

DOI: <https://doi.org/10.54937/ssf.2024.23.3.134-145>

Hodnocení traumatických symptomů u dětí a adolescentů ve školských zařízeních pro výkon ústavní a ochranné výchovy

Evaluation of Traumatic Symptoms in Children and Adolescents in School Facilities for Institutional and Protective Education

Jan Tirpák, Miriam Uhrinová, Klára Zimmermannová

Abstract

The paper focuses on the self-assessment of traumatic symptoms in children from 8 to 16 years of age who, as part of institutional or protective education, are placed in substitute educational care facilities. The research was conducted using the standardized questionnaire Assessment of Traumatic Symptoms in Children and Adolescents TSCC-A (Briere, 2022). The aim of the research investigation was to determine, find and compare differences in the self-assessment of traumatic symptoms in the selected group on a sample of 101 children and adolescents. The article reflects the key aspects related to this research.

Keywords: Children and adolescents. Trauma. Traumatic symptoms. Institutional education. Standardized questionnaire.

Úvod

Podle Briere (1992, 2022) je včasná detekce traumatu u dětí prioritou zdravotního a sociálního systému všech vyspělých společností. Řada výzkumů potvrzuje (Freeman et al., 1993; Singer et al., 1995, Briere et al., 1995), že včasné odhalení traumatických zkušeností vytváří příznivou prognózu pro následující léčbu u daného jedince.

Současný svět je ovlivňován řadou skutečností, jako byl zásadní dopad pandemie COVID-19, probíhající válka na Ukrajině či globální nejistoty v podobě současných a nepředvídatelných environmentálních změn.

Mezi další události, u kterých předpokládáme negativní psychologický dopad na děti, patří kupříkladu: přírodní katastrofy (Green et al., 1991), svědectví partnerského násilí (Jaffe, Wolfe & Wilson, 1990), fyzické týrání a sexuální zneužívání (Lanktree, Briere & Zaidi, 1991). Samozřejmě vliv ústavní a ochranné výchovy na život dítěte zde nemusíme dlouze rozebírat. Přesto je nutné zmínit, že globální výskyt ústavní péče je z velké části

připisován ztrátě, opuštění, zneužívání či z důvodu duševního onemocnění rodičů (Berens & Nelson, 2015). Avšak značná část ústavních dětí má alespoň jednoho žijícího rodiče. Místo toho se předpokládá, že především chudoba a její důsledky mnohem významněji přispívají k výskytu ústavní péče. Celosvětově roste také akcent na samotné zkušenosti dětí v ústavní výchově a jejich kritický vliv na fyziologické zdraví a psychickou pohodu po celou dobu života (Blaisdell, Imhof & Fisher, 2019; Boparai et al., 2018). Nepříznivé vlivy negativních zkušeností u těchto dětí jsou totiž spojovány se zvýšeným výskytem nemocí od diabetu, obezity, srdečních potíží, až po řadu nemocí duševního zdraví v dospělosti (Berens & Nelson, 2015; Metzler, Merrick, Klevens, Ports & Ford, 2016). Řada dětí se v rámci náhradní výchovné péče proto dostává do životně složité situace, která v mnoha případech může vést k rozvoji či prohloubení celé škály traumatických zkušeností. Diagnostika a včasné zachycení potencionálně traumatizovaných dětí tak v tomto ohledu nabývá bezprostředního významu.

Teoretická východiska řešení problematiky

Tato kapitola je zaměřená na charakteristiku a vymezení základních pojmů spojených s problematikou traumatu, jež představuje nezbytný krok k samotnému porozumění hlubokým a často složitým aspektům lidského psychického zdraví. Trauma spočívá v identifikaci traumatické události jako mimořádně ohrožujícího či katastrofického zážitku a překračující schopnosti jedince se s ním vyrovnat. Délka a intenzita zpracování traumatické události se může u každého člověka lišit. Podstatná je především osobnost a odolnost každého z nás, závažnost traumatické události či konkrétní reakce okolí (Vágnerová, 2005). V důsledku těžkého stresu nebo trvalého úrazu mohou však vzniknout dva hlavní typy potíží: akutní stresová porucha a posttraumatický stresový syndrom.

Akutní stresová porucha je charakterizována výraznými psychickými symptomy, které se objevují krátce po traumatické události a mohou zahrnovat silné úzkosti, záchvaty paniky a narušený spánek (Vymětal, 2000).

Naopak posttraumatický stresový syndrom (PTSD) je reakce na traumatickou událost, která trvá déle než šest měsíců a projevuje se různými způsoby (Vodáčková, 2007). Následná míra vystavení se traumatické události ovlivňuje pravděpodobnost vzniku posttraumatické stresové poruchy a její specifický průběh, kdy může dojít až k chronické nemoci vedoucí k trvalé změně osobnosti (Vizinová & Preiss, 1999).

Z výše uvedeného textu vyplývá, že akutní stresová reakce je krátkodobá porucha vyvolaná výrazným stresem, překračující obvyklé zkušenosti jedince. Symptomy mohou zahrnovat změny ve vnímání, obtíže s porozuměním, dezorientaci, emocionální otupělost, úzkost a nadměrnou aktivitu. Naproti tomu posttraumatická stresová porucha začíná jako opožděná nebo protražovaná odpověď na stresovou událost či situaci, způsobující silné rozrušení téměř u každého (Höschl, 2004).

Ukazuje se, že při závažném dopadu traumatu na děti (zejména interpersonální násilí a týrání), se často následně objevuje: úzkost a deprese (Freeman et al., 1993; Martinez & Richters, 1993), posttraumatický stres, disociace a obtíže spojené s problémy v chování (Boney-McCoy & Finkelhor, 1995; Briere, 2022).

Úzkost je jedním z hlavních psychických problémů u traumatu a je definována jako emocionální stav charakterizovaný pocity neklidu, napětí, strachu nebo obav. Tato definice zahrnuje různé projevy úzkosti, jako je obava z budoucnosti, strach z určitých situací nebo objektů (Briere, 2022). Úzkost se sestává ze tří složek. Jedná se o úzkostné chování, tělesné příznaky a zneklidňující myšlenky a obavy. Patologickou úzkost následně představuje nadměrné, přetrvávající úzkostné prožívání, které vede k narušení psychosociální adaptace v některých významných životních aktivitách (pracovní, rodičovské, partnerské, sexuální). Projevuje se buď přímo v symptomatické úzkosti, nebo nepřímo v jiných neurotických příznacích. Její výskyt však může být i v určitých osobnostních rysech, jako je úzkostnost nebo závislost (Vymětal, 2000).

Důležitou oblastí našeho zájmu je i deprese. Termín deprese je často nesprávně užíván k popisu špatné nálady, ovšem toto onemocnění patří mezi poruchy nálady neboli afektivní poruchy, projevující se nepřiměřenou reakcí jedince na prožívání konkrétního období (Peterková, 2016). Kromě trvalého zhoršení nálady může deprese ovlivnit další psychické i somatické funkce, což negativně ovlivňuje nejen emoční stav, ale i kupříkladu myšlení, soustředění, paměť, motivaci a celkovou kvalitu života. Podle Nakonečného (1998) jsou příznaky deprese u dětí podobné. Dítě nepřibírá na váze, trpí poruchami příjmu potravy, v noci špatně nebo málo spí, naopak přes den spí hodně. Dítě není ve svém chování dostatečně samostatné, je velmi citlivé na jakoukoli separaci, může trpět enurézou a objevuje se zlost až agrese. V kontextu ústavní výchovy je třeba brát v úvahu i další specifika. Děti v náhradní výchovné péči mohou být zvláště zranitelné a náchylné k rozvoji deprese kvůli nedostatku stabilních vztahů, oddělení od rodiny a traumatickým zkušenostem.

Je však nutné zmínit i skutečnost, že traumatická situace vyvolává také úzkost či strach. Pokud není možnost řešení nebo podpory v takové situaci, uniká jedinec vnitřně prostřednictvím disociace. Proto nejtypičtějším znakem všech disociativních projevů je odloučení od reality, spíše než úplná ztráta kontaktu s realitou. Disociace komplikuje kromě psychologického vývoje (rozvoj pocitu vlastní identity, rozvoj schopnosti autonomního fungování) i vývoj sociální. Narušuje především kvalitu attachmentu, zhoršení schopnosti zvládat složitější interpersonální sociální situace. Mezi disociativní příznaky u dětí patří amnézie, poruchy vnímání vlastní identity, stavy podobné transu, rychlé změny nálad a chování, nepochopitelné změny v tom, co dítě zná, co si pamatuje, nebo co dovede, sluchové a zrakové halucinace. Důsledky disociace mohou být značné a zahrnovat problémy s pamětí a koncentrací, obtíže v mezilidských vztazích a sníženou schopností zvládat každodenní situace (Dunovský, 2010).

V neposlední řadě reakcí na prožité trauma může být vztek (hněv). Dle Plhákové (2005) hněv vzniká, pokud jedinci brání nějaká překážka v uskutečnění či dosažení stanoveného cíle. Nejčastěji se tak děje ve frustrujících situacích, při nahromadění každodenních drobných podnětů. Nakonečný (1998) dodává, že hněv může být přímou reakcí na nespravedlnost, zklamání či ublížení. Představuje důležitý varovný signál, umožňující nám nelibou situaci včas vyřešit. Emoce hněvu v sobě skrývá obrovské množství energie, kterou využíváme k řešení problémů, k ochraně před nebezpečím nebo k vytyčování vlastních hranic.

Jedním z mnoha dilemat týkající se umisťování dětí do náhradní výchovné péče je neustálé hledání rovnováhy mezi dvěma hlavními myšlenkami. První se vztahuje k tomu, zda by děti v péči mimo domov měly dostávat cílenou pedagogicko-psychologickou péči. Nebo jestli je na druhé straně pro děti nejdůležitější věcí mít normální každodenní život, jako je život ostatních dětí (Højlund, 2011). Výchova v rámci těchto zařízení je často vnímána jako činnost komplexnější oproti činnostem vzdělávacím. Je to z toho důvodu, že by výchova v zařízeních náhradní výchovné péče měla aktivně formovat, socializovat, případně resocializovat osobnost jedince. Účelem těchto zařízení je totiž v obecné rovině zajistit dítěti výchovnou péči v zájmu jeho zdravého vývoje, řádné výchovy a vzdělávání s cílem dosáhnout celkového rozvoje osobnosti jedince. V rámci výkonu ústavní a ochranné výchovy se poskytují výchovně vzdělávací, speciálně pedagogické a psychologické služby dětem s nařízenou ústavní nebo uloženou ochrannou výchovou či nařízeným předběžným opatřením. V České republice se systém náhradní výchovné péče realizuje z větší části v systému školských zařízení pro výkon ústavní a ochranné výchovy. Mezi tyto zařízení patří: diagnostické ústavy, dětské domovy, dětské domovy se školou, výchovné ústavy (Zákon č. 109/2002 Sb.).

Podle Vocílky (1999) platí, že přizpůsobení se novému prostředí je vždy náročným procesem. To platí především pro děti, které nemají podporu a bezpečí ze strany své rodiny. Funkcí rodiny je především poskytování emocionální podpory, hrající klíčovou roli v procesu adaptace a uspokojení potřeby bezpečí. Proto samotné umístění dítěte do příslušného typu zařízení v rámci náhradní výchovné péče může být velmi emocionální náročné. Absence rodinné podpory a bezpečí může způsobit pocity osamělosti, strachu a nejistoty. Adaptace se stává nejen otázkou přizpůsobení se novým sociálním interakcím, ale také hledáním nových zdrojů emocionální stability. Umístění do prostředí výchovného zařízení představuje pro dítě velkou zátěž. Doposud jednoznačnou roli rodičů mají nyní za úkol nahrazovat pedagogové či vychovatelé, kteří rozhodují o způsobu trávení času dítěte nebo odměnách a trestech. Dítě tak přichází ze svého rodinného prostředí do prostředí instituce, která má napravit vzniklou situaci. Již tento samotný fakt může automaticky vyvolat ochranné a obranné mechanismy ze strany dítěte vůči danému zařízení, byť by prostor orientační rodiny byl sebedestruktivnější.

Dle našeho názoru je důležité si uvědomit, že prostředí v ústavní výchově se v porovnání s rodinným prostředím jeví jako anonymní teritorium, kde není možné vytvořit tak intimní vztahy mezi dětmi a vychovateli. Dítě vyrůstající v ústavním prostředí a obklopené větším počtem sourozenců a střídajícími se vychovateli, má omezenější podněty k individuálnímu rozvoji.

Podle Krause a Poláčkové (2001) se děti v ústavním prostředí ocitají v situaci, kde sdílí pozornost vychovatelů s ostatními dětmi, což v praxi limituje možnost poskytnutí hlubšího individuálního přístupu ze strany pedagogických pracovníků. Péče se zaměřuje především na kolektivní aktivity, jako je podávání jídla, plnění školních povinností a společné trávení volného času. Na druhé straně však zůstává nedostatečně uspokojena potřeba těchto dětí v oblasti osobních potřeb, kontaktu a lásky. Tato dynamika může vést k přenosu a upevňování negativních návyků a vzorců chování. Celkově lze konstatovat, že prostředí dětského kolektivu stejně starých jedinců není optimální z hlediska výchovy. Je nutné však poznamenat i fakt, že případné vytvoření heterogenní věkové skupiny dětí v těchto zařízeních mohou odkrýt stejné výše uvedené problémy. Celkově lze konstatovat, že pobyt v ústavní výchově pro děti může představovat komplexní a často traumatizující kapitolu v jejich životě.

Oddělení od biologické rodiny, nedostatek individuální pozornosti a péče, nemožnost navázat specifický a trvalý vztah k jedné osobě, může formovat traumatické zážitky. Musíme na tomto místě tudíž zdůraznit potřebu pozornosti věnované péči o děti v ústavních zařízeních náhradní výchovné péče, a to s akcentem na podporu emocionálního a psychického zdraví, aby se minimalizovala rizika vzniku trvalých traumat.

Metody

Data pro analýzu byla získána za pomoci standardizovaného dotazníku Hodnocení traumatických symptomů u dětí a adolescentů TSCC-A (Briere, 2022). Jedná se o sebehodnotící nástroj posttraumatického stresu a s ním spojené psychologické symptomatiky. Je koncipován pro posouzení dětí a adolescentů, kteří zažili traumatické události. TSCC-A je navržen jako relativně krátký dotazník obsahující 44 položek a nezabývající se sexuální problematikou, avšak jeho položky jsou zvláště citlivé na trauma.

Testový materiál TSCC-A se skládá z příručky, dotazníku a testového profilu pro příslušný věk (testový profil pro děti ve věku 6–12 let a pro děti ve věku 13–16 let, které umožňují převod hrubých skóre na T-skóre. Titulní strana dotazníku obsahuje instrukce k vyplnění a příklady označování odpovědí. Následují jednotlivé položky dotazníku a hodnocení na čtyřbodové škále od 0 (nikdy) do 3 (velmi často). Při celkovém vyhodnocení je třeba spočítat hrubé skóre jednotlivých škál a ty převést na T-skóre, umožňující porovnat výsledky jednotlivců s výsledky ze standardizačního vzorku. T-skór je standardizovaným převodem hrubých skóre, kde střední hodnota je 50 a standardní odchylka je ± 10 . Celkový zjištěný výsledek poskytuje informaci jednotlivců vzhledem ke

standardizačnímu vzorku. T-skóry v rozmezí 50–60 jsou považovány za potencionálně problematické a mohou představovat subklinické obtíže. Dotazník zabere většinu dětí nebo adolescentům 15–20 minut času na vyplnění, vyhodnocení trvá přibližně 5–10 minut.

Klinické škály dotazníku TSCC-A měří rozsah, který dítě přiřazuje pěti různým typům symptomů potenciálně se vztahujících k traumatu. Jedná se o úzkost (ANX), depresi (DEP), vztek (ANG), posttraumatický stres (PTS), disociace (DIS).

Z pohledu výzkumného šetření srovnáváme dosažený T-skóre jednotlivých respondentů, kde t = testové kritérium příslušného typu Studentova t -testu při shodných nebo neshodných rozptylech z pohledu komparace aritmetických průměrů dvou nezávislých výběrů dat, P_t = pozorovaná hladina významnosti testového kritéria příslušného typu Studentova t -testu, SD = směrodatná odchylka (rozptyl souboru hodnot), F = testové kritérium Fisher-Snedecorova testu pro komparaci rozptylů dvou nezávislých výběrů dat, SD = směrodatná odchylka, \bar{O} = aritmetický průměr, med. = medián, mod. = modus, min. = minimum, max. = maximum, N = počet respondentů, p = hladina významnosti (p -level). Pro výpočet srovnávání průměrů mezi více než dvěma skupinami byla využita analýza rozptylu (ANOVA), neboť porovnává střední hodnoty dvou nebo více skupin ve výzkumném vzorku, a to v jediném testu. Pro zpracování a vyhodnocení statistických dat byl použit dostupný software Microsoft Excel a statistický program Statgraphics Centurion XVI.

Celkový počet probandů výzkumného šetření je 101 ve věkovém rozmezí od 8 do 16 let. Z toho 39 respondentů (což představuje 39 % celkového počtu respondentů) je ve věku 8–12 let, zatímco 62 respondentů (61% celkového počtu respondentů) je ve věku 13–16 let. Průměrný věk dané skupiny 13 let. Z celkového počtu 101 účastníků výzkumu je 47 dívek (47 %), zatímco 54 respondentů jsou chlapci (53 %). Podíl zastoupení respondentů podle typu školského zařízení pro výkon ústavní a ochranné výchovy odhaluje různorodost výchovného prostředí. Nejvíce zastoupeným typem v počtu 36 respondentů (36%) je dětský domov. Dále bylo 22 dětí (22 %) umístěno v dětském domově se školou a stejný počet ve výchovných ústavech. Poslední skupinu tvořilo 21 dětí (20 %) umístěných v diagnostických ústavech.

Výsledky

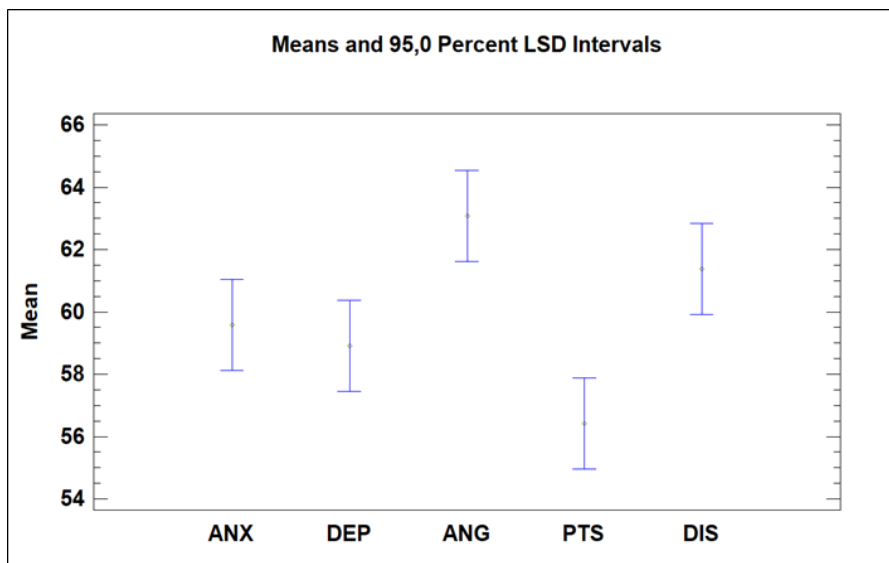
Vzhledem k různorodosti prostředí a specifikům poskytované výchovy a vzdělávání v jednotlivých školských zařízeních, má analýza výsledků za cíl poskytnout především komplexní pohled na případný výskyt traumatických symptomů u dětí od 8 do 16 let. Deskripce výzkumného šetření je provedena za celý výzkumný vzorek. Pro kompletní popis a precizaci výsledků byl vybrán T-skór dotazníku TSCYC-A, sloužící k sebezpozouzení úrovně symptomatiky u dítěte. Vyhodnocení skóru u jednotlivých škál ukazuje specifické oblasti, ve kterých může dítě vykazovat symptomatiku.

Z pohledu komparace pěti klinických škál dotazníku TSCC-A byla využita analýza rozptylu ANOVA na hladině významnosti $\alpha = 0,05$. Hodnota testového kritéria byla $F 5,78$ a $P_i 0,0001$, tedy menší než $0,05$. Můžeme učinit tudíž závěr, že mezi srovnávanými oblastmi nejsou sledované rozptyly shodné. To ilustruje tabulka I a graf 1 níže.

Tabulka I: Deskriptivní analýza výsledků klinických škál dotazníku TSCC-A/všichni respondenti výzkumného šetření/úzkost (ANX), deprese (DEP), vztek (ANG), posttraumatický stres (PTS), disociace (DIS)

	<i>N</i>	<i>Ø</i>	<i>SD</i>	<i>Min</i>	<i>Max</i>	<i>Rozsah</i>
úzkost (ANX)	101	59,574	10,528	39,0	80,0	41,0
deprese (DEP)	101	58,901	10,531	38,0	86,0	48,0
vztek (ANG)	101	63,070	10,685	39,0	85,0	46,0
posttraumatický stres (PTS)	101	56,416	9,3148	39,0	80,0	41,0
disociace (DIS)	101	61,386	11,566	39,0	91,0	52,0
Total	505	59,869	10,748	38,0	91,0	53,0

Graf 1: Intervalový graf porovnávající výsledky T-skóre jednotlivých respondentů v rámci klinických škál dotazníku TSCC-A/všichni respondenti výzkumného šetření/úzkost (ANX), deprese (DEP), vztek (ANG), posttraumatický stres (PTS), disociace (DIS)



Z výsledků je patrné, že je nutné podrobit data ještě post-hoc analýze. Její závěry jsou nastíněny v tabulce II níže a jasně poukazují na to, mezi kterými klinickými škálami je statisticky významný rozdíl. Jedná se především

o škálu vzteku (ANG), která je statisticky významně vyšší z pohledu zjištěných T-skórů oproti oblastem úzkosti (ANX), depresi (DEP) a posttraumatického stresu (PTS). Další signifikantní rozdíly v dosažených T-skóre nalézáme v oblasti posttraumatického stresu (PTS) a úzkosti (ANX). Z pohledu významných rozdílů je poslední oblastí disociace (DIS) a posttraumatický stres (PTS).

Tabulka II: Post-hoc analýza výsledků klinických škál dotazníku TSCC-A/všichni respondenti výzkumného šetření/úzkost (ANX), deprese (DEP), vztek (ANG), posttraumatický stres (PTS), disociace (DIS)

-----	ANX	DEP	ANG	PTS	DIS
ANX	-----	$P_t = 0,650$	$P_t = \mathbf{0,020}$	$P_t = \mathbf{0,025}$	$P_t = 0,246$
DEP		-----	$P_t = \mathbf{0,006}$	$P_t = 0,077$	$P_t = 0,112$
ANG			-----	$P_t = \mathbf{0,000}$	$P_t = 0,284$
PTS				-----	$P_t = \mathbf{0,000}$
DIS					-----

Námi zjištěné závěry jsou dle našeho názoru zajímavé, neboť ukazují statisticky významné rozdíly u našeho vzoru především ve vyšší míře vzteku (ANG) u dětí v rámci školských zařízení pro výkon ústavní a ochranné výchovy. Skóry na škále vzteku (ANG) ukazují míru agresivních myšlenek, pocitů a chování, které dítě popisuje. Zahrnují pocity zuřivosti, zákeřnosti, nenávisti, obtíže se zmírněním vzteku, chuť křičet na druhé lidi nebo jim ubližovat, hádání a praní se. Děti skórující na škále ANG vysoko, jsou často druhými vnímány jako dráždivé, hostilní nebo agresivní. Mohou mít potíže ve škole nebo doma, protože se perou, vztekají se nebo odmítají a mohou mít potíže v sociálních situacích, v důsledku vyplývajících z jejich výbuchů vzteku nebo agrese směřované vůči vrstevníkům. Podle Briere (2022) však nemusí děti se zvýšenými skóry na škále ANG na sebe upozorňovat prostřednictvím agresivního chování, nicméně se mohou cítit zlostné nebo našťvané z důvodu předchozího týrání, opuštění nebo subjektivně neférového zacházení. Z výsledků může taktéž vyplývat, že zvýšené skóre detekují dlouhodobé vystavení dětí násilí ve svém okolí.

Další signifikantní významné rozdíly v dosažených T-skóre nalézáme v oblasti posttraumatického stresu (PTS) a úzkosti (ANX). Mnohem vyšších skórů dosahuje výzkumný vzorek dětí ve školských zařízeních náhradní výchovné péče v oblasti úzkosti (ANX) oproti oblasti posttraumatického stresu (PTS). Skór ve škále úzkosti (ANX) zachycuje míru generalizované úzkosti, nadměrné aktivity a obav a také specifického strachu z mužů nebo žen, ze tmy nebo obav ze zabití, kterým dítě čelí. Tato škála také zachycuje epizody zaplavující úzkosti a strachy z hrozícího nebezpečí. Klinicky významné skóry ve škále ANX mohou zachytit přítomnost úzkostné poruchy nebo úzkostnou vzrušivost spojenou s posttraumatickou stresovou poruchou. Vzhledem k tomu, že obsah položek škály ANX zahrnuje řadu odkazů na nebezpečí,

vysoký skóre na této škále může zachycovat předchozí viktimizaci nebo svědectví násilí vůči jiným osobám.

Z pohledu zjištěných významných statistických rozdílů v dosaženém T-skóre je poslední oblastí disociace (DIS) a posttraumatický stres (PTS), kdy mnohem vyšší výsledky nalézáme ve škále disociace (DIS). Položky škály DIS zahrnují derealizaci, emoční ustrnutí, předstírání, že je dítě někdo jiný nebo je někde jinde, denní snění, potíže s pamětí a disociativní vyhýbání. Děti dosahující klinicky významně zvýšených hodnot na škále DIS, vykazují sníženou vnímavost vůči vnějšímu prostředí, emoční odloučení a tendenci rozumově se vyhýbat negativním pocitům.

Relativně celkově nižších výsledků T-skóru oproti ostatním oblastem dosahuje v našem výzkumném šetření posttraumatický stres (PTS), skládající se z položek popisující klasické posttraumatické symptomy. Ty zahrnují vtíravé myšlenky, pocity, vzpomínky na bolestivé události v minulosti, noční můry, strach z mužů nebo žen, vyhýbání se negativním myšlenkám a vzpomínkám. Přesto daná oblast dosahuje aritmetického průměru T-skóru $\bar{X} = 56,416$, což dle manuálu k dotazníku dosahuje potencionálně problematického rozmezí. Děti dosahující vyšších skóre na škále PTS jsou často zaujaté jednou nebo více traumatickými událostmi v minulosti, popisují vtíravé a přetrvávající vzpomínky a smyslové znovuprožívání těchto událostí. Je nutné si také uvědomit, že tyto symptomy mohou rušivě zasahovat do běžného fungování a mají za následek úzkostnou těkavost a podrážděnost. Běžná je i situace, kdy dítě opakovaně přemýšlí o těchto smutných událostech, viní sebe samo nebo si představuje, jak by bylo bývalo možné se událostí vyhnout nebo ji změnit. Přítomen může být také strach, napětí, nervozita, ochromení, emoční vyhýbavost.

Podle manuálu k dotazníku TSCYC platí, že T-skóry vyšší než 65 jsou považovány za klinicky významné. T-skóry v rozmezí 60–65 představují potencionálně problematické a mohou znamenat subklinické obtíže. Z hlediska našeho výzkumného vzorku se jedná především o výsledky ve škále vzteku (ANG) a disociace (DIS). Je však nutné upozornit, že i ostatní škály sledovaného dotazníku se hranici kritického rozmezí přibližují.

Diskuse a závěr

Výsledky ukazují statisticky významné rozdíly u našeho vzorku respondentů především ve vyšší míře vzteku (ANG) u dětí ve vybraných školských zařízeních pro výkon ústavní a ochranné výchovy. Další signifikantní rozdíly v dosažených T-skóre nalézáme v oblasti posttraumatického stresu (PTS) a úzkosti (ANX). Z pohledu významných rozdílů je poslední statisticky významnou oblastí disociace (DIS) a posttraumatický stres (PTS).

Celkově lze říci, že námi získaná data mohou poskytovat užitečné informace o míře traumatických symptomů u vybraného vzorku respondentů dětí a adolescentů ve školských zařízeních pro výkon ústavní a ochranné výchovy v České republice.

Tyto poznatky mohou být důležité pro plánování a poskytování individuálně přizpůsobené péče a intervence, která by měla reflektovat specifické potřeby a zkušenosti jednotlivých dětí v těchto zařízeních. Důležitou skutečností výzkumného šetření bylo i ověřit možnosti použití standardizovaného testovaného systému dotazníkového šetření a výsledků pro praxi. Závěr analýzy výsledků šetření naznačuje, že v našem výzkumném vzorku existují významné rozdíly v míře traumatických symptomů.

Omezení našeho výzkumu je nutné vnímat v několika důležitých rovinách. Nejedná se o výzkum uzavřený, neboť témat s popisovanou problematikou je z našeho pohledu mnohem více. Domníváme se však, že lze naše postupy rozšířit o sběr dat v rámci konkrétních školských zařízení pro výkon ústavní a ochranné výchovy v České republice a následně realizovat komparativní studii porovnávající jednotlivá zařízení (dětský domov, dětský domov se školou, výchovný ústav a diagnostický ústav). Zde se nabízejí široké možnosti dalšího výzkumu. Identifikace těchto rozdílů může být klíčová pro poskytnutí cílené podpory a intervence, která by mohla přispět k celkovému zlepšení psychického zdraví dětí a mládeže v těchto zařízeních. K lepšímu precizování závěrů by rozhodně přispěl i větší výzkumný soubor a zaměření se kupříkladu ve výzkumném vzorku na oblast pohlaví jako možné důležité proměnné v hodnocení traumatických symptomů u dětí a adolescentů. Uvědomujeme si, že se jedná v tomto ohledu o limitující záležitost. Přesto mohou výsledky našeho výzkumu sloužit jako vhodný podklad tohto širěji zaměřeného výzkumu, ale také předem upozornit na možné problémy, jak interpretovat získaná data.

Bibliografia

- Berens, A. E., Nelson, C. A. (2015). The science of early adversity: Is there a role for large institutions in the care of vulnerable children? *The Lancet*, 386(9991), 388-398. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)61131-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61131-4)
- Blaisdell, K. N., Imhof, A. M., Fisher, P. A. (2019). Early adversity, child neglect, and stress neurobiology: From observations of impact to empirical evaluations of mechanisms. *International Journal of Developmental Neuroscience*, 78(1), 139-146. <https://doi.org/10.1016/j.ijdevneu.2019.06.008>
- Boney-McCoy, S., Finkelhor, D. (1995). Psychosocial sequelae of violent victimization in a national youth sample. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63(5), 726-736. <https://doi.org/10.1037/0022-006x.63.5.726>
- Boparai, S. K. P., Au, V., Koita, K., Oh, D. L., Briner, S., Harris, N. B., Bucci, M. (2018). Ameliorating the biological impacts of childhood adversity: A review of intervention programs. *Child Abuse & Neglect*, 81, 82-105. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2018.04.014>

- Briere, J. (2022). *Hodnocení traumatických symptomů u dětí*. Praha: Hogrefe.
- Briere, J. N. (1992). *Child abuse trauma: Theory and treatment of the lasting effects*. Newbury Park, CA: Sage.
- Briere, J., Elliott, D. M., Harris, K., & Cotman, A. (1995). Trauma Symptom Inventory: Psychometrics and association with childhood and adult victimization in clinical samples. *Journal of Interpersonal Violence*, 10(4), 387-401. <https://doi.org/10.1177/088626095010004001>
- Dunn, O. J. (1964). Multiple Comparisons Using Rank Sums. *Technometrics*, 6(3), 241-252. <https://doi.org/10.1080/00401706.1964.10490181>
- Dunovský, J. (1999). *Sociální pediatrie: vybrané kapitoly*. Praha: Grada.
- Freeman, L. N., Mokros, H., & Poznanski, E. (1993). Violent events reported by normal urban school-aged children: Characteristics and depression correlates. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 32(2), 419-423. <https://doi.org/10.1097/00004583-199303000-00025>
- Green, B. L., Korol, M., Grace, M. C., Vary, M. G., Leonard, A. C., Gleser, G. C., & Smitson-Cohen, S. (1991). Children and disaster: Age, gender, and parental effects on PTSD symptoms. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 30(6), 945-951. <https://doi.org/10.1097/00004583-199111000-00012>
- Højlund, S. (2011). Home as a Model for Sociality in Danish Children's Homes: A Question of Authenticity. *Social Analysis*, 55(2), 106-120. <https://doi.org/10.3167/sa.2011.550206>
- Höschl, C. et al. (2004). *Psychiatrie*. Praha: Tigis.
- Jaffe, P. G., Wolfe, D. A., & Wilson, S. K. (1990). *Children of battered women*. Newbury Park, CA: Sage.
- Kraus, B., & Poláčková, V. (2001). *Člověk – prostředí - výchova: k otázkám sociální pedagogiky*. Brno: Paido.
- Lanktree, C., Briere, J., & Zaidi, L. (1991). Incidence and impact of sexual abuse in a child outpatient sample: The role of direct inquiry. *Child Abuse & Neglect*, 15(4), 447-453. [https://doi.org/10.1016/0145-2134\(91\)90028-C](https://doi.org/10.1016/0145-2134(91)90028-C)
- Martinez, P., & Richters, J. E. (1993). The NIMH Community Violence Project: II. Children's distress symptoms associated with violence exposure. *Psychiatry*, 56(1), 22-35. <https://doi.org/10.1080/00332747.1993.11024618>
- Metzler, M., Merrick, M. T., Klevens, J., Ports, K. A., Ford, D. C. (2017). Adverse childhood experiences and life opportunities: Shifting the narrative. *Children and Youth Services Review*, 72, 141-149. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2016.10.021>
- Nakonečný, M. (1998). *Základy psychologie*. Praha: Academia.
- Plhánková, A. (2004). *Učebnice obecné psychologie*. Praha: Academia.
- Singer, M. I., Anglin, T. M., Song, L. Y., & Lunghofer, L. (1995). Adolescents' exposure to violence and associated symptoms of psychological trauma. *Journal of the American Medical Association*, 273(6), 477-482. <https://doi.org/10.1001/jama.1995.03520300051036>

- Vágnerová, M. (2005). *Vývojová psychologie I.: dětství a dospívání*. Praha: Karolinum.
- Vizinová, D., & Preiss, M. (1999). *Psychické trauma a jeho terapie (PTSD): psychologická pomoc obětem válek a katastrof*. Praha: Portál.
- Vocílka, M. (1999). *Dětské domovy v České republice: charakteristika jednotlivých dětských domovů*. Praha: Aula.
- Vodáčková, D. (2007). *Krizová intervence*. Praha: Portál.
- Vymětal, J. (2000). *Speciální psychoterapie: (úzkost a strach)*. Praha: Psychoanalytické nakladatelství.
- Zákon č. 109/2002 Sb., o výkonu ústavní výchovy nebo ochranné výchovy ve školských zařízeních a o preventivně výchovné péči ve školských zařízeních a o změně dalších zákonů.

Článek je výstupem projektu UJEP-SGS-2024-43-007-2, který byl podpořen v rámci Studentské grantové soutěže na UJEP v Ústí nad Labem.

PhDr. PaedDr. Jan Tirpák, Ph.D., MBA

Katedra speciální a sociální pedagogiky
Univerzita J. E. Purkyně v Ústí nad Labem, Pedagogická fakulta
Hořeni 13, 400 96 Ústí nad Labem, Česká republika
JanTirpak@seznam.cz

PaedDr. Miriam Uhrinová, PhD.

Katedra predškolskej a elementárnej pedagogiky
Katolícka univerzita v Ružomberku, Pedagogická fakulta
Hrabovská cesta 1, 034 01 Ružomberok
miriam.uhrinova@ku.sk

Klára Zimmermannová

Katedra speciální a sociální pedagogiky
Univerzita J. E. Purkyně v Ústí nad Labem, Pedagogická fakulta
Hořeni 13, 400 96 Ústí nad Labem, Česká republika
klarazimmermannova12@gmail.com