

**Univerzita Palackého v Olomouci
Filozofická fakulta**

**POSTTRAUMATICKÁ STRESOVÁ PORUCHA –
ZAČLENĚNÍ ZAMĚSTNANCŮ PO PROŽITÍ STRESOVÉ
SITUACE DO BĚŽNÉHO PRACOVNÍHO PROCESU**

Diplomová práce

**Univerzita Palackého v Olomouci
Filozofická fakulta**

**POSTTRAUMATICKÁ STRESOVÁ PORUCHA –
ZAČLENĚNÍ ZAMĚSTNANCŮ PO PROŽITÍ STRESOVÉ
SITUACE DO BĚŽNÉHO PRACOVNÍHO PROCESU**

Bakalářská diplomová práce

Studijní program: Francouzština se zaměřením na aplikovanou ekonomii

Vedoucí práce: Ing. Romana Lešingrová Ph.D

Autor: Jana Gottfriedová

Olomouc 2010

Univerzita Palackého v Olomouci
Filozofická fakulta

Prohlášení

Místopřísežně prohlašuji, že jsem diplomovou práci na téma: "Posttraumatická stresová porucha – začlenění zaměstnanců po prožití stresové situace do běžného pracovního procesu" vypracovala samostatně pod odborným dohledem vedoucí diplomové práce a uvedla jsem všechny použité podklady a literaturu.

V Olomouci dne

Podpis

Obsah

Úvod	6
I. Teoretická část	7
1 Základní druhy úzkostných reakcí	8
1.1 Stres	8
1.1.1 Fyziologické změny organismu pod vlivem stresu	9
1.1.2 Charakteristiky stresových situací	10
1.1.3 Reakce organismu na stres a jednotlivé fáze stresu	11
1.2 Deprese	12
1.2.1 Fyziologické změny během prožívání deprese	13
1.2.2 Příznaky depresivního chování	14
1.2.3 Léčba deprese	16
1.2.4 Rozlišování intenzity deprese	17
1.3 Posttraumatická stresová porucha	18
1.3.1 Historie	20
1.3.2 Traumatické události	22
1.3.3 Oběti traumatických událostí a míra jejich traumatizace	23
1.3.4 Fáze posttraumatické stresové poruchy	25
2 Charakteristika chování způsobeného vlivem posttraumatické stresové poruchy	27
2.1 Tělesné příznaky	27
2.1.1 Fyziologické změny během působení posttraumatické stresové poruchy	28
2.2 Emoční příznaky	28
2.2.1 Změny v chování	30
2.2.2 Změna kognitivních funkcí	31
2.2.3 Změna hodnocení sebe sama i okolního světa	32
2.3 Sociální význam traumatických poruch	33
II. Praktická část	35
3 Analýza procesu začleňování lidí postižených posttraumatickou stresovou poruchou	36
3.1 Riziková zaměstnání s nejčastějším výskytem traumatizujících situací	36
3.2 Prvotní pokrizová pomoc	38
3.2.1 Defusing	38
3.2.2 Debriefing	39
3.2.3 Psychoterapie	40
3.3 Posttraumatická intervenční péče	41
3.3.1 Posttraumatická intervenční péče u Policie České Republiky	43
3.3.2 Psychologická pomoc u Hasičského záchranného sboru České Republiky	44
3.3.3 Psychologická pomoc u jiných povolání	45
4 Výzkum zkoumající povědomí o posttraumatické stresové poruše a názory na poskytování posttraumatické péče zaměstnavatelem	46
4.1 Frekvence stresových situací a jejich zvládnání	48
4.2 Vnímání posttraumatické intervenční péče	50
4.3 Redukce stresu na pracovišti	51
5 Doporučení pro pracovníky pracující s osobami postiženými posttraumatickou stresovou poruchou	53
5.1 Podpora okolí	53
5.1.1 Způsoby chování umožňující pomoc osobě s posttraumatickou stresovou poruchou	54
5.2 Techniky pro zvládnutí záchvatu osoby s posttraumatickou stresovou poruchou	55
5.2.1 Pomoc při panickém záchvatu	56
5.3 Posílení odolnosti vůči stresu ze strany zaměstnanců	57
5.3.1 Relaxace	58
5.3.2 Změna životního stylu a zvýšení počtu příjemných aktivit	59

5.3.3	Plánování reakcí na výskyt problému, organizace času a sebeodměňování	60
5.4	Prevence stresu ze strany zaměstnavatele	62
5.4.1	Outdoorové kurzy	63
5.5	Alternativní terapeutické metody sloužící k léčbě posttraumatické stresové poruchy a nadměrného stresu	63
5.5.1	Colorterapie – léčení pomocí barev	64
5.5.2	Muzikoterapie – léčení pomocí hudby	65
5.5.3	Aromaterapie – léčení pomocí éterických olejů	66
5.5.4	Arteterapie – terapie tvořením	67
5.5.5	Kineziologie – metoda pro obnovení toku energií v těle	67
5.5.6	Emotional freedom techniques – techniky emoční svobody	68
Závěr		71
Resumé		73
Seznam tabulek		75
Seznam obrázků		76
Seznam grafů		77
Seznam příloh		78
Seznam zkratk		79
Anotace		80
Seznam pramenů a použité literatury		81
Přílohy		85

Úvod

Termín „posttraumatická stresová porucha“ se stále častěji skloňuje ve všech pádech. Cílem předložené bakalářské diplomové práce je vytvořit podklad, podle kterého by se mohli zaměstnavatelé lidí s posttraumatickou stresovou poruchou orientovat v potřebách takových pracovníků a dozvědět se více o jejich poruše. Díky této práci by lidé s posttraumatickou stresovou poruchou mohli najít pochopení a pomoc v řadách svých zaměstnavatelů a kolegů v práci. Dle mého názoru se tato problematika v dnešní době řeší jen sporadicky. Také materiálů, ve kterých bychom se o tomto tématu mohli dozvědět více, je velmi málo. A příručky pro zaměstnavatele pracovníků s posttraumatickou stresovou poruchou ani neexistují. Proto bych ráda svou prací přispěla alespoň částečně k řešení pracovní situace lidí, kteří prožili traumatický zážitek. Často se totiž stává, že takový člověk musí své zaměstnání opustit jen proto, že pro zaměstnavatele je takové řešení jednodušší než snaha pomoci svému zaměstnanci.

V celé práci používám termín PTSP, což je zkratka českého názvu „posttraumatická stresová porucha“. PTSD, což je zkratka odvozená z anglického názvu „posttraumatic stress disorder“, užívá většina autorů, proto se objevuje v některých citacích v této práci. V ostatních částech a parafrázích autorů však užívám českou zkratku PTSP, poněvadž upřednostňuji názvy české. Definice odborných termínů a cizích slov jsou uvedeny ve slovníčku pojmů, který se nachází v příloze 1.

K realizaci své práce jsem používala rešeršně kompilační metodu pro zpracování poznatků z odborné literatury, dále metodu konzultace s odborníky a s pracovníky pracujícími s osobami s posttraumatickou stresovou poruchou a metodu anonymního dotazníku.

Moje bakalářská diplomová práce se skládá ze dvou částí, teoretické a praktické. V teoretické části popisuji vznik, průběh a charakteristiku posttraumatické stresové poruchy. V praktické části se pak zaměřuji na analyzování postupu začlenění osoby s posttraumatickou stresovou poruchou do pracovního procesu. V této části také vyhodnocuji anonymní dotazníky, které byly rozdány mezi pracovníky pracujícími jak v krizových zaměstnáních, tak také v zaměstnáních s nízkým rizikem vzniku posttraumatické stresové poruchy. Dále pak navrhuji možná řešení a rady pro kolegy těchto pracovníků a uvádím několik možných způsobů prevence vzniku posttraumatické stresové poruchy, které by mohly být využity zaměstnavatelem.

I. Teoretická část

1 Základní druhy úzkostných reakcí

V průběhu života se lidé setkávají s nejrůznější škálou stresujících okamžiků, traumat a zátěžových situací. Každý takový okamžik má jistou váhu a vliv na duševní zdraví člověka. Traumatické situace mohou nastat postupně či několik najednou. Stejně jako závažnost traumatických událostí, tak také jejich četnost a doba působení na lidský organismus ovlivňují emocionální dopad na postiženou osobu a také délku její stresové reakce. „*Mnohé z těchto reakcí nelze považovat za poruchu, bylo by vhodnější je chápat jako určitý způsob zpracování a postupného vyrovnání. Ke vzniku psychické poruchy dochází tehdy, když se postiženému jedinci nepodaří traumatickou zkušenost zvládnout.*“¹

Podle výzkumu Mezinárodní organizace práce (dále jen ILO) trpí desetina zaměstnanců ve vyspělých zemích nějakou psychickou poruchou, díky které jim hrozí riziko hospitalizace či ztráta zaměstnání. Dle ILO **země Evropské unie vynakládají tři až čtyři procenta hrubého domácího produktu na zdravotní péči osob postižených psychickou poruchou** (zdůraznila J.G.). A počet lidí s depresí stále přibývá. Trvání pracovní neschopnosti je dokonce dvaapůlkrát delší než v případě běžných chorob².

Jelikož reakce na psychické napětí jsou odlišné, jsou odlišné také způsoby jejich léčby. Pro lepší orientaci v problematice je nutno vymezit odlišnosti mezi základními druhy úzkostných reakcí, jakými jsou stres, deprese a PTSP.

1.1 Stres

Moderní doba neustále zvyšuje požadavky na schopnosti člověka. Stále rychlejší zavádění nových technologií vede ke zvýšenému pracovnímu tempu a nárůstu okruhu konkurence, což vede ke vzniku mnoha stresových situací. Lidé na sebe kladou více zodpovědnosti především v zájmu udržení svého pracovního místa. Ztráta práce by totiž pro některé jedince mohla být i likvidační záležitostí. „*Stres je mimo jiné i nazýván typickým problémem našeho století a nic nenasvědčuje tomu, že by v století příštím vymizel jako mávnutím kouzelného proutku. Odhaduje se, že na psychických a fyzických*

¹ VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha : Portál, 2008. s. 426.

² *Zdravi.idnes.cz* [online]. 09.10.2000 [cit. 2010-03-12]. Stres a deprese jsou nejdražší choroby moderní doby. Dostupné z WWW: <http://zdravi.idnes.cz/stres-a-deprese-jsou-nejdrazsi-choroby-moderni-doby-fyi-/zdravi.asp?c=A001009_171342_zdravi_pet>.

problémech čtyřech lidí z deseti, kteří vyhledají ve vyspělých západních zemích lékaře, má stres svůj velmi značný podíl.“³

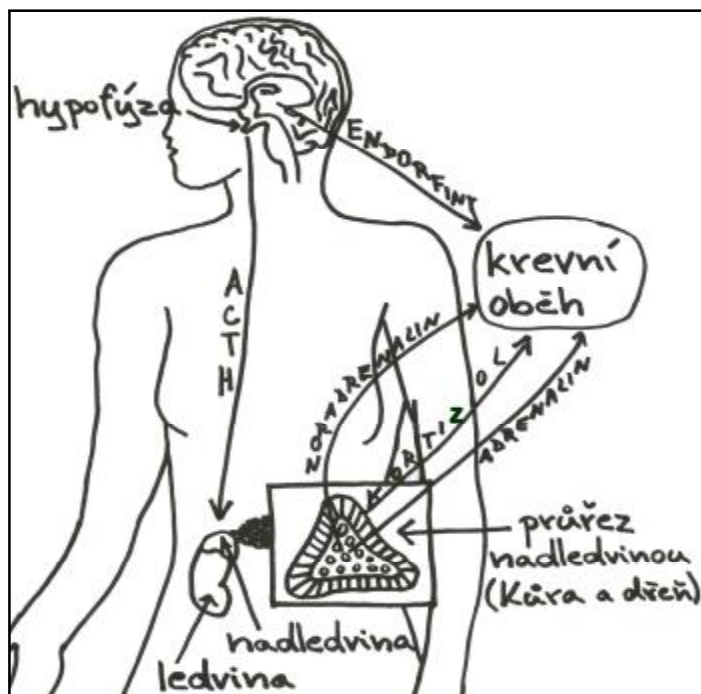
Podle psychologického slovníku můžeme stres charakterizovat jako **nadměrnou zátěž neúnikového druhu, která vede k trvalé stresové reakci ústící ve tkáňové poškození** (zdůraznila J.G.)⁴.

Ačkoli se lidé snaží všemožně se stresu vyhnout, je tento pojem součástí života všech, bez výjimky. Stres se dostaví vždy při pomýšlení na nějakou událost, která nás v budoucnu čeká nebo při přípravě na tuto událost. Stres se dokonce dostavuje i v okamžicích štěstí, jakými jsou svatba, výhra zápasu, narození dítěte, apod. Poté, co si připustíme, že stres je součástí života, můžeme přijímat nově vzniklé překážky snáze⁵.

Okolnosti vzniku stresu se různí. V zásadě je však můžeme rozdělit na fyzické, jakými jsou změna teploty, zranění, hlad či žízeň, a psychické, které představují starost či nepříjemný pocit z hádky⁶.

1.1.1 Fyziologické změny organismu pod vlivem stresu

Obrázek 1: Fyziologické změny při stresu.⁷



Jakýkoli stres, který prožíváme, způsobuje nejen změny v chování, ale hlavně změny v těle. Mění se hladina hormonů a enzymů, tělu ubývá energie, stává se náchylnější k nemocem a bez potřebného odpočinku postupně dochází k jeho oslabování. Pokud je působení stresu dlouhodobého charakteru, je pro tělo velmi škodlivé.

³ NOVÁK, Tomáš. *Sám sobě psychiatrem?*. Praha : Grada Publishing, 1995. s. 47.

⁴ HARTL, Pavel, HARTLOVÁ, Helena. *Psychologický slovník*. Praha : Portál, 2000. s. 568.

⁵ KRANZOVÁ, Rachel, MALONEY, Michael. *O úzkosti a depresi*. Praha : Lidové noviny, 1996. s. 8.

⁶ PRAŠKO, Ján, et al. *Stop traumatickým vzpomínkám : jak zvládnout posttraumatickou stresovou poruchu*. Praha : Portál, 2003. s. 55.

⁷ Vlastní zpracování.

Mozek vyhodnocující zátěž organismu řídí nejen chování, které má tuto zátěž překonat, ale také vyvolává v těle biochemické reakce umožňující aktivaci energetických rezerv (obrázek 1). Toto počínání připravuje tělo na útěk či boj, což člověku kdysi pomáhalo přežít v nehostinné přírodě, při lovu či obraně před zvířaty. Prvním krokem při pocítění stresu je automatická aktivace hypofýzy, která vyplaví hormon ACTH ovlivňující funkci nadledvin. Nadledviny následně začnou vylučovat hormony **adrenalin** a **noradrenalin** a glukokortikoid **kortizol** (zdůraznila J.G.). Během 20 vteřin adrenalin tělo připraví k boji pomocí zrychleného tepu a rozšíření velkých cév. Noradrenalin naopak vyvolává zúžení cév, což zvyšuje krevní tlak. V této chvíli je potřeba dodat živiny svalům a proto je v těle díky adrenalinu a noradrenalinu odbouráván zásobní polysacharid glykogen a v krvi se zvyšuje obsah glukózy. Kortizol organismus utlumuje a snižuje tím jeho imunitní reakci, abychom nepocítili vlivy nějaké nemoci během zápasu. Díky zvýšené hladině kortizolu tudíž tělo nebojuje s viry a nemoc se v klidu rozvíjí v těle dál. Dlouhodobé zvýšení hladiny kortizolu dokonce může vést k poškození mozku⁸.

1.1.2 Charakteristiky stresových situací

Reakce na stresové situace se u lidí velmi různí díky rozdílné pomyslné hranici, ve které situace začíná být pro jedince stresová. Mnozí berou stresovou situaci jako jakousi výzvu, jiní jí naopak podlehnou. Některé stresové události dokážou ovlivnit velké skupiny lidí, např. válka, jaderná katastrofa, živelná pohroma atd. Jiné představují závažné změny v životě jednotlivce, např. stěhování, změna zaměstnání, svatba, ztráta blízkého, vážná nemoc.

Stres však nemá vždy jen negativní význam. Přiměřená míra stresu může stimulovat jedince k hledání nových řešení a tím i rozvíjet jeho dovednosti. V případě vášnivých sportovců je vyhledávání stresu dokonce úmyslné. Vyplavené endorfiny totiž navozují příjemný pocit. Překonání vlastních fyzických možností přitom vede k posílení sebedůvěry⁹.

Abychom lépe pochopili závažnost stresových situací, je dobré si určit a popsat jejich charakteristiky. Základními třemi vlastnostmi stresových situací jsou **neovlivnitelnost**, **nepředvídatelnost** a fakt, že se jedná o traumatické **události**

⁸ HÁTLOVÁ, Petra. *Prozeny.blesk.cz* [online]. 03.02.2009 [cit. 2010-02-24]. Stres náš může nakopnout. Dostupné z WWW: <<http://prozeny.blesk.cz/clanek/pro-zeny-zdravi-zdravi/109163/stres-nas-muze-nakopnout.html>>.

⁹ VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha : Portál, 2008. s. 50.

mimo rozsah běžné lidské zkušenosti (zdůraznila J.G.). Ve chvíli úzkosti jedince velice stresuje fakt, že nadcházející situace se nedá ovlivnit. V moci člověka totiž není traumatickou situaci pozměnit, řídit či zastavit. Jediné, co se v takové situaci dá dělat, je přihlížet. Takovými okamžiky je např. výpověď, smrt blízkého člověka, vážná nemoc, povodeň. Míru intenzity stresu navíc zvyšují případy, kdy je situace nejen neovlivnitelná, ale také nepředvídatelná. Jedinec nedokáže odhadnout, kdy daná situace nastane, a tudíž není schopen se na ni jakkoli připravit. Laboratorními experimenty bylo totiž dokázáno, že se jedinci se stresem vypořádají daleko lépe, pokud zaznamenají varovný signál blížící se stresové situace, který vyvolá přípravný proces. Nejintenzivnějším zdrojem stresu jsou pak mimořádné traumatické zážitky, jakými jsou např. živelné katastrofy, války, znásilnění. Tyto situace v lidech vyvolávají velký pocit beznaděje, jelikož se s touto situací setkali poprvé a neví, jak jí čelit. Vesměs všichni postižení neočekávaným traumatem následně prodělají katastrofický syndrom, který má následující průběh. Zprvu jsou oběti ohromeny, neuvědomují si realitu, poté jsou pasivní, neschopné dělat něco sami od sebe, ale zdárně následují příkladu ostatních. V poslední fázi si začínají postižení uvědomovat, co se vlastně stalo a neustále ten katastrofický scénář vyprávějí. U některých lidí, kteří prožili traumatický zážitek, se může objevit i syndrom zvaný PTSP¹⁰.

1.1.3 Reakce organismu na stres a jednotlivé fáze stresu

Lidské tělo reaguje na stres širokou škálou emocí a fyziologických změn. Spolu s vývojem stresující události se člověk může setkat s napětím, dobrou náladou, úzkostí. **Emoce kolísají** (zdůraznila J.G.) v závislosti na úspěšnosti vyvinutého úsilí. Častými změnami v době pocíťování stresu je nárůst nervozity, podrážděnosti a náladovosti. Dalším hojným symptomem je **apatie** (zdůraznila J.G.). Člověk se uzavře sám do sebe, odtrhne se od okolního světa a soustředí se pouze na zvládnutí svého úkolu. Pokud stresová situace přetrvává a překračuje pro organismus únosnou hranici, může se z apatie vyvinout deprese, PTSP či nějaká fyziologická porucha běžného chodu organismu, například žaludeční vředy či poruchy imunity¹¹.

Kromě emočních změn dochází při stresu také ke **změnám chování**. Stresovaní lidé jsou často roztěkaní, okusují si nehty, nadměrně kouří a mnohdy se také přejídají.

¹⁰ HERMAN, Erik, DOUBEK, Pavel. *Deprese a stres : vliv nepříznivé životní události na rozvoj psychické poruchy*. Praha : Maxdorf, 2008. s. 9-10.

¹¹ HERMAN, Erik, DOUBEK, Pavel. *Deprese a stres : vliv nepříznivé životní události na rozvoj psychické poruchy*. Praha : Maxdorf, 2008. s. 11-12.

Špatnému psychickému stavu v této době nepomáhá ani zhoršení stavu fyzického, kdy dochází k svalovému napětí, únavě, nadměrnému pocení či poruchám trávení. Již uvedené příznaky stresu a mnoho dalších uvádím v příloze 2.

Podle toho, jak se lidé projevují v zátěžových situacích lze rozlišit dle autorů Kranzové a Maloneyho¹² a Vizinové a Preisse¹³ **tři stupně stresu** (zdůraznila J.G.). Nejprve nastupuje **alarmující reakce** (zdůraznila J.G.). Ta je prvotní reakcí na podnět představující stresovou situaci. Osoby si uvědomují, že se v jejich životě objevila nová situace, která s sebou přináší určitou zátěž. V této fázi mají jedinci dojem, že se nedá nic dělat a cítí se zranitelně. **Po první fázi se vzburcuje lidská obranyschopnost** (zdůraznila J.G.). Osoby se snaží se situací vyrovnat, zvykají si na ni. Dokonce se u lidí v této fázi objevují schopnosti, kterých by za normálních okolností nebyli schopni. Jsou doloženy případy, kdy lidé při autonehodě dokázali zvednout auto, aby pomohli vylézt zaklíněné osobě. Ovšem naše tělo a mysl nedokáže být imunní donekonečna. Dříve či později klesne schopnost odolávat. Je jen otázkou času, kdy nastane **vyčerpání** (zdůraznila J.G.), což je třetí, poslední, fáze. Tato fáze je doprovázená silnou podrážděností a nervozitou, která vyplývá z velké únavy organismu. Prohlubující se negativní pocity vedou ke stavům úzkosti a deprese.

1.2 Deprese

Deprese je často zaměňována s pocitem smutku či tíživou situací, ačkoliv se jedná o složitý emocionální stav. Je způsobena dlouhodobým skrýváním pocitů, při kterém se jedinec snaží o vybudování jakéhosi obranného systému. Trápení a bolest si ukládá hluboko do podvědomí a tudíž ji neprožije tak, jak by měl. Deprese pak vzniká z toho nashromážděného smutku, který daná osoba tak důkladně marně odkládala. Někdy o své depresi jedinci tuší. Ví, že se jim něco nepovedlo tak, jak si plánovali. Jindy zase vůbec neví, proč se zrovna tak cítí¹⁴.

Samotné slovo deprese je pak mezi psychology a psychiatry chápáno dosti kontroverzně, jak píší autoři Kranzová a Maloney¹⁵. Ve slovníku najdeme dvě definice deprese. První definici zhruba vystihují výrazy **špatná nálada, zasmušilost, sklíčenost,**

¹² KRANZOVÁ, Rachel, MALONEY, Michael. *O úzkosti a depresi*. Praha : Lidové noviny, 1996. s. 9-12.

¹³ VIZINOVÁ, Daniela, PREISS, Marek. *Psychické trauma a jeho terapie (PTSD) : psychologická pomoc obětem válek a katastrof*. Praha : Portál, 1999. s. 15.

¹⁴ KRANZOVÁ, Rachel, MALONEY, Michael. *O úzkosti a depresi*. Praha : Lidové noviny, 1996. s. 78.

¹⁵ KRANZOVÁ, Rachel, MALONEY, Michael. *O úzkosti a depresi*. Praha : Lidové noviny, 1996. s. 79.

smutek (zdůraznila J.G.). Druhá definice odpovídá daleko vážnějšímu problému, deprese je v ní popsána jako **vážná emocionální porucha projevující se stavy beznaděje** (zdůraznila J.G.). Hlavním rozlišovacím kritériem mezi dvojím různým chápáním deprese je čas. Je rozdíl, zda deprese trvá den, týden, měsíc, či léta. Krátkodobé deprese jsou pouze jakýmsi prožíváním smutku, kdežto dlouhodobě trvající deprese je vážnou psychickou poruchou, která je intenzivnější a nepříznivě ovlivňuje výkonnost člověka¹⁶.

„Přestože deprese může trpět každý, je zřejmé, že daleko vyšší procento tvoří ženy. Existuje pro to řada příčin, ale psychologové se shodují, že tou nejzákladnější je, že naše společnost nutí zejména ženy, aby skrývaly své pocity hněvu, agresivity a zájem o sebe sama. Namísto vyjadřování emocí a pocitů vlastní spokojenosti ženy mívají dojem, že musí být nestále milé, příjemné, šťastné, usměvavé a nesobecké.“¹⁷ Skrývané emoce, které ženy shledávají nehezkými, se tak kupí a může dojít až k propuknutí deprese.

1.2.1 Fyziologické změny během prožívání deprese

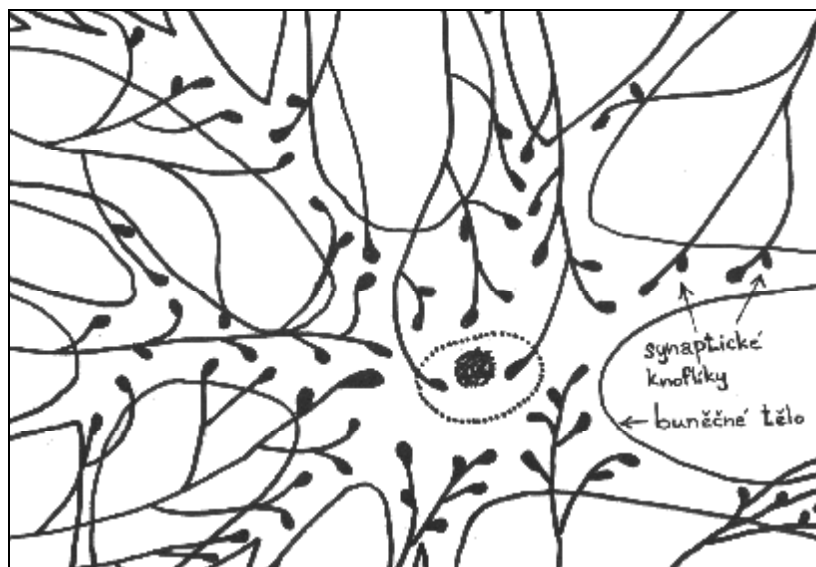
Co se týká neurofyziologické stránky organismu, deprese se vyznačuje **nedostatkem biogenních aminů na nervových zakončeních** (synapsích) v mozku. V mozku jsou biliony nervových buněk (obrázek 2). Každá nervová buňka má výběžky, které se nazývají synapse (obrázek 3). Mozkové buňky spolu komunikují právě na synapsích pomocí neurotransmiterů, jakými jsou aminy. Neurotransmitery jsou chemické látky vypouštěné ze synapsí a zabezpečují přenos zprávy z konce jednoho nervového výběžku na druhý. Pokud je aminů málo, zpráva, která se má přenést je neúplná. Převážně se jedná o nedostatek tří druhů neurotransmiterů a to **serotoninu, noradrenalinu a dopaminu** (zdůraznila J.G.). Poruchy aminů na synapsích v mozku a poruchy hormonální regulace (hormony nadledvinek a štítné žlázy) působí při depresi jako ustalovač, který dlouhodobě udržuje pokles energie a zvýšenou úzkost. Serotonin má za úkol regulovat náladu. Pokud je ho tedy málo, člověk cítí sklíčenost, beznaděj a podobné záporné emoce. Biochemické procesy během deprese fungují jako blok přísunu energie a harmonického fungování organismu. Antidepresiva zvyšují hladinu těchto aminů po 3-6 týdnech od začátku jejich užívání¹⁸.

¹⁶ PRAŠKO, Ján, KYRALOVÁ, Ivana, MINAŘÍKOVÁ, Věra, PRAŠKOVÁ, Hana. *Co je deprese a jak se léčí?: příručka pro nemocné*. Praha : Psychiatrické centrum, 1997. s. 12.

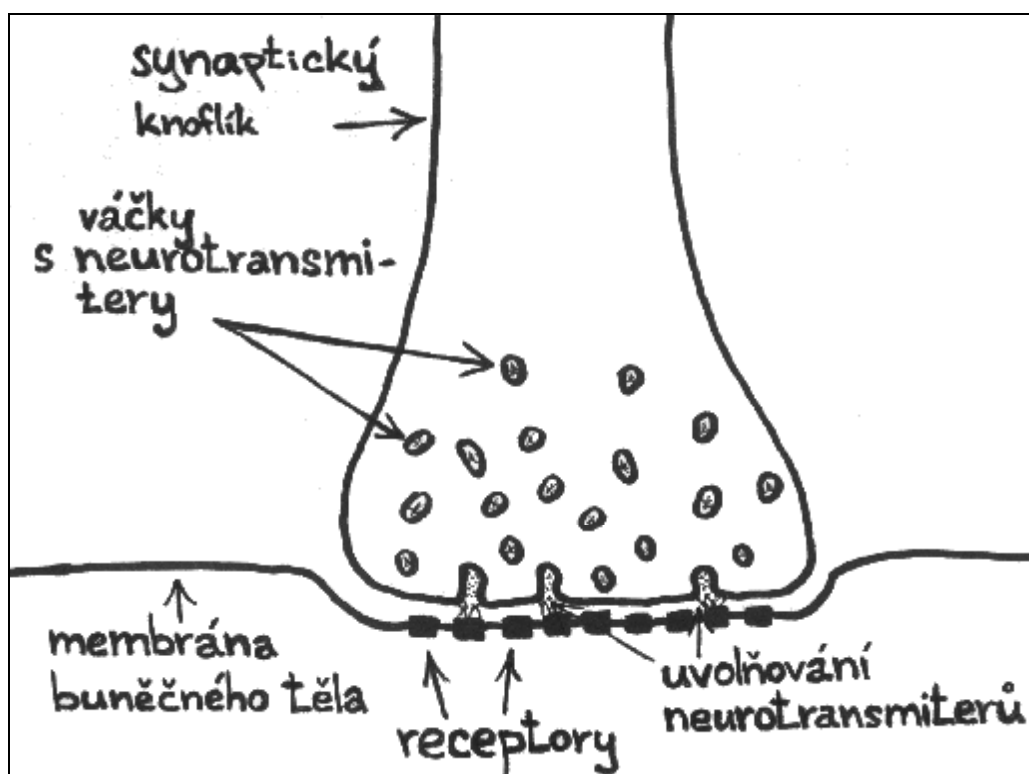
¹⁷ KRANZOVÁ, Rachel, MALONEY, Michael. *O úzkosti a depresi*. Praha : Lidové noviny, 1996. s. 87.

¹⁸ PRAŠKO, Ján. *Pomoc v zoufalství a beznaději aneb jak překonat depresi*. Praha : Grada Publishing, 1998. s. 51 a 53.

Obrázek 2: Neuron se synaptickými knoflíky.¹⁹



Obrázek 3: Synapse.²⁰



1.2.2 Příznaky depresivního chování

¹⁹ Vlastní zpracování.

²⁰ Vlastní zpracování.

