

UNIVERZITA KARLOVA

Filozofická fakulta

Katedra psychologie

Bakalářská práce



Lucie Zedníková

**Využití child-centered play therapy u dětí s nepříznivými
zkušenostmi v dětství**

**The Use of Child-Centered Play Therapy for Children
with Adverse Childhood Experiences**

Vedoucí bakalářské práce: Mgr. BcA. Kristýna Hrdličková

2025

Poděkování

V první řadě bych chtěla poděkovat vedoucí bakalářské práce Mgr. BcA. Kristýně Hrdličkové za její čas, trpělivost, podporu během celého procesu psaní, lidskost a odborné vedení. Velmi si vážím cenných podnětů a konstruktivních připomínek, které mi pomohly zlepšit kvalitu celé práce. Mé poděkování dále patří mamince za pomoc s jazykovou korekturou i celé rodině, příteli a přátelům za jejich stálou podporu a motivaci nejen při psaní této práce, ale i během celého studia.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně, že jsem řádně citovala všechny použité prameny a literaturu a že práce nebyla využita v rámci jiného vysokoškolského studia či k získání jiného nebo stejného titulu.

Lucie Zedníková

V Praze dne 26.4.2025

Abstrakt

Tato bakalářská práce se věnuje tématu využití Child-Centered Play Therapy (CCPT, *terapie hrou zaměřená na dítě*) u dětí, které prožily nepříznivé zkušenosti v dětství (ACEs, *Adverse Childhood Experiences*). ACEs zahrnují události, jako je zneužívání, zanedbávání či domácí násilí, které mohou mít negativní dopad na psychický, emocionální, sociální i fyzický vývoj dítěte a vést k traumatu nebo posttraumatické stresové poruše (PTSD).

Hlavním cílem práce je shrnout aktuální poznatky a formou systematického přehledu za použití metodiky PRISMA zhodnotit dostupné studie o účinnosti CCPT na zmírnění negativních dopadů u dětí vystavených ACEs. Práce objasňuje definici ACEs, jejich potenciální dlouhodobé následky a možnosti prevence, zdůrazňuje význam pozitivních zkušeností z dětství (PCEs) a psychické odolnosti. Rovněž představuje terapeutické přístupy jako Trauma-Focused Cognitive Behavioral Therapy (TF-CBT), Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) a především hlavní typ terapeutické intervence této práce, CCPT.

Výsledky systematického review ukazují, že CCPT je účinným přístupem pro zmírnění negativních dopadů ACEs u dětí, ačkoliv výzkumů zaměřených přímo na CCPT v souvislosti s ACEs je stále omezené množství. Práce přispívá k psychologické teorii a praxi tím, že poskytuje ucelený přehled možností využití CCPT jako terapeutické intervence pro děti vystavené traumatu nebo ACEs a podporuje její další integraci do terapeutické práce.

Klíčová slova: child-centered play therapy; nepříznivé zkušenosti v dětství; trauma; PTSD; psychická odolnost

Abstract

This bachelor's thesis explores the use of Child-Centered Play Therapy (CCPT) for children who have experienced adverse childhood experiences (ACEs). ACEs include events such as abuse, neglect, or domestic violence, which can negatively impact a child's psychological, emotional, social, and physical development, potentially leading to trauma or post-traumatic stress disorder (PTSD).

The primary aim of this thesis is to summarize current findings and, through a systematic review using the PRISMA methodology, evaluate the available studies on the effectiveness of CCPT in mitigating the negative effects of ACEs in children. The thesis clarifies the definition of ACEs, their potential long-term consequences, and prevention strategies, emphasizing the importance of positive childhood experiences (PCEs) and psychological resilience. It also introduces therapeutic approaches such as Trauma-Focused Cognitive Behavioral Therapy (TF-CBT), Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR), and primarily focuses on CCPT as the main therapeutic intervention examined in this study.

The results of the systematic review indicate that CCPT is an effective approach to reducing the negative effects of ACEs in children, although research specifically focusing on CCPT in the context of ACEs remains limited. This thesis contributes to psychological theory and practice by providing a comprehensive overview of CCPT as a therapeutic intervention for children exposed to trauma or ACEs and supporting its further integration into therapeutic work.

Key words: child-centered play therapy; adverse childhood experiences; trauma; PTSD; psychological resilience

Obsah

Úvod.....	9
1. Nepříznivé zkušenosti v dětství (ACEs, Adverse Childhood Experiences)	11
1.1. Definice	11
1.2. Potenciální dopady ACEs na dítě.....	13
1.2.1. Trauma	14
1.2.2. PTSD	16
2. Prevence ACEs.....	18
2.1. Význam prevence ACEs	18
2.2. Pozitivní zkušenosti v dětství (PCEs, Positive Childhood Experiences).....	19
2.3. Psychická odolnost (Resilience).....	20
3. Terapeutické přístupy a intervence	22
3.1. Intervence po vystavení dětí ACEs	22
3.2. KBT zaměřená na trauma (TF-CBT, Trauma-Focused Cognitive Behavioral Therapy)	24
3.3. Desenzibilizace a přepracování pomocí očních pohybů (EMDR, Eye Movement Desensitization and Reprocessing).....	25
4. Child-Centered Play Therapy (CCPT, terapie hrou zaměřená na dítě).....	28
4.1. Definice	28
4.2. Průběh CCPT.....	30
4.3. Využití CCPT u dětí vystavených ACEs	31
Systematické review.....	33
5. Cíl systematického review	33
6. Metody	34
6.1. Strategie vyhledávání studií	34
6.2. Selektivní kritéria	34
6.3. Výběr studií.....	34
7. Výsledky.....	36

8. Diskuze.....	42
8.1. Silné stránky a omezení.....	43
9. Závěr.....	45
Reference.....	47
Seznam grafů.....	57
Seznam tabulek	57

Seznam zkratek

ACE	Adverse Childhood Experience
ACEs	Adverse Childhood Experiences
ADHD	Attention Deficit Hyperactivity Disorder
BCEs	Benevolent Childhood Experiences
CCPT	Child-Centered Play Therapy
DOF	Direct Observation Form
IRS	Impaired Rating Scale
KBT	Kognitivně behaviorální terapie
DSM-5	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition
EMD	Eye Movement Desensitisation
EMDR	Eye Movement Desensitisation and Reprocessing
HOPE	Health Outcomes from Positive Experiences
ODD	Oppositional Defiant Disorder
PCE	Positive Childhood Experience
PCEs	Positive Childhood Experiences
PTSD	Post-Traumatic Stress Disorder
SDQ	Goodman's Strengths and Difficulties Questionnaire
SEARS-P	Social Emotional Assets and Resilience Scale-Parent
SAS	Spence Anxiety Scale
TF-CBT	Trauma-Focused Cognitive Behavioral Therapy
TRM	Trauma Resiliency Model
TSCYC	Trauma Symptoms Checklist for Young Children

Úvod

Nepříznivé zkušenosti v dětství (ACEs, z angl. *Adverse Childhood Experiences*) mohou významně ovlivnit psychický, emocionální, sociální i fyzický vývoj dítěte. Mezi ACEs patří například zneužívání, zanedbávání nebo vystavení domácímu násilí. ACEs mohou mít dlouhodobé dopady na duševní zdraví dítěte a zvyšovat riziko vzniku psychických obtíží.

Jedním z možných důsledků ACEs je trauma. Trauma vzniká v reakci na intenzivní strach, bezmoc nebo pocit ohrožení života. Tyto pocity jsou často spojeny právě s ACEs. Trauma může být doprovázeno negativními emocemi, fyziologickými symptomy nebo dokonce vést k rozvoji posttraumatické stresové poruchy (PTSD, z angl. *Post-Traumatic Stress Disorder*). Zkoumání účinných přístupů a intervencí, které mohou tyto dopady zmírnit nebo jim předcházet, je proto zásadní.

Jedním z přístupů, kterému se dostává stále větší pozornosti, je terapie hrou zaměřená na dítě (CCPT, z angl. *Child-Centered Play Therapy*). CCPT vychází z předpokladu, že hra je pro děti přirozeným a bezpečným prostředkem k sebevyjádření a zpracování emocí. Terapie klade důraz na vytvoření podpůrného prostředí, ve kterém dítě prostřednictvím hry hledá způsoby, jak zvládat následky nepříznivých zkušeností. Zatímco přístupy jako kognitivně-behaviorální terapie zaměřená na trauma (TF-CBT, z angl. *Trauma-Focused Cognitive Behavioral Therapy*) a desenzibilizace a přepracování pomocí očních pohybů (EMDR, z angl. *Eye Movement Desensitization and Reprocessing*) již mají širokou vědeckou podporu, výzkumy zaměřené na účinnost CCPT u dětí s ACEs jsou zatím omezené.

Cílem této práce je poskytnout souhrnný přehled aktuální literatury zaměřené na využití CCPT u dětí s ACEs. Práce se zaměří na vymezení ACEs, jejich dlouhodobých dopadů a možností prevence, včetně role pozitivních zkušeností z dětství a psychické odolnosti dítěte. Pozornost bude dále věnována vymezení CCPT oproti jiným terapeutickým přístupům a využití CCPT ke zmírnění dopadů ACEs. Výzkum bude proveden formou systematického review dle metodiky Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (PRISMA Statement), která je uznávaným standardem pro tvorbu systematických přehledů. Výzkumná část zodpoví klíčové otázky týkající se efektivity a využití CCPT u dětí vystavených ACEs a jejich negativních dopadů.

Očekávaný přínos práce do psychologické teorie a praxe spočívá v uceleném přehledu využití CCPT u ACEs, což může být podnětem pro integraci CCPT do intervencí a práce s dětmi, které byly v dětství vystaveny ACEs. Poznatky o účincích CCPT na negativní dopady

ACEs u dětí mohou být motivem k rozšíření tohoto typu terapie na poli terapeutických přístupů pracujících s dětmi a tematikou traumatu či ACEs.

Teoreticko-přehledová část

1. Nepříznivé zkušenosti v dětství (ACEs, Adverse Childhood Experiences)

Tato kapitola se věnuje nepříznivým zkušenostem v dětství (ACEs, z angl. *Adverse Childhood Experiences*) jakožto stěžejnímu tématu práce. Pro porozumění ACEs v souvislostech prevence i intervence budou ACEs nejdříve definovány. Pozornost bude následně zaměřena na jejich vymezení vůči příbuzným pojmům, jako je trauma a stresová reakce nebo posttraumatická stresová porucha (PTSD, z angl. *Post-Traumatic Stress Disorder*).

1.1. Definice

Nepříznivé zkušenosti v dětství (ACEs, z angl. *Adverse Childhood Experiences*, do českého jazyka někdy též překládáno jako *nepříznivé zážitky v dětství* nebo *adverzní dětské zkušenosti*) představují potenciálně traumatické události, které se vyskytují v raném věku a mohou mít dlouhodobé negativní dopady na fyzické i psychické zdraví dítěte. Tyto události, které se často odehrávají v rodinném nebo sociálním prostředí dítěte, způsobují stres nebo újmu, čímž narušují jeho emocionální, sociální i kognitivní vývoj. Zároveň mohou zvýšit riziko deprese, rozvoje posttraumatické stresové poruchy (PTSD) nebo pravděpodobnost rozvoje rizikového chování, jako je zneužívání návykových látek a agresivita (Boullier & Blair, 2018; Felitti et al., 1998; Kalmakis & Chandler, 2014). Důsledky těchto potenciálně traumatických událostí v dětství přitom mohou přetrvávat až do dospělosti a projevovat se formou chronických onemocnění nebo zvýšeného rizika sebevražedných tendencí (Van der Kolk, 2014).

Zájem o ACEs může být prvotně pozorován již v historii psychologie a psychiatrie. V počátcích moderní psychologie v roce 1910 Sigmund Freud zdůrazňoval a věřil, že události, které se stanou v dětství, mají silný vliv na vývoj dítěte a následně na duševní zdraví v dospělosti (Freud, 1910). Na tyto myšlenky navázal John Bowlby teorií attachmentu, podle které je bezpečná citová vazba mezi dítětem a rodičem klíčová pro zdravý vývoj dítěte (Bowlby, 1951). Absence této bezpečné citové vazby může vést k negativním dopadům, jako jsou úzkosti, deprese či obtíže ve vztazích (Bowlby, 1989).

Průlom ve zkoumání ACEs nastal v roce 1998, kdy Felitti a kol. popsali tři hlavní kategorie ACEs, které zahrnují: zneužívání v dětství; problémy v domácnosti během dětství;

a zanedbávání dítěte. Tyto kategorie byly definovány přímo v původní studii a poskytují základ pro pochopení ACEs a jejich dopadů na vývoj dítěte:

1. **Zneužívání v dětství** zahrnuje emocionální zneužívání, kdy dítě čelí ponižování, manipulaci, nadávkám nebo chování, které v něm vyvolává strach z fyzického ublížení; fyzické zneužívání, kdy dítě zažívá fyzické násilí, například bití, které zanechává modřiny nebo jiná zranění; a sexuální zneužívání, které zahrnuje situace, kdy dospělý dítě sexuálně osahává nebo se pokouší o pohlavní styk.
2. **Problémy v domácnosti** mohou zahrnovat násilné zacházení s matkou, kde dítě svědčí o fyzickém násilí mezi rodiči; závislosti v domácnosti, kdy někdo z rodiny zneužívá alkohol nebo drogy; duševní nemoc člena rodiny; rozvod rodičů; nebo situace, kdy člen rodiny skončí ve vězení.
3. **Zanedbávání dítěte** se může projevit emocionálním zanedbáváním, kdy dítě postrádá pocit lásky, podpory a důležitosti; nebo fyzickým zanedbáváním, které zahrnuje například nedostatek jídla, hygieny nebo lékařské péče (Felitti et al., 1998).

Negativní dopady ACEs se objevují napříč kulturami, zeměmi a etnickými skupinami (Kalmakis & Chandler, 2014). Proto v roce 2015 Cronholm a kol. rozšířili původní tři kategorie ACEs o faktory jako **rasová diskriminace**, **násilí v komunitě** nebo **žití v nebezpečném prostředí**, aby lépe reflektovali zkušenosti menšinových a socioekonomicky znevýhodněných skupin. Společně se studií Merricka a kol. (2018) se ukázalo, že v těchto populacích existuje výrazně vyšší prevalence ACEs než u většinové populace, což přináší myšlenku zaměření se právě na tyto více ohrožené skupiny.

Boullier a Blair (2018) navíc zdůrazňují, že ACEs mohou zahrnovat i pobývání v prostředí, které je škodlivé pro vývoj dítěte, zatímco Kalmakis a Chandler (2014) navrhují zahrnutí přírodních katastrof, akutních onemocnění a zranění nebo traumatických a násilných událostí, jako jsou školní střelby.

Toto rozšiřování a přidávání kategorií ACEs vyústilo v zavedení několika nástrojů pro posouzení ACEs využívaných jak ve výzkumu, tak v klinické praxi. Jedná se například o originální ACE dotazník (Felitti et al., 1998), ACE-IQ (World Health Organization, 2018),

PEARLS (Koita et al., 2018) nebo Whole Child Assessment (Marie-Mitchell et al., 2019). Tyto nástroje pomáhají kvantifikovat ACEs a zhodnotit jejich dopad na celkový well-being dítěte.

Žádný nástroj nebo dotazník pro měření ACEs však nedokáže obsáhnout všechny zkušenosti. Z toho důvodu Kalmakis a Chandler (2014) identifikovali pět hlavních charakteristik ACEs, které tyto zkušenosti spojují. Těmito charakteristikami jsou škodlivost, akutní trauma nebo opakované stresory, negativní stres, kumulace událostí a variabilita závažnosti, která se liší dle individuální interpretace dítěte. Tyto charakteristiky zdůrazňují, že samotný počet ACEs nemusí dostatečně odrážet potřeby dítěte, a je proto důležité zhodnotit jeho celkový well-being a širší souvislosti.

Pozitivní dětské zkušenosti (PCEs) pak ukazují opačný směr. PCEs, jako je láskyplné prostředí, emocionální podpora a stabilita, mohou zmírnit dopady ACEs a přispět k dlouhodobému zdraví a odolnosti dítěte (Sege & Browne, 2017). PCEs bude věnována samostatná podkapitola.

1.2. Potenciální dopady ACEs na dítě

Nepříznivé zkušenosti v dětství (ACEs), jako je zneužívání, zanedbávání a rodinná dysfunkce, mají významné dlouhodobé dopady na vývoj a zdraví dětí (Kalmakis & Chandler, 2014). Jsou s nimi často spojovány pojmy, jako je trauma a PTSD. Porozumění těmto pojmům jako možným následkům ACEs představuje příležitost přejít od porozumění k akci.

Původní a přelomová studie od Felitti a kol. z roku 1998, na kterou i dnešní studie nadále odkazují, zkoumala ACEs na vzorku 8056 respondentů. Prokázala, že 52 % účastníků zažilo alespoň jednu kategorii ACEs a 6,5 % zažilo čtyři nebo více ACEs. Tito lidé, kteří zažili 4 a více ACEs, měli až dvanáctkrát vyšší riziko rozvoje zdravotních problémů, jako jsou alkoholismus, deprese či sebevražedné tendence, a více než dvojnásobné riziko vzniku kardiovaskulárních onemocnění a předčasného úmrtí ve srovnání s těmi, kteří žádné ACEs nezažili.

Následující výzkumníci, např. Van der Kolk (2014), tato zjištění negativních dopadů ACEs potvrdili, a to v souvislosti deprese. Zjistili, že dospělí muži se čtyřmi nebo více ACEs mají o 35 % vyšší riziko deprese než muži bez ACEs, zatímco u žen toto riziko dosahuje až 66 %. Brown a kol. (2009) dále zjistili, že jedinci se šesti a více ACEs v průměru zemřeli o 20 let

dříve než jedinci, kteří ACEs vystaveni nebyli. Raný výzkum ACEs ukázal, že děti, které zažily čtyři nebo více nepříznivých životních událostí (ACEs), měly již v dětství vyšší pravděpodobnost výskytu problémů s učením a chováním ve srovnání s vrstevníky bez těchto zkušeností (Burke et al., 2011), obzvláště pokud byly děti ACEs vystaveny již v raném dětství (Kerker et al., 2015). Pozdější výzkum potvrdil, že čím více ACEs dítě zažije, tím více je ovlivněno jeho fyzické a psychické zdraví (Chartier et al., 2010; Webster, 2022).

U dítěte má konkrétně vystavení ACEs vliv na několik dalších oblastí **psychického zdraví**, jako jsou emocionální problémy, jimiž mohou být úzkosti nebo deprese (Qu et al., 2024), dále pak potíže v chování (Oh et al., 2018; Qu et al., 2024) nebo zhoršené akademické výsledky, přičemž největší vliv na tyto potíže se zdá mít emocionální zneužívání dítěte (Qu et al., 2024).

ACEs u dítěte kromě psychických dopadů negativně ovlivňují rovněž **fyzické zdraví a zdravotní stav**, jako je astma, infekce a jiné somatické obtíže, nebo zpoždění v kognitivním vývoji. Finanční tíseň a duševní onemocnění rodičů dále byly spojeny se zvýšenou pravděpodobností zdravotních a vývojových obtíží u dítěte (Webster, 2022). Potíže v domácnosti jsou pak spojovány s vlivem na hmotnost v raném dětství, zatímco zneužívání se ukazuje mít vliv na hmotnost v období dospívání. Problémy s duševním zdravím matek byly spojeny se zvýšenou hladinou kortizolu u dětí, zatímco zneužívání bylo spojeno s potlačenou hladinou kortizolu v dětství (Oh et al., 2018). Výkyvy hladin kortizolu bývají přitom spojeny s potížemi ve stresové reakci nebo regulaci emocí, přičemž nerovnováha hladiny kortizolu může vést ke zvýšené citlivosti na stresové podněty nebo k potlačení emočních reakcí. Zvýšená hladina kortizolu může nepříznivě ovlivnit vývoj mozku, včetně funkcí spojených s učením, pamětí a emocemi. Chronické zvýšení nebo snížení kortizolu u dětí dále může narušit jejich schopnost zvládat stres a přispět k poruchám chování či duševního zdraví. Řešení ACEs pomocí budování odolnosti a vhodných intervencí tak může vést k lepším zdravotním výsledkům později v životě (Qu et al., 2024).

1.2.1. Trauma

Koncept traumatu se částečně překrývá s tématem ACEs, jak bylo uvedeno v úvodu kapitoly, a proto je důležité mezi těmito pojmy jasně rozlišovat (Krupnik, 2019). Trauma lze chápat jako možný důsledek vystavení nepříznivým zkušenostem, jako jsou ACEs (Felitti et

al., 1998). Nastává, když jedinec prožívá událost nebo soubor okolností jako extrémně ohrožující, škodlivé nebo děsivé, ať už emocionálně, fyzicky nebo oboje (Bartlett & Sacks, 2019). Oproti tomu ACEs zahrnují širší spektrum nepříznivých zkušeností, které nemusí nutně vést k rozvoji traumatu nebo specifických psychopatologických reakcí, jako je posttraumatická stresová porucha (PTSD) (Krupnik, 2019).

Jasně rozlišování mezi traumatem a nepříznivými zkušenostmi je klíčové pro efektivitu terapeutických přístupů, zejména při práci s dětmi vystavenými ACEs. I když trauma může být důsledkem těchto zkušeností, ne každá nepřízeň vede k traumatu. Trauma je individuální reakcí a jeho rozvoj ovlivňují faktory, jako jsou rodinné prostředí, sociální podpora, temperament dítěte a kvalita sociálních vztahů (Waite & Ryan, 2019).

S traumatickou reakcí rovněž souvisí stresová reakce. Toxický stres se může objevit, když jsou ACEs extrémní, dlouhodobé a závažné, a dítě v nich nezažívá adekvátní podporu od rodiče nebo jiné pečující osoby. Konkrétně ACEs mohou u dítěte vést k nadměrné aktivaci systému stresové reakce dítěte, což postupem času vyčerpává tělo i mozek dítěte. Takle nadměrná aktivace může způsobit trvalé poškození nebo narušení vývoje dítěte a jeho duševní pohody. Míra, do které se systém stresové reakce dítěte pro něj stává toxickým a vede k závažným problémům v oblasti fyzického a duševního zdraví, závisí také na biologické výbavě dítěte (např. na genetické výbavě nebo předchozích zkušenostech, které poškodily systém reakce na stres) a na charakteristikách ACEs (např. na jejich intenzitě nebo době trvání) (Bartlett & Sacks, 2019).

Stresová reakce v traumatické situaci, která zahrnuje ohrožení vlastního života nebo života blízkých osob, způsobuje změny ve fungování různých mozkových struktur. Aktivují se struktury spojené se stresovou reakcí, jako je osa HPA, limbický systém, autonomní nervový systém a systém nervus vagus (Porges, 2009). Tato aktivace probíhá bez vědomé činnosti frontálních laloků, tedy ještě dříve, než si to člověk vůbec uvědomí. Na řízení stresové reakce se podílí převážně mediální prefrontální kortex a dorzolaterální prefrontální kortex. Při traumatické zkušenosti nebo intenzivních emočních stavech dochází ke snižování aktivity mediálního prefrontálního kortexu, což kromě narušení regulace stresové reakce ztěžuje komplexní hodnocení situace a reflektování emocí a prožitků (Van der Kolk, 2014). Oblasti mozku zodpovědné za emoční procesy, jako je thalamus, mozkový kmen a limbický systém, přebírají vedení nad korovými oblastmi, což narušuje paměťové systémy a dochází k emočnímu rozrušení neboli „arousal.“ Dysbalance nervových přenašečů a hormonů ovlivňuje tělesné

projevy základních stresových reakcí jako útok, útek, zamrznutí. Trauma navíc způsobuje zásadní reorganizaci fungování neurofyzilogických procesů mozku a projevů v mysli, které se odráží ve změnách v percepci, zpracování podnětů, prožívání a následně jednání (Mareš & Kebza, 2024).

Taková traumatická reakce se může objevit v návaznosti na ovlivňující faktory v jakémkoliv věku člověka i vývojovém stadiu dítěte. U dětí se reakce na trauma nejčastěji projevuje na emocionální, behaviorální a kognitivní úrovni. Reakce na emocionální úrovni zahrnuje např. smutek, strach, úzkost, vztek nebo potíže s regulací emocí. Behaviorální reakce se mohou u dětí projevit regresivním chováním, separační úzkostí nebo vyhýbáním se situacím, které připomínají traumatickou událost. Na kognitivní úrovni se u dítěte mohou začít objevovat zkrslené myšlenky, nízké sebevědomí, ztráta důvěry nebo pocity viny, které se mohou projevit v sebedestruktivním chování. Tento proces je součástí interakce mezi emocemi, kognicemi a chováním (Cohen & Mannarino, 2008).

1.2.2. PTSD

PTSD neboli posttraumatická stresová porucha (z angl. *Post-Traumatic Stress Disorder*) se v MKN-10 (Mezinárodní klasifikace nemocí, 10. revize) řadí pod kategorii „**reakce na těžký stres a poruchy přizpůsobení (F43)**“, které mohou být považovány za maladaptivní odpovědi na těžký nebo trvalý stres, kdy selhaly mechanismy úspěšného vyrovnání se s ním, což vede k narušení sociálního fungování nemocného. **PTSD (F43.1)** pod tuto kategorii patří společně s **akutní stresovou reakcí (F43.0)** a **poruchami přizpůsobení (F43.2)**. PTSD je přitom v MKN-10 definována následovně (World Health Organization, 2014):

„Posttraumatická stresová porucha začíná jako opožděná nebo protražovaná odpověď na stresovou událost nebo situaci (krátkého nebo dlouhého trvání) mimořádně ohrožující nebo katastrofické povahy, která je schopná způsobit silné rozrušení téměř u každého. Predisponující faktory, jako rysy osobnosti (nutkavé, astenické) nebo neuróza v anamnéze, mohou snižovat práh vzniku tohoto syndromu nebo zhoršovat jeho průběh, ale pro vysvětlení jeho vzniku nejsou nutné ani dostačující. Typické jsou epizody znovuožívání traumatu v neodbytných vzpomínkách („flashbacks“), snech nebo nočních můrách, které se objevují na přetrvávajícím

pozadí pocitu tuposti a emoční oploštělosti, stranění se od lidí, netečnosti vůči okolí, anhedonie a vyhýbání činností a situacím, upomínajícím na traumatický zážitek. Obvykle se objevuje vegetativní hyperreaktivita a zvýšená bdělost, zesílené úlekové reakce a nespavost. S uvedenými příznaky je obvykle spojena úzkost a deprese a nejsou řídké ani suicidální myšlenky. Nástup následuje po traumatu s latencí od několika týdnů do několika měsíců. Průběh je kolísavý, ale ve většině případů dochází k úpravě. V malém počtu pacientů může nastat chronický průběh po léta a trvalá změna osobnosti.“

Do nově připravované 11. revize Mezinárodní klasifikace nemocí se k PTSD (6B40) přidává **C-PTSD neboli komplexní posttraumatická stresová porucha (6B41)**, která se navíc vyznačuje pocity studu, viny a vlastního selhání, závažnými a přetrvávajícími potížemi v udržování vztahů a blízkosti s jinými osobami, v regulaci emocí a sebepojetí. CPTSD je nejčastěji diagnostikována u opakujících se nebo dlouhotrvajících událostí, z nichž je téměř či úplně nemožné uniknout (Jochmannová, 2021).

PTSD může ovlivnit sociální a psychologický život dětí a dospívajících. Symptomy PTSD zahrnují znovuprožívání traumatu kvůli vtíravým vzpomínkám na událost a zábleskům (z angl. *flashbacks*). Dalšími příznaky bývá emocionální otupělost a vyhýbání se místům, lidem a aktivitám, které připomínají trauma. Typická je rovněž zvýšená vzrušivost, což vede k problémům se spánkem a soustředěním, pocitům nervozity a snadné podrážděnosti a hněvu. Pokud tyto symptomy přetrvávají déle než měsíc, může být dle DSM-5 (Diagnostický a statistický manuál duševních poruch, 5. edice) diagnostikována PTSD (American Psychiatric Association, 2013). DSM-5 oproti MKN-10 přesněji vymezuje následky traumatu u dětí, které rozděluje na **PTSD u dětí strašících 6 let a adolescentů** a na **PTSD u dětí mladších 6 let včetně**, čímž umožňuje přihlížet k vývojovým obdobím dítěte, nezralosti osobnosti dítěte nebo k vývojové regresi jako na častou formu traumatické reakce dítěte (Jochmannová, 2021).

Pravděpodobnost rozvoje PTSD může zvyšovat přítomnost fyzických onemocnění v anamnéze. Stejně tak bylo zjištěno, že ženy nebo lidé s rodinnou historií psychiatrických poruch jsou k rozvoji PTSD náchylnější (Tortella-Feliu et al., 2019). Dalším rizikovým faktorem je opakované vystavování traumatickým událostem, jako jsou ACEs, nebo samotná závažnost prožitého traumatu. „Těžší“ traumatické události, kterým je člověk vystaven, představují pro rozvoj PTSD vyšší riziko. Čím více traumatických zážitků člověk zažije, tím vyšší je pravděpodobnost vzniku PTSD (Tortella-Feliu et al., 2019). Tyto rizikové faktory

mohou být užitečné pro identifikaci jedinců, kteří by po traumatické události měli být pečlivě sledováni (Tortella-Feliu et al., 2019), a kteří by mohli těžit z poskytnutí intervence.

Léčba PTSD se může lišit dle typu traumatu a věku. Navíc je potřeba přihlížet ke komorbiditám PTSD (deprese, úzkostné stavy, fobie atd.) (Silver & Levant, 2019) a k faktorům jako emocionální dysregulace, stigma ohledně duševních onemocnění, nedostatečné povědomí o PTSD nebo nezohledňování individuálních potřeb pacientů, které mohou ztěžovat účinnou léčbu (Burbach et al., 2024). Běžně se s PTSD pracuje formou **psychoterapie, farmakologie nebo alternativních přístupů léčby**, přičemž můžeme využívat i jejich kombinaci. PTSD je přitom důležité věnovat pozornost, jelikož neléčená PTSD se může později vyvinout v další psychiatrické poruchy, jako je deprese, úzkost nebo poruchy osobnosti (Kessler et al., 2012).

2. Prevence ACEs

Přestože se práce zabývá intervencí a léčbou ACEs převážně prostřednictvím terapie hrou zaměřené na dítě (CCPT, z angl. *Child-Centered Play Therapy*), pro ucelený kontext se tato kapitola zaměřuje na prevenci ACEs, význam psychické odolnosti a vlivu pozitivních zkušeností v dětství na dítě. Samostatný prostor bude vyčleněn pozitivním dětským zkušenostem (PCEs, z angl. *Positive Childhood Experiences*) jako protipólu ACEs.

2.1. Význam prevence ACEs

ACEs, jak bylo nastíněno v předchozích podkapitolách, mohou být pro dítě traumatizující a ohrožující. Z toho důvodu je důležité přemýšlet o tom, jak jim předcházet nebo zmírnit jejich dopady. Díky prevenci lze dětem vytvářet prostředí, které je nejen bezpečné, ale také podporuje jejich zdravý vývoj (Batcho et al., 2011; Qu et al., 2024).

Prevence není pouze o vyhýbání se negativním událostem. Je o rozšíření zkoumání dětských zkušeností nad rámec nepříznivých událostí, aby zahrнула i složky, které tvoří šťastné dětství. Těmito složkami může být posuzování právě pozitivních dětských zkušeností (PCEs, z angl. *Positive Childhood Experiences*) (Batcho et al., 2011) pro prevenci mezigeneračního přenosu

traumatu (Narayan et al., 2021), posilování psychické odolnosti u rodičů a dětí (Qu et al., 2024) a prevenci ACEs celkově.

2.2. Pozitivní zkušenosti v dětství (PCEs, Positive Childhood Experiences)

Pozitivní dětské zkušenosti (PCEs) jsou považovány za důležitý faktor, který může zmírnit dopady nepříznivých zkušeností v dětství (ACEs) (Kosterman et al., 2011; Sege & Browne, 2017). Absence PCEs v životě dítěte může mít dokonce škodlivější dlouhodobý dopad na zdraví než přítomnost ACEs (Bethell et al., 2019; Crandall et al., 2019).

Rámec HOPE (*Health Outcomes from Positive Experiences*) vznikl pro rozšíření holistických přístupů k dětskému zdraví, které zohledňují biologické, genetické, sociální a environmentální faktory ovlivňující vývoj dítěte. HOPE kategorizuje PCEs do čtyř hlavních oblastí, jako jsou **pečující a láskyplné vztahy, bezpečné prostředí podporující zdravý vývoj, zapojení dětí do skupinových aktivit a rozvoj emocionální kompetence**, tedy schopnosti rozpoznávat a regulovat emoce (Sege & Browne, 2017). Rámec HOPE klade důraz na vztahy poskytující lásku, podporu a pocit bezpečí, na příležitosti k sociálnímu zapojení, které dětem pomáhají budovat důvěru a navazovat pozitivní vztahy, a na rozvoj klíčových sociálních a emocionálních dovedností, jako jsou empatie, sebeuvědomění a zvládnání emocí. HOPE staví na myšlence, že pozitivní zkušenosti mohou významně přispět ke zdravému vývoji a pomoci dětem lépe čelit stresorům, jimiž mohou být i ACEs. Tato myšlenka je podpořena výzkumem, který ukazuje, že vyšší úroveň PCEs je spojena s nižší úrovní psychopatologických symptomů, stresu a zdravotních problémů, a to dokonce i u jedinců s vysokým počtem ACEs (Bethell et al., 2019; Merrick et al., 2020; Narayan et al., 2018).

BCEs (*Benevolent Childhood Experiences*, v češtině *benevolentní zkušenosti v dětství*) je škála, která měří PCEs, a která zahrnuje pozitivní vztahy s pečovateli, přáteli, učiteli, sousedy a mentory, pozitivní přesvědčení pro zvládnání a sebeúctu, radost ze školy a domácího života a předvídatelné domácí rutiny. Hodnocení pomocí BCEs škály umožnilo ukázat, že vyšší úrovně PCEs jsou spojeny s nižšími úrovněmi příznaků PTSD, i po zohlednění ACEs (Narayan et al., 2018). Zásadní roli pro dítě přitom hrají pečující, stabilní a bezpečné vztahy, které mohou dokonce přerušit cyklus mezigeneračního přenosu násilí (Jaffee et al., 2013).

Pozitivní i negativní zkušenosti rodičů z jejich vlastního dětství tedy výrazně ovlivňují jejich schopnost chránit děti před ACEs. Rodiče, kteří zažili více pozitivních zážitků a podpory,

mívají lepší schopnost čelit obtížím a přenášet ochranné mechanismy na své děti. Naopak rodiče s traumatickými zkušenostmi a příznaky PTSD mohou čelit problémům ve vztahu s dítětem a nevědomě volit nevhodné výchovné postupy (Narayan et al., 2021). Programy zaměřené na podporu rodin proto kladou důraz na posilování vztahů, kvalitu citové vazby a budování rodinné stability (Narayan et al., 2021).

Tato zjištění obecně ukazují, že ACEs i PCEs se mohou vyskytovat současně a že PCEs mohou podporovat pozdější schopnost adaptace nebo psychické odolnosti, a to i v kontextu ACEs. Merrick a Narayan (2020) proto navrhuje zjišťování PCEs i ACEs u dětí zároveň, což může zlepšit intervence pro znevýhodněné skupiny tím, že bude možné identifikovat zdroje psychické odolnosti dítěte. Zároveň by se tím mohlo přispět k pochopení, jak mohou pozitivní zkušenosti vyvažovat dlouhodobé dopady ACEs.

2.3. Psychická odolnost (Resilience)

Psychická odolnost (z angl. *Resilience*), tedy schopnost přizpůsobit se a překonávat obtíže, je dalším klíčovým faktorem, který může zmírnit negativní dopady nepříznivých dětských zkušeností (ACEs) na duševní zdraví (Poole et al., 2017). Tvoří ji kombinace vnitřních faktorů, jako jsou sebedůvěra a sebehodnota, a vnějších faktorů, mezi něž patří sociální podpora, bezpečné prostředí a kvalitní vztahy (Fergus & Zimmerman, 2005; Šolcová, 2009). Tyto faktory společně ovlivňují, jak jedinec zvládá stresující situace a adaptuje se na životní změny (Rutter, 1987).

Podpora psychické odolnosti je důležitá nejen pro zvládání již vzniklých obtíží, ale také jako prevence přenosu ACEs mezi generacemi. Děti, které zažívají bezpečné, stabilní a pečující vztahy, mají nižší riziko zdravotních a vývojových problémů. Kvalitní vztah rodiče a dítěte, založený na citové vazbě a vzájemné náklonnosti, významně přispívá k jejich odolnosti vůči stresu a traumatickým zkušenostem (Webster, 2022). Naopak rodiče, kteří v dětství zažili ACEs, mohou často nevědomě reprodukovat negativní vzorce chování, což může vést k podobným zkušenostem u jejich dětí. Tento jev je patrný například u dětí vyrůstajících v násilném prostředí, které se později samy často stávají násilnými (Murphy et al., 2014).

Zvláštní význam v psychické odolnosti má také sociální podpora a začlenění dětí do bezpečných a podnětných komunit. Přístup k různorodým příležitostem pro rozvoj a učení poskytuje stabilitu a pocit sounáležitosti, což jsou klíčové faktory pro budování odolnosti

(Boullier & Blair, 2018). Metody, jako je mindfulness, integrované do školních programů, mohou dále podpořit zvládání stresu a zlepšit psychickou pohodu všech dětí, a to zejména těch ohrožených ACEs (Gilgoff et al., 2020).

Konkrétně existují 3 modely, které vysvětlují, jak lze pomocí posilování psychické odolnosti vyvažovat dopady ACEs (Zimmerman, 2013). Prvním z těchto modelů je **kompensační model psychické odolnosti** (Fergus & Zimmerman, 2005), který tvrdí, že pozitivní faktory mohou neutralizovat vliv ACEs a nezávisle na nich pozitivně ovlivňují zdraví v dospělosti. Jinými slovy, pozitivní zkušenosti mohou působit jako přímá protiváha negativních dopadů. Druhý přístup, **model ochranných faktorů**, zdůrazňuje, že podpůrné zdroje, jako například bezpečné prostředí nebo silné sociální vazby, mohou oslabit negativní vliv ACEs. Jedinci, kteří mají více těchto „ochranných štítů“ (angl. *counter-ACEs*), jsou méně zasaženi nepříznivými zkušenostmi z dětství a jejich dopady na dospělý život (Zimmerman, 2013). Třetím pohledem je **model výzev**, který představil M. Rutter (1987). Tento model naznačuje, že určité menší množství nepříznivých zkušeností může být dokonce užitečné, protože pomáhá rozvíjet odolnost vůči budoucím problémům. Pokud je ale množství ACEs příliš vysoké (například čtyři nebo více), negativní vliv na zdraví je výrazný a role pozitivních zkušeností nebo „ochranných štítů“ je v jejich vyvažování omezená (Zimmerman, 2013).

Princip těchto modelů je v souladu s metodou CCPT, která klade důraz na posilování pozitivních vztahů a poskytování podpory v životě dítěte. Terapeutické přístupy, jako je CCPT, se zaměřují na vytváření bezpečného a podpůrného prostředí pro děti, což je důležitá součást pozitivních dětských zkušeností (PCEs). Tím mohou pomoci nejen zpracování traumatických zážitků, ale také jako kompenzační faktor vůči ACEs (Crandall et al., 2019; Runyan et al., 1998).

3. Terapeutické přístupy a intervence

Struck a kol. (2021) zjistili, že v letech 1998-2018 bylo publikováno 789 článků na téma ACEs v 351 vědeckých časopisech. Pouze 10 % z těchto publikovaných studií však mělo souvislost s léčbou ACEs a většina studií se rovněž zaměřovala na dospělou, nikoliv dětskou populaci. Tím upozornili na mezeru v tehdejšímu stavu poznání, a proto se současný výzkum stále více zaměřuje na dětskou populaci a léčbu i prevenci ACEs. Za účelem zaplnění této mezery bude v této kapitole věnován prostor terapeutickým přístupům a intervencím u dětí, které mohou negativní dopady ACEs na dítě zmírnit.

Existuje mnoho intervencí, které jsou pro zmírnění dopadů ACEs využívány. V první podkapitole tak budou intervence po vystavení ACEs nastíněny obecně a další podkapitoly budou věnovány TF-CBT a EMDR jakožto nejvíce rozšířeným terapeutickým přístupům pro léčbu PTSD a vystavení ACEs specificky u dětí. Konkrétně se TF-CBT ukázala jako nejúčinnější a nejvíce prozkoumaná léčba PTSD u mladých lidí (Gkintoni et al., 2024). TF-CBT je rovněž podporována jako efektivní a dlouhodobě udržitelná metoda léčby traumatických zkušeností u dětí a adolescentů (Thielemann et al., 2024; Webb et al., 2014). EMDR se ukázala být stejně účinná jako TF-CBT při redukci posttraumatických symptomů, přičemž některé studie naznačují, že TF-CBT může být mírně efektivnější (Lewey et al., 2018; Beer, 2018). EMDR oproti tomu nabízí specifika a postupy pro využití této metody přímo u dětí (Struik, 2024).

CCPT jakožto stěžejnímu tématu práce a potenciálně účinné intervenci pro zmírnění negativních dopadů ACEs u dětí (Thielemann et al., 2024), která oproti TF-CBT a EMDR klade důraz na hru jako přirozený jazyk dítěte spíše než na verbalizaci, bude věnována až samostatná kapitola.

3.1. Intervence po vystavení dětí ACEs

Jedním z klíčových cílů intervence je obnovení důvěry dítěte ve svět, která po vystavení ACEs může být narušena. Podle Baylina a Hughese (2016) může být důvěra budována prostřednictvím citlivé reakce dospělých na obranné a uzavřené chování dítěte. Aby dítě začalo důvěřovat lidem, musí zažít od dospělého jiné reakce na toto chování. To, jak bude nastíněno v samostatné kapitole o CCPT, je dítěti prostřednictvím CCPT umožněno. Intervence po

vystavení potenciálně traumatické události neboli ACEs u dětí by měly být implementovány co nejdříve po takové události a soustředit se na potřeby dětí i jejich rodičů (Kerbage et al., 2022).

Intervence je důležité vybírat a zaměřovat podle věku a vývojové úrovně dítěte, protože každá vývojová úroveň má svá specifika v tom, jak děti prožívají traumatické události. **Dítě předškolního věku** může na prožité trauma reagovat nejen psychickými projevy, ale převážně fyzickými, přičemž může upadnout do mdlob nebo spánku. Pokud zažije nějakou událost, kterou zatím kognitivně nedokáže pojmout (například úmrtí blízké osoby), může pociťovat vinu na tom, co se stalo. **Děti mladšího školního věku** mohou specificky od dospělých potřebovat pocity jistoty a bezpečí, protože na traumatickou událost mohou reagovat regresí na nižší vývojový stupeň. **Děti středního školního věku** se mohou potýkat se ztrátou důvěry v druhé i sebe samotné, přičemž u adolescentů, u nichž se toto období projevuje typicky zvýšenou senzitivitou a zranitelností, se mohou specificky přidat potíže v rozporu se zákonem, dále potom sebepoškozování, poruchy příjmu potravy, úzkosti a deprese. Potíže se u nich mohou promítnout také na zhoršení prospěchu nebo záškoláctví (Doležalová et al., 2017).

Kromě **EMDR**, **TF-CBT** a **CCPT** existuje další množství využívaných intervencí a terapeutických přístupů pro práci s následky ACEs. Pro ucelený přehled je níže uvedeno několik takových přístupů.

Jedním z nich je **kognitivní terapie**. Kognitivní terapie se zaměřuje na změnu způsobu, jakým pacient vnímá své trauma. Pracuje na přehodnocení jeho negativních myšlenek, očekávání a přesvědčení. Identifikuje chyby v myšlení a nesprávné vzorce chování, zpochybňuje je a postupně je nahrazuje zdravějšími a realističtějšími postoji. Druhým přístupem je **expoziční terapie**, která spočívá v postupném a opakovaném vystavování pacienta situacím, které v něm vyvolávají strach nebo úzkost. Tato expozice může být buď přímá, nebo se může odehrávat v jeho představách. Třetí využívanou technikou pro práci s PTSD je **trénink proti stresu**, který pomáhá pacientům naučit se efektivně zvládat úzkost, relaxaci a asertivní chování. Vede je k tomu, aby si osvojili pozitivní přístup k problémům, které prožívají (Steenkamp et al., 2015). Další možný přístup, intervenci a zároveň prevenci ukazuje **Trauma Resiliency Model (TRM)**, česky *model odolnosti vůči traumatu*, který se zaměřuje na rozvoj odolnosti a emocionální regulace u dětí, které čelily traumatickým událostem. TRM konkrétně využívá tělesně orientované přístupy a dovednosti jako „sledování“ (z angl. *tracking*) svých pocitů a „zdrojování“ (z angl. *resourcing*). Tyto dovednosti umožňují dětem identifikovat pozitivní pocity a zdroje podpory a posilují jejich schopnost zvládat stres, která jim může být

nápomocná při vystavení ACEs (Grabbe & Miller-Karas, 2018). TRM také zahrnuje vzdělávání o dopadech traumatu na tělo a mysl a podporuje sociální vazby prostřednictvím interaktivních aktivit. Tento model lze využít nejen jako intervenci, ale i jako preventivní nástroj v různých prostředích, například ve školách či rodinných programech (Godoy et al., 2021).

3.2. KBT zaměřená na trauma (TF-CBT, Trauma-Focused Cognitive Behavioral Therapy)

Kognitivně-behaviorální terapie zaměřená na trauma (TF-CBT, z angl. *Trauma-Focused Cognitive Behavioral Therapy*) je psychoterapeutický přístup, který byl vyvinutý v roce 1996. Za jeho autory je považován Cohen, Mannarino a Deblinger (de Arellano et al., 2014). Dle autorů je cílem TF-CBT léčba dětí a adolescentů, kteří se potýkají s traumatickými symptomy, a to v pouhých 12 sezeních. Děti se učí kognitivním, behaviorálním a fyziologickým technikám, které jim pomáhají regulovat emoce i mimo terapeutická sezení (Cohen & Mannarino, 2008).

TF-CBT byla testována na dětech od tří let a ukázala se jako účinná léčba pro děti a dospívající s negativními zážitky z dětství či symptomy traumatu (Cohen & Mannarino, 2008; Lewey et al., 2018). Na druhou stranu, TF-CBT není vhodná pro děti, jejichž primární problémy nejsou spojeny s traumatem. Je důležité provést důkladné posouzení, aby se zjistilo, zda symptomy traumatu jsou primární, nebo zda převažují jiné psychiatrické problémy. Pokud převažují jiné problémy, je důležité poskytnout souběžnou léčbu pro tento převažující stav, aby se TF-CBT mohla zaměřit na léčbu traumatu bez rozptylování jinými souběžnými a komorbidními problémy (Cohen & Mannarino, 2008).

Průběh TF-CBT se řídí flexibilním modelem založeným na komponentách shrnutých akronymem PRACTICE, který zahrnuje psychoedukaci, rodičovské dovednosti, relaxační dovednosti, dovednosti v regulaci emocí, kognitivní dovednosti zvládání stresu a zpracování traumatu pomocí vyprávění (Cohen & Mannarino, 2008).

