná, lebo dieťa potrebuje byť „zakotvené“, mať jednu posteľ, nechodiť s ruksakom plným vecí z miesta na miesto, dieťa má väčšiu väzbu s matkou, dieťa má mať jeden domov....No potom sa ale zamyslíme, či je vhodné, aby dieťaťa prespávalo v materskej škôlke, keď nemôže u druhého rodiča a nie je to jeho posteľ, či je vhodné, aby dieťa chodilo do školy v prírode, lebo nebude doma, či je vhodné, aby sme deti dávali počas letných prázdnin na 2 – 3 týždne a možno aj viac k starým rodičom bývajúcim ďaleko od miesta bydliska, aby išlo dieťaťu na internát, že dieťaťu má mať jeden domov. A mimochodom jeden domov. Môžem povedať za seba. Keď som bola dieťaťu, mala som domov u rodičov, ďalší domov som mala u starých rodičov, kde som bola často a rada, keď som cestovala do zahraničia za druhou starou mamou aj keď nie tak často, ale predsa som sa u nej a ostatných členov rodiny ich domácnostiach cítila ako doma, keď som dospelá, kúpila som si byt – to je môj ďalší domov a keď cestujem za svojimi rodičmi, poviem: „idem domov k rodičom“. Toľko domovov som mala a mám, lebo sú v mojich spomienkach. Domov netvorí posteľ, písací stôl, skriňa s vecami, ale pocit bezpečia, harmónie, blízkosti a lásky.

Je samozrejmé, že ku každému prípadu rozvádžajúcich sa rodičov treba pristupovať individuálne. Zároveň však treba mať na pamäti, že ak chceme pomôcť dieťaťu, môžeme mu pomôcť len pomocou rodičov. Prihliadať na práva dieťaťa je v poriadku, zároveň je však nevyhnutné uviesť si, či až takým prihliadaním a subjektívnym vysvetlením si významu neprehliadame negatívny dopad na dieťa, na ktoré sa snažíme preniesť bremeno zodpovednosti, ktoré nemusí uniesť. A pritom nevenujeme pozornosť včasnej intervencii a intenzívnej práci s jeho rodičmi, aby dokázali prekonať rozchod, pochopiť príčiny aj vlastné a hlavne súvislosti aj z detstva a primárnej rodiny, ktoré majú tiež svoj vplyv na kvalitu našich vzťahov aj v dospelosti.

Cochemská prax – interdisciplinárna spolupráca je priestor na zlepšovanie kvality systémovej pomoci rodičom bojujúcich o svoje deti. Boj o deti. Tak nedôstojné konanie, spôsob ako sami rodičia ubližujú deťom. Ak chceli boj, mali bojovať o záchranu svojho partnerského vzťahu. Toto je podstata, ktorú by mali pochopiť rodičia. A podstatou Cochemskej praxe je predovšetkým zmena myslenia všetkých profesií v práci s rodičmi ale zároveň aj vzájomná kontrola. Zároveň si treba dať otázku, či rodič nerešpektujúci súd, nespokojný a neochotný sa dohodnúť je rodičom vhodným na výchovu dieťaťa.

## Literatúra

1. BAKALÁŘ E., NOVÁK D., ŽÁČKOVÁ D., WARSHAK R.A., *Slyšení nezletilého dítěte před soudem*. Triton, Praha 2008, ISBN 978-7387-119-2
2. WARSHAK R. A.: *Revoluce v porozvodové péči o děti*. Portál, Praha 1996

Odporúčané:

1. WARSHAK R.A., *Rozvodové jedy*. Triton, Praha 2003
2. NOVÁK T., CARRADINIOVÁ S., VYPUŠŤÁK R., *Kontakt s dětmi po rozvodu, Jak nepřijít o dítě*, Wolters Kluwer, Praha 2015
3. NOVÁK T., *Strídavá péče o dítě*, Portál, s.r.o., Praha 2013
4. NOVÁK T., *O otcovské roli*, Grada Publishing, a.s., 2013
5. DREIKURS R., SOLTZOVÁ V., *Deti ako výzva*, Adlerovská psychoterapeutická spoločnosť, s.r.o., Bratislava 2012
6. Syndróm zavrhnutého rodiča. <https://www.youtube.com/watch?v=IshdHh18PbA>
7. Syndróm zavrhnutého rodiča. <https://www.youtube.com/watch?v=djonbJqlsno>

## Kontakt na autora:

PhDr. Miroslava Kristinová Wieckowska  
*rodinná mediácia, párové poradenstvo*  
*Predsedička OZ COCHEMSKÁ PRAX.sk*  
[miroslava.kristinova@gmail.com](mailto:miroslava.kristinova@gmail.com)  
[www.paroveporadenstvo-mediacia.sk](http://www.paroveporadenstvo-mediacia.sk)  
[www.cochemskaprax.eu](http://www.cochemskaprax.eu)  
0905 217 068

# TRAUMA U DETÍ V KONTEXTE ZNALECKÉHO DOKAZOVANIA

ALENA KOPÁNYIOVÁ, EVA SMIKOVÁ

## Súhrn

V príspevku sú analyzované prípady posudzované v rámci znaleckého dokazovania rôznych prejavov traumy u detí. Na základe kazuistik sú prezentované metódy zisťovania, formy prejavov traumy v jednotlivých vývinových obdobiach detského veku a možnosti znalcov v prístupe k traume.

## Kľúčové slová

trauma, kazuistika, znalecké psychologické dokazovanie, deti.

## Summary

The paper analyzes the cases assessed in the context of expert evidence of child sexual abuse. Based on case reports are presented methods of detection, forms of manifestation of trauma in individual developmental stages of childhood and possibilities of experts in access to trauma.

## Key words

Trauma, Case Study, Expert Evidence, Children

## Úvod

Traumatické situácie sú charakterizované náhlosťou, nečakanosťou, neodhadnuteľnosťou a extrémnou intenzitou ohrozenia (Vágnerová, 2004). Traumatizujúca udalosť môže byť jednorázová, alebo môže prebiehať určitú dobu. Z hľadiska pretrvávajúcich problémov, ktoré boli vyvolané traumatickou udalosťou sa dajú diferencovať dva typy: akútna reakcia – zahŕňa prechodné príznaky vyvolané traumatickým zážitkom a postraumatická stresová porucha, ktorá je dlhodobejšou reakciou na traumatizujúcu udalosť.

V princípe rozlišujeme tri formy psychickej traumatizácie:

- Primárna traumatizácia: človek je priamym cieľom agresie (napr. zranenie, mučenie, znásilnenie, vyhostenie, nútené priznanie sa násiliu ...).
- Sekundárna traumatizácia: podnetom je blízka skúsenosť s traumatizáciou inej osoby (napr. rodina zomrelého, zraneného, nezvestného ...).
- Terciárna traumatizácia: človek nie je v priamom vzťahu k obeti traumatizácie, ale je v kontakte s primárne či sekundárne traumatizovanými, napr. ako náhodný svedok, rodinný príslušník, spolužiak.

Podstatou traumy je poničenie adaptačných mechanizmov (teda tých, ktoré nám za normálnych okolností umožňujú vysporiadavať sa s rôznymi záťažovými situáciami) jedinka. Desivý zážitok paralyzuje systém „sebaobraný“, ničí systém kontroly a schopnosti veci zvládnuť, zneisťuje, narušuje dôveru (v seba aj v okolie). Človek je vystavený hrôze a ocitá sa v stave totálnej bezmocnosti (Kopčíková, 2015).

Psychické traumy spôsobené v detstve: dieťa vzaté ako rukojemník, šikanovanie, odhalenie závažnej informácie (napr. že dieťa je adoptované), smrť rodiča alebo blízkej osoby, nehody, fyzické zranenia pri hrách, pri športoch, sexuálne a emočné zneužívanie, týranie, zanedbávanie, choroby, vysoké teploty, náhodné otravy, dlhodobé opustenie jedného z rodičov (z dôvodu trestnej činnosti rodiča, výkonu trestu, rozvod, nevera atď.), prítomnosť pri násilnom čine, prepadnutie, vypočutie príbehu o násilnom čine, niektoré z lekárskeho zákrokov (anestézia), hospitalizácia v nemocničnom prostredí, operácia, vysoké horúčky; (Ondrejko, P., a kol., 2009).

Aktívna forma týrania: fyzické ubližovanie či kruté zaobchádzanie, ktorých dôsledkom sú zlomeniny, poranenia, krvácanie, modriny a i.

Pasívna forma: nedostatočné uspokojovanie základných (životných) potrieb: nedostatok jedla, nedostatok hygieny, neprimeraného kontaktu, neporozumenie, zanedbanie zdravotnej starostlivosti (Čirková, L., Vitoušová, P., 2007).

S posudzovaním traumy u dieťaťa sa súdny znalec v odbore psychológia stretáva:

- v trestnom konaní – znalec posudzuje dôsledky fyzického, psychického týrania na vývin dieťaťa
- v rodinnom konaní – znalec posudzuje dynamiku vzťahov v rodine, primeranosť/resp. neprimeranosť rodičovských výchovných prístupov, dopad násilia na vývin dieťaťa a pod.

Dieťa môže byť posudzované ako objekt týrania alebo svedok týrania.

V nasledujúcich kazuistikách poukazujeme na rôzne postavenie dieťaťa v znaleckom konaní (obeť, svedok).

### **Kazuistika Kristínka – obeť sexuálneho násillia**

- Trestné stíhanie páchatel'a r.2012 – otca začalo pre trestný čin sexuálneho zneužitia mal. dcéry, ktorá v čase skutku mala 4 roky.
- Trestné stíhanie bolo zastavené r. 2012, nakoľko Kristínka na polícii nedokázala vypovedať o skutku.
- Následne začala mať problémy s pocikávaním, gynekologické problémy, pre ktoré jej bola odstránená tzv. pablana. Matke však neodmietala rozprávať o sexuálnych praktikách, ktoré s ňu vykonával jej otec. Kristínka napr. opísala matke situáciu, ako ju otec nútil piť jeho „cikanky“. Pričom tieto boli husté a vôbec jej nechutili, čo aj povedala otcovi a preto jej otec povolil vyplúť ich do nočníka. Kristínka uviedla matke, že otec pil málo vody, keď mal takéto husté cikanky.
- Matka následne vyhľadala odbornú pomoc, bála sa to povedať manželovi, odmietal aj gynekologické vyšetrenie dcéry. Matka navštívila poradenské centrum, kde Kristínka povedala, že keď jej to táto robil, že ju to škriabalo, čo matku zaskočilo, lebo mala skúsenosť, že mala s manželom obdobnú skúsenosť, lebo si obhrýzal nechty. Vtedy sa rozhodla, že manželovi neverí a že to musí ďalej riešiť. Kristínka bola v starostlivosti Centra pedagogicko – psychologického poradenstva a prevencie z dôvodu emocionálnych ťažkostí dieťaťa – záchvaty hnevu, vzdoru, odmietanie samostatného spania, vyžadovanie kŕmenia. Matka spájala uvedené prejavy so sexuálnym zneužívaním otca. V úvodnej fáze terapie sa Kristínka vyhýbala situáciám, ktoré

súvisia s rodinným životom, v prejave bol zvýšený motorický nepokoj, depresívne ladenie, hnev. Prežívanie vo vzťahu k otcovi bolo ambivalentné. V záverečnej správe z terapie sa konštatoval ústup regresných prejavov v správaní.

- **1. Znalecký posudok** na žiadosť matky r. 2013 -záver: **prítomné znaky sex. zneužívania**. Matka sa na základe posudku rozhodla znovu iniciovať trestné stíhanie.
- Začatie (obnovenie) trestného stíhania
- **2. Znalecký posudok** pre účely policier. 2014

V rozhovore Kristínka uviedla: „*Ocko s nami už nebýva, lebo mi ubližoval – dával mi sliny do pišule, boli to sliny z jeho úst, dával mi jazyčkové pusu – také, čo robí len dospelý, neviem to ukázať, ale nútil ma k tomu, povedal, že ak to poviem, dá z nás urobiť kabáty na zimu, nútil ma, aby som vzala pipíka do rúk. Očurával ma*“. (dieťa uvedené tvrdenia hovorí spontánne bez kladenia otázok, pritom sa hore dole pozerá po miestnosti). „*Neviem, či to už stačí? Už som dosť povedala?*“ „*Boli sme v Prešove u lekára, kde bola kamera, ale som to nepovedala, ani neviem prečo som to nepovedala. Neviem si spomenúť*“ „*povedala som, že neviem, čo mi oco robil? Mamka už chcela urobiť video, potom sme sa s mamkou dohodli, že pôjdem a poviem pravdu na kameru*“

Záver znaleckého posudku: **Výpovede mal. sa aktuálne javia ako neobjektívne. Podrobný opis po takom časovom odstupe signalizuje skôr umelo udržiavanú tému z vonku, ako aj neustále opakovanie.**

- **Znalecký posudok spracovaný Výskumným ústavom detskej psychológie a patopsychológie ako znalcom ad hoc pre ORPZ r. 2015**

Vzhľadom k relatívne nízkemu veku vyšetrovanej maloletej (kedy nebolo možné využiť dotazníkové metódy) a opakovaným psychologickým vyšetreniam sme zvolili tieto diagnostické metódy: pozorovanie, klinický rozhovor, kresbu, test TDSP, Farebný Luscherov test, Scénotest, Projektívne interview – časť Nedokončené vety, Čarovný prútik, hru. Pre potreby príspevku vyberáme len časti signifikantné k téme:

- V rozhovore Kristínka uviedla: „*Mám takú hru. S mamou sa hrám na škrtiča. Škrtič je jeden hryzavý a druhý, ktorý sa škrtí. Prvý, že mamka dá tak ruky a ja tam vlezím a niekedy utečiem a keď jej utečiem, tak mamka stráca body. Ešte sa ale nestalo, že by mamke neunikla. Hru som si vymyslela, až keď oco odišiel*“
- „*On/otec vymyslel hrúna bitie – ja som to ale nikdy nemala rada, nakreslila somto aj na tom obrázku, naschvál ma vyzliekol. Tričko mi nechal. To bitie nie je bitie, ale to, že mi strkal ruky do pišule, keď mama išla do obchodu, ležali sme pri tom. Mala som tam mokré a sliny*“.
- Na otázku, ako sa sliny dostali dole do pišulky uvádza, že „*on si dal na ukazovák a tak (ukáže)*“.
- „*Predtým som si nič nepamätala a hovorila som teda mame, že si nič nepamätám. Modlila som sa. Aj aby sa mi vrátili veci a aby som aj toto vedela. Aby som sa nebála. Teraz sa už nebojím. Pomáha mi macko, uháčkova mi ho mamka, ktorý ma ochraňuje.*“

## KRESBA



- Popis kresby : *Na obrázku je, čo mi ocko robil - strkal ruky do pišule. To som ja a oco. On má čierne tričko a modré rifle. Také nosil. Keď mamka išla do obchodu, alebo niekam von, hral sa so mnou. Zavolať ma, že pod' sa so mnou hrať. A takto ma chytil. Povedal mi, aby som si ľahla“.*  
*„Na výtvarnej musím kresliť, čo mi povedia, tu som mohla kresliť hocičo.“*
- Vyhodnotenie kresby - Skríningový dotazník pre detskú kresbu ľudskej postavy (Hardin, 1989): opúzdrenie kresby, explicitné pomenovanie ženských genitálií, načrtnutie mužských genitálií, tzv. extenzie - veľké ruky otca siahajúce na jej genitálie, vyjadrenie negatívnej emócie na jej tvári – čierny úšľabok, naklonené časti tela - naznačujúce na prežitie situácie sexuálneho násillia.
- **Scénotest**



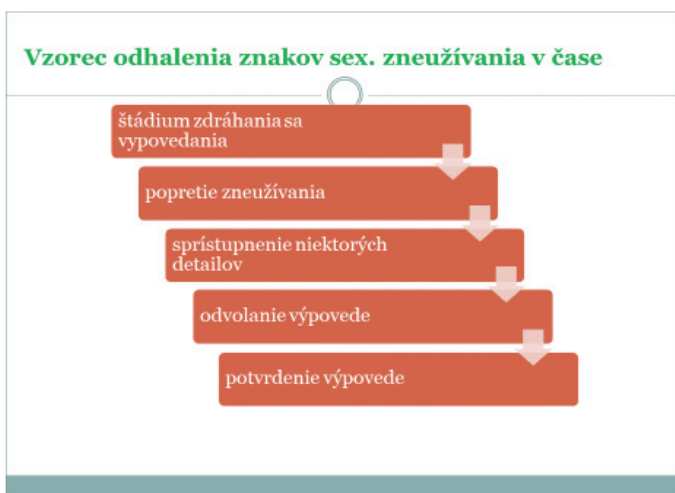
- Z projekcie vyjadrenej v Scénoteste a z popisu scény mal. Kristínky usudzujeme, že si Kristínka rodinu idealizuje, nezobrazila scénu z jej reálneho života, kedy otec do lesa

s nimi nechodieval. Sama sa projikovala do postavy dievčatka aj do postavy bábätka (disociácia), ktoré je matkou a potom veľkým psom chránené ako prejavy pocitu potreby bezpečia a istoty. Prežívanie vzťahu k otcovi je ambivalentné.

### Komplexná analýza výsledkov znal. dokazovania

- Psychosexuálny vývin v dobe skutku v orálnej fáze (zápal genitálií, pocikávanie, masturbácia v MŠ) a postupne prechádzal do fáze latencie, kedy prestáva experimentácia s vlastným telom a dochádza k ústupu pudových energetických túžob.
- Morálny vývin nie je ukončený, nerozumie kontextu správania sa otca voči nej v zmysle možného trestného činu, preto sa o otcovom správaní vyjadruje všeobecne ako o tom, že ju „bil“, pri detailnejšom kladení otázok vysvetlila, že tým rozumie všetko, čo jej robil, ale nie je to bitie v pravom slova zmysle.
- Všeobecná vierohodnosť Kristínky je zachovaná (priemerný intelekt, dobrá úroveň pamäťových schopností, primerané vnímanie, podržanie a schopnosť reprodukovania, osobnosť detská, vo vývine, extravert).
- Špecifická vierohodnosť- neverbálne gestá, popis detailov, detský slovník, schopná rozlíšiť fantáziu od reality v hre, aj na verbálnej úrovni).
- Aktuálne (v čase vyšetrenia pre účely znaleckého dokazovania): zvýšená sexuálna vnímavosť, vnútorná integrita ohrozená prežívaním minulej neadekvátnej sexuálnej stimulácie, následky reaktívneho charakteru: zvýšená potreba abreakcie v každodennej hre (škrtič), organizmus nie je uvoľnený zo záťaže aj vzhľadom na potrebu okolia (polícia, znalec, matka) vracat' sa k predmetným zážitkom.
- Odhaľovanie detailov sexuálneho zneužívania vnímame u Kristínky ako proces, nie ako jednorazovú udalosť. Súčasťou vzorca odhalenia (graf 1) bolo štádium zdráhania sa vypovedania, popretie zneužívania a následne sprístupnenie niektorých detailov, odvolanie výpovede a opätovné potvrdenie výpovede.

Graf 1: Vzorec odhalenia znakov sexuálneho zneužívania v čase.



## Kazuistika Nelka – dieťa ako obeť týrania

Maloletá Nelka má 4 roky, počas spolužitia rodičov bola vystavovaná neprimeraným výchovným prístupom zo strany jedného z rodičov (krik, nadávky, verbálne aj fyzické odmietanie). Počas procesu od podania trestného oznámenia druhým rodičom (od novembra 2018) do dnešného dňa ani jedna zo zúčastnených strán oficiálne neposúdila, resp. neposudzovala psychický stav maloletej. Znalkyňa vyšetrovala Nelku viac ako 6 mesiacov od neodkladného opatrenia, ktoré viedlo k úprave zverenia jednému rodičovi. Dovtedy dieťa nevyšetril žiadny odborník, ktorý by posúdil psychický stav dieťaťa v kontexte možného týrania, resp. nevhodného zaobchádzania s dieťaťom.

Pri psychologickom vyšetrení detí predškolského veku a mladšieho školského veku je potrebné mať zdroje z rôznych prostredí, kde sa dieťa pohybuje (materské centrum, materská škola a pod.). Verbálne a kognitívne schopnosti detí majú svoje vekové limity, preto sa dôležitosť prikladá anamnestickým údajom (aj keď môžu byť napr. len od jedného rodiča). Jemožná aj analýza audio a videozáznamov situačného správania, ak takéto sú prinesené rodičom.

Pre potreby objektivizácie prejavov správania dieťaťa sú cenným zdrojom správy z predškolských a školských zariadení. Psychologická diagnostika detí predškolského veku je založená na posudzovaní prejavov ich správania rodičmi, resp. učiteľmi a inými osobami:

- posúdenie aktuálnych prejavov správania maloletej Nelky: *Emocionalita a sociálna interakcia maloletej- problémy v socializácii (má problém sa včleniť do kolektívu, ak je požadovaná niečo urobiť, reaguje vzdorovito) a v pozornosti (ľahko sa rozptýli, príkazy a inštrukcie plní pomaly). Kým jemná a hrubá motorika sa vyvíja vekuprimerane (položky dotazníka hrubá motorika, jemná motorika), sociálny a emocionálny vývin, ako v kvantitatívnej rovine posúdenia), tak aj v kvalitatívnej rovine posúdenia vykazujú vývinový nesúlad.*

Tieto zistenia (popisy prejavov správania) podporuje aj Správa z predškolského zariadenia: V škále posúdenia sebauvedomenia a sebaúcty učiteľka v MŠ konštatuje, že správanie mal. voči druhým a k sebe nie je možné posúdiť rovnako. Podľa nej sebaidentita nie je u mal. rovnaká ako interpersonálne porozumenie. Štruktúra sebaidentity je narušená, nevyvíja sa v súlade s pozitívnym prijímaním seba ako aj druhých. V januári 2019 (dieťa je od konca novembra 2018 vo výlučnej starostlivosti jedného rodiča) materská škola reportuje zmeny emocionality a sociálneho správania: Dieťa v sociálnej interakcii mení rolu z pasívneho dieťaťa na dieťa sociálne aktívne.

Pedopsychiatrická správa konštatuje diagnostický záver: úzkosť z odlúčenia v detskom veku, dieťa ako obeť baránok a iné problémy súvisiace so skupinou primárnej starostlivosti (rozchod rodičov v anamnéze).

Rodič, ktorému je Nelka zverená reportuje nočné záchvaty plaču, ktoré sa znovu objavilo po obnovení sa stretávania s druhým rodičom a emocionálne neprimerané reakcie pri odchode primárneho rodiča a pod., ktoré majú výrazný úzkostný charakter. Tiež popisuje objavenie sa a nárast obsedantných a kompulzívnych prejavov (napr. stlačenie tlačidla vo výťahu ako prvá, ak to nespraví, plače, dotknutie sa vecí pred odchodom, alebo keď ide okolo nich a pod.- pozorované aj počas znaleckého dokazovania).