Deprese je onemocnění celého organismu, které postihuje tělo, myšlení, náladu i chování. Negativně ovlivňuje pohled na sebe sama, okolní svět a budoucnost. Pro depresi jsou typické **opakující se prožitky smutku, neschopnost se soustředit, snížení výkonnosti, ztráta sebedůvěry**. Smutek se může měnit od mírného pocitu úzkosti po úplné zoufalství. **Pocit ztráty energie** může být natolik silný, že člověk s depresí není schopen jiné činnosti než v klidu ležet. Jelikož se psychické tempo při depresi snižuje, zpomaluje se i myšlení. Díky tomuto projevu deprese se lidé domnívají, že zhloupli.

V příloze 3 uvádím seznam některých příznaků deprese. Na základě tohoto dokumentu můžeme odvodit i další možné chování a myšlenky lidí s depresí. Mimo jiné například to, že lidé s depresí jsou nerozhodní a i **sebemenší rozhodnutí jim dělá velké problémy**.

U všech lidí trpících depresemi se tato porucha projevuje jinak, různou kombinací typů chování a pocitů. Jelikož depresivní lidé pociťují velkou únavu, nechce se jim dělat jinak každodenní věci, jakými jsou nákupy, chození do práce apod. Tento stav je také doprovázen silným pocitem beznaděje, apatií, ztrátou zájmu o cokoli či nechutenstvím. Tělesné příznaky deprese je často přivedou na myšlenku, že se potýkají s vážnou nemocí. Třes, pocení, bolesti hlavy a břicha, závratě, poruchy příjmu potravy a mnoho dalších tělesných změn mají však pouze psychickou příčinu. Není proto nutné vyhledávat pomoc specialistů²¹.

Emoční reakce jsou v období působení deprese zcela v rozporu s obvyklými reakcemi. Když je člověku s depresí sdělena nějaká špatná zpráva, vůbec na ni nereaguje. Toto jednání lze chápat jako obranné, jelikož postižený se brání dalším závažným reakcím²².

Depresivní stav je také nazýváme stavem **dysforie** (zdůraznila J.G.), což je nepříjemný emoční stav, při kterém se člověk cítí neúčinný, méněcenný, bezvýznamný, vinný za vše negativní kolem své osoby, bez smyslu života. Lidé s depresí cítí, že nejsou schopni citu, ačkoliv chtějí plakat, nedokážou to. „*Pocity nedostatečnosti vedou k vyhýbání se lidem, zpočátku cizím, postupně i nejbližším.*“²³ V krajních případech člověk s depresí přistoupí až k **sebeпоškozování a sebevražedné jednání** (zdůraznila J.G.) také není

²¹ KRANZOVÁ, Rachel, MALONEY, Michael. *O úzkosti a depresi*. Praha : Lidové noviny, 1996. s. 78.

²² VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha : Portál, 2008. s. 376.

²³ PRAŠKO, Ján, KYRALOVÁ, Ivana, MINAŘÍKOVÁ, Věra, PRAŠKOVÁ, Hana. *Co je deprese a jak se léčí?: příručka pro nemocné*. Praha : Psychiatrické centrum, 1997. s. 12-15.

výjimkou. Špatná nálada depresivních jedinců během dne kolísá. Nejintenzivnější je ráno a večer²⁴.

1.2.3 Léčba deprese

Léčba deprese je neúčinněji prováděna pomocí antidepresiv. Uklidňující léky jsou nevhodné pro jejich ovlivňování chování a výkonnosti jedince, jež je užívá. **Kromě antidepresiv se také přistupuje k psychoterapii či fototerapii** (zdůraznila J.G.)²⁵.

Fototerapie se používá v případech sezónních poruch nálady. Každý jistě zná označení „depresivní podzim“, které se používá právě pro tento typ změny nálady. *„Účinek je způsobený harmonizací denních biologických rytmů některých hormonů. Zjednodušeně se dá říci, že lidem se sezónní poruchou nálady pomáhá každodenní prodloužení světelné části krátkého zimního dne. Intenzivní světlo o intenzitě 2500-5000 luxů se aplikuje v čase před rozedněním, většinou po dobu 2 hodin.“*²⁶

Na léčbě se může podílet také sám pacient tím, že bude zaznamenávat svou denní náladu, k čemuž se používá bodovací tabulka, kterou si každý vypracuje subjektivně. Počet bodů se odvíjí od subjektivního hodnocení situací, které hodnotitele potkaly během dne. Příkladem takové tabulky je tabulka 1. U plně zdravého člověka se počet bodů za jeden den pohybuje, dle autora tabulky, v průměru mezi +1 a -1. Občas se může vyskytnout i pokles na -2. Smyslem denních záznamů je „... zjistit, které interakce častěji vedou ke kladným důsledkům a které jsou spojeny s důsledky zápornými.“²⁷ Díky stupnici z tabulky 1 se lidé s depresí naučí, jak počet kladných důsledků zvýšit a počet záporných důsledků eliminovat.

²⁴ PRAŠKO, Ján. *Pomoc v zoufalství a beznaději aneb jak překonat depresi*. Praha : Grada Publishing, 1998. s. 19.

²⁵ PRAŠKO, Ján, KYRALOVÁ, Ivana, MINAŘÍKOVÁ, Věra, PRAŠKOVÁ, Hana. *Co je deprese a jak se léčí?: příručka pro nemocné*. Praha : Psychiatrické centrum, 1997. s. 17.

²⁶ PRAŠKO, Ján, KYRALOVÁ, Ivana, MINAŘÍKOVÁ, Věra, PRAŠKOVÁ, Hana. *Co je deprese a jak se léčí?: příručka pro nemocné*. Praha : Psychiatrické centrum, 1997. s. 21.

²⁷ PRAŠKO, Ján. *Pomoc v zoufalství a beznaději aneb jak překonat depresi*. Praha : Grada Publishing, 1998. s. 23.

Tabulka 1: Bodovací stupnice denního záznamu nálady člověka s depresí.²⁸

+4	Vynikající nálada, tak dobrá jakou jste v životě měli jen výjimečně (velký úspěch, zjištění, že ten, koho miluji, mi pozornost opětuje apod.).
+3	Výborná nálada, pocit štěstí a pohody, jakou běžně lidé zažívají 1-2krát za měsíc.
+2	Dobrá nálada, příjemné prožívání.
+1	Lehce nadprůměrná nálada, celkem příjemný den, ale zase nic extra.
0	Běžná nálada, ani dobrá, ani špatná, provozní nálada.
-1	Lehce podprůměrná nálada, ne ještě špatná.
-2	Podprůměrná nálada, začíná omezovat chování pro nechuť, neradostnost, nerozhodnost, špatně se činnost začíná, horší se soustředění.
-3	Výrazná depresivní nálada, brání již hodně provozu, člověk je schopen být v činnosti dohromady nejvýš 2 až 3 hodiny denně.
-4	Extrémně špatná nálada, činnost již není možná vůbec, potíže nebo nemožnost se najíst, umýt apod.

1.2.4 Rozlišování intenzity deprese

V zásadě existují tři druhy deprese. Jeden druh deprese lze brát jako špatnou náladu, se kterou máme tu a tam zkušenost všichni. Tento stav se objevuje, kdykoliv máme starosti, něčeho se bojíme či se zlobíme. **Špatná nálada** (zdůraznila J.G.) však může souviset nejen s psychologickým stavem, nýbrž také se stavem fyzickým. Tudíž ji může vyvolat také nedostatek spánku, špatné počasí či nějaký lék²⁹.

Další druh deprese je **zapříčiněn nějakou životní událostí** (zdůraznila J.G.), kterou může být např. smrt, narození dítěte, stěhování, rozchod, rozvod rodičů. Tyto situace mohou vyvolat silný pocit ztráty, který následně může probudit další dosud skrývané pocity³⁰.

Každá změna v životě má jistou stresovou hodnotu, kterou se v roce 1967 pokusili odvodit ve své práci *Škála životních událostí*³¹ autoři Holmes a Rahe. Svou práci založili na průzkumu u 394 dospělých osob, které hodnotili 38 různých typů životních událostí.

²⁸ PRAŠKO, Ján. *Pomoc v zoufalství a beznaději aneb jak překonat depresi*. Praha : Grada Publishing, 1998. s. 23-24.

²⁹ KRANZOVÁ, Rachel, MALONEY, Michael. *O úzkosti a depresi*. Praha : Lidové noviny, 1996. s. 79.

³⁰ KRANZOVÁ, Rachel, MALONEY, Michael. *O úzkosti a depresi*. Praha : Lidové noviny, 1996. s. 87.

³¹ HOLMES, Thomas H., RAHE, Richard H. *The social readjustment rating scale*. Journal of Psychosomatic Research. 1967, vol. 2, n. 11, s. 213-218.

Počet bodů v příloze 4 tak označuje možnou velikost stresoru v případě nastolení dané situace.

Nejzávažnějším a také nejsložitějším druhem je tzv. **klinická deprese** (zdůraznila J.G.). Tento stav však zatím nebyl zcela objasněn. Většina lékařů se přiklání k teorii, že tento stav úzce souvisí s chemickými procesy v mozku a také hormonální činností. Tvrzení, že klinická deprese je ovlivněna hormony, je podpořeno tím, že většina poruch se projeví až v dospívání, kdy je hormonální činnost v rozkvětu. Tento emocionální stav může být také dědičný v rodinách s výskytem tohoto syndromu³². Vzhledem k frekvenci tohoto typu uvádím výsledek průzkumu, který říká: „*U každého pátého člověka se alespoň jedenkrát za život objeví klinicky významná deprese.*“³³

1.3 Posttraumatická stresová porucha

Život člověka je doslova prošípán náhlými traumatickými událostmi, na které nemůže být nikdy dostatečně připraven. Trauma dokáže hluboce zranit a to nejen po fyzické stránce, ale hlavně po té psychické. Náhlá ztráta někoho blízkého či prožití jiného silně traumatického zážitku dokáže změnit pohled na svět a vnímání sebe sama. Po prožití tragédie už není nic stejné jako předtím, pokaždé si z toho člověk odnáší nějaké ponaučení, nové zkušenosti a poznání toho, kam až sahají jeho hranice.

PTSP je „... *reakcí na jednorázový traumatizující zážitek nebo na déletrvající stresovou situaci* (zdůraznila J.G.). ... *Někdy je tento zážitek natolik traumatizující, že významným způsobem naruší prožívání, uvažování i chování postiženého člověka, ohrozí jeho duševní zdraví.*“³⁴

PTSP se vyznačuje **znovuprožíváním traumatického zážitku** (zdůraznila J.G.) a jeho setrváváním v mysli. Vzpomínání na okamžik traumatu je spojeno s pocity strachu, hrůzy, bezmoci, paniky a naše podvědomí se snaží vyhnout podnětům týkajících se této události. Nemocný se vyhýbá místům a situacím, které jsou nějak spojeny s danou událostí nebo ji mohou připomínat. Je úzkostný, nepřiměřeně ostražitý, nedokáže se soustředit

³² KRANZOVÁ, Rachel, MALONEY, Michael. *O úzkosti a depresi*. Praha : Lidové noviny, 1996. s. 80.

³³ PRAŠKO, Ján. *Pomoc v zoufalství a beznaději aneb jak překonat depresi*. Praha : Grada Publishing, 1998. s. 19.

³⁴ VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha : Portál, 2008. s. 425.

a koncentrovat, začíná se izolovat od okolí, přitom má sklon k nepřiměřeným, ať již panickým nebo agresivním reakcím³⁵.

PTSP se objevuje u lidí v jakémkoli věku, včetně dětství a stáří. **Průvodními znaky jsou deprese a úzkost v různých silách, zvýšená podrážděnost, přehnané úlekové reakce, nespavost, agresivní výbuchy v chování, dále emoční labilita, bolesti hlavy, závratě, poruchy soustředění aj.** Porucha se může objevit bezprostředně po traumatu, stejně tak ale až po mnoha měsících či letech po prožitku. Pokud se příznaky objeví hned do několika minut od prožití traumatu a odeznívají po dobu několika nejbližších hodin, hovoříme o akutní reakci na stres. Je to přechodná porucha vyjadřující se dezorientací, neschopností soustředit se a chápat podněty. Na toto může navazovat odklon od normálních reakcí, zlost, zoufalství, hyperaktivita apod. Jako doprovodné efekty je možno rozeznat pocení, zrychlený tep, červenání. PTSP je často zaměňována s akutní zátěžovou reakcí, která ovšem trvá jen pár dní.

Tabulka 2: Symptomatika akutní zátěžové reakce a posttraumatické poruchy.³⁶

Akutní zátěžová reakce	Posttraumatická stresová porucha
<ul style="list-style-type: none"> ● Bezprostředně po traumatu - zúžení vědomí - omezená pozornost - psychogenní ztráta paměti ● Pozdější symptomatika - deprese, zoufalství, stáhnutí se - úzkost, zloba, přílišná aktivita - vegetativní znaky úzkosti (pocení, zčervenání) - odeznění po hodinách až dnech 	<ul style="list-style-type: none"> ● Opakování traumatu - vnucující se, disociované dílčí vzpomínky (flashbacky) - noční můry ● Trvalý pocit omráčenosti a emocionální otupělosti - lhostejnost, neúčast - emocionální a sociální stáhnutí se ● Vegetativní podrážděnost - rostoucí vzrušení - lekavost - nespavost

³⁵ PRAŠKO, Ján, et al. *Stop traumatickým vzpomínkám : jak zvládnout posttraumatickou stresovou poruchu*. Praha : Portál, 2003. s. 12.

³⁶ TRESS, Wolfgang, KRUSSE, Johannes, OTT, Jürgen. *Základní psychosomatická péče*. Praha : Portál, 2008. s. 301.

„Běžný civilní pohled na prožitky po otřesných událostech je, že postižený prožije zděšení, beznaděj a depresi, což po čase odplyne. Jak vidíme, laik je schopen pochopit a představit si akutní reakci na stres, nikoliv snadno však PTSD.“³⁷ Symptomy obou těchto psychických změn příkládám v tabulce 2.

Ne všem lidem vystaveným mimořádnému stresu se vyvine porucha PTSP. „Posttraumatická reakce se snáze rozvine tam, kde náhlá zdrcující událost prohloubí již předem přítomnou bezmoc.“³⁸ To znamená, že jsou vůči ní zranitelnější jedinci oslabení dlouhodobým psychickým vypětím, vleklou nemocí, fyzickým vyčerpáním, jedinci vyššího věku nebo ti, kteří jsou vystaveni závažné změně v sociálních či interpersonálních vztazích.

„Postihuje přibližně 1-4 % celkové populace, u žen bývá častější, až 7-10 %. V rámci rizikových skupin (např. válečných veteránů nebo obětí trestných činů) je její výskyt mnohonásobně zvýšen, uváděná četnost postižených dosahuje až 35-58 %.“³⁹ V procentuálním znázornění výskytu PTSP se však autor od autora liší, takže se můžeme setkat také s tvrzením, že výskyt PTSP je „... 10,4-12,3 % u žen a 5,0-6,0 % u mužů v západní populaci.“⁴⁰

1.3.1 Historie

Problematika psychického traumatu byla v minulosti mnohokrát zkoumána (např. Nicolai von Demonte 1763 - popis traumatické zkušenosti jedné rodiny po zavalení lavinou v Alpách, **Jean-Martin Charcot 1887 - zkoumání hysterických symptomů u žen**, Pierre Janet 1892 - zkoumání traumatizovaných osob s amnézií, **Sigmund Freud 1894 - výzkum hysterie u žen** (zdůraznila J.G.), Oppenheimer 1895 - výzkum válečných traumat, John Collie 1917 - výzkum neuróz)⁴¹. Tyto výzkumy však byly vždy přerušeny kvůli nedůvěře společnosti v jejich výsledky či proto, že chybělo vhodné vybavení k pokračování výzkumu. V dobách ukončení výzkumů se také mohlo zdát, že téma je již vyčerpáno. Díky postupnému vývoji psychoterapeutických technik a vzniku nových

³⁷ PIDRMAN, Vladimír. *Posttraumatická stresová porucha : manuál pro praktické lékaře*. Praha: Psychiatrické centrum, 2002. [cit. 2009-02-15]. Dostupné z WWW: <http://www.zdravcentra.sk/cps/rde/xchg/zcsk/xsl/3141_1191.html>

³⁸ VODÁČKOVÁ, Daniela, et al. *Krizová intervence*. Praha : Portál, 2002. s. 365.

³⁹ VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha : Portál, 2008. s. 427.

⁴⁰ HÖSCHL, Cyril, LIBIGER, Jan, ŠVESTKA, Jaromír. *Psychiatrie*. Praha : Tigris, 2002. s. 502.

⁴¹ MALÁ, Eva. Posttraumatická stresová porucha. *Remedia* [online]. 2002, roč. 2002, č. 6, [cit. 2010-03-08]. Dostupný z WWW: <<http://www.remédia.cz/Archiv-rocniku/Rocnik-2002/6-2002/Posttraumaticka-stresova-porucha/e-9k-9w-g8.magarticle.aspx>>.

technologií sloužících k monitorování změn v mozku se k nim psychologové po nějakém čase opět vraceli. Zápisy staré padesát či sto let se tak velmi podobají těm dnešním, jelikož výzkumy začínají pokaždé od začátku, nevychází jeden z druhého.

První zmínky o válečných traumatech pocházejí z doby americké občanské války (1861-1865). Tyto první poznatky o vlivu traumat na lidskou psychiku byly následně doplněny o další po první světové válce (1914-1918) (např. Abraham Kardiner - výzkum fyziologické vzrušivosti u vojáků vracejících se z války). Muži přeživší válku se pomochovali, ztráceli sebekontrolu, trpěli ztrátou paměti. Ačkoli byl jejich stav připisován psychology psychickému traumatu, byli tito vojáci bráni okolím jako dezertéři a zbabělci.

„V minulosti se mnohé diskuse týkaly toho, zda jsou pacienti s posttraumatickými stavy hodni péče a zájmu, zda nesimulují, zda ve svých životních příbězích mluví pravdu nebo lžou, a pokud lžou, zda je to záměrně či neúmyslně.“⁴² Ke značnému prohloubení zájmu o dané téma došlo během druhé světové války (1939-1945), kdy byli zásluhou generála G. C. Marshalla vojáci povzbuzováni k tomu, aby mluvili o svých zážitcích z války. Marshall se domníval, že účastníci války potřebují o svých prožitcích hovořit, aby se jim ulevilo. Časem se ukázalo, že toto sdílení zážitků vojákům velmi prospělo.

Další vlna zájmu se objevila také po válce ve Vietnamu (1964-1975). *„V sedmdesátých letech se veteráni z Vietnamu sjednotili do svépomocných skupin a žádali psychiatrickou pomoc. Jejich protiválečná aktiva vedla k realizaci mnoha výzkumů, na jejichž základě byla pečlivě popsána posttraumatická stresová porucha jako následek válečných zážitků.“⁴³*

Roku 1968, se pojem PTSP začal používat také k označení poruch vzniklých jiným než válečným traumatickým zážitkem. Teprve později, **roku 1980, byla PTSP uznána jako závažná úzkostná porucha.**

V roce 1983 přišel americký psycholog Jeffrey T. Mitchell s metodou rozborů traumatických událostí, která byla přizpůsobena potřebám záchranářů, zdravotníků a hasičů. Metoda dostala název CISD a spočívá v přesně naplánovaných rozhovorech. První se uskuteční do tří hodin po události. Během dalších sezení jsou lidé vedeni ke vzpomínce na pocity, které zažili. Upravená **Mitchellova metoda** (zdůraznila J.G.) se dnes používá po celém světě. Avšak tato metoda podle mnoha odpůrců není k vyšetření

⁴² VIZINOVÁ, Daniela, PREISS, Marek. *Psychické trauma a jeho terapie (PTSD) : psychologická pomoc obětem válek a katastrof.* Praha : Portál, 1999. s. 24.

⁴³ VIZINOVÁ, Daniela, PREISS, Marek. *Psychické trauma a jeho terapie (PTSD) : psychologická pomoc obětem válek a katastrof.* Praha : Portál, 1999. s. 25.

člověka s PTSP vhodná kvůli své striktní podobě. Předem dané otázky se totiž nemění v návaznosti na jednotlivé případy⁴⁴.

Kvůli ne zcela vyhovující Mitchellově metodě „... se ve světě ... využívá strukturovaných metod, dotazníků a škál, které „neutrálním způsobem“ slovy popisují traumata a symptomy. Klinická praxe prokázala, že určitý „třetí“ činitel poskytuje dobrý kontext pro rozhovor o bolavých a citlivých otázkách. Klientovi je předkládán systém konkrétních, neutrálně laděných otázek, týkajících se zažitých událostí a jejich následků. Tímto způsobem je zvýšena produktivita paměti. Klient může také získat důvěru, že psycholog už něco o dané problematice a podobném druhu zážitků ví.“⁴⁵

1.3.2 Traumatické události

Traumatické události neustále zasahují do lidských životů, aniž by se na ně lidská populace mohla jakkoli připravit. Traumata přinášejí zranění jak emoční, tak tělesná. Tělesné zranění se však většinou uzdraví snáz než to emoční. PTSP se objevuje tehdy, když jedinec není schopen se s traumatem vyrovnat. To znamená, že nemá kontrolu nad zvládnutím svých emocí a nedokáže zpracovat své zážitky.

„Poslední výzkumy ukazují, že u přibližně 25 % lidí, kteří jsou vystaveni nějaké katastrofické události, se rozvine PTSD. Procento výrazně narůstá u situací, kterou zavinili druzí lidé, jako je tomu u znásilnění, mučení, týrání, přepadení a válečných událostí a zločinů.“⁴⁶

Jednou z nejčastějších příčin rozvoje PTSP v běžném životě v období míru je znásilnění. Dále přicházejí v úvahu další kriminální činy, automobilové nehody, únosy, požáry, průmyslové havárie a také živelné katastrofy. U živelných katastrof a průmyslových havárií (podobně jako je tomu u válečného konfliktu) lze očekávat masivnější postižení zúčastněné populace, což může vést mimo jiné k nedostatečné péči o velké množství takto postižených⁴⁷. Celkový přehled katastrof přikládám v příloze 5.

⁴⁴ VIZINOVÁ, Daniela, PREISS, Marek. *Psychické trauma a jeho terapie (PTSD) : psychologická pomoc obětem válek a katastrof*. Praha : Portál, 1999. s. 25.

⁴⁵ VIZINOVÁ, Daniela, PREISS, Marek. *Psychické trauma a jeho terapie (PTSD) : psychologická pomoc obětem válek a katastrof*. Praha : Portál, 1999. s. 38.

⁴⁶ PRAŠKO, Ján, et al. *Stop traumatickým vzpomínkám : jak zvládnout posttraumatickou stresovou poruchu*. Praha : Portál, 2003. s. 21.

⁴⁷ PIDRMAN, Vladimír. *Posttraumatická stresová porucha : manuál pro praktické lékaře*. Praha: Psychiatrické centrum, 2002. [cit. 2009-02-15]. Dostupné z WWW: <http://www.zdravcentra.sk/cps/rde/xchg/zcsk/xsl/3141_1191.html>

V českých podmínkách se nejčastěji jedná o traumata vzniklá při železničním či důlním neštěstí, požáru, záplavách, znásilnění, v souvislosti s nehodou, děsivými halucinogenními zážitky při intoxikaci, týráním, přepadením, únosem, pokusem o sebevraždu nebo jinou násilnou činností.

Traumatické události mají různý průběh, jsou však **charakteristické náhlostí, nečekaností, neovlivnitelností a extrémní intenzitou ohrožení** (zdůraznila J.G.). Za těchto okolností však každý reaguje po svém, nelze tudíž dopředu odhadnout dopad na psychiku jednotlivých osob postižených traumatem. **Odolnost vůči stresovým situacím závisí na aktuálním disponování, kompetencích a míře zkušeností** (zdůraznila J.G.)⁴⁸. Obecně tudíž můžeme říct, že lidé, kteří se s traumatickými zážitky setkávají v práci denně, např. záchranáři, mají větší šanci se s novým traumatem vyrovnat snáz než člověk, který je traumatické události vystaven nečekaně.

1.3.3 Oběti traumatických událostí a míra jejich traumatizace

Přírodní katastrofy, exploze, dopravní nehody. Při těchto událostech jsou v pohotovosti nejen záchranáři a zdravotníci, ale také týmy psychologů. Psychické následky po prožití traumatu mohou ohrozit nejen postiženého jedince, ale také lidi z jeho okolí či náhodné svědky. Celkovou klasifikaci obětí katastrof uvádím v tabulce 3.

Psychickou traumatizaci lze rozdělit na tři formy, dle toho jaká skupina lidí jí byla postižena. V první fázi, která se nazývá **primární traumatizace** (zdůraznila J.G.), se jedná o lidi, kteří jsou v přímé konfrontaci s tragédií, čili oběti a přímí svědci tragédie. **Sekundární traumatizací** (zdůraznila J.G.) procházejí lidé, kteří patří do blízkého okolí oběti. Do poslední sekce, **terciární traumatizace** (zdůraznila J.G.), patří lidé, kteří jsou v kontaktu s lidmi z prvních dvou skupin. Většinou se jedná o terapeutky, záchranáře či známé⁴⁹. Jedinec je traumatickému zážitku vystaven buďto jednorázově, např. přepadení či znásilnění, nebo dlouhodobě, např. mučení v koncentračním táboře.

Co se po fyziologické stránce děje s člověkem během traumatického okamžiku bravurně vystihují autoři Daniela Vidinová a Marek Preiss ve své knize *Psychické trauma a jeho terapie: „Traumatická reakce vzniká v okamžiku, kdy je člověku tvář v tvář extrémní hrůze znemožněna smysluplná akce a on se ocitá ve stavu totální bezmoci.*

⁴⁸ VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha : Portál, 2008. s. 425-426.

⁴⁹ VIZINOVÁ, Daniela, PREISS, Marek. *Psychické trauma a jeho terapie (PTSD) : psychologická pomoc obětem válek a katastrof*. Praha : Portál, 1999. s. 19.

*Je vlastně reakcí na bezmocnost. Není-li možný útok ani útěk, dochází k dezorganizaci jednotlivých komponent obvyklé odpovědi organismu na nebezpečí a tyto komponenty ve své bezúčelnosti mají tendenci přetrvávat dlouho po skončení stavu skutečného ohrožení. Traumatické události tak vyvolávají hluboké a trvalé změny v oblasti fyziologické, emoční i kognitivní.*⁵⁰

Tabulka 3: Klasifikace obětí.⁵¹

<p style="text-align: center;">Oběti 1. úrovně (primární) (lidé, kteří byli v maximální míře vystaveni působení katastrofické události či hromadnému neštěstí)</p> <p style="text-align: center;">Oběti 2. úrovně (sekundární) (truchlící příbuzní a přátelé)</p> <p style="text-align: center;">Oběti 3. úrovně (vyprošťující, resuscitační a terapeutický personál)</p> <p style="text-align: center;">Oběti 4. úrovně (lidé v těsné souvislosti s katastrofou či s hromadným neštěstím, tj. ti, kteří zasáhli jako první, poskytli první pomoc, a ti, kteří nesou určitou zodpovědnost)</p> <p style="text-align: center;">Oběti 5. úrovně (lidé, které katastrofa či hromadné neštěstí uvrhlo do obtíží, i když nebyli jejími přímými účastníky)</p> <p style="text-align: center;">Oběti 6. úrovně (lidé, kteří by se mohli stát primárními oběťmi, nebo ti, kteří jsou nepřímo nebo nezaviněně zúčastněni)</p>
--

Reakce na traumatický zážitek může být také ovlivněna množstvím postižených lidí při jednom traumatickém okamžiku. Jedinec se s traumatem vyrovnává těžce, ale pokud má možnost trauma sdílet s jinými oběťmi, velice se mu uleví. Vzájemná podpora lidí, kteří prožili stejnou katastrofu, vede k potřebnému pochopení a zamezení izolace. Největší pocit sounáležitosti bývá při přírodních katastrofách, kdy je postižen větší počet lidí, kteří si navzájem pomáhají. Proto při přírodních katastrofách není procento zasažených lidí tak vysoké⁵².

⁵⁰ VIZINOVÁ, Daniela, PREISS, Marek. *Psychické trauma a jeho terapie (PTSD) : psychologická pomoc obětem válek a katastrof*. Praha : Portál, 1999. s. 17.

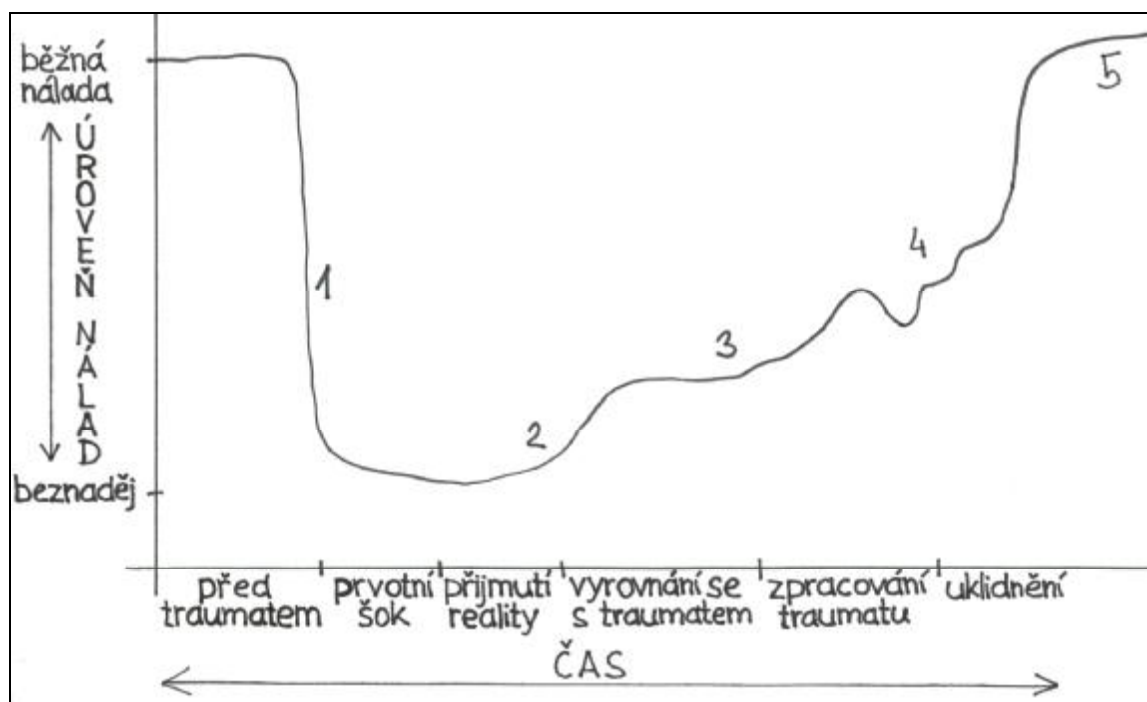
⁵¹ ŠTĚTINA, Jirí, et al. *Medicína katastrof a hromadných neštěstí*. Praha : Grada Publishing, 2000. s. 240.

⁵² PRAŠKO, Ján, et al. *Stop traumatickým vzpomínkám : jak zvládnout posttraumatickou stresovou poruchu*. Praha : Portál, 2003. s. 23.

1.3.4 Fáze posttraumatické stresové poruchy

Reakce na traumatický zážitek probíhá přibližně v pěti fázích (graf 1). V počáteční **fázi šoku** (zdůraznila J.G.) jedinec nedokáže uvěřit, že se něco takového jako je daná katastrofa vůbec stalo. Člověk zaznamenává jistý útlum, někdy si nedokáže nic vybavit a je dezorientovaný. Fáze šoku je vystřídána fází, ve které **jedinec přijímá realitu** (zdůraznila J.G.). Smiřuje se s tím, co se stalo. Jedinec se s traumatem snaží **vyrovnat ve třetí fázi** (zdůraznila J.G.), kdy se u něj střídají pocity hněvu, zlosti a agresivity. V tomto období jedinci s PTSP trpí také nespavostí a změnou motorických funkcí. V předposlední fázi se jedinec snaží o **zpracování traumatu** (zdůraznila J.G.). Počáteční obtíže ustupují, ale vracejí se bolestivé zážitky a objevují se iracionální fobie. Tato fáze je obdobím lhostejnosti, apatie a také sklonů k sebevraždě. Nakonec se tento člověk **uklidní a vyrovná se s traumatickou zkušeností** (zdůraznila J.G.). Asi třetina pacientů s PTSP se zcela uzdraví. Další třetina trpí mírnými následky⁵³.

Graf 1: Fáze posttraumatické stresové poruchy.⁵⁴



Průběh poruchy závisí na odolnosti a stabilitě osobnosti každého jedince. Vliv mají i předchozí psychická onemocnění nebo dříve prožitá traumata. „*Kritickým obdobím*

⁵³ VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha : Portál, 2008. s. 437.

⁵⁴ Vlastní zpracování.

pro její vznik je období prvních tří měsíců. Může se rozvinout do šesti měsíců po této události a v krajním případě může trvat i několik let.“⁵⁵

Pomůckou pro diagnózu přítomnosti a stupně závažnosti PTSP je Pynoosův dotazník uvedený v tabulce 4. „Celkový skór 7 a více charakterizuje mírnou formu PTSD, skór 10-12 střední závažnost a skóry nad 12 těžkou poruchu.“⁵⁶

Tabulka 4: Pynoosův dotazník.⁵⁷

1.	Událost je označována jako extrémní stresor.	9.	Pocit zděšení, kdykoliv se na to pomyslí.
2.	Myšlenky na událost narušující učení.	10.	Pocity viny.
3.	Strach z opakování.	11.	Potíže se soustředěním.
4.	Strach při přemýšlení o události.	12.	Stranění se lidí.
5.	Vnucující se představy a zvuky.	13.	Ztráta zájmu o důležité aktivity.
6.	Prudké úlekové reakce.	14.	Špatné sny.
7.	Snaha vyhnout se pocitům, které se vztahují k události.	15.	Snaha vyhnout se připomenutí události.
8.	Vnucující se myšlenky.	16.	Narušení spánku.

⁵⁵ VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha : Portál, 2008. s. 437.

⁵⁶ HONZÁK, Radkin, et al. *Úzkostný pacient*. Praha : Galén, 2005. s. 96.

⁵⁷ HONZÁK, Radkin, et al. *Úzkostný pacient*. Praha : Galén, 2005. s. 95-96.

2 Charakteristika chování způsobeného vlivem posttraumatické stresové poruchy

Porucha PTSP ovlivňuje veškeré součásti lidského bytí. Narušuje chod emočního citění, chování, biochemické reakce, negativní myšlení ovlivňuje názory, pomyslně vyčleňuje ze společnosti a ničí rodinné i přátelské vazby. Je jako zloděj, který ukradne vše, a traumatizovaní jedinci mohou jen mlčky přihlížet. Přehled změn emočního citění, chování a tělesných příznaků je uveden v příloze 6.

Spouštěčem negativního průběhu nemoci jsou bezesporu krátké vzpomínky na traumatickou událost. Ty přicházejí, buď ve formě vzpomínky či snu, anebo jsou vyvolány náhodným podnětem, jakým může být činnost související s traumatem, zmínka o traumatu či fotografie z místa prožití traumatu. Je to **bludný kruh vracejících se vzpomínek** (zdůraznila J.G.)⁵⁸.

V těžkém traumatu může člověk po psychické stránce uvíznout natolik, že v něm žije dál. Jeho minulost se stává jeho každodenní přítomností, což prohlubuje pocit beznaděje⁵⁹.

2.1 Tělesné příznaky

Důsledky psychického traumatu se projevují mimo jiné i fyzickými potížemi, jakými jsou např. **bušení srdce, tíha na hrudi, bolesti hlavy, třes, bolesti páteře, poruchy menstruace, nechutenství, neustálá únava, vyčerpanost** (zdůraznila J.G.). Častým projevem bývají také poruchy spánku, který je přerušován děsivými sny⁶⁰. Výčet těchto tělesných obtíží uvádím v příloze 6.

Během častých návalů strachu, které přicházejí během flashbacků, se lidem zvyšuje pulz, stoupá krevní tlak. Krev se přesouvá do svalů na ruku a nohu. Svaly jsou pak napjaté a připravené k obraně těla. Dech se zrychluje, aby byl dostatek kyslíku při akci. Tato série změn v těle a mysli představuje reakci organismu na možnost ohrožení⁶¹. Celý

⁵⁸ PRAŠKO, Ján, et al. *Stop traumatickým vzpomínkám : jak zvládnout posttraumatickou stresovou poruchu*. Praha : Portál, 2003. s. 37.

⁵⁹ PRAŠKO, Ján, et al. *Stop traumatickým vzpomínkám : jak zvládnout posttraumatickou stresovou poruchu*. Praha : Portál, 2003. s. 11.

⁶⁰ VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha : Portál, 2008. s. 435.

⁶¹ PRAŠKO, Ján, et al. *Stop traumatickým vzpomínkám : jak zvládnout posttraumatickou stresovou poruchu*. Praha : Portál, 2003. s. 42.

tento proces detailněji popisují v kapitole *1.1.1 Fyziologické změny organismu pod vlivem stresu*.

Časté vypětí sil má však na tělo negativní dopady. Důsledkem dlouhodobého napětí organismu je **únava a nedostatek energie**. Nedostatek síly vede k odkládání obtížných činností, polehávání a netečnosti. Obavy a starosti se nejčastěji objevují ráno a večer, než si jde člověk lehnout.

2.1.1 Fyziologické změny během působení posttraumatické stresové poruchy

PTSP můžeme zjednodušeně popsat jako dlouhodobě **pozměněnou stresovou reakci** (zdůraznila J.G.) na velmi silný stresor. Za normálních okolností se stresová reakce ukončí, ale u PTSP tento stav přetrvává dál díky **nízké hladině kortizolu** (zdůraznila J.G.), která nedovoluje mobilizaci organismu ukončit. Neukončení mobilizace má za následek neustálou aktivaci nervového systému, který je tímto zcela vybočen z běžného rytmu. Navíc dochází **k hyperaktivitě systému hypofýza-nadledviny** (zdůraznila J.G.) a tak stačí sebemenší podnět související s traumatickou událostí, aby odstartoval poplachovou reakci organismu. Dále se dle výzkumů ukazuje, že pacienti s PTSP mají **menší hypokampus** (zdůraznila J.G.) než zdraví lidé. Jelikož je hypokampus důležitou součástí procesů spojených s pamětí, ať vybavováním či zapamatováním, vede jeho zmenšení k paměťovým problémům. Přitom platí, že čím je hypokampus menší, tím vážnější jsou projevy poruchy⁶².

Stresová reakce je popsána v kapitole *1.1.1 Fyziologické změny organismu pod vlivem stresu*. Pokud je celý proces popsán ve zmíněné kapitole ukončen, PTSP se nerozvine.

2.2 Emoční příznaky

Pro mnoho lidí jsou emoce, tedy to, co označujeme jako pocity, rozlišitelné na příjemné a nepříjemné, kladné a negativní. Když některé negativní pocity převažují, mohou lidskému organismu způsobovat problémy. Není-li člověk se sebou a svým životem

⁶² PRAŠKO, Ján, et al. *Stop traumatickým vzpomínkám : jak zvládnout posttraumatickou stresovou poruchu*. Praha : Portál, 2003. s. 59-61.

spokojen, začnou se po čase projevovat zdravotní obtíže. Emoce totiž prokazatelně ovlivňují zdravotní stav.

Porucha emočního prožívání vzniká jako následek neschopnosti zpracovat traumatickou zkušenost. Typickými emočními příznaky PTSP je **vnitřní napětí, přetrvávající úzkost, zvýšená přecitlivělost a podrážděnost** (zdůraznila J.G.) se sklonem k nepřiměřeným reakcím. Nepřiměřené reakce postiženého jedince vyvolávají především podněty připomínající traumatický zážitek. Existují také případy, kdy se objeví „... *fobické reakce na podněty, které jsou s traumatem asociovány*.“⁶³ To znamená, že žena znásilněná mužem zapáchajícími cigaretami může trpět fobií z dýmu. U lidí po autohavárii se může projevit například úzkostná reakce při zvuku brzd auta⁶⁴.

Důsledkem prožití traumatického zážitku je změna emočního prožívání oběti. Provázejí ji negativní myšlenky a tíživé pocity. Vlivem negativního myšlení dochází k emočnímu znečitlivění a v některých případech až k apatii. **Emoční strnulost** se může projevit také **citovou otupělostí a vyhaslostí** (zdůraznila J.G.). Jedinci nedokážou vyjádřit a prožívat určité city, např. radost, uspokojení, citový vztah. Vědomí, že nejsou schopni prožívat příjemné pocity, vede tyto lidi k jisté otupělosti, nudí se, jsou našťvaní a vyhýbají se rekreačním a relaxačním činnostem. Během vlivu PTSP může dojít také k **disociaci vzpomínek** (zdůraznila J.G.), při níž jedinec mluví o traumatických událostech bez náznaku citového prožitku a působí při tom zcela neutrálním dojmem. Disociace je pro oběti obranným mechanismem⁶⁵.

Disociace člověka chrání proti ztuhnutí z bolesti a hrůzy. Člověk se ve vnímání jakoby rozpojí na dva světy. Jeden je naplněn neštěstím a druhý je věčný. Působí to jakoby jedna část mozku pracovala nezávisle na těch ostatních. Disociace je tvořena několika částmi, z nichž nejzásadnější jsou **depersonalizace** (stav, při kterém se jedinec vzdálí z vlastního těla a hledí na sebe zvenčí), **derealizace** (jedinec si myslí, že realita je jen snem), **ztráta paměti a zkreslené vnímání času** (zdůraznila J.G.)⁶⁶.

Významným faktorem v průběhu PTSP je **pocit viny** (zdůraznila J.G.). Často dochází k **sebeobviňování** (zdůraznila J.G.), že člověk měl v dané situaci zareagovat jinak. Vyčítá si, že přežil, ačkoli jiní zemřeli. Také si může vyčítat, že nepomohl nebo nepomohl dostatečně. Sebeobviňování vyplývá z tendence oběti vyčítat si, co se přihodilo.

⁶³ VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha : Portál, 2008. s. 432.

⁶⁴ PRAŠKO, Ján, PRAŠKOVÁ, Hana, PRAŠKOVÁ, Jana. *Specifické fobie*. Praha : Portál, 2008. s. 25.

⁶⁵ VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha : Portál, 2008. s. 837.

⁶⁶ BAŠTECKÁ, Bohumila et al. *Terénní krizová práce : psychosociální intervenční týmy*. Praha : Grada Publishing, 2005. s. 41.

Sebeobviňování je jakýmsi krokem k pochopení situace. Tento krok však může dojít až do stádia vzniku sebedestruktivních vzorců čili **myšlenek na sebevraždu** (zdůraznila J.G.). Tyto myšlenky jsou znakem závažné hrozby, jelikož díky PTSP se zvyšuje riziko impulsivního jednání⁶⁷.

2.2.1 Změny v chování

Chování lidí s PTSP bývá vyhrocené. Buď jsou v útlumu, anebo příliš vznětliví. Někdy je traumatizující zážitek natolik závažný, že jeho následky mohou postiženou osobu ovlivnit natolik, že je nebezpečna svému okolí. „*Napětí a podrážděnost se ventiluje výbušností, afektivními reakcemi i na neutrální, běžné a nevýznamné podněty. Může se zvýšit sklon k agresivnímu jednání, které člověk není schopen adekvátně ovládat.*“⁶⁸ „*Projevy hněvu nejčastěji narušují vztahy mezi lidmi. Nakonec mohou vést k izolaci a bolestné osamělosti. I když projevy hněvu mají často svůj důvod, jsou většinou přehnané a nepřiměřené situaci, která je vyvolala.*“⁶⁹

Další změnou v chování je **ztráta zájmu o jakoukoli činnost doprovázená ztrátou motivace**. Jedinci s PTSP se vyhýbají jakékoli činnosti, dokonce i těm, které je kdysi bavili. Vědí totiž, že se stejně nedokážou bavit. Pokud jsou tito lidé také rodiči, ztrácí zájem o své vlastní děti. Nezajímají je jejich úspěchy ve škole, nechtějí je vozit do školy, ani jim chystat jídlo. Pro děti je toto chování některého z rodičů nepochopitelné a velmi bolestné.

Dále se lidé s PTSP **vyhýbají řadě činností, rozhovorů, filmů a článků, které nějak souvisejí s prožitým traumatem**. Vyhýbání se může objevit také v souvislosti se zcela jinými aktivitami, u kterých se dotyčný člověk s PTSP bojí, že by se úzkost mohla objevit. Pokud se ale takovýmito činnostem člověk vyhýbá, svůj stav tím ještě zhoršuje. Odkládání totiž neznamená vyřešení problému. Problém zmizí jedině tehdy, začne-li ho postižený člověk řešit, což znamená znovu a znovu zkoušet tutéž činnost, které se dříve vyhýbal⁷⁰.

⁶⁷ PRAŠKO, Ján, et al. *Stop traumatickým vzpomínkám : jak zvládnout posttraumatickou stresovou poruchu*. Praha : Portál, 2003. s. 34.

⁶⁸ VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha : Portál, 2008. s. 434.

⁶⁹ PRAŠKO, Ján, et al. *Stop traumatickým vzpomínkám : jak zvládnout posttraumatickou stresovou poruchu*. Praha : Portál, 2003. s. 121.

⁷⁰ PRAŠKO, Ján, et al. *Stop traumatickým vzpomínkám : jak zvládnout posttraumatickou stresovou poruchu*. Praha : Portál, 2003. s. 46.

Nervozita (zdůraznila J.G.) je dalším znakem úzkostného stavu lidí s PTSP. Nervózní chování bývá často velmi nápadné. Spousta lidí si okusuje nehty, kmitá pohledem, rychle mluví, skáče lidem do řeči, nevydrží dlouho sedět, při rozhodování dlouze váhají a kouří⁷¹.

Ve snaze změnit své prožívání postižené osoby s PTSP často **vyhledávají drogy** (zdůraznila J.G.) jako východisko svých problémů. Napětí se snaží zbavit pomocí pití alkoholu či braní drog. Alkoholismus býval chronickým problémem nejen válečných veteránů, ale i zpravodajů, kteří také často vykazovali příznaky této poruchy. Droga či alkohol však může stav postiženého naopak zhoršit, úleva je pouze dočasná. Drogy mohou vyvolat nečekané reakce v kombinaci s léky, zhoršit duševní stav postiženého a dokonce i zvýšit agresivitu⁷². Další změny chování jsou uvedeny v příloze 6.

2.2.2 Změna kognitivních funkcí

Člověk s PTSP není schopen se vyrovnat se svým traumatickým zážitkem a zpracovat ho. Díky traumatu dochází k vytvoření **negativní asociace** (zdůraznila J.G.) z původně neutrálních podnětů. Jedinci s PTSP se snaží těmto podnětům vyhýbat, což jim přináší pocit úlevy. Vyhýbání se asociovaným podnětům však znamená neschopnost vyrovnat se s daným traumatem a také neschopnost naučit se adekvátně reagovat na přítomnost tohoto podnětu. Nezáskávají tak nové poznatky týkající se těchto podnětů⁷³.

V lidech po autonehodě například vyvolává auto pocit nebezpečí, ohrožení a úzkost, což můžeme doložit na následujícím příkladě. *„Petr byl svědkem těžké autonehody. Samotnému se mu nic nestalo, ale viděl mrtvé a těžce zraněné lidi, kterým neuměl pomoci. Ten den nebyl schopen dále řídit – domů dojele manželka. V dalších týdnech na událost zapomněl, opět své auto řídil. Tři měsíce po události dostal náhle při řízení auta záchvat úzkosti se silným bušením srdce. Vybavila se mu vzpomínka na tragickou událost. Od té doby se mu vzpomínky vracejí několikrát denně. Má dojem, že přicházejí bez příčiny. Snaží se je potlačit, ale přesto vždy zažívá silnou úzkost. Mívá děsivé sny, ze kterých se probouzí celý zpocený, s bušením srdce. Má strach znovu usnout, aby sen nepokračoval. Autem přestal jezdit, protože má strach, že by tam opět mohl dostat*

⁷¹ PRAŠKO, Ján, et al. *Stop traumatickým vzpomínkám : jak zvládnout posttraumatickou stresovou poruchu*. Praha : Portál, 2003. s. 47.12, str. 47.

⁷² PRAŠKO, Ján, et al. *Stop traumatickým vzpomínkám : jak zvládnout posttraumatickou stresovou poruchu*. Praha : Portál, 2003. s. 167.

⁷³ VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha : Portál, 2008. s. 432.

záchvat úzkosti. V práci se nedokáže soustředit, je stále napjatý, všechno ho znervózňuje. Opakovaně přehnaně „vybuchl“ při výtce nadřízeného.“⁷⁴

Negativně na kognitivní funkce působí také **potlačování nepříjemných vzpomínek** (zdůraznila J.G.), kterým se dotyčný brání před možným dalším utrpením. Snaha zapomenout může být tak silná, že vznikne částečná amnézie, při které naše podvědomí zabrání vzpomenout si na některé okamžiky traumatu. V návaznosti na problémy s pamětí se člověk s PTSP domnívá, že není schopen smysluplně uvažovat a ztrácí tak důvěru v sebe sama⁷⁵.

U lidí s PTSP se objevuje také zcela opačný symptom, při kterém se jim opakovaně do vědomí vracejí momenty z prožitého traumatu. Jedná se o vtíravé představy, děsivé myšlenky, noční můry, tzv. **flashbacky** (zdůraznila J.G.). Nedá se jich zbavit. Člověk s PTSP ani nemůže ovlivnit to, kdy se zjeví. Tyto vracející se představy silně ovlivňují koncentraci člověka a můžou pro něj v jistých situacích být nebezpečné. Například pokud se flashback objeví při řízení auta. Minulost se v nich stává přítomností a tak člověk s PTSP stále znovu a znovu propadá zoufalství. Tyto úzkostné vzpomínky mohou být vyvolány zcela nepatrným podnětem, ale pocity hrůzy a strachu při ní prožívají tyto osoby ve stejné míře jako v okamžiku tragédie. Často se stává, že se flashbacky objevují tak často, že zastíňují realitu a člověk žije stále v okamžiku, kdy byl bezmocný⁷⁶. Proces znovuprožití úzkostné vzpomínky popisují v příloze 7.

2.2.3 Změna hodnocení sebe sama i okolního světa

Osoba s PTSP je natolik zabraná do svého traumatu, že **ztrácí zájem o okolní svět** (zdůraznila J.G.). Vnímání okolního světa se mění stejně jako subjektivní hodnotící body. Jedinci s PTSP přestávají mít zájem o svou rodinu, děti, práci. Často se odcizí lidem, kteří neprošli stejným traumatem, jelikož se domnívají, že jim nedokážou rozumět, když neprožili to samé. Jejich lhostejnost zachází tak daleko, že **ztrácí i zájem o sebe sama** a vše může vést ke **ztrátě sebeúcty** (zdůraznila J.G.). Díky unáhleným závěrům lidé s PTSP často dospějí ke **generalizaci** (zdůraznila J.G.) určitých tvrzení⁷⁷. Příkladem by v tomto případě mohla být žena znásilněná nějakým Bulharem na dovolené u moře.

⁷⁴ PRAŠKO, Ján, PRAŠKOVÁ, Hana, PRAŠKOVÁ, Jana. *Specifické fobie*. Praha : Portál, 2008. s. 25-26.

⁷⁵ VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha : Portál, 2008. s. 432.

⁷⁶ VIZINOVÁ, Daniela, PREISS, Marek. *Psychické trauma a jeho terapie (PTSD) : psychologická pomoc obětem válek a katastrof*. Praha : Portál, 1999. s. 20.

⁷⁷ VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha : Portál, 2008. s. 433.

Generalizaci v jejím případě by znamenalo prohlášení, že všichni Bulhaři jsou primitivní násilníci.

Často se vyskytují také tendence vztahovat prodělané neštěstí přímo na sebe sama. Tyto osoby pak o události mluví jako o jakémsi jejich trestu, zkušenosti, která má hlubší význam. Někdy je tíží i **pocit viny** za to, co se stalo. Aby unikli svému zoufalství, přepadají je myšlenky na smrt. Smrt pro tyto lidi představuje únik před trápením, a proto své představy často dovádějí až do konce, k sebevraždě. Nejlepší je přitom ihned se s těmito myšlenkami svěřit svému psychoterapeutovi nebo svým blízkým. Během léčby tyto myšlenky vymizí⁷⁸.

2.3 Sociální význam traumatických poruch

Traumatická zkušenost velice ovlivňuje mezilidské vztahy. Po prožití traumatu se vše změní. Dokonce i v okolí postiženého dochází ke změně chování, což vede k druhotné traumatizaci jedince. Lidé se k postiženému začínají chovat jinak než dřív. Snaží se být soucitní, ale existují i případy, kdy jsou **lidé z okolí spíše odtažití** (zdůraznila J.G.). Lidé mají tendenci se obětí trestných činů vyhýbat. Pokud se však s nimi stýkají, chovají se k nim znatelně jinak než dříve. Jejich pozměněné reakce jsou obětím nepříjemné. Vzniká v nich dojem, že je nikdo správně nedokáže pochopit. Časem v nich tak vzniká pocit osamělosti. Odtažitost a určitá míra odporu nastupuje především v kontaktu s lidmi po znásilnění⁷⁹.

Člověk s PTSP se rychle stane úzkostným, ostražitým, nedůvěřivým a podezřivým ve vztahu k lidem. Má tendenci se od lidí stranit, **izolovat se** (zdůraznila J.G.). V důsledku negativních zážitků se člověk s PTSP někdy izoluje, začne se bát lidí a nevěří jim. Izolace může být zaměřena pouze proti jisté skupině lidí, či proti všem. V případě znásilnění se oběť izoluje proti lidem, kteří se podobají na násilníka. Může se ale objevit i zcela opačné schéma, kdy se postižený člověk stává nadměrně závislý na jiné osobě. Často se u lidí s PTSP vyskytne pocit, že se změnil, že se od ostatních odlišují. Odlišnost člověka odjakživa vylučovala ze společnosti. Alespoň toto mínění berou v potaz lidé s PTSP. Cítí se prázdní a v beznaději. Jediné východisko pochybností o smyslu svého života spatřují

⁷⁸ PRAŠKO, Ján, et al. *Stop traumatickým vzpomínkám : jak zvládnout posttraumatickou stresovou poruchu*. Praha : Portál, 2003. s. 48.

⁷⁹ PRAŠKO, Ján, et al. *Stop traumatickým vzpomínkám : jak zvládnout posttraumatickou stresovou poruchu*. Praha : Portál, 2003. s. 26.

ve smrti⁸⁰. Jak jsem již uvedla v kapitole 2.2.4 *Změna hodnocení sebe sama i okolního světa*, sebevražedné myšlenky vymizí během léčby.

„Pocit krajní opuštěnosti a bezmoci zasahuje později do všech vztahů, od nejintimnějších, rodinných, až po abstraktní, které charakterizují náboženskou víru a důvěru v určitý systém hodnot.“⁸¹

Nejčastější chybou lidí z okolí postiženého je myšlenka, že postižený potřebuje na traumatickou událost zapomenout a tak se o ní prostě nezmiňují a chovají se, jakoby se událost ani nestala. Když se naskytne možnost si o události promluvit, blízcí to ihned smetou ze stolu a změní téma. Další závažnou chybou je myšlenka, že oběť potřebuje klid. Opak je pravdou. **Aktivní zvládnání traumatu je daleko smysluplnější než izolace mimo běžné dění** (zdůraznila J.G.). Pasivita naopak stav zhoršuje. Chyb blízkých lidí je ale daleko více. Snaha léčit osobu s PTSP je zcela zbytečná stejně jako rady říkající, co by dělat měl či neměl. Jediné užitečné rady jsou v tomto případě ty od odborníka⁸².

⁸⁰ VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha : Portál, 2008. s. 436 a 839.

⁸¹ VIZINOVÁ, Daniela, PREISS, Marek. *Psychické trauma a jeho terapie (PTSD) : psychologická pomoc obětem válek a katastrof*. Praha : Portál, 1999. s. 18.

⁸² VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha : Portál, 2008. s. 841-842.

II. Praktická část

3 Analýza procesu začleňování lidí postižených posttraumatickou stresovou poruchou

Zvýšený výskyt extrémních situací patří k aspektům současného života. Bohužel k nim dochází často i přes zvýšená bezpečnostní opatření. Tyto situace můžou výrazně narušit psychickou stabilitu zúčastněných osob. Extrémní situace se však netýkají pouze profesionálů, kteří se s nimi setkávají dennodenně, ale také běžných lidí, kteří se v nich můžou vyskytnout. Mezi nejohroženější skupiny, u kterých je velké riziko výskytu PTSP, patří bezesporu příslušníci Hasičského záchranného sboru České republiky (dále jen HZS ČR), Policie České republiky (dále jen Policie ČR), Zdravotnické záchranné služby a Armády ČR.

PTSP je velmi závažné psychické onemocnění, jehož vzniku by se zaměstnavatelé měli snažit všemožně vyhnout. V této kapitole uvedu postup začleňování lidí s PTSP, způsoby, jakými řeší prevenci a léčbu této poruchy někteří zaměstnavatelé a v závěru kapitoly uvedu okolnosti průzkumu, který jsem udělala formou otázek v anonymních dotaznících.

3.1 Riziková zaměstnání s nejčastějším výskytem traumatizujících situací

Veškeré záchranné jednotky, jakými jsou **hasiči, záchranáři, vojáci a policisté**, jsou každodenně konfrontováni s mnoha zraněnými a usmrcenými. Mrtvými se stávají staří, lidé v produktivním věku, mládež, ale také děti. Smrt dítěte přitom na tyto pomáhající složky působí asi nejtraumatičtěji. Tito lidé poznávají smrt ve všech jejích podobách. Vyprošťují mrtvé a zraněné, hledají pohřešované, setkávají se s pohledy, které by asi unesl málokdo. Ať se jedná o zuhelnatělá těla, těla lidí, kteří se stali oběťmi trestného činu, zjizvená, rozpáraná, nebo také těla, která jsou již ve značném stádiu rozkladu. Tyto pohledy jsou dosti traumatizující sami o sobě. O stupeň větší trauma však mohou zažít, stane-li se obětí při zásahu někdo z jejich kolegů.

Pro lepší přehled o možném stupni traumatizace přikládám statistiky přenesené do tabulek 5, 6 a 7, které mají vypovídající hodnotu o rizikovosti příslušných povolání.

Tabulka 5: Počet usmrcených a zraněných hasičů při zásazích v letech 2005-2009.⁸³

Počet usmrcených a zraněných hasičů při zásazích v letech 2005-2009										
U – usmrceno, Z- zraněno										
Rok zásahů	2005		2006		2007		2008		2009	
Kategorie	U	Z	U	Z	U	Z	U	Z	U	Z
Profesionální	2	189	0	273	1	328	0	276	0	269
Dobrovolní	1	82	1	121	0	135	1	130	1	149
Celkem	3	271	1	394	1	463	1	406	1	418

Tabulka 6: Počet usmrcených a zraněných osob při požárech v letech 2005-2009.⁸⁴

Počet usmrcených a zraněných osob při požárech v letech 2005-2009										
U – usmrceno, Z- zraněno										
Rok	2005		2006		2007		2008		2009	
Kategorie	U	Z	U	Z	U	Z	U	Z	U	Z
Děti do 15 let	6	60	5	34	5	43	2	56	3	36
Osoby 15-60 let	95	592	112	626	102	717	116	760	81	674
Osoby nad 60 let	35	103	26	53	23	60	23	66	33	79
Profesionální hasiči	2	98	0	137	0	115	0	144	0	111
Dobrovolní hasiči	1	61	1	69	0	88	1	83	0	80
Celkem	139	914	144	919	130	1023	142	1109	117	980

Tabulka 7: Útoky vnějších pachatelů na poštovní objekty a poštovní přepravu v letech 2004-2008.⁸⁵

Útoky vnějších pachatelů na poštovní objekty a poštovní přepravu v letech 2004-2008					
Rok	2004	2005	2006	2007	2008
Počet útoků celkem	143	149	97	118	182

⁸³ LUKEŠ, Pavel ; VONÁSEK, Vladimír Statistická ročenka 2009. In *Statistická ročenka Hasičského záchranného sboru ČR 2009*. Praha : MV–generální ředitelství HZS ČR , 2010, 2010 [cit. 2010-03-18]. Dostupné z WWW: <<http://www.hzscr.cz/soubor/rocenka-2009-pdf.aspx>>.

⁸⁴ LUKEŠ, Pavel ; VONÁSEK, Vladimír Statistická ročenka 2009. In *Statistická ročenka Hasičského záchranného sboru ČR 2009*. Praha : MV–generální ředitelství HZS ČR , 2010, 2010 [cit. 2010-03-18]. Dostupné z WWW: <<http://www.hzscr.cz/soubor/rocenka-2009-pdf.aspx>>.

⁸⁵ Útoky vnějších pachatelů na poštovní objekty a poštovní přepravu v letech 2004-2008. In *Výroční zpráva České pošty za rok 2008*. Praha : Česká pošta, 2009, 2009 [cit. 2010-03-08]. Dostupné z WWW: <<http://www.cpost.cz/assets/o-ceske-poste/profil/VZ-Ceska-posta-2008-CJ-.pdf>>.

3.2 Prvotní pokrízová pomoc

Jakmile se zaměstnanci ocitnou v postavení oběti trestného činu je potřeba jednat rychle. Ihned po prožití traumatického zážitku by měli být postižení zaměstnanci konfrontováni pomocí metody **defusingu**, o pár dní později by měl přijít na řadu i **debriefing**. Pojmy debriefing a defusing zatím nemají český ekvivalent. Obě slova popisují dva typy intervenčních technik, které slouží k vyrovnání se s traumatizující událostí. Mohou být užity individuálně, častěji se však aplikují ve skupinách. Při vzniku těchto dvou technik hrál velkou roli strach o duševní zdraví záchranářů. Často se totiž stávalo, že postižené osoby propadly alkoholu či drogové závislosti.

Přehled časové souslednosti veškerých technik pokrízové intervence uvádím v tabulce 8.

Tabulka 8: Časová souslednost pokrízové intervence.⁸⁶

- | |
|--|
| <ol style="list-style-type: none">1. První psychická pomoc – intervence s účastníky traumatu přímo na místě události, praktikuje se během události či bezprostředně po ní.2. Defusing – neformální rozhovor ve skupině, praktikuje se např. při odjezdu z místa události, nejpozději však do osmi hodin po události, trvá 20-30 minut.3. Debriefing – formalizovaný rozhovor s účastníky nehody a jejich blízkými, organizuje se 48-72 hodin po události, 4-20 účastníků.4. Krízový seminář – přibližně týden po události, pořádá se pro skupiny více než dvaceti lidí.5. Kontrolní debriefing – slouží ke sledování vývoje psychického zasažení účastníků, během prvních týdnů po události se vytvoří mezi účastníky neformální skupiny, přistupuje se k němu 3-4 týdny po události.6. Individuální terapie – pokud se někteří jedinci nebyly schopni s traumatem vyrovnat do tří měsíců, přistupuje se k odborné psychologické terapii. |
|--|

3.2.1 Defusing

Ihned po zásahu, např. u policie, hasičů a záchranářů, je dobré se o situaci bavit a vmísit do rozhovoru i humor. Tato technika se nazývá defusing. Cílovou skupinou defusingu jsou **skupiny o pěti až deseti lidech** (zdůraznila J.G.), kteří společně prožili událost. Diskusi může vést kdokoliv, nemusí to být psycholog. Cílem tohoto **neformálního**

⁸⁶ BAŠTECKÁ, Bohumila et al. *Terénní krízová práce : psychosociální intervenční týmy*. Praha : Grada Publishing, 2005. s. 182.

rozhovoru (zdůraznila J.G.) je vytvořit prostředí pohody a vzájemné podpory. Týmy musí fungovat jako celek, měli by se dělit o své zážitky, vzpomínky a společně se také vyrovnat se smrtí či zraněním svých kolegů. U hasičů defusing probíhá ve voze při návratu na stanici. Členové týmu se společně podporují, povzbuzují, měl by zaznít i nějaký humor kvůli odlehčení atmosféry. Jedná se o směsici mnoha různých pocitů⁸⁷.

3.2.2 Debriefing

Debriefing je na rozdíl od defusingu delší metodou sloužící k vyrovnání se s traumatem, je **organizovaný a záleží na počtu účastníků** (zdůraznila J.G.). Doporučuje se uspořádat debriefing s nějakým časovým odstupem, většinou se jedná o odstup v délce 48 hodin. Časová prodleva pomáhá lidem hlavně k uspořádání myšlenek a vzpomínek. Může ho vést psycholog nebo vyškolený laik. „*Debriefing zajišťovaný kolegy se začal používat nejdříve v USA, později i v Evropě a dnes je považován za nejefektivnější opatření v ohrožených profesích, jakými jsou záchranáři, policisté či hasiči. V těchto profesích se zavádí tzv. peer-support čili "kolegiální podpora" zajišťovaná poradci z vlastních řad. Proškolení poradci z vlastních řad (tj. z výkonných policistů, hasičů a záchranářů) jsou dnes považováni za nosný, hlavní článek institucionálně zajišťované péče o pracovníky po nebezpečné akci.*“⁸⁸

Debriefing se často používá např. ve třídě maturantů, jejichž spolužák spáchal sebevraždu, nebo se zaměstnanci obchodu, jejichž kolegové se stali oběťmi přepadení⁸⁹.

Cílem debriefingu je poskytnout jistý nadhled, pomoci přijmout myšlenky týkající se traumatu a znečitlivět profesionála, který pomáhá obětem traumatu⁹⁰.

Odborná společnost debriefing člení nejčastěji na čtyři až sedm částí. V tabulce 9 uvádím jedno z možných členění, a to sedm úseků debriefingu.

⁸⁷ BAŠTECKÁ, Bohumila et al. *Terénní krizová práce : psychosociální intervenční týmy*. Praha : Grada Publishing, 2005. s. 179 a 256.

⁸⁸ ČÍRTKOVÁ, Ludmila; SPURNÝ, Josef. *Péče o policisty po extrémních stresových situacích. Kriminálnístika : čtvrtletník pro kriminálnístickou teorii a praxi* [online]. 2001, roč. 34, 3, s. 175-186. [cit. 2010-01-24]. Dostupný z WWW: <http://aplikace.mvcr.cz/archiv2008/casopisy/kriminalistika/2001/01_03/cirtkova.html>.

⁸⁹ VODÁČKOVÁ, Daniela, et al. *Krizová intervence*. Praha : Portál, 2002. s. 382.

⁹⁰ BAŠTECKÁ, Bohumila et al. *Terénní krizová práce : psychosociální intervenční týmy*. Praha : Grada Publishing, 2005. s. 180.

Tabulka 9: Sedm úseků debriefingu.⁹¹

Úseky debriefingu	Probíraná témata v daných úsecích
1. úvod	Představení a stanovení pravidel.
2. úsek skutečností	Co se stalo? Kde jste byl, když se to stalo? Co jste tam dělal? Co jste měl za úkol?
3. úsek myšlenek	Co byla vaše první myšlenka, když se to stalo? A co vás napadlo potom?
4. úsek reakcí	Co jste pak udělal? Co jste dělal a jak jste se cítil, když to skončilo? Jaká byla první noc po události? A následující den? Jak reagovala vaše rodina a/nebo spolupracovníci?
5. úsek příznaků	Jaké to bylo po návratu? Pociťoval jste nějakou změnu v chuti k jídlu, množství spánku, v těle či v prožívání?
6. úsek učení a přípravy	Jak daná událost změnila váš život a/nebo život vašich blízkých? Co byste příště dělal jinak? Co byste dělal stejně? Jak dnes rozumíte tomu, co se s vámi tehdy dělo?
7. úsek zakončení	Konec sezení, dohoda, co bude dál, případná nabídka individuálních konzultací.

3.2.3 Psychoterapie

PTSP je možné léčit pomocí psychoterapie v kombinaci s farmakologickou léčbou. Psychoterapie je zprvu zaměřena na pomoc s vyrovnáním se s danou stresovou situací a minimalizaci jejích negativních dopadů na tělesný a duševní stav postiženého člověka⁹².

Farmakologická léčba se u této poruchy indikuje jako první, jelikož se zaměřuje na zmírnění příznaků, jakými jsou např. poruchy spánku, úzkost, deprese. „V mnohých těžších situacích je člověk schopen participovat se na psychoterapii až poté, co se jeho napětí a úzkost sníží pomocí léků.“⁹³

Nejdůležitějším nástrojem v léčbě PTSP je však psychoterapie. Je stejně účinná jako farmakoterapie, ale její výsledky po ukončení léčby jsou daleko trvalejší. Pro řadu lidí je ale psychoterapie méně vyhovující, jelikož je na ni potřeba více času a je **omezená především dostupností** (zdůraznila J.G.). Při využití psychoterapie se totiž musí počítat se šesti až dvanácti týdny intenzivní práce, přičemž záleží na frekvenci sezení. Během

⁹¹ VODÁČKOVÁ, Daniela, et al. *Krizová intervence*. Praha : Portál, 2002. s. 382-383.

⁹² VIZINOVÁ, Daniela, PREISS, Marek. *Psychické trauma a jeho terapie (PTSD) : psychologická pomoc obětem válek a katastrof*. Praha : Portál, 1999. s. 89.

⁹³ PRAŠKO, Ján, et al. *Stop traumatickým vzpomínkám : jak zvládnout posttraumatickou stresovou poruchu*. Praha : Portál, 2003. s. 69.

psychoterapie se psychoterapeut snaží se svým pacientem nalézt příčiny rozvoje poruchy. Učí pacienta nakládat se svými úzkostnými myšlenkami tak, aby je pomocí různých technik dokázal eliminovat či přeměňovat na pozitivnější. **Hlavním cílem terapie je obnovit pacientovu sebedůvěru a pomoci mu vyrovnat se s jeho traumatem natolik, aby mu nezasahovalo do přítomnosti** (zdůraznila J.G.). Dalším bodem psychoterapie je zmírnění pocitu viny a studu za to, co se stalo. Studem většinou trpí oběti znásilnění a vinou zase lidé, kteří přežili nějakou nehodu či katastrofu, při které zemřeli jiní lidé⁹⁴.

Při léčbě této poruchy se používá celá škála různých psychoterapeutických metod. Především se jedná o metody, které mají za cíl podpořit postiženého a pomoci mu s překonáním osamělosti a izolace. S úspěšností lze také použít hypnózu a relaxační techniky. Přistupuje se také k terapii s rodinnými příslušníky pacienta a s dalšími blízkými lidmi z jeho okolí. Tato terapie pomáhá blízkým lidem vyvarovat se necitlivým společenským reakcím vůči pacientovi a také jim je v průběhu terapie razeno, jak se k dané osobě chovat a čeho se naopak vyvarovat⁹⁵.

Hypnóza se s úspěchem používá v případě PTSP, a to formou **hypnotizování pomocí sugescí** (zdůraznila J.G.) s počítáním do deseti. Poté se navodí abreakce, při které se pacient vrátí na místo, kde prožil trauma⁹⁶. Např. záchranář s traumatem z hromadné nehody, by byl uveden na místo, kde leží spousta zraněných, slyší křik a pláč, cítí kouř. Do takto navozené situace psychiatr vkládá sugescie posilující ego a důvěru v sebe sama.

Další možností je pak navodit v hypnóze pocit, že prožité trauma jedinec vidí na televizní obrazovce a kdykoliv ho může postižený zcela vypnout či jen vypnout zvuk, přetočit, apod. Pacient má v hypnóze vidět sebe, jak se spolu s lékařem dívá na televizi⁹⁷.

3.3 Posttraumatická intervenční péče

Psychologický výzkum zvládnání extrémních událostí přinesl zajímavý poznatek. Ačkoli jsou členové profesionálních týmů na tyto situace odborně i mentálně připravováni,

⁹⁴ PRAŠKO, Ján, et al. *Stop traumatickým vzpomínkám : jak zvládnout posttraumatickou stresovou poruchu*. Praha : Portál, 2003. s. 73.

⁹⁵ VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha : Portál, 2008. s. 443.

⁹⁶ KRATOCHVÍL, Stanislav. *Klinická hypnóza*. Praha : Grada Publishing, 2001. s. 161.

⁹⁷ KRATOCHVÍL, Stanislav. *Klinická hypnóza*. Praha : Grada Publishing, 2001. s. 163-164.

může se u nich rozvinout PTSP. Na základě tohoto výzkumu byla později odstartována vlna preventivních opatření proti vzniku PTSP⁹⁸.

„Poprvé zazněla myšlenka o zavedení psychologické péče "on the job" výraznějším způsobem v roce 1984 po běsnění amokového střelce v restauraci Mc Donald v USA ve státě Nové Mexiko. Akt nesmyslného vraždění a pohled na zmasakrované nevinné návštěvníky restaurace vyvolal u většiny tehdy zasahujících policistů následné potíže typické pro posttraumatickou stresovou poruchu. Tím bylo oficiálně potvrzeno, že ani policejní profesionálové, procházející jak psychologickým sítem při nástupu, tak psychologickou přípravou během své služby, nemusí být uchráněni před psychickou traumatizací.“⁹⁹

Díky mezinárodnímu programu PHARE se od roku 2001 (u Policie ČR a od roku 2003 u HZS ČR) začala v ČR zavádět do praxe posttraumatická intervenční péče. V rámci ČR funguje devět intervenčních týmů, jejichž náplní je prevence a pomoc nejen pro hasiče a jejich rodinné příslušníky, ale také oběti mimořádných traumatických událostí. **Náplní této péče je poskytování y vyhledávání informací, debriefing, krizové poradenství** (zdůraznila J.G.)¹⁰⁰.

Způsob realizace krizové intervence v sobě zahrnuje spoustu možností. Může probíhat po telefonu pomocí linek důvěry nebo v přímém kontaktu odborníka s klientem. Typickým příkladem lidí využívajících služeb krizových intervenčních týmů mohou být osoby poškozené trestným činem, oběti přírodních katastrof, přeživší velká letecká či vlaková neštěstí atd. Touto cílovou skupinou se krizová intervence poměrně přísně odděluje od zdánlivě velmi blízké oblasti, kterou reprezentuje psychoterapie, a posouvá se spíše do blízkosti poradenství.

Seznam linek důvěry je uveden v příloze 8.

⁹⁸ ČÍRTKOVÁ, Ludmila; SPURNÝ, Josef. Péče o policisty po extrémních stresových situacích. *Kriminalistika : čtvrtletník pro kriminalistickou teorii a praxi* [online]. 2001, roč. 34, 3, s. 175-186. [cit. 2010-01-24]. Dostupný z WWW: <http://aplikace.mvcr.cz/archiv2008/casopisy/kriminalistika/2001/01_03/cirtkova.html>.

⁹⁹ ČÍRTKOVÁ, Ludmila; SPURNÝ, Josef. Péče o policisty po extrémních stresových situacích. *Kriminalistika : čtvrtletník pro kriminalistickou teorii a praxi* [online]. 2001, roč. 34, 3, s. 175-186. [cit. 2010-01-24]. Dostupný z WWW: <http://aplikace.mvcr.cz/archiv2008/casopisy/kriminalistika/2001/01_03/cirtkova.html>.

¹⁰⁰ BAŠTECKÁ, Bohumila et al. *Terénní krizová práce : psychosociální intervenční týmy*. Praha : Grada Publishing, 2005. s. 253.

3.3.1 Posttraumatická intervenční péče u Policie České Republiky

Různé typy stresujících i traumatizujících situací patří neodmyslitelně k výkonu policejního povolání. To znamená, že se s nimi policisté setkávají i tam, kde odborná pomoc dosud neexistuje. „Z toho plyne, že nutně musí jednotlivci po akci používat své osobní „protistresové techniky“.“¹⁰¹

V roce 2000 realizovala Policejní akademie ČR výzkum mezi policisty. Cílem bylo zjistit postoje a názory policistů ohledně psychologické podpory. Dotazovaných policistů bylo 220, z toho 64 % mužů a 36 % žen. Věkové rozpětí respondentů bylo od 20 do 47 let. 38 % respondentů uvedlo, že se s traumatizujícími zážitky vyrovnávají sami, 60 % tázaných se svěřilo někomu blízkému a pouhá 2 % vyhledala odbornou pomoc. U 36 % traumatický zážitek odezněl do 48 hodin, u dalších 41 % do jednoho týdne. Celých 14 % tázaných se s traumatem vyrovnávalo měsíc, 4 % během tří měsíců a 5 % policistů účastnících se výzkumu se s traumatem nevyrovnalo. Zneklidňujícím zjištěním pak byl názor 45 % respondentů, že nemají možnost využít psychologickou podporu¹⁰².

Od roku 2001 existuje systém posttraumatické intervenční péče pro policisty. V rámci tohoto systému figurují **psychologové a speciálně vyškolení běžní policisté** (zdůraznila J.G.). Náplní tohoto systému je naučit policisty techniky a postupy, díky kterým budou zvládat větší množství stresu. V případě propuknutí PTSP tento systém zajišťuje policistům odborní psychoterapeutickou pomoc¹⁰³.

„Do psychologické péče o policisty spadají preventivní psychologické služby, sociálně psychologický servis, psychologické poradenství, posttraumatická intervenční péče a činnost anonymní telefonické linky pomoci v krizi.“¹⁰⁴

„Policista v krajní situaci má mít právo čerpat od svého zaměstnavatele bezplatně a rychle odbornou pomoc zachovávající pravidla mlčenlivosti. Využití služeb krizové

¹⁰¹ ČÍRTKOVÁ, Ludmila; SPURNÝ, Josef. Péče o policisty po extrémních stresových situacích. *Kriminalistika : čtvrtletník pro kriminalistickou teorii a praxi* [online]. 2001, roč. 34, 3, s. 175-186. [cit. 2010-01-24]. Dostupný z WWW: <http://aplikace.mvcr.cz/archiv2008/casopisy/kriminalistika/2001/01_03/cirtkova.html>.

¹⁰² ČÍRTKOVÁ, Ludmila; SPURNÝ, Josef. Péče o policisty po extrémních stresových situacích. *Kriminalistika : čtvrtletník pro kriminalistickou teorii a praxi* [online]. 2001, roč. 34, 3, s. 175-186. [cit. 2010-01-24]. Dostupný z WWW: <http://aplikace.mvcr.cz/archiv2008/casopisy/kriminalistika/2001/01_03/cirtkova.html>.

¹⁰³ VYMĚTAL, Štěpán. Poskytování psychosociální pomoci v mimořádných situacích. *112* [online]. 2007, 2. [cit. 2010-01-24]. Dostupný z WWW: <<http://aplikace.mvcr.cz/archiv2008/casopisy/112/2007/unor/vymetal.html>>.

¹⁰⁴ BAŠTECKÁ, Bohumila et al. *Terénní krizová práce : psychosociální intervenční týmy*. Praha : Grada Publishing, 2005. s. 251.

*intervence musí být pro policistu bezpečné – nemělo by ovlivnit jeho pracovní hodnocení a pracovní zařazení.*¹⁰⁵

Činnost **Anonymní telefonní linky pomoci v krizi** (zdůraznila J.G.) začala dnem 8. září 2003. Číslo linky je **974 834 688** (zdůraznila J.G.). Linka je určena příslušníkům a zaměstnancům HZS ČR, Policie ČR a Ministerstva vnitra, jejich rodinným příslušníkům, popřípadě dalším blízkým osobám. Členové HZS ČR a Policie ČR se na ni můžou obrátit po prožití traumatické události během plnění služebního úkonu v případě, že potřebují kontakt na psychologa a informace o zdravotní podpoře¹⁰⁶.

3.3.2 Psychologická pomoc u Hasičského záchranného sboru České Republiky

Psychologická pracoviště HZS ČR jsou zřizována v jednotlivých krajích od roku 2003. Zaměstnancem takového pracoviště může být buď psycholog nebo laborant. Psychologická pracoviště poskytují **preventivní psychologické služby hasičům** (zdůraznila J.G.), kteří se zúčastnili zvláště psychicky náročného zásahu, utrpěli zranění při zásahu, eventuálně při zásahu selhali, popř. způsobili dopravní nehodu, provádí **odbornou přípravu velitelů jednotek** (zdůraznila J.G.) k poskytování primární pomoci hasičům po traumatizujícím zážitku při zásahu, poskytují sociálně psychologickou podporu jednotlivým pracovištím HZS ČR, zkoumají sociální klima pracovišť, provádějí expertní činnost, vedou školení a odborné kurzy zaměřené na zvyšování sociální kompetence řídicích i výkonných příslušníků a občanských zaměstnanců HZS ČR¹⁰⁷.

Posttraumatická intervenční péče se poskytuje příslušníkovi HZS ČR, který v souvislosti s plněním služebních úkolů prožil traumatizující událost, která může negativně ovlivnit jeho další výkon služby. Úkolem členů intervenčního týmu je provést v přímé časové souvislosti s traumatizující událostí bezodkladnou primární pomoc a v případě potřeby v následujících dnech a týdnech následnou péči příslušníkovi HZS ČR a seznámit jej s možnostmi dlouhodobé pomoci prostřednictvím dalších odborníků. O poskytnutí posttraumatické intervenční péče je oprávněn požádat každý příslušník HZS

¹⁰⁵ BAŠTECKÁ, Bohumila et al. *Terénní krizová práce : psychosociální intervenční týmy*. Praha : Grada Publishing, 2005. s. 255.

¹⁰⁶ *Hzscr.cz* [online]. 2010 [cit. 2010-03-01]. Anonymní telefonní linka pomoci v krizi . Dostupné z WWW: <<http://www.hzscr.cz/clanek/psychologicka-sluzba-anonymni-telefonni-linka-pomoci-v-krizi-420-974-834-688.aspx>>.

¹⁰⁷ Statut psychologických pracovišť Hasičského záchranného sboru ČR. In *Pokyn ministerstva vnitra č. 29*. Praha : Statut psychologických pracovišť Hasičského záchranného sboru ČR, 20.06.2003, 2003 [cit. 2010-03-08]. Dostupné z WWW: <http://aplikace.mvcr.cz/archiv2008/hasici/predpisy/interni/2003/pokyn29_hasici.html#kodex>.

ČR již v průběhu traumatizující události nebo v kterékoli době po jejím ukončení. O poskytnutí posttraumatické intervenční péče žádá příslušník HZS ČR podle svého uvážení přímo některého člena intervenčního týmu nebo může požádat o zprostředkování koordinátora, operačního důstojníka, služebního funkcionáře apod. O poskytnutí posttraumatické intervenční péče příslušníkovi HZS ČR je oprávněn požádat služební funkcionář kdykoliv, zejména v přímé časové souvislosti s traumatizující událostí. Součástí systému poskytování posttraumatické péče je i Anonymní telefonní linka pomoci v krizi¹⁰⁸.

Posttraumatická péče je příslušníkovi poskytována v době služby nebo v pracovní době. Zpravidla je tato péče poskytována na pracovišti příslušníka, ale může se praktikovat také v místě pracoviště psychologa, ve vážných případech také přímo v místě zásahu, v nemocnici, v bydlišti příslušníka apod¹⁰⁹.

3.3.3 Psychologická pomoc u jiných povolání

Traumatické události se vyskytují nejen u profesionálních týmů, ale, jak již bylo řečeno, také v běžných pracovních dnech zaměstnanců jiných profesí. V rámci pracovního dne se zaměstnanci můžou setkat s autonehodami, loupežemi, přepadeními a s mnoha jinými závažnými událostmi.

Ačkoli se lidé po prožití takového traumatu můžou ze začátku zdát zcela v pořádku, časem se u nich může projevit PTSP. Psychická stránka zasažené osoby je poznamenána hlubokou nejistotou a narůstajícími pochybnostmi, popřípadě také pocity viny. V této situaci se stává citlivějším a pociťuje spoustu negativních emocí. Někteří jedinci tuto situaci dokáží překonat, jiní jí ale podlehnou. Proto je důležité, aby byl zasažené osobě někdo nablízku, nejlépe někdo z okruhu spolupracovníků. Rady, kterými by se lidé z okolí postiženého měli vést, jsou uvedeny v kapitole 5.1 *Podpora okolí*.

Zaměstnavatel by postižené osobě měl zajistit adekvátní psychologickou péči. Možná by bylo dobré vyzkoušet pomoc ze strany psychologů HZS ČR a Policie ČR, jelikož tito psychologové mají s PTSP daleko větší zkušenosti než běžní psychologové.

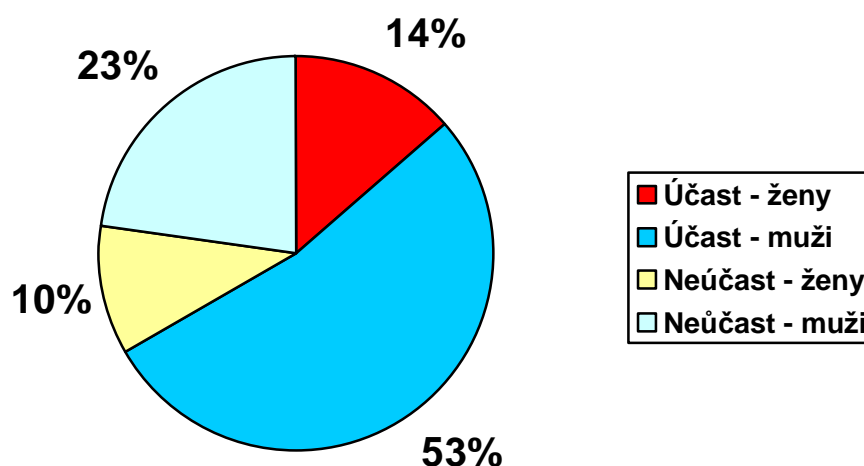
¹⁰⁸ Pokyn 38. In *Sbírka interních aktů generálního ředitele HZS ČR*. 2003, 38, 5 s. Dostupný z WWW: <http://aplikace.mvcr.cz/archiv2008/hasici/predpisy/interni/2003/pokyn38_hasici.html>.

¹⁰⁹ Pokyn 30. In *Sbírka interních aktů generálního ředitele HZS ČR*. 2008, 44, s. 1-10. Dostupný z WWW: <<http://www.hzscr.cz/soubor/pokyn30a31-2008-doc.aspx>>.

4 Výzkum zkoumající povědomí o posttraumatické stresové poruše a názory na poskytování posttraumatické péče zaměstnavatelem

Abych zjistila povědomí o poruše PTSP mezi lidmi a také jejich názory na poskytování posttraumatické péče zaměstnavatelem, rozhodla jsem se realizovat výzkum pomocí anonymních dotazníků. Dotazníky byly rozeslány na emailové adresy příslušníků Policie ČR, členů HZS ČR a také lidí s jiným zaměstnáním v měsíci únoru roku 2010. Z celkového počtu 153 oslovených osob se výzkumu zúčastnilo 102 osob, jak lze vidět v grafu 2.

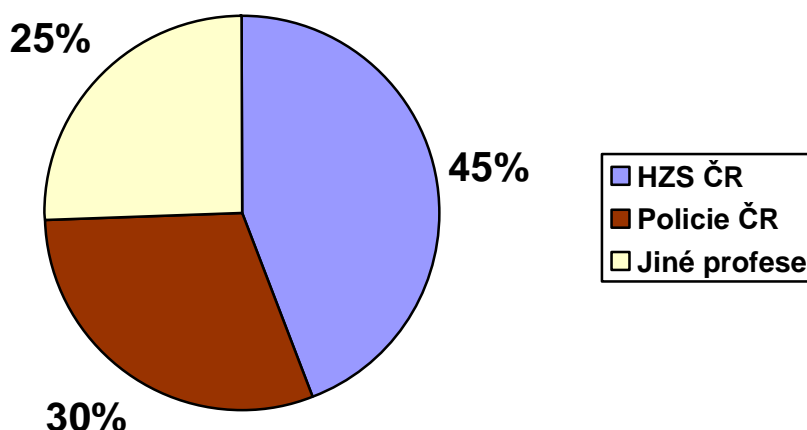
Graf 2: Procentuální vyjádření účasti kontaktovaných osob na výzkumu.¹¹⁰



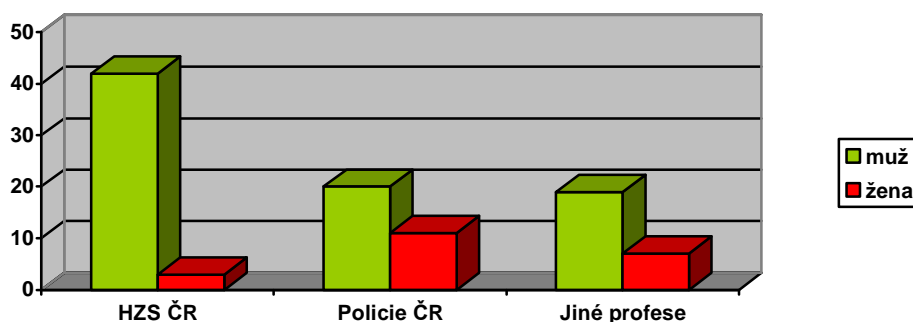
Z důvodu velké rizikovosti profesionálních záchranných týmů jsem anonymní dotazník směřovala především do rukou členů HZS ČR a Policie ČR. Dotazník měl 102 respondentů, z toho 45 příslušníků HZS ČR, 31 příslušníků policie ČR a 26 příslušníků jiných profesí (graf 3 a 4). Ve směsici různých profesí byli například zdravotníci, pracovníci České pošty, recepční v hotelu, skladníci, projektanti, revizoři, zaměstnanci Českých drah. Věkové rozhraní tázané skupiny bylo od 22 do 49 let (graf 5).

¹¹⁰ Vlastní zpracování.

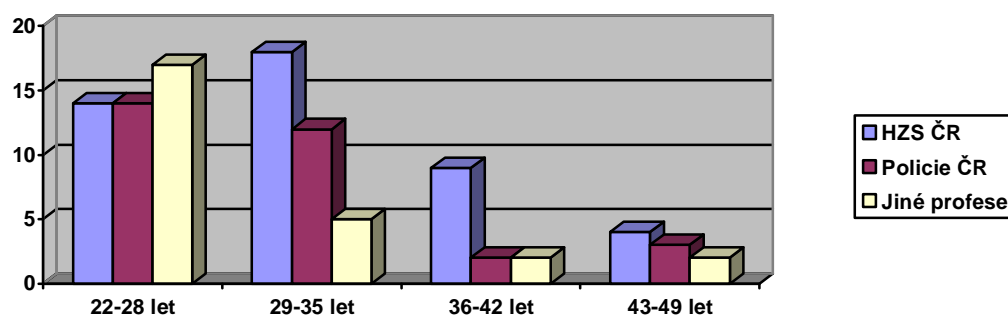
Graf 3: Rozdělení počtu respondentů dle profese. Zdroj: Příloha 9.



Graf 4: Pohlaví respondentů. Zdroj: Příloha 9.



Graf 5: Věkové rozhraní respondentů. Zdroj: Příloha 9.



Celkem bylo položeno 25 otázek, z nichž jedna byla otevřená. Otázky směřovali na průzkum povědomosti o poruše PTSP, názorů ohledně spokojenosti s mírou stresu v zaměstnání a názorů na poskytování psychologické péče zaměstnavatelem. Dotazník by měl projevit subjektivní názory tázaných na problém PTSP a přítomnost stresu na pracovišti a zjistit poptávku zaměstnanců po psychologické péči ze strany zaměstnavatele. Dále mapuje subjektivní názory na vstupní psychologické vyšetření.

Vyhodnocený dotazník je v příloze 9.

4.1 Frekvence stresových situací a jejich zvládnání

V dotazníku jsem se snažila zjistit frekvenci stresových událostí u jednotlivých druhů zaměstnání a odvodit dle odpovědí respondentů, jak se s takovou zátěží vyrovnávají a kdo jim přitom pomáhá.

Jak lze spatřit v grafu 6 striktní ano zadali pouze příslušníci HZS ČR a Policie ČR. U jiných povolání se lidé s extrémně obtížnými situacemi setkávají spíše výjimečně. Avšak ani výjimečné momenty psychické zátěže není radno podceňovat.

Jak lze vidět v grafu 7, lidé se v mnoha případech vyrovnávají s psychicky náročnou situací v rozmezí dvou dnů až jednoho měsíce. Během těchto dnů však nepracují na plný výkon a jejich práce i chování je do značné míry ovlivněno tímto vypořádáváním se se zátěžovou situací. Proto je nutné naučit zaměstnance, jak se se stresem správně vypořádat a při jakémkoliv úmrtí či výskytu vážnějšího traumatu u někoho z jejich kolegů využít například metodu defusingu, kdy si vedoucí či zaměstnavatel s podřízenými o této situaci promluví a zamezí tak pomalému subjektivnímu pochopení tragédie. Jak jsem již uvedla v kapitole *1.3.3 Oběti traumatických událostí a míra jejich traumatizace*, kolektivní vnímání tragédie napomáhá k dřívějšímu a hodnotnějšímu zpracování.

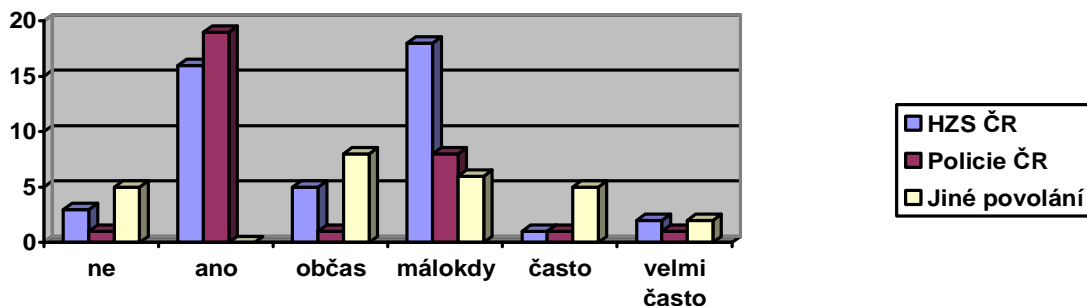
Při vypořádání se s jakýmkoli traumatem či trápením můžeme využít hned několik forem pomoci. Může nám v tom pomoci rodina, blízcí a přátelé, kolegové. Mnohdy však nechceme o svých trápeních informovat své blízké a tak volíme cestu, na níž se spoléháme na vlastní pochopení situace. Existují však další možnosti pomoci, například linky důvěry, navštívení psychologa.

V dotazníku jsem řešila také tuto otázku. Koho si volí lidé pro pomoc se zvládnutím zátěžové situace? Zjištění bylo překvapivé. 19 ze 45 dotázaných příslušníků HZS ČR se se zátěžovou situací vyrovnává samo (graf 8), ačkoli by se dalo předpokládat, že vyrovnávání se s tíživou situací bude probíhat spíše v pracovním kolektivu. Ačkoli profese hasiče a policisty mají k dispozici odborného psychologa, bylo udivující, že jeho službu využili více lidé z jiných profesí. Možná je to dáno tím, že hasiči a policisté absolvují různé kurzy, kde se učí, jak zvládat stres a jak se chovat v zátěžových situacích.

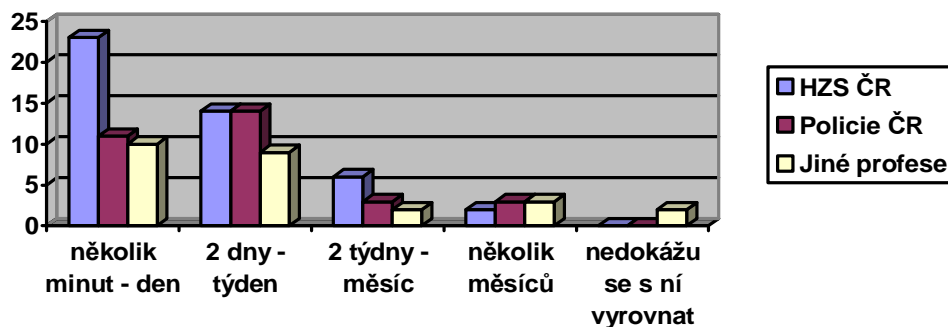
Jak můj průzkum ukázal, 62 % zaměstnanců směsice různých povolání nemá možnost navštívit odborníka na psychologickou pomoc, jelikož ho jejich zaměstnavatel neposkytuje. Dalších 11 % tuto možnost má. A zbylých 27 % ani neví, zda jejich zaměstnavatel tuto možnost nabízí či ne. Tato neinformovanost poukazuje na to, že lidé se

o tuto službu zajímají až tehdy, stane-li se jim v zaměstnání něco vážného. Povolání hasiče a policisty tuto službu samozřejmě mají zajištěnou, jak jsem již popsala v kapitole 3.3 *Posttraumatická intervenční péče*.

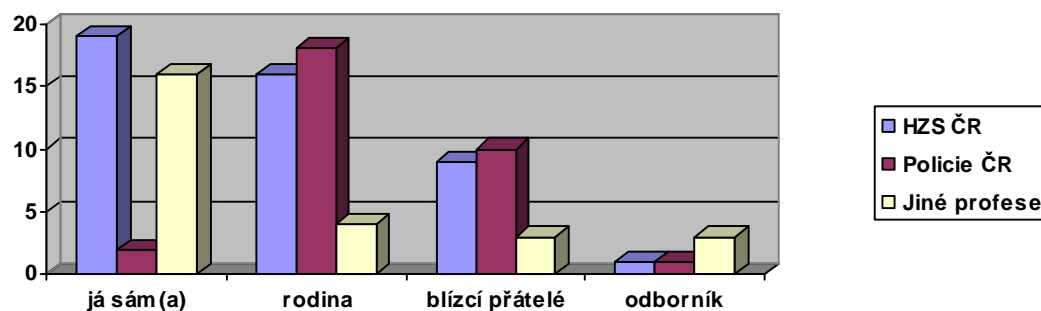
Graf 6: Frekvence extrémně zátěžových situací v životě jednotlivců. Zdroj: Příloha 9.



Graf 7: Subjektivní doba pro vyrovnání se se zátěžovou situací. Zdroj: Příloha 9.



Graf 8: Způsob vyrovnání se se zátěžovou situací. Zdroj: Příloha 9.



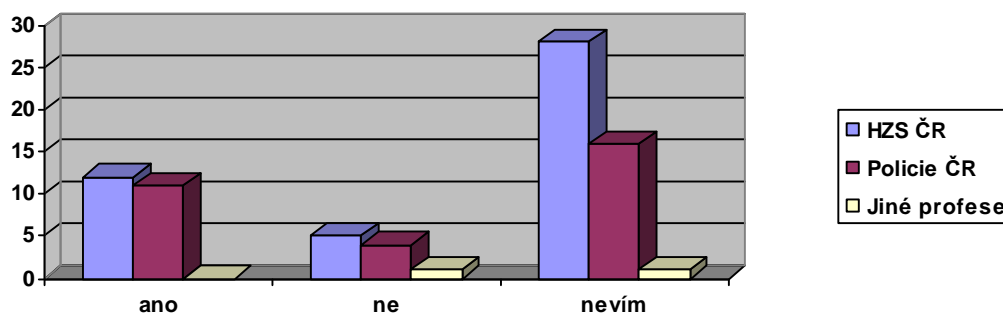
Jelikož policisté a hasiči mají tuto službu zajištěnou, na otázku poptávky po možnosti odborné pomoci poskytnuté zaměstnavatelem jsem se dotazovala pouze pracovníků jiných profesí. Z celkového počtu 26 lidí 65 % uvedlo, že by o tuto službu nestáli. Myslím, že je tato odpověď ovlivněna zejména nedůvěrou v odborníky najímané zaměstnavatelem.

4.2 Vnímání posttraumatické intervenční péče

V kapitole 3.3 *Posttraumatická intervenční péče* jsem psala o průběhu poskytování této péče a jejích možnostech využití. Myslím si však, že je také důležité zjistit vnímání této služby zaměstnanci. Existuje totiž především proto, aby jim ulevila. A je nutné, aby zaměstnanci neviděli v této službě jen jakési nutné zlo, ale pomocnou ruku ze strany zaměstnavatele.

V dotazníku většina lidí uvedla, že odbornou pomoc nikdy nevyužila. Nemají tudíž na ni žádný názor vyplývající z praktické zkušenosti. Takovéto názory (graf 9) mohou být lehce negativně ovlivněny a proto je nutné dbát na osvětu, která přiblíží zaměstnancům práci tohoto psychologického pracoviště.

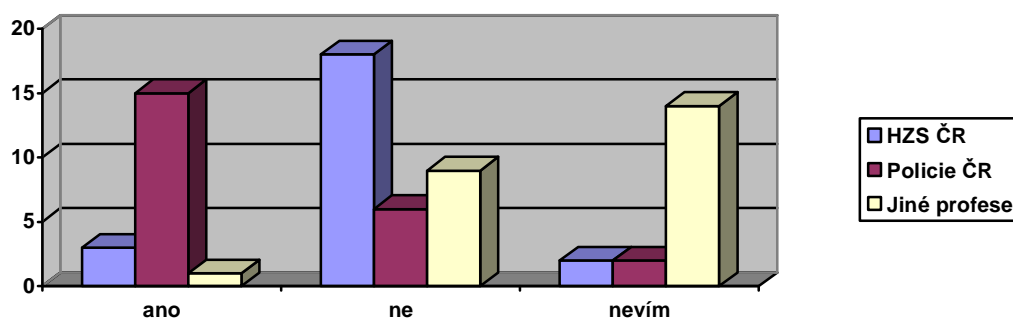
Graf 9: Důvěra v posttraumatickou intervenční péči v zaměstnáních, kde je poskytována zaměstnavatelem. Zdroj: Příloha 9.



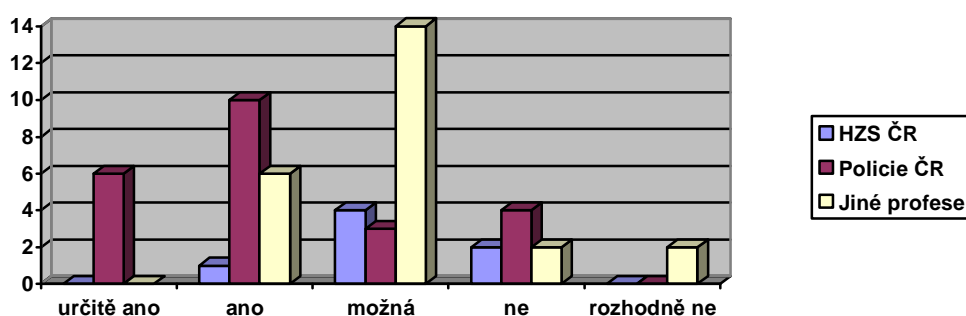
Jelikož u hasičů a policistů služba posttraumatické intervenční péče (dále jen PIP) funguje, zaměřila jsem se v dotazníku opět pouze na odpovědi lidí z jiných zaměstnání. 8 % z těchto dotazovaných odpovědělo, že služba PIP v jejich organizaci funguje, dalších 54 % tuto službu nemá zaměstnavatelem zajištěno a zbylých 38 % neví, že by tato služba v jejich organizaci existovala.

V případě, že respondenti nikdy nevyužili službu PIP, měli zodpovědět, zda by o tuto službu měli zájem, kdyby se v budoucnu dostali do stresové situace. Graf 10 zachycuje jejich odpovědi. Z grafu 11 se dozvíme, jaká je odhadovaná důvěra v odbornou pomoc placenou zaměstnavatelem. Největší množství odpovědí v tomto grafu bylo kladných, a proto by se o tuto službu mělo zajímat více zaměstnavatelů, kteří by ji mohli využívat. Zaměstnavatelům bych doporučovala obrátit se na psychology angažované v PIP. Přeci jen tyto psychologové mají více zkušeností s PTSP než kteříkoli jiní odborníci.

Graf 10: Poptávka po posttraumatické intervenční péči. Zdroj: Příloha 9.



Graf 11: Důvěra v odbornou pomoc placenou zaměstnavatelem. Zdroj: Příloha 9.

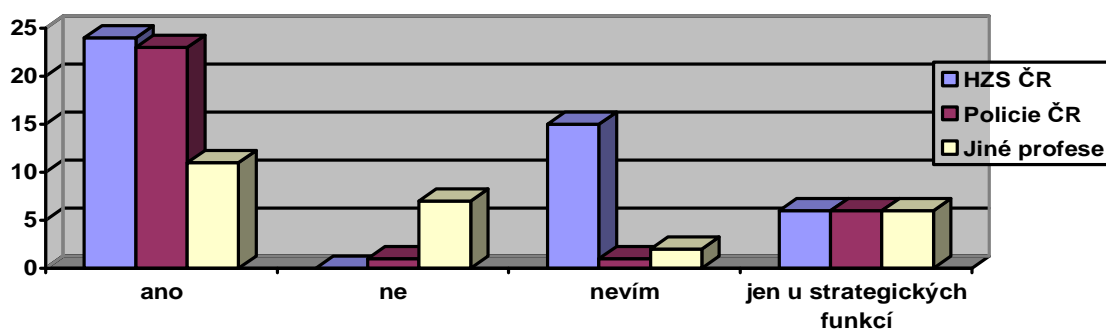


Zarážející fakt, který vyplynul z dotazníku je ten, že pojmy debriefing a defusing neznají i někteří příslušníci HZS ČR a Police ČR. Ale má to jednoduché vysvětlení. Možná neznají jen ty pojmy, avšak tyto techniky jistě využívají také oni.

4.3 Redukce stresu na pracovišti

Pro dobré zvládnutí stresu na pracovišti je jistě důležité vybírat pro riziková zaměstnání takové pracovníky, kteří již při přijímacím řízení prokážou svoji psychickou odolnost a zdatnost. Nevynechala jsem tudíž ani otázku na potřebu vstupních psychologických vyšetření. Osobně si myslím, že na ně má zaměstnavatel právo. Přeci jen on sám dobře ví, jaké povinnosti a pracovní nasazení očekává od svých zaměstnanců. Ne každý však tento nápor unese. Často se stává, že takovýto zaměstnanec vyhoří a zaměstnavateli nezbyvá nic jiného než si najít nového zaměstnance, což je časově i finančně velmi náročné. Proto je dobré rozpoznat silné jedince již při přijímacím řízení a odhadnout jejich potenciální předpoklady pro zvládnutí určitých funkcí, skupinové činnosti, vedení lidí v zátěžových situacích.

Graf 12: Názory na vstupní psychologické vyšetření. Zdroj: Příloha 9.



Jistým přispěním ke snaze snížit míru stresu na pracovišti jsou různé mimopracovní aktivity zajišťované zaměstnavatelem. Mnohdy stačí jen zpříjemnit pracovní prostředí vhodnou zelení, doplňky či výmalbou. Jak se ukázalo 44 % respondentů uvedlo, že jejich zaměstnavatel některou z podpor prevence proti stresu podporuje a aplikuje. 25 % zaměstnanců uvedlo přesný opak. 12 % tázaných o tomto tématu nikdy ani neslyšelo.

Součástí dotazníku byla také jedna otevřená otázka, do které měli respondenti uvést, co by dle nich měl jejich zaměstnavatel změnit. 22 % respondentů uvedlo, že jsou zcela spokojeni s jednáním ze strany zaměstnavatele a nic by tudíž neměnili. Nejvíce ze zbylých 78 % respondentů poptávalo zavedení školení proti prevenci stresu a kulturní a sportovní akce pořádané zaměstnavatelem. Dalším bodem nápravy bylo zlepšení komunikace na pracovišti a touha pracovní prostředí.

5 Doporučení pro pracovníky pracující s osobami postiženými posttraumatickou stresovou poruchou

Jednání s člověkem, který zakusil krizový zážitek, je velmi náročné. Proto doporučuji při kontaktu s osobou takto postiženou dbát na **zvolení vhodných verbálních i nonverbálních typů komunikace**. Bezprostředně po prožití traumatického zážitku je nutná hlavně nonverbální komunikace, především pak oční kontakt, pomocí něhož můžeme dát najevo svoji podporu. Důležitou součástí práce s osobou postiženou PTSP je dále verbální komunikace, při níž se snažíme osobě naslouchat. Důležité je tuto osobu do ničeho nenutit a nechat ji v klidu mluvit.

Pokud chceme vzniku této poruchy předejít, doporučuji se seznámit se s aspekty, které ji způsobují a vyvarovat se pravidelnému kontaktu s nimi. Pokud se již porucha PTSP projeví, je třeba léčit ji odbornou metodou, při které můžeme jako podpůrnou terapii užít některou z těch alternativních metod.

5.1 Podpora okolí

PTSP nepostihuje jen ty, co se setkali s traumatizující situací, ale ovlivňuje také lidi v blízkém okolí postiženého. Po prožití krizových okamžiků se totiž jednání postiženého změní, což ovlivní i jeho přístup a chování k ostatním lidem. Postižení se můžou začít stranit osob, které před traumatem vyhledávali, anebo naopak vyhledávat osoby a situace, kterých se kdysi stranili. Pro mnohé jedince z blízkého okolí člověka postiženého PTSP je složité chápat změny chování člověka s tímto syndromem. Nevědí, co dělat, jak se chovat, čeho se vyvarovat. Často se pak stává, že se lidé z blízkého okolí a spolupracovníci začínají chovat nepřírozeně, v závislosti na chování postiženého. Tento stav však vede k druhotné traumatizaci postiženého, který trpí nejen krizovou situací, ale také špatným chováním svých blízkých, popřípadě krachem svých dlouhodobě dobrých vztahů¹¹¹.

Člověku, který chce někomu pomoci a podpořit ho, bych v první řadě doporučila, aby si uvědomil, co tato pomoc obnáší. Nejedná se o krátkodobé působení na osobu s PTSP, ale o **dlouhotrvající vztah**. Dle mě, by se osoba, která chce pomoci, nejdříve měla

¹¹¹ PRAŠKO, Ján, et al. *Stop traumatickým vzpomínkám : jak zvládnout posttraumatickou stresovou poruchu*. Praha : Portál, 2003. s. 63.

seznámit s tím, co nemoc obnáší, aby se připravila na možné vyvracení sebevraždy apod. První krok k navázání vztahu by měla logicky udělat osoba, která chce pomoci. Tímto krokem by podle mě dokázala osobě s PTSP svou ochotu pomoci. Důležité je iniciovat setkání a aktivně naslouchat a věnovat se postiženému. Někdy je postačující pouze přítomnost někoho blízkého, bez mluvení. Člověk s PTSP musí vycítit, že zájem pomáhající osoby je opravdový. Vhodné je podporovat depresivního jedince takovým způsobem, aby se po krůčcích vracel do normálního života. O pokroku by se nemělo jen mluvit, ale má se i realizovat. **A za každý pokrok by měl být svými blízkými dostatečně oceněn a pochválen.**

„Pro léčbu i předcházení postižení posttraumatickou stresovou poruchou je velice důležitá podpora blízkých lidí. Postiženému je nutné nechat prostor k plnému a hlubokému vyjádření žalu, smutku, lítosti i hněvu nad tím, co se stalo. Potřebuje ochránit a především přijmout. Potřebuje pomoci také s častými pocity viny a studu, které se po události objevily, a to i tehdy, když postižený nezvládl situaci stoprocentně.“¹¹²

PTSP není lenost, ale onemocnění. Proto radím, abyste ve vztahu k postiženému adekvátně postupovali. Lidé z blízkého okolí by mu měli pomáhat, ve velké míře mu **naslouchat**, mít s ním trpělivost a brát ohledy na jeho stav. Blízcí lidé postiženého by se měli vyvarovat pokusům o zlehčování jeho stavu či dokonce tvrdit, že si za tento stav může sám. Upozorňuji, že se jedná o subjektivní prožívání. Co je snadné pro jednoho, nemusí být snadné pro druhého. Zlehčování traumatu zlepšování stavu postiženého vysloveně škodí. Pokud se psychický stav postiženého nelepší a přichází s myšlenkami na sebevraždu, doporučuji nenechávat ho samotného a ihned to sdělit lékaři.

5.1.1 Způsoby chování umožňující pomoc osobě s posttraumatickou stresovou poruchou

Za normálních okolností lidé lidem ve svém okolí důvěřují a cítí se mezi nimi v bezpečí. Po prožití traumatického zážitku se však toto prožívání může změnit a lidé přestanou věřit i těm nejbližším, nikde se necítí dost bezpečně a vůči všem jsou ostražití.

V obnově vztahů zjizvených příznakem traumatické události pomáhá společné chození mezi lidmi. Aby vztah vzkvétal a utvrzoval se, je totiž potřeba mít dostatek společných pozitivních zážitků. Proto doporučuji **osobu s PTSP brát často ven mezi jeho**

¹¹² PRAŠKO, Ján, et al. *Stop traumatickým vzpomínkám : jak zvládnout posttraumatickou stresovou poruchu*. Praha : Portál, 2003. s. 165.

přátele. Chození ven se netýká pouze nějakých sešlostí, ale také procházek do přírody. Vhodné je začít se věnovat nějakému sportu či vyhledávat kulturní vyžití. Tyto aktivity nejenže posílí vztah, ale také rozptýlí myšlenky postiženého.

Jedinci s poruchou PTSP potřebují mít kolem sebe lidi, kterým lze důvěřovat. Potřebují **pocit blízkosti a intimacy** (zdůraznila J.G.). Důvěra je totiž základem dobrého vztahu, ve kterém si jedinci navzájem můžou svěřovat ty nejintimnější věci. Bohužel osoby s PTSP důvěru v okolí ztrácí, a proto je potřeba pracovat na jejím obnovení. V první řadě je nutné oprostění se od traumatické události. Je nutno se s ní vyrovnat, teprve poté je možno pracovat na obnově pocitu důvěry¹¹³.

Nejen důvěra, ale také **komunikace** (zdůraznila J.G.) je ve zdravém vztahu potřebná. Lidé s PTSP potřebují o svém traumatu hovořit, být posloucháni a chápáni. Mnohdy ale mají tyto osoby v sobě jakýsi blok. Nechtějí říct, co se ve skutečnosti odehrálo, jelikož si myslí, že lidé z jejich okolí by pravdu neunesli. Pokud však tají pravdu před ostatními, přitěžují své psychice¹¹⁴.

„Vyprávět otevřeně a pravdivě o všem, co se dělo, tedy nejen popisovat vnější událost, ale i vnitřní prožívání, je možné jedině tehdy, když se člověk cítí bezpečně a ví, že posluchač ho chce pochopit a pomoci mu. Vyprávět o protichůdných pocitech, intimních prožitcích, vlastní agresi i pocitu znechucení ze sebe, chybách, které člověk udělal, i vlastní agresi, kterou cítil, lze dobře jen v situaci, kdy vím, že druhý mě nehodlá soudit, ale stojí za mnou a vyslechne mě i opakovaně, nebude ho to nudit, ani proti mně popuzovat. Taký musím vědět, že druhý moje vyprávění unese, nesesype se z něho.“¹¹⁵

5.2 Techniky pro zvládnutí záchvatu osoby s posttraumatickou stresovou poruchou

Pokud člověk pracuje s osobou, která byla vystavena nějakému traumatu, nestačí jen vědět, jak se k němu má daná osoba chovat, ale také jak mu pomoci při možném záchvatu úzkosti. Takových metod je celá řada, ale já uvádím pouze některé.

¹¹³ PRAŠKO, Ján, et al. *Stop traumatickým vzpomínkám : jak zvládnout posttraumatickou stresovou poruchu.* Praha : Portál, 2003. s. 64.

¹¹⁴ PRAŠKO, Ján, et al. *Stop traumatickým vzpomínkám : jak zvládnout posttraumatickou stresovou poruchu.* Praha : Portál, 2003. s. 65.

¹¹⁵ PRAŠKO, Ján, et al. *Stop traumatickým vzpomínkám : jak zvládnout posttraumatickou stresovou poruchu.* Praha : Portál, 2003. s. 91.

Pokud se s panickým záchvatem rozhodne bojovat sám člověk s PTSP, měl by postupovat dle následujících pokynů. Nejúčinnější je zvládnout panický strach již v jeho počátcích, a proto je důležité **naučit se rozeznat jeho první symptomy** (zdůraznila J.G.), čili narůstající napětí. Nejdříve si musíme uvědomit, že naše pocity jsou normální příznaky úzkosti, které nám nemohou nijak ublížit. **Úzkostné myšlenky se musíme snažit změnit na pozitivnější** (zdůraznila J.G.). Dalším krokem je smíření se s danou situací a počkat než se uklidníme. Poté použijeme nějakou techniku k odvedení pozornosti. Posledním krokem, jak předejít panickému záchvatu, je vymyslet si plán, jak si situaci ulehčit. Ulehčením může být požádání o pomoc někoho blízkého, či setrvání na místě do úplného uklidnění¹¹⁶.

Stavy úzkosti jsou spojeny s tělesným napětím, a proto je důležité osvojit si také techniky relaxace. Mezi relaxační tréninky patří **jóga, autogenní trénink, meditace a hypnoticky navozená relaxace** (zdůraznila J.G.). Návuk relaxace pomáhá klientovi rozpoznat počáteční fázi napětí a naučí ho dostat své napětí pod kontrolu, čímž člověk s PTSP opět nabývá sebedůvěru¹¹⁷.

5.2.1 Pomoc při panickém záchvatu

Pokud někdo v okolí člověka s PTSP zpozoruje náznak přicházejícího záchvatu úzkosti, je dobré odvést jeho pozornost od stresorů nějakou tělesnou činností či úkolem, který zabaví mysl. Existuje spousta technik, jak pozornost od stresujícího podnětu odvést.

Vynořující se **úzkostné myšlenky je potřeba nahradit jinými** (zdůraznila J.G.), pozitivními či alespoň neutrálními. Pozitivní myšlenka nahradí tu úzkostnou a zabrání tak zvýšení hladiny úzkosti. Nejfrekventovanějšími způsoby, jak přijít na jiné myšlenky je tělesná činnost, přenesení pozornosti či formální duševní činnost¹¹⁸.

Tělesnou činností může být sport, ale klidně také mytí auta, uklízení či zahradničení. Přenesení pozornosti nejlépe funguje tak, že se člověk soustředí na nějakou část prostředí, ve kterém se právě nachází. Buď si může detailně prohlížet nějakou věc, anebo počítat její části, kolik je kolem lidí apod. Duševní činností zase

¹¹⁶ KENNERLEYOVÁ, Helen. *Jak zvládat úzkostné stavy : příručka pro klinickou praxi*. Praha : Portál, 1998. s.119.

¹¹⁷ KENNERLEYOVÁ, Helen. *Jak zvládat úzkostné stavy : příručka pro klinickou praxi*. Praha : Portál, 1998. s. 40.

¹¹⁸ KENNERLEYOVÁ, Helen. *Jak zvládat úzkostné stavy : příručka pro klinickou praxi*. Praha : Portál, 1998. s. 42.

rozumíme zaměstnání mozku. Může to být například formou přeřikávání básně, zpívání písně či děláním pomyslného seznamu, co chceme koupit v obchodě.

Pokud však k záchvatu dojde, měl by se kolega pokusit uklidnit jeho zvyšující se frekvenci dýchání. Při záchvatu totiž lidský organismus reaguje zrychlením krevního oběhu a zvýšenou frekvencí dýchání (hyperventilací). Je tudíž dobré tuto frekvenci snižovat do úplného uklidnění. Mezi lidmi s PTSP se metoda kontrolovaného dýchání stala populární díky své jednoduchosti¹¹⁹.

5.3 Posílení odolnosti vůči stresu ze strany zaměstnanců

Tabulka 10: Preventivní doporučení proti podlehnutí stresu.¹²⁰

Preventivní doporučení proti podlehnutí stresu	
§ Vytváření a udržování kvalitních mezilidských vztahů.	§ Věnovat se zájmům a zálibám, které nesouvisí se zaměstnáním.
§ Zvládnutí potřebných pracovních povinností.	§ Umět zvládnout negativní emoce.
§ Dobrá a jasná komunikace v rámci pracovního týmu.	§ Snížení spotřeby alkoholu, tabáku a kofeinu.
§ Dobré vnímání sebe sama na tělesné i duševní úrovni.	§ Mít na sebe reálné nároky a dávat si dosažitelné cíle.
§ Vést co nejpevnější hranici mezi zaměstnáním a soukromím.	§ Vhodně projevovat emoce a humor.
§ Optimalizovat svůj životní styl.	§ Zvládnutí a užívání relaxačních technik.
§ Uvědomit si hranici samoléčby a včas vyhledat odbornou pomoc.	§ Přiměřené a vhodné tělesné cvičení.
§ Přijmout to, co nemůžeme ovlivnit.	§ Kladný postoj k sobě samému.
§ Poučit se z nezdarů.	§ Psychoterapeutický výcvik.
§ Naplánovat, jak se bude řešit problém příště.	§ Používat humor; vytvořit si odstup a hledat komické aspekty.
§ Pravidelně cvičit; tělesná aktivita pomůže ve zvládnání stresu i deprese.	§ Skoncovat s přejídáním, jíst čerstvé ovoce a zeleninu, jíst v malých porcích a častěji.
§ Smířit se s tím, že neúspěchy patří k životu, je třeba s nimi počítat.	§ Využít zkušenosti z minulosti, úspěšnou reakci z minula můžeme opět požit, zatímco chybný krok můžeme nahradit jiným.

¹¹⁹ PRAŠKO, Ján, PRAŠKOVÁ, Hana, PRAŠKOVÁ, Jana. *Specifické fobie*. Praha : Portál, 2008. s. 104-105.

¹²⁰ HERMAN, Erik, DOUBEK, Pavel. *Deprese a stres : vliv nepříznivé životní události na rozvoj psychické poruchy*. Praha : Maxdorf, 2008. s. 48.

PTSP je spojeno s celou řadou dílčích problémů, jakými jsou špatné mezilidské vztahy, pracovní problémy, neschopnost těšit se. Dle Praška je **řešení problému** „... *dovednost, kterou se většina lidí trpících depresí potřebuje naučit.*“¹²¹

PTSP je vlastně způsobeno neustálým napětím vzniklým při stresu. Proto je důležité projevy stresu co nejvíce snížit. Odolnost vůči stresu zvyšují i **kvalitní zájmy a záliby**, které nesouvisejí se zaměstnáním a které umožňují obnovu sil. Odolnost se dá posilovat také pomocí subjektivního plánování reakcí na obtížné situace. Součástí této snahy je naučit se jak co nejlépe zvládat nezdary. Důležitým krokem je pak také **změna životního stylu**, která by měla být prováděna systematicky.

Přehled doporučení, podle kterých bychom se měli vést, uvádím v tabulce 10.

5.3.1 Relaxace

Moderní svět je uspěchaný. Místo snídaně si lidé často jen zapálí cigaretu či vypijí kávu. Deprese a stres jsou výsledkem uspěchaného tempa, zvýšeného požadavku na výkonnost a rychlost a reakcí na neschopnost odpočívat. Přitom naše tělo potřebuje střídání aktivity s odpočinkem. Navíc naši mysl neustále rozptylují vynořující se vzpomínky, probírání různých povinností a přemítání o budoucnosti. V případě PTSP je lidská mysl nejvíce narušována automatickými vzpomínkami. Proto je soustředění a uvolnění se velmi obtížné. Neustálá napjatost však organismus vyčerpává, a proto je nutné nějak tělo a mysl uvolnit. Při snaze o postupné utlumení pocitu úzkosti je zapotřebí soustředit se nejen na psychiku, ale také na tělo osoby s PTSP. Vhodným nástrojem je relaxace, jelikož relaxační cvičení se dají provádět jak doma, tak také na místech, kde jedinec pociťuje stres. Smyslem relaxačních cvičení je navodit **stav uvolnění**.

Definicí relaxace je fakt, že se jedná o „... *stav psychického a tělesného uvolnění. V subjektivním prožívání je relaxace stav uvolnění těla a mysli s prožitkem klidu, vyrovnaní, vnitřního ticha.*“¹²²

Základem každé relaxace je **správné dýchání**. Jak se můžeme dočíst: „*Dýchání je při stresových situacích to nejdůležitější. ... Pomůže vám, když uvědoměle dýchání zpomalíte a budete si přitom počítat – vdech na čtyři, výdech na čtyři, potom na pět a ještě víc tak dlouho, dokud dokážete dýchat bez pocitu napětí. ... Hluboké dýchání můžete*

¹²¹ PRAŠKO, Ján. *Pomoc v zoufalství a beznaději aneb jak překonat depresi*. Praha : Grada Publishing, 1998. s. 115.

¹²² PRAŠKO, Ján, KYRALOVÁ, Ivana, MINAŘÍKOVÁ, Věra, PRAŠKOVÁ, Hana. *Co je deprese a jak se léčí?: příručka pro nemocné*. Praha : Psychiatrické centrum, 1997. s. 40.

*provádět před nějakou obávanou situací, v jejím průběhu i potom. Pro celkové zklidnění provádějte toto cvičení ráno a večer.*¹²³

V moderní době je velmi oblíbeným způsobem relaxace a meditace **cvičení jógy**. Tento způsob relaxace je docela rozšířený a organizuje se v každém větším městě či obci. Při relaxaci by se mělo postupně střídat napětí a uvolnění svalstva v doprovodu zavřených očí. Postupně by se relaxující osoba měla soustředit na vnímání a uvolnění veškerých svalů v těle. Pokud při relaxaci navíc hraje relaxační hudba, je výsledek daleko znatelnější.

Pozitivní účinky pravidelné relaxace se dostaví po dvou až třech týdnech. Existuje mnoho postupů a záleží na každém, který si zvolí. Postup relaxace si můžeme také nahrát na kazetu a při jejím pouštění relaxaci provozovat dle reprodukováných pokynů. Existují také kazety s odbornými instrukcemi, které je možno si zakoupit.

5.3.2 Změna životního stylu a zvýšení počtu příjemných aktivit

Změnou životního stylu rozumíme **změnu jídelníčku a pohledu na svět**, vyznávání nových priorit. Pokud lidé chtějí změnit průběh svého života, je potřeba tuto změnu provést systematicky a nikoliv náhle. Náhlé změny totiž nemají dlouhodobé trvání. Prvním krokem by mohla být snaha vytvořit si kolem sebe **příjemné prostředí a potěšit se** každý den nějakou maličkostí nebo pokrokem. Vhodným prostředkem pro zpříjemnění prostředí je rozmístění živých rostlin, které nejenže zvlhčují ovzduší v místnosti, ale uvolňují a navozují psychickou pohodu a rovnováhu. Určitě také pomůže větší otevřenost. Neměli bychom své problémy řešit sami, ale svěřit se s nimi svým blízkým. Velké množství práce se dá uspořádat díky dennímu rozvrhu práce. Samozřejmě je vyhýbat se nadměrné únavě, ale nevyhýbat se věcem, kterých se bojíme. Musíme si naplánovat kroky s plánem, jak strach překonat.

Aby se člověk odreagoval od stresu, je potřeba přijít na jiné myšlenky. K tomu slouží vyhledávání příjemných aktivit. Můžou to být aktivity, které vykonáváme sami nebo kolektivní aktivity, které jsou vhodné díky **setkávání s jinými lidmi** a tvorbě sociálních vazeb. Komunikace s jinými lidmi, rozhovory a setkávání, to vše nám přináší jisté uspokojení sociálních potřeb. Důležitý je hlavně kontakt s lidmi, kteří jsou námi vnímání pozitivně a cítíme se s nimi v bezpečí a pohodě.

¹²³ KRANZOVÁ, Rachel, MALONEY, Michael. *O úzkosti a depresi*. Praha : Lidové noviny, 1996. s. 60-61.

Příjemnými aktivitami můžou být činnosti spojené s pocity klidu, **kulturní zážitky, procházky či sport**. Během sportování se do těla vyplaví množství endorfinů, které v nás vyvolávají pozitivní emoce. „*Nejlépe je energeticky si zacvičit dvacet až třicet minut čtyřikrát či pětkrát týdně. Můžete si také zacvičit ve chvíli, kdy pociťujete zvlášť úpornou úzkost.*“¹²⁴ Vhodnými druhy sportu jsou jogging, běhání, plavání, jízda na kole, tanec a aerobik.

Posilování sebedůvěry můžeme praktikovat díky zážitkům spojeným s činnostmi, které dobře ovládáme a cítíme se při nich kompetentní; může se jednat o činnosti spojené se zaměstnáním, ale také o hru na hudební nástroj či diskusi na téma, do kterého jsme plně zasvěceni.

5.3.3 Plánování reakcí na výskyt problému, organizace času a sebeodměňování

Řada lidí neumí své problémy řešit systematicky, ale pomocí vzorce pokus – omyl. Tento chaotický způsob však vede ke zbytečnému mrhání sil, strachu z neúspěchu a úzkosti. Tendencí v tomto počínání je snaha vyhnout se problému jakýmkoliv způsobem. Odkládání či vyhýbání se problémům však vede pouze k jejich hromadění, které úměrně narůstá s množstvím míry způsobeného stresu¹²⁵.

Pro lepší zvládnutí stresových situací je dobré **průběžně si připravovat plán** (zdůraznila J.G.), ve kterém budou zahrnuty nastávající situace a promyšlený průběh našich nejlepších možných reakcí na ně. Vše je nutno dobře si dopředu rozmyslet a přehodnotit. Samozřejmě v tomto plánu budou zahrnuty pouze situace, o jejichž průběhu či vzniku v blízké budoucnosti víme. Takovými situacemi můžou být např. nemoc v rodině, hledání nového zaměstnání, stěhování, těhotenství, odchod dětí z domu. Při plánování reakcí na známé situace musí daný člověk brát v potaz své dosavadní zkušenosti a schopnosti. Některé situace totiž vyžadují naučit se nové činnosti. Vhodné je se při tomto plánování inspirovat reakcemi jiných lidí. Tyto reakce pak budou sloužit jako základ, od kterého se budou odvíjet naše vlastní plánované reakce. Vhodné je také vytvořit si **náhradní nouzový plán** (zdůraznila J.G.)¹²⁶. Ten by se využil v případě neschopnosti reagovat tak, jak si daný člověk dopředu zvolil. Například pokud nějakému muži umírá

¹²⁴ KRANZOVA, Rachel, MALONEY, Michael. *O úzkosti a depresi*. Praha : Lidové noviny, 1996. s. 66.

¹²⁵ PRAŠKO, Ján. *Pomoc v zoufalství a beznaději aneb jak překonat depresi*. Praha : Grada Publishing, 1998. s. 115.

¹²⁶ PRAŠKO, Ján, et al. *Stop traumatickým vzpomínkám : jak zvládnout posttraumatickou stresovou poruchu*. Praha : Portál, 2003. s. 171.

manželka a on se v průběhu jejího umírání dozví, že je těhotná, jeho reakce se pozmění oproti té původně plánované.

Samozřejmostí k zřehlednění pokroku je **monitorování dílčích kroků**. Je dobré si vypracovat kalendář se záznamy o tom, čeho se nám povedlo dosáhnout a v čem jsme neuspěli. **Za každý splněný cíl si můžeme slíbit nějakou odměnu**, která by měla být přiměřená vynaloženému úsilí a námaze, která byla použita k dosažení cíle. „*Abychom mohli být vůbec výkonní, potřebujeme se na něco těšit, potřebujeme být k výkonu motivováni. Bez radosti výkon dříve nebo později začne upadat.*“¹²⁷

V tabulce 11 uvádím seznam možných odměn za splnění dílčích cílů.

Tabulka 11: Druhy odměn při sebeodměňování.¹²⁸

Materiální odměny	Odměňující aktivity	Odměňující myšlenky
Jídlo	Poslech hudby	Je mi to příjemné!
Pití	Zhlédnutí televizního pořadu	Je krása to zažívat!
CD	Film na videu	Jsem se sebou spokojený!
Knížka	Kino	Ten den se povedl!
Oblečení	Diskotéka	Stojí mi to za to!
DVD	Večeře v restauraci	Zvládla jsem to!
Kabelka	Návštěva hradu	Mám ze sebe radost!
Květina	Víkend ve wellness hotelu	To se mi povedlo!
Kus nábytku	Výlet	Cítím, že mě mají rádi!

Sklobit plnění každodenních pracovních povinností a povinností vyplývajících z osobního života je často velmi obtížné. Proto je dobré zavést si do života jistý **řád v podobě rozvrhu denní práce**. Dopředu si můžeme zapisovat do kalendáře či diáře, co máme který den udělat a vyřídit. Při vytváření seznamu musíme vzít v potaz, jak dlouho se budeme určitým úkolem zabývat a kolik času budeme potřebovat na jeho dokončení, kdyby se vyskytla nenadálá situace. Díky tomuto přehledu si následně dokážeme lépe uspořádat čas. Seznam aktivit sepsaný na papíře je krásně přehledný a můžeme si postupně zaškrtnout položky, které jsme již splnili. Pokud nám je v průběhu plnění úkolů jasné, že všechny položky splnit nedokážeme, musíme vybrat ty nejdůležitější, které nesnesou

¹²⁷ PRAŠKO, Ján. *Pomoc v zoufalství a beznaději aneb jak překonat depresi*. Praha : Grada Publishing, 1998. s. 232.

¹²⁸ Vlastní zpracování.

odkladu. Ostatní lze přemístit na jiný den. Z přemístování by se však nemělo stát pravidlo, jelikož **odkládáním práce vzrůstá duševní napětí**.

5.4 Prevence stresu ze strany zaměstnavatele

Při prevenci nadměrného stresu má svoji zodpovědnost nejen zaměstnanec, ale i organizace, která ho zaměstnává. Základem pracovního vztahu jsou totiž dvě strany, zaměstnanec a zaměstnavatel. Zaměstnanec vytváří hodnotu pro svého zaměstnavatele a zaměstnavatel mu za to oplátkou poskytuje peněžní ohodnocení, stará se o jeho potřeby a snaží se mu práci zjednodušit. V zájmu zaměstnavatele je poskytovat svému zaměstnanci takové podmínky, aby byl co nejméně v pracovní neschopnosti a tudíž byl pro firmu přínosný. Stále častěji se proto **přistupuje k podpoře sportovních a rekreačních aktivit zaměstnanců**, jakožto způsobu udržení jejich těla ve formě a zároveň odreagování od pracovního tempa.

Aby zaměstnavatelé svým pracovníkům práci co nejvíce zpříjemnili a zbavili je stresujících okamžiků, které mají negativní vliv na jejich zdraví, podporují různé výzkumy týkající se snížení míry stresu na pracovišti. V jejich zájmu je snížení počtu stresových faktorů, soustavné vzdělávání zaměstnanců, vytvoření takového pracovního prostředí, kde zaměstnanec získává **pocit pohody a podpory**. „*V některých německých podnicích se již praktikují relaxační a další techniky zaměřené na zvyšování sebedůvěry zaměstnanců a na zlepšování vztahů mezi lidmi.*“¹²⁹

Prvním krokem, jak předejít vzniku psychických poruch v souvislosti s prožitým stresem, je výběr vhodných osob na určité pracovní posty. Nezbytnou součástí tohoto výběru je **absolvování psychologických vyšetření**. Tato vyšetření si kladou za cíl eliminovat již na začátku ty jedince, jejichž psychický stav není natolik pevný, aby bylo jisté, že v kritické situaci nezkolabuje. Ačkoli jsou tyto testy již běžnou součástí přijímacího řízení, dají se ovlivnit. A to je třeba mít na paměti.

Dále doporučuji zaměstnavatelům organizovat pro zaměstnance různá školení, kde se dozvědí, jak rozpoznat vliv vážné zátěžové situace. Při těchto školeních by mělo také zaznít, jaké vlivy zvyšují pravděpodobnost výskytu psychických poruch. Mezi těmito vlivy může být např. nedostatek spánku, nadměrné pití kávy, kouření. Naplní těchto kurzů

¹²⁹ *Zdravi.idnes.cz* [online]. 9.10.2001, 2010 [cit. 2010-03-12]. Stres a deprese jsou nejdražší choroby moderní doby. Dostupné z WWW: <http://zdravi.idnes.cz/stres-a-deprese-jsou-nejdrazsi-choroby-moderni-doby-fyi-/zdravi.asp?c=A001009_171342_zdravi_pet>.

by měly být také rady, jak na sobě rozpoznat příznaky některé z psychických poruch a co v takovém případě dělat, na koho se obrátit.

5.4.1 Outdoorové kurzy

Jak jsem již zmínila v kapitole 1.3 *Posttraumatická stresová porucha*, poruše PTSP podléhají lidé s křehkými či nulovými interpersonálními vazbami. Proto je potřeba jako prevenci zvolit vhodnou metodu, jak posílit týmové vazby, kolegiální. Moderní metodou tohoto stmelování vztahů jsou outdoorové kurzy, které **v neformálním prostředí posilují interpersonální vazby mezi zaměstnanci** podniku. Lidé během těchto kurzů objevují vlastní potenciál a své hranice psychické i fyzické dovednosti. Jako prevence vzniku poruchy PTSP je tento kurz neocenitelný. Samozřejmě to však neznamena, že se u člověka, který prošel tímto kurzem, PTSP neobjeví.

Cílem outdoorových kurzů je efektivní poznání sebe sama a zároveň poznání sebe jako funkční součásti týmu. Sled modelových situací probíhá během tohoto kurzu takřka bez přerušení. Po celou dobu je součástí týmu kouč, lektor a psycholog. Projevy a chování během outdoorových kurzů jsou ovlivněny velmi příjemnou atmosférou, poznáním nových věcí a zkušeností. Tento fakt přináší silný impuls pro rozvoj a růst jak osobností účastníků, tak celého týmu. Důležitá a pro výsledný rozvojový dopad rozhodující je práce kouče a lektora. Klíčovou fází je jejich vnímavost vůči dění v týmu i uvnitř každého jednotlivce¹³⁰.

5.5 Alternativní terapeutické metody sloužící k léčbě posttraumatické stresové poruchy a nadměrného stresu

Moderním trendem je stále větší využívání alternativních terapeutických metod jakožto doplňkovou léčbu depresí a vyčerpanosti. Pacienti již nejsou odkázáni na striktní braní léků a psychoterapie v uzavřených místnostech. Psychoterapie mohou být nově doplněny o zábavné terapeutické metody, jakými jsou např. **colorterapie, muzikoterapie, aromaterapie, arteterapie**. Pacienti se při těchto terapiích dostanou do kolektivu, což má velmi blahodárné účinky na jejich rychlejší léčbu.

¹³⁰ *Kasty-outdoor-training.cz* [online]. [cit. 2010-03-14]. Outdoor Training. Dostupné z WWW: <<http://www.kasty-outdoor-training.cz/training.htm>>.

Všechny tyto metody však mohou být použity také jako preventivní. Zaměstnavatel může dopřát svým vyčerpaným zaměstnancům trochu zábavy, která bude zároveň působit i preventivně proti rozvoji stresu a deprese. Tento přístup by měl být využíván hlavně ve firmách a institucích, které zaměstnávají pracovníky v rizikových oblastech lidského žití či takové, kteří se mohou setkat při svém zaměstnání s nějakým traumatem. Nejenže se při těchto terapiích zaměstnanci dozvědí něco nového, ale zároveň se pobaví a stmelí se jejich vzájemné pracovní vztahy, z čehož plynou pro zaměstnavatele další výhody.

„V primární prevenci stresu by se měli angažovat i zaměstnavatelé, jelikož bylo zjištěno, že až 70 % pracovních neschopností je zapříčiněno nemocemi, které mají souvislost se stresem. Faktory, kterými lze snižovat stresovou zátěž na pracovišti, jsou: analýza specifických stresových faktorů, podpora odborných kontaktů, přiměřená míra odpovědnosti a pravomoci zaměstnance, podpora rekreačních a sportovních akcí v mimopracovní době, vytvoření vyhovujícího pracovního prostředí, finanční ohodnocení, morální ohodnocení, efektivní komunikace vedoucích pracovníků s podřízenými, zprostředkování potřebné a nestigmatizující formy pomoci.“¹³¹

Kromě zábavných metod užívaných ve skupinách existují také metody jako **kineziologie a techniky emoční svobody**, což jsou terapie zaměřené na odblokování energetických toků v těle. Dle mého názoru tyto alternativní metody mohou přispět ke zlepšení psychického stavu lidí a tudíž zmenšit riziko podlehnutí traumatu.

5.5.1 Colorterapie – léčení pomocí barev

Colorterapie je alternativní terapeutická metoda, v níž se využívá vliv barev na lidský organismus. Předpokladem je, že **každá barva má svoji vibraci a působí určitým způsobem na lidský organismus** (zdůraznila J.G.). Tyto vibrace nejsou vnímány pouze očima, ale celým tělem. Colorterapie dokáže ulevit při psychických a spánkových poruchách, migréně, chronickém únavovém syndromu, astmatu a mnoho dalších potíží. Léčba má mnoho podob. Nejčastějším způsobem je vybavení bytu či kanceláře barvami, které na dané osoby působí pozitivně. Používá se také jako podprahová reklama. Spousta firem si nechává dělat logo na zakázku cíleně v určité barvě, aby pak pohled na toto logo vyvolal v člověku určité pocity. Obecně lze říci, že charakter osoby lze rozeznat i dle její

¹³¹ HERMAN, Erik, DOUBEK, Pavel. *Deprese a stres : vliv nepříznivé životní události na rozvoj psychické poruchy*. Praha : Maxdorf, 2008. s. 48.

oblíbené barvy. Moderní forma colorterapie je indikována v solných jeskyních pomocí světelné rampy s žárovkami různých barev¹³².

„Za důkaz, že barvy opravdu ovlivňují naše nálady a emoce, padla i jedna Nobelova cena. Získal ji v roce 1903 Niels Finsen, který prokázal, že barevná chvění procházející lidským tělem v něm mohou vyvolat výrazné reakce.“¹³³

Škála barev je různorodá, stejně jako jejich vliv. Některé barvy jsou povzbuzující, jiné utlumující, uklidňující, existují i barvy neutrální. Barva také může ovlivnit subjektivní vnímání teplot. Pokud je například místnost vymalovaná tmavou barvou, je vnímána jako studená. Studené barvy se používají zejména při léčbě duševních onemocnění, jelikož mají zklidňující účinky. Velmi pozitivně na lidský organismus působí modrá barva, která má uklidňující schopnost. Červená barva zase vyvolává zvýšení nervových vzruchů. Přehled základních barev a jejich účinků uvádím v příloze 10.

5.5.2 Muzikoterapie – léčení pomocí hudby

Muzikoterapie je terapeutický přístup, který využívá působení hudby (pasivní muzikoterapie) i proces při vytváření hudby a zvuků (aktivní muzikoterapie) za účelem **usnadnění a rozvinutí komunikace, vztahů a sebevyjádření** (zdůraznila J.G.). Muzikoterapie se používá jako prevence, rehabilitace nebo část psychoterapie. Metoda je aplikována individuálně či skupinově¹³⁴.

„Při společné tvorbě živé hudby (aktivní muzikoterapie) dochází k propojení všech účastníků, k hlubokému prožitku z vlastního projevu, k intenzivnímu kontaktu se sebou samým, k možnosti získávání či znovuzískávání důvěry v oblasti mezilidských vztahů, atd. Jediněc získává nové dovednosti, obohacuje svůj život o nové zkušenosti.“¹³⁵

Pasivní muzikoterapie spočívá v poslechu hudby, kterou připraví kvalifikovaný a kompetentní muzikoterapeut. Poslechová hudba může být kromě hudebních skladeb tvořena také přírodními zvuky, různými druhy šumů, i tichem. Klient ji vnímá a prožívá v klidové poloze v leže či v sedě.

¹³² ŠAUROVÁ, Jana. *Www.evizazistika.cz* [online]. 13.06.2007 [cit. 2010-03-14]. Colorterapie. Dostupné z WWW: <http://www.evizazistika.cz/---/Colorterapie/?id_clanek=491&cist=1>.

¹³³ TRÉGLOVÁ, Lenka. *Ona.idnes.cz* [online]. 28.02.2010 [cit. 2010-03-14]. Síla barev: červená zahřeje, žlutá na nervy a modrá utiší. Dostupné z WWW: <http://ona.idnes.cz/sila-barev-cervena-zahreje-zluta-na-nervy-a-modra-utisi-pg1-/ona_telo.asp?c=A100226_110937_ona_telo_jup>.

¹³⁴ TRESS, Wolfgang, KRUSSE, Johannes, OTT, Jürgen. *Základní psychosomatická péče*. Praha : Portál, 2008. s. 363.

¹³⁵ Muzikohrani.cz [online]. 2009 [cit. 2010-03-14]. Muzikoterapie. Dostupné z WWW: <<http://www.muzikohrani.cz/muzikoterapie/>>.

Více o této metodě se můžeme dozvědět např. na webových stránkách www.muzikoterapie.cz, v knize *Muzikoterapie* od Jaroslavy Zeleiové a v knize *Základy muzikoterapie* od Jiřího Kantora a kolektivu.

5.5.3 Aromaterapie – léčení pomocí éterických olejů

Aromaterapie je jednou z moderních terapeutických metod. Pracuje s aromatickými rostlinnými silicemi nebo též éterickými oleji, které jsou přijímány organismem buď **pomocí chuti, nebo čichu** (zdůraznila J.G.). Silice u člověka vyvolávají krom vjemů z vůně a chuti také jistou bioaktivitu, která se odvíjí dle zrovna užití silice. Bioaktivita však nemusí být jen pozitivní, ale díky některým aromatickým látkám také nepříznivá. Každá silice má své jedinečné vlastnosti, kterých se využívá pro specifické účely. Některé vlastnosti jsou mnohým silicím společné - jsou antiseptické a většina má silné **protivirové a antibakteriální účinky** (zdůraznila J.G.). Některé silice stimulují tělo, mysl či emoce, jiné naopak zklidňují. Aromaterapie se může aplikovat mnoha způsoby. Jedním z nich je inhalace. Po vdechnutí aromatické látky se vjem zaznamená v čichovém centru mozku, odkud může navodit organismu pocit tepla, chladu, osvěžení, povzbuzení a mnoho jiných. Inhalace se používá při psychoterapiích, v zaměstnání, ale také v domácím prostředí. Další z možností aplikace je použití koupelové soli či oleje a masážní olej. Vnitřní užití je také možné, ale hrozí předávkování¹³⁶.

Jednou z metod aromaterapie je **použití Bachových esencí** (zdůraznila J.G.). Anglický bakteriolog a homeopat dr. Edward Bach (1886-1936) objevil během svého života **38 květových esencí** (zdůraznila J.G.), kterými léčil lidi podle toho, jakými emocemi oplývali. 38 esencí se dělí do 7 skupin – působí na strach, nejistotu, nedostatek zájmu o současné události, osamělost, přecitlivělost, beznaděj, malomyslnost a přehnanou starostlivost o ostatní. Dle Bacha je stav mysli člověka klíčem k jeho uzdravení. Bachovy esence se připravují z nejedovatých planě rostoucích stromů a keřů. Tyto esence působí na negativní emoce, jakými jsou např. vyčerpanost, nedostatečné sebevědomí, strach. Květové esence, podobně jako jiné formy naturální medicíny, léčí člověka, individuálně, ne konkrétní nemoc nebo její symptomy. Působí především na emocionální hladinu jedince. Proto dva lidé se stejnou nemocí mohou užívat úplně odlišné esence¹³⁷.

¹³⁶ *Aromaterapie.cz* [online]. 2008-04-06 [cit. 2010-03-15]. Aromaterapie. Dostupné z WWW: <<http://www.aromaterapie.cz/index.php?/pages/aromaterapie.html>>.

¹³⁷ *E-bach.eu* [online]. 2007 [cit. 2010-03-15]. Dostupné z WWW: <<http://www.e-bach.eu>>.

Přehled Bachových esencí uvádím v příloze 11.

5.5.4 Arteterapie – terapie tvořením

„Terapie tvořením je psychoterapie s tvůrčími prostředky, např. ve formě kreslení, malování a modelování s využitím různých materiálů, a to v individuálním i skupinovém settingu. ... Hlavním cílem terapie tvořením je využití tvůrčího a zobrazovacího jednání pro psychoterapii. Tvůrčí prožívání má usnadňovat přístup k afektivnímu prožívání, k nevědomým konfliktům, ke zdrojům a expresím, které jsou poté zpracovány v kombinaci se specifickými psychoterapeutickými intervencemi.“¹³⁸

V tvůrčích produktech je zachycen emocionální stav jejich autora, který je následně rozebírán a zpracovávám arteterapeutem. Po ukončení arteterapie je její účastník schopen vnímat okolní věci pozitivnějším způsobem a dokáže je také lépe vystihnout pomocí tvorby uměleckého díla¹³⁹.

Moderním druhem arteterapie je **pletení** (zdůraznila J.G.), které v posledních patnácti letech zažilo ohromnou renesanci. Dokonce se o něm s nadsázkou říká, že je jógou 21. století. Hlavní předností je dobrá dostupnost a levné pořizovací náklady. Rytmičtý pohyb rukou pomáhá lidem k uvolnění a uklidnění. Sledování vzoru zase odvádí nepříjemné a znepokojivé myšlenky. Díky těmto vlastnostem se pletení stalo úžasným prostředkem proti stresu a nudit. Pletení zároveň uspokojí také potřebu seberealizace¹⁴⁰.

5.5.5 Kineziologie – metoda pro obnovení toku energií v těle

Kineziologie je samostatnou, nezávislou metodou, která odhaluje a léčí konflikty z minulosti. Je založena na tvrzení, že **záporné emoce zablokují proudění energie na úrovni mozku a následně i proudění energie do příslušné části těla** (zdůraznila J.G.). Toto tvrzení se odvíjí od starých čínských poznatků o meridiánech, což jsou pomyslné dráhy, po kterých v těle proudí energie. Každý sval či orgán je s některým z meridiánů spojen. Jestliže v některém místě lidského organismu nastane přebytek či naopak úbytek energie, dochází k nerovnováze, jejímž důsledkem může dojít ke vzniku

¹³⁸ TRESS, Wolfgang, KRUSSE, Johannes, OTT, Jürgen. *Základní psychosomatická péče*. Praha : Portál, 2008. s. 363.

¹³⁹ *Arteterapie.cz* [online]. 2005 [cit. 2010-03-15]. Dostupné z WWW: <<http://www.arteterapie.cz>>.

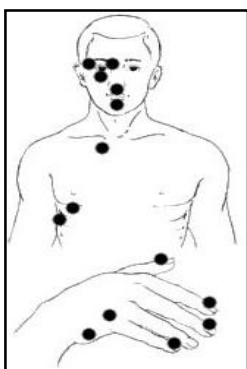
¹⁴⁰ *Silkandwool.eu* [online]. 2010 [cit. 2010-03-15]. Kurzy pletení. Dostupné z WWW: <<http://www.silkandwool.eu/CZ/seminarCZ.htm>>.

různých fyzických a psychických problémů. Metoda zlepšuje psychický a zdravotní stav člověka a pomáhá mu v rozvoji komunikačních a kognitivních schopností. Kineziologie je **vhodná pro zlepšení tolerance, komunikace a vzájemnému pochopení v rodinách i pracovních týmech** (zdůraznila J.G.), dokáže snížit pracovní napětí a vyčerpanost. Pokud je kineziologie doprovodnou terapií při léčbě zdravotních problémů, dokáže urychlit její průběh. Hlavním pozitivem je schopnost určit příčinu stresu, fobie, závislosti či traumat plynoucích z minulosti a jejich emocionální dosah, odstranit strach nebo bolest ze vzpomínky na danou situaci, navodit normální, účinný neurologický tok¹⁴¹.

Místo nerovnováhy energií se hledá pomocí testování svalové hmoty. Tento proces se provádí pomocí jednoduchých hmatů, cvičení či masáží akupresurních bodů. Terapeut pokládá otázky, přičemž se dotýká různých svalů. Na rozdíl od mysli, tělo lhát nedokáže. Negativní myšlenky sval ochabují, kdežto pozitivní ho posilují. Tudíž je jednoduché získat pravdivé odpovědi ano-ne. Po identifikaci problému, který zapříčinil stav nerovnováhy energií, kineziolog vhodnou korekcí pomáhá klientovi s odstraněním určitého energetického bloku v mozku, který je následkem emocionálního traumatu či stresu. Po odstranění bloku si budeme danou vzpomínku pamatovat, bez toho, abychom při ní prožívali původní emoci. Již to bude jen vzpomínka, nikoliv příčina našeho problému v současnosti. Jednoduše, změnou svého vnímání dokážeme uvolnit negativní stres i z těch nejtraumatičtějších vzpomínek¹⁴².

5.5.6 Emotional freedom techniques – techniky emoční svobody

Obrázek 4: Akupresurní body používané při technice EFT.¹⁴³



Techniky emoční svobody, spíše označované jako Emotional freedom techniques (dále jen EFT, což je zkratka odvozená od anglického názvu), se řadí mezi energetické psychologie, které **kombinují práci mysli s fyzickým tělem** (zdůraznila J.G.). Tvůrcem této metody je pan Gary Craig (psycholog amatér, americký inženýr, poradce osobního růstu). Je však nutno zmínit,

¹⁴¹ SAPÍK, Miroslav. *Kineziologie.eu* [online]. [cit. 2010-03-15]. O metodě. Dostupné z WWW: <<http://www.kineziologie.eu/index.php?sekce=uvod>>.

¹⁴² *Vrabc.estrany.cz* [online]. 2005-2009 [cit. 2010-03-15]. O metodě One Brain. Dostupné z WWW: <<http://www.vrabc.estrany.cz/stranka/o-metode-one-brain>>.

¹⁴³ *Eftandmorelive.com* [online]. 2008 [cit. 2010-03-14]. Dostupné z WWW: <<http://eftandmorelive.com/index.php?page=demo>>.

že Gary Craig tuto metodu nevymyslel, pouze ji zjednodušil. Prvotní metoda byla vymyšlena americkým psychologem Rogerem Callahanem, což byl Craigův učitel. Metoda vychází z tvrzení, že příčinou všech negativních emocí je porucha v energetickém systému člověka. Stejně jako kineziologie dokazuje vztah mezi emocionálním a fyzickým zdravím. Podstatou metody je **poklepávání konečky prstů na akupresurní body v průběhu psychologického zpracovávání různých aspektů problému** (zdůraznila J.G.). Akupresurních bodů se při této metodě používá 14, jak je popsáno na obrázku 4. Jedná se o šest bodů na ruce, pět v obličeji a tři v oblasti hrudníku. Metoda EFT má oproti jiným metodám několik výhod. Je rychlá, má dlouhotrvající účinky, je bezbolestná, nepotřebují se při ní žádné léky a pomůcky, lidé se ji snadno naučí a mohou ji provozovat sami¹⁴⁴.

Celý postup léčby probíhá tak, že se nejdříve musí určit zdroj problému. Tímto zdrojem může být například strach z projevu před množstvím lidí či strach z výšky. Následuje hledání aspektů, které souvisejí s daným problémem. Poté se léčený člověk na problém musí myšlenkově naladit a terapeut nebo on sám začne s ťukáním na určené akupresurní body¹⁴⁵.

„Terapeut vede klienta, aby sám hledal kořeny jeho problému a to formou otázek, či na základě vzpomínek, které se mohou v průběhu terapie vynořit apod. U mnoha problémů stačí, když se „vyťukají“ všechny pocity a fyzické projevy vztahující se k danému problému. Jsou však i problémy, které je třeba odstranit tím, že se odstraní jejich pravá příčina, kterou může být zasunutá vzpomínka z dětství.“¹⁴⁶

Její výsledky jsou natolik ohromující, že je ve světě stále více populární. Výhodou je, že člověk s nějakým psychickým či fyzickým problémem si může poradit sám za pomoci manuálu, který je zdarma k dostání na internetové adrese <http://www.eft.cz/manual.php>. Díky metodě EFT se dá léčit a odstranit celá škála potíží a nemocí. Fobie, problémy v navazování a udržování vztahů, pracovní výkonnost, traumata, PTSP, závislosti, nízké sebevědomí, fyzické bolesti, stres, úzkost, panika a deprese, to jsou jen některé z velké škály potíží, které se díky této metodě dají odstranit¹⁴⁷.

¹⁴⁴ Eft.cz [online]. 2009 [cit. 2010-03-14]. Co je to EFT. Dostupné z WWW: <http://www.eft.cz/index.php?option=com_content&view=article&id=67&Itemid=57>.

¹⁴⁵ PŘICHYSTALOVÁ, Martina. *Mojeeft.cz* [online]. 2009 [cit. 2010-03-13]. Co je to EFT. Dostupné z WWW: <<http://www.mojeeft.cz/co-je-eft>>.

¹⁴⁶ PŘICHYSTALOVÁ, Martina. *Mojeeft.cz* [online]. 2009 [cit. 2010-03-13]. Co je to EFT. Dostupné z WWW: <<http://www.mojeeft.cz/co-je-eft>>.

¹⁴⁷ Eft.cz [online]. 2009 [cit. 2010-03-15]. Dostupné z WWW: <<http://www.eft.cz/>>.

„Pomáhá zbavovat se vnitřních překážek a bloků, které stojí v cestě při dosahování svých cílů, při snaze změnit svůj život a tvořit jej směrem k radostnému a spokojenému životu. Pomáhá procházet těžkým životním obdobím a znovu najít sílu k životu po ztrátě někoho blízkého. Nemusíte se obávat, že budete muset znovuprožívat silné negativní emoce, které způsobily vaše problémy. Tohle u EFT není třeba. EFT pracuje velmi jemně a nenásilně.“¹⁴⁸

Více o metodě EFT se můžeme dozvědět díky propagačnímu videu na <http://www.youtube.com/v/zw6woFsyjHU> nebo na oficiální webové stránce www.emofree.com.

¹⁴⁸ PŘICHYSTALOVÁ, Martina. *Mojeeft.cz* [online]. 2009 [cit. 2010-03-13]. Co je to EFT. Dostupné z WWW: <<http://www.mojeeft.cz/co-je-eft>>.

Závěr

Setkání s traumatem je nejhroším zážitkem, jaký můžeme zažít. Určité procento lidí se však s tímto zážitkem nedokáže vypořádat. Každý z nás je od přírody vybaven jistou hranicí snesitelnosti psychické zátěže. Existují však rozdíly a míra odolnosti je závislá na určitých dispozicích a vzorcích chování. Předložená práce seznamuje s okolnostmi vzniku stresu, deprese a posttraumatické stresové poruchy. Projevy těchto reakcí na zátěžové situace se negativně projevují v zaměstnání i mezilidských vztazích postižených osob. Proto jsem se v praktické části zaměřila na možnosti prevence stresových situací, díky níž by se dala snížit pravděpodobnost vážnějšího projevu některé ze stresových reakcí.

Vzniku posttraumatické stresové poruchy u zaměstnanců rizikových povolání se dá předejít již při výběru uchazečů o zaměstnání. Samozřejmostí jsou psychologická vstupní vyšetření, která prozradí vhodnost daných osob pro tak psychicky náročné profese. Tato vyšetření se však dají obelstít, pokud je uchazeč zdatným lhářem. Proto je nutné počítat s určitým množstvím lidí, kteří se časem projeví jako pro danou práci nevhodní. Proto bych doporučovala opakovaná psychologická vyšetření, která by včas odhalila rizikové a náchylné osoby. Hranici snesitelnosti intenzivního stresu lze zvýšit vhodnými protistresovými školeními. Tato školení by měla mít formu příkladů, na nichž by se jednotlivci naučili reagovat v traumatických situacích tak, aby se co nejlépe vyhnuli následným projevům stresu. Zaměstnanci by se v nich měli naučit rozeznat příznaky jednotlivých stresových reakcí a vědět, jak se v dané situaci zachovat a kam se obrátit.

Dále mě zajímala možnost poskytnutí posttraumatické intervenční péče u jiných než krizových zaměstnání. Jak jsem zjistila z průzkumu, který byl realizován pomocí anonymních dotazníků, důvěra v psychologa placeného zaměstnavatelem je však mizivá. Doporučovala bych tedy tuto důvěru prohlubovat a poskytovat zaměstnancům více informací o funkci a realizaci této pomoci. Snaha o přiblížení tohoto druhu posttraumatické pomoci by se mohla stát dalším tématem ke zpracování.

Velkou překážkou při psaní této práce bylo najít a promluvit si s někým, kdo posttraumatickou stresovou poruchou trpí. Tento krok se mi nakonec nepodařilo realizovat, ačkoli jsem kontaktovala několik psychologů a psychiatrických léčeben s prosbou o pomoc. Nikdo z kontaktovaných mi však neodpověděl. A i kdybych znala někoho, kdo si touto poruchou prošel, je to natolik citlivé téma, že o něm nechce nikdo mluvit. Dokázala

jsem tedy alespoň kontaktovat několik lidí, kteří s osobami trpícími posttraumatickou stresovou poruchou pracovali či někoho s posttraumatickou stresovou poruchou znají.

Přínos předložené bakalářské diplomové práce spatřuji především v uspořádání uceleného konceptu zaměřeného na seznámení s problematikou zaměstnanců s posttraumatickou stresovou poruchou. Tento koncept dle mého záměru může sloužit jako podklad poskytující informace zaměstnavatelům osob s touto poruchou. Dalším přínosem je výčet moderních alternativních metod terapie, které ještě nikdy nebyly zmíněny v jedné práci. Využití těchto alternativních metod považuji za velmi přínosné, neboť se díky nim lidé s posttraumatickou stresovou poruchou dostanou ven mezi lidi a nebudou již odkázáni na striktní psychoterapie v uzavřených místnostech. Také využití alternativních metod terapie naskýtá mnoho možností, jak s tématem dále pracovat.

Pokud chcete předejít nadměrnému stresu či vzniku posttraumatické stresové poruchy, vytvářejte a posilujte mezilidské vztahy a naučte se dobře komunikovat v rámci svého týmu spolupracovníků. V rámci prevence si osvojte některou z relaxačních technik. Hlavním krokem však je kladně vnímat sebe sama.

Resumé

Le temps modernes augmente chroniquement des exigences aux capacités des hommes. La toujours plus rapide implication des technologies provoque la cadence élevée aux emplois, ce que fait de la quantité des situations stressantes. Les hommes prennent sur soi plus de la responsabilité surtout pour la sauvegarde de l'emploi. A la partie théorique sont décrits en détails seulement trois des réactions aux situations stressantes, ce sont le stress, la dépression et le syndrome de stress post-traumatique. D'un point de vue physiologique, le syndrome de stress post-traumatique est semblable aux symptômes du stress. On peut dire que c'est une réaction inachevée de stress. Ce travail s'occupe surtout du syndrome de stress post-traumatique lequel est intervenu à cause du traumatisme dans le cours de temps de travail. Des symptômes des réactions de stress se montrent négativement à l'emploi et aux relations interhumains. C'est pourquoi j'écris dans la partie pratique de la prévention du stress comme du coupable d'origine de syndrome de stress post-traumatique.

A la partie pratique sont publiées les données obtenues au cours de l'enquête qui était réalisée au moyen des questionnaires anonymes. De cet enquête on résulte que les employés veulent avoir une possibilité d'aide de psychologue qui est payé par leur patron. En même temps on résulte que les employés ne font pas confiance en ce psychologue. Je décris aussi la situation des soins post-traumatiques existante aux professions choisies. Puis je préconise des façons d'attitude aux hommes avec le syndrome de stress post-traumatique et des façons pour l'élimination du stress au lieu de travail et à la vie privée. Pour des patrons je mentionne quelques conseils de la réduction du risque des troubles mentaux chez leurs employés. Le dernier chapitre mentionne des genres des méthodes thérapeutiques alternatives qui aident à la thérapie de syndrome de stress post-traumatique.

Modern life is full of hassles, deadlines, frustrations, and demands. Introduction of new technologies leads to increased work rate which results in rise of various stress situations. People place increased demands on themselves on account of keeping their job especially. Stress, depression and posttraumatic stress disorder are described more closely as three reactions to ballast situation in theoretical part of my thesis. Posttraumatic stress

disorder is mostly related to stress manifestation from the physiological point of view. Let's say that posttraumatic stress disorder is unsettled stress reaction. This thesis deals with posttraumatic stress disorder which is caused by traumatic events passed during working hours. Stress starts causing major damage to your relationships and employment. Therefore I focus on stress prevention in practical section of my thesis.

In practical section there are data obtained from research that was realized by anonymous questionnaires. What appears of this research is that employees are interested in possibility of talking to their own psychologist paid by their employer. At the same time employees does not trust the psychologist. Hereafter there are mentioned present state of post-traumatic care in the list of selected occupations. There are also recommendations how to treat the person with posttraumatic stress disorder and recommendation for stress elimination in the workplace and in private life as well. There are also some recommended steps for the employer in preventing employees' psychological disorders. The last chapter describes some of the convenient therapeutic methods which help cure posttraumatic stress disorder.

Seznam tabulek

Tabulka 1: Bodovací stupnice denního záznamu nálady člověka s depresí. _____	17
Tabulka 2: Symptomatika akutní zátěžové reakce a posttraumatické poruchy. _____	19
Tabulka 3: Klasifikace obětí. _____	24
Tabulka 4: Pynoosův dotazník. _____	26
Tabulka 5: Počet usmrcených a zraněných hasičů při zásazích v letech 2005-2009. _____	37
Tabulka 6: Počet usmrcených a zraněných osob při požárech v letech 2005-2009. _____	37
Tabulka 7: Útoky vnějších pachatelů na poštovní objekty a poštovní přepravu v letech 2004-2008. _____	37
Tabulka 8: Časová souslednost pokrizové intervence. _____	38
Tabulka 9: Sedm úseků debriefingu. _____	40
Tabulka 10: Preventivní doporučení proti podlehnutí stresu. _____	57
Tabulka 11: Druhy odměn při sebeodměňování. _____	61

Seznam obrázků

Obrázek 1: Fyziologické změny při stresu. _____	9
Obrázek 2: Neuron se synaptickými knoflíky. _____	14
Obrázek 3: Synapse. _____	14
Obrázek 4: Akupresurní body používané při technice EFT. _____	68

Seznam grafů

Graf 1: Fáze posttraumatické stresové poruchy. _____	25
Graf 2: Procentuální vyjádření účasti kontaktovaných osob na výzkumu. _____	46
Graf 3: Rozdělení počtu respondentů dle profese. _____	47
Graf 4: Pohlaví respondentů. _____	47
Graf 5: Věkové rozhraní respondentů. _____	47
Graf 6: Frekvence extrémně zátěžových situací v životě jednotlivců. _____	49
Graf 7: Subjektivní doba pro vyrovnání se se zátěžovou situací. _____	49
Graf 8: Způsob vyrovnání se se zátěžovou situací. _____	49
Graf 9: Důvěra v posttraumatickou intervenční péči v zaměstnáních, kde je poskytována zaměstnavatelem. _____	50
Graf 10: Poptávka po posttraumatické intervenční péči. _____	51
Graf 11: Důvěra v odbornou pomoc placenou zaměstnavatelem. _____	51
Graf 12: Názory na vstupní psychologické vyšetření. _____	52

Seznam příloh

Příloha 1: Slovníček pojmů. _____	85
Příloha 2: Příznaky stresu. _____	88
Příloha 3: Příznaky deprese. _____	89
Příloha 4: Škála životních událostí. _____	90
Příloha 5: Klasifikace katastrof podle WHO. _____	92
Příloha 6: Příznaky posttraumatické stresové poruchy. _____	93
Příloha 7: Schéma úzkostného stavu po flashbacku. _____	94
Příloha 8: Linky důvěry organizované v rámci České asociace pracovníků linek důvěry. _____	95
Příloha 9: Vyhodnocený dotazník. _____	96
Příloha 10: Význam základních barev v colorterapii. _____	100
Příloha 11: Přehled Bachových esencí. _____	101

Seznam zkratek

ACTH	Adrenokortikotropní hormon z hypofýzy
CISD	Critical incident stress debriefing
ČR	Česká republika
ČAPLD	České asociace pracovníků linek důvěry
EFT	Emotional freedom techniques, Techniky emoční svobody
HZS ČR	Hasičský záchranný sbor České republiky
ILO	International labour organization, Mezinárodní organizace práce
PHARE	Poland and Hungary aid for reconstruction of the economy
PIP	Posttraumatická intervenční péče
PTSD	Posttraumatic stress disorder, Posttraumatická stresová porucha
PTSP	Posttraumatická stresová porucha
WHO	World health organization, Světová zdravotnická organizace

Anotace

Gottfriedová Jana

Katedra aplikované ekonomie, Filozofická fakulta Univerzity Palackého v Olomouci

Posttraumatická stresová porucha – začlenění zaměstnanců po prožití stresové situace do běžného pracovního procesu

Vedoucí práce: Ing. Romana Lešingrová Ph.D

102 493 znaků

11 příloh

20 položek literárních zdrojů a 26 položek internetových zdrojů

Klíčová slova: deprese, stres, posttraumatická stresová porucha, intervenční péče, defusing, debriefing, prevence stresu, alternativní metody léčby posttraumatické stresové poruchy

Práce se zabývá problematikou zaměstnávání lidí s posttraumatickou stresovou poruchou. Cílem práce je seznámit její čtenáře se zátěžovými reakcemi způsobenými nadměrným stresem a vytvoření podkladu pro zaměstnavatele lidí s posttraumatickou stresovou poruchou. V práci jsou uvedeny příznaky a okolnosti vzniku tří základních zátěžových reakcí, a to stresu, deprese a posttraumatické stresové poruchy.

Záměrem praktické části je vyhodnocení dosavadního okruhu psychologické pomoci poskytované zaměstnavatelem a vytvoření rad a doporučení sloužících jako prevence před vznikem stresu. Uvedeny jsou také nové alternativní metody léčby posttraumatické stresové poruchy.

Annotation

Gottfriedová Jana

Institute of applied economics, Philosophical Faculty of Palacký university in Olomouc

The Posttraumatic Stress Disorder – the integration of the employees after stressful events into procedure

Master of the Bachelor labour: Ing. Romana Lešingrová Ph.D

102 493 figures

11 supplements

20 items of literary sources and 26 items of internet sources

Crucial Terms: depression, stress, posttraumatic stress disorder, intervention care, defusing, debriefing, prevention of stress, alternative methods of therapy for posttraumatic stress disorder

This B.A. thesis deals with employing people with posttraumatic stress disorder. The thesis aims to inform the readers about the causes of excessive stress. It also aims to create the basis for employers of people with posttraumatic stress disorder. I mention the symptoms and the factors of rise of stress, depression and posttraumatic stress disorder.

The aim of the practical part is evaluation of current psychological help offered by employers and to propose advice and recommendations for prevention of stress. I also describe new alternative methods of posttraumatic stress disorder.

Seznam pramenů a použité literatury

Použitá literatura

1. BAŠTECKÁ, Bohumila et al. *Terénní krizová práce : psychosociální intervenční týmy*. Vyd. 1. Praha : Grada Publishing, 2005. 300 s. ISBN 80-247-0708-X.
2. HARTL, Pavel, HARTLOVÁ, Helena. *Psychologický slovník*. Vyd. 1. Praha : Portál, 2000. 774 s. ISBN 80-7178-303-X.
3. HERMAN, Erik, DOUBEK, Pavel. *Deprese a stres : vliv nepříznivé životní události na rozvoj psychické poruchy*. Vyd. 1. Praha : Maxdorf, 2008. 94 s. ISBN 978-80-7345-157-8.
4. HOLMES, Thomas H., RAHE, Richard H. *The social readjustment rating scale*. Journal of Psychosomatic Research. 1967, vol. 2, n. 11, s. 213-218.
5. HONZÁK, Radkin, et al. *Úzkostný pacient*. Vyd. 1. Praha : Galén, 2005. 180 s. ISBN 80-7262-367-2.
6. HÖSCHL, Cyril, LIBIGER, Jan, ŠVESTKA, Jaromír. *Psychiatrie*. Vyd. 1. Praha : Tigris, 2002. 895 s. ISBN 80-900130-1-5.
7. JELÍNEK, Jan, ZICHÁČEK, Vladimír. *Biologie pro gymnázia : teoretická a praktická část*. 5. vyd. Olomouc : Nakladatelství Olomouc, 2002. 574 s. ISBN 80-7182-089-X.
8. KENNERLEYOVÁ, Helen. *Jak zvládat úzkostné stavy : příručka pro klinickou praxi*. přel. Petr Možný. Vyd. 1. Praha : Portál, 1998. 190 s. ISBN 80-7178-266-1.
9. KRANZOVÁ, Rachel, MALONEY, Michael. *O úzkosti a depresi*. z angl. orig. přel. Jana Odehnalová. Vyd. 1. Praha : Lidové noviny, 1996. 141 s. ISBN 80-7106-170-0.
10. KRATOCHVÍL, Stanislav. *Klinická hypnóza*. 2. Vyd. Praha : Grada Publishing, 2001. 328 s. ISBN 80-247-062X.
11. NOVÁK, Tomáš. *Sám sobě psychiatrem?*. Vyd. 1. Praha : Grada Publishing, 1995. 95 s. ISBN 80-7169-210-7.
12. PRAŠKO, Ján. *Pomoc v zoufalství a beznaději aneb jak překonat depresi*. Vyd. 1. Praha : Grada Publishing, 1998. 262 s. ISBN 80-7169-446-0.
13. PRAŠKO, Ján, et al. *Stop traumatickým vzpomínkám : jak zvládnout posttraumatickou stresovou poruchu*. Vyd. 1. Praha : Portál, 2003. 178 s. ISBN 80-7178-811-2.
14. PRAŠKO, Ján, KYRALOVÁ, Ivana, MINAŘÍKOVÁ, Věra, PRAŠKOVÁ, Hana. *Co je deprese a jak se léčí?: příručka pro nemocné*. Vyd. 1. Praha : Psychiatrické centrum, 1997. 173 s. ISBN 80-85121-17-4.

15. PRAŠKO, Ján, PRAŠKOVÁ, Hana, PRAŠKOVÁ, Jana. *Specifické fobie*. Vyd. 1. Praha : Portál, 2008. 219 s. ISBN 978-80-7367-300-0.
16. ŠTĚTINA, Jiří, et al. *Medicína katastrof a hromadných neštěstí*. Vyd. 1. Praha : Grada Publishing, 2000. 429 s. ISBN 80-7169-688-9.
17. TRESS, Wolfgang, KRUSSE, Johannes, OTT, Jürgen. *Základní psychosomatická péče*. Vyd. 1. Praha : Portál, 2008. 394 s. ISBN 978-80-7367-309-3.
18. VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 4. rozš. a přeprac. vyd. Praha : Portál, 2008. 870 s. ISBN 978-80-7367-414-4.
19. VIZINOVÁ, Daniela, PREISS, Marek. *Psychické trauma a jeho terapie (PTSD) : psychologická pomoc obětem válek a katastrof*. Vyd. 1. Praha : Portál, 1999. 158 s. ISBN 80-7178-284-X.
20. VODÁČKOVÁ, Daniela, et al. *Krizová intervence*. Vyd. 1. Praha : Portál, 2002. 543 s. ISBN 80-7178-696-9.

Internetové zdroje

21. *Aromaterapie.cz* [online]. 2008-04-06 [cit. 2010-03-15]. Aromaterapie. Dostupné z WWW: <<http://www.aromaterapie.cz/index.php?/pages/aromaterapie.html>>.
22. *Arteterapie.cz* [online]. 2005 [cit. 2010-03-15]. Dostupné z WWW: <<http://www.arteterapie.cz>>.
23. *Capld.cz* [online]. 2010 [cit. 2010-03-19]. Linky důvěry. Dostupné z WWW: <<http://www.capld.cz/show.php?sk=9>>.
24. ČÍRTKOVÁ, Ludmila; SPURNÝ, Josef. Péče o policisty po extrémních stresových situacích. *Kriminalistika : čtvrtletník pro kriminalistickou teorii a praxi* [online]. 2001, roč. 34, 3, s. 175-186. [cit. 2010-01-24]. Dostupný z WWW: <http://aplikace.mvcr.cz/archiv2008/casopisy/kriminalistika/2001/01_03/cirtkova.html>.
25. *E-bach.eu* [online]. 2007 [cit. 2010-03-15]. Dostupné z WWW: <<http://www.e-bach.eu>>.
26. *Eft.cz* [online]. 2010 [cit. 2010-03-14]. Co je to EFT. Dostupné z WWW: <http://www.eft.cz/index.php?option=com_content&view=article&id=67&Itemid=57>.
27. *Eftandmorelive.com* [online]. 2008 [cit. 2010-03-14]. Dostupné z WWW: <<http://eftandmorelive.com/index.php?page=demo>>.
28. HÁTLOVÁ, Petra. *Prozeny.blesk.cz* [online]. 03.02.2009 [cit. 2010-02-24]. Stres náš může nakopnout. Dostupné z WWW: <<http://prozeny.blesk.cz/clanek/pro-zeny-zdravi-zdravi/109163/stres-nas-muze-nakopnout.html>>.

29. *Hzscr.cz* [online]. 2010 [cit. 2010-03-01]. Anonymní telefonní linka pomoci v krizi . Dostupné z WWW: <<http://www.hzscr.cz/clanek/psychologicka-sluzba-anonymni-telefonni-linka-pomoci-v-krizi-anonymni-telefonni-linka-pomoci-v-krizi-420-974-834-688.aspx>>.
30. *Kasty-outdoor-training.cz* [online]. 2010 [cit. 2010-03-14]. Outdoor Training. Dostupné z WWW: <<http://www.kasty-outdoor-training.cz/training.htm>>.
31. LUKÉŠ, Pavel ; VONÁSEK, Vladimír Statistická ročenka 2009. In *Statistická ročenka Hasičského záchranného sboru ČR 2009*. Praha : MV–generální ředitelství HZS ČR , 2010, 2010 [cit. 2010-03-18]. Dostupné z WWW: <<http://www.hzscr.cz/soubor/rocenka-2009-pdf.aspx> >.
32. MALÁ, Eva. Posttraumatická stresová porucha. *Remedia* [online]. 2002, roč. 2002, č. 6, [cit. 2010-03-08]. Dostupný z WWW: <<http://www.remedia.cz/Archiv-rocniku/Rocnik-2002/6-2002/Posttraumaticka-stresova-porucha/e-9k-9w-g8.magarticle.aspx>>.
33. *Muzikohrani.cz* [online]. 2009 [cit. 2010-03-14]. Muzikoterapie. Dostupné z WWW: <<http://www.muzikohrani.cz/muzikoterapie/>>.
34. PIDRMAN, Vladimír. *Posttraumatická stresová porucha : manuál pro praktické lékaře*. Vyd. 1. Praha: Psychiatrické centrum, 2002, 22 s. [cit. 2009-02-15]. Dostupné z WWW:<http://www.zdravcentra.sk/cps/rde/xchg/zcsk/xsl/3141_1191.html>. ISBN 80-85121-45-X.
35. Pokyn 30. In *Sbírka interních aktů generálního ředitele HZS ČR*. 2008, 44, s. 1-10. Dostupný z WWW: <<http://www.hzscr.cz/soubor/pokyn30a31-2008-doc.aspx>>.
36. Pokyn 38. In *Sbírka interních aktů generálního ředitele HZS ČR*. 2003, 38, 5 s. Dostupný z WWW: <http://aplikace.mvcr.cz/archiv2008/hasici/predpisy/interni/2003/pokyn38_hasici.html>.
37. PŘICHYSTALOVÁ, Martina. *Mojeeft.cz* [online]. 2009 [cit. 2010-03-15]. EFT - Vaše cesta ke svobodě. Dostupné z WWW: <<http://www.mojeeft.cz/>>.
38. SAPÍK, Miroslav. *Kineziologie.eu* [online]. 2010 [cit. 2010-03-15]. O metodě. Dostupné z WWW: <<http://www.kineziologie.eu/index.php?sekce=uvod>>.
39. *Silkandwool.eu* [online]. 2010 [cit. 2010-03-15]. Kurzy pletení. Dostupné z WWW: <<http://www.silkandwool.eu/CZ/seminarCZ.htm>>.
40. Statut psychologických pracovišť Hasičského záchranného sboru ČR. In *Pokyn ministerstva vnitra č. 29*. Praha : Statut psychologických pracovišť Hasičského záchranného sboru ČR, 20.06.2003, 2003 [cit. 2010-03-08]. Dostupné z WWW:

- <http://aplikace.mvcr.cz/archiv2008/hasici/predpisy/interni/2003/pokyn29_hasici.html#kodex>.
41. ŠAUROVÁ, Jana. *Evizazistika.cz* [online]. 13.06.2007 [cit. 2010-03-14]. Colorterapie. Dostupné z WWW: <http://www.evizazistika.cz/---/Colorterapie/?id_clanek=491&cist=1>.
 42. TRÉGLOVÁ, Lenka. *Ona.idnes.cz* [online]. 28.02.2010 [cit. 2010-03-14]. Síla barev: červená zahřeje, žlutá na nervy a modrá utiší. Dostupné z WWW: <http://ona.idnes.cz/sila-barev-cervena-zahreje-zluta-na-nervy-a-modra-utisi-pg1-/ona_telo.asp?c=A100226_110937_ona_telo_jup>.
 43. Útoky vnějších pachatelů na poštovní objekty a poštovní přepravu v letech 2004-2008. In *Výroční zpráva České pošty za rok 2008*. Praha : Česká pošta, 2009, 2009 [cit. 2010-03-08]. Dostupné z WWW: <<http://www.cpost.cz/assets/o-ceske-poste/profil/VZ-Ceska-posta-2008-CJ-.pdf>>.
 44. *Vrabc.estranky.cz* [online]. 2010 [cit. 2010-03-15]. O metodě One Brain. Dostupné z WWW: <<http://www.vrabc.estranky.cz/stranka/o-metode-one-brain>>.
 45. VYMĚTAL, Štěpán. Poskytování psychosociální pomoci v mimořádných situacích. *112* [online]. 2007, 2. [cit. 2010-01-24]. Dostupný z WWW: <<http://aplikace.mvcr.cz/archiv2008/casopisy/112/2007/unor/vymetal.html>>.
 46. *Zdravi.idnes.cz* [online]. 9.10.2001, 2010 [cit. 2010-03-12]. Stres a deprese jsou nejdražší choroby moderní doby. Dostupné z WWW: <http://zdravi.idnes.cz/stres-a-deprese-jsou-nejdrazsi-choroby-moderni-doby-fyi/zdravi.asp?c=A001009_171342_zdravi_pet>.

Přílohy

Příloha 1: Slovníček pojmů.¹⁴⁹

Abreakce (emocionální zážitek, většinou navozený psychoterapeuticky; spočívá ve znovuprožití patogenních emočních zážitků s odpovídajícím, ale původně potlačeným citovým doprovodem, který nemohl být dříve prožit; cílem je uvolnění emocí a úzkosti)

ACTH (hormon hypofýzy; řídí činnost kůry nadledvin)

Adrenalin (amin; má funkci neurotransmiteru; způsobuje stažení cév hladkého svalstva, vylučování potu a zrychlení srdeční frekvence; zvyšuje hladinu krevního cukru; ke zvýšení jeho hladiny dochází při afektech a stresu)

Aerobik (rychlá tělesná cvičení při výrazné rytmické hudbě s cílem protáhnout svaly, zvýšit spotřebu kyslíku, zrychlit a příznivě ovlivnit fyziologické procesy v organismu)

Akupresura (léčba tlakem prstů na předem určená místa povrchu lidského těla)

Amin (klasický neurotransmitter na nervových synapsích; jsou nutné pro bezporuchovou činnost mozku)

Antidepressivum (lék příznivě ovlivňující emotivitu, působící proti depresi, beznaději a pasivitě; účinek nastupuje po 10 dnech až 3 týdnech)

Apatie (pokles nebo úplné vymizení zájmu o okolí, ztráta vnitřních pohnutek; nejčastěji příznak duševních chorob jako deprese, melancholie aj.)

Asociace (spojení mezi dvěma či více duševními obsahy, jako jsou představy a pojmy)

Debriefing (závěrečný rozhovor; řízené zpracování předchozího zážitku pomocí otázek)

Deprese (duševní stav charakterizovaný pocitem smutku, skleslosti, vnitřního napětí, nerozhodnosti, spolu s útlumem a zpomalením duševních i tělesných procesů, ztrátou zájmů a pokleslým sebevědomím, úzkostí, apatií, sebeobviňováním a útlumem; depresivní jedinci hodnotí záporně sebe i svět, očekávají selhání namísto úspěchu; kritickým obdobím je dospívání, klimakterium, involuční věk, jarní a podzimní měsíce)

Disociace (oddělení, rozštěpení psychických útvarů a funkcí; oddělení vědomé kontroly od vědomé kontroly při automatické činnosti; např. vznik amnézie po traumatické události)

Dopamin (biochemický prekurzor přenašečů nervových vzruchů v mozku; jeho nedostatek vede k apatii, snížení iniciativy)

Dysforie (mrzutá depresivní nálada, často provázená nepokojem a depresivním prožíváním; bezdůvodný strach, úzkost, případně agresivní tendence; opak euforie)

¹⁴⁹ HARTL, Pavel, HARTLOVÁ, Helena. *Psychologický slovník*. Praha : Portál, 2000.

Endorfin (peptid vznikající v mozku a hypofýze; jeho úkolem je vyladění psychické reakce na stres; zvyšuje práh bolesti)

Flashback (1 stav příbuzný požití drogy, aniž byla droga aplikována; může nastat až po několika dnech, týdnech dokonce rocích po poslední dávce; týká se marihuany, pervitinu i LSD 2 vracející se vzpomínka na traumatický zážitek)

Fobie (chorobný strach z určité osoby, zvířete, předmětu, jevu, situace provázený úzkostí; strach je někdy natolik silný, že zasahuje do každodenního života)

Fototerapie (léčba psychických potíží, jako je sezónní deprese, způsobená nesouladem vnitřních hodin člověka s vnějším časem, pomocí intenzivního osvětlení v ranních a večerních hodinách o síle 2000 až 5000 luxů)

Frustrace (zklamání, zmaření touhy; stav při závažném neuspokojení lidských potřeb)

Generalizace (zobecnování; myšlenkové vydělení toho, co je objektům a jevům společné a platí pro všechny prvky téhož druhu, rodu, třídy)

Hypnóza (uměle navozený stav vědomí vyznačující se zvýšenou sugestibilitou a hyperkoncentrací pozornosti)

Hypofýza (podvěsek mozkový; vylučuje hormony a řídí činnost ostatních endokrinních žláz; zajišťuje komunikaci mezi nervovou a endokrinní regulací orgánů)

Hypokampus (paměťové centrum lidského mozku)

Intervence (cílený, předem promyšlený, zásah; zpravidla zaměřený na zmírnění tíživé osobní situace sledované osoby)

Jóga (systém tělesného a duševního cvičení k ovládnutí vlastní mysli, těla a jeho fyziologických pochodů; kombinace cvičení a relaxace)

Klimakterium (přechod; postupný zánik funkce pohlavních žláz)

Kognitivní (poznávací, též vnímající, hodnotící, vztahující se k poznávacím procesům)

Kompetence (schopnost, způsobilost, kvalifikace)

Kortikoid (hormon kůry nadledvinek; řídí hospodaření s minerálními látkami a cukry)

Kortizol (hormon kůry nadledvin; produkován při stresu; zvýšená koncentrace může vést k organickému poškození mozku)

Meridián (energetická duchovní dráha uvnitř těla živých tvorů)

Neurotransmitter (chemická látka, která přenáší vzruch z jednoho neuronu na jiný)

Noradrenalin (hormon fungující jako nervový přenašeč; jeho vylučování je odpovědí na stres; způsobuje zvýšení hladiny cukrů v krvi, a tím zvýšení energie; jeho nedostatek vede k psychomotorickému útlumu, jeho nadbytek k neklidu)

Sebevražda (suicidium; porucha pudu sebezáchovy, úmyslné ukončení vlastního života, obvykle jako reakce na tíživou situaci spojenou se ztrátou smyslu života)

Serotonin (tkáňový hormon, který ovlivňuje dýchání a stahy hladkého svalstva; upravuje mimo jiné hladinu napětí a energie, reguluje náladu, bolest a paměť; jeho nedostatek vede k depresi, poklesu aktivity, nespavosti)

Stigmatizace (předem dané záporné hodnocení, které je okolím přisouzeno jedinci, skupině nebo organizaci)

Stres (nadměrná zátěž neúnikového druhu, která vede k trvalé stresové reakci, ústící ve tkáňové poškození)

Stresor (činitel vnějšího prostředí vyvolávající v organismu stav stresu či stresovou reakci; mezi nejvýznamnější patří hlad, hluk, konflikty a traumatické životní události)

Sugesce (schopnost člověka přejímat nekriticky od jiné osoby, autority, myšlenky; míra sugesce je ovlivněna aktuálním stavem)

Symptomatika (příznaky, nejčastěji choroby)

Synapse (místa v mozku, na kterých se vzruchy převádějí z jednoho nervového vlákna na druhé)

Trauma psychické (duševní úraz, který má za následek funkční poruchy, někdy i organické změny)

Traumatizace (zraňování)

Úzkost (strach bez předmětu; jedinec má strach a neví z čeho, má pocit, že by s ním měl něco udělat, ale neví co)

Příznaky stresu		
§ fyziologické	§ emocionální	§ změny v chování
– svalové napětí	– nárůst nervozity	– přejídání
– bolesti zad	– nárůst podrážděnosti	– nechutenství
– únava	– náladovost	– vyhýbání se povinnostem
– slabost	– neschopnost uvolnit se	– zvýšená gestikulace
– rychlé, nepravidelné nebo silné bušení srdce	– pocit vyčerpání	– rychlá chůze
– nadměrné pocení	– neustálý pocit strachu	– útočné postoje
– rozšířené zornice	– konfliktnost	– strnulost
– stav permanentní ostražitosti	– stěžování si	– okusování nehtů
– pocit nevolnosti od žaludku	– roztěkanost	– zvyšování hlasu
– poruchy trávení	– neschopnost koncentrace	– skákání do řeči
– problémy s nespavostí	– neschopnost potěšit se	– přešlapování
– svalové chvění (tyky)	– zvýšená plačtivost	– zvýšení pití alkoholu
– poruchy prokrvení	– úzkost	– nadměrné kouření
– časté močení	– frustrace	– pesimismus
– zrychlený dech a tep	– agresivita	
	– neschopnost rozhodovat se	
	– strach ze selhání	
	– nutkání utéct	
	– apatie	

¹⁵⁰ HERMAN, Erik, DOUBEK, Pavel. *Deprese a stres : vliv nepříznivé životní události na rozvoj psychické poruchy*. Praha : Maxdorf, 2008.

Příznaky deprese		
§ fyziologické	§ emocionální	§ změny v chování
– bolest hlavy	– pocit beznaděje	– ztráta zájmu o vzhled
– poruchy trávení	– smutná, úzkostná nálada	– přehnaný zájem o fyzický vzhled
– zácpa	– nervozita	– nedostatek radosti z věcí, které dříve přinášely potěšení, například sport, filmy, čas strávený s přáteli
– dlouhodobé bolesti	– nadměrná podrážděnost	– náhlý nezájem o fyzickou stránku nějakého vztahu, nebo naopak zájem pouze o fyzickou stránku vztahu
– tíha na hrudi	– výbušnost	– vyhýbání se povinnostem
– ztuhlost svalstva	– neschopnost koncentrace	– izolace
– malátnost	– problémy s pamětí	– ztráta zájmu o dříve oblíbené věci a činnosti
– snadná únavnost	– zvýšená plačtivost	– pokusy o sebevraždu
– nespavost	– snadné dojetí k pláči	– problém s rozhodováním
– pospávání během dne	– myšlenky na smrt	– přejídání
– předčasné probouzení	– neschopnost myslet na pozitivní věci	– nechutenství
– únava, úbytek energie	– neschopnost potěšit se	
– snížení váhy	– pesimismus	
	– pocit viny	
	– ztráta smyslu života	
	– bezmoc	
	– neklid	
	– apatie	

¹⁵¹ KRANZOVÁ, Rachel, MALONEY, Michael. *O úzkosti a depresi*. Praha : Lidové noviny, 1996. s. 82-83. a PRAŠKO, Ján, KYRALOVÁ, Ivana, MINAŘÍKOVÁ, Věra, PRAŠKOVÁ, Hana. *Co je deprese a jak se léčí?: příručka pro nemocné*. Praha : Psychiatrické centrum, 1997. s. 16.

Příloha 4: Škála životních událostí.¹⁵²

Sečte-li se bodové ohodnocení událostí, které se staly v uplynulém roce, získá se míra zátěže dané osoby. Dle autorů dochází ke kumulaci stresorů z různých zdrojů. Překročení určité hranice únosnosti se projeví jako radikální změna zdravotního stavu. Normální stav duševna jedince autoři vymezili hranicí 300 bodů za 3 až 5 let, popřípadě 150 bodů za rok. Pokud má jedinec do 150 bodů za rok, tento fakt poukazuje na to, že se v jeho životě vyskytuje relativně nízký počet životních změn a má nízkou náchylnost ke stresu. Z tohoto zjištění lze usoudit, že je u něj jen nepatrné riziko výskytu jakýchkoliv psychologických poruch. 150 až 299 bodů za rok značí asi 50 % šanci, že se do dvou let u jedince vyskytne vážný psychický kolaps. Počet bodů 300 a více poukazuje na fakt, že riziko vzniku vážné psychické poruchy je u dané osoby velké.

Škála životních událostí		
1	Smrt partnera	100
2	Rozvod	73
3	Rozchod manželů nebo druhů	65
4	Výkon trestu	63
5	Smrt blízkého příbuzného	63
6	Vlastní zranění nebo nemoc	53
7	Sňatek	50
8	Výpověď z práce	47
9	Neshody nebo smíření manželů	45
10	Odchod do penze	45
11	Onemocnění rodinného příslušníka	44
12	Těhotenství	40
13	Sexuální potíže	39

¹⁵² HOLMES, Thomas H., RAHE, Richard H. *The social readjustment rating scale*. Journal of Psychosomatic Research. 1967, vol. 2, n. 11, s. 213-218.

14	Přírůstek nového člena do rodiny	39
15	Změna nebo problémy v zaměstnání	39
16	Změna finanční situace	38
17	Smrt blízkého přítele	37
18	Změna pracovního zaměření	36
19	Zabavení zastaveného majetku	30
20	Změna zodpovědnosti v zaměstnání	29
21	Odchod syna nebo dcery z domu	29
22	Problémy s příbuznými	29
23	Vynikající osobní úspěch	28
24	Manžel(ka) začal(a) nebo přestal(a) pracovat	26
25	Zahájení nebo ukončení studia	26
26	Změna životních podmínek	25
27	Změna osobních zvyků	24
28	Problémy s nadřízenými	23
29	Změna bydliště	20
30	Změna školy	20
31	Změna rekreace	19
32	Změna náboženských aktivit	19
33	Změna společenských aktivit	18
34	Změna spánkových návyků	16
35	Změna stravovacích návyků	15
36	Dovolená	13
37	Vánoce	12
38	Drobné porušení zákona	11

<p><i>Přírodně-klimatické</i> (voda, oheň, země, vzduch)</p>	<p><i>Antropogenní</i> (sociálně-ekonomické)</p>
<p>Tektonické</p> <ul style="list-style-type: none"> – zemětřesení – požáry – sesuvy – tsunami – hladomor – epidemie <p>Telurické</p> <ul style="list-style-type: none"> – sopečná činnost – bahnotok – sopečné povodně – žhavá sopečná mračna <p>Topologické</p> <ul style="list-style-type: none"> – povodně – sesuv půdy – laviny <p>Meteorologické</p> <ul style="list-style-type: none"> – cyklony – nadměrná horka, sucha – mrazy – krupobití a přívalové deště 	<p>Válečný konflikt</p> <p>Mimořádné situace vojensko politického charakteru v době míru</p> <ul style="list-style-type: none"> – náhodný jaderný úder – pád jaderného nosiče – nacionalistické konflikty – teroristická a diverzní činnost – emigrační vlny <p>Civilizační katastrofy</p> <ul style="list-style-type: none"> – doprava – průmysl – vodní stavby – toxické odpady – velké požáry – jaderná energie

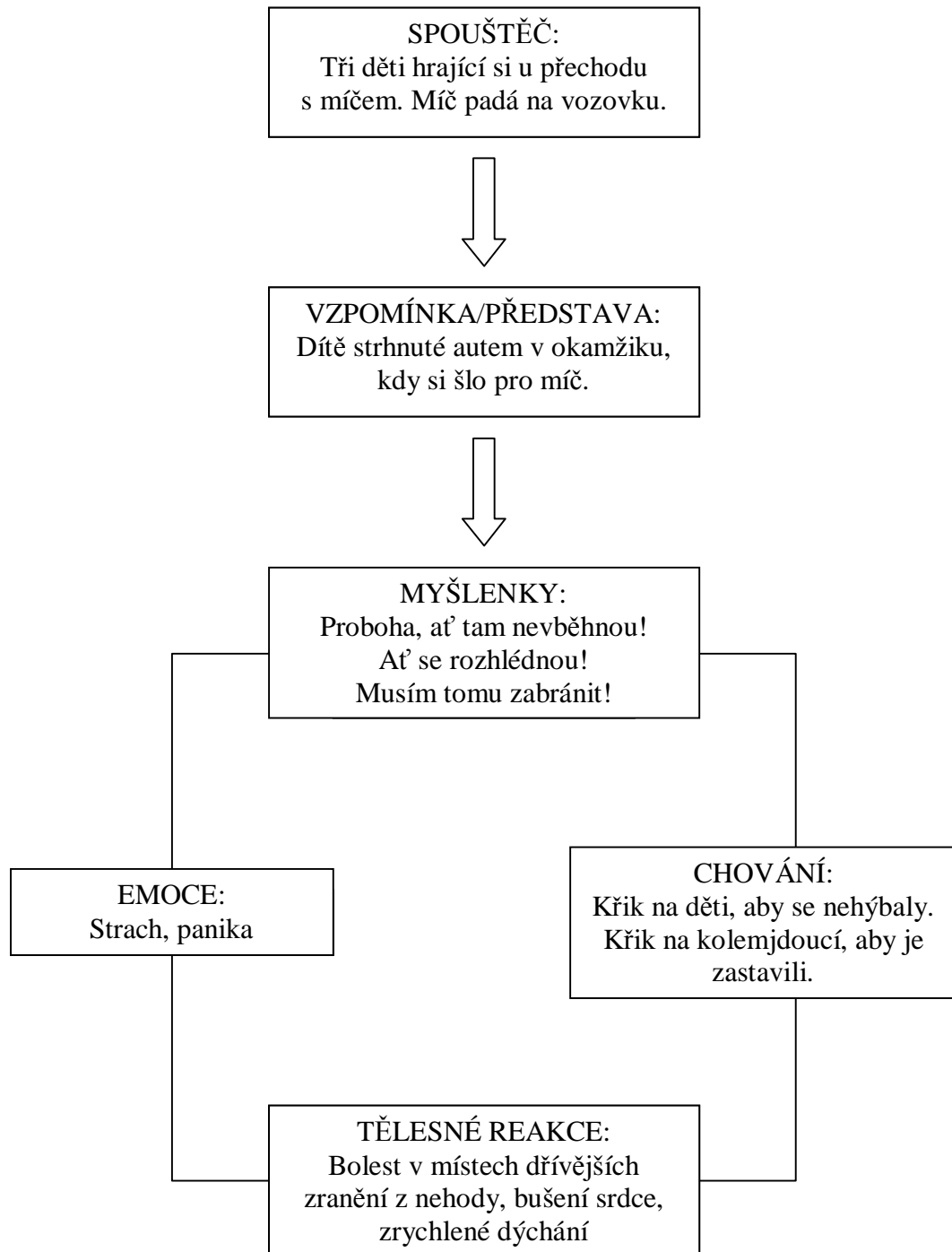
¹⁵³ ŠTĚTINA, Jiří, et al. *Medicína katastrof a hromadných neštěstí*. Praha : Grada Publishing, 2000. s. 19.

Příznaky posttraumatické stresové poruchy		
§ <i>fyziologické</i>	§ <i>emocionální</i>	§ <i>změny chování</i>
– zrychlený tep a dýchání	– pocit odcizení	– ztráta zájmu o důležité činnosti a okolní svět
– tíha či bolest na hrudi	– omezení a oploštění pozitivních emocí	– ztráta zájmu o sebe sama
– popadání dechu	– přecitlivělost	– vyhýbání se činnostem připomínajícím trauma
– bolesti hlavy	– emocionální vyhaslost	– potlačování nepříjemných vzpomínek
– bolesti v krční, hrudní nebo bederní páteři	– otupělost	– znovuprožívání události v podobě útržků, „záblesků“
– závratě	– emocionální strnulost	– neschopnost vzpomenout si na okolnosti traumatu
– pocity na omdlení	– pocit, že budoucnost nemá smysl	– výbuchy hněvu, agrese
– pocity na zvracení	– myšlenky na sebevraždu	– potíže se soustředěním
– podrážděnost žaludku	– pocit viny	– nadměrná ostražitost
– zácpa nebo průjem	– sebeobviňování	– ustrašené chování
– bolesti břicha	– pocit nepochopení	– nadměrná lekavost
– mravenčení v prstech	– přetrvávající úzkost	– zvýšené pití alkoholu
– křeče prstů	– podrážděnost	– možné brání drog
– třes rukou	– negativní myšlenky	– negativní asociace
– těžké, malátné končetiny	– deprese	– nervozita
– návaly horka/zimnice	– bezmoc a beznaděj	– snaha izolovat se
– nechutenství či přejídání	– patologická obava o blízké	
– celková únava, malátnost	– ztráta motivace	
– nespavost, nadměrná spavost, spánek během dne		

¹⁵⁴ PRAŠKO, Ján, et al. *Stop traumatickým vzpomínkám : jak zvládnout posttraumatickou stresovou poruchu*. Praha : Portál, 2003. s. 13-14 a 45-46. a ŠTĚTINA, Jiří, et al. *Medicína katastrof a hromadných neštěstí*. Praha : Grada Publishing, 2000. s. 244.

Příloha 7: Schéma úzkostného stavu po flashbacku.¹⁵⁵

Příklad úzkostného stavu po flashbacku u osoby, kterou smetlo auto na přechodu pro chodce. Situace se odehrává na ulici. Osoba s PTSP jde do práce a všimne si tří dětí hrajících si poblíž přechodu s míčem.



¹⁵⁵ Vlastní zpracování.

Příloha 8: Linky důvěry organizované v rámci České asociace pracovníků linek důvěry.¹⁵⁶

Seznam linek důvěry, které jsou členy České asociace pracovníků linek důvěry (dále jen ČAPLD), je zveřejněn na webových stránkách ČAPLD. Údaje v následující tabulce jsou aktuální ke dni 19.3.2010.

Město působení	Název linky	Telefonní číslo	Nonstop služba
Blansko	Linka důvěry	516 410 668	ano
Brno	Modrá linka	549 241 010	ne
Havířov	Linka důvěry	596 410 888	ano
Karviná	Linka důvěry	596 318 080	ano
Kladno	Linka důvěry	312 684 444	ano
Kutná Hora	Linka důvěry	327 511 111	ne
Liberec	Linka důvěry	485 177 177, 485 106 464	ano
Most	Linka duševní tísně	476 701 444	ano
Opava	Linka důvěry	553 616 407, 736 149 142	ne
Ostrava	Linka důvěry	596 618 908, 737267939	ne
Plzeň	Linka důvěry a psychologické pomoci	377 462 312	ano
Praha	DONA linka	251 511 313	ano
	Linka bezpečí	800 155 555	ne
	Linka důvěry CKI Bohnice	284 016 666	ano
	Linka důvěry Diakonie	222 514 040	ne
	Linka pomoci v krizi	974 834 688	ano
Třebíč	Linka důvěry Střed	568 44 33 11	ne
Ústí nad Labem	Linka pomoci	475 603 390	ano
Ústí nad Orlicí	Linka důvěry	465 524 252	ano

¹⁵⁶ Capld.cz [online]. 2010 [cit. 2010-03-19]. Linky důvěry. Dostupné z WWW: <<http://www.capld.cz/show.php?sk=9>>.

Příloha 9: Vyhodnocení dotazník.¹⁵⁷

1. Jakého jste pohlaví?

	HZS ČR	Policie ČR	Jiné profese	Celkem
--	--------	------------	--------------	--------

Muž	42	20	19	81
Žena	3	11	7	21

2. Kolik je Vám let?

22-28 let	14	14	17
29-35 let	18	12	5
36-42 let	9	2	2
43-49 let	4	3	2

3. Dostal(a) jste se někdy do extrémně obtížné (zejména psychické) zátěže?

ne	3	1	5
ano	16	19	0
občas	5	1	8
málokdy	18	8	6
často	1	1	5
velmi často	2	1	2

4. Jak dlouho se obvykle vyrovnáváte se zátěžovou situací?

několik minut-den	23	11	10
2 dny-týden	14	14	9
2 týdny-měsíc	6	3	2
několik měsíců	2	3	3
nedokážu se s ní vyrovnat	0	0	2

5. Kdo vám pomohl se zvládnutím zátěžové situace jste?

já sám(a)	19	2	16
rodina	16	18	4
blízcí přátelé	9	10	3
odborník (psycholog, apod.)	1	1	3

6. Poskytuje Váš zaměstnavatel odborníka na psychologickou péči?

ano	45	31	3
možná, nevím o tom	0	0	7
ne	0	0	16

¹⁵⁷ Vlastní zpracování.

7. Pokud Váš zaměstnavatel neposkytuje možnost odborné psychologické pomoci, stáli byste o tuto službu?

ano	0	0	9
ne	0	0	17

8. V případě poskytnutí odborné péče jste využil(a) který zdroj?

odborníka poskytnutého zaměstnavatelem	1	1	3
externího odborníka	0	0	2
nevyužil(a) jsem nikoho	44	30	21

9. Důvěřujete svým kolegům?

ano	43	29	12
některým ano	2	2	14
ne	0	0	0

10. Setkal(a) jste se v zaměstnání s pojmem „Posttraumatická intervenční péče“ (dále jen PIP)?

ano	45	31	8
ne	0	0	18

11. Funguje ve vaší organizaci služba PIP?

ano	45	31	2
ne	0	0	14
nevím	0	0	10

12. Máte důvěru v PIP ve vaší organizaci?

ano	12	11	0
ne	5	4	1
nevím	28	16	1

13. Využil(a) jste někdy službu týmu PIP?

ano	38	8	2
ne	7	23	24

14. V případě, že jste dosud nikdy nevyužil(a) péči PIP, využil(a) by jste ji v budoucnu, pokud by jste se dostali do stresové situace?

ano	3	15	1
ne	2	6	9

nevím	2	2	14
-------	---	---	----

15. Pokud nemáte zkušenost se službou PIP, odhadujete, že byste měli důvěru v odbornou pomoc placenou Vaším zaměstnavatelem?

určitě ano	0	6	0
ano	1	10	6
možná	4	3	14
ne	2	4	2
rozhodně ne	0	0	2

16. Mělo by být podle Vás povinné vstupní psychologické vyšetření?

ano	24	23	11
ne	0	1	7
nevím	15	1	2
jen u strategických funkcí	6	6	6

17. Podporuje Vás zaměstnavatel některé z mimopracovních aktivit na podporu prevence proti stresovosti (např. outdoorové kurzy, muzikoterapii, arteterapii, vybavení kanceláří protistresovou barvou či zelení)?

ano	25	15	5
ne	0	9	17
nevím	14	4	1
nikdy jsem o něčem podobném neslyšel(a)	6	3	3

18. Pokud se již mezi Vašimi kolegy vyskytl nějaký případ nehody, napadení či jiné katastrofy, dostal jste se poté do styku s defusingem či debriefingem?

ano	16	0	1
ne	14	10	4
nikdy jsem o něčem podobném neslyšel(a)	15	21	21

19. Víte, jak by se měl v případě Vašeho úrazu v zaměstnání zachovat Váš zaměstnavatel?

ano	45	29	14
ne	0	0	8
nevím	0	2	4

20. Znáte někoho s posttraumatickou stresovou poruchou?

ano	9	5	6
ne	11	15	13
nevím	25	11	7

21. Víte, co tato porucha obnáší?

ano	31	24	10
ne	3	3	9
nevím	11	5	7

22. Co byste od zaměstnavatele očekával(a), kdybyste utrpěl(a) zranění/násilný čin v práci a následně trpěl(a) posttraumatickou stresovou poruchou? (možno více odpovědí)

finanční odškodné	13	17	13
umožnění přeřazení na jinou práci	27	14	7
nevím	7	8	3
poskytnutí odborné pomoci	35	5	8
nic bych nepožadoval(a)	0	1	1

23. Využil(a) jste služeb krizových linek? Linek důvěry či jiných podobných zařízení?

ano, pravidelně	0	0	0
ne, nikdy	41	29	26
pouze jednou	4	2	0



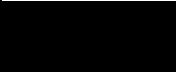



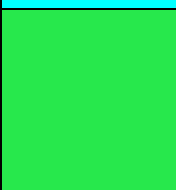
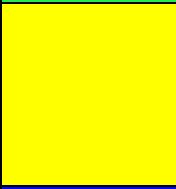
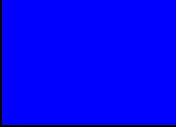


24. Pracujete v kolektivu s dobrými vztahy?

ano	44	30	21
ne	1	1	5

25. Co by Váš zaměstnavatel měl změnit, aby snížil míru stresu na Vašem pracovišti? (Toto je volná otázka. Můžete napsat cokoli Vás napadne)

zlepšení komunikace ve vztahu nadřízený-podřízený	3	4	4
zavedení školení pro prevenci stresu	37	14	5
kulturní a sportovní vyžití, firemní akce	12	22	5
lepší pracovní prostředí	13	3	6
nic	8	5	9

Příloha 10: Význam základních barev v colorterapii.¹⁵⁸

Barva	Účinky jednotlivých barev
	Stimuluje vědomosti, pomáhá nalézt vyrovnanost a harmonii.
	Posiluje organismus, očisťuje ho, uklidňuje; povzbuzuje tvořivost.
	Působí ochranně, stabilizuje napětí, zabraňuje proudění energie.
	Zvyšuje pocit bezpečí, sebedůvěru a aktivitu, dodává odvalu; pomáhá odstranit depresi.
	Pomáhá projevat emoce, vhodná pro meditaci, uklidňuje, uvolňuje, přináší harmonii; má příznivý vliv při nespavosti, úzkosti a stresu.
	Podporuje kreativitu, ulevuje od bolestí hlavy; odstraňuje vyčerpanost, vyjasňuje myšlenky.
	Posiluje koncentraci, snižuje bolest, neutralizuje, dodává tělu pohodu, navozuje pocit bezpečí; zmírňuje úzkost a vyčerpání, proti stresu, zmírňuje následky prožitých duševních otřesů.
	Posiluje nervový systém, zlepšuje metabolismus, přináší teplo a radost; zlepšuje náladu, odstraňuje pocit strachu, nervozity, vhodná při pocitu vyhoření, pomáhá vstřebávat vědomosti, proti ospalosti a apatii.
	Pomáhá při bolestech hlavy a migrénách, přináší klid a harmonii, je vhodná pro odpočinek; pomáhá v překonání ztráty blízkého člověka.
	Navozuje pocit radosti, optimismu, povzbuzuje kreativitu; působí proti depresím a nespokojenosti, používá se po traumatických zážitcích.
	Dobříjí energii organismu, vzbuzuje něhu, lásku a spokojenost, posiluje psychiku; působí proti stresu a snaze izolovat se od společnosti.

¹⁵⁸ ŠAUROVÁ, Jana. *Evizazistika.cz* [online]. 13.06.2007 [cit. 2010-03-14]. Colortherapie. Dostupné z WWW: <http://www.evizazistika.cz/---/Colortherapie/?id_clanek=491&cist=1>.

Uvádím pouze symptomy, které souvisejí s tématem této bakalářské práce.

Název esence	Co léčí
<i>Topol osika</i>	Záchvaty paniky/úzkosti, strach z neznáma, nepodložené obavy.
<i>Slíva třešňová</i>	Sebevražedné sklony, nervové zhroucení, nechut' do činností.
<i>Kejklířka skvrnitá</i>	Fóbie, ostych, plachost, strach ze smrti, nemoci či samoty.
<i>Kaštan červený</i>	Přílišné obavy a péče o druhé, úzkost, představy nejhoršího.
<i>Devaterník penízkovitý</i>	Velký strach, panika, bezmoc, noční můry, sebeobětování se.
<i>Rožec</i>	Nejistota, nerozhodnost, nesoustředěnost, vlastní nedůvěra.
<i>Hořec nahořklý</i>	Ztráta odvahy a víry, pesimismus, deprese, sklíčenost.
<i>Hlodaš evropský</i>	Beznaděj, zklamání, ztráta naděje, zoufalství, nedostatek energie.
<i>Habr obecný</i>	Psychická únava, nechut', nezájem, kolísavé nálady.
<i>Chmerek roční</i>	Zmatenost, nerozhodnost, vnitřní nevyrovnanost, střídání nálad.
<i>Sveřep větevnatý</i>	Nezájem, roztěkanost, znechucenost, unuděnost, deprese.
<i>Poupě jírovce</i>	Potíže s učením, nesoustředěnost, lhostejnost, zapomnětlivost.
<i>Bílá lesní réva</i>	Útěk před realitou, nepozornost, únava a ospalost, nezájem.
<i>Zimolez kozí list</i>	Neustálé zabředávání do minulosti, melancholie, lítost.
<i>Hořčice polní</i>	Temná deprese, sklíčenost, bezmoc, pasivita, kolísání nálad.
<i>Oliva</i>	Tělesná i duševní únava, vyčerpanost, nedostatek sil, utrápenost.
<i>Kaštan bílý</i>	Neustálé tíživé a neovladatelné myšlenky, vnitřní samomluva, ustaranost, vyčerpanost, nespavost, nesoustředěnost.
<i>Planá šípková růže</i>	Nedostatek vitality, vnitřní rezignace, apatie, smutek, unuděnost, lhostejnost.

¹⁵⁹ E-bach.eu [online]. 2007 [cit. 2010-03-15]. Dostupné z WWW: <<http://www.e-bach.eu>>.

<i>Vřes obecný</i>	Posedlost svými problémy a jejich zveličování, pocit osamělosti.
<i>Netýkavka žlázonosná</i>	Frustrace, podrážděnost, netrpělivost, prudké reakce, neposednost, prchlivost, vnitřní napětí, trávicí potíže z "nervů".
<i>Žebratka bahenní</i>	Izolovanost a uzavřenost, nepřístupnost.
<i>Řepík lékařský</i>	Maskování pocitů, zarmoucenost, osamělost, neklid, závislost, útek k práci, alkoholu či drogám.
<i>Zeměžluč lékařská</i>	Ostýchavost, podřizování se jiným, přeceňování sil, únava.
<i>Cesmína ostrolistá</i>	Nedůvěra a podezíravost, zlost, hněv, nenávisť, pocit neštěstí.
<i>Vlašský ořech</i>	Trauma ze změny, útek před minulostí, zranitelnost, odstrčenost.
<i>Plané jablko</i>	Pocit mentální a fyzické nečistoty, neustálé hledání chyb na sobě, posedlost, znechucenost.
<i>Jilm</i>	Pocit zoufalství a nedostatečnosti, zchvácenost.
<i>Modřín opadavý</i>	Pocit méněcennosti a druhořadosti, nerozhodnost, pasivita.
<i>Dub letní</i>	Celková vyčerpanost, ignorace odpočinku, zoufalství.
<i>Borovice lesní</i>	Výčitky svědomí, pocit viny i za chyby jiných, sebetrestání.
<i>Snědek okoličnatý</i>	Posttraumatické stavy, prožití fyzického či duševního šoku, zarmoucenost, vnitřní otupělost, zmatenost.
<i>Kaštan jedlý</i>	Zoufalství, naprostá skleslost, beznaděj, ztráta blízkého.
<i>Vrba žlutá</i>	Pocit nespravedlnosti a "oběti osudu", zatrpkllost, mrzutost, nenávisť, negativita, náladovost.
<i>Buk lesní</i>	Izolace, vytváření negativních úsudků o druhých.
<i>Čekanka obecná</i>	Sebelítost, citové vydírání vůči druhým, majetnické sklony.
<i>Voda z léčivých pramenů</i>	Askeze - sebezapření a potlačování svých základních potřeb, sebemučednictví, odpor, posedlost.
<i>Sporýš lékařský</i>	Hyperaktivita, přeceňování možností, ignorace odpočinku, stres.
<i>Vinná réva</i>	Nelítostnost, krutost, tyranie, agresivita, nepružnost.