Lewey a kol. (2018) předpokládají, že klíčovou rolí v účinnosti TF-CBT hraje princip postupné expozice. Konkrétně každá složka TF-CBT zahrnuje postupné vystavování dítěte traumatické zkušenosti a intenzita expozice se postupně zvyšuje, jak dítě i rodič systematicky pokračují v léčbě. Primárně se však pracuje s vytvořením tzv. *trauma narrative*, ve kterém dítě postupně zpracovává příběh své traumatické zkušenosti, často písemnou formou (Cohen &

Mannarino 2008). Nicméně, terapeuti mohou tento proces upravit a místo psaní se zaměřit na hraní nebo výtvarné vyjádření. Mezi obvyklé úpravy patří například zpracování traumatu pomocí loutek, tvorba alba s kresbami a fotografiemi nebo psaní písně (Cavett & Drewes, 2012). TF-CBT nabízí tedy umělecký a hravý prvek v rámci narativní expozice traumatické zkušenosti, kde jsou děti a dospívající povzbuzováni k zapojení do cílené hry. Například trauma narativ dítěte může zahrnovat vytvoření komiksu o prožitém traumatu, který pak společně s terapeutem dále zpracovávají. Dalším příkladem může být uspořádání panenek v domečku tak, aby reprezentovaly prvky traumatu. Jelikož děti přirozeně zpracovávají své zážitky skrze umění a hru, může být tento prvek jedním z klíčových faktorů, které přispívají k relativní účinnosti TF-CBT (Lewey et al., 2018). Zpracování traumatického narativu se zdá být zásadní pro snižování strachu a úzkosti, které mohou být spojeny s ACEs, například se sexuální zneužíváním. Na druhou stranu, TF-CBT se ukázala být pro zlepšení psychického zdraví dětí po traumatických zkušenostech účinná i bez podrobného zpracování traumatického narativu (Deblinger et al., 2011).

Zjištění, že jedním z faktorů účinnosti TF-CBT je zpracovávání zážitků skrze umění a hru, podporuje myšlenku, že CCPT má díky svému primárnímu zaměření na hru dítěte potenciál se v účinnosti TF-CBT vyrovnat nebo se dokonce ukázat jako účinnější pro mladší děti s ACEs. Tuto myšlenku v roce 2012 potvrdila studie Schottelkorba a kol., kteří srovnávali CCPT s TF-CBT. Zjistili, že obě metody jsou efektivní ve snížení symptomů traumatu.

TF-CBT rovněž podporuje efektivní rodinnou komunikaci, rozvoj rodičovských dovedností, bezpečí a celkový růst dítěte. V rámci programu pro rodiče se pečovatelé učí, jak zvládat své vlastní emoce spojené s traumatickou událostí, aby lépe podpořili dítě při zvládání emocí. Součástí je i rozvoj jejich rodičovských dovedností a osvojení způsobů, jak dítěti poskytnout potřebnou podporu, což může zvýšit úspěšnost terapie (Weiner et al. 2009).

3.3. Desenzibilizace a přepracování pomocí očních pohybů (EMDR, Eye Movement Desensitization and Reprocessing)

Desenzibilizace a přepracování pomocí očních pohybů (EMDR, z angl. *Eye Movement Desensitization and Reprocessing*) je manuální léčbou vyvinutou Francine Shapiro v roce 1987, přičemž účelem EMDR je léčba traumatu v 90minutových sezeních. Hlavním prvkem EMDR terapie jsou bilaterální oční pohyby, které pacient provádí během zpracování traumatických

vzpomínek. Tyto pohyby mohou pomoci snížit intenzitu emocionálních reakcí spojených s traumatickými vzpomínkami a usnadnit jejich zpracování.

Tím, že se pacient soustředí na vzpomínku a zároveň provádí oční pohyby pomocí bilaterální stimulace, dochází k „přetížení“ pracovní paměti, což může usnadnit zpracování a integraci těchto vzpomínek. Někdy bývá dokonce podporována hypotéza, že místo pojmu „bilaterální stimulace“ je přesnější uvádět termín „úkony náročné na pozornost“ (Beer, 2018). Přestože jsou tedy oční pohyby zakotvenou částí procesu metody EMDR kvůli bilaterální stimulaci, někteří vědci si stojí za tím, že pro efektivitu EMDR nejsou oční pohyby nezbytné (Davidson & Parker, 2001; Lewey et al., 2018). EMDR terapie dále vyvolává reakci, která může pomoci pacientovi cítit se bezpečněji a méně ohroženě při zpracovávání traumatických zážitků. Tato reakce může podpořit relaxaci a snížit úzkost. EMDR terapie rovněž podporuje proces rekonstrukce paměti, což znamená, že traumatické vzpomínky jsou „přepsány“ nebo reorganizovány v mozku. To může vést k tomu, že vzpomínky ztrácejí svou emocionální intenzitu a stávají se méně bolestivými, čímž EMDR pomáhá pacientům zpracovat traumatické zážitky tak, aby se staly součástí jejich životního příběhu, což může vést k větší odolnosti a schopnosti čelit budoucím stresorům (Shapiro, 2014).

EMDR u dětí se ukázala být účinnou metodou konkrétně k léčbě traumatických symptomů (Beer, 2018; Lewey et al., 2018), posttraumatické stresové poruchy (PTSD) způsobené ACEs (Barron et al., 2019; Gkintoni et al., 2024; Karadag et al., 2020; Rodenburg et al., 2009), i pro děti s ADHD (porucha pozornosti a aktivity) a historií ACEs (Guidetti et al., 2023).

Počáteční fáze EMDR protokolu zahrnuje zjišťování minulosti člověka i jeho traumatických zkušeností, porozumění jeho aktuálním traumatickým symptomům a pomoc člověku vypořádat se s jeho prožitým traumatem (Shapiro, 2001). U dětí tento sběr anamnézy může být proveden s dítětem nebo jejich rodiči (Struik, 2024). Před začátkem zpracování samotného traumatického zážitku je zásadní příprava klienta (Shapiro, 2014) a vysvětlení procesu EMDR dítěti i jeho rodičům (Struik, 2024). To obnáší objasnění procesu EMDR a vedenou relaxaci k vytvoření „bezpečného místa“ pomocí vizualizace. Důležité je také naučit dítě techniky zvládnutí stresu, které mohou být užitečné během zpracování traumatických vzpomínek. Následně jsou klienti požádáni, aby si vybavili aspekty traumatu (Shapiro, 2014), přičemž děti si vybírají cílový obraz z traumatické vzpomínky. Mladší děti mohou nakreslit nejhorší část své vzpomínky (Struik, 2024). Následně děti negativní myšlenky nahrazují těmi

pozitivními a v průběhu jsou vyzýváni ke sdílení svých průběžných myšlenek spojených s traumatickou událostí, hodnocení na škále subjektivní míry negativního stresu (SUD, z angl. *subjective units of distress*) a hodnocení na škále platnosti pozitivní kognice (VOC, z angl. *validity of the positive cognition*) (Shapiro, 2014). SUD a VOC jsou běžnou součástí standardního protokolu EMDR, který pomáhá sledovat pokroky v terapii, ale jejich použití může být přizpůsobeno věku klienta a jeho schopnostem. Například u dítěte mohou být místo toho použity obrázky tváří, obzvláště pokud má dítě potíže používat škály SUD a VOC určené pro dospělé (Ahmad & Sundelin-Wahlsten, 2008). Základní funkcí a náplní EMDR je pro klienty rychlé pohybování očima, zatímco se soustředí na traumatickou vzpomínku, dokud se míra stresu nesníží (Shapiro, 2014). Dětem je možné místo očních pohybů, které by pro ně mohly být nepříjemné, poklepat střídavě na ruce nebo kolena (Struik, 2024) nebo použít poklepávání rukou nebo prstů blízko uší dítěte (Ahmad & Sundelin-Wahlsten, 2008). Podobné úpravy umožňují terapeutům přizpůsobit léčbu EMDR vývojovým potřebám dítěte (Ahmad & Sundelin-Wahlsten, 2008; Struik, 2024). Terapeut dále v procesu EMDR při desenzitizaci kontroluje úroveň stresu, dokud dítě nehlásí žádnou míru stresu (Struik, 2024). Po desenzitizaci se dítě soustředí na vzpomínku při myšlení na pozitivní kognici, zatímco terapeut aplikuje bilaterální stimulaci. Tento proces pokračuje, dokud hodnocení platnosti kognice dítěte (pozitivní myšlenky) není na vysoké úrovni 6 nebo 7. Dítě prozkoumá své tělo, aby zjistilo, zda má nějaké negativní fyzické pocity ve vztahu k cílovému obrazu (Struik, 2024). Sezení je zakončeno navrácením do „bezpečného místa“ (Shapiro, 2014).

Terapie je přizpůsobena tak, aby vyhovovala vývojovým potřebám dětí (Struik, 2024), přičemž účinnost EMDR je podporována pro děti již od čtyř let (Bastien et al., 2020). Terapie EMDR pro mladší děti může být krátká, často vyžadující pouze jednu nebo dvě sezení pro jednorázové události. Děti s chronickým traumatem však mohou potřebovat rozsáhlejší léčbu (Struik, 2024).

EMDR se ukázala být účinnější metodou než TF-CBT pro děti s jazykovými potížemi vzhledem k tomu, že v EMDR se vyskytuje méně elementů založených na čtení a psaní než v TF-CBT (Lewey a kol., 2018). Rovněž rychlé zlepšení pomocí EMDR bez nutnosti domácích úkolů nebo podrobného popisu traumatu nabízí efektivní přístup k léčbě psychických a fyzických symptomů vyplývajících z ACEs (Shapiro, 2014).

4. Child-Centered Play Therapy (CCPT, terapie hrou zaměřená na dítě)

V této kapitole bude věnována pozornost přímo Child-Centered Play Therapy (CCPT, do českého jazyka by se mohla přeložit jako *terapie hrou zaměřená na dítě*) v terapeutickém kontextu hry. CCPT vykazuje účinnost v práci s dětmi s negativními zkušenostmi v dětství (ACEs) tím, že se přizpůsobuje přirozenému jazyku dítěte, hře. Poskytuje tím terapeutické prostředí, ve kterém děti mohou skrze hru a terapeutické vztahy zpracovávat náročné zážitky (Landreth, 2012).

CCPT v této kapitole bude prvně definována. Tato definice obsáhne vznik a vymezení CCPT včetně věkového doporučení tohoto terapeutického přístupu pro děti. Kapitola dále popíše principy, na nichž CCPT stojí, a představí průběh CCPT obecně i specificky u krátkodobé a intenzivní terapie hrou. Závěrem bude diskutován přínos CCPT u dětí vystavených ACEs včetně odkazu na dosavadní výzkumy a limity.

4.1. Definice

CCPT lze definovat jako vědecky podložený terapeutický přístup, který považuje hru za klíčovou pro zdravý vývoj dětí (Landreth, 2012). Tento přístup vychází z humanistické psychologie a je založen na práci Virginie Axline, studentky Carla Rogerse, která aplikovala Rogersovy principy *terapie zaměřené na klienta* při práci s dětmi, a tím vytvořila základy nedirektivní terapie hrou. Podle Axline je klíčové poskytnout dětem bezpečné a přijímající prostředí, kde mohou prostřednictvím hry vyjadřovat své pocity a řešit vnitřní konflikty. Tento princip se stal základem pro současnou podobu CCPT (Gupta et al., 2023).

Z teorie J. Piageta (1976) je známo, že děti do věku 11 až 12 let nedokážou pracovat s abstraktními pojmy, což může představovat další omezení při verbální komunikaci. Navíc některé pocity a emoce dětí jsou verbální úrovni nepřístupné, a proto by CCPT mohla v tomto ohledu představovat vhodnější řešení, obzvláště u dětí předškolního a školního věku (Koukourikos et al., 2021). Landreth (2012) CCPT doporučoval konkrétně pro děti ve věku 3 až 10 let a ve studii Lin a Brattona (2015) se největší přínos CCPT ukázal pro děti do 8 let. Pro ověření účinnosti CCPT u starších dětí je zapotřebí dalšího výzkumu (Lin & Bratton, 2015), nicméně na základě těchto studií můžeme usuzovat potenciál CCPT pro děti do doby mladšího školního věku včetně. I přes toto relativně nízké věkové stanovení je základní podmínkou pro terapii hrou souhlas dítěte, nikoliv rozhodnutí jeho rodičů (Menassa, 2009).

Dnešní CCPT tak stojí na principu, že dítě volně hraje bez cíle nebo směřování vyjadřuje samostatné myšlení a jednání. Například některé pocity a postoje mohou být pro dítě v tomto nízkém věku příliš ohrožující na to, aby je vyjádřilo přímo, a tak mohou být bezpečně promítnuty prostřednictvím hry nebo jím vybraných hraček (Landreth, 2012).

Prostřednictvím hry mohou děti také projevit svou osobnost a individualitu. Přirozenou tendencí objevovat a rozvíjet se přitom můžeme pozorovat již u kojenců, když jsou pro ni přítomny nebo vytvořeny nezbytné podmínky. Například dítě se naučí chodit, aniž by ho někdo musel motivovat nebo chůzi učit a vysvětlovat. Tato schopnost u dítěte poukazuje na schopnost sebe-determinace, s níž CCPT pracuje. Když pojetí sebe sama dítěte není v souladu se všemi jeho zkušenostmi, přichází tenze, nepřizpůsobivost (angl. *maladjustment*) a rigidní chování ve snaze chránit své dosavadní existující pojetí sebe sama. Oproti tomu pozitivní pojetí a soulad se sebou samým umožňuje dítěti se rozvíjet. Porozumění těmto procesům terapeutovi umožňuje jasněji vidět vnímanou realitu dítěte a přiblížit se k ní. Tím může stavit chápající a přijímající vztah, v němž dítě vnímá terapeuta spíše jako člověka než odborníka. V tomto terapeutickém vztahu u CCPT je dítě přijímáno takové, jaké je. Takový vztah s dospělým člověkem je pro dítě unikátní, protože mnoho dospělých si dítěte téměř nevšímá, jsou příliš zaneprázdněni, a dítě se tak stává často téměř neviditelným. Pro většinu dětí, které přicházejí do herní místnosti, je tak 45 minut plné pozornosti terapeuta jedinečným zážitkem. Terapeut si přitom všímá každého detailu jejich chování a projevuje skutečný zájem o jejich pocity a herní aktivity (Landreth, 2012).

CCPT je dle Landretha (2012) také cestou, jak být s dětmi, spíše než způsobem, jak dělat něco pro děti. Tím Landreth předpokládá, že terapeut pracující s dítětem na verbální úrovni dítě omezuje v jeho nejpřirozenějším způsobu komunikace, hrou, a automaticky mezi dítětem a sebou staví bariéru, kterou dítěti říká, že by mělo stoupnout na úroveň terapeuta a komunikovat s ním slovy. Přitom právě terapeut je osobou, která nese zodpovědnost za to, aby s dítětem komunikoval tak, jak je to dítěti nejvíce komfortní, a měl by se tedy přizpůsobit komunikaci a úrovni dítěte, například právě hrou (Landreth, 2012).

V neposlední řadě CCPT pomáhá dítěti vyvinout si pozitivnější pojetí sebe sama, převzít větší sebezodpovědnost, přijímat sebe sama, spoléhat se na sebe a stát se citlivějším k procesu vyrovnávání se s obtížnými situacemi (Landreth, 2012).

4.2. Průběh CCPT

CCPT je založena na myšlence, že sebeobjevování u dítěte se pravděpodobně nezačne objevovat v prostředí, v němž se dítě necítí bezpečně. Proto je zásadní jako první dítěti vytvořit bezpečné prostředí a navázat s ním bezpečný vztah, aby se cítilo přijímáno a bezpečně na to se vyjadřovat a objevovat. Tento postup a doporučení začít vytvořením bezpečného prostředí odpovídá optice SECURE, podle níž někteří terapeuti u CCPT postupují, a která je akronymem pro šest klíčových komponent v terapeutickém procesu, jako je Safety (bezpečí), Engagement (zapojení), Comfort (pohodlí), Understanding (porozumění), Resonance (Rezonance) a Empathy (empatie). Optika SECURE nabízí neurobiologické informované porozumění efektivitě CCPT (Conroy & Perryman, 2022). CCPT většinou probíhá v záměrně vytvořené herní místnosti, která dětem poskytuje vhodné hračky, které mohou usnadnit vyjádření jejich pocitů. Terapeut přitom nezasahuje do hry dítěte, ale reflektuje jeho prožitky a posiluje jeho schopnost sebepoznání (Landreth, 2012).

V další fázi se dítě postupně uvolňuje a začíná projevovat hlubší emoční obsahy prostřednictvím symbolické hry. Terapeut podporuje autonomii dítěte a poskytuje strukturu, která umožňuje bezpečné prožití obtížných emocí (Ray et al., 2009). Dítě může experimentovat s různými rolemi, vyjadřovat agresi nebo strachy a hledat způsoby jejich zvládnání. Terapeut zase reflektuje jeho emoční projevy a podporuje vývoj adaptivních mechanismů zvládnání stresu (Schaefer, 2022). Tento proces může být provázen zásadními momenty uvědomění a změnami v chování dítěte. Součástí terapie hrou bývá rovněž symbolická hra, která dětem umožňuje znázornit například traumatickou událost, aniž by si toho byly kognitivně vědomy nebo událost znázorňovaly záměrně. Pokud si ve hře přehrávají tu stejnou situaci stále dokola, mají možnost ji pokaždé jinak ukončit, čímž si v bezpečném prostředí nevědomě zkouší a přichází na různá řešení situace. Tento způsob jim pomáhá lépe se vyrovnat nebo přizpůsobit náročné situaci i v reálném životě. V situacích, kdy se dítě cítí ohroženo nebo v nebezpečí, tak pro něj může terapie hrou představovat místo, kde může mít věci pod kontrolou a takové, jaké si je při hře vytvoří (Landreth, 2012).

Závěrečná fáze zahrnuje postupné ukončení terapeutického vztahu. Terapeut pomáhá dítěti zhodnotit jeho pokrok a upevnit nově nabyté dovednosti. Důraz je kladen na posílení pocitu kompetence a schopnosti zvládat budoucí výzvy (Landreth, 2012). Podrobnější průběh CCPT se však může lišit v závislosti na nastavené délce a intenzitě, tedy zda se jedná o intenzivní nebo krátkodobou CCPT.

Intenzivní CCPT

Dítěti, které je vystaveno traumatické nebo jiné krizové situaci, jako jsou ACEs, je doporučeno docházet na CCPT dvakrát až třikrát týdně, a to nejméně po dobu prvního týdne nebo dvou. Mnoho dospělých obvykle potřebuje mezi terapeutickými sezeními dostatek času na zpracování informací získaných během terapeutického sezení, nicméně děti tuto potřebu u CCPT zřejmě nemají, a tak může být u akutních a krizových situací aplikována i vícekrát týdně (Landreth, 2012). Frekvence terapie jednou týdně se dítěti v náročné situaci může zdát nekonečná, jelikož prostředí intenzivní CCPT mu umožňuje vypořádat se s pro něj ohrožujícími emocemi nepřímo a vlastním tempem. Kdyby terapeut dítě tlačil nebo jinak vedl do zobrazení traumatické události, může tím dítě retraumatizovat (Landreth, 2012).

Původně bylo také naznačováno, že dítě potřebuje alespoň 25-30 sezení CCPT, aby se mohl projevit posun (Landreth, 2012), nicméně výzkum opakovaně prokazoval, že se u dětí posun může projevit již po 14-16 sezeních (Lin & Bratton, 2015). Novější studie Schoonovera a Perrymana (2023) dokonce u dětech vystavených ACEs ukázala posun již po 8 sezeních.

Tento intenzivní model CCPT dobře sedí převážně do nestabilních situací rodin sídlících v azylových domech pro oběti domácího násilí (Kot et al., 1998) nebo u dětí jako svědků domácího násilí (Tyndall-Lind et al., 2001).

Krátkodobá CCPT

Krátkodobou CCPT se myslí maximálně 10-12 absolvovaných sezení, přičemž není vhodná pro všechny děti, které terapii hrou potřebují. Například děti, které zažily dlouhodobé sexuální nebo fyzické zneužívání či trauma nebo se potýkají s vážnými emočními problémy, by jistě potřebovaly dlouhodobější terapii. Efektivita krátkodobé CCPT byla naopak zjištěna u vývojových potíží, problémů s chováním nebo svědectví domácího násilí (Landreth, 2012).

4.3. Využití CCPT u dětí vystavených ACEs

Existuje množství výzkumů věnujících se CCPT, převážně v souvislosti s traumatem, nicméně studie věnující se efektivním intervencím pro děti vystavené přímo ACEs jsou stále omezené. Z dosavadních studií zatím vyplývá, že CCPT má pozitivní vliv na zlepšení

v oblastech, jimiž jsou vnitřní problémy (např. úzkost, deprese) a sebehodnocení dětí (Humble et al., 2019). Z intervencí CCPT dále vyplývá přínos v posilování dětského sebevědomí, při snižování stresu ve vztahu mezi pečovatelem a dítětem (Lin & Bratton, 2015), při vyvíjení silnější sebedůvěry, zlepšení sebehodnocení a zvládnání emocí (Frawley & Taylor, 2024). Celkové poznatky shrnuje systematické review 32 studií od Parkera a kol. (2021), kteří v 60 % zařazených studiích zjistili signifikantní pokles v potížích v chování u dětí vystavených ACEs po absolvování intervence CCPT a pouhých 36 % studií zaznamenalo signifikantní zlepšení ve vnitřních/emocionálních potížích. CCPT pracuje primárně s vnitřním prožíváním dítěte, a tak by u vnitřních potíží měl být očekáván posun největší. Toto nečekané zjištění však mohlo být způsobeno pouhou náročností oddělit tyto vnitřní potíže od duševních onemocnění, a tedy vnitřní potíže správně měřit. Navíc, studií zaměřených na vnitřní projevy dítěte bylo v systematickém review Parkera a kol. (2021) podstatně méně než studií věnujících se vnějším projevům. Proto Parker a kol. (2021) zdůrazňují potřebu dalšího zkoumání oblasti vlivu CCPT na negativní dopady (převážně vnitřní) ACEs u dětí.

CCPT je tedy navrhována jako možná efektivní intervence pro děti vystavené ACEs, nicméně si žádá větší a širší zkoumání, a to dále například v oblasti dlouhodobého vlivu ACEs na psychické a fyzické zdraví (Haas & Ray, 2020; Ray et al., 2022; Schoonover & Perryman, 2023; Schottelkorb et al., 2012). Kromě potřeby zkoumání dlouhodobého vlivu CCPT u dětí vystavených ACEs Ray a kol. (2022) navíc navrhuje propojit zkoumání CCPT s ACEs a traumatem. Měření ACEs a zároveň příznaků traumatu, například použitím Trauma Symptom Checklist for Young Children (Briere, 2005), by mohlo přesněji pomoci určit, které děti by z intervence CCPT měly největší prospěch, a měla by jim tak být věnována větší pozornost.

Vzhledem k tomu, že se u dětí vystavených ACEs často vyskytují závažné emoční problémy a negativní sebehodnocení, je nezbytné pokračovat ve výzkumu zaměřeném na specifické intervence a jejich krátkodobý i dlouhodobý vliv na psychické zdraví dětí. Tento směr výzkumu by mohl přinést cenné údaje, které pomohou optimalizovat využívání CCPT a dalších podobných terapeutických přístupů u dětí s ACEs.

Systematické review

5. Cíl systematického review

Jak nastínila teoretická část práce, CCPT se pro děti jeví jako účinná intervence pro zmírnění negativních dopadů ACEs, nicméně dosavadní studie se věnovaly CCPT především v souvislosti s konceptem traumatu. Existuje tak stále omezené množství studií, které by se věnovaly přímo účinkům CCPT u dětí vystavených ACEs. Výzkum této práce proto bude realizován formou systematického review, jehož záměrem je seskupit dosavadní studie zkoumající efektivitu intervence CCPT u dětí vystavených přímo ACEs a zodpovědět výzkumnou otázku: *Je CCPT účinná na zmírnění negativních dopadů ACEs u dětí?*

Pro zodpovězení této otázky budou vyhledány studie zaměřené na populaci dětí do 18 let, které se účastnily některé z forem CCPT, jako je krátkodobá, intenzivní, skupinová nebo individuální CCPT. Za ACEs budou považovány nepříznivé zkušenosti v dětství, které studie samotné explicitně zmíní a které nastínila první kapitola této práce. Negativní dopady ACEs na dítě se rovněž odráží od této první kapitoly. Jsou jimi myšleny vnitřní a vnější projevy dítěte, jako jsou například problémy v chování, traumatické reakce, potíže s emoční regulací, intruzivní neboli vtíravé myšlenky nebo potíže v prosociálním chování. Tato výzkumná část práce má proto za cíl poskytnout ucelený systematický přehled, jestli a jak CCPT může pomoci se zmírněním těchto a podobných negativních dopadů při vystavení ACEs u dětí.

6. Metody

6.1. Strategie vyhledávání studií

Pro sestavení systematického přehledu byla použita metodika Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (PRISMA Statement), která je uznávaným standardem pro tvorbu systematických review. Tato metodika poskytuje metodické pokyny a zajišťuje vysokou kvalitu a objektivitu výsledků.

Původní vědecké práce byly vyhledány v databázích PubMed, Scopus a Web of Science za použití klíčových slov: ("child-centered play therapy" OR "play therapy" OR "CCPT" OR "therapeutic play") AND ("adverse childhood experience*" OR "childhood adversit*" OR "trauma*" OR "maltreatment" OR "child abuse*" OR "neglect*" OR "PTSD").

6.2. Selektivní kritéria

Pro sestavení systematického review byla předem stanovena kritéria pro zařazení studií. Zařazeny byly pouze ty studie, které splňovaly následující podmínky:

Účastníci byli děti nebo dospívající se zkušeností s jedním nebo více ACEs, přičemž studie explicitně uváděla, že se zaměřuje na populaci dětí s ACEs; empirická studie zahrnující jasně definovanou intervenci CCPT; dostupná v tištěné nebo elektronické podobě; publikována v angličtině v letech 2012-2024, přičemž toto rozmezí bylo stanoveno s ohledem na vydání knihy od Landretha (2012), která přímo popisuje průběh CCPT nebo doporučené vybavení herní místnosti, čímž umožňuje zařadit do systematického review novější studie s aktuálnějšími poznatky. Vyloučeny byly studie, které nespĺňovaly některé z uvedených kritérií, zejména pokud neuváděly explicitní zaměření na děti se zkušeností s ACEs, neposkytovaly dostatečné informace o intervenci CCPT nebo nebyly empirickou studií. Nebyly zařazeny metaanalýzy, přehledové články ani sekundární analýzy dat z jiných studií.

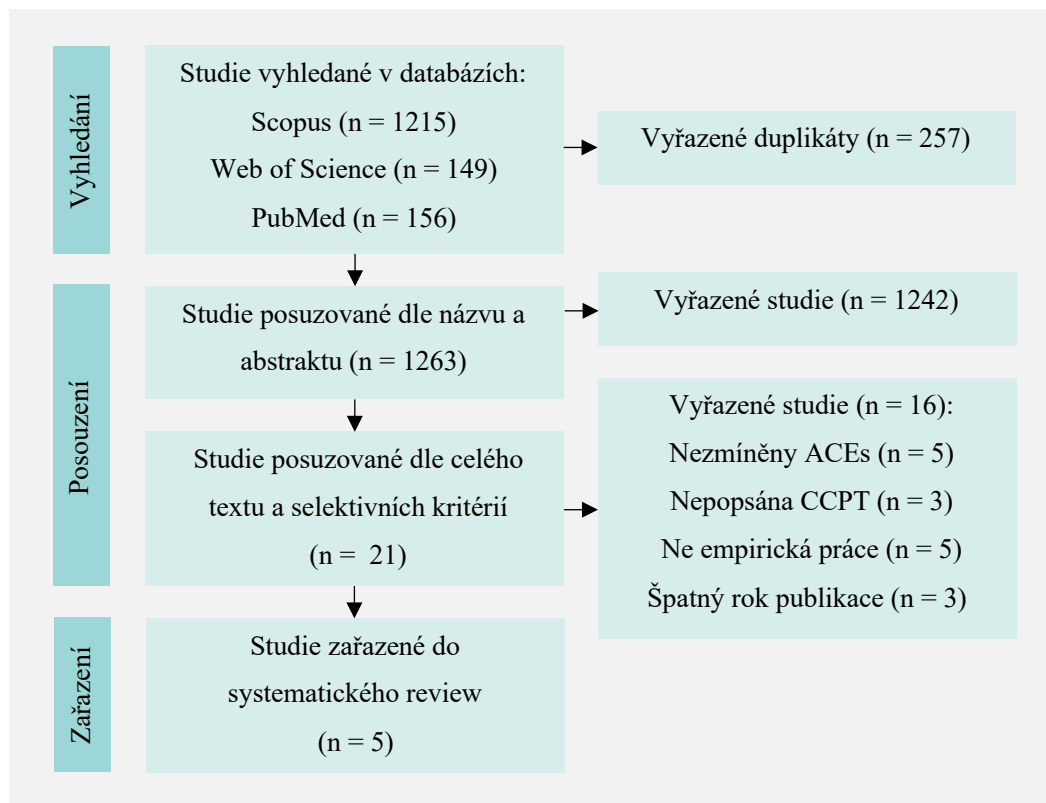
6.3. Výběr studií

V prvním kroku prohledání databází za užití klíčových slov bylo nalezeno celkem 1520 studií (1215 studií v databázi Scopus, 149 studií v databázi Web of Science a 156 studií v databázi PubMed). Po vyřazení 257 duplikátů bylo posuzováno 1263 studií.

Na základě prohledání jejich názvu a abstraktu bylo vyřazeno 1242 studií a k dalšímu posouzení zůstalo 21 studií. Těchto 21 studií bylo posouzeno na základě celého textu. Při důkladném posouzení textu na základě selektivních kritérií bylo odstraněno dalších 16 studií z následujících důvodů: 5 studií nezmiňovalo explicitně ACEs, 3 neuváděly podrobné informace o intervenci CCPT, 5 nebylo empirickou studií a další 3 nevyšly v požadovaných letech 2012-2024 včetně. Zbývajících 5 studií splňovalo stanovená kritéria a byly tak zařazeny do systematického review. Proces výběru prací ukazuje graf 1.

Graf 1

Vývojový diagram PRISMA (angl. PRISMA flow diagram)



7. Výsledky

Z původního vyhledávání 1520 studií bylo do systematického review zařazeno 5 prací, které splňovaly předem stanovená kritéria. Jednalo se konkrétně o studie Pattersona a kol. (2018), Wickse a kol. (2018), Haase a Raye (2020), Conroye a Perrymana (2022) a Raye a kol. (2022). Zařazené studie shrnuje Tabulka 1.

Tabulka 1

Přehled zahrnutých studií a jejich klíčových specifik

Autor	Rok	Intervence CCPT	Skupina děti	ACEs	Výsledek
Ray et al.	2022	Dvě 30minutová individuální CCPT sezení týdně po dobu osmi týdnů (16 sezení)	112 dětí ve věku 5- 9 let	2 a více ACEs (ACE-E)	Signifikantní nárůst sociálně emocionálních kompetencí a pokles v celkových potížích v chování
Patterson et al.	2018	Šest týdnů individuální CCPT + dalších šest týdnů skupinové CCPT	12 dětí ve věku 5-9 let	1 a více ACEs	Snížení problémového chování, obav a vtíravých myšlenek
Wicks et al.	2018	Intenzivní CCPT - 15 sezení v 10 dnech	9 dětí ve věku 5-12 let	1 a více ACEs	Snížení emocionálních potíží
Haas & Ray	2020	CCPT sezení dvakrát týdně po dobu 12 týdnů	2 děti (8 a 9 let)	8 ACEs	Významný posun v celkových obtížích a prosociálním chování
Conroy & Perryman	2022	CCPT sezení po dobu dvou a půl let	1 dítě ve věku 3 let	Několik ACEs (nespecifikován počet)	Zlepšení emocionální regulace, citové vazby a potřeby pečujícího doteku

Recentní **studie Raye a kol. (2022)** je vůbec první randomizovanou kontrolovanou studií, která zkoumala vliv CCPT na ACEs. Výzkumný vzorek tvořilo 112 dětí ve věkovém rozmezí 5 až 9 let mezi mateřskou školou a třetí třídou základní školy. Zařazeny do studie byly děti vystaveny minimálně dvěma ACEs, které nedostávaly terapeutickou nebo jinou léčbu jinde. Naopak vyřazeny byly děti, u nichž byla reportována okamžitá nutnost léčby, a tak by těmto dětem mohlo ublížit, pokud by se dostaly pouze do kontrolní skupiny.

Participant, kteří byli zařazeni do experimentální skupiny, se zúčastnili 16 individuálních CCPT sezení během osmi týdnů. Tato sezení byla poskytována dle manuálu léčby CCPT od Raye (2011), v němž se hodnotí neverbální a verbální komponenty. Dle tohoto protokolu také terapeutům byla na týdenní bázi poskytována supervize.

K hodnocení ACEs Ray a kol. (2022) využívali rozšířený 25položkový ACEs dotazník (25-item ACEs Questionnaire-Expanded), který byl původně vytvořen pro dospělé, a proto jej autoři studie modifikovali tak, aby v něm mohli odpovídat dospělí ohledně dětí. Dále ve studii pro měření negativních dopadů ACEs využili škálu SEARS-P (Social Emotional Assets and Resilience Scale-Parent). Tato škála byla vyvinuta k měření sociálně emocionálních dovedností dětí a adolescentů mezi 5 a 18 lety, přičemž v ní odpovídají rodiče ohledně dětí na otázky zaměřené na seberegulaci/zodpovědnost, sociální kompetence a empatii. Dalším využitým formulářem ve studii byl DOF (Direct Observation Form) pro děti mezi 5 a 14 lety. Tento formulář hodnotí pozorované chování dítěte, jeho vyjadřované emoce a interpersonální interakce ve škole.

Studie Raye a kol. (2022) je v tomto systematickém review jedinou studií, která ve svém měření využívala kontrolní skupinu. Mezi kontrolní a experimentální skupinou přitom byly naměřeny signifikantní rozdíly, a to v oblasti empatie ($p < 0,03$, $d = 0,64$), seberegulace/odpovědnosti ($p < 0,03$, $d = 0,71$), sociální kompetence ($p < 0,001$, $d = 0,57$) a celkového skóre sociálních dovedností ($p < 0,001$, $d = 0,77$). Zatímco děti v experimentální skupině vykazovaly zlepšení v sociálních a emočních kompetencích, děti v kontrolní skupině zaznamenaly v těchto kompetencích regresí. Toto zjištění o to silněji naznačuje důležitost intervence nejen pro zlepšení v určitých kompetencích, ale především pro stabilizaci negativních dopadů ACEs.

Další **studie Pattersona a kol. (2018)** zkoumala vliv CCPT na ACEs na 12 afroamerických dětech rovněž ve věkovém rozmezí 5 až 9 let. Pro studii byli účastníci nominováni svými učiteli a žili v ekonomicky znevýhodněných domácnostech. Vzorek tvořilo osm chlapců a čtyři dívky navštěvující mateřskou školu až čtvrtou třídu. Celkem 83 % z nich uvádělo, že žije pouze s jedním rodičem, většinou s matkou. Polovina účastníků této studie byla svědky násilí v domácnosti a třetina účastníků pak měla potíže s chováním ve třídě. U dvou dětí dokonce klinici během studie vystavili dva reporty na ochranu dítěte pro podezření z fyzického zneužívání nebo zanedbávání v domácnosti. Pro zařazení do studie účastníci rovněž nesměli čerpat terapeutickou léčbu jinde, aby výsledky nebyly zkresleny.

Účastníkům byla poskytnuta šestitýdenní individuální CCPT sezení, po nichž následovala ještě šestitýdenní skupinová CCPT sezení. Terapeuti čerpali průběžně supervizi. Z důvodu, že ACEs často pochází z domácnosti, v níž dítě vyrůstá, chtěli Patterson a kol. (2018) poskytnout dvě terapeutické konzultace také rodičům. Bohužel však bylo obtížné se s rodiči na těchto konzultacích domluvit, a tak byly místo nich nakonec poskytnuty učitelům, kteří s účastníky bývali v kontaktu.

Studie pro kvantifikaci ACEs nevyužila žádný dotazník, zato pro měření efektivity CCPT využívala více nástrojů. Jedním z nástrojů byla škála IRS (Impaired Rating Scale), kterou vyplnili učitelé, a která hodnotí rušivé chování ve třídě a jeho dopad na školní výkon a vztahy. Dalším nástrojem byla škála SAS (Spence Anxiety Scale), která hodnotí vnitřní projevy dítěte a vyplňovali ji samotní účastníci. Oba nástroje (IRS i SAS) byly v průběhu studie vyplňovány třikrát. Takový design výzkumu umožnil srovnání před a po intervenci CCPT. Na druhou stranu v tomto designu chyběla data od rodičů, která se nepodařilo nasbírat, což může ubírat na komplexním obraze.

Výsledky Pattersona a kol. (2018) indikují, že kombinace individuální a skupinové CCPT vede k výraznému snížení problémů v chování, obav a intruzivních myšlenek dítěte (průměrná hodnota obav a intruzivních myšlenek klesla z 43,83 na 24,58; $p = 0,02$). Studie rovněž upozornila na protektivní faktory, jako je podpora rodiny a školy, které mohou hrát kompenzační roli při vystavení ACEs a posílit účinky intervence.

Studie Wickse a kol. (2018) zahrnovala devět účastníků z australské domorodé komunity ve věku 5 až 12 let. I v této studii převažovali chlapci, jichž bylo sedm, zatímco dívky

byly pouze dvě. Všichni participanti byli do studie nominováni svou komunitou jakožto děti známé pro svou historii ACEs, které by z terapie mohly těžit. Nikdo z rodičů participantů a participantů samotných přitom nikdy před studií neobdržel terapeutickou intervenci. Na bázi poznatků, že děti mohou těžit i z více než jedné terapie týdně, participantům poskytli intenzivní CCPT. Tento model obnášel dvě 30minutová CCPT sezení denně po dobu 10 dní a poskytování supervize terapeutům. Terapeuti před začátkem intervence CCPT rovněž obdrželi edukaci ohledně CCPT a vlivu traumatu na vývoj dítěte. Navíc se podařilo matkám participantů poskytnout dvě dvouhodinová sezení. Tato sezení obsahovala edukaci k základům vývoje dítěte a nácvik dovedností, jako je reflexe emocí a nastavování hranic.

Studie pro kvantifikaci ACEs nevyužila žádný dotazník. Pro měření efektivity CCPT zařadila SDQ dotazník (Goodman's Strengths and Difficulties Questionnaire), který slouží ke zjištění oblastí emocionálních symptomů, hyperaktivity, nepozornosti, vztahových problémů a prosociálního chování. Tento dotazník vyplňovali rodiče a učitelé participantů před i po intervencích CCPT, a poté s nimi byly provedeny rozhovory.

Výsledky potvrdily signifikantní snížení celkových obtíží po intervenci CCPT dle hodnocení rodičů ($t(8) = 6,32; p < 0,01$), přičemž učitelé zaznamenali zlepšení především v emocionální oblasti, zatímco chování dětí zůstalo dle nich stabilní. Tento report učitelů mohl být ovlivněn tím, že děti v této studii se ihned po skončení intervence CCPT měly vrátit do třídy, a právě tato nutná okamžitá adaptace na školní prostředí mohla způsobovat potíže v chování, které mohly být mylně zaměňovány za důsledky ACEs. Výsledky v této studii byly hodnoceny také pomocí rozhovorů, v nichž rodiče uváděli, že se u některých dětí zlepšila pozornost a poslušnost.

V americké studii **Haase a Raye (2020)** byly účinky CCPT zkoumány na dvou participantech – devítileté dívce Megan a osmiletém chlapci Justinovi. Oba participanti byli vystaveni osmi ACEs, konkrétně emocionálnímu a fyzickému zanedbávání, domácímu násilí, zneužívání návykových látek v domácnosti, odloučení rodičů, duševnímu onemocnění člena domácnosti a uvěznění člena domácnosti. Megan navíc zažila sexuální zneužívání a Justin emocionální zneužívání. Oba v důsledku svých zkušeností vykazovali nízkou sebehodnotu, přičemž Megan prožívala nedostatek sounáležitosti v rodině a Justin se cítil zodpovědný za zprostředkování jednání mezi rodiči.

Participantů ve studii absolvovali 24 individuálních CCPT sezení celkově v intenzitě dvakrát týdně v délce 45 minut, což je vůbec nejvyšší uvedený počet ze všech studií. Terapeuti rovněž čerpali pravidelně supervizi. Navíc se autorům podařilo zrealizovat několik 30minutových konzultací s rodiči ohledně navázání terapeutického vztahu, porozumění dítěti a individuálních terapeutických technik.

Pro kvantifikaci ACEs studie využívala originální 10položkový dotazník ACEs (Adverse Childhood Experiences Checklist) od Felitti a kol. (1998), jenž upravili pro možnost rodičů odpovídat za své dítě. Pro měření efektivity CCPT zařadili stejně jako Wicks a kol. (2018) SDQ dotazník. Ve studii Haase a Raye (2020) byl SDQ dotazník vyplňován rodiči na týdenní bázi. Před a po programu CCPT rodiče vyplňovali navíc TSCYC dotazník (Trauma Symptoms Checklist for Young Children), který sleduje posttraumatický růst v osmi subškálách, jako je např. úzkost, deprese, vztek/agrese a disociace. S rodiči byly rovněž provedeny rozhovory.

Výsledky studie ukázaly, že CCPT vedla k signifikantnímu snížení behaviorálních problémů a posttraumatických symptomů, přičemž efekt se projevil rychleji u participanta Justina, zatímco u druhého participanta Megan byl patrný až po ukončení terapie. Dle autorů tento efekt mohl být ovlivněn tím, že Megan oproti Justinovi byla nucena setrvávat v nepříznivých podmínkách ještě po dobu CCPT sezení. Konkrétně celkové skóre obtíží (SDQ) u Justina během fáze po skončení CCPT kleslo z 26,5 na 3. Skóre posttraumatického stresu (TSCYC) se u něj snížilo z 98 na 46 a také jeho matka popsala výrazné zlepšení v jeho chování, schopnosti regulace emocí a vztazích s vrstevníky i rodinou. U Megan se nejdříve celkové skóre obtíží mírně zvýšilo, ale ve fázi po skončení intervence CCPT také kleslo z původních 15,5 na 9,25. Skóre TSCYC se u ní snížilo z 78 na 50 a její otec s nevlastní matkou u ní zaznamenali zlepšení emoční regulace, komunikace a vztahů v rodině. Celkově měla CCPT pozitivní efekt na obě děti, a to především v emoční regulaci a problémech v chování.

Případová **studie Conroye a Perrymana (2022)** popisovala vliv CCPT na negativní dopady ACEs u tříletého chlapce jménem Juaquin, který byl vystaven několika ACEs, jako je například zažití požáru domu jeho biologických rodičů, dále má diagnostikovanou ODD (porucha opozičního vzdoru, z angl. *Oppositional Defiant Disorder*) a ADHD. V důsledku ACEs měl před účastí v intervenci CCPT potíže s chováním, kdy například strkal spolužáky z prolézačky,

bodl učitelku párátkem, ve svém věku tří let vykazoval manipulativní chování vůči spolužákům a zvědavost v sexuálních tématech.

Ačkoliv studie neuvádí celkový počet CCPT sezení s participantem, reportuje, že formou CCPT intervence s participantem pracovala po dobu dvou a půl let, což tvoří vůbec nejdelší časové období terapeuta strávené s participantem ze všech zařazených studií. Tato studie nevyužívala žádný dotazník k měření efektivity CCPT, nicméně se vyznačovala svým zaměřením na optiku SECURE, která terapeutovi umožnila přesněji hlídat proces a průběh CCPT, a na jejímž základě byl sledován vliv CCPT na negativní dopady ACEs.

Výsledky této studie zaznamenaly postupné zlepšení emoční regulace u chlapce Juaquina. Ten po 2,5 letech CCPT vykazoval přechod od agresivního chování, kdy na prvním CCPT sezení na terapeutku mířil hračkou pistole, až k přiměřeným aktivitám vykazujících prosociální chování. Toto zlepšení v emoční regulaci a zvýšení prosociálního chování zaznamenala také pěstounská rodina chlapce Juaquina.

8. Diskuze

ACEs mají často negativní psychické i fyzické dopady na dítě, které se mohou projevovat v dětství a přetrvávat do dospělosti. Zásadní roli přitom hraje prevence ACEs, jako je vystavení PCEs, nicméně pro léčbu je žádoucí dítěti poskytnout takovou terapeutickou intervenci, která má potenciál negativní dopady ACEs zmírnit. Přestože se v praxi využívají různé terapeutické přístupy, například TF-CBT nebo EMDR, toto systematické review se soustředilo na CCPT, neboť navzdory naznačenému potenciálu v několika studiích zůstává tato intervence dosud málo prozkoumaná. Systematické review proto přináší přehled studií zkoumajících efektivitu intervence CCPT na zmírnění negativních dopadů ACEs u dětí.

Ve všech zahrnutých studiích po ukončení intervence CCPT došlo k pozitivním změnám v emocionální a behaviorální oblasti dětí vystavených ACEs, a to jak ve stabilizaci těchto důsledků (Ray a kol., 2022; Patterson et al., 2018), tak v jejich zlepšení, které vykazaly všechny zařazené studie. CCPT tak podporuje nejen rozvoj dětí v emocionální a behaviorální oblasti, ale zároveň chrání před dalším zhoršováním stavu, což je klíčové z hlediska negativních dopadů ACEs. Navíc se zdá, že efektivitu CCPT ve studiích mohly posílit další faktory, jako je pravidelné čerpání supervizí u terapeutů poskytujících CCPT, pravidelnost nebo intenzita CCPT, spolupráce rodičů, bezpečné prostředí, dostatečné vybavení herní místnosti a ošetření prostředí dítěte, aby nadále ACEs nebylo vystavováno. Tyto faktory naznačují, že účinnost CCPT není pouze výsledkem samotné terapeutické metody, ale také dalších faktorů. Pro vytvoření komplexního závěru je však potřeba přihlídnout také k některým limitacím.

Výše uvedené studie naznačují efektivitu CCPT, nicméně limitace, jako je rozdílná metodologie studií, znemožňují jejich přímé porovnání. Jedná se např. o heterogenitu v používání ACEs dotazníku. Parker a kol. (2021) pro jednotnost výzkumů v oblasti CCPT a ACEs navrhuje používání jednotného ACEs dotazníku, nicméně ve studiích zařazených do systematického review byly pro kvantifikaci ACEs dotazníky používány rozdílné, nebo dokonce žádné. Studie Haase a Raye (2020) navíc používala základní dotazník ACEs-10, u nějž McLennan a kol. (2020) upozorňují na limitace, jako je omezené pokrytí témat, jednoduché skórování a nedostatečné psychometrické hodnocení. Další nežádoucí variabilitu studií představují intervence CCPT. Zatímco některé studie hodnotily účinnost CCPT po 10 dnech sezení, jiné sledovaly děti po delší dobu. Tato skutečnost může indikovat možná zkreslení výsledku. Zlepšení ve vnitřních i vnějších negativních projevech se ve všech studiích prokázalo nezávisle na délce a intenzitě CCPT. Některé studie dále využívaly kvantitativní hodnocení, zatímco jiné byly případové studie, u nichž bývá obtížné výsledky generalizovat na celou

populaci. Na druhou stranu je u nich možné nahlédnout hlouběji do záznamu pokroku konkrétního participanta. Potíže v generalizaci výsledků dále přináší použití jak různých dotazníků, tak jejich vyplňování různými lidmi. V některých studiích vyplňovali dotazníky samotní participanti, v jiných rodiče, a někdy dokonce učitelé. Zkreslení s sebou mohou přinášet všechny varianty, kdy např. rodiče mohou u dítěte zavírat oči před možnými potížemi, a neuvést tak pravdivé informace podobně jako u ACEs dotazníku, kde mohou mít potíže přiznat, že jejich dítě bylo například vystavováno domácímu násilí. Chybné vyplnění dotazníků tak samo o sobě komplikuje transparentnost výsledků.

Důležitým bodem ke zvážení výsledků systematického review je také nezařazení PCEs do studií zahrnutých do systematického review. Jak ukázala teoretická část práce, PCEs mohou neutralizovat negativní dopady ACEs, a tak by bylo užitečné zkoumat souvisle s intervencí CCPT rovněž PCEs pro objasnění, do jaké míry zlepšení dítěte pramení z intervence, a do jaké míry hrály roli protektivní faktory. Ačkoliv studie v systematickém review PCEs nezkoumaly přímo, studie Raye a kol. (2022) a Pattersona a kol. (2018) zmínily důležitost role protektivních faktorů pro stabilizaci a zlepšení vnitřních i vnějších projevů dítěte.

K potvrzení efektivity by však bylo vhodné provést další randomizované kontrolované studie s většími vzorky s vyváženějším pohlavím a dlouhodobým pozorováním participantů. V celém systematickém review navíc byla pouze jediná studie s kontrolní skupinou a zbylé studie měly velmi malý vzorek participantů. Není tak zřejmé, že intervence CCPT je skutečně tím, co zapříčinilo pokles negativních dopadů u dětí, či by se vlivem času výsledky projevíly u všech participantů. Také nelze určit, jestli by stejný efekt měla i jiná terapeutická intervence vzhledem ke skutečnosti, že studie nekontrolovaly žádné zavádějící proměnné. Budoucí výzkum, který by zohlednil navržené body a možnosti, by mohl přinést nové cenné poznatky, a potvrdit tak zároveň platnost výsledků tohoto systematického review.

8.1. Silné stránky a omezení

Za jednu z nejsilnějších stránek systematického review lze považovat skutečnost, že zařazené studie podrobně popisují zkoumané oblasti, metodologii a postupy. Díky tomu lze s větší přesností vyvodit společné závěry. Další předností systematického review je použití metodiky PRISMA, která umožňuje jednotný a transparentní postup. Předem stanovená kritéria pro zařazení a vyřazení studií a reportování postupu po každém kroku rovněž dodává na důvěryhodnosti a objektivitě výsledků. Na druhou stranu, potenciální zkreslení mohlo

zapříčinit, že zařazené studie na základě kritérií vyhledával pouze jeden reviewer (autorka práce Lucie Zedníková). Další roli ve výsledcích mohl sehrát publikační bias, u nějž mají studie s pozitivními nebo signifikantními výsledky větší šanci být publikovány oproti studiím s negativními nebo nesignifikantními zjištěními. Omezení výsledků přinesla i již zmíněná heterogenita studií a také nejednotnost v měření i definici ACEs, kdy již při stanovení klíčových slov nebyly zařazeny jednotlivé ACEs, což by mohlo přinést jiná zjištění. Tato možná zkreslení nebyla nijak statisticky kontrolována.

Silnou stránkou tohoto systematického review se nicméně jeví zařazení studií, které samy explicitně zmiňují ACEs. Jiné podobné existující systematické review od Parkera a kol. (2021) zahrnovalo také studie, které se zaměřovaly na jeden konkrétní ACE, jako je například svědectví domácího násilí, přičemž se odrážely od původní teorie a klasifikace Felitti a kol. (1998) a Cronholma a kol. (2015). Samotné zařazené studie však tyto situace neposuzovaly v kontextu ACEs. Pro účely této práce bylo zásadní ošetřit, aby se i samotné studie tématu ACEs opravdu explicitně věnovaly, a to bohužel i za cenu malého množství výsledných zahrnutých studií. Nicméně, jak bylo zmíněno výše, zařazení jednotlivých ACEs do vyhledávání by mohlo přinést nové poznatky.

Dnes je navíc známo, že teorií a kategorií ACEs je mnoho. Bylo by tedy nepřesné a do určité míry rovněž subjektivní ve studiích ohraničit, které události do ACEs spadají, a které už ne, pokud je studie samostatně nezmiňují. Novější teorie autorů Kalmakis a Chandler (2014), jak bylo popsáno v teoretické části věnující se ACEs, dokonce navrhuje za ACEs považovat události, které splňují určité charakteristiky spíše než samotný výčet událostí. Tím se odhaluje potřeba buď sjednotit používaný dotazník pro měření ACEs, nebo dokonce plně aktualizovat způsob měření ACEs. Studie, které by se ACEs věnovaly na základě charakteristik však zatím neexistují. Z toho důvodu považuji zařazení studií věnujících se přímo ACEs za jednu ze silných stránek, činící tuto práci patrně jediným dosavadně existujícím systematickým review, které se zaměřuje komplexně na ACEs v souvislosti s CCPT.

9. Závěr

Cílem této bakalářské práce bylo přinést čtenářům ucelený přehled využití CCPT u dětí vystavených ACEs a poskytnout tím podnět pro integraci CCPT do intervencí a práce s dětmi, které byly ACEs vystaveny. Pomocí systematického přehledu bylo účelem zodpovědět otázku „*Je CCPT účinná pro zmírnění negativních dopadů u dětí vystavených ACEs?*“ a přinést zjištění účinků CCPT na ACEs, která mohou být podkladem a motivem k rozšíření tohoto typu terapie na poli již existujících terapeutických přístupů pracujících s dětmi a tematikou traumatu nebo ACEs, jako je EMDR nebo TF-CBT.

Teoretická část této práce představila pojem ACEs, jeho definici i kategorizaci včetně návrhů na úpravu kategorizace na základě společných charakteristik definovaných novější teorií. Pozornost byla kladena na podrobné vymezení možných dopadů ACEs na dítě, jako je trauma, PTSD, potíže v chování nebo v emoční regulaci, ale i zdravotní problémy. O to větší důraz byl v teoretické části kladen na recentně zkoumanou prevenci ACEs. Bylo přitom nastíněno téma psychické odolnosti i PCEs jakožto pozitivních zkušeností, které mohou hrát při vystavení ACEs kompenzační roli. Další část byla věnována naopak intervencím, jak u ACEs zmírnit jejich negativní dopady. V této souvislosti byly představeny přístupy TF-CBT a EMDR, které se dosud ukazovaly jako nejefektivnější pro práci s traumatem u dítěte. Závěrem se teoretická práce pro ucelení přehledu využití CCPT u ACEs věnovala právě CCPT jakožto stěžejnímu tématu práce a dosud méně probádané intervenci. CCPT by mohla být účinná pro zmírnění negativních dopadů právě díky svému zaměření na hru jako přirozenou komunikaci dítěte.

Na ověření této hypotézy se přímo soustředila praktická část práce provedená metodou systematického review. Systematické review pro transparentnost výsledků využívalo metodiku PRISMA. Na základě předem definovaných kritérií pro zařazení a vyřazení studií bylo do systematického review finálně zařazeno 5 prací, u nichž byly popsány základní charakteristiky, jako je zkoumaná populace, forma intervence CCPT, strategie měření ACEs a efektivita CCPT na zmírnění negativních dopadů, a v neposlední řadě analýza hlavních zjištění. Ta odhalila konzistentnost ve výsledcích všech zahrnutých studií, u nichž došlo k poklesu vnitřních i vnějších negativních dopadů ACEs u dětí. Výsledky indikují, že CCPT může být efektivní metodou pro snížení negativních dopadů u dětí s ACEs. Nicméně, rozdílná metodologie studií může ovlivnit generalizaci a přesnost výsledků a představovat důvod pro zohlednění limitací a provedení dalšího výzkumu se sjednocenou a aktuální strategií měření. Budoucí zjištění, díky jakým faktorům je CCPT efektivní, by mohlo o to více přispět

ke snazší integraci prvků CCPT do terapeutické práce s dětmi vystavené traumatu nebo ACEs, a to i na území ČR.

Reference

- Ahmad, A., & Sundelin-Wahlsten, V. (2008). Applying EMDR on children with PTSD. *European Child & Adolescent Psychiatry, 17*, 127-132. <https://doi.org/10.1007/s00787-007-0646-8>
- American Psychiatric Association, D. S. M. T. F., & American Psychiatric Association, D. S. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5 (Vol. 5, No. 5). *Washington, DC: American psychiatric association.*
- Barron, I. G., Bourgaize, C., Lempertz, D., Swinden, C., & Darker-Smith, S. (2019). Eye movement desensitization reprocessing for children and adolescents with posttraumatic stress disorder: A systematic narrative review. *Journal of EMDR Practice and Research, 13*(4), 270-283. <https://doi.org/10.1891/1933-3196.13.4.270>
- Bartlett, J. D., & Sacks, V. (2019). Adverse childhood experiences are different than child trauma, and it's critical to understand why. *Child Trends*. <https://doi.org/10.13140/RG.2.2.18206.89921>
- Bastien, R. J. B., Jongasma, H. E., Kabadayi, M., & Billings, J. (2020). The effectiveness of psychological interventions for post-traumatic stress disorder in children, adolescents and young adults: A systematic review and meta-analysis. *Psychological Medicine, 50*(10), 1598-1612. <https://doi.org/10.1017/s0033291720002007>
- Batcho, K. I., Nave, A. M., & DaRin, M. L. (2011). A retrospective survey of childhood experiences. *Journal of Happiness Studies, 12*, 531-545. <https://doi.org/10.1007/s10902-010-9213-y>
- Baylin, J., & Hughes, D. A. (2016). The neurobiology of attachment-focused therapy: enhancing connection & trust in the treatment of children & adolescents (Norton series on interpersonal neurobiology). *WW Norton & Company.*
- Beer, R. (2018). Efficacy of EMDR therapy for children with PTSD: A review of the literature. *Journal of EMDR Practice and Research, 12*(4), 177-195. <https://doi.org/10.1891/1933-3196.12.4.177>
- Bethell, C., Jones, J., Gombojav, N., Linkenbach, J., & Sege, R. (2019). Positive childhood experiences and adult mental and relational health in a statewide sample: Associations across

adverse childhood experiences levels. *JAMA pediatrics*, 173(11), e193007-e193007.

<https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2019.3007>

Boullier, M., & Blair, M. (2018). Adverse childhood experiences. *Paediatrics and Child Health*, 28(3), 132–137. <https://doi.org/10.1016/j.paed.2017.12.008>

Bowlby, J. (1951). Maternal care and mental health (Vol. 2). *World Health Organization*.

Bowlby, J. (1989). *The role of attachment in personality development and psychopathology*.

Briere, J. (2005). Trauma symptom checklist for young children (TSCYC). *Odessa, FL: Psychological Assessment Resources*.

Brown, D. W., Anda, R. F., Tiemeier, H., Felitti, V. J., Edwards, V. J., Croft, J. B., & Giles, W. H. (2009). Adverse childhood experiences and the risk of premature mortality. *American journal of preventive medicine*, 37(5), 389-396. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2009.06.021>

Burback, L., Brult-Phillips, S., Nijdam, M. J., McFarlane, A., & Vermetten, E. (2024).

Treatment of posttraumatic stress disorder: a state-of-the-art review. *Current*

Neuropharmacology, 22(4), 557-635. <https://doi.org/10.2174/1570159x21666230428091433>

Burke, N. J., Hellman, J. L., Scott, B. G., Weems, C. F., & Carrion, V. G. (2011). The impact of adverse childhood experiences on an urban pediatric population. *Child abuse & neglect*, 35(6), 408-413. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2011.02.006>

Cavett, A. M., & Drewes, A. A. (2012). Play applications and trauma-specific components. In J. A. Cohen, A. P. Mannarino, & E. Deblinger (Eds.), *Trauma-focused CBT for children and adolescents: Treatment applications* (pp. 124–148). *The Guilford Press*.

Cohen, J. A., & Mannarino, A. P. (2008). Trauma-focused cognitive behavioural therapy for children and parents. *Child and Adolescent Mental Health*, 13(4), 158-162.

<https://doi.org/10.1111/j.1475-3588.2008.00502.x>

Conroy, J., & Perryman, K. (2022). Treating trauma with child-centered play therapy through the SECURE lens of polyvagal theory. *International Journal of Play Therapy*, 31(3), 143–152. <https://doi.org/10.1037/pla0000172>

Crandall, A., Miller, J. R., Cheung, A., Novilla, L. K., Glade, R., Novilla, M. L. B., ... & Hanson, C. L. (2019). ACEs and counter-ACEs: How positive and negative childhood

experiences influence adult health. *Child abuse & neglect*, 96, 104089.

<https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2019.104089>

Cronholm, P. F., Forke, C. M., Wade, R., Bair-Merritt, M. H., Davis, M., Harkins-Schwarz, M., ... & Fein, J. A. (2015). Adverse childhood experiences: Expanding the concept of adversity. *American journal of preventive medicine*, 49(3), 354-361.

<https://doi.org/10.1016/j.amepre.2015.02.001>

Davidson, P. R., & Parker, K. C. (2001). Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR): a meta-analysis. *Journal of consulting and clinical psychology*, 69(2), 305.

<https://doi.org/10.1037//0022-006x.69.2.305>

de Arellano, M. A. R., Lyman, D. R., Jobe-Shields, L., George, P., Dougherty, R. H., Daniels, A. S., ... & Delphin-Rittmon, M. E. (2014). Trauma-focused cognitive-behavioral therapy for children and adolescents: Assessing the evidence. *Psychiatric services*, 65(5), 591-602.

<https://doi.org/10.1176/appi.ps.20130025>

Deblinger, E., Mannarino, A. P., Cohen, J. A., Runyon, M. K., & Steer, R. A. (2011). Trauma-focused cognitive behavioral therapy for children: impact of the trauma narrative and treatment length. *Depression and anxiety*, 28(1), 67-75. <https://doi.org/10.1002/da.20744>

Doležalová, P., Orliková, B., Kážmer, L., Drbohlavová, B., & Csémy, L. (2017). *Trauma v dětství a adolescenci: průvodce pro pedagogy*. Národní ústav duševního zdraví.

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. [https://doi.org/10.1016/s0749-3797\(98\)00017-8](https://doi.org/10.1016/s0749-3797(98)00017-8)

Fergus, S., & Zimmerman, M. A. (2005). Adolescent resilience: A framework for understanding healthy development in the face of risk. *Annual review of public health*, 26(1), 399-419. <https://doi.org/10.1146/annurev.publhealth.26.021304.144357>

Frawley, C., & Dillman Taylor, D. (2024). The relational change mechanisms of child-centered play therapy with children exposed to adverse childhood experiences. *Journal of Counseling & Development*, 102(2), 153-162. <https://doi.org/10.1002/jcad.12500>

Freud, S. (1910). The origin and development of psychoanalysis. *The American Journal of Psychology*, 21(2), 181–218. <https://doi.org/10.2307/1413001>

Gilgoff, R., Singh, L., Koita, K., Gentile, B., & Marques, S. S. (2020). Adverse childhood experiences, outcomes, and interventions. *Pediatric Clinics*, 67(2), 259-273. <https://doi.org/10.1016/j.pcl.2019.12.001>

Gkintoni, E., Kourkoutas, E., Yotsidi, V., Stavrou, P. D., & Prinianaki, D. (2024). Clinical efficacy of psychotherapeutic interventions for post-traumatic stress disorder in children and adolescents: a systematic review and analysis. *Children*, 11(5), 579. <https://doi.org/10.3390/children11050579>

Godoy, L. C., Frankfurter, C., Cooper, M., Lay, C., Maunder, R., & Farkouh, M. E. (2021). Association of adverse childhood experiences with cardiovascular disease later in life: a review. *JAMA cardiology*, 6(2), 228-235. <https://doi.org/10.1001/jamacardio.2020.6050>

Grabbe, L., & Miller-Karas, E. (2018). The trauma resiliency model: a “bottom-up” intervention for trauma psychotherapy. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*, 24(1), 76-84. <https://doi.org/10.1177/1078390317745133>

Guidetti, C., Brogna, P., Chieffo, D. P. R., Turrini, I., Arcangeli, V., Rausa, A., ... & Brogna, C. (2023). Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) as a Possible Evidence-Based Rehabilitation Treatment Option for a Patient with ADHD and History of Adverse Childhood Experiences: A Case Report Study. *Journal of Personalized Medicine*, 13(2), 200. <https://doi.org/10.3390/jpm13020200>

Gupta, N., Chaudhary, R., Gupta, M., Ikehara, L. H., Zubiar, F., & Madabushi, J. S. (2023). Play therapy as effective options for school-age children with emotional and behavioral problems: A case series. *Cureus*, 15(6). <https://doi.org/10.7759/cureus.40093>

Haas, S. C., & Ray, D. C. (2020). Child-centered play therapy with children affected by adverse childhood experiences: A single-case design. *International Journal of Play Therapy*, 29(4), 223. <https://doi.org/10.1037/pla0000135>

Humble, J. J., Summers, N. L., Villarreal, V., Styck, K. M., Sullivan, J. R., Hechler, J. M., & Warren, B. S. (2019). Child-centered play therapy for youths who have experienced trauma: A systematic literature review. *Journal of Child & Adolescent Trauma*, 12, 365-375. <https://doi.org/10.1007/s40653-018-0235-7>

- Chartier, M. J., Walker, J. R., & Naimark, B. (2010). Separate and cumulative effects of adverse childhood experiences in predicting adult health and health care utilization. *Child abuse & neglect*, 34(6), 454-464. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2009.09.020>
- Jaffee, S. R., Bowes, L., Ouellet-Morin, I., Fisher, H. L., Moffitt, T. E., Merrick, M. T., & Arseneault, L. (2013). Safe, stable, nurturing relationships break the intergenerational cycle of abuse: A prospective nationally representative cohort of children in the United Kingdom. *Journal of Adolescent Health*, 53(4), S4-S10. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2013.04.007>
- Jochmannová, L. (2021). *Trauma u dětí*. Praha: Grada.
- Kalmakis, K. A., & Chandler, G. E. (2014). Adverse childhood experiences: towards a clear conceptual meaning. *Journal of advanced nursing*, 70(7), 1489-1501. <https://doi.org/10.1111/jan.12329>
- Karadag, M., Gokcen, C., & Sarp, A. S. (2020). EMDR therapy in children and adolescents who have post-traumatic stress disorder: a six-week follow-up study. *International journal of psychiatry in clinical practice*, 24(1), 77-82. <https://doi.org/10.1080/13651501.2019.1682171>
- Kerbage, H., Bazzi, O., El Hage, W., Corruble, E., & Purper-Ouakil, D. (2022). Early interventions to prevent post-traumatic stress disorder in youth after exposure to a potentially traumatic event: A scoping review. *In Healthcare* (Vol. 10, No. 5, p. 818). MDPI. <https://doi.org/10.3390/healthcare10050818>
- Kerker, B. D., Zhang, J., Nadeem, E., Stein, R. E., Hurlburt, M. S., Heneghan, A., ... & Horwitz, S. M. (2015). Adverse childhood experiences and mental health, chronic medical conditions, and development in young children. *Academic pediatrics*, 15(5), 510-517. <https://doi.org/10.1016/j.acap.2015.05.005>
- Kessler, R. C., Petukhova, M., Sampson, N. A., Zaslavsky, A. M., & Wittchen, H. U. (2012). Twelve-month and lifetime prevalence and lifetime morbid risk of anxiety and mood disorders in the United States. *International journal of methods in psychiatric research*, 21(3), 169-184. <https://doi.org/10.1002/mpr.1359>
- Koita, K., Long, D., Hessler, D., Benson, M., Daley, K., Bucci, M., ... & Burke Harris, N. (2018). Development and implementation of a pediatric adverse childhood experiences (ACEs) and other determinants of health questionnaire in the pediatric medical home: A pilot study. *PloS one*, 13(12), e0208088. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0208088>

Kosterman, R., Mason, W. A., Haggerty, K. P., Hawkins, J. D., Spoth, R., & Redmond, C. (2011). Positive childhood experiences and positive adult functioning: prosocial continuity and the role of adolescent substance use. *Journal of Adolescent Health, 49*(2), 180-186.

<https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2010.11.244>

Kot, S., Landreth, G. L., & Giordano, M. (1998). Intensive child-centered play therapy with child witnesses of domestic violence. *International Journal of Play Therapy, 7*(2), 17–36.

<https://doi.org/10.1037/h0089421>

Schoonover, T., & Perryman, K. (2023). Child-centered play therapy and adverse childhood experiences: A single-case research design. *Journal of Child and Adolescent Counseling, 9*(1), 1-20.

<https://doi.org/10.1080/23727810.2022.2138045>

Koukourikos, K., Tsaloglidou, A., Tzaha, L., Iliadis, C., Frantzana, A., Katsimbeli, A., & Kourkouta, L. (2021). An overview of play therapy. *Materia socio-medica, 33*(4), 293.

<https://doi.org/10.5455/msm.2021.33.293-297>

Krupnik, V. (2019). Trauma or adversity?. *Traumatology, 25*(4), 256.

<https://doi.org/10.1037/trm0000169>

Landreth, G. L. (2012). *Play therapy: The art of the relationship*. Routledge.

Lewey, J. H., Smith, C. L., Burcham, B., Saunders, N. L., Elfallal, D., & O'Toole, S. K. (2018). Comparing the effectiveness of EMDR and TF-CBT for children and adolescents: A meta-analysis. *Journal of child & adolescent trauma, 11*, 457-472.

<https://doi.org/10.1007/s40653-018-0212-1>

Lin, Y. W., & Bratton, S. C. (2015). A meta-analytic review of child-centered play therapy approaches. *Journal of Counseling & Development, 93*(1), 45-58.

<https://doi.org/10.1002/j.1556-6676.2015.00180.x>

Mareš, J., & Kebza, V. (2024). *Psychologie zdraví*. Grada Publishing.

Marie-Mitchell, A., Lee, J., Siplon, C., Chan, F., Riesen, S., & Vercio, C. (2019).

Implementation of the whole child assessment to screen for adverse childhood experiences.

Global Pediatric Health, 6, 2333794X19862093. <https://doi.org/10.1177/2333794x19862093>

- McLennan, J. D., MacMillan, H. L., & Afifi, T. O. (2020). Questioning the use of adverse childhood experiences (ACEs) questionnaires. *Child Abuse & Neglect, 101*, 104331. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2019.104331>
- Menassa, B. M. (2009). Theoretical orientation and play therapy: Examining therapist role, session structure, and therapeutic objectives. *Journal of Professional Counseling: Practice, Theory & Research, 37*(1), 13-26. <https://doi.org/10.1080/15566382.2009.12033852>
- Merrick, J. S., & Narayan, A. J. (2020). Assessment and screening of positive childhood experiences along with childhood adversity in research, practice, and policy. *Journal of Children and Poverty, 26*(2), 269-281. <https://doi.org/10.1080/10796126.2020.1799338>
- Merrick, M. T., Ford, D. C., Ports, K. A., & Guinn, A. S. (2018). Prevalence of adverse childhood experiences from the 2011-2014 behavioral risk factor surveillance system in 23 states. *JAMA pediatrics, 172*(11), 1038-1044. <https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2018.2537>
- Murphy, A., Steele, M., Dube, S. R., Bate, J., Bonuck, K., Meissner, P., ... & Steele, H. (2014). Adverse childhood experiences (ACEs) questionnaire and adult attachment interview (AAI): Implications for parent child relationships. *Child abuse & neglect, 38*(2), 224-233. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2013.09.004>
- Narayan, A. J., Lieberman, A. F., & Masten, A. S. (2021). Intergenerational transmission and prevention of adverse childhood experiences (ACEs). *Clinical psychology review, 85*, 101997. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2021.101997>
- Oh, D. L., Jerman, P., Silvério Marques, S., Koita, K., Purewal Boparai, S. K., Burke Harris, N., & Bucci, M. (2018). Systematic review of pediatric health outcomes associated with childhood adversity. *BMC pediatrics, 18*(1), 1-19. <https://doi.org/10.1186/s12887-018-1037-7>
- Parker, M. M., Hergenrather, K., Smelser, Q., & Kelly, C. T. (2021). Exploring child-centered play therapy and trauma: A systematic review of literature. *International Journal of Play Therapy, 30*(1), 2. <https://doi.org/10.1037/pla0000136>
- Patterson, L., Stutey, D. M., & Dorsey, B. (2018). Play therapy with African American children exposed to adverse childhood experiences. *International Journal of Play Therapy, 27*(4), 215–226. <https://doi.org/10.1037/pla0000080>

Piaget, J. (1976). *Piaget's theory*.

Poole, J. C., Dobson, K. S., & Pusch, D. (2017). Childhood adversity and adult depression: The protective role of psychological resilience. *Child abuse & neglect*, 64, 89-100.

<https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2016.12.012>

Porges, S. W. (2009). The polyvagal theory: new insights into adaptive reactions of the autonomic nervous system. *Cleveland Clinic journal of medicine*, 76(Suppl 2), S86.

[10.3949/ccjm.76.s2.17](https://doi.org/10.3949/ccjm.76.s2.17)

Qu, G., Liu, H., Han, T., Zhang, H., Ma, S., Sun, L., ... & Sun, Y. (2024). Association between adverse childhood experiences and sleep quality, emotional and behavioral problems and academic achievement of children and adolescents. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 33(2), 527-538. <https://doi.org/10.1007/s00787-023-02185-w>

Ray, D. (2011). *Advanced play therapy: Essential conditions, knowledge, and skills for child practice*. Routledge.

Ray, D. C., Blanco, P. J., Sullivan, J. M., & Holliman, R. (2009). An exploratory study of child-centered play therapy with aggressive children. *International journal of play therapy*, 18(3), 162. <https://doi.org/10.1037/a0014742>

Ray, D. C., Burgin, E., Gutierrez, D., Ceballos, P., & Lindo, N. (2022). Child-centered play therapy and adverse childhood experiences: A randomized controlled trial. *Journal of Counseling & Development*, 100(2), 134-145. <https://doi.org/10.1002/jcad.12412>

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.

<https://doi.org/10.1016/j.cpr.2009.06.008>

Runyan, D. K., Hunter, W. M., Socolar, R. R., Amaya-Jackson, L., English, D., Landsverk, J., ... & Mathew, R. M. (1998). Children who prosper in unfavorable environments: The relationship to social capital. *Pediatrics*, 101(1), 12-18. <https://doi.org/10.1542/peds.101.1.12>

Rutter, M. (1987). Psychosocial resilience and protective mechanisms. *American Journal of Orthopsychiatry*, 57(3), 316-331. <https://doi.org/10.1111/j.1939-0025.1987.tb03541.x>

Sege, R. D., & Browne, C. H. (2017). Responding to ACEs with HOPE: Health outcomes from positive experiences. *Academic pediatrics, 17*(7), S79-S85.

<https://doi.org/10.1016/j.acap.2017.03.007>

Shapiro, F. (2001). *Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR): Basic principles, protocols, and procedures*. Guilford Press.

Shapiro, F. (2014). The role of eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) therapy in medicine: addressing the psychological and physical symptoms stemming from adverse life experiences. *The Permanente Journal, 18*(1), 71. <https://doi.org/10.7812/tpp/13-098>

Schaefer, C. E. (Ed.). (2011). *Foundations of play therapy*. John Wiley & Sons.

Schottelkorb, A. A., Doumas, D. M., & Garcia, R. (2012). Treatment for childhood refugee trauma: A randomized, controlled trial. *International Journal of Play Therapy, 21*(2), 57.

<https://doi.org/10.1037/a0027430>

Silver, K. E., & Levant, R. F. (2019). An appraisal of the American Psychological Association's Clinical Practice Guideline for the Treatment of Posttraumatic Stress Disorder. *Psychotherapy, 56*(3), 347. <https://doi.org/10.1037/pst0000230>

Steenkamp, M. M., Litz, B. T., Hoge, C. W., & Marmar, C. R. (2015). Psychotherapy for military-related PTSD: A review of randomized clinical trials. *Jama, 314*(5), 489-500.

<https://doi.org/10.1001/jama.2015.8370>

Struck, S., Stewart-Tufescu, A., Asmundson, A. J., Asmundson, G. G., & Afifi, T. O. (2021). Adverse childhood experiences (ACEs) research: A bibliometric analysis of publication trends over the first 20 years. *Child Abuse & Neglect, 112*, 104895.

<https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2020.104895>

Struik, A. (2024). EMDR With Children. an Overview of Research and Clinical Practice. *Journal of the New Zealand College of Clinical Psychologists, 34*(1), 49-58.

<https://doi.org/10.5281/zenodo.10939142>

Šolcová, I. (2009). *Vývoj resilience v dětství a dospělosti*. Grada Publishing as.

Thielemann, J. F. B., Kasparik, B., König, J., Unterhitzberger, J., & Rosner, R. (2024). Stability of treatment effects and caregiver-reported outcomes: a meta-analysis of trauma-

focused cognitive behavioral therapy for children and adolescents. *Child maltreatment*, 29(2), 375-387. <https://doi.org/10.1177/10775595231167383>

Tortella-Feliu, M., Fullana, M. A., Pérez-Vigil, A., Torres, X., Chamorro, J., Littarelli, S. A., ... & de la Cruz, L. F. (2019). Risk factors for posttraumatic stress disorder: An umbrella review of systematic reviews and meta-analyses. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 107, 154-165. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2019.09.013>

Tyndall-Lind, A., Landreth, G. L., & Giordano, M. A. (2001). Intensive group play therapy with child witnesses of domestic violence. *International Journal of Play Therapy*, 10(1), 53. <https://doi.org/10.1037/h0089443>

Van der Kolk, B. (2014). *The body keeps the score: Brain, mind, and body in the healing of trauma*. New York, 3.

Waite, R., & Ryan, R. (2019). *Adverse childhood experiences: What students and health professionals need to know*. Routledge.

Webb, C., Hayes, A. M., Grasso, D., Laurenceau, J.-P., & Deblinger, E. (2014). Trauma-focused cognitive behavioral therapy for youth: Effectiveness in a community setting. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 6(5), 555–562. <https://doi.org/10.1037/a0037364>

Webster, E. M. (2022). The impact of adverse childhood experiences on health and development in young children. *Global Pediatric Health*, 9, 2333794X221078708. <https://doi.org/10.1177/2333794x221078708>

Weiner, D. A., Schneider, A., & Lyons, J. S. (2009). Evidence-based treatments for trauma among culturally diverse foster care youth: Treatment retention and outcomes. *Children and Youth Services Review*, 31(11), 1199-1205. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2009.08.013>

Wicks, J. M., Cubillo, C., Moss, S. A., Skinner, T., & Schumann, B. (2018). Intensive child-centered play therapy in a remote Australian Aboriginal community. *International Journal of Play Therapy*, 27(4), 242–255. <https://doi.org/10.1037/pla0000075>

World Health Organization. (2014). MKN–10: *Mezinárodní klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů: desátá revize*. Aktualizovaná druhá verze k, 1(4), 2014.

World Health Organization. (2018). *Adverse childhood experiences international questionnaire. Adverse childhood experiences international questionnaire (ACE-IQ)*, 245-258.

Zimmerman, M. A. (2013). Resiliency theory: A strengths-based approach to research and practice for adolescent health. *Health education & behavior*, 40(4), 381-383.

<https://doi.org/10.1177/1090198113493782>

Seznam grafů

Graf 1 – PRISMA flow diagram

Seznam tabulek

Tabulka 1 - Přehled zahrnutých studií a jejich klíčových specifík