

Psychické aspekty týrání a zneužívání dětí, práce s posttraumatickou stresovou poruchou.

PhDr. Hana Halfarová
Nadace Educa

SEČ 3.10.2007

Měli bychom mít na paměti, jaké prožitky mohou vést ke stresu a dále k posttraumatické stresové poruše. Podle mezinárodní klasifikace nemocí je posttraumatická stresová porucha F 43.1 definována jako porucha, která vzniká jako opožděná nebo protrahovaná odezva na stresovou událost nebo situaci katastrofického rázu, která pravděpodobně téměř u každého vyvolá pronikavou tíseň. Může to být přírodní nebo člověkem způsobená katastrofa, válka, vážné neštěstí, přítomnost u násilné smrti druhých osob, být obětí mučení, terorismu, znásilnění nebo jiného zločinu. Typickými jsou epizody opakovaného ožívání traumatu ve vracejících se vzpomínkách nebo ve snech, které se objevují na pozadí jakési „necitlivosti“ a emočního otupení, stranění se lidí, nereagování na okolí a vyhýbání se činnostem a situacím připomínající prožité trauma. Vzácně může dojít k akutním dramatickým výbuchům strachu, paniky nebo agrese, spuštěným podněty, které náhle vyvolají vzpomínku nebo znovu vybavení traumatu a původní reakce na ně.

Tato porucha je většinou diagnostikována v případě, že stav vznikl po několika dnech do šesti měsíců po závažné traumatizující události. Kromě prokázaného traumatu musí být přítomno opakované, neodbytné znovu vybavování nebo znovuprožívání událostí ve vzpomínkách, denních živých představách a snech. Často je přítomno emoční stažení, citové otupění, vegetativní poruchy, poruchy nálady a abnormální chování.

Posttraumatickou poruchu odlišujeme od akutní reakce na stres F 43.0, která vzniká u jedince bez jakékoli zjevné psychické poruchy jako odpověď na výjimečný fyzický nebo duševní stres a která obvykle odeznívá během několika hodin nebo dnů. Stresorem může být zdrcující traumatický zážitek, zahrnující vážné ohrožení bezpečnosti nebo somatické integrity jedince nebo jeho blízkých, neobvykle náhlá a ohrožující změna v sociálním postavení nebo v mezilidských vztazích jedince. U této poruchy musí být bezprostřední a jasné časové spojení mezi neobvykle silnou zátěžovou situací a nástupem příznaků. Během několika minut lze pozorovat mimo počátečního šoku depresi, úzkost, zlost, zoufalství, hyperaktivitu a stažení. Žádný typ symptomů však dlouho nepřetrvává. Akutní reakce na stres rychle odezní, většinou během několika hodin, nejdéle však za tři dny.

Předpokládám, že s akutní reakcí na stres se můžeme setkávat u dětí, které byly násilně a necitlivě odebrány rodičům při sporech o dítě. Některé případy jsou bohužel i mediálně známé. Všichni u televizních obrazovek jsme viděli reakce dětí Sofie a Lukase Krajníkových, které byly odebrány matce a následně transportovány do Argentiny k otci. Tento případ je stále v řešení soudu ale to, jakým způsobem došlo k separaci od matky zcela jistě zanechá trvalou vzpomínku v psychice obou dětí, které si nebudou umět vysvětlit proč se tak stalo. Akutní reakcí na stres také mohou reagovat děti a mladiství, kteří jsou přijímáni do ústavního zařízení. Vždy záleží na mnoha faktorech jak situaci zvládnou. V souvislosti s akutní reakcí na stres bezprostředně záleží na individuální vulnerabilitě a na schopnosti zvládat stres. Svoji roli zde hraje věk dětí, vystrašenost, nepochopení situace, prostředí ze kterého děti do ústavu přichází, samozřejmě

důvody, pro které se v ústavu ocitly. Od prvních okamžiků je velmi důležité chování personálu při příjmu i následné péči o dítě. Je nutné mít na paměti, že přemístění z rodiny a zdůrazňují z jakékoliv rodiny do ústavu je rozhodně velkým stresorem pro každé dítě a klade obrovské nároky na jeho adaptabilitu. Každé dítě při příjmu do ústavního zařízení, by mělo mít někoho, kdo ho bude provázet vstupními procedurami, seznámí ho s ostatními, uvede mezi děti, vysvětlí mu jak to v zařízení chodí. Ale i tak je třeba myslet na to, že se dříve nebo později mohou objevit reakce, které zapadají do obrazu posttraumatické stresové poruchy. Pokud však dítě při příjmu vykazuje symptomy charakteristické pro akutní reakci na stres, měli bychom vstupní procedury odložit a psycholog zařízení, případně osoba mající zkušenosti s těmito psychickými stavy by měla zůstat s dítětem, aby v takovémto stavu nezůstalo osamoceno. Symptomy akutní reakce na stres vykazují velkou variabilitu, ale typicky zahrnují úvodní stav „ustrnutí“ se zúžením vědomí a pozornosti, neschopnost chápat podněty a desorientaci. Na tento stav může navazovat další stažení mající charakter až dissociativního stupou nebo agitace a hyperaktivity, kdy dítě křičí, pere se, chce utéct. Obvykle jsou přítomny vegetativní příznaky panické úzkosti – tachykardie, pocení a zčervenání. Předpokládejme, že v různé míře a intenzitě si projdou touto reakcí všechny nově přijímané děti. U nejhorsích krizových stavů je nutné, po konzultaci s lékařem, podat uklidňující prostředky, zůstat s dítětem do doby než usne a pohlídat ho aby si neublížilo.

Většinou se dítě do dětského domova dostává nezaviněně. Jeho rodiče se rozvádějí, mohli dítě hrubě zanedbávat, ubližovat mu, zneužívat ho, dítě mohlo být svědkem rodinných tragédií například vraždy či pokusu o vraždu člena rodiny, stát se cílem vražedného útoku, ve hře může být problém sexuálního násilí nebo došlo k nějakému neštěstí, např. dopravní nehodě, při které ztratilo své rodiče. Adaptační mechanismy každého dítěte musí při samotném umístění do ústavního zařízení pracovat na plné obrátky, aby tuto situaci zvládly. Pedagogičtí pracovníci by měli počítat že tento stres bude ve většině případů znásoben předešlými traumaty. Může se tedy stát, že u některých dětí se mohou manifestovat symptomy posttraumatické stresové poruchy několik týdnů či měsíců po přijetí do ústavního zařízení.

Ze zkušenosti víme, že týrání zneužívání a zanedbávání je velmi časté v anamnézách dětí přijímaných k ústavnímu pobytu. Ubližování jakéhokoliv druhu zanechalo v paměti dětí své stopy. Z učebnic a ze zkušenosti víme, s jakým chováním a psychickými příznaky bychom měli počítat u těchto dětí. Ty, které byly fyzicky týrány mají strach a jsou vyděšené, mají často obranné reakce při rychlých pohybech dospělých, jsou pasivní nebo naopak agresivní, mají hlad po pozornosti a citu, jsou lítostivé, trpí na poruchy spánku a podobně. Objevit se mohou i tendence k útěku, které tyto děti měly v rodině právě ze strachu před tělesným týráním a které si již zakomponovaly do svého repertoáru chování. U psychického týrání, které působí velmi negativně na psychický a sociální vývoj dítěte jsou děti opět smutné, vystrašené, nevěří si, nedůvěřují lidem. Mohou vykazovat mnohočetné neurotické projevy a psychické obtíže. Od tiků, přes koktání, pomočování, noční děsy, mustismus, úzkosti, deprese, sebepoškozování až po pokusy o sebevraždu. Velmi časté jsou i poruchy chování jako lhaní, krádeže, násilné chování, nápadná neposlušnost vůči dospělým a jiné. Samozřejmě většinou dochází i ke zhoršení školního prospěchu. Sexuální zneužívání dítěte, přináší ohrožení fyzického, duševního a sociálního vývoje, také problémy spojené s předčasnými a nechtěnými těhotenstvími, pohlavně přenosnými chorobami, zneužíváním drog a alkoholu, sebepoškozováním a pokusy o sebevraždu. Děti si neváží svého těla, trpí častými výkyvy nálad, pocity bezmocnosti, úzkostmi a depresemi.

V souvislosti se sexuálním zneužitím se mohou objevit poruchy příjmu potravy, při jejichž výskytu bychom se vždy měli zajímat o možné sexuální zneužití. Když si pozorně přečteme výše uvedené projevy chování a psychické projevy, které obecně doprovází týrání a zneužívání měli bychom počítat s tím, že přestože je dítě již v bezpečí a v relativním klidu a od události týrání nebo zneužívání uplynula dosti dlouhá doba, teprve potom nastává čas, kdy se mohou rozvinout v plné míře symptomy posttraumatické stresové poruchy.

Mám přítelkyni, která v době její návštěvy USA na vlastní oči viděla spadnout po teroristickém útoku mrakodrapy Dvojčata. Byl to zážitek, který zdánlivě zvládala tato energická a sebevědomá žena svojí aktivitou velmi dobře. Telefonovala, starala se o druhé, sháněla předčasně zpáteční letenku domů. Když se vrátila, všem líčila co zažila. Člověk by řekl, že se z toho vypovídala a traumatický zážitek zpracovala. Ale po půl roce se najednou zhroutila, její cukrovka se výrazně zhoršila a téměř rok nebyla schopná chodit do práce. Byla úzkostná, depresivní, měla noční můry, když slyšela houkat sanitku, okamžitě se jí vybavily vzpomínky na New York na kvílení sanitek, zápach spáleného masa, všudypřítomnou hrůzu a pocit bezmoci. Proto musela být v péči psychiatra. Tyto pocity v ní pracovaly tak, že znovuprožívala děsivou událost, která se stala před několika měsíci jako kdyby jí prožívala právě teď. To samé se může stát dítěti, které bylo týráno nebo zneužíváno. Dítě může zvládnout přechod do ústavní péče, vypadat, že si zvyká, je i ochotné hovořit o tom co se mu stalo, jak s ním bylo zacházeno se zaměstnanci nebo s vrstevníky. Nečekaně však může dojít ke zlomu a dítě se může začít hroutit, být úzkostné a depresivní, mohou se objevit sebepoškozující tendence nebo dokonce pokus o sebevraždu. Okamžitě bychom měli dítěti poskytnout krizovou intervenci, kterou by měl zvládnout psycholog zařízení. Někde v klidu začneme zjišťovat co se děje, kde se vzaly problémy, co se vlastně stalo. Když zjistíme, že dítě znovu prožívá dávno prožité události ve vzpomínkách, denních živých představách a nočních můrách, nemůže spát, jíst a normálně se soustředit na běžné věci, víme že ve hře je posttraumatická stresová porucha. Začneme pátrat po symptomech, ptát se jak se cítí, zjišťovat kdy se to stává, s čím to souvisí, co zde v prostředí tyto vzpomínky znovu oživuje. Klinický obraz dítěte v této situaci bude zřejmě velmi pestrý. Počítejme s tím, že dítě může být celkem klidné a vyprávět bez doprovodných emočních projevů až po vyprávění a líčení, které může být doprovázeno pláčem a viditelným zoufalstvím. Důležité je probrat s dítětem, které se nám už podařilo zklidnit, co se bude dít následně. Především bude potřebovat dlouhodobě péči dětského psychiatra. Jednak proto aby dítě pečlivě vyšetřil a diagnostikoval, jednak aby bychom nic nepřehlédli a nepodcenili. Psychiatr dítě pečlivě vyšetří a určí léčbu. Medikamentózní léčba, která může zlepšit spání, flashbacks, panické ataky a úzkostné symptomy by měla být vždy kombinovaná s psychoterapií, která hraje v léčbě posttraumatické stresové poruchy stěžejní roli. Práce s dětmi, které jsou v důsledku svých předešlých traumat zranitelné a potřebují naši pomoc je nekončící. Velmi důležité je vysvětlit ostatnímu personálu a dětem, co se dotyčnému stalo. Vysvětlit jim jak je naše psychika křehká, jak mohou nejrůznější podněty zranit citlivého jedince a způsobit mu psychické problémy, které mu následně mohou ztížit život. Požádat je ohleduplnější a chápavější přístup a o chování, které by na ně nepohlíželo jako na bláznů, které je třeba exkomunikovat někam do ústraní.

Literatura:

Mezinárodní klasifikace nemocí 10. revize: Duševní poruchy a poruchy chování
Brown T.M., Pullen I.M., Scott A.I.F.: Emergentní psychiatrie, Psychoanalytické nakladatelství,
Praha 1992

Gjuričová Š., Kocourková J., Koutek J.: Podoby násilí v rodině, Nakladatelství Vyšehrad, 2000

Čírtková L.: Policejní psychologie, Support, Praha 1995

Vidinová D., Preiss M.: Psychické trauma a jeho terapie, Praha, Portál 1999

Klimpr. P.: Psychická krize a intervence v lékařské ordinaci, Grada Publishing, 1998

: