

Ministerstvo zdravotníctva Slovenskej republiky podľa § 45 ods. 1 písm. c) zákona č. 576/2004 Z. z. o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov vydáva štandardný postup:

Porucha primárnych vzťahov v detstve

Číslo ŠP	Dátum prvého predloženia na Komisiu MZ SR pre ŠDTP	Status	Dátum účinnosti schválenia ministrom zdravotníctva SR
0090	27. novembra 2019	schválené	1. mája 2020

Autori štandardného postupu

prof. PhDr. Marta Horňáková, PhD.

Odborná podpora tvorby a hodnotenia štandardného postupu

Prispievatelia a hodnotitelia: členovia odborných pracovných skupín pre tvorbu štandardných diagnostických a terapeutických postupov MZ SR, hodnotitelia AGREE II, hlavní odborníci MZ SR; členovia príslušných výborov Slovenskej lekárskej spoločnosti; interdisciplinárnych odborných spoločností; odborný projektový tím MZ SR pre ŠDTP a pacientske organizácie zastrešené AOPP v Slovenskej republike

Odborní koordinátori: MUDr. Peter Bartoň; MUDr. Kvetoslava Bernátová, MPH; prof. MUDr. Mariana Mrázová, PhD., MHA; prof. PhDr. Monika Jankechová, PhD., MHA; MUDr. Štefan Laššán, PhD.; MUDr. Ľubomíra Izáková, PhD.; MUDr. Jozef Kalužay, PhD.

Odborná podpora tvorby a hodnotenia štandardného postupu

PhDr. Kvetoslava Kotrbová, PhD., MPH. ; doc. PhDr. Albín Škoviera, PhD.; PaedDr. Erika Kováčsová, PhD.

Recenzenti

členovia Komisie MZ SR pre ŠDTP: MUDr. Štefan Laššán, PhD.; MUDr. Kvetoslava Bernátová, MPH; PharmDr. Miriam Vulevová, MBA; MUDr. Peter Bartoň; PharmDr. Zuzana Baťová, PhD.; MUDr. Beata Havelková, MPH; MUDr. Miroslav Halecký; MUDr. Martin Vochyan; prof. MUDr. Jozef Holomáň, CSc.; doc. MUDr. Martin Hrubíško, PhD., mim. prof.; MUDr. Ladislav Šinkovič, PhD., MBA; prof. MUDr. Ivica Lazúrová, DrSc.; prof. MUDr. Pavol Žúbor, PhD., DrSc.; MUDr. Róbert Hill, PhD.; MUDr. Andrej Zlatoš; PhDr. Mária Lévyová; prof. MUDr. Mária Šustrová, CSc.; MUDr. Jana Kelemenová; Ing. Jana Netriová, PhD. MPH; Mgr. Renáta Popundová; Mgr. Katarína Mažárová; MUDr. Jozef Kalužay, PhD; doc. MUDr. Jozef Šuvada, PhD., MPH, mim. prof.

Technická a administratívna podpora

Podpora vývoja a administrácia: Mgr. Zuzana Kuráňová; Ing. Barbora Vallová; Mgr. Ľudmila Eisnerová; Mgr. Mário Fraňo; JUDr. Marcela Virágová, MBA; Ing. Marek Matto; prof. PaedDr., PhDr. Pavol Tománek, PhD.; JUDr. Ing. Zsolt Mánya, PhD.; Mgr. Sabína Brédová; Ing. Mgr. Liliana Hruzíková; Ing. Bc. Zuzana Marton; Ing. Zuzana Poláková; Mgr. Tomáš Horváth; Ing. Martin Malina; PhDr. Katarína Gatialová

Podporené grantom z OP Ľudské zdroje MPSVR SR NFP s názvom: „Tvorba nových a inovovaných štandardných klinických postupov a ich zavedenie do medicínskej praxe” (kód NFP312041J193)

Kľúčové slová

porucha primárnej väzby, odmietanie, ohrozovanie, neadekvátne zaobchádzanie, dysfunkčný rodinný systém, syndróm týraného, zneužívaného a zanedbávaného dieťaťa (CAN), spolužitie so závislým, psychicky chorým rodičom

Zoznam skratiek a vymedzenie základných pojmov

CAN	Child Abuse and Neglect (Syndróm týraného, zneužívaného a zanedbávaného dieťaťa)
CNS	Centrálny nervový systém
FAS	Fetálny alkoholový syndróm (Fetal Alcohol Syndrom)
MKF	Medzinárodná klasifikácia funkčnej schopnosti, disability a zdravia
MKCH 10	Medzinárodná klasifikácia chorôb 10

Pojmy:

Primárne vzťahy v detstve - vzťahy s osobami, ktoré naplňajú potreby dieťaťa v osobnej starostlivosti.

Porucha primárnych vzťahov - dysfunkčné vzťahy dieťaťa s blízkymi osobami v takej miere, že je ohrozený jeho vývin a zdravie.

Rizikové dieťa v primárnom vzťahu - dieťa nechcené, s oslabením vnímania, závažným zdravotným stavom, s dlhou potrebou intenzívnej zdravotnej starostlivosti, s poruchami vývinu alebo správania a pod.

Rizikový rodič - so zníženými predpokladmi vytvárať a udržiavať vzťah s dieťaťom (rozumieť jeho signály, vzbudiť záujem, udržiavať a včas ukončiť spoločnú aktivitu, sledovať jeho dobro), so psychickým ochorením, v ťažkej osobnej situácii, s neuspokojivými vzťahmi a pod.

Kompetencie

Gynekológ a pôrodník preventívne sleduje okrem zdravotného stavu aj postoje matky k plodu a jej mentálnu pohodu.

Ak zistí odmietanie dieťaťa, zanedbávanie starostlivosti o seba alebo sebapoškodzovanie (užívanie psychoaktívnych látok), nasmeruje ju k inému odborníkovi, alebo do podpornej skupiny.

Neonatológ a sestry zabezpečia uloženie dieťaťa na matkinu hrud', sledujú a podporujú jej interakciu s dieťaťom. Podporujú aj vznik vzťahu s otcom, ak je prítomný.

Pediatier si všíma interakciu rodičov s dieťaťom, častú chorobnosť dieťaťa, bolesti bez objektívneho nálezu a iniciuje ďalšiu odbornú starostlivosť.

Lekár špecialista (neurológ, lekár FBLR a pod.) – všíma si interakciu rodič – dieťa, informuje ho o možných dôsledkoch pre vnímanie bezpečia, spracovanie stresu a ako možno podporiť dieťa. V prípade závažnejších problémoch iniciuje ďalšiu odbornú pomoc v tíme alebo na špecializovaných pracoviskách.

Klinický psychológ vedie diagnostický/terapeutický rozhovor, poradenstvo, pomáha riešiť pozadie problémov, sprevádza vzťahom k dieťaťu.

Liečebný pedagóg iniciuje aktivity rodiča a dieťaťa na prehĺbenie vzťahu, vytvára priestor na riešenie aktuálnych praktických problémov, ponúka programy/rodičovské skupiny na podporu rodičovských kompetencií, posilnenie radosti z rodičovstva a zmysluplné fungovanie pri napĺňaní potrieb rodiny.

Psychoterapeut- odborník, zdravotnícky pracovník so vzdelaním a certifikátom v certifikovanej pracovnej činnosti psychoterapia podľa príslušného psychoterapeutického smeru, zapísaný v zozname psychoterapeutov. Podporuje psychické zdravie, proces liečby a buduje zrelšie modely konania u rodiča i dieťaťa. Špecifickú psychoterapiu vykonáva psychiater, psychológ a iný odborník s absolvovaným výcvikom v danom psychoterapeutickom prístupe certifikovanom odbornou organizáciou v zmysle príslušnej platnej legislatívy.

Sociálny pracovník – identifikuje príčiny neuspokojivého vzťahu matka – dieťa, podporuje prijatie a pochopenie dieťaťa, pri podozrení na závažné a dlhodobé nedostatky iniciuje ďalšiu zdravotnú starostlivosť a spoluprácu s centrom pre včasnú intervenciu, prípadne pediatrom

Úvod

Narušené primárne vzťahy predstavujú ohrozenie vývinu a zdravia dieťaťa. Zdravé dieťa po narodení spoznáva matku podľa hlasu, zapamätá si jej tvár. Potrebuje ju pre svoje bezpečie. Ak sa ho nedotýka, nevstupuje s ním do interakcie, znižuje sa jeho odolnosť. Je odkázané na vnímavú prítomnosť dospelých, vtedy sa v jeho mozgu vytvárajú zrkadlové neuróny, ktoré mu umožňujú chápať sociálne reakcie. Potrebuje byť vnímané ako hodnotné, s potenciálmi a možnosťami. Neisté vzťahy, odmietanie, vážne narušenie vzťahov a život v ťažkých okolnostiach zasahujú dieťa v každom veku, ale vždy iným spôsobom. Spravidla reaguje ochorením. Nechcené dieťa slabšie prospieva už v prenatálnom veku, rodí sa predčasne, môže mať vtedy.

Príčinou rodičovských zlyhaní vo vzťahoch s dieťaťom sú často nevyriešené vlastné vzťahy s pôvodnou rodinou, osobné problémy, ochorenia, zlozvyky, akútne krízy a nízka sociálna opora. Pri poruchách primárnych vzťahov nejde o izolované udalosti ale o dlhodobé a opakované záťažové skúsenosti.

Pri zvýšenej chorobnosti, oslabení imunity, sklone k úrazom, pri poruchách správania a psychického zdravia dieťaťa je potrebné zvažovať v etiológii aj vzťahovú depriváciu a potrebu podporných, terapeutických a poradenských opatrení nielen pre dieťa, ale aj pre jeho rodinu.

Poruchy primárnych vzťahov v detstve sú komplexom problémov rodiny, ktorý si vyžaduje transsektorálny prístup. Je to problém, ktorý musia riešiť rezorty školstva, vnútra, sociálnych vecí a rodiny i tretí sektor (nizkoprahové zariadenia, záujmové združenia a iné). Tento odporúčaný postup bol vytvorený na základe štúdií a publikácií v oblasti poradenstva, výchovy a liečby detí v dysfunkčných rodinných podmienkach (Mareš, 2010; Hašto, 2012; Matoušek, 2017). Tiež na základe európskych odporúčaní, odborných poznatkov od v problematike rešpektovaných a uznávaných autorít a v praxi klinicky overených skúseností (Leyendecker, 2010; Barvíková, Palonciová, 2016; Pretis, Dimová, 2016). Metaanalýzy a multicentrické, randomizované kontrolované štúdie sú spravidla úzko zamerané na niektorú časť v tejto problematike.

Hodnotenie váhy dôkazov:

Ia: metaanalýzy alebo systematické prehľady randomizovaných kontrolovaných klinických štúdií

Ib: aspoň jedna randomizovaná klinická kontrolovaná štúdia

IIa: aspoň jedna kontrolovaná štúdia bez randomizácie

IIb: aspoň jedna štúdia iného typu, napr. kvázi-experimentálna, bez randomizácie


III: deskriptívne štúdie, ako napr. komparatívne, korelačné a kazuistiky

IV: odborné odporúčania, názory a klinické skúsenosti rešpektovaných autorít

Prevenca

Preventívne opatrenia sú najmä:

- identifikácia rizika (odmietanie, stres, zlozvyky matky, nevhodný životný štýl) a príprava na rodičovstvo, podpora vytvárania vzťahu k dieťaťu počas gravidity,
- cieleňá podpora vytvorenia puta dieťa – matka v prípade komplikovaného, alebo traumatického pôrodu, zdravotných ťažkostí dieťaťa, komplikácií s kŕmením a potreby náročnej opatery,
- poradenstvo a sprevádzanie rodičovstvom pre matky so zlou sociálnou situáciou, osamelé, psychicky choré, inak znevýhodnené matky a ich partnerov (závislé, nezamestnané, vulnerabilné osoby so sklonom k násiliu), posilniť a mobilizovať zdroje zvládania,
- včasná intervencia - pomôže odhaliť a riešiť reálne problémy v starostlivosti a podporiť výchovné kompetencie rodičov vtedy, ak sa narodí dieťa s rizikovým vývinom (Pretis, Dimová, 2016),
- komunitné formy pomoci rizikovým rodinám, sanácia rodín, sociálna opora.

Klinická otázka		
	ŠTANDARDNÝ DIAGNOSTICKÝ A TERAPEUTICKÝ POSTUP PORUCHA PRIMÁRNYCH VZŤAHOV V DETSTVE	
Včasné opatrenia prispejú k vyššej efektívite preventívnych opatrení.	IV	PRETIS, M., DIMOVÁ, A. (2016) THELEN, CH. (2014) STERN, D. N. (2007) PREKOPOVÁ, J. (2009)
Odporúčania pre prax:		
1) Sledovať charakteristiky psychického prežívania gravidity, v prípade zvýšenej úzkosti, ambivalencie, vyjadrenia obáv, neochoty prispôbiť životný štýl svojmu stavu, hľadať možnosti pomoci (rozhovor, prepojenie na podpornú skupinu, pomáhajúcu organizáciu). 2) Využiť rooming, po pôrode sledovať interakciu matka - dieťa, ponúknuť informácie o interakciách s dieťaťom, podporu, model pre zaobchádzanie s dieťaťom. 3) Pri narodení dieťaťa so zdravotným znevýhodnením zdôrazniť hodnotu dieťaťa, dať matkám istotu, že dieťa dostáva dobrú starostlivosť, že aj matka môže dostať pomoc, jednať s rodinou s úctou a porozumením pre ich možné negatívne reakcie.		

Epidemiológia

Narušenie primárnych a ďalších vzťahových väzieb dieťaťa spravidla nie je v súčasnosti epidemiologicky sledované v kontexte jeho zdravotných problémov. Býva často príčinou problémového správania, porúch zdravia, úrazov dieťaťa. Býva evidované okolím bez pomáhajúcej reakcie, alebo zostáva neodhalené a dieťaťu/rodine sa nedostáva potrebná starostlivosť a pomoc.

Patofyziológia

Dieťa je vo svojom vývine odkázané na vnímavú prítomnosť vzťažnej osoby, láskavú opateru, komunikáciu a bezpečie. Ak to nemá, prežíva stres, úzkosť, hnev, bezmocnosť. Silné negatívne emócie, strach, stres, bezmocnosť poškodzujú fungovanie organizmu; narušujú neuro-imuno-humorálnu (Klímová, Fialová, 2015) i psychickú rovnováhu. Následkom sú poruchy spánku, príjmu potravy, obezita, alergie, znížené možnosti vyrovnáť sa so zápalom. Vedú k poruchám imunity. Tiež znižujú predpoklady pre učenie sa sociálnemu a morálnemu správaniu. Nedostatočná interakcia s matkou brzdí vytváranie zrkadliacich neurónov. Nedostatok vnímavej prítomnosti dospelého je základnou formou zanedbávania. Predráždenie CNS sťažuje oddych v spánku a riadne fungovanie mozgu. Deprivačné skúsenosti v ranom veku poškodzujú výstavbu mozgových štruktúr. Sociálne a morálne konanie je súčasťou jedného kontinua mozgovej činnosti, ktorej aktivita vykazuje rovnaké zapojenie oblastí prefrontálnej kôry (Churchlandová, 2015). Dieťa má neskôr problémy s pravidlami a protispoločenským správaním. V ranom štádiu sa vytvárajú a upevňujú modely správania dieťaťa. Ak sa utvárajú v stresovej situácii, vnikajú bariéry, ktoré sa javia ako biologická danosť a vyžadujú si veľa terapeuticko-výchovných intervencií, aby sa dosiahla zmena (Speck, 2008). Chaos, násilie a nevhodné modely správania sa vpečatujú a dieťa ich prijíma za svoje. Traumatizujúce skúsenosti pri nedostatku sociálnej opory a bezpečia vedú k posttraumatickej stresovej poruche s prejavmi širokej škály nápadností v správaní. Možný je regres, inhibícia,

vyhýbavé správanie, ale i disociácia, afektívne výbuchy, sebapoškodzovanie, porucha spánku, vylučovania, bolesti alebo agresia.

Vulnerabilný, rizikový rodič (traumatizovaný, psychicky chorý, závislý) zlyháva vo výchove aj ak sa snaží byť dobrým rodičom. Nevie dať bezpečie, zaviesť rituály, pravidlá, vzory. Depresívne matky (Essau, 2002) často cítia bezmocnosť a nepriateľstvo i voči svojim deťom, majú problém zvládať s nimi každodenný život. U detí je rastie riziko ochorenia na depresiu. Prevažne negatívne emócie nedokáže amygdala u malých detí spracovať. Kaskáda stresu sa posilní a prerastie do syndrómu depresie alebo psychického ochorenia. Prichádza k oslabeniu mozgového kmeňa, lebo stres obmedzuje delenie buniek glií, ktoré majú funkciu zásobovania. (Teicher a kol. 2002, Walser, 2010).

V školskom veku sú blízke vzťahy ohrozené problémami rodičov (neschopnosť vytvoriť harmonickú rodinu, postarať sa o potreby detí a ich záujmy, dať im perspektívu), konfliktom s požiadavkami školy, školskou neúspešnosťou. Depresívne matky (Essau, 2002) boli menej aktívne, ich zaobchádzanie s deťmi bolo tvrdé, viac kritické a negatívne, poskytovali menej fyzického i verbálneho kontaktu. Interakčné modely medzi matkou a dieťaťom sa vyznačovali naučenou bezmocnosťou: deti prejavovali menej radosti a hodnotili sa horšie. Často prežívali, že nevedia ako ďalej a cítili sa bezmocní. U detí, ktoré žili so závislým rodičom, sa zistili (Albrecht-Böhnke, Wunsch, Peters, 2011) časté:

- psychosomatické ochorenia (astma, enuréza, zníženie imunity, poruchy príjmu potravy...),
- psychické a socializačné poruchy (depresie, fobie, delikvencia, poruchy pozornosti, znížené komunikačné schopnosti, hyperaktivita, manické poruchy),
- častejšie boli deti obeťami násillia, zneužívania, sami skoro siahali k drogám.

Pri zvýšenej závislosti na pomoci (syndróm FAS, mentálna disabilita, poruchy reči, zmyslov, chronické ochorenia, poruchách učenia), má pokles záujmu opatrovateľskej osoby o dieťa ešte dramatickejšie dôsledky. Vysoké riziko stresu prináša aj nerešpektovanie biorytmov, chaos, sústredenie na seba, pasivita, nezdržanlivosť, zneužívanie psychoaktívnych látok, život bez cieľov, bez hodnôt a úcty.

Extrémnou formou zlyhania vzťahov predstavuje syndróm týraného, zneužívaného a zanedbávaného dieťaťa (CAN - Child Abuse and Neglect), ktorý sa udáva u 1 -2 % detí. Má závažné následky - chronické poruchy psychického zdravia. Škodáček (2003) zistil vyšší výskyt u nás (5,4 %) a upozornil na nárast prípadov v ostatných rokoch, ale aj na nedostatky systému pre ich zachytenie. Odhadol, že k odbornému pedopsychiatrickému vyšetreniu príde na Slovensku asi tridsatina skutočne sa vyskytujúcich prípadov.

Klinická otázka



ŠTANDARDNÝ DIAGNOSTICKÝ A TERAPEUTICKÝ POSTUP PORUCHA PRIMÁRNYCH VZŤAHOV V DETSTVE

Zachytenie detí, ktoré vyrastajú v rizikových rodinách s vulnerabilnými rodičmi, je efektívne pre prevenciu psychiatrických aj somatických ochorení a pre podpornú intervenciu v zmysle posilnenia reziliencie.	Ia	COORE DESAI, C., REECE, J.A., SHAKESPEARE-PELLINGTON (2017)
	IV	THELEN, CH. (2014) KLÍMOVÁ, J. FIALOVÁ, M. (2015) PRETIS, M., DIMOVÁ, A. (2016)

Odporúčania pre prax:

- 1) Nepodceňovať situáciu, ak zjavne dieťa prešlo dlhým strádaním, aj keď sa javí dieťa byť v poriadku (je to bežná stratégia prežitia).
- 2) Ponúkať (nízkoprahové zariadenia, detské kluby, pravidelné stretnutia), kde dostanú vysvetlenie (nie si na vine, rodič je chorý, nájdi si blízku osobu, teš sa z čoho sa dá), nádej, oporu, príležitosť pre rozvíjanie schopností, vzťahov, samostatnosti.
- 3) Podporiť rodičovské kompetencie a chuť sa liečiť.

Klasifikácia

Pri klasifikácii je vhodný celostný prístup. Poruchy primárnych vzťahov môžu byť spojené už s utváraním primárnej väzby. Dieťa s neistým pripútaním, vyhábaným, ambivalentným, alebo dezorganizovaným pripútaním si vytvára schémy dysfunkčného vzťahového správania. Tie sťažujú sociálne napojenie a vedú k utvrdzovaniu nedostatkov v správaní a k vytváraniu dysfunkčných emocionálnych a kognitívnych schém – tichých postojov, pomocou ktorých chápe realitu. Sú jedinečné. Samotné symptómy porúch sa prejavujú individuálne v závislosti od veku, a životných okolností (Kordáčová, 2010).

Grawe (2007) uviedol, že štýl väzby, ktorý si vytvorila matka má zásadný vplyv na jej spontánne vzťahové správanie k dieťaťu. To dáva možnosť včas rozpoznať riziko a otvára možnosti pre ciele korekčné a podporné intervencie.

Dojča má už v piatom mesiaci vpečatené základné vzorce sociálneho správania, ale aj regulačné chyby a nápadnosti (Stern, 2007). Ak sú rozpoznané, je možné deťom sprostredkovať korektívne skúsenosti a zlepšiť smerovanie ich sociálneho vývinu. To je možné po celé obdobie vývinu, kedy je dieťa na dospelých závislé a žije v prostredí, ktoré nie je pre dieťa bezpečné a neuspokojuje jeho základné potreby.

V klasifikačných systémoch možno nájsť iba približné hodnotiace kritériá, lebo poruchy vzťahov nie sú ochorením, ale normálnou reakciou dieťaťa na nenormálne životné podmienky.

Podľa MKCH 10:

F94.1 - Reaktívna porucha príchylnosti u detí

F94.2 - Dezinhibovaná porucha príchylnosti u detí

Z61.3 - Udalosti vedúce k strate sebaúcty v detstve

Z62.3 - Nepriateľstvo voči dieťaťu, dieťa ako obetný baránok

Z62.4 - Emočné zanedbávanie dieťaťa

Klinický obraz

Klinický obraz je veľmi individuálny. Od úzkostných a len málo nápadných prejavov až po poruchy autistického spektra (Axlinová, 2017), alebo somatické, či psychiatrické poruchy a ochorenia. Symptómy nesúvisia priamo s typom poškodzujúceho správania, ale viac so spôsobom vyrovnávania sa s ním a od ostatných životných okolností.

U malého dieťaťa sa môžu rozvinúť neurotické poruchy – poruchy spánku, prijímania jedla, úzkostná separačná porucha, agresivita a podobne. Môže reagovať stratou záujmu o nové, napätím v prítomnosti rodiča a spokojnosťou, ak zostane sám. Tiež môže svoj strach preniesť na okolie, reagovať plachosťou, pomočováním, enkoprézou, mutizmom, mentálnym regresom až poruchami autistického spektra.

V predškolskom veku sú dôsledky zanedbávania a traumatizácie nápadnejšie. Dieťa môže mať problémy s udržiavaním primeraných vzťahov, so sebaobsluhou, so zaradením sa do skupiny detí. Môže sa prejavovať agresívne, alebo utiahnuto, pasívne, mať nízku toleranciu voči stresu, nerozumieť požiadavkám, mať zlozvyky. Chýbajú mu mnohé zručnosti, prejavuje sa zaostávanie. Časté sú poruchy správania (Hornáková, Račková, 2016).

Pre väčšie deti je typickým zdrojom zvládania snaha dávať okoliu najavo, že je s nimi všetko v poriadku. Objavuje sa disociácia, dezintegrácia. Symptómy sú často symbolické (bolesti brucha bez nálezu, zlý spánok, opakované ochorenia). Dieťa sa môže snažiť dospelým vždy vyhovieť, nedôveruje, bojí sa opustenia, uzatvára sa, nemá pocit sebahodnoty, inklinuje k poruchám správania, užívaniu návykových látok, sebaopoškodzovaniu, alebo ochoreniam. Často je sexuálne zneužívané.

Niekedy skrýva svoje problémy, pretože sa hanbí a preto sa mu nedostane potrebná pomoc. Dieťa reaguje modelmi patologického prispôsobenia, ktoré integruje do svojej osobnosti a ktoré sú potencionálnou príčinou zdravotných, vzťahových a sociálnych problémov aj v dospelosti. Hoci v školskom veku dieťa disponuje lepšími vyjadrovacími prostriedkami, zriedka nájde odvahu o svojich problémoch hovoriť. Spravidla vynakladá veľa úsilia, aby zakrylo svoju situáciu v rodine. Preberá starostlivosť o súrodencov, niekedy i o rodičov. Hanbí sa, cíti sa vinné. Treba si všimnúť oblečenie, únavnosť dieťaťa, jeho desiaty, nezáujem o učenie a rozvíjanie záujmov.


