

MASARYKOVA UNIVERZITA
Fakulta sociálních studií
Katedra psychologie

DISERTAČNÍ PRÁCE

Brno 2016

Petr Štěpánek

MASARYKOVA UNIVERZITA
Fakulta sociálních studií
Katedra psychologie

PhDr. Petr Štěpánek

**Deprese a suicidalita u polytraumatizovaných
adolescentních dívek**

Disertační práce

Školitel: prof. PhDr. Ivo Čermák, CSc.

Brno 2016

Čestné prohlášení

Prohlašuji tímto, že jsem rigorózní práci na téma: Deprese a suicidalita u polytraumatizovaných adolescentních dívek zpracoval sám pouze s využitím pramenů v práci uvedených.

Disertační práce byla vypracována v rámci grantového projektu „Závažně traumatizované dívky: vliv komplexního interpersonálního traumatu na psychopatologii osobnosti v adolescenci“, podpořeného GA ČR, reg. č. 16-17529S.

Poděkování

Tímto bych chtěl poděkovat panu prof. PhDr. Ivo Čermákovi CSc. za trpělivost, laskavost, ochotu a cenné rady při psaní dizertační práce a prof. PhDr. Tomáši Urbánkovi Ph.D. za odborné konzultace při statistickém zpracování výzkumných dat.

Obsah

Obsah	5
TEORETICKÁ ČÁST	10
Úvod.....	10
Epidemiologie traumatických zkušeností u dětí a adolescentů	10
Obtíže při zjišťování epidemiologie traumatických zkušeností	12
Rizikové faktory.....	12
Rizikové faktory v rodině.....	12
Rozdíly mezi chlapci a dívkami	13
Behaviorální a zdravotní charakteristiky	14
Epidemiologie PTSP u specifických skupin adolescentů.....	14
Rozsah výskytu PTSP u adolescentů, kteří jsou v péči systému psychosociálních služeb	15
Polyviktimizace, polytraumatizace, trauma zrady	16
Polyviktimizace.....	17
Metodologie výzkumu.....	18
Výsledky výzkumu polyviktimizace	19
Charakteristika obětí polyviktimizace	20
Predispozice k polyviktimizaci.....	21
Polytraumatizace	22
Závažnost interpersonálních událostí ve výzkumu polytraumatizace.....	23
Negativní dopady polyviktimizace / polytraumatizace	23
Trauma zrady	24
Narušená citová vazba a dynamika traumatického prožívání u dětí.....	26
Prožívání vlastního já a fungování v sociálních vztazích.....	26
Dezorganizovaná citová vazba	27
Závažná psychopatologie jako důsledek narušené citové vazby	29
Dynamika traumatického prožívání u dětí	31
Útěkové / útokové reakce	32
Zamrzlá strnulost a nedostatečná sensorická integrace	33
Vyhýbavé a úslužné chování	34
Disociace	35
Souhrn.....	36
Komplexní Posttraumatická stresová porucha	37
Historie výzkumu traumatu.....	37
Komplexní PTSP - Extrémní stresová porucha.....	37
Raná interpersonální traumatizace a komplexnější posttraumatická psychopatologie	38
Symptomová komplexita	39
Specifika komplexního traumatu v dětství a adolescenci	40
Posttraumatická stresová porucha u dětí	41

Historie klinického výzkumu PTSP u dětí.....	41
Otázka specifičnosti kritérií PTSP u dětí.....	41
Rozsah psychických potíží traumatizovaných dětí.....	43
Chronická / sekvenční traumatizace v dětství.....	44
Vývojová narušení u traumatizovaných dětí.....	46
Interpersonální traumatizace v dětství a její důsledky.....	47
Vývojové trauma.....	49
Volání po vývojově senzitivní interpersonální traumatické diagnóze.....	49
Vývojová traumatická porucha.....	50
Hlavní rozdíly mezi Vývojovou traumatickou poruchou a PTSP.....	51
Návrh kritérií vývojové traumatické poruchy.....	51
Biopsychosociální dysregulace.....	54
Afektivní dysregulace.....	55
Obtíže identifikovat a popsat vnitřní emoční zkušenost.....	55
Obtíže v expresi emocí a narušená schopnost modulovat emocionální zkušenost.....	56
Poruchy nálady.....	58
Těžká forma deprese u sexuální traumatizace.....	58
Behaviorální dysregulace.....	59
Sebedestruktivní chování: sebepoškozování a suicidální chování.....	60
Sebepoškozování.....	60
Suicidalita.....	62
Rizikové chování.....	63
Agresivita a delikvence.....	63
Poruchy pozornosti, kognice a vědomí.....	64
Problematika disociace obecně.....	64
Disociativní prožívání u dětí.....	66
Narušené kognitivní funkce v raném věku.....	66
Narušené kognitivní funkce v kontextu školní docházky.....	67
Porucha pozornosti u traumatizovaných dětí.....	67
Narušené kognitivní funkce – výsledky výzkumných studií.....	68
Narušené vnímání sebe sama.....	69
Utváření negativního sebepojetí v průběhu vývoje dítěte.....	70
Negativní sebepojetí a jeho nepříznivé důsledky na psychické zdraví.....	71
Negativní sebepojetí u sexuálně traumatizovaných dětí.....	72
Interpersonální obtíže.....	72
Narušená citová vazba.....	73
Změna vnímání sociálních situací.....	74
Narušená schopnost empatie.....	74
Nedůvěra, vzdor, opoziční chování.....	75
Celoživotní selhávání v interpersonálních vztazích a jeho důsledky.....	75

Dynamika interpersonálních vztahů chronicky traumatizovaných jedinců v dospělosti	76
Biologická dysregulace	77
Vnímání těla a smyslové vnímání	77
Somatizace a biologická dysregulace	78
Narušení biologických systémů traumatem prožitým v dětství	78
Somatické obtíže chronicky traumatizovaných pacientů v dospělosti	78
Dilemata Komplexní posttraumatické poruchy	80
Argumenty proti zavedení diagnózy Komplexní PTSP	80
Traumatické události vyvolávající Komplexní PTSP	80
Problematicnost definice symptomů Komplexní PTSP	81
Překryv kritérií Komplexní PTSP s dalšími poruchami	82
Disociativní podtyp PTSP	83
Komplexní PTSP jako Porucha traumatického spektra	83
Argumenty pro zavedení diagnózy Komplexní PTSP	84
Odhadovaný vysoký výskyt Komplexní PTSP	84
Klinická významnost a využitelnost konceptu Komplexní PTSP	84
Souhrn diskuse k problematice Komplexní PTSP	85
Dilemata Vývojové traumatické poruchy	86
Argumenty proti zavedení diagnózy Vývojové traumatické poruchy	86
Argumentace pro zavedení diagnózy Vývojové traumatické poruchy	88
Otázka komorbidit v důsledku vystavení interpersonálnímu traumatu v dětství	88
Závažnost dopadu polytraumatizace	90
Adekvátní diagnóza vedoucí k efektivní léčbě	91
Současné výzkumné studie Vývojové traumatické poruchy	92
Závěr teoretické části	95
Doporučení do praxe	96
VÝZKUMNÁ ČÁST	97
Riziko deprese a suicidalit u traumatizovaných dětí a adolescentů	98
Úvod do problematiky	98
Epidemiologie sebevražedného chování	98
Epidemiologie sebevražedného chování dětí a adolescentů ve Spojených státech	98
Epidemiologie sebevražedného chování dětí a adolescentů v České republice	99
Etiologie suicidálního chování	101
Nepříznivé události v dětství a suicidalita v průběhu života	102
Rodinné charakteristiky a suicidalita	105
Suicidální chování v rodinné anamnéze	105
Psychopatologie rodičů	106
Rozvod rodičů	107
Vztahy v rodině	107
Traumatické události a suicidalita	108

Stresující životní události.....	108
Ztráta	108
Šikana	108
„Neukotvený život“	109
Fyzické a sexuální zneužívání - obecně	109
Fyzické zneužívání a suicidalita	111
Sexuální zneužívání a suicidalita	112
Sexuální zneužívání, suicidalita a psychopatologie	112
Suicidalita u sexuálně zneužívaných dětí – longitudinální studie.....	113
Traumatizace, suicidalita a důsledky pro zdravotní péči.....	115
Duševní poruchy a suicidalita.....	116
Duševní poruchy, suicidalita a rozdíly mezi pohlavími.....	116
Deprese	116
Bipolární porucha.....	118
Úzkostná porucha	118
Posttraumatická stresová porucha	118
Poruchy chování.....	118
Poruchy vyvolané užíváním návykových látek	119
Poruchy příjmu potravy.....	120
Schizofrenie.....	120
Psychiatrická komorbidita.....	120
Impulsivita.....	121
Předchozí suicidální pokusy	121
Výzkumné otázky	122
Popis výzkumného vzorku, terapeutického kontextu a specifického sběru výzkumných dat	124
Výzkumné metody	126
Inventář raného traumatu	126
Index suicidálního potenciálu u dětí a adolescentů	127
CDI.....	130
Dotazník Youth Self-Report.....	130
Výsledky výzkumu	134
Popis výzkumného souboru	134
Rozložení traumatických událostí ve výzkumném souboru (ETI-SR-SF).....	134
Rozložení suicidálního rizika ve výzkumném souboru	141
Rozložení psychopatologie ve výzkumném souboru	142
Korelace	144
Souvislost mezi typy traumatu a psychopatologií.....	144
Souvislost mezi škálami dotazníku CASPI, depresivitou (CDI) a škálami problémového chování (YSR).....	146
Rozdíly v psychopatologii mírně traumatizovaných a závažně polytraumatizovaných dívek (analýza za pomoci kvartilů)	148
Shluková analýza	152

Přítomnost psychopatologie v jednotlivých shlucích	154
Analýza vztahu jednotlivých typů traumatických zkušeností s vybranými typy psychopatologie	157
Vztah mezi traumatickými zkušenostmi a posttraumatickými stresovými symptomy	157
Vztah mezi traumatickými zkušenostmi a internalizovanými symptomy	159
Vztah mezi traumatickými zkušenostmi a externalizovanými symptomy	160
Vztah mezi traumatickými zkušenostmi a Depresivní uzavřeností	165
Vztah mezi traumatickými zkušenostmi a Anxiózní depresí	166
Vztah mezi traumatickými zkušenostmi a Depresí (CDI).....	167
Vztah mezi traumatickými zkušenostmi a anxiózně-impulsivní depresí (CASPI)	172
Vztah mezi traumatickými zkušenostmi a suicidalitou	173
Souhrn analýzy vztahů jednotlivých typů traumatických zkušeností s vybranými typy psychopatologie ..	178
Souhrnné znázornění vztahu traumatizace a jednotlivých hlavních skupin psychopatologických symptomů	180
Diskuze	186
Kritické poznámky k výzkumu	197
Závěrem	199
Literatura k teoretické části	200
Literatura k výzkumné části	244
Anotace	259
Annotation	261

TEORETICKÁ ČÁST

Úvod

Děti představují nejvíce traumatizovanou vrstvu lidí na světě (Finkelhor, et al., 2010). Jsou vystavovány interpersonálním traumatickým stresorům tak často a systematicky, že někteří výzkumníci označují tento znepokojující jev jako tichou (Kauffman, 2009) či skrytou epidemii (Lanius, et al., 2010). Celosvětově se odhaduje, že jedno ze tří dětí má zkušenost s fyzickým týráním a přibližně jedna ze čtyř dívek a jeden z pěti chlapců zažili sexuální viktimizaci (Anda et al., 1999; Felitti et al., 1998; Putnam, 2003). Je zřejmé, že trauma, které je dlouhodobé, systematické a působené blízkými osobami, vyvolává závažné poruchy ve všech oblastech fungování osobnosti v průběhu celého života takto traumatizovaného jedince. Výzkumy přesvědčivě prokazují souvislost interpersonální, komplexní a mnohočetné traumatizace s počátkem v raném dětství.

V práci se věnuji problematice traumatu v dětství, především však postupnými změnami v chápání tohoto pojmu. Výraz trauma je řeckého původu a znamená „ránu, poškození, porážku“. V medicíně se pod pojmem trauma označuje závažné fyzické zranění nebo šok, který ochromí přirozenou ochranu organismu a vyžaduje lékařskou péči. Psychologický pohled na trauma je podobný. Jedná se o okolnost, za které určitá událost zahltlí schopnost jedince ochránit své psychické zdraví a integritu (Cloitre, et al., 2006). Samotná definice psychického traumatu je složitá, neboť zahrnuje jak charakteristiku samotné traumatické události, tak i subjektivní reakci traumatickou událostí zasaženého jedince (DSM-IV), APA, 2000. Aby událost mohla být považována za traumatickou, tak musí splňovat jak objektivní kritéria (A1: jedinec prožil, byl svědkem nebo musel čelit události nebo událostem, při nichž právě došlo k usmrcení někoho jiného, kdy hrozila smrt nebo kdy došlo k těžkému úrazu nebo k ohrožení fyzické integrity vlastní nebo jiných), tak subjektivní kritéria (A2: odpověď jedince zahrnovala intenzivní strach, beznaděj nebo hrůzu). V následujícím textu se budu detailněji zabývat těmito kritérii, resp. jejich specifikací na dětskou a adolescentní populaci.

Epidemiologie traumatických zkušeností u dětí a adolescentů

V USA jsou úřadům každý rok přibližně nahlášeny více než 3 milióny dětí z důvodu zneužívání nebo zanedbávání. U každého 15 dítěte z 1000 dětí se prokázalo, že bylo zneužíváno

(Wang, Daro, 1997). První národní prevalenční studie dětského týrání a zneužívání v Nizozemí s precizněji propracovanou metodologií uvádí 30 prokázaných případů z každého 1000 dětí (Euser, Van IJzendoorn, Prinzie, et al., 2010). Streeck-Fischer a van der Kolk (2000) citují americkou národní studii incidence a prevalence dětského týrání a zanedbávání (National Incidence Study, NIS-3), podle které se zneužívání či týrání dětí dopouštějí především jejich vlastní rodiče (až 80%). Ostatní příbuzní dítěte jsou označeni za aktéry dětské traumatizace v dalších 10% případů. Jen necelých 10% pachatelů nemá tudíž příbuzenský vztah k dítěti. Dále se ukazuje se, že ženy zanedbávají děti dvakrát častěji než muži, avšak fyzicky jsou děti týrány častěji muži (67% versus 40%). Sexuálního zneužívání se častěji podle očekávání dopouštěli muži (88% dětí bylo sexuálně zneužito muži, 12% ženami). Dívky byly ve srovnání s chlapci třikrát častěji sexuálně zneužity, zatímco u chlapců bylo zjištěno o 24% vyšší riziko závažných zranění pocházejících z týrání a o 18% byla vyšší pravděpodobnost emocionálního zanedbávání.

V jiném průzkumu organizovaném HMO (Health Maintenance Organisation), jehož se účastnilo 16 000 dospělých v Kalifornii, 22% respondentů uvedlo, že bylo v dětství sexuálně zneužíváno a 12% fyzicky týráno. Z celkového počtu 1225 žen z výběrového souboru jich 18,4% připustilo, že byly v dětství sexuálně zneužívány, 14,2% referovalo o fyzickém týrání a 24,1% žen bylo v dětství vystaveno emocionálnímu zneužívání (Felitti et al., 1998). Kendall-Tackett se spolupracovníky (1993) na základě rozsáhlé metaanalýzy 45 studií zjistil, že 27% žen a 16% mužů bylo v dětství sexuálně zneužito. Autoři odhadují, že zanedbávání se vyskytuje třikrát častěji než sexuální zneužívání.

Koenen (Koenen, Roberts, Stone, Dunn 2010) shrnul výsledky Národní komorbidity studie - reprezentativního průzkumu domácností (NCS-R – The national comorbidity study - replication - nationally representative household survey, 2010), kterého se zúčastnili osoby starší 18 let ve 48 amerických státech. Expozice potenciálně traumatickým událostem byla zjišťována jako součást rozhovoru o možném PTSP v druhé části průzkumu s 5692 účastníky. Téměř 40% dospělých z běžné populace sdělilo, že v dětství - do svých 13 let - zažilo alespoň jednu traumatizující událost. Ohromujícím zjištěním je prevalence zkušenosti s přímým násilným napadením (assaultive violence) v dětství. Téměř 20% mužů a více než 25% žen bylo vystaveno přímému násilí nebo toho bylo v dětství svědky. U žen byla pravděpodobnost zkušenosti s napadením významně vyšší než u mužů. Muži pak byli často svědky fyzického násilí v domácnosti (11%), a dále uváděli, že jako děti byli extrémně bití rodičem nebo pečovatelem (5%) nebo někým jiným (4%). Ženy se nejčastěji zmiňovaly o tom, že byly přítomny fyzickým pŕtkám mezi rodiči či pečovateli a též byly často vystaveny sexuálnímu

násilí (13%) následovaného zkušeností závažného bití rodičem nebo pečovatelem (5%). U mužů byla zaznamenána celkově vyšší míra zkušenosti s různými typy traumatu.

Zdá se, že odhady prevalence se značně liší v závislosti na populačním vzorku. Oproti výše uvedenému výzkumu, podle studie „Adverse Childhood Experience Study“ (Dong, et al., 2004) provedené na populaci dospělých ve velkých organizacích zdravotní péče, uváděli respondenti sexuální zneužívání ve 20,7%, zatímco dospělí ve studii NCS-R udávali „jen“ 11% prevalenci tohoto typu traumatizace.

Obtíže při zjišťování epidemiologie traumatických zkušeností

Díky precizní definici kritéria stresoru (DSM-IV) je k dispozici základní bod, od kterého se může odvíjet epidemiologický výzkum. V rámci populačního výzkumu se události, které je možno označit za traumatické, vyskytovaly překvapivě často (Kessler, Bergland, Demier, et al., 2005), přičemž při použití podrobnějších dotazníků by celoživotní výskyt mohl dosáhnout až hodnoty 90% (Breslau, Kessler, 2001). Tato zjištění zpochybňují původní představu, že traumatické události se vymykají běžné lidské zkušenosti. Z těchto dat tudíž vyplývá, že zneužívání dětí, včetně jejich pohlavního zneužívání, je realitou, kterou těžko můžeme popřít.

Odborníci zabývající se duševním zdravím se neustále setkávají se skutečností, že čím více a podrobněji se dotazují, tím více se dozví. Na základě epidemiologických výzkumů provedených v Austrálii byl u prevalence Posttraumatické stresové poruchy zjištěn nárůst z 1,3% v roce 2001 (Creamer, Burgess, McFarlane, 2001) na 4,4% v roce 2007 (Australian Bureau of Statistics, 2007). Z těchto údajů je zřejmé, že způsob dotazování se na expozici traumatu významně zvyšuje a mění udávané hodnoty výskytu.

Z výše uvedených zjištění vyplývá, že existují mnohé problémy při měření raného dětského traumatu. Jedním z nich je praktická použitelnost kritéria stresoru pro zneužívání v dětství. Dalším je fakt, že kritérium stresoru uvedené v DSM-IV nevystihuje podstatu zneužívání v dětství dostatečně přesně, zejména pokud je toto zneužívání sexuální povahy. Kessler (Kessler, Bergland, Demier, et al., 2005) zdůrazňoval, že tyto skutečnosti by bylo lépe zohlednit v DSM-V.

Rizikové faktory

Rizikové faktory v rodině

Nejvíce traumatických zkušeností získávají děti a adolescenti ve svém bezprostředním sociálním prostředí, v okruhu nejbližších osob - rodiny (Euser, Van IJzendoorn, Prinzie, et al.,

2010; Finkelhor, Ormrod, Turner, 2007; Finkelhor, Ormrod, Turner, 2009). Vyšší riziko expozice traumatické zkušenosti lze očekávat u dětí, které pocházejí z rodin s nízkým socioekonomickým statusem. Nízký příjem domácností, nižší vzdělání matek a výchova jen jedním rodičem jsou spojovány se zvýšeným rizikem traumatu v dětství a mají tendenci se v rodinách vyskytovat současně (Finkelhor, Dziuba-Leatherman, 1994; Breslau, Wilcox, Storr, et al., 2004; Breslau, Lucia, Alvarado, 2006; Costello, Erkanli, Fairbank, et al., 2002; Fantuzzo, Boruch, Beriama, et al., 1997; Fantuzzo, Fusco, Mohr, et al., 2007). Finkelhor (Finkelhor, Ormrod, Turner, 2007; Finkelhor, Ormrod, Turner, et al., 2005) v longitudinálním výzkumu amerických dětí zjistil, že nezaměstnanost rodičů a bezdomovectví rodiny, nejenom logicky vede k chudobě, ale je i spolehlivým prediktorem výskytu traumatizace. U rodin se zanedbávanými, týranými nebo zneužívanými dětmi se často objevují další rizikové faktory jako je duševní onemocnění rodičů, nepříznivé životní podmínky včetně již zmíněné chudoby, stísněné bytové podmínky nebo sociální izolace (Euser, Van IJzendoorn, Prinzie, et al., 2010; Jaudes, Mackey-Bilaver, 2008; Larson, Russ, Crall, et al., 2008). Též disharmonické rodinné prostředí vyznačující se násilím mezi rodiči (Finkelhor, et al., 2007) a nefunkční komunikací v rodině (Costello, Erkanli, Fairbank, et al., 2002) posilují riziko traumatizace v dětství.

Dále se zjišťuje, že vyšší míra psychopatologie rodičů (Costello et al., 2002; Breslau, Davis, Andreski, et al., 1991), stejně tak jako uvěznění (Costello et al., 2002; Finkelhor, et al., 2007), či abúzus alkoholu a návykových látek rodičů (Stevens, Ruggiero, Kilpatrick, et al., 2005; Finkelhor, et al., 2007) jsou v přímé souvislosti se zvýšeným rizikem výskytu dětské viktimizace.

Rozdíly mezi chlapci a dívkami

Pokud jde o traumatické zkušenosti, pak je příslušnost k mužskému pohlaví spojována především s násilím a fyzickým týráním či fyzickým napadením. Například v americkém národním reprezentativním vzorku dětí ve věku 10-16 let uváděli chlapci ve srovnání s dívkami významně vyšší celoživotní viktimizaci násilím (57,6% versus 44,8%, Finkelhor, Dziuba-Leatherman, 1994).

V amerických regionálních studiích (Breslau, et al., 2004, 2006) se zjistilo, že chlapci jsou téměř dvakrát častěji než dívky vystaveni násilnému napadení (62,6% versus 33,7%). Ve stejném poměru jsou chlapci častěji než dívky svědky násilí či dokonce závažného ublížení či smrti další osoby nebo jsou sami vystaveni zranění (Costello et al., 2002).

Bodvarsdottir a Elklit (2007) v mezinárodně koncipovaném výzkumu zjistili, že chlapci jsou daleko častěji vystaveni výhrůžkám, že budou sami zbiti nebo že budou napadeni jejich

kamarády či příbuzní. U chlapců bylo dále zjištěno větší riziko, že budou srazeni autem (Malek, Guyer, Lescohier, 1990), zranění na hřišti (Tan, Ang, Heng, et al., 2007) nebo že se stanou svědky šokujících událostí (Breslau, et al., 2004).

V kontrastu k zvýšenému riziku chlapců, že budou fyzicky napadeni či zraněni, jsou dívky častěji vystaveny riziku sexuální viktimizace. V reprezentativním vzorku amerických dětí (Finkelhor, Dziuba-Leatherman, 1994) 3,2% dívek zažilo sexuální útok (ve srovnání s 0,6% chlapců). Obdobná zjištění uvádějí další americké (Breslau, et al., 2004, 2006; Costello et al., 2002) i řada mezinárodních studií (Edgardh, Ormstad, 2000; Walker, Carey, Mohr, et al. 2004).

Behaviorální a zdravotní charakteristiky

Behaviorální a zdravotní charakteristiky každého konkrétního dítěte predikují potenciální možnost jeho expozici traumatu. Například nízká porodní váha je rizikovým faktorem zranění v kojeneckém věku (Scholer, Hickson, Ray, 1999). Potíže se sluchem či hluchota jsou u dětí rizikovým faktorem pro závažná budoucí zranění (Mannw, Zhou, McKee, et al., 2007). Děti s fyzickým handicapem, např. nevidomé a neslyšící, nebo děti s kognitivním narušením, jsou více ohroženy pohlavním zneužíváním (Putnam, 2003).

Adolescenti a mladí dospělí, kteří se hlásí k minoritní sexuální orientaci, udávají vyšší míru pohlavního a fyzického zneužívání v dětství, než respondenti, jejichž orientace je 100% heterosexuální (Austin, Roberts, Corliss, et al., 2008; Saewyc, Pettingell, Skay, 2006). Užívání návykových látek (Stein, Hofler, Perkonigg, et al., 2002) a rizikové sexuální chování (Raghavan, Bogart, Elliott, et al., 2004) predikují viktimizaci následným traumatem.

V rámci několika longitudinálních studií bylo zjištěno, že duševní problémy v dětství predikují traumatické události v pozdějším věku. Internalizující problémy, včetně úzkostných poruch a zvýšeného emocionálního distresu, jsou prospektivně spojovány se zvýšeným rizikem traumatu (Raghavan, Bogart, Elliott, et al., 2004). Externalizující problémy, potíže s agresí a chováním, které se vyskytují již v raném dětství, jsou taktéž spojovány s pozdější expozicí agresivnímu násilí (Breslau, Lucia, Alvarado, 2006; Storr, Ialongo, Anthony, et al., 2007). Problémové chování v raném dětství je spojováno se zvýšeným rizikem výskytu celoživotního traumatu (Breslau, Davis, Andreski, et al., 1991).

Epidemiologie PTSP u specifických skupin adolescentů

Často je udáván údaj, že traumatizovaných adolescentů v populaci je pouze 16% (Cuffe, Addy, Garrison, 1998), ačkoliv z řady jiných studií vyplývá, že před dosažením věku 18 let

prožije traumatickou událost cca. 40% adolescentů (Boney-McCoy, Finklehor, 1996; Breslau, Davis, Andreski, 1991; Giaconia, Reinherz, Silverman, et al. 1995; Schwab-Stone, Ayers, Kaspro, et al. 1995). Z výzkumů provedených na běžné populaci vyplývá, že PTSP se u 5 až 22% mladistvých vyskytuje v délce trvání 12 měsíců (Cuffe, Addy, Garrison, et al. 1998; Costello, Angold, Burns, et al., 1996; Kessler, Sonnega, Bromet, et al. 1995; Seedat, van Nood, Vythilingum, et al., 2000).

Ještě vyšší procentuální výskyt byl však zjištěn u mladistvých, kteří byli vystaveni specifickým traumatickým událostem, např. fyzickému či pohlavnímu zneužívání (Carrion, Weems, Ray, et al., 2002; Deblinger, McLeer, Atkins, et al., 1989; Famularo, Fenton, Augustyn, et al., 1996; Famularo, Fenton, Kinscherff, et al., 1996; Lipschitz, Kaplan, Sorkenn, et al. 1996; McLeer, Callaghan, Henry, et al., 1994; McLeer, Deblinger, Henry, et al. 1992; Seedat, Nyamai, Njenga, et al., 2004) nebo u mladistvých, kteří žijí ve specifickém prostředí, např. ve vězení či v detenčních ústavech (Abram, Teplin, Charles, et al., 2004; Burton, Foy, Bwanausi, et al., 1994; Cauffman, Feldman, Waterman, et al., 1998; Steiner, Garcia, Matthews, 1997; Wasserman, Havassy, Boles, 1997). V tomto kontextu je třeba uvést, že ***v řadě studií bylo pohlavní zneužití shledáno nejzákladnější událostí spojenou s rozvojem PTSP*** (Giaconia, Reinherz, Silverman, et al., 1995; Deters, Novins, Fickenscher, et al. 2006; Silva, Alpert, Munoz, et al., 2000). Na základě řady dosavadních výzkumů lze obecněji konstatovat, že u dívek existuje vyšší pravděpodobnost pohlavního zneužití než u chlapců a díky tomu s vyšší pravděpodobností splňují kritéria PTSP (Giaconia, Reinherz, Silverman, et al., 1995; Walrath, Ybarra, Sheehan, et al., 2006; Deters, Novins, Fickenscher, et al. 2006; Deykin, Buka, 1997; Elklit, 2002; Ruchkin, Schwab-Stone, Jones, et al. 2005; Shannon, Lonigan, Finch, et al., 1994).

Rozsah výskytu PTSP u adolescentů, kteří jsou v péči systému psychosociálních služeb

Pozornost odborné veřejnosti věnované výskytu PTSP u adolescentů se závažnými emocionálními a behaviorálními poruchami je bohužel menší. Tito adolescenti často využívají řadu psychosociálních služeb (vzdělávacích, právně poradenských, psychiatrických, atd., Multiple Service Systems). Rozsah jejich funkčních narušení, vysoké riziko dlouhodobého umístění mimo domov a náročný přechod do dospělosti (Burchard, Clark, 1990) ztěžují léčbu, která je sama o sobě velmi náročná. Mueser a Taub (2008) přišli ze studií, která se zabývala prevalencí Posttraumatické stresové poruchy (PTSP) u adolescentů se závažnými emočními problémy, kteří využívají mnohé psychosociální služby. Výzkumné studie se zúčastnilo 69 adolescentů ve věku 11 až 17 let z amerického státu New Hampshire a jejich primární pečující osoby. Vyplňovali dotazník týkající se expozice traumatu v adolescenci, prevalence PTSP,

dosavadní léčby, rodinné anamnézy, behaviorálních a emočních obtíží, schopnosti fungovat ve společnosti, zátěže pečujících osob a silných stránek a odolnosti. U těchto mladistvých se závažnými emočními poruchami a vysokou potřebou pomoci psychosociálních služeb byl podobně jako u traumatizace zjištěn vysoký výskyt PTSP, a to 28%. Tato hodnota překračovala odhadované procento výskytu PTSP u běžné populace mladistvých (viz. výše) a přibližovala se spíše výsledkům zjištěným ve studiích zaměřených na mladistvé, kteří byli zneužíváni (viz výše). PTSP zde souvisela s pohlavím (42% dívek a 19% chlapců) pohlavním zneužitím (61% mladistvých, kteří byli pohlavně zneužiti a 15% mladistvých, kteří pohlavně zneužiti nebyli) a s diagnostikovanou depresí (47% mladistvých s diagnostikovanou depresí a 16% mladistvých, kteří takovou diagnózu neměli).

Autoři výzkumu (Mueser, Taub, 2008) na podkladě těchto výsledků konstatují, že PTSP je u adolescentů se závažnými emočními poruchami běžná, avšak často nediodagnostikovaná porucha, které si však bohužel často lékaři nejsou vůbec vědomi. Většinu pacientů ve výzkumu diagnóza PTSP často nebyla stanovena. Tato skutečnost tak může v kombinaci se závažnějšími a heterogenními klinickými projevy této poruchy částečně vysvětlovat vysokou míru polyfarmacie u adolescentů ve výzkumném vzorku s PTSP (88%), v porovnání s adolescenty, kterým tato diagnóza stanovena nebyla (46%). Navíc bylo zjištěno, že adolescenti s PTSP byli léčeni pomocí různých psychotropních léků (53% mladistvých mělo předepsané dva či více léky a 26% mladistvých mělo předepsán jeden lék či byli zcela bez medikace).

Polyviktimize, polytraumatizace, trauma zrady

Dosavadní výzkum důsledků traumatických zkušeností u dětí a adolescentů se bohužel téměř výlučně zaměřoval na důsledek jednorázového traumatu, aniž by byly zkoumány další druhy, kterým by ty samé děti mohly být vystaveny (Gustafsson, Nilsson, Svedin, 2009). Během předchozích desetiletí byly nashromážděny důkazy o závažných psychologických důsledcích traumatických zkušeností u dětí a adolescentů. Bylo zjištěno, že traumatické události jako např. pohlavní zneužití (Briere, Elliott, 1994; Kendall-Tackett, Williams, Finkelhor, 1993), fyzické zneužití a násilí (Osofsky, 1995; Runyon, Deblinger, Ryan, et al., 2004), živelné pohromy (Green, Korol, Grace, et al., 1991), teroristické útoky (Fremont, 2004) a zranění (Stoddard, Saxe, 2001) mají řadu negativních důsledků pro duševní pohodu dětí a adolescentů.

Velká většina studií u dospělých (Norris, 1992) a u dětí a adolescentů (Finkelhor, Ormrod, Turner, 2007; Saunders, 2003) se zaměřovala především na homogenní výzkumné vzorky, ve kterých byl zkoumán jen jediný typ traumatu. V současné době se však ukazuje, že tento přístup má určité rezervy, neboť použití tohoto přístupu neumožňuje porozumět četnosti a závažnosti traumatických událostí v běžné populaci (Norris, 1992). Tento přístup také nebere v potaz skutečnost, že traumatické zkušenosti mají tendenci vyskytovat se opakovaně (Duncan, 1999; Finkelhor, Ormrod, Turner, 2007). Bylo zjištěno, že studie, jež se zabývají jen jedním typem traumatu, podhodnocují expozici traumatu a nedokážou identifikovat nejohroženější skupiny. Důsledkem toho může být stanovení nepřesného kauzálního vztahu a to proto, že nelze identifikovat důsledky neměřených traumat. Tato skutečnost vede k nadhodnocení důsledků daného jednoho konkrétního typu traumatu (Finkelhor, Ormrod, Turner, 2007; Saunders, 2003).

Alternativním způsobem zkoumání důsledků traumatu je nejdříve změřit četnost výskytu různých potenciálně traumatických zkušeností a následně použít tento počet traumat jako měřítko totální expozice traumatu. Bylo totiž zjištěno, že prostý součet různých nepříznivých událostí má zásadní vliv na vývoj mladistvých (Appleyard, Egeland, van Dulmen, et al., 2005; Atzaba-Poria, Pike, Deater-Deckard, 2004; Sameroff, Seifer, Baldwin, 1993). **Studie, které se zaměřily na zjevně traumatické zkušenosti, potvrzují, že závažnost důsledků pro duševní zdraví dospělých (Turner, Lloyd; 1995) i dětí a adolescentů (Finkelhor, Ormrod, Turner, 2007; Finkelhor, Ormrod, Turner, 2007; Holt, Finkelhor, Kantor, 2007) souvisí s počtem traumat prožitých v dětství.** Mnohočetná expozice různým traumatům tak může mít škodlivější důsledky než opakovaná expozice jedinému typu traumatu.

Polyviktimizace

Finkelhorn (2008) při snaze o porozumění fenoménu interpersonální dětské traumatizace poukazuje na to, že viktimizace může být definována jako újma, jež se jedinci udála, protože jiní lidé, aktéři utvářející situaci traumatu, se chovali způsobem, který porušoval sociální normy. I když se často hovoří o lidech jako o „obětech hurikánu“, „obětech rakoviny“ nebo „obětech nehod“, termín viktimizace se mnohem častěji vyskytuje v interpersonálním slova smyslu. Proto Finkelhorn přichází s termínem interpersonální viktimizace. Zdůrazňuje, že děti se bohužel až příliš často stávají obětmi různých druhů násilí, trestné činnosti a zneužívání. V konceptu interpersonální traumatizace mají prvky nenávisti, zrady, nespravedlnosti, křivdy a nemorálnosti mnohem závažnější dopad na život jedince, než nehody, nemoci nebo přírodní katastrofy. V této perspektivě je patrné, že děti bohužel mohou zažívat rozsáhlé množství forem interpersonálních traumatických životních událostí.

Finkelhor s kolegy (Finkelhor, Ormrod, Turner, 2007a; Finkelhor, Ormrod, Turner, 2007b; Finkelhor, Ormrod, Turner, 2007c; Finkelhor, Ormrod, Turner, Hamby, 2005) se jako jeden z prvních začal systematicky zabývat výzkumem kumulativních traumat a přišel s konceptem polyviktimizace. Termín polyviktimizace definoval jako prožitek mnoha viktimitizačních zkušeností různých druhů, např. pohlavní zneužívání, fyzické zneužívání, šikana a expozice násilí v rodině. Tento koncept je užitečný pro porozumění traumatických zkušeností v dětství, neboť výzkumně i klinicky přesněji fokusuje pozornost na skupinu dětí, jež trpí obzvláště závažnými druhy viktimizace (např.: fyzickým zneužíváním/týráním, pohlavním zneužíváním, vrstevnickou šikanou, viktimizace majetkovou trestnou činností a expozicí domácímu násilí, atd.). Děti také mohou být svědky takovýchto událostí doma, ve škole či ve svém okolí. Některé děti bývají viktimizovány několika různými způsoby v poměrně krátkém časovém úseku. U těchto dětí a mladistvých následně existuje obzvláště vysoké riziko trvalé fyzické, duševní a emoční újmy (Finkelhor, Turner, Hamby, Ormrod, 2011).

Metodologie výzkumu

Fenomén polyviktimizace byl zkoumán v projektu The National Survey of Children's Exposure to Violence (NatSCEV; Finkelhor, Ormrod, Turner, et al., 2009a; Finkelhor, Ormrod, Turner, et al., 2009b). Jednalo se o první souhrnný celoamerický průzkum, který zohlednil celé spektrum situací, ve kterých jsou děti vystaveny násilí, trestné činnosti a zneužívání. Byl proveden napříč všemi věkovými skupinami; děti pocházely z různých prostředí a doba, po kterou byly násilí vystaveny, byla různě dlouhá. Průzkum zjišťoval, zda děti byly vystaveny fyzickému a emočnímu násilí v období 1 roku před výzkumem nebo v jejich předchozím životě. Průzkum zahrnoval nejen děti, které byly viktimizovány přímo, ale také takové děti, které byly násilí vystaveny nepřímo jako očití svědkové nebo se o něm dozvěděly jinak.

Výzkum polyviktimizace byl založen na Dotazníku viktimizace pro mladistvé (Juvenile Victimization Questionnaire - JVQ; Finkelhor, Hamby, Ormrod, Turner, 2005; Finkelhor, Ormrod, et al., 2005b; Finkelhor, Ormrod, Turner, 2007b), který je zaměřen na třicet druhů různých viktimitizačních expozic. Dotazník zjišťuje, zda byly děti a mladiství exponováni běžné trestné činnosti, včetně majetkové trestné činnosti, zda byli zanedbáváni, zda se setkali se sexuální viktimitizací, zda byli svědky viktimizace vrstevníků či sourozenců nebo zda byli svědky násilí v rodině či ve svém blízkém sociálním okolí.

Výsledky výzkumu polyviktimizace

Autoři výzkumu (Finkelhor, Ormrod, Turner, et al., 2009a; Finkelhor, Ormrod, Turner, et al., 2009b) se zaměřili především na děti, které byly násilí vystaveny mnohonásobně. Jejich výzkumy dokázaly, že viktimizace má kumulativní charakter. Velká část dotazovaných dětí (38,7%) uvedla, že v uplynulém roce byly vystaveny více než 1 typu přímé viktimizace. Z těch dětí, které uvedly přímou viktimizaci, se téměř u dvou třetin (64,5%) jednalo o více než jeden typ. Značný počet dětí uvedl vysokou míru expozice různým typům násilí v předchozím roce: více než jedno dítě z deseti (10,9%) uvedlo 5 nebo více přímých expozic různým druhům násilí a 1,4% uvedlo 10 nebo více přímých viktimizací.

U dětí, které byly vystaveny buď jedinému druhu násilí, ať už v průběhu předchozího roku nebo během jejich dosavadního života, hrozilo mnohem vyšší riziko kontaktu s dalšími druhy násilí. Např. u dítěte, které bylo fyzicky napadeno v uplynulém roce, byla 5x vyšší pravděpodobnost, že bylo také sexuálně viktimizováno a více než 4x vyšší pravděpodobnost, že bylo v onom období také týráno. Podobně dítě, které bylo někdy během svého života fyzicky napadeno, mělo více než 6x vyšší pravděpodobnost, že bylo během svého dosavadního života týráno (Finkelhor, Turner, Ormrod, et al., 2009).

Koncept polyviktimizace zdůrazňuje různé druhy viktimizace, nikoliv pouze mnoho epizod jen jednoho typu viktimizace, protože přítomnost různých druhů viktimizace signalizuje všeobecně větší míru vulnerability vůči polyviktimizaci. Bylo zjištěno, že 49% dětí z reprezentativního vzorku bylo vystaveno dvěma nebo více druhům viktimizace (včetně přímé i nepřímé viktimizace) v minulém roce. Nejvyšší dosažený počet různých druhů viktimizace byl 18. Medián expozice násilí v uplynulém roce byl 3. Bylo zjištěno, že se zvyšujícím se počtem expozic násilí v uplynulém roce narůstá počet traumatických symptomů a od hranice sedmi nebo více druhů viktimizace míra strádání narůstá výrazně. Na základě uvedených zjištění výzkumníci stanovili počet sedmi a více druhů viktimizace v rámci jednoho roku jako limitní hranice polyviktimizace. Za polyviktimizované bylo označeno 8% dětí a mladistvých z výzkumného vzorku (Finkelhor, Ormrod, Turner, 2009).

Když byl autory výzkumu zkoumán počet různých druhů polyviktimizace za celý dosavadní život dítěte tak míra výskytu byla podobná, avšak širší. Medián expozic násilí za celý dosavadní život byl 3. Počet symptomů distresu narůstal od jedenácti a více viktimizacích expozic - tzn. 10% účastníků výzkumu (Turner, Finkelhor, Ormrod, 2010).

Při posuzování vulnerability vůči polyviktimizaci byl kladen větší důraz na takové druhy viktimizacích zkušeností, které se považují za závažnější (např. pohlavní zneužití). Při podrobnějším zkoumání celoživotní viktimizace se ukázalo, že pokud bylo sexuální napadení a

týrání hodnoceno na škále závažnosti výše, než jiné zkušenosti, tak se výrazně zlepšila schopnost predikovat míru strádání obětí polyviktimizace (Finkelhor, Ormrod, Turner, 2009).

Charakteristika obětí polyviktimizace

Finkelhor (Finkelhor, Turner, Hamby, Ormrod, 2011) dále zkoumal základní charakteristiky, které by odlišovaly polyviktimizované děti od těch, které nejsou vystaveny násilí v takové míře. Bylo zjištěno, že u chlapců existuje o něco vyšší pravděpodobnost (54%), že se stanou oběťmi polyviktimizace, než je tomu u dívek (46%). Oběti polyviktimizace jsou nejčastěji ve věkové skupině starší mládeže (41% bylo ve věku 14 – 17 let). Vyšší míra polyviktimizace se vyskytuje u dětí vyrůstajících jen s jedním rodičem nebo s nevlastním rodičem.

Ukázalo se, že výskyt závažných viktimizečních zkušeností u polyviktimizovaných dětí je nejen vyšší, ale zároveň tyto zkušenosti jsou také závažnější. U polyviktimizovaných dětí byl počet závažných viktimizečních zkušeností čtyři až pětkrát vyšší, než u jiných viktimizeovaných dětí. Z výzkumných dat vyplynulo, že v uplynulém roce zažilo 55% polyviktimizeovaných dětí viktimizeční zranění, 42% dětí se ocitlo tváří v tvář útočníkovi se zbraní či jiným nebezpečným předmětem, 36% z nich bylo vystaveno sexuální viktimizeaci a 53% bylo viktimizeováno pečující osobou.

Polyviktimizeované děti také prožily častěji viktimizeční zkušenosti napříč různými druhy viktimizeace – tzn. větší různorodost viktimizeční zkušeností. Téměř tři z pěti polyviktimizeovaných dětí (58%) byly viktimizeovány v pěti nebo více oblastech - např. týrání, sexuální viktimizeace, šikana, atd.

Polyviktimizeované děti jsou dále charakteristické tím, že mají vyšší míru pravděpodobnosti zkušenosti s nemocemi, nehodami, nezaměstnaností v rodině, drogovou závislostí rodičů a duševními chorobami (v průměru 4,7 nepříznivých zkušeností ve srovnání s 2,1 takovými zkušenostmi u dětí, které nejsou polyviktimizeované) (Finkelhor, Turner, Hamby, Ormrod, 2011).

Finkelhor v jiném výzkumu (Průzkumu vývojové viktimizeace - Developmental Victimization Survey; Finkelhor, Ormrod, et al., 2005b) zjistil, že polyviktimizeace má tendenci přetrvávat dlouhodobě a polyviktimizeované děti či adolescenti mají velké obtíže se s polyviktimizeací vyrovnat. V tomto výzkumu byly děti dotazovány třikrát během období čtyř let. Mezi dětmi, které byly označeny za polyviktimizeované ještě před zahájením první vlny studie, bylo 55% stále polyviktimizeováno i během první nebo dalších dvou vln studie. Dále bylo zjištěno, že v průběhu roku, kdy polyviktimizeace u dítěte započne, dítě zažije průměrně

čtyři různé druhy viktimizace s tím, že dochází také k disproporčnímu nárůstu sexuální viktimizace, majetkové viktimizace a fyzických napadení (Finkelhor, Ormrod, Turner, Holt, 2009).

Předchozí trauma, věk, ve kterém k traumatizaci došlo, a náročné životní situace jsou spojeny s vyšší pravděpodobností následné expozice traumatu. U dětí, které ve startovním roce longitudinální studie utrpěly čtyři nebo více viktimizací, existovala ve srovnání s ostatními dětmi pětikrát vyšší pravděpodobnost, že budou mnohočetně viktimizovány i v následujícím roce (Finkelhor, Ormrod, Turner, 2007). Jiná studie na vzorku amerických adolescentů zjistila, že pokud k první viktimizaci dochází v nižším věku, pak existuje zvýšená pravděpodobnost mnohočetné fyzické či sexuální viktimizace (Stevens, Ruggiero, Kilpatrick, et al., 2005).

Míra distresu u polyviktimizovaných dětí

Výzkumníky byla dále zjišťována míra distresu polyviktimizovaných dětí, jež byl v rámci výzkumu měřen dotazníky: Trauma Symptom Checklist for Children (Briere, 1996) a Trauma Symptom Checklist for Young Children (Briere et al., 2001). Distres byl ve výzkumu definován jak přítomnost skórovaných psychopatologických symptomů uvedenými dotazníky. Ukázalo se, že polyviktimizované děti prožívaly vysokou míru distresu. Skórovali pozitivně symptomy indikující úzkost, depresi, vztek a symptomy posttraumatické stresové poruchy. U polyviktimizovaných dětí byl počet těchto symptomů o více než jednu standardní odchylku vyšší než u jiných traumatizovaných či netraumatizovaných dětí.

Polyviktimizované děti vykazovaly výrazně více distresu, než děti, které byly oběťmi pouze jednoho druhu chronické viktimizace. Byla u nich zjištěna nejen vyšší míra distresu ve srovnání s ostatními traumatizovanými dětmi, ale také ve srovnání s dětmi, které opakovaně zažívaly traumatizaci jednoho druhu. Například bylo zjištěno, že opakovaná zkušenost se sexuální viktimizací nezpůsobuje zdaleka tolik distresu jako zkušenost s jakoukoliv sexuální viktimizací v kombinaci s několika dalšími druhy viktimizace. Z čehož vyplývá, že mezi dětmi, u kterých byl zjištěn jeden druh viktimizace (např. sexuální napadení), vykazují nejvyšší hladinu distresu ty děti, které byly viktimizovány ještě dalšími způsoby (Finkelhor, Turner, Hamby, et al., 2011).

Predispozice k polyviktimizaci

Na základě Průzkumu vývojové viktimizace (DVS) Finkelhor (Finkelhor, Ormrod, Turner, Holt 2009) zjistil čtyři specifické druhy predispozice k polyviktimizaci:

a) dítě vyrůstá v rodině, kde panuje značná míra násilí a konfliktů (*život v násilnické rodině*);

- b) dítě vyrůstá v rodině sužované problémy s penězi, zaměstnáním a užíváním látek, přičemž tyto problémy omezují dohled rodičů nad dítětem a/nebo u něj vytvářejí emoční deficit (*život v rodině, ve které panuje distres a chaos*);
- c) dítě bydlí, nebo se přestěhovalo, do nebezpečné oblasti (*život ve čtvrti s vysokou mírou kriminality*);
- d) dítě, u kterého se již v minulosti vyskytly emoční problémy, které zvyšují rizikové chování, vyvolávají nesnášenlivost a negativně ovlivňují schopnost ochránit samo sebe (*psychické a emoční problémy*).

Bylo zjištěno, že každý z výše uvedených druhů přispívá k nástupu polyviktimizace nezávisle na sobě. Predispozice typu emočních problémů byla nejčastější u dětí mladších deseti let, zatímco zbývající druhy byly typické spíše pro děti ve věku deseti let a starších.

Polytraumatizace

Gustafsson (Gustafsson, Nilsson, Svedin, 2009), v rámci výzkumu traumat a duševního zdraví u dětí a adolescentů, rozšířil Finkelhorův koncept polyviktimizace. Zkoumal dopad polytraumatizace, operacionalizované jako počet různých potenciálně traumatických událostí. Oproti polyviktimizaci, polytraumatizace nutně nezahrnuje expozici trestným činům, avšak zahrnuje také jiné traumatické zkušenosti nikoliv interpersonální povahy, např. nehody či vážná onemocnění. Polytraumatizace představuje mnohočetnou expozici různým traumatickým událostem, bez ohledu na jejich původ.

Problematika polytraumatizace byla zkoumána na dvou reprezentativních vzorcích školních dětí (n = 270) a adolescentů (n = 400). Informace o celoživotním výskytu traumatických událostí byly získány pomocí dotazníku LITE (Life incidence of traumatic events; Greenwald, Rubin, 1999; Larsson, 2003). Bylo zjištěno, že v obou vzorcích míra expozice alespoň jedné traumatické události byla vysoká (u 63% dětí a 89,5% adolescentů).

Dále byl zkoumán vliv polytraumatizace na souvislost mezi jednorázovými traumatickými událostmi a psychickými symptomy. Bylo zjištěno, že počet různých traumatických událostí, tj. polytraumatizace, byl z hlediska symptomů vysoce prediktivní v obou vzorcích a překonal důsledek specifických událostí (Gustafsson, Nilsson, Svedin, 2009).

Uvedené výsledky výzkumu polytraumatizace, tj. že počet různých traumat ovlivňuje duševní zdraví dětí a adolescentů mnohem zásadnějším způsobem, než konkrétní události, byly v souladu se zjištěním Finkelhora (Finkelhor, Ormrod, Turner, 2007). A to i přes některé metodologické rozdíly, např. použití nezávislých vzorků v odlišném kulturním kontextu a použití hodnotících metod (kratší verze dotazníku LITE o celoživotním výskytu potenciálně

traumatických událostí) namísto komplexnějšího dotazníku viktimizace z Juvenile Victimization Questionnaire.

Závažnost interpersonálních událostí ve výzkumu polytraumatizace

Výzkumníci (Gustafsson, Nilsson, Svedin, 2009) se v rámci výzkumu zaměřili blíže na interpersonální rozměr traumatu (Green, 1993; Norris, Friedman, Watson, et al., 2002) a to na základě skutečnosti, že rozdily mezi interpersonálními a nepersonálními událostmi do té doby byly studovány jen velmi málo. Domnívali se, že interpersonální a nepersonální události mají odlišný vliv na psychologické symptomy. Vycházeli z rozšířeného názoru založeného především na klinických zkušenostech, že interpersonální události, např. týrání v dětství, mají mnohem závažnější důsledky pro duševní pohodu než události nepersonální povahy (např. nehody či onemocnění). V rámci výzkumu bylo zjištěno, že v obou vzorcích existuje významnější vliv událostí interpersonálního charakteru na závažnost psychopatologických symptomů. V obou výzkumných vzorcích interpersonální události byly výrazněji spojeny se symptomy než události nepersonální povahy, jak výzkumníci předpokládali na základě svých předchozích zjištění (Gustafsson, Larsson, Nelson, et al., 2007).

Negativní dopady polyviktimizace / polytraumatizace

Z výše uvedených výzkumů vyplývá jednoznačné zjištění, že mnohočetná expozice různým traumatům má daleko škodlivější důsledky než opakovaná expozice jedinému typu traumatu (Finkelhor, Ormrod, Turner, 2007). Dosavadní výzkum kumulativních negativních zkušeností vede k závěru, že k intenzivním a dlouhodobým potížím dochází, pokud se problémy nahromadí, a to zejména v dětství (Dong, et al., 2004; Rutter, 1983). Výzkumníci poukazují na lineární vztah mezi počtem nepříznivých životních situací v dětství a úrovní nepříznivých dopadů (Appleyard, et al., 2005; Felitti et al., 1998). Vysoká míra strádání u polyviktimizovaných dětí souvisí s jejich vulnerabilitou k viktimizaci jdoucí napříč řadou kontextů a řadou různých vztahů (Finkelhor, 2008). Viktimizační zkušenosti se nevyskytují nahodile. Naopak, určití jedinci žijící v určitém prostředí mají tendenci viktimizační zkušenosti kumulovat (Tseloni, Pease, 2003).

Některými odborníky byly formulovány mechanismy, které pomáhají porozumět tomu, proč se negativní zkušenosti mohou kumulovat a proč jsou některé děti viktimizovány opakovaně. Patří sem např. „ekologicko-transakční“ modely (Lynch a Cicchetti, 1998) a modely, které vyzdvihují dopad viktimizace na vytvoření „kognitivních schémat“ (Perry, Hodges, Egan, 2001) nebo na „dysregulaci“ emocí (Shields, Cicchetti, 1998).

Model polytraumatizace, který není vzhledem ke zkušenostem a důsledkům specifický, lze považovat za doplněk modelu „specifický stresor-specifický výsledek“ (McMahon, Grant, Compas, et al., 2003). Pomocí tohoto modelu je možno některá traumata zařadit mezi obzvláště škodlivá (Finkelhor, Ormrod, Turner, 2007). Rozlišování specifičnosti a nespecifičnosti při posuzování důsledků traumatických zkušeností je důležitou oblastí zasluhující detailnější výzkum. Ten by mohl pomoci porozumět složitému procesu, kterým je úspěšné či neúspěšné zvládnutí prožitých traumat (Gustafsson, Nilsson, Svedin, 2009).

Díky výše uvedeným výzkumům došlo k vývoji teorie traumatického stresu, jež je základním konceptem pro porozumění vlivu viktimizace. Některé děti nejsou viktimizovány nejsou jen jednorázovou zaplavující událostí (např. sexuální napadení), ale jsou viktimizovány opakovaně/kontinuálně. Viktimizace u nich není tedy jednorázovou událostí ale spíše dlouhodobým stavem (např. zanedbávání šikana či sexuální zneužívání) (Finkelhor, Ormrod, Turner, 2007a). Tento jev může být označen jako komplexní trauma (Cook et al., 2003). Neboť děti, které mají zkušenost s opakovanou viktimizací a s jejími různými druhy, mohou být komplexním traumatem více ohroženy.

Odborníci z různých oblastí (vývojová psychologie, duševního zdraví, traumatický stres) díky studiu fenoménu polyviktimizace a polytraumatizace začali nahlížet na traumatizovaného jedince komplexně, tj. pojímat problém jako důsledek mnohočetných vzájemně se protínajících forem životních nesnází (adversity) (Appleyard, Egeland, van Dulmen, Sroufe, 2005; Cook, Blaustein, Spinazzola, van der Kolk, 2003; Felitti, Anda, Nordenberg, 1998; Saunders, 2003).

Trauma zrady

Závažnost dopadu traumatických interpersonálních událostí je možné vysvětlit tím, že traumatizované dítě se kromě hrozby, kterou představuje událost samotná, musí ještě vyrovnat s tím, že bylo podvedeno jiným člověkem (Green, 1993). V tomto kontextu je třeba zmínit velmi užitečným koncept: Trauma zrady, který představila Jennifer J. Freyd (1996). Termín „trauma zrady“ (Betrayal trauma) odkazuje jak na sociální dimenzi psychologického traumatu, tak na traumata, ve kterých jedinci (nebo instituce), na kterých závisí přežití ostatních lidí, těmto lidem ubližují nebo je nějakým způsobem znásilňují. Trauma zrady způsobuje osoba (nebo instituce), která porušuje explicitní nebo implicitní sociální dohodu tak, že dochází k porušení bazální důvěry. Díky závislé povaze vztahu mezi pachatelem a obětí, není oběť násilí schopna přerušit pouto s pachatelem a je nucena ignorovat nebo akceptovat násilí za účelem zachování zjevně potřebného vztahu. Oběť tak v tomto nevýhodném postavení dlouhodobě setrvává

v pozici, kdy se může v budoucnu velmi pravděpodobně stát obětí dalšího násilí (Freyd, 1996, 2001).

Traumata zrady sice nemohou jedince ohrozit na životě nebo fyzickým zraněním, mohou však být škodlivé pro jeho duševní pohodu, vztahy, sebepojetí a přesvědčení o ostatních lidech a světě. Takováto traumata reprezentují nesoulad mezi tím, co by mělo být (např. lidé by neměli záměrně ubližovat jiným) a tím, co je (zkušenost, že mi někdo jiný ubližuje) (DePrince & Freyd, 2002). Freyd navrhla, že úplná definice traumatu by měla zahrnovat události evokující intenzivní strach, sociální zradu anebo kombinaci obojího (Freyd, 1999; Freyd, DePrince, & Zurbriggen, 2001). Strach i zrada mohou být popsány jako kontinua nebo kategoriální dimenze traumatu. Trauma může i nemusí zahrnovat zradu. Může obsahovat proměnlivou, kolísající míru zrady (např. týrání chůvou může být méně zrazující než týrání rodičem). Závažnost traumatické události se může vztahovat k míře prožívaného strachu a/nebo zrady. Zrada je kvalitativně odlišná od strachu a proto traumata, jež zahrnují prvky zrady, mohou vést k odlišným důsledkům než traumata, která jsou založena pouze na strachu.

Fyzické, emocionální nebo sexuální zneužívání/týrání dětí páchané pečovatelem je typickým příkladem traumatu zrady. Pokud psychické trauma provází zkušenost zrady, oběť si může být méně vědoma traumatických vzpomínek nebo může být méně schopna si je vybavit. Pokud by si je uvědomila, pravděpodobně by to vedlo buď k ohrožující konfrontaci s týrající pečující osobou, nebo naopak k naprostému odtažení pečující osoby. Obě tyto situace vedou ve svém důsledku k závažnému ohrožení citové vazby, která je navzdory všemu pro přežití oběti nepostradatelná. Teorie traumatu zrady při porozumění posttraumatickým dopadům zdůrazňuje důležitost bezpečné a důvěryhodné citové vazby. Malé děti vystavené ze strany pečovatelů traumatu zrady si často v dětství vytvoří desorganizovaný/disociativní styl citové vazby a jejich styl citové vazby v dospělosti je popisován jako úzkostný/vyhýbavý/disociativní (Lyons-Ruth, Dutra, Schuder, et al., 2006).

Trauma zrady má mnoho negativních dopadů. Freyd, DePrince, & Gleaves (2007) zjistili, že dospělí si méně pravděpodobně budou plně vybavovat dětské zneužívání pečovateli či jinými blízkými, než zneužívání neznámými lidmi. Navíc trauma zrady může být spojováno s dalšími problémy, například s fyzickými nemocemi, alexithymií, disociací, depresí a úzkostí (Freyd, Klest, & Allard, 2005; Goldsmith, Freyd, DePrince, 2012). Navíc tyto děti mají mnohonásobně vyšší riziko následné interpersonální reviktimizace (Gobin & Freyd, 2009).

Narušená citová vazba a dynamika traumatického prožívání u dětí

Teorie citové vazby (Bowlby, 1980) postuluje, že citová vazba je dispozice, s níž se děti rodí a která je aktivována, když dítě vnímá ohrožení. Když je tento systém aktivován, vede k vyhledávání blízkého vztahu (proximity-seeking behavior) vůči pečovateli (např. pláčem), který velmi pravděpodobně poskytne útěchu a ochranu. U dospělých se zase aktivuje pečovatelský systém v momentě, kdy dítě dává najevo nepohodu. Aktivizace tohoto systému spouští chování vnímavé vůči dítěti (George, Solomon, 1999). Nicméně pečovatelský systém může být ovlivněn mnoha stresory včetně chudoby, deprese rodiče či jeho minulými traumatickými zkušenostmi, což v důsledku může například vést k netečnému, pasivnímu rodičovství a tudíž narušit citovou vazbu (Dearing, et al., 2006; Bureau, 2009).

Prožívání vlastního já a fungování v sociálních vztazích

Prožívání svého já (self-experience) je založeno na schopnosti identifikovat a vhodným způsobem využívat fyzické pocity. Když kojenci zažívají zneklidňující pocity, používají mimiku obličeje, tělesné pohyby a hlasivky k upoutání pozornosti pečující osoby. Většina interakcí poskytujících kojenci péči, je zaměřena na změnu tohoto diskomfortu a na znovunastolení vnitřní rovnováhy dítěte. Dítě se tak učí, že se na svou pečující osobu může spolehnout. Když neklidné pohyby a pláč nevedou k vyvolání pečující reakce, děti změní strategii. Crittenden (1998) a Fosha (2003) pomocí teorie citové vazby popsali tři způsoby, kterými se děti pokouší zvládat konzistentní nereagování pečujících osob.

První strategií zvládnutí je „*prožívání, ale ne jednání*“ („feeling but not dealing“), což je rozvinutí úzkostné/nadměrně zaujaté (anxious/preoccupied) citové vazby, kdy si dítě zafixuje konstantní vzorec reakcí plných strachu, zděšení nebo pocitů prohry. Tato reakce se významně nemění, i když lidé kolem nich reagují vhodným způsobem. V důsledku pak žádné množství péče není dostatečné na to, aby poskytlo pocit pohody, bezpečí a útěchy. Tyto děti mají zafixovaný neustálý pocit strachu a zděšení, který je nezávislý na reálném ohrožení.

Druhou strategií zvládnutí je *jednání, ale ne prožívání* („dealing but not feeling“), což je rozvinutí vyhýbavé/distancované (avoidant/dismissive) citové vazby, kdy dítě zvládá svou situaci tím, že si zdánlivě zachová svou vnitřní rovnováhu, aniž by k tomu pečující osoba jakkoliv přispěla. Když k tomuto dojde, dítě je schopno nadále fungovat i přes neadekvátní péči ze strany pečující osoby a to tím, že se naučí ignorovat své vlastní fyzické pocity a varovné signály. Rozvine se u něj alexithymie, což je stav, kdy jsou jedinci sužováni nepříjemnými

fyzickými pocity, které jsou odpojeny od jejich emocionální zkušenosti. Emoce tak ztrácí svou funkci varovných signálů. Tito jedinci nemohou použít své pocity jako měřítko svých vztahů k jiným lidem a jsou náchylní reagovat na stres somatickými problémy.

Třetí strategie zvládnání je nazvána *ani prožívání ani jednání* („neither feeling nor dealing“), což je specifický druh dezorganizované reakce, která je běžná mezi zneužívanými a zanedbávanými dětmi, které jsou vychovávány vystrašenými anebo hrůzu nahánějícími pečujícími osobami. U těchto dětí se pak v dospělosti často projevují psychiatrické symptomy a vyžadují chronickou psychiatrickou péči (Crittenden, 1998; Fosha, 2003). Narušení citové vazby ve vztahovém rámci dítě–pečující osoba v raném dětství vytváří půdu pro rozvoj traumatu. Interakční prostor se tak stává extrémně vulnerabilním pro rozvoj psychopatologie, která jedince doprovází po celý život.

Dezorganizovaná citová vazba

Kvalita rodičovství má zásadní vliv na sociálně-afektivní vývoj dítěte a to především v prvním roce dítěte. Citové pouto k primárnímu pečovateli umožňuje regulaci nadměrné excitace (Essex, et al., 2001). Mateřská citlivost, obvykle definovaná jako schopnost matky rozpoznávat potřeby svého malého dítěte a odpovídat na ně přiměřeně, je významně spojována s bezpečnou citovou vazbou dítěte (Ainsworth, a kol., 1978). V kontrastu s tím je mateřská necitlivost spojována jak s nejistým, tak i s dezorganizovaným vztahovým chováním v druhém roce života dítěte (Atkinson, a kol., 2000). Pečovatelé citlivě reagující na potřeby kojenců, vytvářejí podmínky, které mohou kojencům pomoci regulovat vyjadřování negativních afektů v prvním roce života (Belsky, Fish, Isabella 1991; Fish, Stifter, Belsky, 1991). Citlivé chování rodičů může pozitivně ovlivnit fyziologické reakce malých dětí vůči stresorům (Spangler, Grossman, 1999).

Cassidy a Mohr (2001) na základě výzkumných dat poukázali na to, že čím více je pečující prostředí nepředvídatelné, traumatizující a ohrožující, tím je pravděpodobnější, že malé dítě nebude schopné vytvořit koherentní strategii a tudíž bude dezorganizované. Zneužívání dětí je jedním z nejdramatičtějších příkladů ohrožujícího rodičovského chování. Takovéto násilí u dítěte navozuje extrémní strach. Intenzita strachu je vysoce problematická, protože pro dítě zároveň vytváří extrémní konflikt mezi přiblížením se a vyhýbáním se, který dítě není schopno řešit. Tím vyvolává simultánní aktivaci strachu a systému citové vazby.

Děti žijící v prostředí, ve kterém jsou vystaveny nepředvídatelnému násilí a opakovaným zkušenostem opuštění, často nejsou schopny si vytvořit funkční verbální dovednosti. Ohrožující

události a pocity bezmocnosti pro ně představují zdrcující, zahlcující zkušenost, kterou nedokážou zpracovat běžným způsobem. Jakoby jim bránila využít škálu obvyklých způsobů zvládnání. Proto se u nich objevuje jakási restrikce v chování. Oddělují se od toho, co se kolem nich děje. Dříve přístupná řešení „zamrzají“. Dítě se disociuje od nesnesitelné zkušenosti. Použijeme-li vysvětlení z psychodynamické perspektivy, pak lze chování traumatizovaných dětí interpretovat jako obranu typu vytěsnění nebo štěpení (splitting). V důsledku toho tyto děti opakovaně reagují na náročné situace ve svých životech inkohorentně a jednájí dezorganizovaně (Siegel, 1999).

Řada výzkumníků si povšimla podobnosti mezi nejistým-dezorganizovaným stylem citové vazby a disociativními reakcemi, které se často vyskytují u jedinců (obzvláště u dětí) v návaznosti na kumulativní traumatizující zkušenosti. Výzkumné nálezy jak z oblasti posttraumaticko-disociativních poruch, tak také z vývojově pojatých studií zaměřených na citovou vazbu ukazují, že většina chronicky týraných jedinců (obzvláště dětí) si vytvoří **dezorganizovaný a disociativní styl citové vazby** (Anderson & Alexander, 1996; Bureau, Martin, & Lyons-Ruth, 2010; Liotti, 1995, 1999, 2004; Lyons-Ruth & Jacobvitz, 1999; Main & Solomon, 1986; Muller, Sicoli, & Lemieux, 2000; Cassidy & Mohr, 2001; Cicchetti & Toth, 1995; Pearlman & Courtois, 2005; Barnett, Ganiban, & Cicchetti, 1999; Carlson, 1998). Nejistý vzorec citové vazby, zejména pak v podobě dezorganizovaného stylu, byl konzistentně dokumentován u více než 80% týraných dětí (Cicchetti a Beeghly, 1987). Ukazuje se, že jde především o děti vystavené situacím závažného a déle probíhajícího týrání a zanedbávání, kde pečovatel (zpravidla rodič) je jak zdrojem hrozby, tak i citové vazby. Narušená citová vazba v raném věku má zpravidla dlouhodobý efekt a to proto, že poškozuje jádrové bio-psycho-sociální kompetence jedince.

Dezorganizovaná citová vazba (Main, Solomon, 1986, 1990) je chápána jako zhroucení strategie citové vazby, kdy dezorganizované děti nevykazují koherentní vzorec citové vazby vůči rodiči a místo toho projevují rozporuplné chování nebo bázlivé reakce při znovushledání s rodičem v neznámých situacích. Dezorganizace pochází z maladaptivního rodičovského interaktivního chování, které brání schopnosti kojence rozvinout konzistentní způsoby přiblížení se k rodiči, za účelem dosažení útěchy. To může být způsobeno tím, že malé dítě vnímá matku zároveň jako zdroj útěchy tak i strachu (Main, Hesse, 1990).

Dezorganizovaná citová vazba zasahuje do vývoje nervových spojení v důležitých mozkových oblastech (např. levá a pravá hemisféra orbitálního prefrontálního kortexu a jejich spojení; Schore, 2001). Tento styl citové vazby může mít za následek narušení kontroly

afektivních reakcí (afektivní deregulace), schopnosti zvládat stres, nedostatek empatie a prosociálních zájmů o druhé a narušené užívání jazyka k řešení vztahových problémů.

U malých dětí má dezorganizovaná citová vazba za následek nepředvídatelné chování ve vztahu k pečovatelům (např. střídavě přilnavé, odmítavé či agresivní). Zdá se, že dezorganizovaná citová vazba je u starších dětí, adolescentů a dospělých odrazem primitivních sebezáchovných vztahových pracovních modelů (primitive survival-based relations working models), které jsou neměnné, extrémní a tematicky zaměřené (Lyons-Ruth & Jacobovitz, 1999). Tyto vnitřní pracovní modely jsou založené na prožitcích bezmocnosti (např. opuštění, zradu, neúspěch, sklíčenost), což pacienti mohou verbalizovat například takto: „Jakékoliv vyjádření vzteku mne ohrožuje na životě.“ „Jsem poškozený a zasluhuji si odmítnutí.“ Jinou podobu mají vnitřní pracovní modely, v nichž dominuje zaměření na nátlakovou kontrolu (např. obviňování, odmítnutí, nátlak, hostilitu), která může být pacienty vyjádřena následujícím způsobem: „Musím přinutit dělat ostatní lidi to, co chci já.“ „Od nikoho nemohu očekávat pomoc, jen mne využijí.“ Rodiče dětí s tímto chováním jsou popisováni jako často selhávající v ochraně svých dětí. Ve své mateřské či otcovské roli se cítí bezradní. (George & Solomon, 1996).

Další výzkum spojil dezorganizaci citové vazby dětí s rodičovským týráním, rodičovskou psychopatií a narušenými interakcemi mezi rodičem a dítětem (van IJzendoorn, Schuengel, Bakermans-Kranenburg 1999). Výzkum naznačil, že schopnost dětí vytvořit srozumitelné vztahové chování může být ovlivněna rodičovskými charakteristikami souvisejícími s nepředvídatelnými a averzivními vzorci rané péče. Spojení mezi dezorganizací v raném dětství a jak vystrašeným, tak zároveň strach nahánějícím nebo narušeným mateřským chováním byla potvrzena na několika nezávislých výzkumných vzorcích (metaanalýza: Madigan, et al., 2006).

Závažná psychopatie jako důsledek narušené citové vazby

Raná separace dítěte od rodiče je významným rizikovým faktorem pro rozvoj chronické (oproti akutní) odpovědi na traumatické stresory (Breslau et al., 1991). Toto zjištění naznačuje, že již raná zkušenost mezi dítětem a pečovatelem může mít důsledky pro schopnost zvládat traumatické zkušenosti v pozdějším životě.

Výzkumy ukazují, že narušená citová vazba může vést k celoživotní náchylnosti k somatickým i psychickým onemocněním či přinejmenším dysfunkci v psychosociální sféře. Maunder a Hunter (2001) zjistili, že dezorganizovaná citová vazba v dětství, která se rozvíjí především v traumatizujících podmínkách, může v dospělosti nabývat tří podob: (1) snížená odolnost vůči stresu (např. obtíže s udržením pozornosti a kontrolou emočních vzruchů); (2)

neschopnost regulovat emoce bez vnější podpory, jedinec se cítí zahlcen nebo paralyzován intenzivními emocemi; (3) neadekvátní způsoby vyhledávání pomoci (např. excesivní vyhledávání pomoci a udržování se v závislosti na druhých nebo sociální izolace a stažení se).

V průběhu devadesátých let Barach (1991) and Liotti (1992), nezávisle na sobě poukázali na možné spojení mezi nejistou vztahovou vazbou a disociativními poruchami. Liotti (1999a, 1999b) upozornil na skutečnost, že trvalá expozice protichůdným tlakům, kdy dítě na jedné straně vyhledává pečovatelskou osobu, zároveň však od ní chce uprchnout, může zvýšit vulnerabilitu vůči změněným stavům nebo disociativním poruchám.

Takto vzájemně formulovaný vztah byl dále podpořen prospektivní studií dětí od narození do jejich sedmnácti let (Carlson, 1998; Ogawa, Sroufe, Weinfeld, Carlson, & Egeland, 1997). Kojenci, u kterých byla ve věku 12 a 18 měsíců diagnostikována dezorganizovaná citová vazba, vykazovali více známek disociace jak na základní tak i na střední škole. V sedmnácti letech tito jedinci také měli zvýšené disociativní symptomy na disociativní škále. Asi nejvíce vypovídající byla zjištění na základě dat o disociaci sebraná u těchto samých jedinců v jejich 19 letech. Výzkumníci zkoumali tři skupiny: a) adolescenty, kteří byli dezorganizovanými kojenci a kteří později zažili trauma, b) adolescenti, kteří byli dezorganizovaní jako kojenci, ale kteří později nezažili trauma, c) adolescenti, kteří nebyli dezorganizovaní jako kojenci. Nejvyšší disociativní skóre bylo nalezeno u první z těchto tří skupin, což nasvědčuje tomu, že kombinace dezorganizovaného citové vazby v raném dětství a pozdějšího traumatu je specifickým rizikovým faktorem pro rozvoj disociace v pozdní adolescenci.

Skutečnost, že nejistá dezorganizovaná forma citové vazby přispívá k formování disociativní identity a různých forem hraniční osobnosti později výzkumně podpořil Fonagy et. al (1995). Další výzkumy (Herman, Perry, van der Kolk, 1989, Paris, Zweig-Frank, 1992) objasňují spojitost dezorganizované citové vazby a hraničních poruch osobnosti, neboť v anamnéze pacientů s hraniční poruchou osobnosti se s velkou pravděpodobností často objevuje špatné zacházení s dětmi v primární rodině, zejména pak sexuální zneužívání.

Finziho studie (Finzi, Cohen, Sapir, Weizman, 2000; Finzi, Ram, Har-Even, Shnit, Weizman, 2001) naznačují, že existují možné rozdíly mezi fyzicky týranými a „pouze“ zanedbávanými dětmi pokud jde o typ citové vazby. Pro fyzicky týrané děti je charakteristický vyhýbavý styl citové vazby a významně vyšší úroveň agrese v chování. Zanedbávané děti se vyznačují úzkostným/ambivalentním stylem citové vazby. Strategie, které si fyzicky týrané a zanedbávané děti osvojily v interakcích se svými rodiči, také poznamenávají jejich vztahy mimo rodinu. Proto fyzicky týrané děti mají tendenci k antisociálnímu chování a k neustálé

nedůvěře vůči druhým lidem. U zanedbávaných dětí se vyskytují projevy sociálního stažení a pocitů nekompetentnosti.

Dezorganizované vzorce citové vazby v raném dětství jsou spojovány s agresivním chováním v průběhu dětství (van IJzendoorn, Schuengel, & Bakermans-Kranenburg 1999) a s psychopatologií v mladém dospělosti (Carlson, 1998; Ogawa et al., 1997). Studie potvrzují, že děti s dezorganizovanou citovou vazbou jsou náchylné k externalizovaným poruchám chování, jako jsou agrese a porucha opozičního vzdoru (Lyons-Ruth & Jacobvitz, 1999, Lieberman & Pawl, 1990; Perry, 1999).

Dynamika traumatického prožívání u dětí

Za běžných okolností jsou rodiče schopni pomoci svým vystrašeným a rozrušeným dětem znovu obnovit jejich pocit bezpečí a kontroly. Bezpečí citové vazby redukuje traumatem vyvolanou hrůzu a zděšení. Pokud se trauma objeví v přítomnosti podporující, nicméně bezmocné osoby, dětská reakce pak bude s největší pravděpodobností napodobovat tu rodičovskou. Čím dezorganizovanější rodič, tím dezorganizovanější dítě (Browne, Finkelhor, 1986).

Jádrem traumatického stresu je zhroucení schopnosti regulace vnitřního prožívání a zároveň neschopnost modifikovat negativní dopad zaplavujících událostí. Pokud strádání není zmírněno, afekty a kognice nemohou být propojeny a jsou tedy rozloženy, disociovány do sensorických fragmentů (van der Kolk, Fisler, 1995). V důsledku pak tyto děti nemohou porozumět tomu, co se právě děje a nedokážou plánovat či realizovat přiměřenou reakci na zátěžovou situaci. Neschopnost přimět své pečující osoby k poskytnutí pocitu pohody a bezpečí vede u dětí k vytvoření vlastního vnitřního modelu zkušenosti, který jim pomáhá modulovat míru jejich arousal. Pokud dítě nemá pečující osobu, která by dokázala modulovat jejich nadměrnou excitaci (arousal), dochází k selhání schopnosti hrát si, zpracovávat, integrovat a kategorizovat to, co se právě děje. Důsledkem čehož je selhání jejich schopnosti zpracovávat, integrovat a kategorizovat to, co se právě děje. Díky tomu zneužívané a zanedbávané děti disociují a v horším případě dezintegrují (Van der Kolk, 2005).

Pokud je pečující osoba emočně absentující, nekonzistentní, frustrující, násilná, intruzivní a zanedbávající, pak u těchto dětí existuje daleko vyšší pravděpodobnost, že budou nesnesitelně strádat a vytvoří si pocit, že externí prostředí jim není schopno poskytnout úlevu. V situaci, kdy se děti nemohou spolehnout na své pečující osoby, prožívají nadměrnou úzkost, zlobu, vztek a touhu, aby o ně bylo postaráno. Tyto pocity mohou nabýt tak extrémních rozměrů, že mohou

vést k rozvinutí disociativních a sebe-nenávistných stavů (self-defeating aggression) (Streeck-Fisher, Van der Kolk, 2000).

Tyto vystrašené, extrémně excitované děti s výpadky pozornosti (space out) se na základě toho naučí ignorovat to, co cítí (své emoce) nebo to, co vnímají (svou kognici) (Crittenden, 1995). Jestliže děti nejsou schopny dosáhnout pocitu kontroly a stability, stávají se bezmocnými. Když nejsou schopny zachytit to, co se kolem nich děje a nejsou schopny účinně tento svůj stav zmírnit, okamžitě přecházejí od obávaného stimulu k bojovým či útokovým reakcím (fight, flight), aniž by byly schopny učit ze zkušenosti (Fish-Murray, Koby, van der Kolk, 1986). Následně, když jsou exponovány zábleskům traumatických vzpomínek (flash back, traumatické reminiscence jako např. evokace s minulostí souvisejících pocitů, fyziologických stavů, obrazů, zvuků, situací), chovají se, jako by byly znovu naplno traumatizovány (Streeck-Fisher, Van der Kolk, 2000).

Řadě problémů traumatizovaných dětí můžeme porozumět jako úsilí minimalizovat objektivní hrozbu a regulovat emocionální bolest a strádání. Pokud pečující osoby neporozumí podstatě takového „znovu-odehrávání“, budou dítě pravděpodobně „nálepkovat“ jako opoziční, vzdorovité, nemotivované nebo antisociální (Pynoos, 1987).

Útěkové / útokové reakce

U mnoha traumatizovaných dětí se projevují kolísající úrovně organizace ega. Nadměrná excitace (hyperarousal), útokové reakce a destruktivní chování se střídají s depresivní strnulostí a stažením. Pokud jsou tyto děti konfrontovány se stresem, mohou mít sklon k regresi na dřívější vývojovou úroveň nebo se mohou adaptovat na odlišné stavy ego organizace. Ty se pohybují v rozmezí od infantilního, téměř psychotického stavu k přehnaně dospělému chování. Dospělí, kteří jsou konfrontováni s takto kolísajícím chováním, je mohou chybně interpretovat jako úmyslně manipulativní, nikoliv jako vzorce chování související s aktuálním stavem, tj. reakcí na traumatickou událost. (Streeck-Fisher, Van der Kolk, 2000).

Trauma a zanedbávání může zapříčinit ztrátu schopnosti seberegulace, která dále omezuje schopnost přesně zjistit, co se děje a adekvátně reagovat. V důsledku čehož mají traumatizované děti problémy s kontrolou svých emocionálních reakcí a s modulací svého chování. Toto je nutí prožívat současné stresory s emocí nadměrné intenzity, která patří minulosti a jež má jen malou hodnotu v současnosti. Ztráta seberegulace je vyjádřena na rozličných úrovních: jako problémy s pozorností (ztráta schopnosti soustředit se na příslušný stimul, problémy s učením) nebo jako neschopnost se zklidnit ve stavu extrémního rozrušení (ztráta kontroly impulsů), jež bývá doprovázeno nekontrolovatelnými pocity vzteku, hněvu, zlosti nebo smutku. Vzhledem

k tomu, že si neuvědomují traumatické zdroje těchto pocitů, mají sklony zažívat jak své vlastní afektivní bouře, tak emocionální reakce ostatních, jako re-traumatizující. A tak pocity, jež náleží traumatické zkušenosti, jsou kontinuálně znovuprožívány na interpersonální úrovni. Traumatizované děti tudíž mají tendenci žít traumatizující a traumatizované životy (van der Kolk, Fisler, 1994; Perry, 1994).

Traumatizované děti si často všímají své snížené schopnosti kontroly a postupně začnou nenávidět samy sebe za to, jakým způsobem se chovají. Protože nemohou samy sebe regulovat, mají sklon léčit samy sebe drogami, hladověním, přejídáním nebo sebepoškozujícím se chováním (van der Kolk, Perry, Herman, 1991). Tyto adaptační způsoby naprosto zřetelně vedou k dalšímu strádání. Při pokusu kompenzovat svou vysokou úroveň excitace mají tendenci „se vypnout“: reagují emocionální ztuhlostí, disociací, depersonalizací a derealizací jak traumatických zkušeností, tak i zkušeností každodenních (Putnam, 1993; Deblinger, McLeer, Atkin, et al., 1989). U chlapců se zdá přepojování mezi nadměrným rozrušením a disociací velmi běžné. Traumatizované dívky jsou často ztuhlé, paralyzované, stažené do sebe a disociované (Bower, Sivers, 1998).

Zamrzlá strnulost a nedostatečná senzorická integrace

Dalším způsobem dětské reakce na trauma je zamrznutí, vyhýbavost a senzomotorická konstrikce. Což je dále doprovázeno patologickým přetrváváním raných reflexů, problémů s lateralizací, s robotickým chováním a somatickým odehráváním traumatických scén (Streeck-Fisher, Van der Kolk, 2000).

Základ vývoje sebeuvědomění a seberegulace spočívá v učení se porozumění jemným nuancím fyzických pocitů. Způsob, jakým lidé interpretují smysl příchozích informací, do velké míry závisí na významu, který připišou fyzickým pocitům, které tyto jejich zkušenosti vyvolaly (Damasio, 1999). Jak se děti vyvíjejí, postupně se učí, jak interpretovat a zvládat své fyzické pocity a jak na jejich základě jednat. Zdravé děti s jistou vztahovou vazbou si průběžně vytvářejí zásobu efektivních reakcí na senzorické podněty, a pokud tato strategie selže, jsou schopny vyhledávat pomoc ve svém okolí a tím danou situaci zvládnout (Crittenden, 1995). Pokud nejsou schopny zpracovat senzorické podněty do koherentní percepce, pak nejsou schopny realizovat přiměřené reakce. Jejich emocionální reakce mohou změnit způsob, jakým jejich tělo funguje, například narušenou percepcí bolesti (van der Kolk, Ducey, 1989).

Traumatizované děti mohou být hypersenzitivní k fyzickému kontaktu, ale zároveň nemusí být schopné lokalizovat dotek na kůži a mohou mít obtíže s identifikováním a kategorizováním částí svého těla. Mnoho dětí má problémy s koordinací, udržováním

rovnováhy a svalovým tonusem a mohou být velmi snadno dezorientovány v čase a prostoru (Ornitz, Pynoos, 1989; Pollak, Chicchetti, Klorman, 1998). Protože mají problémy s interpretací vstupních informací, reagují neadekvátně. Při konfrontaci se samovolně se vynořujícími vzpomínkami tyto děti najednou začnou plakat nebo regredují na dřívější úroveň vývoje (např. lezení po čtyřech nebo ztrátou kontroly nad močovým měchýřem). Často nemluví koherentně a na místo toho vydávají jen zvuky a vypadají vystrašeně (Young, 1992). Týrané děti si mohou způsobit povrchní rány, mít pseudozáchvaty a dělat obličejové grimasy, aniž by věděly proč. Často mohou mít také inhibované nebo přehnaně zveličené úlekové reakce (Streeck-Fisher, Van der Kolk, 2000).

Vyhýbavé a úslužné chování

Summit (1983) při popisu chování týraných dětí použil termín syndrom úslužnosti zneužívaných dětí (child abuse accommodation syndrome), kterým popsal, jak se traumatizované děti a adolescenti učí adaptovat na realitu svého života, neboť určitý druh úslužnosti je pro přežití nezbytný. Ve strukturovaném prostředí se děti s úslužným stylem chování (Dodge, Somberg, 1987; Summit, 1983) chovají podle toho, co si myslí, že se od nich očekává, aniž by se citově angažovaly. Starost o přežití nedovoluje rozvíjet schopnost hravě a zvědavě zkoušet různé způsoby, jak se zapojit do vnějšího světa (Streeck Fischer, 1997, 1999). To je dále doprovázeno depersonalizací a ztrátou schopností zapojit do hry fantazii - fantazijní hra v repertoáru chování dětí chybí (Ogden, 1985).

U sexuálně a fyzicky týraných dětí se často objevují výrazné vyhýbavé/disociativní symptomy (Putnam, 1997; Deblinger, McLeer, Atkin, et al., 1989; Bower, Sivers, 1998). Tyto děti často jednoduše zablokují veškeré kontakty s vnějším světem, vyhýbají se očnímu kontaktu a dalším formám interpersonální interakce. Stabilizují své emocionální prožívání pomocí emocionální konstrikce. Předstíraná úslužnost jim pomáhá vyhnout se naprostému zhroucení sítě jejich interpersonálních vztahů. Traumatizované děti vnímají druhé převážně jako potenciální zdroj bolesti a proto jim jejich úslužné chování slouží jako způsob zvládnutí kontaktu s druhými. Cenou za jejich poddajné chování je ztráta schopnosti přístupu k svým pocitům, jež jsou nezbytné pro fantazijní hru. V důsledku odstřížení od světa péče a hry nejsou schopni funkčně vysílat a ani číst sociální signály (Reite, Fields, 1985). Jejich emocionální životy jsou podobně zamrzlé a stažené, jako jejich chování. Pokud jsou tyto děti zraněny, častější reakcí může být spíše smích než pláč. Než aby daly najevo bolest či strádání, raději reagují „zamrzlým štěstím“. Zdá se, že tyto děti nejsou schopny prožívat upřímné potěšení a radost (Fraiberg, 1982).

Chování těchto dětí je na první pohled přiměřené situaci, avšak jejich emocionální zapojení je minimální. Adaptační strategie těchto dětí byla popsána termínem „mimikry“ (Glasser, 1992). Winnicott (1965) popsal předstíranou ochotu vyhovět jako rozvoj falešného self. Tento koncept nicméně naznačuje existenci obojího, jak falešné, tak pravdivé self-organizace, pro což však existuje jen málo důkazů. Pokud tyto děti neznají své vlastní pocity, nejsou schopny empatie k ostatním; pokud jsou ve stresové situaci, svou vlastní zkušenost dehumanizace předávají ostatním, ztrácejí schopnost regulovat své chování i na fyziologické úrovni a stávají se dezorganizovanými a (sebe)destruktivními (Streeck-Fisher, Van der Kolk, 2000).

Disociace

Disociace je pojem, který označuje rozčlenění zkušenosti, kdy jednotlivé části traumatu nejsou integrovány do jednotného celku nebo integrovaného pocitu self. Disociace je široký deskriptivní pojem, který zahrnuje řadu psychických mechanismů, které umožňují odpojení se od světa, například nesoustředěnost, vyhybavost, otupění, denní snění, derealizace, depersonalizace. Disociativní procesy hrají klíčovou úlohu v rozvoji psychických potíží souvisejících s traumatem (Briere, 1988; Spiegel, Cardena, 1991; van der Kolk, Pelcovitz, Roth, et al., 1996).

Mnoho traumatizovaných dětí reaguje na stres štěpením své osobnosti do různých entit (van der Hart, van der Kolk, Boon, 1998). Tyto děti nemohou integrovat různé stavy emocionálního zapojení v rámci jedné osobnostní organizace a zakoušejí sebe samé jako různé lidi v různých časech v závislosti na vnitřních a vnějších stimulech (Putnam, 1993). Pokud si dítě vyvine zřetelně odlišné stavy ega, které obsahují traumatické zkušenosti skládající se z komplexních identit s odlišnými kognitivními, afektivními a behaviorálními vzorci, pak je tento jev nazýván *terciární disociací* (Van der Kolk, et al., 1996; van der Hart, van der Kolk, Boon, 1998; van der Hart, Nijenhuis, Steele, 2005).

Odlišné stavy ega mohou obsahovat bolest, strach nebo zlost spojené s konkrétními traumatickými zkušenostmi, zatímco takové stavy ega, které si nejsou vědomé traumatu a jeho průvodních afektů, stále mají schopnost narušit každodenní fungování. Disociace u dětí je významným prediktorem rozvoje další následné psychopatologie v budoucnu (Lynch & Cicchetti, 1998; Putnam, 1993).

Na podkladě disociativního prožívání jsou tyto děti schopny popřít zcela objektivní fakta, například, že neudělaly něco, při čem je ostatní lidi viděli. Traumatizované děti s disociativním prožíváním matou členy svých léčebných týmů rychlým přepínáním z jednoho stavu do

druhého. Často jsou takováto přepnutí mylně interpretována jako řešení jejich problémů nebo jako vychytralá manipulace terapeutického prostředí. Tyto časté změny v projevech v průběhu času mohou být pro pečovatele velmi frustrující a mohou vést k častým změnám různých druhů medikace a léčebných plánů (Streeck-Fischer, van der Kolk, 2000).

Souhrn

Uvedené studie zřetelně poukazují na souvislost mezi komplexní traumatizací dítěte v prostředí domova, tedy selháním ve vytvoření bezpečného vztahu s rodiči a vulnerabilitou citové vazby. Při následné expozici traumatickým zkušenostem se již navozená nejistá nebo úzkostná citová vazba může dále znásobovat. Z výzkumů je zřejmé, že děti fyzicky a sexuálně zneužívané rodiči ve větší míře vykazují v chování symptomatologii dezorganizované citové vazby (Barnett, Ganiban, Cicchetti, 1999; Carlson, 1998; Lyons-Ruth & Jacobvitz, 1999). Dětem se v takových rodinách obvykle nedostává pomoci v regulování emocí, což má za následek výrazné narušení rozvoje schopnosti organizovat a kategorizovat zkušenosti koherentním způsobem. Děti pak nejenom že nedokážou regulovat své emocionální stavy, ale neumí ani druhé lidi o pomoc žádat a důvěřovat jim. Reagují často útokem nebo útekem. Nemohou integrovat přichozí informace a jsou náchylné ignorovat důležité aspekty své zkušenosti. Jejich chování se pak stává dezorganizovaným (Streeck-Fischer & van der Kolk, 2000). Dále se ukazuje, že nejenom separace (odloučení), ale také narušení vývoje bezpečného citového pouta, způsobuje přetrvávající biologickou dysregulaci (Maunder & Hunter, 2001). Narušení či nerozvinutí interpersonálních a sociálních dovedností v důsledku dezorganizace citové vazby je evidentní zejména u dětí, které zažily selhání pečujícího systému především v podobě týrání nebo nepřímo jako svědci domácího násilí.

Lze tedy souhlasit se Solomonem a Georgeovou (1999), že pokud porozumíme dětské i dospělé dezorganizaci osobnosti, pochopíme tím zároveň i způsob, jakým se lidé vyrovnávají s hlubokým pocitem bezmocnosti. Pokud se jedinec ocitne v ohrožující a náročné situaci, která nemá žádné zjevné řešení, může si vytvořit řadu maladaptivních strategií jako například: závislostní infantilní chování, vztek, agresí nebo zamrzlou strnulost.