Zistili sme, že v prejavoch a v prežívaní maloletej sa objavuje:

- prevaha negatívnych emócií (strach, bolesť, smútok, obavy, bezmocnosť);

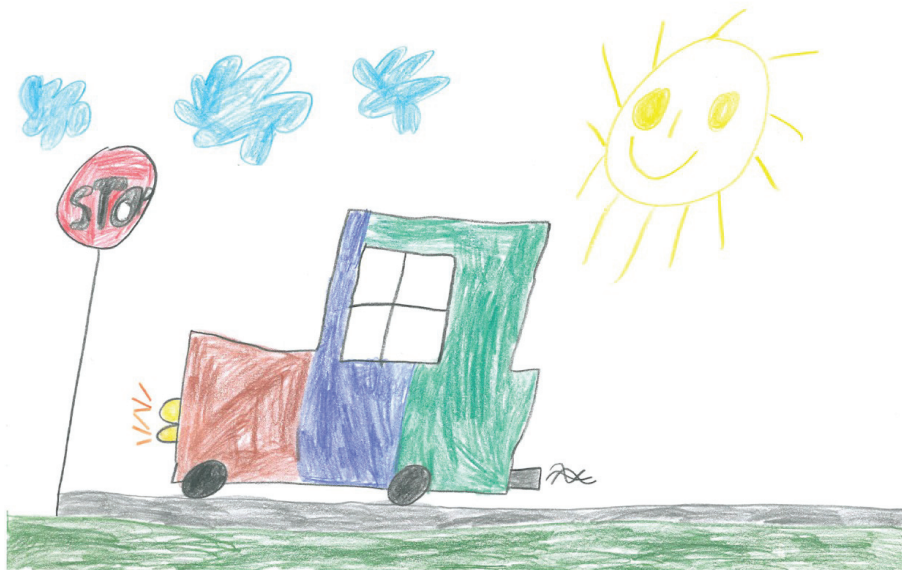
- negatívny sebaobraz a sebaúcta, pocity menejcennosti, nízke sebahodnotenie;
- neurotická symptomatológia (výskyt úzkostných a subdepresívnych stavov, obsedantno-kompulzívne prejavy)
- zvýšený výskyt sebaopoškodzovania (škrabanie sa)
- poruchy príjmu potravy

Na základe posúdenia prejavov v správaní v sociálnej a kognitívnej oblasti z rôznych zdrojov (odborné vyšetrenie u znalkyne, správy z MŠ, pedopsychiatrie a logopedickej ambulancie) sme konštatovali, že u mal. Nelky sa prejavujú príznaky typické pre psychické týranie, resp. fyzické týranie.

V rámci niekoľkých sedení znaleckého dokazovania sme sa s Nelkou stretli opakovane, prišla často s úsmevom, detsky zvedavá, zaujímala sa o ponúknuté hračky a o komunikáciu so psychológom. Preto je dôležité mať na pamäti, že aj usmiate dieťa vo vašej kancelárii môže byť svedok alebo obeť týrania.

### Kazuistika Peťko – dieťa ako svedok týrania

Peťko je 8-ročný chlapec, ktorý žije v spoločnej domácnosti s matkou a mladším bratom. Priateľ matky, otec maloletého matke vulgárne nadával, vyhrážal sa jej, fyzicky ju napádal a to tak, že ju bezdôvodne bil, kopal a udieral najmä do tváre a po celom tele, budil ju v nočných hodinách, vyvolával v nej pocit strachu a stresu, odopieral jej nevyhnutnú osobnú starostlivosť a hygienu, takýmto správaním ju nútil odchádzať s deťmi v noci preč z bydliska. Mal. Peťko vystupoval ako svedok, znalec posudzoval vierohodnosť jeho výpovede.



Obrázok 2: Voľná kresba mal. Peťka: Auto na stopke. (výrazná červená značka STOP – zastavte to násilie?)

V rámci znaleckého dokazovania sme okrem iného realizovali rozhovor a vyjadrenie sa dieťaťa kresbou, kde Peťko sám popisoval svoj život, svoj svet kde vyrastal, kde býval. To nám umožnilo zistiť, že:

- emócie boli spontánne najmä pri popisoch vlastných detských zážitkov s bratom, mamou, v škole a pod. Emočná reaktivita ustupovala pri popisoch násilia otca na matke, ako pravdepodobne forma obrany a vytesnenia pred stresujúcimi zážitkami. Vo vnútornom prežívaní tak dominovala aktuálne pohotovosť k úzkostným reakciám, ktoré navonok vie potlačiť, resp. kompenzovať.
- Prostredie v rodine vnímal ako dva svety (obrázok 3): emočne pozitívny s matkou a bratom (tri usmiate postavy, deti vedľa matky, nad nimi slnko) a emočne negatívny, stresový za prítomnosti otca, kedy robil zle, bol nahnevaný, museli utekať z bytu, vnímal hluk z násilia na veciach a na matke (vzdialenejšia čierna postava, s palicou v ruke).
- Aktuálne vo vnútornom prežívaní Peťko prezentoval vzťah k otcovi ako pozitívny, vo verbálnej rovine ako negatívny, so zdôvodnením, že robil zle mame. Sám vnímal rozdielnosť atmosféry v rodine po opustení otca z domácnosti, resp. po jeho umiestnení do väzby.
- Na základe psychologického vyšetrenia sme výpoveď mal. Petra ako svedka týrania matky posúdili ako vierohodnú.

Obrázok 3: Kresba rodiny (Peťko, 8 rokov)



## Záver

Prejavy trauma v detskom veku majú veľmi variabilný obraz ako aj priebeh. Znalec vstupuje do posúdenia v rôznych fázach traumatického prežívania: v akútnom stave, v procese terapie, v kompenzovanom stave dieťaťa. Pri deťoch je nutné spoluodhaliť ich vlastnú definíciu „pravdy,“ ktorú dieťa používa pre danú situáciu, vyjadruje ju vlastnými vyjadrovacími, rečovými prostriedkami, ktoré zodpovedajú vývinovému obdobiu, v ktorom sa

dieťa aktuálne nachádza. Pri znaleckom dokazovaní musí znalec zvažovať pravdepodobnosť, že sa dieťa rozhodne klamať, čo má úplne iné konotácie ako klamstvo dospelých. Priznané medzery v pamäti aj nekonzistentnosť výpovede sú pritom atribútmi ako pravdivých, tak aj nepravdivých výpovedí.

Pri znaleckom dokazovaní je potrebné si vyčleniť dostatočný čas na znalecký úkon, diferenciácia má byť prispôbená potrebám konkrétneho dieťaťa.

Špecifikum detí je loajalita k blízkej vzťahovej osobe/rodičovi ako k páchatelovi, čo treba brať do úvahy v trestných aj rodinných kauzách.

Znalec, sociálny kurátor, resp. vyšetrovateľ alebo učiteľ vidí dieťa v rôznych prostrediach, v rôznych situáciách a v rôznom čase od napr. posledného vystavenia dieťaťa traumatickej situácii, či udalosti, preto sú dôležité záznamy z rôznych prostredí a sociálnych kontextov.

V neposlednom rade treba upozorniť, že počas znaleckého dokazovania je nutné minimalizovať možnosť iatrogenizácie, retraumatizácie, sekundárnej viktimizácie, ale zároveň mať na pamäti, že znalecké posudzovanie je psychoterapia!

Posudzovanie detskej traumy ako súčasť znaleckého dokazovania má byť realizované individuálne v kontexte najnovších vedeckých poznatkov. Výskumný ústav detskej psychológie a patopsychológie sa podieľa na vývine, šandardizácii metód, ktoré môžu deťom pomáhať lepšie štruktúrovať ich predstavy o vzťahoch a udalostiach.

## **Literatúra**

ČIRTKOVÁ, L., VITOUŠOVÁ, P. 2007. *Pomoc obětem (a svědkům) trestných činu*. Vyd. Praha GRADA Publishing, 2007. s.191 ISBN 8024720142

KOPČÍKOVÁ, M., 2015. *Postrauematická stresová porucha*. <https://detskechoroby.rodinka.sk/detske-choroby/psychika/trauma/posttraumaticka-stresova-porucha/>. Citované 14.10.2019

ONDREJKOVIČ, P. a kol. 2009. *Sociálna patológia*. Vyd. Bratislava: VEDA. 2009. s.577. ISBN 9788022410748

VÁGNEROVÁ, M., 2004. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Vyd. Praha: Portál. 2004. 865 s. ISBN 80-7178-802-3

## **Kontakt na autorov:**

PhDr. Eva Smiková, PhD., PhDr. Alena Kopányiová, PhD.

Výskumný ústav detskej psychológie a patopsychológie

Cyprichova 42, 831 05 Bratislava

email: [eva.smikova@vudpap.sk](mailto:eva.smikova@vudpap.sk), [alena.kopanyiova@vudpap.sk](mailto:alena.kopanyiova@vudpap.sk)

# ZMENA SOCIÁLNYCH JAVOV U DETÍ, KTORÉ PREŽILIVOJNOVÝ KONFLIKT NA VÝCHODEUKRAJINY A POMOC MIMOVLÁDNYCHORGANIZÁCIÍ

MARIAN TOKAR

## Úvod

*„Počas vojny sa deti dostanú do najhlbšej  
psychologickej pasce a stanú sa  
rukojemníkmi sebeckých akcií dospelých...“  
(Marian Tokar)*

Začiatok 21. storočia priniesol európskym štátom nielen technologický pokrok, rozvoj demokracie, ale aj vojenské konflikty. Obeťou jedného z nich bola Ukrajina – jedna z najväčších krajín na kontinente. Jeho územnú celistvosť napadla Ruská federácia, ktorá použila umelo nafúknutý problém národnej a kultúrnej ochrany ruského obyvateľstva a cynicky ignorovala právo Ukrajiny na národnú nezávislosť. V dôsledku toho Ruská federácia pripojila autonómnu republiku Ukrajina – Krym a obsadila niektoré oblasti regiónov Luhansk a Doneck na východnej Ukrajine.

V dôsledku zanedbávania medzinárodného práva zo strany Ruska sa tisíce civilistov, z ktorých mnohé sú deťmi, dostali do oblasti ničenia. Ukrajina sa ako mierový demokratický štát na tieto výzvy nepripravila. Štátnici, občianski aktivisti, vojenský a dobrovoľníci, dobrovoľníci a občianske organizácie, lekári, psychológovia, bežní občania sa ocitli v situácii, keď je potrebné čeliť vonkajšej hrozbe okupácie, a to ako jediná fronta proti agresorovi. Najviac však trpelo miestne obyvateľstvo, ktoré bolo epicentrom nepriateľských akcií. Sú to tisíce ľudí, ktorí prelomili osudy, zažili šok, nezabudnuteľný strach.

V našom materiáli upozorňujeme na sociálnu skupinu, ktorá sa stala obeťou vojenskej agresie ako detí. Je to najzraniteľnejšia kategória obyvateľstva, ktorá potrebuje celé spektrum psychologických a iných pomoci nielen profesionálom, dobrovoľníkom, verejným organizáciám, ale aj celému štátu, celej spoločnosti, všeobecnej pozornosti a podpore celého ľudstva.

## **Čo vieme o Ukrajine a o vojne vo východnej časti?**

*Niekoľko historických dotykov...*

V hlavnej nemocnici maltskej nemocnice sa nachádza socha kozáka Kozáka, ktorá je umiestnená na náhrobnom kameni veľmajstra maltských jazdcov. Symbolizuje Bratstvo v náručí a priateľské väzby Rádu Malty s Pravoslávnyim kozáckym bratstvom Duchu.

Autor prvého ústavu na svete – ukrajinský politik a verejný činiteľ Pylyp Orlyk. 5. apríla 1710 bol zvolený za hejtmana Záporožskej armády. V ten istý deň vyhlásil Philip Orlyk „Ústavu práv a slobôd armády Zaporizhzhia“. V USA bola ústava prijatá v roku 1787, vo Francúzsku a Poľsku – až v roku 1791.

Najväčšie kláštory sa nazývajú Lavra. Len šesť kláštorov na svete má status Lavry. Tri z nich sú na Ukrajine. Toto je Svätá Dormition Kiev-Pechersk Lavra v Kyjeve, ktorá získala tento štatút v roku 1598, Svätá Dormition Lavra v Pochayiv a Svätá hora Nanebovzatia Lavra v Donecku.

Charles de Gaulle, legendárny francúzsky prezident, vyhlásil: „Keby som mal armádu ako UPA, nemecká topánka by nikdy nechodila po Francúzsku“.

V stredoveku bol Kyjev až do zničenia mongolských Tatárov až do roku 1240 najväčším mestom v Európe.

Územie Ukrajiny bolo jednou z najväčších historických dopravných trás – „trasa z Varangianov do Grékov“ – sústava riečnych trás a vlakov medzi nimi, dlhá 3 000 km, spájajúcich severné krajiny Starého Ruska s južnými a Baltským morom s Čiernou. Počas celej starovekej histórie bol Ukrajina-Rusko mostom medzi svetmi východnej Európy a starovekého východu, starobylej Európy, byzantskej a latinskej.

### *Ukrajina dnes ...*

Ukrajina je krajina nachádzajúca sa vstrednej čopy. Rozloha Ukrajiny je 603,7 tisíc km. Jej susedmi sú Bielorusko, Rusko, Maďarsko, Rumunsko, Moldavsko, Poľsko a Slovensko. Na juhu krajiny umýva Čierne a Azovské more. Hraničí s Tureckom, Bulharskom a Gruzínskom cez Čierne more. Počet obyvateľov je približne 46,4 milióna. V krajine je viac ako 110 etnických skupín. Ukrajinci – 73% obyvateľstva. Pravoslávne, gréckokatolícke a rímskokatolícke cirkvi prežívajú náboženský život. Protestanti, Židia a moslimovia tvoria 5% z celkového počtu veriacich. Ukrajina sa objavila na politickej mape sveta ako demokratický nezávislý štát v roku 1991.

Vojna z Ruskom trvá už päť rokov (2014 – 2019). Medzinárodný trestný súd v novembri 2016 rozhodol, že vojna na východnej Ukrajine je „medzinárodným ozbrojeným konfliktom medzi Ukrajinou a Ruskou federáciou“. OSN odhaduje celkový počet obetí vojenského konfliktu na Ukrajine v období od 14. apríla 2014 do 31. januára 2019 na 40 – 43 tisíc, vrátane 12 800 – 13 000 mŕtvych. Počas vojny v Donbase bolo postihnutých 5 miliónov ľudí...

K tomuto počtu experti OSN zaradili aj cestujúcich z malajského lietadla, ktoré bolo zostrelené nad vojnovou zónou v Donbase. Počet obetí zahŕňa aj 4 000 ukrajinských vojenských jednotiek a 5 500 dobrovoľných „ozbrojených skupín“. Celkový počet zranených sa odhaduje na 27 500 až 30 000 vrátane 7 až 9 000 civilistov. S klesajúcou intenzitou konfliktu prudko klesol podiel civilistov na počte obetí. Kým podiel civilistov na celkovej úmrtnosti v dôsledku konfliktov bol v roku 2014 33 – 34%, v roku 2018 klesol na 10 – 11%.

### ***Aké sú skúsenosti detí, ktoré zažili vojnu na východnej Ukrajine?***

V šedej oblasti vojenskej operácie žije 200 000 detí. Na území nekontrolovanom ukrajinskými orgánmi – 600 tisíc detí. Podľa ministerstva sociálnej politiky Ukrajiny je v päť kilometrovej zone pozdĺž vojenskej konfrontácie 15 000 detí. Celkom sa 1 milión 700 tisíc detí stalo obeťami vojny na východnej Ukrajine.. Psychologickú pomoc potrebuje asi 1,7 milióna detí. V období od 14. apríla 2014 do 6. septembra 2019 bolo v súvislosti s konfliktom hlásených 517 úmrtí detí. Spomedzi nich bolo usmrtených 147 detí (98 dievčat a

49 chlapcov) a ďalších 370 detí bolozranených (225 chlapcov, 127 dievčata 18 detí, ktorýchpohlaviezostávaneznáme).

Na Ukrajine boli najčastejšie deti zabíjané: ostreľovaním rôznych druhov zbraní, mín, ručných granátov. Celkovo viac ako 60% týchto úmrtí došlo spôsobených kontaktom s nevybuchnutou muníciou.

Deti, samozrejme, naliehavo potrebujú psychologickú pomoc medzi tými, ktorí boli podľa okolností prinútení prežiť vojenské bojové situácie. Deti s „vojnovou traumou“ sa najviac obávajú hlasných zvukov, zažívajú stratu svojich blízkych a priateľov a častejšie ako agresori prejavujú druhí rovesníci. Najčastejšie sa stretávajú s problémom strašných a hlasných zvukov, ak deti prežili ostreľovanie, boli svedkami ničenia budov a boli nejaký čas v útulkoch – takéto veľké problémy sú svedkami praktických psychológov, ktorí poskytujú primárnu psychologickú pomoc obetiam ruskej agresie proti Ukrajine. Deti si tiež veľmi dobre uvedomujú odlúčenie a stratu blízkych a priateľov. Všeobecný „syndróm získanej bezmocnosti“ sa rozšíril.

Podľa odborníkov by primárnou psychologickou fázou starostlivosti mala byť úspešná diagnóza. Účelom psychodiagnostických opatrení je zistiť individuálne psychologické charakteristiky tých, ktorých zasiahli psycho-traumatické faktory moderných extrémnych podmienok. Po prežívaní extrémnych okolností vojny a vzniku takých príznakov, ako sú nadmerná úzkosť, zvýšená emotivita, zvýšené vzrušenie, impulzívne správanie, vyjadrená úzkosť, riskantné činy, časté fajčenie, vzrušenie z reči, tras, môžu títo psychológovia použiť: relaxácia, sebazpoznávanie, meditácia, dychové cvičenia, psychologický výcvik, analýza stresu, diskusia, spätná väzba.

Obvyklým prvkom pomoci v systéme obnovy duševného zdravia povojnových traumat u detí sa tiež nazýva metóda psychoterapeutického vplyvu empatie, formovania úzkej terapeutickej aliancie s pacientom a jeho rodinou, normalizácia emocionálneho stavu a psychologická reakcia na traumy, posilnenie schopnosti rýchlo obnoviť a obnoviť fyzickú silu. podpora pozitívnych vzorcov zvládania správania. Ďalšími dôležitými zložkami psychologického zásahu sú pochopenie štýlov osobnostných reakcií a psychologické ochrany, prenosu a kontratransferencie („proti“ prenos vplyvov), opatrenia na normalizáciu emocionálneho stavu, kognitívne chladenie, výučba pacientov a ich rodín, vhodná psychofarmakologická, metodologická a farmakologická farmakológia. Základom tohto prístupu je aj posilnenie silných stránok pacienta súvisiacich so zachovaním normálnej funkcie.

Dieťa je veľmi zraniteľné voči silným stresovým vojnám (nebezpečenstvo, strata kamarátov, zranenia, zdravotné postihnutie, účasť na násilnom násilí, zničenie nepriateľa, novosť a neočakávaná zmena udalostí, najvyššia zodpovednosť, bolesť atď.). V tomto kontexte je trauma všetko, čo spôsobuje neznesiteľné duševné utrpenie a úzkosť. Psychika je dostatočne harmonická a má vlastné mechanizmy, ktoré umožňujú osobe v týchto podmienkach zachovať si integritu a prežiť. Táto ochrana sa nazýva disociácia. Disociácia je normálnou súčasťou ochrany To je druh zamerania, ktoré si psychika hrá sama o sebe.Život pokračuje, keď sú neznesiteľné zážitky distribuované do rôznych častí psychiky a tela, konkrétne sú premietané do nevedomých aspektov psychiky a tela. Na pamiatku jednotlivca, ktorý zažil traumatické udalosti, došlo k zlyhaniu, preňho nebolo možné verbalizovať, čo sa

mu stalo. Psychoterapeutická pomoc ľuďom, ktorí zažili závažné psycho-traumy, zameraná na integráciu, zjednotenie disociovaných častí jednotlivca.

Hlavné príčiny stálej psychotraumatizácie rodín postihnutých vojnou sú tieto: v prvom rade sa ľudia ocitajú v situácii, keď sú nútení konať v rozpore so svojou povahou, v rozpore so silnými inštinkami sebazáchovy, ignorujúc potreby vlastného organizmu, v mene nadpersonálnych a sociálnych záujmov; po druhé, ako zdôraznil E. Krasnushkin, na rozdiel od psychických účinkov prírodných katastrof, ktoré pôsobia jednorazovo, sú psychogénne účinky vojny charakterizované veľkým opakovaním alebo aspoň jej myšlienkou - stálou viacnásobnou hrozbou smrti. traumatická udalosť, ak sú súčasne splnené dve podmienky:

- 1) osoba zažila alebo pozorovala jednu alebo viac udalostí, pri ktorých zažila tieto skutočnosti: hrozba smrti, potenciálna alebo skutočná hrozba; smrť inej osoby; vážne zranenie alebo hrozba zdravotného postihnutia;
- 2) osoba na to reagovala intenzívnym strachom a bezmocnosťou.

Situáciu, v ktorej sa nachádzajú deti, možno považovať za ťažkú životnú situáciu.

V psychologickkej praxi je ťažká životná situácia definovaná ako dočasná udalosť v životnom cykle, ktorá spôsobuje emocionálny stres a stres; prekážky pri dosahovaní dôležitých životných cieľov, ktoré nemožno vyriešiť bežnými prostriedkami. Toto je situácia, ktorá objektívne narušuje život; známe vnútorné spojenia; môže viesť k duševnej traume; brzdí alebo zabráňuje realizácii vnútorných stimulov (motívy, aspirácie, hodnoty).

### ***Zmena sociálnych javov u detí, ktoré prežili vojnový konflikt na východe Ukrajiny***

V prvom rade by sa malo chápať, že spoločenské vnímanie detí sa vytvára v dôsledku stabilných podmienok prostredia, v ktorom sú, alebo presnejšie, v dôsledku spojenia dieťaťa s vonkajším svetom. Čím dlhšie v ňom dieťa zostane, tým viac sa pre neho tento svet stáva „jeho“, „jeho rodným“. Sociálne a materiálne prostredie sa teda stáva bližšie. Formované stereotypy, charakter a obsah myslenia, sociálna predstavivosť, primerané vysvetlenie javov a procesov, ktoré dieťa vidí.