Diagnostika / Postup určenia diagnózy

Diagnostika sa opiera o objektívne údaje o vývine dieťaťa od prenatálneho veku do súčasnosti, o rodinných pomeroch a spôsobe výchovy. Pri podozrení na závažné psychické dôsledky neprimeraných vzťahov iniciuje pediater/iný odborný lekár ďalšie vyšetrenie a následnú odbornú pomoc. Následne pokračuje psychológ, psychiatier, liečebný pedagóg. Je dôležité, aby vytvorili tím a tak lepšie využili svoje možnosti intervenovať.

Odborníci v tíme vyhodnotia riziká porúch psychosociálneho vývinu, prítomné symptómy porúch zdravia, typ vzťahovej väzby, prognózu v súvislosti s povahou skúsenosti dieťaťa a jeho stratégiami zvládania, navrhnu opatrenia. U celkom malého dieťaťa sa vždy pozoruje spôsob interakcie matky s dieťaťom pri zadaných úlohách, to ako ho drží, ako dieťa reaguje na jej odchod z miestnosti. U detí v predškolskom veku je vhodná procesuálna diagnostika s využitím hry (Play-Doll, projektívnych hier) a kresby, informácie o správaní dieťaťa v jeho domácom prostredí. U detí v školskom veku údaje doplnia kresby, aktivity v rámci ergoterapie, písanie listov, denníka a pod.)

Súčasťou musí byť aj diagnostika rodiny (interakcia, komunikácia, hodnoty, napĺňanie potrieb, rituály, trávenie spoločného času), identifikovať spôsoby výchovy, prípadné konflikty a problémy.

Tab. č. 1

Diagnostické postupy v liečebnej pedagogike			
		ŠTANDARDNÝ DIAGNOSTICKÝ A TERAPEUTICKÝ POSTUP PORUCHA PRIMÁRNÝCH VZŤAHOV V DETSTVE	
Screening a diagnostika			
Poradie	Štandardný postup -	Dôkazová hodnota	Referencie
1.	Hodnotenie interakcie dieťaťa s rodičom, hodnotenie rodičovského správania. Pozorovanie hrového správania s bábkami, obsah kresieb, symbolické vyjadrenia, sebaobraz, väzby.	Ia	COORE DESAI, REECE, SHAKESPEARE-PELLINGTON (2017)
2.	Diagnostika správania dieťaťa s rizikovými vzťahmi - orientačný prehľad rizikových a protektívnych faktorov - prehľad o správaní dieťaťa (Wilhensen - Horňáková) - Doll-play, projektívne hry, kresby, voľná hra, správanie v skupine, pri povinnostiach	IV III	MATOUŠEK (2017) HORŇÁKOVÁ (2018) LO et al., (2017)


Diagnostické postupy v liečebnej pedagogike (pokračovanie tab. č. 1)



ŠTANDARDNÝ DIAGNOSTICKÝ A TERAPEUTICKÝ POSTUP PORUCHA PRIMÁRNYCH VZŤAHOV V DETSTVE

Screening a diagnostika

Poradie	Štandardný postup -	Dôkazová hodnota	Referencie
3.	<p>Diagnostika funkčnej disability, závažnosti porúch vzťahov. Časť Aktivita a účasť</p> <p>Kap. 1 d 110 ciele zmyslové skúsenosti (pozeranie, počúvanie, hmat, vnímanie príjemného), d 130 - 159 - napodobňovanie, opakovanie, učenie,</p> <p>Kap. 3 Komunikácia, d 309 - príjem správ, d 335 - tvorba neverbálnych správ,</p> <p>V kap. 7 Interpersonálne interakcie a vzťahy (u detí starších ako 3 roky), d 710 Základná interpersonálna interakcia (postoje, emócie, kontakt, tolerancia), d 720 Komplexná interpersonálna interakcia (vytváranie vzťahov, regulácia, pravidlá), d 750 Neformálne vzťahy (priatelia, známi, susedia), d 760 Rodinné vzťahy (rodič-dieťa, rodič-rodič, vzťahy so súrodencami...), d 810 Učenie a vzdelávanie,</p> <p>Pre zistenie sociálnej opory možno použiť hodnotenie z Faktorov životného prostredia, kap. 3. Podpora a vzťahy e 310 najbližšia rodina, e 315 širšia rodina, e 430 poskytovatelia osobnej starostlivosti - opatrovatelia, alebo e 355 odborníci v zdravotníckych oblastiach</p>	IV	MKF

Diagnostické postupy v liečebnej pedagogike (pokračovanie tab. č. 1)			
		ŠTANDARDNÝ DIAGNOSTICKÝ A TERAPEUTICKÝ POSTUP PORUCHA PRIMÁRNYCH VZŤAHOV V DETSTVE	
Screening a diagnostika			
Poradie	Štandardný postup -	Dôkazová hodnota	Referencie
4.	Diferenciálna diagnostika (možná zámena s poruchami ADHD, inými poruchami správania, psychickým ochorením) Dotazník disociácie v detstve Dotazník ADHD	Ia IV	NORMAN (2012) ŘÍČAN, KREJČÍROVÁ (2010) BARVÍKOVÁ, PALONCYOVÁ (2016)
5.	Diagnostika rodinného/sociálneho prostredia - projektívne hry - scenotest - klinické pozorovanie	IV	PRETIS, DIMOVÁ (2016) PÖTHE (2008)

Liečba

Diagnostika a terapia sa ponúka ako dieťaťu tak opatrovateľskej osobe s cieľom pomôcť pochopiť nápadné správanie dieťaťa, podporiť zdravú interakciu a jeho vývin. Samostatná práca s dieťaťom si vyžaduje nie len informovaný súhlas rodiča, ale aj jeho spoluprácu na zmenách.

Vhodná je terapia hrou, filiálna terapia, psychomotorická terapia. Negatívne zážitky si spravidla malé dieťa nepamätá, ale musí sa vyrovnávať s emóciami, ktoré sú spojené so zvýšeným kontom strachu a úzkosti. Zvlášť náročnú situáciu majú deti s biologicky podmieneným rizikovým vývinom (Pretis, Dimová, 2016), ktoré potrebujú aj včasnú intervenciu.


Vhodná je nedirektívna terapia hrou, arteterapia, muzikoterapia, prípadne psychomotorická terapia (podľa orientácie a záujmu dieťaťa). Spočiatku sa odporúča pracovať individuálne, prípadne aj s náhradným „rodičom“, potom zaradiť dieťa do skupiny, kde nájde deti, ktoré dodržia pravidlá a vedia spolupracovať. Terapia (raz týždenne hodina) následkov trvá najmenej rok, spravidla dva roky, aby sa mohli vytvoriť zrkadliace neuróny, ktoré mu pomôžu chápať sociálne situácie a primerane ich riešiť.

Vzhľadom na nepriaznivú prognózu je komplexná (interdisciplinárna) a dostatočne intenzívna obligatórna. Je efektívnejšia, ak sa realizuje tímovo a ak členovia tímu svoj postup koordinujú a pravidelne konzultujú.

U malých detí v rodičovskej opatere, kde nebola vytvorená pevná primárna väzba, matka a otec majú nízke rodičovské kompetencie ale snahu prekážky zvládnuť, sa osvedčil skupinový video-tréning na lepšiu identifikáciu potrieb dieťaťa a ich uspokojovania (Marte Meo) v rozsahu **hodina raz týždenne v dĺžke najmenej 10 týždňov a následné kontroly**. Pre rodičov, ktorí sami potrebujú pomoc a chcú zmenu, je vhodná rodinná terapia.

Vhodná je práca s príťažlivými aktivitami pre dieťa, ktoré umožňujú zlepšenie sebaobrazu, chuť učiť sa, samostatnosť, komunikáciu, spoluprácu a spolupatričnosť. Terapia trvá ako je uvedené vyššie.

Tab. č. 2

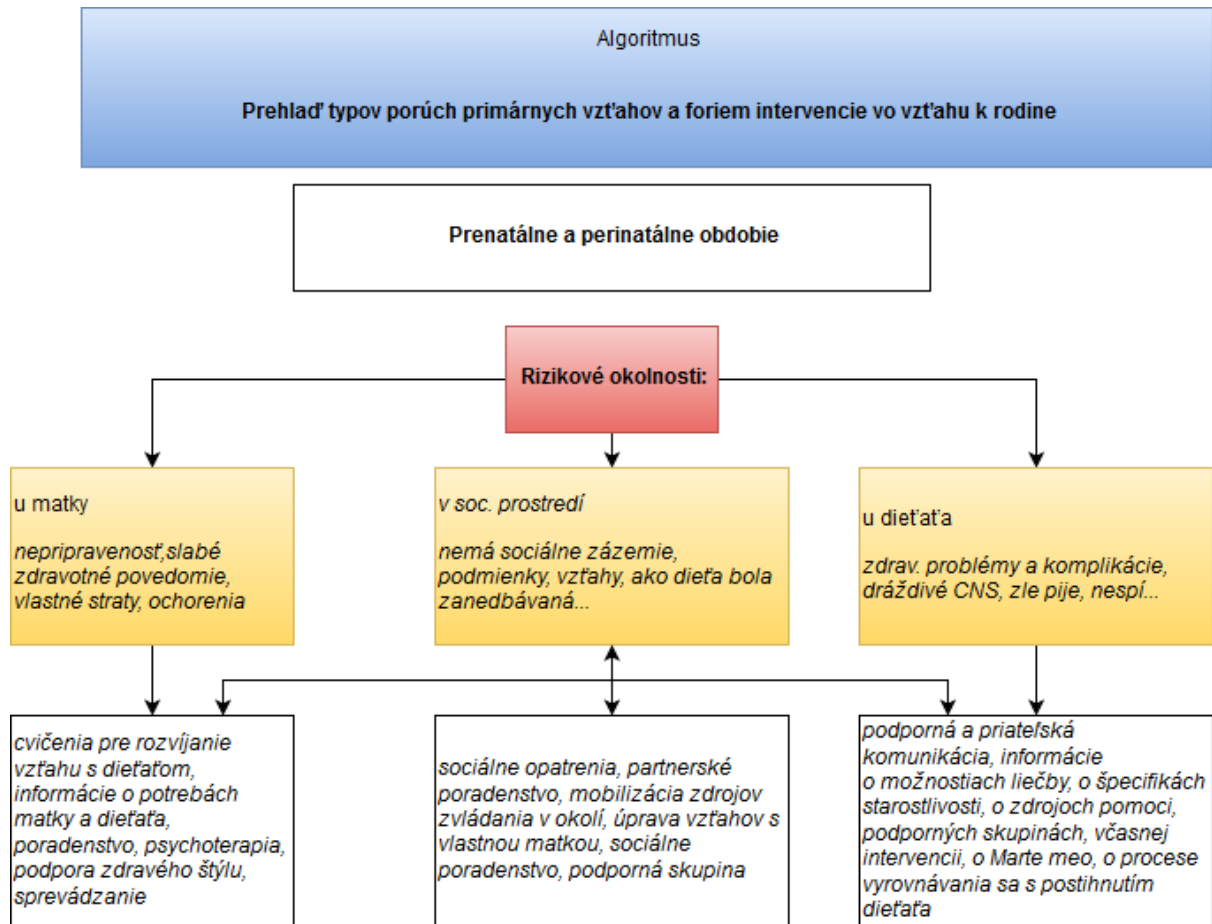
Liečebnopedagogická intervencia			
		ŠTANDARDNÝ DIAGNOSTICKÝ A TERAPEUTICKÝ POSTUP PORUCHA PRIMÁRNYCH VZŤAHOV V DETSTVE	
Screening a diagnostika			
Poradie	Štandardný postup -	Dôkazová hodnota	Referencie
1.	Rodič - program pre podporu rodičovského správania, sprevádzanie pri vyrovnávaní sa s vlastnou minulosťou, (nácvik interpretácie signálov dieťaťa - kontajnerovanie, interakcií s dieťaťom bez preťažovania alebo zanedbania, vytváranie bezpečia, prijatie dieťaťa). Dieťa - dojča, vytváranie príležitostí napodobňovať mimiku vzťažnej osoby, dávať najavo spokojnosť, nespokojnosť, pozorovať tvár, dotýkať sa, vnímať bezpečie.	Ia IV	PUT et al. (2018) STERN (2007) PÖTHE (2008) MATOUŠEK (2017)
2.	Rodič batolaťa - programy pre podporu komunikácie a rodičovských kompetencií (rituály, vyjadrovanie lásky, záujmu, vnímavá prítomnosť, dávanie pravidiel, vedenie k hodnotám, zmysluplné zamestnanie detí, zdravý životný štýl). Dieťa batola - interaktívne hry, podpora vývinu cez skúsenosti, zapájanie do života rodiny, spoločné činnosti. Dieťa v predškolskom a školskom veku - podpora prijatia dieťaťa v rodine a v skupine rovesníkov, imaginatívne hry pre podporu kognície a spracovania zážitkov, podpora empatie a sociálnych zručností. Filiálna hrová terapia, skupinová terapia hrou.	Ia IV	PUT et al. (2018) PÖTHE (2008) KEBZA (2005) DOIDGE (2017) AXLINOVÁ (2017)
3.	Programy pre budovanie reziliencie, mobilizácia zdrojov zvládania záťaží pri rodinnej psychopatológii (podporné skupiny zamerané na výchovu), kluby pre deti (vysvetlenie, komunikovanie s deťmi v podobnej situácii, sociálna opora, stratégie riešenia ťažkých situácií, rozvíjanie kreativity, možnosť relaxácie, zážitkov radosti, rozvíjania zručností a pod.). Využívanie umeleckých a aktivitných terapií.	Ia	MACBETH et al. (2015)
4.	Sanácia rodiny - rodinná terapia, resp. / nájdenie iného riešenia.	Ia	CHEN, CHAN (2016)

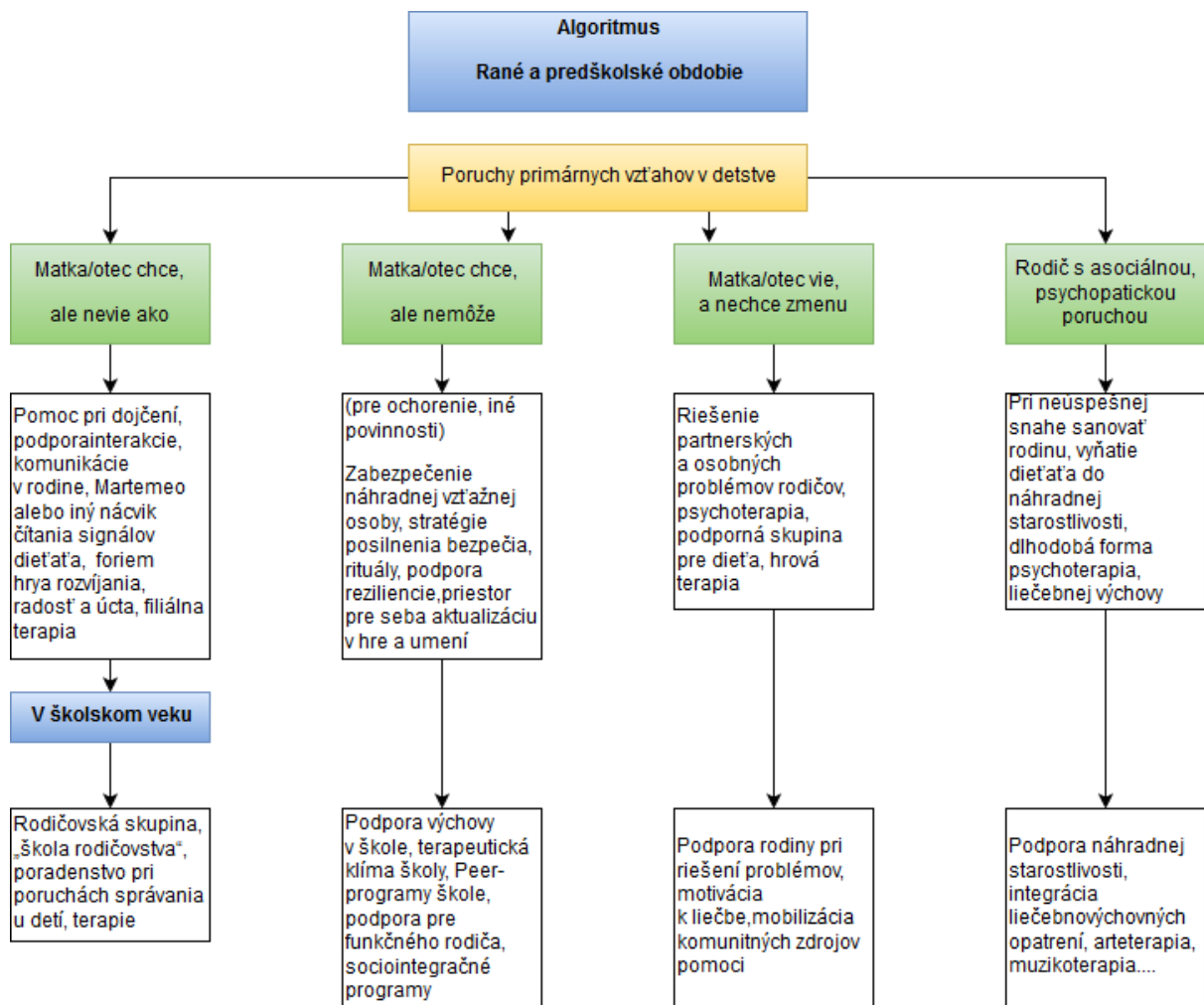
Ak je možná sanácia rodiny, má vždy prednosť pred vybratím dieťaťa do ústavnej starostlivosti. Sanácia rodiny má byť samozrejmom súčasťou psychiatrickej liečby rodiča, alebo sociálnej pomoci, alebo zdravotnej starostlivosti o dieťa. Zahrňuje mobilizáciu zdrojov pomoci v prostredí rodiny (priatelia, dobrovoľníci, organizácie, ďalší príbuzní). Odporúča sa (Komárik, 2009; Škoviera, 2011; Jennet, 2013; Jucovičová, Žáčková, 2015):