Budeme-li se držet rigorózního diagnostického kritéria, pak lze tvrdit, že dezorganizovanému stylu citové vazby odpovídá narušení na všech úrovních fungování osobnosti, které je zjišťováno u dětí vystavených komplexnímu vývojovému traumatu.

Komplexní Posttraumatická stresová porucha

Historie výzkumu traumatu

Paralelně se zavedenou diagnózou PTSP byly do psychiatrického klasifikačního systému DSM-III (1980) navrženy další postraumatické syndromy jako *syndrom traumatu ze znásilnění* (rape trauma syndrom, Brugess, Holstrom, 1974), *syndrom týraných žen* (Walker, 1984, Rollstin, Kern, 1998), *trauma ze sexuálního zneužití* (child abuse/sexual abuse trauma, Briere, & Runtz, 1987; Briere, 1988; Finkelhor, 1985), *trauma z incestu* (incest trauma, Courtois, 1979; Herman, Hirschman, 1977) a *syndrom přeživších koncentrační tábory* (Krystal, 1968). Tyto syndromy poukazovaly na problémy, jež nebyly zachyceny v diagnóze PTSP a zachycují především důsledky napadení či znásilnění obětí: narušený pocit bezpečí, důvěry, sebeúcty, problém reviktimizace, či ztráta pocitu koherence vlastního self. U obětí byla zjišťována komplikovaná adaptace na rozsáhlou, závažnou a dlouhodobou traumatizaci. Oběti vykazovaly dlouhodobé problémy v oblastech pozornosti, seberegulace a jejich osobnostní struktura se jevila narušená.

Epidemiologický výzkum ukázal, že muži, což byla počáteční studovaná populace při etablování diagnostických kritérií pro PTSD (DSM-III), jsou často traumatizováni nehodami, válkou, napadeními a přírodními katastrofami. Oproti tomu zneužívání dětí je nejčastější příčinou traumatizace u žen (Kessler et al., 1995). V běžné populaci byla u 17-33% žen zaznamenána historie sexuálně-fyzického zneužívání (Finkelhor et al., 1995, Kessler et al., 1995) a v rámci duševní zdraví se úroveň výskytu pohybuje v rozmezí 35-50% (Cloitre et al., 2001).

Komplexní PTSP - Extrémní stresová porucha

Obtíže s diagnostickým zařazením a léčbou mnohočetně traumatizovaných jak u dospělých tak i u dětí poprvé souhrnně na základě předchozích konceptů popsala Judith Lewis Hermann (1992) a navrhla diagnózu *Komplexní PTSP (Complex PTSD)*, jež je v literatuře také označovaná jako *extrémní stresová porucha* (Disorders of Extreme Stress Otherwise Specified - DESSOS).

Komplexní trauma definovala jako trauma, které se vyskytuje opakovaně, kumulativně, přetrvává po určitou dobu ve specifických interpersonálních vztazích a kontextech. Jde o násilí, jež se vyskytuje především mezi primárními vztahovými osobami, kdy je oběť psychicky i

fyzicky slabší, a takovéto násilí se děje po delší časové období. Extrémní stresová porucha byla konceptualizována jako konstelace chronických problémů s regulací self, vědomí a vztahů.

Úkolem výzkumníků v rámci snahy o začlenění diagnózy extrémní stresové poruchy do DSM-IV bylo popsat psychopatologii dospělých, kteří byli v dětství traumatizováni interpersonálním násilím v kontextu systémově narušené a nefunkční péče (Hermann, 1992; Pelcovitz et al., 1997; Pelcovitz, Kaplan, DeRosa, et al., 2000; Roth, Newman, Pelcovitz, et al., 1997; van der Kolk, Pelcovitz, Roth, et al., 1996; Ford, 1999; Newman et al., 1995; Ford, Kidd, 1998). Retrospektivní studie zcela jasně demonstrovaly rozdílný dopad interpersonálního traumatu na dospělé, kteří jako děti byli exponováni chronickému interpersonálnímu traumatu v porovnání s pacienty, kteří byli traumatizováni jednorázovým útokem, nehodou nebo byli vystaveni katastrofické události až v dospělosti. Konstelace symptomů extrémní stresové poruchy byla proto nakonec začleněna do DSM-IV-TR (APA, 2000, str. 465) jako „přidružené a popisné rysy“ PTSP.

Při výzkumu komplexního traumatu bylo výše zmíněnými autory popsáno sedm oblastí narušení fungování postiženého jedince souvisejících s expozicí komplexní traumatizací (Hermann, 1992; van der Kolk, et al., 2005):

- 1) Alterace v regulaci afektivních impulzů: afektivita, zlost, sebedestruktivita, suicidalita, neadekvátní sexuální chování, rizikové chování.
- 2) Alterace pozornosti a vědomí: amnézie, depersonalizace, disociace.
- 3) Alterace v sebe-percepci: narušená sebepercepce, chronický pocit viny, odpovědnosti a studu za to, co se pacientovi přihodilo, trvalý pocit, že „mi nikdo nerozumí“, sebepodceňování.
- 4) Alterace v percepci agresora/pachatele násilí: idealizace trýznitele, představa zranění trýznitele, inkorporace jeho systému přesvědčení do vlastní hodnotové orientace.
- 5) Alterace ve vztahu k druhým: ztráta důvěry, opakovaná viktimizace, viktimizace druhých.
- 6) Somatizace a zdravotní problémy: zažívací obtíže, chronická bolest, konverze, srdeční, plicní, sexuální problémy, atd.
- 7) Alterace v systému přesvědčení: pocity zoufalství a beznaděje, ztráta opory ve vlastní dřívější přesvědčení.

Raná interpersonální traumatizace a komplexnější posttraumatická psychopatologie

Na základě předchozích výzkumů komplexního traumatu – extrémní stresové poruchy došli van der Kolk et al. (2005) k těmto významným souhrnným závěrům: raná interpersonální traumatizace zapříčiňuje daleko komplexnější posttraumatickou psychopatologii než pozdější

interpersonální viktimizace. Tyto symptomy se vyskytují spolu se symptomatologií PTSP a nikoli nezbytně tvoří samostatný cluster symptomů. Čím ranější expozice traumatu, tím pravděpodobněji budou jedinci vykazovat vyhraněnou a viditelnou DESNOS symptomatologii vedle symptomů PTSP. Čím déle jsou jedinci exponováni traumatickým událostem, tím pravděpodobněji se u nich rozvine obě podoby traumatu a to jak PTSP, tak DESNOS. Dopady protražované traumatizace zahrnují problémy s regulací afektů, dále pak agrese vůči sobě i druhým, projevy disociace, somatizaci a psychopatologické povahové rysy či přímo poruchu osobnosti. Tyto různorodé symptomy mají tendenci se shlukovat a jsou mezi sebou vzájemně vysoce propojené (van der Kolk, 2003; Chu, Dill, 1990; Hermann et al., 1989; Hermann, 1992; Mueser et al., 1998; Saxe et al., 1993, 1994).

Trauma má extrémně pervazivní účinek během první dekády života a s věkem se stává více ohraničenou, více „čistou PTSP“. Pro jedince trpící symptomy DESNOS není pouze rozhodující věk, ve kterém byli poprvé traumatizováni, ale také počet traumatizujících zkušeností, kterými následně trpěli. Odhad prevalence dětské traumatizační historie v obecné psychiatrické populaci se pohybuje v rozmezí od 40 do 70%. Přítomnost DESNOS se ukazuje jako silný negativní prognostický indikátor výsledků léčby PTSP a behaviorálních poruch (Ford, Kidd, 1998). Symptomy DESNOS spíše než symptomy PTSP jsou u pacientů důvodem pro vyhledání odborné léčby (van der Kolk, 2005a).

Symptomová komplexita

Kessler (2000) jednoznačně konstatuje, že jedinci s traumatickou historií jen výjimečně zažijí pouze jednu traumatickou událost, lze očekávat, že budou s větší pravděpodobností uvádět více traumatických zkušeností. Tento fenomén byl často sdělován dětmi, které přežily zneužívání, či domácí násilí a těmi kdo byli svědky nebo oběťmi genocidy. Význam posouzení konsekvencí mnohočetných traumat v jejich kumulativní formě je rozhodující, neboť tyto okolnosti charakterizují většinu těch, kteří trauma přežili a mají podstatné implikace pro diagnostiku a léčbu. V návaznosti na toto zjištění Van der Kolk et al. (2005) uvádí, že zvyšující se počet různých typů traumatu je spojován se zvyšujícím se počtem různých typů symptomů prožívaných souběžně – jedná se o tzv. *symptomovou komplexitu*. Tuto tezi dále zkoumal Briere et al. (2008) a zjistil, že existuje lineární vztah mezi počtem různých druhů traumat zažitých před 18 rokem a symptomovou komplexitou u souboru mladých dospělých žen. K podobným závěrům dospěla Cloitre et al. (2009), když z původního výzkumu vyvozuje, že trauma v dětství přispívá výrazněji k symptomové komplexitě, než trauma v dospělosti. Expozice mnohočetným traumatům, obzvláště v dětství, vyúsťuje v komplex symptomů, který zahrnuje jak PTSP, tak

nevelkou, ale variabilní skupinu symptomů, v níž dominují poruchy seberegulace. Autoři studie dále zdůrazňují, že závažnost dopadu dlouhodobého chronického traumatu (oproti jednorázové mimořádné události) nespočívá ani tak v trvání opakujícího jednoho konkrétního traumatu, ale spíše v přítomnosti mnohočetných společně se vyskytujících traumatických událostí (např. dětské sexuální zneužívání, fyzické a emoční zneužívání a zanedbávání), které utvářejí symptomovou komplexitu.

Specifika komplexního traumatu v dětství a adolescenci

Diagnóza Komplexního PTSP detailně popisovala symptomy dospělých jedinců, jež byli vystaveni interpersonálnímu chronickému traumatu v dětství. Komplexní psychologické trauma v dětství podle některých autorů zabývajících se diagnostikou a léčbou dětí a adolescentů (Cook, et al. 2003, 2005; Spinazzola 2005; Courtis, Ford 2009) zahrnuje traumatizující stresory, jimiž jsou: 1) opakující se nebo dlouhotrvající vystavení traumatu; 2) bezprostřední fyzická nebo psychická újma (zranění) a/nebo zanedbávání a opuštění pečovateli nebo údajně odpovědnými dospělými; 3) výskyt ve vývojově citlivých obdobích života oběti, jako je rané dětství nebo adolescence (tj. v senzitivních obdobích vývoje mozku); a 4) mají významný potenciál výrazně narušit vývoj dítěte.

Následky expozice traumatizujícím stresorům jsou komplexní na všech úrovních a zahrnují vážné problémy s regulací emocí, stavy disociace, somatické obtíže, poruchy identity a narušení vztahů a spirituální odcizení. Traumatizace tohoto typu je extrémní díky své povaze a načasování a to nejen proto, že ohrožuje život nebo zahrnuje fyzické či sexuální násilí, je emočně děsivá, psychicky, fyziologicky a somaticky nadměrně stimulující a dysregulující, ale také proto, že je chronická spíše než jednorázová, vyskytuje se v celém průběhu vývoje dítěte a má vysoký potenciál ohrozit fyzický i psychický vývoj dítěte, vývoj self/osobnosti (včetně pozitivní sebeúcty) a bazální důvěru v primární vztahy (Courtis, Ford, 2009). I z těchto důvodů lze argumentovat, že komplexní trauma není jen jednou z podob PTSP. Klasická triáda PTSP - vtíravé znovuprožívání traumatických vzpomínek, vyhýbání se traumatickým vzpomínkovým flashbackům a emocionální ztuhlost při jejich aktivaci a nadměrná úroveň vzrušivosti (arousal) - je totiž příliš úzkým rámcem pro porozumění komplexního traumatu.

Posttraumatická stresová porucha u dětí

Historie klinického výzkumu PTSP u dětí

Začlenění Posttraumatické stresové poruchy (DSM-III, APA, 1980) do psychiatrických diagnostických systémů představuje zásadní mezník, neboť do té doby nebyla stanovena jasná souvislost mezi traumatickými zkušenostmi a duševními poruchami. Diagnóza popisovala neodbytné znovuprožívání traumatických vzpomínek, stranění se lidí, emoční otupění a nadměrnou dráždivost (hyperarousal), coby soubor problémů, které se vyskytovaly u válečných veteránů a žen, které byly vystaveny domácímu násilí nebo byly znásilněny (Herman, 1992). Od té doby, co byla tato unikátní konstelace symptomů traumatizovaných pacientů formálně uznána v rámci diagnózy PTSP, došlo k významnému nárůstu výzkumných studií v této oblasti a v důsledku toho došlo i k výrazným inovacím v klinické praxi (Cohen, Mannarino, 2010; Riggs, Foa, 2009).

Zavedení PTSP do psychiatrického klasifikačního systému iniciovalo rozsáhlé výzkumy v oblasti související s touto diagnostickou kategorií. Přestože výzkum etabloval kritéria pro symptomy PTSP v DSM-III (APA, 1980) u dospělých, zkoumání výskytu symptomů u dětí a adolescentů bylo dlouhou dobu realizováno sporadicky. Již od počátku bylo zřejmé, že PTSP zachycovala jen dílčí aspekty posttraumatické psychopatologie, a to především u dětí (Brett, 1988; Cole, Putnam, 1992; Scheeringa, 2003; Summit, 1983). Až diagnostická kritéria DSM-IV (APA, 1994) uznávají, že symptomy PTSP se projevují odlišně u dětí než u dospělých, například dětským znovuprožíváním traumatických událostí skrze děšivé sny nebo pomocí repetitivní hry, ve které děti tyto události odehrávají. Specifičnost symptomových projevů PTSP u dětí a adolescentů je nyní obecně uznávána (Salmon, Bryant, 2002; Stallard, 2006).

Otázka specifičnosti kritérií PTSP u dětí

Ačkoli byly symptomy PTSP popsány v DSM-IV-TR, děti a adolescenti trpící následky traumatu nemusí být vždy správně identifikováni. Například Copeland, Keeler, Angold, et al. (2007) jsou přesvědčeni o tom, že v populaci dětí se potenciálně traumatizující události vyskytují poměrně běžně. U reprezentativního vzorku 1420 dětí do 16 let totiž zjistili, že 68% z nich vystaveno v průběhu svého dětství minimálně jednou potencionálně traumatizující události a 37% dokonce vícekrát. U 13,4% dětí z tohoto souboru byl zaznamenán rozvoj některých posttraumatických symptomů. Pokud však rigorózně posoudili svá data podle kritérií PTSP v DSM-IV, pak jim odpovídalo méně než 0,5% z jejich výzkumného souboru.

Carrion, Weems, Ray et al. (2002) poukázali na skutečnost, že u dětí vystavených traumatu se sice může projevit funkční narušení a distres, nicméně nemusejí naplnit diagnostická kritéria pro PTSP. Věnovali se výzkumu dětí, které podlimitně naplňovaly kritéria PTSP. Došli k závěru, že děti, u nichž se projeví jen dva symptomy PTSP, vykazovaly podobné narušení jako ty, jež plně splňovaly všechna kritéria PTSP. Dokázal, že u traumatizovaných dětí se začíná projevovat narušení již po prožití traumatu, ale před tím, než se manifestují všechny další symptomy PTSP. Jak frekvence, tak intenzita symptomů mohou přispívat k fenomenologii PTSP u dětí. U dětí s podlimitními kritérii PTSP se projevuje značné funkční narušení a distres. Plná přítomnost klasických symptomů PTSP byla v rámci studie pozorována až u dětí v pozdější pubertě.

U předškolních dětí se po expozici traumatu mohou projevit jen některé symptomy PTSP. Scheeringa et al. (1995, 2001) vytvořil alternativní vývojově senzitivní kritéria pro diagnostiku PTSP u předškolních dětí, která jsou méně závislá na verbalizaci a abstraktním myšlení. Do těchto kritérií začlenil nové symptomy, například agresi, nové strachy, ztrátu dříve nabytých vývojových schopností, (např. jazykovou regresí). Dále testoval prediktivní validitu těchto alternativních kritérií (Scheeringa et al., 2001, 2003, 2005). Prokázalo se, že validita těchto kritérií byla vyšší, než validita klasických kritérií DSM-IV. Scheeringa konstatuje, že 12% diagnostických kritérií přítomných u těchto dětí může být klinikem detekováno skrze přímé pozorování nebo interakci s dítětem. Ostatní kritéria jsou zřejmá jen skrze výpověď pečující osoby. Ve výpovědi rodičů byla kritéria vyhýbavých reakcí a emocionální ztuhlosti u dětí problematickým momentem. Zkoumané děti vykazovaly významně více alternativních kritérií PTSP než DSM-IV kritérií PTSP.

Kerig et al. (2000) rozlišil symptomy PTSP pro adolescenty, děti ve školním věku a předškolní děti. U adolescentů seznam symptomů nadměrného rozrušení (arousal) kromě standardních symptomů hypervigilance a nepřiměřených úlekových reakcí zahrnoval insomnii nebo stažení se do těžkého spánku, zlost, agresivní chování a studijní obtíže. V kontrastu s tím seznam symptomů nadměrného rozrušení u dětí ve školním věku zahrnoval obtíže s usínáním, opozičním a agujícím chováním a obsedantním zabýváním se detaily traumatu.

Pynoos et al. (2009) poukázal na skutečnost, že vědecké a klinické pokroky v poznání etiologie a povahy PTSP u dětí a adolescentů společně se zvyšujícími se znalostmi vývoje dětí a adolescentů, vytvořili při tvorbě Diagnostického a statistického manuálu duševních poruch (DSM-V) možnost v pravou chvíli pokročit dále od dřívějšího úsilí DSM-IV (APA, 1994). Navrhl, aby nová zjištění byla využita při tvorbě vývojově senzitivních diagnostických kritérií (Pine et al., 2002). Pynoos poukazoval na to, že by se při tvorbě kritérií DSM-V daleko více

systematické pozornosti mělo věnovat manifestaci symptomů PTSP v daném věkovém období. Diagnostická kritéria PTSP by tak měla být citlivě modifikována.

Skutečnost, že důsledky zanedbávání, týrání a zneužívání dětí a adolescentů jsou v klinické praxi zřetelně vidět, podnítila odbornou debatu o potřebě diagnózy, pomocí které by bylo možné stanovit souvislost mezi vývojovými a psychopatologickými aspekty. Kritéria PTSP lze u dětí a adolescentů využít jen omezeně, neboť charakteristika tohoto onemocnění je založena na symptomech projevujících se u dospělých. Diagnózu PTSP lze snadno stanovit, pokud jsou přítomna jednoznačná a dobře definovaná traumata a jejich následky. Stanovit diagnózu PTSP u mladších dětí je náročné, neboť většina symptomů je subjektivních a je třeba, aby je pacient popsal verbálně. Problematika dětské traumatizace a zanedbávání bývá komplikovanější a může zahrnovat velké množství psychosociálních rizikových faktorů (Schmidt, 2013). Proto byly publikovány různé návrhy diagnostických kritérií, které berou v úvahu poznatky z vývojové psychologie (D'Andrea, Ford, Stolbach, et al., 2012; Euser, van Ijzendoorn, Prinzie, et al., 2010; Scheeringa, Zeanah, Myers, et al., 2003; Simons, Herpertz-Dahlmann, 2008).

Rozsah psychických potíží traumatizovaných dětí

Ze studií na dospělé populaci vyplývá, že většina jedinců je odolná vůči traumatické expozici, přesto u 30% traumatizovaných dospělých se rozvine PTSP (Kessler, et al. 1995) a z těchto 30% přibližně 50% povede PTSP k trvalým a poškozujícím následkům (Davidson, Fairbank, 1993). U dětí a adolescentů je situace ještě závažnější - data jasně ukazují, že expozice traumatu téměř vždy vyvolá posttraumatickou symptomatologii. Závěry epidemiologických a klinických studií se shodují v tom, že PTSP představuje pro děti a adolescenty závažnou psychiatrickou poruchu, kde povaha a intenzita psychického strádání spolu s délkou trvání traumatu evokují problémy v chování, vývojová narušení a funkční poškození osobnosti (Fairbank, 2008; Zatzick et al., 2008).

Klinické studie realizované jak na dětské, tak dospělé populaci v minulých desetiletích prokázaly, že u většiny jedinců exponovaných traumatu, se traumatický stres nevyskytuje izolovaně, ale spíše je charakterizován společně se vyskytujícími, často chronickými druhy viktimizace a dalšími zkušenostmi nepříznivě ovlivňujícími vývoj jedince (Anda et al., 2006; Dong et al., 2004; Pynoos et al., 2008; Spinazzola et al., 2005; van der Kolk et al., 2005).

Výzkumníci nacházeli u traumatizovaných dětí, kromě symptomů PTSP, problémy s nemodulovanou agresí a kontrolou impulsů (Cole, Putnam, 1992; Van der Kolk et al., 1991; Toth, Chicchetti, 1998; Steiner et al., 1997), dále zjišťovali, děti trpí disociativním prožíváním, deficitem paměti, pozornosti a orientace v čase a prostoru, pocity depersonalizace či derealizace, dále u nich zaznamenali zvýšený výskyt flashbacků, nočních děsů, senzomotorických abnormalit (Putnam, 1993) a obtíží s navazováním vztahů s pečovateli, vrstevníky a následně s životními partnery v dospělosti, a problémů ve školním prostředí (Finkelhor et al., 1989; Schneider-Rosen et al., 1984).

Bylo dokázáno, že jestliže se vyskytuje v anamnéze jedince fyzické týrání a sexuální zneužívání v dětství, pak nebývá zpravidla tato zkušenost osamocena: je spojována s řadou psychopatologických projevů v adolescenci a dospělosti, mezi které lze zahrnout zneužívání návykových látek, hraniční a antisociální poruchy osobnosti, poruchy příjmu potravy, disociativní, afektivní, somatomorfni, kardiovaskulární, metabolické, imunologické a sexuální poruchy (Breslau et al., 1997; Cloitre et al., 2001; Felitti et al., 1997; Herman et al., 1989; Kilpatrick, 2000, 2003; Putnam & Trickett, 1997; Van der Kolk et al., 1991; van der Kolk, 2003; Zlotnick et al., 1996).

Další studie (Classen, et al., 2005; Widom, et al. 2008) prokázaly, že traumatizace v dětství je spojena s významně vyšším rizikem znovuprožití dalšího traumatu v dospělosti. Romano a Luca (1997) zjistili, že přibližně dvacet procent rodičů, kteří byli týráni jako děti, pokračují v týrání svých vlastních dětí a sedmdesát pět procent pachatelů sexuálního zneužívání dětí sdělilo, že sami byli také sexuálně v dětství zneužíváni. Kromě toho fyzické týrání a zanedbávání je spojováno s vysokou mírou zatčení za násilné trestné činy stejně tak jako s vývojem antisociální poruchy osobnosti (Maxfield, Widom, 1996; Widom, 1999). Je tudíž zřejmé, že děti, které byly týrány a zanedbávány svými rodiči, se budou s největší pravděpodobností chovat v dospělosti též násilně. Lze tedy předpokládat, že i v následujících generacích se bude násilí „předávat“ a tím udržovat mezigenerační cyklus násilí (Streeck-Fischer, van der Kolk, 2000).

Chronická / sekvenční traumatizace v dětství

Lenore Terr (1991) shrnula účinky traumatizace u dětí v rámci konceptu posttraumatické stresové poruchy a upozornila na čtyři specifické charakteristiky dětského traumatického prožívání, jež mají tendenci dlouho přetrvávat v různých životních periodách, aniž by záleželo na tom, pod kterou diagnózou je dítě/pacient nakonec vedeno. Mezi tyto charakteristiky patří:

vizualizované nebo jiným způsobem vnímané vtíravé vzpomínky na traumatické události (intruzivní myšlenky), opakující se odehrávání ve hře a v chování, traumaticky specifické strachy (fobie, obavy, úzkosti, noční můry) a změněné postoje k lidem, životu a budoucnosti.

Terr ve svém konceptu, který je jedním z nejvlivnějších návrhů na zlepšení diagnostických procesů, rozdělila traumata na: jednorázová, dobře definovaná, veřejně komunikovatelná (netabuizovaná) traumata, např. nehody, živelné pohromy, teroristický útok a válečné zkušenosti (typ I); a sérii na sebe navazujících, sekvenčních traumat, např. zanedbávání, týrání a sexuální zneužívání často páchané skrytě a po delší časové období osobami blízkými oběti (typ II). Zatímco traumatizace typu I má často za následek klasické psychopatologické symptomy PTSP, sekvenční traumatizace může vyústit ve zhoršený vývoj osobnosti a heterogenní psychopatologické symptomy. K symptomům způsobeným chronickou traumatizací mimo jiné patří disociace, nízké vědomí vlastní účinnosti (*low self-efficacy*), snížená regulace emocí, somatizace a narušené vnímání sebe sama (Terr, 1991).

Finkelhor, Ormrod, Turner (2007) na základě výzkumu polyviktimizace konstatují, že trauma typu II se vyskytuje častěji, než je běžně rozpoznáváno (zasahuje 1 ze 7 až z 10 dětí), objevuje se v kombinaci několika traumatických zkušeností nebo kumulativně a obvykle zahrnuje prožitek bazální zrady důvěry v primární vztahy. Důvodem je fakt, že násilí je páchano většinou někým, kdo je oběti znám nebo na kom je oběť vztahově závislá. Často dochází k překrývání životních okolností po náhlé šokující smrti nebo nehodách, které zanechají dítě hendikepované. V těchto případech charakteristiky obou typů dětského traumatu mohou koexistovat souběžně a často jsou doprovázeny smutkem značné intenzity. Terrové konceptualizace dětské traumatizace se stala užitečným začátkem pro formulaci diagnostických a léčebných konsekvencí u chronicky traumatizovaných dětí (Kiser, Heston, Millsap, et al., 1991; Cloitre, et al., 2009; Kira, 2010; Kira, et al., 2011; Schmidt, et al., 2013).

De Bellis (2001) poukazuje na skutečnost, že opakovaně traumatizovaní pacienti obvykle vykazují **typický vzorec sukcesivních** (tj. na sebe navazujících) **poruch**. Tento vzorec začíná poruchou regulace u kojenců (*regulatory disorder*) či poruchou citové vazby, kdy tyto poruchy buď přetrvávají, nebo vymizí do předškolního věku. Ve školním věku velmi často následuje hyperkinetická porucha chování, nebo kombinace poruch chování a emocí v adolescenci. V pozdějším věku se běžně vyskytují poruchy osobnosti, často doprovázené zneužíváním návykových látek, sebepoškozováním a poruchami nálady. Předpokládá se, že určitá fundamentální oslabení (např. narušená schopnost ovládat emoce, nízké vědomí vlastní účinnosti, sklony k disociaci) mají různé důsledky v různých vývojových fázích pacienta a

v důsledku toho dochází k rozvoji psychopatologických symptomů, které jsou typické pro určitý věk. Bohužel většina přehledů literatury k tomuto tématu se zaměřuje na průřezové studie, neboť longitudinální studie se provádějí jen zřídka, protože jsou náročné technicky i eticky.

Vývojová narušení u traumatizovaných dětí

U kojenců a malých dětí, které byly vystaveny kumulativním a chronickým traumatickým událostem, se projevuje deficit emocionálních, sociálních a kognitivních kompetencí, který není zahrnut v současných diagnostických kritériích PTSP. Hlavním důvodem tohoto stavu je skutečnost, že současná diagnostická kritéria PTSP neobsahují adekvátní vývojové modely kojeneckého a raného dětského věku. Dalším problémem je, že současná definice PTSP (DSM-IV) je založena na výskytu jediné traumatické události, nicméně běžnou zkušeností dětí žijící v rizikových rodinách a komunitách je trvalá a opakující se traumatizace. Pro milióny malých dětí znamená opakovaná expozice traumatickým událostem fyzické zneužívání, domácí násilí, komunitní násilí, ale patří sem také např. pády, popáleniny, pokousání psem či nehody, při kterých dítě málem utone. Tyto události jsou vedlejším produktem závažného zanedbávání. Díky tomu jsou vývojové kompetence ohroženy v mnoha oblastech (Lieberman, Van Horn, 2008).

Pro vývoj mladého člověka platí, že schopnosti v jedné vývojové periodě poskytují základy pro úspěch v následujících vývojových úkolech (Yates, et al., 2003). Pravděpodobnost normální životní trajektorie je zvýšena, když se v každé vývojové fázi dítě naučí používat vnitřní a vnější zdroje k adaptaci na vývojové požadavky. Dítě se například učí regulovat emoce a vytvářet žádoucí vrstevnické vztahy. Narušení nově se formujících dovedností, jako například vztahových dovedností, inteligence, copingu a schopnosti řešit problémy, seberegulace, sebeúcty a důvěry, může narušit resilienci dítěte, což může v důsledku vést k výskytu problémového chování a osobnostní psychopatologie (Nader, 2011). Ačkoli selhání při překonávání důležitých vývojových úkolů ne vždy předchází patologii, může tato zkušenost navýšit riziko jejího možného rozvoje. Obtíže s návratem k normální vývojové trajektorii se zvyšují úměrně délce období, kdy mladý člověk zůstává v patologickém vývoji (Geiger, Grick, 2001; Yates, et al., 2003). Významné i méně významné životní události, které narušují emoce, fyziologii a kognici, představují značné nároky na schopnosti adaptace mladého člověka (Ford, 2010; Ingram, Price, 2001). Ačkoli protrahované nebo opakované traumatické události mohou daleko pravděpodobněji způsobit intenzivní vývojová narušení, tak i jeden traumatický incident

může poškodit normální vývoj a „vykolejit“ mladého člověka z jeho vztahů s vrstevníky a negativně ovlivnit rozvoj jeho talentu a dovedností, a narušit tak jeho vývojovou dráhu (Nader, 2011).

Traumata mohou ohrozit normální vývoj řadou zcela zásadních způsobů (Ford, et al., 2005; van der Kolk, Courtois, 2005). Přirozený talent, dovednosti a intelekt dítěte mohou být podkopány; a dosažení takových stavů mysli, které zvyšují úspěšnost snažení se, může být nemožné. Posttraumatické změny, jako například zvýšený pocit bezmocnosti nebo viktimizace, pesimismu nebo negativního očekávání nebo nedostatečná kontrola impulsů mohou ostatní odpuzovat. Jakýkoliv z těchto důsledků traumatizace nebo jejich vzájemná kombinace může limitovat dětské schopnosti a příležitosti pro úspěšné a žádoucí vztahy. Mohou přispět k velkým změnám v životních trajektoriích (Nader, 2011).

Interpersonální traumatizace v dětství a její důsledky

Z přehledu závěrů epidemiologických studií, jež jsou uvedeny na začátku práce, je zřejmé, že opakovaná expozice interpersonálnímu traumatu v raném dětství má nejzávažnější důsledky pro fungování osobnosti jedince v průběhu celého života. Děti se častěji stávají oběťmi *interpersonální viktimizace* než oběťmi hurikánu, rakoviny, nehod, což se projevuje i v relevantní odborné literatuře. Interpersonální viktimizaci (což je výraz více méně ekvivalentní interpersonální traumatizaci, byť s důrazem na směr interpersonální interakce a vinu v tomto vztahu), která má počátek v dětství, můžeme ve shodě s Finkelhornem (2008) definovat jako újmu, kterou dítěti způsobili jiní, většinou dospělí lidé porušující svým chováním sociální normy. Tento druh viktimizace obsahuje v mnohem větší míře prvky nenávisti, zrady, nespravedlnosti, křivdy a nemorálnosti než traumatizace typu nehody, nemoci nebo přírodní katastrofy. Podíváme-li se na problém traumatu z této perspektivy, pak je bohužel nanejvýš patrné, že děti mohou v období od narození do pozdní adolescence zažívat obrovské množství různých forem interpersonálních traumatických životních událostí. D'Andrea, Ford, Stolbach, et al. (2012) například uvádějí, viktimizace či interpersonální trauma představují širokou škálu zkušeností dětí a adolescentů: týrání, interpersonální násilí, zneužívání, napadení a zanedbávání; rovněž fyzické, sexuální a emocionální zneužívání v rodině včetně incestu; napadení a zneužívání ve vrstevnických skupinách a školních komunitách, včetně šikany; závažné zanedbávání v oblasti fyzické, medicínské a emocionální péče; svědectví domácího násilí; důsledky duševní nemoci pečovatele (primární vztahové osoby) či jeho zneužívání návykových látek nebo zapojení do kriminální činnosti anebo náhlá separace či jeho vlastní

traumatické ztráty. Celkově lze interpersonální traumatizaci v dětství charakterizovat jako závažné selhání systému péče či jeho pervazivní narušení.

Ford et al. (2005) upozorňuje, že děti, které zažily týrání a zanedbání jsou náchylnější pro rozvoj řady psychiatrických nemocí, a i když příčinná souvislost mezi týráním či zanedbáváním a rozvojem těchto nemocí není známa, tak nálezy týkající se zvýšeného rizika naznačují, že týrání není jen potenciálním traumatickým stresorem, ale také zdrojem vývojových změn v regulaci biologických, psychických a interpersonálních kapacit, jež mohou přispívat k psychopatologii dětí. Podle Forda trauma zásadním způsobem narušuje vývoj dítěte na všech úrovních fungování osobnosti s téměř fatálními dopady pro život v partnerství, komunitách i společnosti a proto je zcela oprávněné chápat důsledky závažného týrání a zanedbávání jako vývojově nepříznivé interpersonální trauma (developmentally adverse interpersonal trauma).

Interpersonální traumatizace v dětství (kumulativního charakteru) má závažné negativní důsledky pro duševní zdraví dětí, adolescentů a následně i dospělých jak z krátkodobého (Beitchman, Zucker, Hood, et al., 1991; Danielson et al., 2010; Zinzow, Ruggiero, Resnick, et al., 2009) tak i z dlouhodobého hlediska (Beitchman, et al., 1992; Irish, Kobayashi, & Delahanty, 2010). Nejde jen o vágní předpoklady, ale na rozsáhlých vzorcích zdokumentované konsekvence (Green, McLaughlin, Berglund, et al., 2010; Kessler, Davis, Kendler, 1997) či metanalýzami potvrzené hypotézy (Koenen, Moffitt, Poulton, et al., 2007; Neumann, Houskamp, Pollock, et al., 1996). Početné studie ukázaly, že expozice interpersonálnímu traumatu v dětství může chronicky a pervasivně narušit sociální, psychický, kognitivní a biologický vývoj jedince (Cook et al., 2005; Spinazzola et al., 2005).

Dále se ukazuje, že již zmíněná *komplexita symptomů* se u dětí a adolescentů s diagnostikovanou interpersonální traumatizací výrazně zvyšuje s nárůstem počtu různých typů traumat a to jak v epidemiologických (Finkelhor, Ormrod, & Turner, 2007; Ford, Elhai, Connor, et al., 2010; Gustafsson, Nilsson, Svedin, 2009; Holt, Finkelhor, Kantor, 2007), tak i klinických (Cloitre et al., 2009; Ford, Connor, Hawke, 2009; Ford, Fraleigh, Connor, 2010; Ford et al., 2000) výzkumech. Jiné faktory posilující viktimizaci, jako například chronicita, fyzické násilí a zrada důvěry, hrají také významnou roli v diagnostickém odhadu rizika a závažnosti posttraumatických symptomů a psychického poškození dětí i dospělých. Přesto zkušenost s více různými typy viktimizace vede k vývoji závažnější mnohočetné symptomatologie zahrnující celé spektrum psychických poruch (Finkelhor, Ormrod, Turner, 2009).

Výzkumy následků několikanásobného či opakovaného týrání, zanedbávání či interpersonálního násilí páchaného na dětech tak přesvědčivě dokládají, že tyto typy

viktimizace u dětí a adolescentů významně zvyšují riziko výskytu závažných chronických současně se vyskytujících symptomů, jako jsou problémy s emoční regulací či kontrolou impulsů, disociace, nepříznivé změny pozornosti a jiných exekutivních funkcí, narušení interpersonálních atribucí a vztahů. Klinická pozorování a výzkumné nálezy společně se vyskytujících psychopatologických symptomů na vzorcích obětí traumatu dosáhly pomyslnou kritickou hladinu jak svým rozsahem, tak také kvalitou empirické evidence, že řada výzkumníků začala volat po zlepšení explikační síly současného psychologicko-psychiatrického diagnostického systému (van der Kolk, 2005, 2010; Briere, Spinazzola, 2009; Cloitre et al., 2009; Dorahy, Corry, Shannon, et al., 2009; Ford, Courtois, 2009).

Vývojové trauma

Volání po vývojově senzitivní interpersonální traumatické diagnóze

Van der Kolk (2005) na podkladě předchozích výzkumů PTSP konstatoval, že žádná současná psychiatrická diagnóza neobjasňuje klastr symptomů, vyskytující se často u dětí vystavených interpersonálnímu traumatu, jež by byla výzkumem prokázána a která by popisovala pervazivní důsledky traumatu na vývoj dítěte a také, že diagnóza PTSP není pro děti vývojově senzitivní a nepopisuje adekvátně efekty expozice traumatu v dětství z hlediska jejich vývoje. Van der Kolk konstatoval, že diagnóza PTSP není pro děti vývojově senzitivní a nepopisuje adekvátně efekty expozice traumatu v dětství na jejich vývoj. Neboť kojenci a děti, jenž mají zkušenost s mnohočetnými formami týrání, často prodělávají vývojová opoždění napříč širokým spektrem včetně kognitivních, jazykových, motorických a socializačních dovedností, mají tendenci vykazovat velmi komplexní poruchy s různými rozmanitými často fluktuujícími kombinacemi symptomů. Poukázal na skutečnost, že těmto dětem je bohužel spíše dávána škála „komorbidních“ diagnóz, které jako by se vyskytovaly nezávisle na symptomech PTSP a neberou v potaz spektrum problémů traumatizovaných dětí. Van der Kolk upozorňuje, že komorbidní diagnózy neposkytují základní vodítka, jež jsou zapotřebí k efektivní prevenci a intervenci. A dále jasně konstatuje, že odsunutím či degradováním celého spektra k traumatu vztahených problémů ke zdánlivě nesouvisejícím „komorbidním“ okolnostem mohou být na trauma vázané poruchy ztraceny pro vědecký výzkum. Navíc díky tomu kliničtí pracovníci mohou riskovat, že budou aplikovat takové léčebné přístupy, které nebudou pro tyto děti prospěšné a užitečné.

Skutečnost, že PTSP zejména mezi dětmi ne zcela plně zachycuje spektrum posttraumatických symptomů, dokládá celá řada výzkumných studií. Například méně než jedna třetina dětí, jež byla léčena pro traumatickou psychopatologii (trauma-related psychopathology) v National Child Traumatic Stress Network splnila kritéria pro PTSP (Pynoos et al., 2008). V jiných výzkumných studiích je uváděno, že PTSP je pátou (Ackerman, Newton, McPherson, et al., 1998) nebo desátou (Copeland, Keeler, Angold, et al., 2007) nejčastější poruchou (diagnózou) u dětí následující po expozici traumatickému stresoru. Kdy komorbidita se zdá být spíše pravidlem, než výjimkou: 40% dětí s nějakou traumatickou historií mělo nejméně jednu další diagnózu: poruchu nálady, úzkosti nebo narušeného chování a tento vztah se dále zhoršuje při expozici zvyšujícímu se počtu typů traumatických stresorů (Copeland et al., 2007). Traumatizované děti často vykazují řadu dalších psychopatologických symptomů (Koenen, Moffitt, Caspi, et al., 2008; Pelcovitz, Kaplan, DeRosa, et al., 2000), které často přetrvávají do dospělosti. Navíc traumatizace v dětském věku významně zvyšuje riziko další traumatizace v průběhu dospělosti (Classen, Paesh, Aggarwal, 2005; Widom, Czaja, Dutton, 2008).

Vývojová traumatická porucha

Na volání (Cook, et al., 2005; Ford, 2005; Spinazolla, et al., 2005) po vývojově senzitivní a adekvátní traumatické diagnóze odpověděl Van der Kolk (2005), když navrhl koncept diagnózy Vývojové traumatické poruchy (*VTP - Developmental Trauma Disorder*), kterou definuje jako zkušenost mnohočetných, kumulativních, chronických a prolongovaných vývojově nepříznivých traumatických událostí odehrávajících se po určité delší časové období ve specifických interpersonálních vztazích a kontextech (např. sexuální zneužívání, fyzické týrání, domácí násilí – tzn. násilí mezi primárními vztahovými osobami, kdy oběť je psychicky i fyzicky slabší) na začátku života (dětství, adolescence), tzn. ve vývojově nepříznivém období. Van der Kolk zdůrazňuje, že expozice jedné či více formám traumatizace se často odehrává v systému péče o dítě a zahrnuje fyzické, emocionální a vzdělávací zanedbávání. Mnohočetná a chronická expozice interpersonálnímu násilí je většinou doprovázená subjektivní prožitky hněvu, zrady, strachu, rezignace, porážky, pocitů studu a hanby (Terr, 1991; Ford, et al., 2000; Freyd, DePrince, & Gleaves, 2007; Feiring, Taska, & Lewis, 2002).

Návrh Vývojové traumatické poruchy byl dále rozpracován a specifikován dalšími výzkumníky. V roce 2009 široký kolektiv autorů (Van der Kolk, Pynoos, Cicchetti, et al., 2009) vypracoval konkrétní návrh diagnostických kritérií Vývojové traumatické poruchy. Tento návrh koncipovala pracovní skupina z americké organizace National Child Traumatic Stress

Network (www.nctsn.org). Návrh vývojově adaptoval problematiku Komplexní posttraumatické stresové poruchy na děti a mladistvé.

Hlavní rozdíly mezi Vývojovou traumatickou poruchou a PTSP

Diagnóza Vývojové traumatické poruchy je srovnatelná s diagnózou Posttraumatické stresové poruchy v tom, že po kritériu expozice traumatu následují kritéria symptomů a kritéria funkčního narušení. Obě diagnózy se nicméně liší v tom, že u VTP se jedná o dlouhodobou expozici interpersonálním traumatům během dětství s nepříznivým dopadem na vývoj dítěte (Ford, 2005), např. zneužívání či násilí (zatímco pod PTSP spadá život ohrožující událost nebo narušení tělesné integrity a to v jakékoliv míře chroničnosti), včetně subjektivních reakcí v podobě zlosti, pocitu zrady, rezignace nebo studu (nad rámec nebo místo reakcí typu strach, bezmocnost nebo zděšení, na které se zaměřuje PTSP) (Van der Kolk, Pynoos, Cicchetti, et al., 2009; Ford, 2011).

Na rozdíl od tří symptomatologických kritérií typických pro PTSP (tj. opakované ožívování traumatu v dotírajících vzpomínkách, odtažitost a emoční otupění, zvýšená dráždivost a přehnané úlekové reakce), VTP zahrnuje dvě symptomatologická kritéria, která jsou definována takto: (1) dysregulace způsobená traumatickým stresem v několika psychobiologických oblastech (např. emoce, fyziologie, kognice) a (2) dlouhodobé změny v tom, čemu daný jedinec věří (změna hodnotového systému) a co očekává (např. nedůvěra, pocit porážky, trvale poškozené self). VTP se tedy hypoteticky považuje za sled chronických expozic interpersonálnímu traumatu v dětství, které probíhají paralelně s PTSP. Na rozdíl od PTSP však VTP zahrnuje ještě dysregulaci a změněný hodnotový systém, které svým rozsahem sahají ještě dále, než patologický strach nebo úzkost. Symptomy PTSP (vzteky, emoční otupění, flashbacky, zvýšená dráždivost), včetně symptomů poruch nálady, však mohou být přítomny v dostatečném množství na to, aby byly považovány za symptomy VTP (Ford, 2011).

Návrh kritérií vývojové traumatické poruchy

Každé z pěti (A až E) existujících kritérií vývojové traumatické poruchy zahrnuje specifické projevy, z nichž se u jedince musí vyskytovat buď některé, nebo všechny.

A. Vystavení traumatu

Dítě či adolescent zažili nebo byli opakovaně či dlouhodobě svědkem negativních událostí po dobu nejméně 1 roku. Tyto události se začaly odehrávat v jejich dětství nebo rané adolescenci, přičemž bylo přítomno *obojí* z následujícího:

A.1. Dítě mělo přímou zkušenost s opakovanými a závažnými epizodami interpersonálního násilí či bylo jejich svědkem *a zároveň*

A.2. došlo k závažnému narušení vztahů s pečující osobou v důsledku opakovaného střídání se primárních pečujících osob, opakovaného odloučení od primární pečující osoby, nebo vystavení závažnému a dlouhodobému emočnímu zneužívání.

B. Afektivní a fyziologická dysregulace

Dítě vykazuje narušené normativní vývojové kompetence týkající se regulace emočního rozrušení (arousal), přičemž jsou přítomny alespoň *dva* následující symptomy:

B.1. Neschopnost regulovat, snášet či se zotavit z extrémních afektivních stavů (např. strach, vztek, stud), včetně dlouhodobých a extrémních záchvatů vzteku nebo stavů nehybnosti.

B.2. Poruchy regulace tělesných funkcí (např. dlouhodobé poruchy spánku, přijímání potravy a vylučování; přecitlivělost nebo netečnost vůči dotekům a zvukům; dezorganizace při běžných životních změnách)

B.3. Snížené uvědomování si/disociace pocitů, emocí či tělesných stavů.

B.4. Narušená schopnost popsat emoce nebo tělesné stavy

C. Dysregulace pozornosti a chování

Dítě vykazuje narušené normativní vývojové kompetence týkající se udržení pozornosti, učení nebo zvládnutí stresu, přičemž jsou přítomny alespoň *tři* následující symptomy:

C.1. Nadměrná zaujatost ohrožením nebo narušená schopnost vnímat ohrožení, včetně nesprávného pochopení známek bezpečí či nebezpečí

C.2. Narušená schopnost ochrany sebe sama, včetně podstupování extrémního rizika či vyhledávání vzrušujících zážitků

C.3. Maladaptivní pokusy o sebeuklidnění (např. kývání a jiné rytmické pohyby, kompulzivní masturbace)

C.4. Navyklé (záměrné či zautomatizované) nebo reaktivní sebepoškozování

C.5. Neschopnost započít a vytrvat v chování zaměřeném na cíl.

D. Dysregulace vztahu k sobě a k ostatním

Dítě vykazuje narušené normativní vývojové duševní kompetence ve smyslu osobní identity a zapojení se do vztahů, přičemž jsou přítomny alespoň *tři* následující symptomy:

D.1. Silné zaujetí bezpečím (*intense preoccupation*) pečující osoby nebo ostatních nejbližších osob (včetně předčasného zaujetí pozice pečující osoby) nebo obtíže při toleranci opětovného setkání s těmito lidmi po odloučení.

D.2. Dlouhodobé negativní vnímání sebe sama, včetně sebeopovržení, pocitů bezmocnosti, bezcennosti, neschopnosti a poškození (*defectiveness*).

D.3. Vysoká či dlouhotrvající nedůvěra, vzdor či nedostatek recipročního chování v blízkých vztazích s dospělými či vrstevníky.

D.4. Fyzická či verbální agrese vůči vrstevníkům, pečujícím osobám nebo jiným dospělým.

D.5. Nepřiměřené (excesivní nebo promiskuitní) pokusy o vytvoření intimního kontaktu (včetně ale nikoliv výhradně sexuální či fyzické intimity) nebo excesivní hledání opory, bezpečí a útěchy u vrstevníků nebo dospělých.

D.6. Narušená schopnost regulovat empatické reakce (*empathic arousal*), která se projevuje nedostatkem schopnosti vcítit se do druhých nebo tolerovat jejich projevy nepohody, nebo nepřiměřená reakce na jejich nepohodu.

E. Spektrum posttraumatických symptomů. Dítě vykazuje alespoň jeden symptom minimálně ve dvou ze tří klastrů (B, C, D) PTSP.

F. Délka trvání symptomů DTD uvedených v kritériích B, C a D je nejméně 6 měsíců.

G. Funkční narušení

Výše uvedené symptomy vyvolávají klinicky závažné potíže či poruchy narušení (*impairment*) v alespoň dvou následujících funkčních oblastech (*areas of functioning*):

- Škola: podprůměrný prospěch, dlouhodobé absence, kázeňské problémy, předčasné ukončení školní docházky, neschopnost dokončit studium či splnit náležitosti nutné k absolvování předmětu, konflikty se školním personálem, poruchy učení nebo poruchy intelektu, které nemohou být způsobeny neurologickými či jinými faktory
- Rodina: konflikty, vyhýbavost/pasivita, útěky z domova, odcizení a přilnutí k jinému člověku (namísto člena rodiny) (*surrogate replacements*), snaha fyzicky či emočně ublížit členům rodiny, neplnění povinností v rámci rodiny
- Vrstevníci: izolace, deviantní vztahy, neustálé fyzické či vztahové konflikty (*emotional conflict*), vyhýbavost/pasivita, násilnosti a jiné nebezpečné jednání, věku nepřiměřené vztahy nebo způsob interakce
- Právní oblast: zatčení/recidivita, zadržení ve vazbě, odsouzení, uvěznění, porušení podmínky nebo jiných soudních nařízeních, narůstající závažnost přestupků proti zákonu, kriminální činy spáchané vůči spoluobčanům, nerespektování zákona či pohrdání právem nebo běžnými morálními standardy

- Zdraví: tělesná onemocnění či potíže, které nemohly být způsobeny tělesným zraněním či degenerativním onemocněním. Tato se týkají trávicí soustavy, nervové soustavy (včetně konverzních symptomů a analgezie), sexuality, imunity, kardiopulmonárního, proprioceptivního nebo sensorického systému. Dále sem patří velké bolesti hlavy (včetně migrény), chronická bolest či chronická únava.
- Práce (pracovní uplatnění mládeže, která hledá zaměstnání, neplacenou brigádu či praxi): nezájem o práci/povolání, neschopnost najít si nebo si udržet práci, neustálé konflikty se spolupracovníky nebo nadřízenými, zaměstnání neodpovídající schopnostem, neschopnost dosáhnout kariérního postupu.

Biopsychosociální dysregulace

Epidemiologická a biologická data týkající se důsledků dětského traumatu naznačují, že spektrum symptomů, které se projevuje u zneužívaných dětí, představuje poruchu vzájemně propojených vývojových kompetencí, v jejímž důsledku dochází k výskytu takového souboru symptomů, které jsou sice různorodé, ale zároveň konzistentní (Van der Kolk, d'Andrea, 2010).

Děti vystavené interpersonálnímu traumatu jsou ohroženy **biopsychosociální dysregulací** (afektivní, somatické, kognitivní, behaviorální, interpersonální dysregulace a také dysregulace vlastní identity), ať trpí posttraumatickou stresovou poruchou či nikoliv (Ford, 2005; D'Andrea, Ford, Stolbach, et al., 2012). Dysregulační symptomy představují syndrom, který jde napříč diagnózami a je specifický pro týrané děti (Jucksch, Salbach Andrae, et al., 2011; Holtmann, Buchmann, Esser, et al., 2011; Holtmann, Duketis, Goth, et al., 2010). Různorodé formy psychobiologické dysregulace, které se vyskytují u mnoha polyviktimizovaných pacientů, přesahují hranice vymezující posttraumatickou stresovou poruchu (Gustafsson, Nilsson, Svedin, 2009; Finkelhor, Ormrod, Turner, 2009; Holt, Finkelhor, Kantor, 2007; Finkelhor, Ormrod, Turner, 2007a; Finkelhor, Ormrod, Turner, 2007b; Cuevas, Finkelhor, Turner, 2007; Turner, Finkelhor, Ormrod, 2006; Ford, Elhai, Connor, 2010; Cloitre, Stolbach, Herman, et al., 2009) a přetrvávají do dospělosti (Vranceanu, Hobfoll, Johnson, 2007; Briere, Kaltman, Green, 2008). Jedná se o „nenápadnou epidemii neurovývojových zranění“ (Kaffman, 2009) způsobených viktimizací (Finkelhor, Turner, Ormrod, et al., 2009) typicky počínající v raném dětství (Meuleners, Lee, Hendrie, 2009).

Afektivní dysregulace

Opakovaná aktivace neurobiologických systémů, které pomáhají regulovat stres a emoce, potencuje aktivaci relevantních neurotransmiterů a neuroendokrinních systémů. Nepřímým důsledkem je závažná emoční dysregulace (De Bellis, 2005; Cicchetti, Toth, 1995). Potíže v regulaci/kontrolu emocí jsou nejnápadnějším projevem dětí, které jsou vystaveny interpersonálnímu násilí. Chronická interpersonální traumatizace může vyústit do celé široké škály symptomů, jako je emoční labilita, anhedonie, emoční oploštělost či emoční otupělost, ale též náhlého či explozivního hněvu a inkongruentních nebo nevhodných, nepřiměřených afektů (D'Andrea, et al., 2012). Van der Kolk (2010) uvádí, že afektivní dysregulace může kromě výše uvedeného zahrnovat ještě dysforii, depresi, ztrátu motivace a stranění se společnosti. Může však dále vést i k sebedestruktivnímu chování.

Tato problematika byla detailně zkoumána v řadě klinických studií (Cicchetti & Rogosch, 2007; Cloitre, 2005; Lewis, Todd, & Honsberger, 2007; Maughan & Cicchetti, 2002; Shields & Cicchetti, 1998, 2001; Pollak, Messner, Kistler, & Cohn, 2009; Walden, Smith, 1997), ve kterých bylo zjištěno, že týrané děti ve srovnání se svými vrstevníky, kteří nebyli exponováni takovým traumatizujícím podmínkám, vykazovaly vyšší míru negativní emocionality, objevovaly se u nich celkově výraznější potíže s regulací emocí - např. snížený práh emoční reaktivity, neschopnost ovládat či mírnit projevy negativních emocí nebo nepatřičné a nepřiměřené emocionální reakce, tj. nepřiléhavé situaci nebo se vymykající sociálním a vývojovým očekáváním a normám.

Dnes již značné množství výzkumných studií bohatě dokumentuje, že týrané děti mají především problémy s identifikací a modulací emočního prožívání, s popisem emocí a tělesných stavů, potýkají se též s obtížemi v expresi emocí a trpí poruchami nálady.

Obtíže identifikovat a popsat vnitřní emoční zkušenost

K identifikaci vnitřní emoční zkušenosti je potřeba rozvinuté schopnosti rozlišovat mezi stavy emočního nabuzení (arousal), interpretovat tyto stavy a použít příslušné označení (např. jsem šťastný, vystrašený), ale též schopnost rozumět neverbálním klíčům, které umožňují porozumění emocím druhých, tak, že spojí specifické projevy chování s výrazem emoce (Cook, 2005). Není-li dítě v průběhu vývoje vystaveno traumatizaci, pak si s pomocí rodičů (pečovatelů) tyto schopnosti postupně přiměřeně rozvine. Dítě může mít problémy s porozuměním vlastním i cizím emocím dokonce v prostředí, které jej sice nevystavuje traumatu, avšak pečující osoby nastavují nekonzistentní a nelogicky neempatický či nepředvídatelně se měnící model či rámec emočních projevů a souvisejícího chování, například

výraz úsměvu s odmítajícím chováním, nebo když je strádající dítě jednou ve vzteku odmítáno, podruhé je mu věnována péče, a jindy rodič dává najevo lhostejnost. Týraní dospělý má zpravidla ve svém repertoáru uvedenou inkongruenci, která pak ve svém důsledku prohlubuje poruchy v této oblasti. Již u třicetíměsíčních týraných dětí výzkumníci zjistili (Beeghly & Cicchetti, 1996) deficit ve schopnosti rozlišovat a označovat vlastní emoční stavy i emoce druhých.

Řada studií prokázala, že existují zřetelné rozdíly mezi schopností regulovat a rozpoznávat emoce u traumatizovaných a netraumatizovaných dětí (Walden, Smith, 1997; Shields, Cicchetti, 1998). Ukazuje se například, že týrané děti jsou nadměrně senzitivní vůči obličejové mimice, jež může evokovat hněv (Pollak, Sinha, 2002; Pollak & Tolley-Schell, 2003; Pollak et al., 2009; Masten, et al., 2008). Studie popisují, že týrané děti jsou buď hypersenzitivní anebo vyhýbavé při odpovědi na negativní emocionální podnět a ve srovnání s netýranými dětmi ve větší míře interpretují pozitivní emoce jako nejednoznačné, nejasné či rozporuplné (Pine et al., 2005; Pollak et al., 2000). Týrané děti vykazují obtíže v porozumění a expresi emocí také v experimentálních podmínkách (Pollak, Cicchetti, Hornung, et al., 2000).

U chronicky traumatizovaných dětí a adolescentů je pozorována narušená schopnost adekvátního popisování a porozumění emocím a tělesným stavům - *alexithymie*, což je jedna z jádrových psychologických charakteristik zneužívaných dětí. Tento jev je zpravidla doprovázen obtížemi s komunikováním bazálních potřeb (jako je třeba hlad nebo vyměšování), ale také s proječováním přání a tužeb. Děti s alexithymickými obtížemi mohou mít sklon k disociaci. Pokud tedy těmto dětem pomůžeme popsat jejich tělesné zkušenosti, můžeme tím snížit jejich tendenci k disociaci a zároveň tím zvýšíme jejich schopnost verbálně identifikovat jejich stresory (Sayar, Kose, Grabe, et al., 2005; Zhu, Li, & Liang, 2006).

Dále jsou také u dětí, které prožily interpersonální trauma, dokumentovány abulie anhedonie, sociální stažení a absence schopnosti přiměřeně afektivně reagovat (Atlas & Hiott, 1994; Lumley & Harkness, 2007).

Obtíže v expresi emocí a narušená schopnost modulovat emocionální zkušenost

Kromě správného rozlišování emočních stavů by mělo být dítě schopno vyjadřovat své emoce bez obav ze sankcí nebo ztráty citové vazby ze strany pečovatелů, tj. v bezpečném prostoru, kde se zároveň může učit emoční zkušenost modulovat nebo regulovat. Komplexně traumatizované děti vykazují narušení v obou uvedených schopnostech. Zkreslené či „zkomolené“ vyjadřování emocí u těchto dětí zahrnuje celé spektrum projevů od příliš

stažených či rigidních k nadměrně labilním až explozivním (Gaensbauer, & Mrazek, 1981; Gaensbauer, 1982).

Děti, které nejsou schopny konzistentně regulovat své vnitřní prožívání, tak mohou začít používat alternativní copingové strategie, jako je vyhýbání se emočně náročným situacím a to i pozitivně laděným. Mohou se uchýlit ke zneužívání návykových látek nebo se u nich objevují disociované emoce, k nimž kupříkladu patří chronické emoční znecitlivění jak na úrovni sníženého uvědomování si vlastních pocitů, tak na úrovni sníženého vědomí tělesného prožívání (Putnam, 1993).

Děti jsou v důsledku mnohočetné traumatizace často snadno zaplaveny emocemi, jsou emočně nestabilní a emoční labilita se může dále projevovat např. přehnanými a neadekvátní reakcemi na minimální či neutrální stimuly, rychlými a silnými, bouřlivými nástupy extrémních afektivních reakcí na minimální stresory. Po takto silných emočních reakcích je pro ně obtížné se zklidnit a potřebují na to více času (Cook, 2005). Tento fakt je zřetelný zejména ve studiích, kterých se zúčastnili pacienti na prahu dospělosti (Domes, Lischke, Berger, et al., 2010; Schore, 2003; Schmid, Schmeck, Petermann, 2008). U těchto pacientů se i v každodenním životě snadněji spouští negativní emoční reakce, jsou hypersenzitivní i vůči velmi mírným afektivním stimulům (Ebner-Priemer, Kuo, Schlotz, et al., 2008; Ebner-Priemer, Welch, Grossman, et al., 2007), což je zejména zřejmé ze studií dospělých pacientů s hraniční poruchou osobnosti (Domes, Lischke, Berger, et al., 2010).

Terr (1991) upozorňuje na obtíže s vyjádřením a modulací vzteku a zlosti obrácené proti sobě, kterými trpí děti s chronickou posttraumatickou stresovou poruchou. Znovuodehrávání zlosti u těchto dětí může být velmi časté a mohou být doprovázeny navyklými vzorci agrese. V klinickém obraze tedy může silně dominovat bouřlivé kolísání (extreme affective shifts) zlosti a extrémní pasivity. U opakovaně zneužívaného dítěte jsou výbuchy zlosti pravděpodobně stejně ničující jako chronické otupění. Extrémní vztek nejsou schopny funkčně zvládat. Nevládnutý vztek může být namířen proti ostatním. Například u delikventních adolescentů, kteří spáchali vraždu, je podle Lewise, et al., (1995) chronické fyzické zneužívání klíčovým nálezem. Extrémní vztek tyto děti mohou vybijet také na sobě samých, objevuje se u nich sebepoškození a/nebo sebevražedné pokusy. Emoční otupělost a výbuchy vzteku, které se jeví jako typické u traumatizovaných dětí, jsou též v popředí jiných diagnostických jednotek. Proto neudivuje, že jsou u těchto dětí často povrchně diagnostikovány antisociální, hraniční, narcistické či mnohočetné poruchy osobnosti (Terr, 1991).

Poruchy nálady

Obtíže s regulací emoční zkušenosti mají u traumatizovaných dětí chronický ráz. Toto zjištění se vztahuje i na poruchy nálady, jimiž tyto děti trpí. Pro tyto děti je typická dlouhodobá, obtížně zvladatelná negativní nálada (Van der Kolk et al., 2009).

Mnozí výzkumníci (Putnam, 2003, Fergusson, Boden, & Horwood, 2008) poukazují na silný vztah mezi raným dětským traumatem a následným depresivním prožíváním. V řadě výzkumů se zjistilo, že traumatizované děti trpí dysthymií či depresí. (Allen, Tarnowski, 1989; Beitchman et al., 1991; Beitchman et al., 1992; Brand et al., 1996; Browne, Finkelhor, 1986; Cerezo, Frias, 1994; Paolucci et al., 2001; Polusny, Follette, 1995).

Posttraumatická dysregulace afektů se může projevovat internalizovanými problémy v chování, které mohou vést k diagnózám afektivních či úzkostných poruch (Finkelhor et al., 2007; Gustafsson et al., 2009; Suliman, et al., 2009; Turner, Finkelhor, & Ormrod, 2006). U týraných dětí nabývá úzkost extrémní podoby monosymptomatických poruch jako je agorafobie, sociální fobie, panická porucha či obsedantně-kompulzivní porucha (Pribor, Dinwiddie, 1992; Saunders, et al., 1992; Burnam, et al., 1988; Mancini, et al., 1995; Neumann et al., 1996; Pynoos et al., 1999; Kendall-Tackett, 2002).

Těžká forma deprese u sexuální traumatizace

Oates et al. (1994) porovnával u sexuálně zneužívaných dětí úroveň deprese vykazovanou pacienty při příjmovém vyšetření a po 18 měsících léčby a zjistil, že se symptomy u některých dětí zmírnily, nicméně 35% dětí uvádělo stále významnou úroveň deprese a 56% mělo narušené sebehodnocení.

Zlotnick et al., (1995, 2001) ve svých studiích doložil, že u žen, které byly v dětství sexuálně zneužívány, se třikrát až pětkrát zvyšuje pravděpodobnost, že se v dospělosti budou potýkat s těžkou, vleklou a mnohdy celoživotní depresí. Andrews (1995, 2002) zjistil, že u žen sexuálně zneužívaných v dětství mají pocity viny a studu významnou souvislost s chronickou rekurentní depresí.

Výzkumy dvojčat (Dinwiddie, & Heath, et al., 2000; Nelson, & Heath, et al., 2002), jakožto nejvyšší forma klinické vědecké evidence (neboť je možné kontrolovat vliv genetických a rodinných faktorů) přesvědčivě doložily, že trauma v raném dětství, obzvláště pak sexuální zneužívání, dramaticky zvyšuje riziko výskytu těžké deprese, stejně tak jako dalších negativních důsledků.

Fergusson (Fergusson, Boden, Horwood, 2008) porovnával dopad sexuálního zneužívání a fyzického týrání v dětství na duševní zdraví v rané dospělosti. Došel k závěru, že u jedinců

vystavených sexuálnímu zneužívání existovala 2,4 krát vyšší pravděpodobnost výskytu duševní poruchy než u jedinců, kteří sexuálně zneužívání nebyli. U těch, kteří byli týráni fyzicky, byla zjištěna 1,5 krát vyšší pravděpodobnost výskytu duševní poruchy, než u jedinců, kteří fyzicky týráni nebyli. Fergusson z těchto výsledků vyvodil, že fyzické týráni má menší negativní dopad na duševní zdraví. Expozice sexuálnímu zneužívání v dětství je spojena s konzistentním nárůstem rizika rozvoje duševních obtíží v rané dospělosti.

Expozice prvnímu sexuálnímu zneužití v raném věku (Gisese et al., 1998), délka vztahu s pachatelem, počet pachatelů, užití nátlaku nebo síly, podpora pachatele ze strany matky či její netečnost vůči sexuálnímu zneužívání svého dítěte či jiný typ sexuálního zneužívání (Putnam, Trickett, 1997; Putnam, 2003) a bližší vztah s pachatelem (Trickett et al., 2001) představují faktory, které depresi zhoršují. Došlo-li například ke kontaktnímu sexuálnímu zneužívání, pak se pravděpodobnost prevalence deprese v dospělosti zvyšuje 8,1 krát a incidence suicidálního pokusu 11,8 krát (Kendler et al., 2000, Fergusson, Horwood, & Lynskey, 1996; Fergusson, Lynskey, & Horwood, 1996; Fergusson, Boden, & Horwood, 2008).

Z výše uvedených studií lze tudíž vyvodit, že komplexní traumatizace v dětství, doprovázená sexuálním zneužíváním, může vést k celoživotnímu výskytu těžké deprese, jinými slovy k téměř nezvratnému narušení schopnosti regulovat emoční zkušenost jako takovou (Cook, 2005).

Afektivní dysregulace, jež je důsledkem psychického traumatu, je tím nejproblematictější aspektem při práci s chronicky traumatizovanými dětmi. Léčba by se na ni měla primárně zaměřovat, neboť se může narušovat samotný terapeutický proces, pokud se jí terapeuti přímo cíleně nevěnují (Cicchetti, Toth, 1995; Kendall-Tackett, et al., 1993; De Bellis, 2005).

Behaviorální dysregulace

Schopnost vyjadřovat emoce a schopnost modulovat vnitřní zkušenost jsou vzájemně propojené, proto děti se zkušeností odpovídající komplexnímu vývojovému traumatu vykazují narušenou kapacitu seberegulace jak na úrovni emočního prožívání, tak na úrovni projevů v chování. Afektivní a behaviorální dysregulace jsou spjité nádoby. Van der Kolk (2010) uvádí, že bylo přibližně v 700 studiích zdokumentováno, že u jedinců, kteří byli vystaveni v průběhu dětství interpersonální traumatizaci, došlo ke zvýšenému výskytu poruchy jak afektivní tak i behaviorální regulace (např. Teisl, Cicchetti, 2008).

D'Andrea, et al. (2012) a van der Kolk (2010) souhrnně konstatují, že behaviorální exprese afektivní dysregulace může zahrnovat stažení se, sebedestruktivní chování (sebepoškozování a suicidální pokusy), agresi, opoziční chování, rizikové chování, poruchy příjmu potravy, užívání návykových látek nebo jiné kompulsivní chování či přehrávání traumatických zkušeností. Behaviorální dysregulace může reprezentovat afektivní přetížení stejně tak jako pokusy rozptýlit, redukovat nebo se zotavit s negativních afektivních stavů. Například impulzivní chování představuje selhání afektivní regulace, zatímco sebepoškozování, zneužívání látek a poruchy příjmu potravy můžeme považovat za nepovedené pokusy o seberegulaci. Součástí afektivní a behaviorální dysregulace nejsou jen zjevné poruchy chování, ale také behaviorální a emoční „uzavření“ či stažení se při vystavení extrémnímu stresu. Taková dysregulace může být vyvolána řadou spouštěčů, které vzdáleně připomínají okolnosti, které se podílejí na vzniku traumatu.

Sebedestruktivní chování: sebepoškozování a suicidální chování

Nesuicidální sebepoškozování (Yates, Carlson, Egeland, 2008) a suicidální chování (Bruffaerts, Demyttenaere, Borges, 2010; Plener, Singer, Goldbeck, 2011) jsou symptomy, které jsou s traumatizací, a zejména s pohlavním zneužíváním, spojeny nejčastěji.

Sebepoškozování

Sebepoškozování představuje pravděpodobně nejproblémovější chování, s nímž se u traumatizovaných adolescentů setkáváme. Obvykle zahrnuje nesuicidální řezání nebo pálení končetin, ale také neletální sebepoškozování pohlavních orgánů či trupu těla. Sebepoškozující chování související s traumatem často začíná v adolescenci, avšak později (v průběhu dospívání/dospělosti) se toto chování u těch, kteří trauma přežili, vyskytuje v menší míře (Briere & Lanktree, 2012).

Briere a Gil (1988) ve své studii zjistili, že sebepoškozování je relativně časté u klinické populace, především u jedinců, kteří byli sexuálně traumatizováni, a často jim slouží jako způsob redukce emocionálního distresu, posttraumatických symptomů a disociace. Sedmdesát sedm procent chronicky se poškozujících pacientů z celkového počtu 93 zahrnutých v této studii uvedlo snížení negativních emocionálních stavů následně po sebepoškozování. Tito jedinci však zároveň sdělovali, že by rádi se sebepoškozováním přestali, pokud by mohli.

I když sebepoškozování často doprovází suicidální ideace a chování, řezání sebe nebo pálení je ve své podstatě nesuicidální jednání a může adolescentům sloužit jako způsob, jak překonat ohromující či zdrcující emoce, díky čemuž suicidální chování není dále potřebné

(Briere & Lanktree, 2012). V mnoha případech se sebepoškozující chování objevuje v momentě, kdy se adolescent setká s opuštěním ve vztazích a/nebo následně po vztahovém konfliktu (Briere & Lanktree, 2012).

Ve studii van der Kolka, Perryho, Hermanové (1991) zkoumající původ sebedestruktivního chování u dospělých psychiatrických pacientů bylo zjištěno, že věk, ve kterém byli týráni nebo zanedbáváni, hrál významnou roli, jak v závažnosti jejich sebedestruktivního chování, tak i ve formě, kterou bylo realizováno. V této studii více než 80% pacientů s anamnézou sebepoškozování uvedlo, že byli v minulosti v dětství vystaveni traumatu. Byla zjištěna následující přímá úměra: čím ranější týrání, tím více agrese obrácené vůči sobě samému. Týrání v průběhu raného dětství a v období latence silně korelovalo se suicidálními pokusy a sebepoškozováním. Naproti tomu týrání v adolescenci bylo významně spojováno s mentální anorexií a s nárůstem rizikového chování. Studie potvrdila, že týrání v dětství přispívá velmi silně k iniciaci sebedestruktivního chování a chybějící citová vazba jej dále udržuje. Pacienti, kteří prožili dlouhotrvající separaci od svých primárních pečovatelů a ti, kteří si nemohli vzpomenout na pocit, že v dětství byli pro někoho výjimeční, či byli někým milováni, byli nejméně schopni uplatnit interpersonální zdroje kontroly svého sebedestruktivního chování.

Vzhledem k vysokému výskytu sebepoškozování mezi adolescenty by se pravidelné a opakované sebepoškozování mělo posuzovat samostatně, neboť je nepravděpodobné, že by většina adolescentů, kteří sebepoškozující chování vykazují, měla v anamnéze traumatické zkušenosti. Je pozoruhodné, že opakované sebepoškozování se vyskytuje častěji u dospělých, kteří byli v dětství pohlavně zneužíváni, zatímco občasné sebepoškozování bývá častěji dáváno do souvislosti s fyzickým týráním v dětství (van der Kolk, Perry, Herman, 1991).

Metaanalýza 45 studií týkajících se souvislosti mezi pohlavním zneužíváním a sebepoškozováním však mezi nimi zjistila pouze slabý vztah. Když se tyto studie tázaly na další psychiatrické rizikové faktory (Klonsky, Moyer, 2008), vyplynulo z nich, že pohlavní zneužívání nemůže plně vysvětlit různorodost sebepoškozujícího chování. Další studie se věnovaly vztahu mezi sebepoškozováním a traumatizací (Weierich, Nock, 2008; Lang, Sharma-Patel, 2011). Podle posledních výzkumů se zdá, že souvislost mezi týráním dětí a sebepoškozováním se liší podle typu týrání (Afifi, Boman, Fleisher, Sareen, 2009). Weierich a Nock prokázali, že symptomy Posttraumatické stresové poruchy ovlivňují vztah mezi pohlavním zneužíváním a sebepoškozováním (Weierich, Nock, 2008). Sebepoškozování pravděpodobně usnadňuje emoční regulaci a odbourává disociativní stavy a emoční napětí spojené s emoční regulací (Klonsky, 2007). Z neurobiologického hlediska je sebepoškozování

možno vnímat jako pokus o změnu extrémního stavu autonomního nervového systému, ke kterému dochází v důsledku toho, kdy někdo nebo něco vyvolá v daném jedinci vzpomínku na traumatickou událost (Corrigan, Fisher, Nutt, 2011). Glassman a kol. (Glassman, Weierich, Hooley, et al., 2007) zjistili, že traumatizace vede k sebepoškození, zejména když se stud a sebekritický postoj transformují do sebenávisti.

Suicidalita

Sebevražedné myšlenky a chování jsou mezi zneužívanými a traumatizovanými jedinci poměrně časté (Tiet, Finney & Moos, 2006; Zlotnick, Donaldson & Spirito, 1997), obzvláště pak v kontextu pokračujících současných nepříznivých událostí a podmínek (Molnar, Shade, Kral & Booth, 1998). V některých případech může být suicidální chování nenápadné, například když se jedinci zapojují do vysoce rizikových aktivit a/nebo nejsou schopni ochránit sami sebe v nebezpečných situacích. V jiných případech se mohou zjevně vyskytovat opakované suicidální pokusy.

Posttraumatické syndromy se nejčastěji ze všech psychologických poruch pojí se suicidálními myšlenkami a míra sebevražednosti je u nich nejvyšší. Uvádí se, že posttraumatické syndromy, tzn. např. flashbacky, noční můry a vtíravé myšlenky, mají významnou souvislost s napětím, disociací a sebepoškozením (van der Kolk, Perry, Herman, 1991; Klonsky, 2007).

Epidemiologicky nejvýrazněji tyto souvislosti vyjadřují nedávná zjištění ze Světového průzkumu duševního zdraví (World Mental Health survey) realizovaného v 21 zemích na 55 299 respondentech. Studie prokazuje silný vztah mezi nepříznivými událostmi v dětství a suicidálním chováním, např. suicidálními myšlenkami nebo pokusy. Míra relativního rizika (odds ratio) suicidálního pokusu po sexuálním zneužití byla 5,7 (Bruffaerts, Demyttenaer a Borges, 2010).

Suicidální pokusy, sebeřezání a další sebepoškozující chování mají různé funkce při zvládnání negativních afektů. Může jít o aktivní pokusy se zabít, zranit nebo utišit ohrožující halucinace. Mohou to být také způsoby jak zvládnout nesnesitelné afekty pomocí alterace interpersonálních podmínek a biologické homeostáze (Van der Kolk, 1996)

Terapeuti by si měli být vědomi rizika suicidálního chování, pokud pracují s traumatizovanými adolescenty a cíleně se jich dotazovat na letalitu (závažnost) jejich suicidálního chování (např. suicidální plán, možné záměry) a na předchozí suicidální pokusy, pokud jejich klienti sdělí suicidální ideace nebo pokud jsou klinicky depresivní (Berman, Jobes & Silverman, 2006).

Rizikové chování

Mnohočetně traumatizované děti mají obtíže s porozuměním pravidlům, předvídáním důsledků svého chování, nesprávným úsudkem, obtíže se schopností plánovat a předvídat. Tyto děti přeceňují nebo naopak podceňují či přehlížejí rizika daleko častěji než děti, které byly vystaveny traumatickým zkušenostem jiného druhu i (Bergen, Martin, Richardson, et al., 2003; Brown et al., 2005). Proto problémy s kontrolou a regulací impulsů jsou nápadnou charakteristikou jejich chování. Mají též sníženou schopnost setrvat delší dobu v bezpečí.

Lze tudíž předpokládat, že traumatické prožívání žene adolescenty do větší nezávislosti a zároveň do nesprávných odhadů nebezpečí, což může vyústit v lehkomyšlné nebo vysoce rizikové chování či nepřiměřené vyhledávání vzrušujících zážitků (Joseph, Liu, Jiang, et al., 2009).

Impulsivní vysoce rizikové chování se může u traumatizovaných adolescentů projevovat například sexuálně rizikovým chováním - nechráněnými pohlavními styky, rizikovým chováním v dopravě, nošením zbraní, zakládáním požárů (Shafii, Rivara, Wang, et al., 2009).

Rovněž se ukazuje, že obzvláště raný abúzus návykových látek je souběžně s impulsivitou významným psychosociálním rizikovým faktorem (Blomeyer, Treutlein, Esser, 2008; Nestler, 2005).

Agresivita a delikvence

Traumatizované děti mají více externalizovaných problémů v chování ve srovnání s netraumatizovanými dětmi a jejich vztahy jsou díky tomu nestabilní (Graham-Bermann & Levendosky, 1997; Shields & Cicchetti, 1998). Zvýšená přecitlivělost vůči potenciálně ohrožujícím stimulům často u traumatizovaných jedinců vede k agresivním reakcím. Mnohočetně traumatizované děti jsou agresivnější vůči vrstevníkům, pečovatelům nebo dalším dospělým. Jedná se především o agresivitu svou povahou reaktivní (tj. impulsivní či dysregulovanou), nikoliv však o agresivitu instrumentální (tj. záměrně nebo úmyslně nátlakovou či manipulativní) (Dodge, Schwartz, 1997; Maughan, Cicchetti, 2002; Wyatt, Newcomb, 1990; Graham-Bermann, Levendosky, 1997; Shields, Cicchetti, 1998). Což bylo dále potvrzeno ve výzkumu Silvern a kol. (2008), kteří u mladistvých delikventů zaznamenali, že traumatizovaní jedinci vykazovali více reaktivní agrese než instrumentální.

Děti, které mají potíže s rozeznáváním emocí a zároveň s impulsivitou jsou náchylnější k agresivnímu chování (Ford, Fraleigh, Albert, & Connor, 2010; Ford, Fraleigh, & Connor, 2010). Není tedy překvapující, že delikventní mladiství mají disproporcionálně vyšší míru

viktimizace s následnou agresí, sebepoškozováním, zneužíváním návykových látek, sexuálně rizikovým chováním a opozičním chováním (Abram, Teplin, McClelland, & Dulcan, 2003; Abram et al., 2007; Ford, Hartman, Hawke, & Chapman, 2008; Jainchill, Hawke, & Messina, 2005; Kenny, Lennings, & Nelson, 2007; Teplin, McClelland, Abram, & Mileusnic, 2005).

Poruchy pozornosti, kognice a vědomí

Van der Kolk (2010) a obdobně D'Andrea et al. (2012) popisují, že poruchy pozornosti, kognice a vědomí následující po expozici interpersonálnímu traumatu se projevují jako disociace, depersonalizace, poruchy paměti, neschopnost soustředit se (bez ohledu na to, zda daný úkol evokuje trauma), narušené exekutivní funkce (např. schopnost plánovat, řešit problémy), nedostatek zvědavosti, potíže s učením, potíže s orientací v čase a prostoru a nedostatečný jazykový vývoj.

Van der Kolk (2010) upozorňuje, že v současné době existuje již více než 400 studií, jež zdokumentovaly spojení mezi viktimizací v dětství a disociativními symptomy (např. Kaplow, Hall, Koenen, et al., 2008; Neumann, Houskamp, Pollock, Briere, 1996) a že dalších 400 studií za použití neuropsychologických paradigmat ukazuje, že zanedbávané děti selektivně reagují na negativní stimuly, mají široké spektrum potíží s pozorností, soustředěním a pamětí, a trpí inhibičními deficity.

Problematika disociace obecně

Disociaci (Schmidt, 2013) je možno popsat jako ztrátu vnějšího vnímání a duševní stavy podobné transu, doprovázené ztrátou schopnosti vnímat stav svého těla (coenesthesia) a neschopností vnímat čas, potížemi s orientací v prostoru, absencí výrazu v obličeji, neschopností vnímat bolest a často pocitem derealizace.

Zatímco asi 10% běžné populace reaguje na trauma zvýšenou tendencí k disociaci, 50% jedinců může na opakovanou traumatizaci reagovat rozvojem chronické disociace (Merckelbach, Muris, 2001; Zucker, Spinazzola, Blaustein, van der Kolk, 2006). Tendence k disociativní reakci na traumatické zkušenosti je, kromě genetické dispozice, výrazně ovlivněna frekvencí a povahou traumatických zkušeností. Tendence k disociaci je také indikátorem rozvoje PTSD, coby reakce na traumatické zkušenosti. (Brewin, Andrews, Valentine, 2000).

Chronicky traumatizovaní jedinci se často naučí vyrovnat s traumatickými zkušenostmi tím, že tyto zkušenosti oddělí/disociují od své „každodenní“ roviny vědomí (Braun, 1988). Za

běžných okolností tvoří informace o určitém prožitku víceméně koherentní celek, v němž je většina částí propojena a snadno dostupná. Při oddělení zkušeností však k takovéto integraci informací nedochází, ať už ve větší či menší míře. Pacienti často zjišťují, že nedokážou sladit traumatické zkušenosti se svým vlastním pojetím toho, kým jsou a jak vidí svět. Takové zkušenosti se stávají pouhými oddělenými aspekty vědomí (Draijer, Langeland, 1999), které nezasahují do každodenní roviny vědomí pacienta. Např. když je určitá zkušenost jako celek příliš zaplavující, její různé části/elementy (vizuální, emoční, somatické) mohou být odděleny jak od sebe navzájem, tak od pacientova vlastního osobního příběhu. Oddělené aspekty traumatické zkušenosti či zkušeností jsou obvykle percepční nebo sensorické povahy, nikoliv však povahy jazykové. Často jsou vnímány jako nevysvětlitelné fyzické pocity, které nemohou být popsány slovy či dekonstruovány, tak jak se často očekává v terapii (van der Kolk, van der Hart, Marmar, 1996).

Putnam (1997) píše, že samotným jádrem disociace je selhání schopnosti integrovat nebo spojovat informace a zkušenosti běžně očekávatelným způsobem. Díky tomu kognice může být prožívána bez afektů a afekty mohou být prožívány bez kognice, somatické pocity nejsou uvědomovány, k repetitivnímu chování dochází nevědomě (Chu, 1991). Pokud je člověk konfrontován s extrémním traumatem, má disociace tři základní funkce (Putnam, 1997): (a) automatizaci chování tváří v tvář psychologicky ohromujícím okolnostem; (b) dělení (compartmentalization) bolestných vzpomínek a pocitů do různých oblastí; (c) odpojení od sebe sama. Pokud je trauma chronické, dítě se stále více a intenzivně spoléhá na disociaci, aby mohlo zvládnout svoji zkušenost. Takováto disociace pak vede k obtížím se zvládnutím chování, s afektivní regulací a se sebepojetím.

Disociativní poruchy může doprovázet i to, že pacient si nevzpomíná, co dělal on sám, nebo jiní lidé. Nedávný výzkum potvrdil (Stiglmayr, Ebner-Priemer, Bretz, et al., 2008), že ve stavu disociace je učení a vstřebávání nových informací výrazně omezeno.

Chronicky traumatizovaní pacienti dokonce mohou mít pouze občasnou schopnost dostat se k určité informaci, mohou být velmi „zapomnětliví“, pravidelně mohou působit dojmem, že pravidelně „vynechávají“ (*space out*) a mohou se stáhnout do sebe, pokud jsou konfrontováni s bolestnými vzpomínkami nebo upomínkami na jejich traumatické zkušenosti. Tito jedinci dále často trpí ztrátou paměti týkající se důležitých životních etap, jak jednorázových událostí, tak i celých měsíců či dokonce let (Luxenberg, Spinazzola, van der Kolk, 2001)

Disociativní prožívání u dětí

Putnam (1993) konstatuje, že disociativní poruchy reprezentují signifikantní formu psychopatologie u traumatizovaných dětí a Cook et al. (2003) navíc zdůrazňují, že disociace je klíčovým rysem komplexní traumatizace u dětí. Týrané nebo sexuálně zneužívané děti mají ve školním věku mnohem silnější sklony k disociaci než děti, které týrány nejsou (Macfie, Cicchetti, Toth, 2001). Putnam (1993) uvádí, že disociativní poruchy reprezentují významnou a dosud nerozpoznanou formu psychopatologie u traumatizovaných dětí a dále popsal, že patologická disociace u traumatizovaných dětí je komplexním psychobiologickým procesem, jehož důsledkem je neschopnost integrovat informace do normálního proudu vědomí. Což u dětí a adolescentů vytváří řadu symptomů a chování včetně: a) amnézie, b) narušeného pocitu self, c) stavů podobných transu, d) prudkých změn nálad a chování, e) nepredikovatelného a matoucího přístupu ke znalostem, vzpomínkám a dovednostem, f) sluchových a vizuálních halucinací, a g) vytváření si imaginárních přátelství. Mnohé z těchto symptomů a projevů chování jsou často špatně diagnostikovány jako poruchy pozornosti, učení nebo chování nebo dokonce jako psychózy.

Sklony k disociaci u dětí jsou pravděpodobně často umocňovány extrémní psychosociální stresovou zátěží v rodině a napjatými vztahy v rodině. (DiTomasso, Routh, 1993; Merckelbach, Muris, Rassin, 1999). Přítomnost disociace u dětí velmi silně predikuje rozvoj další psychopatologie v průběhu času (Lynch, Cicchetti, 1998; Putnam, 1993). Zároveň však Lynch, Forman, Mendelsohn, Herman (2008) prokázali, že redukce disociativních tendencí zvyšuje úspěšnost ambulantní psychoterapie.

Narušené kognitivní funkce v raném věku

Prospektivní studie prokázaly, že děti týrajících a zanedbávajících rodičů mají již v pozdním kojeneckém věku ve srovnání s kontrolní skupinou dětí narušené kognitivní funkce (Egeland, Sroufe, Erickson, 1983). Senzorická a emoční deprivace související se zanedbáváním se jeví jako obzvláště škodlivá pro vývoj. U zanedbávaných kojenců a batolat se projevují vývojová zpoždění v expresivních a receptivních jazykových dovednostech a celkový deficit IQ (Allen, Oliver, 1982; Culp, Watkins, Lawrence, Letts et al., 1991; Vondra, Barnett, Cicchetti, 1990). Tento deficit kognitivních dovedností je u dětí pozorován dlouhodobě, tzn. zneužívané a zanedbávané děti vykazují nižší IQ a jsou nepřiměřeně často zastoupeny v rámci vývojově zpožděného spektra intelektuálních funkcí (Sandgrund, Gaines, Green, 1974).

Narušené kognitivní funkce v kontextu školní docházky

Během školního věku je zásadní oblastí vývojových kompetencí školní prospěch. Výkon ve škole je významně ovlivněn schopností daného dítěte regulovat vnitřní prožitky a kompetentně interagovat s vrstevníky. V období docházky do mateřské školy se u týraných dětí projevují deficity v obou těchto oblastech. Ve srovnání s kontrolní skupinou netýraných dětí vykazují nižší frustrační toleranci, vyšší míru vzteku a konfliktů a více závislosti na pomoci ostatních (Egeland et al., 1983; Vondra et al., 1990). Během docházky na základní školu projevují týrané děti méně vytrvalosti při řešení náročných úkolů, resp. existuje vyšší pravděpodobnost, že se takovým úkolům budou vyhýbat. V nadměrné míře také spoléhají na pomoc a zpětnou vazbu od svých učitelů (Shonk, Cicchetti, 2001). V období docházky na střední školu je u týraných dětí pravděpodobnější, že jejich práce ve škole a učení budou hodnoceny jako podprůměrné. Rovněž se u nich častěji vyskytují kázeňské potíže a častěji u nich dochází k přerušení školní docházky (Eckenrode, Laird, Doris, 1993). Není proto s podivem, že týrané děti častěji využívají služby školních specialistů (Shonk, Cicchetti, 2001).

Týrání v dětství souvisí s celkově horším školním prospěchem a horšími výsledky ve standardizovaných testech. Týrané děti také mnohem častěji musí opakovat ročník, či předčasně ukončí školní docházku; ve srovnání s běžnou populací nedokončí školní docházku třikrát častěji. Tyto závěry byly prokázány na celé řadě různých traumat (např. fyzické týrání, pohlavní zneužívání, zanedbávání, expozice domácímu násilí) a nemohou být přičteny jiným psychosociálním stresorům, jako je např. chudoba (Cahill, Kaminer, Johnson, 1999; Kurtz, Gaudin, Wodarski et al. 1993; Leiter, Johnsen, 1994; Shonk, Cicchetti, 2001; Trickett, McBride-Chang, Putnam, 1994).

Porucha pozornosti u traumatizovaných dětí

Několik výzkumníků vyslovilo hypotézu, že disociace může nabírat podobu poruchy pozornosti a impulsivity u traumatizovaných dětí (Cromer, Stevens, DePrince et al., 2006; Endo, Sugiyama, Someya, 2006; Kaplow, Hall, Koenen et al. 2008). Například ve studii zkoumající dopad disociace na kognici Cromer et al. (2006) zkoumal exekutivní kontrolu u dětí v pěstounské péči a zjistil, že deficity v úkolech vyžadujících tlumenou reakci souvisely s dětskou disociací. Obdobně Endo et al. (2006) zjistil, že u disociativních dětí se jeví, že naplňují kritéria pro poruchu hyperaktivity a pozornosti (ADHD), ale u netýraných dětí s ADHD se nezdálo, že by naplňovaly kritéria pro disociativní poruchy. Kaplow et al. (2008) zjistil, že symptomy PTSP u týraných dětí nejsou příčinou nepozornosti. Dosud dělící linie mezi

disociací a problémy s pozorností a tlumenou reakcí je nejasná. Nicméně obojí je dostatečně zdokumentováno, a obvykle následuje po interpersonální traumatizaci v dětství.

Ačkoli diagnózy ADHD a PTSP se do jisté míry překrývají v problematice potíží se soustředěním a hyperaktivitou, jeví se jako odlišné, byť často komorbidní syndromy. Expozice interpersonálnímu traumatu nebyla shledána konsistentním rizikovým faktorem pro ADHD (Ford, Connor, 2009). Dětská pozornost a problémy s regulací rozrušení (arousal) spojené s viktimizací mohou být odlišné od ADHD na základě zapojení disociace u posttraumatických následků, ale ne u ADHD (D'Andrea, et al., 2012).

Narušené kognitivní funkce – výsledky výzkumných studií

Studie zkoumající vztah mezi kognitivním fungováním a dětskou viktimizací se spoléhaly na jak na neuropsychologické testy, tak i na experimentální paradigmaty (Ayoub et al., 2006; Nolin, Ethier, 2007; Pine et al., 2005; Porter, Lawson, Bigler, 2005; Rieder, Cicchetti, 1989; Savitz, van der Merwe, Stein et al., 2007).

Již v raném věku se u týraných dětí projevuje ve srovnání s jejich vrstevníky nižší flexibilita a tvořivost při řešení náročnějších úkolů (Egeland, et al., 1983). Děti a adolescenti, kteří byli zneužíváni či vystaveni násilí, vykazují sníženou schopnost udržet pozornost a abstraktně myslet a zhoršené exekutivní funkční dovednosti (Beers, de Bellis, 2002).

Snížená obecná kognitivní schopnost byla zdokumentována v několika dalších studiích viktimizovaných dětí. Rieder a Cicchetti (1989) zjistili při porovnání s netýranými dětmi, že se u týraných dětí vyskytuje slabší exekutivní fungování dokonce i v emocionálně neutrálních kontextech. Ke sníženému exekutivnímu fungování dochází i v kontextech, kde by byla adekvátní do jisté míry agresivní reakce. Pine et al. (2005) došel k závěru, že závažnost fyzického zneužívání souvisí s odkloněním pozornosti směrem od ohrožujících podnětů. To naznačuje, že k emocionální zátěži dochází v reakci na takový kontext, který s traumatem souvisí pouze okrajově.

Porter et al. (2005) zjistil, že týrané děti mají sníženou výkonnost v neuropsychologických testech, jež měří pozornost a koncentraci. Nolin a Ethier (2007) zkoumali pozornost a kognici fyzicky týraných nebo zanedbávaných dětí. Při porovnání s kontrolní skupinou vykazovala skupina týraných nebo zanedbávaných dětí poruchy v auditivní pozornosti, schopnosti reagovat na podněty a vizuomotorické integraci. Nálezy Ayoub et al. (2006) naznačují, že týrané děti jsou méně schopné řešit problémy v porovnání s jejich netýranými vrstevníky. Savitz et al. (2007) zjistil, že závažné sexuální zneužívání souviselo s nízkou paměťovou výkonností.

Bylo zjištěno (Mezzacappa, Kindlon, Earls, 2001), že u týraných dětí se od raného dětství až do školního věku postupně zhoršují exekutivní funkce. U netýraných dětí s psychiatrickými potížemi dochází k opačnému efektu – projevuje se u nich postupné zlepšení exekutivních funkcí. Vývoj těchto funkcí je sice ve srovnání se zdravými vrstevníky opožděný, nicméně postupně se přibližuje běžné růstové křivce.

V souhrnu tyto studie dokumentují jasnou tendenci směrem k narušení schopnosti týraných dětí udržovat pozornost a integrovat kognitivní funkce, což se může jasně projevit v celkovém narušení. Totéž platí pro deficity, které jsou aktivovány v situacích kdy někdo či něco připomíná prožité trauma (D'Andrea, et al, 2012).

Narušené vnímání sebe sama

Na základě dat z klinického výzkumu Van der Kolk et al. (2009) uvádí, že většina mnohočetně traumatizovaných dětí splňující kritéria navrhované Vývojové traumatické poruchy (kritérium D.2.) má dlouhodobě negativní sebeobraz sestávající z pocitů sebenenávisti, bezmocnosti, zbytečnosti, bezcennosti, neschopnosti či „vadnosti“ (defectiveness).

Ve výzkumné studii (Van der Kolk et al., 2009) byly u těchto dětí nízké pocity sebeúcty, sebevědomí a sebehodnocení třetím nejčastěji zmiňovaným symptomem oproti netraumatizovaným dětem. Dále byly velmi často uváděny symptomy zkresleného vnímání sebe sama včetně negativního sebeobrazu a sebeposouzení, pocitů viny nebo studu. Pacienti často sdělují neschopnost fungovat v běžném životě jako ostatní, prožívají pocity jinakosti (nepatřičnosti), nenormálnosti, a odlišnosti od ostatních. Tyto závěry dále korespondují s obdobnými nálezy dalších výzkumníků (Finzi, Ram, Shnit et al., 2001; Toth, Cicchetti, & Kim, 2002).

Mnohé další výzkumné studie (D'Andrea, Ford, Stolbach, et al., 2012; Bolger, Patterson, & Kupersmidt, 1998; Burack, Flanagan, Peled, et al. 2006; Daigneault, Hébert, Tourigny, 2006; Gibb, Abela, 2008; Kim, Cicchetti, 2006; Valentino, Cicchetti, Rogosch, Toth, 2008) konstatují, že děti vystavené interpersonálnímu traumatu mají velmi často narušenou atribuci o sobě samých a o světě, což pak dále může vytvářet podmínky pro generalizované pocity studu a viny, negativní kognitivní styl, narušený locus of control, nízké self-efficacy.

U traumatizovaných dětí je výrazně narušen vývoj zdravého pojetí sebe sama, neboť velmi často dochází k rozvoji sebevýčitek a pocitů viny a studu (Copeland, Shanahan, Costello, et al., 2009). Bolger et al. (1998) a Turner, Finkelhor, Ormrod (2010a) zjistili, že závažné a chronické týrání nebo viktimizace predikuje u dětí problémy se sebeúctou. Kim a Cicchetti

(2006) prospektivně zkoumali sebeúctu u 251 týraných a netýraných dětí a došli k závěru, že fyzické a emocionální týrání predikuje počáteční úroveň sebeúcty a snižuje úroveň sebeúcty v průběhu času. Další výzkumné studie docházejí k závěru, že týrané děti mají nižší sebehodnocení, než jejich vrstevníci (Burack, et al. 2006), daleko pravděpodobněji si jako první vybaví negativní informace o sobě samých (Valentino et al., 2008) a že verbální týrání dětí u nich predikuje negativní úsudkový styl (Gibb, Abela, 2008). Kim a Cicchetti (2003) konstatovali, že příčinou problémů v mezilidských vztazích u dospělých jedinců jsou pocity studu způsobené traumatizací v průběhu dětství.

Utváření negativního sebepojetí v průběhu vývoje dítěte

Raný pečující vztah má zásadní vliv na vývoj autonomního a koherentního pocitu self. V průběhu času si dítě upevňuje a internalizuje bezpečný, stabilní a integrovaný pocit vlastní identity (Bowlby, 1988). Vnímavá, citlivá péče a pozitivní rané životní zkušenosti dovolují dětem vytvořit si model obecně hodnotného a kompetentního self. V kontrastu s tím opakující se zkušenosti zranění a/nebo odmítnutí významnými druhými a s tím spojené selhání schopnosti vytvořit si věku adekvátní kompetence pravděpodobně povedou k pocitu self jako neschopného, bezmocného, defektního, nemilovaného. U týraných dětí se vývoj a konsolidace autonomního self považují za mnohonásobně narušené (Cicchetti, Lynch, 1995; Cook, 2005).

Traumatizované děti vykazují alterace ve svém pocitu self již v raném dětství. V osmnácti měsících budou traumatizovaná batolata daleko pravděpodobněji odpovídat na sebepoznání s neutrálním nebo negativním afektem než netraumatizované děti (Schneider-Rosen, Cicchetti, 1991). Dítě ve stresujícím prostředí má již v raném věku méně kontroly a méně předvídatelného porozumění světu a často si začíná internalizovat pocit bezmocnosti (Crittenden, DiLalla, 1988). Traumatizované předškolní děti mají při rozhovoru o svém vnitřním prožívání tendenci klást odpor. Obzvláště pak nechtějí hovořit o těch pocitech, které vůči sobě vnímají negativně (Cicchetti, Beeghly, 1987).

Traumatizované děti mají problémy s odhadováním svých vlastních schopností. V předškolním věku mají tendenci přehánět a zveličovat své schopnosti, což se nicméně transformuje ve školním věku do sníženého odhadu svých vlastních schopností, kdy se většina týraných dětí vnímá jako méně schopné oproti vrstevníkům (Vondra, Barnett, Cicchetti, 1989; Cicchetti, Lynch, 1995).

Díky opakovaným zkušenostem neúspěchu nebo nedostatku schopností v interpersonálních vztazích, ve školním prospěchu a v dalších vývojových oblastech, postupně

narůstá pocit sebe jako nedostatečného a neschopného. V této fázi děti začínají negativní sebepojetí a sebeobviňování internalizovat (Toth, Cicchetti, 1996; Runyon, Kenny 2002).

V průběhu adolescence mohou být pro chronicky traumatizované jedince vývojové úkoly individualizace a separace velmi obtížné, neboť tito adolescenti se začínají spoléhat na disociativní zvládnání a tak u nich v tomto věku depersonalizace a derealizace začíná převažovat. V důsledku toho může adolescentní identita sestávat z roztříštěných aspektů self, které nejsou integrovány do jednotného celku (Putnam, 1993; Putnam, 1997; Huagaard, 2004).

Disociativní copingové strategie nadále komplikují rozvoj koherentního pojetí self. Časté nevědomé užívání disociace ke zvládnání každodenních životních situací vede k závažným narušením kontinuity paměti jedince a integrace self (Putnam, 1993). V průběhu času může spoléhání se na disociativní zvládnání (coping) vést k závažným narušením vývoje identity a integrace. K tomu může dojít v důsledku ztráty autobiografické paměti a chybějící kontinuity ve zkušenostech jedince. Chronická disociace je spojena s rozvojem disociativních poruch či vede k Disociativní poruše identity (DID, van der Kolk, van der Hart, Marmar, 1996).

V mladé dospělosti může být u jedinců s ranou chronickou traumatizací pocit self a vlastní identity stoupající měrou roztříštěný a fragmentovaný s nízkou mírou integrace v různých časech a kontextech (Ogawa, et al., 1997; Raviere Bakeman, 2001; Wolff, Ratner, 1999). Sebeopjetí může rigidně inkorporovat negativní rámce vytvořené dříve v dětství, včetně sebeobviňování, bezmocnosti, studu a vlastní újmy (Brock, Pearlman, Varra, 2006; Liem Boudewyn, 1999)

Při dosažení dospělosti trpí oběti týrání v dětství vysokou mírou sebeobviňování (Liem, Boudewyn, 1999) a projevuje se u nich celá řada narušení self (Cole, Putnam, 1992).

Negativní sebepojetí a jeho nepříznivé důsledky na psychické zdraví

D'Andrea (D'Andrea, Ford, Stolbach, et al., 2012) souhrnně konstatuje, že tato data reprezentují vše prostupující obtíže týraných dětí s porozuměním odpovědnosti za vlastní chování a chování jiných. Nízké sebehodnocení a narušené self-efficacy je sám o sobě symptomem hodným klinické pozornosti, neboť vytváří podmínky pro problematické interakce s druhými a zhoršuje duševní zdraví v průběhu času.

Sebeobviňování a nízké sebehodnocení může snížit pravděpodobnost zapojení sebeprotektivních strategií chování, což může následně zvýšit psychopatologii. Například Daigneault a kol. (2006) zjistil, že slabé sebehodnocení u týraných dětí je rizikovým faktorem pro adolescentní psychopatologii.

Narušená reprezentace dětského self může mít dále dopad na schopnost zvládat traumatické zkušenosti (Liem, Boudewyn, 1999). Děti, které vnímají sebe sama jako bezmocné nebo neschopné, a které očekávají, že budou ostatními odmítnuti či nepřijati nebo jimi bude pohrdáno, budou za své negativní zkušenosti daleko pravděpodobněji obviňovat sami sebe. A kromě toho budou mít dále problémy s vyhledáváním a přijímáním sociální podpory.

Julia Herman (1992) konstatuje, že pocity bezradnosti, neschopnosti, či vlastní narušenosti u chronicky traumatizovaných dětí vyvěrají přímo ze způsobu, jakým malé děti interpretují svět. Děti v souladu se svým předoperačním myšlením jsou středem vesmíru, což je vede k přesvědčení, že samy „zavinily“ to, že se s nimi špatně zachází. Následně v dospělosti chronicky traumatizovaní jedinci mají často pocit, že nikdo nedokáže pochopit jejich zkušenost. Výrazně snižují význam svých vlastních zkušeností, jsou schopni tvrdit, že na ně neměly tak významný dopad nebo že nemají souvislost s jejich aktuálními obtížemi. Mohou trvat na tom, že byli v dětství zneužíváni svou vlastní vinou v důsledku určitých vrozených charakterových vad nebo „špatnosti“, kterou v nich jejich zneuživatel rozpoznal a na základě které jednal (Luxenberg, Spinazzola, van der Kolk, 2001).

Negativní sebepojetí u sexuálně traumatizovaných dětí

Nad výše uvedené celá řada autorů detailně popisuje specifický vztah mezi chronickým sexuálním zneužíváním v dětství a jeho vlivem na nejasnou, zmatenou identitu, pocity prázdnoty, negativní vnímání self a sebenenávist v dospělosti (Carmen & Rieker, 1989; Gelinas, 1983; Herman et al., 1986, Summit, 1983).

Calvery a kol. (Calverley, Fischer, Ayoub, 1994) detailně popsal specifika komplexního narušení reprezentace self u sexuálně zneužívaných adolescentních dívek, u kterých se spíše projevuje zřetelně odlišná vývojová dráha, než regrese či fixace na dřívější vývojové úrovně.

Mannarino a Cohen (1996a, 1996b) zkoumali pravděpodobnost rozvoje symptomů u dívek, které byly sexuálně zneužity. Došli k závěru, že zvýšená míra sebeobviňování a snížená důvěra představuje pojítko mezi stresem a zvýšenou vulnerabilitou vůči psychickému distresu. Internalizace a persistence traumatem způsobených narušení je spojena s větší závažností onemocnění.

Interpersonální obtíže

Van der Kolk (2010) poukazuje na skutečnost, že téměř 1000 studií prokázalo vztahové problémy následující po interpersonálním traumatu prožitém v dětství. Ke vztahovým

problémům u dětí, které byly zneužívány a zanedbávány, patří narušené styly citové vazby, potíže s navázáním důvěry, nízká interpersonální efektivita, reviktimizace, snížené sociální dovednosti, neschopnost porozumět sociálním interakcím, narušená schopnost plánování, očekávání ohrožení od ostatních, snížená schopnost dodržovat hranice a sexuální problémy v dospělosti (D'Andrea, Ford, Stolbach, et al., 2012; Briere, Rickards, 2007; Kim, Cicchetti, 2004; DePrince, Chu, & Combs, 2008; Elliott, Cunningham, Linder, Colangelo, & Gross, 2005; Kernhof, Kaufhold, & Grabhorn, 2008; Kim & Cicchetti, 2004; Perlman, Kalish, & Pollak, 2008). Metaanalýzou (Neumann, Houskamp, Pollock, Briere, 1996) 38 studií se zjistilo, že raná interpersonální traumatizace významně ovlivnila výskyt vztahových problémů v dospělosti.

Narušená citová vazba

U osmdesáti procent všech traumatizovaných (fyzicky zneužitých) dětí se projevuje chaotická citová vazba (Hipwell, Goossens, Melhuish, Kumar, 2000; Muller, Sicoli, Lemieux, 2000; Van Ijzendoorn, Schuengel, Bakermans-Kranenburg, 1999). Zneužívané a zanedbávané děti si často vytvoří velmi nejistou citovou vazbu (Kim, Cicchetti, 2004; Weinfield, Sroufe, Egeland, 2000) a ve vztahu k dospělým vykazují promiskuitní neselektivní chování (Rutter, Colvert, Kreppner, et al., 2007; O'Connor, Rutter, 2000).

Kvalitní citová vazba je důležitý ochranný faktor bránící rozvoji duševních poruch po traumatizaci. Emoční podpora poskytnutá bezprostředně po traumatizující události snižuje riziko rozvoje PTSD (Brewin, Andrews, Valentine, 2000). Kladné vztahy také zvyšují úspěšnost psychosociální intervence (Skodol, Bender, Pagano, et al., 2007).

Vzhledem k tomu, že citová vazba hraje centrální roli ve vývoji socio-emocionálních dovedností, je logické, že děti, které zažily přímý útok na svůj pečující systém (např. přímo formou týrání nebo nepřímou jako svědci domácího násilí), bude jejich další sociální vývoj narušen. Závažné narušení citové vazby Van der Kolk, a kol. (2009) uvádí jako jedno z kritérií (D.1.) Vývojové traumatické poruchy, které je definováno jako: *Silné zaujetí bezpečím pečující osoby (intense preoccupation with safety; nadměrné soustředění dítěte na takové charakteristiky chování pečující osoby, které konfigurují atmosféru bezpečí)* nebo ostatních blízkých lidí (včetně předčasného zaujetí pozice pečující osoby) nebo obtíže v navázání kontaktu při opětovném setkání s těmito lidmi po odloučení. Van der Kolk odkazuje na výzkumy, z nichž vyplynulo, že týrané děti mají daleko závažnější narušení citové vazby ve srovnání s vrstevníky či dětmi žijícími v pěstounské péči. Obdobná zjištění jsou uváděna v další odborné literatuře zabývající se citovou vazbou a týráním (Baer, Martinez, 2006; Finzi, Cohen, Sapir, & Weizman, 2000; Finzi, Ram, Har-Even, Shnit, & Weizman, 2001).

Změna vnímání sociálních situací

U traumatizovaných dětí dochází ke změně vnímání sociálních situací, neboť jsou vysoce citlivé na potenciálně ohrožující stimuly. Dodge a Schwartz (1997) zjistili, že traumatizované děti mají sklony interpretovat neutrální chování ostatních jako nepřátelské a jejich reakcí na agresivnější chování je strach a/nebo dokonce přechod do disociativního stavu. Zneužívané děti také reagují silněji a impulzivněji na nepříjemný výraz v obličeji, zejména na zlostný výraz (Pollak, Sinha, 2002; Pollak SD, Tolley-Schell, 2003; Cullerton-Sen, Cassidy, Murray-Close, et al., 2008; Ford, Fraleigh, Connor, 2010; Pears, Fisher, 2005).

V důsledku toho je přístup chronicky traumatizovaných dětí k potenciálním hrozbám nevyvážený. To se konkrétně projevuje tím, že nejsou schopny adekvátně vnímat a posoudit, co je pro ně bezpečné či nebezpečné. Děti s vývojovým traumatem mají potíže s nepochopením sociálního kontextu. Jsou nadměrně zaujaty ohrožením a mají tendenci měnit své vnímání okolního prostředí, což prakticky odpovídá kritériu C.1. navrhované diagnózy Vývojové traumatické poruchy vývojového traumatu: Nadměrná zaujatost ohrožením nebo narušená schopnost vnímat ohrožení, včetně nesprávné interpretace známek bezpečí či nebezpečí (van der Kolk, et al., 2009).

Narušená schopnost empatie

Další studie dokumentují obtíže v sociální interakci u týraných dětí, jako například interpersonální konflikt a slabé sociální dovednosti. Elliott, Cunningham, Linder et al. (2005) zjistili, že expozice interpersonálnímu traumatu vede u dětí k sociální izolaci. Experimentální paradigmatu zdokumentovala kognitivní styly a schémata, která mohou ovlivnit sociální chování týraných dětí. Perlman, Kalish, Pollak (2008) dospěli ke zjištění, že týrané děti přisuzují smutek jak pozitivním, tak negativním sociálním situacím, což může narušit jejich schopnost úspěšné komunikace a interakce s ostatními.

Ve výzkumu DePrince, Chu, Combs (2008) týrané děti vykazovaly chyby v úsudcích při vyhodnocování interpersonálních vztahů, což podle autorů může vést k nevhodnému nebo zvláštnímu sociálnímu chování a sociálnímu nepřijetí či odmítnutí. Ve studii Burack, Flanagan, Peled et al. (2006) měly týrané děti více obtíží s předvídaním vývoje sociálních situací, což může vyvolat defenzivní interpersonální styl, který bude mít tendenci vést ke konfliktním vztahům.

Několik výzkumníků se zaměřilo na empatii, teorii mysli a schopnost mentalizace u traumatizovaných a těžce zanedbávaných dětí (Pears, Fisher, 2005; Pears, Moses, 2003).

Schopnost vžít se do druhých byla snížena, a to tím více, čím déle byly děti deprivovány (Colvert, Rutter, Beckett, 2008). Při studiu mentalizace (Fonagy, Gergely, Jurist, Target, 2002) byla předmětem zájmu především schopnost vžít se do druhých v napjatých emočních situacích. Za těchto okolností se k neschopnosti vžít se do druhých přidružila i nedostatečná regulace emocí.

Van der Kolk et al. (2009) shrnuli tuto problematiku do jednoho z kritérií diagnózy Vývojové traumatické poruchy (D.6.): Narušená schopnost řídit empatické reakce, která se projevuje nedostatkem schopnosti vcítit se do druhých nebo tolerovat jejich projevy nepohody, nebo nepřiměřená reakce na jejich nepohodu. Tyto děti mají obtíže s naladěním se na emoce druhých, nadměrně a přehnaně reagují na jejich emoce nebo se do nich naopak nedokážou vůbec vcítit. Ve zvýšené míře také zažívají pocity odcizení od ostatních. V důsledku toho jsou jejich vztahy ve srovnání s vrstevníky více nestabilní.

Nedůvěra, vzdor, opoziční chování

Výše uvedená problematika dále vede k vysoké dlouhotrvající nedůvěře, vzdoru a nedostatku recipročního chování v blízkých vztazích s dospělými či vrstevníky, což je jedno z dalších kritérií (D.3.) Vývojové traumatické poruchy (Van der Kolk, a kol., 2009). U těchto dětí byla výzkumně zaznamenaná statisticky zvýšená míra problematického chování v domácím prostředí. Pro tyto děti je charakteristická nedůvěra k ostatním, obtíže s porozuměním a dodržováním pravidel. V dotazníku Child Behavior Checklist vykazovaly vysoké skóre externalizační skóre (Finzi, Ram, Har-Even et al., 2001; Lumley, Harkness, 2007; Ward, Haskett, 2008).

Celoživotní selhávání v interpersonálních vztazích a jeho důsledky

Výsledky některých výzkumů vedou jejich autory k přesvědčení, že k narušení citové vazby nebo jejímu posílení u týraných dětí může dojít i tím, že jsou odebrány rodičům a umístěny do institucionální péče. V dlouhodobě sledovaném souboru 772 týraných dětí, které nemohly déle setrvat v dysfunkčním rodinném prostředí, bylo o dvě až tři desetiletí později zjištěno, že v dospělosti je u nich zvýšená incidence zatčení a uvěznění ve srovnání s kontrolní skupinou (DeGue & Spatz Widom, 2009). Přesto nelze z těchto výzkumů vyvodit, že by bylo lépe ponechat děti v prostředí, které poškozuje jejich emoční vývoj. Lze jen konstatovat, že nestabilita prostředí ve vývojově citlivých obdobích může nepříznivě ovlivnit vývoj bezpečného vnitřního pracovního modelu citové vazby (attachment working model), a že jde tudíž spíše o unikátní rizikový faktor, než o vývojovou determinaci.

Podobě lze interpretovat studii 397 dětí, které byly vícekrát (nikoli jednorázově) umístěny mimo domov a nakonec se ocitly v ústavní léčbě pro závažné emocionální poruchy. Narušená citová vazba konzistentněji korelovala s externalizovanými problémy než s tím, zda dítě bylo sexuálně zneužíváno či vystaveno fyzickému násilí (Ford et al., 2009). Opakované umístění dětí mimo domov a rodinu jako jediné korelovalo s internalizovanými problémy, které nesouvisely s týráním.

Bylo prokázáno, že expozice domácímu násilí (především mezi rodiči) zvyšuje riziko a závažnost výskytu internalizovaných a externalizovaných problémů v chování, ale též vztahových potíží, problémů ve vzdělávání, v profesní oblasti. Jedinci, kteří jsou exponováni takovým podmínkám, jsou také náchylnější k porušování práva a zákona. Tyto výzkumné nálezy se vztahují jak k dětství, tak adolescenci a dospělosti (Ford et al., 2008; Graham-Bermann & Seng, 2005; Gregory, Caspi, Moffitt, & Poulton, 2006; Johnson & Lieberman, 2007; Luthra et al., 2009; Schechter et al., 2007; Shen, 2009; Ybarra, Wilkens, & Lieberman, 2007).

Ve svém důsledku viktimizace může často vést k obtížím v interpersonálním úsudku a zvnějšku přivodit narušení vztahu s primárním pečovatelem. Není proto divu, že viktimizace v průběhu dětství je jednou z nejvýznamnějších podmínek vedoucích ke vzniku problematické celoživotní vztahové trajektorie, která kupříkladu může vyústit až do bezdomovectví (Padgett, Hawkins, Abrams, & Davis, 2006) nebo kriminality (DeGue & Spatz Widom, 2009).

Dynamika interpersonálních vztahů chronicky traumatizovaných jedinců v dospělosti

Zneužívání v dětství jde obvykle ruku v ruce s narušenou důvěrou v druhé, reviktimizací a viktimizací druhých. Díky tomu dospělí, chronicky traumatizovaní pacienti mívají v anamnéze početné a různorodé dysfunkční vztahy (Fleming, Mullen, Sibthorpe, Bammer, 1999; Bryer, Nelson, Miller, Krol, 1987; Lisak, Hopper, Song, 1996). Často se uzavrou a nevnímají známky nebezpečí, jako např. své vlastní obavy, ublíženost či vztek, nebo nevhodné chování svého protějšku. Například příliš přátelské chování úplně cizího člověka obvykle u většiny netraumatizovaných jedinců vede k pocitu zmatenosti a opatrnosti. Taková reakce však nemusí nastat u těch jedinců, kteří byli chronicky zneužíváni a nemají zažitý zdravý vzorec mezilidských vztahů. Netraumatizovaný jedinec, který se ocitne v situaci, kdy je s ním zacházeno nepříjemným způsobem, bude obvykle trvat na tom, aby s ním takto zacházeno nebylo. Pokud k tomu nedojde, netraumatizovaný jedinec takový vztah ukončí. Toto však často není případ chronicky traumatizovaných jedinců, kteří mnohdy pokračují ve vztahu s člověkem, který je ponižuje, mate a rozčiluje. Traumatizovaní jedinci také často nedokážou vidět

počáteční, „drobné“ známky blížícího se nebezpečí (Luxenberg, Spinazzola, van der Kolk, 2001).

Chronicky traumatizovaní jedinci také mnohdy nedovedou vnímat své tělesné pocity (zvýšený puls, mírné bolesti, zrychlení dechu, nutkání dát se na útěk nebo zažívací potíže) jako podněty k akci. Cítí se naživu pouze tehdy, když jsou rozrušeni nebo v konfliktu a často přijímají reviktimizaci jako běžnou součást vztahů. V tom případě mohou vnímat známky nebezpečí, ale cítí, že na ně nedokážou reagovat, nebo zůstávají pasivní, protože se příliš obávají následků. Mohou tušit, že je jejich partneři opustí nebo jim ublíží a mohou mít potíže s vytvářením podpůrné sociální sítě, což je dáno jejich nedůvěrou v druhé. Jejich omezené pojetí sebe sama a potíže vyplývající z jejich odloučení od ostatních snižují jejich schopnost prožívat ve vztahu vzájemné sdílení (van der Kolk, 2002).

Biologická dysregulace

Van der Kolk a d'Andrea (2010) uvádí, že zvýšená somatizace a biologická dysregulace byly prokázány u dětí a u dospělých, kteří byli v dětství zanedbáváni, nejméně ve stovce kvantitativních studií (např. Ehlert, Heim, Hellhammer, 1999). Van der Kolk a d'Andrea (2010) do problematiky somatizace a biologická dysregulace zahrnuje: zažívací potíže, migrény, konverzní symptomy, sexuální symptomy, chronickou bolest, nedostatek energie, kardiopulmonární symptomy, analgezii, problémy s rovnováhou a propriocepcí a obtíže se senzorickou integrací.

Vnímání těla a smyslové vnímání

Všeobecně lze říci, že u traumatizovaných jedinců dochází k nedostatečnému vývoji v oblasti vnímání těla, smyslového vnímání, prožívání slasti a schopnosti soustředit se na pozitivní smyslové vjemy jako např. chuť a hudbu. Schopnost vnímat své tělo je nezbytná pro rozpoznání, zpracování a vyjadřování emocí. Vnímání těla je u chronicky traumatizovaných jedinců často narušené (Sack, Boroske-Leiner, Lahmann, 2010). Traumatizované děti jsou nadměrně citlivé vůči dotekům a zvukům (Richardson et al., 2008; Wells, McCann, Adams, et al., 1995). U traumatizovaných jedinců dochází při dekompenzaci psychického stavu k narušení schopnosti vnímat bolest (Ludäscher, Bohus, Lieb, et al., 2007; Klossika, Flor, Kamping, et al., 2006), dochází také ke zhoršení sluchu (Maercker, Karl, 2003).

Somatizace a biologická dysregulace

Byla prokázána jasná souvislost mezi ranou zkušeností se zanedbáváním a/nebo podvýživou a somatickými chorobami v dospělosti - např. vysoký krevní tlak, ischemická choroba srdeční, cukrovka, atd. (Barker, 1997). Kromě toho existuje stále více důkazů o tom, že PTSP je spojena nejen s vyšší náchylností ke komorbidním duševním poruchám, ale také se zvýšeným výskytem (psycho)somatických poruch (Dobie, Kivlahan, Maynard, et al., 2004; Seng, Graham-Bermann, Clark, et al., 2005). Řada traumatizovaných dětí výrazně trpí poruchami spánku (Martin, Hiscock, Hardy, et al., 2007; Noll, Trickett, Susman, Putnam, 2006).

Narušení biologických systémů traumatem prožitým v dětství

Byla prokázána souvislost mezi interpersonálním traumatem a strukturálními a funkčními abnormalitami v prefrontální kůře (Hopper, Frewen, van der Kolk, et al., 2007; Lanius Williamson, Boksman, et al., 2002; Schmahl, Vermetten, Elzinga, et al., 2004), v corpus callosum (Teicher, Dumont, Yto, et al., 2004), v amygdale (Driessen, Herrman, Stahl, et al., 2000), hippocampu (Driessen, et al., 2000; Lanius, Williamson, Bluhm, 2005), spánkovém laloku (Hopper, Frewen, van der Kolk, et al., 2007) a v mozečku (Anderson, Teicher, Polcari, et al., 2002). Souhrnně vzato tyto části mozku představují klíčové způsoby regulace vědomí, afektu, impulsů, vnímání svého já a uvědomování si svého těla (van der Kolk, d'Andrea, 2010). Řada doplňkových studií prokázala abnormality v reaktivitě stresových hormonů (Bevans, Cerbone, Overstreet, 2008; Cicchetti, Rogosch, 2001; Cicchetti, Rogosch, 2007), což může naopak zvýšit nežádoucí sklony k fyziologickým projevům emočních potíží.

Z těchto zjištění je patrné, že interpersonální trauma prožité během dětství má výrazně negativní dopad na klíčové regulační tělesné soustavy. Toto trauma má zhoubný vliv na centrální nervovou soustavu a na hormonální regulaci. Poruchy způsobené interpersonálním traumatem, které se projevují v tělesných soustavách, jsou ve shodě s projevy symptomů spojovaných s Vývojovou traumatickou poruchou. Biologické systémy negativně ovlivněné raným traumatem mohou ovlivnit mnoho různých vzorců chování (Multiple behavioral outcomes). Tato skutečnost může být příčinou širokého spektra vzájemně propojených vzorců chování spojovaných s interpersonálním traumatem (van der Kolk, d'Andrea, 2010).

Somatické obtíže chronicky traumatizovaných pacientů v dospělosti

Mnoho chronicky traumatizovaných dospělých pacientů si dlouhodobě stěžuje na zdravotní problémy, jejichž příčinu lékaři mnohdy nedokážou určit a jejichž léčba není úspěšná.

Opakované traumatické zkušenosti mají negativní dopad na fyzický zdraví člověka. Výzkum (van der Kolk, 1996; Yehuda, 1999; Shalev, Rogel-Fuchs, 1993) prokázal, že v důsledku stresové reakce se uvolňují endogenní, stresové hormony. Tyto hormony připravují tělo k mobilizaci sil potřebných pro rychlou a efektivní reakci v ohrožení. V důsledku chronického stresu se efektivita tohoto systému výrazně omezuje (Yehuda, 2000).

Existuje množství důkazů, že opakované traumatické zkušenosti mají dopad na fyzický stav člověka. Felitti Anda, Nordernbeg (1998) zjistili, že s rostoucím počtem traumat fyzické zdraví prudce klesá. V jejich rozsáhlém výzkumu na téměř 10 000 dospělých došli k závěru, že negativní zkušenosti v dětství (včetně mnoha traumatických událostí) dramaticky zvyšují riziko úmrtí v důsledku některého z nejčastějších smrtelných onemocnění dospělých (srdeční choroby, cévní mozková příhoda, cukrovka, zlomeniny a rakovina). U těch jedinců, kteří prožili 3 a více negativních událostí v dětství, existovala ve srovnání s jejich netraumatizovanými vrstevníky dvakrát větší pravděpodobnost, že budou postiženi výše zmíněnými chorobami a zdravotními potížemi. U pacientů s anamnézou traumatu byl zaznamenán nárůst zažívacích, kardiopulmonálních a urogenitálních obtíží (Berkowitz, 1998).

Chronicky traumatizovaní jedinci často špatně reagují na konvenční léčbu a mají závažnější nebo dlouhodobější symptomy než by se u pacientů s danou poruchou či chorobou dalo očekávat. Často se u nich také vykytují neobvyklé symptomy, které nemají zjevnou fyzickou příčinu (Luxenberg, Spinazzola, van der Kolk, 2001). Van der Kolk (1996) poukazuje na to, že pacienti, kteří ztratili schopnost popsat svou traumatickou zkušenost slovy, mohou symbolicky vyjadřovat svou duševní bolest pomocí fyzických symptomů. Může se stát, že takoví pacienti vůbec nepocítují žádné psychické potíže, ale stěžují si na nepříjemné fyzické symptomy (Saxe, Chinman, Berkowitz, 1994).

Dilemata Komplexní posttraumatické poruchy

Argumenty proti zavedení diagnózy Komplexní PTSP

Traumatické události vyvolávající Komplexní PTSP

Komplexní PTSP (CPTSD) byla původně chápána jako následek komplexního traumatu, nebo traumatu s dlouhodobým trváním, které začalo v raném věku jedince (Herman, 1992). Nejběžnější je dlouhodobé trauma interpersonálního charakteru, zejména pohlavní zneužívání v dětství (Choi, Klein, Shin, & Lee, 2009; Jackson, Nissenson, & Cloitre, 2010; Roth et al., 1997), nebo trauma v dětství a zanedbávání v širším slova smyslu (Classen et al., 2006; Dorahy et al., 2009). Kritéria diagnózy změny osobnosti (MKN-10) v důsledku katastrofického prožitku zahrnují skutečnost, že stresor vyvolávající tyto symptomy musí být tak silný, že míra zranitelnosti osobnosti daného jedince nemá vliv na závažnost dopadu na osobnost (WHO).

Courtois (2004) následně rozšířila komplexní traumatické zkušenosti na další typy závažné traumatizace odehrávající se v dětství a/nebo v dospělosti, např. probíhající válečný konflikt, status válečného zajatce nebo uprchlíka, obchod s lidmi a prostitute a akutní či chronické onemocnění.

Unikátní znak komplexního traumatu je však popisován jako změna v individuálním sebevývoji, ke které dojde v kritickém období vývoje v dětství, a to tehdy, kdy se formuje sebepojetí a seberegulace (Courtois & Ford, 2009).

Nejnověji bylo komplexní trauma popsáno ve zprávě (Cloitre, Petkova, Wang, & Lu, 2012) o odborném klinickém průzkumu ohledně nejvhodnější léčby Komplexní PTSP jako: okolnosti jako např. zneužívání v dětství nebo genocida, během kterých jsou jedinci dlouhodobě a opakovaně vystaveni jednotlivým či různorodým traumatům, typicky interpersonálního charakteru a odehrávajícími se za okolností, kdy není úniku v důsledku omezení fyzických, psychologických, vývojových (*maturational*), týkajících se okolí (*environmental*) nebo sociálních omezení (*constraints*).

Resick (Resick, Bovin, Calloway, et al., 2012) upozorňuje na skutečnost, že popisy komplexního traumatu, na podkladě kterého může vzniknout Komplexní PTSP jsou různorodé. Respektive, že v odborné literatuře chybí jasná a ustálená definice komplexní traumatu. Tuto situaci dále zkomplikovala Courtois (2004), která přišla s návrhem, že Komplexní PTSP může být výsledkem i jediného katastrofického traumatu, neboť se dlouhodobé trauma tradičně považovalo za nezbytné pro rozvoj Komplexní PTSP. Resick et al. (2012) tento návrh kritizuje

s tím, že představa, že jediné trauma může vyvolat Komplexní PTSP, vede k nejasnostem ohledně rozlišení jednoduchého (simple) a komplexního traumatu.

Na základě výzkumu traumatizace bylo zjištěno, že typ a počet expozičních traumatu může ovlivnit rozvoj (klasické) PTSP. Kupříkladu dvě rozsáhlé metaanalýzy rizikových faktorů spojených s rozvojem PTSP prokázaly konzistentní vztah mezi expozičními traumaty před klíčovou událostí a rozvojem PTSP (Brewin, Andrews, & Valentine, 2000; Ozer, Best, Lipsey, et al., 2003).

I když existuje jedna studie, která naznačuje, že počet traumat prožitých v dětství předurčuje potíže s narušenými afektivními a interpersonálními funkcemi (Cloitre, Petkova, Wang, & Lu, 2012), nebylo dosud dostatečně výzkumně prokázáno, zda má komplexní trauma nezbytně (a specificky) za následek Komplexní PTSP. Proto je potřeba dalšího výzkumu, aby bylo možno určit, zda existuje unikátní vztah mezi komplexním traumatem a Komplexní PTSP (Resick, et al., 2012).

Z nálezu Národní studie komorbidit (the National Comorbidity Study, Kessler, Sonnega, Bromet, et al., 1995) vyplývá, že pokud jde o expoziční traumatu, komplexnost je normou, nikoliv výjimkou. 61% mužů a 51% žen z tohoto celoamerického vzorku uvedlo expoziční alespoň jednomu ze 12 typů traumatu. Z těch jedinců, kteří byli nějakému traumatu vystaveni, 64% uvedlo expoziční více než jednomu typu traumatu, přičemž 20% mužů a 11% žen uvedlo expoziční třem nebo více traumatickým událostem. Míra výskytu PTSP se také výrazně lišila, přičemž s nejvyšší mírou výskytu PTSP bylo u obou pohlaví spojeno znásilnění.

Resick, et al. (2012) se proto domnívá, že bylo výzkumně jasně prokázáno, že množství a typ traumatu má dopad na posttraumatickou adaptaci, a to dokonce i za současných diagnostických standardů. A je proto tedy potřebné prokázat kvalitativně odlišný vztah mezi expozičními komplexnímu traumatu a rozvojem unikátní sady symptomů, kterou je nejlépe možno označit samostatnou diagnózou pod názvem Komplexní PTSP.

Problematičnost definice symptomů Komplexní PTSP

K symptomům Komplexní PTSP patří kromě několika definičních kritérií PTSP (znovuprožívání, vyhýbání se, otupění a nadměrná vzrušivost) také narušení schopností seberegulace. Tato narušení (dysregulace) byla posléze na základě výzkumů rozčleněna (oproti původním sedmi) do pěti kategorií (Cloitre et al., 2011): potíže s emoční regulací, narušení vztahových schopností, změny pozornosti a vědomí (např. disociace), negativně

ovlivněné hodnotové systémy a somatický distress a somatizace. Popis specifických symptomů navrhovaných pro každou kategorii se však liší (Resick, et al., 2012). Ačkoliv téměř veškeré definice Komplexní PTSP zahrnují nějakou formu afektivní dysregulace coby klíčový znak, některé popisy afektivních symptomů jsou těžko operacionalizovatelné v praxi - např. obtíže se zvládnutím špatné nálady (Jackson et al., 2010; úzkost, Herman, 1992b). Kromě výše uvedeného, disociace, poruchy paměti (Ford, 1999; Herman, 1992b; Pelcovitz et al., 1997) a narušení regulace pozornosti či soustředění (Herman, 1992b; Courtois, 2004; Margolin & Vickerman, 2007) jsou uváděny jako projevy změněného vědomí v Komplexní PTSP.

Popisy ostatních symptomů Komplexní PTSP byly srovnatelně různorodé a několik dalších navrhovaných symptomů Komplexní PTSP (např. sebepoškozování, beznaděj, změna osobnosti nebo ztráta dříve zastávaných hodnot) nespadá do výše zmíněných uskupení symptomů. Nedostatek konzistence v definici symptomů přináší některé obtíže ohledně definice a měření Komplexní PTSP (Resick, et al., 2012).

Z nejnovější literatury vyplývá, že se odborníci zřejmě blíží ke konsenzu ohledně jádrových a sekundárních symptomů (Cloitre et al., 2011), což může usnadnit snahu o vytvoření jasných měřítek tohoto konceptu (Courtois & Ford, 2009).

Překryví kritérií Komplexní PTSP s dalšími poruchami

Resick, et al. (2012) na základě detailní analýzy navrhovaných diagnostických kritérií Komplexní PTSP dochází k závěru, že se kritéria Komplexní PTSP značně překrývají s PTSP, hraniční poruchou osobnosti (BPD) a depresí (MDD - Major depressive disorder). Z analýzy vyplývá, že většina symptomů Komplexní PTSP je zároveň kritérii nebo symptomy těchto dalších poruch. Např. afektivní dysregulace není specifická pouze pro Komplexní PTSP. Je také klíčovým znakem hraniční poruchy osobnosti (BPD), PTSP, deprese (MDD) a mnoha dalších poruch (Kring, 2008). Symptomy jako beznaděj a pocity neschopnosti jsou kognitivními znaky deprese (Beck, 1967). Komplexní PTSP se také překrývá s některými disociativními poruchami (Courtois & Ford, 2009). Problém překrývání se symptomů se samozřejmě netýká pouze Komplexní PTSP. Kessler et al. (1995) uvádějí, že 47,9% mužů a 48,5% žen, kteří ve svém životě prožili PTSP, někdy prožili minimálně jedno období závažné deprese (MDD).

Grant, Beck, Marques, et al., (2008) prokázali, že PTSP a deprese jsou příbuzné, avšak specifické koncepty. Srovnatelné výsledky však dosud nebyly zveřejněny pro Komplexní PTSP a depresi (Resick, et al., 2012).

Disociativní podtyp PTSP

Pro DSM-5 bylo zvažováno zařazení disociativního podtypu PTSP a to v důsledku stírání rozdílů v epidemiologii, fyziologii, zobrazení mozku a léčebných studiích mezi pacienty se závažnou PTSP s disociací i bez disociace. Stále častěji se objevoval názor, že pacienti se závažnou PTSP, kteří vykazují dominující disociativní symptomy, mohou představovat samostatnou skupinu nebo podtyp jedinců (Griffin, Nishith, Resick, et al., 1997; Lanius et al., 2010; Putnam, Carlson, Ross, & Anderson, 1996; Waelde, Silvern, & Fairbank, 2005), kteří mají charakteristický systém nervových drah vyznačující se výraznými modifikacemi těch oblastí mozku, které řídí emoce (Lanius et al., 2010). Z těchto zjištění vyplynulo, že jedinci, kteří výrazně disociují, mohou odlišně reagovat na léčbu PTSP (Cloitre et al., 2012). Zařazení disociativního podtypu (což je mnohem užší koncept, než Komplexní PTSP) do DSM-5 bylo zvažováno proto, že by tak bylo možno snáze podchytit rozmanitost klinických projevů PTSP.

Resick, et al. (2012) konstatuje, že zatím žádná studie dosud empiricky nezhodnotila důkazy pro existenci srovnatelného podtypu Komplexní PTSP v rámci PTSP. Dále se domnívá, že pro literaturu zabývající se Komplexní PTSP by byly přínosné srovnatelné studie, jejímž cílem by bylo zhodnocení vztahu k PTSP a využitelnosti Komplexní PTSP v klinické praxi s ohledem na charakteristiku specifických reakcí na trauma.

Komplexní PTSP jako Porucha traumatického spektra

Resick, et al. (2012) dochází k závěru, že v současné době není dostatek důkazů pro to, aby Komplexní PTSP mohla být považována za jednoznačnou diagnostickou kategorii, i když nebere na lehkou váhu ty klinické projevy Komplexní PTSP, které nejsou podchyceny nejen v DSM-IV-TR, ale ani v navrhované nosologii DSM-5. Resick navrhuje, aby se ve snaze prozkoumat složení a rozsah těchto projevů neopomíjela skutečnost, že možná vůbec nepředstavují samostatnou poruchu, ale jsou spíše výsledkem extrémů na jedné či více základních rovinách, možná na stejné rovině (rovinách), které jsou základem PTSP, hraniční poruchy osobnosti a dalších překrývajících se onemocnění. Konstatuje, že pro koncept Komplexní PTSP je ještě třeba vytvořit spolehlivá a validní diagnostická kritéria, jejichž výsledkem by byla představa o souvislosti se stabilní strukturou faktorů.

Resick, et al. (2012) považuje za pozoruhodné to, že patologické reakce na trauma, spadající pod PTSP, se charakterizují spíše jako dimenze závažnosti symptomů než samostatná kategorie (Broman-Fulks et al., 2006, 2009; Forbes, Haslam, Williams, et al., 2005; Ruscio, Ruscio, & Keane, 2002). Pro tuto skutečnost je možné vysvětlení v tom, že PTSP má pravděpodobně multifaktoriální etiologii, neboť se má za to, že latentní dimenze jsou

výsledkem drobných vedlejších účinků mnohočetných rizikových a ochranných faktorů (Meehl, 1992).

Z metaanalýz vyplývá, že specifický traumatický stresor není jediným určujícím faktorem obtížné adaptace na trauma (Brewin et al., 2000; Ozer et al., 2003). Z toho podle Resicka, et al. (2012) plyne, že dokud nebude prokázáno, že komplexní traumata mají kvalitativně odlišné kauzální následky, pak pracovní hypotéza, že komplexní posttraumatická symptomatologie se taktéž může pohybovat v jakékoliv části spektra, může být věrohodná.

Argumenty pro zavedení diagnózy Komplexní PTSP

Odhadovaný vysoký výskyt Komplexní PTSP

V současnosti je všeobecně přijímán fakt, že většina traumatizovaných pacientů je traumatizována mnohonásobně (Kessler, 2000) a symptomy Komplexní PTSP jsou běžné u traumatizovaných jedinců (Ford, Smith, 2008; Zlotnick et al., 1996). V terénních testech DSM-IV, kdy se studovali traumatizovaní jedinci žijící v různých oblastech, byl celoživotní výskyt samotné PTSD 20%. Kombinovaný výskyt PTSP a Komplexní PTSP však byl 34%. Komplexní PTSP byla specificky spojena s raným nástupem a dlouhým trváním traumatu; velmi vzácně se vyskytovala u jedinců, kteří přežili živelnou katastrofu, a velmi běžně se vyskytovala u jedinců, kteří byli v dětství zneužíváni (van der Kolk, Roth, Pelcovitz, et al., 2005). Tyto symptomy se vyskytují napříč kulturami, jejich výskyt je vysoký v postkonfliktních prostředích (De Jong, Komproe, Spinazzola, et al., 2005) a mezi přeživšími masového násilí (Hinton & Lewis-Fernandez, 2011).

Klinická významnost a využitelnost konceptu Komplexní PTSP

Je dobře doloženo, že symptomy Komplexní PTSP mají na svědomí velkou část funkčního narušení u obětí dlouhotrvajících a opakovaných traumat, a to kromě narušení, která je možno přičíst samotné PTSD (Cloitre, Miranda, Stovall-McClough, et al., 2005). Léčba, která se prokázala jako účinná pro samotnou PTSD, může být nevhodná, popřípadě dokonce škodlivá v případě Komplexní PTSP (Ford & Kidd, 1998; Hembree, Street, Riggs, et al., 2004; McDonough et al., 2005; Schnurr et al. 2007).

Cloitre et al. (2010) ve výzkumné studii poskytuje přesvědčivé důkazy o tom, že fázovaná léčba, která je zaměřena na symptomy Komplexní PTSP v podobě afektivní dysregulace a problémů v mezilidských vztazích, kterými daný jedinec trpěl ještě před expozicí traumatu, je v podobě sekvence efektivnější než po jednotlivých komponentech. Výsledky této studie

naznačují, že uznání Komplexní PTSP jako specifického subjektu povede ke klinicky významným zlepšením efektivity léčby široké populace (Bryant, 2010).

Autoři (Resick, Bovin, Calloway, et al., 2012) uznávají, že samotná diagnóza PTSP může být nedostatečná pro zachycení všech různorodých adaptací na trauma. Jako řešení tohoto problému navrhuji uznání **spektra posttraumatických poruch**, do kterého by mohl spadat současnými studii navrhovaný a rozvíjený koncept disociativního „podtypu“ PTSP (Ginzburg et al., 2006; Lanius et al., 2010). V tomto kontextu Herman (2012) navrhuje, aby dále došlo k uznání Komplexní PTSP jako podtypu PTSP, čímž by mohl být rozšířen dimenzionální koncept posttraumatického spektra. Neboť koncept Komplexní PTSP je úspornější než koncept mnoha komorbidit. Komplexní PTSP sice má společné rysy s několika dalšími psychiatrickými poruchami, ale s žádnou z nich se neshoduje. Alternativou jedné diagnózy je mnoho komorbidních diagnóz a mnoho překrývajících se léčebných protokolů. V praxi toto vede k polyfarmakologii a neefektivní, špatně koncipované psychoterapii (Herman, 2012).

Herman (2012) konstatuje, že uznání Komplexní PTSP coby samostatného subjektu v rámci spektra posttraumatických poruch by také pravděpodobně podnítilo další výzkum přesně v těch oblastech, které Resick et al. (2012) doporučuje: preciznější deskriptivní definici poruchy, včetně přesného vymezení symptomů, preciznější a dobře validovaná opatření a konečně vznik vysoce účinných léčebných postupů.

Souhrn diskuse k problematice Komplexní PTSP

Od doby, kdy byla definována Komplexní posttraumatická porucha (Herman, 1992), bylo provedeno mnoho klinických a vědeckých studií této poruchy (viz. Sar, 2011; Van Dijke et al., 2011). Mezinárodními profesními organizacemi byly stanoveny postupy léčby dospělých pacientů trpících Komplexní PTSP (Cloitre et al., 2011) a Světová zdravotnická organizace zahrnula Komplexní PTSP do chystaného 11. vydání Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-11) jako potenciální diagnózu (Cloitre, Garvert, Brewin, et al., 2013; Knefel & Lueger-Schuster, 2013).

Konstrukční validita a diagnostická integrita Komplexní posttraumatické stresové poruchy byla zpochybňována, protože dle kritiků není založena na „jasné definici poruchy, reliabilních a validních hodnotících kritériích; v oblasti plánování a spolehlivosti léčby nebyla prokázána konvergenční a diskriminační validita, ani inkrementální validita“ (Resick et al., 2012). Na základě vyčerpávajícího přehledu studií však byla diagnostická kritéria PTSP

v DSM-5 vydané Americkou psychologickou asociací značně rozšířena a její symptomy jsou konzistentní s každou z oblastí Komplexní posttraumatické stresové poruchy – emoční dysregulací (tj. široká škála dlouhodobě přetrvávajících negativních emocí, sebepoškozování, depersonalizace a derealizace), fungováním ve vztazích (tj. rizikové nebo agresivní chování) a narušeným vnímáním self (tj. dlouhodobě negativní vnímání sebe sama). Definice Komplexní PTSP navrhovaná pro MKN-11 již tedy byla ve značné míře včleněna do DSM-5, i když s omezenou operacionalizací afektivní a interpersonální dysregulace (Ford, 2015).

Za účelem otestování a upřesnění operační definice specifík Komplexní posttraumatické stresové poruchy je proto potřeba dalšího výzkumu dospělých, kteří byli v dětství vystaveni závažné traumatizaci, ať už se tato specifika shodují či odlišují od ostatních symptomů PTSP. Cílem tohoto dalšího výzkumu by také mělo být stanovení konstrukční validity Komplexní PTSP ve vztahu k poruchám osobnosti, které mají podobná specifika (Dorrepal, Thomaes, Smit, et al., 2014; Ford & Courtois, 2014) – ať už se vyskytují v MKN-11 a DSM-5 či nikoliv (Ford, 2015).

Dilemata Vývojové traumatické poruchy

Argumenty proti zavedení diagnózy Vývojové traumatické poruchy

Schmid, Petermann, Fegert (2013) ve své studii shrnuli argumenty zpochybňující snahu zahrnout VTP do diagnostických systémů coby samostatnou duševní poruchu. Tyto argumenty budou uvedeny níže.

Má se za to, že formální diagnostická kritéria VTP snižují účinnost stávajících diagnostických systémů (DSM-IV-TR a MKN-10), neboť tyto diagnostické systémy byly navrženy tak, aby vylučovaly jakoukoliv teorii o etiologii duševních poruch, a omezují se pouze na jasný a operacionalizovaný popis symptomů a poruch. Kritici navrhovaného konceptu tvrdí, že neexistuje jasná hranice mezi symptomy a syndromy, a že **kritéria VTP se překrývají s kritérii některých existujících** či zvažovaných **diagnóz**. Mnoho symptomů hraniční poruchy osobnosti nebo poruchy vztahové vazby je obsaženo v seznamu symptomů VTP, a tudíž neumožňují stanovení jasné dělicí čáry mezi těmito poruchami. Kritéria VTP se kromě toho překrývají s kritérii poruch vztahové vazby a poruchami chování, a ačkoliv tyto dvě uvedené diagnózy mají vysokou prevalenci u jedinců s traumatickými životními zkušenostmi, vyskytují

se u nich problémy s validitou a reliabilitou (Moffitt, Arseneault, Jaffee, et al., 2008; Minnis, Marwick, Arthur, et al., 2006) a vysokou komorbiditou s ostatními duševními poruchami.

Ve snaze porozumět vývoji duševních poruch upřednostňuje diagnóza VTP psychosociální zdůvodnění etiologie poruch a opomíjí biologické příčiny biopsychosociálních modelů (problém **monokauzality**). Může se proto stát, že při diagnostikování VTP nebudou vzaty v úvahu genetické/biologické příčiny daného vzorce symptomů. Kritici uznání VTP coby formální diagnózy upozorňují na to, že tyto symptomy se mohou vyskytovat u jedinců, kteří neměli žádné traumatické zkušenosti. Tím, že by se komplexním vzorcům symptomů přiřadila jediná příčina, by ostatní poruchy mohly zůstat neléčeny. Při zaměření na traumatickou etiologii by mohlo dojít k tomu, že ostatní komorbidní diagnózy, např. ADHD, by byly zanedbány a ponechány bez terapie.. Kromě toho by předpoklad, že jedinou příčinou poruchy je traumatizace, mohl vést k přílišnému zaměření se na identifikaci příčinné traumatické zkušenosti.

Dalším argumentem proti zavedení VTP je skutečnost, že díky dobré resilienci u určité části dětí, které byly závažně traumatizovány, nedojde k rozvoji žádné duševní poruchy (Luthar, 2003). Toto je ale do určité míry chabý argument, neboť skeptici mohou použít stejný argument proti klasické diagnóze PTSP. Malinosky-Rummell a Hansen (1993) došli ke zjištění, že 80% dospělých, kteří byli v dětství tělesně zneužiti, v dospělosti nevykazovalo žádné duševní poruchy. Nicméně Collishaw Pickles, Messer, et al. (2007) v návazné analýze dospělých, kteří byli týráni v dětství, zjistil, že mají výrazně nižší odolnost vůči psychopatologii. Longitudinální studie (Koenen, Moffitt, Caspi, et al., 2008), která dlouhodobě sledovala duševní zdraví kohorty narozených, došla k jednoznačnému závěru, že riziko rozvoje duševní choroby s opakovanou traumatizací roste.

Diagnostikování VTP předpokládá, že emoční dysregulace je způsobena traumatickými zkušenostmi, ale nebere zřetel ke skutečnosti, že existuje i opačný vztah (problematika **nepřímá korelace**). Emoční dysregulace je doprovázena zvýšeným rizikem traumatizace. Jedinci s narušenou emoční kontrolou mohou negativně reagovat na faktory ve svém okolí a upevňovat a zesilovat tak své aktuální symptomy. Tuto korelaci ve svém transakčním modelu popsal Fruzzetti (Fruzzetti, Shenk, Hoffman, 2005). Navíc platí, že u dětí s externalizovanými poruchami existuje čtyřikrát vyšší riziko zneužívání (Ouyang, Fang, Mercy, et al., 2008).

Ačkoliv se navržená diagnostická kritéria snaží brát v potaz **věk a stupeň vývoje pacienta**, symptomy nejsou dostatečně specifické ve vztahu k věku. Tento argument je samozřejmě problematický u každé diagnózy dětí a adolescentů. Kritéria VTP se snaží být vývojově orientována, nicméně symptomy nejsou nijak specifikovány pro různé věkové

skupiny. Mezi malými dětmi a adolescenty se tedy nečiní rozdíly s ohledem na emoční a fyziologickou regulaci. Což je zapříčiněno omezenou znalostí o průběhu s traumatem spojených symptomů. Kromě toho je to důsledkem metodologických problémů v longitudinálních studiích, které pomocí různých psychometrických metod zkoumaly stejný konstrukt v různých věkových skupinách. Nelze však také odhlédnout od limitů daných etickými principy při plánování a realizaci klinických studií.

Hlavním účelem přesné diagnózy psychopatologických stavů u dětí a adolescentů je snaha o **účinnou léčbu**. Odborníci, kteří jsou proti zavedení formálních diagnostických kritérií PVT, tvrdí, že komorbidity by mohly zůstat neléčeny, protože se největší důraz klade na s traumatem spojené aspekty daného zdravotního stavu. Toto může vést k chybné interpretaci biologických symptomů s tím důsledkem, že nebudou efektivně využity možnosti farmaceutické léčby.

Důraz symptomy spojené s traumatem by během diagnostického procesu u nezkušených odborníků mohl vyústit v přílišnou snahu nalézt v životě daného jedince traumatické události - **problém nevýhody na trauma zaměřené diagnostiky**. Takový druh diagnostiky by mohl mít nepříznivý dopad na terapeutický vztah a zejména na vztah k rodičům v rodinách s mnoha problémy. Vhodně zkombinovat na trauma zaměřený diagnostický proces s přístupem orientovaným na řešení daných potíží může být náročné. Bez udržitelného terapeutického vztahu však jakákoliv léčba selhává.

Dalším negativním aspektem na trauma zaměřené diagnostiky by mohla být skutečnost, že pacienti by byli nuceni na traumatické události implicitně či explicitně vzpomínat či o nich mluvit. Dokonce by mohlo dojít k tomu, že na trauma zaměřená diagnostika vyvolá u pacientů falešné vzpomínky na jejich životní prožitky, a to s několika negativními důsledky (Jelinek, Hottenrott, Randjbar, et al., 2009).

Argumentace pro zavedení diagnózy Vývojové traumatické poruchy

Otázka komorbidity v důsledku vystavení interpersonálnímu traumatu v dětství

Návrh diagnózy Vývojové traumatické poruchy klade důraz na vývojové aspekty poruch způsobených traumatizací, všímá si průběhu duševních poruch (Schmid, Petermann, Fegert, 2013). Z longitudinálních studií vyplývá, že více než 60% dospělých trpících psychiatrickými poruchami trpělo psychopatologickými symptomy během adolescence a 77% vykazovalo tyto symptomy před dosažením věku 18 let (Copeland, Shanahan, Costello, et al., 2009; Kim-Cohen, Caspi, Moffitt, et al., 2003). Z longitudinální studie provedené na adolescentech s diagnózou

PTSP vyplynulo, že 48% pacientů splňovalo kritéria PTSP také o tři až čtyři roky později (Perkonig, Pfister, Stein, et al., 2005). Z těchto údajů je patrné, že PTSP se často stává chronickým onemocněním.

Diagnóza VTP se zaměřuje na traumatizaci jako na psychopatologický spouštěč duševních poruch (Brady, Killeen, Brewerton, et al., 2000). Posttraumatické symptomy se mohou vyskytnout společně s jinými duševními poruchami. Bylo zjištěno, že celých 80% pacientů s PTSP splňuje kritéria pro jinou poruchu (McFarlane, 2000; Ross, 2000; Famularo, Fenton, Kinscherff, et al., 1996). Koenen, Moffitt, Caspi, et al. (2008) na podkladě longitudinální studie prokázali, že všechny subjekty, které v rané dospělosti splňovaly kritéria PTSP, trpěly duševními poruchami již v mladším věku. Zároveň však také platí, že jiné duševní poruchy se mohou objevit před PTSP nebo po jejím výskytu (Koenen, et al., 2008; Copeland, et al., 2009; Kim-Cohen, et al., 2003).

Zejména u obětí sekvenční traumatizace existuje vysoké riziko rozvoje komplexního syndromu poruch, který jde často ruku v ruce s jednoduchými (simple) symptomy PTSP, aniž by daný jedinec v úplnosti naplňoval klinický obraz PTSP (Copeland, Keeler, Angold, et al., 2007). U dětí a adolescentů se ve vysoké míře vyskytuje komorbidita s ADHD, úzkostnou poruchou, suicidálními myšlenkami a také sklon k afektivním poruchám (Cloitre, Stolbach, Herman, et al., 2009; Famularo, Fenton, Kinscherff, et al., 1996). Vzhledem k tomu, že dosud neexistuje formálně uznaná diagnóza, která by se specificky zaměřovala na dětské vývojové trauma, je mnohočetně traumatizovaným dětem přidělováno mnoho (v průměru 3 - 8) odlišných komorbidních diagnóz (Pynoos, Fairbank, Steinberg, et al., 2009).

Vztah traumatu prožitého v dětství a vícečetných psychiatrických diagnóz je jasným důkazem toho, že dopad rané viktimizace na základní vývojové kompetence je zcela zásadní (van der Kolk, d'Andrea, 2010). Řada studií ukázala, že u pacientů, kteří byli v dětství zneužíváni a zanedbáváni a později jim byla diagnostikována bipolární porucha, deprese, ADHD, separační úzkost, somatoformní porucha či zneužívání látek, koreluje závažnost symptomů výše uvedených poruch s výskytem, závažností a chroničností zneužívání a zanedbávání v dětství (Ehlert, Heim, Hellhammer, 1999; Kilpatrick, Ruggiero, Acierno, et al., 2003; Rucklidge, 2006; Weinstein, Steffelbach, Biaggio, 2000; Pelcovitz, Kaplan, DeRosa, et al., 2000; Widom, DuMont, Czaja, 2007; de Graaf, Bijl, Ravelli, et al., 2002; Foote, Smolin, Neft, Lipschitz, 2008).

Rutinní klinický nález komorbidity u dětí s vícečetným traumatem jen zastírá skutečnost, že zneužívání pečující osobou je dalekosáhlým zdrojem traumatizace u velké části pediatrických pacientů. Tím je bráňeno odbornému posouzení rozsahu a závažnosti traumatu a

zvážení potenciální vhodné komplexní léčby. Opakované interpersonální zneužívání je pro organismus otřesnou zkušeností, jejímž důsledkem jsou mnohočetné projevy vývojových potíží/poruch v oblasti biologických, emočních a sociálních funkcí. Biopsychosociální dysregulace, která se objevuje u polyviktimizovaných dětí a adolescentů, je označována mnohočetnými diagnózami (*polydiagnosis*) (Cook, Spinazzola, Ford, et al. 2005, Mueser, Taub, 2008; Comer, Olfson, Mojtabai., 2010; Mojtabai, Olfson, 2010). V tomto kontextu se diagnóza PTSP taktéž jeví jako nedostatečná, stejně jako ostatní psychiatrické diagnózy (Ford, Connor, Hawke, 2009; Ford, Fraleigh, Albert, 2010; Ford, Fraleigh, Connor, 2010). Přidělování komorbidních diagnóz mnohočetně traumatizovaným dětem je neekonomické a etiologicky nejasné. Zároveň může docházet ke ztížení volby komplexního léčebného postupu tím, že se klade důraz na vzájemně nesouvisející aspekty symptomatologie dítěte. Díky tomu hrozí nebezpečí, že cílem léčby a intervence se stane pouze nevýznamný aspekt psychopatologie daného dítěte (van der Kolk, d'Andrea, 2010).

Závažnost dopadu polytraumatizace

Biopsychosociální dysregulace typická pro Komplexní PTSP a VTP může ohrozit dospělé a mladistvé nejen z hlediska psychopatologie, nýbrž také z hlediska fyzického zdraví (Kubzansky et al., 2014; Mason et al., 2014) a omezeného přístupu k socioekonomickým zdrojům (Walter, Hall, & Hobfoll, 2008). Ohrožení zdraví (Theall, McKasson, Mabile, Dunaway, & Drury, 2013) či sociální integrace (Hall, Chen, Wu, Zhou, & Latkin, 2014; Teng, Hall, & Li, 2014) rizikových jedinců a skupin obyvatelstva zvyšuje riziko uvíznutí celých generací v začarovaném kruhu, což jen zvyšuje jejich ohrožení, znevýhodnění a dysregulaci (Olf et al., 2014; Sun et al., 2013; Theall, Brett, Shirtcliff, Dunn, & Drury, 2013).

Finanční náklady na dětskou viktimizaci byly ve Spojených státech vyčísleny na 103,8 miliardy dolarů (údaj pochází z roku 2007) a institucí *Centers for Disease Control* (Anda, Felitti, Bremner, 2006) byly označeny za **nejpalčivější současný problém veřejného zdraví** (Gelles, Perlman, 2012). Ohroženy jsou zejména děti, které jsou vystaveny mnohočetným formám viktimizace (tj. polyviktimizace): tvořily jednu třetinu dětí v celonárodním reprezentativním vzorku (Turner, Finkelhor, Ormrod, 2010) a 75% dětí, které byly léčeny v rámci celonárodních programů pro traumatizované pacienty (Spinazzola, Blaustein, van der Kolk, 2005).

Adekvátní diagnóza vedoucí k efektivní léčbě

Biopsychosociální dysregulace (Ford, Grasso, Greene, 2013), která se objevuje u polyviktimizovaných dětí a adolescentů je léčena mnoha různými typy léčby (*polytreatment*). U těchto pacientů je často **klinicky neúčinná tzv. evidence-based terapie** (*evidence-based treatment*). Je jim doporučován složitý a komplexní režim léčby, která může vést k nepříznivým reakcím (Luo, Cappelleri, Frush, 2007; Schorr, Loonen, Brouwers, 2008; Barbui, Biancosino, Esposito, 2007). Tato zjištění urychlila vývoj (Courtois, Ford, 2009) a empirickou validizaci (Ford, Steinberg, Hawke, et al., 2012; Ford, Steinberg, Zhang, 2011; Cloitre, Stovall McClough, Nooner, et al., 2010) léčebných postupů vytvořených pro děti s komplexními formami posttraumatické dysregulace.

Formální diagnóza by tento pokrok mohla výrazně urychlit, podobně jako tomu bylo v případě posttraumatické stresové poruchy. Vědecké a klinické studie naznačují, že syndrom popisovaný jako Vývojová traumatická porucha (van der Kolk, 2005) může splňovat tato kritéria (Ford, 2005; D'Andrea, Ford, Stolbach, et al., 2012). VTP definuje symptomy afektivní, somatické, kognitivní, behaviorální a interpersonální dysregulace a také dysregulace vlastní identity. Účelem nově navrhované diagnózy je zachytit poměrně unikátní konstelaci symptomů. Některé symptomy Vývojové traumatické poruchy se sice mohou překrývat s již existujícími diagnózami, avšak koncepční specifičnost této diagnózy ji odlišuje od existujících diagnóz a představuje pokrok v současné diagnostické terminologii (van der Kolk, d'Andrea, 2010). Ford, Grasso, Greene, et al. (2013) provedli mezinárodní výzkum mezi dětskými kliniky, ze kterého vyplývá, že kritéria VTP jsou v klinické praxi využitelná a je možno je odlišit jak od dětských internalizujících psychiatrických diagnóz (včetně PTSP), tak těch externalizujících. Kromě symptomatických specifik dysregulace v dětství, která se v uvedených třech oblastech lehce liší od specifik navrhovaných pro Komplexní PTSP u dospělých (tj. emoce/fyziologie, kognice/chování a self/vztahy), respondenti hodnotili také kombinaci traumatické polyviktimizace a narušení citové vazby coby specifikum VTP, které se výrazně liší od diagnóz DSM-IV (včetně PTSP) a je využitelné v klinické praxi. VTP tak může být výstižnou a efektivní diagnózou, která by nasměrovala léčbu traumatizovaných dětí s mnohočetnými psychiatrickými diagnózami správným směrem.

Van der Kolk a d'Andrea (2010) se domnívají, že diagnóza VTP může mít pozitivní efekt na výsledky léčby, neboť řada studií prokázala, že poměr mezi úspěšnou a neúspěšnou léčbou u diagnóz jako porucha chování, bipolární porucha a ADHD může být dán do souvislosti s výskytem interpersonálního traumatu v dětství. Terapeutické postupy, které se zaměřují na práci s klíčovými oblastmi VTP, vykazují u pacientů, kteří prožili trauma, významné léčebné

pokroky. Tato zjištění naznačují, že ostatní diagnózy mohou být jen zástupné za diagnózu dětského vývojového traumatu, což není ku prospěchu traumatizovaných dětí, kterým jsou takové diagnózy přidělovány.

U polyviktimizovaných dětí je **efektivní** taková **léčba**, která je cíleně zaměřena na nepříznivý dopad viktimizace na seberegulaci (Copping, Warling, Benner, et al., 2001; Dozier, Peloso, Lewis, et al., 2008; Lowell, Carter, Godoy, et al., 2011; Spinhoven, Slee, Garnefski, et al., 2009; Harvey, Taylor, 2010; Kagan, 2008; Najavits, Gallop, Weiss, 2006). I u dospělých pacientů, jež byli viktimizováni v dětství, jsou účinné takové léčebné postupy, které se specificky zaměřují na zvýšení jejich schopnosti regulovat emoce a impulsivitu (Taylor, Harvey, 2010; Petry, Ford, Barry, 2011; Hien, Wells, Jiang, et al., 2009).

Pro dětské (Connor, Ford, Arnsten, Greene, 2014) pacienty s PTSP a VTP se všeobecně používá model třífázové psychoterapie, to jest vtažení/zaangažování do terapeutického procesu (*engagement/preparation*), zpracování traumatu (*trauma processing*) a zevšeobecnění/udržení (*generalization/sustainment*) výsledků terapie. Efektivita terapeutických intervencí u traumatizovaných dětí a adolescentů byla v posledních letech dobře doložena (Rodenburg, Benjamin, de Roos, et al., 2009; Cohen, Deblinger, Mannarino, et al., 2004; Cohen, Mannarino, Deblinger, 2006; Deblinger, Mannarino, Cohen, et al. 2006; Cloitre, Stovall-McClough, Noonan, et al., 2010).

Van der Kolk a d'Andrea (2010) **shrnují argumenty validizující VTP** následovně: (a) dětské interpersonální trauma má za následek koherentní sadu symptomů (VTP); (b) tyto symptomy jsou specifické; (c) tyto symptomy nejsou součástí žádné existující samostatné DSM-IV diagnózy, včetně PTSP; (d) výzkum biologického vývoje systémů narušených dětským traumatem je v souladu se symptomy VTP; a (e) nespécifická diagnostika zanedbávaných dětí pravděpodobně bude mít nedostatečný léčebný efekt. Intervence, které komplexně řeší celé spektrum problémů dětí, které byly vystaveny interpersonálnímu traumatu, pravděpodobně zlepší léčebný efekt.

Současné výzkumné studie Vývojové traumatické poruchy

Úvahám o nové diagnóze musí předcházet empirický výzkum, který by ověřil klinickou využitelnost (First a kol., 2004) stávajících diagnóz, jako jsou PTSP, těžká depresivní epizoda a poruchy vyvolané účinkem psychoaktivních látek, pro diagnostiku rozvoje biopsychosociálních problémů souvisejících s interpersonálním vývojovým traumatem.

Byly provedeny dvě zásadní studie (Ford, Elhai, et al., 2010; Ford, Connor, Hawke, 2009, Ford, 2011), které se zabývaly několika klíčovými otázkami souvisejícími s klinickou využitelností diagnózy VTP: (1) Je možné rozdělit děti a adolescenty na několik podskupin na základě specifických profilů traumatu, a to za předpokladu, že některé profily by obsahovaly expozici komplexnímu traumatu? Pokud toto možné je, (2) existují rozdíly v míře závažnosti psychosociálních obtíží, které jsou navázané na určité profily traumatu, a to zejména na profily s komplexním traumatem? (3) Existuje diferenciální souvislost mezi stávajícími psychiatrickými diagnózami a profily traumatu? Jsou tyto diagnózy schopné rozlišit typ a závažnost potíží, které souvisí s různými profily traumatu?

Aby bylo možno stanovit, jak se PTSP nebo jiné psychiatrické poruchy podílí na psychosociálním narušení typickém pro každý trauma profil, závisí na tom, do jaké míry je možné tyto profily traumatu identifikovat. Je pravděpodobné, že PTSP a jiné psychiatrické diagnózy mají souvislost s různými traumaty v anamnéze. Diagnóza komplexního traumatického stresu u adolescentů si zaslouží pozornost v případě, kdy *charakter či komplexnost traumatické anamnézy přináší další zvýšení závažnosti psychosociálního narušení, a to ve srovnání se závažností stanovenou na Ose I DSM-IV (Axis I)*.

Cílem první studie (Ford, Elhai et al., 2010) bylo stanovit, zda je možné v rámci různých profilů traumatu identifikovat specifické podskupiny. V rámci této studie byla použita data z celoamerického reprezentativního vzorku adolescentů, za použití metody analýzy latentních tříd. Bylo identifikováno šest profilů traumatu, z nichž pro čtyři (tj. cca 33% vzorku) byla charakteristická relativně vysoká pravděpodobnost sexuálního nebo fyzického napadení/zneužití (8%) nebo expozice násilí (25%). Nejvyšší riziko vzniku PTSP, těžké depresivní fáze nebo návykových nemocí je spojeno s anamnézou sexuálního či fyzického zneužití, středně velké riziko bylo spojeno s anamnézou fyzického či sexuálního zneužití a nejnižší riziko rozvoje výše uvedených diagnóz bylo spojeno s expozicí násilí nebo traumatizujících událostí/nehod. Anamnézy zneužití nebo násilné viktimizace byly spojeny s delikvencí mladistvých a deviantními vztahy s vrstevníky nezávisle na diagnózách PTSP, MDE a SUD a demografickém rozložení. Z výše uvedeného vyplývá, že velká podskupina adolescentů má zkušenost s komplexním profilem traumatických stresorů a že tato mládež je ohrožena psychosociálními problémy (např. delikvence), které nemohou být způsobeny výlučně PTSP, MDE nebo SUD (tak, jak jsou definovány v DSM-IV).

V rámci druhé studie (Ford, Connor a Hawke, 2009) byl pomocí shlukové analýzy otestován vzorek 397 opakovaně hospitalizovaných dětských psychiatrických pacientů. Cílem

studie bylo identifikovat specifické profily s ohledem na jejich anamnézu dokumentovaného fyzického nebo sexuálního zneužití, snížené výchovné kompetence rodičů (zatčení, násilné chování nebo zneužívání látek) a anamnézu poruchy citové vazby s pečující osobou (zde se pracovalo se záznamy z hospitalizací). Byly identifikovány čtyři podskupiny. Dvě z těchto podskupin („nízká traumatizace“) měly málo časté anamnézy zneužití nebo hospitalizace a lišily se nízkou versus vysokou mírou snížené výchovné kompetence rodičů. Pro dvě podskupiny s „komplexním traumatem“ byly charakteristické anamnézy buď fyzického zneužití, nebo sexuálního zneužití různými osobami, dále dlouhodobá hospitalizace a velmi nízká výchovná kompetence rodičů. Všechny podskupiny měly srovnatelné profily psychiatrických diagnóz, včetně internalizovaných poruch (úzkost, afektivní poruchy), externalizovaných poruch (poruchy chování, porucha opozičního vzdoru, porucha pozornosti spojená s hyperaktivitou), psychotické poruchy (schizofrenie, psychóza nespecifikovaná), vývojové poruchy (autismus, pervazivní vývojová porucha nespecifikovaná, poruchy učení), a SUD. Se statusem komplexního traumatu souvisely závažné problémy s chováním (hodnoceno učiteli na standardizovaných škálách), nižší body mass index (BMI). Kromě toho se projevil také vliv pohlaví, etnické příslušnosti a psychiatrické diagnózy. Zneužívání v dětství hrálo svou roli při rozdělení do podskupin, nicméně opakované pobyty dětí ve specializovaných zařízeních byly nejkonzistentnějším korelátům externalizovaných a internalizovaných problémů a psychosociálního narušení. Zjištění této studie také naznačují, že nepříznivé zkušenosti v dětství, které mohou být zdrojem komplexního traumatického stresu, souvisí s takovými psychobiologickými změnami u dětí hospitalizovaných v psychiatrických nemocnicích, které nemohou být plně zdůvodněny dostupnými demografickými daty nebo psychiatrickými diagnózami DSM-IV.

Ford (2015) vytyčuje směr výzkumu a jeho úkoly v následujících letech pro Komplexní PTSP a VTP, jež by se měl zabývat: 1) zpřesněním diagnostické klasifikace (stanovením empirické integrity Komplexní PTSP coby specifického druhu psychopatologie) a psychometrickým hodnocením (validace a zpřesnění kritérií polyviktimizace v dětství a VTP), 2) důkladným zhodnocením a upřesněním léčebných intervencí (a jejich algoritmů) vyvinutých nebo adaptovaných pro Komplexní PTSP a VTP, 3) Zjištěním epidemiologie Komplexní PTSP a VTP a jejich dopadem na veřejné zdraví a bezpečnost, jak během života jedince, tak mezigeneračně a to s rozsahem na jednotlivé státy a kulturní okruhy.

Závěr teoretické části

U mnoha traumatizovaných dětí a adolescentů dochází k rozvoji chronických duševních poruch, přičemž jejich sociální dovednosti a následně v dospělosti schopnost pracovat jsou silně narušeny. Bylo prokázáno, že náklady na zdravotní péči související s traumatizací jsou obrovské (např. náklady na léčbu, odchod do předčasného důchodu, pracovní neschopnost, závislost na sociálních dávkách nebo i trest odnětí svobody, atd.; Solomon, Davidson, 1997; Kessler, 2000). Pokud by došlo k oficiálnímu uznání následků dětské traumatizace, pacienti by mohli být společností lépe přijímáni. Pokud si společnost uvědomí dlouhodobé důsledky zneužívání a zanedbávání dětí, může to napomoci k přijetí iniciativ na ochranu dětí před týráním. Navíc jasná definice s traumatem spojených symptomů by mohla napomoci změně přístupu k „problematickým“, delikventním a agresivním adolescentům, kteří často žijí na okraji společnosti a usnadnit tak zahájení jejich léčby. Kromě toho by zahrnutí duševních poruch spojených s komplexní traumatizací do oficiálních diagnostických systémů napomohlo pacientům získat kompenzace a právní pomoc (soudní náklady, pomoc obětem). Včasná a účinná léčba je nezbytná pro to, aby pacienti mohli žít běžným životním stylem (Schmid, Petermann, Fegert, 2013).

Zavedení vývojově specifické diagnózy by bylo přínosem v porozumění důsledkům traumatizace, vedlo by k zavedení nových diagnostických i léčebných postupů do praxe, umožnilo by to vyšší dostupnost psychosociální léčby pro tyto děti a adolescenty a ve svém důsledku i ke zlepšení kvality života traumatizovaných jedinců. Vývojová traumatická porucha může být výstižnou a efektivní diagnózou, která by nasměrovala léčbu traumatizovaných dětí s mnohočetnými psychiatrickými diagnózami správným směrem (Ford, Grasso, Greene, 2013).

Van der Kolk a další (výše uvedení) autoři se nesnaží návrhem Vývojové traumatické poruchy vytvořit pouze možnou alternativu k současným diagnostickým přístupům. Zdůrazňují nepoměr mezi vysokou prevalencí kumulativního interpersonálního traumatu u dětí a adolescentů a výrazným podfinancováním výzkumu, léčebných zařízení a veřejných občanských iniciativ, jejichž cílem je prevence a zmírnění tohoto závažného problému veřejného zdraví. Volají po změně systému péče o duševní zdraví traumatizovaných dětí a adolescentů.

Doporučení do praxe

U dětí s několika komorbidními diagnózami, které jsou v péči psychiatra, nebo psychiatrickou péčí potřebují, je třeba posoudit, zda v minulosti neprožily trauma viktimizace či nedošlo k narušení citové vazby s pečující osobou. Léčba pacientů se závažnou interpersonální traumatizací v dětství je velmi náročná a jejich prognóza patří k těm nejvíce nepříznivým. Léčba může být ztížena nedostatečným porozuměním zásadní příčině onemocnění a tito pacienti tak neřídka propadají sítem psychosociální péče. Kromě toho platí, že míra traumatizace ovlivňuje úspěch léčby.

Diagnostika či rozpoznání pacientů se závažnou interpersonální traumatizací – Vývojovou traumatickou poruchou bývá nesnadná a vyžaduje značnou klinickou a psychoterapeutickou zkušenost. V klinické praxi bývá základní traumatická etiologie potíží pacienta často nesprávně zhodnocena a dítě je vedeno pod jinými klinickými diagnózami, které dle diagnostických kritérií potíží dítěte odpovídají, avšak oblasti narušení fungování dítěte jsou v nich zhodnoceny pouze parciálně či vůbec a nedívají se na potíže jako na celek tj. některé oblasti narušení jsou přehlédnuty. Zjistit, že dítě zažilo těžkou traumatickou zkušenost, může být nesnadné, neboť traumatizovaní jedinci o svých traumatických zkušenostech odmítají hovořit a sdělit je nejčastěji pouze v bezpečné terapeutické situaci. Pokud se kliničtí pracovníci při exploraci pacienta na trauma cíleně nezeptají, tak se o tomto faktu nedozví. Následná léčba traumatu a její úspěšnost je úzce provázána právě se zacílením péče na nejvíce narušené oblasti fungování jedince, včetně obnovení důvěry dítěte v interpersonální vztahy.

VÝZKUMNÁ ČÁST

Riziko deprese a suicidality u traumatizovaných dětí a adolescentů

Úvod do problematiky

Sebevražda je celosvětově jednou z nejčastějších příčin úmrtí. Například v roce 1998 byla sebevražda ve Spojených Státech osmou nejčastější příčinou smrti, kdy obzvlášť vysoký počet sebevražd se vyskytoval především u mladých lidí a u starších dospělých (Boxer, Burnett, Swanson, 1995; Sentell, Lacroix, Sentell, et al., 1997; Ohberg, Lonnqvist, Sarna, et al., 1996; Bharucha, Satlin, 1997; Rockett, Smith, 1989). I když ve Spojených Státech každoročně spáchá sebevraždu více než 30 000 lidí, tak bývá velmi obtížné rozpoznat, kteří lidé jsou sebevraždou významně ohroženi, a proto snaha o prevenci suicidia je velmi problematická (Harwitz, Ravizza, 2000; Hughes, 1996).

Suicidální chování (tj. suicidální ideace, plány či pokusy) je závažným problémem veřejného zdraví (významná morbidita a mortalita) a významně přispívá ke globální nemocnosti (Nock, Borges, Bromet, 2008; Lopez, 2006). Většina suicidálních pokusů nemá za následek smrt, avšak lidé, kteří se o sebevraždu pokusí, se mohou vážně zranit či znetvořit. Kromě toho s sebou pokus o sebevraždu přináší zvýšené riziko dalších pokusů (Fawcett, Scheftner, Fogg, 1990; Neeleman, de Graaf, Vollebergh, 2004; Schmidtke, Bille-Brahe, DeLeo, 1996).

Epidemiologie sebevražedného chování

Epidemiologie sebevražedného chování dětí a adolescentů ve Spojených státech

V rozmezí let 1950 až 1990 ve Spojených státech dramaticky vzrostla míra suicidality o 300% u adolescentů ve věku 15 až 19 let (O'Carroll, Potter, & Mercy, 1994). V letech 1990 až 2003 však v této věkové skupině míra suicidality mírně klesla o 35% (Centers for Disease Control and Prevention; (Gould, Greenberg, Velting, Shaffer, 2003).

V roce 2003 spáchalo sebevraždu ve Spojených státech 3 988 lidí ve věku 15 až 24 let. Ve věku 15 až 19 let to bylo 1 487 (11% úmrtí) a ke 2 501 sebevraždám (13% úmrtí) došlo u lidí ve věku 20 až 24 let (Centers for Disease Control and Prevention). Skutečný počet dokonáných sebevražd může být vyšší, neboť některá úmrtí mohla být považována za „neobjasněná“ (American Psychiatric Association, 1996).

U adolescentních chlapců ve věku 15 až 19 let je míra dokonáného suicidia šestkrát vyšší, než u dívek ve stejné věkové skupině, zatímco počet suicidálních pokusů byl u dívek dvakrát

vyšší než u chlapců (Grunbaum, Kann, Kinchen, 2004). Poměr suicidálních pokusů a dokonaných sebevražd je u adolescentů odhadován na 50:1 a 100:1 (Husain, 1990).

V roce 2000 byla v USA sebevražda třetí nejčastější příčinou smrti u dětí ve věku 10 až 14 let, tak i mezi mladistvými ve věku 15 až 19 let (Anderson, 2002). Počet dokonaných sebevražd je sice nízký (1,5 na 100 000 dětí ve věku 10 až 14 let a 8,2 na 100 000 mladistvých ve věku 15 až 19 let), pokud však vezmeme v úvahu i nesmrtící suicidální chování a ideace, pak je rozsah problému významný (Gould, Greenberg, Velting, et al., 2003).

V USA každoročně jeden teenager z pěti vážně uvažuje o sebevraždě; 5% - 8% adolescentů se o sebevraždu pokusí, což představuje přibližně 1 milión teenagerů, z nichž téměř 700 000 je v důsledku sebevražedného pokusu lékařsky ošetřeno (Grunbaum et al., 2002); přibližně 1 600 teenagerů v důsledku sebevraždy zemře (Anderson, 2002).

Díky prudkému nárůstu počtu studií suicidálních pokusů a ideace u všeobecné populace jsou k dispozici spolehlivé odhady o jejich počtu. Z těchto studií je nejrozsáhlejší a nejreprezentativnější Průzkum rizikového chování mladistvých (*Youth Risk Behavior Survey*, YRBS) provedený v roce 2003 Centry pro kontrolu nemocí a prevenci (Centers for Disease Control and Prevention, CDC). V průzkumu YRBS vyšlo najevo, že se během uplynulého roku 28,6% studentů středních škol téměř každý den cítilo smutně či zoufale po dobu minimálně dvou týdnů po sobě, 19% studentů „vážně uvažovalo o spáchání sebevraždy“, téměř 15% si sebevraždu konkrétně naplánovalo, 8,8% uvedlo, že se o sebevraždu pokusili a u 2,6% studentů byl jejich realizovaný suicidální pokus „zdravotně závažný“ a vyžadoval ošetření lékařem (Grunbaum, Kann, Kinchen, 2004).

Epidemiologie sebevražedného chování dětí a adolescentů v České republice

Koutek a Kocourková (2007) uvádějí, že v České republice byl výskyt dokonaných sebevražd 15,8 osob na 100 000 obyvatel, což zhruba představuje evropský průměr. Odhaduje se, že poměr dokonaných sebevražd k sebevražedným pokusům činí asi 1 ku 10-20, dle některých odhadů více. Do 14 let je počet sebevražedných pokusů poměrně nízký, avšak výrazně stoupá, zejména u dívek, v adolescenci. V roce 1990 suicidovalo v České republice 48 adolescentů (31 chlapců a 17 dívek) V roce 2000 to bylo 47 adolescentů (37 chlapců a 10 dívek). Podstatný je přepočtení na 100 000 obyvatel dané věkové kategorie. V roce 1990 uvedený počet představoval 2,7 a v roce 2000 to bylo 6,8. V České republice totiž došlo populačně k podstatnému snížení celkového počtu adolescentů, přitom počet zemřelých tímto způsobem zůstal prakticky stejný. V tomto sledovaném období došlo k poklesu sebevražednosti v rámci celé populace, ale v adolescentním věku byl zaznamenán s určitým kolísáním vzestupný trend.

Počet sebevražd podle věkových skupin

Poslední vývoj počtu sebevražd dětí, adolescentů a dospělých (20-24 let) lze dohledat v údajích Českého statistického úřadu (2016), které uvádějí statistiku počtu sebevražd podle věkových skupin.

V letech 1996-2000 došlo v ČR ve věkové skupině 0-14 let k 38 sebevraždám, ve věkové skupině 15-19 k 289 sebevraždám a ve věkové skupině 20-24 k 523 sebevraždám z celkového počtu 8 106.

V letech 2001-2005 došlo v ČR ve věkové skupině 0-14 let k 35 sebevraždám, ve věkové skupině 15-19 k 206 sebevraždám a ve věkové skupině 20-24 k 426 sebevraždám z celkového počtu 8 023.

V letech 2006-2010 došlo v ČR ve věkové skupině 0-14 let k 13 sebevraždám, ve věkové skupině 15-19 k 187 sebevraždám a ve věkové skupině 20-24 k 361 sebevraždám z celkového počtu 7 090.

Počet sebevražd podle věkových skupin – přepočteno na 100 tisíc obyvatel

V letech 1996-2000 došlo v ČR průměrně na 100 tisíc obyvatel ve věkové skupině 10-14 let k 1,2 sebevraždě, ve věkové skupině 15-19 k 7,6 sebevraždě a ve věkové skupině 20-24 k 11,7 sebevraždě. V tomto období celkový průměrný počet sebevražd ve všech věkových skupinách na 100 tisíc obyvatel činil 15,8.

V letech 2001-2005 došlo v ČR průměrně na 100 tisíc obyvatel ve věkové skupině 10-14 let k 1,1 sebevraždě, ve věkové skupině 15-19 k 6,2 sebevraždě a ve věkové skupině 20-24 k 11,1 sebevraždě. V tomto období celkový průměrný počet sebevražd ve všech věkových skupinách na 100 tisíc obyvatel činil 15,7.

V letech 2010-2016 došlo v ČR průměrně na 100 tisíc obyvatel ve věkové skupině 10-14 let k 0,5 sebevraždě, ve věkové skupině 15-19 k 5,9 sebevraždě a ve věkové skupině 20-24 k 10,3 sebevraždě. V tomto období celkový průměrný počet sebevražd ve všech věkových skupinách na 100 tisíc obyvatel činil 13,6.

Počet sebevražd podle pohlaví a věkových skupin – přepočteno na 100 tisíc obyvatel

V letech 2010-2016 došlo u chlapců v ČR průměrně na 100 tisíc obyvatel ve věkové skupině 10-14 let k 1,7 sebevraždě, ve věkové skupině 15-19 k 12,0 sebevraždě a ve věkové skupině 20-24 k 19,9 sebevraždě. V tomto období celkový průměrný počet sebevražd u mužů ve všech věkových skupinách na 100 tisíc obyvatel činil 23,1.

V letech 2010-2016 došlo u dívek v ČR průměrně na 100 tisíc obyvatel ve věkové skupině 10-14 let k 0,2 sebevraždě, ve věkové skupině 15-19 k 3,0 sebevraždě a ve věkové skupině 20-24 k 2,6 sebevraždě. V tomto období celkový průměrný počet sebevražd u žen ve všech věkových skupinách na 100 tisíc obyvatel činil 4,6.

Počet sebevražd k celkovému počtu úmrtí

Výše uvedená data Českého statistického úřadu (2016) o snižujícím se počtu dokonaných sebevražd dětí a adolescentů se do určité míry mohou jevit jako příznivá. Avšak ve sledovaném období (2005-2013) celkový počet sebevražd u věkové skupiny 15-19 let osciluje kolem 40 sebevražd ročně. A i když se celkový počet všech úmrtí adolescentů snížil cca o 1/3 ve věkové skupině 15-19 let z 274 úmrtí v r. 2005 na 185 úmrtí v r. 2013, tak procentuální počet sebevražd na celkový počet úmrtí se v dané skupině naopak zvýšil o cca 2/5 (z 13,5 v r. 2005 na 22,1 v r. 2013). Je však třeba připomenout, že tento údaj do určité míry kolísá.

Krch a Csémy (2006) referují o výsledcích dotazníkového šetření mezi 3172 studenty náhodně vybraných středních a učňovských škol v České republice (průměrný věk 15,9 roku). 21 % sledovaných adolescentů uvedlo, že v posledním týdnu pocítovali výraznější depresivní příznaky. Počet depresivních děvčat 2,6 krát převyšoval počet depresivních chlapců. 45,3 % dospívajících uvedlo, že někdy v životě mělo myšlenky na sebevraždu, pokus o sebevraždu uvedlo 8,8 % děvčat a 4,4 % chlapců.

Etiologie suicidálního chování

Bohužel etiologie suicidálního chování i nadále není stále dobře známa. Duševní poruchy sice patří k těm nejzávažnějším prediktorům suicidálního chování (Harris, Barraclough, 1997; Nock, Borges, Bromet, 2008; (Nock, Borges, Bromet, Alonso, et al., 2008; Kessler, Borges, Walters, 1999), nicméně u většiny duševně nemocných se suicidální chování neprojevuje (McHolm, MacMillan, Jamieson, 2003). Z dat získaných ve Světových průzkumech duševního zdraví (*World Mental Health Surveys*) vyplývá, že 31 – 57% suicidálních pokusů nesouvisí s předchozí psychiatrickou poruchou (Nock, Hwang, Sampson, et al., 2009). Tento fakt tedy vyzdvihuje potřebu porozumět tomu, které další faktory mohou navyšovat riziko suicidálního chování.

Vzrůstá zájem o porozumění environmentálním a genetickým vlivům na suicidální chování (Roy, Hu, Janal, et al., 2007). Současné studie poskytují přesvědčivé důkazy o tom, že environmentální a zkušenostní faktory přispívají ke vzniku a přetrvání suicidálního chování

(Borges, Angst, Nock, et al., 2008; Weissman, Bland, Canino, 1999) a že mají silnější vliv na nepříznivý stav duševního zdraví (např. deprese, suicidální chování), než aktuálně známé genetické faktory (Risch, Herrell, Lehner, 2009).

Obzvláště závažným potenciálním environmentálním vlivem na suicidální chování může být expozice psychickému traumatu. Z řady výzkumů vyplývá, že dětské trauma a nepříznivé zkušenosti v dětství mohou vyústit v řadu nepříznivých zdravotních důsledků, a to včetně suicidálního pokusu v adolescenci a dospělosti. Existují konzistentní důkazy prokazující signifikantní vztah mezi udávanými nepříznivými zkušenostmi v dětství a suicidalitou v dospělosti (Lipschitz, Winegar, Nicolaou, et al., 1999; Enns, Cox, Afifi, et al., 2006; Ystgaard, Hestetun, Loeb, et al., 2004; Molnar, Buka, Kessler, 2001). Se suicidálními pokusy především úzce souvisí sexuální a fyzické zneužívání v dětství (Beautrais, Joyce, Mulder, 1996; Brown, Cohen, Johnson, et al., 1999; Dinwiddie, Heath, Dunne, et al., 2000; Farber, Herbert, Reviere, 1996; Lipschitz, Winegar, Nicolaou, et al., 1999; Yoder, 1999; Renaud, Brent, Birmaher, et al., 1999; Brodsky, Stanley, 2008).

Nepříznivé události v dětství a suicidalita v průběhu života

Dube, Anda, Felitti, et al. (2001) v retrospektivní kohortové studii zkoumali vztah mezi rizikem suicidálního pokusu a nepříznivými zkušenostmi v dětství a počtem takovýchto zkušeností (*adverse childhood experiences score*, tzn. ACE skór). Studie se zúčastnilo 17 337 dospělých členů organizace pro udržení zdraví (54% žen, průměrný věk 57 let), kteří docházeli na kliniku primární péče v San Diegu v Kalifornii během období tří let (1995 – 1997) a vyplnili dotazník na téma zneužívání dětí, dysfunkčního rodinného zázemí, suicidálních pokusů (včetně věku, kdy k prvnímu pokusu o sebevraždu došlo) a řady dalších témat týkajících se zdravotního stavu. Měřítkem byly suicidální pokusy uvedené v rámci sebehodnotícího dotazníku, ve srovnání s nepříznivými zkušenostmi v dětství včetně: emočního, fyzického a sexuálního zneužití; zneužívání návykových látek členy domácnosti, duševní onemocnění a pobyt ve vězení; domácí násilí mezi rodiči, odloučení nebo rozvod rodičů.

Celoživotní prevalence výskytu alespoň jednoho suicidálního pokusu ve výzkumném souboru byla 3,8%. Nepříznivé zkušenosti v dětství v jakékoliv kategorii zvyšovaly riziko suicidálního pokusu dvakrát až pětkrát. ACE skór měl silný, odstupňovaný vztah se suicidálním pokusem během dětství/adolescencí a dospělosti ($p=0,001$). Ve srovnání s lidmi, kteří žádné takové zkušenosti neměli (prevalence suicidálního pokusu, 1,1%), bylo upravené odds ratio výskytu sebevražedného pokusu u lidí se sedmi nebo více zkušenostmi 31,1. Po úpravě položek

týkajících se užívání nezákoných drog, depresivního afektu a alkoholismu (udávaného v sebehodnotícím dotazníku) došlo k redukcí pevnosti vztahu mezi ACE skórem a suicidálními pokusy. Z čehož vyplývá, že tyto faktory souvislost mezi nepříznivými zkušenostmi v dětství a suicidálním pokusem částečně zprostředkovávají/ovlivňují. Riziko pro konkrétní populaci s jednou či více zkušenostmi bylo 67%, 64% a 80% pro celkový počet suicidálních pokusů během života daného jedince, v dospělosti a v dětství/adolescenci (v uvedeném pořadí).

Chapman, Whitfield, Felitti et al. (2004) se v retrospektivní kohortové studii výzkumně zaměřili na vztah mezi počtem nepříznivých zkušeností v dětství (ACE skór) a rizikem depresivních poruch. Studie se zúčastnilo 9 460 dospělých, členů organizace pro udržení zdraví na klinice primární péče v San Diegu v Kalifornii, kteří vyplnili dotazník obsahující řadu otázek ohledně jejich zdravotního stavu. Dotazník hodnotil celoživotní a nedávné depresivní poruchy, zneužívání v dětství a dysfunkční rodinné zázemí. Celoživotní prevalence depresivních poruch ve výzkumném souboru byla 23%. Emoční zneužívání v dětství zvyšovalo riziko celoživotních depresivních poruch, což posunulo odds ratio 2,7 u žen a 2,5 u mužů. Ve studii byl zjištěn silný vztah množství-reakce mezi skórem ACE a pravděpodobností celoživotních a nedávných depresivních poruch ($P < 0,0001$). Tento vztah byl mírně oslaben, pokud byla v modelu zahrnuta zkušenost, kdy daný jedinec vyrůstal v domácnosti s duševně nemocným člověkem; nicméně stále byl signifikantní ($P < 0,001$). Počet nepříznivých událostí v dětství měl odstupňovaný vztah jak k celoživotním, tak k nedávným depresivním poruchám. Vzhledem k průměrnému věku respondentů 56,6 let je zřejmé, že expozice nepříznivým událostem v dětství je spojena se zvýšeným rizikem depresivních poruch dokonce až desítky let poté, co k ní došlo.

Výše uvedené výzkumné studie dokazují, že výskyt nepříznivých událostí během vývojového období člověka může být rizikovým faktorem pro suicidální chování v dospělosti, avšak tento vztah dlouho nebyl zkoumán z prospektivního hlediska. A proto Enns, Cox, Afifi, et al. (2006) se rozhodli ve své longitudinální populační studii zabývat souvislostí mezi nepříznivými událostmi prožitými v dětství a pozdějším výskytem suicidální ideace a suicidálních pokusů. Jejich studie využila data z velkého průzkumu duševního zdraví (*the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study*; $n = 7076$; věkové rozpětí 18 – 64 let). K vyhodnocení vztahu mezi nepříznivými událostmi prožitými v dětství a pozdějším výskytem suicidální ideace a suicidálních pokusů v dospělosti byla užita logistická regresní analýza. Výzkum byl proveden na populačním vzorku dospělých jedinců a respondenti byli sledováni po dobu tří let. Během sledovaného období (3 roky) se u 85 jedinců nově vyskytla suicidální ideace a bylo zaznamenáno 39 prvních suicidálních pokusů. Míra četnosti výskytu nové suicidální ideace byla 0,67% ročně a 0,28% ročně u nových suicidálních pokusů. Byla zjištěna

silná souvislost mezi suicidálními ideacemi a suicidálními pokusy v dospělosti a zanedbáváním a psychologickým a fyzickým zneužíváním v dětství. Hodnoty odds ratio se u suicidálních ideací pohybovaly od 2,80 do 4,66 a u suicidálních pokusů od 3,60 do 5,43. Mezi celkovým počtem uvedených nepříznivých událostí a pozdější suicidální ideací a suicidálními pokusy byl sledován silný odstupňovaný vztah. Tento vztah byl významný i po redukci vlivu duševních poruch. Enns et al. (2006) proto konstatují, že pokud máme suicidálnímu chování porozumět v úplnosti, je třeba brát v úvahu i nepříznivé události prožité v dětství. Neboť zneužívání a mnohočetné nepříznivé události v dětství silně souvisí s pozdějším suicidálním chováním. Duševní choroby, které byly hodnoceny ve studii, neposkytovaly dostatečné vysvětlení tohoto efektu.

Bruffaerts, Demyttenaere, Borges et al. (2010) v rozsáhlé studii zkoumali souvislost mezi nepříznivými zkušenostmi v dětství (*childhood adversities*) coby rizikovými faktory vzniku a přetrvání suicidálního chování. Respondenti z národně reprezentativních vzorků (n = 55 299, 21 zemí světa) byli dotazováni na nepříznivé zkušenosti v dětství, ke kterým u nich došlo před dosažením osmnácti let a na celoživotní suicidální chování. Autoři studie došli k závěru, že nepříznivé zkušenosti v dětství byly spojeny se zvýšeným rizikem suicidálního pokusu a suicidální ideace v bivariačním i v multivariačním modelu (rozsah odds ratio 1,2 – 5,7). Riziko rostlo s počtem prožitých nepříznivých zkušeností, ovšem klesajícím tempem. Studií bylo zjištěno, že nejsilnějším rizikovým faktorem pro vznik a přetrvání suicidálního chování konzistentně bylo sexuální a fyzické zneužívání, a to zejména během adolescence. Po regulaci statusu celoživotních duševních poruch respondentů vyšly podobné výsledky. Studií bylo potvrzeno, že nepříznivé zkušenosti v dětství (zejména ty intruzivního a agresivního rázu) jsou významným prediktorem vzniku a přetrvání suicidálního chování.

Některé souvislosti, které byly výzkumem zjištěny (Bruffaerts et al., 2010) se lišily od informací z dosavadních výzkumů (Molnar, Buka, Kessler, 2001; Dube, Anda, Felitti et al., 2001; Bebbington, Cooper, Minot et al., 2009), což mohlo být způsobeno odlišnostmi v metodologii výzkumu. Například vzorek použitý Dubem et al. (2001) byl tvořen respondenty z velké organizace pro podporu zdraví a nikoliv z všeobecné populace. To připouští možnost, že souvislost mezi nepříznivými událostmi a suicidálním pokusem se může u lidí, kteří sami vyhledali pomoc, ve srovnání se všeobecnou populací lišit. Ve výzkumu bylo zjištěno (Bruffaerts et al., 2010), že existuje zde významný vztah „množství – reakce“, nicméně odds ratio mezi počtem nepříznivých událostí a suicidálním pokusem a ideací se postupně snižovalo. To ukazuje na pokles prediktivní schopnosti v situaci, kdy se počet zažitých nepříznivých zkušeností zvyšuje. Znamenalo by to, že dopad nepříznivých událostí v dětství má horní limit

(efekt zastropování - *ceiling effect*). Dokonce i po pečlivé redukci široké škály proměnných existoval u osob s anamnézou sexuálního nebo fyzického zneužívání minimálně trojnásobný nárůst celkového počtu suicidálních pokusů a myšlenek. Takové výsledky (Bruffaerts et al., 2010) se shodují s předchozími výzkumy (Bebbington, Cooper, Minot et al., 2009; Dinwiddie, Heath, Dunne et al., 2000; Kessler, Davis, Kendler, 1997), nicméně přesahují tento výzkum v tom, že potvrzují Ennsovu hypotézu (Enns, Cox, Afifi, 2006), že sexuální zneužívání v dětství může být rizikovým faktorem suicidálního chování v relativně nízkém věku.

Stein, Chiu, Hwang et al. (2010) konstatují, že z dat získaných v komunitním i klinickém prostředí vyplývá souvislost mezi expozicí traumatu a suicidálním chováním (tj. suicidálními ideacemi, plány a pokusy), avšak jen málo studií řeší, která traumata jsou přímým prediktorem nástupu suicidálního chování, přechodu od suicidální ideace k plánům a pokusům nebo trvání jednotlivých forem suicidálního chování v čase. A proto ve své studii analyzovali data týkající se expozice traumatu a následného vzniku suicidálního chování ze Světového průzkumu duševního zdraví (*World Mental Health Surveys*) provedených WHO, která byla shromážděná pomocí strukturovaných rozhovorů v domácnostech 102 245 respondentů z 21 zemí. K otestování vztahu mezi typem a počtem traumatických událostí a následným suicidálním chováním použili bivariační a multivariační modely přežití (*survival models*). Studií bylo zjištěno, že se suicidálním chováním souvisí řada traumatických událostí, přičemž sexuální a interpersonální násilí konzistentně vykazuje nejsilnější efekt. Dále studie došla k závěru, že mezi počtem traumatických událostí a suicidální ideací/pokusem existuje vztah množství-reakce; nicméně ale s narůstajícím počtem traumatických událostí je tento vztah oslaben. Navíc bylo zjištěno, že ačkoliv nástup suicidální ideace souvisí s řadou traumatických událostí, jen málo událostí predikuje, kteří lidé přejdou od suicidální ideace k suicidálnímu plánu a pokusu, popřípadě u kterých lidí suicidální chování přetrvá v čase. Tato zjištění byla všeobecně konzistentní jak v zemích s vysokým příjmem, tak v zemích, kde jsou příjmy střední či nízké. Data podtrhují význam psychického traumatu coby závažného problému veřejného zdraví a zároveň vyzdvihují důležitost testování přítomnosti a akumulace expozic traumatu coby rizikových faktorů suicidální ideace a suicidálních pokusů.

Rodinné charakteristiky a suicidalita

Suicidální chování v rodinné anamnéze.

Suicidální chování v rodinné anamnéze významně zvyšuje riziko dokonané sebevraždy (Agerbo, Nordentoft, Mortensen, et al., 2002; Brent et al., 1994, 1996; Gould et al., 1996) a

pokusu o sebevraždu (Glowinski, Bucholz, Nelson, 2001). Suicidium a psychiatrické onemocnění se téměř vždy vyskytují společně, proto je třeba zvážit, zda se v dané rodinné anamnéze vyskytuje specificky suicidium nebo jde o souvislost s psychiatrickým onemocněním rodičů (Brent et al., 1996).

V rámci studie *Danish Registry* (Agerbo et al., 2002) bylo zjištěno, že sebevražda mladistvých je téměř pětkrát pravděpodobnější u potomků matek, které spáchaly sebevraždu, a dvakrát častější u potomků otců, kteří spáchali sebevraždu. Při výzkumu došlo k úpravě psychiatrické anamnézy rodičů.

Missourská studie adolescentních dvojčat (*The Missouri Adolescent Twin Study*) (Heath et al., 2002) se zabývala otázkou vlivu dědičnosti versus prostředí u náctiletých dětí, které se pokusily o sebevraždu. V rámci souhrnného reprezentativního vzorku 3 416 adolescentních párů dvojčat-dívek bylo sebevražedným pokusem ovlivněno 130 párů. Po redukci jiných psychiatrických rizikových faktorů bylo odds ratio první dvojče/druhé dvojče 5,6 u jednovaječných dvojčat a 4,0 u dvojvaječných, což naznačuje, že suicidalita je do jisté míry dědičná (Glowinski et al., 2001).

Vliv dědičnosti na suicidalitu mladistvých byl dále potvrzen v rámci meta analýzy provedené McGuffinem, Marušičem, Farmerem (2001), kteří znovu prozkoumali velké množství již publikovaných dat týkajících se dvojčat všech věkových skupin. Došli k závěru, že přímí příbuzní jedinců, kteří spáchali sebevraždu, jsou sebevraždou ohroženi více než dvakrát tolik, oproti všeobecné populaci. Toto relativní riziko se u jednovaječných dvojčat, jejichž rodič spáchal sebevraždu, zvyšuje cca jedenáctkrát. Odhad dědičnosti dokonané sebevraždy v tomto výzkumu vyšel na 43%.

Psychopatologie rodičů

Bylo zjištěno, že vysoká míra psychopatologie u rodičů, zejména deprese a zneužívání návykových látek, má souvislost u jejich dětí s dokonanou sebevraždou (Brent et al., 1994; Gould et al., 1996) a se suicidální ideací a suicidálními pokusy v adolescenci (Fergusson, Lynskey, 1995).

Brent et al. (1994) uvádí, že rodinná anamnéza deprese a zneužívání návykových látek výrazně zvyšuje riziko dokonané sebevraždy, a to dokonce po redukci psychopatologie u jedince, který sebevraždu spáchal. Dochází k závěru, že rodinná psychopatologie zvyšuje riziko sebevraždy jinými mechanismy, než pouhým zvýšeným sklonem adolescenta k podobné psychopatologii. Na rozdíl od těchto závěrů došla Gould et al. (1996) ke zjištění, že po redukci psychopatologie u daného mladistvého u něj již psychopatologie rodičů suicidální riziko nijak

neovlivňovala. Dosud tedy není jasné, jak přesně rodinná psychopatologie riziko dokonané sebevraždy zvyšuje (Gould et al., 2003).

Rozvod rodičů

U jedinců, kteří spáchali sebevraždu, existuje vyšší pravděpodobnost, že pocházejí z rozvedených rodin (Beautrais, 2001; Brent et al., 1993, 1994; Gould et al., 1996; Groholt et al., 1998). Souvislost mezi rozchodem/rozvodem rodičů a sebevraždou se však zmenšuje, pokud se vezme v úvahu psychopatologie rodičů (Brent et al., 1994; Gould et al., 1996). Podobně je tomu u mnoha populačních studií, ve kterých sice byly zjištěny významné univariační souvislosti (Andrews and Lewinsohn, 1992; Fergusson and Lynskey, 1995), tyto souvislosti však po zahrnutí psychosociálních rizikových faktorů buď nebyly patrné, nebo se výrazně oslabily (Beautrais et al., 1996; Fergusson et al., 2000).

Vztahy v rodině

Narušený vztah rodičů s dětmi a neshody v rodině souvisí se zvýšeným rizikem sebevraždy a suicidálních pokusů u mladistvých (Beautrais et al., 1996; Brent et al., 1994, 1999; Fergusson, Lynskey, 1995; Fergusson et al., 2000; Gould et al., 1996; Lewinsohn et al., 1993, Tousignant et al., 1993; Reinherz et al., 1995; Rey Gex et al., 1998).

Zásadním faktorem v oblasti suicidalit a suicidálního chování je kvalita vztahu mezi rodičem a dítětem (Wagner, Cole, Schwartzman, 1995). Gould, et al. (1996) zjistil, že jedinci, kteří spáchali sebevraždu, výrazně méně často a méně uspokojivě komunikovali se svými rodiči, než jejich vrstevníci, a to dokonce i po redukci jejich psychiatrických poruch. Tousignant et al. (1993) došel k závěru, že špatný vztah mezi otcem a dítětem má klíčovou a trvalou roli v oblasti suicidálního chování adolescentů a mladých dospělých.

Brent et al. (1994) zjistil, že souvislost mezi suicidalitou a konflikty mezi adolescentem a rodiči je oslabena po redukci psychopatologie jak u rodičů, tak u probandů. Fergusson et al. (2000) došel ke zjištění, že souvislost mezi neletálním suicidálním chováním, nekvalitními vztahovými vazbami a nedostatečnou soudržností rodiny není nezávislá na psychologických problémech daného mladistvého. Podobně bylo zjištěno, že konflikt rodič – dítě po přihlédnutí k psychopatologii daného mladistvého nesouvisí s dokonanou sebevraždou (Brent et al., 1994) nebo suicidálním pokusem (Lewinsohn et al., 1993).

Se suicidálními pokusy adolescentů souvisí i pocit dítěte, že mu rodiče nejsou dostatečnou oporou či nejsou dostupní (Fergusson, Lynskey, 1995; Yuen et al., 1996). Jako protektivní faktory naopak působí soudržnost rodiny, kladný vztah mezi rodičem a dítětem, společné

trávení času, zájem rodičů o své děti a vysoké nároky kladené na vzdělání a chování dítěte (Borowsky et al., 1999; Resnick et al., 1997).

Traumatické události a suicidalita

Stresující životní události

S dokonanou sebevraždou a suicidálními pokusy souvisí životní stresory jako např. interpersonální ztráty (např. rozchod s přítelkyní nebo přítelem) a problémy se zákonem či disciplinární problémy, a to dokonce po redukci psychopatologie a předchozích sociálních, rodinných a osobnostních faktorů (Beautrais, 1997, 2001; Brent et al., 1993; Gould et al., 1996). Prevalence specifických stresorů se u jedinců, kteří spáchali sebevraždu, liší podle věku: konflikt rodič – dítě je častější u mladších adolescentů, zatímco potíže romantického rázu jsou častější u starších adolescentů (Brent et al., 1999). Stresory se liší také v závislosti na psychiatrické poruše: interpersonální ztráty jsou častější u sebevrahů, kteří zneužívali návykové látky (Brent et al., 1993; Gould et al., 1996). Potíže se zákonem či disciplínou jsou častější u sebevrahů s poruchou chování.

Ztráta

Ztráta rodiče v důsledku úmrtí či rozvodu, nebo odloučení od jednoho či obou biologických rodičů je významným rizikovým faktorem dokonané sebevraždy (Agerbo et al., 2002; Brent et al., 1994; Groholt, Ekeberg, Wichstrom, et al., 1997). Lewinsohn et al. (1996) našel souvislost mezi ztrátou rodiče před dosažením dvanácti let věku a mnohočetnými suicidálními pokusy dítěte. U přátel a sourozenců adolescentů, kteří spáchali sebevraždu, se v důsledku této události projevilo zvýšené riziko deprese, ovšem nikoliv zvýšené riziko suicidálního chování (Brent, Moritz, Bridge, et al., 1996). U mladých dospělých, kteří v adolescenci zažili suicidium blízkého člověka (kamaráda), běžně přetrvávaly traumatické pocity žalu, spojené s pětinašobně zvýšeným rizikem suicidální ideace i po redukci deprese (Prigerson et al., 1999).

Šikana

Bylo prokázáno, že šikana, ať už na straně oběti či pachatele, také zvyšuje riziko suicidální ideace (Kaltiala-Heino et al., 1999). Klomek, Sourander, Niemelä, et al. (2009) zjistili, že u chlapců, kteří byli jak pachateli, tak oběťmi šikany, existuje vyšší pravděpodobnost suicidálního chování než u chlapců, u kterých se šikanující chování neprojevovalo, nebo u

chlapců, kteří byli pouze oběťmi. U dívek se efekt šikany projevil jiným způsobem; u těch dívek, které byly šikanovány, se suicidální chování projevilo s vyšší pravděpodobností než u těch, které nebyly ani pachatelkami, ani oběťmi.

Barker, Arseneault, Brendgen, et al. (2008) na základě delikvence a sebepoškozování v pozdní adolescenci zkoumal vývojové trajektorie šikany a viktimizace adolescentů. U chlapců i dívek bylo prokázáno, že ti, kteří byli na trajektorii pachatel-oběť, ve srovnání se svými vrstevníky stejného pohlaví na všech ostatních trajektoriích vykazovali významně vyšší míru sebepoškozování. Dívky na trajektorii pachatel-oběť se sebepoškozovaly častěji, než chlapci na této trajektorii.

Díky rozvoji technologií vznikl nový druh šikany - kyberšikana. Ke kyberšikaně může dojít prostřednictvím emailu, sms zpráv nebo mobilních telefonů a sociálních sítí. V současné době mohou být pachatelé kyberšikany ostatní adolescenti nebo dospělí. Nedávnými studiemi byl prokázán zřetelný vliv keberšikany na suicidální chování (Bannink, Broeren, et al., 2014; Litwiler, Brausch, 2013)

„Neukotvený život“

Mladiství, kteří se pohybují mimo záchytnou síť školy, zaměstnání a rodiny jsou pravděpodobně vysoce ohroženi suicidiem, zejména v kontextu dalších rizikových faktorů, které jen umocňují jejich „neukotvený“ status (Gould et al., 1996). Život v odloučení od rodičů je rizikovým faktorem suicidálního pokusu, a to i po redukci ostatních rizikových faktorů (Rey Gex et al., 1998). U adolescentů, kterým hrozí předčasné ukončení školní docházky, se projevuje řada indikátorů suicidálního rizika (Eggert, Thompson, Herting, et al., 1995). U mladistvých, kteří nedokončili studium nebo do školy na delší dobu přestali docházet, se riziko suicidálního pokusu zvyšuje (Beautrais, Joyce, Mulder, 1996; Wunderlich, Bronisch, Wittchen, 1998). Naopak kladný vztah ke studiu a školnímu úspěchu je dle všeho protektivním faktorem suicidálního chování (Borowsky et al., 1999; Resnick et al., 1997).

Fyzické a sexuální zneužívání - obecně

Fyzické a zejména sexuální zneužívání významně souvisí se suicidálním pokusem a dokonanou sebevraždou (Borowsky et al., 1999; Brent et al., 1999; Fergusson, Horwood, Lynskey, 1996; Molnar, Berkman, Buka, 2001; Pfeffer et al., 1994a; Wagner et al., 1995). Populačně atribuční riziko sexuálního zneužívání u suicidálních pokusů adolescentů se v populačních studiích odhaduje na 16,6 – 19,5%, přičemž riziko suicidálního chování roste se závažností sexuálního zneužívání (Brown, Cohen, Johnson, et al., 1999; Fergusson et al., 1996;

Johnson et al., 2002). Fergusson, Boden, Horwood (2007) zjistili, že expozice sexuálnímu a fyzickému zneužívání v dětství vede u jedinců ve věku 16 – 25 let k významnému nárůstu výskytu řady negativních důsledků pro duševní zdraví, a to včetně suicidální ideace a suicidálního chování. A dále zjistili, že **expozice sexuálnímu zneužívání v dětství má zhoubnější dopad na duševní zdraví než samotné fyzické zneužívání.**

Hlavní vliv sexuálního zneužívání na suicidální chování je sice pravděpodobně zprostředkován **zvýšeným rizikem psychopatologie** (Fergusson et al., 2000), na riziko i brzký výskyt suicidálního pokusu však mít i samostatný vliv, a to dokonce po úpravě zvýšeného rizika psychopatologie a ostatních faktorů (Borowsky et al., 1999; Grossman et al., 1991; Molnar et al., 2001; Rey Gex et al., 1998).

Při srovnání dětí z rozvedených rodin, kdy v jedné skupině děti zneužívány byly a v druhé skupině nikoliv, je u týraných dětí pravděpodobnost suicidálního pokusu v pozdějším životě statisticky významně vyšší (Afifi, Boman, Fleisher, et al., 2009). Tato souvislost je však po redukci psychopatologie rodičů méně významná.

Brezo (Brezo, Paris, Vitaro, et al., 2008) provedl longitudinální kohortovou studii, jejímž cílem bylo určit vztah mezi zneužíváním v dětství a pozdějšími suicidálními pokusy. U dětí, které zneužívány nebyly, byla prokázána nižší pravděpodobnost neletálního suicidálního chování, než tomu bylo u dětí, které zneužívány byly. Riziko suicidálního pokusu bylo vyvoláno také sexuálními zneužíváními blízkým členem rodiny, opakovanými incidenty sexuálního zneužití a vyšší závažností zneužívání.

Z jiné studie (Brent, Mann, 2005) vyplývá, že přibližně 50% sebevražedných pokusů u žen a 33% sebevražedných pokusů u mužů souvisí s nepříznivou zkušeností v dětství (dítě bylo zneužíváno fyzicky, sexuálně, nebo bylo svědkem domácího násilí). Je tedy zřejmé, že i mírné snížení počtu těchto nepříznivých zkušeností by mohlo mít výrazně pozitivní efekt na prevalenci suicidálních pokusů u všeobecné populace.

Efekt týrání a jeho vliv na suicidium se násobí v důsledku **mezigeneračního přenosu** týrání. Přenos suicidálního chování v rámci rodiny je pravděpodobnější, pokud byl rodič v dětství sexuálně zneužíván. Je tomu tak částečně proto, že takový rodič bude své dítě zneužívat s vyšší pravděpodobností, což pak u tohoto dítěte navyšuje riziko suicidálního pokusu (Brent et al., 2003). Zneužívání je tedy nejen rizikovým faktorem pro jedince, kteří byli v dětství zneužíváni, nýbrž i pro jejich potomky.

Fyzické zneužívání a suicidalita

Souvislost mezi fyzickým zneužíváním a suicidiem, která byla zjištěna v kontrolních psychologických studiích pitevních zpráv (Brent et al., 1994a, 1999), byla znovu potvrzena v prospektivních longitudinálních studiích komunit (Brown et al., 1999; Johnson et al., 2002; Silverman et al., 1996), což byl z metodologického hlediska ten nejpečlivější přístup k výzkumu této problematiky.

Bylo prokázáno (Johnson et al., 2002), že fyzické zneužívání v dětství je spojeno se zvýšeným rizikem suicidálního pokusu v pozdní adolescenci nebo rané dospělosti, dokonce i po úpravě demografických charakteristik, psychiatrických symptomů během dětství a rané adolescence a psychiatrických poruch u rodičů. Bylo zjištěno, že interpersonální potíže ve střední adolescenci, např. časté konflikty s dospělými a vrstevníky a neschopnost navázat blízký přátelský vztah zprostředkovávají vztah mezi zneužíváním v dětství a pozdějšími suicidálními pokusy. Johnson et al. (2002) přišli s myšlenkou, že děti, které jsou fyzicky zneužívány, by mohly mít potíže s rozvojem sociálních dovedností potřebných pro vytváření zdravých vztahů. Tyto potíže pak vedou k sociální izolaci a/nebo antagonistickým interakcím s ostatními, což u těchto dětí zvyšuje riziko suicidálního chování.

Salzinger, Rosario, Feldman et al. (2007) po dobu čtyř let sledovali dvě skupiny školáků z městského prostředí (čas 1: průměrný věk 10,5 let; čas 2: průměrný věk 16,5 roků). Autoři studie došli k závěru, že preadolescentní fyzické zneužívání je nezávislým prediktorem suicidální ideace a suicidálního pokusu. Tento výrazný vztah mezi fyzickým zneužíváním a suicidální ideací byl zprostředkován pouze internalizovaným problémovým chováním.

McHolm, MacMillan, Jamieson (2003) se zabývaly **vztahem mezi fyzickým zneužíváním v dětství a suicidalitou u žen trpících depresí**. Cílem jejich studie bylo prozkoumat rozšíření a determinanty suicidální ideace a suicidálních pokusů v komunitním vzorku žen trpících závažnou depresí. V centru zájmu studie bylo fyzické zneužívání v dětství, psychiatrická anamnéza jak rodinná, tak jednotlivců a sociodemografické faktory. Komunitní vzorek žen (ve věku 15 až 64 let), které splňovaly kritéria závažné depresivní poruchy (celoživotní výskyt) (N = 347), byl hodnocen pomocí upravené verze dotazníku *Composite International Diagnostic Interview*. Ke zjištění výskytu fyzického zneužívání v dětství byl použit sebehodnotící dotazník. Přibližně jedna čtvrtina žen (23,9%, N = 83) trpících závažnou depresí uvedla, že se v minulosti pokusila o sebevraždu a více než polovina (55,6%, N = 193) někdy měla suicidální myšlenky. Suicidální pokus v anamnéze měl největší souvislost s počtem komorbidních psychiatrických poruch (odds ratio 2,04). Suicidální myšlenky měly nejsilnější

souvislost s fyzickým zneužíváním v dětství (odds ratio = 2,77). Suicidální myšlenky a pokusy byly v rámci dotazníku udávány často ženami s anamnézou závažné deprese. Koreláty suicidálních pokusů se od korelátů suicidální ideace do určité míry lišily. Tyto závěry jsou klinicky významné, neboť mají vliv na identifikaci jedinců, kteří jsou suicidálním chováním ohroženi.

Sexuální zneužívání a suicidalita

V současné době existuje řada důkazů o závažném dlouhodobém dopadu sexuálního zneužívání v dětství (Johnson, 2004). Jedním z konkrétních důsledků dětského sexuálního zneužívání je zvýšená míra suicidality (Beckinsale, Martin, Clark, 1999; Bensley, Van Eenwyk, Spieker, et al. 1999; Martin, 1996; Gutierrez, Thakkar, Kuczen, 2000; Bifulco, Moran, Baines, 2002; Yen, Shea, Sanislow, 2004). Sexuální zneužívání v dotaznících častěji uvádějí ženy (Dinwiddie, Heath, Dunne, 2000; Wunderlich, Bronisch, Wittchen, et al., 2001; Walker, Carey, Mohr, et al., 2004). Vzhledem k tomu, že sexuální zneužívání i suicidální pokusy jsou častější u žen, je možné, že sexuální zneužívání k suicidálním pokusům přispívá (Bergen, Martin, Richardson, et al., 2003; Olf, Langeland, Draijer, et al., 2007).

Forma sexuálního zneužívání je zásadním faktorem, který ovlivňuje závažnost důsledků zneužívání pro dané dítě. Extrémnější formy zneužívání, tzn. použití násilí nebo penetrace, mají závažnější a dlouhodobější důsledky (Tyler, 2002) a vyvolávají vyšší míru distresu (Pillay, Schoubben Hesk, 2001). Závažnější forma dětského sexuálního zneužívání a zvýšená míra distresu také zvyšují závažnost suicidálního chování (Fergusson, Lynskey, Horwood, 1996; Lipschitz, Winegar, Nicolaou, et al., 1999).

Sexuální zneužívání, suicidalita a psychopatologie

Beautrais (2000) souhrnně zhodnotil rizikové faktory suicidality mladistvých a došel k závěru, že výraznými rizikovými faktory jsou duševní poruchy a nepříznivé zkušenosti v dětství, přičemž **odds ratio suicidálních pokusů se u sexuálně zneužívaných mladistvých ve srovnání s vrstevníky, kteří zneužívání nebyli, pohybuje od 1,5 do 11,8.**

Na základě rozsáhlého průzkumu provedeného ve Spojených státech (n = 5, 877, věkové rozmezí 15 až 54 let) došli Molnar, Berkman a Buka (2001) k závěru, že existuje **výrazná souvislost mezi dětským sexuálním zneužíváním a suicidálním chováním ovlivněným/zprostředkovaným psychopatologií**, přičemž pravděpodobnost suicidálního pokusu u sexuálně zneužívaných žen byla po redukci jiných nepříznivých zkušeností **dvakrát**

až čtyřikrát vyšší než u žen, které zneužívány nebyly. U mužů byla tato pravděpodobnost čtyřikrát až jedenáctkrát vyšší.

Australská průřezová studie (*cross-sectional study*, Martin, Bergen, Richardson, et al., 2004) se zabývala genderově specifickými vztahy mezi sexuálním zneužíváním v dětství a suicidalitou ve vzorku adolescentů (průměrný věk 14 let; N = 2,485). Bylo zjištěno, že u chlapců sexuální zneužívání výrazně a nezávisle souvisí se suicidálními myšlenkami, plány a hrozbami, se záměrným sebepoškozováním a suicidálními pokusy. U dívek byl vztah mezi sexuálním zneužíváním a suicidalitou plně zprostředkován depresí, beznadějí a dysfunkčním rodinným zázemím. **U dívek, které v dotazníku uvedly aktuální silný distres způsobený sexuálním zneužíváním, existovalo trojnásobně vyšší riziko sebevražedných myšlenek a plánů, než u dívek, které zneužívány nejsou.** U chlapců, kteří v dotazníku uvedli aktuální silný distres způsobený sexuálním zneužíváním, bylo zjištěno desetkrát vyšší riziko suicidálních plánů a ideací a patnáctkrát vyšší riziko suicidálního pokusu, než u chlapců, kteří zneužíváni nejsou. 55 % sexuálně zneužívaných chlapců se pokusilo o sebevraždu, zatímco u dívek to bylo 29%. **Distres vyplývající ze sexuálního zneužívání je spolu s depresí a beznadějí indikátorem zvýšeného rizika suicidálního chování jak u dívek, tak u chlapců.**

Randomizovaný průřezový průzkum (Bebbington, Cooper, Psych, et al., 2009) byl proveden na základě analýzy dat z Britského národního průzkumu psychiatrické morbidity (*British National Survey of Psychiatric Morbidity*) a obsahoval otázky týkající se fenoménu suicidality a sexuálního zneužívání. Jeho cílem bylo ověřit hypotézu, že suicidální pokusy u žen významně souvisí se sexuálním zneužíváním v anamnéze. Respondenti byli mužského a ženského pohlaví ve věku 16 až 74 let (N = 8,580). Bylo zjištěno, že **sexuální zneužívání mělo silnou souvislost se suicidálními pokusy a suicidálními záměry v anamnéze, a bylo častější u žen (odds ratio 9.6; u mužů odds ratio 6.6).** Riziko pro konkrétní populaci bylo významně vyšší u respondentů ženského pohlaví (28%), než mužského pohlaví (7%), což je ve shodě s tím, že **ženy jsou sexuálnímu zneužívání vystaveny častěji. Efekt sexuálního zneužívání na suicidální pokusy a suicidální záměry byl snížen pomocí redukce afektivních symptomů,** neboť bylo možno předpokládat, že tento efekt byl afektivními změnami pravděpodobně zprostředkován. Studie došla k závěru, že sexuální zneužívání je významným antecedentem suicidálního chování, a to zejména u žen.

Suicidalita u sexuálně zneužívaných dětí – longitudinální studie

Longitudinální studie komunit jsou z metodologického hlediska tím nejpečlivějším přístupem i k výzkumu **souvislosti mezi sexuálním zneužíváním dětí a následnou**

suicidalitou v důsledku závažných potíží spojenými s retrospektivními vzpomínkami. Ve dvou studiích (Fergusson et al., 1996; Silverman et al., 1996) tohoto typu bylo zjištěno, že mezi sexuálním zneužíváním v dětství a zvýšeným rizikem suicidálního chování v adolescenci existuje významný vztah. Sexuální zneužívání v dětství může souviset s rizikovými faktory sebevraždy (např. pokud rodiče zneužívají návykové látky) a proto je důležité takové faktory redukovat. Fergusson et al. (1996) zjistil, že souvislost mezi sexuálním zneužíváním v dětství a suicidalitou byla po redukci řady potenciálně matoucích faktorů výrazně snížena, avšak nikoliv eliminována. Z toho vyplývá, že zvýšené riziko sebevraždy způsobené sexuálním zneužíváním v dětství může být částečně, avšak nikoliv úplně, způsobeno i jinými faktory.

V rámci australské studie (Nelson, Heath, Madden, et al. 2002) s 1 991 mladými páry dvojčat stejného pohlaví (1 159 dvojčat - děvčat a 832 dvojčat - chlapců; průměrný věk 19,9 let), byla zkoumána souvislost mezi sexuálním zneužíváním v dětství a psychosociálními následky, přičemž byla provedena redukce rodinného prostředí. V této studii sexuální zneužívání v dětství uvedlo 16,7% dotazovaných žen a 5,4% mužů a bylo běžnější u těch respondentů, jejichž rodiče měli problémy s alkoholem. V dětství sexuálně zneužívaných žen bylo zaznamenáno významně zvýšené riziko depresivní epizody, suicidálního pokusu, poruchy chování, závislosti na alkoholu, závislosti na nikotinu, sociální úzkosti, znásilnění ve věku nad 18 let a rozvodu. U mužů byla statisticky významná většina takovýchto rizikových faktorů. Nejvyšší míra rizika suicidia souvisela se sexuálním zneužíváním, kde došlo k pohlavnímu styku.

Dvojče, které sexuálně zneužíváno nebylo (tj. takové, které takovou zkušenost popřelo, přičemž jejich sourozenec-dvojče zneužíván byl) mělo ve srovnání s jinými sexuálně nezneužívanými jedinci zvýšené riziko řady závažných následků, což naznačuje možnost korelace rizikových faktorů souvisejících s rodinným prostředím. **Dvojče, které sexuálně zneužíváno bylo** (tj. takové, které takovou zkušenost v rozhovoru přiznalo, přičemž jejich sourozenec-dvojče zneužíván nebyl), **mělo významně vyšší riziko všech osmi zkoumaných negativních důsledků, než jejich sourozenec-dvojče.** Studie dospěla k jednoznačnému závěru, že pokud daný jedinec při dotazování uvedl, že byl v dětství sexuálně zneužíván, existuje u něj zvýšené riziko negativních důsledků, a to i po snížení rizik v rodinném prostředí. Distres vyplývající ze sexuálního zneužívání je spolu s depresí a beznadějí indikátorem zvýšeného rizika suicidálního chování jak u dívek, tak u chlapců.

Traumatizace, suicidalita a důsledky pro zdravotní péči

Lipschitz, Winegar, Nicolau et al. (1999) vyhodnocovali **relativní riziko suicidálního chování (pokusy, myšlenky a sebepoškození) u adolescentů hospitalizovaných v psychiatrické nemocnici, kteří měli v anamnéze různé typy zneužívání (sexuální, fyzické a emoční) a zanedbávání (fyzické a emoční)**. Sebehodnotící dotazník na téma zneužívání a zanedbávání, současných suicidálních ideací a dosavadních suicidálních pokusů a sebepoškození, vyplnilo sedmdesát jedna hospitalizovaných adolescentů (34 chlapců, 37 dívek). Prevalence sexuálního a fyzického zneužívání byla 37,5% u chlapců a 43,7% u dívek, přičemž 31,3% chlapců a 61% dívek udávalo, že byli emočně a fyzicky zanedbáváni. Dále, 51% procent mladistvých se pokusilo o sebevraždu a 39% se sebepoškozovalo. Mladiství, kteří se pokusili o sebevraždu, byli s významně vyšší pravděpodobností **ženy**, a s významně vyšší pravděpodobností byli **sexuálně, fyzicky a emočně zneužíváni a emočně zanedbáváni**. V multivariačních analýzách byli významnými prediktory sebepoškození a suicidální ideace: ženské pohlaví, sexuální zneužívání a emoční zanedbávání. Významnými prediktory suicidálních pokusů bylo: ženské pohlaví a sexuální zneužívání. Ze závěrů studie vyplynulo, že **emoční zanedbávání** je významnou a zhoubnou součástí zkušeností s týráním a může být **silnějším prediktorem suicidálního chování** u hospitalizovaných adolescentů než fyzické zneužívání, emoční zneužívání a fyzické zanedbávání.

Ystgaard, Hestetun, Loeb, et al. (2004) se ve své studii zabývali otázkou, zda existuje specifický **vztah mezi sexuálním a fyzickým zneužíváním v dětství a opakovaným suicidální rizikovým chováním** 74 respondentů výzkumu (65% tvořily ženy) bylo přijato do všeobecné nemocnice po suicidálním pokusu. V rámci příjmového rozhovoru byli dotazováni na předchozí suicidální pokusy, sebepoškození a na to, zda mají některou z diagnóz zahrnutou v DSM-IV. Sexuální zneužívání, fyzické zneužívání, zanedbávání, antipatie ze strany rodičů, ztráta rodičů a závažné neshody v rodině před dosažením věku osmnácti let byly hodnoceny pomocí dotazníku *Childhood Experience of Care and Abuse*. Prevalence závažného sexuálního zneužívání byla 35%, závažného fyzického zneužívání 18%, zanedbávání 27%, antipatie ze strany rodičů 34%, ztráty pečující osoby 37% a expozice domácímu násilí 31%. Po redukci efektu dalších nepříznivých faktorů z dětství bylo **fyzické a sexuální zneužívání s opakovanými suicidálními pokusy spojeno nezávisle na sobě**. Souvislost chronického suicidálního chování s jinou nepříznivou událostí v dětství nebyla nalezena. **Odds ratio expozice sexuálnímu či fyzickému zneužívání bylo nejvyšší mezi těmi jedinci, kteří se opakovaně pokoušeli o sebevraždu a sebepoškozovali se**. Studie došla k závěru, že jak

fyzické tak sexuální zneužívání je významně a nezávisle na sobě spojeno s opakovaným suicidálním chováním.

Duševní poruchy a suicidalita

Uvádí se, že více než 90% mladistvých sebevrahů mělo alespoň jednu závažnou psychiatrickou poruchu. U mladších adolescentů, kteří spáchali sebevraždu, je míra psychopatologie nižší, průměrně kolem 60% (Beautrais, 2001; Brent et al., 1999; Shaffer et al., 1996). **Přítomnost psychiatrické poruchy zvyšuje suicidální riziko devítinásobně** (Brent et al., 1993; Marttunen, Aro, Henriksson, et al., 1991; Shaffer et al., 1996). U přibližně 80% zaznamenaných suicidálních pokusů je přítomna určitá psychopatologie (Andrews Lewinsohn, 1992; Beautrais, Joyce, Mulder, 1998; Fergusson, Lynskey, 1995; Gould et al., 1998; Reinherz et al., 1995). Chroničnost a závažnost poruchy suicidální riziko dále navyšuje (Brent et al., 1993).

Duševní poruchy, suicidalita a rozdíly mezi pohlavími

Z kontrolních studií dokonanych sebevražd vyplývá, že jak u chlapců, tak u dívek (Brent et al., 1999; Shaffer et al., 1996) jsou rizikové faktory podobné, ovšem výrazné rozdíly jsou v jejich relativní závažnosti (Shaffer et al., 1996). U dívek je nejvýraznějším rizikovým faktorem přítomnost závažné **deprese**, která dle dat z některých studií, **zvyšuje riziko sebevraždy až dvacetkrát** (Shaffer et al., 1996). Druhým nejzávažnějším faktorem, který riziko sebevraždy významně navyšuje, je **předchozí suicidální pokus**. U chlapců je předchozí suicidální pokus nejvýznamnějším prediktorem, neboť míru suicidality navyšuje více než třicetkrát (Brent et al., 1999). Následuje deprese, zneužívání návykových látek (alkoholu nebo drog), a poruchy chování (Brent et al., 1993; Shaffer et al., 1996). Poruchy chování se u náctiletých chlapců, kteří spáchají sebevraždu, vyskytují často.

Deprese

Depresivní poruchy patří u adolescentů, kteří spáchají sebevraždu, konzistentně k nejčastějším poruchám. Na základě psychologického zhodnocení pitevních zpráv bylo prokázáno, že u adolescentů existuje mezi klinickou depresí a sebevraždou významná souvislost. **Až 60% adolescentů, kteří spáchali sebevraždu**, mělo v době smrti **depresivní poruchu** (Brent, Baugher, Bridge, et al., 1999; Shaffer, Gould, Fisher, 1996, Marttunen et al., 1991). Kromě toho 40 až 80% adolescentů splňuje v době, kdy se o sebevraždu pokusili,

diagnostická kritéria deprese (Gould, King, Greenwald, et al. 1998; Beautrais, Joyce, Mulder, 1998). Deprese je hlavním prediktorem suicidální ideace (Gould, King, Greenwald, et al. 1998; Reinherz, Giaconia, Silverman, et al., 1995).

Zvýšené riziko sebevraždy (odds ratio) se u adolescentů trpících afektivními poruchami pohybuje mezi 11 a 27 (Brent et al., 1993a; Groholt et al., 1998; Shaffer et al., 1996). U žen, které spáchaly sebevraždu, je vyšší pravděpodobnost předchozího výskytu afektivní poruchy, než u mužů, kteří spáchali sebevraždu. (Brent et al., 1999; Shaffer et al., 1996).

V klinických vzorcích má suicidální myšlenky až 85% pacientů se závažnou depresivní poruchou (*major depressive disorder*, MDD) či dystymií a 32% se někdy během adolescence či dospělosti pokusí o sebevraždu (Kovacs, Goldston, Gatsonis, 1993), 20% se o sebevraždu pokusí více než jednou (Harrington, Bredenkamp, Groothues, 1994) a do dosažení rané dospělosti sebevraždu dokoná 2,5 až 7% (Harrington, Fudge, Rutter, et al., 1990). Bylo prokázáno, že kombinace předchozího suicidálního chování a deprese zvyšuje riziko dalšího suicidálního pokusu (Pfeffer, Klerman, Hurt, 1993; Brent, Kolko, Wartella, 1993) a sebevraždy (Brent, Baugher, Bridge, 1999). Suicidální myšlenky během adolescence významně zvyšují riziko psychiatrických problémů v dospělosti a jsou jakousi vstupní branou k suicidálním pokusům a sebevraždě (Reinherz, Giaconia, Silverman, 1995; Herba, Ferdinand, Verhulst, 2007).

Souvislost mezi poruchami nálady, suicidálním pokusem a dokonanou sebevraždou byla potvrzena i longitudinálními studii. Fergusson, Boden, Horwood (2007) se ve svém výzkumu zabývali tím, jaký dopad mají na jedince ve věku 21 – 25 let opakované epizody závažné deprese, které prožívali během adolescence. Autoři využili data získaná na základě pětadvacetiletého longitudinálního výzkumu novozélandských dětí. Bylo zjištěno, že mezi počtem depresivních epizod ve věku 16 – 21 let a nepříznivými následky v dospělosti, včetně suicidální ideace a suicidálních pokusů, existuje vztah množství-reakce. Toto zjištění platí i po provedení redukce potenciálních rušivých faktorů.

Weissman, Wolk, Goldstein et al. (1999) provedli prospektivní studii dvou skupin dospělých, kde první skupina byla tvořena jedinci, u kterých se v adolescenci projevila závažná epizoda deprese (*Major depressive disorder MDD*) a do druhé skupiny byli zařazeni jedinci, u kterých nebylo známo, že by v minulosti či současnosti trpěli nějakou psychiatrickou poruchou. V první skupině dosahovala mortalita v důsledku sebevraždy 10 a více let po nástupu MDD 7,7%, ve druhé skupině 0%, přičemž riziko prvního suicidálního pokusu vzrostlo pětinasobně.

Bipolární porucha

Bipolární porucha, zejména smíšená, byla v některých studiích vyhodnocena jako **rizikový faktor dokonané sebevraždy** (Brent et al., 1993), i když v jiných studiích jejich autoři k takovému závěru nedošli (Marttunen et al., 1991; Shaffer et al., 1996). V epidemiologických a klinických vzorcích však bipolární porucha riziko suicidálního pokusu výrazně navyšovala (Goldstein, Birmaher, Axelson, et al., 2005; Lewinsohn, Klein, Seeley, 1995).

Úzkostná porucha

Úzkostné poruchy mají souvislost se suicidalitou a suicidálními pokusy mladistvých, ačkoliv autoři některých studií došli k závěru, že po redukci poruchy nálady a jiných zdravotních potíží (Shaffer et al., 1996) se riziko suicidality snižuje. Přesto platí, že panické záchvaty mohou riziko suicidálního chování zvyšovat, a to i po redukci poruch nálady a jiných poruch (Gould et al., 1998; Pilowsky, Wu, Anthony, 1999).

Posttraumatická stresová porucha

Míra výskytu posttraumatické stresové poruchy (PTSP) mezi mladistvými, kteří spáchali sebevraždu, dosud nebyla zkoumána v rámci psychologických hodnocení pitevních zpráv (Bridge, Goldstein, Brent, 2006). Na základě studií školou povinných dětí bylo zjištěno, že symptomatologie **PTSP zvyšuje riziko výskytu akutní suicidální ideace a zkušenosti se suicidálním pokusem, a to dokonce po provedení redukce deprese a pohlaví** (Mazza, 2000).

V rámci longitudinální studie na téma suicidální ideace a suicidálních pokusů byla zjištěna souvislost mezi raným nástupem PTSP a suicidálním pokusem v pozdějším životě. Nebyla však zjištěna souvislost mezi suicidálním pokusem a souběžným průběhem PTSP (Reinherz et al., 1995).

U dospělých je souvislost mezi PTSP a suicidálním chováním pacientů, u kterých někdy během života došlo k výskytu těžké deprese, patrně zprostředkována četností komorbidního výskytu poruch osobnosti (Oquendo et al., 2005).

Poruchy chování

Poruchy chování navyšují riziko suicidálního chování, představují **3 – 6 krát větší riziko sebevraždy** mladistvých, jak v případových–kontrolních studiích, tak v longitudinálních studiích (Andrews, Lewinsohn, 1992; Beautrais et al., 1998; Fergusson, Lynskey, 1995; Garrison, McKeown, Valois, et al., 1993; Reinherz et al., 1995).

Zhruba třetina sebevrahů mužského pohlaví měla poruchu chování, často komorbidní s poruchami nálady, úzkostnou poruchou a poruchou zneužívání látek (Brent et al., 1993; Shaffer et al., 1996). U jedinců s **poruchami chování v kombinaci s aktuálně probíhajícím zneužíváním návykových látek** existuje **vyšší pravděpodobnost suicidia** (Allebeck, Allgulander, 1990; Brent et al., 1993; Groholt et al., 1998; Renaud et al., 1999; Shaffer et al., 1996).

Poruchy vyvolané užíváním návykových látek

Zneužívání návykových látek (alkohol/drogy) hraje v souvislosti se suicidalitou mladistvých významnou roli. Zejména to platí pro starší adolescenty mužského pohlaví, a to pokud se u nich zneužívání návykových látek vyskytuje spolu s některou poruchou nálady nebo poruchami chování (Allebeck & Allgulander, 1990; Brent et al., 1999; Renaud, Brent, Birmaher, et al., 1999). Ve výzkumech se konzistentně potvrzuje vysoká prevalence komorbidity afektivní poruchy a poruchy zneužívání návykových látek (Brent et al., 1993; Shaffer et al., 1996).

Většina studií provedených v USA označuje zneužívání návykových látek za hlavní rizikový faktor suicidality především u mužů. Marttunen et al. (1991) však ve své studii provedené ve Finsku zjistil, že u mužů a žen je míra rizika srovnatelná.

Zneužívání návykových látek představuje rizikový faktor také pro suicidální pokus, a to zejména u starších jedinců (Andrews, Lewinsohn, 1992; Beautrais et al., 1998; Fergusson, Lynskey, 1995; Gould et al., 1998; Reinherz et al., 1995).

U jedinců, kteří se o sebevraždu pokusí, existuje vyšší pravděpodobnost zneužívání návykových látek, či poruch vyvolaných zneužíváním těchto látek, než je tomu u jedinců, kteří se sebevraždou zabývají pouze v myšlenkách (Gould et al., 1998). Z toho vyplývá, že zneužívání návykových látek může usnadnit přechod od myšlenek k činům.

Aseltine, Schilling, James, et al. (2009) se zabývali výzkumem vztahu mezi těžkým epizodickým pitím alkoholu (*heavy episodic drinking*) a suicidálními pokusy adolescentů. Došli ke zjištění, že u adolescentů ve věku 13 let a méně, kteří nárazově nadměrně konzumovali alkohol, existovalo 2,6 krát vyšší riziko suicidálního pokusu, než u jejich vrstevníků, kteří s nárazovým pitím problém neměli. Ve věkové skupině 18 a výš zvyšovala nárazová nadměrná konzumace alkoholu riziko suicidálního pokusu 1,2 krát. Schilling, Aseltine, Glanovsky, et al. (2009) ve své studii zjistili, že konzumace alkoholu během období depresivního prožívání riziko suicidálního pokusu zvyšuje trojnásobně.

Poruchy příjmu potravy

Suicidální chování a sebepoškození se vyskytuje poměrně velmi často u dětských a adolescentních pacientů s poruchou příjmu potravy (Favaro, Santonastaso, 1997; Fennig, Hadas, 2010; Mayes, Fernandez-Mendoza, Baweja, 2014; Pompili, Girardi, Tatarelli, 2006). Výsledky mnoha studií varují v závislosti na skupině pacientů s poruchou příjmu potravy, na to, zda se jedná o mentální anorexii či bulimii, délce trvání poruchy, komorbiditě s depresí, poruchou osobnosti nebo návykovými látkami. Výsledky také závisí na tom, zda pacienti byli vyšetřeni ambulantně či v průběhu nemocniční hospitalizace. Nedávné studie ukazují vysokou prevalenci suicidia u mentální anorexie (Franko, Keel, 2006). Prevalence suicidálních pokusů se pohybuje v rozmezí od 3 do 20%. Například Bulik, Thornton, Pinheiro, et al. (2008) zkoumal prevalenci suicidálního pokusu u mentální anorexie a zjistil, že 16,9% jedinců s mentální anorexií se pokusilo o sebevraždu v průběhu svého života.

V rámci meta-analýzy výskytu sebevražd u pacientů trpících anorexií byl zjištěn **osminásobný nárůst mortality** v důsledku sebevraždy ve věkové skupině 14 – 25 let, a to ve srovnání s průměrným počtem sebevražd v dané věkové skupině v rámci všeobecné populace (Pompili, Mancinelli, Girardi, Ruberto, & Tatarelli, 2004).

Zároveň platí, že ženy, které se pokusily o sebevraždu, mají s vyšší mírou pravděpodobnosti nestandardní stravovací návyky, včetně poruch příjmu potravy (Andrews & Lewinsohn, 1992; Borowsky et al., 2001).

V českém kontextu o suicidalitě dětských a adolescentních pacientů s poruchou příjmu potravy věnuje Koutek, Kocourková, Dudová (2016).

Schizofrenie

Míra suicidality se výrazně navyšuje v důsledku schizofrenie. Tato porucha se však v dané věkové skupině vyskytuje jen vzácně a je tak příčinou sebevraždy jen u malého počtu dětí a adolescentů. Zdravotníci, kteří pečují o schizofrenní pacienty, by si i tak měli být vědomi toho, že u takových dětských a adolescentních pacientů existuje zvýšené suicidální riziko (Allebeck, Allgulander, Fisher, 1988; Kotila Lonnqvist, 1989. Shaffer, Pfeffer, 2001).

Psychiatrická komorbidita

Z psychologických hodnocení pitevních zpráv vyplývá, že až 70% mladistvých, kteří spáchali sebevraždu, mělo mnoho komorbidních poruch, přičemž riziko dokonané sebevraždy s počtem těchto komorbidních poruch roste (Brent et al., 1999; Shaffer et al., 1996). Vysoká míra komorbidit byla zjištěna také u mladistvých, kteří se o sebevraždu pokusili (Beautrais et

al., 1998; Brent et al., 1993; Fergusson, Lynskey, 1995; Gould et al., 1998; Lewinsohn et al., 1996; Reinherz et al., 1995). Pro suicidalitu a suicidální chování je obzvláště **závažná kombinace poruch nálady, chování a poruch, které jsou důsledkem zneužívání návykových látek** (Brent et al., 1999; Gould et al., 1998; Lewinsohn et al., 1996; Renaud et al., 1999; Shaffer et al., 1996).

Impulsivita

Většina sebevražd adolescentů je patrně **impulzivních** (Shaffer, Pfeffer, 2001; Bridge, Goldstein, Brent, 2006) a to i přesto, že někteří adolescenti - zejména dívky, které trpí depresivní poruchou očividně, o sebevraždě již nějakou dobu uvažují a často již podnikli určitou přípravu na smrt. Mnoho dětí a adolescentů, kteří spáchali sebevraždu, bylo zjevně podrážděných, impulsivních, náladových a se sklonem k výbuchům agrese. I když je třeba konstatovat, že tento vzorec chování však zdaleka není univerzální.

Spojitost impulzivity s adolescentním suicidálním chováním odhalují mnohé výzkumné studie (Kashden, Fremouw, Callahan, & Franzen, 1993; Kingsbury, Hawton, Steinhardt, & James, 1999), i když je tato spojitost do určité míry oslabena, pokud je brána v potaz beznaděj, neuroticismus, externí locus of control, nízké sebehodnocení a extroverze (Beautrais et al., 1999). Mnoho adolescentních suicidálních pokusů vykazuje relativně málo plánování a proto prevence suicidalitu u impulsivní podskupiny by se měla zaměřit na omezení těchto adolescentů k přístupu k letálním prostředkům (Brent et al., 1999, 1993; Gunnell, Murray, & Hawton, 2000).

Předchozí suicidální pokusy

Předchozí suicidální pokus je jedním z nejvýznamnějších **prediktorů dokonané sebevraždy**, přičemž zejména vysoké riziko existuje u chlapců (třicetinásobný nárůst) a již méně vysoké riziko u dívek (trojnásobný nárůst) (Shaffer et al., 1996). Jedna čtvrtina až jedna třetina mladých sebevrahů se již někdy v minulosti o sebevraždu pokusila (Groholt et al., 1997). Srovnatelně významný vztah mezi suicidálním chováním v anamnéze a budoucími pokusy vyšel i na základě průzkumů všeobecné populace, v longitudinálních studiích a klinických vzorcích, přičemž riziko dalšího suicidálního pokusu bylo u těch jedinců, kteří se o sebevraždu již někdy v minulosti pokusili, třikrát až sedmáctkrát vyšší (Gould, et al., 2003).

Výzkumné otázky

Hlavní výzkumná otázka

1. Jak souvisí traumatizace s psychopatologií adolescentních psychiatrických pacientek?

1a) Hypotéza: U všech dívek v souboru se objevuje psychopatologie na úrovni sebeuposouzení chování či osobnosti. Lze předpokládat, že pacientky, které byly vystaveny vyšší míře traumatizace (z hlediska počtu traumat, ale i jejich závažnosti) budou vykazovat vyšší míru psychopatologie.

Dílčí výzkumné otázky:

2. Jaký je rozsah (interpersonálních) traumatických zkušeností hospitalizovaných adolescentních pacientek?

2a) Hypotéza: Všechny adolescentní pacientky v našem souboru mají zkušenost s traumatem (interpersonální povahy).

3. Lze identifikovat skupinu tzv. polytraumatizovaných dívek ve výzkumném souboru?

3a) Hypotéza: Ve výzkumném souboru se vyskytují dívky, které byly vystaveny takovému množství traumat, že u nich lze identifikovat symptomatologii odpovídající polytraumatizaci.

4. Jsou polytraumatizované dívky vystaveny závažnějším typům traumatických zkušeností než mírně traumatizované?

4a) Hypotéza: Polytraumatizované dívky uvádějí závažnější traumata než dívky vystavené jednomu až dvěma traumatům.

5. Dochází s nárůstem traumatických zkušeností k nárůstu psychického distresu, resp. psychopatologie (posttraumatické stresové symptomy, internalizované a externalizované symptomy, deprese, suicidalita)?

5a) Hypotéza: S nárůstem traumatických zkušeností u dívek z našeho souboru se ve větší míře objevuje posttraumatická symptomatologie.

5b) Hypotéza: S nárůstem traumatických zkušeností u dívek z našeho souboru se ve větší míře objevují internalizované problémy v chování.

5c) Hypotéza: S nárůstem traumatických zkušeností uvádějí dívky z našeho souboru vyšší míru prožívané deprese.

5d) Hypotéza: S nárůstem traumatických zkušeností u dívek z našeho souboru se ve větší míře objevují externalizované problémy v chování.

5e) Hypotéza: S nárůstem traumatických zkušeností uvádějí dívky z našeho souboru více suicidálních ideací a pokusů.

5f) Hypotéza: Depresivní prožívání dívek z výzkumného souboru významně souvisí s jejich suicidálními ideacemi a pokusy.

Popis výzkumného vzorku, terapeutického kontextu a specifického sběru výzkumných dat

Současný výzkum byl realizován v Dětské psychiatrické nemocnici, která je zaměřena jak na akutní, tak i dlouhodobou péči, což je jeden z klíčových faktorů, neboť standardní podmínky psychiatrických nemocnic umožňují maximální délku hospitalizace cca do 6-12 týdnů a tato doba u těžkých pacientů není pro léčbu dostatečná. Výzkum byl realizován na podkladě dlouhodobé psychoterapeutické práce s hospitalizovanými adolescentními pacientkami, kdy jsme společně s kolegyní MUDr. Schmidtovou vedli od roku 2009 do současnosti. Do skupinové psychoterapie byly zařazovány všechny dívky ve věku 12-17 let, které byli hospitalizovány na dorostovém oddělení. Jedinými vylučujícími kritérii pro zařazení do skupinové (a individuální) psychoterapie byla u dívek přítomnost mentálního deficitu, autistické poruchy a psychotické poruchy schizofrenního okruhu.

Na počátku psychoterapeutické práce jsme se pokusili o koedukovanou skupinu, zařadit do psychoterapeutické skupiny i chlapce. Ale záhy se ukázalo, že není možné psychoterapeuticky pracovat s oběma pohlavími, neboť docházelo při skupinové práci k různým nežádoucím jevům, které rušily, až blokovaly kvalitní práci adolescentů na skupině.

V průběhu psychoterapeutické práce postupně začala krystalizovat skutečnost, že pokud je v Dětské psychiatrické nemocnici hospitalizována dívka ve věku 13-17 let s normálním intelektem (bez autistické poruchy či psychotického onemocnění), tak je velmi pravděpodobně masivně traumatizována. Po navození pocitu bezpečí na psychoterapeutické skupině se dívky otevíraly a mluvily o svých těžkých traumatických zkušenostech. V průběhu naší práce jsme pozorovali, že pokud dívky postupně hovořily o svých traumatických zážitcích a začaly je v rámci psychoterapeutického procesu zpracovávat, tak se jejich klinické projevy zmírňovaly, včetně problémového chování dívek (jak na stanici v průběhu hospitalizace, tak v rodině v průběhu návštěv a propustek). Čím bylo závažnější postižení dívky traumatickou zkušeností, čím bylo událostí více a čím více se staly v nižším věku, tím bylo zapotřebí delší doby k jejich psychoterapeutickému zpracování.

O svých extrémně těžkých zkušenostech traumatizované dívky často hned po nástupu do hospitalizace, ale často až s několikaměsíčním odstupem ve chvíli, kdy získaly dostatečnou důvěru v terapeuta. Do té doby spíše vykazovaly pro nezávislého pozorovatele nepochopitelné, problémové chování, které často bylo tím primárním důvodem hospitalizace.

Inspiraci pro naši klinickou psychoterapeutickou práci jsme hledali v odborné literatuře věnující se problematice diagnostice a psychoterapii Komplexní posttraumatické stresové poruchy a Vývojové traumatické poruše. Na základě našich klinických zkušeností a odborné literatury jsme se naší práci snažili maximálně zefektivnit a zacílit, tak abychom této skupině pacientek mohly psychoterapeuticky účinně pomoci. V průběhu psychoterapie také docházelo k dočasným, přechodným dekompenzacím psychického stavu dívek (úzkostným, afektivním raptům) ve spojitosti s verbalizací traumatických zkušeností, především na počátku psychoterapeutického procesu dívky. Aby byly tyto negativní efekty minimalizovány, začali jsme v rámci psychoterapie s každou jednotlivou dívkou používat model třífázové psychoterapie. Dále byla zapotřebí důkladná edukace středního zdravotnického personálu o principech psychoterapeutické a zdravotnické práce s mnohočetně traumatizovanými dívkami.

V rámci léčby v Dětské psychiatrické nemocnici se dívky účastnily režimové léčby stanice. Velká část dívek vzhledem k jejich zdravotnímu stavu byla léčena psychofarmaky. Kromě skupinové psychoterapie se dívky dále účastnily individuální psychoterapie. Všechny dívky v rámci léčby docházely do Základní školy při nemocnici, některé dívky se výběrově podle indikace lékaře dále účastnili rehabilitace, ergoterapie, arteterapie, muzikoterapie, hippoterapie.

Všem dívkám ve výzkumném souboru byly mnou a kolegyní MUDr. Jana Schmidtovou prezentovány dotazníky v tomto terapeutickém kontextu a dále v kontextu psychiatrického a psychologického vyšetření. Dotazníky byly dívkám prezentovány individuálně v rámci širší výzkumné baterie. Dívky v dotaznících odpovídaly na pro ně subjektivně citlivé otázky - traumatické zážitky, které se jim v minulosti staly, což vyžadovalo velmi citlivý a specifický přístup při diagnostické práci s těmito dívkami. Dotazníky byly dívkám prezentovány v momentě, kdy byly schopny ze zdravotních důvodů s nimi pracovat. Některé dívky byly do hospitalizace přijaty v závažně dekompenzovaném psychickém stavu a tak jim nebylo možné dotazníky prezentovat v prvních týdnech hospitalizace, ale až s delším časovým odstupem. Informace poskytnuté dívkami v dotaznících byly dále používány v rámci psychoterapeutické práce s nimi. Sběr dat byl realizován v průběhu tří let – od roku 2012 do roku 2015. Data dotazníků byla v následné výzkumné práci anonymizována tak, aby kromě administrátorů dotazníků nebyl nikdo další schopen rozpoznat identitu dívek.

Studie zaměřená na validitu a reliabilitu použitých metod (Urbánek, Čermák, Štěpánek, Schmidtová, 2016) potvrdila, že psychometrické charakteristiky dotazníků u tohoto specifického klinického souboru jsou více než jen uspokojivé, pravděpodobně především díky tomu, že vyšetřování dívek bylo prováděno v kontextu terapie.

Výzkumné metody

Inventář raného traumatu

Inventář raného traumatu (Early Trauma Inventory – ETI; Bremner, Vermetten, Mazure, 2000) je polostrukturovaný dotazník, který kromě fyzického, emočního a sexuálního zneužívání hodnotí i všeobecné traumatické zkušenosti. Nejzávažnějšímu traumatu se následně věnuje v doplňující otázce. U každé položky musí administrátor vyhodnotit frekvenci zneužívání/traumatu, dále musí vyhodnotit jeho počátek a ukončení a konečně pachatele/příčinu zneužívání/traumatu. Inventář obsahuje 56 položek a jeho administrace trvá 1 hodinu či méně.

Autoři Inventáře raného traumatu (ETI) se při jeho vývoji jej snažili odlišit od ostatních dosavadně užívaných diagnostických nástrojů v několika ohledech. Předchozí diagnostické nástroje neměřili dopad traumatu na daného jedince, ani věk začátku traumatizace. Některé předchozí diagnostické nástroje neměřili frekvenci či délku trvání traumatu. Dotazník ETI kromě zneužívání v dětství měří i jiné traumatické události, ke kterým dochází v dětství, např. smrt rodiče. Autoři dotazníku ve své studii (Bremner, Vermetten, Mazure, 2000) došli k závěru, že ETI je komplexní hodnotící nástroj s dobrými psychometrickými vlastnostmi (reliabilita: $r_{0.99}$; vnitřní konzistence: Cronbach_0.95). Dále byla zaznamenána korelace se symptomatologickou škálou PTSP (the Civilian Mississippi Scale) 0,78, což svědčí o validitě tohoto nástroje. I přes uvedené klady autoři dotazníku ve své studii upozorňují na určité jeho limity: 1) trvá jednu hodinu, 2) respondenti se mohou vyhnout tomu, aby o svých zkušenostech mluvili tváří v tvář a 3) test musí administrovat školený personál. S ohledem na tyto nedostatky byla vyvinuta sebehodnotící verze a následně také její zkrácená varianta.

Vzhledem k těmto nedostatkům Bremner Bolus, Mayer (2007) následně vytvořili sebehodnotící verzi tohoto dotazníku: *Inventář raného traumatu – sebehodnotící verze* (ETI-SR), která by byla validní a z hlediska administrace jednoduchá. V rámci studie bylo pomocí ETI-SR hodnoceno 288 jedinců. Někteří z nich trpěli traumatem a psychiatrickými poruchami, někteří nikoliv. Tato verze dotazníku má 62 položek a hodnotí četnost výskytu, věk začátku zneužívání (ptá se, zda zneužívání začalo ve věku 0 až 5, 6 až 11 nebo 12 až 18 let), typ pachatele a dopad na daného jedince. ETI-SR je založen na formátu ETI, který obsahuje čtyři typy traumatických událostí v dětství: všeobecné trauma (31 položek), fyzické (9 položek), emoční (7 položek) a sexuální zneužívání (15 položek). Fyzické zneužívání je definováno jako fyzický kontakt, omezení vývoje a pohybu s úmyslem ublížit či zranit. Emoční zneužívání je

verbální komunikace s cílem ponižit a pokořit oběť. Sexuální zneužívání je nežádoucí sexuální kontakt uskutečněný výhradně za účelem uspokojení pachatele nebo za účelem ovládnutí či ponižení oběti. Pojem všeobecné traumatické události zastřešuje celou řadu stresujících a traumatických událostí, které se většinou odehrávají paralelně s výše uvedenými událostmi. V závěru sekce věnované každému ze čtyř výše uvedených typů traumatizace jsou uvedeny otázky týkající se aktuálního dopadu na daného jedince v oblasti sociální, pracovní a emoční. ETI-SR je možno administrovat za třicet minut či méně a může být využit jak pro klinické tak pro výzkumné účely. U tohoto dotazníku byla zjištěna dobrá validita a interní konzistence. Na základě provedených analýz autoři dotazníku konstatují, že ETI-SR je validním měřicím nástrojem raného traumatu a který by mohl být využit v klinických výzkumných studiích i v praxi.

Paralelně s tvorbou ETI-SR (Bremner, Bolus, Mayer, 2007) autoři vyvinuli zkrácenou variantu tohoto dotazníku: ***Inventář raného traumatu – sebehodnotící verze – zkrácená verze (ETI-SR-SF)***. ETI-SR-SF sestává z 27 položek rozčleněných do již výše uvedených 4 typů traumatizace. Hodnotí traumatizaci, ke které došlo před dosažením věku osmnácti let. Na každou položku je možno odpovědět „ano“ (označeno číslem 1) nebo „ne“ (označeno nulou). Na závěr dotazníku jsou uvedeny tři dodatečné položky, z nichž jedna se táže, která z událostí měla nejzávažnější dopad na život respondenta a zbývající dvě měří následnou reakci, tj. strach či depersonalizaci. Bylo prokázáno, že dotazník ETI-SR-SF významně predikuje suicidální ideace u studentů medicíny (Jeon, Roh, Kim et al., 2009) a vykazuje velmi dobrou validitu a reliabilitu ve výzkumech na vojenské populaci (Rademaker, Vermetten, Geuze, 2008). Dále byl použit na studentské populaci při výzkumech vztahu mezi: obecnou traumatizací, alexythimií a rizikem abúzu alkoholu (Bujarski, Klanecky, McChargue, 2010); sexuálním zneužíváním v dětství, disociací a abúzem alkoholu (Klanecky, Harrington, McChargue, 2008); sexuálním zneužíváním v dětství, začátkem abúzu cigaret a užíváním návykových látek (Klanecky, Salvi, McChargue, 2009).

V našem výzkumném souboru reliabilita u jednotlivých škál dotazníku ETI-SR-SF byla zjištěna následovně: u obecné traumatizace 0,61, u fyzické 0,72, u emoční 0,69, u sexuální 0,86 a u disociativního prožívání 0,57.

Index suicidálního potenciálu u dětí a adolescentů

Pfeffer (1989) konstatuje, že počet sebevražd mladistvých je vysoký i přesto, že výsledky výzkumů suicidálního chování této věkové skupiny jsou rozšířené, a navzdory předpokladu, že

identifikace rizikových mladistvých usnadní prevenci jejich suicidálního chování. Za jeden z důvodů, proč tomu tak je, označila skutečnost nedostatečného vývoje a využití screeningových / testovacích strategií, které by spolehlivě odhalily mladistvé, jež jsou suicidálním chováním ohroženi.

Pfeffer, Jiang, Kakuma (2000) konstatují, že pro dospělé byly vyvinuty běžně používané klinicky ohodnocené nástroje, jež měří aspekty suicidálního rizika, ale pro měření suicidálního rizika dětí a adolescentů bylo vytvořeno jen málo reliabilních a validních, klinicky ohodnocených nebo sebehodnotících nástrojů. Navíc poukazují na skutečnost, že instrumenty vyvinuté pro dospělé nemusí být vývojově specifické pro měření suicidálního rizika dětí a adolescentů, u nichž je vývojová specifická nezbytná. Proto se snažili ve své výzkumné studii vytvořit reliabilní a validní sebehodnotící dotazník: Index suicidálního potenciálu u dětí a adolescentů (*The Child-Adolescent Suicidal Potential Index - CASPI*), jež by testoval riziko suicidálního chování u dětí a adolescentů. Na podkladě analýzy empirických studií dětí a adolescentů dospěly (Pfeffer, Jiang, Kakuma, 2000) ke klasifikaci rizikových faktorů suicidálního chování mladistvých: a) psychiatrické symptomy a psychiatrické poruchy, zejména impulzivita, nálada, úzkost, poruchy chování, zneužívání látek a poruchy osobnosti; b) neshody v rodině a psychopatologie, včetně násilí, deprese, zneužívání látek a poruch osobnosti; c) stresující zkušenosti, zejména zneužívání a ztráta emočně blízkých lidí a d) kognitivní faktory týkající se kompetencí v akademické a společenské oblasti a vnímání beznaděje.

Autoři studie se snažili vytvořit položky, které by indikovaly riziko suicidálního chování u dětí a adolescentů a inkorporovat tyto položky do sebehodnotícího dotazníku CASPI. Při tvorbě vývojově specifického diagnostického nástroje vyšli ze zkušeností s *The Child Suicide Potential Scales (CSPS)*, která je administrována jako semi-strukturované interview s dětmi a adolescenty a mnohé z položek tohoto dotazníku byly do tvorby nového diagnostického nástroje zahrnuty (Pfeffer, 1986; Pfeffer et al., 1986). Byly vytvořeny takové položky, které indikují koncept rizika suicidálního chování u dětí a adolescentů. Tyto položky braly v úvahu faktory, u nichž byla empiricky shledána příbuznost s rizikem suicidálního chování dětí a adolescentů. Zejména jde o psychiatrické symptomy, suicidální ideace a suicidální činy, neshody v rodině a psychopatologie a sociální stres. Za účelem vyhodnocení míry suicidálního a agresivního chování a symptomů deprese, úzkosti a beznaděje (*hopelessness*) vyplnilo CASPI a jiné výzkumné nástroje 425 dětských a adolescentních psychiatrických i nepsychiatrických pacientů.

Třiceti položkový dotazník CASPI má formát otázek ano/ne a obsahuje 3 základní faktory: 1. *úzkostně impulzivní deprese* (16 položek); 2. *suicidální myšlenky nebo činy* (6 položek); 3. *distres v rodině* (8 položek) týkající se neshod v rodině a psychopatologie v příbuzenstvu, které přispívají k nedimenzionálnímu druhořadému faktoru ve výši 59% celkové odchylky. Odpovědi na otázky obsažené v CASPI se týkají možného rizika suicidálního chování v uplynulých šesti měsících. Interní konzistence dotazníku byla .90 a u faktorů měla rozsah .77 až .86. Při kontrolním znovu provedení CASPI celkové skóre dosáhlo výše .76 a pro výše uvedené tři faktory bylo v rozmezí .59 a .76. Celkový skór CASPI a škálové skóry Faktorů 1, 2 a 3 byly validní v oblasti diskriminační závažnosti suicidálního chování a typu statusu pacienta. Z diskriminačních analýz vyplynulo, že škálové skóry Faktorů 2 a také 1 nejvíce přispěly k rozlišení úrovně suicidálních sklonů. Škálové skóry Faktoru 3 byly důležité při rozlišení subjektů se suicidálními myšlenkami od subjektů se suicidálním pokusem v anamnéze. Každý ze tří faktorů zásadním a specifickým způsobem přispívá k rozlišení typu suicidálních sklonů. Celkový skór CASPI ve výši 11 bodů rozlišoval suicidální myšlenky nebo činy od nesuicidálního chování s citlivostí 70% a specifíčností/přesností 65% a pozitivně koreloval se symptomovou závažností deprese, úzkosti a beznaděje.

Výsledky psychometrických charakteristik vypovídají o tom, že CASPI je reliabilním a validním sebehodnotícím dotazníkem, který může být administrován dětem a adolescentům za účelem identifikace různých rizikových oblastí suicidálního chování. V oblasti rozlišení skupin dětí a adolescentů, u kterých se projevuje různá míra suicidálního chování, je tento dotazník citlivý a přesný. Celkový skór CASPI dokáže identifikovat značný počet dětí a adolescentů, kteří jsou skutečně pozitivní a skutečně negativní v oblasti suicidálního rizika (Pfeffer, Jiang, Kakuma, 2000).

Dotazník CASPI patří vzhledem ke svým kvalitním psychometrickým vlastnostem mezi základní doporučované screeningové psychodiagnostické nástroje suicidálního rizika u dětí a adolescentů (Shaffer, Pfeffer, 2001; Range, 2005; Winters, Kathleen Myers, et al., 2002; Tishler, Reiss, Rhodes, 2007; Ridge Anderson, Keyes, Jobes, 2016) a je i v současnosti používám k výzkumům suicidality u dětí a adolescentů (Hewitt, Caelian, Chen, et al., 2014; Koutek, Kocourková, Dudová, 2016).

V našem výzkumném souboru reliabilita u jednotlivých škál dotazníku CASPI byla zjištěna následovně: u Anxiózně-impulsivní deprese 0,78, u Rodinné nepohody 0,73 a u Suicidálních tendencí 0,88.

CDI

Autorka CDI (Children's Depression Inventory, 1989) Maria Kovacs vycházela při konstrukci této metody z Beckovy sebesuzovací škály depresivity pro dospělé. Dle komentáře nakladatele CDI Stevena Steina k vydání z roku 1992 je škála první standardizovanou sebesuzovací metodou deprese pro dětský věk. Nepostihuje depresivitu jako rys, ale měří spíše aktuální stav nebo změnu stavu.

Metoda je koncipována pro děti a adolescenty (7-17 let) a vyžaduje základní úroveň čtení. Obsahuje pět subškál (Špatná nálada, Interpersonální potíže, Nevýkonnost, Anhedonie, Snížené sebehodnocení) a má 27 položek. Děti se mají zamyslet, jak se cítily v posledních dvou týdnech a na dílčí položky odpovědět s využitím tříbodové škály: absence symptomu, mírné projevy, výrazné projevy. Několik položek zachycuje důsledky deprese ve školním prostředí (další informace o metodě viz též Kovacs, 1998, Fráňová, Preiss, 2004, Krejčířová, 2001). Dotazník byl výzkumně použit i na české obecné (Čermák, Klimusová, Vízdalová, 2005) i klinické dětské a adolescentní populaci (Koutek, Kocourková, Dudová, 2016).

Využití dotazníku CDI je doporučováno mnoha autory zabývající se problematikou diagnostiky závažně traumatizovaných dětí (Friedrich, 2002; Cook et al., 2003). Tento dotazník byl využit i při výzkumu a etablování kritérií Vývojového traumatu (Stolbach, Minschew, Rompala et al., 2013).

V našem výzkumném souboru reliabilita u dotazníku CDI byla zjištěna na hodnotě 0,88.

Dotazník Youth Self-Report

Dotazník Youth Self-Report (dále YSR; Achenbach, 1991a, b; Achenbach & Rescorla, 2001) je určen především k sebesouzení emočních a behaviorálních problémů a sociálních kompetencí 11 až 18letých dětí a dospívajících. Je součástí systému ASEBA (*Achenbach System of Empirically Based Assessment*), který dále zahrnuje Child Behavior Checklist (CBCL), pomocí kterého chování dětí posuzují jejich rodiče a Teacher's Report Form (TRF), kde posouzení provádějí učitelé (Achenbach, 1991c, d). Autor začal uvedené posuzovací nástroje vyvíjet v 60. letech minulého století, první standardizovaná verze vyšla v roce 1983 a její revize v roce 1991 (Achenbach, 1991a, b). Revize se netýkala obsahu položek, ale nastavení hraničního pásma T-skórů a návrhu postupů, jak porovnávat sebesouzení dětí s posouzením rodiči a učiteli. Verze YSR z roku 1991 byla použita u českých dětí (Čermák, Urbánek 1998, 1999; Čermák, Klimusová, 2000; Čermák, Klimusová, Vízdalová, 2005).

Autoři dotazníku rovněž na základě empirických zjištění vymezili dvě širší dimenze dětské psychopatologie. Jedná se o internalizované a externalizované tendence – faktory druhého řádu. Internalizovaný faktor je reprezentován škálami Depresivní uzavřenost, Anxiózní deprese, Somatické obtíže; externalizovaný faktor tvoří škály Porušování pravidel a Agresivního chování; ostatní subškály nejsou v těchto širších škálách začleněny.

V roce 2001 Achenbach a Rescorla pozměnili některé položky ve všech metodách, v YSR bylo změněno 6 položek. Verze YSR z roku 2001 obsahuje 112 položek (s detaily v položce 56 celkem 118), které se sdružují do 11 škál / syndromů (viz Tab. A). Odpovědi se vyjadřují na škále 0: tvrzení je nepravdivé, 1: částečně nebo někdy pravdivé, 2: velmi pravdivé / často pravdivé. Je třeba upozornit na to, že škály Posttraumatické projevy a Obsese-kompulze se překrývají s jinými škálami, takže všechny položky škály Posttraumatické projevy a všechny položky škály Obsese-kompulze jsou „vypůjčené“ z ostatních škál dotazníku.

Revize výrazněji posílila možnosti posoudit profily problémového chování a emočních potíží pomocí škál vycházejících z DSM přístupu a mírně modifikovala původní empiricky založené škály (Achenbach, Dumenci, Rescorla, 2003).

Ve všech zemích (cca 80), kde je systém ASEBA používán k diagnostice a výzkumu, opakovaně zjišťují dobrou test-retestovou reliabilitu (např. Žukauskienė, Pilkauskaitė – Valickienė, Malinauskiene, Kratavičienė, 2004) a vnitřní konsistenci všech metod ASEBA (Achenbach, Rescorla, 2001). Systém ASEBA byl mezinárodně validizován, což umožnilo vytvořit srovnatelné normy (např. Rescola et al., 2007). Byla prokázána souběžná validita a prediktivní validita ve vztahu ke klinické úzkosti (Ferdinand, 2007) a problémům v dospělosti (Hofstra, Ende, Verhulst, 2001), kritériální důkazy o validitě jsou silné (Achenbach, Rescorla, 2001). Klinické soubory dětí a adolescentů vykazují významně vyšší skóry všech problémových položek a škál tří nástrojů ASEBA. Když byly skóry problémového chování dichotomizovány určením normálního a hraničního pásma, podíly šancí pro všechny formy ASEBA významně odlišují děti s klinickými problémy od dětí bez problémů (Achenbach & Rescorla, 2001).

Využití dotazníku CBCL je doporučováno mnoha autory zabývající se problematikou diagnostiky závažně traumatizovaných dětí (Friedrich, 2002; Cook et al., 2003; Briere, Spinazzola, 2005; Ford, Courtois, 2013). Tento dotazník byl využit i při výzkumu a etablování kritérií Vývojového traumatu (van der Kolk et al., 2009, Stolbach, Minshew, Rompala et al., 2013).

Studie Urbánka, Čermáka, Štěpánka a Schmidtové (2016) se věnovala psychometrickým charakteristikám dotazníku Youth Self-Report založeným na datech

získaných od 106 hospitalizovaných psychiatrických adolescentních pacientek. Hlavním cílem bylo zjistit, zda je metoda dobře použitelná i u dívek hospitalizovaných v dětské psychiatrické nemocnici.

Tab. A: Vnitřní konsistence škál YSR

Škála	Cronbachova alfa
Depresivní uzavřenost	0,84
Depresivní úzkostnost	0,90
Somatické stesky	0,84
Sociální problémy	0,79
Problémy myšlení	0,81
Problémy pozornosti	0,79
Porušování pravidel	0,84
Agresivní chování	0,89
Posttraumatické projevy	0,87
Pozitivní kvality	0,80
Obsese-kompulze	0,75

Tab. B: Vzájemné korelace subškál YSR

	WD	AD	SC	SP	TP	AP	RB	AB	PT	PQ
Depresivní úzkostnost	0,84									
Somatické stesky	0,62	0,63								
Sociální problémy	0,76	0,73	0,60							
Problémy myšlení	0,68	0,71	0,64	0,73						
Problémy pozornosti	0,58	0,48	0,45	0,59	0,54					
Porušování pravidel	0,09	-0,03	0,14	0,17	0,18	0,50				
Agresivní chování	0,30	0,27	0,32	0,38	0,38	0,67	0,64			
Posttraumatické projevy	0,87	0,91	0,69	0,79	0,76	0,63	0,22	0,51		
Pozitivní kvality	-0,25	-0,18	-0,08	-0,07	-0,05	-0,18	0,10	0,02	-0,11	
Obsese-kompulze	0,77	0,86	0,64	0,71	0,84	0,48	0,14	0,33	0,82	-0,07

Pozn.: WD: Depresivní uzavřenost, AD: Depresivní úzkostnost, SC: Somatické stesky, SP: Sociální problémy, TP: Problémy myšlení, AP: Problémy pozornosti, RB: Porušování pravidel, AB: Agresivní chování, PT: Posttraumatické projevy, PQ: Pozitivní kvality, OC: Obsese-kompulze

Data byla zpracována pomocí software R (R Core Team, 2015) a knihovny psych (Revelle, 2015). Byly provedeny analýzy vnitřní konsistence a korelační analýzy. Na základě hodnot Cronbachovy alfy v tab. A bylo možné konstatovat, že vnitřní konsistence všech škál jsou zcela uspokojivé. Jednotlivé symptomy se u respondentek buď společně vyskytují, nebo naopak společně nevyskytují. V tab. B jsou uvedeny korelace jednotlivých škál YSR. Jde o Spearmanovy korelace, protože škály většinou nejsou normálně rozloženy. Všechny škály vzájemně korelují kladně, kromě škály Pozitivní kvality, která s ostatními škálami vyjadřujícími patologické syndromy koreluje blízko nuly nebo slabě záporně. Opět je ale třeba upozornit na to, že škály Posttraumatické projevy a Obsese-kompulze se s ostatními překrývají v položkách. Analýza psychometrických charakteristik (Urbánek, Čermák, Štěpánek, Schmidtová, 2016) prokázala, že dotazník YSR je použitelný v diagnostice a výzkumu psychiatrických pacientek, které byly vystaveny týrání a zneužívání.

Výsledky výzkumu

Popis výzkumného souboru

Výzkum byl proveden u 132 dívek, hospitalizovaných pacientek dětské psychiatrické nemocnice. Průměrný věk dívek ve výzkumném souboru je 15,15 let, nejvíce zastoupeny pacientky mezi 14 až 17 lety (viz. Tab. 1)

Tab. 1. Věkové rozložení souboru traumatizovaných dívek

Věk	12	13	14	15	16	17	18			
Věkové rozložení	5	10	29	30	33	24	1			
	N	Mean	SD	Median	Min	Max	Range	Skew	Kurtosis	SE
Dívky	132	15,15	1,38	15	12	18	6	-0,31	-0,65	0,12

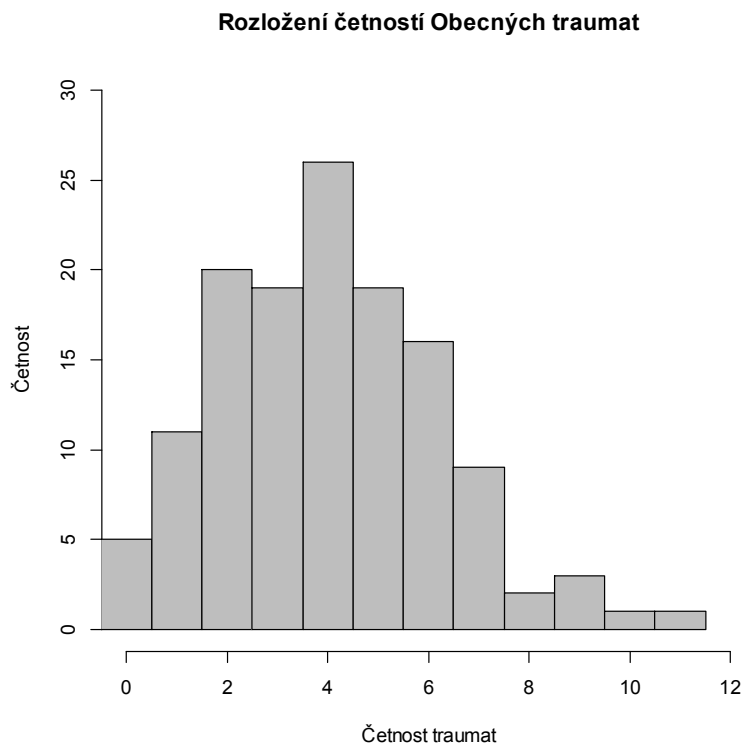
Rozložení traumatických událostí ve výzkumném souboru (ETI-SR-SF)

V tabulce 1. jsou zachyceny rozložení souboru dívek z hlediska vystavení různému počtu traumat v různých druzích traumatizace. Ukazuje se, že v kategorii obecná traumatizace uvádí 4 traumatické typy traumatických zkušeností nejvíce dívek (N=26), podobně je tomu v případě vystavení fyzické traumatické události (N=36), a v oblasti emoční traumatizace se čtyři události vyskytují u 35 dívek. Jednu sexuálně traumatizující zkušenost uvádí 18 dívek, dvě 15 dívek, tři 13 dívek, o čtyřech typech sexuálně traumatizujících zkušeností referuje 9 dívek, pět sexuálních typů traumat zjišťujeme u 10 dívek a 12 pacientek připouští, že zažilo šest typů sexuálně traumatických zkušeností. Zkušenost s jedním typem disociativního prožitku má 51 dívek a se dvěma disociativními prožitky uvádí zkušenost 42 dívek. Pro lepší přehlednost a názornost je četnost prožitých typů traumatu dále znázorněna v grafech 1a. - 1d..

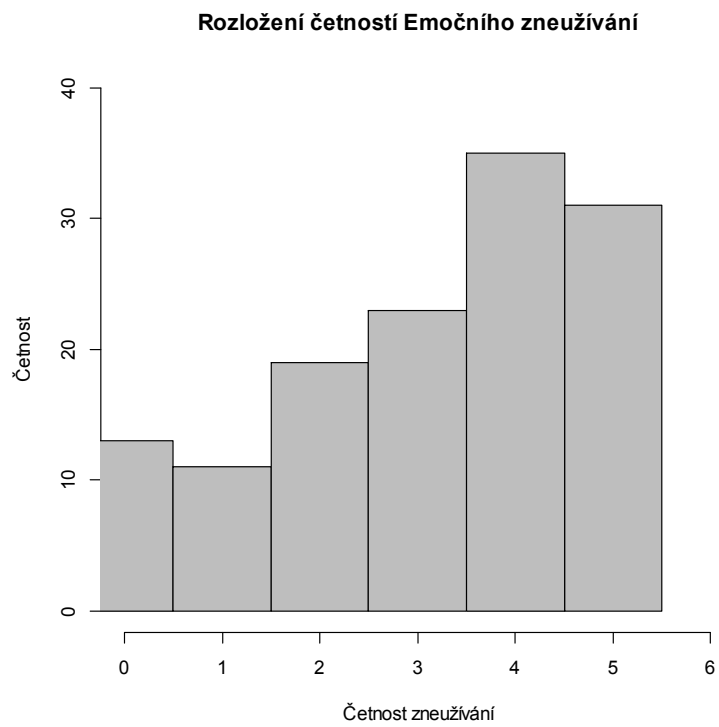
Tab. 2. Traumatická událost: četnost prožitých typů traumat (dotazník Záznam časných traumatických událostí, ETI-SR)

ETI-SR												
Počet traumat	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Počet dívek	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N
Obecná	5	11	20	19	26	19	16	9	2	3	1	1
Fyzická	6	15	19	26	36	30						
Emoční	13	11	19	23	35	31						
Sexuální	55	18	15	13	9	10	12					
Disociace	39	51	42									

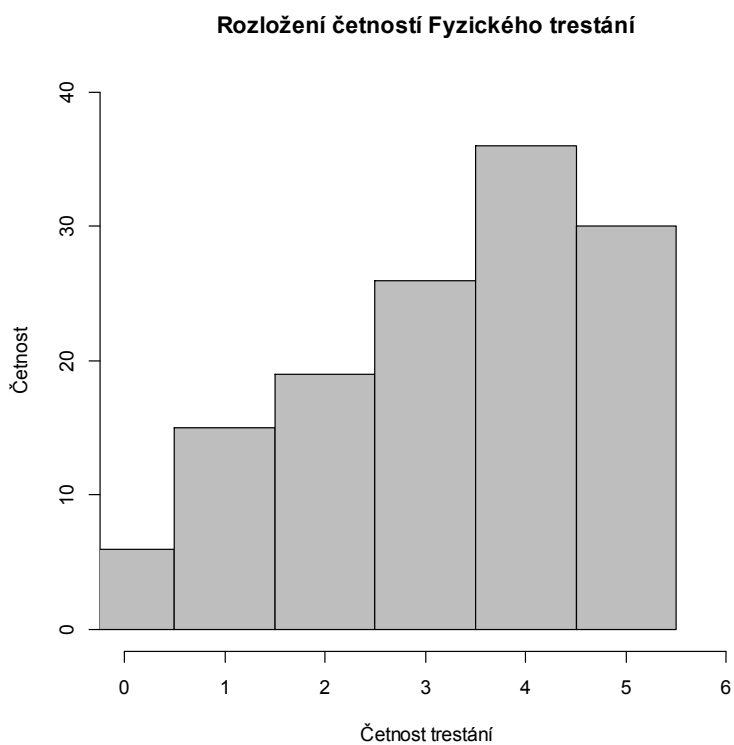
Graf. 1a. Rozložení četnosti Obecných traumat (ETI-SF-SR)



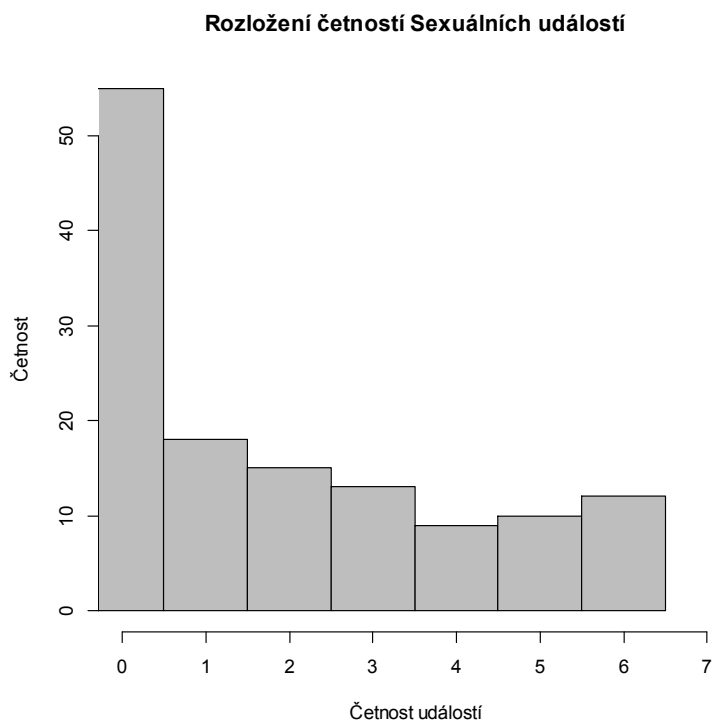
Graf. 1b. Rozložení četnosti Emočního zneužívání (ETI-SF-SR)



Graf. 1c. Rozložení četnosti Fyzického týrání (ETI-SF-SR)



Graf. 1d. Rozložení četnosti Sexuálního zneužívání (ETI-SF-SR)



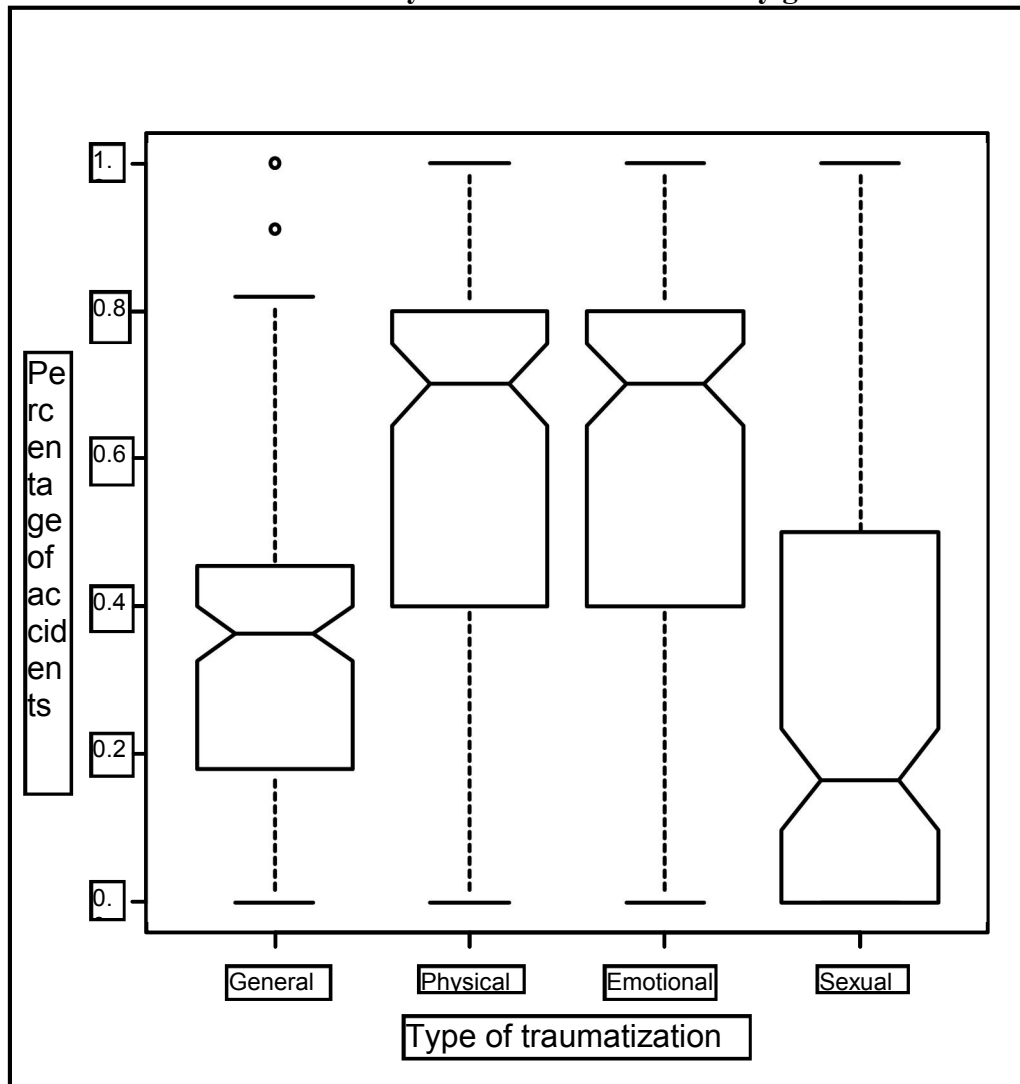
Tab. 3. Rozdělení souboru podle počtu traumat (polytraumatizace): deskripce na základě kvartilů

Počet traumat	Počet dívek	%	Kumulat. %
0	2	1,5%	1,5%
1	1	0,8%	2,3%
2	2	1,5%	3,8%
3	2	1,5%	5,3%
4	7	5,3%	10,6%
5	2	1,5%	12,1%
6	3	2,3%	14,4%
7	9	6,8%	21,2%
8	7	5,3%	26,5%
9	7	5,3%	31,8%
10	7	5,3%	37,1%
11	10	7,6%	44,7%
12	14	10,6%	55,3%
13	11	8,3%	63,6%
14	4	3,0%	66,7%
15	9	6,8%	73,5%
16	3	2,3%	75,8%
17	4	3,0%	78,8%
18	8	6,1%	84,8%
19	3	2,3%	87,1%
20	4	3,0%	90,2%
21	7	5,3%	95,5%
22	4	3,0%	98,5%
24	1	0,8%	99,2%
26	1	0,8%	100%
	132	100%	

Tabulka 3. zobrazuje rozložení počtu dívek vůči počtu traumat a dále procentuální zastoupení každé skupiny dívek. Soubor pacientek je dále rozdělen na 4 kvartily: 1. kvartil - počet traumat znázorněný modře, 2 a 3. kvartil - počet traumat znázorněný zeleně, 4 kvartil - počet traumat znázorněný červeně. Dělení souboru na kvartily bude dále použito ve statistických analýzách.

Z tabulky je patrné, že z celého výzkumného souboru pouze dvě dívky nevedly žádnou traumatickou zkušenost. Dívky zastoupené v prvním kvartilu nesdělily buď žádnou traumatickou zkušenost anebo 1. až 8. traumatických zkušeností. 2. a 3. kvartil tvoří dívky, které uvedly 9. až 15. traumatických zkušeností. 4. kvartil se skládá z dívek, které zažily 16. až 26. traumatických zkušeností. O dívkách v 2. až 4. kvartilu lze uvažovat jako o tzv. polytraumatizovaných – tzn. traumatizovaných větším množstvím traumatických událostí.

Graf 2. Rozložení traumatických zkušeností – krabicový graf



Pro dobrou vizualizaci rozložení četnosti jednotlivých typů traumatizace byl použit krabicový graf. Z grafu 2. je patrné velké zastoupení a téměř shodné rozložení emocionální a fyzické traumatizace, kdy medián u těchto dvou typů traumatizace dosahuje hodnoty 0,7. Oproti těmto typům traumatizace je obecná a sexuální traumatizace zastoupena ve výzkumném vzorku poměrně méně. Medián obecné traumatizace nedosahuje hodnoty 0,4 a třetí kvartil přesahuje jen částečně hodnotu 0,4. Čtvrtý kvartil dosahuje hodnoty 0,8 s tím, že v souboru jsou přítomni odlehle hodnoty přesahující tuto hodnotu. U sexuální traumatizace je mnoho dívek, které sexuálně traumatizované nejsou nebo jen minimálně. Díky tomu medián dosahuje pouze hodnoty 0,2. Zároveň je patrné, že v souboru sexuálně traumatizované dívky jsou, neboť třetí kvartil dosahuje nad hodnotu 0,4 a čtvrtý kvartil dosahuje hodnoty 1,0.

Tab. 4. Deskriptivní statistiky traumatických událostí ETI-SR-SF

	Vars	N	Mean	SD	Median	Trimmed	Mad	Min	Max	Range	Skew	Kurtosis	SE
O_1	1	132	0,15	0,36	0	0,07	0	0	1	1	1,92	1,71	0,03
O_2	2	132	0,23	0,43	0	0,17	0	0	1	1	1,24	-0,47	0,04
O_3	3	131	0,34	0,48	0	0,3	0	0	1	1	0,65	-1,59	0,04
O_4	4	131	0,31	0,47	0	0,27	0	0	1	1	0,8	-1,37	0,04
O_5	5	132	0,65	0,48	1	0,69	0	0	1	1	-0,6	-1,62	0,04
O_6	6	132	0,20	0,40	0	0,13	0	0	1	1	1,45	0,1	0,04
O_7	7	132	0,46	0,50	0	0,45	0	0	1	1	0,15	-1,99	0,04
O_8	8	132	0,59	0,49	1	0,61	0	0	1	1	-0,4	-1,88	0,04
O_9	9	132	0,61	0,49	1	0,64	0	0	1	1	-0,5	-1,8	0,04
O_10	10	132	0,39	0,49	0	0,37	0	0	1	1	0,43	-1,83	0,04
O_11	11	132	0,06	0,24	0	0	0	0	1	1	3,64	11,34	0,02
F_1	12	132	0,92	0,27	1	1	0	0	1	1	-3,2	8,11	0,02
F_2	13	131	0,32	0,47	0	0,28	0	0	1	1	0,76	-1,43	0,04
F_3	14	131	0,74	0,44	1	0,8	0	0	1	1	-1,1	-0,83	0,04
F_4	15	130	0,49	0,50	0	0,49	0	0	1	1	0,03	-2,01	0,04
F_5	16	131	0,76	0,43	1	0,83	0	0	1	1	-1,2	-0,5	0,04
E_1	17	132	0,70	0,46	1	0,75	0	0	1	1	-0,9	-1,29	0,04
E_2	18	132	0,73	0,45	1	0,78	0	0	1	1	-1	-0,99	0,04
E_3	19	131	0,62	0,49	1	0,65	0	0	1	1	-0,5	-1,78	0,04
E_4	20	132	0,48	0,50	0	0,47	0	0	1	1	0,09	-2,01	0,04
E_5	21	132	0,61	0,49	1	0,64	0	0	1	1	-0,5	-1,8	0,04
S_1	22	130	0,54	0,50	1	0,55	0	0	1	1	-0,2	-1,99	0,04
S_2	23	129	0,37	0,49	0	0,34	0	0	1	1	0,52	-1,74	0,04
S_3	24	129	0,29	0,46	0	0,25	0	0	1	1	0,89	-1,22	0,04
S_4	25	129	0,27	0,45	0	0,22	0	0	1	1	1,02	-0,97	0,04
S_5	26	128	0,19	0,39	0	0,12	0	0	1	1	1,58	0,51	0,03
S_6	27	128	0,23	0,43	0	0,17	0	0	1	1	1,24	-0,47	0,04
D_1	28	130	0,70	0,46	1	0,75	0	0	1	1	-0,9	-1,27	0,04
D_2	29	129	0,34	0,48	0	0,3	0	0	1	1	0,66	-1,57	0,04

V tabulce 4. je znázorněno detailní rozložení traumatických zkušeností. V rámci **obecné traumatizace** (O_1 - O_11) byly dívky vystaveny především **interpersonálnímu typu** traumatizace/nepříznivých zkušeností, neboť 65% dívek má zkušenost s rozchodem či rozvodem svých rodičů (O_5), 61% přiznává zkušenost s psychickým či psychiatrickým onemocněním / duševním zhroucením (O_9). 59% dívek bylo svědkem interpersonálního násilí, abúzus návykových látek rodičů dívky uváděli v 39% (O_10). Obecné **traumatické zkušenosti neinterpersonální povahy** byly ve výzkumném vzorku zastoupeny méně: 34% dívek utrpělo závažné zranění nebo mělo závažné onemocnění (O_3), 23% bylo účastnicí závažné dopravní nehody (O_2) a 15% bylo vystaveno život ohrožující přírodní katastrofě (O_1).

Zkušenosti s možnou či reálnou traumatickou ztrátou blízkého člověka byly ve zkoumaném souboru dívek poměrně hodně zastoupené: 46% dívek mělo zkušenost se závažným zraněním nebo úmrtím kamaráda (O_7), 31% zažilo smrt nebo závažné onemocnění

rodiče (O_4), 20% zažilo smrt nebo závažné zranění sourozence (O_6) a 6% bylo svědky zabítí (O_11). Numericky vyjádřeno (viz. Tabulka 5) ve výzkumném souboru 132 traumatizovaných dívek se vyskytuje třetina (N=41), která uvádí, že zažila někdy smrt nebo závažné onemocnění rodičů či vychovatelů, dvacet sedm dívek má podobnou zkušenost se smrtí či závažným onemocněním sourozence, šedesát jedna dívek bylo konfrontováno se smrtí či závažným zraněním kamaráda/dky a osm dívek ze souboru dokonce vidělo zemřít člověka. Z těchto údajů je patrné, že dívky byly svědky úmrtí častěji, než bychom mohli očekávat. Jde o vývojově nepřiměřenou zkušenost, jejíž traumatický potenciál je extrémně vysoký.

Zkušenost dívek s **fyzickou traumatizací** (F_1 - F_5) ve výzkumném souboru byla velmi vysoká: 92% dívek dostala v životě facku otevřenou dlaní (F_1); 76% dívek bylo v životě tlačeno či drženo (F_5); 74% bylo někdy uhozeno či kopnuto (F_3); 49% bylo zasaženo hrozeným předmětem (F_4); a 32% bylo někdy popáleno (F_2).

Zkušenost dívek s **emocionální traumatizací** (E_1 - E_5) se ve výzkumném souboru byla rovněž velmi vysoká: 73% zažily zkušenost, že byly někým ignorovány či v nich byl vytvářen pocit, že se s nimi nepočítá (E_2); 70% dívek mělo zkušenost s ponižováním a zesměšňováním (E_1); 62% zažilo v životě situaci, kdy jim bylo řečeno, že nejsou dost dobré (E_3); 61% dívek uvedlo, že jejich rodiče či vychovatelé často selhali v pochopení jejich potřeb (E_5); a 48% dívek uvedlo, že byly vychovávány chladným způsobem či v nich byl vytvořen pocit, že nejsou milovány (E_4).

Zkušenost dívek se **sexuální traumatizací** (S_1 - S_6) se ve výzkumném souboru nebyla tak vysoká oproti předchozím typům traumatizace, avšak u části výzkumného souboru byli přítomny všechny typy závažné sexuální traumatizace: 54% dívek zažilo zkušenost, že se jich někdo dotýkal na intimních místech takovým způsobem, že se cítili nepříjemně (S_1); 37% dívek zažilo, že někdo o ně otíral své genitálie (S_2); 29% dívek bylo nuceno dotýkat se jiné osoby v intimních místech (S_3); 27% dívek uvedlo, že mělo pohlavní styk proti své vůli (S_4); 23% dívek bylo přinuceno se s někým líbat nemilujícím způsobem (S_6); a 19% dívek bylo přinuceno k orálnímu sexu proti své vůli (S_5).

V kontextu těchto traumatických zkušeností je pak pochopitelné, že 70% dívek uvedlo, že v průběhu svého života zažili intenzivní strach, děs a bezmocnost (D_1) a 34% zažilo disociativní zkušenost, ve které se na sebe dívali zvenčí či byli jako ve snu (D_2).

Tab. 5. Traumatická událost: četnost odpovědí na položky týkající se zkušenosti s nemocí, zraněním, smrtí (dotazník Záznam časných traumatických událostí, ETI-SR)

ETI-SR-SF – položka	4. smrt / onemocnění rodiče nebo vychovatele	6. smrt / zranění sourozence	7. smrt / zranění kamaráda	11. zabití člověka
Přítomnost traumatu	41	27	61	8
Nepřítomnost traumatu	90	105	71	124

4. Zažil/a jste někdy smrt nebo závažné onemocnění vašich rodičů nebo vašeho vychovatele?
 6. Zažil/a jste někdy smrt nebo závažné zranění vašeho sourozence?
 7. Zažil/a jste někdy smrt nebo závažné zranění vašeho kamaráda?
 11. Viděl/a jste někdy někoho zabít?

Rozložení suicidálního rizika ve výzkumném souboru

V našem výzkumu je suicidální riziko zjišťováno položkami ve třech dotaznících. Suicidální ideace zjišťuje: položka 11 a 25 z dotazníku CASPI, položka 91 YSR, položka 9 z dotazníku CDI. Realizaci suicidálního pokusu zjišťuje z dotazníku CASPI položka 26. Sklon k sebepoškození a jeho případnou realizaci zjišťují položky 23 a 24 z dotazníku CASPI.

Tab. 6. Suicidalita: četnost odpovědí na položky týkající se suicidální ideace

	C A S P I				
	Suicidální ideace		Suicidální pokus	Sebeпоškození	
<i>Položka</i>	<i>11.</i>	<i>25.</i>	<i>26.</i>	<i>23.</i>	<i>24.</i>
Přítomnost symptomu	87	86	66	98	100
Nepřítomnost symptomu	42	43	63	31	29

11. Měl/a jsi pocit, že bys chtěl/a umřít?
 23. Měl jsi někdy pocit, že by sis chtěl ublížit?
 24. Zkusil/a sis někdy ublížit?
 25. Myslel/a sis dokonce, že by ses mohl/a někdy zabít?
 26. Zkusil/a ses někdy zabít?

Z tabulky 6, která zobrazuje četnost odpovědí na suicidální ideace, pokus a sebeпоškození (dotazník CASPI) je patrné, že 66% souboru traumatizovaných dívek přemýšlelo o sebevraždě, 50% pacientek (N=66) se o suicidium již někdy pokusila, sebeпоškozovalo se 75% zkoumaných dívek.

Tab. 7. Suicidalita: četnost odpovědí na položky týkající se suicidální ideace (YSR: položka 91, CDI: položka 9) a suicidálního pokusu (YSR:18)

	YSR	CDI	YSR
	Suicidální ideace		Suicidální pokus
<i>Položka</i>	<i>91.</i>	<i>9.</i>	<i>18.</i>
Často přítomný	33	40	31
Někdy přítomný	36	44	31
Nepřítomný	55	47	62

YSR

18. Záměrně si ubližuji nebo se snažím zabít

91. Přemýšlím o tom, že se zabiju

CDI

9.

Nemyslím na to, že bych se zabil (0 bodů)

Přemýšlím o tom, že bych se zabil, ale neudělal bych to (1 bod).

Chci se zabít (2 body).

Tabulka 7. zobrazuje mírně odlišnou četnost odpovědí na položky týkající se suicidální ideace či suicidálního pokusu. V této tabulce jsou zobrazeny odpovědi z dotazníku CDI a YSR, které jsou formulovány v přítomném čase, což je rozdíl oproti položkám CASPI, které jsou formulovány v minulém čase.

Na položku 9. z dotazníku CDI (suicidální ideace) odpovídá pozitivně 64% dívek z celého souboru, což je obdobné, resp. srovnatelné s odpověďmi na položky 11 a 25. z dotazníku CASPI. Z těchto 64% dívek více jak polovina (34% z celkového souboru) sděluje, že „přemýšlím o tom, že se chtějí zabít, ale neudělali by to“ a téměř druhá polovina (30% z celého souboru) sděluje, že se aktuálně „chce zabít“.

Na položku 18. z dotazníku YSR („Záměrně si ubližuji nebo se snažím zabít“) odpovídá pozitivně 47,5% (N=62) dívek z celého souboru, a z toho polovina (23,5 % z celého souboru) z nich na tuto položku odpovídá „velmi často“. I když je zde je poukázat na možnou kontaminaci „záměrným ubližováním sobě“, které vyplývá z formulace otázky.

Na podkladě těchto dat lze konstatovat, že $\frac{3}{4}$ dívek se v průběhu svého života sebepoškozovalo, téměř $\frac{2}{3}$ dívek z výzkumného souboru přiznávají suicidální ideace, $\frac{1}{2}$ z nich se v životě pokusila o sebevraždu a u $\frac{1}{4}$ z nich bylo v době sběru dat nadále přítomno vysoké riziko suicidia.

Rozložení psychopatologie ve výzkumném souboru

Tendence k depresivnímu prožívání byly zkoumány pomocí dotazníku CDI (Kovacs, 1998). Dívky z našeho souboru vykazovaly průměrnou depresivitu (Tabulka 8) blízkí se hodnotě jedna, což již představuje problémy, kterým je třeba věnovat klinickou pozornost.

Tab. 8. Depresivita: deskriptivní statistiky dotazníku CDI

	N	Mean	SD	Medián	Min	Max	Range	Skew	Kurtosis	SE
CDI	132	0,97	0,4	0,96	0,19	1,89	1,7	-0,02	-0,18	0,03

Tendence k sebevraždě byla zkoumána pomocí dotazníku CASPI (Tab. 9). Tvoří ji tři faktory anxiózně impulzivní deprese, rodinná nepohoda a suicidální ideace a jednání. První dva můžeme chápat jako vlivy zvyšující pravděpodobnost suicidálních myšlenek a suicidálních pokusů, třetí faktor je výrazem externalizovaných myšlenek na sebevraždu či dokonce tentamen suicidií. Dotazník vyplnilo 129 pacientek, průměrný skóre v *anxiózně impulzivní depresi* byl 9,0 (medián=10) z maximálně dosažitelného skóre 13. V položkách vyjadřujících *rodinnou nepohodu* dosáhl soubor průměru 6,8 z celkového možného počtu 12. Pacientky dále přiznávají v průměru 3,4 (medián=4) *myšlenek na sebevraždu či sebevražděných pokusů* z celkově dosažitelného počtu 5

Tab. 9. Suicidalita: deskriptivní statistiky škál z dotazníku CASPI

CASPI	N	Mean	SD	Medián	Min	Max	Range	Skew	Kurtosis	SE
Anxiózně impulzivní	129	9,0	3,09	10	0	13	13	-0,82	-0,22	0,27
Rodinná nepohoda	129	6,8	2,86	7	0	12	12	-0,23	-0,44	0,25
Sui ideace a jednání	129	3,4	1,88	4	0	5	5	-0,82	-0,89	0,17

Tab. 10. Psychopatologie: deskriptivní statistiky škál z dotazníku YSR

	N	Mean	SD	Median	Min	Max	Range	Skew	Kurtosis	SE
Dep. uzavřenost	124	0,88	0,51	0,88	0	2	2	0,21	-0,77	0,05
Dep. úzkostnost	124	1	0,51	1	0,08	2	1,92	0,07	-0,96	0,05
Som. stesky	124	0,74	0,5	0,67	0	2	2	0,44	-0,62	0,05
Soc. problémy	124	0,73	0,42	0,68	0	1,82	1,82	0,43	-0,61	0,04
Probl. myšlení	124	0,72	0,46	0,67	0	2	2	0,51	-0,6	0,04
Pro. pozornosti	124	1,03	0,46	1	0	2	2	0,13	-0,62	0,04
Por. pravidel	124	0,67	0,39	0,67	0	1,64	1,64	0,4	-0,43	0,03
Agres. chování	124	0,81	0,42	0,72	0	1,94	1,94	0,45	-0,5	0,04
Posttr. projevy	106	1,04	0,47	1,07	0,14	1,93	1,79	-0,06	-1,07	0,05
Poz. kvality	106	1,37	0,35	1,43	0,21	2	1,79	-0,76	0,81	0,03
Obse. kompulze	106	0,97	0,48	0,94	0	2	2	0,23	-0,75	0,05

V rámci psychopatologických škál dotazníku YSR (Tab. 10), dívky dosahovali v průměru nejvyšší hodnoty 1,04 na škále Posttraumatické symptomy a dále významně skórovali na škále Depresivní úzkostnost (1,0), Problémy s pozorností (1,0), Obsedantně kompulzivní symptomy (0,94) a Depresivní uzavřenost (0,88). Vzhledem k očekávání skórovali překvapivě méně ve škálách sytících souhrnu škálu externalizace: Porušování pravidel (0,67) a Agresivní chování (0,72). Obdobně nížce skórované jsou škály: Somatické stesky, Sociální problémy a Problémy v myšlení. Dotazník YSR má jednu nepatologickou škálu Pozitivní kvality, kde dívky skórovali vysoko (1,43).

Korelace

Tabulka 11 znázorňuje souvislost mezi různými typy traumatu navzájem. Všechny typy traumatu jsou v těsném vztahu (Spearmanův koeficient korelace), což posiluje hypotézu o spolupůsobení více druhů traumat současně a výsledek je tudíž v souladu s výzkumy opakovaně zjišťovaným fenoménem polytraumatizace. Na okraj je v této souvislosti možné zmínit, že všechny typy traumat pozitivně korelovaly s násilím v rodině, které jsme též zkoumali; téma však není předmětem této dizertační práce.

Tab. 11. Souvislost mezi různými typy traumatu navzájem

Traumatizace	Obecná	Fyzická	Emoční	Sexuální	Disociace
Obecná	1	0,44	0,52	0,5	0,47
Fyzická	0,44	1	0,39	0,32	0,24
Emoční	0,52	0,39	1	0,45	0,53
Sexuální	0,5	0,32	0,45	1	0,39
Disociace	0,47	0,24	0,53	0,39	1

$p < 0,001$ pro všechny vztahy

Souvislost mezi typy traumatu a psychopatologií

Tab. 12. zobrazuje souvislost mezi různými typy traumatu (ETI-SR-SF) a škálami suicidalinity (CASPI), depresivitou (CDI), a škálami problémového chování (YSR). Z tabulky je patrné, že všechny typy traumatu mají souvislost se všemi třemi indikátory suicidalinity (z dotazníku CASPI), s depresivitou (zjišťovanou dotazníkem CDI) a se škálami problémového chování z Achenbachova dotazníku YSR (ASEBA). Vztahy byly zjišťovány pomocí Spearmanova koeficientu korelace a jejich těsnost se pohybuje na 1% až 5% hladině významnosti. Takto výrazné zjištění je podporou hypotézy o vztahu mezi traumatickou zkušeností dívek a obecně vyjádřeno jejich „psychopatologickými“ projevy v široké škále zahrnující internalizovanou symptomatologii, externalizované problémy, posttraumatický

obraz, suicidální tendence, ale také potíže v interpersonální oblasti, v myšlení a pozornosti. Tyto vztahy budeme dále analyzovat a interpretovat.

Souvislost škály „Pozitivní kvality“ s prožitými traumatickými událostmi je nevýrazná, což může být důsledkem určité nejasnosti (teoretické či konstruktové) samotné škály; lze též spekulovat o tom, že pozitivní projevy chování, tak jsou koncipovány v YSR, nejsou dostatečně silným faktorem zmírňujícím následky traumatických zkušeností zkoumaných dívek.

Tab. 12. Souvislost mezi různými typy traumatu (ETI-SR) a škálami suicidality (CASPI), depresivitou (CDI) a škálami problémového chování (YSR).

	Psychopatologie reprezentovaná škálou		T R A U M A T I Z A C E				
			Obecná	Fyzická	Emoční	Sexuální	Disociace
CASPI	Anxiózně-impulzivní deprese		0,28	0,18	0,43	0,36	0,48
	Rodinná nepohoda		0,51	0,38	0,47	0,27	0,37
	Suicidální tendence		0,19	0,15	0,4	0,31	0,47
CDI	CDI		0,15	0,13	0,36	0,33	0,23
YSR	Internalizované problémy	Depresivní uzavřenost	0,21	0,14	0,49	0,32	0,47
		Anxiózně depresivní	0,18	0,11	0,49	0,34	0,48
		Somatické stížnosti	0,25	0,15	0,46	0,33	0,46
	Sociální problémy		0,38	0,26	0,53	0,44	0,56
	Problémy v myšlení		0,29	0,26	0,48	0,37	0,53
	Problémy s pozorností		0,17	0,15	0,28	0,28	0,31
	Externalizované problémy	Porušování pravidel	0,22	0,22	0,07	0,25	0,11
		Agresivní chování	0,21	0,19	0,22	0,26	0,22
	Posttrauma symptomy		0,27	0,18	0,51	0,42	0,58
	Obsese-kompulzivita		0,16	0,17	0,39	0,32	0,48

Se škálou Obecné traumatizace nejvíce koreluje, škála Rodinné nepohody z dotazníku CASPI, což není překvapivé zjištění, neboť i ve škále Obecné traumatizace je řada otázek dotazujících se na rodinné zázemí. Dále významně se škálou Obecné traumatizace koreluje škála Sociálních problémů, Problémů v myšlení, Anxiózně-impulsivní deprese a Posttraumatických symptomů. Fyzická traumatizace nejvíce koreluje se škálou Rodinné nepohody, což naznačuje, že ke zkušenostem fyzickým traumatickým zkušenostem často může docházet v kontextu rodinného prostředí. Fyzická traumatizace má za následek Sociální problémy a Problémy v myšlení.

Škála Emoční traumatizace koreluje ze všech škál dotazníku ETI-SR-SF nejvýše se škálami dotazníků zjišťujících psychopatologii dívek. Významně koreluje se všemi škálami dotazníku CASPI. Z dotazníku YSR koreluje nejvíce se Sociálními problémy,

Posttraumatickými symptomy, škálami spadajícími do souhrnné škály Internalizačních problémů a dále také koreluje s Problémy v myšlení a Obsedantně-kompulzivními symptomy.

Škála sexuální traumatizace přináší také velké množství silných korelací. Z dotazníku CASPI se sexuální traumatizací především korelují škály Anxiózně-impulsivní deprese a Suicidální tendence. Z dotazníku YSR se se sexuální traumatizací nejvíce korelují Sociální problémy a Posttraumatické symptomy, dále pak Internalizované problémy, Problémy v myšlení a Obsedantně-kompulsivní symptomy.

Byť má disociativní škála pouze dvě položky, tak její korelace jsou velmi těsné s mnoha psychopatologickými škálami. V dotazníku CASPI především s Anxiózně-impulsivní depresí a Suicidálními tendencemi. V dotazníku YSR především s Posttraumatickými symptomy a Sociálními problémy a Problémy v myšlení. Dále velmi silně korelují s Internalizovanými problémy a Obsedantně-kompulsivními symptomy.

Specifickým zjištěním je skutečnost, že Externalizované problémy korelují s jednotlivými typy traumatických zkušeností zřetelně méně než Internalizované symptomy.

Dalším poznatkem, který stojí za pozornost, je skutečnost, že škály Depresivní uzavřenosti a Anxiózní deprese korelují více s jednotlivými typy traumatických zkušeností než dotazník CDI.

Souvislost mezi škálami dotazníku CASPI, depresivitou (CDI) a škálami problémového chování (YSR)

Tabulka 13 zobrazuje souvislost mezi různými typy traumatu (ETI-SR) a škálami suicidality (CASPI), depresivitou (CDI), a škálami problémového chování (YSR). Analýza ukázala, že všechny tři aspekty suicidality (anxiózní impulzivita, rodinná nepohoda a suicidální ideace) souvisejí s depresivitou zjišťovanou pomocí CDI a se všemi škálami problémového chování z YSR. Lze tudíž předběžně konstatovat, že zkoumané dívky, které jsou náchylné k přemítání o sebevraždě, závažnému sebepoškozování nebo dokonce k suicidálnímu jednání, budou pravděpodobně vykazovat významnou míru externalizovaných a internalizovaných symptomů, ale též antisociálních či agresivních tendencí nebo problémových projevů v akademické sféře (poruchy myšlení či pozornosti).

Škála „Pozitivní kvality“ koreluje se suicidalitou záporně, lze ji proto chápat jako výraz tendencí, které brání suicidálním myšlenkám, eventuelně i pokusům o sebevraždu. Avšak i zde platí, že by bylo třeba dále ověřovat její psychometrické vlastnosti.

Tab. 13. Souvislost mezi škálami suicidality (CASPI), depresivitou (CDI), a škálami problémového chování (YSR).

	CASPI		
	Anxiózně impulsivní deprese	Rodinná nepohoda	Suicidální ideace
CDI	0,49	0,17	0,5
Depresivní uzavřenost	0,65	0,23	0,52
Anxiózně depresivní	0,71	0,18	0,56
Somatické stížnosti	0,52	0,22	0,4
Sociální problémy	0,64	0,38	0,46
Problémy v myšlení	0,62	0,3	0,51
Problémy s pozorností	0,52	0,32	0,35
Porušování pravidel	0,1	0,28	0,11
Agresivní chování	0,34	0,41	0,27
Posttraumatické symptomy	0,72	0,28	0,58
Pozitivní kvality	-0,17	-0,04	-0,24
Obsese-kompulzivita	0,66	0,16	0,55

Není až tak překvapující, že škála Anxiózně impulsivní deprese vysoce koreluje s Depesí (CDI) a škálami sytícími Internalizované problémy, avšak kromě těchto předpokládaných souvislostí tato škála velmi významně koreluje s Posttraumatickými symptomy, Obsedantně-kompulzivními symptomy, Sociálními problémy a Problémy v myšlení.

Zjištění stojící za pozornost je, že ze všech typů psychopatologických symptomů škála rodinné nepohody nejvíce koreluje s agresivním chováním a sociálními problémy. Dalším zajímavým zjištěním je, že škála suicidálních ideací kromě předpokládané depresivity a internalizovaných problémů nejvíce koreluje především s Posttraumatickými symptomy, Obsedantně-kompulzivními symptomy a Problémy v myšlení.

Externalizované symptomy se suicidálními tendencemi korelují oproti ostatním škálám psychopatologie poměrně málo, avšak určitý jejich souvislost na suicidalitu nelze vyloučit. Otázku týkající se primárnosti suicidálních tendencí nebo psychopatologie chování nám však korelační analýza neumožňuje spolehlivě zodpovědět. Existující výzkumy však jedním zjištěným souvislostí podporují, jedním naznačují, že výrazné potíže v chování či psychopatologie osobnosti identifikované u traumatizovaných jedinců zvyšují pravděpodobnosti suicidálního prožívání a jednání.

Rozdíly v psychopatologii mírně traumatizovaných a závažně polytraumatizovaných dívek (analýza za pomoci kvartilů)

S využitím kvartilů (viz. Tabulka 3) jsme soubor rozdělili podle počtu prožitých traumat na tři podsoubory: 1. dívky, které uváděly, že zakusily mezi žádným a osmi traumaty (1. kvartil), 2. dívky referující o prožitých devíti až patnácti traumatech (2 a 3. kvartil), 3. dívky, které byly vystaveny šestnácti až dvaceti šesti traumatickým událostem (4. kvartil). Takto identifikované podsoubory jsme srovnávali pomocí Wilcoxonova neparametrického testu z hlediska suicidálních tendencí dívek, jejich depresivního prožívání, somatických stesků, sociálních problémů, problémů v myšlení a pozornosti, porušování společenských pravidel a agrese, posttraumatického stresu a tendencí k obsesím a kompulsivnímu jednání. Wilcoxonovým testem byly porovnány podsoubor s nízkým počtem traumat (0 – 8) a podsoubor dívek, které uvedly nejvyšší počet prožitých traumat (16 – 26).

Statistická významnost rozdílu mezi skupinami obvykle vede k úvaze o tom, zda by tento rozdíl byl přenositelný i na populaci, která nebyla zkoumána, ale má podobné charakteristiky jako výzkumný vzorek. V našem výzkumu však můžeme do jisté míry opustit statistickou indukci jako východisko našich interpretací, neboť se domníváme, že zkoumaný soubor reprezentuje klinický problém polytraumatizace s jeho důsledky pro fungování osobnosti adolescentních dívek v takovém rozsahu a především v tak výrazné míře, že popis a interpretace našeho vzorku vypovídá o problematice jako takové dostatečně přesvědčivě. Jinak řečeno, dlouhodobý sběr dat v terapeutickém kontextu nám dovoluje vyslovit domněnku, že adolescentní dívky, které budou v ontogenezi vystaveny podobným podmínkám jako pacientky z našeho souboru, budou trpět podobnými problémy. Občas se však z formálních důvodů nevzdáváme podpořit naše interpretace odkazem k jejich statistické významnosti.

Tab. 14. Rozdíly mezi dívkami s různou mírou polytraumatizace (počtem prožitých traumat) v míře jejich suicidality (CASPI).

Počet traumat	Anxiózní impulzivita		Rodinná nepohoda		Suicidální ideace a jednání	
	<i>m</i>	<i>sd</i>	<i>m</i>	<i>Sd</i>	<i>M</i>	<i>sd</i>
0-8	7,8	3,2	4,9	2,5	2,7	2,1
9-15	8,9	3,2	6,9	2,7	3,4	1,9
16-26	10,5	2,1	8,4	2,4	4,1	1,4
Wilcox.test	305,0		186,5		367,5	
P	0,0003		0,00000005		0,003	

Tab. 15. Rozdíly mezi dívkami s různou mírou polytraumatizace (počtem prožitých traumat) v míře jejich deprese (CDI).

Počet traumat	Deprese (CDI)	
	m	sd
0-8	0,8	0,4
9-15	0,9	0,3
16-26	1,0	0,4
Wilcox.test	381,5	
P	0,007	

Tab. 16. Rozdíly mezi dívkami s různou mírou polytraumatizace (počtem prožitých traumat) v míře jejich internalizovaných symptomů (YSR): depresivní uzavřenosti a depresivní úzkostnosti a somatických stesků.

Počet traumat	Depresivní uzavřenost (YSR)		Depresivní úzkostnost		Somatické stesky	
	m	Sd	M	sd	M	sd
0-8	0,7	0,5	0,6	0,4	0,8	0,4
9-15	0,8	0,5	0,6	0,4	0,9	0,5
16-26	1,1	0,4	1,0	0,5	1,2	0,5
Wilcox.test	288,5		298,5		293,5	
P	0,0006		0,0009		0,0008	

Tab. 17. Rozdíly mezi dívkami s různou mírou polytraumatizace (počtem prožitých traumat) v míře jejich sociálních problémů (YSR).

Počet traumat	Sociální problémy	
	m	Sd
0-8	0,5	0,3
9-15	0,7	0,4
16-26	1,0	0,4
Wilcox.test	187	
P	p < 0,001	

Tab. 18. Rozdíly mezi dívkami s různou mírou polytraumatizace (počtem prožitých traumat) v míře jejich problémů v myšlení (YSR).

Počet traumat	Problémy v myšlení	
	m	sd
0-8	0,5	0,4
9-15	0,7	0,4
16-26	0,9	0,5
Wilcox.test	275,5	
P	0,0003	

Tab. 19. Rozdíly mezi dívkami s různou mírou polytraumatizace (počtem prožitých traumat) v míře jejich problémů s pozorností (YSR).

Počet traumat	Problémy s pozorností	
	m	Sd
0-8	0,9	0,5
9-15	1,0	0,4
16-26	1,1	0,4
Wilcox.test	385,5	
P	0,03	

Tab. 20. Rozdíly mezi dívkami s různou mírou polytraumatizace (počtem prožitých traumat) v míře jejich externalizovaných symptomů: porušování pravidel a agresivního chování (YSR).

Počet traumat	Porušování pravidel		Agrese	
	M	M	Sd	Sd
0-8	0,5	0,7	0,4	0,3
9-15	0,7	0,8	0,4	0,4
16-26	0,7	0,8	0,4	0,4
Wilcox.test	406,5		371,5	
P	0,05		0,02	

Tab. 21. Rozdíly mezi dívkami s různou mírou polytraumatizace (počtem prožitých traumat) v míře jejich obsese a kompulsivity (YSR).

Počet traumat	Obsese a kompulsivita	
	M	sd
0-8	0,8	0,5
9-15	1,0	0,4
16-26	1,1	0,5
Wilcox.test	243,5	
P	0,02	

Tab. 22. Rozdíly mezi dívkami s různou mírou polytraumatizace (počtem prožitých traumat) v míře jejich posttraumatického stresu (YSR).

Počet traumat	Posttraumatický stress	
	M	sd
0-8	0,8	0,4
9-15	1,0	0,4
16-26	1,3	0,4
Wilcox.test	168	
P	0,0003	

Rozdíly mezi dívkami s menším počtem přiznaných traumat a dívkami, které referují o 16 až 26 traumatech jsou ve všech posuzovaných charakteristikách statisticky významné většinou na jednocentní hladině statistické signifikance. Toto zjištění mě vede k souhrnnému popisu výsledku místo dílčího popisu jednotlivých tabulek.

- a) **Suicidalita** (Tab. 14): Obě skupiny se liší v míře suicidality, tak jak byla zjišťovaná pomocí dotazníku CASPI. Dívky se liší jak v míře suicidálních ideací, případně tentamen suicidií, tak v míře vnitřního puzení či konfliktů (zde vyjádřeno škálou anxiózní impulzivity), tak ve vnímané rodinné nepohodě, kterou můžeme chápat jako vnější podmínky facilitující sebevražedné myšlenky či jednání. Lze tedy předběžně konstatovat, že koncept suicidality operacionalizovaný dotazníkem CASPI je citlivý vůči počtu prožitých traumat. Jinak vyjádřeno, pokud dívky zakusí vyšší počet traumat lze očekávat, že se u nich ve vyšší míře vyskytnou suicidální tendence.

- b) **Deprese a internalizované problémy** (Tab. 15 a 16): Obě krajní skupiny dívek se odlišují statisticky významně též v charakteristikách souhrnně označovaných jako internalizované problémy (deprese zjišťovaná dotazníkem CDI a škálami depresivní uzavřenosti, depresivní úzkostnosti a somatických stesků (všechny jsou součástí YSR). Je tudíž zřejmé, že dívky, které zažily více traumat, se budou s velkou pravděpodobností více potýkat s uvedenými internalizovanými problémy.

- c) **Externalizované problémy a problémy v sociální oblasti** (Tab. 17 a 20): Podobná zjištění se vztahují k externalizovaným problémům. Dívky referující o prožití více traumat častěji uvádějí, že porušují pravidla a chovají se agresivně (externalizované problémy podle YSR) a mají potíže interpersonálního rázu (jako jsou pocity osamělosti, žárlivosti, či závislosti na dospělých, nemilovanosti, atd.

- d) **Problémy v myšlení a pozornosti** (Tab. 18 a 19): Vyšší počet prožitých traumat narušuje též kognitivní funkce (zjišťované na úrovni sebeposouzení v YSR) a to v oblasti myšlení a pozornosti. Je však třeba poznamenat, že „problémy v myšlení“ jsou v YSR operacionalizovány například jako spíše ztráta kognitivní kontroly například nad vtíravými myšlenkami nebo sensorickými vjemy, tendencí k sebepoškozování, ale též problémy se spaním, apod. Problémy s pozorností jsou reprezentovány například nedokončováním

činností, nesoustředěností, impulsivitou, zmateností, ale též přiznáním špatných výsledků ve škole.

- e) **Obsese a kompulzivita** (Tab. 21). Dívky, které uvádějí vyšší míru traumatizace, vykazují též vyšší míru obsesivně kompulzivních problémů (podle YSR).
- f) **Posttraumatická symptomatologie** (Tab. 22). Rozdíl mezi dívkami s méně a více prožitými traumaty je statisticky významný též pokud jde o jimi uváděnou posttraumatickou symptomatologii (tak jak je identifikována v YSR). Dívky, které zakusily vyšší počet traumat, budou pravděpodobně vykazovat více posttraumatické symptomatologie.

Shluková analýza

Byla realizována shluková analýza na 4 typech traumatizace, kdy byly použity eukleidovské distance jako míry distance a následně Wardova metoda vytváření shluků. Na základě analýzy byl soubor rozdělen do 3 shluků, první tvořilo 46, druhý 33 a třetí 53 dívek. V tabulce 23. je patrný zřetelný rozdíl mezi jednotlivými shluky v průměrném počtu traumatizujících událostí.

Shluk č. 1 představuje nejvíce traumatizovanou (*závažně polytraumatizovanou*) skupinu dívek (N=46), kdy průměrný počet obecných traumatických zkušeností je 5,85 (z 11 traumatických zkušeností), fyzických 4,15 (z 5), emočních 4,30 (z 5), sexuálních 4,02 (z 6) a průměrný počet disociativních prožitků je 1,46 (ze 2). **Shluk č. 3** představuje také poměrně velmi traumatizovanou (*polytraumatizovanou*) skupinu dívek (N=53), kdy průměrný počet obecných traumatických zkušeností je 3,85 (z 11), fyzických 2,83 (z 5), emočních 3,42 (z 5), sexuálních 0,66 (z 6) a průměrný počet disociativních prožitků je 1,08 (ze 2). Oproti tomu **shluk č. 2** představuje jen *mírně traumatizovanou* skupinu dívek (N=33), kdy průměrný počet obecných traumatických zkušeností je 1,73 (z 11), fyzických 2,55 (z 5), emočních 1,03 (z 5), sexuálních 0,76 (z 6) a průměrný počet disociativních prožitků je 0,33 (z 2).

Z tabulky jsou patrné zřetelné rozdíly mezi průměry u jednotlivých shluků pro každý typ traumatizace. Rozdíl mezi průměry u fyzické traumatizace není tak výrazný (1,6) oproti rozdílu průměrů u emoční traumatizace (3,27), kdy oba tyto typy traumatizace mají stejný počet položek. Sexuální traumatizace má 6 položek a rozdíl mezi průměry je 3,36. Z těchto údajů je

patrné, že zkušenosti fyzické traumatizace jsou ve výzkumném souboru, resp. ve všech shlucích, poměrně hodně zastoupené oproti emočním a sexuálním traumatickým zkušenostem.

Shluk	1		2		3	
Počet dívek	46		33		53	
	Průměr	SD	Průměr	SD	Průměr	SD
Obecná	5,85	1,84	1,73	0,98	3,85	1,54
Fyzická	4,15	0,84	2,55	1,37	2,83	1,57
Emoční	4,30	0,76	1,03	1,02	3,42	1,12
Sexuální	4,02	1,68	0,76	1,25	0,66	1,06
Disociace	1,46	0,62	0,33	0,54	1,08	0,76

Tabulka 23. Shluková analýza typů traumatizace

Tabulka 24. Shluková analýza typů traumatizace – analýza položek

Pol. č.	Typ traumatické zkušenosti	Shluk 1		Shluk 2		Shluk 3	
		Průměr	SD	Průměr	SD	Průměr	SD
O_1	Byl/a jste někdy vystaven/a život ohrožující přírodní katastrofě?	0,26	0,44	0,03	0,17	0,13	0,34
O_2	Byl/a jste účastníkem závažné nehody?	0,41	0,50	0,06	0,24	0,19	0,39
O_3	Utrpěl/a jste závažné zranění nebo měla jste závažné onemocnění?	0,52	0,51	0,21	0,42	0,27	0,45
O_4	Zažil/a jste někdy smrt nebo závažné onemocnění vašich rodičů nebo vašeho vychovatele?	0,50	0,51	0,12	0,33	0,27	0,45
O_5	Zažil/a jste rozvod nebo rozchod vašich rodičů?	0,87	0,34	0,30	0,47	0,68	0,47
O_6	Zažil/a jste někdy smrt nebo závažné zranění vašeho sourozence?	0,30	0,47	0,03	0,17	0,23	0,42
O_7	Zažil/a jste někdy smrt nebo závažné zranění vašeho kamaráda?	0,67	0,47	0,30	0,47	0,38	0,49
O_8	Byl/a jste někdy svědkem násilí k druhým, včetně členů vaší rodiny?	0,85	0,36	0,24	0,44	0,58	0,50
O_9	Trpěl někdo z vaší rodiny psychickým nebo psychiatrickým onemocněním a nebo zažil zhroucení?	0,80	0,40	0,36	0,49	0,60	0,49
O_10	Měli vaši rodiče nebo vychovatelé problémy s alkoholismem nebo užívání drog?	0,50	0,51	0,06	0,24	0,51	0,50
O_11	Viděl/a jste někdy někoho zabít?	0,15	0,36	0,00	0,00	0,02	0,14
F_1	Dostal/a jste někdy facku otevřenou dlaní?	1,00	0,00	0,88	0,33	0,89	0,32
F_2	Byl/a jste někdy popálena horkou vodou, cigaretou nebo něčím jiným?	0,54	0,50	0,18	0,39	0,21	0,41
F_3	Byl/a jste někdy uhozen/a nebo kopnut/a?	0,98	0,15	0,52	0,51	0,67	0,47
F_4	Byl/a jste někdy zasažena nějakým hozeným předmětem?	0,72	0,46	0,30	0,47	0,41	0,50
F_5	Byl/a jste někdy tlačena/a, strčena/a?	0,91	0,28	0,67	0,48	0,69	0,47
E_1	Byl/a jste často ponižován/a nebo zesměšňován/a?	0,96	0,21	0,27	0,45	0,74	0,45
E_2	Byl/a jste často ignorován/a nebo byl ve vás vytvářen pocit, že se s Vámi nepočítá?	0,96	0,21	0,30	0,47	0,79	0,41
E_3	Bylo vám často řečeno, že nejste dobrý?	0,83	0,38	0,12	0,33	0,75	0,44

E_4	Byl/a jste většinu času vychováván/a chladným, bezstarostným způsobem anebo byl ve vás vytvořen pocit, že nejste milován/a?	0,67	0,47	0,12	0,33	0,53	0,50
E_5	Stávalo se často, že vaši rodiče nebo vychovatelé často selhali v pochopení vašich potřeb?	0,89	0,31	0,21	0,42	0,62	0,49
S_1	Dotýkal se Vás někdy někdo v intimních místech (např. prsa, stehna, genitálie) způsobem, který Vás překvapil nebo jste se cítil/a nepohodlně?	0,98	0,15	0,24	0,44	0,33	0,48
S_2	Zažil/a jste někdy, že někdo otíral o vás své genitálie?	0,74	0,44	0,18	0,39	0,16	0,37
S_3	Byl/a jste někdy přinucen/a nebo dotýkat se jiné osoby v intimních místech jejího těla?	0,63	0,49	0,15	0,36	0,08	0,27
S_4	Měl někdo s vámi sexuální styk proti vaší vůli?	0,59	0,50	0,15	0,36	0,06	0,24
S_5	Byl/a jste někdy přinucen/a k orálnímu sexu proti vaší vůli?	0,50	0,51	0,00	0,00	0,02	0,14
S_6	Byl/a jste někdy přinucen/a líbat někoho spíše sexuálním než milujícím způsobem?	0,59	0,50	0,03	0,17	0,04	0,20
D_1	Zažil/a jste intenzivní strach, děs a bezmocnost?	0,93	0,25	0,28	0,46	0,75	0,44
D_2	Zažil/a jste mimotělní zážitek jakoby jste se na sebe díval/a zvenčí nebo byl/a jste jako ve snu?	0,52	0,51	0,06	0,25	0,35	0,48

Při analýze položek (Tabulka 24) je rozdíl mezi jednotlivými shluky ještě nápadnější. Pravděpodobnosti výskytu daného typu traumatizace v konkrétním shluku jsou odlišné. Díky podrobné analýze položek je zřetelné, že závažně polytraumatizované dívky uvádějí významně vyšší míru závažnějších typů traumatizace oproti mírně traumatizovaným dívkám. Tento rozdíl je u obecné traumatizace nejvíce patrný u položek: účastník závažné nehody, smrt/onemocnění rodiče, rozvod rodičů, svědek násilí v rodině, duševní nemoc v rodině. U položky užívání alkoholu či drog rodiči je tento rozdíl také nápadný, avšak závažně polytraumatizované dívky odpovídají na stejné hodnotě jako polytraumatizované. U fyzické traumatizace je rozdíl nejvíce patrný u položek: popálen horkou vodou či cigaretou, uhozen nebo kopnut, zasažen hrozeným předmětem. U emocionální a sexuální traumatizace je rozdíl velmi zřetelný u všech položek. Zde je však potřeba zdůraznit, že na položky 3 až 6, které reprezentují závažnou formu sexuální traumatizace, mírně traumatizované a polytraumatizované dívky téměř vůbec neodpovídají. Z čehož lze vyvozovat, že mezi závažně polytraumatizovanými dívkami jsou ty, které zažily závažné formy sexuálního násilí. Přítomnost disociativního prožívání taktéž velmi jasně odlišuje závažně polytraumatizované dívky od mírně traumatizovaných, zvláště položka 2 (mimotělní zážitek).

Přítomnost psychopatologie v jednotlivých shlucích

Pro jednotlivé shluky byly dále vypočítány průměrné hodnoty jednotlivých symptomatických škál dotazníku YSR reprezentujících typy psychopatologie. Z tabulky 25. je patrné, že každá skupina shluků reprezentuje odlišnou hladinu psychopatologie. Závažně

polytraumatizované dívky dosahují ve všech škálách psychopatologie nejvyšších průměrných hodnot a to především ve škálách Posttraumatické symptomy (1,32), Anxiózní deprese (1,23), Problémy s pozorností (1,20) a Obsese-kompulzivita (1,16). Naproti tomu na škále Pozitivní kvality dívky ve všech třech shlucích skórují velmi vysoko s tím, že průměrná hodnota obou shluků polytraumatizovaných dívek (1,42) mírně přesahuje hodnotu mírně traumatizovaných dívek (1,30).

Z tabulky je patrné, že u závažně polytraumatizovaných dívek se subškály dotazníku YSR (Depresivní uzavřenost 1,09; Anxiózní deprese 1,23; Somatické stížnosti 1,01) sytící škálu internalizovaných symptomů nacházejí nad průměrnou hodnotou 1,0 psychopatologických symptomů a subškály sytící škálu externalizovaných symptomů (Porušování pravidel 0,78; Agresivní chování 0,97) nacházejí pod průměrnou hodnotou 1,0 psychopatologických symptomů. Specifický je rozdíl mezi průměrnými hodnotami závažně polytraumatizovaných a mírně traumatizovaných dívek, který u škály internalizovaných symptomů činí cca 0,5 a u externalizovaných symptomů je cca 0,25. Z těchto dat tedy vyplývá, že u závažně polytraumatizovaných dívek je přítomno zřetelně více internalizovaných symptomů než externalizovaných.

Škály YSR	Shluk					
	1		2		3	
	Průměr	SD	Průměr	SD	Průměr	SD
Depresivní uzavřenost	1,09	0,42	0,59	0,46	0,90	0,52
Anxiózní deprese	1,23	0,48	0,75	0,43	0,96	0,50
Somatické stížnosti	1,01	0,50	0,50	0,42	0,66	0,46
Sociální problémy	1,01	0,39	0,45	0,32	0,69	0,37
Problémy v myšlení	0,96	0,49	0,45	0,33	0,70	0,40
Problémy s pozorností	1,20	0,45	0,80	0,46	1,05	0,41
Porušování pravidel	0,78	0,39	0,54	0,36	0,66	0,38
Agresivní chování	0,97	0,44	0,69	0,40	0,74	0,38
Posttraumatické symptomy	1,32	0,43	0,78	0,40	1,00	0,42
Pozitivní kvality	1,42	0,34	1,42	0,25	1,30	0,40
Obsese-kompulzivita	1,16	0,51	0,78	0,46	0,96	0,42

Tabulka 25. Shluková analýza typů traumatizace ve vztahu k psychopatologii (YSR).

Pro jednotlivé shluky byly také vypočítány průměrné hodnoty jednotlivých symptomatických škál dotazníku CASPI a průměrné hodnoty depresivity dotazníku CDI (Tabulka 26). I z této tabulky je patrné, že každá skupina shluků reprezentuje odlišnou hladinu psychopatologie.

Shluk	1		2		3	
	Průměr	SD	Průměr	SD	Průměr	SD
Deprese (CDI)	1,12	0,34	0,85	0,38	0,92	0,32
Anxiózně-impulsivní deprese	10,57	1,97	7,30	3,34	8,78	3,14
Rodinná nepohoda	8,30	2,38	4,67	2,41	6,82	2,68
Suicidální tendence	3,98	1,50	2,61	2,03	3,36	1,94

Tabulka 26. Shluková analýza typů traumatizace ve vztahu k depresi (CDI) a suicidalitě (CASPI).

Závažně polytraumatizované dívky (Shluk 1) mají nejvyšší míru depresivity 1,12 (dotazník CDI), byť rozdíl průměrných hodnot mezi závažně polytraumatizovanými a mírně traumatizovanými není tak výrazný jako je u Internalizovaných problémů v dotazníku YSR. Zřetelný je však rozdíl mezi závažně polytraumatizovanými a mírně traumatizovanými na škále Anxiózně-impulsivní deprese, i když míra těchto symptomů je ve výzkumném souboru celkově velmi vysoká. Závažně polytraumatizované dívky uvádějí 10,57 položek z 13 možných oproti 7,30 u mírně traumatizovaných dívek. U rodinné nepohody Závažně polytraumatizované dívky odpovídají na 8,30 položek z 12 možných oproti 4,67 položkám u mírně traumatizovaných dívek.

U škály Suicidální tendence rozdíl mezi hodnotami jednotlivých shluků není tak výrazná. Závažně polytraumatizované dívky odpovídají na 3,98 položek (z 5 možných), polytraumatizované odpovídají rovněž na velké množství položek (3,36) a mírně traumatizované dívky odpovídají na 2,61 položek. V tomto případě je třeba ale vzít v potaz charakter položek, kdy lze na podkladě popisné statistiky uvedené výše předpokládat, že obě skupiny polytraumatizovaných dívek odpovídají na položky odkazující k většímu riziku suicidálního chování.

Analýza vztahu jednotlivých typů traumatických zkušeností s vybranými typy psychopatologie

V následující kapitole bude v grafech znázorněn vztah množství jednotlivých typů traumatických zkušeností k jednotlivým typům psychopatologie a tyto vztahy budou zároveň interpretovány. Tento postup nabízí detailnější a plastičtější vzhled do dynamiky vztahu mezi jednotlivými traumatickými zkušenostmi a konkrétní psychopatií.

V každém uvedeném grafu v této kapitole horizontální osa ukazuje počet traumatických zkušeností (položek v dotazníku ETI-SR-SF) každého jednotlivého typu traumatizace: rodinné, obecné/nespecifické v prvním (horním) grafu, emoční, fyzické a sexuální v druhém (dolním) grafu (u každé typu psychopatologie jsou proto 2 grafy).

Na tomto místě je třeba ještě upozornit, že položky ze škály obecná traumatizace dotazníku ETI-SR-SF byly rozděleny na dvě podskupiny typů traumatizace: rodinnou a obecnou/nespecifickou. Podskupinu rodinné traumatizace tvoří položky: smrt či onemocnění rodičů (4), rozvod nebo rozchod rodičů (5), svědek násilí vůči členům rodiny (8), psychické zhroucení nebo psychiatrické onemocnění (9), rodiče měli problémy s alkoholismem nebo užívání drog (9). Podskupinu obecné/nespecifické traumatizace tvoří položky: vystavení život ohrožující přírodní katastrofě (1), účastník závažné nehody (2), vlastní závažné zranění nebo onemocnění (3), smrt nebo závažné zranění sourozence (6) či kamaráda (7), svědek zabití jiného člověka (11).

Vertikální osa zobrazuje míru symptomů vždy jedné konkrétní zvolené psychopatologie. Míra psychopatologie na vertikální ose je u dotazníku YSR a CDI v rozsahu od 0 do 2 bodů a u dotazníku CASPI je míra psychopatologie dána množstvím položek v dané škále dotazníku. Díky tomuto postupu je na 2 grafech znázorněno 5 křivek. Každá křivka znázorňuje vztah psychopatologie k jednomu typu traumatizace.

Vztah mezi traumatickými zkušenostmi a posttraumatickými stresovými symptomy

Graf 3 znázorňuje vztah mezi jednotlivými typy traumatických zkušeností a posttraumatickými stresovými symptomy. Horizontální osa ukazuje počet traumatických zkušeností podle pěti rozdílných typů. Vertikální osa zobrazuje míru symptomů posttraumatického stresu (škála YSR) a je v rozsahu od 0 do 2 bodů. V horním grafu jsou vidět 2 křivky a v dolním 3 křivky. Z obou grafů je patrné, že s nárůstem traumatických zkušeností, dochází k odstupňovanému nárůstu symptomů posttraumatického stresu, avšak zároveň jsou patrné odlišnosti mezi vztahem posttraumatických symptomů a jednotlivých druhů

traumatických zkušeností. U emoční, fyzické a sexuální traumatizace se ukazuje, že platí přímá úměra mezi posttraumatickými symptomy a kterýmkoli typem traumatické zkušenosti, jinak vyjádřeno čím více jakýchkoli traumatických zkušeností, tím více referencí o projevech posttraumatického stresu.

U rodinných traumatických zkušeností je také patrný odstupňovaný nárůst posttraumatických symptomů s nárůstem traumatických zkušeností, avšak obdobně jako u sexuální traumatizace (6 traumatických zkušeností) dochází u rodinné traumatizace (5 traumatických zkušeností) k určitému, mírnému poklesu posttraumatických symptomů. U nespecifických/obecných traumatických zkušeností dochází k nárůstu posttraumatických symptomů při třech či pěti traumatických zkušenostech z průměrné hodnoty 1 na hodnotu 1,3 resp. 1,5. Výrazné výkyvy v křivce nespecifické/obecné traumatizace mohou být dány povahou samotných položek, neboť otázky 6 a 7 se dotazují na zranění či úmrtí sourozence či kamaráda, tzn., že míra závažnosti těchto položek může být rozdílná. Zároveň se ukazuje, že pacientky odpovídající na všechny položky v této kategorie pozitivně také přiznávají, že byly svědky zabití někoho jiného (položka č. 11), což může vysvětlovat nárůst posttraumatických symptomů při všech 5 pozitivních odpovědích.

Míra posttraumatických symptomů při 0 emočních traumatických zkušeností je na průměrné hodnotě 0,6 a při 5 traumatických zkušenostech dosahuje hodnoty 1,3. S nárůstem trauma symptomů dochází k dvojnásobku posttraumatických symptomů.

Míra posttraumatických symptomů při 0 fyzických traumatických zkušenostech je na průměrné hodnotě 0,7 a při 5 traumatických zkušenostech dosahuje hodnoty 1,1.

Míra posttraumatických symptomů při 0 sexuálních traumatických zkušeností je na průměrné hodnotě 0,8 a při 5 uváděných traumatických zkušenostech dosahuje hodnoty 1,4 s tím, že při 6 traumatických zkušenostech mírně klesá na hodnotu 1,3.

Z grafu lze usuzovat, že dochází k vzájemnému potencování interpersonálních traumatických zkušeností. Je totiž patrné, že míra posttraumatických projevů pacientek, které nezmiňují přítomnost emoční traumatické zkušenosti je nejnižší (0,6), a u pacientek neuvádějících žádnou fyzickou a sexuální traumatickou zkušenost se míra posttraumatických symptomů zvyšuje na 0,7 resp. 0,8. Lze předpokládat, že sexuální traumatické zkušenosti se nevyskytují izolovaně ale v doprovodu emoční a fyzické traumatizace a tudíž křivka sexuální traumatizace začíná na vyšší hodnotě a končí na nejvyšší hodnotě.

Vztah mezi traumatickými zkušenostmi a internalizovanými symptomy

Graf 4 znázorňuje vztah mezi jednotlivými typy traumatických zkušeností a internalizovanými symptomy. Horizontální osa ukazuje počet traumatických zkušeností dle pěti rozdílných typů. Jednotlivé typy položek (5-6) jsou vždy specifické pro každý jednotlivý typ traumatu – dle dotazníku ETI-SR_SF. Vertikální osa zobrazuje míru internalizovaných symptomů (YSR) a je v rozsahu od 0 do 2 bodů. V horním grafu jsou vidět 2 křivky a v dolním 3 křivky. Ze všech grafů je patrné, že s nárůstem počtu traumatických zkušeností, dochází k odstupňovanému nárůstu internalizovaných symptomů, i když při tomto nárůstu jsou patrné určité odlišnosti u jednotlivých traumatických zkušeností.

Hodnota internalizovaných symptomů u nulové emoční traumatizace je 0,5 a při 5 trauma zkušenostech dosahuje hodnoty 1,2. Při přítomnosti 5 emočních trauma zkušenostech se zdvojnásobuje míra internalizovaných symptomů.

Hodnota internalizovaných symptomů u nulové fyzické traumatizace je 0,6 a při 5 trauma zkušenostech dosahuje hodnoty 1,0. I u tohoto typu traumatizace je nárůst patrný, i když ne v tak vysoké míře. U tohoto typu traumatizace je zajímavý velký skokový nárůst internalizovaných symptomů z 0,6 při 0 trauma zkušenosti k 1,0 při 1 trauma zkušenosti. Je otázkou, jak tomuto jevu porozumět. Lze se domnívat, že některé pacientky mohou být velmi senzitivní již na nízkou míru fyzických traumatických zkušeností, anebo tento typ trauma zkušeností zažili ve větším rozsahu, než jsou schopny do dotazníku zaznamenat.

Hodnota internalizovaných symptomů u nulové sexuální traumatizace je 0,7 a při 5 trauma zkušenostech dosahuje hodnoty 1,3 a při 5 traumatických zkušenostech mírně klesá na hodnotu 1,2. Křivka sexuální traumatizace začíná na vyšší hodnotě a také dosahuje vyšších hodnot než křivky emoční a fyzické traumatizace. Křivka sexuální traumatizace opisuje dráhu křivek emoční a fyzické traumatizace.

Míra internalizovaných symptomů je na hodnotě 0,6 při nulové hodnotě traumatických zkušeností v rodině a při 4 traumatických zkušenostech v rodině dosahuje míra internalizovaných symptomů téměř hodnoty 1,1, avšak při 5 rodinných traumatických zkušenostech tato hodnota klesá na 0,8. Při interpretaci tohoto poklesu je třeba vzít v úvahu skutečnost, že některé položky mohou mít závažnější dopad na psychickou pohodu pacientek než jiné (např. úmrtí rodiče).

Hodnota internalizovaných symptomů u nulové obecné/nеспецифické traumatizace je téměř u hodnoty 0,9 a u této hodnoty internalizované symptomy přetrvávají i při jedné či dvou nспецифických traumatických zkušenostech. Až od tří trauma zkušeností dochází k nárůstu internalizovaných symptomů téměř k hodnotě 1,3 při 5 nспецифických traumatických

zkušenostech. I zde je možno dynamiku křivky do určité míry interpretovat závažností traumatických zkušeností (úmrtí sourozence/kamaráda; svědek zabití).

Vztah mezi traumatickými zkušenostmi a externalizovanými symptomy

Graf 5 znázorňuje vztah mezi jednotlivými typy traumatických zkušeností a externalizovanými symptomy. Horizontální osa ukazuje počet traumatických zkušeností dle pěti rozdílných typů. Jednotlivé typy položek (5-6) jsou vždy specifické pro každý jednotlivý typ traumatu – dle dotazníku ETI-SR-SF. Vertikální osa zobrazuje míru externalizovaných symptomů (škála tvořena dvěma subškálami YSR: agresivní chování, problémy s porušování pravidel a je v rozsahu od 0 do 2 bodů). V horním grafu jsou vidět 2 křivky a v dolním 3 křivky.

Obecně lze konstatovat, že je ze všech grafů patrné, že s nárůstem počtu traumatických zkušeností, dochází k nárůstu externalizovaných symptomů, i když při tomto nárůstu jsou patrné zřetelné odlišnosti u jednotlivých traumatických zkušeností a že tento nárůst není plynule stupňující, jak tomu bylo u posttraumatických a internalizačních symptomů.

Nejnižší hodnota externalizovaných symptomů je u nulové fyzické traumatizace (0,5) a již při 4 trauma zkušenostech dosahuje hodnoty 0,9 a poté při 5 traumatických zkušenostech mírně klesá k hodnotě 0,8. Při přítomnosti 4 fyzických traumatických zkušenostech se zdvojnásobuje míra externalizovaných symptomů. U tohoto typu traumatizace je patrný největší nárůst externalizovaných symptomů, z čehož lze vyvozovat, že na fyzickou traumatizaci dívky vysoce senzitivně reagují nárůstem problémového/agresivního jednání.

Velmi specifická je křivka externalizovaných symptomů u emoční traumatizace. Externalizované symptomy začínají na hodnotě 0,5 při nulové emocionální traumatizaci a při zkušenosti s jednou emocionální traumatizací skokově narůstají na hodnotu 0,8, kdy dosahují vrcholu. Následně křivka padá na hodnotu 0,6 s tím, že při 3-5 emocionálních traumatických zkušenostech externalizované symptomy oscilují mírně pod hodnotou 0,8. Z těchto údajů lze vyvozovat, že již mírná emocionální traumatizace může spouštět agresivní chování či problémy s porušování pravidel.

Stojí za povšimnutí, že při mírné emocionální traumatizaci (1 traumatická zkušenost) dochází jen k nepatrnému nárůstu internalizovaných symptomů, avšak dochází k výraznému nárůstu symptomů externalizovaných (0,3 bodu), z čehož lze vysuzovat, že na již mírnou emocionální traumatizaci dívky reagují vysoce senzitivně, navzdory běžnému očekávání nárůstem problémového/agresivního chování spíše než úzkostně-depresivním prožíváním.

U sexuální traumatizace hodnota externalizovaných symptomů narůstá od hodnoty 0,6 na hodnotu 0,9 při 4 sexuálně traumatických zkušenostech a následně dochází k poklesu křivky

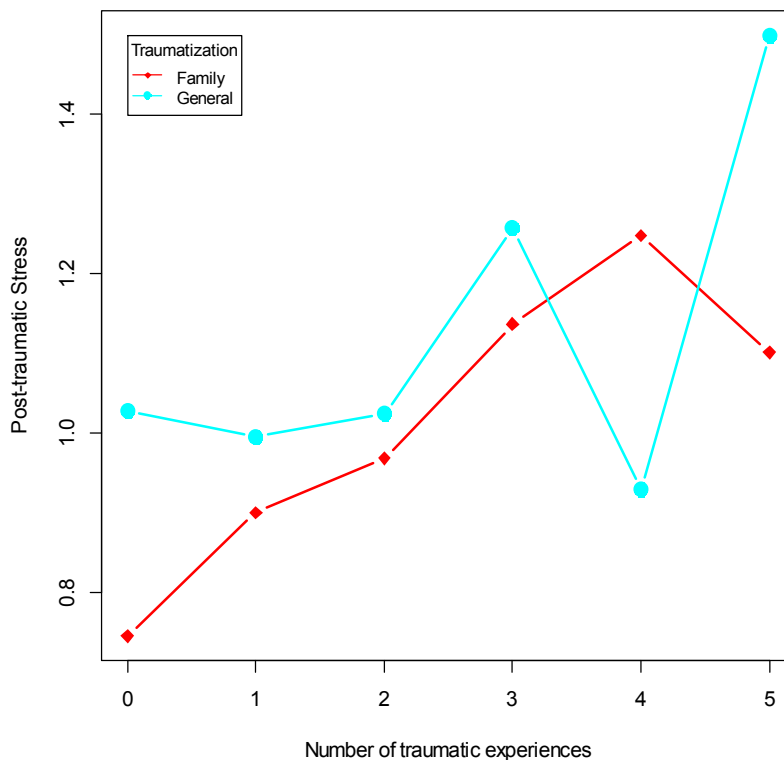
při 5 a 6 sexuálně traumatických zkušenostech. Z této křivky lze usuzovat, že k externalizovaným symptomům více přispívají zkušenosti sexuálních ataků. Pokud pacientka zažila násilný pohlavní styk či orální sex, tak je již suspektně na tuto traumatizující problematiku „adaptovaná“, či je vůči ní „desenzitizovaná“ a proto dochází k úbytku externalizovaných symptomů (0,3 bodu).

Míra externalizovaných symptomů je na hodnotě 0,55 při nulové hodnotě trauma zkušeností v rodině a při 5 traumatických zkušenostech v rodině dosahuje hodnoty 0,85. Křivka nárůstu externalizovaných symptomů je zřetelně rozkolísaná. Již jedna traumatická událost zvyšuje míru externalizovaných symptomů o 0,2 bodu na hodnotu 0,75. Z tohoto výsledku je patrné, že dívky reagují na jednu traumatickou událost v rodině spíše rozvojem externalizovaných symptomů než internalizovaných.

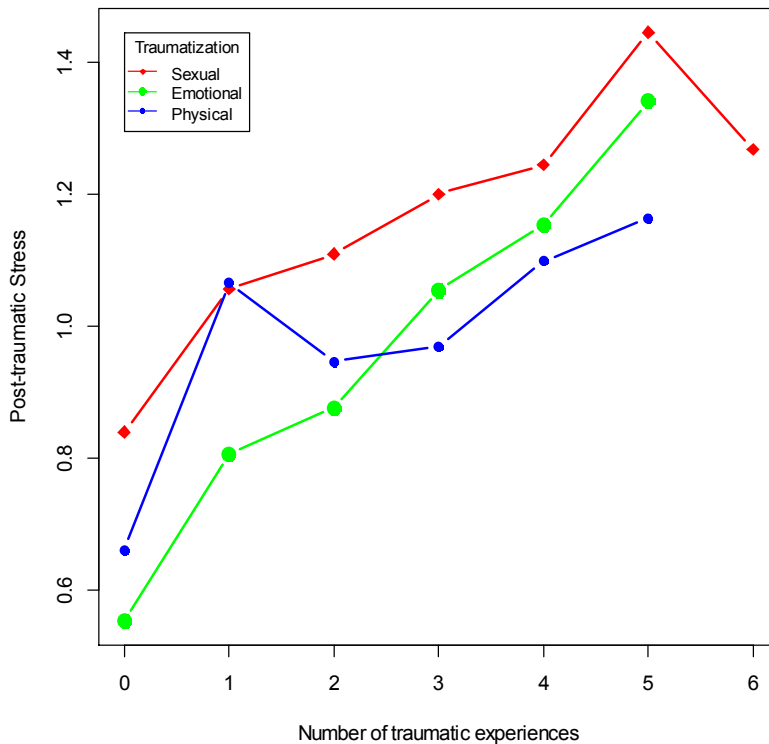
Obdobný jev je patrný i obecné/nеспецифické traumatizace, kdy na dvě traumatické události tohoto typu strmě narůstá míra externalizovaných symptomů o 0,2 bodu (z 0,65 na 0,85). Oproti tomu, jak bylo uvedeno výše, tak internalizované symptomy až do tří traumatických událostí stagnují na stejné hladině.

Internalizované a externalizované problémy v chování dívek vykazují určitou specifickou dynamiku, která je zachycena křivkami emoční a fyzické traumatizace. Na jednu emoční traumatickou zkušenost reagují dívky vysokým nárůstem externalizovaných symptomů (z hodnoty 0,5 na hodnotu 0,8), zatímco u fyzické traumatizace tento nárůst není tak vysoký (z hodnoty 0,4 na hodnotu 0,6). Až při 4 fyzických traumatických zkušenostech hodnota externalizovaných symptomů přesahuje hodnotu u emoční traumatizace. Internalizované symptomy u jedné emoční traumatizace se téměř nezvyšují, avšak výrazně se zvyšují u jedné fyzické traumatizace (z hodnoty 0,6 na hodnotu 1,0). Z těchto dat vyplývá, že již mírná emoční traumatizace vede k rychlému nárůstu problémového či agresivního chování avšak ne k úzkostně-depresivnímu prožívání. Na mírnou fyzickou traumatizaci dívky reagují opačně – nárůstem úzkostně-depresivního prožívání.

Relation between traumatization and post-traumatic stress

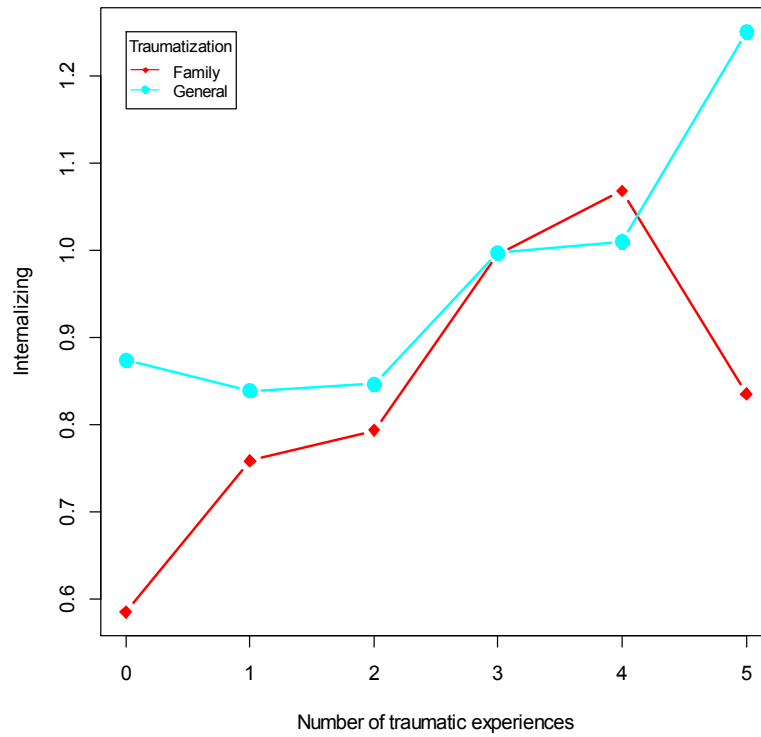


Relation between traumatization and post-traumatic stress

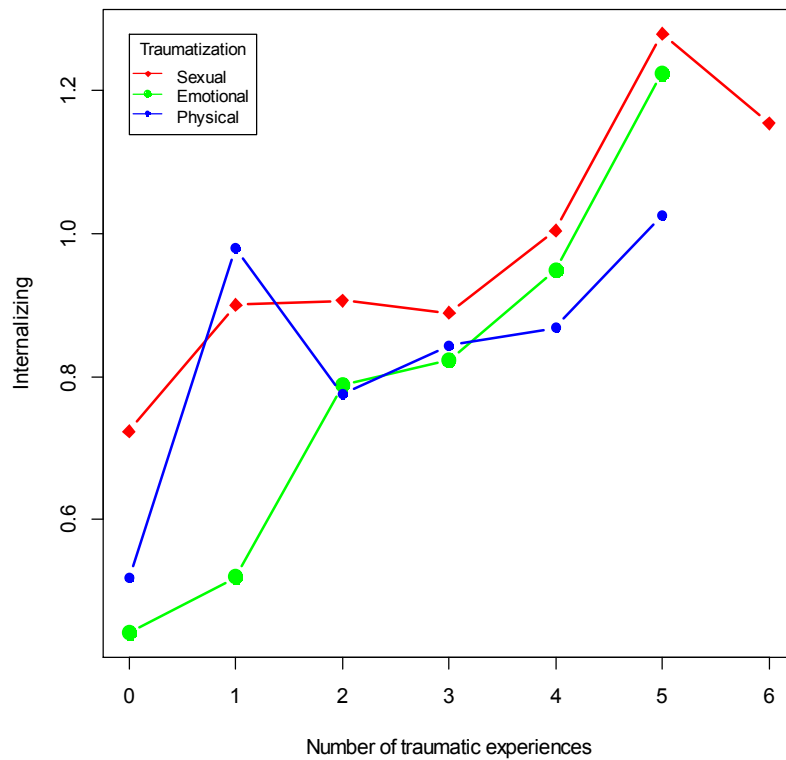


Graf 3. Vzťah medzi traumatickými zkušenostmi a posttraumatickým stresom

Relation between traumatization and internalizing

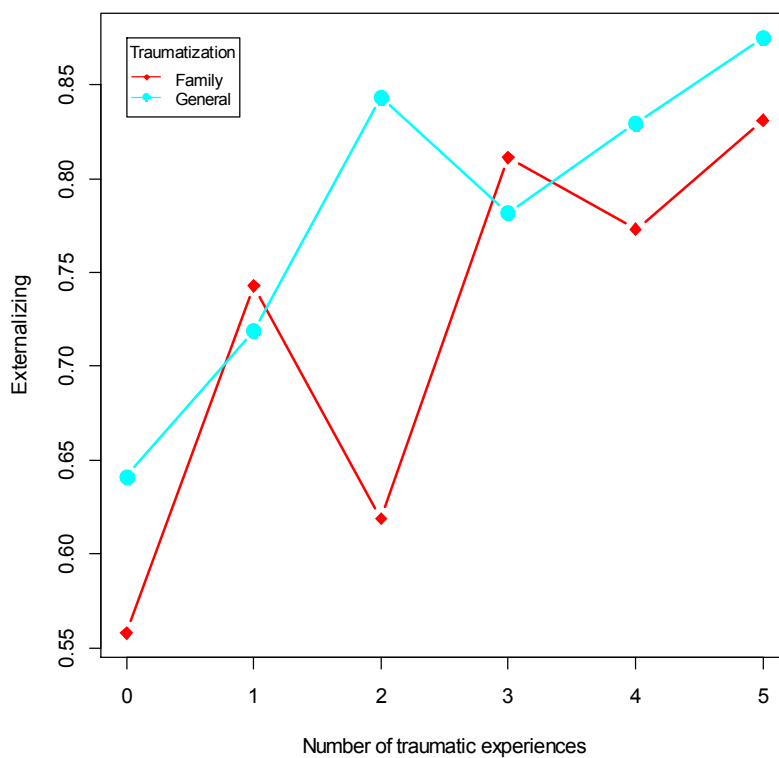


Relation between traumatization and internalizing

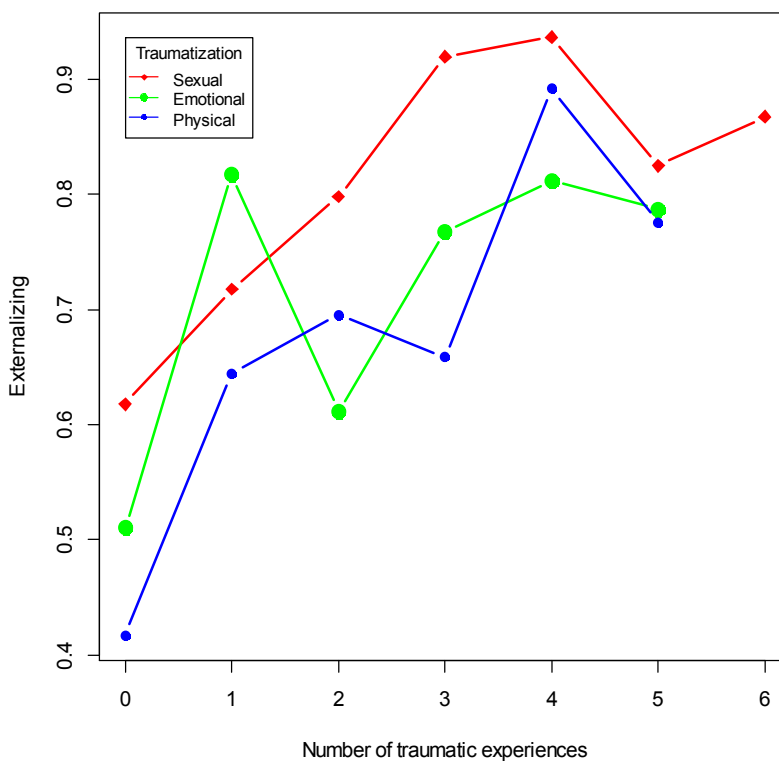


Graf 4. Vztah mezi traumatickými zkušenostmi a internalizovanými symptomy

Relation between traumatization and externalizing



Relation between traumatization and externalizing



Graf 5. Vztah mezi traumatickými zkušenostmi a externalizovanými symptomy

Vztah mezi traumatickými zkušenostmi a Depresivní uzavřeností

Graf 6. znázorňuje vztah mezi jednotlivými typy traumatických zkušeností a symptomy Depresivní uzavřenosti (škála dotazníku YSR). Horizontální osa ukazuje počet traumatických zkušeností dle pěti rozdílných typů. Jednotlivé typy položek (5-6) jsou vždy specifické pro každý jednotlivý typ traumatu – dle dotazníku ETI-SR_SF. Vertikální osa zobrazuje míru symptomů svědčících pro Depresivní uzavřenost (subškála YSR) a je v rozsahu od 0 do 2 bodů. Depresivní uzavřenost je jednou ze subškál v YSR sytící faktor internalizované problémy. V horním grafu jsou vidět 2 křivky a v dolním 3 křivky.

Hodnota symptomů Depresivní uzavřenosti je u nulové emoční traumatizace je mírně pod hodnotou 0,4 a pravidelným gradujícím způsobem narůstá až k téměř k hodnotě 1,2 při 5 emočních traumatických zkušenostech, tzn., že se s rostoucí mírou emoční traumatizace symptomy Depresivní uzavřenosti ztrojnásobují. Oproti ostatním typům traumatické zkušenosti je tento nárůst největší.

Hodnota symptomů Depresivní uzavřenosti u nulové fyzické traumatizace je 0,6 a při 5 traumatických zkušenostech dosahuje hodnoty 1,0. Nárůst symptomů u tohoto typu traumatizace je sice patrný, avšak není tak zřetelný. Symptomy Depresivní uzavřenosti skokově narůstají (až k hodnotě 1,0) již při jednom typu fyzické traumatizace, při 2 a 3 fyzických traumatických zkušenostech klesají (0,8) a následně stoupají na hodnotu 1,0 při 5 traumatických zkušenostech. Dynamiku křivky lze interpretovat tak, že dívky jsou zvýšeně depresivně uzavřené již při minimálních fyzických traumatických zkušenostech, ale při zvýšené expozici těmto traumatickým zkušenostem je jejich senzitivita snížena a jejich depresivní uzavřenost se již nezvyšuje.

Hodnota symptomů Depresivní uzavřenosti u nulové sexuální traumatizace je na hodnotě 0,75 a při 5 trauma zkušenostech přesahuje hodnoty 1,2 a při 6 traumatických zkušenostech mírně klesá na hodnotu 1,2. Křivka sexuální traumatizace začíná na vyšší hodnotě a také dosahuje vyšších hodnot než křivky emoční a fyzické traumatizace. U mnohočetně sexuálně traumatizovaných dívek se míra symptomů Depresivní uzavřenosti zdvojnásobuje.

Míra symptomů Depresivní uzavřenosti je na hodnotě 0,55 při nulové hodnotě traumatických zkušeností v rodině, s počtem traumatických zkušeností pravidelným gradujícím způsobem symptomy narůstají a při 4 traumatických zkušenostech v rodině dosahuje míra symptomů téměř hodnoty 1,1, avšak při 5 rodinných traumatických zkušenostech tato hodnota klesá na 0,75. Při interpretaci tohoto poklesu je třeba vzít v úvahu tu skutečnost, že některé položky mohou mít závažnější dopad na psychickou pohodu pacientek než jiné (např. úmrtí rodiče).

Míra symptomů Depresivní uzavřenosti u nulové obecné/nеспецифické traumatizace je na hodnotě 0,9 a mírně pod touto hodnotou tyto symptomy oscilují i při jedné či dvou nespécifických traumatických zkušenostech. U tří a čtyř traumatických zkušeností míra symptomů mírně narůstá a až při 5 traumatických zkušenostech narůstá zřetelně/skokově.

Vztah mezi traumatickými zkušenostmi a Anxiózní depresí

Graf 7. znázorňuje vztah mezi jednotlivými typy traumatických zkušeností a symptomům Anxiózní deprese (škála dotazníku YSR). Horizontální osa ukazuje počet traumatických zkušeností dle pěti rozdílných typů. Jednotlivé typy položek (5-6) jsou vždy specifické pro každý jednotlivý typ traumatu – dle dotazníku ETI-SR_SF. Vertikální osa zobrazuje míru symptomů svědčících pro Anxiózní depresi a je v rozsahu od 0 do 2 bodů. Anxiózní deprese je jednou ze subškál v YSR sytící faktor internalizaovaných problémů v chování.

Hodnota symptomů Anxiózní deprese u nulové emoční traumatizace se nachází mírně nad hodnotou 0,5 a mírně nepravidelným gradujícím způsobem narůstá k hodnotě 1,3 při 5 emočních traumatických zkušenostech. Oproti ostatním typům traumatických zkušeností je tento nárůst největší.

Hodnota symptomů Anxiózní deprese u nulové fyzické traumatizace je 0,6 a při 5 traumatických zkušenostech dosahuje hodnoty 1,1. Symptomy Anxiózní deprese skokově narůstají (až k hodnotě 1,1) již při jednom typu fyzické traumatizace, při 2 fyzických traumatických zkušenostech klesají (0,9) a následně kolísavě stoupají na hodnotu 1,1 při 5 traumatických zkušenostech. Dynamiku křivky lze interpretovat obdobně jako u Depresivní uzavřenosti tak, že dívky reagují ve zvýšené míře anxiózní depresí na menší počet událostí fyzického týrání, ale při zvýšené expozici těmto traumatickým zkušenostem je jejich senzitivita snížena.

Hodnota symptomů Anxiózní deprese u nulové sexuální traumatizace je na hodnotě 0,8 a při 5 traumatických zkušenostech přesahuje hodnoty 1,4 a při 6 traumatických zkušenostech klesá na hodnotu 1,2. Křivka sexuální traumatizace začíná na vyšší hodnotě a také dosahuje vyšších hodnot než křivky emoční a fyzické traumatizace. U mnohočetně sexuálně traumatizovaných dívek se míra symptomů Anxiózní deprese téměř zdvojnásobuje a dosahuje nejvyšší hodnoty ze všech traumatických zkušeností – tzn. rozsáhle sexuálně traumatizované dívky trpí úzkostnými symptomy nejvíce.

Míra symptomů Anxiózní deprese je na hodnotě 0,7 při nulové hodnotě traumatických zkušeností v rodině, s počtem traumatických zkušeností symptomy narůstají a při 4 traumatických zkušenostech v rodině dosahuje míra symptomů nad hodnotu 1,1, avšak při 5

rodinných traumatických zkušenostech tato hodnota klesá na 0,9. Při interpretaci tohoto poklesu je třeba vzít v úvahu skutečnost, že některé položky mohou mít závažnější dopad na psychickou pohodu pacientek než jiné (např. úmrtí rodiče).

Míra symptomů Anxiózní deprese u nulové obecné/nеспецифické traumatizace je na hodnotě 1,0 a mírně tyto symptomy klesají při jedné či dvou nespécifických traumatických zkušenostech. U tří až pěti traumatických zkušeností míra symptomů mírně narůstá téměř k hodnotě 1,2. Obecná/nespécifická traumatizace úzkostnou symptomatologií ovlivňuje jen minimálně.

Vztah mezi traumatickými zkušenostmi a Depresí (CDI)

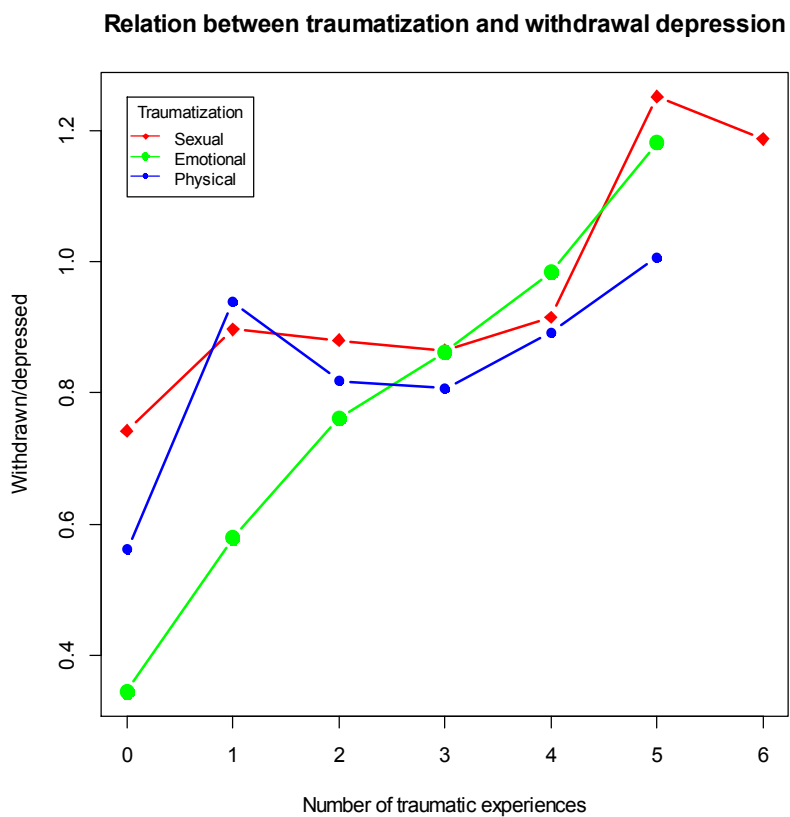
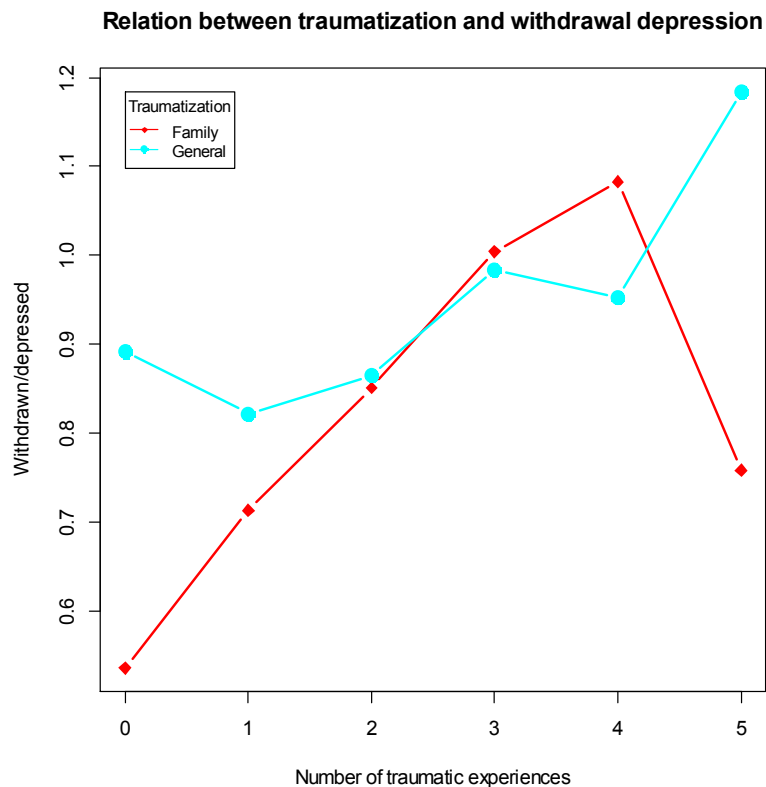
Graf 8. znázorňuje vztah mezi jednotlivými typy traumatických zkušeností a symptomy deprese. Horizontální osa ukazuje počet traumatických zkušeností dle pěti rozdílných typů. Jednotlivé typy položek (5-6) jsou vždy specifické pro každý jednotlivý typ traumatu – dle dotazníku ETI-SR-SF. Vertikální osa zobrazuje míru symptomů svědčících pro Depresi měřenou dotazníkem CDI a je v rozsahu od 0 do 2 bodů. V horním grafu jsou vidět 2 křivky a v dolním 3 křivky, které zobrazují vztah jednotlivých traumatických zkušeností k depresi. Již na první pohled je patrné, že dynamika křivek je zřetelně odlišná od křivek Depresivní uzavřenosti a Anxiózní deprese, byť stoupající trend symptomů deprese při stoupajícím počtu traumatických zkušeností zůstává zachován.

Hodnota depresivních symptomů u nulové emoční traumatizace se nachází mírně nad hodnotou 0,6 a gradujícím způsobem narůstá na hodnotu 1,1 při 5 emočních traumatických zkušenostech, tzn. že se s rostoucí mírou emoční traumatizace se depresivní symptomy zdvojnásobují. Oproti ostatním typům traumatických zkušeností je tento nárůst největší. Dynamika této křivky jako jediná je obdobná dynamice křivek u Depresivní uzavřenosti a Anxiózní deprese.

Hodnota depresivních symptomů u nulové fyzické traumatizace je 0,7 a při 5 traumatických zkušenostech dosahuje téměř hodnoty 1,1. Depresivní symptomy velmi výrazně - skokově narůstají (k hodnotě 1,1) již při jednom typu fyzické traumatizace, při 2 fyzických traumatických zkušenostech zřetelně klesají (0,8) a následně kolísavě stoupají téměř k hodnotě 1,1 při 5 traumatických zkušenostech. Dynamiku křivky je částečně obdobná jako u Depresivní uzavřenosti a Anxiózní deprese, kdy lze pozorovat vysokou senzitivitu již na jednu zkušenost fyzické traumatizace. Oproti dvěma předchozím škálám je v dotazníku CDI na jednu zkušenost fyzické traumatizace ještě více citlivější.

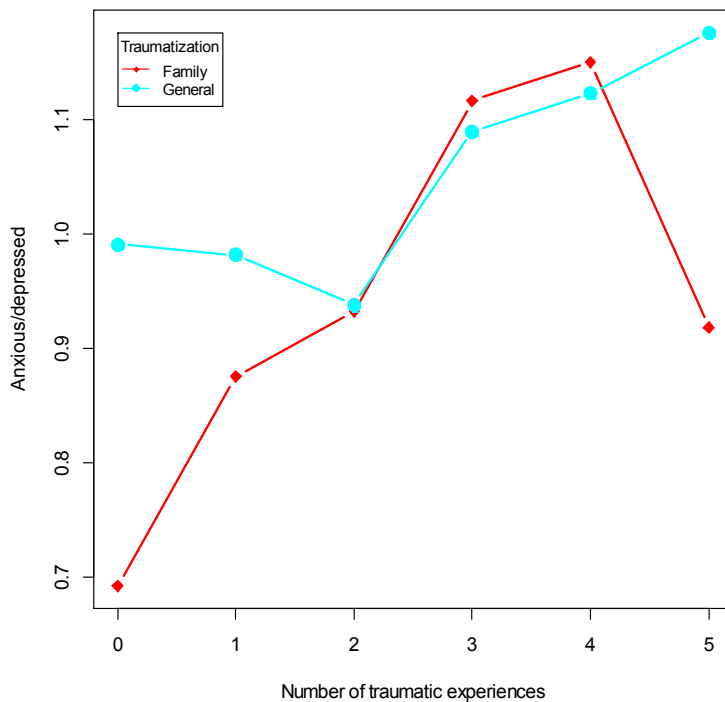
Hodnota depresivních symptomů u nulové a jedné sexuální traumatizace je shodně pod hodnotou 0,9 a při 2, 3, 5, 6 traumatických zkušenostech přesahuje hodnotu 1,1. Při 4 traumatických zkušenostech klesá k hodnotě 0,9. Křivka sexuální traumatizace začíná na vyšší hodnotě a také dosahuje vyšších hodnot než křivky emoční a fyzické traumatizace. Křivka sexuální traumatizace je spíše obdobná křivkám anxiózně-impulsivní deprese a suicidality z dotazníku CASPI než křivkám Depresivní uzavřenosti a Anxiózní deprese. Depresivní symptomatologie (dle dotazníku CDI) velmi zřetelně narůstá již při dvou typech sexuálně traumatizujících zkušenostech.

Míra depresivních symptomů osciluje kolem hodnoty 0,9 při nulové hodnotě traumatických zkušeností v rodině či při 2 a 3 těchto zkušenostech. Teprve posléze s počtem traumatických zkušeností symptomy narůstají a při 5 traumatických zkušenostech v rodině dosahuje míra symptomů 5 hodnotě 1,1. Míra depresivních symptomů u nulové obecné/nеспецифické traumatizace osciluje mezi hodnotou 0,9 - 1,0 při 0-4 traumatických zkušenostech a až poté velmi výrazně narůstá při 5 resp. 6 traumatických zkušenostech. U těchto 2 křivek je třeba poznamenat, že míra depresivních symptomů začíná na již velmi vysoké hladině depresivních symptomů (0,9 - 1,0). Z těchto dat lze usuzovat, že dotazník CDI není příliš senzitivní vůči rodinným traumatickým zkušenostem.

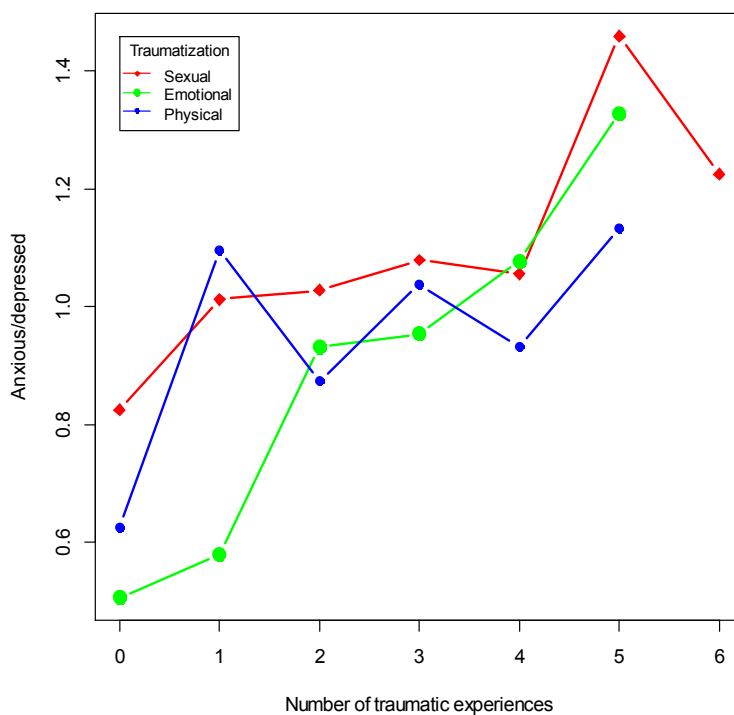


Graf 6. Vztah mezi traumatickými zkušenostmi a Depresivní uzavřeností

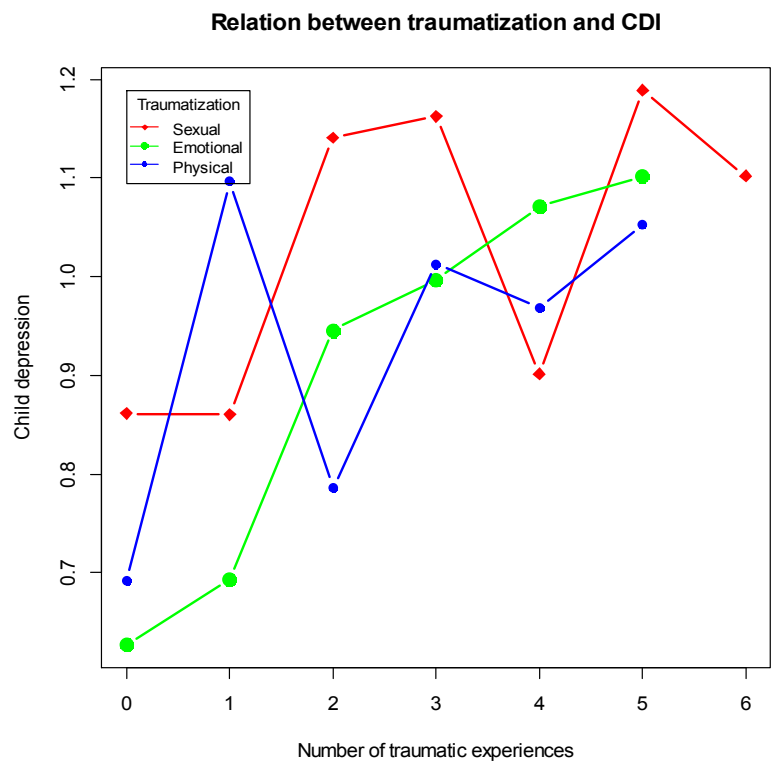
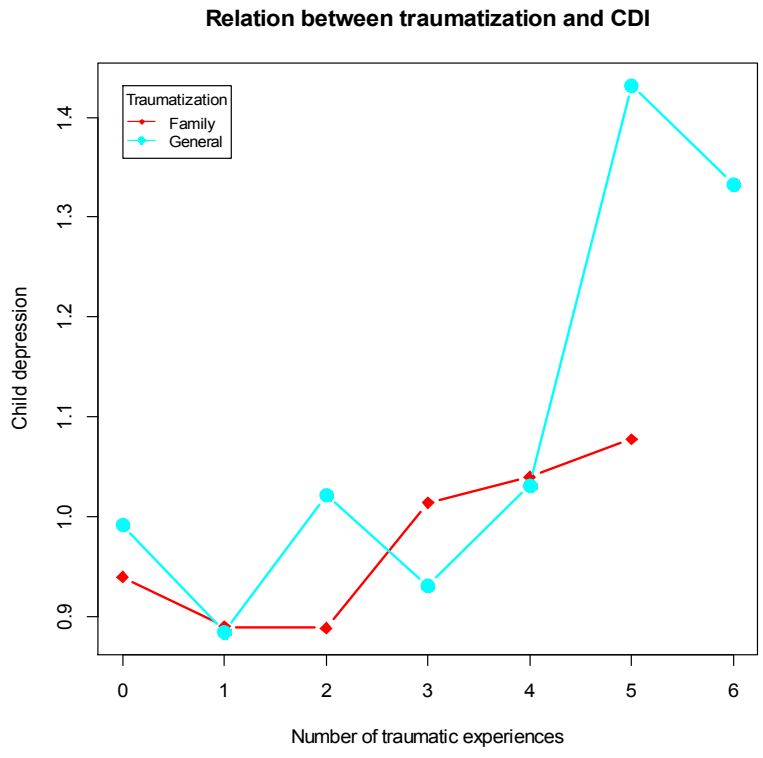
Relation between traumatization and anxious depression



Relation between traumatization and anxious depression



Graf 7. Vztah mezi traumatickými zkušenostmi a Anxiózní depresí



Graf 8. Vztah mezi traumatickými zkušenostmi a depresí (CDI)

Vztah mezi traumatickými zkušenostmi a anxiózně-impulsivní depresí (CASPI)

Graf 9. znázorňuje vztah mezi jednotlivými typy traumatických zkušeností a symptomy Anxiózně-impulsivní deprese. Horizontální osa ukazuje počet traumatických zkušeností dle pěti rozdílných typů. Jednotlivé typy položek (5-6) jsou vždy specifické pro každý jednotlivý typ traumatu – dle dotazníku ETI-SR-SF. Vertikální osa zobrazuje míru anxiózně impulsivní deprese, což je subškála dotazníku CASPI, která má 13 položek, díky čemuž se vertikální osa v maximálním rozsahu může pohybovat mezi 0 až 13 body. V horním grafu jsou vidět 2 křivky a v dolním 3 křivky.

Nejnižší míra symptomů anxiózně-impulsivní deprese byla zaznamenána při nule emočních traumatických zkušenostech (na hodnotě 6). S nárůstem traumatických zkušeností tohoto typu zřetelně tato křivka narůstá a při 5 traumatických zkušenostech dosahuje téměř 11 bodů. Tato křivka má největší rozsah (od hodnoty 6 do hodnoty 11).

U nulové fyzické traumatizace je míra symptomů anxiózně-impulsivní deprese na hodnotě 8 (uváděných položek) a s narůstajícím počtem traumatických zkušeností dosahuje nejvýše hodnoty 10. S fyzickou traumatizací sice roste emočně-impulsivní deprese, avšak nerovnoměrným způsobem.

Zřetelněji narůstá míra symptomů anxiózně-impulsivní deprese u sexuální traumatizace z 8 až na hodnotu 11 s tím, že již při dvou traumatických zkušenostech dosahuje prvního vrcholu (hodnota 10) a dále vrcholí při 5 a 6 uváděných traumatických zkušenostech (tyto pacientky ve svých odpovědích přiznávají zkušenost s pohlavním stykem proti vlastní vůli a nedobrovolným orálním sexem). První vrchol křivky na hodnotě 10 lze interpretovat tak, že sexuální ataka, kterou dívky zažily, byla pro ně ohrožující a vedla k rychlému nárůstu úzkostně-depresivního prožívání. Při rozsáhlejší sexuální traumatizaci úzkostně-depresivní problematika dále zřetelně narůstá.

Křivka vztahu anxiózně-impulsivní deprese a rodinné traumatizace má odlišný průběh, oproti předchozím uváděným. Začíná mírně pod hodnotou 7,5, rychle strmě stoupá a dosahuje vrcholu na hodnotě 10 již při třech traumatických zkušenostech a následně opět klesá na hodnotu 9 při pěti rodinných traumatických zkušenostech. Obdobně křivka obecné-nespecifické traumatizace začínající pod hodnotou 8,5 zřetelně stoupá a vrcholí na hodnotě 10,5 při pěti obecných traumatických zkušenostech a při šesti křivka zřetelně padá na hodnotu 8.

I přes určité rozdíly křivek znázorňujících vztah mezi anxiózně-impulsivní depresí a jednotlivými typy traumatizace je zřetelné, že při nárůstu počtu traumatických zkušeností dochází k vysokému nárůstu úzkostně-depresivní symptomatiky. U každého typu traumatizace křivky kulminují mezi hodnotami 10-11. Závažně traumatizované dívky tudíž uvádějí

v průměru 10-11 položek (z celkového počtu 13) odkazujících na úzkostně-depresivní symptomatologii.

Vztah mezi traumatickými zkušenostmi a suicidalitou

Graf 10. znázorňuje vztah mezi jednotlivými typy traumatických zkušeností a suicidalním rizikem. Horizontální osa ukazuje počet traumatických zkušeností dle pěti rozdílných typů. Jednotlivé typy položek (5-6) jsou vždy specifické pro každý jednotlivý typ traumatu – dle dotazníku ETI-SR-SF. Vertikální osa zobrazuje míru suicidalního rizika, resp. počet pozitivně zodpovězených otázek ze subtestu *suicidální myšlenky nebo činy* z dotazníku CASPI (1. *Měl jsi pocit, že bys chtěl umřít?*; 2. *Měl jsi někdy pocit, že by sis chtěl ublížit?*; 3. *Zkusil sis někdy ublížit?*; 4. *Myslel sis dokonce, že by ses mohl někdy zabít?*; 5. *Zkusil ses někdy zabít?*). Díky tomu se pohybuje vertikální osa mezi 0 až 5 body. V horním grafu jsou vidět 2 křivky a v dolním 3 křivky, které zobrazují vztah jednotlivých traumatických prožitků k míře suicidalního rizika.

Míra suicidalního rizika u nulové emoční traumatizace je 1,5 a při 5 trauma zkušenostech dosahuje téměř hodnoty 4,5. Při přítomnosti 1 traumatické emoční zkušenosti se míra suicidalního rizika zdvojnásobuje a při 5 emočních traumatických zkušenostech se ztrojnásobuje. Z těchto údajů je patrné, že dívky jsou vysoce citlivé především na jednu traumatickou zkušenost, při kumulaci traumatických zkušeností již nárůst suicidalního rizika není tak příkrý, je spíše pozvolnějšího rázu, i když i nadále velmi zřetelný.

U nulové fyzické traumatizace je míra suicidalního rizika mírně nad hodnotou 2 a při pěti traumatických zkušenostech dosahuje téměř k hodnotě 4, tzn., že s nárůstem fyzických traumatických zkušeností se míra suicidalního rizika téměř zdvojnásobuje. I zde je velmi patrný výrazný rozdíl mezi nepřítomností fyzické traumatizace a uváděnou přítomností jedné této traumatické zkušenosti, neboť dochází k nárůstu o 1,5 bodu suicidalního rizika (z 2 na 3,5 bodu). Při dvou fyzických traumatických zkušenostech míra suicidalního rizika klesá a při třech traumatických zkušenostech je stejná jako při jedné traumatické zkušenosti. Následně při 4 a 5 traumatických zkušenostech křivka dále stoupá, ale již jen mírně. Z toho lze vyvozovat pro nárůst suicidalního rizika stačí již menší rozsah/závažnost fyzických traumatických zkušeností.

Křivka sexuální traumatizace oproti emoční a fyzické začíná zřetelně výše na 2,5 bodech suicidalního rizika. Jak již bylo uvedeno dříve, lze předpokládat, že sexuálně netraumatizované dívky mohou být zároveň poměrně emocionálně a fyzicky traumatizované, díky čemuž křivka sexuální traumatizace začíná velmi vysoko. Křivka sexuální traumatizace je zároveň specifická tím, že velmi záhy významně narůstá a při dvou uváděných odpovědích dosahuje svého maxima

na hodnotě 4,5. Pacientky v tomto případě přiznávají nejen sebepoškozování a suicidální ideace, ale mnohé z nich i suicidální pokus. Díky tomu tyto dívky jsou rizikovější, pokud jde o suicidalitu oproti těm, které zažily nedobrovolný pohlavní styk či nucený orální sex. Jako možné vysvětlení pro tuto skutečnost je klinická zkušenost administrátora dotazníků. Při vyplňování dotazníků bylo pro dívky velmi obtížné položky sexuální traumatizace vyplnit. Je otázkou, zda některé z dívek, které zažily rozsáhlejší sexuální traumatizaci, ji byly plně schopny při vyplňování dotazníku zaznamenat. Lze předpokládat, že některé z nich nikoli, a že tyto dívky nemají sexuálně traumatizující zkušenost zpracovanou, integrovanou ve vědomí a tato nezpracovaná, neverbalizovaná traumatická může být prediktorem významným prediktorem suicidálního rizika.

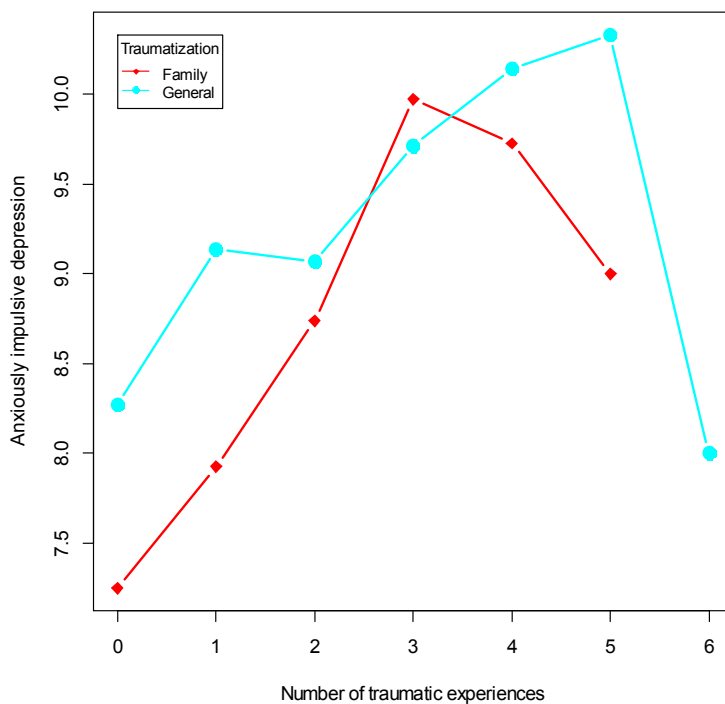
K porozumění tomuto jevu může napomoci klinická zkušenost s pacientkami při vyplňování dotazníku. Mnohé z nich měli velké obtíže při vyplňování části dotazníku ETI-SR-SF, která se zabývá sex. traumatizací. Většinou zcela bez problémů vyplňovali předchozí části tohoto dotazníku, ale při vyplňování této subškály byli často rozrušené/roztržité a měly velké obtíže tuto subškálu vyplnit. Některé z nich se obávaly z možných následků pravdivého zodpovězení otázek v této subškále. Na základě této zkušenosti je možno se domnívat, že mezi dívkami, které uvádějí 2 sexuálně traumatizující zkušenosti, byly mnohé, které suspektně zažily rozsáhlejší sexuální traumatizaci, než uvádějí a zároveň se obávají (potlačovanou/vytěsněnou) sexuální traumatizaci sdělit examinátorovi/psychologovi či širšímu/rodinnému okolí. Nabízí se i jiné vysvětlení: traumatizující sexuální zkušenost nemají zpracovanou, nedokážou ji verbalizovat proto, že jde o zkušenost neintegrovanou do vědomí, či se mohou se též obávat jakékoliv bližší konfrontace s touto problematikou – mohou mít strach z možné vlastní psychické dekompenzace či reakce okolí.

Míra suicidálního rizika při nepřítomnosti jakýchkoliv traumatických zážitků v rodině je na hodnotě 2,6 a při nepřítomnosti jakýchkoliv obecných/nеспецифických zážitků je na hodnotě 3,1. Tato skutečnost může naznačovat, že dívky netraumatizované v těchto oblastech mohou být traumatizované jinými typy traumatizace. Při dvou traumatických zkušenostech v rodinném systému míra suicidálního rizika velmi výrazně narůstá a kulminuje při třech, resp. čtyřech traumatických událostech (3,9) následně při pěti traumatických událostech klesá téměř na počáteční hodnotu (2,7). Obdobnou trajektorii opisuje i křivka obecných/nеспецифických traumatických zážitků. Kulminuje při 4 traumatických zkušenostech a zřetelně klesá při pěti traumatických zkušenostech (3,0). I přes výrazný nárůst suicidálního rizika se zvyšujícím se počtem u těchto dvou skupin traumatických zkušeností, nedosahuje takové míry jako emoční a sexuální traumatizace. Oproti emoční, fyzické a sexuální traumatizaci mají křivky rodinné a

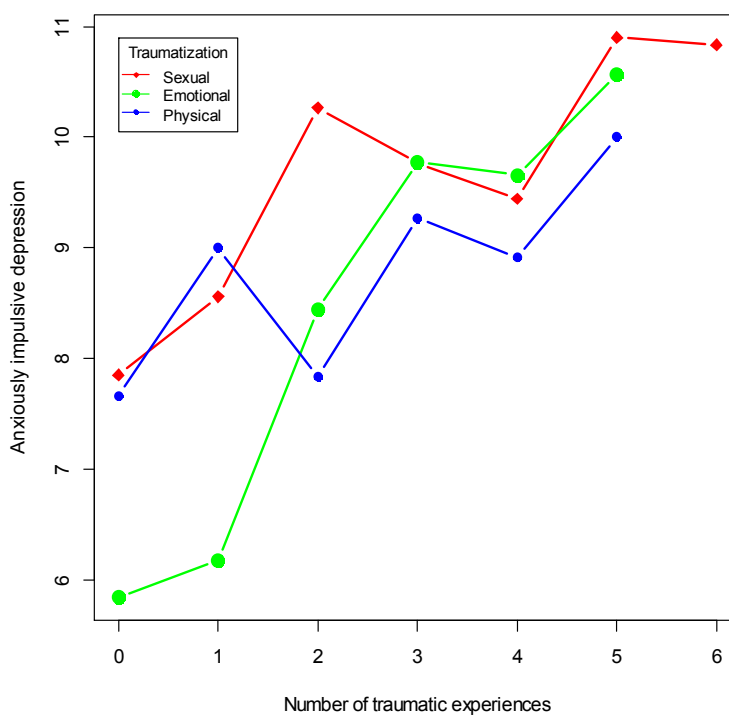
obecné traumatizace jinou dynamiku - kulminující a po dosažení vrcholu klesající. Dynamika těchto křivek je obdobná jako dynamika křivek porovnávající traumatické zkušenosti se subtestem anxiózně-impulsivní deprese z dotazníku CASPI. Lze se domnívat, že na určité množství traumatických zkušeností (3-5) v těchto oblastech jsou dívky velmi senzitivní a reagují na ně nárůstem psychopatologických symptomů s tím, že se zvyšujícím se počtem traumatických událostí dále u dívek dochází k určité desenzitizaci vůči traumatickým zkušenostem.

Odlišnou dynamiku křivek je možné interpretovat z hlediska akutnosti a chroničnosti traumatu. Při vysoké přítomnosti rodinných a obecných traumatických událostí se jedná o kumulaci velkého množství traumatických událostí, dívky žily po dlouhou dobu v traumatizujícím prostředí, díky čemuž u nich došlo k „traumatické adaptaci“ na chronickou rozsáhlou polytraumatizaci.

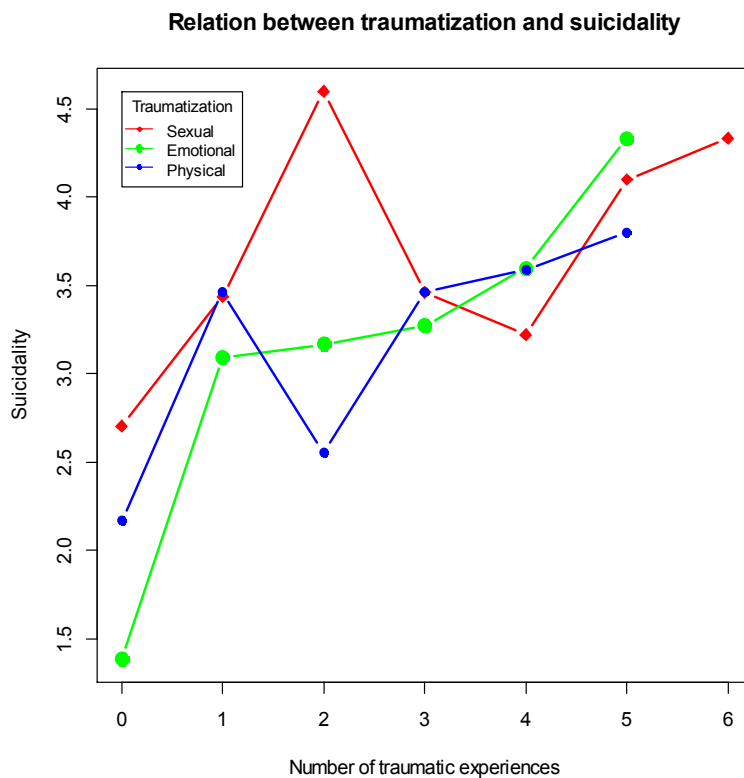
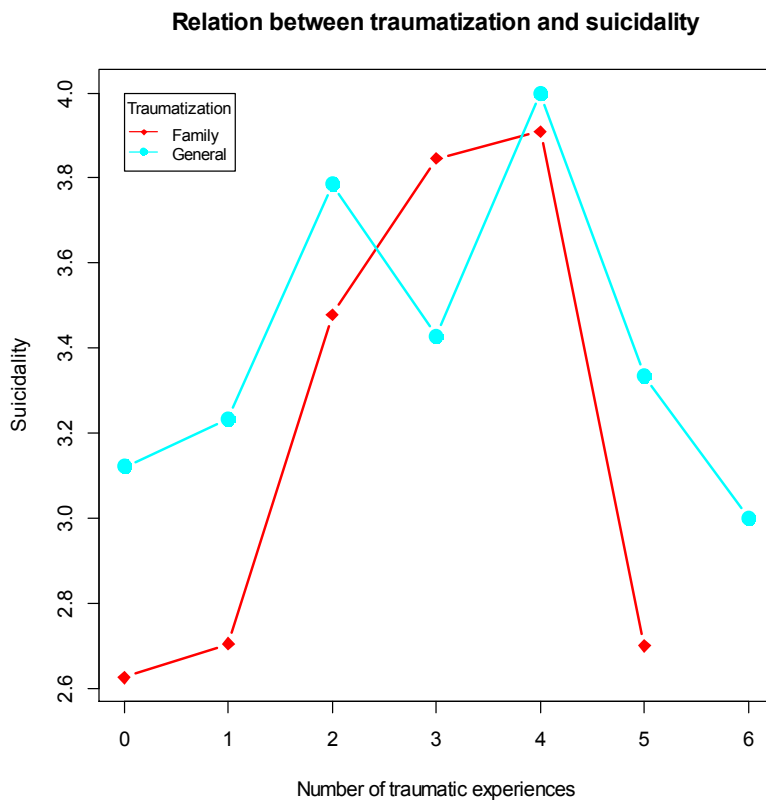
Relation between traumatization and anxious impulsive depression



Relation between traumatization and anxious impulsive depression



Graf 9. Vztah mezi traumatickými zkušenostmi a Anxiózně-impulsivní depresí (CASPI)



Graf 10. Vztah mezi traumatickými zkušenostmi a Suicidalitou (CASPI)

Souhrn analýzy vztahů jednotlivých typů traumatických zkušeností s vybranými typy psychopatologie

Obecně lze konstatovat, že většina symptomů u většiny typů traumatických zkušeností narůstá postupným gradujícím způsobem. Toto zjištění je shodné s přecházejícími výzkumy nepříznivých událostí v dětství (ACE studie, Anda et al., 2006; Dong et al., 2004) a polyviktimizace (Finkelhor et al., 2007). Avšak u některých typů traumatizací se tento nárůst plně neprokázal. Především lze zaznamenat, že některé křivky vrcholí předčasně u 3, 4, či 5 traumatických zkušeností a následně intenzita symptomů klesá. Tento jev ve své výzkumné studii uvádí Bruffaerts et al. (2010), který popisuje, že u některých prožitých traumatických (nepříznivých) zkušeností míra psychopatologických symptomů dosahuje svého horního limitu již při menším počtu traumatických zkušeností (*ceiling effect*) a následně klesá.

V úvahu přichází též zvýšený nárůst disociativních symptomů, který byl u dívek taktéž nalezen, ale tato zjištění nejsou součástí této studie. A dále to může být dáno chroničností traumatizace (Terr, 1992; Herman, 1992), která může způsobovat určité psychického „z necitlivění“ při vysoké expozici traumatickým událostem či při nejisté, resp. Dezorganizované citové vazbě.

Téměř ve většině grafů je vždy nejnižší hodnota psychopatologických symptomů u emocionální traumatizace (kromě externalizovaných symptomů u fyzické traumatizace). Následná nejnižší hodnota je u fyzické traumatizace. Nulová hodnota sexuální traumatizace vždy začíná již relativně vysoko. Z těchto dat je patrné, že fyzicky traumatizované dívky jsou velmi často již zároveň traumatizované emocionálně a sexuálně traumatizované dívky jsou téměř vždy traumatizované emočně a fyzicky.

Nulová hodnota symptomů u rodinných traumatických zkušeností je také relativně na nízké úrovni, avšak výše než u emocionální traumatizace. Oproti tomu nulová hodnota symptomů u nespecifických/obecných traumatických zkušeností začíná vždy na poměrně vysoké hodnotě, což svědčí o tom, že velká část dívek, u kterých není přítomna žádná nespecifická/obecná traumatická zkušenost je však zároveň traumatizována jinými typy traumatizace a proto se míra psychopatologických symptomů u tohoto typu traumatizace pohybuje na relativně vysoké úrovni.

Křivka emocionální traumatizace u všech symptomů ve srovnání s křivkami ostatních typů traumatizace roste nejpravidelněji. Rozdíl mezi hodnotou symptomů při nulové emoční traumatizaci a při plné emoční traumatizaci je nevyšší ze všech typů traumatizace. Křivka tohoto typu traumatizace u téměř všech symptomatologických okruhů má největší rozsah (kromě externalizovaných symptomů). Tento typ traumatizace nejlépe predikuje míru přítomnosti psychopatologických symptomů, a proto by mu měla být věnována největší pozornost v klinické diagnostice.

Křivka fyzické traumatizace většinou začíná u nulové hodnoty výše než u emoční traumatizace a celkově je patrné, že s nárůstem traumatických zkušeností dochází k nárůstu psychopatologie, i když tento nárůst není u některých typů psychopatologie až tak zřetelný. U tohoto typu traumatizace je velmi specifické to, že při výskytu jedné fyzické traumatické zkušenosti dochází k velmi vysokému nárůstu ve většině psychopatologických škál, který při dvou traumatických zkušenostech znovu zřetelně opadá a následně dále narůstá. Což značí, že dívky jsou vysoce citlivé již na náznak fyzického násilí a reagují na něj posttraumatickými a internalizovanými symptomy (úzkostí, depresí) či suicidalitou. Odlišná dynamika křivky je u externalizovaných symptomů, kde i při dvou a třech traumatických zkušenostech se symptomy mírně zvyšují.

Křivka sexuální traumatizace u všech symptomatologických skupin začíná nejvyšší a také téměř vždy dosahuje nejvyšších hodnot, což znamená, že u sexuálně závažně traumatizovaných dívek je přítomna nejvyšší míra psychopatologických symptomů. S nárůstem sexuálně traumatických zkušeností graduje míra posttraumatických symptomů, internalizačních symptomů (Depresivní staženosti, Anxiózní deprese). Avšak symptomy měřené dotazníky CASPI a CDI u sexuální traumatizace mají dva vrcholy, především suicidální riziko, ale také anxiózně-impulsivní deprese (CASPI) a depresivní symptomy (CDI). Tyto dotazníky lépe detekují dívky, které jsou vystaveny menšímu rozsahu sexuálně traumatických zkušeností, které však tuto zkušenost zpracovávají vysokou mírou distresu/psychopatologických symptomů. Externalizované problémy v chování u sexuální traumatizace mají ještě více odlišnou dynamiku křivky oproti výše uvedeným – graduje u 3 resp. 4 traumatických zkušeností, což znamená, problémové chování dívek narůstá až s větší mírou sexuálních traumatických zkušeností.

Křivka rodinné traumatizace má u většiny grafů specifický průběh – rychle stupňujícím způsobem narůstá a dosahuje vrcholu při 3 či 4 typech traumatických zkušeností a následně klesá. Toto zjištění se týká posttraumatických symptomů, internalizovaných symptomů a úzkostně depresivního prožívání. Výjimkou jsou externalizované symptomy, které s počtem traumatických zkušeností narůstají a dále depresivní symptomy na škále CDI, které zpočátku stagnují na stejné hladině a pak stoupají od 3 traumatických zkušeností jen mírně.

Nejméně stabilní je křivka obecné/nеспецифické traumatizace, která u každého druhu zkoumaných symptomů má vždy jiný průběh. Což může být způsobeno především tím, že položky této škály jsou zřetelně heterogenní.

Rozptyl symptomů u jednotlivých traumatických zkušeností v dotazníku CDI je menší než subškál dotazníku YSR, což může být dáno tím, že dotazník CDI má více položek (24) než subškály dotazníku YSR a že v rámci výzkumu je počítán pouze celkový skóre CDI a není věnována bližší pozornost jednotlivým škálám CDI. Nárůst psychopatologické symptomatologie při zvyšujícím se počtu traumatických zkušeností neprobíhá pravidelným, stupňujícím způsobem, jak je tomu u škál YSR. Lze se domnívat, že dotazník YSR je vůči psychopatologii traumatizovaných dívek citlivější.

Souhrnné znázornění vztahu traumatizace a jednotlivých hlavních skupin psychopatologických symptomů

V následující kapitole budeme analyzovat vztah souhrnného množství všech traumatických zkušeností k vybraným skupinám psychopatologických symptomů. Na dále uvedených grafech (11-15) horizontální osa souhrnně ukazuje počet všech traumatických zkušeností (z traumatických kategorií: obecná/nеспецифická, rodinná, emoční, fyzická, sexuální) z dotazníku ETI-SR-SF. Množství traumatických zkušeností (viz. Tabulka 3) je rozděleno do 5 podskupin podle 0-7, 8-11, 12-14, 15-18, 19-26. Každá podskupina představuje určité množství pacientek o počtu 28, 31, 29, 27, 20 v uvedeném pořadí. Podskupiny jsou vytvořeny tak, aby byl počet dívek v každé skupině pokud možno rovnoměrně rozložen.

U každého uvedeného grafu (11,12, 13, 15) vertikální osa zobrazuje míru jednoho okruhu psychopatologických (posttraumatických, internalizačních, externalizačních) symptomů z dotazníku YSR a depresivních symptomů z dotazníku CDI. Tyto symptomy jsou uváděny v rozsahu od 0 do 2 bodů. V grafu 14 vertikální osa zobrazuje míru suicidálního rizika (CASPI),

kteřá je uváděna v rozsahu 0 až 5 bodů (dle počtu možných odpovědí na této subškále dotazníku).

Z grafů je na první pohled zřejmé, že s množstvím traumatických zkušeností narůstá míra psychopatologických (posttraumatických, internalizovaných, depresivních) symptomů a míra suicidálního rizika, i když jsou mezi jednotlivými symptomatickými okruhy patrné určité rozdíly, kromě externalizačních, kterým se budeme v interpretaci věnovat samostatně na konci této kapitoly. Největší rozsah hodnot mezi minimálním a maximálním množstvím traumatických zkušeností ukazuje škála posttraumatických symptomů (od 0,8 do 1,5), rozsah hodnot u internalizovaných symptomů je také velký (od 0,7 téměř k 1,3). U těchto dvou škál je patrný téměř dvojnásobný nárůst symptomů s narůstající mírou traumatizace. Symptomy narůstají také u depresivních symptomů v dotazníku CDI, avšak rozsah hodnot od nejmenšího k největšímu množství traumatických zkušeností není tak rozsáhlý (od 0,8 k 1,2). Suicidální riziko rovněž zřetelně stoupá s narůstajícím počtem traumatických zkušeností (z hodnoty téměř 2,5 nad hodnotu 4,0).

U všech uvedených grafů je patrná obdobná dynamika křivky znázorňující vztah mezi traumatickými zkušenostmi a danou symptomatologií. Od skupiny 0-7 ke skupině 8-11 traumatických zkušeností dochází ke zřetelnému nástupu symptomů, následně tento nárůst mezi skupinou 8-11 a skupinou 12-14 u posttraumatických a depresivních symptomů zpomaluje a u internalizovaných symptomů a suicidálního rizika dokonce mírně klesá. Dále mezi skupinami 12-14, 15-18, 19-26 je patrný pokračující konstantní odstupňovaný nárůst psychopatologických symptomů.

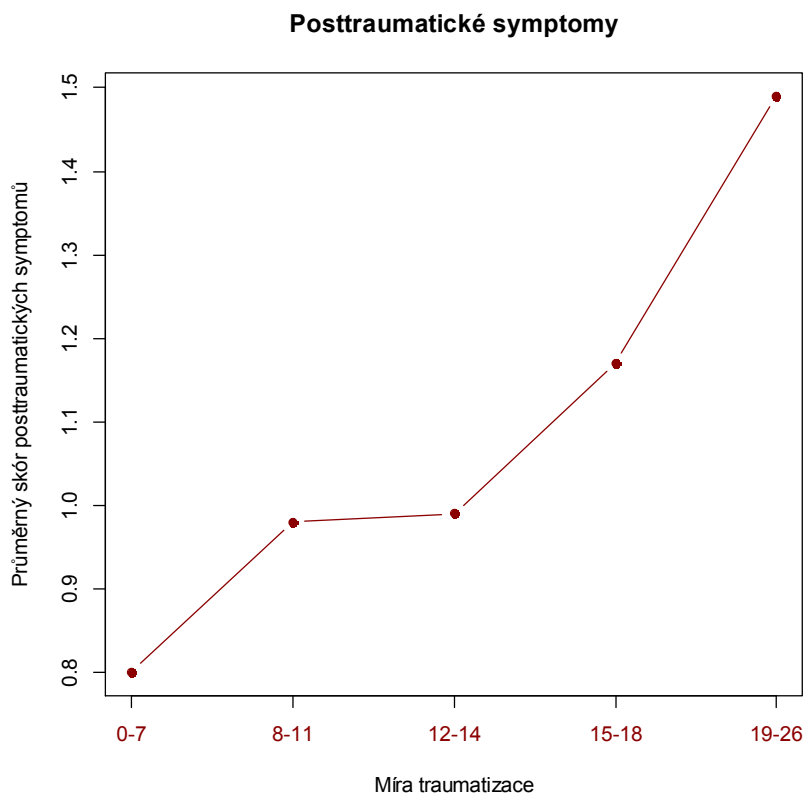
Je otázkou, jak interpretovat dynamiku křivky nárůstu psychopatologických symptomů. Například pokud se podíváme zpět na Graf 3 (viz výše) znázorňující vztah *posttraumatických symptomů* k jednotlivým typům traumatizace, tak je patrné, že z nepřítomnosti traumatizace k přítomnosti jednoho typu rodinné, emoční, fyzické a sexuální traumatické zkušenosti symptomy výrazně narůstají. Posttraumatické symptomy u dvou traumatických zkušeností narůstají pomaleji a u fyzické traumatizace dokonce klesají a teprve následně znovu stoupají. Z toho lze usuzovat, že u středně traumatizovaných dívek (12-14) v grafu 11 proto různá kombinace traumatických zkušeností může vést k efektu přechodného zastavení nárůstu posttraumatických symptomů. Vysoká míra traumatizace (15-18, 19-26) předpokládá i přítomnost závažnějších traumatických zkušeností a tak následně dochází k nárůstu posttraumatických symptomů.

Dynamika křivky *internalizovaných symptomů* (Graf 12) má velmi podobný průběh. Symptomy u minimálně traumatizované skupiny se nacházejí na průměrné hodnotě 0,7.

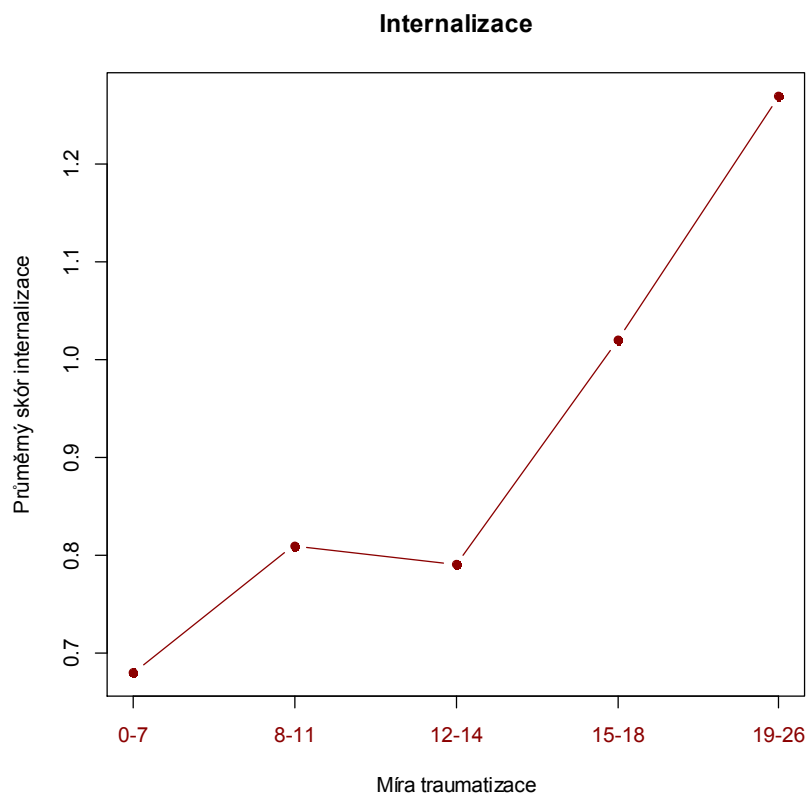
Symptomy skupiny středně traumatizovaných dívek (8-11, 12-14) se pohybují na hladině 0,8 a u skupin dívek s vysokou mírou traumatizace dosahují internalizované symptomy hodnoty 1,0 resp. 1,2. Obdobně *depresivní symptomy* (Graf 13) u minimálně traumatizovaných začínají na hodnotě 0,8 a u střední míry traumatizace oscilují okolo hodnoty 0,95 a až poté zřetelně stoupají k a nad hodnotu 1,1.

U *suicidálního rizika* (Graf 14) je patrný obdobný trend, i když oproti výše uvedeným rozdílům jsou patrné určité rozdíly. Suicidální riziko je relativně nízké u skupiny minimálně traumatizovaných dívek (pod hodnotou 2,5) a následně u mírně traumatizované skupiny poměrně výrazně stoupá (nad hodnotu 3,5). U středně traumatizované skupiny hodnota suicidálního rizika nepatrně klesá a zřetelně stoupá až u skupiny závažně traumatizovaných (nad hodnotu 4,0).

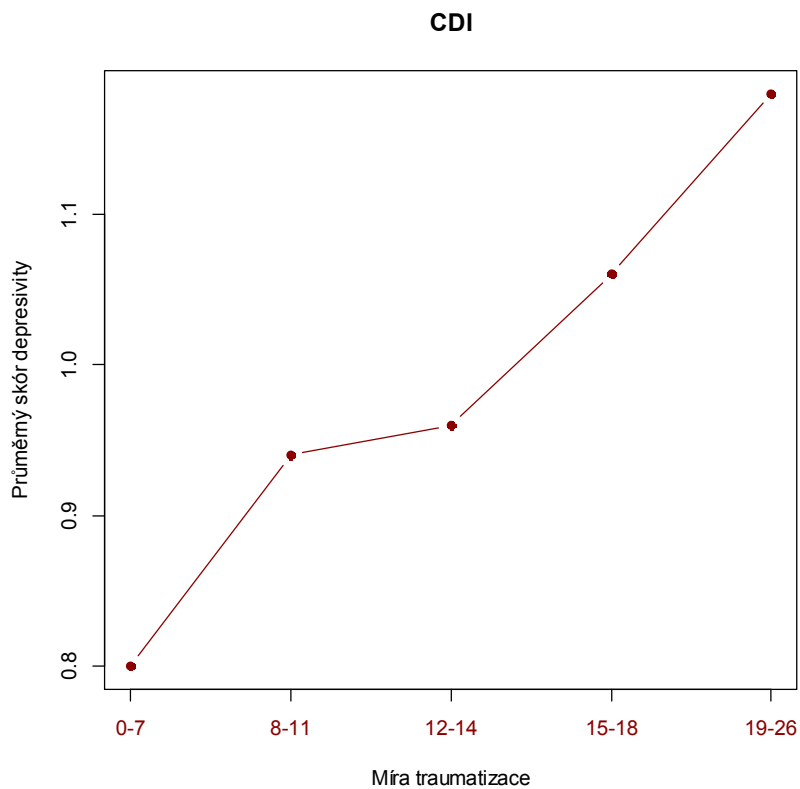
Na základě těchto dat lze usuzovat, že dívky, které se setkají s určitou zvýšenou mírou traumatizace (8-11), tak mohou být těmito traumatickými zkušenostmi aktuálně zaplaveni a mohou na ně senzitivně reagovat rychlým nárůstem psychopatologických (posttraumatických, internalizovaných, depresivních) symptomů. Pokud nárůst traumatických zkušeností dále pokračuje, tak dochází k určité „adaptaci“ na traumatické zkušenosti a při dalším zvýšení počtu traumatických zkušeností pokračuje další zřetelný nárůst psychopatologických symptomů.



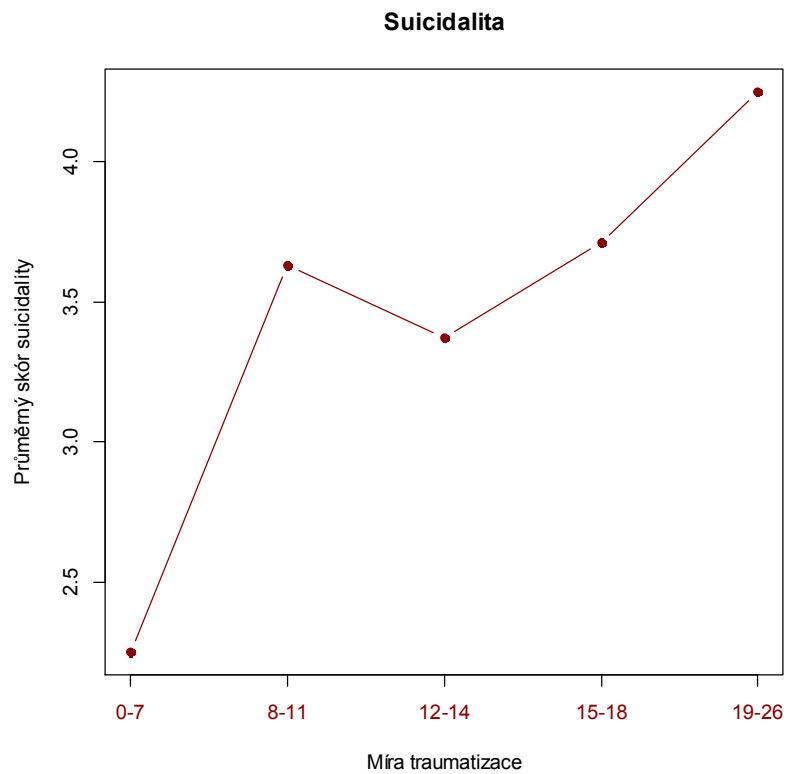
Graf 11. Vztah mezi traumatickými zkušenostmi a posttraumatickým stresem (souhrn).



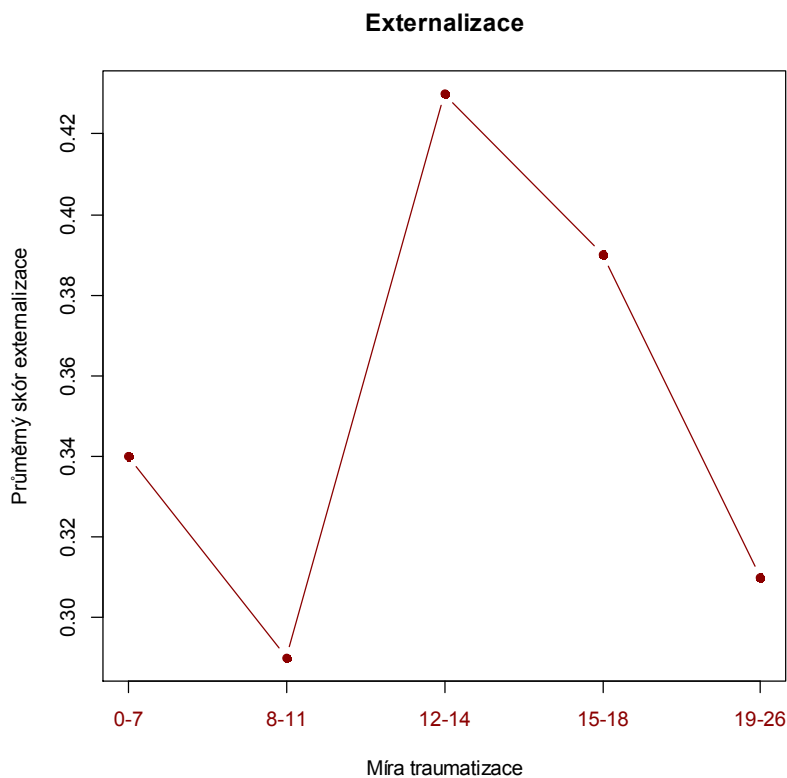
Graf 12. Vztah mezi traumatickými zkušenostmi a internal. symptomy (souhrn).



Graf 13. Vztah mezi traumatickými zkušenostmi a depresí (souhrn).



Graf 14. Vztah mezi traumatickými zkušenostmi a suicidalitou (souhrn).



Graf 15. Vztah mezi traumatickými zkušenostmi a externalizačními symptomy (souhrn).

Na rozdíl od předchozích uvedených typů psychopatologie má dynamika křivky *externalizovaných symptomů* (Graf 15) má velmi odlišný průběh. Symptomy rozdílně traumatizovaných skupin dívek oscilují na nízké hladině mezi průměrnými hodnotami 0,3 a 0,4. Při porovnání těchto souhrnných hodnot s detailnější analýzou je patrná zřetelná odlišnost, neboť externalizační symptomy při 4 či 5 emočních, fyzických a sexuálních traumatických zkušenostech překračují průměrnou hodnotu 0,8 externalizačních symptomů (viz. kapitola Analýza grafů).

Je velkou otázkou, jak tento výsledek interpretovat. Je možné, zcela odlišné rozložení externalizačních symptomů při celkovém souhrnu traumatických zkušeností a díky tomu dochází ke zprůměrování vlivu traumatizace na externalizační symptomy.

Diskuze

V diskuzi našich zjištění se soustředíme především na objasnění zjištění v návaznosti na výzkumné otázky a hypotézy a jejich uvedení do širšího kontextu. Nejprve odpovíme postupně na dílčí výzkumné otázky a následně se v diskuzi budeme věnovat hlavní výzkumné otázce.

2. Jaký je rozsah (interpersonálních) traumatických zkušeností hospitalizovaných

adolescentních pacientek?

2a) Hypotéza: Všechny adolescentní pacientky v našem souboru mají zkušenost s traumatem (interpersonální povahy).

Výzkumem bylo zjištěno, že adolescentní psychiatrické hospitalizované pacientky zažily v průběhu svého života rozsáhlé množství traumatických zkušeností. Téměř všechny dívky ve výzkumném souboru zažily minimálně jednu traumatickou zkušenost. Pouze dvě dívky nevedly žádnou traumatickou zkušenost a jedna dívka uvedla jednu traumatickou zkušenost. Drtivá většina výzkumného souboru zažila více než jednu traumatickou zkušenost: 0-8 traumatických zkušeností bylo zjištěno u ¼ dívek (tzn. 1. kvartil), ½ dívek zažila 9-15 traumatických zkušeností a ¼ dívek zažila dokonce 16-26 traumatických zkušeností.

Výzkumy týkající se zkušenosti s traumatem v dětství a adolescenci udávají v populaci její různou míru. Cuffe, Addy a Garrison (1998) například uvádějí, že trauma zažije „pouze“ 16% adolescentů, avšak většina studií zjišťuje, že 40% adolescentů zakusí trauma ještě před dosažením 18 roku života (Boney-McCoy, Finklehor, 1996; Breslau, Davis, Andreski, 1991; Giaconia, Reinherz, Silverman, et al. 1995; Schwab-Stone, Ayers, Kaspro, et al. 1995). Ještě vyšší výskyt potvrzují studie zaměřené na adolescenty, kteří byli exponováni fyzické nebo sexuální traumatizaci (Carrion, Weems, Ray, et al., 2002; Deblinger, McLeer, Atkins, et al., 1989; Famularo, Fenton, Augustyn, et al., 1996; Famularo, Fenton, Kinscherff, et al., 1996; Lipschitz, Kaplan, Sorkenn, et al. 1996; McLeer, Callaghan, Henry, et al., 1994; McLeer, Deblinger, Henry, et al. 1992; Seedat, Nyamai, Njenga, et al., 2004).

Traumatické zkušenosti neinterpersonální povahy byly ve výzkumném vzorku zastoupeny poměrně velmi málo oproti velmi významně přítomným interpersonálním traumatickým zkušenostem (1/4 dívek byla účastnicí závažné dopravní nehody a 15% bylo vystaveno život ohrožující přírodní katastrofě). Toto zjištění odpovídá výzkumným nálezům Gustafssona et al. (2009).

Ve výzkumném souboru byla u dívek velmi vysoce zastoupena zkušenost s možnou či reálnou traumatickou ztrátou blízkého člověka: téměř 1/2 dívek mělo zkušenost se závažným zraněním nebo úmrtím kamaráda, téměř 1/3 zažila smrt nebo závažné onemocnění rodiče a 1/5 zažila smrt nebo závažné zranění sourozence.

V rámci traumatizace v rodinné prostředí více jak polovina dívek uvedla zkušenost s rozvodem/rozchodem rodičů, psychiatrickým onemocněním/psychickým zkroucením a s násilím v rodině. Navíc téměř polovina uvedla zkušenost s problematickým abúzem návykových látek rodičů. Naše zjištění korespondují i s epidemiologickými studiemi (např. National Incidence Study, NIS-3, podle Streeck-Fischer a van der Kolk, 2000), které přesvědčivě ukazují, že trauma dětem způsobují především jejich vlastní rodiče (ve zmiňované studii až 80%), či další příbuzní dítěte (ve zmiňované studii 10% případů).

Emoční a fyzické traumatické zkušenosti byly ve výzkumném souboru velmi silně zastoupeny, medián u těchto dvou typů traumatizace dosahuje hodnoty 0,7. Na mnoho položek u těchto dvou typů traumatizace odpovídalo pozitivně více jak 3/4 dívek. V rámci sexuální traumatizace polovina dívek sdělila nevhodné dotýkání na intimních místech. Avšak závažnou sexuální traumatizaci (pohlavní styk/orální sex proti dívčině vůli) sdělila cca 1/5 výzkumného souboru. Výzkumy opakovaně potvrzují, že dívky jsou mnohem častěji vystaveny riziku sexuální traumatizace než chlapci (Finkelhor, Dziuba-Leatherman, 1994, Breslau, et al., 2004, 2006; Costello et al., 2002, Edgardh, Ormstad, 2000; Walker, Carey, Mohr, et al. 2004), což většinou indikuje i masivní posttraumatická symptomatologie (Giaconia, Reinherz, Silverman, et al., 1995; Walrath, Ybarra, Sheehan, et al., 2006; Deters, Novins, Fickenscher, et al. 2006; Deykin, Buka, 1997; Elklit, 2002; Ruchkin, Schwab-Stone, Jones, et al. 2005; Shannon, Lonigan, Finch, et al., 1994). Není tudíž překvapením, že v našem klinickém souboru je výskyt tohoto typu traumatu tak vysoký.

3. Lze identifikovat skupinu tzv. polytraumatizovaných dívek ve výzkumném souboru?

3a) Hypotéza: Ve výzkumném souboru se vyskytují dívky, které byly vystaveny takovému množství traumat, že u nich lze identifikovat symptomatologii odpovídající polytraumatizaci.

Na základě shlukové analýzy byl soubor rozdělen na 3 skupiny, kdy dívky zastoupené v první skupině (N=46) průměrně zažily cca 18 traumatických zkušeností, tuto skupinu lze označit jako za závažně polytraumatizovanou. Druhou skupinu lze označit jako polytraumatizovanou neboť dívky v této skupině (N=53) zažily průměrně cca 11 traumatických zkušeností. Třetí skupinu lze označit za mírně traumatizovanou, neboť dívky v ní (N=33)

průměrně zažily 6 traumatických zkušeností. Na základě těchto dat lze konstatovat, že **75% dívek ve výzkumném souboru lze označit jako polytraumatizované**. Pokud byl soubor rozdělen striktně podle kvartilů, tak první kvartil tvořili dívky s maximálně 8 traumatickými zkušenostmi a v dalším druhém kvartilu byly dívky, které zažili 9 a více traumatických zkušeností.

Naše nálezy jsou v souladu s výsledky řady studií, které poukazují na fakt, že jednou traumatizované děti či adolescenti zažijí s velkou pravděpodobností více traumat (např. Finkelhor, Ormrod, Turner, et al., 2009a; Finkelhor, Ormrod, Turner, et al., 2009b).

Dotazník ETI-SR-SF nebyl použit při výzkumu polyviktimizace, či polytraumatizace a není u tohoto dotazníku stanovena hranice, od které lze hovořit o tzv. polytraumatizovaných dívkách. V rámci výzkumu polyviktimizace (Finkelhor, Ormrod, Turner, 2007) byla použita hranice z viktimizačních zkušeností během jednoho roku. U celoživotních viktimizačních zkušeností symptomy související s traumatizací výrazně vzrostly od jedenácti a více expozic traumatu (Turner, Finkelhor, Ormrod, 2010), což je ve shodě s naším předpokladem na základě zjištění pomocí ETI-SR-SF. Na základě našich výzkumných zjištění **lze velmi předběžně stanovit hranici polytraumatizace u dotazníku ETI-SR-SF obdobně na minimálně 9-10 typů traumatických zkušeností**.

Je třeba mít na paměti, že v rámci výzkumu polyviktimizace jako polyviktimizovaných dětí a adolescentů označeno cca 10%. V našem vysoce specifickém, klinickém souboru jako polytraumatizované dívky lze označit cca 75% dívek ve výzkumném souboru. Předběžně stanovenou hranici polytraumatizace u dotazníku ETI-SR-SF je však zapotřebí podrobit dalšímu velmi podrobnému výzkumnému zkoumání a to nejen na klinické populaci.

Z mnoha výzkumů, které jsou citovány v této práci, je patrné, že viktimizace má kumulativní charakter (např. Finkelhor, Ormrod, Turner, 2007a; Finkelhor, Ormrod, Turner, 2007b; Finkelhor, Ormrod, Turner, 2007c; Finkelhor, Ormrod, Turner, Hamby, 2005; Finkelhor, Ormrod, Turner, et al., 2009a; Finkelhor, Ormrod, Turner, et al., 2009b; (Dong, Anda, Felitti, et al., 2004). Finkelhor, Turner, Ormrod, et al. (2009) například zjistili, že se zvyšující se četnost fyzické traumatizace (zahrnující i sexuální násilí) v uplynulém roce vede k nárůstu i jiných druhů traumatické zkušenosti.

4. Jsou polytraumatizované dívky vystaveny závažnějším typům traumatických zkušeností než mírně traumatizované?

4a) Hypotéza: Polytraumatizované dívky uvádějí závažnější traumata než dívky vystavené jednomu až dvěma traumatům.

Na základě shlukové analýzy bylo zjištěno, že závažně polytraumatizované i polytraumatizované dívky vykazují nejen více traumatických zkušeností, ale zároveň **závažnější traumatické zkušenosti jsou přítomny u (závažně) polytraumatizovaných dívek**. Polytraumatizované dívky jsou pravděpodobně častěji vystaveny: závažné nehodě, smrti/onemocnění rodiče, rozvodu rodičů, násilí v rodině, duševní nemoci rodičů, problematickému abúzu alkoholu a drogám rodičů, fyzickým (popálení, uhození, kopnutí) a psychickým (ponižování, ignorování, chladná výchova, selhání rodičů v chápání potřeb) traumatickým zkušenostem. Závažně traumatizované dívky navíc jsou také pravděpodobně velmi často vystaveny závažné sexuální traumatizaci (nedobrovolný pohlavní styk, orální sex).

I v jiných výzkumech se ukazuje, že výskyt závažných traumatických zkušeností u polyviktimizovaných dětí je nejen vyšší, ale zároveň tyto zkušenosti jsou také závažnější – závažnost je výzkumníky posuzována jako čtyři až pětkrát vyšší, než symptomatologie, která se objevuje u dětí, jejichž traumatizace nebyla chápána jako polyviktimizace (např. Finkelhor, Turner, Hamby, Ormrod, 2011). U mladistvých, kteří byli označeni za polyviktimizované, existovala během roku následujícího po provedení studie čtyřikrát vyšší pravděpodobnost reviktimizace. Téměř polovina polyviktimizovaných jedinců spadala do této kategorie i během druhého roku po provedení studie (Finkelhor, Ormrod, Turner, 2007). Tento jev byl autory označen jako *perzistentní polyviktimizace*. Mladiství byli perzistentní polyviktimizací ohroženi významněji, pokud žili v rodině, kde bylo přítomno násilí, pokud byli v dětství týráni, pokud se v rámci své rodiny setkali se zneužíváním alkoholu a drog, nebo pokud byl jeden z jejich rodičů nezaměstnaný (Finkelhor et al., 2007). Je tedy zřejmé, že naše zjištění jsou těmito studiemi podpořena.

5. Dochází s nárůstem traumatických zkušeností k nárůstu psychického distresu, resp. psychopatologie (posttraumatické stresové symptomy, internalizované a externalizované symptomy, deprese, suicidalita)?

5a) Hypotéza: S nárůstem traumatických zkušeností u dívek z našeho souboru se ve větší míře objevuje posttraumatická symptomatologie.

Dívky, které zažily vyšší počet traumatických zkušeností, vykazovaly ve výzkumném souboru více posttraumatické symptomatologie (škála YSR). Rozdíl mezi mírně traumatizovanými dívkami a závažně traumatizovanými dívkami je statisticky významný. Míra posttraumatických symptomů stupňujícím způsobem narůstá s množstvím jednotlivých traumatických zkušeností.

Je třeba upozornit, že škála posttraumatických symptomů je v dotazníku YSR sekundární a její položky jsou převzaty z jiných škál, proto uvedené zjištění o posttraumatických symptomech ve výzkumném souboru je třeba brát s určitou rezervou. Bylo by vhodnější realizovat výzkum posttraumatických symptomů s dotazníkem, který se cíleně dotazuje na posttraumatickou symptomatologii. Kvalitní dotazník tohoto typu však v českém kontextu podle našich informací bohužel není dostupný. V současnosti jeden z nejvíce spolehlivých dotazníků ke zjišťování posttraumatické symptomatologie u dětí a adolescentů je Trauma Symptom Checklist for Children (TSCC, Briere 1996). O dalších možných diagnostických nástrojích referuje Ford, Courtois (2013).

Navzdory určité opatrnosti při interpretaci posttraumatické symptomatologie dívek z našeho souboru lze uvést některé výzkumy, které jsou v souladu s uvedenými nálezy. Například Mueser a Taub (2008) zjistili, že adolescenti se závažnými emočními poruchami a vysokou potřebou pomoci psychosociálních služeb vykazují vysokou hodnotu PTSP značně přesahující výskyt této symptomatologie v běžné populaci a blíží se hodnotě, která je zjišťována u traumatizovaných adolescentů. PTSP souvisela především s pohlavním zneužitím a diagnostikovanou depresí. Projevy PTSP u traumatizovaných dívek jsou závažným faktorem proto, že zvyšují riziko výskytu akutní suicidální ideace a náchylnosti k suicidálnímu pokusu (Mazza, 2000).

Když byla výzkumníky zjišťována míra distresu polyviktimizovaných dotazníkem Trauma Symptom Checklist for Children (Briere, 1996) tak distres byl ve výzkumu definován jak přítomnost skórovaných psychopatologických symptomů uvedeným dotazníkem. Ukázalo

se, že polyviktimizované děti prožívaly vysokou míru distresu oproti nepolyviktimizovaným. Skórovali pozitivně symptomy indikující úzkost, depresi, vztek a symptomy posttraumatické stresové poruchy. U polyviktimizovaných dětí byl počet těchto symptomů o více než jednu standardní odchylku vyšší než u jiných traumatizovaných či netraumatizovaných dětí (Finkelhor, Turner, Hamby, et al., 2011).

5b) Hypotéza: S nárůstem traumatických zkušeností u dívek z našeho souboru se ve větší míře objevují internalizované problémy v chování.

Dívky, které zažily vyšší počet traumatických zkušeností, vykazovaly ve výzkumném souboru vyšší míru internalizovaných symptomů (YSR). Rozdíl mezi mírně traumatizovanými dívkami a závažně traumatizovanými dívkami je statisticky významný. Míra posttraumatických symptomů narůstá (téměř stupňujícím se způsobem) s množstvím jednotlivých traumatických zkušeností.

Tato zjištění souvisí i s výzkumem Forda, Wassera a Connora (2011), kteří zjistili vyšší výskyt internalizovaných symptomů u traumatizovaných dětských psychiatrických pacientů oproti srovnávací skupině zdravých dětí. Jiná studie Forda, Connora a Hawkeho (2009) také zjistila vyšší přítomnost internalizovaných symptomů u hospitalizovaných psychiatrických pacientů. Autoři však konstatují, že skupiny traumatizovaných pacientů se od netraumatizovaných lišili především ve významně vyšší přítomnosti externalizovaných symptomů než internalizovaných.

Sekundární škála internalizovaných symptomů YSR se skládá ze tří škál tohoto dotazníku zabývajících se úzkostně depresivním prožíváním a proto diskuse k této problematice bude blíže následovat v další hypotéze.

5c) Hypotéza: S nárůstem traumatických zkušeností uvádějí dívky z našeho souboru vyšší míru prožívané deprese.

Ve výzkumu byly použity 3 dotazníky, které každý svým způsobem měří míru depresivních symptomů. Na základě zkušeností s těmito dotazníky lze konstatovat, že škály dotazníku YSR (Depresivní staženost, Anxiózní deprese) a škála Anxiózně-impulsivní deprese v dotazníku CASPI jsou senzitivnější vůči depresivnímu prožívání traumatizovaných dívek. Dívky, které zažily vyšší počet traumatických zkušeností, vykazovaly ve výzkumném souboru více depresivních symptomů. Rozdíl mezi mírně traumatizovanými dívkami a závažně

traumatizovanými dívkami v míře depresivních symptomů je statisticky významný. Míra depresivních stupňujícím způsobem narůstá s množstvím jednotlivých traumatických zkušeností.

Souvislost traumatu s depresí dokládá řada studií. Zlotnick et al., (1995, 2001) například zjistili, že ženy, které byly v dětství sexuálně zneužívány, trpěly v dospělosti těžkou a často celoživotní depresí s třikrát až pětkrát větší pravděpodobností než ženy, které nebyly vystaveny takovým nepříznivým podmínkám. Na jiný aspekt upozorňuje Andrews (1995, 2002), když sexuálně zneužívané ženy v jeho výzkumu uváděly, že pocity viny a studu související s traumatem jsou spojeny s chronickou rekurentní depresí. Sexuální traumatizace kontaktního typu pak výrazně zvyšuje pravděpodobnost výskytu deprese a ještě více incidenci suicidálního pokusu v dospělosti (Fergusson et al., 1996a; Kendler et al., 2000, Fergusson, Horwood, & Lynskey, 1996; Fergusson, Lynskey, & Horwood, 1996; Fergusson, Boden, & Horwood, 2008). Je tudíž evidentní, že sexuální zneužití v dětství má fatální vliv na téměř nezvratné narušení schopnosti regulovat emoční zkušenost (Cook, 2005).

5d) Hypotéza: S nárůstem traumatických zkušeností u dívek z našeho souboru se ve větší míře objevují externalizované problémy v chování.

Externalizované problémy (YSR) jsou u dívek v souboru zastoupeny, avšak s nárůstem množství traumatických zkušeností a externalizovaných symptomů nedochází až tak k významnému nárůstu externalizovaných symptomů. Souvislost mezi traumatickými zkušenostmi a externalizovanými symptomy ze všech zkoumaných škál psychopatologie je nejméně statisticky významný. Zkoumané dívky sice referují o porušování pravidel a agresivním chování, avšak souvislost s traumatickými zkušenostmi je spíše mírná. Externalizované symptomy jsou poměrně rovnoměrně rozloženy v celém výzkumném souboru.

Jen při detailnějším pohledu (vztah jednotlivých typů traumatických zkušeností k externalizačním symptomům) je možné pozorovat stoupající trend externalizovaných symptomů při nárůstu traumatických zkušeností. Dále bylo detailnější analýzou (viz Graf 4 a 5) zjištěno, že internalizované a externalizované problémy v chování dívek vykazují určitou specifickou dynamiku, která je zachycena křivkami emoční a fyzické traumatizace. Na jednu emoční traumatickou zkušenost reagují dívky vysokým nárůstem externalizovaných symptomů, zatímco u fyzické traumatizace tento nárůst není tak vysoký. Internalizované symptomy u jedné emoční traumatizace se téměř nezvyšují, avšak výrazně se zvyšují u jedné fyzické traumatizace. Mírná emoční traumatizace vede k rychlému nárůstu problémového či

agresivního chování avšak ne k úzkostně-depresivnímu prožívání. Na mírnou fyzickou traumatizaci dívky reagují opačně – nárůstem úzkostně-depresivního prožívání.

V tomto případě je také zapotřebí vzít v potaz skutečnost, že některé psychiatrické poruchy vedou k problémovému chování, aniž by pacient musel být traumatizován.

V další, pokračující analýze by bylo dále vhodné zkoumat samostatně vliv traumatických na jednotlivé škály (Porušování pravidel, Agresivní chování) sytící škálu externalizovaných symptomů.

Bohužel není možné porovnat tyto výsledky s neklinickou populací adolescentních dívek, u které lze předpokládat zřetelně nižší míru externalizovaných symptomů než u dívek traumatizovaných či dívek v psychiatrické péči.

Ve studiích Finkelhorna et al. (2007) bylo nejzávažnějším prediktorem opakované polyviktimizace bylo dosažení vysokého skóre na škále vzteku a agrese. Toto se shoduje se závěry jiné studie (Ford, Connor, Hawke, 2009), ve které bylo zjištěno, že děti a adolescenti, u kterých probíhá intenzivní psychiatrická léčba a zároveň utrpěli různé typy viktimizace, jsou obzvláště náchylní k potížím se vztekem, agresí a impulsivním chováním. Na základě výzkumů polyviktimizace, navrhovaného konceptu Vývojového traumatu (Van der Kolk et al., 2009; D'Andrea et al., 2012) a výzkumu realizovaného u těžce traumatizovaných ambulantních i hospitalizovaných dětských pacientů (Ford, Connor a Hawke, 2009; Ford, Wasser, Connor, 2011) je poměrně pravděpodobné, že dívky z neklinické populace by skór externalizovaných symptomů měli nižší než hospitalizované (traumatizované) pacientky. Tuto hypotézu by bylo zapotřebí ověřit dalším výzkumem, ve kterém by bylo možno porovnat traumatizované děti se zdravými - netraumatizovanými bez psychiatrických obtíží.

Polytraumatizované děti se setkávají s nepříznivými událostmi v různých kontextech, ve kterých převládá násilí; toto násilí je páčáno různými pachateli: fyzické a emoční týrání pečujícími osobami; šikana ze strany vrstevníků; sexuální zneužívání pečujícími osobami, vychovateli či osobami z okruhu známých. Tyto děti jsou svědky mnoha násilných a traumatických událostí doma, ve škole i v komunitě (Cuevas, Finkelhor, Clifford et al., 2010; Holt, Finkelhor, Kantor, 2007; Saunders, 2003). Agresivní chování sice může být adaptivní reakcí polytraumatizovaného dítěte v podobě snahy o získání kontroly tváří v tvář skutečné či domnělé hrozbě, avšak zároveň takové chování u dítěte a adolescenta představuje vyšší riziko viktimizace v budoucnu.

5e) Hypotéza: S nárůstem traumatických zkušeností uvádějí dívky z našeho souboru více suicidálních ideací a pokusů.

V našem výzkumném souboru se v průběhu svého života sebepoškozovalo $\frac{3}{4}$ dívek, téměř $\frac{2}{3}$ sdělovaly suicidální ideace, $\frac{1}{2}$ z nich se v životě pokusila o sebevraždu a u $\frac{1}{4}$ bylo v době sběru dat nadále přítomno vysoké riziko suicidia. Skupiny mírně traumatizovaných a závažně polytraumatizovaných dívek se významně lišily v míře suicidality zjišťované pomocí dotazníku CASPI a to jak v míře suicidálních ideací, tak suicidálních pokusů. S vyšší mírou traumatických zkušeností u dívek zřetelně narůstalo riziko suicidálních tendencí.

Souvislosti naznačené hypotézou se potvrzují v řadě výzkumů, totiž jedním z nejzávažnějších důsledků sexuálního zneužívání dětí je zvýšená pravděpodobnost suicidálního prožívání a jednání (Beckinsale, Martin, Clark, 1999; Bensley, Van Eenwyk, Spieker, et al. 1999; Martin, 1996; Gutierrez, Thakkar, Kuczen, 2000; Bifulco, Moran, Baines, 2002; Yen, Shea, Sanislow, 2004). Bruffaerts, Demyttenaere, Borges et al. (2010) zjistili, že nepříznivé zkušenosti v dětství (zejména ty intruzivního a agresivního rázu) jsou významným prediktorem vzniku a přetrvání suicidálního chování. Ukázalo se též, že prediktivní potence faktoru množství traumat se snižuje má svůj horní limit (efekt zastropování, ceiling effect), tj. při určitém počtu prožitých traumat se riziko suicidálních ideací a pokusů již nezvyšuje či dokonce snižuje.

Vzhledem k tomu, že sexuální zneužívání i suicidální pokusy jsou častější u žen, je možné, že sexuální zneužívání k suicidálním pokusům přispívá (Bergen, Martin, Richardson, et al., 2003; Olf, Langeland, Draijer, et al., 2007). Ukazuje se také, že dívky, které v dotaznících uvádějí aktuálně výraznější nepohodu vystaveny trojnásobně vyššímu riziku sebevražedných myšlenek a plánů než dívky, které nejsou sexuálně traumatizovány (Martin, Bergen, Richardson, et al., 2004). Výzkumy tuto souvislost potvrzují především u žen: mladiství, kteří se pokusili o sebevraždu, jsou převážně dívky, které byly s významně vyšší pravděpodobností sexuálně, fyzicky a emočně zneužívány a emočně zanedbávány (Lipschitz, Winegar, Nicolau et al., 1999).

5f) Hypotéza: Depresivní prožívání dívek z výzkumného souboru významně souvisí s jejich suicidálními ideacemi a pokusy.

Analýzy naznačily významnou pozitivní souvislost mezi dívkami uváděným depresivním prožíváním a jejich suicidalitou. Mohli bychom též výsledky korelační analýzy interpretovat

tak, že zakoušená deprese posiluje suicidální ideace dívek z našeho souboru. Tato interpretace je možná ve světle výzkumů, které byly v tomto kontextu provedeny.

Z přehledu výzkumů týkajících se této oblasti je totiž patrné, že naše zjištění jen zapadají do vcelku přesvědčivých a opakovaných nálezů, které přítomnost závažné deprese u dívek považují za faktor, který zvyšuje riziko sebevraždy až dvacetkrát (Shaffer et al., 1996). Dále se ukazuje, že až 60% adolescentů, kteří spáchali sebevraždu, trpělo v době smrti depresí (Brent, Baugher, Bridge, et al., 1999; Shaffer, Gould, Fisher, 1996, Marttunen et al., 1991), či dokonce splňovalo diagnostická kritéria deprese (zjištění varíují mezi 40 až 80 procenty adolescenty, viz Gould, King, Greenwald, et al. 1998; Beautrais, Joyce, Mulder, 1998). V souvislosti s naším výzkumem lze odkázat na výzkumy žen, které spáchaly suicidium – pravděpodobnost předchozího výskytu afektivní poruchy je u nich vyšší než u mužů (Brent et al., 1999; Shaffer et al., 1996). V klinických vzorcích se kombinace deprese a suicidality vyskytuje v ještě vyšší míře pravděpodobnosti. Ve výzkumu Kovace, Goldstona a Gatsonise (1993) mělo až 85% pacientů se závažnou depresivní poruchou suicidální myšlenky. Výzkumy potvrzují, že kombinace předchozího suicidálního chování a deprese zvyšuje riziko dalšího suicidálního pokusu (Pfeffer, Klerman, Hurt, 1993; Brent, Kolko, Wartella, 1993) a sebevraždy (Brent, Baugher, Bridge, 1999). V úvodu k výzkumu jsem zmínil výzkumy, v nichž se zjistilo, že suicidální myšlenky v adolescenci významně zvyšují riziko psychiatrických problémů v dospělosti, včetně suicidálních pokusů a dokonaných sebevražd (Reinherz, Giaconia, Silverman, 1995; Herba, Ferdinand, Verhulst, 2007). Navíc i longitudinální studie potvrzují, že poruchy nálady zvyšují riziko suicidálního pokusu a suicidia (např. Fergusson, Boden, Horwood, 2007)

1. Jak souvisí traumatizace s psychopatologií adolescentních psychiatrických pacientek?

1a) Hypotéza: U všech dívek v souboru se objevuje psychopatologie na úrovni sebeposouzení chování či osobnosti. Lze předpokládat, že pacientky, které byly vystaveny vyšší míře traumatizace (z hlediska počtu traumat, ale i jejich závažnosti) budou vykazovat vyšší míru psychopatologie.

Z našich statistických analýz vyplývá zjištění, že čím více byly adolescentní dívky vystaveny traumatickým zkušenostem v průběhu svého života, tím byla větší pravděpodobnost výskytu většího množství psychopatologických symptomů stupňujícím se způsobem.

Závažně polytraumatizované dívky v našem výzkumu vykazují rozsáhlou paletu psychopatologických symptomů. Lze konstatovat, že se u nich vyskytuje tzv. komplexita symptomů (Briere, Spinazzola, 2005; Cloitre et al., 2009) a že trpí biopsychosociální dysregulací (D'Andrea et al., 2012) tak jak bylo detailně popsáno v teoretické části dizertační práce. Předběžně, na základě klinické zkušenosti, teoretických poznatků a výsledků našeho výzkumu se lze domnívat, že mnohé z těchto dívek by mohly splňovat kritéria nově navrhované diagnózy Poruchy vývojového traumatu (Van der Kolk, 2005). Bohužel zatím současné přesnější diagnostické nástroje k diagnostice těchto dětí a adolescentů nejsou v České republice dostupné.

Zároveň je třeba konstatovat, že tyto dívky jsou významně ohroženy, neboť závažné, intruzivní, násilné traumatické zkušenostmi souvisí s následnými suicidálními myšlenkami a pokusy, což se shoduje s konceptem alostatické zátěže (Anda, Felitti, Bremner et al. 2006; Bruffaerts et al., 2010). A navíc adolescentní psychické problémy mají tendenci persistovat do dospělosti. Vysoká míra problémů v průběhu adolescence je rizikovým faktorem pro psychiatrické poruchy v dospělosti (Hofstra, Van Der Ende, Verhulst, 2001).

V současné době existují čtyři různé avšak zároveň blízce spřízněné směry výzkumu, které se snaží o pochopení komplexního / vývojového traumatu a jeho dopadu na vývoj člověka od dětství, přes adolescenci až po dospělost. Jedná se o studie: (1) nepříznivých zkušeností v dětství (ACE; Felitti et al., 1998), (2) polyviktimizace (Finkelhor, Ormrod, Turner, 2007), (3) polytraumatizace (Gustafson et al., 2009) a (4) kumulativního traumatu (Briere, Spinazzola, 2005; Cloitre et al., 2009). Všechny výše uvedené přístupy mají společné rysy, každý z nich je však jedinečný. Odlišnosti tkví v tom, jak byly studijní vzorky složeny z hlediska populačního a demografického. Kromě toho byly v každém z uvedených přístupů použity specifické operační definice, pomocí kterých se měřily nepříznivé nebo traumatické události a míra expozice těmto událostem. Přes všechny tyto odlišnosti uvedení výzkumníci i ostatní odborníci shodně dospěli k závěru, že ve srovnání s jejich netraumatizovanými protějšky existuje u dětí (Cloitre et al., 2009), adolescentů (Finkelhor, Ormrod, Turner, 2007) (Gustafson et al., 2009) a dospělých (Felitti et al., 1998), kteří v dětství byli vystaveni mnohočetným nepříznivým událostem, zvýšené riziko psychiatrických a behaviorálních symptomů a narušení.