Dieťa je vždy v spoločenskom kruhu – rodina, rodičia, priatelia, rovnaké deti vo dvore, v materských školách, v škole. Samotná skutočnosť, že sa mení sociálne prostredie, je však pre dieťa už stresujúcou situáciou. Čím väčší je stres, keď nie sú iba svedkami strašných udalostí, ale aj počas vojny, môžu sa deti opakovane stávať obeťami všetkých tragických strašidelných udalostí, ktoré traumatizujú psychiku. Môžu sledovať ničenie ich rodného mesta alebo dediny, svedkami ostreľovania a strelby. Deti môžu vidieť mučenie a vraždu, hromadné úmrtia ľudí. Môžu byť vážni, vidieť, ako sú ich rodina a priatelia zranení alebo ako zomreli. Okrem toho môžu byť zranené aj samotné deti. Táto skúsenosť spôsobuje u detí rôzne psychologické problémy. Najbolestivejšou pre spoločnosť je preto psychologický dopad vojny na deti, ktorý v súčasnosti nemožno objektívne merať. A jeho účinky majú dlhodobý a nie vždy predvídateľný účinok.

Vo všeobecnosti je viac ako 60% detí Donbassu traumatizovaných svedkami nepriateľstva a násillia. Na Ukrajine bolo v posledných rokoch v Doneckej oblasti viac ako 40,0% detí vo veku 7 – 12 rokov a viac ako 50,0% detí vo veku 13 – 18 rokov vystavených závažnej psycho-traumatickej situácii, 76,0% detí vo veku 7 – 12 rokov a 43,0% 13 – 18 rokov pociťovania príznakov strachu.

### ***Hlavné problémy nebezpečenstva dieťaťa:***

- poškodenie vojenskou muníciou (priamy dôsledok kolízie s priebehom vojny);
- psychologické traumy z toho, čo bolo vidieť (svedok o vojnových udalostiach);
- vizuálny prístup k osobe so zbraňou (vnímanie osoby so zbraňou);
- sociálny stres (strata blízkych, príbuzných, priateľov, známych ...).

### ***Čo sa stane dieťom s tým, ako sa menia sociálne náklady?***

Duševné poruchy detí majú rôznu mieru hĺbky a zložitosti. Niektorí ľudia majú iba veľkú úzkosť, strach, agresiu, hnev, pocity neistoty, ale deti, ktoré zažili smrť blízkych alebo boli svedkami smrti, majú hlboké mentálne traumy a poruchy, psychosomatické poruchy.

Detský slang obsahuje neobvyklé slová o vojne, vojenskom vybavení, vraždách, nenávisti a ďalších. Preto sa do ukrajinského života dostali nasledujúce vyhlásenia, ktoré im boli predtým cudzie:

- Deti, ktoré odobrali svoje detstvo...
- Deti, ktoré vyrástli na celý život...
- Deti s dospelými očami...

Na Ukrajine sa ľudia, ktorí boli v dôsledku vojny nútení opustiť svoje rodné miesta, bežne nazývajú vnútorne vysídlené osoby. Ako vnímajú deti nové prostredie? Napriek stresu, ktorý deti zažívajú v dôsledku presťahovania sa na nové miesta bydliska, nové prostredie sa vníma ako nový život!

Deti z východu Ukrajiny majú možnosť prispôbiť sa nielen pokojným ukrajinským regiónom, najmä v západných regiónoch, ale aj v zahraničí, najmä v Nemecku, Poľsku, Maďarsku a ďalších krajinách Európskej únie.

Nútené psychologické vysídlenie pre deti je ťažšie, pretože je sprevádzané ťažkými osobnými skúsenosťami spojenými s prispôbovaním sa úplne novým podmienkam a životným podmienkam. Rôznymi spôsobmi dochádza k prekonávaniu psychologických traumat vojny. Medzi najúčinnnejšie patria: prostriedky na rodinné vzdelávanie, prostriedky inkluzívneho vzdelávania (korekčný výcvik), prostriedky arteterapie, bábkové terapie atď.

### ***Úloha verejných organizácií.***

Vo všeobecnosti je na novom mieste zmena sociálnych myšlienok u dieťaťa pozitívna. Okrem štátnych inštitúcií im pomáhajú aj verejné organizácie, ktoré počas vojny oživilo masové dobrovoľnícke hnutie.

Dobrovoľníctvo na území Ukrajiny aktívne propagovalo mnoho mimovládnych organizácií. Vo všeobecnosti nepokrývalo všetky organizácie, ale malo výrazný vplyv na psychológiu podpory občanov ukrajinskej armády a okupovaných obetí. Dobrovoľníctvo sa však v poslednom čase rozšírilo medzi predstaviteľmi rôznych verejných organizácií, ovplyvnilo rozvoj občianskej spoločnosti a stalo sa pomocným nástrojom v spolupráci so štátom na ochranu územnej celistvosti Ukrajiny.

Posledné roky na Ukrajine sa vyznačujú obnovením aktivisticko-dobrovoľníckeho hnutia v obsahu činností verejných organizácií, najnovšou „legitimizáciou“ kategórie „verejná organizácia“ a vznikom druhov práce prospešných pre spoločnosť (sociálno-lekárske služby, kreatívny priemysel, rozvoj miestnych komunít atď.).

Vo všeobecnosti možno činnosť mimovládnych organizácií v tejto fáze rozdeliť do dvoch podstatných častí.

Prvá časť – aktivistka – súvisí s prijatím ukrajinského zákona o občianskych združeniach v januári 2013, ktorým sa vymedzujú právne a organizačné zásady výkonu práva na slobodu združovania zaručeného Ústavou Ukrajiny a medzinárodnými zmluvami Ukrajiny, povinnosť ktorej zabezpečuje Najvyššia rada Ukrajiny, postup pri zakladaní, registrácii, činnosti a ukončení činnosti verejných združení. Napriek mnohým zmenám a doplneniam tento právny dokument sformuloval viac-menej jasné definície a obmedzenia fungovania verejných organizácií na Ukrajine. Možno konštatovať, že tento zákon bol výsledkom vývoja sociálno-politických názorov predstaviteľov orgánov a občianskej spoločnosti a podľa niektorých výskumníkov „zásadne zmenil koncepčné základy ústavného práva na slobodu združovania (článok 36 Ústavy Ukrajiny)“. Jasná definícia vety „verejná organizácia“, ktorá sa objavila v tomto vydaní zákona, aktivizuje občanov, aby preukázali aktívne autonómne občianstvo. Najdôležitejšie je, že zákon jasne rozlišuje mimovládne organizácie od politických strán, označuje „geografiu“ združení národného a medzinárodného štatútu a legalizuje samosprávny charakter a nekontrolovanie štátnych orgánov.

Druhá časť – dobrovoľníctvo – bol priamym dôsledkom revolúcie dôstojnosti a začiatku vojenskej okupácie Ruskej federácie východných regiónov Ukrajiny, anexie autonómnej republiky Krym, a teda rozsiahlej verejnej oslavy ukrajinského ľudu s cieľom pomôcť armáde a dobrovoľníckym jednotkám. To pomohlo aktivovať verejný zdroj na vytvorenie vhodných sociálnych podmienok pre rozvoj osobnej slobody a rozmanitosti demokratických prejavov. Do dobrovoľníckeho hnutia sa tak či onak zapojilo značné množstvo mimovládnych organizácií, ktoré pomohli zvýšiť autoritu tretieho sektora na Ukrajine a významne podporili rozvoj občianskej spoločnosti.

Mimovládne organizácie, ktoré deklarujú svoju ochotu spolupracovať a obhajovať sociálne služby, by sa mali povzbudzovať prostredníctvom štátneho programu podpory pre inštitúcie občianskej spoločnosti a mali by sa im dostávať *carte blanche* na splnenie konkrétneho sociálneho poriadku. Logika tohto je založená na skutočnosti, že štát zostáva na Ukrajine zákazníkom sociálnych služieb a kontrolórom tých, ktorí ich vykonávajú. Štát celý tento proces reguluje. Mali by sa však chápať jasné hranice vplyvu na sociálnych dodávateľov, pretože preťaženie štátnej kontroly nad mimovládnymi organizáciami porušuje základné zásady občianskej spoločnosti. Potenciál vzťahov medzi orgánmi verejnej moci, orgánmi miestnej samosprávy a verejnými organizáciami preto spočíva v integrácii ich skúseností, iniciatív a skutočných príležitostí.

Oživenie dobrovoľníckeho hnutia na Ukrajine v posledných rokoch urýchlilo rozvoj občianskej spoločnosti. Zintenzívnenie práce verejných organizácií v tejto oblasti je tiež dôsledkom silnej grantovej pomoci mnohých zahraničných darcov (grantových zväzov, nadácií, charitatívnych združení), ktoré začali širokú kampaň na zapojenie inštitúcií tretieho sektora do poskytovania rôznych druhov sociálnych služieb občanom. Z dôvodu finančných stimulov vyzerá grantová spolupráca orgánov verejnej moci, orgánov miestnej samosprávy a verejných organizácií dosť úspešná. Napriek obvineniu jednotlivých účastníkov grantových programov nie je interakcia medzi štátnymi inštitúciami a občianskou spoločnosťou príkladná, ale stále do značnej miery indikatívna. Je to vynikajúci príklad spolupráce a kombinácie skúseností, iniciatív a overovania schopností všetkých zúčastnených strán.

V iných prípadoch však majú verejné iniciatívy ťažký čas, ktorý pripravuje pôdu pre funkčné uznanie. Najmä. Proces obmedzenia iniciatív verejných aktivistov, pokiaľ ide o publicitu a transparentnosť činnosti vládnych inštitúcií, zostáva viditeľný. To výrazne zužuje možnosti „tretieho sektora“ a zbavuje štátne nezávislé inštitúcie výkon ich funkcií. Negatívnym fenoménom moderného rozvoja občianskej spoločnosti je oddelenie moci od spoločnosti definovaním limitov kompetencie subjektov sociálno-politických vzťahov. Z tohto dôvodu značný počet dôležitých občianskych iniciatív zostáva mimo dosahu tých, ktorí môžu, a čo je najdôležitejšie, mať skutočný potenciál ovplyvňovať rozhodovanie, implementovať ich s cieľom čiastočne ich eliminovať alebo úplne riešiť problémy miestneho rozvoja.

Pre praktické zlepšenie interakcie medzi štátom a občianskou spoločnosťou je potrebné vyvinúť štátne mechanizmy podpory a povzbudenia činnosti verejných organizácií s cieľom účelnej a kvalitatívnej decentralizácie verejnej správy v rôznych verejných sférach. Takýto program sociálnej samoorganizácie by zahŕňal vysoký stupeň účasti Spoločenstva na rozhodovaní o riešení konkrétnych problémov ľudského života a podporoval by „ducha dobrovoľníctva“ ako základu humanistickej spoločnosti. Začatie primeranej tvorby právnych predpisov by bolo signálom pre orgány občianskej spoločnosti, aby boli ochotné spolupracovať a zodpovedné za presadzovanie právnych predpisov. Zároveň by podporila informovanosť o narastajúcej úlohe občianskej spoločnosti pre všetkých občanov Ukrajiny a jej významnom vplyve na vyhliadky na rozvoj štátu.

### ***Výsledok.***

Práca s deťmi, ktoré boli traumatizované vojnou, by sa mala zamerať na rozvoj novej úrovne medziľudských vzťahov, pozitívnych životných hodnôt a optimistického výhľadu.

Súčasný sociálny proces si vyžadujú prehodnotenie tradičných vzdelávacích technológií a nových vzdelávacích príležitostí.

Je potrebné vytvoriť optimálne podmienky pre emocionálny komfort detí:

- brať do úvahy národnostné a kultúrne faktory, úroveň všeobecného vývoja dieťaťa, hodnotové orientácie, motiváciu k činnosti;
- integrovať pedagogické úsilie o vybudovanie pocitu bezpečia na základe princípov prístupu zameraného na človeka;
- predvídať kontinuitu práce učiteľov, vychovávateľov, sociálnych pedagógov a psychológov;
- zabezpečiť spoluprácu vzdelávacích inštitúcií a rodičov dieťaťa.

Zhrnutím týchto úvah je potrebné poznamenať, že na Ukrajine, napriek zložitosti zahraničného a domáceho politického rozvoja, priebeh európskej integrácie a skutočné vykonávanie demokratických inštitucionálnych zásad zostáva nielen nezmenený, ale aj prioritou. Ukrajinské mimovládne organizácie sa snažia uviesť do praxe pozitívne skúsenosti inštitúcií občianskej spoločnosti v Európskej únii, zapojiť tradičného a definujúceho ducha dobrovoľníctva do podstaty sociálnych združení. Existujú však určité ťažkosti so skutočnosťou, že činnosť a iniciatíva mimovládnych organizácií nie je dostatočne jasne regulovaná, hoci pokrok v tejto oblasti je stále hmatateľný. Ovplyvňuje to aj správne vnímanie vplyvu mimovládnych organizácií regionálnymi orgánmi a miestnymi komunitami,

ktoré ešte nie sú pripravené implementovať zásadu komplementárnosti a sú skeptické voči účinnosti tretieho sektora ako celku.

Na záver chceme povedať že na upozornenie na úmrtia detí z vojenských konfliktov v roku 2018 bolo pred budovou OSN v New Yorku umiestnených 3758 školských batohov. A to je dôkaz, že téza o vojne a deťoch je celosvetovým problémom, a nie samostatného štátu...

## Literatúra

БІЛИЧЕНКО, С. Цікаве про Україну (*Bilychenko,S.InterestingaboutUkraine*).2014. URL: [http://www.rdobd.com.ua/index.php?option=com\\_content&view=article&id=255:2014-07-31-08-41-15&catid=59:2014-07-31-08-29-50](http://www.rdobd.com.ua/index.php?option=com_content&view=article&id=255:2014-07-31-08-41-15&catid=59:2014-07-31-08-29-50)

ГЕРМАН, Д. Психологічна травма та шлях до видужання: наслідки насильства – від знущань у сім'ї до політичного терору (*German, D. Psychological trauma and the path to recovery: the effects of violence – from domestic abuse to political terror*). Львів: Видавництво Старого Лева, 2015. 416 с.

ДУБРОВИНСЬКИЙ, Г. Діти війни: дослідження явища психотравми під час військової агресії в Україні (*Dubrovinski,G. Children of war: studies of the phenomenon of psychotrauma during military aggression in Ukraine*). *Український психологічний журнал*. 2016. № 1. С. 16–25.

МІЛЛЕР, К. 13 тисяч: офіційні дані ООН щодо загиблих у війні на Донбасі (*Miller,C. 13 000:official UN data on victims of the Donbas war*). *Радіо Свобода*. 2019.URL: <https://www.radiosvoboda.org/a/29792144.html>

СМЕЛЯНЬСКА, Я. Діти, які подорослішали на ціле життя (*Smelianska,Ya. Children who have grown up for life*). *Права людини в Україні: Інформаційний портал Харківської правозахисної групи*. 2018. URL: <http://khpg.org/index.php?id=1538567383>

ТОКАР, М. Поетапний аналіз динаміки розвитку громадських організацій у контексті взаємодії держави і громадянського суспільства (*Tokar, M.Stage analysis of dynamics of public organizations in the context of interaction of the state and civil society*).*Демократичне врядування: наук. вісн. Вип. 22 / за заг. ред. чл.-кор. НАН України В. С. Загорського, доц. А. В. Ліпенцева*. Львів : ЛПІДУ НАДУ, 2018. URL : [www.dv.lvivacademy.com](http://www.dv.lvivacademy.com)

ТОКАР, М. Потенціал взаємовпливу держави, місцевого самоврядування і громадських організацій в Україні: інтеграція досвіду, ініціатив, можливостей (*Tokar, M. Potential for the interplay of state, local self-government and NGOs in Ukraine: integrating experience, initiatives, opportunities*). *Ефективність державного управління: зб. наук. пр. Вип. 4 (57): у 2 ч. Ч. 1 / за заг. ред. чл.-кор. НАН України В. С. Загорського, доц. А.В. Ліпенцева*. Львів: ЛПІДУ НАДУ, 2018.URL: <http://edu.lvivacademy.com/article/view/164592>

## Контакт на автора:

prof. PhDr. Marian Tokar, PhD.

riaditeľ neziskovej organizácie Agentúra Carpathia, Ukrajina, Katedra politológie a verejnej správy, Fakulta spoločenských vied, Užhorodská národná univerzita v Užhorode, Ukrajina

## KRUH BEZPEČIA

MÁRIA VEREŠOVÁ

### Súhrn

Každý rodič túži mať so svojim dieťaťom dobrý vzťah. Niekedy to však vyzerá, akoby rodič a dieťa hovorili rozdielnymi jazykmi. Jeden na druhého sa nevedia napojiť. Všetky deti však túžia cítiť vo vzťahu s rodičmi bezpečie a dôveru. Výskumy ukazujú, že ľudia, ktorí mali so svojimi rodičmi bezpečnú vzťahovú väzbu, sú v živote šťastnejší, sebavedomejší, odolnejší a dokážu vytvárať pevnejšie priateľské aj partnerské vzťahy. Intervencia "Kruh bezpečia" pomáha naučiť sa lepšie orientovať v tom, čo dieťa potrebuje, po čom túži, a ako sa k nemu dostať bližšie.

### Kľúčové slová

Bezpečná vzťahová väzba, Kruh bezpečia, byť-spolu, jadrové citlivosti, potreby na Kruhu

### Summary

Every parent wants to have a good relationship with their child. However, it sometimes feels like the child and the parent are speaking different languages. They keep failing to connect. All the children desire to feel safety and trust towards their parents. Research shows that people who experienced a secure attachment to their parents are generally happier, more confident and resilient and able to create stronger relationships with both friends and partners/spouses. The Circle of security intervention helps people to better orient themselves in the child's needs and desires and to get closer to the child.

### Key words:

Secure attachment, Circle of Security, Being-with, Core sensitivities, Needs on the Circle

### Úvod

Približne 60 rokov výskumu vzťahovej väzby ukazuje, že deti s bezpečnou vzťahovou väzbou majú lepšie vzťahy s rodičmi, hlbšie priateľstvá, lepšie vzťahy so súrodencami, majú vyššie sebavedomie, dokážu lepšie riešiť problémy, vedia byť milí k ľuďom okolo seba a dôverujú, že svet je dobré miesto.

Autorom knihy Kruh bezpečného rodičovstva sa po mnohých rokoch klinickej praxe, práce s rodičmi a vytvárania intervencie „Kruh bezpečia“, podarilo v roku 2017 vydať knihu Kruh bezpečného rodičovstva (Raising a secure child, 2017; v slovenčine Kruh bezpečného rodičovstva. Ako podporiť bezpečnú vzťahovú väzbu Vášho dieťaťa, jeho emočnú odolnosť a slobodu v skúmaní seba a sveta, 2018). Je to veľká pomoc a inšpirácia pre všetkých rodičov, ale aj odborníkov, ktorým téma vzťahovej väzby a vzťahov ako takých leží na srdci. Pri workshope Kruh bezpečia majú účastníci možnosť interaktívnou formou spoznať jednotlivé metódy, ktoré autori intervencie Kruh bezpečia používajú v práci s rodičmi, zoznámiť sa s teoretickými východiskami tejto intervencie a dozvedieť sa aj niečo o sebe samých a svojich tendenciách pri vyvíjaní vzťahov s deťmi a s druhými ľuďmi všeobecne.

## **Prečo je vzťahová väzba taká dôležitá**

Vzťahová väzba sa stala témou odborníkov po druhej svetovej vojne. John Bowlby, ktorý sa vtedy podieľal na výskume inštitucionalizovaných sirôt, (ktoré prišli o svojich rodičov počas vojny) si všimol jeden zdanlivo nelogický jav. Napriek tomu, že bolo o deti dobre postarané, tieto deti neprospeievali a prejavovali sa u nich rôzne zdravotné aj psychické ťažkosti.

Bowlby po rokoch výskumu zistil, že dieťa má primárnu pudovú tendenciu naviazať sa na matku (resp. primárneho opatrovateľa), teda vytvoriť si s ňou vzťahovú väzbu, ktorá dieťa k tejto osobe pripútava (1982). Nejde pritom o nejakú sekundárnu potrebu. Potreba pripútať sa na primárneho opatrovateľa a vytvárať s ním vzťahovú väzbu je rovnako dôležitá pre zdravý vývin dieťaťa, ako potreba jesť, piť či byť v teple. Táto pudová tendencia naviazať sa na osobu matky (alebo iného primárneho opatrovateľa), má z evolučného hľadiska funkciu ochrany. Chráni totiž bezmocné dieťa pred rizikami, ktoré by vyplynuli z neprítomnosti dospeljej ochraňujúcej osoby. Pripútať správanie je aktivované samotou, cudzím prostredím či únavou. Dieťa hľadá blízkosť matky a v jej blízkosti sa necháva utešiť a upokojiť (Hašto, 2005). Vzťahová väzba teda pomáha k individuálnemu prežitiu, ale aj zachovaniu druhu.

Výskumy Allana Schorea (1996, 2002), ktorý je uznávaným výskumníkom v oblasti neuropsychológie, Bowlbyho predpoklady potvrdzujú. Schore zistil, že veľa regulačných a na prežitie potrebných funkcií závisí od toho, akú má dieťa skúsenosť s dospelým, špeciálne od vzťahovej väzby s primárnym opatrovateľom. Tieto funkcie sa nachádzajú v pravej hemisfére, ktorá je počas prvých troch rokov života dominantnou hemisférou.

Mary Ainsworthová (1985), ktorá bola súčasťou Bowlbyho tímu výskumníkov, na základe svojich pozorovaní definovala 3 typy vzťahovej väzby, ku ktorým bol neskôr priradený štvrtý typ (bezpečná; neistá- vyhýbavá, neistá-ambivalentná; neistá-dezorganizovaná). Vytvorila metódu, nazývanú „Test neznámou situáciou“ (Strange Situation Procedure), na základe ktorej je možné definovať štýl vzťahovej väzby medzi rodičom a dieťaťom, pozorujúc ich vzájomnú interakciu. Táto metóda dodnes pomáha pochopiť, čo v konkrétnom vzťahu rodič-dieťa nefunguje, a ako rodičom a deťom pomôcť, aby sa pripútali.

Alan Sroufe a kol. sú autormi dôležitej Minnesotskej štúdie, v ktorej bolo pozorovaných 180 detí od začiatku tretieho trimestra tehotenstva až do dospelosti. Zistili, že deti, ktoré si v detstve vytvorili s rodičmi bezpečnú vzťahovú väzbu, vedeli lepšie zvládať stresové situácie, mali menšie sklony k frustrácii či agresii, boli vytrvalejšie, flexibilnejšie, mali vyššiu sebadôveru, ale aj dôveru v druhých ľudí, mali vyššie sociálne kompetencie (2005).

## **Kruh bezpečia – mapa pre vytvorenie bezpečnej vzťahovej väzby**

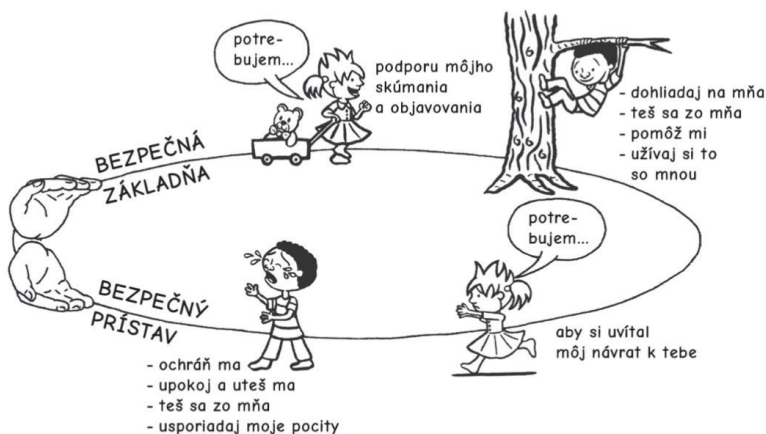
Roky výskumu vzťahovej väzby teda ukazujú, že význam vzťahu rodič – dieťa je pre zdravý psychický aj fyzický vývin dieťaťa kľúčový a nemožno ho podceňovať. Autori knihy „Kruh bezpečného rodičovstva“ sa téme vzťahovej väzby a práci s rodičmi venovali 30 rokov. Svoje poznatky a skúsenosti v tejto knihe prinášajú jednoduchým a pútavým spôsobom nie len odbornej obci, ale aj laickej verejnosti. Sú autormi intervencie „Kruh bezpečia“, v ktorej vedú rodičov vo vytváraní vzťahovej väzby so svojím dieťaťom. Potreby dieťaťa a spôsob, ako mu pomôcť bezpečne sa pripútať, vysvetľujú na jednoduchej schéme Kruhu bezpečia:



\* Z angl. „filling my cup“ (doplň moju šálku), nem. auftanken (natankovať, načerpať)

Obr.1: Kruh bezpečia – potreby dieťaťa na Kruhu (voľne podľa Hoffman, Cooper, Powell, 2018)

Dieťa má v systéme vzťahovej väzby dve kľúčové potreby. Potrebuje bezpečnú základňu, z ktorej môže vychádzať a objavovať svet, a zároveň bezpečný prístav, do ktorého sa môže vrátiť doplniť citovú nádobu, získať útechu či upokojenie. Napĺňanie obidvoch týchto potrieb a správne vnímanie toho, kde na Kruhu sa dieťa nachádza – teda ktorú potrebu momentálne potrebuje naplniť – je kľúčové pre bezpečnú vzťahovú väzbu a pre vývin schopnosti emocionálnej regulácie u dieťaťa. „Kruh bezpečia ukazuje, že malé deti môžeme vidieť ako konštantne odchádzajúce a vracajúce sa späť.“ (Hoffman, Cooper, Powell, 2018, s.59).



Obr. 2: Kruh bezpečia znázorňuje potrebu dieťaťa mať bezpečný prístav a bezpečnú základňu (voľne podľa Hoffman, Cooper, Powell, 2018)

Napriek tomu, že potreby dieťaťa sú v zásade jednoduché a prirodzené, pre rodiča (resp. opatrovateľa) nemusí byť také jednoduché ich vnímať a naplňovať. Ukazuje sa, že pre väčšinu ľudí je prirodzenejšie naplňovať potreby v jednej časti Kruhu, kým v druhej časti sa cítia menej komfortne. Je to nevedomý proces, ktorý má korene v našom detstve, v našej vzťahovej väzbe s rodičmi. Skúsenosti, ktoré sme v týchto prvých vzťahoch v živote získali, môžu spôsobiť, že pri určitom type potrieb, ktoré dieťa prejaví, sa cítime diskomfortne, nieisto, alebo máme až pocity nebezpečia. Preto sa nevedome vyhýbame naplňaniu týchto potrieb. Autori knihy Kruh bezpečia tento „alarm“, ktorý sa v nás zapína pri určitom type potrieb, nazývajú „žraločia hudba“ (in Hoffman, Cooper, Powell, 2018, s.106). Dieťa po opakovanej skúsenosti, že určitá jeho potreba vyvoláva v rodičovi negatívne pocity, začne túto potrebu skrývať, resp. prestane ju prejavovať. Vzdáva sa svojej potreby, aby udržalo rodiča nablízku. Deje sa to však na úkor rozvoja jeho self, čo vedie k narušeniu bezpečnej vzťahovej väzby s rodičom, možnému narušeniu zdravého regulovania emócií, ako aj k negatívnym dôsledkom vo vývine osobnosti.

Deti, ktoré sa naučia vysilať falošné signály na spodnom polKruhu (potreba útechy, bezpečia), majú častejšie tzv. externalizované problémy (agresívne správanie, poruchy správania...). Situácia je znázornená na obrázku č. 3.



Obr. 3: Kruh obmedzeného bezpečia – dieťa, ktoré vysila falošné signály na spodnom polKruhu – rodič, ktorý sťahuje ruku zo spodného polKruhu (voľne podľa Hoffman, Cooper, Powell, 2018)

Deti, ktoré sa naučili vysilať falošné signály na vrchnom polKruhu, zvyknú mať zase neskôr v živote problémy s úzkosťou. Vid' obrázok č.4.



Obr. 4: Kruh s obmedzeným bezpečím – dieťa, ktoré vysiela falošné signály na vrchnej polovici Kruhu – rodič, ktorý sťahuje ruku z vrchného polKruhu (voľne podľa Hoffman, Cooper, Powell, 2018)

U obidvoch typov obmedzeného bezpečia je trochu vyššia miera výskytu depresie (Hoffman, Cooper, Powell, 2018).

Deti s bezpečnou vzťahovou väzbou dávajú rodičom priame signály o svojich potrebách, čo vedie k lepšiemu vzťahu medzi nimi, ale aj zdravšiemu fungovaniu v dospelosti.

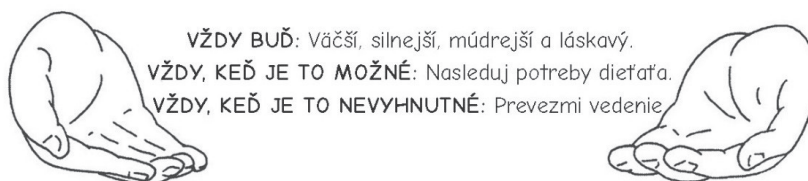
Naša vlastná „žraločia hudba“, teda alarm, ktorý sa v našom nevedomí spustí pri určitom type potrieb dieťaťa, zvyčajne súvisí s kľúčovou témou, ktorá bola pre nás zvlášť zraňujúca, keď sme vyrastali. Hoffman, Cooper a Powell (2018) definovali tri druhy takýchto jadrových citlivostí:

- *Separčná citlivosť* (súvisí so strachom z opustenia, prináša ťažkosti s napojením na vrchnom polKruhu)
- *Citlivá sebahodnota* (citlivosť na kritiku alebo odmietnutie, prináša problémy s napĺňaním potrieb na spodnom polKruhu)
- *Citlivosť na bezpečie* (citlivosť na cudzie zásahy v našich vzťahoch, zvyčajne vedie k ťažkostiam na spodnom polKruhu, resp. k ťažkostiam udržať ruky na Kruhu vo všeobecnosti – vid' obrázok č.5)



Obr. 5: Kruh obmedzeného bezpečia – dieťa má veľké obavy, že nenájde rodičove ruky – rodič ktorý nedokáže udržať ruky na Kruhu (voľne podľa Hoffman, Cooper, Powell, 2018)

Každý človek, každý rodič, má svoje neistoty a citlivé miesta. Preto je prirodzené, že sa prenášajú aj do vzťahov s vlastnými deťmi. Bezpečná vzťahová väzba však nie je len pre dokonalých rodičov. Naopak, bezpečie a dôvera vo vzťahoch vzniká aj cez skúsenosť, že keď nastanú zranenia – trhliny na Kruhu, je možné ich napraviť, vrátiť sa späť k sebe, znova sa na seba napojiť. Rodič, ktorý si je vedomý svojich neistôt a citlivých miest, môže v momente, keď sa z Kruhu stráca, urobiť rozhodnutie vrátiť sa späť. Podľa autorov knihy „Kruh bezpečia“ dieťa potrebuje rodiča, ktorý je *väčší, silnejší, múdrejší a láskavý*.



Obr. 6: Rodič v pozícii rúk na Kruhu bezpečia (voľne podľa Hoffman, Cooper, Powell, 2018)

Keď má rodič strach byť väčší a silnejší, stáva sa slabým, čo prináša pocit neistoty u dieťaťa. Keď nie je láskavý, stáva sa krutým a dieťa prestáva cítiť lásku. Hľadanie rovnováhy medzi týmito štyrmi aspektami je celoživotnou úlohou, Hoffman, Cooper a Powell však ponúkajú spôsob, ako môže rodič zistiť, čo je pre neho najväčšia výzva a ako sa v tejto oblasti zlepšovať.

## Záver

„Žraločia hudba je našou vedomou obranou pred emočnou bolesťou, ktorú sme zažili v našich najranejších vzťahoch. Sú to trhliny, ktoré neboli napravené alebo spomienky na bolestivé momenty vo vzťahoch, ktorých zopakovaní sa chceme vyhnúť.“ (in Hoffman, Cooper, Powell, 2018, s.166). Tieto obrany však majú svoje dôsledky. Pod vplyvom jadrových zranení z našich prvých vzťahov v detstve, si vytvárame vnútorné presvedčenia o tom, ako fungujú vzťahy, ako sa v nich treba správať a komunikovať. To sa potom v dobrej viere snažíme naučiť aj svoje deti. Keď dokážeme svoje rané zranenia a citlivé miesta

pomenovať a reflektovať, postupne sa môžeme naučiť vnímať, ktoré varovné signály znejúce v našej hlave, sú reálne, a kedy počujeme len svoju vlastnú žraločiu hudbu. Potreby dieťaťa na Kruhu sa tak stávajú pochopiteľnejšími a menej strašidelnými a my sa môžeme tešiť zo vzájomného kontaktu, bytia-spolu a porozumenia, ktoré to do našich vzťahov môže vnieť.

### **Literatúra**

- AINSWORTH, M.S.D. 1985. *Patterns of infant-mother attachments: antecedents and effects on development*. 1985. New York: Bull NY Acad. Med. 6: s.771-791.
- BOWLBY, J. 1982. *Attachment and loss: Vol. 1. Attachment (rev. ed.)*. New York: Basic Books, 1982. 326 s. ISBN 0-465-00543-8.
- HAŠTO, J. 2005. *Vzťahová väzba - ku koreňom lásky a úzkosti*. Trenčín: Vydavateľstvo F, 2005. 300 s. ISBN 80-88952-28-X.
- HOFFMAN, K., COOPER, G., POWELL, B. 2018. *Kruh bezpečného rodičovstva*. Bratislava: Vydavateľstvo F, 2018. 253 s. ISBN 978-80-88952-96-1.
- SCHORE, A. N. 1996. *The experience-dependent maturation of a regulatory system in the orbital prefrontal cortex and the origin of developmental psychopathology. Development and Psychopathology*. 1996. Australian and New Zealand Journal of Psychiatry. 36 (1) s.9-30.
- SCHORE, A. N. 2002. *Dysregulation of the right brain: A fundamental mechanism of traumatic attachment and the psychopathogenesis of posttraumatic stress disorder*. 1996. Cambridge: Cambridge University Press. 8 (1) s.59-87.
- SROUFLE, L.A. a kol. 2005. *The development of the person: The Minnesota Study of Risk and Adaptation from Birth to Adulthood*. New York: Guilford Press, 2005.

### **Kontakt na autora:**

Mgr. Mária Verešová  
email: veresova.mar@gmail.com

# POVEDAŤ, ČI NEPOVEDAŤ? AKO DEŤOM OZNAMOVAŤ ŤAŽKÉ TÉMY /ÚMRTIE, CHOROBA, SŤAHOVANIE/

JANA VYSKOČIL

SIPE – Slovenský inštitút pre psychotraumatológiu a EMDR

## Súhrn

Veľmi radi by sme deti ochránili od ťaživých správ. Lenže to nejde. Deti sú súčasťou nášho sveta, do ktorého bohužiaľ patria aj tie náročnejšie témy. Deti potrebujú informácie primerane veku, tak aby sa vedeli zorientovať, čo najľahšie v tom, čo vidia a cítia okolo seba. Prijateľné informácie pomáhajú mentalizácii, čo zvyšuje odolnosť voči vzniku traumy pri udalostiach s traumatickým potenciálom.

## Kľúčové slová

Deti, trauma, smrť

## Summary

We would like to protect children from difficult news. But it is not possible. Children are a part of our world which unfortunately includes even the more difficult topics. Children need information appropriate to their age so that they are able to understand as best as possible what they see and feel around them. Appropriate information helps mentalization which improves resistance to trauma during situations with traumatic potential.

## Key words

Children, trauma, death

## Úvod

Zármuto je pocit straty a smútku, keď niekto alebo niečo, čo sme milovali, navždy zmizne. Zármuto je súčasťou života. Najradšej by sme deti ochránili od týchto pocitov, čo najdlhšie, ako je to len možné. Lenže to nejde, pretože sú súčasťou sveta, v ktorom žijeme. Aj keď nevedia práve presne pomenovať, čo sa deje, cítia to. Často nehovorenie o veciach môže byť ochrana samotného dospelého. „Ľahšie“ je uchrániť tajomstvo, ako seba pred emóciami dieťaťa.

## Dieťa a udalosť

Od veku dieťaťa a jeho stupňa vývinu závisí, ako prežívajú, interpretujú zaťažujúcu udalosť. Deti ešte nemajú také stratégie zvládania, ako dospelí, často môžu byť preťažené a bezradné. Preto je dôležité ich sprevádzanie týmto obdobím, aby mohli udalosť, čo najlepšie integrovať.

Správnym prístupom je otvorenosť. Hovorenie u udalosti, jazykom primeraným veku dieťaťa. Často sa mylne domnievame, že keď dieťa tomu ešte nerozumie, nemusí nič vedieť, ale nie je tomu tak. Uvádza sa, že dieťa už od 6 mesiacov dokáže smútiť (Bowlby, In: Worden,

2013). Často dieťa zvolí stratégiu smútenia ako blízka osoba, aj bez toho, že by vedelo o čo ide. Preto je potrebné, aby dieťa rozumelo situácii, pretože ona už niekde vo vzduchu dávno je. Len jej chýba príbeh. Príbeh pomáha mozgu mentalizovať a tým s udalosťou sa lepšie vyrovnávať. S deťmi hovoríme o udalosti priamo, bez zbytočných detailov- Povzbudzovanie k otázkam. Hovoríme pravdivo, lebo aj keď nie teraz, tak neskôr prídu na to, že to bolo klamstvo. Deti často berú slová doslovne, tak preto je dôležité si informácie nezjednodušovať „mäkším“ slovníkom.

Pred tým ako dieťaťu oznamujeme nejakú informáciu, ktorá aj pre nás samých je náročná musíme sa postarať o seba. Keď sa o seba nepostaráme my sami, tak nikto. Zároveň tým dieťa učíme sa regulovať. Je to ako v lietadle, kde v inštrukciách, keby sa niečo dialo, tak rodič nasadzuje sebe masku ako prvému a potom až dieťaťu. (Markhamová, 2015)

Všeobecne sa dá vnímanie smrti u detí rozdeliť do kategórií, avšak je dôležité brať do úvahy individuálny vývin dieťaťa, jeho predošlé skúsenosti so smrťou, či osobnostné danosti. U detí mladších ako 6-8 mesiacov platí „zide z očí, zide z mysle“. Napriek tomu však aj tieto deti preberajú stresové reakcie okolia. Staršie deti do 2 rokov, majú už vybudované stabilné putá k určitým osobám. Aktívne hľadajú rodiča, ktorý chýba, vykazujú normálne správanie zármutku, avšak nechápu konečnosť smrti, nezvratnosť. Napodobňujú prežívanie rodiča (blízkej osoby). Deti od 2 do 7 rokov začínajú myslieť magicky, ktoré prináša vysvetlenia, že jeho konaním zapríčinilo udalosť. Nechápe nezvratnú povahu smrti. Verí, že mŕtvych je možné prinavrátiť späť. Deti vo veku od 7 do 12 rokov začínajú chápať definitívnosť smrti. Dokážu tiež rozoznať, že každý z nás zomrie, ale nedokážu pochopiť, že smrť môže nastať predčasne, alebo, že aj ono samotné môže zomrieť. Smrť ho veľmi zaujíma. Dokážu vyjadriť svoje pocity a myšlienky o smrti a chápať vieru v život po smrti. Už po 9roku dokáže pochopiť definitívnosť smrti, aj to, že každý môže zomrieť. Mladiství majú ťažkosti emocionálne akceptovať smrť, pretože sa im zdá príliš vzdialená a ťažko kontrolovaná.

Deti vo vzťahu k smrti, často kladú otázky v týchto témach: o Bohu, o zabúdaní, o kliše (o mŕtvom len dobre), o tom, čo je dovolené, o faktoch, o neschopnosti smútiť, o mlčaní, o umieraní a iné.

Deťom pri spracovaní udalosti pomáha: blízkosť vzťahových osôb, súdržnosť rodiny, sloboda k otvorenému rozprávaniu sa o udalosti, akceptovanie emócií, ktoré prichádzajú, dobrá úroveň fungovania rodiča po udalosti, účasť na pohrebe a iných rozlúčkových rituáloch s dostatočnou prípravou pred ním, mať možnosť byť v „spojení“ so zomrelým. Deti potrebujú vedieť, že sa niekto o nich postará, že smrť nespôsobili svojím hnevom, či zlým správaním. Smútiace deti potrebujú jasné informácie. Potrebujú sa cítiť súčasťou a že sú dôležité. Potrebujú pokračujúce rutinné aktivity, vedieť, že sa nezmenil celý svet. Nieкого, kto bude počúvať ich otázky, aj keď sa budú opakovať.

## **Dieťa a zmeny**

Dôležité je hovoriť o zmenách, ktoré majú nastať alebo nastávajú. Slovmi, ktoré sú primerané veku dieťaťa a tak najjednoduchšie ako sa len dá. Zároveň sme otvorení otázkam, ktoré dieťa prinesie. Pre budovanie reziliencie u detí a adolescentov je potrebné, aby sa rodičia rozprávali s deťmi o tom, aké to bolo pre nich v ich, keď boli vo veku detí. Pomáha to deťom vidieť a vedieť, že sa to dá zvládnuť a prežiť. Rodičom to pomáha sa priblížiť sa deťom a pripomenúť si aké to bolo pre nich, na čo často zabúdame.

Keď dieťa prechádza náročným obdobím, zmenou vo svojom vývinovom období, ako napríklad strach z odlúčenia, nástup do škôlky, školy, zmena učiteľky, zdravotný problém. Pri sprevádzaní môže pomôcť:

1. Hľadanie spolu s dieťaťom, čo by mohlo pomôcť? Čo by ono potrebovalo.
2. Prehrávanie situácie, zahranie sa s dieťaťom na to, čo prežíva. Je to skôr vhodnejšie pre mladšie deti. Rodič sa pokúša situáciu zahrať tak, aby spoločne sa mohli na tom zasmiať, aby sa stres a napätie uvoľnili cez smiech v bezpečí pri bezpečnej osobe.
3. Nájsť spôsob, ako byť v tom aktívny, niečo mať pod kontrolou /na starosti/, aby nebolo pasívne v celom dianí. Napr. Pri pravidelnom pichaní rastového hormónu, dieťa má na starosti odhadzovanie použitej ihly. Pri udalostiach, činnostiach s traumatickým potenciálom je dôležité, aby človek mal niečo pod kontrolou, na starosti, pretože to zvyšuje odolnosť voči traumatizácii.
4. veľmi nápomocný môže byť príbeh/kniha, ktorú rodič vytvára pre dieťa. Kniha s príbehom pomáha dieťaťu sa kedykoľvek k nej vrátiť, keď potrebuje. Je to pre neho niečo známe, o čom sa doma hovorí a nie je to tabu, je o tom aj „kniha“. Príbeh sa začína pútavým úvodom, kde sa predstaví, kto v príbehu vystupuje ....*kde bolo tam bolo, bol rad jeden chlapček, ktorého rodičia ľúbili a mal rád hokej....* pokračuje sa popisom problému, niekedy je dobré, aby v príbehu vystupoval iba chlapec, dievča bez mena. Potom sa napíše pozitívne smerovanie do budúcnosti, že sa to *zvládne, naučia sa prekonávať problémy, ktoré prídu, zvykne si na nové prostredie a začne sa mu tam páčiť*. Príbeh je fajn ilustrovať, aby to pre dieťa bolo, čo najviac pútavé (Lovettová)

## **Záver**

Smútenie detí nekončí ako smútková práca dospelého. V dospelosti sa opäť môžu oživiť tieto udalosti. Je to ďalšia forma spracovania. K plynulosti tejto ďalšej fázy môže pomôcť naše dostatočné sprevádzanie dieťaťa, keď sa to aktuálne deje. Našu pozornosť si zaslúžia však všetky témy, ktoré prináša, nemusí ísť iba o fatálne udalosti. Pre dospelého to môže byť maličkosť, ale pre dieťa to môže znamenať celý svet.

## **Literatúra**

- BRÁNIKOVÁ, K. 2010. *Materiály pre výcvik v krízovej intervencii*. Bratislava, Modrý anjel. 2010 40s.
- LEVIN, P. A & KLINE. M., 2012. *Trauma očima dítěte*. 1. Vyd. Praha: Maitrea, 611s. ISBN: 978-80-87249-27-7
- LOVETT, J., 1999. *Small Wonders*. 1. Vyd. New York: The Free Press, 258s. ISBN: 068484446X
- MARKHAMOVÁ, L. 2015. *AHA! Rodičovství*. 1. Vyd. Praha, Mladá fronta, 2015. 296s. ISBN: 9788020439505
- MORRIS-SMITH, J & SILVESTRE, M. 2013. *EMDR for the Next Generation: Healing Children and Families*. 1. Vyd. acpi, 2013, 260s. ISBN: 978-1-909507-92-0

- SILVESTRE, M. 2018, *Materiály z workshopu: EMDR a rodinná terapia*, Trenčín: SIPE, 2018 30 s.
- WORDEN, W. 2013. *Smútkové poradenstvo a smútková práca*. 1. Vyd. Bratislava, Vydavateľstvo F, 2013. 287s. ISBN 978-80-88952-73-2

**Kontakt na autora:**

Mgr. Jana Vyskočil

Pracovisko SIPE

email: rackovka@gmail.com