- komunikovať, vyjadrovať si úctu, kladné city, bezpodmienečne prijímať dieťa,
- stanoviť poriadok, rozumné požiadavky, postupovať jednotne,

- byť vľúdne dôsledným, usmerňovať aktivitu dieťaťa,
- zabezpečiť podnety, záujmy, robiť aktivity spoločne, hrať sa,
- využívať možnosti dostať potrebné formy pomoci, zapojiť sa do pomáhania iným.

Väčšina rodičov si želá dobro pre svoje deti, to je základ pre zmenu.





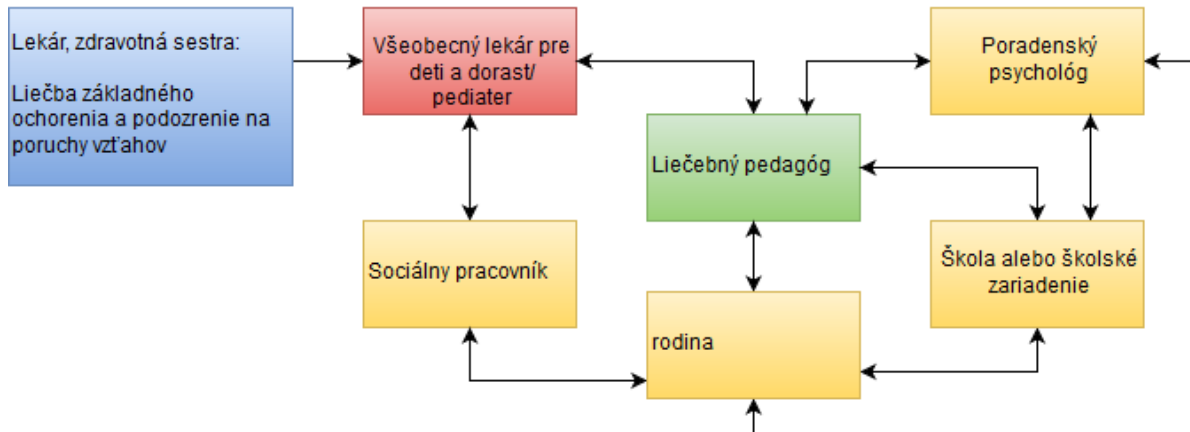
Prognóza

Ak sa dosiahne, že dieťa sa naučí tvorivo a prosociálne žiť aj so svojimi spomienkami a danosťami, je prognóza veľmi dobrá. Časť detí profituje aj z negatívnych skúseností, časť detí sa zotaví a je schopné viesť veku primeraný spôsob života, časť detí zostáva zvýšene zraniteľná a nesie vyššie riziko zlyhania. Bez poskytnutia pomoci významne rastie riziko sociálneho zlyhania, duševných a psychosomatických ochorení a delikvencie.

Stanovisko expertov (posudková činnosť, revízná činnosť, PZS a pod.)

V rámci posudkovej činnosti sa hodnotí stav dieťaťa, riziko ohrozenia a hľadá sa najvhodnejšie riešenie pre dieťa. Je dôležité, aby kontinuálna odborná starostlivosť o dieťa trvala, kým sa nedosiahne pre dieťa prospešný stav, kedy môže žiť perspektívnym a zdravým spôsobom života.

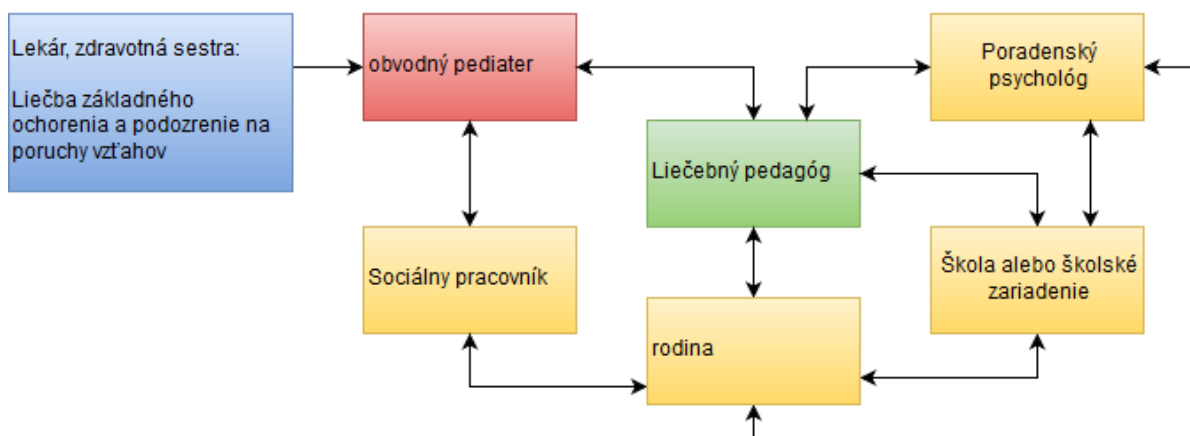
Algoritmus
Porucha primárnych vzťahov v detstve
Zabezpečenie a organizácia starostlivosti



Zabezpečenie a organizácia starostlivosti

Dôležité je dosiahnuť tímovú a medzirezortnú spoluprácu. Inak hrozí, že jednotlivé formy starostlivosti napriek dobrej kvalite neprinesú efekt, lebo pomoc prichádza s prieťahmi, nie je dost' intenzívna, nepôsobí jednotne a účinne pre nedostatok informácií a nedostatočné využívanie možností. Keď je dieťa s narušenými primárnymi vzťahmi zachytené pri hospitalizácii, môže následná starostlivosť prebiehať podľa diagramu:

Algoritmus
Porucha primárnych vzťahov v detstve



Ďalšie odporúčania

Pri depistáži a včasnej pomoci je potrebná spolupráca aj s políciou a s komunitnými zariadeniami. Pokiaľ je rodič hospitalizovaný s psychickým ochorením/závislosťou, alebo letálnym ochorením, dá sa predpokladať, že deti boli už dlhšie vystavené ťažkým situáciám, traumatizácii, prípadne prechádzajú krízou. Odborná pomoc sa musí týkať aj ich.

Doplnkové otázky manažmentu pacienta a zúčastnených strán

Dieťaťu je možné pomôcť len spolu s jeho okolím. Okrem spolupráce s náhradnými opatrovateľmi/vychovávateľmi/rodičmi, ako aj s ostatnými zdravotníckymi pracovníkmi a sociálnymi pracovníkmi sa vyžaduje spolupráca tiež s komunitou, školou, záujmovými, športovými a výchovnými organizáciami a sledovanie jeho fungovania v lokálnom prostredí.

Alternatívne odporúčania

Pokiaľ dieťa navštevujú školu a školské zariadenie, je nutné, aby bol upovedomený odborný tím o potrebe podpory dieťaťa a jeho rodiny v školskom prostredí.

Odporúčania pre ďalší audit a revíziu štandardu

Revízia po vydaní nových štandardizovaných testov EASI. Revízia po zavedení používania MKCH-11. Revízia každých 5 rokov za účelom doplnenia nových výskumných zistení.

Literatúra

1. AHNERT, L. 2014. Frühe Bindung. Entstehung und Entwicklung. München: Reinhardt, 2014. ISBN 978-3-497-02473-5. [úroveň váhy dôkazov IV]
2. ALBRECHT-BÖHNKE, WUNSCH, PETERS, 2011. Kids & Co. Hilfe für Kinder, Jugendliche und Elternhaus suchtblasteten Familien. Nepochikovaný text prednášky na odbornom seminári KLP, Pdf UK v Bratislave: Deti v ohrození. apríl, 2011. [úroveň váhy dôkazov IV]
3. AXLINOVÁ, V. 2017. Dibs v hľadani seba samého pri terapii hrou. Bratislava: Vydavateľstvo F. 2017. ISBN 978-80-88952-92-3. [úroveň váhy dôkazov IV]
4. BARVÍKOVÁ, J., PALONCYOVÁ, J. 2016. Děti rodiče a domácí násilí. Praha: VÚPaSV. [úroveň váhy dôkazov IV]
5. BRANDAU, H., PRETIS, M. 2009. Professionelle Arbeit mit Eltern. Herausforderungen und Konfliktlösungen. Innsbruck-Wien: Studien Verlag, 2009. ISBN 978-3-7065-4805-2. [úroveň váhy dôkazov IV]
6. BRENDRO, L, K., BROKENLEG, M., VAN BOCKERN S. (2002). Reclaiming Youth at Risk (revised edition). National Educational Service, Bloomington. ISBN: 1879639866. [úroveň váhy dôkazov III]
7. BRISCH, K. H. 2011. Bezpečná vzťahová väzba. Trenčín : Vydavateľstvo F, 2011. 150 s. ISBN 978-80-88952-67-1. [úroveň váhy dôkazov IV]

8. BOOTH, T. AND AINSWORTH, M. 2011. Index for Inclusion: Developing Learning and Participation in Schools. Centre for Studies on Inclusive Education, Bristol. [úroveň váhy dôkazov IV]
9. COORE DESAI, C., REECE, J.A., SHAKESPEARE-PELLINGTON, S. 2017 The prevention of violence in childhood through parenting programmes: a global review. Psychol Heal Med. 2017;22:166–86. [úroveň váhy dôkazov Ia]
10. DOIDGE, N. 2017. Váš mozek se dokáže uzdravit', 2017, Brno, Cerebrum, ISBN 978-80-264-1432-2. [úroveň váhy dôkazov IV]
11. ESSAU, A.C. 2002. Depression bei Kindern und Jugendlichen. München : Ernst Reinhardt, GmbH & Co KG, 2002, 220 s. ISBN 3-8252-2294-2. [úroveň váhy dôkazov IV]
12. FISCHER, F., MÖLLER, CH. 2018. Sucht, Trauma und Bindung bei Kindern und Jugendlichen. Stuttgart: Verlag W. Kohlhammer, 2018. ISBN 978-3-17-032003-1. [úroveň váhy dôkazov IV]
13. GRAWE, K. 2007. Neuropsychoterapie. Nové prístupy k terapii na základe poznatkov neurovedy. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-311-6. [úroveň váhy dôkazov IV]
14. HABETHA, S. et al. 2012. Deutsche Traumafolgekostenstudie – Kein Kind mehr – keine Trauma(kosten) mehr? Kiel, Schmidt & Klaunig, 2012. [úroveň váhy dôkazov IV]
15. HAŠTO, J. 2005. Vzťahová väzba. Ku koreňom lásky a úzkosti. Trenčín : Vydavateľstvo F, 2005, 300 s. ISBN 80-88952-28-X . [úroveň váhy dôkazov IV]
16. HAŠTO, J., VOJTOVÁ, H. 2012. Posttraumatická stresová porucha, bio-psycho-sociálne aspekty. Trenčín : vyd. F, 2012. ISBN. 978-80-88952-71-8. [úroveň váhy dôkazov IV]
17. HOCHLOVÁ, M. Psychologické aspekty týrania, zneužívania a zanedbávania detí. S. 35–52. In: Týranie, zneužívanie a za-nedbávanie detí. Pezinok, Jaspis 2000, 72 s. [úroveň váhy dôkazov IV]
18. HORŇÁKOVÁ, M., RAČKOVÁ, O. 2016. Poruchy správania ako výzva,. Ružomberok : Verbum. ISBN 978-80-561-0359-3. [úroveň váhy dôkazov IV]
19. HORŇÁKOVÁ, M. (2018) Liečebnopedagogická diagnostika. Bratislava: UK. 978-80-223-4613-9. [úroveň váhy dôkazov IV]
20. HOSKOVCOVÁ, S. 2006. Psychická odolnosť predškolského dieťaťa. Praha : Grada, 2006, 160 s., ISBN80-247-1424-8. [úroveň váhy dôkazov IV]
21. CHEN, M., CHAN, K.L., 2016. Effects of parenting programs on child maltreatment prevention: a meta-analysis. Trauma Violence Abuse 2016;17(1):88–104. [úroveň váhy dôkazov Ia]
22. CHURCHLANDOVÁ, P.S. 2015. Mozek a důvěra. Praha: Dybbuk, 2015. ISBN 978-80-73438-115-7. [úroveň váhy dôkazov IV]
23. JENETT, W. 2013. ADHD Porucha pozornosti s hyperaktivitou. Rádce pro rodiče a učitele. 100 tipů. Brno: Edika. Albatros Media a.s., 2013. 192 s. ISBN 978-80-266-0158-6. [úroveň váhy dôkazov IV]
24. JUCOVIČOVÁ, D., ŽÁČKOVÁ, H. 2015. Máme dítě s ADHD. Rady pro rodiče. Praha : Grada Publishing, a.s., 2015. 264 s. ISBN 978-80-247-5347-8 (print). [úroveň váhy dôkazov IV]
25. KEBZA, V. 2005. Psychosociální determinanty zdraví. Praha : Academia, 2005, 263 s. ISBN 80-200-1307-5. [úroveň váhy dôkazov IV]
26. KELLER, M. 2018. Raní vztah – celoživotní efekt. [úroveň váhy dôkazov IV] <https://www.google.com/search?q=marketa+keller+edinburgh&client=firefox-b->

d&ei=ds53XKX_CILikgW3w5GwDQ&start=10&sa=N&ved=0ahUKEwilkunQsd7gAhUCsaQKHbdh
BNYQ8tMDCIUB&biw=800&bih=381.

27. KLÍMOVÁ, J. FIALOVÁ, M. 2015. Proč (a jak) psychosomatika funguje? Nemoc začíná v hlavě? Každý příběh má řešení. Praha : Progresice Consulting, 2015. 238 s., ISBN978-80-260-8208-8. [úroveň váhy důkazov IV]
28. KOMÁRIK, E. Reziliencia a nové prístupy k výchove a vzdelávaniu. Bratislava: UK, 2009. 153 s. ISBN 978-80-223-2729-9. [úroveň váhy dôkazov IV]
29. KORDÁČOVÁ, J. 2010. Emočné schémy – nová téma v kognitívnej psychológii, alebo výzva pre kognitívnu psychológiu? S. 236 – 268. In : RUISEL, I. PROKOPČÁKOVÁ, A. Kognitívny koncept človeka. Bratislava : SAV, 2010, ISBN 978 80 -88910-29-9. [úroveň váhy dôkazov IV]
30. LAURSEN, T.M. et al. Filicide in offspring of parents with severe psychiatric disorders: a population-based cohort study of child homicide. *Journal of Clinical Psychiatry*, 2011, 72:698–703[úroveň váhy dôkazov IIa]
31. LO, S.L. et al. 2017. Associations between disorder-specific symptoms of anxiety and error-monitoring brain activity in young children. *J Abnorm Child Psychol*. 2017;45(7):1439–48. [úroveň váhy dôkazov III]
32. LEVINE, P. A., KLINEOVÁ, M. 2012. Trauma očima dítěte. Praha : Maitrea. 2012. ISBN978-80-87249-27-7. [úroveň váhy dôkazov IV]
33. LEYENDECKER, CH. 2010. Gefährdete Kindheit. Risiken früh erkennen, Ressourcen früh fördern. Stuttgart: Kohlhammer, 2010. ISBN 978-3-17-020954-1. [úroveň váhy dôkazov IV]
34. MACBETH, A. et al. 2015. Parenting: systematic review and meta-analysis of an intervention to promote sensitive parenting. *Dev Med Child Neurol*. 2015;57(12):1119–28. [úroveň váhy dôkazov Ia]
35. MAREŠ, J. 2010 Postraumatický rozvoj člověka. Praha : Grada, 2012 ISBN 978-80-247-3007-3. [úroveň váhy dôkazov IV]
36. MATOUŠEK, O. 2017. Dítě traumatizované v blízkých vztazích. Praha: Portál. 2017. ISBN 978-80-262-1242-3. [úroveň váhy dôkazov IV]
37. NORMAN, R.E., et al. 2012. The long-term health consequences of child physical abuse, emotional abuse, and neglect: a systematic review and meta-analysis. *PLoS Medicine*, 2012, 9(11):e1001349. [úroveň váhy dôkazov Ia]
38. OBUCH, I., 2016. Vývinové aspekty klinickej psychológie. In Heretik, A. a kol.: Klinická psychológia. Nové Zámky: Psychoprof, 2016. s. 129 - 149, ISBN 978-80-89322-24-4. [úroveň váhy dôkazov IV]
39. ONDRÁČEK, P.. 2003 Františku, přestaň konečně zlobit, nebo... Informace a podněty pro pedagogickou práci se žáky, kteří vyrušují při vyučování. Praha : ISV. 170 s. ISBN 80-86642-18-6. [úroveň váhy dôkazov IIa]
40. PACLT, I. a kol. Hyperkinetická porucha a poruchy chování. Praha : Grada Publishing, a.s., 2007. 240 s. ISBN 978-80-247-1426-4. [úroveň váhy dôkazov IIa]
41. PELZER, D. Dítě zvané "TO". Vydavatel'stvo : Columbus, 2007. 116 s. ISBN 80-7249-229-9. [úroveň váhy dôkazov IV]

42. PÖTHE, P. 2008. Emoční poruchy v dětství a dospívání. Psychoanalytický přístup. Praha: Grada. 2008. [úroveň váhy důkazov III]
43. PREKOPOVÁ, J. 2009. Pevné objekty. Cesta k vnitřní svobodě. Praha: Portál. 2009, 199. ISBN 978-80-7367-614. [úroveň váhy důkazov III]
44. PRETIS, M. DIMOVA, A. 2016. Frühförderung mit Kindern psychisch kranken Eltern. Wien. 2016. ISBN 978-3-497-02592-3. [úroveň váhy důkazov IV]
45. PUT, V.D. et al. 2018. Identifying effective components of child maltreatment interventions: a meta-analysis. *Clin Child Fam Psychol Rev.* 2018;21(2):171–202. [úroveň váhy důkazov Ia]
46. ŘÍČAN, P., KREJČÍROVÁ, D. 2010. Dětská klinická psychologie. Praha : Grada, 2010. 978-80-247-1049-5. [úroveň váhy důkazov IV]
47. RINK, J. E. Praktická pedagogika. Bratislava : UK v Bratislave, 2005. 91 s. ISBN 80-223-2133-8. [úroveň váhy důkazov IV]
48. RUPPERT, Franz. 2008. Symbióza a autonómie. Traumata z narušeného systému rodinných väzob. Praha : Portál, 2011, s.272, ISBN 978-80-262-0004-8. [úroveň váhy důkazov IV]
49. SCHUSTEROVÁ, I., 2018. Dieťa v ranom veku ako obeť alebo svedok trestného činu. In Zb.: Podpora duševného zdravia detí a rodín - nové výzvy a vízie. Bratislava: VÚDPaP, 2018. ISBN 978-80-89698-24-0. [úroveň váhy důkazov IV]
50. SETHI D E. T al. The european report on preventing elder maltreatment. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2011. [úroveň váhy důkazov IV] (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0010/144676/e95110.pdf,
51. SPECK, O., 2008. Hirnforschung und Erziehung. Eine pädagogische Auseinandersetzung mit neurobiologischen Erkenntnissen. München Basel : Ernst Reinhardt Verl. 2008, ISBN 978-3-497-01959-5. [úroveň váhy důkazov IV]
52. STRERN, D.N. 2007. První vztah. Matka a kojeneček. Dobra 2007. ISBN 978-80-86459-54-7. [úroveň váhy důkazov IV]
53. STERNBERG, K.L. et al. 2006 . Effects of early and later family violence on children's behaviour problems and depression: a longitudinal, multi-informant perspective. *Child Abuse & Neglect*, 2006, 30:283–306. [úroveň váhy důkazov IIa]
54. STOLTENBORGH, M. et al. 2013. Cultural–geographical differences in the occurrence of child physical abuse? A meta-analysis of global prevalence. *International Journal of Psychology*, 2013, 48:81–94. [úroveň váhy důkazov Ia]
55. ŠKODÁČEK, I. 2003. Častost' syndrómu zneužívaného a zanedbávaného dieťaťa. *PSYCHIATRIA*, 10, 2003, č. 2, s. 114-119. [úroveň váhy důkazov IV]
56. ŠKOVIERA, A. 2011. Prevýchova. Úvod do teórie a praxe. Bratislava : FICE, Národná sekcia v SR, 2011. 133 s. ISBN 978-80-969-2534-6. [úroveň váhy důkazov IV]
57. TAILOR, K., STEWART-TUFESCU, A., PIOTROVSKI, C. 2015. Children exposed to intimate partner violence: influences of parenting family distress, and siblings, *Journal of Family Psychology* Vo. 29, N.1., 29-38. [úroveň váhy důkazov Ib]

58. THELEN, CH. 2014. Psychische Gesundheit unterstützen – Prävention mit Marte Meo. (Podpora psychického zdravia – prevencia prostredníctvom Marte Meo.) In Heilpaedagogik.de. Berlín : Reinhardt, BHP. Ztschr. 1/2014, s. 6-10. [úroveň váhy dôkazov IV]
59. UTZ, H.E. 2006. Zur Aktualität der Neurowissenschaften: Zwischen Machbarkeitsglauben, gediegener Aufklärung und der Fundierung bewährter heilpädagogischer Prinzipien. Heilpädagogik.de, 2006/3., s. 3-9, 2006/ 4, s. 3 – 11. [úroveň váhy dôkazov IV]
60. VÁGNEROVÁ, M. 2012. Vývojová psychologie. Dětství a dospívání. Praha : Univerzita Karlova v Praze, 2012. 536 s. ISBN 978-80-2462-153-1. [úroveň váhy dôkazov IV]
61. VICIÁNOVÁ, K. 2000. Medicínske aspekty týrania, zneužívania a zanedbávania detí. S. 8–23. In: Týranie, zneužívanie a zanedbávanie detí. Pezinok, Jaspis 2000, 72 s. [úroveň váhy dôkazov IV]
62. WALSER, CH., 2010. Auswirkungen von chronischem Stress auf das Gehirn und Lernen. In: Schweizerische Zeitschrift für Heilpädagogik. Jg.16, 11-12/10. s. 6-1. [úroveň váhy dôkazov IV]
63. INSPIRE: seven strategies for ending violence against children. Geneva: World Health Organization; 2016 (http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/inspire/en/). [úroveň váhy dôkazov IV]
64. Výnos Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky č. 09812/2008-OL z 10. septembra 2008 o minimálnych požiadavkách na personálne zabezpečenie a materiálno-technické vybavenie jednotlivých druhov zdravotníckych zariadení, Vestník MZ SR, Ročník 56, Čiastka 32-51, 2008.
65. Zákon č. 461/2003 Z. z. o sociálnom poistení v znení neskorších predpisov

Poznámka:

Ak klinický stav a osobitné okolnosti vyžadujú iný prístup k prevencii, diagnostike alebo liečbe ako uvádza tento štandardný postup, je možný aj alternatívny postup, ak sa vezmú do úvahy ďalšie vyšetrenia, komorbidity alebo liečba, teda prístup založený na dôkazoch alebo na základe klinickej konzultácie alebo klinického konzília. Takýto klinický postup má byť jasne zaznamenaný v zdravotnej dokumentácii pacienta.

Účinnosť

Tento štandardný postup nadobúda účinnosť 1. mája 2020.

Peter Pellegrini, v. r.
predseda vlády
poverený riadením Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky