

Odborné postupy

v pedagogickej a poradenskej praxi

Dieťa po udalosti s traumatickým potenciálom



Kompetenčný rámec:

| | |
|--|--|
| ZARIADENIE/A ODBORNÝ ZAMESTNANEC/CI | ZŠ, SŠ, ZARIADENIA PREVENČIE A PORADENSTVA PSYCHOLÓG, ŠPECIÁLNY PEDAGÓG, LIEČEBNÝ PEDAGÓG, SOCIÁLNY PEDAGÓG, LOGOPÉD |
| VEKOVÁ KATEGÓRIA | ZŠ, SŠ |
| FORMA | INDIVIDUÁLNA |
| VYPRACOVALA | Mgr. Monika Reitšpís |
| KONZULTANTKA | Doc. ThDr. Mgr. Slávka Karkošková, PhD. |
| DÁTUM | júl 2022 |

Dieťa po udalosti s traumatickým potenciálom

Úvod do problematiky



Psychickú traumu možno charakterizovať ako dôsledok udalosti, ktorá presahuje schopnosť jedinca zvládať záťaž z nej plynúcu. Nejde teda o udalosť samotnú, ale o jej dôsledok. Za traumatizujúcu udalosť považujeme takú, ktorá človeka ohrozuje, no on ju nedokáže ovplyvniť, ostáva bezmocný, vystavený jej pôsobeniu, pričom často, avšak nie vždy zažíva intenzívne pocity strachu až hrôzy. Udalosť celkovo prevyšuje aktuálnu kapacitu jedinca na zvládanie a integrovanie.

Rozlišujeme rôzne druhy traumy (trauma spôsobená druhým človekom, prírodná katastrofa a iné traumatizujúce udalosti, ako napríklad dopravné nehody, úmrtia blízkych osôb), za najzávažnejšiu sa všeobecne považuje trauma spôsobená druhým človekom. Môže ísť o traumu spôsobenú v relatívne krátkom časovom úseku, no tiež aj o opakované a dlhodobé sa vyskytujúci jav. Tento odborný postup je mierený na iné druhy traumatickej skúsenosti dieťaťa, ako prežitie prírodnej katastrofy, autonehody, nehody pri športe, či inej nehody, fyzického zranenia, hospitalizácie bez rodiča, prepadnutia, okradnutia a pod.

Dôsledky, ktoré trauma na jedincovi zanechá, sú veľmi individuálne. Čo jedno dieťa zvládne ľahko a nijako ho to neovplyvní, môže byť pre druhé dieťa silne traumatizujúce. Po traumatickej udalosti je preto nutné zistiť, ako sa s ňou dieťa vyrovnalo, akú stratégiu využilo a aké zanechala dôsledky. Vo výskumoch sa ukazuje, že nespracovaná trauma z detstva môže zanechať dlhodobé dôsledky až do dospelosti. Traumatizované deti majú štatisticky častejšie horší prospech ako iné deti, častejšie sa u nich vyskytujú poruchy správania, bývajú zo škôl viac vylučované ako problematické. Jedinci, ktorí prežili v detstve traumu, majú celkovo častejšie aj v dospelosti psychické problémy, trpia častejšie psychickými (depresia, úzkosť), ale aj somatickými (diabetes, kardio-vaskulárne ochorenia) ochoreniami. Druhy traumatických zážitkov, ktorými sa zaoberá tento postup, sú zväčša spojené s ľudskou solidaritou a možnosťou otvorene o nich hovoriť. Z hľadiska prognózy sú priaznivejšie ako traumy spôsobené druhým človekom. I pri nich je však dôležité adekvátne ošetrovanie a podpora pre dieťa, aby sme zamedzili rozvoju negatívnych následkov.

Človek má na prežitie dve základné skupiny akčných systémov (Panksepp, 2004):

- 1) Akčné systémy v každodennom živote – tieto slúžia k uspokojivému každodennému fungovaniu, pomáhajú vytvárať vzťahy, pripútať sa k druhým ľuďom, udržiavať rovnováhu získavaním energie, potravy, ďalej ku zvedavej explorácii prostredia, hre, budovaniu priateľstiev, sociálnemu začleneniu ako aj rivalite, rozmnožovaniu, liečeniu sa v prípade potreby.
- 2) Akčné systémy v ohrození – na týchto sa podieľa predovšetkým autonómny nervový systém, jeho sympatiková a parasympatiková časť. Všeobecne môžeme povedať, že sympatikus je zodpovedný za nabudené reakcie, hypervigilanciu, útok, útek. Parasympatikus je aktivovaný pri kolapse, submisii. Oba systémy sa podieľajú na reakcii označovanej ako zamrznutie, kedy je organizmus pripravený na akciu, no nakoniec ju nevykoná, pričom reakciu nie je možné vedome kontrolovať.

Obe skupiny akčných systémov sú pre život človeka nevyhnutné. Ak je však skupina akčných systémov v ohrození aktivovaná príliš často alebo príliš intenzívne, dochádza k tomu, že organizmus sa túto stresovú reakciu „naučí, zapamätá si ju“, a tá je potom ľahšie spustiteľná, organizmus je neustále v pohotovosti, pripravený reagovať príliš silnou sympatikovou alebo parasympatikovou reakciou.

Každý človek má individuálnu kapacitu zvládať náročné ohrozujúce situácie, hovoríme o okne tolerancie alebo zóne optimálneho nabudenia (Ogden, Minton, 2000). Ak situácia jeho kapacitu prekročí, môže reagovať hyperarousalom – príliš vysokým nabudením (je emočne hyperaktívny, má nabudenú pozornosť, je v napätí, trasie sa, je iritabilný), t.j. je nad svojím oknom tolerancie alebo hypoarousalom – príliš nízkym nabudením na zvládnutie situácie (jeho emocionalita je naopak plochá, je otupený, nedokáže jasne

myslieť, vynecháva mu pamäť, kolabuje), t. j. je pod svojím oknom tolerancie. To, ako dieťa alebo dospelý reaguje, nie je ovplyvniteľné vôľou a je ťažko predvídateľné. Reakcia na traumu sa môže v čase meniť. Intervencie pre prácu s dieťaťom po traume volíme aj podľa toho, či sa v súvislosti s traumatickou udalosťou aktuálne nachádza v rámci svojho okna tolerancie, pod alebo nad ním.

Ak chceme dieťaťu pomôcť spracovať potenciálne traumatizujúcu situáciu, postupujeme v troch základných krokoch:

- 1) Ak ide o prácu tesne po prežití tejto ohrozujúcej situácie, pôjde v prípade nutnosti o krízovú intervenciu, upokojenie, zvládnutie aktuálne prežívaných negatívnych emócií, o celkovú stabilizáciu dieťaťa.
- 2) Ak ide o časovo vzdialenejšiu situáciu, no tá zanechala dôsledok – traumu, chceme mu pomôcť traumu spracovať tak, aby mu čo najmenej zasahovala do života, v druhej fáze traumu spracovávame.
- 3) V poslednej tretej fáze sa dieťa učí integrovať zážitok do svojho životného príbehu.

Z tohto postupu je zrejmé, že rozlišujeme krátkodobé pôsobenie traumy a dlhodobejšie dôsledky, možno hovoriť o zvládnutí akútnej reakcie na stres a zvládnutí posttraumatických reakcií. Dôležité je pritom uvedomiť si, že reakcia na traumu, akokoľvek zvláštna alebo odlišná od bežného fungovania, je evolučne aj individuálne najlepším spôsobom, akým sa naše telo pokúša situáciu zvládnuť. Je prirodzená a nejde teda o poruchu v zmysle psychopatológie, ale o pokus vyrovnať sa so záťažou. Toto je často dôležité aj komunikovať dieťaťu, aby sa kvôli svojej reakcii necítilo nepríjemne, slabo, nedostatočne.

Základné princípy



Za základné princípy v prístupe k dieťaťu po traume možno považovať presne tie, ktoré sú opakom toho, čo zažilo v traumatizujúcej situácii (ohrozenie, nepredvídateľnosť a nemožnosť kontroly, bezmocnosť) (Vojtová a kol. 2018):

- **Bezpečie** – dieťa sa musí cítiť fyzicky aj psychicky bezpečne. Zabezpečujeme, aby sa nedostalo do kontaktu s osobou, ktorá mu traumu spôsobila, v prípade iných druhov traumy eliminujeme pôsobenie faktorov, ktoré sú s traumou spojené. Pocit bezpečia je základným predpokladom toho, aby dieťa mohlo traumu spracovať. Ak ho dieťa nemá, nemôžeme k spracovávaniu traumatického zážitku pristúpiť.
- **Predvídateľnosť** – pedagogický alebo odborný zamestnanec svoje kroky komentuje, dieťa dopredu informuje o tom, čo sa bude diať, prečo sa to deje a aký to naň bude mať dosah. Ak v rámci pomoci dochádza k nejakým zmenám, dieťa potrebuje byť dopredu pripravené.
- **Kontrola** – dieťa potrebuje cítiť, že situácia je v jeho rukách, že sa neudeje nič, čo nebude chcieť. O postupe riešenia rozhodujeme spoločne s ním, informujeme ho a získavame jeho súhlas s postupom, ktorý pri práci s ním zvolíme, a to nezávisle od veku dieťaťa. V žiadnom prípade nenútime dieťa o prežitom hovoriť. Ak na to nie je ešte dostatočne zrelé, ohrozili by sme ho retraumatizáciou! Dáme najavo, že vieme, čo sa stalo, dieťa však kontroluje, ako a koľko o tom budeme aktuálne hovoriť.

Celkovo bude vzťah s pomáhajúcou osobou, či už to bude pedagogický alebo odborný zamestnanec, založený na predvídateľnosti, do veľkej miery bude o postupe rozhodovať dieťa. Dôležité sú jasne odkomunikované **pravidlá**, explicitná dohoda o celi práce, bezpečne nastavené **hranice**, rešpektujúci vzťah a v neposlednom rade **trpezlivosť**.

Dieťaťu chceme predovšetkým poskytnúť priestor, v ktorom môže vyjadrovať svoje pocity a spracovať negatívne dôsledky udalosti. Nenútime ho rozprávať o tom, čo samo nepotrebuje. Dávame pozor na to, aby sme dokázali striktné oddeliť to, čo je užitočné pre dieťa a čo sa ho pýtame kvôli svojej zvedavosti. Ak dieťa prežilo traumu v dôsledku trestného činu, je niekedy do riešenia jeho situácie zapojená aj nejaká ďalšia strana

(napr. orgány činné v trestnom konaní, znalci...) a je dôležité, aby sme odlišovali záujmy dieťaťa od otázok, ktoré smerom k nám tieto strany majú. My ako zamestnanci školy máme predovšetkým myslieť na prospech dieťaťa, otázky tretích strán zodpovedáme iba do tej miery, aby sme dieťa neretraumatizovali, alebo mu nespôsobili inú psychickú ujmu.

Ciele



Zodpovedajú krokom, ktorými s dieťaťom po traume pracujeme a nasledujú po sebe v presne uvedenom poradí:

- 1) **Stabilizácia** – dieťa je schopné upokojiť sa, veľmi stručne (!) hovoriť o tom, čo sa stalo bez toho, aby sa ocitlo mimo svojho okna tolerancie. Je schopné vnímať podporu z okolia. Dokáže sa v prítomnosti cítiť bezpečne.
- 2) **Spracovanie** – s odstupom času dieťa získava náhľad na udalosť a jej dôsledky, dokáže vykonávať každodenné činnosti, trauma je spracovaná.
- 3) **Integrácia** – dieťa dokáže veku primerane traumatizujúci zážitok odsmútiť, možno v ňom nájsť význam, dať mu zmysel.

Postup činnosti

1) Identifikácia dieťaťa s traumou

Prejav dieťaťa, ktoré prežilo traumatickú skúsenosť, sa väčšinou mení, všimneme si na ňom niektoré preň netypické rysy. Najčastejšie, avšak nie výhradne, nimi sú:

- Deti na prvom stupni ZŠ – sú ustráchané, úzkostnejšie ako obvykle, majú ťažkosti so sústredením, zhoršuje sa ich školský výkon, pôsobia nevyspane, unavene, môžu sa menej zapájať do rovesníckych aktivít. Môže sa tiež prejavovať separačná úzkosť.
- Deti na druhom stupni ZŠ - taktiež sa mení ich školský výkon, majú ťažkosti s koncentráciou, okrem toho sa u nich môže prejavovať úzkostná alebo depresívna porucha, stiahnutie sa do seba, sebapoškodzujúce správanie, poruchy príjmu potravy, agresivita.
- Deti na SŠ: pocity osamotenía, rozvoj depresívnej alebo úzkostnej symptomatiky, poruchy príjmu potravy, sebapoškodzovanie, užívanie psychoaktívnych látok, zvýraznenie sexualizovaného správania, agresivita.

Zmeny si môže všimnúť učiteľ, spolužiak, rodič. V prípade udalostí, ktorými sa zaoberá tento postup, však často ide o udalosti s traumatickým potenciálom, o ktorých sa v spoločnosti, v kolektíve hovorí. Ak dieťa samo nevyhľadá odborného alebo pedagogického zamestnanca, s ktorým by chcelo svoju skúsenosť zdieľať, kontakt iniciujú oni, najčastejšie školský psychológ, prípadne učiteľ, ktorý má k dieťaťu blízky vzťah. Je dôležité, aby prvý kontakt prebehol čo najrýchlejšie, ideálne v deň zistenia, že dieťa prežilo traumatizujúcu udalosť.

2) Prvý kontakt s dieťaťom

Prebieha na bezpečnom mieste, dieťa je informované o situácii, dostáva zrozumiteľné, veku primerané vysvetlenie toho, prečo sa stretnutie odohráva. Je tiež informované o tom, ako sa bude s obsahom vymenených informácií zaobchádzať. Neočakávame, že dieťa si všetky tieto informácie zapamätá po prvom raze, najmä ak je rozrušené. Schopnosť koncentrovať sa, vnímať a uchovávať nové informácie je pri zvýšenom alebo zníženom nabudení, výrazne limitovaná. Dôležité je, aby bol zamestnanec na stretnutí pokojný, stabilný, majúci situáciu v rukách.

Pri prvom kontakte s dieťaťom **prebieha orientačná diagnostika**. Kompetentný zamestnanec - psychológ rozlišuje, či ide o akútnu stresovú reakciu, a teda dieťaťu je potrebné poskytnúť krízovú intervenciu, alebo je za netypickým prejavom dieťaťa dávnejšia traumatizujúca udalosť a dieťa potrebuje zvládnuť posttraumatické prejavy, môže ísť aj o rozvoj jeho posttraumatickej stresovej poruchy. Pri tejto orientačnej diagnostike využíva rozhovor, projektívne techniky, dotazníky.

Pre rozvoj posttraumatickej stresovej poruchy je typické:

- časté znovuprežívanie traumatizujúcej udalosti, akoby sa odohrávala tu a teraz (s plnou intenzitou), bez možnosti vôľou sa od tohto prežívania odpútať
- živé, vracajúce sa sny
- flashbacky
- vyhýbanie sa všetkému, čo pripomína pôvodnú udalosť
- neschopnosť prežívať príjemné emócie
- podráždenosť, úzkosť a iné negatívne emócie

Ak nie je možné vyvodiť jednoznačný záver, alebo pri podozrení na rozvoj a potrebu oficiálne potvrdiť diagnózu posttraumatickej stresovej poruchy, obracia sa školský psychológ na ambulanciu detského klinického psychológa.

3) Práca s dieťaťom

V prípade akútnej stresovej reakcie a nutnosti krízovej intervencie túto poskytuje zamestnanec so vzdelaním v krízovej intervencii (inštitúcie poskytujúce toto vzdelanie: IPčko, Modrý anjel, Inštitút osobnostného rozvoja), alebo je dieťa odoslané na pracoviisko, kde takýto zamestnanec pracuje – zariadenia poradenstva a prevencie, ambulancia detského klinického psychológa alebo ambulancia detského psychiatra.

V prípade rozvoja posttraumatickej stresovej poruchy alebo zvládania príznakov, ktoré jej kritériá ešte nespĺňajú, no dieťaťu sťažujú život, sa dieťaťu venuje psychológ so psychoterapeutickým výcvikom, ideálne so skúsenosťami v psychotraumatológii, prípadne psychológ vo výcviku s dostupnou pravidelnou supervíziou.

Aby sme s dieťaťom mohli začať pracovať, musíme si byť istí, že traumatizácia je minulosťou, teda že aktuálne je dieťa v úplnom bezpečí. O tomto sa musíme aktívne presvedčiť. Ak by zamestnanec zistil, že ohrozenie dieťaťa pretrváva, nemôže terapeuticky pracovať na zmene, pretože prejav dieťaťa je stále snahou o zvládnutie, nie zafixovanou a už nefunkčnou obranou.

Prvou, dôležitou fázou je **stabilizácia dieťaťa**. Ide o podporu schopnosti cítiť sa bezpečne, ktorá je v prípade traumatizácie často výrazne narušená. Dieťa nemusí byť schopné odpútať sa v myšlienkach a prežívaní od traumatickej udalosti, chceme mu preto pomôcť naučiť sa zotrvať v prítomnosti, chceme, aby bolo schopné každodenného fungovania. Dosahujeme to pomocou podpory a aktivácie jeho vlastných zdrojov, silných stránok. Nespoliehame sa na to, že dieťa si poradí samo. Spoločne s dieťaťom ich skúmame, aktívne ho vedieme k ich využívaniu. Ak má dieťa problém svoje silné stránky pomenovať, uvádzame mu príklady a pri ich objavovaní ho vedieme. V tejto fáze iba vytvárame podmienky na samotné spracovanie traumy a integráciu traumatického zážitku, ale fakticky sa ňou nezaobráame. Fáza stabilizácie môže trvať rôzne dlho, niekedy jedno sedenie, inokedy tvorí jadro práce s dieťaťom po traume celé týždne, mesiace. Ciele fázy stabilizácie sú:

- Využívanie vlastných zdrojov dieťaťa,
- podpora schopnosti využiť podporu okolia,
- podpora schopnosti cítiť sa v prítomnosti bezpečne,
- naučiť dieťa odlišovať traumatickú udalosť ako dej minulý a aktuálne dianie ako bezpečnú prítomnosť,
- schopnosť vyrovnáť sa s vlastnými telesnými stresovými reakciami – učenie sa návratu do okna tolerancie.

Prvým predpokladom úspešnej práce s dieťaťom po traume je nadviazanie terapeutického vzťahu, založeného na dôvere a rešpekte. Dieťa potrebuje cítiť, že jeho prežívanie berieme vážne a dôverujeme tomu, čo s nami zdieľa. Nie je iba niekým, komu je pomoc poskytovaná, ale niekým, kto je rovnocenným partnerom pri spracovaní traumy.

Sústredíme sa na dve základné zložky:

- Spracovanie pocitov (objavuje sa hanba, vina, hnev, úzkosť, strach).
- Zvládnutie telesných prejavov, súvisiacich s traumou pomocou relaxačných postupov (objavuje sa búšenie srdca, zrýchlené dýchanie, chladné končatiny, problémy s vylučovaním, tras, nepokoj, flashbacky...).

V rôznych vekových skupinách pracujeme so stabilizáciou odlišne. U detí na prvom stupni ZŠ pracujeme predovšetkým cez hru, kresbu alebo rozhovor. Deti v tomto veku sú schopné ukázať nám mnoho symbolicky, je dôležité, aby sme so symbolmi v hre a kresbe vedeli adekvátne pracovať. Sledujeme prejavy úzkosti, skrytého alebo otvoreného hnevu, hanby, pocity viny. Ak sa naskytne príležitosť, venujeme týmto pocitom pozornosť a normalizujeme ich. Využívame napríklad vety typu: „V tejto situácii by som sa asi cítila takto... Ako to máš ty/ táto bábika?“ Hľadáme spôsoby, ako dieťaťu vyjadriť, že jeho prežívanie je v poriadku a je súčasťou toho, ako sa vyrovnáva s tým, čo prežilo. Dávame jasne najavo postoj, že to, čo sa mu stalo, je náročné, nespravodlivé, nešťastné a pod. a nemalo sa mu to stať.

Pri spracovaní pocitov je užitočné využiť aj psychoedukáciu. Dieťaťu na prvom stupni ZŠ veku primerane vysvetľujeme, čo sa vlastne deje s jeho telom, prečo reaguje tak, ako reaguje, ako mu to malo vlastne pomáhať vyrovnávať sa s nadmerným stresom, no aktuálne už je v bezpečí, a preto sa potrebuje naučiť v aktuálnej situácii neprimeranú stresovú reakciu zvládnuť. Môžeme pri tom využiť dostupnú literatúru pre deti, napr. knižku Karen Youngovej *Ahoj Hrdino!*.

U detí na druhom stupni ZŠ už viac využívame priamy rozhovor. Pri psychoedukácii môžeme byť podrobnejší a viac vysvetľovať, čo sa s ich telom a myslou vlastne deje. Rovnako však vytvárame priestor pre symbolické spracovanie v hre, kresbe, či inom symbolickom znázornení. Nezabúdame skúmať prežívanie dieťaťa, môže sa stať, že niektoré svoje pocity má ťažkosti vyjadriť, snažíme sa ho preto nenásilne podporovať. Rešpektujeme, ak o niektorých pocitoch hovoríť odmieta, nátlak by mohol pôsobiť retraumatizujúco.

U detí na SŠ sa už psychoedukácia v podstate neodlišuje od toho, ako traumou a jej pôsobenie na mozog, nervovú sústavu a celé telo vysvetľujeme s ohľadom na intelektovú kapacitu dospelým. V terapii tiež pracujeme so spracovaním pocitov a zvládnutím demonštrujúcich sa príznakov.

Pri práci so všetkými vekovými skupinami detí myslíme na niektoré fenomény. Dôležité je adekvátne spracovanie objavujúcich sa pocitov:

- Hnev – dieťa podporujeme v jeho zdravom vyjadrovaní. Stáva sa, že deti hnev obrátia proti sebe samému, prejaví sa to napríklad ako porucha príjmu potravy, sebaopoškodzovanie. Tu dieťaťu pomáhame s objasnením správneho nasmerovania hnevu a jeho vyjadrenia pomocou trhania, boxovania, hádzania, kriku, športu... Vyhýbame sa pri tom hodnoteniu a vetám typu „už by si sa mohol/mohla prestať hnevať, je to už dávno...“ Ak sa dieťa hnevá, má na to dôvod.
- Pocity viny, sebaobviňovanie – dieťa sa môže cítiť zodpovedné za to, čo sa stalo. Tu je namieste jednoznačné, rázne vyjadrenie odmietnutia viny bez toho, aby sme devalvovali názor dieťaťa. Príklad formulácie: „Rozumiem, že to vnímaš takto, ja s tým však vôbec nesúhlasím, myslím si, že to, čo sa ti stalo, sa ti určite nemalo stať a som si istá/ý, že za to nenesieš zodpovednosť.“ Dávame pozor na to, aby sme s pocitmi viny pracovali inak, ak sú istým spôsobom oprávnené, dieťa napríklad nerešpektovalo bezpečnostné nariadenia a pod. V takomto prípade pracujeme na akceptácii a odpustení si, prípadne poučení a posilnení do budúcnosti.
- Úzkosť – dieťaťu ju pomáhame pomenovať, skúmame spoločne, ako sa prejavuje v tele, čo by mohlo pomôcť so zmenou týchto nepríjemných telesných pocitov (cvičenie, odpútavanie pozornosti, alebo naopak zameranie pozornosti...).

Pri práci na zvládnutí - upokojiť sa (teda dostať sa späť do svojho okna tolerancie alebo do zóny optimálneho nabudenia, kedy je dieťa schopné dobre fungovať), vo všetkých vekových skupinách využívame podľa svojho vzdelania imaginačné relaxačné cvičenia (Pomocná bytosť, Bezpečné miesto, Trezor...), Jacobsonovu progresívnu relaxáciu, Schultzov autogénny tréning, groundingové (uzemňujúce) cvičenia, ako napríklad vnímanie telesných pocitov, vnímanie pôsobenia gravitácie na telo, tlačenie do steny, 5P, regulované dýchanie, techniku motýlích krídel, či iné veku primerané relaxačné techniky. Pri využívaní týchto techník platí, že aby mohli efektívne fungovať, klient sa najskôr musí cítiť bezpečne a pokojne vo vzťahu s pomáhajúcou osobou a v priestore, kde spolu pracujú.

Fáza stabilizácie je na konci vo chvíli, kedy sme si istí, že:

- dieťa dokáže fungovať v každodennom živote (chodiť do školy a plniť si povinnosti s tým spojené, byť v rovesníckych vzťahoch, venovať sa záľubám...),
- dokáže sa samo upokojiť v prípade rozrušenia, alebo to dokáže aspoň v prítomnosti blízkej dospeljej osoby,
- dokáže veľmi stručne, bez zaplavenia negatívnymi pocitmi hovoriť o tom, čo sa mu stalo.

Práca s traumatizovaným dieťaťom môže v tejto chvíli končiť, existuje však riziko, že nespracovaná spomienka sa bude v záťažových situáciách, ktoré niečím pripomenú traumatickú skúsenosť, vracaať. Ak by to tak bolo, je podstatné pokračovať v práci s dieťaťom ďalšou fázou.

Druhou fázou práce s traumatizovaným dieťaťom je **spracovanie traumy**/traumatických spomienok. Vychádzame pri tom z toho, že naše telo a jeho nervový systém sú prirodzene nastavené tak, že po záťaži spontánne smerujú k uzdraveniu. Môže sa ale stať, že sa vyskytne komplikácia, ktorá uzdravenie zablokuje. Našou úlohou potom je pomôcť dieťaťu prekonať túto prekážku.

Opäť platí zásada, že na spracovaní traumy musí s dieťaťom pracovať zamestnanec s adekvátnym vzdelaním/výcvikom v psychotraumatológii. Odporúča sa aj supervízia práce. Spracovanie traumatických spomienok sa deje prostredníctvom špeciálnych techník, ako EMDR alebo aj prostredníctvom verbálnych a expresívnych terapií (KBT, dynamická terapia, arteterapia, dramaterapia...). Cieľom práce je prepojenie dysfunkčných spomienok s existujúcimi adaptívnymi spomienkami, teda znovunadobudnutie pocitu, že dieťa dokáže situáciu zvládnuť, mať v nej relevantný pocit kontroly, slobody, bezpečia, a predovšetkým obnovenie pozitívnych presvedčení o sebe.

Poslednou, treťou fázou je **integrácia**. Spolu s dieťaťom v nej priradujeme zmysel tomu, čo sa udialo, ako to na dieťa pôsobilo. Dieťa niekedy potrebuje udalosť dôkladne odsútiť. V tejto fáze sú niektoré deti schopné pomenovať aj pozitívne dopady udalosti.

Výstup činnosti



- Záznamy rozhovorov zo sedení s dieťaťom
- Orientačná psychodiagnostika
- Správy od iných profesionálov (zamestnanci zariadenia prevencie a poradenstva, klinický psychológ, psychiater, psychoterapeut)
- Edukačné materiály pre dieťa
- Návody k relaxačným a imaginačným cvičeniam

Spolupráca



Školský psychológ alebo špeciálny či sociálny pedagóg vykonávajú uvedené činnosti v rámci svojich kompetencií. Ak niečo nie je v ich kompetenciách, odosielajú dieťa do zariadenia prevencie a poradenstva alebo ku klinickému psychológovi, psychiatrovi, psychoterapeutovi, alebo na psychiatrickú hospitalizáciu. Ak s odbornými zamestnancami spolupracujú pri riešení situácie dieťaťa aj pedagogickí zamestnanci, je dôležité, aby dieťaťu bolo zrejmé, kto má prístup k informáciám o jeho stave, ako sa s nimi v celom procese zaobchádza. Je dôležité ustrážiť, aby boli aj

pedagogickí zamestnanci dobre pripravení na prácu s dieťaťom po traume, poznali jej špecifiká a predchádzali retraumatizácii dieťaťa priamymi otázkami, hľadaním vinníka, či inými postupmi popísanými v časti Čomu sa vyhnúť.

Poradiť sa, ako postupovať v prípade nutnosti krízovej intervencie, možno s organizáciami:

Modrý anjel: www.modryanjel.sk

IPčko: www.ipcko.sk

Inštitút osobnostného rozvoja: <http://www.ior.sk/>

Dieťaťu možno poradiť organizácie, ktoré sa venujú deťom v kríze online alebo telefonicky:

IPčko: www.ipcko.sk (na stránkach má tiež zoznam odborníkov v oblasti duševného zdravia, na ktorých sa človek v kríze môže obrátiť: <https://ipcko.sk/mapa-pomoci/>)

Linka dôvery Nezábudka: <https://www.linkanezabudka.sk/>

Linka detskej dôvery: <https://linkadeti.sk/domov>

Slovenský inštitút pre psychotraumatológiu a EMDR má na svojich stránkach zoznam terapeutov vyškolených v psychotraumatológii a EMDR: <http://www.emdr-sipe.sk/absolventi-vycvik-v-emdr.php>.

Úskalia postupu

Čomu sa vyhnúť

- Najdôležitejšie je vyhnúť sa alebo aspoň minimalizovať **retraumatizáciu dieťaťa**, teda tomu, aby boli aktivované systémy, ktoré boli aktívne počas prežívania traumatickej udalosti pred tým, ako je dieťa vyzbrojené novými a účinnejšími mechanizmami na zvládanie. Mohlo by to viesť k znovuprežitíu traumatickej reakcie a jej fixovaniu. Mnohí ľudia bez vzdelania v psychotraumatológii majú tendenciu myslieť si, že rozprávanie o traume je očistné a liečivé, najnovšie neuropsychologické výskumy to však jednoznačne vyvracajú. Liečivým sa to stáva, až keď je jedinec dobre pripravený.
- **Práci na predčasnej zmene.** Ak pretrváva ohrozenie dieťaťa, nepracujeme na odstránení obranných mechanizmov, pretože prejav dieťaťa je v takejto situácii stále chápaný ako adaptívny, aj keď z vonkajšieho pohľadu tak pôsobiť nemusí. V prvom rade teda zaisťujeme bezpečie dieťaťa – eliminácia spúšťača traumatizácie.
- **Hľadaniu vinníka a obviňovaniu.** Obeť nikdy nesmie zažiť pocit, že si za to, čo sa jej stalo, môže sama. Vyhýbame sa otázkam a konštatovaniam typu: „Prečo si išiel/išla práve tade?“ „Sám/sama si za to môžeš, nemal/a si....“.
- **Hodnoteniu aktuálneho zvládania.** Rovnako sa vyhýbame hodnoteniu toho, ako dieťa situáciu zvláda, nezabúdame na to, že nie všetky svoje prejavy vie dieťa po traume vedome kontrolovať.
- **Nečakaným zmenám.** Pri práci s traumatizovaným dieťaťom je dôležité vyhnúť sa čo najviac je to možné náhlym zmenám, či už ide o miesto spolupráce, čas sedení, pomáhajúcu osobu. Dôležité pre pocit bezpečia dieťaťa je držať sa dohôd, nesľubovať to, čím si nie sme úplne istí.

Kompetenčné limity

- Skrining a diagnostiku vykonáva psychológ, využíva iba techniky, na ktoré má adekvátne vzdelanie a má s nimi dostatočné skúsenosti.
- Krízovú intervenciu môže vykonávať iba pracovník s adekvátnym vzdelaním v krízovej intervencii: IPčko, Modrý anjel, Inštitút osobnostného rozvoja.
- Psychoterapiu v prípade rozvoja posttraumatickej stresovej poruchy vykonáva odborný zamestnanec s ukončeným psychoterapeutickým výcvikom, prípadne odborný zamestnanec, ktorý je aktuálne v psychoterapeutickom výcviku a má pravidelnú supervíziu.

- Pri psychoedukačnej práci takisto reflektujeme vlastné kompetenčné limity. Potrebujeme dostatočnú mieru informácií o situácii dieťaťa a dostatočné množstvo adekvátnych vedomostí zo psychotraumatológie.

Doplňujúce informácie

Kvalifikačné predpoklady

Psychodiagnostika: štúdium psychológie a v prípade niektorých psychodiagnostických metód aj adekvátny kurz a skúsenosti, prípadne práca pod supervíziou.

Krízovú intervenciu poskytuje školský psychológ, špeciálny pedagóg, sociálny pedagóg alebo liečebný pedagóg s adekvátnym vzdelaním v krízovej intervencii.

Psychotherapia traumatizovaného dieťaťa: absolvovaný psychoterapeutický výcvik alebo byť vo výcviku a pracovať pod pravidelnou supervíziou, mať vzdelanie v psychotraumatológii.

Zoznam použitých metód

- Štruktúrovaný alebo neštruktúrovaný rozhovor s dieťaťom
- Dotazníkové a projektívne psychodiagnostické metódy
- Relaxačné a imaginačné techniky pre prácu na stabilizácii: imaginačné relaxačné cvičenia (Pomocná bytosť, Bezpečné miesto, Trezor...), Jacobsonova progresívna relaxácia, Schultzov autogénny tréning, groundingové (uzemňujúce) cvičenia, ako napríklad vnímanie telesných pocitov, vnímanie pôsobenia gravitácie na telo, tlačenie do steny, 5P, regulované dýchanie, technika motýlích krídel
- Arteterapia, dramaterapia, terapia hrou...
- EMDR

Zoznam organizácií

- Modrý anjel
- IPčko
- Inštitút osobnostného rozvoja
- Linka dôvery Nezábudka
- Linka Detskej Dôvery
- SIPE - Slovenský inštitút pre psychotraumatológiu a EMDR

Skúsenosť MDP prístupu v rámci pedagogickej a poradenskej praxe odpovedajúca popísanej téme

V škole je dôležitá spolupráca odborného zamestnanca s triednym učiteľom. V zariadeniach poradenstva a prevencie môžu spolupracovať viacerí odborní zamestnanci s výcvikom v psychoterapii, prípadne odborný zamestnanec školy s poradenským odborníkom. Pri rôznych formách spolupráce je kľúčovou citlivosť voči dieťaťu pri výbere optimálnych opatrení, transparentná komunikácia, overovanie si u dieťaťa a rodičov, k čomu dávajú informovaný súhlas. Zahnutie rodiča/rodičov do spolupráce je veľkým predpokladom úspešnosti. Následná spolupráca s externým psychoterapeutom, klinickým psychológom, či organizáciou poskytujúcou krízovú intervenciu mimo školy/poradenského zariadenia v individuálnych prípadoch, ak v školskom/poradenskom zariadení nie je dostupný odborník, môže byť rovnako prospešná.

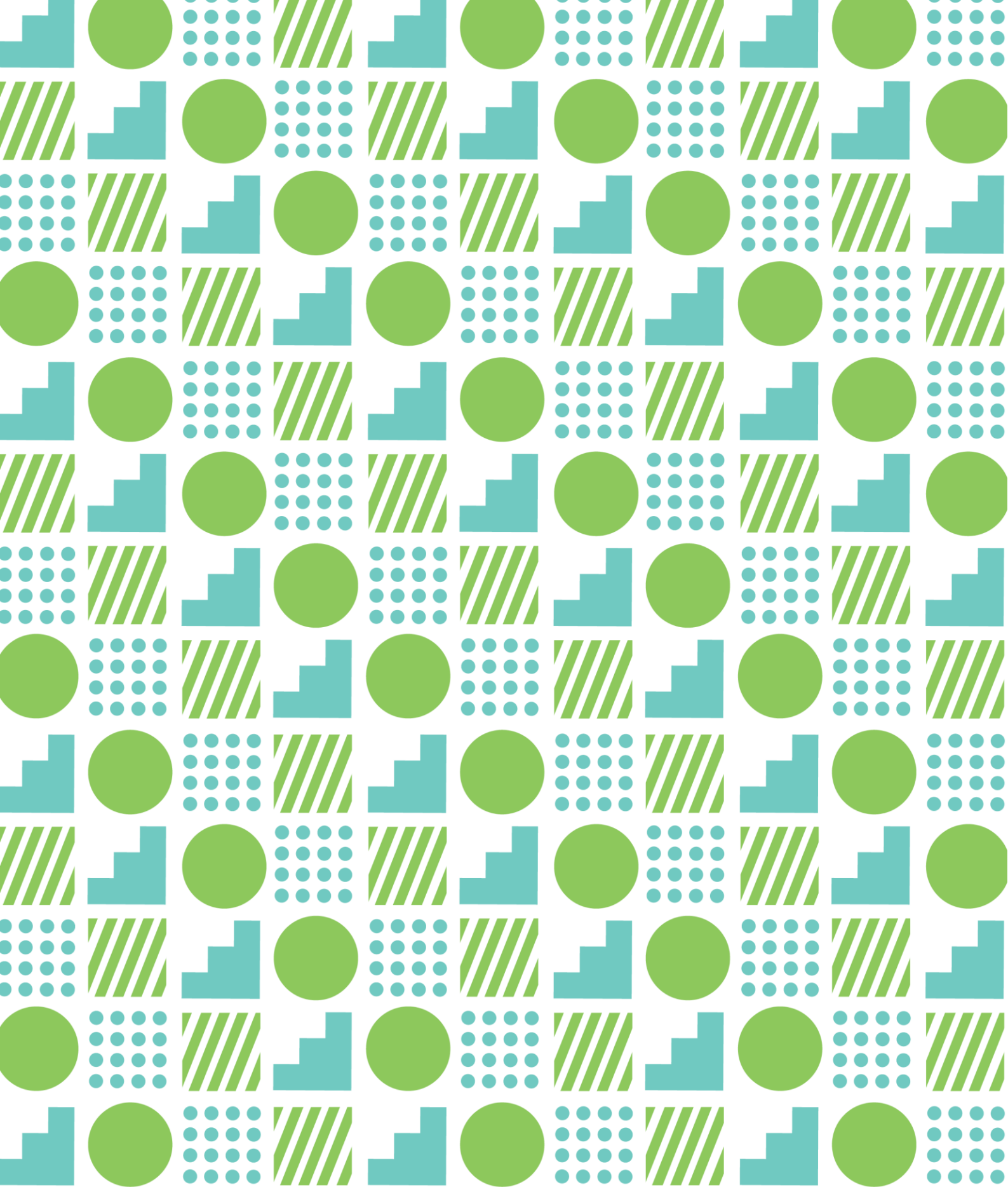
Použité zdroje

GILBERT, P. 2010. *Compassion focused therapy: Distinctive features*. London: Routledge, 2010. 248s. ISBN 9780415448079.

OGDEN, P., MINTON, K. 2000. Sensorimotor Psychotherapy: One Way for Processing Traumatic Memory. *Traumatology*. 10/2000, roč. VI., č.3, pp. 149-173.

PANKSEPP, J. 2004. *Affective Neuroscience. Foundation of Human and Animal Emotions*. New York: Oxford University Press, 2004. 465s. ISBN 0-19-509673-8.

Vojtová, H., Karászová, K., Ralaus, D., Ševčíková, A. 2018. *Výcvik v Psychotraumatológii a EMDR, časť 1: úvod do psychotraumatológie a EMDR*. Trenčín: Slovenský inštitút pre psychotraumatológiu a EMDR, 2018.



VÝSKUMNÝ ÚSTAV
DETSKEJ PSYCHOLÓGIE
A PATOPSYCHOLÓGIE



ŠTANDARDY
NÁRODNÝ PROJEKT

Štandardizáciou systému poradenstva a prevencie
k inklúzii a úspešnosti na trhu práce