Na klinických (Cloitre et al., 2009; Ford, Wasser, Connor, 2011), i komunitních (Anda et al., 2006, Briere, Kaltman, Green, 2008; Finkelhor et al., 2007; Ford Elhai, Connor et al., 2010) populacích zjištěno, že mezi nepříznivými událostmi a narušením existuje vztah typu „množství-reakce“. Platí tedy, že čím více různých nepříznivých událostí daný jedinec zažije, tím je jeho následné narušení závažnější a spektrum symptomů širší. Faktory typu výskyt nepříznivých událostí v raném věku, blízký vztah k pachateli (pachatelům), nepřítomnost reakce ze strany svědka (svědků) události a nedostatečná ochrana a pomoc pečujících osob uvnitř i vně rodiny, mohou ve vzájemné kombinaci vytvořit podmínky zralé pro retraumatizaci jak v danou dobu, tak během pozdějšího života jedince (Follette, Duckworth, 2011).

Kritické poznámky k výzkumu

Naše výzkumná zjištění ohledně dopadu četnosti traumatických zkušeností na psychickou pohodu (distres, psychopatologii) adolescentních dívek mají sice velkou podporu v rozsáhlé zahraniční literatuře, avšak tato **problematika nebyla dosud detailněji zkoumána na české klinické i neklinické populaci**. Proto je zapotřebí závěry našich výzkumných zjištění interpretovat s jistou opatrností. Bylo by velmi užitečné a informačně nosné replikovat tento typ výzkumu dále na klinické i neklinické populaci dětí a adolescentů, aby bylo možno dojít k přesnějším závěrům ohledně vlivu traumatických zkušeností na duševní pohodu (distres, psychopatologii) dětí a adolescentů.

Výzkum byl realizován pouze na klinickém souboru adolescentních dívek ve věkovém rozmezí 12-17 let. **Chybějí však výzkumná zjištění u chlapců/adolescentů a u dětí (obou pohlaví) mladších 12 let**. Lze předpokládat, že jak u chlapců, tak u dětí mladších 12 let i v rámci klinické populace by bylo možné pozorovat rozdíly v rozsahu jednotlivých typů traumatických zkušeností, pokud by i na těchto populacích byl výzkum realizován. Dále lze předpokládat, že traumatické zkušenosti dětí a adolescentních chlapců mohou vést k rozvoji odlišné míry psychopatologických symptomů nebo dokonce k jiným psychopatologickým symptomům než u zkoumaných adolescentních dívek. Proto by bylo vhodné výzkum realizovat zároveň u dětí a adolescentů obou pohlaví, aby bylo možno porovnat rozdíly mezi jednotlivými skupinami.

Výzkum byl realizován pouze na klinické populaci, kdy byly jednotlivé dívky rozděleny do podsouborů podle rozsahu traumatických zkušeností, které byly navzájem mezi sebou porovnávány. **Výzkumná zjištění nebyla porovnávána s kontrolní skupinou tvořenou**

dívky z neklinické populace. Lze se domnívat, že pokud by bylo realizováno toto srovnání, tak by naše zjištění mohla být více konkrétnější a přesnější.

Výzkum byl realizován pomocí sebehodnotících dotazníků, což samo o sobě může přinášet výhody a nevýhody. Je například otázkou, nakolik dívky byly schopny objektivně zhodnotit své externalizované problémové chování, které u mnohých bylo centrem stížností jejich sociálního okolí (rodičů, učitelů, vychovatelů). **Ve výzkumu nebyly použity žádné diagnostické metody posouzení pacientů klinickým pracovníkem** (lékařem, psychologem) a tudíž jde o subjektivní výpověď dívek o jejich psychickém prožívání, díky čemuž mohou určité psychopatologické symptomy být jak nadhodnoceny, tak podhodnoceny. Při potenciální replikaci tohoto výzkumu na klinické populaci by bylo vhodné do výzkumu zařadit i klinické hodnocení psychopatologie psychiatrem či klinickým psychologem za použití standardizovaného klinického-výzkumného postupu, jak je realizováno v řadě výzkumných studií tohoto typu.

V rámci výzkumu byly traumatické zkušenosti dívek hodnoceny dotazníkem **ETI-SR-SF** a to především z důvodu dostupnosti českého překladu tohoto dotazníku. **Je do určité míry otázkou, zda tento dotazník byl adekvátně zvolen.** Především otázky v obecné části dotazníku jsou u některých položek kladeny nejednoznačně, dichotomicky. Položky se například dotazují, zda dané jedinec zažil závažnou nemoc či úmrtí rodiče. Lze se domnívat, že pokud rodič trpěl onemocněním, ze kterého se zotavil a po celou dobu nemoci poskytoval emocionální podporu, tak takovéto dítě touto skutečností bude traumatizováno výrazně odlišně od situace, kdy by rodič zemřel náhle, za dramatických okolností. Vzhledem k využití dotazníku na klinické populaci by možná bylo užitečnější používat nezkrácenou verzi tohoto dotazníku (ETI-SR). Dále lze diskutovat, zda položky u fyzické traumatizace nejsou příliš vágně voleny, či zda formulace těchto otázek není do určité míry kulturně podmíněná.

O aktuálně doporučovaných diagnostických nástrojích traumatických zkušeností u mnohočetně traumatizovaných dětí a adolescentů referuje v přehledové monografii Ford a Courtois (2013). Jako jeden z velmi slibných často používaných diagnostických nástrojů, které by byl vhodný pro výzkumné i terapeutické účely je Childhood Trauma Questionnaire Short Form (Bernstein, Stein, Newcomb, 2003), avšak chybí jeho český překlad a adaptace této metody do českého kulturního kontextu.

Dotazník YSR byl v rámci výzkumu na české populaci již opakovaně využit (Čermák, Urbánek 1998, 1999; Čermák, Klimusová, 2000; Čermák, Klimusová, Vízdalová, 2005). Aktuální výzkum je realizován s upravenou verzí tohoto dotazníku (Achenbach, Rescorla, 2001) a položky dotazníku byly znovu přeloženy do češtiny prof. Čermákem. Avšak dosud

neproběhl celý proces validizace a standardizace tohoto komplexního dotazníku na českou populaci, nebyl přeložen manuál dotazníku a **nebyly vytvořeny české normy**. Tudíž pro českou populaci nebyla stanovena hranice, od které je možno považovat míru symptomů za patologickou, tak jak je tomu v původní americké verzi dotazníku.

Dotazník v rámci našeho výzkumu měl dobrou reliabilitu a byl senzitivní vůči zkoumané psychopatologii (Urbánek, Čermák, Štěpánek, Schmidtová, 2016) a pro diagnostiku práci psychologa v psychiatrické nemocnici se jeví, jako velmi užitečný diagnostický nástroj. Autor dizertace by plnou adaptací dotazníku do češtiny a tvorbu českých norem uvítal vzhledem k výzkumné i klinické užitečnosti tohoto dotazníku.

Závěrem

Ve srovnání s vrstevníky byla u jedinců, kteří byli v dětství zneužíváni a traumatizováni, výzkumně doložena zvýšená prevalence psychiatrických poruch. Zneužívání v dětství je spojeno především s následným rozvojem závažných psychických potíží, psychiatrických poruch (Posttraumatické stresové poruchy a deprese). Včasné rozpoznání toho, že je dítě zneužíváno, týráno či jinak traumatizováno, a vhodná intervence může tudíž hrát zásadní roli v rámci celoživotní prevence těžkých duševních poruch. Pokud tedy závažnou depresi u mladých lidí včas rozpoznáme a budeme ji léčit, můžeme tak snížit riziko suicidálního chování v jejich dalším životě. Pokud adolescentům pomůžeme jejich suicidální ideaci zmírnit, dáme jim tím naději na snížení akutního distresu a na dosažení životní změny.

Literatura k teoretické části

- Abram, K. M., Teplin, L. A., Charles, D. R., Longworth, S. L., McClelland, G. M., & Dulcan, M. K. (2004). Posttraumatic stress disorder and trauma in youth in juvenile detention. *Archives of general psychiatry*, *61*(4), 403-410.
- Abram, K. M., Teplin, L. A., McClelland, G. M., & Dulcan, M. K. (2003). Comorbid psychiatric disorders in youth in juvenile detention. *Archives of General Psychiatry*, *60*, 1097–1108.
- Abram, K. M., Washburn, J. J., Teplin, L. A., Emanuel, K. M., Romero, E. G., & McClelland, G. M. (2007). Posttraumatic stress disorder and psychiatric comorbidity among detained youths. *Psychiatric Services*, *58*, 1311–1316.
- Acierno, R., Resnick, H., Kilpatrick, D., & Stark-Riemer, W. (2003). Assessing elder victimization. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, *38*(11), 644-653.
- Ackerman, P. T., Newton, J. E. O., McPherson, W. B., Jones, J. G., & Dykman, R. A. (1998). Prevalence of posttraumatic stress disorder and other psychiatric diagnoses in three groups of abused children (sexual, physical, and both). *Child Abuse and Neglect*, *22*(8), 759–774.
- Afifi, T. O., Boman, J., Fleisher, W., & Sareen, J. (2009). The relationship between child abuse, parental divorce, and lifetime mental disorders and suicidality in a nationally representative adult sample. *Child abuse & neglect*, *33*(3), 139-147.
- Ainsworth, M. S., Blehar, M. C., Waters, E., (1978). *Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation*. Oxford, England: Lawrence Erlbaum.
- Allen, R. E., & Oliver, J. M. (1982). The effects of child maltreatment on language development. *Child Abuse & Neglect*, *6*, 299-305.
- Alessandri, S. (1991). Play and social behavior in maltreated preschoolers. *Development and Psychopathology*, *3*(2), 191-205.
- American Psychiatric Association. (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3rd ed.). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association. (1994). *The diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (revised 4th ed.). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5th ed.). Washington, DC: American Psychiatric Association.

- Anda, R. F., Brown, D. W., Felitti, V. J., Bremner, J. D., Dube, S. R., & Giles, W. H. (2007). Adverse childhood experiences and prescribed psychotropic medications in adults. *American Journal of Preventive Medicine*, *32*, 389–394.
- Anda, R. F., Croft, J. B., Felitti, V. J., Nordenberg, D., Giles, W. H., Williamson, D. F., & Giovino, G. A. (1999). Adverse childhood experiences and smoking during adolescence and adulthood. *JAMA: Journal of the American Medical Association*, *282*, 1652–1658.
- Anda, R. F., Felitti, V. J., Bremner, J. D., Walker, J. D., Whitfield, C. H., Perry, B. D., ... & Giles, W. H. (2006). The enduring effects of abuse and related adverse experiences in childhood. *European archives of psychiatry and clinical neuroscience*, *256*(3), 174-186.
- Anderson, C. L., & Alexander, P. C. (1996). The relationship between attachment and dissociation in adult survivors of incest. *Psychiatry*, *59*(3), 240-254.
- Anderson, C. M., Teicher, M. H., Polcari, A., & Renshaw, P. F. (2002). Abnormal T2 relaxation time in the cerebellar vermis of adults sexually abused in childhood:: potential role of the vermis in stress-enhanced risk for drug abuse. *Psychoneuroendocrinology*, *27*(1), 231-244.
- Appleyard, K., Egeland, B., van Dulmen, M. H. M., & Sroufe, L. A. (2005). When more is not better: The role of cumulative risk in child behavior outcomes. *Journal of Child Psychology & Psychiatry*, *46*(3), 235–245.
- Armsden, G.C., Greenberg, M.T. (1987). The inventory of parent and peer attachment: individual differences and their relationship to psychological well-being in adolescence. *Journal of Youth and Adolescence*, *16*(5), 427-454
- Armstrong J.G., Putnam F. W, Carlson E. B., et al. (1997). Development and validation of a measure of adolescent dissociation: The Adolescent Dissociative Experiences Scale. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, *185*, 491–497
- Atlas, J. A., & Hiott, J. (1994). Dissociative experience in a group of adolescents with history of abuse. *Perceptual and Motor Skills*, *78*, 121–122.
- Atkinson, L., Niccols, A., Paglia, A., Coolbear, J., Parker, K. C., Poulton, L., ... & Sitarenios, G. (2000). A meta-analysis of time between maternal sensitivity and attachment assessments: Implications for internal working models in infancy/toddlerhood. *Journal of Social and Personal Relationships*, *17*(6), 791-810.
- Atzaba-Poria, N., Pike, A., & Deater-Deckard, K. (2004). Do risk factors for problem behaviour act in a cumulative manner? An examination of ethnic minority and majority children through an ecological perspective. *Journal of child psychology and psychiatry*, *45*(4), 707-718.
- Austin, S. B., Roberts, A. L., Corliss, H. L., & Molnar, B. E. (2008). Sexual violence victimization history and sexual risk indicators in a community-based urban cohort of “mostly heterosexual” and heterosexual young women. *American Journal of Public Health*, *98*(6), 1015-1020.
- Ayoub, C. C., O’Connor, E., Rappolt-Schlichtmann, G., Fischer, K. W., Rogosch, F. A., Toth, S. L., & Cicchetti, D. (2006). Cognitive and emotional differences in young maltreated children:

A translational application of dynamic skill theory. *Development and Psychopathology*, 18, 679–706.

Baer, J. C., & Martinez, C. D. (2006). Child maltreatment and insecure attachment: A meta-analysis. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 24(3), 187-197.

Barker, D. J. (1997). Fetal nutrition and cardiovascular disease in later life. *British medical bulletin*, 53(1), 96-108.

Barbui, C., Biancosino, B., Esposito, E., Marmai, L., Dona, S., & Grassi, L. (2007). Factors associated with antipsychotic dosing in psychiatric inpatients: a prospective study. *International clinical psychopharmacology*, 22(4), 221-225.

Barnett, D., Ganiban, J., & Cicchetti, D. (1999). Maltreatment, negative expressivity, and the development of type D attachments from 12 to 24 months of age. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 97-118.

Bailey, H. N., Moran, G., & Pederson, D. R. (2007). Childhood maltreatment, complex trauma symptoms, and unresolved attachment in an at-risk sample of adolescent mothers. *Attachment & Human Development*, 9, 139–161.

Beeghly, M., & Cicchetti, D. (1996). Child maltreatment, attachment, and the self system: Emergence of an internal state lexicon in toddlers at high social risk. In M. Hertzog, & E. Farber (Eds.). *Annual progress in child psychiatry and child development* (pp. 127-166). Philadelphia, PA: Brunner/Mazel.

Beers, S. R., & De Bellis, M. D. (2002). Neuropsychological function in children with maltreatment-related posttraumatic stress disorder. *American Journal of Psychiatry*.

Beckett, C., Maughan, B., Rutter, M., Castle, J., Colvert, E., Groothues, C., ... & Sonuga-Barke, E. J. (2007). Scholastic attainment following severe early institutional deprivation: A study of children adopted from Romania. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 35(6), 1063-1073.

Beitchman, J. H., Zucker, K. J., Hood, J. E., DaCosta, G. A., & Akman, D. (1991). A review of the short-term effects of child sexual abuse. *Child Abuse & Neglect*, 15, 537–556.

Beitchman, J. H., Zucker, K. J., Hood, J. E., DaCosta, G. A., Akman, D., & Cassavia, E. (1992). A review of the long-term effects of child sexual abuse. *Child Abuse & Neglect*, 16, 101–118.

Belsky, J., Fish, M., & Isabella, R. A. (1991). Continuity and discontinuity in infant negative and positive emotionality: Family antecedents and attachment consequences. *Developmental Psychology*, 27(3), 421

Berman, A. L., Jobes, D. A., & Silverman, M. M. (2006). *Adolescent suicide: Assessment and intervention*. American Psychological Association.

Bergen, H. A., Martin, G., Richardson, A. S., Allison, S., & Roeger, L. (2003). Sexual abuse and suicidal behavior: A model constructed from a large community sample of adolescents. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 42(11), 1301-1309.

- Berkowitz, C. D. (1998). Medical consequences of child sexual abuse. *Child abuse & neglect*, 22(6), 541-550.
- Bevans, K., Cerbone, A., & Overstreet, S. (2008). Relations between recurrent trauma exposure and recent life stress and salivary cortisol among children. *Development and psychopathology*, 20(01), 257-272.
- Blomeyer, D., Treutlein, J., Esser, G., Schmidt, M. H., Schumann, G., & Laucht, M. (2008). Interaction between CRHR1 gene and stressful life events predicts adolescent heavy alcohol use. *Biological psychiatry*, 63(2), 146-151.
- Bödvarsdóttir, Í., & Elklit, A. (2007). Victimization and PTSD-like states in an Icelandic youth probability sample. *BMC psychiatry*, 7(1), 51.
- Bolger, K. E., Patterson, C. J., & Kupersmidt, J. B. (1998). Peer relationships and self-esteem among children who have been maltreated. *Child Development*, 69, 1171–1197.
- Boney-McCoy, S., & Finkelhor, D. (1996). Is youth victimization related to trauma symptoms and depression after controlling for prior symptoms and family relationships? A longitudinal, prospective study. *Journal of consulting and clinical psychology*, 64(6), 1406.
- Bower, G. H., & Sivers, H. (1998). Cognitive impact of traumatic events. *Development and psychopathology*, 10(04), 625-653.
- Bowlby, J. (1988). *A secure base: Parent-child attachment and healthy human development*. New York, NY: Basic Books.
- Bradley, R. H. (1986). Behavioral competence of maltreated children in child care. *Child Psychiatry & Human Development*, 16, 171–193.
- Brady, K. T., Killeen, T. K., Brewerton, T., & Lucerini, S. (2000). Comorbidity of psychiatric disorders and posttraumatic stress disorder. *The Journal of clinical psychiatry*, (suppl 7), 1-478.
- Brand, E. F., King, Ch. A., Olson, E., Ghaziuddin, N., Naylor, M. (1996). Depressed adolescents with a history of sexual abuse: Diagnostic comorbidity and suicidality. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35 (1), 34-41.
- Breslau, N., Davis, G. C., Andreski, P., & Peterson, E. (1991). Traumatic events and posttraumatic stress disorder in an urban population of young adults. *Archives of general psychiatry*, 48(3), 216-222.
- Breslau, N., & Kessler, R. C. (2001). The stressor criterion in DSM-IV posttraumatic stress disorder: an empirical investigation. *Biological psychiatry*, 50(9), 699-704.
- Breslau, N., Lucia, V. C., & Alvarado, G. F. (2006). Intelligence and other predisposing factors in exposure to trauma and posttraumatic stress disorder: a follow-up study at age 17 years. *Archives of general psychiatry*, 63(11), 1238-1245.

- Breslau, N., Wilcox, H. C., Storr, C. L., Lucia, V. C., & Anthony, J. C. (2004). Trauma exposure and posttraumatic stress disorder: a study of youths in urban America. *Journal of Urban Health, 81*(4), 530-544.
- Brett, E., Spitzer, R., & Williams, J. (1988). DSMIII-R criteria for posttraumatic stress disorder. *American Journal of Psychiatry, 144*, 1232-1236.
- Brewin, C. R., Andrews, B., & Valentine, J. D. (2000). Meta-analysis of risk factors for posttraumatic stress disorder in trauma-exposed adults. *Journal of consulting and clinical psychology, 68*(5), 748.
- Briere, J. (1988). The long-term clinical correlates of childhood sexual victimization. *Annals of the New York Academy of Sciences, 528*(1), 327-334.
- Briere, J. (1996). *Trauma symptom checklist for children (TSCC): Professional manual*. Psychological Assessment Resources.
- Briere, J. N., & Elliott, D. M. (1994). Immediate and long-term impacts of child sexual abuse. *The future of children, 54-69*.
- Briere, J., Johnson, K., Bissada, A., Damon, L., Crouch, J., Gil, E., ... & Ernst, V. (2001). The Trauma Symptom Checklist for Young Children (TSCYC): Reliability and association with abuse exposure in a multi-site study. *Child abuse & neglect, 25*(8), 1001-1014.
- Briere, J., Kaltman, S., & Green, B. L. (2008). Accumulated childhood trauma and symptom complexity. *Journal of Traumatic Stress, 21*, 223-226.
- Briere, J., & Rickards, S. (2007). Self-awareness, affect regulation, and relatedness: Differential sequels of childhood versus adult victimization experiences. *The Journal of nervous and mental disease, 195*(6), 497-503.
- Briere, J., & Runtz, M. (1987). Post sexual abuse trauma data and implications for clinical practice. *Journal of Interpersonal Violence, 2*(4), 367-379.
- Briere, J., & Spinazzola, J. (2005). Phenomenology and psychological assessment of complex posttraumatic states. *Journal of traumatic stress, 18*(5), 401-412.
- Briere, J., & Spinazzola, J. (2009). *Assessment of the sequelae of complex trauma: Evidence-based measures* (pp. 104-123). New York, NY: Guilford.
- Briscoe-Smith, A. M., & Hinshaw, S. P. (2006). Linkages between child abuse and attention-deficit/hyperactivity disorder in girls: Behavioral and social correlates. *Child Abuse & Neglect, 30*, 1239-1255.
- Browne, A., & Finkelhor, D. (1986). Impact of child sexual abuse: a review of the research. *Psychological bulletin, 99*(1), 66.
- Brown, L. K., Houck, C. D., Hadley, W. S., & Lescano, C. M. (2005). Self-Cutting and Sexual Risk Among Adolescents in Intensive Psychiatric Treatment. *Psychiatric Services, 56*(2), 216-218.

Bruffaerts, R., Demyttenaere, K., Borges, G., Haro, J. M., Chiu, W. T., Hwang, I., ... & Andrade, L. H. (2010). Childhood adversities as risk factors for onset and persistence of suicidal behaviour. *The British Journal of Psychiatry*, *197*(1), 20-27.

Bryant, R. A. (2010). The complexity of complex PTSD. *American Journal of Psychiatry*, *167*(8), 879-881.

Bryer, J. B., Nelson, B. A., Miller, J. B., & Krol, P. A. (1987). Childhood sexual and physical abuse as factors in adult psychiatric illness. *The American journal of psychiatry*.

Burack, J. A., Flanagan, T., Peled, T., Sutton, H. M., Zygmuntowicz, C., & Manly, J. T. (2006). Social perspective-taking skills in maltreated children and adolescents. *Developmental Psychology*, *42*, 207–217.

Bureau, J. F., Easterbrooks, M. A., & Lyons-Ruth, K. (2009). Maternal depressive symptoms in infancy: Unique contribution to children's depressive symptoms in childhood and adolescence?. *Development and Psychopathology*, *21*(02), 519-537.

Burgess, A. W., & Holmstrom, L. L. (1974). Rape trauma syndrome. *American journal of Psychiatry*, *131*(9), 981-986.

Burchard, J. D., & Clarke, R. T. (1990). The role of individualized care in a service delivery system for children and adolescents with severely maladjusted behavior. *The Journal of Mental Health Administration*, *17*(1), 48-60.

Bureau, J. F., Martin, J., & Lyons-Ruth, K. (2010). Attachment dysregulation as hidden trauma in infancy: Early stress, maternal buffering and psychiatric morbidity in young adulthood. *The impact of early life trauma on health and disease: The hidden epidemic*, 48-56.

Burns, B. J., Hoagwood, K., Maultsby, L. T., Epstein, M. H., Kutash, K., & Duchnowski, A. (1998). Improving outcomes for children and adolescents with serious emotional and behavioral disorders: Current and future directions. In M. Epstein, K. Kutash, & A. Duchnowski (Eds.), *Outcomes for children and youth with emotional and behavioral disorders and their families: Programs and evaluation best practices* (pp. 685–707). Austin, TX: PRO-ED.

Burton, D., Foy, D., Bwanausi, C., Johnson, J., & Moore, L. (1994). The relationship between traumatic exposure, family dysfunction, and post-traumatic stress symptoms in male juvenile offenders. *Journal of Traumatic Stress*, *7*(1), 83-93.

Cahill, L. T., Kaminer, R. K., Johnson, P. G. (1999). Developmental, cognitive, and behavioral sequelae of child abuse. *Child & Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, *8*, 827-843.

Camras, L. A., Grow, J. G., & Ribordy, S. C. (1983). Recognition of emotional expression by abused children. *Journal of clinical child psychology*, *12*(3), 325-328.

Cassidy, J., & Mohr, J. J. (2001). Unsolvable fear, trauma, and psychopathology: Theory, research, and clinical considerations related to disorganized attachment across the life span. *Clinical Psychology: Science and Practice*, *8*(3), 275-298.

- Carlson, E. A. (1998). A prospective longitudinal study of attachment disorganization / disorientation. *Child development*, 69(4), 1107-1128.
- Carrion, V. G., Weems, C. F., Ray, R., & Reiss, A. L. (2002). Toward an empirical definition of pediatric PTSD: The phenomenology of PTSD symptoms in youth. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 41(2), 166-173.
- Cauffman, E., Feldmman, S., Watherman, J., & Steiner, H. (1998). Posttraumatic stress disorder among female juvenile offenders. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 37(11), 1209-1216.
- Chu, J. (1991). The Repetition compulsion revisited: Reliving dissociated trauma. *Psychotherapy*, 28, 327-332.
- Chu, J. A., & Dill, D. L. (1990). Dissociative symptoms in relation to childhood physical and sexual abuse. *The American Journal of Psychiatry*, 147(7), 887.
- Chu, J. A. (2011). *Rebuilding shattered lives: Treating complex PTSD and dissociative disorders*. John Wiley & Sons.
- Cicchetti, D., & Beeghly, M. (1987). Symbolic development in maltreated youngsters: An organizational perspective. *New Directions for Child Development*, 36, 47-68.
- Cicchetti, D. E., & Cohen, D. J. (1995). *Developmental psychopathology, Vol. 1: Theory and methods*. John Wiley & Sons.
- Cicchetti, D., & Rogosch, F. A. (2001). The impact of child maltreatment and psychopathology on neuroendocrine functioning. *Development and psychopathology*, 13(04), 783-804.
- Cicchetti, D., & Rogosch, F. A. (2007). Personality, adrenal steroid hormones, and resilience in maltreated children: A multilevel perspective. *Development and psychopathology*, 19(03), 787-809.
- Cicchetti, D., & Toth, S. (1995). A developmental psychopathology perspective on child abuse and neglect, *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 34, 541-564.
- Cicchetti, D., & Toth, S. L. (1995). *Developmental psychopathology and disorders of affect*. John Wiley & Sons.
- Classen, C. C., Palesh, O. G., & Aggarwal, R. (2005). Sexual revictimization a review of the empirical literature. *Trauma, Violence, & Abuse*, 6(2), 103-129.
- Cloitre, M. (2005). Beyond PTSD: Emotion regulation and interpersonal problems as predictors of functional impairment in survivors of childhood abuse. *Behavior Therapy*, 36, 119–124.
- Cloitre, M., Cohen, L. R., & Koenen, K. C. (2006). *Treating survivors of childhood abuse: Psychotherapy for the interrupted life*. New York: The Guilford Press.

- Cloitre, M., Courtois, C. A., Charuvastra, A., Carapezza, R., Stolbach, B. C., & Green, B. L. (2011). Treatment of complex PTSD: Results of the ISTSS expert clinician survey on best practices. *Journal of Traumatic Stress, 24* (6), 615-627.
- Cloitre, M., Garvert, D. W., Brewin, C. R., Bryant, R. A., & Maercker, A. (2013). Evidence for proposed ICD-11 PTSD and complex PTSD: A latent profile analysis. *European Journal of Psychotraumatology, 4*.
- Cloitre, M., Stolbach, B. C., Herman, J. L., Kolk, B. V. D., Pynoos, R., Wang, J., & Petkova, E. (2009). A developmental approach to complex PTSD: Childhood and adult cumulative trauma as predictors of symptom complexity. *Journal of traumatic stress, 22*(5), 399-408.
- Cloitre, M., Stovall-McClough, K. C., Noonan, K., Zorbas, P., Cherry, S., Jackson, C. L., ... & Petkova, E. (2010). Treatment for PTSD related to childhood abuse: A randomized controlled trial. *American Journal of Psychiatry, 167*(11), 1259-1267.
- Cohen, J. A., Deblinger, E., Mannarino, A. P., & Steer, R. A. (2004). A multisite, randomized controlled trial for children with sexual abuse-related PTSD symptoms. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 43*(4), 393-402.
- Cohen, J. A., & Mannarino, A. P. (2010). Psychotherapeutic options for traumatized children. *Current opinion in pediatrics, 22*(5), 605.
- Cohen, J. A., Mannarino, A. P., & Deblinger, E. (2006). *Treating trauma and traumatic grief in children and adolescents*. Guilford Press.
- Cole, P., & Putnam, F.W. (1992). Effect of incest on self and social functioning: A developmental psychopathology perspective. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 60*, 174-184.
- Colvert, E., Rutter, M., Beckett, C., Castle, J., Groothues, C., Hawkins, A., ... & Sonuga-Barke, E. J. (2008). Emotional difficulties in early adolescence following severe early deprivation: Findings from the English and Romanian adoptees study. *Development and Psychopathology, 20*(02), 547-567.
- Collishaw, S., Pickles, A., Messer, J., Rutter, M., Shearer, C., & Maughan, B. (2007). Resilience to adult psychopathology following childhood maltreatment: Evidence from a community sample. *Child abuse & neglect, 31*(3), 211-229.
- Comer, J. S., Olfson, M., & Mojtabai, R. (2010). National trends in child and adolescent psychotropic polypharmacy in office-based practice, 1996-2007. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 49*(10), 1001-1010.
- Connor, D. F., Ford, J. D., Arnsten, A. F., & Greene, C. A. (2015). An update on posttraumatic stress disorder in children and adolescents. *Clinical pediatrics, 54*(6), 517-528.
- Cook, A., Blaustein, M., Spinazzola, J., & Van der Kolk, B. (2003). Complex trauma in children and adolescents: White paper from the national child traumatic stress network complex trauma task force. *Los Angeles: National Center for Child Traumatic Stress*.

- Cook, A., Spinazzola, J., Ford, J., Lanktree, C., Blaustein, M., Cloitre, M., & Van der Kolk, B. (2005). Complex trauma. *Psychiatric annals*, 35(5), 390-398.
- Costello, E. J., Erkanli, A., Fairbank, J. A., & Angold, A. (2002). The prevalence of potentially traumatic events in childhood and adolescence. *Journal of traumatic stress*, 15(2), 99-112.
- Copeland, W. E., Keeler, G., Angold, A., & Costello, E. J. (2007). Traumatic events and posttraumatic stress in childhood. *Archives of General Psychiatry*, 64(5), 577-584.
- Copeland, W. E., Shanahan, L., Costello, E. J., & Angold, A. (2009). Childhood and adolescent psychiatric disorders as predictors of young adult disorders. *Archives of general psychiatry*, 66(7), 764-772.
- Copping, V. E., Warling, D. L., Benner, D. G., & Woodside, D. W. (2001). A child trauma treatment pilot study. *Journal of Child and Family Studies*, 10(4), 467-475
- Corrigan, F. M., Fisher, J. J., & Nutt, D. J. (2011). Autonomic dysregulation and the window of tolerance model of the effects of complex emotional trauma. *Journal of Psychopharmacology*, 25(1), 17-25.
- Costello, E. J., Angold, A., Burns, B. J., Stangl, D. K., Tweed, D. L., Erkanli, A., & Worthman, C. M. (1996). The Great Smoky Mountains Study of Youth: goals, design, methods, and the prevalence of DSM-III-R disorders. *Archives of general psychiatry*, 53(12), 1129-1136.
- Courtois, C. (1979). The incest experience and its aftermath. *Victimology: An International Journal*, 4(4), 337-347.
- Courtois, C. A., & Ford, J. D. (Eds.). (2009). *Treating complex traumatic stress disorders: An evidence-based guide* (pp. 82-104). New York, NY: Guilford Press.
- Creamer, M., Burgess, P., & McFarlane, A. C. (2001). Post-traumatic stress disorder: findings from the Australian National Survey of Mental Health and Well-being. *Psychological medicine*, 31(07), 1237-1247.
- Crittenden, P. M. (1998). The developmental consequences of childhood sexual abuse. In P. Trickett, & C. Schellenbach (Eds.), *Violence against children in the family and the community* (pp. 11-38). Washington, DC: American Psychological Association.
- Crittenden, P.M., & DiLalla, D.L. (1988). Compulsive compliance: The development of an inhibitory coping strategy in infancy. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 16, 585-599.
- Cromer, L. D., Stevens, C., DePrince, A. P., & Pears, K. (2006). The relationship between executive attention and dissociation in children. *Journal of Trauma & Dissociation*, 7(4), 135-153.
- Cuevas, C. A., Finkelhor, D., Turner, H. A., & Ormrod, R. K. (2007). Juvenile Delinquency and Victimization A Theoretical Typology. *Journal of interpersonal violence*, 22(12), 1581-1602.

- Cuffe, S. P., Addy, C. L., Garrison, C. Z., Waller, J. L., Jackson, K. L., McKrown, R. E., & Chilappagari, S. (1998). Prevalence of PTSD in a community sample of older adolescents. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 37*(2), 147-154.
- Cullerton-Sen, C., Cassidy, A. R., Murray-Close, D., Cicchetti, D., Crick, N. R., & Rogosch, F. A. (2008). Childhood Maltreatment and the Development of Relational and Physical Aggression: The Importance of a Gender-Informed Approach. *Child development, 79*(6), 1736-1751.
- Culp, R. E., Watkins, R. V., Lawrence, H., Letts, D., et al. (1991). Maltreated children's language and speech development: Abused, neglected, and abused and neglected. *First Language, 11*, 377-389.
- Daigneault, I., Hebert, M., & Tourigny, M. (2006). Attributions and coping in sexually abused adolescents referred for group treatment. *Journal of Child Sexual Abuse, 15*(3), 35-59.
- Damasio, A. R. (1999). *The feeling of what happens: Body and emotion in the making of consciousness*. Houghton Mifflin Harcourt.
- Danielson, C. K., Macdonald, A., Amstadter, A. B., Hanson, R., de Arellano, M. A., Saunders, B. E., & Kilpatrick, D. G. (2010). Risky behaviors and depression in conjunction with—or in the absence of—lifetime history of PTSD among sexually abused adolescents. *Child Maltreatment, 15*, 101-107.
- D'Andrea, W., Ford, J., Stolbach, B., Spinazzola, J., & van der Kolk, B. A. (2012). Understanding interpersonal trauma in children: why we need a developmentally appropriate trauma diagnosis. *American Journal of Orthopsychiatry, 82*(2), 187-200.
- Davidson, J. R., & Fairbank, J. A. (1993). The epidemiology of posttraumatic stress disorder. *Posttraumatic stress disorder: DSM-IV and beyond*, 147-169.
- Dearing, E., McCartney, K., & Taylor, B. A. (2006). Within-child associations between family income and externalizing and internalizing problems. *Developmental psychology, 42*(2), 237.
- De Bellis, M. D. (2001). Developmental traumatology: The psychobiological development of maltreated children and its implications for research, treatment, and policy. *Development and psychopathology, 13*(03), 539-564.
- De Bellis, M. D. (2005). The psychobiology of neglect. *Child maltreatment, 10*(2), 150-172.
- De Bellis, M. D., Chrousos, G. P., Dorn, L. D., Burke, L., Helmers, K., Kling, M. A., ... & Putnam, F. W. (1994). Hypothalamic-pituitary-adrenal axis dysregulation in sexually abused girls. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism, 78*(2), 249-255.
- Deblinger, E., McLeer, S. V., Atkins, M. S., Ralphe, D., & Foa, E. (1989). Post-traumatic stress in sexually abused, physically abused, and nonabused children. *Child Abuse & Neglect, 13*(3), 403-408.

- Deblinger, E., Mannarino, A. P., Cohen, J. A., & Steer, R. A. (2006). A follow-up study of a multisite, randomized, controlled trial for children with sexual abuse-related PTSD symptoms. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 45*(12), 1474-1484.
- De Graaf, R., Bijl, R. V., Ravelli, A., Smit, F., & Vollebergh, W. A. M. (2002). Predictors of first incidence of DSM-III-R psychiatric disorders in the general population: findings from the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 106*(4), 303-313.
- DeGue, S., & Spatz Widom, C. (2009). Does out-of-home placement mediate the relationship between child maltreatment and adult criminality? *Child Maltreatment, 14*, 344–355.
- De Jong, J. T., Komproe, I. H., Spinazzola, J., van der Kolk, B. A., & Van Ommeren, M. H. (2005). DESNOS in three postconflict settings: Assessing cross-cultural construct equivalence. *Journal of Traumatic Stress, 18*(1), 13-21.
- DePrince, A. P., Chu, A. T., & Combs, M. D. (2008). Trauma-related predictors of deontic reasoning: A pilot study in a community sample of children. *Child Abuse & Neglect, 32*, 732–737.
- DePrince, A. P., & Freyd, J. J. (2002). The harm of trauma: Pathological fear, shattered assumptions, or betrayal. *Loss of the assumptive world: A theory of traumatic loss*, 71-82.
- Deters, P. B., Novins, D. K., Fickenscher, A., & Beals, J. (2006). Trauma and posttraumatic stress disorder symptomatology: patterns among American Indian adolescents in substance abuse treatment. *American Journal of Orthopsychiatry, 76*(3), 335.
- Deykin, E. Y., & Buka, S. L. (1997). Prevalence and risk factors for posttraumatic stress disorder among chemically dependent adolescents. *American Journal of Psychiatry, 154*(6), 752-757.
- Dinwiddie, S., Heath, C., Dunne, M., Bucholz, K., Madden, P., Slutske, W., Bierut, L., Statham, D. & Martin, N. (2000). Early sexual abuse and lifetime psychopathology: A co-twin-control study. *Psychological Medicine, 30*, 41-52.
- DiTomasso, M. J., & Routh, D. K. (1993). Recall of abuse in childhood and three measures of dissociation. *Child abuse & neglect, 17*(4), 477-485.
- Dobie, D. J., Kivlahan, D. R., Maynard, C., Bush, K. R., Davis, T. M., & Bradley, K. A. (2004). Posttraumatic stress disorder in female veterans: association with self-reported health problems and functional impairment. *Archives of internal medicine, 164*(4), 394-400.
- Dodge, K. A., & Somberg, D. R. (1987). Hostile attributional biases among aggressive boys are exacerbated under conditions of threats to the self. *Child development, 213*-224.
- Dodge, K. A., & Schwartz, D. (1997). Social information processing mechanisms in aggressive behavior. D. Stoff, J. Breiling, J. Maser, (Eds). *Handbook of antisocial behavior*, (pp. 171-180). Hoboken: John Wiley & Sons

- Domes, G., Lischke, A., Berger, C., Grossmann, A., Hauenstein, K., Heinrichs, M., & Herpertz, S. C. (2010). Effects of intranasal oxytocin on emotional face processing in women. *Psychoneuroendocrinology*, *35*(1), 83-93.
- Dong, M., Anda, R. F., Felitti, V. J., Dube, S. R., Williamson, D. F., Thompson, T. J., ... & Giles, W. H. (2004). The interrelatedness of multiple forms of childhood abuse, neglect, and household dysfunction. *Child abuse & neglect*, *28*(7), 771-784.
- Dorrepaal, E., Thomaes, K., Hoogendoorn, A. W., Veltman, D. J., Draijer, N., & van Balkom, A. J. (2014). Evidence-based treatment for adult women with child abuse-related Complex PTSD: a quantitative review. *European journal of psychotraumatology*, *5*.
- Dorahy, M. J., Corry, M., Shannon, M., MacSherry, A., & Hamilton, G. (2009). Complex PTSD, interpersonal trauma and relational consequences: Findings from a treatment-receiving Northern Irish sample. *Journal of Affective Disorders*, *112*(1-3), 71-80.
- Dorard, Berthoz, Phan, Corcos, & Bungener. (2008). Affect dysregulation in cannabis abusers: A study in adolescents and young adults. *European Child & Adolescent Psychiatry*, *17*(5), 274-282.
- Dozier, M., Peloso, E., Lewis, E., Laurenceau, J. P., & Levine, S. (2008). Effects of an attachment-based intervention on the cortisol production of infants and toddlers in foster care. *Development and psychopathology*, *20*(03), 845-859.
- Driessen, M., Herrmann, J., Stahl, K., Zwaan, M., Meier, S., Hill, A., ... & Petersen, D. (2000). Magnetic resonance imaging volumes of the hippocampus and the amygdala in women with borderline personality disorder and early traumatization. *Archives of general psychiatry*, *57*(12), 1115-1122.
- Dube, S.R., Anda, R.F., Felitti, V.J., Chapman, D.P., Williamson, D.F., & Giles, W.H. (2001). Childhood abuse, household dysfunction, and the risk of attempted suicide throughout the life span: Findings from the adverse childhood experiences study. *JAMA: Journal of the American Medical Association*, *286*, 3089-3096.
- Dube, S. R., Anda, R. F., Felitti, V. J., Croft, J. B., Edwards, V. J., & Giles, W. H. (2001). Growing up with parental alcohol abuse: Exposure to childhood abuse, neglect, and household dysfunction. *Child Abuse & Neglect*, *25*, 1627-1640.
- Duncan, R. D. (1999). Maltreatment by parents and peers: The relationship between child abuse, bully victimization, and psychological distress. *Child Maltreatment*, *4*(1), 45-55.
- Ebner-Priemer, U. W., Kuo, J., Schlotz, W., Kleindienst, N., Rosenthal, M. Z., Detterer, L., ... & Bohus, M. (2008). Distress and affective dysregulation in patients with borderline personality disorder: a psychophysiological ambulatory monitoring study. *The Journal of nervous and mental disease*, *196*(4), 314-320.
- Ebner-Priemer, U. W., Welch, S. S., Grossman, P., Reisch, T., Linehan, M. M., & Bohus, M. (2007). Psychophysiological ambulatory assessment of affective dysregulation in borderline personality disorder. *Psychiatry Research*, *150*(3), 265-275.

- Eckenrode, J., Laird, M., & Doris, J. (1993). School performance and disciplinary problems among abused and neglected children. *Developmental Psychology, 29*, 53-62.
- Edgardh, K., & Ormstad, K. (2000). Prevalence and characteristics of sexual abuse in a national sample of Swedish seventeen-year-old boys and girls. *Acta paediatrica, 89*(3), 310-319.
- Egeland, B. R., Carlson, E., & Sroufe, L. A. (1993). Resilience as process. *Development & Psychopathology, 5*(4), *Special Issue: Milestones in the development of resilience*, 517-528.
- Egeland, B., Sroufe, A., & Erickson, M. (1983). The developmental consequence of different patterns of maltreatment. *Child Abuse & Neglect, 7*, 459-469.
- Egger, H. L., Costello, E. J., Erkanli, A., & Angold, A. (1999). Somatic complaints and psychopathology in children and adolescents: Stomach aches, musculoskeletal pains, and headaches. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 38*(7), 852-860.
- Ehlert, U., Heim, C., & Hellhammer, D. H. (1999). Chronic pelvic pain as a somatoform disorder. *Psychotherapy and Psychosomatics, 68*(2), 87-94.
- Elklit, A. (2002). Victimization and PTSD in a Danish national youth probability sample. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 41*(2), 174-181.
- Elkovitch, N., Latzman, R. D., Hansen, D. J., & Flood, M. F. (2009). Understanding child sexual behavior problems: A developmental psychopathology framework. *Clinical Psychology Review, 29*(7), 586-598.
- Elliott, G. C., Cunningham, S. M., Linder, M., Colangelo, M., & Gross, M. (2005). Child physical abuse and self-perceived social isolation among adolescents. *Journal of interpersonal violence, 20*(12), 1663-1684.
- Endo, T., Sugiyama, T., & Someya, T. (2006). Attention-deficit/hyperactivity disorder and dissociative disorder among abused children. *Psychiatry and clinical neurosciences, 60*(4), 434-438.
- Essex, M. J., Klein, M. H., Miech, R., & Smider, N. A. (2001). Timing of initial exposure to maternal major depression and children's mental health symptoms in kindergarten. *The British Journal of Psychiatry, 179*(2), 151-156.
- Euser, E. M., van IJzendoorn, M., Prinzie, P., & Bakermans-Kranenburg, M. J. (2009). The prevalence of child maltreatment in the Netherlands. *Child Maltreatment, 15*, 5-17.
- Euser, E. M., van IJzendoorn, M. H., Prinzie, P., & Bakermans-Kranenburg, M. J. (2010). Elevated child maltreatment rates in immigrant families and the role of socioeconomic differences. *Child Maltreatment*
- Evans, S. E., Davies, C., & DiLillo, D. (2008). Exposure to domestic violence: A meta-analysis of child and adolescent outcomes. *Aggression and Violent Behavior, 13*, 131-140.

- Fairbank, J. A. (2008). The epidemiology of trauma and trauma related disorders in children and youth. *PTSD Research Quarterly*, *19*(1), 1-7.
- Famularo, R., Fenton, T., Augustyn, M., & Zuckerman, B. (1996). Persistence of pediatric post traumatic stress disorder after 2 years. *Child abuse & neglect*, *20*(12), 1245-1248.
- Famularo, R., Fenton, T., Kinscherff, R., & Augustyn, M. (1996). Psychiatric comorbidity in childhood post traumatic stress disorder. *Child Abuse & Neglect*, *20*(10), 953-961.
- Fantuzzo, J., & Fusco, R. L. (2007). Children's direct sensory exposure to substantiated domestic violence crimes. *Violence and Victims*, *22*(2), 158-171.
- Fantuzzo, J., Boruch, R., Beriama, A., Atkins, M., & Marcus, S. (1997). Domestic violence and children: Prevalence and risk in five major US cities. *Journal of the American Academy of child & Adolescent psychiatry*, *36*(1), 116-122.
- Fantuzzo, J. W., Fusco, R. A., Mohr, W. K., & Perry, M. A. (2007). Domestic violence and children's presence: A population-based study of law enforcement surveillance of domestic violence. *Journal of Family Violence*, *22*(6), 331-340.
- Feiring, C., Taska, L., & Lewis, M. (2002). Adjustment following sexual abuse discovery: the role of shame and attributional style. *Developmental psychology*, *38*(1), 79.
- Felitti, V. J., Anda, R. F., Nordenberg, D., Williamson, D. F., Spitz, A. M., Edwards, V., et al. (1998). Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults: The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. *American Journal of Preventive Medicine*, *14*(4), 245-258.
- Fergusson, D. M., Lynskey, M. T., & Horwood, L. J. (1996). Childhood sexual abuse and psychiatric disorder in young adulthood: I. Prevalence of sexual abuse and factors associated with sexual abuse. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, *35*, 1355-1364.
- Fergusson, D. M., Horwood, L. J., & Lynskey, M. T. (1996). Childhood sexual abuse and psychiatric disorder in young adulthood: II. Psychiatric outcomes of childhood sexual abuse. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, *35*, 1365-1374.
- Finkelhor, D., & Browne, A. (1985). The traumatic impact of child sexual abuse: a conceptualization. *American Journal of orthopsychiatry*, *55*(4), 530.
- Finkelhor, D. (2008). *Childhood victimization: Violence, crime and abuse in the lives of young people*. New York: Oxford University Press.
- Finkelhor, D. (2009). *Children's exposure to violence: A comprehensive national survey*. DIANE Publishing.
- Finkelhor, D., & Dziuba-Leatherman, J. (1994). Children as victims of violence: A national survey. *Pediatrics*, *94*(4), 413-420.

- Finkelhor, D., Hamby, S. L., Ormrod, R., & Turner, H. (2005). The Juvenile Victimization Questionnaire: reliability, validity, and national norms. *Child abuse & neglect*, 29(4), 383-412.
- Finkelhor, D., Turner, H., Hamby, S. L., & Ormrod, R. (2011). Polyvictimization: Children's Exposure to Multiple Types of Violence, Crime, and Abuse. *National Survey of Children's Exposure to Violence*.
- Finkelhor, D., Ormrod, R. K., & Turner, H. A. (2007). Polyvictimization and trauma in a national longitudinal cohort. *Development and psychopathology*, 19(01), 149-166.
- Finkelhor, D., Ormrod, R. K., & Turner, H. A. (2007). Poly-victimization: A neglected component in child victimization. *Child abuse & neglect*, 31(1), 7-26.
- Finkelhor, D., Ormrod, R. K., & Turner, H. A. (2007). Re-victimization patterns in a national longitudinal sample of children and youth. *Child abuse & neglect*, 31(5), 479-502.
- Finkelhor, D., Ormrod, R. K., & Turner, H. A. (2009). Lifetime assessment of poly-victimization in a national sample of children and youth. *Child abuse & neglect*, 33(7), 403-411.
- Finkelhor, D., Ormrod, R. K., Turner, H. A., & Hamby, S. L. (2005). Measuring poly-victimization using the Juvenile Victimization Questionnaire. *Child abuse & neglect*, 29(11), 1297-1312.
- Finkelhor, D., Ormrod, R., Turner, H., & Holt, M. (2009). Pathways to poly-victimization. *Child maltreatment*, 14(4), 316-329.
- Finkelhor, D., Ormrod, R. K., & Turner, H. A. (2009). The developmental epidemiology of childhood victimization. *Journal of interpersonal violence*, 24(5), 711-731.
- Finkelhor, D., Ormrod, R., Turner, H., & Hamby, S. L. (2005). The victimization of children and youth: A comprehensive, national survey. *Child maltreatment*, 10(1), 5-25.
- Finkelhor, D., Turner, H., Ormrod, R., & Hamby, S. L. (2009). Violence, abuse, and crime exposure in a national sample of children and youth. *Pediatrics*, 124(5), 1411-1423.
- Finkelhor, D., Turner, H., Ormrod, R., & Hamby, S. L. (2010). Trends in childhood violence and abuse exposure: evidence from 2 national surveys. *Archives of pediatrics & adolescent medicine*, 164(3), 238-242.
- Finzi, R., Cohen, O., Sapir, Y., & Weizman, A. (2000). Attachment styles in maltreated children: A comparative study. *Child Psychiatry & Human Development*, 31(2), 113-128.
- Finzi, R., Ram, A., Har-Even, D., Shnit, D., & Weizman, A. (2001). Attachment styles and aggression in physically abused and neglected children. *Journal of Youth and Adolescence*, 30(6), 769-786.
- Finzi, R., Ram, A., Shnit, D., Har-Even, D., Tyano, S., & Weizman, A. (2001). Depressive symptoms and suicidality in physically abused children. *American Journal of Orthopsychiatry*, 71(1), 98-107.

Fish-Murray, N., Koby, E.L., van der Kolk, B.A. (1986). How children think about trauma. In B. A. van der Kolk (Eds.), *Psychological trauma*. American Psychiatric Press.

Fleming, J., Mullen, P. E., Sibthorpe, B., & Bammer, G. (1999). The long-term impact of childhood sexual abuse in Australian women. *Child abuse & neglect*, 23(2), 145-159.

Fonagy, P. (2002). *Affect Regulation, Mentalization, and the Development of the Self*. New York (Other Press) 2002.

Fonagy, P., Steele, M., Steele, H., Leigh, T., Kennedy, R., Mattoon, G., & Target, M. (1995). Attachment, the reflective self, and borderline states: The predictive specificity of the Adult Attachment Interview and pathological emotional development. In S. Goldberg, R. Muir, & J. Kerr (Eds.), *Attachment theory: Social, developmental, and clinical perspectives* (pp. 233-278). Hillsdale, NJ: Analytic Press.

Foote, B., Smolin, Y., Neft, D. I., & Lipschitz, D. (2008). Dissociative disorders and suicidality in psychiatric outpatients. *The Journal of nervous and mental disease*, 196(1), 29-36.

Ford, J. D. (2015). Complex PTSD: Research directions for nosology/assessment, treatment, and public health. *European journal of psychotraumatology*, 6.

Ford, J. D., & Connor, D. (2009). ADHD and posttraumatic stress disorder (PTSD). *Current Attention Disorder Reports*, 1, 61–66. Ford, J. D., Connor, D. F., & Hawke, J. (2009). Complex trauma among psychiatrically impaired children: A cross-sectional, chartreview study. *Journal of Clinical Psychiatry*, 70, 1155–1163.

Ford, J. D., Connor, D. F., & Hawke, J. (2009). Complex trauma among psychiatrically impaired children: A cross-sectional, chart-review study. *The Journal of clinical psychiatry*, 70(8), 1-478.

Ford, J. D., & Courtois, C. A. (2014). Complex PTSD, affect dysregulation, and borderline personality disorder. *Borderline personality disorder and emotion dysregulation*, 1(1), 1.

Ford, J. D., Elhai, J. D., Connor, D. F., & Frueh, B. C. (2010). Poly-victimization and risk of posttraumatic, depressive, and substance use disorders and involvement in delinquency in a national sample of adolescents. *Journal of Adolescent Health*, 46(6), 545-552.

Ford, J. D., Fraleigh, L. A., Albert, D. B., & Connor, D. F. (2010). Child abuse and autonomic nervous system hyporesponsivity among psychiatrically impaired children. *Child Abuse & Neglect*, 34(7), 507-515.

Ford, J. D., Fraleigh, L. A., & Connor, D. F. (2010). Child abuse and aggression among psychiatrically impaired children. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 39(1), 25-34.

Ford, J. D., Grasso, D., Greene, C., Levine, J., Spinazzola, J., & Van der Kolk, B. (2013). Clinical significance of a proposed developmental trauma disorder diagnosis: Results of an inter-national survey of clinicians. *Journal of Clinical Psychiatry*, 74 (8), 841-849.

- Ford, J. D., Hartman, J. K., Hawke, J., & Chapman, J. C. (2008). Traumatic victimization posttraumatic stress disorder, suicidal ideation, and substance abuse risk among juvenile justice-involved youths. *Journal of Child & Adolescent Trauma, 1*, 75–92.
- Ford, J. D., Hawke, J., Alessi, S., Ledgerwood, D., & Petry, N. (2007). Psychological trauma and PTSD symptoms as predictors of substance dependence treatment outcomes. *Behavior Research and Therapy, 45*, 2417–2431.
- Ford, J. D., & Kidd, P. (1998). Early childhood trauma and disorders of extreme stress as predictors of treatment outcome with chronic posttraumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress, 11*(4), 743-761.
- Ford, J. D., Racusin, R., Ellis, C. G., Daviss, W. B., Reiser, J., Fleischer, A., & Thomas, J. (2000). Child maltreatment, other trauma exposure, and posttraumatic symptomatology among children with oppositional defiant and attention deficit hyperactivity disorders. *Child Maltreatment, 5*, 205–217.
- Ford, J. D., & Smith, S. F. (2008). Complex posttraumatic stress disorder in trauma-exposed adults receiving public sector outpatient substance abuse disorder treatment. *Addiction Research & Theory, 16*(2), 193-203.
- Ford, J. D., Steinberg, K. L., & Zhang, W. (2011). A randomized clinical trial comparing affect regulation and social problem-solving psychotherapies for mothers with victimization-related PTSD. *Behavior therapy, 42*(4), 560-578
- Ford, J. D., Steinberg, K. L., Hawke, J., Levine, J., & Zhang, W. (2012). Randomized trial comparison of emotion regulation and relational psychotherapies for PTSD with girls involved in delinquency. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology, 41*(1), 27-37.
- Fosha, D. (2003). Dyadic regulation and experiential work with emotion and relatedness in trauma and disorganized attachment. *Healing trauma: Attachment, mind, body, and brain*, 221-281.
- Fraiberg, S. (1982). Pathological defenses in infancy. *Psychoanalytic Quarterly, 51*(4), 612-635.
- Fremont, W. P. (2004). Childhood reactions to terrorism-induced trauma: A review of the past 10 years. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 43*(4), 381-392.
- Freyd, J. J. (1998). *Betrayal trauma: The logic of forgetting childhood abuse*. Harvard University Press.
- Freyd, J. J. (1999). Blind to betrayal: New perspectives on memory for trauma. *The Harvard Mental Health Letter, 15*(12), 4-6.
- Freyd, J. J. (2001). Memory and dimensions of trauma: Terror may be “all-too-well remembered” and betrayal buried. *Critical issues in child sexual abuse: Historical, legal, and psychological perspectives*, 139-173.

- Freyd, J. J., DePrince, A. P., & Zurbriggen, E. L. (2001). Self-reported memory for abuse depends upon victim-perpetrator relationship. *Journal of Trauma & Dissociation*, 2(3), 5-15.
- Freyd, J. J., DePrince, A. P., & Gleaves, D. (2007). The state of betrayal trauma theory: Reply to McNally (2007) - Conceptual issues and future directions. *Memory*, 15, 295 – 311.
- Freyd, J. J., Klest, B., & Allard, C. B. (2005). Betrayal trauma: Relationship to physical health, psychological distress, and a written disclosure intervention. *Journal of trauma & dissociation*, 6(3), 83-104.
- Freyd, J. J., DePrince, A. P., & Gleaves, D. H. (2007). The state of betrayal trauma theory: Reply to McNally—Conceptual issues, and future directions. *Memory*, 15(3), 295-311.
- Fruzzetti, A. E., Shenk, C., & Hoffman, P. D. (2005). Family interaction and the development of borderline personality disorder: A transactional model. *Development and psychopathology*, 17(04), 1007-1030.
- Gaensbauer, Mrzaek, D. & Harmon, R. (1981). Emotional expression in abused and/or neglected infants. In N. Frude (Ed.), *Psychological Approaches to Child Abuse* (pp. 120-135). Totowa, NJ: Rowan and Littlefield.
- Geiger T. C., & Grick, N. R. (2001). A developmental psychopathology perspective on vulnerability to personality disorders. In R. E. Ingram, & J. M. Price (Eds.), *Vulnerability to psychopathology: Risk across the lifespan* (pp. 57-102) New York: Guilford Press.
- Gelles, R. J., & Perlman, S. (2012). *Estimated annual cost of child abuse and neglect*. Chicago, IL: Prevent Child Abuse America
- George, C., & Solomon, J. (1999). Attachment and caregiving: The caregiving behavioral system. *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications*, 649-670.
- Giaconia, R. M., Reinherz, H. Z., Silverman, A. B., Pakiz, B., Frost, A. K., & Cohen, E. (1995). Traumas and posttraumatic stress disorder in a community population of older adolescents. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 34(10), 1369-1380.
- Gibb, B. E., & Abela, J. R. Z. (2008). Emotional abuse, verbal victimization, and the development of children's negative inferential styles and depressive symptoms. *Cognitive Therapy and Research*, 32, 161–176.
- Ginzburg, K., Koopman, C., Butler, L. D., Palesh, O., Kraemer, H. C., Classen, C. C., & Spiegel, D. (2006). Evidence for a dissociative subtype of post-traumatic stress disorder among help-seeking childhood sexual abuse survivors. *Journal of Trauma & Dissociation*, 7(2), 7-27.
- Glasser, M. (1992). Problems in the psychoanalysis of certain narcissistic disorders. *The International journal of psycho-analysis*, 73(3), 493.
- Glassman, L. H., Weierich, M. R., Hooley, J. M., Deliberto, T. L., & Nock, M. K. (2007). Child maltreatment, non-suicidal self-injury, and the mediating role of self-criticism. *Behaviour research and therapy*, 45(10), 2483-2490.

- Glod, C. A., Teicher, M. H., Hartman, C. R., & Harakal, T. (1997). Increased nocturnal activity and impaired sleep maintenance in abused children. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 36*(9), 1236-1243.
- Gobin, R. L., & Freyd, J. J. (2009). Betrayal and revictimization: Preliminary findings. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy, 1*(3), 242.
- Graham-Bermann, S. A., & Levendosky, A. A. (1997). The social functioning of preschool-age children whose mothers are emotionally and physically abused. *Journal of Emotional Abuse, 1*(1), 59-84.
- Graham-Bermann, S. A., & Seng, J. (2005). Violence exposure and traumatic stress symptoms as additional predictors of health problems in high-risk children. *Journal of Pediatrics, 146*, 349–354.
- Green, B. L. (1993). Identifying survivors at risk. In *International handbook of traumatic stress syndromes* In J. P. Wilson, B. Raphael (Eds.) International handbook of traumatic stress syndromes (pp. 135-144). New York: Plenum Press,
- 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.
- Green, J. G., McLaughlin, K. A., Berglund, P. A., Gruber, M. J., & Sampson, N. A. (2010). Childhood adversities and adult psychiatric disorders in the National Comorbidity Survey Replication I: Associations with the onset of DSM-IV disorders. *Archives of General Psychiatry, 67*, 113–123.
- Greenwald, R., & Rubin, A. (1999). Assessment of posttraumatic symptoms in children: Development and preliminary validation of parent and child scales. *Research on Social Work Practice, 9*(1), 61-75.
- Gregory, A. M., Caspi, A., Moffitt, T. E., & Poulton, R. (2006). Family conflict in childhood: A predictor of later insomnia. *Sleep, 29*, 1063–1067.
- Grella, C. E., & Joshi, V. (2003). Treatment processes and outcomes among adolescents with a history of abuse who are in drug treatment. *Child Maltreatment, 8*(1), 7-18.
- Gustafsson, P. E., Larsson, I., Nelson, N., & Gustafsson, P. A. (2007). Traumatic life events, sociocultural factors and psychiatric symptoms in preadolescent children. *Manuscript submitted for publication.*
- Gustafsson, P. E., Nilsson, D., & Svedin, C. G. (2009). Polytraumatization and psychological symptoms in children and adolescents. *European child & adolescent psychiatry, 18*(5), 274-283.
- Hall, B. J., Chen, W., Wu, Y., Zhou, F., & Latkin, C. (2014). Prevalence of potentially traumatic events, depression, alcohol use, and social network supports among Chinese migrants: An epidemiological study in Guangzhou, China. *European journal of psychotraumatology, 5*.

- Hamby, S. L., Finkelhor, D., Ormrod, R. K., & Turner, H. A. (2004). The juvenile victimization questionnaire (JVQ): Administration and scoring manual. *Durham, NH: Crimes Against Children Research Center.*
- Harvey, S. T., & Taylor, J. E. (2010). A meta-analysis of the effects of psychotherapy with sexually abused children and adolescents. *Clinical Psychology Review, 30*(5), 517-535.
- Hembree, E. A., Street, G. P., Riggs, D. S., & Foa, E. B. (2004). Do assault-related variables predict response to cognitive behavioral treatment for PTSD?. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 72*(3), 531.
- Herrenkohl, T. I., Sousa, C., Tajima, E. A., Herrenkohl, R. C., & Moylan, C. A. (2008). Intersection of child abuse and children's exposure to domestic violence. *Trauma, Violence & Abuse, 9*, 84-99.
- Herman, J.L. (1992). Complex PTSD: A syndrome in survivors of prolonged and repeated trauma. *Journal of Traumatic Stress, 5*(3), 377-391.
- Herman, J. L., & Hirschman, L. (1977). Father-daughter incest. *Signs: Journal of Women in Culture and Society, 2*, 735-756.
- Herman, J. L., Perry, J. C., & Van der Kolk, B. A. (1989). Childhood trauma in borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry, 22*, 231-237.
- Hien, D. A., Wells, E. A., Jiang, H., Suarez-Morales, L., Campbell, A. N., Cohen, L. R., ... & Hansen, C. (2009). Multisite randomized trial of behavioral interventions for women with co-occurring PTSD and substance use disorders. *Journal of consulting and clinical psychology, 77*(4), 607.
- Hinton, D. E., & Lewis-Fernández, R. (2011). The cross-cultural validity of posttraumatic stress disorder: implications for DSM-5. *Depression and anxiety, 28*(9), 783-801.
- Hipwell, A. E., Goossens, F. A., Melhuish, E. C., & Kumar, R. (2000). Severe maternal psychopathology and infant-mother attachment. *Development and psychopathology, 12*(2), 157-175.
- Holt, M. K., Finkelhor, D., & Kantor, G. K. (2007). Multiple victimization experiences of urban elementary school students: Associations with psychosocial functioning and academic performance. *Child abuse & neglect, 31*(5), 503-515.
- Holtmann, M., Buchmann, A. F., Esser, G., Schmidt, M. H., Banaschewski, T., & Laucht, M. (2011). The Child Behavior Checklist-Dysregulation Profile predicts substance use, suicidality, and functional impairment: a longitudinal analysis. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 52*(2), 139-147.
- Holtmann, M., Duketis, E., Goth, K., Poustka, L., & Boelte, S. (2010). Severe affective and behavioral dysregulation in youth is associated with increased serum TSH. *Journal of affective disorders, 121*(1), 184-188.

- Chu, J. A., & Dill, D. L. (1990). Dissociative symptoms in relation to childhood physical and sexual abuse. *The American Journal of Psychiatry*, *147*(7), 887.
- Ingram, R. E., & Price, J.M. (2001). The role of vulnerability in understanding psychopathology. In: R. E. Ingram & J. M. Price (Eds.), *Vulnerability to psychopathology: Risk across the lifespan* (pp. 3-19). New York: Guilford Press.
- Irish, L., Kobayashi, I., & Delahanty, D. L. (2010). Long-term physical health consequences of childhood sexual abuse: A meta-analytic review. *Journal of Pediatric Psychology*, *35*, 450–461.
- Jacobs, A. K., Roberts, M. C., Vernberg, E. M., Nyre, J. E., Randall, C. J., & Puddy, R. W. (2008). Factors related to outcome in a school-based intensive mental health program: an examination of nonresponders. *Journal of Child and Family Studies*, *17*(2), 219-231.
- Jainchill, N., Hawke, J., & Messina, M. (2005). Post-treatment outcomes among adjudicated adolescent males and females in modified therapeutic community treatment. *Substance Use & Misuse*, *40*, 975–996.
- Jaudes, P. K., & Mackey-Bilaver, L. (2008). Do chronic conditions increase young children's risk of being maltreated?. *Child Abuse & Neglect*, *32*(7), 671-681.
- Jaycox, L. H., Ebener, P., Damesek, L., & Becker, K. (2004). Trauma exposure and retention in adolescent substance abuse treatment. *Journal of Traumatic Stress*, *17*, 113–121.
- Jelinek, L., Hottenrott, B., Randjbar, S., Peters, M. J., & Moritz, S. (2009). Visual false memories in post-traumatic stress disorder (PTSD). *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, *40*(2), 374-383.
- Johnson, V. K., & Lieberman, A. F. (2007). Variations in behavior problems of preschoolers exposed to domestic violence: The role of mothers' attunement to children's emotional experiences. *Journal of Family Violence*, *22*, 297–308.
- Jucksch, V., Salbach-Andrae, H., Lenz, K., Goth, K., Döpfner, M., Poustka, F., ... & Holtmann, M. (2011). Severe affective and behavioural dysregulation is associated with significant psychosocial adversity and impairment. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *52*(6), 686-695.
- Holtmann, M. (2011). Severe affective and behavioural dysregulation is associated with significant psychosocial adversity and impairment. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *52*(6), 686-695.
- Kaffman, A. (2009). The silent epidemic of neurodevelopmental injuries. *Biological psychiatry*, *66*(7), 624.
- Kagan, R. (2008). Transforming troubled children into tomorrow's heroes. *Treating Traumatized Children*. London: Routledge, 255-268.
- Kagan, R., Liataud, J., Mallah, K., Olafson, E., van der Kolk, B. (2005). Complex trauma in children and adolescents. *Psychiatric Annals*, *35*, 390–398.

- Kaplow, J. B., Hall, E., Koenen, K. C., Dodge, K. A., & Amaya-Jackson, L. (2008). Dissociation predicts later attention problems in sexually abused children. *Child Abuse & Neglect*, *32*(2), 261-275.
- Kauffman, A. (2009). The silent epidemic of neurodevelopmental injuries. *Biological Psychiatry*, *66*, 624–626.
- Kendall-Tackett, K. A., Williams, L. M., & Finkelhor, D. (1993). Impact of sexual abuse on children: A review and synthesis of recent empirical studies. *Psychological Bulletin*, *113*, 164-180.
- Kenny, D. T., Lennings, C. J., & Nelson, P. K. (2007). The mental health of young offenders serving orders in the community: Implications for rehabilitation. *Journal of Offender Rehabilitation*, *45*, 123–148.
- Kerig, P. K., Fedorowicz, A. E., Brown, C. A., & Warren, M. (2000). Assessment and intervention for PTSD in children exposed to violence. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, *3*(1), 161-184.
- Kernhof, K., Kaufhold, J., & Grabhorn, R. (2008). Object relations and interpersonal problems in sexually abused female patients: An empirical study with the SCORS and the IIP. *Journal of Personality Assessment*, *90*, 44–51.
- Kessler, R. C. (2000). Posttraumatic stress disorder: The burden to the individual and to society. *Journal of Clinical Psychiatry*, *61* (Suppl 5), 4–12.
- Kessler, R. C., Berglund, P., Chiu, W. T., Demler, O., Heeringa, S., Hiripi, E., ... & Zheng, H. (2004). The US National Comorbidity Survey Replication (NCS-R): design and field procedures. *International journal of methods in psychiatric research*, *13*(2), 69-92.
- Kessler, R. C., Davis, C. G., & Kendler, K. S. (1997). Childhood adversity and adult psychiatric disorder in the US National Comorbidity Survey. *Psychological Medicine*, *27*, 1101–1119.
- Kessler, R. C., Sonnega, A., Bromet, E., Hughes, M., & Nelson, C. B. (1995). Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. *Archives of general psychiatry*, *52*(12), 1048-1060.
- Kilpatrick, D. G., Ruggiero, K. J., Acierno, R., Saunders, B. E., Resnick, H. S., & Best, C. L. (2003). Violence and risk of PTSD, major depression, substance abuse/dependence, and comorbidity: results from the National Survey of Adolescents. *Journal of consulting and clinical psychology*, *71*(4), 692.
- Kim, J., & Cicchetti, D. (2003). Social self-efficacy and behavior problems in maltreated and nonmaltreated children. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, *32*(1), 106-117.
- Kim, J., & Cicchetti, D. (2004). A longitudinal study of child maltreatment, mother–child relationship quality and maladjustment: The role of self-esteem and social competence. *Journal of abnormal child psychology*, *32*(4), 341-354.

- Kim, J., & Cicchetti, D. (2006). Longitudinal trajectories of self-system processes and depressive symptoms among maltreated and nonmaltreated children. *Child Development, 77*, 624–639.
- Kira, I. (2010). Etiology and treatments of post-cumulative traumatic stress disorders in different cultures. *Traumatology, 16*, 128-141.
- Kira, I., Templin, T., Lewandowski, L., Ramaswamy, V., Bulent, O., Abu-Mediane, S., Mohanesh, J., & Alamia, H. (2011a). Cumulative tertiary appraisal of traumatic events across cultures: Two studies. *Journal of Loss and Trauma: International Perspectives on Stress & Coping, 16*, 43-66.
- Kiser, L. J., Heston, J., Millsap, P. A., & Pruitt, D. B. (1991). Physical and sexual abuse in childhood: Relationship with post-traumatic stress disorder. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 30*(5), 776-783.
- Kisiel, C. L., & Lyons, J. S. (2001). Dissociation as a mediator of psychopathology among sexually abused children and adolescents. *American Journal of Psychiatry, 158*, 1034–1039.
- Kitzmann, K. M., Gaylord, N. K., Holt, A. R., & Kenny, E. D. (2003). Child witnesses to domestic violence: A meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 71*, 339–352.
- Klonsky, E.D. & Glenn, C.G. (2009) Assessing the functions of non-suicidal self-injury: Psychometric properties of the Inventory of Statements About Self-injury (ISAS). *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment, 31*, 215-219.
- Klonsky, E. D. (2007). The functions of deliberate self-injury: A review of the evidence. *Clinical psychology review, 27*(2), 226-239.
- Klonsky, E. D., & Moyer, A. (2008). Childhood sexual abuse and non-suicidal self-injury: meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry, 192*(3), 166-170.
- Klossika, I., Flor, H., Kamping, S., Bleichhardt, G., Trautmann, N., Treede, R. D., ... & Schmahl, C. (2006). Emotional modulation of pain: a clinical perspective. *Pain, 124*(3), 264-268.
- Knefel, M., & Lueger-Schuster, B. (2013). An evaluation of ICD-11 PTSD and complex PTSD criteria in a sample of adult survivors of childhood institutional abuse. *European Journal of Psychotraumatology, 4*, 22608.
- Koenen, K. C., Moffitt, T. E., Caspi, A., Gregory, A., Harrington, H., & Poulton, R. (2008). The developmental mental-disorder histories of adults with posttraumatic stress disorder: A prospective longitudinal birth cohort study. *Journal of abnormal psychology, 117*(2), 460.
- Koenen, K. C., Moffitt, T. E., Poulton, R., Martin, J., & Caspi, A. (2007). Early childhood factors associated with the development of post-traumatic stress disorder: Results from a longitudinal birth cohort. *Psychological Medicine, 37*, 181–192.

- Koenen, K. C., Roberts, A., Stone, D., & Dunn, E. C. (2010). The epidemiology of early childhood trauma. *The impact of early life trauma on health and disease: The hidden epidemic*, 13-24.
- Kovacs, M. (1985). The Children Depression Inventory. *Psychopharmacology Bulletin*, 21, 995–998.
- Kovacs, M. (1992). *Children Depression Inventory (CDI) manual*. Toronto: Multi-Health Systems Inc.
- Krystal, H. (Ed.). (1968). *Massive psychic trauma*. International Universities Press.
- Kubzansky, L. D., Bordelois, P., Jun, H. J., Roberts, A. L., Cerda, M., Bluestone, N., & Koenen, K. C. (2014). The weight of traumatic stress: a prospective study of posttraumatic stress disorder symptoms and weight status in women. *JAMA psychiatry*, 71(1), 44-51.
- Lang, C. M., & Sharma-Patel, K. (2011). The relation between childhood maltreatment and self-injury: A review of the literature on conceptualization and intervention. *Trauma, Violence, & Abuse*, 12(1), 23-37.
- Lange, C., Kracht, L., Herholz, K., Sachsse, U., & Irle, E. (2005). Reduced glucose metabolism in temporo-parietal cortices of women with borderline personality disorder. *Psychiatry Research: Neuroimaging*, 139, 115–126.
- Lanius, R. A., Vermetten, E., Loewenstein, R. J., Brand, B., Schmahl, C., Bremner, J. D., & Spiegel, D. (2010). Emotion modulation in PTSD: Clinical and neurobiological evidence for a dissociative subtype. *American Journal of Psychiatry*.
- Lanius, R. A., Vermetten, E., Pain, C. (Eds.) (2010). *The impact of early life trauma on health and disease*. Cambridge University Press.
- Lanius, R. A., Williamson, P. C., Boksman, K., Densmore, M., Gupta, M., Neufeld, R. W., ... & Menon, R. S. (2002). Brain activation during script-driven imagery induced dissociative responses in PTSD: a functional magnetic resonance imaging investigation. *Biological psychiatry*, 52(4), 305-311.
- Lanius, R. A., Williamson, P. C., Bluhm, R. L., Densmore, M., Boksman, K., Neufeld, R. W., ... & Menon, R. S. (2005). Functional connectivity of dissociative responses in posttraumatic stress disorder: a functional magnetic resonance imaging investigation. *Biological psychiatry*, 57(8), 873-884.
- Larsson, I. (2003). LITE-S, life incidence of traumatic events. *Translation into Swedish, with permission from the author In: R Greenwald*.
- Larson, K., Russ, S. A., Crall, J. J., & Halfon, N. (2008). Influence of multiple social risks on children's health. *Pediatrics*, 121(2), 337-344.
- Lau, J., Liu, J., Cheung, J., Yu, A., & Wong, C. (1999). Prevalence and correlates of physical abuse in Hong Kong Chinese adolescents: A population-based approach. *Child Abuse & Neglect*, 23, 549–557.

- Lau, A. S., & Weisz, J. R. (2003). Reported maltreatment among clinic-referred children: Implications for presenting problems, treatment attrition, and long-term outcomes. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 42(11), 1327-1334.
- Lewis, M. D., Todd, R. M., & Honsberger, M. J. M. (2007). Event-related potential measures of emotion regulation in early childhood. *Neuroreport: For Rapid Communication of Neuroscience Research*, 18, 61-65.
- Lieberman, A. F., & Pawl, J. H. (1990). Disorders of attachment and secure base behavior in the second year of life: Conceptual issues and clinical intervention. In M. T. Greenberg, D. Cicchetti, & E. M. Cummings (Eds.), *Attachment in the preschool years* (pp. 375-398). Chicago: University of Chicago Press.
- Lieberman, A. F., & Van Horn, P. (2008). Psychotherapy with infants and young children: Repairing the effects of stress and trauma on early development. *New York, NY: Guilford*.
- Liem, J. H., & Boudewyn, A. C. (1999). Contextualizing the effects of childhood sexual abuse on adult self and social functioning: An attachment theory perspective. *Child Abuse & Neglect*, 23, 1141-1157.
- Lisak, D., Hopper, J., & Song, P. (1996). Factors in the cycle of violence: Gender rigidity and emotional constriction. *Journal of traumatic stress*, 9(4), 721-743.
- Liotti, G. (1992). Disorganized/disoriented attachment in the etiology of the dissociative disorders. *Dissociation: Progress in the dissociative disorders*, 5, 196-204.
- Liotti, G. (1995). Disorganized/disoriented attachment in the psychotherapy of the dissociative disorders. In S. Goldberg & R. Muir (Eds.), *Attachment theory: Social, developmental, and clinical perspectives* (pp. 343-363). Hillsdale, NJ: Analytic Press.
- Liotti, G. (1999a). Disorganization of attachment as a model for understanding dissociative psychopathology. In J. Solomon & C. George (Eds.), *Attachment disorganization* (pp. 291-317). New York: Guilford.
- Liotti, G. (1999b). Understanding the dissociative processes: The contribution of attachment theory. *Psychoanalytic Inquiry*, 19, 757-783.
- Liotti, G. (2004). Trauma, dissociation, and disorganized attachment: Three strands of a single braid. *Psychotherapy: Theory, research, practice, training*, 41(4), 472.
- Lipschitz, D. S., Rasmussen, A. M., Anyan, W., Cromwell, P., & Southwick, S. M. (2000). Clinical and functional correlates of posttraumatic stress disorder in urban adolescent girls at a primary care clinic. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 39(9), 1104-1111.
- Lowell, D. I., Carter, A. S., Godoy, L., Paulicin, B., & Briggs-Gowan, M. J. (2011). A randomized controlled trial of Child FIRST: A comprehensive home-based intervention translating research into early childhood practice. *Child development*, 82(1), 193-208.

- Ludäscher, P., Bohus, M., Lieb, K., Philipsen, A., Jochims, A., & Schmahl, C. (2007). Elevated pain thresholds correlate with dissociation and aversive arousal in patients with borderline personality disorder. *Psychiatry research, 149*(1), 291-296.
- Lumley, M. N., & Harkness, K. L. (2007). Specificity in the relations among childhood adversity, early maladaptive schemas, and symptom profiles in adolescent depression. *Cognitive Therapy and Research, 31*, 639–657.
- Luo, X., Cappelleri, J. C., & Frush, K. (2007). A systematic review on the application of pharmacoepidemiology in assessing prescription drug-related adverse events in pediatrics. *Current medical research and opinion, 23*(5), 1015-1024.
- Luthar, S. S. (2003). *Resilience and vulnerability: Adaptation in the context of childhood adversities*. Cambridge University Press.
- Luthra, R., Abramovitz, R., Greenberg, R., Schoor, A., Newcorn, J., Schmeidler, J., ... Chemtob, C. M. (2009). Relationship between type of trauma exposure and posttraumatic stress disorder among urban children and adolescents. *Journal of Interpersonal Violence, 24*, 1919–1927.
- Luxenberg, T., Spinazzola, J., & Van der Kolk, B. A. (2001). Complex trauma and disorders of extreme stress (DESNOS) diagnosis, part one: Assessment. *Directions in Psychiatry, 21*(25), 373-392.
- Lynch, M., & Cicchetti, D. (1998). An ecological-transactional analysis of children and contexts: The longitudinal interplay among child maltreatment, community violence, and children's symptomatology. *Development and psychopathology, 10*(02), 235-257.
- Lynch, M., & Cicchetti, D. (1998). Trauma, mental representation, and the organization of memory for mother-referent material. *Development and Psychopathology, 10*(04), 739-759.
- Lynch, S. M., Forman, E., Mendelsohn, M., & Herman, J. (2008). Attending to dissociation: Assessing change in dissociation and predicting treatment outcome. *Journal of Trauma & Dissociation, 9*(3), 301-319.
- Lyons-Ruth, K., & Jacobovitz, D. (1999). Attachment disorganization: Unresolved loss, relational violence, and lapses in behavioral and attentional strategies. In: J. Cassidy & P. R. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical application*. (pp.520-554). New York, NY.
- Lyons-Ruth, K., Dutra, L., Schuder, M. R., & Bianchi, I. (2006). From infant attachment disorganization to adult dissociation: relational adaptations or traumatic experiences?. *The Psychiatric clinics of North America, 29*(1), 63.
- Macfie, J., Cicchetti, D., & Toth, S. L. (2001). Dissociation in maltreated versus nonmaltreated preschool-aged children. *Child Abuse & Neglect, 25*(9), 1253-1267.
- Macfie, J., Cicchetti, D., & Toth, S. L. (2001). The development of dissociation in maltreated preschool-aged children. *Development and Psychopathology, 13*(2), 233-254.

- Madigan, S., Bakermans-Kranenburg, M. J., Van Ijzendoorn, M. H., Moran, G., Pederson, D. R., & Benoit, D. (2006). Unresolved states of mind, anomalous parental behavior, and disorganized attachment: A review and meta-analysis of a transmission gap. *Attachment & human development, 8*(2), 89-111.
- Maercker, A., & Karl, A. (2003). Lifespan-developmental differences in physiologic reactivity to loud tones in trauma victims: a pilot study. *Psychological reports, 93*(3), 941-948.
- Main, M., Solomon, J. (1986). Discovery of an insecure-disorganized/disoriented attachment pattern. In T. B. Brazelton, M. W. Yogman. (Eds), *Affective development in infancy* (pp. 95-124). Westport, CT: Ablex Publishing.
- Main, M., & Hesse, E. (1990). Parents' unresolved traumatic experiences are related to infant disorganized attachment status: Is frightened and/or frightening parental behavior the linking mechanism?.
- Main, M., & Solomon, J. (1990). Procedures for identifying infants as disorganized/disoriented during the Ainsworth Strange Situation. *Attachment in the preschool years: Theory, research, and intervention, 1*, 121-160.
- Malek, M., Guyer, B., & Lescohier, I. (1990). The epidemiology and prevention of child pedestrian injury. *Accident Analysis & Prevention, 22*(4), 301-313.
- Malinosky-Rummell, R., & Hansen, D. J. (1993). Long-term consequences of childhood physical abuse. *Psychological bulletin, 114*(1), 68.
- Mann, J. R., Zhou, L., McKee, M., & McDermott, S. (2007). Children with hearing loss and increased risk of injury. *The Annals of Family Medicine, 5*(6), 528-533.
- Mason, S. M., Flint, A. J., Roberts, A. L., Agnew-Blais, J., Koenen, K. C., & Rich-Edwards, J. W. (2014). Posttraumatic stress disorder symptoms and food addiction in women by timing and type of trauma exposure. *JAMA psychiatry, 71*(11), 1271-1278.
- Martin, J., Hiscock, H., Hardy, P., Davey, B., & Wake, M. (2007). Adverse associations of infant and child sleep problems and parent health: an Australian population study. *Pediatrics, 119*(5), 947-955.
- Marx, B. P., Forsyth, J. P., Gallup, G. G., Fusch, T., & Lexington, J. M. (2008). Tonic immobility as an evolved predator defense: Implications for sexual assault survivors. *Clinical Psychology—Science and Practice, 15*, 74–90.
- Maughan, A., & Cicchetti, D. (2002). Impact of child maltreatment and interadult violence on children's emotion regulation abilities and socioemotional adjustment. *Child Development, 73*, 1525–1542.
- Maunder, R. G., & Hunter, J. J. (2001). Attachment and psychosomatic medicine: developmental contributions to stress and disease. *Psychosomatic medicine, 63*(4), 556-567.
- Maxfield, M. G., & Widom, C. S. (1996). The cycle of violence: Revisited 6 years later. *Archives of pediatrics & adolescent medicine, 150*(4), 390-395.

- McDonagh, A., Friedman, M., McHugo, G., Ford, J., Sengupta, A., Mueser, K., ... & Descamps, M. (2005). Randomized trial of cognitive-behavioral therapy for chronic posttraumatic stress disorder in adult female survivors of childhood sexual abuse. *Journal of consulting and clinical psychology, 73*(3), 515.
- McDonald, M. K., Borntrager, C. F., Rostad, W. (2014). Measuring trauma: considerations for assessing complex and non-PTSD criterion A childhood trauma. *Journal of Trama and Dissociation, 15*(2), 184-203.
- McMahon, S. D., Grant, K. E., Compas, B. E., Thurm, A. E., & Ey, S. (2003). Stress and psychopathology in children and adolescents: is there evidence of specificity?. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 44*(1), 107-133.
- McLeer, S. V., Callaghan, M., Henry, D., & Wallen, J. (1994). Psychiatric disorders in sexually abused children. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 33*(3), 313-319.
- McLeer, S. V., Deblinger, E., Henry, D., & Orvaschel, H. (1992). Sexually abused children at high risk for post-traumatic stress disorder. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 31*(5), 875-879.
- Merckelbach, H., Muris, P., & Rassin, E. (1999). Fantasy proneness and cognitive failures as correlates of dissociative experiences. *Personality and Individual Differences, 26*(5), 961-967.
- Merckelbach, H., & Muris, P. (2001). The causal link between self-reported trauma and dissociation: A critical review. *Behaviour research and therapy, 39*(3), 245-254.
- Merrick, M. T., Litrownik, A. J., Everson, M. D., & Cox, C. E. (2008). Beyond sexual abuse: The impact of other maltreatment experiences on sexualized behaviors. *Child Maltreatment, 13*(2), 122-132.
- Meuleners, L. B., Lee, A. H., & Hendrie, D. (2009). A population-based study of repeat hospital admissions due to interpersonal violence for children aged 0–9 years. *Paediatric and perinatal epidemiology, 23*(3), 239-244.
- Mezzacappa, E., Kindlon, D., & Earls, F. (2001). Child abuse and performance task assessments of executive functions in boys. *Journal of Child Psychology & Psychiatry & Allied Disciplines, 42*, 1041-1048.
- Minnis, H., Marwick, H., Arthur, J., & McLaughlin, A. (2006). Reactive attachment disorder—a theoretical model beyond attachment. *European child & adolescent psychiatry, 15*(6), 336-342.
- Moffitt, T. E., Arseneault, L., Jaffee, S. R., Kim-Cohen, J., Koenen, K. C., Odgers, C. L., ... & Viding, E. (2008). Research Review: DSM-V conduct disorder: research needs for an evidence base. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 49*(1), 3-33.
- Mojtabai, R., & Olfson, M. (2010). National trends in psychotropic medication polypharmacy in office-based psychiatry. *Archives of General Psychiatry, 67*(1), 26-36.

Mueser, K. T., & Taub, J. (2008). Trauma and PTSD among adolescents with severe emotional disorders involved in multiple service systems. *Psychiatric Services*.

Mueser, K.T., Trumbetta, S.L., Rosenberg, S.D., Vidaver, R.M., Goodman, L.B., Osher, F.C., et al. (1998). Trauma and posttraumatic stress disorder in severe mental illness. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66(3), 493–499.

Muller, R. T., Sicoli, L. A., & Lemieux, K. E. (2000). Relationship between attachment style and posttraumatic stress symptomatology among adults who report the experience of childhood abuse. *Journal of Traumatic Stress*, 13(2), 321-332.

Nader, K. (2011). Evaluation and Diagnosis of PTSD in Children and Adolescents. *Post-Traumatic Syndromes in Childhood and Adolescence: A Handbook of Research and Practice*. John Wiley & Sons

Najavits, L. M., Gallop, R. J., & Weiss, R. D. (2006). Seeking safety therapy for adolescent girls with PTSD and substance use disorder: A randomized controlled trial. *The Journal of Behavioral Health Services & Research*, 33(4), 453-463.

Navalta, C. P., Polcari, A., Webster, D. M., Boghossian, A., & Teicher, M. H. (2006). Effects of childhood sexual abuse on neuropsychological and cognitive function in college women. *The Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences*.

Nelson, E., Heath, A., Madden, P., Cooper, M., Dinwiddie, S., Bucholz, K., et al. (2002). Association between self-reported childhood sexual abuse and adverse psychosocial outcomes: Results from a twin study. *Archives of General Psychiatry*, 59, 139-146.

Neumann, D. A., Houskamp, B. M., Pollock, V. E., & Briere, J. (1996). The long-term sequelae of childhood sexual abuse in women: A meta-analytic review. *Child maltreatment*, 1(1), 6-16.

Nolin, P., & Ethier, L. (2007). Using neuropsychological profiles to classify neglected children with or without physical abuse. *Child Abuse & Neglect*, 31, 631–643.

Noll, J. G., Shenk, C. E., & Putnam, K. T. (2009). Childhood sexual abuse and adolescent pregnancy: A meta-analytic update. *Journal of Pediatric Psychology*, 34, 366–378.

Noll, J. G., Trickett, P. K., Harris, W. W., & Putnam, F. W. (2009). The cumulative burden borne by offspring whose mothers were sexually abused as children: Descriptive results from a multigenerational study. *Journal of Interpersonal Violence*, 24, 424–449.

Noll, J. G., Trickett, P. K., Susman, E. J., & Putnam, F. W. (2006). Sleep disturbances and childhood sexual abuse. *Journal of pediatric psychology*, 31(5), 469-480.

Norris, F. H. (1992). Epidemiology of trauma: frequency and impact of different potentially traumatic events on different demographic groups. *Journal of consulting and clinical psychology*, 60(3), 409.

- Norris, F. H., Friedman, M. J., Watson, P. J., Byrne, C. M., Diaz, E., & Kaniasty, K. (2002). 60,000 disaster victims speak: Part I. An empirical review of the empirical literature, 1981-2001. *Psychiatry*, *65*(3), 207-239.
- Ogden, T.H. (1985). On potential space. *International Journal of Psychoanalysis*, *66*,129-141.
- Ogawa, J. R., Sroufe, L. A., Weinfield, N. S., Carlson, E. A., & Egeland, B. (1997). Development and the fragmented self: Longitudinal study of dissociative symptomatology in a nonclinical sample. *Development and psychopathology*, *9*(4), 855-879.
- Olf, M., Koch, S. B., Nawijn, L., Frijling, J. L., Van Zuiden, M., & Veltman, D. J. (2014). Social support, oxytocin and PTSD. *European journal of psychotraumatology*, *5*.
- Ornitz, E. M., & Pynoos, R. S. (1989). Startle modulation in children with posttraumatic stress disorder. *Am J Psychiatry*, *146*(7), 866-70.
- Osofsky, J. D. (1995). The effect of exposure to violence on young children. *American Psychologist*, *50*(9), 782.
- O'Connor, T. G., Rutter, M., & English and Romanian Adoptees Study Team. (2000). Attachment disorder behavior following early severe deprivation: Extension and longitudinal follow-up. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, *39*(6), 703-712.
- Ouyang, L., Fang, X., Mercy, J., Perou, R., & Grosse, S. D. (2008). Attention-deficit/hyperactivity disorder symptoms and child maltreatment: a population-based study. *The Journal of pediatrics*, *153*(6), 851-856.
- Padgett, D. K., Hawkins, R. L., Abrams, C., & Davis, A. (2006). In their own words: Trauma and substance abuse in the lives of formerly homeless women with serious mental illness. *American Journal of Orthopsychiatry*, *76*, 461-467.
- Paris, J., & Zweig-Frank, H. (1992). A critical review of the role of childhood sexual abuse in the etiology of borderline personality disorder. *The Canadian Journal of Psychiatry*. *37*, 125-128
- Pavuluri, M. N., Henry, D. B., Carbray, J. A., Sampson, G. A., Naylor, M. W., & Janicak, P. G. (2006). A One-Year Open-Label Trial of Risperidone Augmentation in Lithium Nonresponder Youth with Preschool-Onset Bipolar Disorder. *Journal of Child & Adolescent Psychopharmacology*, *16*(3), 336-350.
- Pearlman, L. A., & Courtois, C. A. (2005). Clinical applications of the attachment framework: Relational treatment of complex trauma. *Journal of Traumatic Stress*, *18*(5), 449-459.
- Pears, K. C., & Fisher, P. A. (2005). Emotion understanding and theory of mind among maltreated children in foster care: Evidence of deficits. *Development and Psychopathology*, *17*(01), 47-65.
- Pears, K. C., & Moses, L. J. (2003). Demographics, parenting, and theory of mind in preschool children. *Social Development*, *12*(1), 1-20.

- Pelcovitz, D., Kaplan, S. J., DeRosa, R. R., Mandel, F. S., & Salzinger, S. (2000). Psychiatric disorders in adolescents exposed to domestic violence and physical abuse. *American Journal of Orthopsychiatry*, 70(3), 360
- Pelcovitz, D., Van der Kolk, B., Roth, S., Mandel, F., Kaplan, S., & Resick, P. (1997). Development of a criteria set and a structured interview for disorders of extreme stress (SIDES). *Journal of traumatic stress*, 10(1), 3-16.
- Perkonig, A., Pfister, H., Stein, M. B., Höfler, M., Lieb, R., Maercker, A., & Wittchen, H. U. (2005). Longitudinal course of posttraumatic stress disorder and posttraumatic stress disorder symptoms in a community sample of adolescents and young adults. *American Journal of Psychiatry*.
- Perlman, S. B., Kalish, C. W., & Pollak, S. D. (2008). The role of maltreatment experience in children's understanding of the antecedents of emotion. *Cognition & Emotion*, 22, 651–670.
- Perry, B. D. (1994). Neurobiological sequelae of childhood trauma: PTSD in children. In M. Murberg (Ed.) *Catecholamine function in post-traumatic stress disorder: emerging concepts* (pp. 233–255). Washington: American Psychiatric Press.
- Perry, D. G., Hodges, E. V., & Egan, S. K. (2001). Determinants of chronic victimization by peers: A review and new model of family influence. In J. Juvonen, S. Graham (Eds.), *Peer harassment in school: The plight of the vulnerable and victimized* (pp. 73-104). New York, NY: Guilford Press.
- Perry-Burney, G., Logan, S. M. L., Denby, R. W., & Gibson, P. A. (2007). Poverty, special education, and ADHD. In G. Rosenberg, A. Weissman, S. Logan, R. Denby, & P. Gibson (Eds.), *Mental health care in the African-American community* (pp. 139–153). New York, NY: Haworth Press.
- Petry, N. M., Ford, J. D., & Barry, D. (2011). Contingency management is especially efficacious in engendering long durations of abstinence in patients with sexual abuse histories. *Psychology of Addictive Behaviors*, 25(2), 293.
- Pfefer, C., Jiang, H., Kakuma, T. (2000). Child-Adolescent Suicidal Potential Index (CASPI): A Screen for Risk for Early Onset Suicidal Behavior. *Psychological Assessment*, 2, 304-318.
- Pine, D. S., Mogg, K., Bradley, B. P., Montgomery, L., Monk, C. S., McClure, E., ... Kaufman, J. (2005). Attention bias to threat in maltreated children: Implications for vulnerability to stress-related psychopathology. *American Journal of Psychiatry*, 162, 291–296.
- Pine, D. S., Alegria, M., Cook, E. H., Costello, E. J., Dahl, R. E., Koretz, D., ... & Vitiello, B. (2002). Advances in developmental science and DSM-V. *A research agenda for DSM-V*, 85-122.
- Pine, D. S., & Cohen, J. A. (2002). Trauma in children and adolescents: Risk and treatment of psychiatric sequelae. *Biological psychiatry*, 51(7), 519-531.

- Plener, P. L., Singer, H., & Goldbeck, L. (2011). Traumatic events and suicidality in a German adolescent community sample. *Journal of traumatic stress, 24*(1), 121-124.
- Pollak, S., Cicchetti, D., & Klorman, R. (1998). Stress, memory, and emotion: Developmental considerations from the study of child maltreatment. *Development and psychopathology, 10*(04), 811-828.
- Pollak, S. D., Cicchetti, D., Hornung, K., & Reed, A. (2000). Recognizing emotion in faces: Developmental effects of child abuse and neglect. *Developmental Psychology, 36*, 679–688.
- Pollak, S. D., Messner, M., Kistler, D. J., & Cohn, J. F. (2009). Development of perceptual expertise in emotion recognition. *Cognition, 110*, 242–247.
- Pollak, S. D., & Sinha, P. (2002). Effects of early experience on children's recognition of facial displays of emotion. *Developmental psychology, 38*(5), 784.
- Pollak, S. D., & Tolley-Schell, S. A. (2003). Selective attention to facial emotion in physically abused children. *Journal of abnormal psychology, 112*(3), 323–338..
- Polusny, M. A., & Follette, V. M. (1995). Long-term correlates of child sexual abuse: Theory and review of the empirical literature. *Applied and preventive psychology, 4*(3), 143-166.
- Porter, C., Lawson, J. S., & Bigler, E. D. (2005). Neurobehavioral sequelae of child sexual abuse. *Child Neuropsychology, 11*, 203–220.
- Praver, F., DiGiuseppe, R., Pelcovitz, D., Mandel, F. S., & Gaines, R. (2000). A preliminary study of a cartoon measure for children's reactions to chronic trauma. *Child Maltreatment, 5*, 273–285.
- Putnam, F. W. (1993). Dissociative disorders in children: Behavioral profiles and problems. *Child abuse & neglect, 17*(1), 39-45.
- Putnam, F. W. (1997). *Dissociation in children and adolescents: A developmental perspective*. New York, NY: Guilford Press.
- Putnam, F. (2003). Ten-year research update review: Child sexual abuse. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry 43*, 269–278
- Putnam, F. W. (2003). Ten-year research update review: Child sexual abuse. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 42*(3), 269-278.
- Putnam, F. W., & Trickett, P. K. (1997). Psychobiological effects of sexual abuse. *Annals of the New York Academy of Sciences, 821*(1), 150-159.
- Pynoos, R. S., Fairbank, J. A., Steinberg, A. M., Amaya-Jackson, L., Gerrity, E., Mount, M. L., & Maze, J. (2008). The National Child Traumatic Stress Network: Collaborating to improve the standard of care. *Professional Psychology: Research and Practice, 39*(4), 389-395.
- Pynoos, R. S., Frederick, C., Nader, K., Arroyo, W., Steinberg, A., Eth, S., ... & Fairbanks, L. (1987). Life threat and posttraumatic stress in school-age children. *Archives of general psychiatry, 44*(12), 1057-1063.

- Pynoos, R. S., Steinberg, A. M., Layne, C. M., Briggs, E. C., Ostrowski, S. A., & Fairbank, J. A. (2009). DSM-V PTSD diagnostic criteria for children and adolescents: A developmental perspective and recommendations. *Journal of traumatic stress, 22*(5), 391-398.
- Raghavan, R., Bogart, L. M., Elliott, M. N., Vestal, K. D., & Schuster, M. A. (2004). Sexual victimization among a national probability sample of adolescent women. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health, 36*(6), 225-232.
- Reite, M., Fields, T., (1985). *The psychobiology of attachment and separation*. Orlando, FL: Academic.
- Resick, P. A., Bovin, M. J., Calloway, A. L., Dick, A. M., King, M. W., Mitchell, K. S., ... & Wolf, E. J. (2012). A critical evaluation of the complex PTSD literature: Implications for DSM-5. *Journal of traumatic stress, 25*(3), 241-251.
- Rieder, C., & Cicchetti, D. (1989). Organizational perspective on cognitive control functioning and cognitive-affective balance in maltreated children. *Developmental Psychology, 25*, 382–393.
- Riggs, D. S., & Foa, E. B. (2009). Psychological treatment of posttraumatic stress disorder and acute stress disorder. *Oxford handbook of anxiety and related disorders*, 417-428.
- Riggs, D. S., & Foa, E. B. (2009). Psychological treatment of posttraumatic stress disorder and acute stress disorder. *Oxford handbook of anxiety and related disorders*, 417-428.
- Richardson, M., Henry, J., Black-Pond, C., & Sloane, M. (2008). Multiple types of maltreatment: behavioral and developmental impact on children in the child welfare system. *Journal of Child & Adolescent Trauma, 1*, 1-14.
- Rocha-Rego, V., Fiszman, A., Portugal, L. C., Pereira, M. G., de Oliveira, L., Mendlowicz, M. V., ... Volchan, E. (2009). Is tonic immobility the core sign among conventional peritraumatic signs and symptoms listed for PTSD? *Journal of Affective Disorders, 115*, 269–273.
- Rodenburg, R., Benjamin, A., de Roos, C., Meijer, A. M., & Stams, G. J. (2009). Efficacy of EMDR in children: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review, 29*(7), 599-606.
- Rogosch, F. A., Cicchetti, D. (2005). Child maltreatment, attention networks, and potential precursors to borderline personality disorder. *Developmental Psychopathology, 17*(4), 1071–1089.
- Rollstin, A. O., & Kern, J. M. (1998). Correlates of battered women's psychological distress: Severity of abuse and duration of the postabuse period. *Psychological Reports, 82*(2), 387-394.
- Romano, E., & De Luca, R. V. (1997). Exploring the relationship between childhood sexual abuse and adult sexual perpetration. *Journal of Family Violence, 12*(1), 85-98.
- Ross, C. A. (1991). Epidemiology of multiple personality disorder and dissociation. *Psychiatric Clinics of North America*.

- Rossmann, B. B., & Ho, J. (2000). Posttraumatic response and children exposed to parental violence. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, 3(1), 85-106.
- Roth, S., Newman, E., Pelcovitz, D., van der Kolk, B., & Mandel, F. S. (1997). Complex PTSD in victims exposed to sexual and physical abuse: Results from the DSM-IV field trial for posttraumatic stress disorder. *Journal of traumatic stress*, 10(4), 539-555.
- Ruchkin, V., Schwab-Stone, M., Jones, S., Cicchetti, D. V., Kogosov, R., & Vermeiren, R. (2005). Is posttraumatic stress in youth a culture-bound phenomenon? A comparison of symptom trends in selected US and Russian communities. *American Journal of Psychiatry*, 162(3), 538-544.
- Rucklidge, J. J. (2006). Impact of ADHD on the neurocognitive functioning of adolescents with bipolar disorder. *Biological psychiatry*, 60(9), 921-928.
- Runyon, M. K., Deblinger, E., Ryan, E. E., & Thakkar-Kolar, R. (2004). An overview of child physical abuse developing an integrated parent-child cognitive-behavioral treatment approach. *Trauma, Violence, & Abuse*, 5(1), 65-85.
- Rutter, M. (1983). Statistical and personal interactions: Facets and perspectives. *Human development: An interactional perspective*, 295-319.
- Rutter, M., Colvert, E., Kreppner, J., Beckett, C., Castle, J., Groothues, C., ... & Sonuga-Barke, E. J. (2007). Early adolescent outcomes for institutionally-deprived and non-deprived adoptees. I: Disinhibited attachment. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 48(1), 17-30.
- Sack, M., Boroske-Leiner, K., & Lahmann, C. (2010). Association of nonsexual and sexual traumatizations with body image and psychosomatic symptoms in psychosomatic outpatients. *General hospital psychiatry*, 32(3), 315-320.
- Saewyc, E. M., Skay, C. L., Pettingell, S. L., & Reis, E. A. (2006). Hazards of stigma: The sexual and physical abuse of gay, lesbian, and bisexual adolescents in the United States and Canada. *Child welfare*, 85(2), 195.
- Salmon, K., & Bryant, R. A. (2002). Posttraumatic stress disorder in children: The influence of developmental factors. *Clinical psychology review*, 22(2), 163-188.
- Sameroff, A. J., Seifer, R., Baldwin, A., & Baldwin, C. (1993). Stability of intelligence from preschool to adolescence: The influence of social and family risk factors. *Child development*, 64(1), 80-97.
- Sandgrund, A., Gaines, R. W. & Green, A. H. (1974). Child abuse and mental retardation: A problem of cause and effect. *American Journal of Mental Deficiency*, 79, 327-330.
- Sansone, R. A., Songer, D. A., & Miller, K. A. (2005). Childhood abuse, mental healthcare utilization, self-harm behavior, and multiple psychiatric diagnoses among inpatients with and without a borderline diagnosis. *Comprehensive Psychiatry*, 46(2), 117-120.
- Sar, V. (2011). Developmental trauma, complex PTSD, and the current proposal of DSM-5. *European Journal of Psychotraumatology*, 2, 5622.

- Saunders, B. E. (2003). Understanding children exposed to violence toward an integration of overlapping fields. *Journal of Interpersonal Violence, 18*(4), 356-376.
- Savitz, J. B., & Jansen, P. (2003). The Stroop Color-Word Interference Test as an indicator of ADHD in poor readers. *The Journal of genetic psychology, 164*(3), 319-333.
- Savitz, J., van der Merwe, L., Stein, D. J., Solms, M., & Ramesar, R. (2007). Genotype and childhood sexual trauma moderate neurocognitive performance: A possible role for brain-derived neurotrophic factor and apolipoprotein E variants. *Biological Psychiatry, 62*, 391–399.
- Saxe, G.N., Chinman, G., Berkowitz, R., Hall, K., Lieberg, G., Schwartz, J., et al. (1994). Somatization in patients with dissociative disorders. *American Journal of Psychiatry, 151*(9), 1329–1334.
- Saxe, G.N., Van der Kolk, B.A., Berkowitz, R., Chinman, G., Hall, K., Lieberg, G., et al. (1993). Dissociative disorders in psychiatric inpatients. *American Journal of Psychiatry, 150*(7), 1037–1042.
- Sayar, Kose, Grabe, H., & Topbas. (2005). Alexithymia and dissociative tendencies in an adolescent sample from Eastern Turkey. *Psychiatry and clinical neurosciences, 59*(2), 127-134.
- Seedat, S., Nyamai, C., Njenga, F., Vythilingum, B., & Stein, D. J. (2004). Trauma exposure and post-traumatic stress symptoms in urban African schools. *The British Journal of Psychiatry, 184*(2), 169-175
- Seedat, S., Van Nood, E., Vythilingum, B., Stein, D. J., & Kamlner, D. (2000). School survey of exposure to violence and posttraumatic stress symptoms in adolescents. *Southern African Journal of Child and Adolescent Mental Health, 12*(1), 38-44.
- Sameroff, A. J., Seifer, R., Baldwin, A., & Baldwin, C. (1993). Stability of intelligence from preschool to adolescence: The influence of social and family risk factors. *Child development, 64*(1), 80-97.
- Seng, J. S., Graham-Bermann, S. A., Clark, M. K., McCarthy, A. M., & Ronis, D. L. (2005). Posttraumatic stress disorder and physical comorbidity among female children and adolescents: results from service-use data. *Pediatrics, 116*(6), e767-e776.
- Shafii, T., Rivara, F. P., Wang, J., & Jurkovich, G. J. (2009). Screening adolescent patients admitted to the trauma service for high-risk behaviors: who is responsible?. *Journal of Trauma and Acute Care Surgery, 67*(6), 1288-1292.
- Shalev, A. Y., & Rogel-Fuchs, Y. (1993). Psychophysiology of the posttraumatic stress disorder: from sulfur fumes to behavioral genetics. *Psychosomatic Medicine, 55*(5), 413-423.
- Shannon, M. P., Lonigan, C. J., Finch, A. J., & Taylor, C. M. (1994). Children exposed to disaster: I. Epidemiology of post-traumatic symptoms and symptom profiles. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 33*(1), 80-93.

- Shannon, E. E., Mathias, C. W., Marsh, D. M., Dougherty, D. M., & Liguori, A. (2007). Teenagers do not always lie: Characteristics and correspondence of telephone and in-person reports of adolescent drug use. *Drug and alcohol dependence, 90*(2), 288-291.
- Shapiro, J. P., Leifer, M., Martone, M. W., & Kassem, L. (1992). Cognitive functioning and social competence as predictors of maladjustment in sexually abused girls. *Journal of Interpersonal Violence, 7*, 156-164.
- Shen, A. C. (2009). Long-term effects of interparental violence and child physical maltreatment experiences on PTSD and behavior problems: A national survey of Taiwanese college students. *Child Abuse and Neglect, 33*, 148-160.
- Shields, A., & Cicchetti, D. (1998). Reactive aggression among maltreated children: The contributions of attention and emotion dysregulation. *Journal of clinical child psychology, 27*(4), 381-395.
- Shields, A., & Cicchetti, D. (2001). Parental maltreatment and emotion dysregulation as risk factors for bullying and victimization in middle childhood. *Journal of Clinical Child Psychology, 30*, 349-363.
- Shonk, S. M., & Cicchetti, D. (2001). Maltreatment, competency deficits, and risk for academic and behavioral maladjustment. *Developmental Psychology, 37*, 3-17.
- Schechter, D. S., Zygumt, A., Coates, S. W., Davies, M., Trabka, K., McCaw, J.,...Robinson, J. L. (2007). Caregiver traumatization adversely impacts young children's mental representations on the MacArthur Story Stem Battery. *Attachment & Human Development, 9*, 187-205.
- Scheeringa, M. S., Peebles, C. D., Cook, C. A., & Zeanah, C. H. (2001). Toward establishing procedural, criterion, and discriminant validity for PTSD in early childhood. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 40*(1), 52-60.
- Scheeringa, M. S., & Zeanah, C. H. (1995). Symptom expression and trauma variables in children under 48 months of age. *Infant Mental Health Journal, 16*(4), 259-270.
- Scheeringa, M. S., & Zeanah, C. H. (2001). A relational perspective on PTSD in early childhood. *Journal of traumatic stress, 14*(4), 799-815.
- Scheeringa, M. S., Zeanah, C. H., Drell, M. J., & Larrieu, J. A. (1995). Two approaches to the diagnosis of posttraumatic stress disorder in infancy and early childhood. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 34*(2), 191-200.
- Scheeringa, M. S., Zeanah, C. H., Myers, L., & Putnam, F. W. (2003). New findings on alternative criteria for PTSD in preschool children. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 42*(5), 561-570.
- Scheeringa, M. S., Zeanah, C. H., Myers, L., & Putnam, F. W. (2005). Predictive validity in a prospective follow-up of PTSD in preschool children. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 44*(9), 899-906.

- Schmahl, C. G., Vermetten, E., Elzinga, B. M., & Bremner, J. D. (2004). A positron emission tomography study of memories of childhood abuse in borderline personality disorder. *Biological psychiatry*, *55*(7), 759-765.
- Schmid, M., Petermann, F., & Fegert, J. M. (2013). Developmental trauma disorder: pros and cons of including formal criteria in the psychiatric diagnostic systems. *BMC psychiatry*, *13*(1), 1.
- Schneider-Rosen, K. C., & Cicchetti, D. D. (1984). The relationship between affect and cognition in maltreated infants: Quality of attachment and the development of visual self-recognition. *Child Development*, *55*, 648-658.
- Schneider-Rosen, K., & Cicchetti, D. (1991). Early self-knowledge and emotional development: Visual self-recognition and affective reactions to mirror self-images in maltreated and non-maltreated toddlers. *Developmental Psychology*, *27*, 471-478.
- Schnurr, P. P., Friedman, M. J., Engel, C. C., Foa, E. B., Shea, M. T., Chow, B. K., ... & Turner, C. (2007). Cognitive behavioral therapy for posttraumatic stress disorder in women: a randomized controlled trial. *Jama*, *297*(8), 820-830.
- Scholer, S. J., Hickson, G. B., & Ray, W. A. (1999). Sociodemographic factors identify US infants at high risk of injury mortality. *Pediatrics*, *103*(6), 1183-1188.
- Schore, A. (2001). The effects of early relational trauma on right brain development, affect regulation, and infant mental health. *Infant Mental Health Journal*, *22*, 201-269.
- Schore, A. N., (2003). Effect of early relational trauma on affect regulation: The development of borderline and antisocial personality disorders and a predisposition to violence. In A. N. Schore, *Affect dysregulation and disorders of the self* (pp. 266–306). New York: W.W. Norton.
- Schorr, S. G., Loonen, A. J., Brouwers, J. R. B. J., & Taxis, K. (2008). A cross-sectional study of prescribing patterns in chronic psychiatric patients living in sheltered housing facilities. *International journal of clinical pharmacology and therapeutics*, *46*(3), 146.
- Schwab-Stone, M. E., Ayers, T. S., Kaspro, W., Voyce, C., Barone, C., Shriver, T., & Weissberg, R. P. (1995). No safe haven: A study of violence exposure in an urban community. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, *34*(10), 1343-1352.
- Silva, R. R., Alpert, M., Munoz, D. M., Singh, S., Matzner, F., & Dummit, S. (2000). Stress and vulnerability to posttraumatic stress disorder in children and adolescents. *American Journal of Psychiatry*, *157*(8), 1229-1235.
- Siegel, D.J. (1999). *The developing mind: Toward a neurobiology of interpersonal experience*. New York, NY: Guilford Press.
- Simons, M., & Herpertz-Dahlmann, B. (2008). Trauma and traumatic disorders in children and adolescents. *Zeitschrift für Kinder-und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, *36*(3), 151-161.
- Skodol, A. E., Bender, D. S., Pagano, M. E., Shea, M. T., Yen, S., Sanislow, C. A., ... & McGlashan, T. H. (2007). Positive childhood experiences: resilience and recovery from personality disorder in early adulthood. *The Journal of clinical psychiatry*, *68*(7), 1102.

- Smith, M., & Walden, T. (1999). Understanding feelings and coping with emotional situations: A comparison of maltreated and nonmaltreated preschoolers. *Social Development, 8*(1), 93-116.
- Spangler, G., & Grossman, K. (1999). Individual and physiological correlates of attachment disorganization in infancy. In J. Solomon & C. George (Eds.), *Attachment disorganization* (pp. 95-124). New York: Guilford Press
- Spence, S.H. (1998). A measure of anxiety symptoms among children. *Behaviour Research and Therapy, 36* (5), 545-566.
- Spiegel, D., & Cardeña, E. (1991). Disintegrated experience: the dissociative disorders revisited. *Journal of abnormal psychology, 100*(3), 366.
- Spinhoven, P., Slee, N., Garnefski, N., & Arensman, E. (2009). Childhood sexual abuse differentially predicts outcome of cognitive-behavioral therapy for deliberate self-harm. *The Journal of nervous and mental disease, 197*(6), 455-457.
- Spinnazola, J., Blaustein, M., & Van der Kolk, B.A. (2005). Posttraumatic stress disorder treatment outcome research: The study of unrepresentative samples? *Journal of Traumatic Stress, 18*, 425-436.
- Spinazzola, J., Ford, J. D., Zucker, M., van der Kolk, B. A., Silva, S., Smith, S. F., & Blaustein, M. (2005). Survey evaluates complex trauma exposure, outcome, and intervention among children and adolescents. *Psychiatric Annals, 35*, 433-439.
- Spinhoven, P., Slee, N., Garnefski, N., & Arensman, E. (2009). Childhood sexual abuse differentially predicts outcome of cognitive-behavioral therapy for deliberate self-harm. *The Journal of nervous and mental disease, 197*(6), 455-457.
- Stallard, P. (2006). Psychological interventions for post-traumatic reactions in children and young people: A review of randomised controlled trials. *Clinical Psychology Review, 26*(7), 895-911.
- Stein, M. B., Höfler, M., Perkonigg, A., Lieb, R., Pfister, H., Maercker, A., & Wittchen, H. U. (2002). Patterns of incidence and psychiatric risk factors for traumatic events. *International journal of methods in psychiatric research, 11*(4), 143-153.
- Steiner, H., Garcia, I. G., & Matthews, Z. (1997). Posttraumatic stress disorder in incarcerated juvenile delinquents. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 36*(3), 357-365.
- Stevens, T. N., Ruggiero, K. J., Kilpatrick, D. G., Resnick, H. S., & Saunders, B. E. (2005). Variables differentiating singly and multiply victimized youth: Results from the national survey of adolescents and implications for secondary prevention. *Child Maltreatment, 10*(3), 211-223.
- Stiglmayr, C. E., Ebner-Priemer, U. W., Bretz, J., Behm, R., Mohse, M., Lammers, C. H., ... & Bohus, M. (2008). Dissociative symptoms are positively related to stress in borderline personality disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 117*(2), 139-147.

- Stoddard, F. J., & Saxe, G. (2001). Ten-year research review of physical injuries. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 40(10), 1128-1145.
- Storr, C. L., Ialongo, N. S., Anthony, J. C., & Breslau, N. (2007). Childhood antecedents of exposure to traumatic events and posttraumatic stress disorder. *American Journal of Psychiatry*.
- Streeck Fischer, A. (1998). Über die Mimikry-Entwicklung am Beispiel eines jugendlichen Skinheads mit frühen Erfahrungen von Vernachlässigung und Mißhandlung. *Adoleszenz und trauma*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, 161-163.
- Streeck-Fischer, A. van der kolk, BA. (2000). Down will come baby, cradle and all: Diagnostic and therapeutic implications of chronic trauma on child development. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 34, 903-918.
- Summit, R. (1983). The child sexual abuse accommodation syndrome. *Child Abuse & Neglect*, 7(2) 177–193.
- Sun, Y. V., Smith, A. K., Conneely, K. N., Chang, Q., Li, W., Lazarus, A., ... & Cross, D. (2013). Epigenomic association analysis identifies smoking-related DNA methylation sites in African Americans. *Human genetics*, 132(9), 1027-1037.
- Tan, N. C., Ang, A., Heng, D., Chen, J., & Wong, H. B. (2006). Evaluation of playground injuries based on ICD, E codes, international classification of external cause of injury codes (ICECI), and abbreviated injury scale coding systems. *Asia-Pacific journal of public health/Asia-Pacific Academic Consortium for Public Health*, 19(1), 18-27.
- Tarren-Sweeney, M. (2008). Retrospective and concurrent predictors of the mental health of children in care. *Children and Youth Services Review*, 30, 1–25.
- Tarren-Sweeney, M. (2008). Predictors of problematic sexual behavior among children with complex maltreatment histories. *Child Maltreatment*, 13(2), 182-198.
- Teicher, M. H., Dumont, N. L., Ito, Y., Vaituzis, C., Giedd, J. N., & Andersen, S. L. (2004). Childhood neglect is associated with reduced corpus callosum area. *Biological psychiatry*, 56(2), 80-85.
- Teicher, M. H., Glod, C. A., Surrey, J., & Swett, C. (1993). Early childhood abuse and limbic system ratings in adult psychiatric outpatients. *The Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences*.
- Teisl, M., & Cicchetti, D. (2008). Physical abuse, cognitive and emotional processes, and aggressive/disruptive behavior problems. *Social Development*, 17(1), 1-23.
- Teng, P., Hall, B. J., & Li, L. (2014). The association between social resources and depression among female migrants affected by domestic violence. *European journal of psychotraumatology*, 5.
- Teplin, L. A., McClelland, G. M., Abram, K. M., & Mileusnic, D. (2005). Early violent death among delinquent youth: A prospective longitudinal study. *Pediatrics*, 115, 1586–1593.

- Terr, L. C. (1991). Childhood traumas: An outline and overview. *American Journal of psychiatry*, *148*(1), 10-20.
- Theall, K. P., Brett, Z. H., Shirtcliff, E. A., Dunn, E. C., & Drury, S. S. (2013). Neighborhood disorder and telomeres: Connecting children's exposure to community level stress and cellular response. *Social Science & Medicine*, *85*, 50-58.
- Theall, K. P., McKasson, S., Mabile, E., Dunaway, L. F., & Drury, S. S. (2013). Early hits and long-term consequences: tracking the lasting impact of prenatal smoke exposure on telomere length in children. *American journal of public health*, *103*(S1), S133-S135.
- Tomoda, A., Navalta, C. P., Polcari, A., Sadato, N., & Teicher, M. H. (2009). Childhood sexual abuse is associated with reduced gray matter volume in visual cortex of young women. *Biological psychiatry*, *66*(7), 642-648.
- Toth, S. L., & Cicchetti, D. (1998). Remembering, forgetting, and the effects of trauma on memory: A developmental psychopathology perspective. *Development and Psychopathology*, *10*(04), 589-605.
- Toth, S. L., Cicchetti, D., & Kim, J. (2002). Relations among children's perceptions of maternal behavior, attributional styles, and behavioral symptomatology in maltreated children. *Journal of Abnormal Child Psychology*, *30*(5), 487-501.
- Tseloni, A., & Pease, K. (2003). Repeat Personal Victimization. 'Boosts' or 'Flags'?. *British Journal of Criminology*, *43*(1), 196-212.
- Tsuboi, H. (2005). Behavioral and emotional characteristics of abused children: Child Behavior Checklist/4-18 (CBCL). *Japanese Journal of Educational Psychology*, *53*, 110-121.
- Tsuboi, H., & Lee, M. (2007). Behavioral and emotional characteristics of abused children: Cross-informant assessment. *Japanese Journal of Educational Psychology*, *55*(3), 335-346.
- Turner, R. J., & Lloyd, D. A. (1995). Lifetime traumas and mental health: The significance of cumulative adversity. *Journal of health and social behavior*, 360-376.
- Turner, H. A., Finkelhor, D., & Ormrod, R. (2006). The effect of lifetime victimization on the mental health of children and adolescents. *Social science & medicine*, *62*(1), 13-27.
- Turner, H. A., Finkelhor, D., & Ormrod, R. (2010a). The effects of adolescent victimization on self-concept and depressive symptoms. *Child Maltreatment*, *15*, 76-90.
- Turner, H. A., Finkelhor, D., & Ormrod, R. (2010b). Poly-victimization in a national sample of children and youth. *American journal of preventive medicine*, *38*(3), 323-330.
- Valentino, K., Cicchetti, D., Rogosch, F. A., & Toth, S. L. (2008). True and false recall and dissociation among maltreated children: *The role of self-schema*. *Development and Psychopathology*, *20*, 213-232.
- Van Dijke, A., Ford, J. D., Van der Hart, O., Van Son, M. J., Van der Heijden, P. G., & Buhning, M. (2011). Childhood traumatization by primary caretaker and affect dysregulation in patients

with borderline personality disorder and somatoform disorder. *European Journal of Psychotraumatology*, 2, 5628.

Van der Hart, O., Nijenhuis, E. R., & Steele, K. (2005). Dissociation: An insufficiently recognized major feature of complex posttraumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress*, 18(5), 413-423.

Van der Hart, O., Van der Kolk, B., & Boon, S. (1998). Treatment of dissociative disorders. In J.D. Bremner & C. Marmar (Eds.), *Trauma, memory, and dissociation* (pp. 253–283). Washington, DC: American Psychiatric Press.

Van der Kolk, B.A. (1989). The compulsion to repeat trauma: Revictimization, attachment and “masochism.” *The Psychiatric Clinics of North America*, 12, 389–411.

van der Kolk, B. A. (2002). Beyond the talking cure: Somatic experience and subcortical imprints in the treatment of trauma. *EMDR as an integrative psychotherapy approach: Experts of diverse orientations explore the paradigm prism*, 57-84.

Van der Kolk, B.A. (2003). The neurobiology of childhood trauma and abuse. *Child and Adolescent Clinics of North America* 12, 293-317.

Van der Kolk, B. A. (2005). Developmental trauma disorder. *Psychiatric annals*, 35(5), 401-408.

Van der Kolk, B. A., & Ducey, C. P. (1989). The psychological processing of traumatic experience: Rorschach patterns in PTSD. *Journal of Traumatic Stress*, 2(3), 259-274.

Van der Kolk, B. A., & d’Andrea, W. (2010). Towards a developmental trauma disorder diagnosis for childhood interpersonal trauma. *The impact of early life trauma on health and disease: The hidden epidemic*, 57-68.

Van der Kolk, B. A., & Fisler, R. E. (1994). Childhood abuse and neglect and loss of self-regulation. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 58(2), 145.

Van der Kolk, B. A., & Fisler, R. (1995). Dissociation and the fragmentary nature of traumatic memories: Overview and exploratory study. *Journal of traumatic stress*, 8(4), 505-525.

Van der Kolk, B.A., Pelcovitz, D., Roth, S., Mandel, F., McFarlane, A., & Herman, J.L. (1996). Dissociation, somatization, and affect dysregulation: The complexity of adaptation to trauma. *American Journal of Psychiatry*, 153(7), 83–93.

Van der Kolk, B. A., Perry, J. C., & Herman, J. L. (1991). Childhood origins of self-destructive behavior. *American journal of Psychiatry*, 148(12), 1665-1671.

Van der Kolk, B. A., Pynoos, R. S., Cicchetti, D., Cloitre, M., D’Andrea, W., Ford, J. D., ... & Stolbach, B. C. (2009). Proposal to include a developmental trauma disorder diagnosis for children and adolescents in DSM-V. *Unpublished manuscript*.

- Van der Kolk, B. A., Roth, S., Pelcovitz, D., Sunday, S., & Spinazzola, J. (2005). Disorders of extreme stress: The empirical foundation of a complex adaptation to trauma. *Journal of traumatic stress, 18*(5), 389-399.
- Van der Kolk, B. A., van der Hart, O., & Marmar, C. R. (1996). Dissociation and information processing in posttraumatic stress disorder. In B. A. van der Kolk, A. MacFarlane, L. Weisaeth (Eds.) *Traumatic Stress: The Effects of Overwhelming Experience on Mind, Body, and Society* (303–327). New York: Guilford Press-
- Van Ijzendoorn, M. H., Schuengel, C., & Bakermans–Kranenburg, M. J. (1999). Disorganized attachment in early childhood: Meta-analysis of precursors, concomitants, and sequelae. *Development and psychopathology, 11*(02), 225-250.
- Vondra, J., Barnett, D., & Cicchetti, D. (1989). Perceived and actual competence among maltreated and comparison school children. *Development & Psychopathology, 1*, 237-255.
- Vondra, J. I., Barnett, D., & Cicchetti, D. (1990). Self-concept, motivation, and competence among preschoolers from maltreating and comparison families. *Child Abuse & Neglect, 14*, 525-540.
- Vranceanu, A. M., Hobfoll, S. E., & Johnson, R. J. (2007). Child multi-type maltreatment and associated depression and PTSD symptoms: The role of social support and stress. *Child abuse & neglect, 31*(1), 71-84
- Walden, T. A., & Smith, M. C. (1997). Emotion regulation. *Motivation and emotion, 21*, 7-25.
- Waller, N. G., & Ross, C. A. (1997). The prevalence and biometric structure of pathological dissociation in the general population: Taxometric and behavior genetic findings. *Journal of abnormal psychology, 106*(4), 499.
- Walker, L.E. (1984). *The battered woman syndrome*. New York: Springer.
- Walter, K., Hall, B., & Hobfoll, S. (2008). Conservation of resources theory. In G. Reyes, J. D. Elhai, & J. Ford (Eds.), *Encyclopedia of Psychological Trauma* (pp. 157_159). Hoboken, NJ: Wiley.
- Walker, J. L., Carey, P. D., Mohr, N., Stein, D. J., & Seedat, S. (2004). Gender differences in the prevalence of childhood sexual abuse and in the development of pediatric PTSD. *Archives of Women's Mental Health, 7*(2), 111-121.
- Walrath, C. M., Ybarra, M. L., Sheehan, A. K., Holden, E. W., & Burns, B. J. (2006). Impact of maltreatment on children served in community mental health programs. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders, 14*(3), 143-156.
- Wang, C. T., & Daro, D. (1997). Current trends in child abuse reporting and fatalities: The results of the 1996 annual fifty state survey. *Chicago (IL): National Committee to Prevent Child Abuse*.
- Ward, C. S., & Haskett, M. E. (2008). Exploration and validation of clusters of physically abused children. *Child Abuse & Neglect, 32*(5), 577-588.

Wasserman, D. A., Havassy, B. E., & Boles, S. M. (1997). Traumatic events and post-traumatic stress disorder in cocaine users entering private treatment. *Drug and alcohol dependence, 46*(1), 1-8.

Weaver, T. L., & Clum, G. A. (1996). Interpersonal violence: Expanding the search for long-term sequelae within a sample of battered women. *Journal of Traumatic Stress, 9*(4), 783-803.

Weierich, M. R., & Nock, M. K. (2008). Posttraumatic stress symptoms mediate the relation between childhood sexual abuse and nonsuicidal self-injury. *Journal of consulting and clinical psychology, 76*(1), 39.

Weinfield, N. S., Sroufe, L. A., & Egeland, B. (2000). Attachment from infancy to early adulthood in a high-risk sample: Continuity, discontinuity, and their correlates. *Child development, 71*(3), 695-702.

Weinstein, D., Staffelbach, D., & Biaggio, M. (2000). Attention-deficit hyperactivity disorder and posttraumatic stress disorder: Differential diagnosis in childhood sexual abuse. *Clinical psychology review, 20*(3), 359-378.

Wells, R. D., McCann, J., Adams, J., Voris, J., & Ensign, J. (1995). Emotional, behavioral, and physical symptoms reported by parents of sexually abused, nonabused, and allegedly abused prepubescent females. *Child Abuse & Neglect, 19*(2), 155-163.

Widom, C. S. (1999). Posttraumatic stress disorder in abused and neglected children grown up. *American Journal of Psychiatry, 156*(8):1223-9

Widom, C. S., Czaja, S. J., & Dutton, M. A. (2008). Childhood victimization and lifetime revictimization. *Child abuse & neglect, 32*(8), 785-796.

Widom, C. S., DuMont, K., & Czaja, S. J. (2007). A prospective investigation of major depressive disorder and comorbidity in abused and neglected children grown up. *Archives of general psychiatry, 64*(1), 49-56.

Winnicott, D. W. (1965). *The maturational processes and the facilitating environment: Studies in the theory of emotional development* (pp. 37-55). M. M. R. Khan (Ed.). London: Hogarth Press.

Wyatt, G. E., & Newcomb, M. D. (1990). Internal and external mediators of women's sexual abuse in childhood. *Journal of consulting and clinical psychology, 58*(6), 758.

Yates, T. M., Carlson, E. A., & Egeland, B. (2008). A prospective study of child maltreatment and self-injurious behavior in a community sample. *Development and psychopathology, 20*(02), 651-671.

Yates, T. M., Egeland, B., & Sroufe, A. (2003). Rethinking resilience: A developmental process perspective. In S. S. Luthar (Ed.), *Resilience and vulnerability: Adaptation in the context of childhood adversity*, (pp. 243-266). New York: Cambridge University Press.

- Ybarra, G. J., Wilkens, S. L., & Lieberman, A. F. (2007). The influence of domestic violence on preschooler behavior and functioning. *Journal of Family Violence, 22*, 33–42.
- Yehuda, R. (1999). Linking the neuroendocrinology of post-traumatic stress disorder with recent neuroanatomic findings. In *Seminars in clinical neuropsychiatry* (Vol. 4, No. 4, pp. 256-265).
- Yehuda, R. (2000). Biology of posttraumatic stress disorder. *The Journal of clinical psychiatry, 61*(suppl 7), 1-478.
- Young, L. (1992). Sexual abuse and the problem of embodiment. *Child Abuse & Neglect, 16*(1), 89-100.
- Zatzick, D. F., Jurkovich, G. J., Fan, M. Y., Grossman, D., Russo, J., Katon, W., & Rivara, F. P. (2008). Association between posttraumatic stress and depressive symptoms and functional outcomes in adolescents followed up longitudinally after injury hospitalization. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine, 162*(7), 642-648.
- Zhu, Li, & Liang. (2006). Mental health and alexithymia of technical school student abused in childhood. *Chinese Mental Health Journal, 20*(10), 643-646
- Zinzow, H. M., Ruggiero, K. J., Resnick, H., Smith, D., & Saunders, B. (2009). Prevalence and mental health correlates of witnessed parental and community violence in a national sample of adolescents. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 50*, 441–450.
- Zlotnick, C., Ryan, C., Miller, I., & Keitner, G. (1995). Childhood abuse and recovery from depression. *Child Abuse & Neglect, 19*, 1513-1516.
- Zlotnick, C., Zakriski, A. L., Shea, M. T., Costello, E., Begin, A., Pearlstein, T., & Simpson, E. (1996). The long-term sequelae of sexual abuse: Support for a complex posttraumatic stress disorder. *Journal of traumatic stress, 9*(2), 195-205.
- Zucker, M., Spinazzola, J., Blaustein, M., & Van der Kolk, B. A. (2006). Dissociative symptomatology in posttraumatic stress disorder and disorders of extreme stress. *Journal of Trauma & Dissociation, 7*(1), 19-31.

Literatura k výzkumné části

Affifi, T. O., Boman, J., Fleisher, W., & Sareen, J. (2009). The relationship between child abuse, parental divorce, and lifetime mental disorders and suicidality in a nationally representative adult sample. *Child abuse & neglect*, 33(3), 139-147.

Agerbo, E., Nordentoft, M., & Mortensen, P. B. (2002). Familial, psychiatric, and socioeconomic risk factors for suicide in young people: nested case-control study. *Bmj*, 325(7355), 74.

Achenbach, T. M. (1991a). *Manual for the Youth Self-Report and 1991 Profile*. Burlington: University of Vermont, Department of Psychiatry.

Achenbach, T. M. (1991b). *Integrative guide for the 1991 CBCL/4-18, YSR and TRF Profiles*. Burlington: University of Vermont, Department of Psychiatry.

Achenbach, T. M. (1991c). *Manual for the Child Behavior Checklist/4-18 and 1991 profile*. Burlington: University of Vermont, Department of Psychiatry.

Achenbach, T. M. (1991d). *Manual for the Teacher's Report Form and 1991 profile*. Burlington: University of Vermont, Department of Psychiatry.

Achenbach, T. M., & Rescorla, L. A. (2001). *Manual for the ASEBA school-age forms & profiles*. Burlington: University of Vermont, Research Center for Children, Youth and Families.

Achenbach, T. M., Dumenci, L., & Rescorla, L. A. (2003). DSM-oriented and empirically based approaches to constructing scales from the same item pools. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 32, 328-340.

Allebeck, P., & Allgulander, C. (1990). Suicide among young men: psychiatric illness, deviant behaviour and substance abuse. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 81(6), 565-570.

Andrews, J. A., & Lewinsohn, P. M. (1992). Suicidal attempts among older adolescents: prevalence and co-occurrence with psychiatric disorders. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 31(4), 655-662.

American Psychiatric Association, Committee on Adolescence. *Adolescent Suicide*. Washington, DC: American Psychiatric Press; 1996

Anderson RN (2002), Deaths: leading causes for 2000. *National Vital Statistics Reports* 50(16). Hyattsville, MD: National Center for Health Statistics.

Aseltine, R. H., Schilling, E. A., James, A., Glanovsky, J. L., & Jacobs, D. (2009). Age variability in the association between heavy episodic drinking and adolescent suicide attempts: findings from a large-scale, school-based screening program. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 48(3), 262-270.

- Bannink, R., Broeren, S., van de Looij–Jansen, P. M., de Waart, F. G., & Raat, H. (2014). Cyber and traditional bullying victimization as a risk factor for mental health problems and suicidal ideation in adolescents. *PloS one*, *9*(4), e94026.
- Barker, E. D., Arseneault, L., Brendgen, M., Fontaine, N., & Maughan, B. (2008). Joint development of bullying and victimization in adolescence: Relations to delinquency and self-harm. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, *47*(9), 1030-1038.
- Beautrais, A. L. (2000). Risk factors for suicide and attempted suicide among young people. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, *34*(3), 420-436.
- Beautrais, A. L. (2001). Child and young adolescent suicide in New Zealand. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, *35*(5), 647-653.
- Beautrais, A. L., Joyce, P. R., & Mulder, R. T. (1996). Risk factors for serious suicide attempts among youths aged 13 through 24 years. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, *35*(9), 1174-1182.
- Beautrais, A. L., Joyce, P. R., & Mulder, R. T. (1997). Precipitating factors and life events in serious suicide attempts among youths aged 13 through 24 years. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, *36*(11), 1543-1551.
- Beautrais, A. L., Joyce, P. R., & Mulder, R. T. (1998). Psychiatric illness in a New Zealand sample of young people making serious suicide attempts. *The New Zealand medical journal*, *111*(1060), 44-48.
- Bebbington, P. E., Cooper, C., Psych, M. R. C., Minot, S., Psych, M. R. C., Brugha, T. S., ... & Psych, M. R. C. (2009). Suicide attempts, gender, and sexual abuse: data from the 2000 British Psychiatric Morbidity Survey. *American Journal of Psychiatry*.
- Beckinsale, P., Martin, G., & Clark, S. (1999). Sexual abuse and suicidal issues in Australian young people. An interim report. *Australian family physician*, *28*(12), 1298-1303.
- Bensley, L. S., Van Eenwyk, J., Spieker, S. J., & Schoder, J. (1999). Self-reported abuse history and adolescent problem behaviors. I. Antisocial and suicidal behaviors. *Journal of Adolescent Health*, *24*(3), 163-172.
- Bergen, H. A., Martin, G., Richardson, A. S., Allison, S., & Roeger, L. (2003). Sexual abuse and suicidal behavior: A model constructed from a large community sample of adolescents. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, *42*(11), 1301-1309.
- Bernstein, D. P., Stein, J. A., Newcomb, M. D., Walker, E., Pogge, D., Ahluvalia, T., ... & Zule, W. (2003). Development and validation of a brief screening version of the Childhood Trauma Questionnaire. *Child abuse & neglect*, *27*(2), 169-190.
- Bifulco, A., Moran, P. M., Baines, R., Bunn, A., & Stanford, K. (2002). Exploring psychological abuse in childhood: II. Association with other abuse and adult clinical depression. *Bulletin of the Menninger Clinic*, *66*(3), 241.

- Borges, G., Angst, J., Nock, M. K., Ruscio, A. M., & Kessler, R. C. (2008). Risk factors for the incidence and persistence of suicide-related outcomes: a 10-year follow-up study using the National Comorbidity Surveys. *Journal of affective disorders*, *105*(1), 25-33.
- Borowsky, I. W., Ireland, M., & Resnick, M. D. (2001). Adolescent suicide attempts: risks and protectors. *Pediatrics*, *107*(3), 485-493.
- Borowsky, I. W., Resnick, M. D., Ireland, M., & Blum, R. W. (1999). Suicide attempts among American Indian and Alaska Native youth: risk and protective factors. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, *153*(6), 573-580.
- Bremner, J. D., Bolus, R., & Mayer, E. A. (2007). Psychometric properties of the early trauma inventory—self report. *The Journal of nervous and mental disease*, *195*, 211-218.
- Bremner, J. D., Vermetten, E., & Mazure, C. M. (2000). Development and preliminary psychometric properties of an instrument for the measurement of childhood trauma: the Early Trauma Inventory. *Depression and anxiety*, *12*(1), 1-12.
- Brent, D. A., Baugher, M., Bridge, J., Chen, T., & Chiappetta, L. (1999). Age-and sex-related risk factors for adolescent suicide. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, *38*(12), 1497-1505.
- Brent, D. A., Bridge, J., Johnson, B. A., & Connolly, J. (1996). Suicidal behavior runs in families: a controlled family study of adolescent suicide victims. *Archives of general psychiatry*, *53*(12), 1145-1152.
- Brent, D. A., Kolko, D. J., Wartella, M. E., Boylan, M. B., Moritz, G., Baugher, M., & Zelenak, J. P. (1993). Adolescent psychiatric inpatients' risk of suicide attempt at 6-month follow-up. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, *32*(1), 95-105.
- Brent, D. A., Mann, J. J. (2005). Family genetic studies, suicide, and suicidal behavior. In *American Journal of Medical Genetics Part C: Seminars in Medical Genetics* (Vol. 133, No. 1, pp. 13-24). Wiley Subscription Services, Inc., A Wiley Company.
- Brent, D. A., Moritz, G., Bridge, J., Perper, J., & Canobbio, R. (1996). The impact of adolescent suicide on siblings and parents: A longitudinal follow - up. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, *26*(3), 253-259.
- Brent, D. A., Moritz, G., Bridge, J., Perper, J., & Canobbio, R. (1996). Long-term impact of exposure to suicide: a three-year controlled follow-up. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, *35*(5), 646-653.
- Brent, D. A., Perper, J. A., Moritz, G., Allman, C., Friend, A. M. Y., Roth, C., ... & Baugher, M. (1993). Psychiatric risk factors for adolescent suicide: a case-control study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, *32*(3), 521-529.
- Brent, D. A., Perper, J., Moritz, G., Baugher, M., & Allman, C. (1993). Suicide in adolescents with no apparent psychopathology. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, *32*(3), 494-500.

- Brent, D. A., Perper, J. A., Moritz, G., Baugher, M., Roth, C., Balach, L., & Schweers, J. (1993). Stressful life events, psychopathology, and adolescent suicide: A case control study. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, *23*(3), 179-187.
- Brent, D. A., Perper, J. A., Moritz, G., Baugher, M., Schweers, J., & Roth, C. (1994). Suicide in affectively ill adolescents: a case-control study. *Journal of affective disorders*, *31*(3), 193-202.
- Brent, D. A., Perper, J. A., Moritz, G., Liotus, L., Schweers, J., Balach, L., & Roth, C. (1994). Familial risk factors for adolescent suicide: A case-control study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*.
- Brent, D. A., Oquendo, M., Birmaher, B., Greenhill, L., Kolko, D., Stanley, B., ... & Mann, J. J. (2003). Peripubertal suicide attempts in offspring of suicide attempters with siblings concordant for suicidal behavior. *American Journal of Psychiatry*, *160*(8), 1486-1493.
- Brezo, J., Paris, J., Vitaro, F., Hébert, M., Tremblay, R. E., & Turecki, G. (2008). Predicting suicide attempts in young adults with histories of childhood abuse. *The British Journal of Psychiatry*, *193*(2), 134-139.
- Bridge, J. A., Goldstein, T. R., & Brent, D. A. (2006). Adolescent suicide and suicidal behavior. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *47*(3 - 4), 372-394.
- Briere, J. (1996). Trauma symptom checklist for children. *Odessa, FL: Psychological Assessment Resources*, 00253-8.
- Briere, J., & Spinazzola, J. (2005). Phenomenology and psychological assessment of complex posttraumatic states. *Journal of traumatic stress*, *18*(5), 401-412.
- Brodsky, B. S., Malone, K. M., Ellis, S. P., Dulit, R. A., & Mann, J. J. (1997). Characteristics of borderline personality disorder associated with suicidal behavior. *American Journal of Psychiatry*, *154*(12), 1715-1719.
- Brodsky, B. S., & Stanley, B. (2008). Adverse childhood experiences and suicidal behavior. *Psychiatric Clinics of North America*, *31*(2), 223-235.
- Brown, J., Cohen, P., Johnson, J. G., & Smailes, E. M. (1999). Childhood abuse and neglect: specificity of effects on adolescent and young adult depression and suicidality. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *38*(12), 1490-1496.
- Bruffaerts, R., Demyttenaere, K., Borges, G., Haro, J. M., Chiu, W. T., Hwang, I., ... & Andrade, L. H. (2010). Childhood adversities as risk factors for onset and persistence of suicidal behaviour. *The British Journal of Psychiatry*, *197*(1), 20-27.
- Bujarski, S. J., Klanecky, A. K., & McChargue, D. E. (2010). The relationship between alexithymia and alcohol-related risk perceptions: The moderating effect of general trauma in a college population. *Addictive behaviors*, *35*(4), 363-366.

Bulik, C. M., Thornton, L., Pinheiro, A. P., Plotnicov, K., Klump, K. L., Brandt, H., ... & Kaplan, A. S. (2008). Suicide attempts in anorexia nervosa. *Psychosomatic Medicine*, 70(3), 378-383.

Cook, A., Blaustein, M., Spinazzola, J., & Van der Kolk, B. (2003). Complex trauma in children and adolescents: White paper from the national child traumatic stress network complex trauma task force. *Los Angeles: National Center for Child Traumatic Stress*.

Čermák, I., Urbánek, T. (1998). Výzkumné a Diagnostické možnosti Achenbachova a Edelbrockova testu poruch chování dítěte. In: M. Svoboda, M. Blatný (Eds), *Sociální procesy a osobnost*. Brno: Masarykova Universita, 32–37.

Čermák, I., Urbánek, T. (1999). Agresivní dítě a jeho postavení ve skupině vrstevníků. In: M. Blatný, M. Svoboda (Eds), *Sociální procesy a osobnost*. Brno: Masarykova univerzita a Psychologický ústav AV ČR, 36–45.

Čermák, I., Klimusová, H. (2000). Vývoj sebeposouzení na škálách Achenbachova a Edelbrockova dotazníku chování dítěte. In: M. Blatný & kol. (Eds.), *Sociální procesy a osobnost*, Brno: Psychologický ústav AV Č a Masarykova Univerzita, 35-41.

Čermák, I., Klimusová, H., Vízdalová, H. (2005). Deprese v dětství a její vztah k problémům chování. *Československá psychologie*, 49, 223–236.

Český statistický úřad. (2016). Sebevraždy podle věku. <https://www.czso.cz/documents/10180/20566739/401211k5.pdf/8f419dd0-c96a-4463-ab3a-f408a379ccd8?version=1.0>

Český statistický úřad. (2016). Zemřelí podle seznamu příčin smrti, pohlaví a věku v ČR, krajích a okresech - 2005 až 2014. <https://www.czso.cz/csu/czso/ceska-republika-podle-pohlavi-a-veku-2005-2014>

Dinwiddie, S., Heath, A. C., Dunne, M. P., Bucholz, K. K., Madden, P. A., Slutske, W. S., ... & Martin, N. G. (2000). Early sexual abuse and lifetime psychopathology: a co-twin-control study. *Psychological medicine*, 30(01), 41-52.

Dinwiddie, S., Heath, A. C., Dunne, M. P., Bucholz, K. K., Madden, P. A., Slutske, W. S., ... & Martin, N. G. (2000). Early sexual abuse and lifetime psychopathology: a co-twin-control study. *Psychological medicine*, 30(01), 41-52.

Dube, S. R., Anda, R. F., Felitti, V. J., Chapman, D. P., Williamson, D. F., & Giles, W. H. (2001). Childhood abuse, household dysfunction, and the risk of attempted suicide throughout the life span: findings from the Adverse Childhood Experiences Study. *Jama*, 286(24), 3089-3096.

Duckworth, M. P., & Follette, V. M. (Eds.). (2012). *Retraumatization: Assessment, treatment, and prevention*. Routledge.

Ellonen, N., & Salmi, V. (2011). Poly-victimization as a life condition: Correlates of poly-victimization among Finnish children. *Journal of Scandinavian Studies in Criminology and Crime Prevention*, 12(01), 20-44.

- Enns, M. W., Cox, B. J., Afifi, T. O., De Graaf, R., Ten Have, M., & Sareen, J. (2006). Childhood adversities and risk for suicidal ideation and attempts: a longitudinal population-based study. *Psychological medicine*, *36*(12), 1769-1778.
- Farber, E. W., Herbert, S. E., & Reviere, S. L. (1996). Childhood abuse and suicidality in obstetrics patients in a hospital-based urban prenatal clinic. *General hospital psychiatry*, *18*(1), 56-60.
- Favaro, A., & Santonastaso, P. (1997). Suicidality in eating disorders: clinical and psychological correlates. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *95*(6), 508-514.
- Favaro, A., & Santonastaso, P. (2000). Self-injurious behavior in anorexia nervosa. *The Journal of nervous and mental disease*, *188*(8), 537-542.
- Fawcett, J., Scheftner, W., Fogg, L., Clark, D., Young, M., et al. (1990). Time-related predictors of suicide in major affective disorder. *The American journal of psychiatry*, *147*(9), 1189-1194.
- Fennig, S., & Hadas, A. (2010). Suicidal behavior and depression in adolescents with eating disorders. *Nordic journal of psychiatry*, *64*(1), 32-39.
- Felitti, V. J., Anda, R. F., Nordenberg, D., Williamson, D. F., Spitz, A. M., Edwards, V., ... & Marks, J. S. (1998). Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults: The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. *American journal of preventive medicine*, *14*(4), 245-258.
- Ferdinand, R., F. (2007). Predicting anxiety diagnosis with the youth self-report. *Depression and Anxiety*, *24*, 32-40.
- Fergusson, D. M., Boden, J. M., & Horwood, L. J. (2007). Recurrence of major depression in adolescence and early adulthood, and later mental health, educational and economic outcomes. *The British Journal of Psychiatry*, *191*(4), 335-342.
- Fergusson, D. M., Lynskey, M. T., & Horwood, L. J. (1996). Childhood sexual abuse and psychiatric disorder in young adulthood: I. Prevalence of sexual abuse and factors associated with sexual abuse. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, *35*(10), 1355-1364.
- Fergusson, D. M., Horwood, L. J., & Lynskey, M. T. (1996). Childhood sexual abuse and psychiatric disorder in young adulthood: II. Psychiatric outcomes of childhood sexual abuse. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, *35*(10), 1365-1374.
- Fergusson, D. M., & Lynskey, M. T. (1995). Childhood circumstances, adolescent adjustment, and suicide attempts in a New Zealand birth cohort. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, *34*(5), 612-622.
- Fergusson, D. M., & Lynskey, M. T. (1995). Suicide attempts and suicidal ideation in a birth cohort of 16-year-old New Zealanders. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, *34*(10), 1308-1317.

Fergusson, D. M., Woodward, L. J., & Horwood, L. J. (2000). Risk factors and life processes associated with the onset of suicidal behaviour during adolescence and early adulthood. *Psychological medicine*, 30(01), 23-39.

Fráňová, Lenka (2004). Depresivní symptomatika ve věku 12 - 15 let - mezipohlavní rozdíly a další souvislosti. *Československá psychologie*, 48, 6, 510-522 .

Ford, J. D., & Courtois, C. A. (Eds.). (2013). *Treating complex traumatic stress disorders in children and adolescents: Scientific foundations and therapeutic models*. Guilford Press.

Ford, J. D., Wasser, T., & Connor, D. F. (2011). Identifying and determining the symptom severity associated with polyvictimization among psychiatrically impaired children in the outpatient setting. *Child maltreatment*, 16(3), 216-226.

Franko, D. L., & Keel, P. K. (2006). Suicidality in eating disorders: occurrence, correlates, and clinical implications. *Clinical psychology review*, 26(6), 769-782.

Friedrich, W.N. (2002). Psychological assessment of sexually abused children and their families. Thousand Oaks, CA: Sage.

Garrison, C. Z., McKeown, R. E., Valois, R. F., & Vincent, M. L. (1993). Aggression, substance use, and suicidal behaviors in high school students. *American Journal of Public Health*, 83(2), 179-184.

Glowinski, A. L., Bucholz, K. K., Nelson, E. C., Fu, Q., Madden, P. A., Reich, W., & Heath, A. C. (2001). Suicide attempts in an adolescent female twin sample. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 40(11), 1300-1307.

Goldstein, T. R., Birmaher, B., Axelson, D., Ryan, N. D., Strober, M. A., Gill, M. K., ... & Bridge, J. A. (2005). History of suicide attempts in pediatric bipolar disorder: factors associated with increased risk. *Bipolar Disorders*, 7(6), 525-535.

Gould MS, Fisher P, Parides M, Flory M, Shaffer D (1996), Psychosocial risk factors of child and adolescent completed suicide. *Arch Gen Psychiatry* 53:1155–1162

Gould, M., Greenberg, T. Velting, D., Shaffer, D. (2003). Youth Suicide Risk and Preventive Interventions: A Review of the Past 10 Years. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, 42(4):386–405.

Gould, M. S., King, R., Greenwald, S., Fisher, P., Schwab-Stone, M., Kramer, R., ... & Shaffer, D. (1998). Psychopathology associated with suicidal ideation and attempts among children and adolescents. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 37(9), 915-923.

Grøholt, B., Ekeberg, Ø., Wichstrom, L., & Haldorsen, T. (1997). Youth Suicide in Norway, 1990–1992: A Comparison between Children and Adolescents Completing Suicide and Age - and Gender - Matched Controls. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 27(3), 250-263.

- Groholt B, Ekeberg O, Wichstrom L, Haldorsen T (1998), Suicide among children and younger and older adolescents in Norway: a comparative study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 37:473–481
- Grossman, D. C., Milligan, B. C., & Deyo, R. A. (1991). Risk factors for suicide attempts among Navajo adolescents. *American Journal of Public Health*, 81(7), 870-874.
- Grunbaum JA, Kann L, Kinchen SA et al. (2002), Youth Risk Behavior Surveillance—United States, 2001. *MMWR CDC Surveill Summ* 51(SS4):1–64.
- Grunbaum, J. A., Kann, L., Kinchen, S., Ross, J., Hawkins, J., Lowry, R., ... & Collins, J. (2004). Youth Risk Behavior Surveillance--United States, 2003. Morbidity and Mortality Weekly Report. Surveillance Summaries. Volume 53, Number SS-2. *US Department of Health and Human Services*.
- Gunnell, D., Murray, V., & Hawton, K. (2000). Use of paracetamol (acetaminophen) for suicide and nonfatal poisoning: worldwide patterns of use and misuse. *Suicide and life-threatening behavior*, 30(4), 313-326.
- Gutierrez, P. M., Thakkar, R. R., & Kuczen, C. (2000). Exploration of the relationship between physical and/or sexual abuse, attitudes about life and death, and suicidal ideation in young women. *Death studies*, 24(8), 675.
- Harrington, R., Bredenkamp, D., Groothues, C., Rutter, M., Fudge, H., & Pickles, A. (1994). Adult outcomes of childhood and adolescent depression. III Links with suicidal behaviours. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 35(7), 1309-1319.
- Harrington, R., Fudge, H., Rutter, M., Pickles, A., & Hill, J. (1990). Adult outcomes of childhood and adolescent depression: I. Psychiatric status. *Archives of general psychiatry*, 47(5), 465-473.
- Harris, E. C., & Barraclough, B. (1997). Suicide as an outcome for mental disorders. A meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry*, 170(3), 205-228.
- Harwitz, D., & Ravizza, L. (2000). Suicide and depression. *Emergency medicine clinics of North America*, 18(2), 263-271.
- Heath, A. C., Howells, W., Bucholz, K. K., Glowinski, A. L., Nelson, E. C., & Madden, P. A. (2002). Ascertainment of a mid-western US female adolescent twin cohort for alcohol studies: assessment of sample representativeness using birth record data. *Twin Research*, 5(02), 107-112.
- Hewitt, P. L., Caelian, C. F., Chen, C., & Flett, G. L. (2014). Perfectionism, stress, daily hassles, hopelessness, and suicide potential in depressed psychiatric adolescents. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 36(4), 663-674.
- Hofstra, M. B., van der Ende, J., Verhulst, F. C. (2001). Adolescents' self-reported problems as predictors of psychopathology in adulthood: 10-year follow-up study. *The British Journal of Psychiatry*, 179, 203–209.

- Hughes, D. H. (1996). Suicide and violence assessment in psychiatry. *General hospital psychiatry*, 18(6), 416-421.
- Husain SA. Current perspective on the role of psychological factors in adolescent suicide. *Psychiatr Ann*. 1990;20:122–127.
- Jeon, H. J., Roh, M. S., Kim, K. H., Lee, J. R., Lee, D., Yoon, S. C., & Hahm, B. J. (2009). Early trauma and lifetime suicidal behavior in a nationwide sample of Korean medical students. *Journal of affective disorders*, 119(1), 210-214.
- Johnson, C. F. (2004). Child sexual abuse. *The Lancet*, 364(9432), 462-470.
- Johnson, J. G., Cohen, P., Gould, M. S., Kasen, S., Brown, J., & Brook, J. S. (2002). Childhood adversities, interpersonal difficulties, and risk for suicide attempts during late adolescence and early adulthood. *Archives of general psychiatry*, 59(8), 741-749.
- Kashden, J., Fremouw, W. J., Callahan, T. S., & Franzen, M. D. (1993). Impulsivity in suicidal and nonsuicidal adolescents. *Journal of abnormal child psychology*, 21(3), 339-353.
- Kaltiala-Heino, R., Rimpelä, M., Marttunen, M., Rimpelä, A., & Rantanen, P. (1999). Bullying, depression, and suicidal ideation in Finnish adolescents: school survey. *Bmj*, 319(7206), 348-351.
- Kessler, R. C., Borges, G., & Walters, E. E. (1999). Prevalence of and risk factors for lifetime suicide attempts in the National Comorbidity Survey. *Archives of general psychiatry*, 56(7), 617-626.
- Kingree, J. B., Thompson, M. P., & Kaslow, N. J. (1999). Brief report risk factors for suicide attempts among low-income women with a history of alcohol problems. *Addictive behaviors*, 24(4), 583-587.
- Kingsbury, S., Hawton, K., Steinhardt, K., & James, A. (1999). Do adolescents who take overdoses have specific psychological characteristics? A comparative study with psychiatric and community controls. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 38(9), 1125-1131.
- Klanecky, A. K., Harrington, J., & McChargue, D. E. (2008). Child sexual abuse, dissociation, and alcohol: Implications of chemical dissociation via blackouts among college women. *The American journal of drug and alcohol abuse*, 34(3), 277-284.
- Klanecky, A. K., Salvi, S., & McChargue, D. E. (2009). Coerced childhood sexual abuse moderates the association between cigarette smoking initiation and college drug use frequency. *American Journal on Addictions*, 18(5), 363-366.
- Koutek, J., & Kocourková, J. (2007). Některé charakteristiky suicidálního jednání u dětí a adolescentů. *Ceskoslovenská psychologie*, 51(1), 72.
- Koutek, J., Kocourkova, J., & Dudova, I. (2016). Suicidal behavior and self-harm in girls with eating disorders. *Neuropsychiatric disease and treatment*, 12, 787.

- Kovacs, M. (1989). Affective disorders in children and adolescents. *American Psychologist*, 44, 209-215.
- Kovacs, M. (1998). *CDI - Sebeuposuzovací škála depresivity pro děti*. Bratislava: Psychodiagnostika, a.s. 1998. (úprava M. Preiss)
- Kovacs, M., Goldston, D., & Gatsonis, C. (1993). Suicidal behaviors and childhood-onset depressive disorders: a longitudinal investigation. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 32(1), 8-20.
- Krejčířová, D. (2001). Neurotické a emoční poruchy. In M. Svoboda (Ed.), *Psychodiagnostika dětí a dospívajících*, Praha: Portál, 580-616.
- Lewinsohn, P. M., Klein, D. N., & Seeley, J. R. (1995). Bipolar disorders in a community sample of older adolescents: prevalence, phenomenology, comorbidity, and course. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 34(4), 454-463.
- Lewinsohn, P. M., Rohde, P., & Seeley, J. R. (1993). Psychosocial characteristics of adolescents with a history of suicide attempt. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 32(1), 60-68.
- Lewinsohn, P. M., Rohde, P., & Seeley, J. R. (1996). Adolescent suicidal ideation and attempts: Prevalence, risk factors, and clinical implications. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 3(1), 25-46.
- Lipschitz, D. S., Winegar, R. K., Nicolaou, A. L., Hartnick, E., Wolfson, M., & Southwick, S. M. (1999). Perceived abuse and neglect as risk factors for suicidal behavior in adolescent inpatients. *The Journal of nervous and mental disease*, 187(1), 32-39.
- Litwiller, B. J., & Brausch, A. M. (2013). Cyber bullying and physical bullying in adolescent suicide: the role of violent behavior and substance use. *Journal of youth and adolescence*, 42(5), 675-684.
- Lopez, A. D. (Ed.). (2006). *Global burden of disease and risk factors*. World Bank Publications.
- Martin, G. (1996). Reported family dynamics, sexual abuse, and suicidal behaviors in community adolescents. *Archives of Suicide Research*, 2(3), 183-195.
- Martin, G., Bergen, H. A., Richardson, A. S., Roeger, L., & Allison, S. (2004). Sexual abuse and suicidality: Gender differences in a large community sample of adolescents. *Child abuse & neglect*, 28(5), 491-503.
- Marttunen, M. J., Aro, H. M., Henriksson, M. M., & Lönnqvist, J. K. (1991). Mental disorders in adolescent suicide: DSM-III-R axes I and II diagnoses in suicides among 13-to 19-year-olds in Finland. *Archives of General Psychiatry*, 48(9), 834-839.
- Mazza, J. J. (2000). The Relationship Between Posttraumatic Stress Symptomatology and Suicidal Behavior in School - Based Adolescents. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 30(2), 91-103.

- Mayes, S. D., Fernandez-Mendoza, J., Baweja, R., Calhoun, S., Mahr, F., Aggarwal, R., & Arnold, M. (2014). Correlates of suicide ideation and attempts in children and adolescents with eating disorders. *Eating disorders*, 22(4), 352-366.
- McGuffin, P., Marušič, A., & Farmer, A. (2001). What can psychiatric genetics offer suicidology?. *Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*, 22(2), 61.
- McHolm, A. E., MacMillan, H. L., & Jamieson, E. (2003). The relationship between childhood physical abuse and suicidality among depressed women: results from a community sample. *American Journal of Psychiatry*, 160(5), 933-938.
- Molnar, B. E., Berkman, L. F., & Buka, S. L. (2001). Psychopathology, childhood sexual abuse and other childhood adversities: relative links to subsequent suicidal behaviour in the US. *Psychological medicine*, 31(06), 965-977.
- Molnar, B. E., Buka, S. L., & Kessler, R. C. (2001). Child sexual abuse and subsequent psychopathology: results from the National Comorbidity Survey. *American journal of public health*, 91(5), 753.
- Neeleman, J., de Graaf, R., & Vollebergh, W. (2004). The suicidal process; prospective comparison between early and later stages. *Journal of affective disorders*, 82(1), 43-52.
- Nelson, E. C., Heath, A. C., Madden, P. A., Cooper, M. L., Dinwiddie, S. H., Bucholz, K. K., ... & Martin, N. G. (2002). Association between self-reported childhood sexual abuse and adverse psychosocial outcomes: results from a twin study. *Archives of General Psychiatry*, 59(2), 139-145.
- Nock, M. K., Borges, G., Bromet, E. J., Alonso, J., Angermeyer, M., Beautrais, A., ... & De Graaf, R. (2008). Cross-national prevalence and risk factors for suicidal ideation, plans and attempts. *The British Journal of Psychiatry*, 192(2), 98-105.
- Nock, M. K., Borges, G., Bromet, E. J., Cha, C. B., Kessler, R. C., & Lee, S. (2008). Suicide and suicidal behavior. *Epidemiologic reviews*, 30(1), 133-154.
- Nock, M. K., Hwang, I., Sampson, N., Kessler, R. C., Angermeyer, M., Beautrais, A., ... & De Graaf, R. (2009). Cross-national analysis of the associations among mental disorders and suicidal behavior: findings from the WHO World Mental Health Surveys. *PLoS med*, 6(8), e1000123.
- Ohberg, A., Lonnqvist, J., Sarna, S., & Vuori, E. (1996). Violent methods associated with high suicide mortality among the young. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 35(2), 144-153.
- Olf, M., Langeland, W., Draijer, N., & Gersons, B. P. (2007). Gender differences in posttraumatic stress disorder. *Psychological bulletin*, 133(2), 183.
- O'Carroll, P. W., Potter, L. B., & Mercy, J. A. (1994). Programs for the prevention of suicide among adolescents and young adults. *Morbidity and Mortality Weekly Report: Recommendations and Reports*, 1-7.

- Oquendo, M., Brent, D. A., Birmaher, B., Greenhill, L., Kolko, D., Stanley, B., ... & Mann, J. J. (2005). Posttraumatic stress disorder comorbid with major depression: factors mediating the association with suicidal behavior. *American Journal of Psychiatry*, *162*(3), 560-566.
- Pfeffer, C. R., Jiang, H., & Kakuma, T. (2000). Child–Adolescent Suicidal Potential Index (CASPI): A screen for risk for early onset suicidal behavior. *Psychological Assessment*, *12*, 304.
- Pfeffer, C. R. (Ed.). (1989). *Suicide among youth: Perspectives on risk and prevention*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Pfeffer, C. R., Hurt, S. W., Kakuma, T., Peskin, J. R., Siefker, C. A., & Nagabhairava, S. (1994). Suicidal children grow up: suicidal episodes and effects of treatment during follow-up. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, *33*(2), 225-230.
- Pfeffer, C. R., Klerman, G. L., Hurt, S. W., Kakuma, T., Peskin, J. R., & Siefker, C. A. (1993). Suicidal children grow up: rates and psychosocial risk factors for suicide attempts during follow-up. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, *32*(1), 106-113.
- Pfeffer, C. R., Plutchik, R., Mizruchi, M. S., & Lipkins, R. (1986). Suicidal behavior in child psychiatric inpatients and outpatients and in nonpatients. *Am J Psychiatry*, *143*(6), 733-738.
- Pillay, A. L., & Schoubben-Hesk, S. (2001). Depression, anxiety, and hopelessness in sexually abused adolescent girls. *Psychological reports*, *88*(3 Pt 1), 727-733.
- Pompili, M., Girardi, P., Tatarelli, G., Ruberto, A., & Tatarelli, R. (2006). Suicide and attempted suicide in eating disorders, obesity and weight–image concern. *Eating behaviors*, *7*(4), 384-394.
- Pompili, M., Mancinelli, I., Girardi, P., Ruberto, A., & Tatarelli, R. (2004). Suicide in anorexia nervosa: A meta-analysis. *International Journal of Eating Disorders*, *36*(1), 99-103.
- Prigerson, H. G., Bridge, J., Maciejewski, P. K., Beery, L. C., Rosenheck, R. A., Jacobs, S. C., ... & Brent, D. A. (1999). Influence of traumatic grief on suicidal ideation among young adults. *American Journal of Psychiatry*.
- Range, L. M. (2005). The family of instruments that assess suicide risk. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, *27*(2), 133-140.
- R Core Team (2015). *R: A language and environment for statistical computing*. R Foundation for Statistical Computing, Vienna, Austria. URL <https://www.R-project.org/>.
- Rademaker, A. R., Vermetten, E., Geuze, E., Muilwijk, A., & Kleber, R. J. (2008). Self-reported early trauma as a predictor of adult personality: a study in a military sample. *Journal of clinical psychology*, *64*(7), 863.
- Rescorla, L., Achenbach, T., Ivanova, M. Y. et. al. (2007). Behavioral and Emotional Problems Reported by Parents of Children Ages 6 to 16 in 31 Societies. *Journal of Emotional and Behavioral disorders*, *15*, 3, 130–142.

- Reinherz, H. Z., Giaconia, R. M., Silverman, A. B., Friedman, A., Pakiz, B., Frost, A. K., & Cohen, E. (1995). Early psychosocial risks for adolescent suicidal ideation and attempts. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 34(5), 599-611.
- Renaud, J., Brent, D. A., Birmaher, B., Chiappetta, L., & Bridge, J. (1999). Suicide in adolescents with disruptive disorders. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 38(7), 846-851.
- Resnick, M. D., Bearman, P. S., Blum, R. W., Bauman, K. E., Harris, K. M., Jones, J., ... & Ireland, M. (1997). Protecting adolescents from harm: findings from the National Longitudinal Study on Adolescent Health. *Jama*, 278(10), 823-832.
- Revelle, W. (2015) *psych: Procedures for Personality and Psychological Research*, Northwestern University, Evanston, Illinois, USA, <http://CRAN.R-project.org/package=psych> Version = 1.5.6.
- Rey Gex, C. R., Narring, F., Ferron, C., & Michaud, P. A. (1998). Suicide attempts among adolescents in Switzerland: prevalence, associated factors and comorbidity. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 98(1), 28-33.
- Ridge Anderson, A., Keyes, G. M., & Jobes, D. A. (2016). Understanding and treating suicidal risk in young children. *Practice Innovations*, 1(1), 3.
- Risch, N., Herrell, R., Lehner, T., Liang, K. Y., Eaves, L., Hoh, J., ... & Merikangas, K. R. (2009). Interaction between the serotonin transporter gene (5-HTTLPR), stressful life events, and risk of depression: a meta-analysis. *Jama*, 301(23), 2462-2471.
- Roy, A., Hu, X. Z., Janal, M. N., & Goldman, D. (2007). Interaction between childhood trauma and serotonin transporter gene variation in suicide. *Neuropsychopharmacology*, 32(9), 2046-2052.
- Salzinger, S., Rosario, M., Feldman, R. S., & Ng-Mak, D. S. (2007). Adolescent suicidal behavior: Associations with preadolescent physical abuse and selected risk and protective factors. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 46(7), 859-866.
- Schilling, E. A., Aseltine, R. H., Glanovsky, J. L., James, A., & Jacobs, D. (2009). Adolescent alcohol use, suicidal ideation, and suicide attempts. *Journal of Adolescent Health*, 44(4), 335-341.
- Shaffer, D., Gould, M. S., Fisher, P., Trautman, P., Moreau, D., Kleinman, M., & Flory, M. (1996). Psychiatric diagnosis in child and adolescent suicide. *Archives of general psychiatry*, 53(4), 339-348.
- Shaffer, D., & Pfeffer, C. R. (2001). Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with suicidal behavior. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 40(7), 24S-51S.
- Silverman, A. B., Reinherz, H. Z., & Giaconia, R. M. (1996). The long-term sequelae of child and adolescent abuse: A longitudinal community study. *Child abuse & neglect*, 20(8), 709-723.

- Schmidtke, A., Bille-Brahe, U., DeLeo, D., Kerkhof, A. F. J. M., Bjerke, T., Crepaf, P., ... & Pommereau, X. (1996). Attempted suicide in Europe: rates, trend. S and sociodemographic characteristics of suicide attempters during the period 1989–1992. Results of the WHO/EURO Multicentre Study on Parasuicide. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *93*(5), 327-338.
- Stolbach, B. C., Minshew, R., Rompala, V., Dominguez, R. Z., Gazibara, T., & Finke, R. (2013). Complex trauma exposure and symptoms in urban traumatized children: a preliminary test of proposed criteria for developmental trauma disorder. *Journal of Traumatic Stress*, *26*(4), 483-491.
- Tishler, C. L., Reiss, N. S., & Rhodes, A. R. (2007). Suicidal behavior in children younger than twelve: a diagnostic challenge for emergency department personnel. *Academic Emergency Medicine*, *14*(9), 810-818.
- Tousignant, M., Bastien, M. F., & Hamel, S. (1993). Suicidal attempts and ideations among adolescents and young adults: the contribution of the father's and mother's care and of parental separation. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, *28*(5), 256-261.
- Tyler, K. A. (2002). Social and emotional outcomes of childhood sexual abuse: A review of recent research. *Aggression and Violent Behavior*, *7*(6), 567-589.
- Yuen, N., Andrade, N., Nahulu, L., Makini, G., McDermott, J. F., Danko, G., ... & Waldron, J. (1996). The rate and characteristics of suicide attempters in the native Hawaiian adolescent population. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, *26*(1), 27-36.
- Wagner, B. M., Cole, R. E., & Schwartzman, P. (1995). Psychosocial correlates of suicide attempts among junior and senior high school youth. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, *25*(3), 358-372.
- Walker, J. L., Carey, P. D., Mohr, N., Stein, D. J., & Seedat, S. (2004). Gender differences in the prevalence of childhood sexual abuse and in the development of pediatric PTSD. *Archives of women's mental health*, *7*(2), 111.
- Weissman, M. M., Bland, R. C., Canino, G. J., Greenwald, S., Hwu, H. G., Joyce, P. R., ... & Newman, S. C. (1999). Prevalence of suicide ideation and suicide attempts in nine countries. *Psychological medicine*, *29*(01), 9-17.
- Weissman, M. M., Wolk, S., Goldstein, R. B., Moreau, D., Adams, P., Greenwald, S., ... & Wickramaratne, P. (1999). Depressed adolescents grown up. *Jama*, *281*(18), 1707-1713.
- Wunderlich, U., Bronisch, T., Wittchen, H. U., & Carter, R. (2001). Gender differences in adolescents and young adults with suicidal behaviour. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *104*(5), 332-339.
- Yen, S., Shea, M. T., Sanislow, C. A., Grilo, C. M., Skodol, A. E., Gunderson, J. G., ... & Morey, L. C. (2004). Borderline personality disorder criteria associated with prospectively observed suicidal behavior. *American Journal of Psychiatry*, *161*(7), 1296-1298.
- Yoder, K. A. (1999). Comparing suicide attempters, suicide ideators, and nonsuicidal homeless and runaway adolescents. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, *29*(1), 25-36.

Ystgaard, M., Hestetun, I., Loeb, M., & Mehlum, L. (2004). Is there a specific relationship between childhood sexual and physical abuse and repeated suicidal behavior?. *Child abuse & neglect*, 28(8), 863-875.

van der Kolk, B. A., Pynoos, R. S., Cicchetti, D., Cloitre, M., D'Andrea, W., Ford, J. D., ... & Stolbach, B. C. (2009). Proposal to include a developmental trauma disorder diagnosis for children and adolescents in DSM-V. *Unpublished manuscript*.

Winters, N. C., Kathleen Myers, M. D., & Proud, L. (2002). Ten-Year Review of Rating Scales. III: Scales Assessing Suicidality, Cognitive Style, and Self-Esteem. *Child & Adolescent Psychiatry*, 41(10), 1150-1181.

Žukauskienė, R., Pilkauskaitė – Valickienė, R., Malinauskiene, O., Kratavičienė, R. (2004). Evaluating behavioral and emotional problems with the Child Behavior Checklist and Youth Self-Report scales: cross-informant and longitudinal associations. *Medicina*, 40, 169–177.

Anotace

Teoretická část dizertační práce pojednává o důsledcích těžké traumatizace, kterou zakoušejí děti a adolescenti. Soustřeďuje se především na interpersonální traumatické stresory, které jsou častým a systematicky se vyskytujícím jevem v životě dětí. Celkově lze interpersonální traumatizaci v dětství charakterizovat jako závažné selhání systému péče či jeho pervazivní narušení. Téměř výhradně jsou to pečující osoby, které vystavují děti a adolescenty široké škále různých druhů interpersonálních traumatických životních událostí, mnohdy kontinuálně v průběhu několika let, což představuje systémový zásah do zdravého vývoje jedince. Tato polyviktimizace či polytraumatizace je doprovázena subjektivními prožitky nespravedlnosti, nenávisi, zrady a má na život člověka mnohem závažnější dopad než nehody, nemoci nebo přírodní katastrofy. Většina chronicky týraných dětí si vytvoří dezorganizovaný a disociativní styl vztahové vazby. Kumulativní interpersonální traumatizace v dětství ohrožuje duševní zdraví dětí, adolescentů a následně i dospělých jak z krátkodobého, tak i z dlouhodobého hlediska.

Ukazuje se, že používaná diagnóza Posttraumatické stresové poruchy (PTSP) zachycuje jen dílčí aspekty posttraumatické psychopatologie. Žádná současná psychiatrická diagnóza neobjasňuje klastr symptomů, vyskytující se často u dětí vystavených interpersonálnímu traumatu. Ve světle řady výzkumných studií je v práci proto diskutován nový přístup k tomuto typu traumatizace v dětství. Jde o zkušenost mnohočetných, kumulativních, chronických a prolongovaných vývojově nepříznivých traumatických událostí odehrávajících se po určité delší časové období ve specifických interpersonálních vztazích a kontextech na začátku života (dětství, adolescence). Tato zkušenost nad rámec symptomů PTSP způsobuje závažnou biopsychosociální dysregulaci v afektivní, somatické, kognitivní, behaviorální, interpersonální oblasti a dysregulaci vlastní identity. V práci je tak rozpracován van der Kolkův návrh diagnózy Vývojové traumatické poruchy (VTP, van der Kolk 2005). Kriticky jsou diskutovány možnosti diagnostiky a efektivní léčby komplexního interpersonálního vývojového traumatu.

Výzkumná část dizertační práce se zabývá rozsahem negativního dopadu traumatických zkušeností na duševní zdraví - psychopatologii (posttraumatických, internalizovaných a externalizovaných symptomů, deprese a suicidality) adolescentních psychiatrických pacientek.

Povaha, rozsah a intenzita traumatických zkušeností byly zkoumány pomocí sebeposuzovacího dotazníku ETI-SR-SF. U dívek ve výzkumném souboru bylo zjištěno rozsáhlé množství traumatických zkušeností především interpersonální povahy. Drtivá většina výzkumného souboru zažila více než jednu traumatickou zkušenost, $\frac{1}{4}$ dívek uvedla 0-8 traumatických zkušeností, $\frac{1}{2}$ dívek zažila 9-15 traumatických zkušeností a $\frac{1}{4}$ dívek zažila dokonce 16-26 traumatických zkušeností.

Na základě shlukové analýzy byl soubor rozdělen na 3 skupiny dle míry traumatických zkušeností: mírně traumatizované dívky zažily průměrně 6, polytraumatizované 11 a závažně polytraumatizované 18 traumatických zkušeností. 75% dívek ve výzkumném souboru bylo možno označit jako polytraumatizovaných. U (závažně) polytraumatizovaných dívek byla zjištěna přítomnost závažnějších typů traumatických zkušeností: závažná nehoda, smrt/onemocnění rodiče, rozvod rodičů, násilí v rodině, duševní nemoci rodičů, zkušenost s problematickým abúzem návykových látek rodičů, fyzické týrání (popálení, uhození, kopnutí) a psychické zneužívání (ponižování, ignorování, chladná výchova, selhání rodičů v chápání potřeb). Závažně traumatizované dívky byly navíc vystaveny závažné sexuální traumatizaci.

Míra psychopatologie dívek byla posuzována pomocí dotazníkových metod CDI a YSR; suicidální riziko bylo zjišťováno pomocí dotazníku CASPI. Pomocí statistické analýzy byla zjišťována souvislost míry traumatizace s psychopatií a suicidalitou. Vztah jednotlivých typů traumatických (obecných, emočních, fyzických a sexuálních) zkušeností s psychopatologickými škálami a suicidálním rizikem byl velmi těsný.

Po rozdělení výzkumného souboru do jednotlivých kvartilů podle počtu prožitých traumatických zkušeností byly takto vzniklé podsoubory srovnávány pomocí Wilcoxonova neparametrického testu. Závažně traumatizované dívky oproti mírně traumatizovaným na statisticky významné úrovni vykazovaly více posttraumatické symptomatologie, internalizovaných a externalizovaných symptomů, deprese a suicidálního rizika (téměř $\frac{2}{3}$ dívek z výzkumného souboru sdělily suicidální ideace, $\frac{1}{2}$ z nich se v životě pokusila o sebevraždu).

Závěrečná část výzkumu dizertační práce se věnuje analýze detailní vztahu jednotlivých typů traumatických zkušeností s vybranými typy psychopatologie a dokumentuje, že s narůstajícím množstvím traumatických zkušeností narůstá postupně míra psychopatologických symptomů (posttraumatických a internalizovaných symptomů, deprese a suicidálního rizika).

Výzkum přesvědčivě prokázal souvislost mezi nárůstem míry traumatických zkušeností a i jejich jednotlivých typů (emoční zanedbávání, fyzické týrání, sexuální traumatizace, traumatické zkušenosti v rodině) se závažností psychopatologie a suicidálního rizika.

Posttraumatické a internalizované symptomy, depresivní prožívání a suicidální riziko (ideace a pokusy) se u závažně polytraumatizovaných dívek vyskytovaly ve významně vyšší míře v porovnání s méně traumatizovanými dívkami.

Klíčová slova: Vývojová traumatická porucha, Komplexní posttraumatická porucha, Posttraumatická stresová porucha, Kumulativní trauma, Poly-viktimizace, Poly-traumatizace, Vývojově nepříznivě interpersonální trauma, Biopsychosociální dysregulace, Dezorganizovaná citová vazba, Symptomová komplexita, Deprese, Suicidalita.

Annotation

Depression and suicidality in polytraumatized adolescent girls

Theoretical part of the thesis deals with the impacts of severe traumatization experienced by children and adolescents. It focuses first of all on interpersonal traumatic stressors which often and systematically occur in children's lives. Generally, childhood interpersonal traumatization may be characterized as severe failure of the care system or its pervasive disruption. Nearly always it is caregivers who expose children and adolescents to a wide range of different interpersonal traumatic life events, often continually within a span of several years, which poses a system intrusion into the healthy development of an individual. This polyvictimization or polytraumatization is accompanied by subjective experiences of injustice, hatred and betrayal and has a much more severe impact on the individual's life than accidents, illnesses or natural disasters. The majority of chronically maltreated children develop a disorganised and dissociative style of attachment. Childhood cumulative interpersonal traumatization puts children's, adolescents' and subsequently adults' mental health at risk, both in the short and long run.

The currently used diagnosis of Posttraumatic Stress Disorder (PTSD) apparently captures only some aspects of posttraumatic psychopathology. No currently used psychiatric diagnosis clarifies the cluster of symptoms often occurring in children exposed to interpersonal trauma. Thus, having taken into account a range of research studies, a new approach to this type of childhood traumatization is discussed in the thesis. The focus is an experience with multiple,

cumulative, chronic and prolonged developmentally adverse traumatic events experienced within a specific longer period in specific interpersonal relationships and contexts in early life stages (childhood, adolescence). This experience exceeding the range of PTSD symptoms triggers a severe biopsychosocial dysregulation in affective, somatic, cognitive, behavioural and interpersonal areas, including dysregulation of one's identity. Thus, this thesis elaborates on van der Kolk's proposal of Developmental Trauma Disorder diagnosis (DTD, van der Kolk 2005). A critical discussion of diagnostic and efficient treatment possibilities of complex interpersonal developmental trauma is included.

The research part of the thesis deals with the extent of the negative impact of traumatic experiences on mental health - psychopathology (posttraumatic, internalizing and externalizing symptoms, depression and suicidality) of adolescent female psychiatric inpatients.

Character, range and intensity of traumatic experiences were assessed by self-reported ETI-SR-SF questionnaire. The research sample of female patients revealed a wide range of traumatic experiences of mainly interpersonal nature. Overwhelming majority of the research sample was exposed to more than one traumatic experience, one quarter of the girls reported 0 – 8 traumatic experiences, a half of the girls was exposed to 9 – 15 traumatic experiences and a quarter of them was exposed to even 16 – 26 traumatic experiences.

Based on cluster analysis the sample was divided into 3 groups according to the range of traumatic experiences: less severely traumatized girls were exposed to average 6 traumatic experiences, polytraumatized girls were exposed to 11 and severely polytraumatized to 18 traumatic experiences. 75% girls in the research sample were labelled as polytraumatized. More serious types of traumatic experiences were present in (severely) polytraumatized girls: severe accident, death/illness of a parent, parental divorce, familial violence, parental mental disease, abuse of addictive substances in parents, physical abuse (burns, hits and kicks) and psychical abuse (humiliation, disregard, unaffectionate upbringing, parental failure to recognize the child's needs). Additionally, severely traumatized girls were exposed to severe sexual traumatization.

The extent of the girls' psychopathology was assessed by CDI and YSR questionnaire methods; suicidal risk was assessed by CASPI questionnaire. The association between the extent of traumatization and psychopathology and suicidality was assessed by statistical analysis. The relationship of individual types of traumatic (general, emotional, physical and sexual) experiences with psychopathological scales and suicidal risk was very close.

The research sample was divided into individual quartiles according to the number of traumatic experiences the girls had been exposed to and the resulting subsamples were compared by Wilcoxon nonparametric test. Compared to less severely traumatized girls the severely traumatized girls showed more posttraumatic symptomatology, internalizing and externalizing symptoms, depression and suicidal risk (nearly two thirds of the girls from the research sample reported suicidal ideation, half of them had a history of suicide attempt).

The final part of the thesis research deals with a detailed analysis of the relationship between the individual types of traumatic experiences and selected types of psychopathology. The research has revealed that the more traumatic experiences one has been exposed to the more psychopathologic symptoms (posttraumatic and internalizing symptoms, depression and suicidal risk) there are.

The research has convincingly demonstrated association between the increase in the range of traumatic experiences and their individual types (emotional neglect, physical maltreatment, sexual traumatization, familial traumatic experiences) and the severity of psychopathology and suicidal risk. Compared to less traumatized girls, posttraumatic and internalizing symptoms, depressive mood and suicidal risk (ideation and attempts) occurred in severely polytraumatized girls in significantly higher degree.

Keywords: Developmental trauma disorder, Complex Posttraumatic stress disorder, Posttraumatic stress disorder, Cumulative trauma, Poly-victimization, Poly-traumatization, Developmentally adverse interpersonal trauma, Bio-psychosocial dysregulation, Symptom complexity, Disorganized attachment, Depression, Suicidality.