

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích

Teologická fakulta

Katedra sociální a charitativní práce

Diplomová práce

Trauma a jeho role v životě drogově závislého člověka

Autor práce: Mgr. Barbora Wernerová

Vedoucí práce: Mgr. Helena Machulová, Ph.D.

Studijní program: Etika v sociální práci (KS)

2022

„Prohlašuji, že jsem autorkou této kvalifikační práce a že jsem ji vypracovala pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu použitých zdrojů.“

Dne: 20. 2. 2022

Podpis studenta

Děkuji vedoucí diplomové práce Mgr. Heleně Machulové, Ph.D. za cenné rady, připomínky,
metodické vedení práce a především za ochotu a trpělivost.

Obsah

ÚVOD	6
1 Teoretická východiska	7
1.1 <i>Stres</i>	8
1.1.1 Fáze reakce na stres	10
1.1.2 Zvládání stresu	11
1.1.3 Krize.....	11
1.2 <i>Zvládání stresu</i>	12
1.2.1 Obranné mechanismy.....	12
1.2.2 Copingové mechanismy	13
2 Psychické trauma	15
2.1 <i>Vznik psychického traumatu</i>	16
2.2 <i>Rysy traumatu</i>	17
2.3 <i>Formy a symptomy traumatizace</i>	18
2.4 <i>Posttraumatická stresová porucha</i>	19
2.4.1 Historie.....	19
2.4.2 Popis a diagnostika stresové poruchy	20
2.4.3 Narušení emočního prožívání	21
2.4.4 Změna kognitivních funkcí	21
2.4.5 Změny v chování.....	22
2.4.6 Tělesné příznaky	22
2.4.7 Změna osobnosti	23
2.4.8 Komorbidita	23
2.5 <i>Faktory působící PTSD</i>	23
2.5.1 Dědičné faktory.....	24
2.5.2 Naučené faktory citlivosti	24
2.6 <i>Následky traumatu</i>	24
2.6.1 Sociální následky	25
2.6.2 Psychické následky	25
2.7 <i>Posttraumatický rozvoj</i>	27
2.8 <i>Léčba psychického traumatu a posttraumatické stresové poruchy</i>	28
2.8.1 Psychoterapie	28
2.8.2 Farmakologie	29
2.8.3 Trauma-informovaný přístup	30
3 Závislost	31
3.1 <i>Definice závislosti</i>	31
3.2 <i>Vznik závislosti</i>	34
3.3 <i>Trauma, stres a biologie závislosti</i>	36
3.3.1 Opioidní systém vazeb a odměn	36

3.3.2	Dopaminový aparát, motivace a závislost.....	37
3.3.3	Seberegulační oblast	38
4	Trauma a závislost	39
4.1	<i>Vztah mezi traumatizací a závislostí.....</i>	39
4.2	<i>Léčba traumatu a závislosti jako výzva</i>	42
4.3	<i>Pojetí traumatu a závislost podle Gabora Matého.....</i>	43
	Závěr	44
	Použitá literatura	46
	Internetové zdroje	49
	Abstrakt	50
	Abstract.....	51

ÚVOD

„Možná nejsme zodpovědní za svět, který stvořil naše mysl, ale můžeme převzít zodpovědnost za mysl, se kterou tvoříme svůj svět“

Gabor Maté

Velmi často se setkáváme se stále trvajícím stereotypním viděním drogově závislého člověka a neochoty podívat se na život takového člověka komplexně. Komplexním pohledem na člověka míníme zejména reflexi možných důvodů a příčin, jež k závislosti jedince vedly. Tato práce si bere za cíl představit trauma jako jednu z možných příčin vedoucích k vytvoření závislosti, která je obtížně překonávána a pro většinu závislých se stává celoživotním soupeřem v boji za svobodný život. O fenoménu komplexního vývojového traumatu hovoří americký psychiatr Van der Kolk, který jej definuje jako trauma, jež je způsobeno chronickými a dlouhodobými vývojově nepříznivými událostmi, jako jsou například sexuální zneužívání, fyzické či emoční násilí.¹ Tato traumata dlouhodobého charakteru se nejčastěji objevují v rané fázi života, a to zejména v rodinném systému. Trauma se přímo či nepřímo dotýká každého z nás, neboť svět je plný zranitelných jedinců, kteří se s ním snaží vypořádat, tak jak nejlépe dokážou. Mohli bychom tedy říci, že užívání drog se pro mnoho jedinců stává vlastním pokusem o samoléčbu, která jim ulevuje od vnitřní, dlouhodobé bolesti, avšak za cenu prohlubování již existujících problémů. Příčina této bolesti tedy zůstává neléčená a stává se mnohdy ještě bolestnější. V této práci se také dotkneme stereotypu slabé vůle, což je argument, se kterým se závislí lidé dostávají do každodenního konfliktu, neboť, jak si ukážeme – vůle jedince má své hranice, které se dlouhodobým užíváním návykových látek a neřešeným traumatem mají tendenci neustále prohlubovat.

V práci si představíme teorii kanadského lékaře maďarského původu Gabora Matého, který šel ve svém pojetí závislosti tak hluboko, že narazil na jisté paralely náchylnosti k závislostem již před samotným narozením, které se odehrávají v životě nastávající matky. Práce se nesnaží dokázat, že každý člověk, který si v raném dětství prošel traumatem, se musí stát závislým, avšak ráda bych představila často opomíjené spojitosti, které mohou přispět k nestereotypnímu a nesoudícímu pohledu na život závislého člověka. Cílem práce je poukázat na to, jak může trauma ovlivnit vznik závislosti a jak velkou roli hraje v životě jedince.

Práce je rozdělena do čtyř kapitol, z nichž první pojednává o teoretických východiscích, druhá kapitola pojednává o psychickém traumatu, navazuje na ní kapitola třetí, která je věnovaná problematice závislosti. V poslední kapitole se podíváme na to, jakou roli sehrává trauma ve vzniku závislosti a ukážeme si souvislosti traumatu a závislého způsobu života. Poslední část práce je částečně podložena výpovědí klientky AS

¹ KOLK., B. A. Developmental Trauma Disorder. *Psychiatric Annals*, (online). 2005, [cit. 2022-20-02], roč. 35, č. 5, s. 401–408. Dostupné na WWW:<<https://d1wqtxts1xzle7.cloudfront.net/31046864/050105DevelopmentalTraumaDisorder-with-cover-page.>>

Prevent, jejíž komentáře jsem v práci použila jako příklady dokládající kontext mezi traumatem a závislostí.

1 Teoretická východiska

Slovo trauma – původu z řečtiny – znamená „úraz“.² Podle psychologického slovníku se psychické trauma vykládá jako duševní úraz, nervový šok, duševní otřes, život ohrožující událost, kterou člověk zažil přímo nebo jako svědek a vyvolala v něm pocity beznaděje, strachu a zoufalství. Trauma může mít za následek ztrátu pocitu bezpečí a někdy může vést i organickým změnám.³ Marie Vágnerová popisuje psychické trauma jako náhle vzniklou situaci, která má pro jedince výrazně negativní význam a způsobuje mu nějakou újmu. Stejně jako Hartl hovoří i Vágnerová o narušení emočního prožívání, kdy člověk ztrácí pocit jistoty a bezpečí, prožívá úzkost, která je vyjádřením jeho obav o budoucnost. „Trauma ovlivňuje i uvažování postiženého jedince, narušuje jeho objektivitu.“⁴ Vágnerová zmiňuje negativní dopad traumatu na život jedince, který může zanechat jednorázovou, ale také dlouhodobou stopu, jež se může projevit i v chování, které se bude vyznačovat unikem před další potenciální traumatizací. Těmto copingovým strategiím se budeme podrobněji věnovat v další části práce. Traumatizace jedince s sebou nese změnu životní situace a může se tak stát také zdrojem stresu, z něž v jeho důsledku může vzniknout posttraumatická stresová porucha.⁵ Gabor Maté označuje trauma za jednu z možných příčin vzniku závislosti. Maté říká, že definice traumatu je natolik široká, že je velmi těžké ji ohraničit, avšak mohli bychom říci, že Matého definice je v souladu se sociální dislokací „závislosti jsou důsledkem traumat prožitých v nejranějším dětství, jsou reakcí dětského mozku na fyzickou či psychickou nepřítomnost rodičů nebo jiných pečujících osob.“⁶ Maté tedy přebírá interpretaci sociální dislokace od Bruce Alexandera s tím rozdílem, že dislokaci nahrazuje traumatem, které podle něj lépe vystihuje chybějící pocit spojení mezi svým vlastním já a druhými. Ačkoliv bylo v minulosti trauma považováno spíše za výjimečnou událost, dnešní výzkumy ukazují, že traumatická událost je téměř univerzální zkušeností.⁷ V posledních letech je trauma často spojováno s diskusí týkající se kvality života a stalo se tak výzkumným objektem širší odborné veřejnosti. I přesto, že se člověk s traumaty může setkávat v průběhu celého svého života, odborníci v pomáhajících profesích se shodují na tom, že ve většině případů mají traumata svůj počátek v dětství.⁸ Je důležité

² BAŠTECKÁ, B.; GOLDMANN, P. *Základy klinické psychologie*. Praha: Portál, 2001. s. 440. ISBN 80-7178-550-4.

³ HARTL, P.; HARTLOVÁ, H. *Psychologický slovník*. Praha: Portál, 2000. s. 622. ISBN 80-7178-303-X.

⁴ VÁGNEROVÁ, M. *Současná psychopatologie pro pomáhající profese*, Praha: Portál, 2014., s. 42. ISBN 978-80-262-0696-5.

⁵ Srov. tamtéž. s. 43.

⁶ MATÉ, G. *V říši hladových duchů, blízká setkání se závislostí*, PeopleComm, Praha, 2020, s. 21. ISBN 978-80-87917-62-6.

⁷ KESSLER, R. C. et al. Trauma and PTSD in the WHO Worlds Mental Health Surveys. *European Journal of Psychotraumatology* (online). 2018, (supl.5), [cit. 2022-05-01]. doi:10.1080/20008198.2017.1353383. ISSN 2000-8198. Dostupné na WWW <<https://www.tandfonline.com/>>.

⁸ WILSON, Ch., PENCE, D. M., CONDRADI, L. *Encyclopedia of Social Work* [online]. NASW Press and Oxford University Press, 2013, [cit. 2022-05-01]. ISBN 9780199975839.

si uvědomit, že trauma neovlivňuje člověka pouze v současnosti, ale může sociálně a psychologicky ovlivnit i další generace, což vyplývá z důkazů práce Ráchel Yehudy, ve které se ukázalo, že trauma má psychofyziologické a mezigenerační účinky i na epigenetické úrovni.⁹

Abychom si správně vymezili pojem psychického traumatu, je nezbytné osvětlit i pojmy, které s ním přímo souvisejí. Mezi tyto pojmy patří: stres, krize, copingové mechanismy a další. V další části práce se tedy zaměřím na osvětlení těchto pojmů, jelikož mohou být nápomocny k lepšímu uchopení stěžejní části práce.

1.1 Stres

Chceme-li hovořit o tom, co je trauma, je nezbytné objasnit pojem stres. Stres poprvé popsal ve své knize z roku 1949 Hans Selye, ve které zmiňuje, že se stres projevuje v symptomech adaptačního syndromu, což je možné považovat za obecnou reakci na zátěž probíhající ve třech fázích:

Fáze poplachová neboli alarmující se vyznačuje náhlým narušením vnitřního prostředí organismu, které je doprovázeno silnou excitací, a to především sympatické soustavy a zvýšením sekrece hormonů dřeně nadledvinek.¹⁰

Fáze rezistence, která se vyznačuje maximální adaptací, kdy si organismus na stresový faktor zvyká.¹¹

Fáze vyčerpání, ve které je získaná rezistence nedostatečná, kdy nadměrnou intenzitou stresu dochází k celkovému selhání adaptační a regulační schopnosti organismu. Výsledkem takového selhání může být vážné ohrožení zdraví i života.¹²

Podle Vágnerové je stres komplexní psychofyzickou reakcí, která se na psychické úrovni projevuje pocitem nadměrného zatížení či ohrožení duševní a tělesné pohody.¹³ S pocitem stresu se člověk setkává při uvědomění, že je zahlcen příliš událostmi, které se jeví jako velmi těžko zvládnutelné a mohou v nás vyvolávat pocity nejistoty. Strategie, které člověk při zvládání situací dříve používal, se nyní ukazují jako neefektivní. Vágnerová zmiňuje, že stres nemusí mít vždy pouze negativní význam, naopak jeho přiměřená varianta může člověka aktivovat a pomoci mu zaměřit se na hledání řešení krizové situace. Někteří lidé mohou dokonce stres vyhledávat, protože jim navozuje příjemné pocity spojené s vyplavením endorfinů. Tento případ se vyskytuje především u vrcholových sportovců, kteří si kladou různé podoby zátěže, jejichž překonání jim dodává pocit sebedůvěry. Mohli bychom tedy konstatovat, že náročné situace mohou vyvolávat prožitek distresu, který vyvolává pocity ohrožení, ale stejně tak mohou být někým prožívány jako výzvy ve smyslu pozitivního stresu,

⁹ YEHUDA, R. et al. Holocaust Exposure Induced Intergenerational Effects on FKBP5 Methylation. *Biological Psychiatry* [online]. 2016, 80 (5): 372-380. [cit. 2022-05.-01]. Dostupné na WWW:<<https://ajp.psychiatryonline.org/doi/10.1176/appi.ajp.2019.19060618>>.

¹⁰ VIZINOVÁ, D., PREISS, M. *Psychické trauma a jeho terapie (PTSD), Psychologická pomoc obětem válek a katastrof*, Praha: Portál, 1999. s. 15. ISBN 80-7178-284-X.

¹¹ Tamtéž. s. 15.

¹² Tamtéž. s. 15.

¹³ VÁGNEROVÁ, M. *Současná psychopatologie pro pomáhající profese*, Praha: Portál, 2014., s. 40. ISBN 978-80-262-0696-5.

eustresu, který člověka aktualizuje, neboť má pocit, že je možné ho zvládnout.¹⁴ Kanadský lékař maďarského původu Gabor Maté o stresu hovoří ve své knize *Když tělo řekne ne* a interpretuje jej jako: „*stres je složitá kaskáda fyzických a biochemických reakcí na intenzivní emoční podněty. Z fyziologického pohledu jsou emoce elektrickými, chemickými a hormonálními stimuly produkovány lidskou nervovou soustavou. Emoce ovlivňují – a také jsou pod vlivem – fungování našich velkých orgánů, imunitních obranných mechanismů a působení řady biologických látek, které obíhají naším organismem a pomáhají řídit jeho fyzický stav.*“¹⁵ Maté zdůrazňuje individuální reakci člověka na působící stres, neboť důležitou roli hrají také faktory jako předchozí zkušenost, osobnostní charakteristiky a úroveň kognitivních funkcí. Maté poukazuje na to, že stres mnohdy nemusí odpovídat představám lidí, kteří často stres vidí pouze jako něco vnějšího (například válka, živelné pohromy, finanční problémy), ale může jít i o vnitřní stres, který nás často ovlivňuje nejvíce. Takovým příkladem může být stres způsobený tím, že se musíme někomu přizpůsobovat.¹⁶ Franz Ruppert hovoří v návaznosti na stres o pojmu disociace v zátěžových situacích. Autor zmiňuje fakt, že disociativní duševní procesy můžeme pozorovat na sobě samých, když se nám nějaká situace jeví jako emocionálně náročnější, své pocity se snažíme redukovat či z nich vnitřně vystupujeme.¹⁷ Pokud je člověk vystaven extrémnímu stresu při traumatické události, může dojít k nouzové reakci, která vede ke ztrátě spojovacích funkcí mozku, jež fungují za normálních okolností. Tento proces zapříčiňuje změnu vnímání a zpracovávání informací tak, že si jedinec vytvoří vnitřní odstup od traumatické události a vlastní emoční reakce. Mohli bychom tedy říci, že disociace je zprvu jakousi ochrannou reakcí těla, ale současně se stává i rizikovým faktorem pro pozdější případný vývoj poruch, jež jsou následkem traumatu.¹⁸ „Traumatizovaní lidé se pak pohybují mezi znovuprožíváním traumatických událostí a vnitřním odstřížením od traumatu a od emočních prožitků, které jsou s ním spojené.“¹⁹ Disociace se může projevit v různé míře, a to zejména v závislosti na vývojovém stadiu a věku jedince, který byl traumatické události vystaven.

¹⁴ Srov. KEINAN, C., SIVAN, D., The effects of stress and desire for control on the formation of causal attribution, *Journal of Research in Personality [online]*, 2001, s. 129. [cit. 2022-20-2]. Dostupné na WWW:<https://www.researchgate.net/publication/229304320_The_Effects_of_Stress_and_Desire_for_Control_on_the_Formation_of_Causal_Attributions>.

¹⁵ MATÉ, G. *Když tělo řekne NE*, PeopleComm, Praha, 2019., s. 20. ISBN 978-80-87917-47-3.

¹⁶ Tamtéž. s. 83.

¹⁷ RUPPERT, F., *Trauma a rodinné konstelace, Duševní štěpení a jejich léčba*, Portál, Praha 2008, s. 28, ISBN 978-80-7367-367-3.

¹⁸ Srov. SCHELLONG, J., EPPLE, F., WEIDNER, K., *Psychotraumatologie*, Triton, 2021. s. 144. ISBN 978-80-7553-950-2.

¹⁹ Tamtéž. s. 144.

1.1.1 Fáze reakce na stres

Reakce na stres je procesem, jež probíhá ve třech fázích, které zachycují jeho postupné zvládnání.²⁰ První fází je fáze obranných reakcí a uvědomění si zátěže, druhá fáze je charakteristická snahou o zvládnutí stresu a poslední fáze se vyznačuje rozvojem podmíněných poruch.

První fáze se vyznačuje aktivizací obranných reakcí, a to jak fyziologických, tak psychických. Z biologického hlediska vyvolává podnět nespecifickou reakci, jež může mít i různou intenzitu, avšak má stejný charakter bez ohledu na kvalitu zátěže. Primární reflexivní reakce je navozená automaticky a dochází k biochemickým změnám – zrychluje se srdeční tep, zvyšuje se krevní tlak, poté se aktivuje hypotalamo-hypofýzo-adrenální osa, která zapříčiňuje vyplavování hormonů, jež napomáhají získávání energie z cukru a bílkovin, což může organismus využít ke zvládnutí stresu. Ve chvíli, kdy si člověk začne uvědomovat nadměrně náročnou situaci, přichází psychická reakce, která může být vnímána silnými negativními pocity, jež vyvolávají distres. Psychická reakce je velmi individuální a její hodnocení je závislé na zkušenosti jedince a jeho aktuálním stavu, ale i případné podpoře. Prožitek stresu je spojován se změnou emočního prožívání, neboť člověk se v něm setkává s pocity napětí, smutku a deprese, může dojít i k aktivizaci různých reakcí, a to i agresivního charakteru. Akutní stres se může projevat i v narušení orientace ve stresující situaci, kdy jedinec není schopen chápat její význam a narůstá úzkost a dezorientace vlastních pocitů.²¹

Ve druhé fázi jde především o snahu stres zvládnout, což se pojí s hledáním účelných strategií, které mohou člověku poskytnout pocit kontroly nad situací. Pokud člověk zátěž zvládne, jeho fyziologické funkce se vracejí do normálního stavu, avšak jestliže potíže nadále přetrvávají, dostává se člověk do další fáze, kterou je fáze rozvoje stresem podmíněných poruch. Tuto fázi bychom mohli chápat jako projev selhání obranných mechanismů a nejde tudíž o akutní potíže, nýbrž již o trvalejší narušení.²² Během stresu se v mozku významně mění produkce řady mediátorů a neurotrofních faktorů, které se promítají do funkce mozkových neuronů i aktuálního, popřípadě dlouhodobého duševního stavu. Tyto změny se mohou projevit na úrovni emoční, kognitivní, behaviorální a sociální. Na úrovni emocí může stres souviset s řadou prožitků – od krátkodobých afektivních až po dlouhodobé změny nálady. Mohou se objevovat pocity smutku, frustrace, hněvu, agrese apod. Na úrovni myšlení dochází k ovlivňování kvality, ale také kvantity myšlenkových pochodů, taktéž se může stát, že myšlenkové pochody budou zcela dezorganizovány. Na úrovni chování se můžeme setkat s bojem, útekem nebo ustrnutím v situaci, kdy jsme vystaveni stresu. Všechny tyto změny se odrážejí na úrovni sociálních vztahů, kdy postižený člověk buďto vyhledává kontakty, či se jim snaží úplně vyhnout.²³

²⁰ Srov. RAHE, R. H et al., The stress and coping inventory: an educational and research instrument, *Stress Health* [online]. Volume 16, Issue 4. [cit. 2022-05-02]. Dostupné na WWW: <<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/10991700%28200007%2916%3A4%3C199%3A%3AAID-SMI848%3E3.0.CO%3B2-D>>.

²¹ Srov. VÁGNEROVÁ, M. *Současná psychopatologie pro pomáhající profese*, Praha: Portál, 2014., s. 41. ISBN 978-80-262-0696-5.

²² Srov. tamtéž. s. 42.

²³ Srov. OREL, M. a kolektiv, *Psychopatologie, nauka o nemocech duše*, 2.aktualizované vydání. Grada, 2016, s. 100. ISBN 978-80-247-5516-8.

1.1.2 Zvládání stresu

Míra odolnosti proti zátěžovým situacím je komplexní vlastností, která je závislá na mnoha faktorech, a k jejímu označení se často používá pojem hardiness neboli pevnost, tvrdost.²⁴ Tento pojem lze chápat jako vyjádření určitého stupně odolnosti či hranice, za níž se může daná situace jevit jako stresující. Teorie odolnosti, kterou zavedla S. Kobasová, hovoří o odolnosti, kterou tvoří konstelace osobnostních postojů složená ze tří součástí:

- a) odpovědnost či závazek k sobě a k práci,
- b) zvládání, zdolávání, pocit, že jedinec má pod kontrolou své prožitky a činy,
- c) postoj, podle něhož změna představuje výzvu a je chápána jako příležitost, ne jako ohrožení.²⁵

Dalším pojmem, který se v souvislosti se zvládáním stresu objevuje, je termín resilience neboli houževnatost a nezdolnost. Pojem resilience není totéž, co rezistence, a nelze ho tedy interpretovat pouze jako odolnost vůči stresu, nýbrž i jako schopnost rychlého zotavení a opětovné stabilizace, a to i včetně udržení životní pohody. To, jak člověk zátěžovou situaci zvládne, závisí také na jeho postoji k ní a také na sociální opoře, která může spočívat v různé podobě podpory rodiny či pomoci odborníků. Zásadním faktem je především to, aby jedinec dokázal pomoc přijmout a využít ji, neboť nedostatek podpory bývá nejen častou příčinou, ale i následkem různých druhů psychických problémů.²⁶ „Míra odolnosti vůči zátěžím závisí na vrozených předpokladech, individuálních zkušenostech i aktuálním stavu.“²⁷

Primární reakce zátěžové situace se může projevovat ve dvou základních mechanismech – tedy útoku, či úniku. Útok je chápán jako aktivní mechanismus vyjadřující tendenci ohrožující situaci vzdorovat. Únik je opakem útoku vyjadřující tendenci utéct ze situace, která se může jevit jako neřešitelná. Reakce na zátěžové situace se tedy mohou projevovat jako přímý útok na zdroj ohrožení, anebo faktickým útekem, či přenesením odpovědnosti na jinou osobu a v neposlední řadě v úplném popření problému.²⁸

1.1.3 Krize

Krize je v dnešní době velmi oblíbeným a běžně používaným termínem, který se používá k popisu situací, při kterých se něco dramaticky mění a tato změna může být doprovázena negativními emocemi.²⁹ Mohli bychom tedy konstatovat, že ke krizi dochází tehdy, kdy člověk čelí problému, který neumí, nechce či nedokáže řešit, což platí jak pro jednotlivce, tak pro páry, rodiny, komunity, ale dokonce i celou společnost.

²⁴ Srov. VÁGNEROVÁ, M. *Současná psychopatologie pro pomáhající profese*, Praha: Portál, 2014., s. 42. ISBN 978-80-262-0696-5.

²⁵ VIZINOVÁ, D., PREISS, M. *Psychické trauma a jeho terapie (PTSD), Psychologická pomoc obětem válek a katastrof*, Praha: Portál, 1999. s. 16. ISBN 80-7178-284-X.

²⁶ Srov. VÁGNEROVÁ, M. *Současná psychopatologie pro pomáhající profese*, Praha: Portál, 2014., s. 44. ISBN 978-80-262-0696-5.

²⁷ Tamtéž. s. 45.

²⁸ Srov. tamtéž. s. 45.

²⁹ ŠPATENKOVÁ, N., *Krize a krizová intervence*, Praha: Grada, 2017, s. 11, ISBN 978-80-247-5327-0.

Podle Vágnerové „krize je náhlé negativní vyhocení situace spojené s pocitem existence nezvládnutelného problému.“³⁰

K definování krize se obvykle používají tři základní složky, kterými jsou: nastane-li určitá spouštěcí událost, jedinec ji vnímá jako ohrožující, nebezpečnou a obvyklé způsoby jejího zvládnání selhávají, tedy pokud se situaci nepovede zvládnout, nastává krize.³¹ Pokud se člověk ocitá v psychické krizi, zažívá pocity zoufalství a beznaděje, jež mohou ovlivnit jeho chování, které může být nepřiměřené dané situaci. Může se jednat o reakce utlumené, či naopak mohou mít charakter afektivního výbuchu. Fáze zvládnání krize jsou velmi podobné jako u fenoménu stresu, v podstatě bychom mohli říci, že krize je určitou variantou stresu. Pro rozvoj krize není tolik důležité, co se vlastně stalo, ale spíše komu se to stalo, to znamená, že jde především o to, jak jedinec situaci vnímá, což rozhoduje o tom, zda je pro něj samotného situace nebezpečná a ohrožující, nebo nikoliv. Krize nemusí mít pouze negativní význam – pokud jedinec krizi překoná tím, že přehodnotí situaci, může mít krize i pozitivní dopad. Stejně tak ale může vést například k úniku k psychoaktivním látkám a tím k dalším negativním dopadům.³²

1.2 Zvládnání stresu

Každý člověk reaguje na stres velmi individuálně. Stresová reakce je velmi starý mechanismus, který měl v minulosti zvýšit šance člověka na jeho samotné přežití. Je důležité si uvědomit, že stresová reakce se dobově vyvíjela v období, ve kterém měly větší dominanci fyzické stresory, protože například hrozil nedostatek potravy, napadení divokou zvěří atd. Stresové reakce tedy mají spíše pozitivní konotaci a v minulosti nám byly velmi prospěšné, neboť byly nezbytné pro naše přežití. Bez stresové reakce by pro nás byl například ráno problém vstát z postele či jít do práce, tudíž jistá dávka stresu je pro člověka nezbytná. Avšak tlak způsobený stresem nesmí být příliš intenzivní či dlouhý, neboť překročí-li určitou hranici, může poškodit organismus. Můžeme tedy konstatovat, že krize, stres a jeho zvládnání neodmyslitelně souvisí právě s traumatem.³³

1.2.1 Obranné mechanismy

Obranné mechanismy bychom mohli označit za neuvědomělé způsoby, jak omezit úzkost pramenící z ohrožení vlastního sebepojetí. „Adaptace na subjektivně nepříjemné skutečnosti ohrožující obraz o sobě a tím mimo jiné i pocit jistoty je často zabezpečována obrannými mechanismy.“³⁴ Základem obranných mechanismů je především změna hodnocení a prožívání vlastní reality. Obrannými mechanismy se podrobně zabýval Sigmund Freud, který popsal deset základních obranných

³⁰ VÁGNEROVÁ, M. *Současná psychopatologie pro pomáhající profese*, Praha: Portál, 2014., s. 43. ISBN 978-80-262-0696-5.

³¹ Srov. ŠPATENKOVÁ, N., *Krize a krizová intervence*, Praha: Grada, 2017, s. 11, ISBN 978-80-247-5327-0.

³² Srov. tamtéž. s. 12.

³³ Srov. tamtéž. s. 14

³⁴ PAULÍK, K. *Psychologie lidské odolnosti*, Praha: Grada, 2017, s. 115. ISBN 978-80-247-5646-2.

mechanismů, jeho dcera Anna k nim později přidala ještě další.³⁵ Obranné mechanismy jedinec využívá především při svépomoci, ve které se je snaží sám uplatnit, a to především při reagování na náročné životní situace. „Obranné mechanismy jsou stabilní dispozice jedince reagovat určitým způsobem na náročné životní situace.“³⁶ Různé obranné reakce se liší mírou zkreslení skutečnosti a způsobem, jakým si člověk s touto informací poradí a jaký k ní zaujme postoj, v neposlední řadě se ukáže, jak se bude v důsledku toho chovat. Paulík označuje za základní obrany sebepojetí a pocitu jistoty nevědomé vytěsnění a vědomé potlačení. Vytěsnění je založeno na odstranění nepříjemných pocitů z vědomí, i přesto, že si člověk nemusí uvědomovat mohou jeho chování ovlivňovat. Člověk může nepříjemné zážitky, vzpomínky vytěsnit do nevědomí, čímž si je přestává uvědomovat a považuje je za zdánlivě vyřešené. Vytěsněné události se poté mohou člověku projevat v pozměněné podobě, jež vyvolává pocit ohrožení.³⁷ Potlačení spočívá v tom, že se člověk může zaměřit na jinou věc či popře důležitost nepříjemné události. Vágnerová uvádí, že se člověk brání zátěži tím, že nepřijímá informace, které se mu jeví jako ohrožující – takovým příkladem může být popření nemoci, kdy se jedinec chová jako by byl zdravý a o nemoci nechce ani mluvit, ani na ní myslet.³⁸ Mezi další obranné mechanismy můžeme zařadit racionalizaci, regres, identifikaci, projekci atd.

1.2.2 Copingové mechanismy

Problematika zvládání zátěžových situací se v psychologii označuje slovem „coping“. Tento pojem bychom z angličtiny mohli přeložit jako umění poradit si s mimořádně náročnou a obtížnou situací. Copingové mechanismy můžeme označit za takové aktivity, které slouží ke zvládání zátěžových situací. „Smyslem copingové aktivity je zlepšení celkové bilance, ať už k ní dojde v důsledku změny situace, nebo změny postoje.“³⁹ Člověk, který používá copingové mechanismy, tedy může dosáhnout svého cíle v podobě vyřešení problému, který je příčinou stresu. Hovoříme-li o zvládání stresu, je dobré rozlišovat mezi pojmy adaptace a coping. Fungování těchto dvou pojmů závisí na rozlišení zátěže a stresu. „Adaptace se vztahuje ke zvládání zátěže jako takové, kdežto coping se uplatňuje v případech, kdy je zátěž vzhledem k odolnosti osobnosti nadlimitní nebo podlimitní, a je tedy potřebné vyvinout zvýšené úsilí k vyrovnání se s ní.“⁴⁰ Mohli bychom tedy říci, že coping představuje zvládání obtížných a stresových situací.

Podle R. S. Lazaruse můžeme hovořit o dvou základních strategiích zvládání stresu, jež se posuzují podle výsledků hodnocení situace. Prvním z nich je coping zaměřený na řešení problému, druhý poté coping zaměřený na udržení přijatelné subjektivní pohody – tedy na emoce.⁴¹

³⁵ Srov. tamtéž. s. 115.

³⁶ ŠPATENKOVÁ, N., *Krize a krizová intervence*, Praha: Grada, 2017, s. 22, ISBN 978-80-247-5327-0.

³⁷ Srov. VÁGNEROVÁ, M. *Současná psychopatologie pro pomáhající profese*, Praha: Portál, 2014., s. 47. ISBN 978-80-262-0696-5

³⁸ Srov. tamtéž. s. 46.

³⁹ Tamtéž. s. 45.

⁴⁰ PAULÍK, K. *Psychologie lidské odolnosti*, Praha: Grada, 2017, s. 118. ISBN 978-80-247-5646-2.

⁴¹ Tamtéž. s. 119.

Coping zaměřený na řešení problému se vyznačuje úsilím změnit situaci k lepšímu, a to zejména prostřednictvím úpravy okolností nebo i vlastního chování.⁴² Coping zaměřený na emoce je založen na tom, aby člověk dostal své emoce pod kontrolu tak, aby nenarušovaly jeho integritu, stejně tak jako jeho vztahy v okolí. Oba typy copingu se prosazují podle výsledku hodnocení dané situace, což znamená, že pokud člověk usoudí, že je situaci možné zvládnout, volí coping řešení problému, pokud má naopak pocit, že situace se aktivně řešit nedá, volí druhý typ, kterým se snaží regulovat své emoce. Podle Lazaruse je coping komplexním dynamickým jevem, ve kterém mají lidé tendenci používat základní strategie ke zvládnutí všech situací, a to na základě hodnocení, co se dá za daných okolností dělat. Podle tohoto soudu poté jedinec volí a dává přednost jednomu typu.⁴³

Podle čeho si tedy člověk volí copingové strategie? Podle Špatenkové jsou to právě zkušenosti a subjektivní hodnocení, které člověku pomáhají v rozhodování, kterou ze strategií v situaci uplatní. „Optimální zvládací strategie spočívá v tom, že jedinec zasažený krizí nahlédne význam kritické události a vezme v úvahu rizika svých následných činů, nebo naopak rizika přerušování aktivity.“⁴⁴ Autorka poukazuje na efektivní a neefektivní strategie vyrovnávající se se zátěžovými situacemi.

Efektivní strategie:

- aktivní přístup k realitě a hledání informací,
- ventilování pozitivních a negativních emocí,
- aktivní hledání pomoci u jiných,
- rozdělení problémové situace na části a jejich postupné řešení,
- být sám schopen u sebe rozpoznat symptomy únavy a dezorganizace, což usnadňuje udržet si integraci a kontrolu nad každodenní aktivitou,
- aktivní vyrovnávání se s emocemi a problémy, anebo jejich akceptování v případě, že je není možné změnit,
- pružnost a ochota změnit sebe sama,
- sebedůvěra a důvěra k jiným lidem,
- naděje, že je možné krizovou situaci překonat.⁴⁵

Neefektivní strategie:

- odmítání připustit si problémovou situaci, selektivní uvažování, náládovost, pasivita,
- potlačování negativních emocí, jejich vytěšňování, nebo naopak jejich projekce a obviňování druhých,
- všeobecná dezorganizace činnosti, zhoršení pracovní nebo školní výkonnosti, prudké narušení denního rytmu a každodenních zvyklostí,
- výbuchy intenzivních emocí a celková neschopnost sebeovládání,
- rezignace na to cokoliv podniknout,
- nehledání pomoci u jiných, dokonce její neakceptování v případě, že je nabízena,
- pocit sevření problému (deprivace) a stereotypní reakce na ně.⁴⁶

⁴² Tamtéž. s. 119.

⁴³ Srov. tamtéž. s. 119.

⁴⁴ ŠPATENKOVÁ, N., *Krize a krizová intervence*, Praha: Grada, 2017, s. 23, ISBN 978-80-247-5327-0.

⁴⁵ Tamtéž. s. 24.

To, jak se člověk se zátěžovou situací vyrovnává, je velmi individuální, rozhodují totiž především jeho dosavadní zkušenosti, ale také jeho nastavení osobnosti. Mohli bychom tedy shrnout, že proces zvládnání náročných situací se realizuje dvěma základními způsoby, jimiž jsou obranné mechanismy a copingové neboli zvládací strategie. Oba způsoby mají své podobnosti, ale také rozdíly. Jak obranné mechanismy, tak copingové strategie pomáhají snižovat stres a náročnost zátěžových situací, liší se ovšem především v úrovni, na které jsou realizovány. Obranné mechanismy jsou často nevědomé a vedou zejména k přirozené reakci člověka, kdežto copingové strategie se vyznačují promyšleným jednáním, kterému předchází zhodnocení vlastních sil i dané situace.⁴⁷

2 Psychické trauma

Každý z nás se v průběhu svého života setkal s nějakou nepříjemnou a tíživou situací, která v něm zanechala stopu, jež se může projevat jak v myšlenkách, tak i ve snech jedince. Jsou lidé, kteří si tíživé vzpomínky nesou celý život s sebou a mohou tak často ohrožovat své vlastní duševní zdraví. Traumatické zážitky za sebou mohou zanechat stíny, které nás provázejí jak v našich dějinách a kultuře, tak také v našem okolí a jsou velmi často předávány z generace na generaci. Tíživé zážitky mají ovšem vliv i na naši mysl a emoce a mohou omezovat naši schopnost prožívat radosti a blízkost s druhým člověkem. Je důležité uvědomit si, že trauma neovlivňuje pouze ty, kterých se traumatický zážitek přímo týká, nýbrž také blízké osoby, což můžeme vidět na příkladu vojáků, kteří se vraceli domů z války s děsivými vzpomínkami a emocionální prázdnotou, která může traumatizovat a děsit další členy rodiny. Manželky mužů, kteří trpí posttraumatickým syndromem, trpí častějším výskytem depresí a tendencí k úzkostem, což má vliv i na jejich potomky.⁴⁸ Trauma je slovo, které je dnes velmi často skloňováno, přičemž i přes mnohoznačné užívání stále odpovídá svému původnímu významu, tedy zranění. Kdekoliv jsme zranění, tam se objeví jizva, která se tvoří, a ona tkáň jizvy je vždy tvrdší a méně odolnější než tkáň, kterou nahrazuje.⁴⁹

Traumatické zážitky se primárně rozdělují do třech základních skupin. První skupinou jsou přírodní katastrofy, jež způsobil člověk v důsledku nedbalosti, či chyby. Druhou skupinou jsou přírodní katastrofy, jež chápeme jako působení přírodních sil na život člověka v negativním smyslu slova – příkladem jsou zemětřesení, požáry, tajfuny, či povodně atd. Třetí skupinou jsou traumatické události, které byly záměrně způsobeny člověkem. Všechny tyto zmíněné události jsou pro člověka traumatizující, nejvíce speciálně ty, které jsou způsobeny s úmyslem ublížit, což člověka vede ke ztrátě základní důvěry a násilnému narušení osobní integrity.

⁴⁶ Tamtéž. s. 24.

⁴⁷ Srov. tamtéž. s. 24.

⁴⁸ Srov. KOLK, B. *Tělo sčítá rány, Jak trauma dopadá na naši mysl i zdraví a jak se z něj léčit*, Jan Melvil Publishing, 2021, s. 9. ISBN 978-80-7555-130-6.

⁴⁹ Srov. MATÉ, G. Understanding Trauma, Addiction, and the Path to Healing: A Conversation with Gabor Maté, *A Network of Mindfulness and Spirituality Podcast* [online] January 24, 2019. [cit.2022-15-03] Dostupné na WWW: <Understanding Trauma, Addiction, and the Path to Healing: A Conversation with Gabor Maté – Be Here Now Network 2022>.

Existují tedy různé typy traumat, které mají různé podoby.⁵⁰ Mezi typické člověkem způsobené katastrofy například patří:

- dopravní neštěstí,
- letecké katastrofy,
- lodní katastrofy,
- požáry a výbuchy plynů,
- kolapsy budov, mostů,
- nukleární katastrofy (Černobyl).⁵¹

Další kategorií traumat jsou katastrofy přírodního původu:

- povodně,
- vichřice,
- lesní požáry,
- zemětřesení,
- výbuchy sopek,
- laviny.⁵²

Třetí kategorií traumatických událostí jsou události, které způsobil sám člověk, a to především s úmyslem ublížit:

- kriminální činy, přepadení, znásilnění,
- sexuální zneužívání,
- teroristické útoky,
- válečné události,
- mučení.⁵³

Člověk se ve svém životě může setkat se situacemi, které nutně nemusí ohrožovat jeho život, ale i tak jsou pro něj traumatické. Pokud v nich člověk prožívá pocity hrůzy, strachu, bezmoci a naprosté ztráty kontroly, tak se právě i tyto události mohou stát spouštěčem rozvoje posttraumatické stresové poruchy. Mezi takové události bychom mohli zařadit úmrtí blízkého, těžké chirurgické operace, ztráta zaměstnání, rozvod či nepříjemné zážitky spojené s experimentováním s drogami.⁵⁴

2.1 Vznik psychického traumatu

Preiss a Vizinová uvádí, že trauma vzniká působením jednoho extrémně stresujícího zážitku nebo dlouhotrvající stresující situace, jež mohou na člověka působit jako vnější příčina, či se mu jeví jako extrémně děsivá a může pro něj znamenat i bezprostřední ohrožení života nebo tělesné integrity. Psychické trauma je charakteristické tím, že v jedinci vytváří pocit bezmocnosti. Mohli bychom tedy říci, že podstatou traumatu „je, že působením vnějšího činitele jsou poničeny psychické i biologické adaptační

⁵⁰ Srov. PRAŠKO, J., HÁJEK, T., PAŠKOVÁ, B., PREISS, M. a spol. *Stop traumatickým vzpomínkám, Jak zvládnout posttraumatickou stresovou poruchu*, Portál: Praha, 2003, s. 22. ISBN 80-7178-811-2.

⁵¹ Tamtéž. s. 22.

⁵² Tamtéž. s. 22.

⁵³ Tamtéž. s. 22.

⁵⁴ Srov. PRAŠKO, J., HÁJEK, T., PAŠKOVÁ, B., PREISS, M. a spol. *Stop traumatickým vzpomínkám, Jak zvládnout posttraumatickou stresovou poruchu*, Portál: Praha, 2003, s. 27. ISBN 80-7178-811-2.

mechanismy jedince.“⁵⁵ K poničení psychických i biologických mechanismů dochází v důsledku toho, že naše vnitřní i vnější zdroje nejsou schopny vyrovnat se s ohrožením. Rozdíl mezi stresem a traumatem vnímá právě traumatizovaný člověk, když není schopen bránit se děsivým zážitkům, které paralyzují jeho systém sebeobrany. Strašlivé zážitky ničí pocit vnitřní kontroly a ve svých důsledcích mohou narušit i důvěru ve smysl, řád a souvislost lidského života jako celku. Člověk může začít hluboce pochybovat o smyslu své vlastní existence a také existence života obecně.⁵⁶

Můžeme se tedy ptát, kdy traumatická reakce vzniká. Traumatická reakce vzniká ve chvíli, kdy člověk stojí tváří v tvář extrémní hrůze, a není schopen na ni smysluplně reagovat a pociťuje naprostou bezmoc. V předchozí části práce jsme si popsali obranné mechanismy lidského organismu na stres – pokud se člověku nepodaří je zaktivovat a uskutečnit, dochází k dezorganizaci jednotlivých obvyklých reakcí organismu na nebezpečí. Traumatické události tak vyvolávají hluboké a dlouhodobé změny v oblasti fyziologické, emoční, ale také kognitivní.⁵⁷

2.2 Rysy traumatu

Mezi hlavní znaky traumatu patří disociace neboli oddělení různých duševních procesů, které jinak fungují ve vzájemném spojení. V praxi to znamená, že se člověk nevědomě brání přílivu emocí, které by pravděpodobně nedokázal dostatečně zpracovat. „Symptomy vyvolané traumatem mají tendence ztrácet vazbu se svým průvodcem a žijí si dále svým vlastním životem, přičemž pokud se vzpomínky, které obvykle nejsou volně přístupny vědomí, pomůže vybavit např. podnět připomínající trauma, vzniká obrovský emoční tlak.“⁵⁸ Člověk se tedy může jevit plně přizpůsobený, avšak za jistých podmínek mu hrozí afektivní reakce nekontrolovaného charakteru. „O stavech disociace vědomí je známo, že mohou fungovat jako reakce přizpůsobení akutním traumatům. Umožňuje totiž: únik z omezení daných realitou, vymezení traumatickým vzpomínkám a afektů do oblasti za hranicemi normálního vědomí, změnu sebeidentifikace nebo odpoutání od ní.“⁵⁹

Jeden z dalších hlavních rysů traumatu je narušení mezilidských vztahů. Člověk má větší tendenci vztahovat se k ostatním lidem, když jeho vnitřní zdroje selžou a nedokážou zvládnout ohrožující situaci. Symptomy, které z traumatu vyplývají (jako bolest, strach a vyčerpání), vedou k tomu, že člověk přirozeně stojí o to získat péči druhých. Mohli bychom tedy říci, že stabilní a kvalitní sociální vazby mohou traumatizovanému jedinci poskytnout potřebnou podporu. Stabilní sociální vztahy jsou tedy faktorem, který může mít vliv na míru následků traumatu. „Nejdrtivější dopad má na člověka trauma prožité v izolaci, bez možnosti sdílení je člověk připraven o jeden z nejdůležitějších zdrojů napomáhajících adaptaci.“⁶⁰

⁵⁵ VIZINOVÁ, D., PREISS, M. *Psychické trauma a jeho terapie (PTSD), Psychologická pomoc obětem válek a katastrof*, Praha: Portál, 1999. s. 17. ISBN 80-7178-284-X.

⁵⁶ Srov. tamtéž. s. 17.

⁵⁷ Srov. tamtéž. s. 17.

⁵⁸ Tamtéž. s. 18.

⁵⁹ Tamtéž. s. 18.

⁶⁰ Tamtéž. s. 18.

Traumatická zkušenost ovšem velmi často zanechává negativní následky v mezilidských vztazích, neboť pocit opuštěnosti a bezmoci, který traumatizovaný prožívá, zasahuje do intimních, rodinných, ale i abstraktních vztahů, jež mohou oslabit důvěru v určitý hodnotový systém. Pokud si člověk projde traumatem v raném dětství, může se tím poškodit vznik bazální důvěry a celkového zdravého vývoje osobnosti. Ztráta důvěry ovšem může být důsledkem traumatu v jakémkoli věku. Velmi často se objevují otázky pocitu viny, který je společným rysem lidí, kteří prošli traumatickými událostmi jako válkou, přírodní katastrofou, nebo hromadnou havárií. Příklad přetrvávajícího pocitu viny můžeme spatřovat u přeživších koncentračních táborů, kteří byli svědky nesmírného utrpení a smrti druhých lidí, ale nemohli nebo nedokázali tomu zabránit. Stejně jako ztráta důvěry může i ustavičný pocit viny způsobený traumatem zasahovat do všech mezilidských vztahů traumatizovaného člověka.⁶¹ Vině často předchází otázka „Proč právě já?“. Lidé poté ustavičně přemýšlí nad tím, proč zrovna oni traumatickou událost přežili, někteří své přežití vnímají jako přežití na něčí úkor, což může vyvolávat retraumatizaci.⁶²

2.3 Formy a symptomy traumatizace

Psychickou traumatizaci můžeme rozdělit na tři základní formy, který jsou:

Primární traumatizace: člověk je přímým cílem agrese (např. zabití, zranění, mučení, znásilnění, vyhoštění, nucené pasivní přihlížení vraždě).

Sekundární traumatizace: podnět je blízká zkušenost s traumatizací jiné osoby (např. rodina zabitého, mučeného, pohřešovaného apod.).

Terciární traumatizace: člověk není v přímém vztahu k oběti traumatizace, ale je v kontaktu s primárně či sekundárně traumatizovanými jako svědek, člen perzekvované skupiny, humanitární pracovník nebo terapeut.⁶³

Symptomy, které se vynořují v důsledku traumatické zkušenosti, můžeme rozdělit na tři hlavní kategorie – nadměrné vzrušení, intruzivní příznaky a stažené příznaky.

Nadměrné vzrušení, které je následkem neustálého očekávání ohrožení a nebezpečí. Trvalé vzrušení je pro člověka stavem, ve kterém je schopný bojovat, či uniknout z ohrožující situace. **Intruzivní příznaky** jsou vtíravé a neodbytné pocity opakovaného prožívání traumatické události. Tyto opakující se vzpomínky se mohou projevat jako noční můry, záblesky paměti a jejich spouštěče mohou být i smyslového charakteru, stejně tak jako zdánlivě bezvýznamným podnětem. Tyto záblesky (flashbacky) může člověk vnímat jako skutečnou realitu.⁶⁴

Příznaky stažené (sevření) jsou důsledky situace, kdy byl člověk vystaven totální bezmoci, nemohl ani zaútočit, ani utéct, tudíž se ocitl v náhlé strnulosti, zkamenělosti či paralýze. Člověk z této bezmoci může uniknout jedině změnou stavu vědomí. Člověk může na traumatický zážitek reagovat i klidem, ve kterém pocity strachu a hrůzy mizí,

⁶¹ Srov. tamtéž. s. 18.

⁶² Srov. tamtéž. s. 19.

⁶³ Tamtéž. s. 19.

⁶⁴ Srov. tamtéž. s. 20.

neboť vnímání jedince může být deformované. „Vnímání může být deformované, provázené částečnou anestézií nebo ztrátou určitých vjemových modalit.“⁶⁵

2.4 Posttraumatická stresová porucha

2.4.1 Historie

V této podkapitole se budeme věnovat především historii posttraumatické stresové poruchy (dále PTSD). Podíváme-li se do historie, zjistíme, že studie o psychickém traumatu, a tedy i o PTSD, se vyznačují epizodickou anamnézou neboli obdobími, kdy bylo jejich zkoumání aktivního charakteru a kdy bylo střídáno s obdobími zapomnění. Případy, ve kterých došlo k traumatu při přírodních katastrofách, jsou v historii lépe popsány s dostatečnou pozorností, neboť je vždy zřetelně vidět, jaká strana je strana oběti. O něco složitější – a tím i těžší na uchopení – jsou situace související s násilím či událostmi přímo spojenými s působením člověka. Nastává tak totiž konflikt mezi zločincem a obětí. I v dnešní době se studie o traumatu stále dotýká citlivých témat, jako je tendence k diskriminaci oběti buďto tím, že je přehlížena, anebo tendencí relativizovat vinu pachatele. V minulosti můžeme vidět příklady, kdy bylo součástí diskuse o PTSD to, zda jsou pacienti hodni péče a zájmu, zda svou újmu pouze nepředstírají. Je samozřejmé, že výzkum následků psychického traumatu vyžaduje kontext, ve kterém je možné ukázat na pravdivé skutečnosti, tedy zohlednit i sociální a politické souvislosti.⁶⁶

Koncem minulého století se důkladně začal studovat jev ve své době zvaný jako hysterie, který se ještě dnes pojí se jmény jako Janet, James či Freud. S pacienty trpícími příznaky hysterie lékař trávil dlouhé hodiny rozhovorem, jež mu měly podat ucelený obraz o pacientově osobním životě a prožívání. Janet a Freud se nezávisle na sobě shodli, že hysterie je stavem způsobeným psychickým traumatem.⁶⁷ První informace o válečných traumatech pocházejí z americké občanské války, později byly ještě doplněny studiemi o první světové válce. Z těchto studií vznikl pojem shell shock neboli nervový *otřes*, kterým trpělo mnoho vojáků. I zde můžeme vidět příklad toho, že oběti byly často vystaveny podezření, že svůj stav zveličují, jelikož dlouhá léta bylo vojákům trpícím PTSD tvrzeno, že jsou pouze zbabělci.⁶⁸

Zájem o studium neurózy se vrátilo s druhou světovou válkou, po níž se zvýšil zájem o její léčbu. Výzkumy psychiatrů totiž hovořily o tom, že následkům válečných traumat může podlehnout každý člověk. Lékaři přišli se zprávou, že objevili jeden z významných faktorů, který by mohl zmírnit či plně zabránit rozvoji následků traumatu – tímto faktorem je pevná emoční vazba mezi spolubojovníky. Systematický výzkum následků války byl pozastaven až do vietnamské války. V 70. letech se veteráni z Vietnamu začali sjednocovat ve svépomocných skupinách se žádostí o psychologickou pomoc. Na základě protiválečných aktivit, jež vedly k významným výzkumům, byla i pečlivě popsána právě i posttraumatická stresová porucha jako následek válečných zážitků. „Traumatické zkušenosti vojáků a vězňů koncentračních

⁶⁵ Tamtéž. s. 21.

⁶⁶ Srov. VIZINOVÁ, D., PREISS, M. *Psychické trauma a jeho terapie (PTSD), Psychologická pomoc obětem válek a katastrof*, Praha: Portál, 1999. s. 24. ISBN 80-7178-284-X.

⁶⁷ Srov. tamtéž. s. 24.

⁶⁸ Srov. tamtéž. s. 24.

táborů byly souhrnně označeny za „syndrom přežití“.⁶⁹ Později se se tyto pojmy začaly užívat v USA, a to ve spojení s psychickými poruchami vyvolanými traumatickým zážitkem i přes absenci válečné zkušenosti. Od 70. let se mnoho vědkyň věnovalo problematice znásilnění, zneužívání žen a dětí a také násilí v rodině, v čehož vznikl typický obraz psychické reakce s názvem „traumatický syndrom po znásilnění“, který v mnohém připomínal symptomy válečných veteránů. „V prvním vydání Diagnostického a statistického manuálu duševních poruch (Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders – dále jen DSM) byl traumatický syndrom označován jako „velká stresová porucha“.⁷⁰ Pojem posttraumatická stresová porucha (posttraumatic stress disorder – PTSD) se poprvé objevil ve druhém vydání DSM v roce 1968.“⁷¹

2.4.2 Popis a diagnostika stresové poruchy

PTSD, tedy posttraumatická stresová porucha, byla dříve popisována jako následek traumatické zkušenosti – například válečné neurózy, nervového šoku či syndromu koncentračního tábora, syndromu znásilnění, syndromu zneužívaného dítěte. Oddělení pojmu PTSD přineslo nové možnosti v teoretickém vymezení, ale také praxi a výzkumu. PTSD byla podle DSM-III zařazena pod velkou skupinu úzkostných poruch:

308.30 Posttraumatická stresová porucha, akutní – vzniká bezprostředně po události a obvykle trvá několik hodin či dní, prakticky může vzniknout do měsíce po traumatizující zkušenosti. Průběh akutní fáze může napovědět další rozvoj posttraumatické poruchy.⁷²

309.81 Posttraumatická stresová porucha, chronická nebo opožděná – projevuje se jako oddálená a prodloužená reakce na nezvládnutý traumatizující zážitek. Zásadním obdobím pro její vznik jsou první tři měsíce, ale je dokázáno, že plně rozvinout se může do šesti měsíců po traumatické události. Ve výjimečných případech může k rozvoji dojít i po několika letech. U malého procenta nemocných může při dlouhodobém přetrvávání potíží dojít k trvalejší změně osobnosti.⁷³

Po určité době po traumatickém zážitku se u člověka může objevit posttraumatická stresová porucha, kterou lze z medicínského hlediska nazvat klinickou jednotkou, jež se vyznačuje tím, že u člověka dochází k znovuoživení traumatu v nedobytných vzpomínkách.⁷⁴ Člověku se dostávají pocity otupělosti či emoční oploštělosti, často má tendence stranit se lidem. U jedince se objevují pocity úzkosti, deprese a v krajních případech i suicidální myšlenky. Tento negativní stav může trvat několik týdnů až měsíců, mívá proměnlivý průběh, který se může časem upravit, ale také může přejít až v chronický stav s trvalou změnou osobnosti. „Posttraumatická stresová porucha je prodlouženou nebo oddálenou reakcí na trauma či dlouhodobý stres, je projevem jeho nezvládnutí. Projevuje se různými psychickými i somatickými potížemi.“⁷⁵ PTSD se vyznačuje zejména narušením emočního prožívání a je jedním z důsledků nedostatečně

⁶⁹ Tamtéž. s. 25.

⁷⁰ Tamtéž. s. 26.

⁷¹ Tamtéž. s. 25.

⁷² VÁGNEROVÁ, M. *Současná psychopatologie pro pomáhající profese*, Praha: Portál, 2014., s. 411. ISBN 978-80-262-0696-5.

⁷³ Tamtéž. 412.

⁷⁴ Srov. MAREŠ, J. *Posttraumatický rozvoj člověka*, Grada, 2012, s. 19. ISBN 978-80-247-3007-3.

⁷⁵ VÁGNEROVÁ, M. *Současná psychopatologie pro pomáhající profese*, Praha: Portál, 2014., s. 403. ISBN 978-80-262-0696-5.

zpracovaného traumatu, které nám způsobuje problémy i přes to, že je vytěsněno z vědomí.

2.4.3 Narušení emočního prožívání

„Změna emočního prožívání je „typickým příznakem chronická, přetrvávající úzkost, vnitřní napětí, přecitlivělost, podrážděnost a sklon k nepřiměřeným úlekovým reakcím.“⁷⁶ Takové typy reakcí mohou v jedinci vyvolávat podněty, které traumatizující situaci připomínají, a tím může dojít k pocitům nebezpečí a ohrožení.

Deprese je další z velmi častých reakcí, ve kterých jedinec pociťuje smutek a zármutek nad ztrátou pocitu jistoty. Lidé trpící posttraumatickou stresovou poruchou mohou být citově oploštěni, nedokážou prožívat a projevovat emoce jako radost a uspokojení. Důvodem nemožnosti prožívat emoce může být celkové vyčerpání, anebo může jít o způsob obrany, která člověku umožňuje znovu nevstoupit do další nepříjemné situace. Mezi další projevy patří vtíravé vzpomínky a flashbaky, které mohou vracet pocity úzkosti a strachu, které dotyčný může skutečně intenzivně prožívat a někdy ho mohou i celkově paralyzovat.⁷⁷

2.4.4 Změna kognitivních funkcí

Pokud člověk není schopný dostatečně se vyrovnat se svým traumatizujícím zážitkem, může to ovlivnit nejen jeho emoční prožívání, ale také kognitivní oblast. „Pod vlivem traumatu může dojít ke generalizaci pocitu ohrožení a k vytvoření asociace s původně neutrálními podněty, které jsou nyní považovány za ohrožující.“⁷⁸ To má za následek to, že člověk zaměří svoji pozornost na vše, co považuje za potenciálně nebezpečné. Tento následek vede k tomu, že dotyčný se vyhýbá takovým situacím a tím v podstatě omezuje svůj život, například přestane vycházet ven z domu.

Další změnou může být trvalý potlačení či vytěsnění nepříjemných zážitků, které člověk není schopný zvládnout, a má tedy tendenci se vyhýbat všemu, co by mohlo traumatický zážitek připomenout. Oběť v mnoha případech tíhne k tomu, že událost nedokáže dostatečně popsat, zdůrazňuje některé detaily a jiné bagatelizuje, a tím může být zakryt skutečný význam. Reakce na traumatickou situaci může být také opačného charakteru, kdy se vzpomínky na prožitá trauma opakovaně vrací do vědomí. Tyto vzpomínky mohou mít až vtíravou podobu, mohou se objevit i v děsivých snech, myšlenkách a představách. Člověk je nemůže ovlivnit vůlí, tudíž znovuprožívání traumatu může být velmi náročné a trýznivé. Může dojít k pocitům bezmocnosti jako reakce na přesvědčení o vlastní neschopnosti, což vede ke ztrátě jistoty a bezpečí.⁷⁹

⁷⁶ Srov. tamtéž. s. 403.

⁷⁷ Srov. tamtéž. s. 403.

⁷⁸ Tamtéž. s. 404.

⁷⁹ Srov. tamtéž. s. 404.

2.4.5 Změny v chování

Lidé trpící posttraumatickou poruchou mají sklon k extrémním projevům. „Taktéž může převažovat nadměrná aktivizace a tendence k akcentovaným reakcím, nepřiměřeným vyvolávajícímu podnětu.“⁸⁰ Jedinec tedy může na běžné podněty reagovat podrážděně a vztekle, protože pocity bezmocnosti a ponížení mohou tendenci k tomuto chování posilovat. Na druhou stranu ale může u jedince docházet i k reakci opačné, tedy k útlumu aktivity a ke ztrátě zájmu o cokoliv.⁸¹ Mohli bychom tedy shrnout, že pro jedince trpící posttraumatickým syndromem jsou charakteristické změny chování ve vztazích. Může mezi ně patřit:

- vyhýbavé chování,
- zabezpečovací chování,
- vyhledávání pomoci a ujištění,
- tendence sociálně se izolovat,
- nervózní chování,
- zanedbávání příjemných a rekreačních aktivit,
- hádavost, vyčítání, obviňování druhých,
- sebevražedné jednání.⁸²

2.4.6 Tělesné příznaky

Dalším rysem posttraumatické stresové poruchy je vysoká úroveň tělesného napětí společně s nervozitou. Tělesné napětí je do jisté míry důsledkem dlouhodobého strachu, úzkosti a obav, na straně druhé je vysoká míra tělesných příznaků určitou podporou k tendenci obávat se o své zdraví. Pokud člověk zažívá dlouhodobé fyzické obtíže, je pro něj velmi těžké mít dostatek energie, což vede k bludnému kruhu. Typické tělesné potíže u lidí trpících PTSD jsou:

- zrychlený tep a bušení srdce,
- tíha a sevření na hrudi,
- píchání nebo bolest na hrudi,
- nemožnost popadnout dech,
- zrychlené dýchání,
- bolesti hlavy nebo její sevřenost, píchání v hlavě,
- závratě, pocity na omdlení,
- pocity na zvracení,
- zácpa nebo průjem, bolesti břicha,
- třes rukou,
- těžké a malátné nohy a ruce, tíha v celém těle,
- návaly horka nebo zimnice,
- poruchy menstruačního cyklu,
- nechutenství, nebo naopak nutkání přejíst se,

⁸⁰ Tamtéž. s. 406.

⁸¹ Srov. tamtéž. s. 406.

⁸² PRAŠKO, J., HÁJEK, T., PAŠKOVÁ, B., PREISS, M. a spol. *Stop traumatickým vzpomínkám, Jak zvládnout posttraumatickou stresovou poruchu*, Portál: Praha, 2003, s. 47. ISBN 80-7178-811-2.

- celková únava, malátnost,
- nespavost, mělký spánek.⁸³

2.4.7 Změna osobnosti

Jak jsme již zmínili výše, pokud obtíže dlouhodobě přetrvávají, může dojít k trvalejší změně osobnosti zasaženého člověka. Jedinec, který se s traumatem nedokázal vyrovnat, má tendence být úzkostný, nejistý a velmi ostražitý, často je nedůvěřivý a podezřívavý ve vztahu k lidem. To platí i naopak, že člověk může mít tendenci k nadměrnému až závislostnímu vztahu k jiné osobě. Uvnitř jedince trpícího PTSD mohou přetrvávat pocity prázdnoty a beznaděje a mohou se objevovat i pochybnosti o smyslu života.⁸⁴

2.4.8 Komorbidita

Stejně jako jiné poruchy se i PTSD se běžně projevuje spolu s jinými poruchami. „Výzkumné studie v USA ukázaly, že 98,8 % osob s PTSD trpělo ve svém životě nejméně jednou jinou psychiatrickou poruchou, včetně zneužívání návykových látek.“⁸⁵ Kessler uvádí, že u mužů je nejčastější užívání alkoholu a u žen výskyt depresí a úzkostných poruch.⁸⁶

2.5 Faktory působící PTSD

Jak jsme si uvedli výše, posttraumatický stresový syndrom se váže k prožití závažné události, a to zejména u zranitelných jedinců. Co je tím přesně míněno? K tomu, aby se rozvinulo PTSD, přispívá nejen traumatická událost, ale také citlivost organismu. Z tohoto faktu přirozeně vyplývá otázka, jak je možné, že někdo po setkání s extrémně stresovou situací nemá problém se na ni plně adaptovat a jinému tato situace způsobuje potíže. Velkou roli hraje zranitelnost člověka, o které bychom mohli říct, že je částečně vrozená, částečně naučená zážitky z dětského a dospívajícího věku. Příčina tedy není jedna, ale je to kombinace vlivů. Pokud člověk zažívá obtížnou a stresovou situaci, je normální v ní prožívat obavy a strach, otázkou ovšem zůstává, proč se mu tyto pocity objevují, i když už je jejich příčina odstraněna. Jedním z nejvíce pravděpodobných důvodů je právě vrozená zranitelnost člověka. Mezi další důvody, které mohou být příčinou PTSD je učení se v dětství, nedostatečný pocit bezpečí ve světě, úzkostní rodiče, nadměrné trestání, kritizování nebo odmítající výchova, či výchova k perfekcionismu. „Spouštěčem vlastních obav a starostí je pak v dospělosti stres. Zejména negativní životní události upevňující v dětství naučený pocit, že svět je nebezpečný a vyžaduje stálou ostražitosť a kontrolu.“⁸⁷

⁸³ Tamtéž. s. 45.

⁸⁴ Srov. VÁGNEROVÁ, M. *Současná psychopatologie pro pomáhající profese*, Praha: Portál, 2014., s. 408. ISBN 978-80-262-0696-5.

⁸⁵ VIZINOVÁ, D., PREISS, M. *Psychické trauma a jeho terapie (PTSD), Psychologická pomoc obětem válek a katastrof*, Praha: Portál, 1999. s. 31. ISBN 80-7178-281-X.

⁸⁶ Srov. tamtéž. s. 31.

⁸⁷ PRAŠKO, J., HÁJEK, T., PAŠKOVÁ, B., PREISS, M. a spol. *Stop traumatickým vzpomínkám, Jak zvládnout posttraumatickou stresovou poruchu*, Portál: Praha, 2003, s. 51. ISBN 80-7178-811-2.

2.5.1 Dědičné faktory

Do určité míry můžou mít dědičné predispozice vliv na zranitelnost vůči PTSD. V některých rodinách lze pozorovat zvýšenou citlivost a zranitelnost, které se dědí z generace na generaci. Neznamená to však, že každé dítě, které prožilo těžké dětství, musí stresu automaticky podlehnout, což je však spíš výjimečné. Naopak jsou lidé, kteří jsou vůči stresu méně odolní, protože tato citlivost může být částečně vrozená. Mozkové dysfunkce, vrozený temperament jsou faktory, které taktéž určují odolnost ke stresům. Tyto predispozice nemůžeme změnit, avšak můžeme změnit svůj postoj k nim tím, že se s nimi naučíme pracovat ve smyslu umět si vytipovat situace, na které případně reagujeme neadekvátně.⁸⁸

2.5.2 Naučené faktory citlivosti

I přesto, že traumatické události jsou nepředvídatelné, je pravdou, že někteří lidé se naučili být vůči stresu odolnější a někteří se naučili být citlivější. Pokud se podíváme na člověka v obecné rovině, „odolnost představuje kvalitu jeho adaptační schopnosti umožňující adekvátně zvládat dynamické podmínky, v nichž žije, a vyrovnat se v interakci s nimi s kladenými nároky (zátěží), aniž by bylo podstatně narušeno fungování jeho osobnosti.“⁸⁹ Je zajímavé uvést příklad, kdy například hasiči jsou odolnější vůči traumatům spojeným s požárem, stejně tak jako automobilový závodník vůči autohaváriím či sociální pracovník vůči traumatizovaným klientům. Naučené faktory obsahují všechno, co jsme se od narození naučili, a hrají podstatnou roli v tom, jak vnitřně zacházíme se stresory. To, jak na život hledíme, jaké hodnoty a postoje v životě vyznáváme, náš životní styl, to všechno má vliv na to, jak se dokážeme se stresory vyrovnat. „Vývoj od dětství do dospělosti, ale i významné životní události dospělosti vytvářejí určitý „kognitivní styl“, tedy styl myšlení, hodnocení a postojů k sobě, ke druhým a ke světu vůbec.“⁹⁰ Pokud je toto životní nastavení pokřiveno negativními vzory a zážitky, snižuje výrazně naši odolnost vůči stresu.

2.6 Následky traumatu

Následky traumatu mohou zasahovat do každé oblasti našeho života. Člověk může ustrnout v negativních dopadech PTSD, anebo si traumatický zážitek dokáže odžít a zpracovat, což mu umožní trauma přeměnit na nebolestivé vzpomínky, které v něm nebudou dále vyvolávat negativní prožitky. Mareš uvádí odstupňované následky prožitého traumatu, kterými jsou:

- rezignování – ve kterém jedinec vzdává své úsilí a není schopen účinně fungovat,
- přežívání – ve kterém jedinec sice funguje, ale v omezené míře,

⁸⁸ Srov. tamtéž. s. 52.

⁸⁹ PAULÍK, K. *Psychologie lidské odolnosti*, Praha: Grada, 2017, s. 147. ISBN 978-80-247-5646-2.

⁹⁰ PRAŠKO, J., HÁJEK, T., PAŠKOVÁ, B., PREISS, M. a spol. *Stop traumatickým vzpomínkám, Jak zvládnout posttraumatickou stresovou poruchu*, Portál: Praha, 2003, s. 53. ISBN 80-7178-811-2.

- návrat k normálu – jedinec projevuje odolnosti vůči traumatu, vrací se na původní úroveň fungování, nabývá ztracené rovnováhy,
- prospívání – v němž jedinec transformuje trauma do podoby výzvy, úspěšně se s ním vyrovnává a dostává se na vyšší úroveň, než na jaké byl před traumatickou událostí.⁹¹

2.6.1 Sociální následky

Následky traumatu nicméně mohou mít také sociální význam, v němž pozice oběti, pokud docházelo k jejímu týrání či sexuálnímu zneužívání, může člověka sociálně stigmatizovat. Pokud o prožití traumatické události ví okolí, může se stát, že se k oběti začnou chovat jinak, může jít o kombinaci soucitu a odtažitosti, v extrémních případech dokonce o odpor. „Negativně může působit nadměrné ochranné ochrání, projevování soucitu či manipulace s postiženým člověkem, která nebere v úvahu jeho pocity, nebo nucení k určité aktivitě, např. „musíš jít mezi lidi“.“⁹² Na vině velmi často bývá neporozumění projevům traumatizace – tyto projevy se lidem mohou jevit jako nesmyslné a často se tak k obětem neumí chovat s dostatečným pochopením. Dalším omylem může být to, že ostatní lidé vlastně nevědí, zda oběť chce o své zkušenosti mluvit, a tak se jí z potřeby obrany vyhýbají. Tyto změny od obou stran mohou vést k narušení mezilidských vztahů, obzvláště když k těmto změnám přispívají další změny postižených, jako je například sklon k izolaci či určitá odtažitost. Jedinci, kteří byli vystaveni dlouhodobému vztahu s agresorem, mají náchylnost k podřízené roli v dalších vztazích.⁹³

2.6.2 Psychické následky

Psychické následky jsou velmi úzce spjaty s příčinami PTSD. Mezi psychické následky traumatu můžeme zařadit opětovné prožívání traumatické události, která se obvykle navrácí v podobě snů majících děsivý obsah. Výjimečně se mohou objevit stavy podobné disociativním stavům přetrvávajícím několik minut až hodin, či dní. Zasažená osoba se chová stejně, jako kdyby událost prožívala znovu. Následkem traumatu se může člověk při znovuprožívání traumatické události setkat s psychickou netečností, strnulostí a také s emočním odpojením. Lidé si po traumatické události mohou stěžovat na pocit emočního oddělení od ostatních lidí a neschopnost prožívat emoce spojené s intimitou, něžností a sexualitou.⁹⁴

Vizinová a Preiss ve své knize *Psychické trauma* uvádějí následky traumatu s ohledem na vývojové stupně, které si v této podkapitole představíme podrobněji. Na to, jak se s traumatem vyrovnáme, má vliv i věk, ve kterém se s traumatickou událostí setkáme, neboť adaptační kapacita pro zvládnutí zátěže a vyrovnání se s úzkostí je také podmíněna vývojově.

⁹¹ MAREŠ, J. *Posttraumatický rozvoj člověka*, Grada, 2012, s. 22. ISBN 978-80-247-3007-3.

⁹² VÁGNEROVÁ, M. *Současná psychopatologie pro pomáhající profese*, Praha: Portál, 2014., s. 412. ISBN 978-80-262-0696-5.

⁹³ Srov. tamtéž. s. 412.

⁹⁴ Srov. VIZINOVÁ, D., PREISS, M. *Psychické trauma a jeho terapie (PTSD)*, Psychologická pomoc obětem válek a katastrof, Praha: Portál, 1999. s. 27. ISBN 80-7178-284-X.

Předškolní děti – Děti ve věku 0-6 let jsou plně závislé na dospělých, a tudíž jsou v ohrožujících situacích naprosto bezmocné. Úkolem dospělých je zajistit dětem bezpečí a jistoty, které je před nebezpečím uchrání. Malé děti si dokonce ani neumí představit, jak by se takové traumatické zkušenosti měly bránit. Jediný způsob úniku je pro ně usnutí. „Po traumatu bývají menší děti oněmělé a stažené do sebe. Existuje několik zaznamenaných případů, kdy děti strnule zůstávaly u svých mrtvých rodičů, neschopné mluvit, jíst nebo projevovat spontánní aktivitu.“⁹⁵ Jedním z následků traumatu může být mlčení, které nutně nemusí znamenat, že dítě na traumatickou událost zapomnělo, neboť je častým jevem, že děti zážitky zpětně vyprávějí velmi detailně a projevují je například v kresbách či hrách. Dalším následkem traumatu může být přehnaná fixace na rodiče, dítě může mít tendenci vztekát se, když ho necháme o samotě. Děti tedy mohou reagovat na nové a jimi těžko uchopitelné události nezvyklým ale někdy i symbolických způsobem.⁹⁶

Děti školního věku (6-12 let) - Děti v tomto věku často odpovídají na trauma v projevech kognitivních, emocionálních, ale i behaviorálních. V důsledku vzpomínek na traumatickou událost mohou mít děti problém se soustředěním, což se ve většině případů odrazí právě ve škole. Velmi častým projevem následku traumatu jsou v tomto věku poruchy učení, problémové chování, konflikty. Děti ve školním věku se s traumatem vyrovnávají nejčastěji za pomoci své vlastní fantazie, například ve formě záchrany rodičů. Tento způsob vyrovnávání se s událostí poskytuje dítěti obranu před pocitem bezmocnosti. Děti v tomto věku disponují větší mírou kognitivní zralosti, která jim mimo schopnost představitivosti přináší i pocity viny a odsuzování sebe samých. Výzkumy ukazují, že největší vliv na následky traumatu u dítěte mají rodiče, to znamená, že to, jak rodiče zvládnou traumatickou zkušenost, přímo ovlivní reakce dítěte. „Posttraumatický stres rodičů má prokazatelný vliv na vývoj dítěte a na vznik psychopatologie uvnitř rodinného systému.“⁹⁷ Traumatizované děti školního věku mohou vykazovat známky dvou odlišných změn v chování – buďto jsou mezi vrstevníky pasivnější, anebo naopak agresivnější. Obě změny v chování mohou vést k sociální izolaci mezi vrstevníky.⁹⁸

Dospívající – Pro dospívající bývají následky traumatu v mnoha ohledech rizikovější, neboť jejich kognitivní zralost je již na vysoké úrovni, a tudíž si důsledky traumatu mohou lépe domyslet. Dospívající k popření skutečnosti traumatického zážitku již nepoužívají představitost ani hry, ale jejich způsobem velmi často bývá sebedestruktivní chování. U dospívajících může nastat období, ve kterém se začnou bouřit a vzdorovat, což může vést k zanedbávání školy, užívání alkoholu a drog, předčasnému sexuálnímu životu. „Na rozdíl od školních dětí dovedou posoudit, jak mohli, nebo nemohli zabránit důsledkům traumatické události, přesto mohou po dlouhá období zakoušet silné pocity viny.“⁹⁹ Pro tento věk je typické hledání smyslu života, který je pro dospívající o to obtížnější, neboť je poznamenán frustrací z traumatické zkušenosti.¹⁰⁰

⁹⁵ VIZINOVÁ, D., PREISS, M. *Psychické trauma a jeho terapie (PTSD), Psychologická pomoc obětem válek a katastrof*, Praha: Portál, 1999. s. 74. ISBN 80-7178-284-X.

⁹⁶ Srov. tamtéž. s. 74.

⁹⁷ Tamtéž. s. 75.

⁹⁸ Srov. VIZINOVÁ, D., PREISS, M. *Psychické trauma a jeho terapie (PTSD), Psychologická pomoc obětem válek a katastrof*, Praha: Portál, 1999. s. 75. ISBN 80-7178-284-X.

⁹⁹ Tamtéž. s. 75.

¹⁰⁰ Srov. tamtéž. s. 75.

K traumatu tedy dochází, když nás ohrožující situace zasáhne naprosto nečekaně, což v důsledku vede k odpojení se od vlastního těla. Všechny obranné mechanismy, kterými jsme disponovali, jako by přestaly existovat a my se cítíme bezmocní a slabí. O tom, jak velkou náchylnost kdo má, rozhoduje především věk, ve kterém k traumatické události došlo. Čím mladší dítě je vystaveno traumatické situaci, tím se pravděpodobnost traumatizace rapidně zvyšuje, jelikož na bezbranného jedince je vliv této situace vždy vyšší, nežli tomu je například v období dospívání či dospělosti.¹⁰¹

2.7 Posttraumatický rozvoj

Traumatický zážitek s sebou přináší mnohé negativní dopady, avšak po jeho překonání může z této zkušenosti člověk odejít posílený. Je zajímavé zamyslet se nad tím, že příklad pozitivního následku traumatu můžeme naleznout i v jazyce, přesněji v lidových pořekadlech jako „Vše zlé je k něčemu dobré.“, „Co tě nezabije, to tě posílí.“ Musíme si uvědomit, že posttraumatický rozvoj není možný u všech lidí, někteří si z traumatické zkušenosti odnesou pouze negativní následky. Výzkumy ovšem dokazují, že někteří jedinci si po určité době uvědomili, že to bylo právě trauma, které je donutilo ke změně. „Právě tuto kladnou změnu můžeme označit za posttraumatický růst.“¹⁰²

Posttraumatický růst můžeme nazvat prožitkem pozitivní změny, která pro mnohé jedince představuje osobní vývoj založený na zápasu jedince s velmi náročnými životními faktory. O posttraumatickém růstu v podstatě hovoří i Viktor Frankl, když na svém životním příběhu demonstrovuje možnost volby ve smyslu změny svého postoje k dané situaci. Pokud se ocitáme v situaci, kterou nemůžeme změnit, musíme změnit náš postoj k ní. Preiss uvádí, že posttraumatický růst se může projevit v pěti oblastech lidského života:

- vztahy s druhými lidmi – růst se může projevit zejména větším zapojením druhých lidí do svého vlastního života, tím, že jsme schopni většího soucitu s druhými a jejich potřebami, pocitem větší sounáležitosti,
- nové životní možnosti – zde se růst vyjadřuje zejména tím, že jedinec objevuje nové zájmy a příležitosti ve svém životě; může začít měnit své zacházení s časem, vůli k věcem,
- osobnostní růst – zde se růst ukazuje v podobě větší sebedůvěry, lepším zvládnutím životních obtíží,
- spirituální změna – tuto změnu můžeme vidět např. ve větším porozumění svým vlastním duchovním potřebám, ale také potřebám druhých; tato změna se celkově vyznačuje větším zájmem o duchovní oblast – občas může docházet k zesílení víry či náboženských potřeb,
- ocenění života – zde se růst projevuje ve větší míře uvažování o podstatných věcech v životě, uznání možností, které nám život přináší.¹⁰³

Jednou z technik podporujících posttraumatický růst může být sdílení příběhů, které jedinec sepisuje či zveřejňuje a navazuje v nich na předchozí sdílení jiných členů

¹⁰¹ Srov. LEVINE, P., KLINEOVÁ, M., *Trauma očima dítěte, probuzení obyčejného zázraku léčení, Od raného dětství po dospívání*, Maitrea: Praha, 2012, s. 38. ISBN 978-80-87249-27-7.

¹⁰² PREISS, M. *Trauma a posttraumatický růst*, Psychiatrie pro Praxi, 2009, 10 (1), s. 12.

¹⁰³ Srov. tamtéž. s. 13.

skupiny.¹⁰⁴ Mohli bychom tedy shrnout, že v posttraumatickém rozvoji jde především o pozitivní změny, které se mohou dostavit pouze ve chvíli, kdy se jedinec s traumatem vyrovnal. Tyto změny, jak jsme si uvedli výše, se mohou projevit v mnoha oblastech lidského života a také v různých mírách. Jsou změny, které jsou patrné navenek, to znamená, že si změň všímá i okolí jedince prožívající růst, nebo může jít o změny vnitřního charakteru, které si uvědomuje především jedinec sám.¹⁰⁵

2.8 Léčba psychického traumatu a posttraumatické stresové poruchy

V této kapitole se budeme věnovat tomu, jaké jsou možnosti v léčbě psychického traumatu PTSD. Představíme si léčbu za pomoci psychoterapie, farmakologie a poměrně nového směru trauma-informovaného přístupu.

2.8.1 Psychoterapie

Mohli bychom říct, že psychoterapie je zaměřena především na zpracování traumatické události, přičemž jejím cílem je ale také dosáhnout vyrovnání se s traumatickou zkušeností, její integrace do komplexu osobnostních zkušeností a minimalizace jejího negativního vlivu na duševní i tělesný stav postiženého člověka.¹⁰⁶ „Obecným principem a cílem psychoterapie je integrace traumatu do celku osobních zkušeností a zmenšení či odstranění jeho negativního vlivu na duševní i tělesný stav člověka.“¹⁰⁷ Při práci s člověkem trpícím posttraumatickou poruchou lze využít řadu psychoterapeutických směrů - od kognitivně-behaviorálního až po různé druhy technik imaginace, hypnózy atd. Při léčbě je možné použít jak formu individuální, tak skupinové psychoterapie. V psychoterapii je velmi důležitý vztah vytvářený mezi pacientem a terapeutem v procesu léčby, jehož základem má být pocit bezpečí a důvěry. Tento vztah se tvoří od prvního setkání a patří k nejdůležitějším činitelům psychoterapeutického procesu vůbec. Psychoterapeutický proces se odehrává v jednotlivých fázích:

- Počáteční fáze – jež si za svůj cíl klade především vytvoření jistoty a bezpečí v terapeutickém vztahu. Tato fáze začíná prvním kontaktem terapeuta s klientem, kde klient představuje své obtíže, které ho vedly k tomu vyhledat odbornou pomoc. Tato fáze nesmí být v terapii zanedbána a je třeba v ní brát ohled na tuto skutečnost: „Oběť těžkého traumatu není sice zodpovědná za to, co se jí přihodilo, ale je plně zodpovědná za své vlastní zdraví. Přijetí této paradoxní nespravedlnosti je prvním krokem k nalezení vnitřní síly potřebné k procesu léčby.“¹⁰⁸ První fáze procesu je jasně ohraničená, v této části fáze

¹⁰⁴ Srov. tamtéž. s. 18.

¹⁰⁵ Srov. MAREŠ, J. *Posttraumatický rozvoj člověka*, Grada, 2012, s. 99. ISBN 978-80-247-3007-3.

¹⁰⁶ Srov. VÁGNEROVÁ, M. *Současná psychopatologie pro pomáhající profese*, Praha: Portál, 2014., s. 413. ISBN 978-80-262-0696-5.

¹⁰⁷ VIZINOVÁ, D., PREISS, M. *Psychické trauma a jeho terapie (PTSD), Psychologická pomoc obětem válek a katastrof*, Praha: Portál, 1999. s. 42. ISBN 80-7178-284-X.

¹⁰⁸ Tamtéž. s. 46.

procesu je hlavním benefitem to, že klient může někomu věřit a necítí se nijak zranitelný.¹⁰⁹

- Fáze zpracování – tato fáze je založena zejména na upevnění vztahu mezi klientem a terapeutem, při němž terapeut pomáhá klientovi vyjádřit nepochopitelné skutečnosti. Prací terapeuta je především sledovat příběh společně s klientovým projevem – pokud klient v průběhu rozhovoru dělá větší pauzy, je potřeba mu na ně dát dostatečný prostor, jelikož jde o důležité a citlivé vyjádření. V této fázi často dochází k rekonstrukci klientova příběhu, a tudíž lze zkoumat význam traumatických událostí. Klient většinou dochází k ústřední otázce „Proč právě já?“. Tato, jakkoliv tíživá otázka dává zároveň prostor k zásadním tématům. „Cílem vyprávění o prožitém traumatu je integrace oživených vzpomínek klienta do celkového obrazu jeho osobní historie.“¹¹⁰ Tím je v podstatě hlavní úkol této fáze splněn, neboť vyprávěný příběh se stává minulostí a klient se může začít zabývat přítomností a případnými budoucími cíli.¹¹¹
- Fáze zakončení – tato fáze směřuje zejména k samostatnosti a vytvoření pevných vazeb s ohledem na budoucnost. V této fázi je pro klienta hlavním úkolem vytvářet si svůj svět a postupně budovat své psychické, ale i sociální fungování. Preiss v rámci třetí fáze uvádí heslo pro klienty, které zní: „Vím, že mám sám sebe.“¹¹² Práce terapeuta se nyní může zaměřovat nikoliv na zpracování traumatu, ale na rozvoj konkrétních činů klienta. V této fázi klient hledá nový vztah k sobě samému, učí se hledat rovnováhu a hranice svých vztahů. Je důležité upozornit na to, že léčbu nikdy nelze považovat za úplně ukončenou – vzhledem k možným návratům některých symptomů posttraumatické stresové poruchy vlivem budoucích zátěžových situací. V takovém případě může klient svého terapeuta kontaktovat. „Nejlepší ukazatelem úspěšnosti léčby jsou obnovená schopnost klienta radovat se z každodenního života a udržet trvalé vztahy, životní orientace na přítomnost a budoucnost, reálná očekávání a naděje namísto strachu.“¹¹³

2.8.2 Farmakologie

Farmakologická léčba může pomoci ke zmírnění akutních příznaků. Může pomoci s příznaky úzkosti či poruch spánku. V posledních třiceti letech byla psychofarmaka v léčbě PTSD prováděna za pomoci zejména anxiolytik ze skupiny benzodiazepinů, ovšem v posledních deseti letech bylo zjištěno, že bezpečnější variantou léčby jsou antidepresiva, a to zejména z důvodu potenciálního syndromu závislosti při dlouhodobém užívání benzodiazepinů.¹¹⁴ Zásadní otázkou tedy zůstává, v čem přesně mohou léky pomoci a v čem naopak ublížit. „Antidepresiva pomáhají vytvořit rovnováhu na těch neuronech v mozku, kde je nedostatek působků nebo jsou

¹⁰⁹ Srov. tamtéž. s. 47.

¹¹⁰ Tamtéž. s. 48.

¹¹¹ Srov. tamtéž. s. 48.

¹¹² Tamtéž. s. 49.

¹¹³ Tamtéž. s. 49.

¹¹⁴ Srov. PRAŠKO, J., HÁJEK, T., PAŠKOVÁ, B., PREISS, M. a spol. *Stop traumatickým vzpomínkám, Jak zvládnout posttraumatickou stresovou poruchu*, Portál: Praha, 2003, s. 71. ISBN 80-7178-811-2.

v nerovnováze.“¹¹⁵ Antidepresiva zpravidla začínají mít na jedince vliv po třech až šesti týdnech užívání, jsou z dlouhodobějšího hlediska užitečnější, neboť nevzniká tolerance ani závislost. Anxiolytika se užívají především v akutních stavech úzkostí, záchvatech či při poruchách spánku. Většinou vedou ke krátkodobé, pouze dočasné úlevě, avšak jejich dlouhodobé užívání způsobuje zvýšenou toleranci a při jejich vysazení může dojít k abstinenčním příznakům.¹¹⁶

2.8.3 Trauma-informovaný přístup

Pokud hovoříme o trauma-informovaném přístupu, dotýkáme se oblasti jak sociálních, tak zdravotních služeb. Tento přístup je konceptem a modelem péče, který zohledňuje silné stránky jedince a je založený především na pochopení traumatu a také jeho možného dopadu. Klade důraz na fyzické, psychické, ale i emocionální bezpečí klientů spolu s bezpečím poskytovatelů služeb a vytváří tak traumatizovaným jedincům příležitost k tomu, aby si mohli znovu vytvořit pocit vlastní kontroly a zmocnění. Trauma-informovaný přístup zahrnuje tři klíčové prvky:

- uvědomění si prevalence traumatu,
- povědomí o tom, jak trauma ovlivňuje všechny osoby zapojené v daném programu, organizaci nebo službě, včetně personálu,
- implementace těchto znalostí do praxe.¹¹⁷

Pro trauma-informovaný přístup je charakteristická jeho holistická podoba zohledňující biologické, psychické, sociální a kulturní aspekty traumatizace a dopady, které trauma může mít nejen pro samotného postiženého, ale i pro jeho okolí v rámci rodin a komunit. Trauma-informovaný přístup stojí na šesti základních principech, které si nyní osvětlíme:

- Bezpečí – jde především o vytvoření a zajištění prostředí, ve kterém se bude člověk cítit bezpečně a bude mu věnována dostatečná pozornost.
- Důvěryhodnost a transparentnost – v tomto kroku jde především o správné nastavení hranic a očekávání. Nejdůležitější fází tohoto kroku je navázání důvěrného vztahu.
- Možnost volby – čím více bude mít klient možností, tím více se může rozvinout spolupráce a zefektivnit proces léčby. V tomto kroku je nezbytná úcta a důstojnost daného člověka.
- Spolupráce – v tomto kroku je důležité uvědomění, že uzdravení a pozitivní změna se dějí ve vztazích, ve kterých se na rozhodnutí podílejí obě strany
- Zmocnění – tento krok se vyznačuje zaměřením na silné stránky jedince a zároveň prací na jejich posílení.

¹¹⁵ Tamtéž. s. 71.

¹¹⁶ Srov. tamtéž. s. 72.

¹¹⁷ KLEPÁČKOVÁ, O., KREJČÍ, Z., ČERNÁ, M., *Trauma-informovaný přístup v sociální práci*, Grada, 2020, s. 21-22. ISBN 978-80-271-1049-0.

- Respekt k odlišnosti – v rámci poskytované služby se s respektem zohledňují odlišnosti jedince a snahou je předcházet hodnocení na základě stereotypů či předsudků vztahujících se k rase, etniku či věku atd.¹¹⁸

Ačkoliv se trauma-informovaný přístup řadí mezi nejmladší přístupy, může nabídnout komplexní léčbu traumatu s ohledem na jedinečnost člověka s porozuměním zranitelnosti traumatizovaného jedince.

3 Závislost

K tomu abychom lépe pochopili trauma a jeho roli v životě závislého člověka, je nezbytné podívat se blíže na samotnou závislost a její vznik. V angličtině má slovo addiction neboli závislost dva různé významy, které se velmi často překrývají. Závislost a závislí jsou součástí nejen naší kultury ale i slovníku – všichni totiž víme, kdo tito lidé jsou, co dělají a proč, avšak je otázkou, zda to víme, či si to pouze myslíme. Původ slova addiction pochází z latinského addicere, což bychom mohli přeložit jako přiřknutí, prisouzení.¹¹⁹ V starověkém Říme měla odvozenina tohoto slova temnější význam, neboť tak byl označován člověk, který nesplatil dluh a svému věřiteli byl připisován jako otrok.¹²⁰ Kanadský lékař maďarského původu Gabor Maté definuje závislost jako „jakékoliv opakované chování, ať už spojené s užíváním nějakých látek či nikoliv, v němž má daná osoba nutkání pokračovat, přestože má negativní dopad na její vlastní život či životy druhých.“¹²¹

3.1 Definice závislosti

Definování závislosti je stále předmětem mnohých zkoumání a doposud neexistuje obecně komplexní definice. Základními rysy závislosti jsou nutková touha, omezená kontrola, setrvalé pokračování, podrážděnost, recidivy. Podle Nešpora je závislost to, co odpovídá definici závislosti podle Mezinárodní klasifikace nemoci (MKN-10). Syndrom závislosti tedy je: „skupina fyziologických, behaviorálních a kognitivních fenoménů, v nichž užívání nějaké látky nebo třídy látek má u daného jedince mnohem větší přednost než jiné jednání, kterého si kdysi cenil více.“¹²² Stejně jako Maté, tak i Nešpor hovoří o touze jako základní charakteristice syndromu závislosti. Základními znaky závislosti jsou:

- **Silná touha (craving)** nebo pocit puzení užívat látku. Craving je velmi často příčinou relapsů. Bažení po užívané látce se liší podle toho, zda je člověk na látce závislý fyzicky, či psychicky, neboť mozek reaguje u každého bažení jinak.¹²³

¹¹⁸ Tamtéž. s. 21-22.

¹¹⁹ MATÉ, G. *V říši hladových duchů, blízká setkání se závislostí*, PeopleComm, Praha, 2020, s. 161. ISBN 978-80-87917-62-6.

¹²⁰ Tamtéž. s. 161.

¹²¹ Tamtéž, s. 246.

¹²² NEŠPOR, K. *Návykové chování a závislost: současné poznatky a perspektivy léčby*, Praha: Portál, 2003, s. 14. ISBN 80-7178-831-7.

¹²³ Srov. tamtéž. s. 14.

- **Potíže v sebeovládání** při užívání látky, a to, pokud jde o začátek a ukončení nebo množství látky. Ovládat své chování úzce souvisí s pojmem bažení, neboť právě bažení zhoršuje sebeovládání. To znamená, že i přesto, že si závislý svou touhu uvědomuje, nemusí jí vždy dokázat ovládnout. Ve většině případech je na vině špatné zhodnocení svých emocí, nadměrná únava a rizikové prostředí.¹²⁴
- **Tělesný odvykací stav**, při kterém je látka užívána s úmyslem zmenšit příznaky vyvolané předchozím užíváním této látky, případně dochází k odvykacímu stavu, který je typický pro tu určitou látku. K mírnění odvykacího stavu se také někdy používá příbuzná látka s podobnými účinky. Somatický neboli tělesný odvykací stav může být diagnostikován, pokud jsou splněna následující kritéria: nedávné vysazení, či redukce látky po opakovaném, či dlouhodobém užívání, příznaky jsou v souladu se známými známkami odvykacího syndromu, nebo příznaky nejsou vysvětlitelné tělesným onemocněním nezávislým na užívání látky a také nejsou lépe vysvětlitelné jinou psychickou či behaviorální poruchou.¹²⁵
- **Průkaznost tolerance k účinku látky** jako vyžadování vyšších dávek látek, aby se dosáhlo účinku původně vyvolaného nižšími dávkami (jasné příklady lze nalézt u jedinců závislých na alkoholu a opiátech, kteří mohou brát denně takové množství látky, které by zneschopnilo nebo i usmrtilo uživatele bez tolerance).¹²⁶
- **Postupné zanedbávání jiných potěšení nebo zájmů** ve prospěch užívané psychoaktivní látky a zvýšené množství času potřebného k získání nebo užívání látky, nebo zotavení se z jejího účinku. Člověk trpící závislostí zanedbává své zájmy a koníčky především v důsledku opatření a přípravy látky, což mu vezme velký kus času v důsledku shánění si látky. Velmi často je toto téma důležité v léčbě, neboť čas, který měl jedinec vyhrazený na tyto aktivity, se stává časem volným a je ho tudíž nutné smysluplně vyplnit.¹²⁷
- **Pokračování užívání přes jasný důkaz zjevně škodlivých následků:** poškození jater nadměrným pitím (depresivní stavy vyplývající z nadměrného užívání látek) nebo toxické poškození myšlení. V tomto bodě je nezbytné, aby byl člověk informován o tom, že užívání látky ohrožuje jeho zdraví, protože pokud si nebude vědom skutečnosti, že tomu tak je, nebude to hodnotit jako obtíž/riziko/nebezpečí.¹²⁸

Pokud jedinec splňuje tři nebo více z výše uvedených jevů v časovém intervalu jednoho roku, lze mu diagnostikovat syndrom závislosti.

Maté o závislosti hovoří jako o opakovaném chování, ve kterém má člověk nutkavou potřebu pokračovat, i přesto, že si je vědom negativních dopadů na svůj vlastní život i životy druhých. Závislost má podle něj také části, kterými jsou:

- nutkavá potřeba daného chování, abnormální zaujatost tímto chováním,
- omezená kontrola nad daným chováním,
- setrvalé pokračování v tomto chování či recidivy, navzdory důkazům svědčícím o jeho škodlivosti,

¹²⁴ Srov. tamtéž. s. 14.

¹²⁵ Srov. tamtéž. s. 14.

¹²⁶ Srov. tamtéž. s. 14.

¹²⁷ Srov. tamtéž. s. 14.

¹²⁸ Tamtéž, s. 14.

- nespokojenost, podrážděnost nebo silná sžiravá touha – ať již po látce, činnosti nebo jakémkoliv jiném objektu závislosti – pokud není možné okamžité uspokojení.¹²⁹

Maté velmi dobře vymezuje rozdíl v tom, že každé nutkavé chování nemusí být nutně závislostí. Jako příklad uvádí obsedantně kompulzivní poruchu, která sice také značí omezenou kontrolu člověka v jeho chování, avšak člověk po ní netouží. „Rozdíl spočívá v tom, že po tomto chování netouží a na rozdíl od závislého člověka nemají z tohoto chování žádný požitek.“¹³⁰ O tom, že se člověk potýká se závislostí, napovídá i to, že i přes opětovné sliby sobě i druhým s užíváním látky jednoduše přestat nemůže. Mezi závislými můžeme narazit na několik postojů k jejich vlastnímu užívání. Maté hovoří o tom, že někteří závislí se přes veškerou snahu a recidivy stále vrací k užívání, jiní si nikdy nepřipustí, že je jejich chování škodlivé, a tudíž si nikdy neřeknou, že s ním skončí. Závislí lidé se tedy ocitají v začarovaném kruhu plného popírání, odůvodňování a ospravedlňování. Specifickým postojem je poté otevřené přijímání závislého života s rizikem a rozhodnutím, že zemřou „po svém“.¹³¹ Na rozdíl od definice Nešpora přináší Maté zajímavý poznatek, podle nějž má každá závislost i psychickou složku, neboť všechny závislosti mají zároveň biologický rozměr.

Závislosti tedy nelze porozumět pouze z jednoho úhlu pohledu, naopak jde o porozumění propojení více rozměrů a úrovní, neboť závislost je složitý stav a propletený systém interakce mezi lidskými bytostmi a jejich prostředím. „Závislost má své biologické, chemické, neurologické, psychologické, zdravotní, emoční, sociální, politické, ekonomické i spirituální aspekty.“¹³² Maté také poukazuje na možnost, že i přesto, že se u některého jedince mohou objevit abstinenční příznaky, neznamená to, že je dotyčný závislý, neboť pro závislost je nutná touha po užívání a časté recidivy. Autor tím ukazuje, že pouhá učebnicová definice závislosti nedokáže obsáhnout tuto problematiku komplexně, a proto přichází s obecnější definicí, která může poskytovat jasnější a přesnější obrázek o tom, co závislost je. „Závislost je možno vnímat také jako silnou vazbu na škodlivé látky a chování.“¹³³ Maté hovoří o závislých jako o lidských bytostech, jež si vytvořily závislost na látkách či chování, aby se buďto dočasně zklidnily, nebo naopak stimulovaly, případně aby se cítily méně nespokojení se svým vlastním životem. Právě v tomto smyslu budeme s pojmem závislosti dále zacházet v této práci. „Závislost totiž především definuje náš vztah k tomu, na co takto zaměříme svoji pozornost.“¹³⁴

¹²⁹ MATÉ, G. *V říši hladových duchů, blízká setkání se závislostí*, PeopleComm, Praha, 2020, s. 163.

ISBN 978-80-87917-62-6.

¹³⁰ Tamtéž. s. 163.

¹³¹ Srov. tamtéž. s. 163.

¹³² Tamtéž. s. 164.

¹³³ Tamtéž. s. 165.

¹³⁴ Tamtéž. s. 245.

3.2 Vznik závislosti

Příčinu vzniku závislosti nemůžeme nikdy plně pochopit, pokud za její zdroj a příčinu budeme považovat pouze působení chemikálií. Můžeme se ale shodnout, že mezi jedny z příčin závislosti patří zejména člověk, droga a prostředí.¹³⁵ Pokud se podíváme na osobnost a její nastavení jako potencialitu náchylnou k závislosti, nevyhneme se tvrzení, že je to osobnost nezralá. Je důležité si ale uvědomit, že „žádná kombinace osobnostních rysů sama od sebe přímo nezpůsobí závislost, ale je pravdou, že jisté rysy osobnosti s sebou skutečně nesou náchylnost k podlehnutí procesu závislosti.“¹³⁶ Pokud má člověk tendenci plnit svou mysl i tělo vnějšími zdroji jakési útěchy, je to projevem selhání seberegulace – jinak řečeno, člověk není schopen vytvořit si stabilní vnitřní emoční atmosféru. Pro schopnost vytvoření si vnitřně stabilní emoční atmosféry je předpokladem zdravý vývoj ve příznivých podmínkách. Dalším rysem osobnosti, která může být náchylnější k závislostem, je absence diferenciac, kterou bychom mohli popsat jako schopnost být s druhým člověkem v emočním kontaktu, a přesto moci fungovat i nezávisle. „Nedostatečně diferencované osoby mohou být snadno zahlceny emocemi a také „absorbují úzkost druhých, čímž vytvářejí značnou míru úzkosti v sobě samých.“¹³⁷ Mohli bychom tedy shrnout, že neucelená diferenciac a narušená seberegulace jsou zrcadlem nedostatečné emoční zralosti.

Dalším důvodem náchylnosti k závislostem může být nedostatečné povědomí o vlastním já a také neznalost svého prožívání. Velmi často se u závislých lidí setkáváme se smíšenými pocity a nemožností se rozhodnout, neboť to, co prožívají, není podstatou jejich pravého já. „Správně diferencované osoby pak mohou reagovat na základě otevřeného přijetí vlastních emocí, které nemají potřebu upravovat tak, aby odpovídaly očekáváním druhých, nebo se jim nějak vzpírat. Tyto osoby své emoce ani nepotlačují, ani se jimi nenechávají impulzivně ovládat.“¹³⁸ Dalším rysem náchylnosti k závislosti může být fakt vycházející právě z nedostatečné emoční zralosti, která se poté může projevit ve vztazích, které se stávají důležitějšími než vlastní zdraví. Nedostatečná diferenciac může být jednou z příčin závislosti jak na užívané látce, tak i na toxických a nefunkčních vztazích. Maté tedy zmiňuje několik typů rysů osobnosti, které se na závislosti mohou podílet: „špatná seberegulace, nedostatek základní diferenciac, chybějící zdravé povědomí o vlastním já, pocit vnitřní prázdnoty a omezená regulace impulzů.“¹³⁹ Za důležitý aspekt možných příčin závislosti je možné považovat především správný průběh raného dětství člověka, neboť pokud se jedinci v dětském věku nedostalo vhodných podmínek k emočnímu růstu, jeho náchylnost k závislosti bude vždy vyšší.

Kudrle uvádí, že vznik závislosti je velmi individuální. U někoho se může závislost rozvinout na základě genetických, vrozených predispozic, u jiného člověka mohou hrát roli sociokulturní vazby. Nejčastěji ale jde o kombinaci řady faktorů – fyziologické faktory, buď hereditární nebo získané, kombinující se s psychologickými nebo sociokulturními. „Vznik závislosti má i svůj odraz ve specifických reakcích a změnách

¹³⁵ Srov. FIŠEROVÁ, M. *Historie, příčiny a léčení drogových závislostí*, Časopis Postgraduální medicína, ročník 2., číslo 3, 2000, s. 291.

¹³⁶ MATÉ, G. *V říši hladových duchů, blízka setkání se závislostí*, PeopleComm, Praha, 2020, s. 258. ISBN 978-80-87917-62-6.

¹³⁷ Tamtéž. s. 258.

¹³⁸ Tamtéž. s. 259.

¹³⁹ Tamtéž. s. 260.

na úrovni neurobiologie člověka.¹⁴⁰ Nyní se podíváme blíže na jednotlivé faktory ovlivňující vznik závislosti:

Biologická úroveň – za biologické faktory můžeme považovat například stav matky v těhotenství, pokud matka byla sama závislá, znamená to, že dítě se setkává s účinky návykové látky ještě před svým narozením. To, co ovlivňuje neurobiologii jedince a také psychomotorický vývoj dítěte v poporodním období „přítomnost traumat, nemocí a dalších omezujících a traumatizujících faktorů.“¹⁴¹ Dalším faktorem může být vrozená vyšší tolerance vůči alkoholu, která může v dospělosti vyústit k tomu, že dotyčný se shlukuje s ostatními, kteří mají taktéž vyšší práh tolerance, což z biologického faktoru ve spojení s individuální potřebou a v sociální interakci tvoří komplexní rizikový faktor.¹⁴²

Sociální úroveň – zahrnuje vztahy v okolí, které jedince formují v jeho zrání, či toto zrání brzdí nebo deformují. Tato úroveň má hranice od nejobecnějších okolností, jako může být společenský stát, míra sociálního zabezpečení, prostředí, ve kterém jedinec vyrůstá až po specifické ovlivňování. Mezi specifické ovlivňování patří především rodinné vztahy či absence rodiny. Sociální prostředí je také důležité v období dospívání, kdy mají mladiství tendence identifikovat se s jinými vzory mimo rodinu. V tomto období je obzvláště důležité, aby jedinec zažíval pocity přijetí a sounáležitosti, stejně tak jako pocity nezávislosti a samostatnosti. Dalším specifickým příkladem vlivu sociálního prostředí jsou rodiče uživatelé, kdy se může stát, že je v rodině tato skutečnost tabuizována a jsou ji přikládány jiné významy ve smyslu únavy, přepracování atd. „Život se závislým znamená žít dysfunkční vztahy, být vystaven prudkým změnám nálad a postojů, podle toho, zda je závislý intoxikován, nebo „odčičňuje“ v době střízlivosti.“¹⁴³ Jedinec vyrůstající v takovém prostředí přirozeně vytváří kodependenční vztahy, tedy vztahy závislé na druhém, což může vést k jeho vlastní závislosti, neboť tím může dočasně zmírnit své utrpení. Kudrle stejně jako Maté poukazuje na důležitost aktivního rozvoje diferencovaných vztahů.

Spirituální úroveň – je vztahem k tomu, co mě samotného přesahuje a co vnímám jako nejvyšší autoritu. Jde o zcela intimní oblast, ve které si člověk klade otázky ohledně smysluplnosti jeho vlastního bytí. Spiritualita pomáhá závislému především v jeho procesu léčení, kdy jeho pocity ublíženosti a nesčetné křivdy mohou být přetransformovány. „Existenciální prázdno, deprese, ztráta smyslu bytí, jsou témata, která zůstávají, i když člověk již stabilizoval svoji abstinenci.“¹⁴⁴ Při řešení této spirituální krize v podobě ztráty smyslu mohou pomoci nové perspektivy, jako například holotropní dýchání či logoterapie.

¹⁴⁰ KUDRLE, S., *Úvod do bio-psycho-socio-spirituálního modelu závislosti*. In KALINA, K. a kol. *Drogy a drogové závislosti I*. Úřad vlády České republiky, 2003, s. 91. ISBN 80-86734-05-6.

¹⁴¹ Tamtéž. s. 91.

¹⁴² Srov. ROYCE, E. J, *Alcohol Problems and Alcoholism*, The Free Press, New York, 1989, ISBN 9780029275405.

¹⁴³ KUDRLE, S., *Úvod do bio-psycho-socio-spirituálního modelu závislosti*. In KALINA, K. a kol. *Drogy a drogové závislosti I*. Úřad vlády České republiky, 2003, s. 93. ISBN 80-86734-05-6.

¹⁴⁴ Tamtéž. s. 93.

3.3 Trauma, stres a biologie závislosti

Abychom si mohli dostatečně dobře představit, jaký vliv má na náš mozek prostředí, vypůjčíme si příklad se zrníčkem obilí. Necháme-li stranou genetickou výbavu zrníčka a podíváme-li se pozorněji na faktory, které jej ovlivňují (sluneční svit, kvalita půdy, množství zavlažování), uvidíme, že k tomu, aby zrnko vyklíčilo a vyrostlo do podoby zdravé rostliny, musí být tyto faktory funkční. Pokud jedno ze dvou naprosto stejných semínek bude mít jiné podmínky, vyrostou z nich dvě odlišné rostliny. Jedna vyroste v krásnou, zdravou rostlinu plnou plodů, kdežto druhá vlivem nepříznivých podmínek bude chřadnoucí a bez plodů. Ta druhá rostlina netrpí žádnou chorobou, ale pouze neměla dostatečné podmínky k tomu, aby naplnila svůj genetický potenciál – a stejně tomu tak je i lidského mozku. Na závislosti se podílí všechna tři centra mozku, tedy:

- opioidní systém vazeb a odměn,
- dopaminový aparát zajišťující motivaci,
- seberegulační oblasti prefrontální kůry,

Všechna tato centra se podílejí na závislosti a jsou také ovlivnitelná okolním prostředím. Maté uvádí, že závislí mají všechna tato centra narušena a doplňuje je o čtvrté centrum – centrum mechanismu stresové reakce, které je taktéž narušené.¹⁴⁵

3.3.1 Opioidní systém vazeb a odměn

„Vnitřní opioidní systém v mozku savců vědci poprvé objevili v 70. letech 20. století. Molekuly proteinů, které v tomto systému slouží jako mediátory k přenosu chemických zpráv, pojmenoval americký vědec Eric Simon endorfiny, protože tyto látky jsou endogenní – tedy vznikají uvnitř organismus – a zároveň jsou podobné morfinu.“¹⁴⁶ Endorfiny jsou velmi důležitými regulátory nervového systému, které z části není možné ovládat vědomě, neboť působí na mnoho dalších orgánů v těle - od mozku až po střeva. Mají za následek změny nálady, tělesnou aktivitu, ale i spánek a dýchání, stejně tak mohou ovlivňovat náš imunitní systém. „Endorfiny jsou chemickými katalyzátory našeho prožívání klíčových emocí, které jsou nezbytné pro život lidí i všech ostatních savců.“¹⁴⁷ Mezi ty nejdůležitější a hlavní funkce endorfinů patří podíl na tvorbě emoční vazby mezi matkou a dítětem. Často se jim přezdívá „molekuly emocí“. Zřetelný projev endorfinů můžeme vidět na příkladu matek a jejich potomků, kdy svou roli hraje i oxytocin, který sice není samotným endorfinem, ale zvyšuje citlivost opioidního systému na endorfiny. Matky, které pečují o své potomky, mají nesmírně obtížný úkol, který jim příroda „vykompenzovala“ v podobě něčeho příjemného, tedy návalu endorfinů, který přichází společně s intenzivní láskyplnou interakcí mezi ní a dítětem. Právě díky oxytocinu můžeme pocítovat větší citlivost našich mozkových buněk na opioidy, což umožňuje matce být ke svým dětem „připoutána“. Mohli bychom tedy konstatovat, že opioidy jsou základními chemickými sloupy mozkového aparátu, který v podstatě zajišťuje péči o naše děti. „Závislost na opiátech, jako jsou morfin a heroin, tedy vzniká v mozkových systémech, které řídí nejsilnější emoční dynamiku lidské

¹⁴⁵ Srov. MATÉ, G. *V říši hladových duchů, blízká setkání se závislostí*, PeopleComm, Praha, 2020, s. 220. ISBN 978-80-87917-62-6.

¹⁴⁶ Tamtéž, s. 183.

¹⁴⁷ Tamtéž, s. 184.

existence – vazebný instinkt. Lásku.“¹⁴⁸ K tomu, aby se vazebný instinkt vytvořil, je potřeba fyzické, ale i emoční blízkosti s druhými, v případě matky a potomka je to právě vzájemné pouto. Výzkumy ukazují, že fyzickou i emoční bolest nacitujeme stejnou částí mozku, to znamená, že malé bezmocné dítě, které je na svých rodičích emočně i fyzicky naprosto závislé, dává pocity nelibosti vědět různými projevy. Mezi typický projev emoční bolesti u malého dítěte je pláč, který slouží zároveň jako varovný signál pro rodiče. Dítě může emočně strádat i v případě, že jsou u něj rodiče fyzicky přítomni, avšak emočně jsou nedostupní. Zareagují-li rodiče správně v podobě láskyplné reakce, zaplaví mozek dítěte endorfiny, jež zmírní jeho neklid. Pokud tomu tak není, má dítě tendenci začít používat nějaký svůj tisící mechanismus při řešení stresu jako například cucání palce. „Děti, kterým chyběla pozorná přítomnost rodičů, jsou později v dospělosti vystaveny většímu riziku vyhledávání externě chemicky navozeného pocitu odměny nebo tišení.“¹⁴⁹ Ačkoliv jsou opiodní receptory přirozeným mechanismem, který vyvolává pocity odměnění, spojení ale i zklidnění, spustit je stejně tak mohou i narkotika. „Stručně řečeno, opiodový aparát tolik potřebný pro samotný život, protože zajišťuje pocity, jako jsou láska, potěšení a úleva od bolesti, je zároveň vstupní branou narkotických látek do našeho mozku.“¹⁵⁰ Čím méně bohatý je náš vnitřní systém navozující pocity lásky, potěšení a úlevy, tím větší je riziko, že budeme chtít náš vnitřní systém naplnit zvenčí, tedy velmi často drogami nebo jiným návykovým chováním, které s sebou může nést pocit odměny.¹⁵¹

3.3.2 Dopaminový aparát, motivace a závislost

Pokud bychom měli stručně popsat rozdíl mezi dopaminovým systémem a opioidy, tkvěl by především v tom, že zatímco opioidy nám pomáhají věnovat se činností, jež nám přináší pocity odměny a uspokojení, musí být aktivní dopaminové okruhy, které tuto činnost vůbec zahájí. „Společně s propojeními s dalšími oblastmi v předním mozku a mozkové kůře vytváří ventrální tegmentální oblast neurologický základ dalšího zásadního mozkového systému, který se podílí na závislosti – motivačního systému.“¹⁵² Roli dopaminového systému můžeme vidět na lidech, kteří vyhledávají a provozují adrenalinové sporty, neboť jim tyto aktivity vypouští dostatek dopaminu v požadované oblasti mozku. Podíváme-li se na tuto zkušenost z pohledu drogově závislého člověka, můžeme vidět jistou spojitost, jímž je získávání a samotná příprava drogy jako takové. Mnozí uživatelé uvádějí, že již příprava drogy jim navozuje stav jako při působí drogy. Vědci se začali důkladněji věnovat důkazům, které vedou ke spojení dopaminového systému a závislosti, jejichž výsledky byly nejvíce zřejmé z pokusu na zvířatech, konkrétně myších. Pro lepší ilustraci si nyní tento pokus stručně nastíníme. Výzkum byl prováděn na myších, které dostávaly dávku dopaminových receptorů přímo do oblasti mozku. Důvodem bylo, že tyto myši před podáním dávky vykazovaly podprůměrné hodnoty těchto receptorů. Vědci poté navázali receptory na neškodný virus, který se dostával do mozkových buněk pokusných zvířat, kde dočasně navracel hodnoty aktivity receptorů k normálnímu stavu. Když měly myši k dispozici tento umělý zdroj dopaminových receptorů, jejich příjem alkoholu se rapidně snížil, ovšem poté, co účinky odezněly, byly znovu „alkoholici“. Výsledkem výzkumu tedy bylo, že „již samotné snížení hodnoty dopaminových receptorů, a to ještě před vznikem závislosti,

¹⁴⁸ Tamtéž. s. 187.

¹⁴⁹ Tamtéž. s. 189.

¹⁵⁰ Tamtéž. s. 189.

¹⁵¹ Srov. tamtéž. s. 190.

¹⁵² Tamtéž. s. 192.

mohou být jedním ze zásadních biologických faktorů, které se na jejím vztahu podílejí.¹⁵³ Pokud je tedy náš dopaminový systém narušený, může být jeden z následků závislost, neboť dopaminový systém se podílí na efektu posilování užívání u všech návykových látek včetně alkoholu. Jak opioidní okruhy, tak dopaminové cesty jsou významnou součástí toho, co se nazývá limbický systém, tedy emoční části mozku, která je zodpovědná za zpracovávání emocí, jako jsou, láska, radost, bolest, hněv atd. Pro člověka je přirozené, že chce maximalizovat příjemné pocity a eliminovat ty nepříjemné, to, co by nás mohlo ohrožovat. K tomu nám dopomáhají motivační síly, a to především vazby a averze. Vazba i averze může být vyvolána jak fyzickými, tak psychickými stimuly, které, pokud jsou vyvinuty dobře, slouží mozku jako spolehlivý ukazatel a průvodce životem. Může nám pomoci náš život prožívat s láskou, soucitem a zdravými vztahy, pokud je však narušený, vede nás k problémům a jeho dysfunkcí se může stát právě závislost.¹⁵⁴

3.3.3 Seberegulační oblast

Výše jsme si popsali, jak se na vzniku závislosti podílí mozkové okruhy zodpovědné za motivaci a pocit odměny, nyní se zaměříme na to, jak závislost narušuje seberegulační okruhy, které jsou klíčové pro to, aby se závislý mohl rozhodnout či bude, nebo nebude dále závislý. „Výsledky nedávných studií ukázaly, že opakované užívání drog vede k dlouhodobým změnám v mozku, jež narušují kontrolu nad rozhodováním.“¹⁵⁵ I přes medicínské důkazy, které hovoří o tom, že drogově závislí mají poškozené konkrétní části mozku, které mohou ovlivňovat jejich chování a rozhodování, neznamená to, že by nebyli zodpovědní za své činy. Jejich rozhodnutí ale vždy probíhají v nějakém širším kontextu okolností, do kterých – jak jsme si ukázali – patří i jejich fungování mozku. Mohli bychom říct, že ve vědomém, reálném světě pojmy jako vůle, rozhodování a zodpovědnost nejsou absolutní a jednoznačné, je ale dobré uvědomit si, že i mozek se vyvíjí ve skutečném světě, ve kterém na něj působí prostředí, nad kterým člověk jakožto malé dítě nemá absolutně žádnou kontrolu.

Každý z těchto třech hlavních systémů má společného ukazatele, kterým je okolní prostředí, jež na ně značně působí. Pokud dítě vyrůstá v prostředí plném lásky, pozornosti a bezpečí, jeho hlavní systémy mozku jsou vyvíjeny dobře, kdežto pokud je tomu naopak, vývoj dítěte bude značně abnormální. „Přítomnost stabilního rodičovského kontaktu v raném dětství lze považovat za jeden ze zásadních faktorů normálního vývoje neurotransmitterových systémů v mozku dítěte, naproti jeho absence činí daného člověka náchylnějším k zneužívání drog ve snaze kompenzovat tuto sníženou funkčnost vlastního mozku.“¹⁵⁶ V předchozích pasážích jsme se věnovali vlivu stresu a traumatu na člověka, nyní můžeme vidět, že nepříznivé prožitky z dětství mohou mít za následek nejen nedostatek správných mozkových chemikálií, ale také nebezpečný přebytek jiných. Pokud je rodič deprimován, může to v dítěti způsobit chronické zvýšení hladiny stresového hormonu kortizolu, který v mozku působí na centra, která jsou potřebná pro správnou funkci paměti a zpracování emocí. To, jak dítě zvládá psychický a fyziologický stres, je zcela v roli jeho rodičů, neboť je na nich plně

¹⁵³ Tamtéž. s. 195.

¹⁵⁴ Srov. tamtéž. s. 196.

¹⁵⁵ Tamtéž. s. 198.

¹⁵⁶ Tamtéž. s. 222.

závislý. Z výzkumu tedy vyplývá, že děti trpící narušením svých vazebních vztahů nebudou mít v mozku stejné biochemické prostředí jako jejich vrstevníci, kterým se péče dostávalo a kteří se svými blízkými vytvořili vazební vztahy. Výsledkem tohoto schématu je to, že jejich prožívání, to, jak si vykládají vnější prostředí a jak na něj budou reagovat, bude méně přizpůsobivé, flexibilní a často nezralé. V důsledku toho dojde k větší míře citlivosti těchto jedinců na působení drog, ale i na vznik závislosti na těchto látkách. „Studie zkoumající drogově závislé opakovaně odhalují mimořádně vysoká procenta výskytu nejrůznějších traumat z dětství, včetně fyzického a emočního týrání a sexuálního zneužívání.“¹⁵⁷ Na to, jakou roli hraje trauma v životě drogově závislého jedince, se podíváme v navazující kapitole věnující se přímé souvislosti mezi těmito fenomény.¹⁵⁸

4 Trauma a závislost

Mnoho závislých lidí se v průběhu svého života – ať v dětství, nebo později – s traumatem setkalo a rozhodně v průběhu své životní etapy se závislostí. Jednou z možných a častých příčin vzniku závislosti jsou právě traumata prožitá v dětství, která mohou vést k drogové závislosti, přičemž v období aktivního užívání se člověk dostává do spletitého, bezvýchodného kruhu, neboť život s drogou je plný traumat. Nyní se už i v odborné literatuře můžeme setkat s pojmem samoléčba, a to ve smyslu, že traumatizovaný člověk si své trauma a pocity prázdnoty léčí sám – za pomoci drogy. Traumatizace v dětství vzniká tělesným či sexuálním zneužitím rodičem nebo jiným rodinným příslušníkem, dítě může traumatizovat smrt blízkého člověka, separace ve zranitelném věku či bolestivá a stresující hospitalizace. V jiných případech může k traumatizaci dojít vlivem účasti u nějaké hrůzné události, nehody. Citová deprivace v podobě nepřítomnosti rodiče či chronického sexuálního a tělesného zneužívání může mít podíl na pozdějším vzniku závislosti samotné.

Traumatizace v pozdějším věku zahrnuje taktéž tělesné a sexuální násilí, znásilnění, těžkou nehodu či přepadení. Můžeme se setkat i s případy dlouhodobého tělesného zneužívání, které trvá od dětství až do dospělosti. Pokud hovoříme o traumatizaci v období během samotné závislosti jde především o destruktivní injekční aplikace, páchání kriminálních deliktů, dále při smrti některého z blízkých lidí, kteří také užívají drogy. Velmi traumatickou zkušenost mohou mít závislí, kteří se za dobu své drogové kariéry setkávají se sexuálním zneužíváním, násilím a případnou prostitucí.

4.1 Vztah mezi traumatizací a závislostí

Pokud si pokládáme otázku, jaký je vlastně vztah mezi traumatizací a závislostí, je potřeba brát v potaz dopady traumatu, které jsme si popsali v práci výše. Věk, ve kterém jsme traumatizováni, je velmi zásadní, neboť jiný dopad má trauma jednorázové a jiný význam má chronická traumatizace v raném věku, kdy dítě nedokáže své potřeby a pocity verbalizovat. „Čím mladší věk, tím těžší dopad na

¹⁵⁷ Tamtéž. s. 224.

¹⁵⁸ Srov. tamtéž. s. 224.

vývoj a psychiku oběti.“¹⁵⁹ Jednorázové trauma postupuje do posttraumatické stresové poruchy, jejíž forma může být různě závažná. Chronické trauma, které téměř vždy vzniká v dětství, zapříčiňuje přerušení vývoje. Posttraumatické symptomy jsou obsáhlé – od chronické afektivní disregulace, přes destruktivní chování vůči sobě i druhým až po poruchy osobnosti, či komplexní posttraumatickou stresovou poruchu. „Trauma je ochromující, ničí vazby a tím i důvěrný vztah s jinými lidmi. Ničí i milující vztah k tělu, k tělu vlastnímu i k tělu druhých, a mění jej na nenávistný. Trauma ničí integritu a základní důvěru. Trauma přerušuje kontinuitu a tím se stává věčným. Trauma způsobuje nenávist k sobě samému, nízké sebehodnocení a neschopnost ocenit druhé. Nakonec vyvolává pocit izolace v nitru člověka i mezi lidmi. Jak vnitřní svět oběti, tak její vztahy k okolí, se stávají fragmentovanými. Bezmocnost, izolace a ochromující strach jsou jádrovými prožitky psychického traumatu.“¹⁶⁰

Příklad: Klientka Adiktologických služeb ve vězení Prevent, Lenka¹⁶¹, 42 let, závislá na pervitinu

„Chci být sama sebou, ale nejde mi to v tom toxi prostředí.“ „Chci, abych neměla strach.“

„Drogy lepí díru – vlak nešel zastavit, místo díry je potřeba.“ „Nikdy jsem nezažila nic tak přesvědčivého, vlivného – zažila jsem to, že mě perník odnesl od bolesti a prázdna.“

„Ve 14 letech mě máma prodala Jugoslávčům, neměla mně totiž ráda, připomínala jsem jí tátu, kterýho nenáviděla.“

Člověk trpící traumatem zapojuje všechny své obranné mechanismy, které jsme si výše v práci popsali, nejčastěji jde o potlačení a disociaci, která se jeví jako nejúčinnější, neboť trauma může následně působit jako zapomenuté. Avšak existují projevy, které říkají něco jiného – jsou to noční můry, flashbaky, chronická podrážděnost, návaly agrese či strach bez příčiny. Tyto obranné mechanismy ale selhávají, a to především z dlouhodobého hlediska, i přesto, že se mohou jevit silnými, o to více v podstatě vývoj člověka poškozují. Obzvláště v době dospívání, kdy se přirozeně začíná integrovat funkce ega, jsou obrany vůči traumatu oslabenější a dochází k tendenci traumatický zážitek ještě více potlačit. Velký vliv na posílení disociace mají právě psychoaktivní látky, které způsobují tzv. chemické disociace. Drogy, ale i alkohol potlačují emoce a v některých případech působí jako spouštěč pro skrytou a potlačenou agresi. Psychoaktivní látky pomáhají trpícím zahnat flashbaky a noční můry, deprese a úzkost mění v otupělost. „Závislý život je naplněn stresovými událostmi a vzrušením a trvale vysoká úroveň stresu znecitlivuje emoce.“¹⁶² Jak drogy samotné, tak i závislý způsob života přispívá k nezbytnému potlačování posttraumatického syndromu a slouží jako „analgetika“ ve smyslu samoléčby. Je důležité zmínit fakt, že závislí lidé se ocitají v bludném kruhu traumatu, neboť psychoaktivní drogy působí pouze krátce, a tudíž je

¹⁵⁹ KUDRLE, S., *Trauma a závislost*. In KALINA, K. a kol. *Drogy a drogové závislosti II*. Úřad vlády České republiky, 2003, s. 130. ISBN 80-86734-05-6.

¹⁶⁰ Tamtéž. s. 130.

¹⁶¹ Lenka – klientka Adiktologických služeb ve vězení Prevent – klientka závislá na pervitinu, aktuálně ve výkonu trestu ve Vazební věznici České Budějovice. Klientka dobrovolně navštěvuje konzultace s odborným poradcem, na nichž řeší svou závislost. Komentáře jsou zásadními úryvky z konzultace, které dokládají existenci traumatu v životě klientky a jeho vliv na její závislost.

¹⁶² Tamtéž. s. 131.

pro závislého jedince nezbytné v užívání pokračovat. Tato strategie je však taktéž krátkodobou záležitostí, protože dřív nebo později začne působit opačným způsobem, tedy například přehnanou vztahovačností, či narušováním reality nebo pocitu ztráty kontroly. Obzvláště užívání amfetaminů či kokainu způsobuje ataky v podobě přehnané vztahovačnosti a psychoaktivní látky obecně způsobují narušení vnímání reality spolu s případnou toxickou psychózou. Bludný kruh závislého života se projevuje i tím, že přináší řadu dalších traumatických situací, která jim dřívější trauma mohou připomínat. Svět závislého je naplněn traumaty, které mu neumožňují vnímat svět jinak než nemocně. Vlivem závislého života se tedy dotyčný retraumatizuje, přičemž jeho závislost je jedním z traumat, které vedou k pocitu ještě větší obrany. Tím se v podstatě znázorňuje onen bludný kruh traumatu a závislosti, neboť závislost je jedním z nich. Rakouský psychiatr Viktor Frankl hovoří o závislosti jako o jednom z výsledků „existenciálního vakua“ neboli pocitu prázdnoty. Ztrátu smyslu života bychom mohli označit za jistý druh dislokace, ve které nejsme schopni vést dialog se světem.¹⁶³ Poruchy související s užíváním psychoaktivních látek jsou tedy hlavním následkem traumatických zkušeností, neboť terénní studie ukazují „prevalenci 14–35 % mezi lidmi, kteří byli v dětství obětí sexuálního nebo tělesného násilí, ve srovnání s 3–12 % lidí bez těchto zážitků. V rámci skupiny komplexně traumatizovaných pacientů můžeme najít asi 1/3 komorbidní poruchy spojené s užíváním psychoaktivních látek. Opačně bychom našli u 30–50 % osob, které se léčí ze závislosti, osoby s masivní interpersonální traumatizací v dětství a dospívání.“¹⁶⁴ U závislých, u kterých byla prokázána traumatická zkušenost s následkem PTSD, se zvyšuje prevalence na 43 %.¹⁶⁵ Závislost se stává jediným viditelným symptomem základní traumatizace a může tak vrhnout stín na přítomné symptomy PTSD. Výskyt syndromu závislosti a traumatu s jejich následky je vysvětlen za pomoci tří hypotéz, kterými jsou:

- hypotéza sebemedikace – jako proces, kdy se závislý snaží tlumit symptomy traumatu prostřednictvím psychoaktivních látek,
- hypotéza vysokého rizika – užívání psychotropních látek podmiňuje pobyt v potenciálně traumatogenním prostředí,
- hypotéza citlivosti – závislí lidé jsou po potenciálně traumatických zážitcích náchylnější k rozvoji PTSD.¹⁶⁶

Pro závislého člověka má velký význam pojetí sebemedikace, která je v podstatě narušenou snahou o vyrovnání se s následky traumatu. Psychoaktivní látky zpomalují REM fázi spánku, tudíž se snižuje frekvence nočních můr.¹⁶⁷

Příklad: Klientka Adiktologických služeb ve vězení Prevent, Lenka, 42 let, závislá na pervitinu

„Když beru, tak nespím, když nespím tak nemám sny.“ „Beru perník, abych nemusela jít spát, a tak neměla noční můry.“

¹⁶³ Srov. FRANKL, V. *Man's Search for Meaning*. New York: Washington Square Press, 1985. s. 164. ISBN 978-0807014264.

¹⁶⁴ SCHELLONG, J., EPPLE, F., WEIDNER, K., *Psychotraumatologie*, Triton, 2021. s. 132. ISBN 978-80-7553-950-2.

¹⁶⁵ Tamtéž. s. 133.

¹⁶⁶ Tamtéž. s. 133.

¹⁶⁷ Srov. tamtéž. s. 135.

4.2 Léčba traumatu a závislosti jako výzva

Současná léčba závislostí se stále orientuje pouze na léčbu syndromu závislosti a trauma je pouze opomíjenou skutečností. Právě proto léčba traumatu a závislosti jako komplexnímu problému přináší výzvu pro jejich léčbu. Léčba závislosti je tedy efektivnější a úspěšnější, pokud je zohledněno trauma, které jí předcházelo, neboť terapie zaměřená pouze na jeden z fenoménů může vést k jejímu přerušení či recidivitě. Pacient, jenž trpí syndromem závislosti způsobeným traumatem, je pro terapeuta vždy velmi náročný a je důležité vytvořit takový terapeutický vztah, ve kterém se bude pacient cítit v bezpečí. Závislý člověk se může v průběhu detoxikace setkat se zhoršením symptomů traumatu, to znamená, že se mu mohou vracet flashbacky, noční můry či emoční napětí.¹⁶⁸

Plánovaná terapie – pro plánovanou terapii je určující, aby se terapeut nejdříve začal doptávat na stresující události, jimiž si pacient prošel. Terapeut by měl terapii zaměřit právě specificky na závislosti, ale s ohledem na trauma a také na případné poruchy způsobené užíváním psychoaktivních látek. Terapie by tedy měla být ideálně duálně založená tak, aby zohlednila skutečnost, že následky traumatu závislý neuměl řešit jinak než užitím psychoaktivní látky. Další prvky terapie traumatu u závislých osob se zásadně neliší od ostatních pacientů, to znamená, že by měly následovat další fáze terapie, jako je stabilizace a zpracování traumatu, poté reintegrace.¹⁶⁹

Stabilizace – cílem stabilizační fáze je zejména to, aby se pacient naučil reagovat na stresové situace a naučil se zvládat adaptivní strategie a nahradil tak destruktivní způsoby chování, včetně užívání psychoaktivních látek. Pokud se podaří, aby pacient abstinoval, ideální je, když se v tomto stavu naučí osvojit si zvládání krizových situací.¹⁷⁰

Příklad: Klientka Adiktologických služeb ve vězení Prevent, Lenka 42 let, závislá na pervitinu.

„Neumím zvládat krizové situace, k tomu bych potřebovala psychickou podporu, jistotu, že když to nevyjde, bude tam někdo, kdo mi řekne, že to vyjde příště.“

Abychom poznali přímou souvislost traumatu a závislosti, je potřeba, aby se terapeut doptával a podle toho byl pacientovi nabídnut vhodný druh terapie. Zcela jistě by traumatizovaným závislým měla být poskytnuta komplexní péče, ve které by mohli dojít k úspěšné stabilizaci, v níž by se naučili zejména regulovat své emoce. Pro další případné zpracování traumatu není nutná plná abstinence, nýbrž stačí ustálená seberegulace.

Příklad: Klientka Adiktologických služeb ve vězení Prevent, Lenka 42 let, závislá na pervitinu.

„Pomohla by mi hlavně práce, abych měla taky v tom životě nějaký smysl.“

¹⁶⁸ Srov. tamtéž. s. 136.

¹⁶⁹ Srov. tamtéž. s. 136.

¹⁷⁰ Srov. tamtéž. s. 136.

4.3 Pojetí traumatu a závislost podle Gabora Matého

Gabor Maté pracoval více jak dvanáct let ve vyloučené čtvrti Downtown Eastside ve Vancouveru, kde se setkal s tisíci příběhy, které i přesto, že byly jedinečné, měly jedno společné. Tím společným bylo velmi často trauma v raném věku života, které se násobilo jejich závislým životem, neboť v něm zažívají další traumata. Maté popisuje čtyři aspekty vlivu traumatu na závislost, které si zde stručně představíme. Závislost není primárně mozková porucha, ani nevznikla z genetických důvodů, není dokonce ani volbou závislého, jak by se mohlo na první pohled zdát a jak na to společnost často pohlíží, což je logické, neboť by celý právní systém byla iluze, neboť pokud by nešlo o rozhodnutí, tak za co by potom byl závislý případně trestaný?

Maté hovoří o dvou základních potřebách, které člověk v dětství má. Opomineme-li fyzické potřeby, tak je to citová vazba a autenticita, to znamená moci někomu důvěřovat a mít s druhou osobou blízký vztah. Lidé jsou bytosti citových vazeb, musíme navazovat vztahy, ale pokud neexistuje nikdo, kdo by se o nás postaral, přilnul k nám a my nemáme motivaci přilnout k ostatním, v podstatě nemůžeme přežít. Endorfiny, o kterých jsme se výše zmiňovaly a které představují vnitřní opiové chemické látky, kterým se podobají drogy opiátového typu, tedy například heroin. Drogy tedy mohou v jistém smyslu umožnit tyto vztahy vytvořit uměle. Pokud se v dětství objevuje stres a trauma, tak se endorfinové systémy nevyvíjí, a tudíž když si poté lidé vezmou heroin, může to na ně působit jako vřelé objetí, neboť jim droga přináší pocit lásky a citové vazby. Další potřebou, kterou jako lidé máme, je autentičnost, jež bychom mohli popsat jako napojení se sami na sebe – to znamená, že dokážeme jednat podle toho, co cítíme, protože dokážeme reflektovat, co cítíme.¹⁷¹

Maté přirovnává autentičnost k jistému druhu instinktu a pomáhá si evolučním příkladem, kdy jsme žili v divočině, kde bylo nezbytné řídit se svým vlastním instinktem, neboť kdybychom se řídili pouze intelektem, tak bychom nepřežili. Tím se opět dostáváme k tomu, že citová vazba a autenticita jsou nezbytné k přežití. Otázkou tedy zůstává, co se stane, když autenticita ohrožuje vztahy s citovou vazbou? Ztráta autenticity nás poté ohrožuje v moderním světě, najednou nevíme, kdo jsme a čím je to vlastně život. Kvůli konfliktu mezi autenticitou a citovou vazbou, který se odehrál někde v našem dětství, ztrácíme sebe a také naše napojení na instinkty, což vede k otázce traumatu. Mnoho lidí pojímá trauma jako věc, která se v životě přihodila v podobě rozvodu rodičů, hádek blízkých, u kterých bylo dítě přítomno, může to být deprese matky či alkoholismus otce, to je traumatické, ale není to trauma. Trauma je to, co se odehrává v nitru člověka. Mohli bychom říct, že vlivem traumatické události ztrácíme schopnost napojit se na své emoce, tělo a objeví se obtíže prožívat život v přítomnosti. Tím si člověk vytváří negativní pohled na svět, ale především sám na sebe – pojmání sebe samého se stane traumatickým. Tímto pohledem na svět zaujímáme opozitní vztah vůči druhým a začne se to projevovat v přítomnosti. Závislost tedy není prvotním problémem, ale je to snaha, jak tento problém řešit. Pokud chceme

¹⁷¹ Srov. MATÉ, G., Jak trauma z dětství vede k závislosti [online] [cit. 2022-22-2]. Dostupné na WWW: <<https://videacesky.cz/video/gabor-mate-jak-trauma-z-detstvi-vede-k-zavislosti>>

souvislosti závislosti a traumatu pochopit, musíme se proto ptát, kde se tento problém vzal a odkud tato bolest pochází. Matého odpověď je, že je tento problém vždy zakořeněn právě v traumatu z dětství a že závislost je především snahou, jak se s dopady traumatu vyrovnat. Problémem však je, že závislost tento problém řeší pouze krátkodobě, zato ale způsobuje více dlouhodobých problémů.¹⁷²

Příklad: Klientka Adiktologických služeb ve vězení Prevent, Lenka 42 let, závislá na pervitinu.

„Nevěřím na lásku, vlastně jo, na jedinou lásku věřím, a to k drogám – ta zůstává, nemění se, na rozdíl od lásky k jiným.“

„No teď se mi vzpomínky z dětství, pojí s válkou, mám zlé sny.“

Závěr

Záměrem této práce bylo představit roli traumatu v životě drogově závislého člověka. V práci jsme se věnovali vymezení pojmu psychického traumatu a závislosti, neboť to bylo nezbytné pro celkovější uchopení tématu. Závislí lidé často přicházejí naprosto o všechno – o své zdraví, krásu, majetek, a nakonec velmi často i o svůj vlastní život. Pokud se chceme podívat na trauma jako na jednu z možných příčin závislosti, musíme se ptát, co je na drogách pozitivního, co závislým droga přináší a nahrazuje. Důvodem proč lidé užívají drogy, je zejména úleva, kterou poskytují, úleva od bolesti, pocit přijetí, klidu. To vše může droga nabídnout, ovšem pouze na krátkou dobu, z dlouhodobého hlediska přináší pouze další utrpení a traumatické zážitky. Pokud má tedy člověk tendenci ulevovat si od života, otázkou zůstává, co se stalo, že závislému pocitu bezpečí, radosti, lásky a jistoty v životě chybí. Každá droga totiž především tlumí bolest – podstatou této práce je tedy především snaha poskytnout odpověď na otázku proč velmi často tuto bolest závislí lidé pociťují, kde se tato bolest vzala a proč jsou jí závislí vystaveni. Závislí lidé totiž utíkají především sami před sebou, potřebují sami na sebe zapomenout. Tuto vnitřní prázdnotu se snaží zaplnit zvenčí, stejně tak jako to děláme my všichni – například za pomoci nakupování, jídla nebo sexu. Neustále se snažíme utíkat a zaplňovat onu prázdnotu. Stereotypní pohled na závislého nám dokonale odráží náš vlastní život, proto je pro mnoho lidí velmi těžké zamyslet se nad příčinou problémů těchto lidí. Lidé vědí, že je potřeba třídit odpad, snížit uhlíkovou stopu a i přesto, že víme, jak škodlivý je náš konzumní způsob života, stále se ho dopouštíme. Drogově závislí lidé jsou celý život vystaveni utrpení v podobě zneužívání, zanedbávání, jsou traumatizováni, a proto raději utíkají do světa, kde po požití drogy nic neexistuje. Vývoj našeho mozku není dopředu geneticky naprogramován, ale ovlivňuje jej vnější prostředí, ve kterém jsme jako děti vyrůstaly. Vzpomeňme si na kapitolu této práce, ve které hovoříme o významu vazeb mezi traumatizovanými vojáky, kterým tato pospolitost pomohla s vyrovnáváním se s traumatem. Zkusíme-li aplikovat tuto soudružnost na drogově závislé, kteří stejně jako vojáci hledají sílu v pospolitosti, zodpovíme si i otázku, proč se tak velké procento uživatelů vrací ke svému závislému způsobu života. Tato pospolitost ale skutečně může mít pozitivní dopad i mezi

¹⁷² Srov. tamtéž.

závislími, a to zejména při léčbě v terapeutických komunitách, kde abstinující závislé požívají stejnou zkušenost.

Drogově závislé lidi v léčbě nečeká pouze práce se svými traumaty, která zažili v dětství, ale také s traumaty, která zažili v průběhu svého užívání, což může být často tak těžké, že je jednodušší navrátit se ke „spolutraumatizovaným“ užívajícím, u kterých nachází onu pospolitost. V práci jsme se blíže podívali na to, jaký vliv má proces traumatizace na vznik závislosti, jak z psychického, tak částečně biologického pohledu, neboť v tomto ohledu spolu tyto dva přístupy úzce souvisí. To, jak trauma poškodí procesy v mozku vlivem traumatu, se odráží nejen v procesu vzniku závislosti, ale také v jejím průběhu a léčbě. Následky traumatizace jsme si uvedli v průběhu práce, ale ráda bych závěrem zdůraznila, že citové oploštění, neschopnost prožívat radost a lásku – tedy důvěrný vztah s druhou osobou – má obrovský vliv na člověka, pro kterého je poté řešením užití návykové látky, která mu tyto pocity dokáže suplovat. Autorka si je vědoma faktu, že tato práce nemůže představit kompletní problematiku vztahu traumatu a závislosti, avšak pokusila se poukázat na různé interpretace této problematiky.

Použitá literatura

BAŠTECKÁ, B.; GOLDMANN, P. *Základy klinické psychologie*. Praha: Portál, 2001. ISBN 80-7178-550-4.

FIŠEROVÁ, M. *Historie, příčiny a léčení drogových závislostí*, Časopis Postgraduální medicína, ročník 2., číslo 3, 2000.

FRANKL, V. *Man's Search for Meaning*. New York: Washington Square Press, 1985. ISBN 978-0807014264.

HARTL, P.; HARTLOVÁ, H. *Psychologický slovník*. Praha: Portál, 2000. ISBN 80-7178-303-X.

KEINAN, C., SIVAN, D., *The effects of stress and desire for control on the formation of causal attribution*, Journal of Research in Personality, 2001.

KESSLER, R. C. et al. *Trauma and PTSD in the WHO Worlds Mental Health Surveys*. European Journal of Psychotraumatology (online). 2018, (supl.5), (cit.2022-05-01). doi:10.1080/20008198.2017.1353383. ISSN 2000-8198.

KLEPÁČKOVÁ, O., KREJČÍ, Z., ČERNÁ, M., *Trauma-informovaný přístup v sociální práci*, Grada, 2020. ISBN 978-80-271-1049-0.

KOLK., B. A., Developmental Trauma Disorder. *Psychiatric Annals*, (online). 2005, [cit. 2022-20-02], roč. 35, č. 5, Dostupné na WWW:<<https://d1wqtxts1xzle7.cloudfront.net/31046864/050105DevelopmentalTraumaDisorder-with-cover-page.>>

KOLK, B. A., *Tělo sčítá rány, Jak trauma dopadá na naši mysl i zdraví a jak se z něj léčit*, Jan Melvil Publishing, 2021. ISBN 978-80-7555-130-6.

KUDRLE, S., *Úvod do bio-psycho-socio-spirituálního modelu závislosti*. In KALINA, K. a kol. *Drogy a drogové závislosti I*. Úřad vlády České republiky, 2003. ISBN 80-86734-05-6.

KUDRLE, S., *Trauma a závislost*. In KALINA, K. a kol. Drogy a drogové závislosti II. Úřad vlády České republiky, 2003. ISBN 80-86734-05-6.

LEVINE, P., KLINEOVÁ, M., *Trauma očima dítěte, probuzení obyčejného zázraku léčení, Od raného dětství po dospívání*, Maitrea: Praha, 2012. ISBN 978-80-87249-27-7.

MAREŠ, J. *Posttraumatický rozvoj člověka*, Grada, 2012. ISBN 978-80-247-3007-3.

MATE, G. *Když tělo řekne NE*, PeopleComm, Praha, 2019. ISBN 978-80-87917-47-3.

MATÉ, G. Understanding Trauma, Addiction, and the Path to Healing: A Conversational with Gabor Maté, *A Network of Mindfulness and Spirituality Podcast* [online] January 24, 2019. [cit.2022-15-03] Dostupné na WWW: <Understanding Trauma, Addiction, and the Path to Healing: A Conversation with Gabor Maté – Be Here Now Network 2022>.

MATÉ, G. *V říši hladových duchů, blízká setkání se závislostí*, PeopleComm, Praha, 2020. ISBN 978-80-87917-62-6.

NEŠPOR, K. *Návykové chování a závislost: současné poznatky a perspektivy léčby*, Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-831-7.

OREL, M. a kolektiv, *Psychopatologie, nauka o nemocech duše*, 2.aktualizované vydání. Grada, 2016. ISBN 978-80-247-5516-8

PAULÍK, K. *Psychologie lidské odolnosti*, Praha: Grada, 2017. ISBN 978-80-247-5646-2.

PRAŠKO, J., HÁJEK, T., PAŠKOVÁ, B., PREISS, M. a spol. *Stop traumatickým vzpomínkám, Jak zvládnout posttraumatickou stresovou poruchu*, Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-811-2.

PREISS, M. *Trauma a posttraumatický růst*, Psychiatrie pro praxi, 2009, 10, č. 1. ISSN 1213-0508.

- RAHE, R. H et al., *The stress and coping inventory: an educational and research instrument*, Stress Medicine, 16:199-208, 2000. ISSN 07488386.
- ROYCE, E. J, *Alcohol Problems and Alcoholism: a comprehensive survey*, The Free Press, New York, 1989. 978-00-29275-41-2.
- RUPPERT, F., *Trauma a rodinné konstelace, Duševní štěpení a jejich léčba*, Portál, Praha 2008. ISBN 978-80-7367-367-3.
- SCHELLONG, J., EPPLE, F., WEIDNER, K., *Psychotraumatologie*, Triton, 2021. ISBN 978-80-7553-950-2.
- ŠPATENKOVÁ, N., *Krize a krizová intervence*, Praha: Grada, 2017. ISBN 978-80-247-5327-0.
- VÁGNEROVÁ, M. *Současná psychopatologie pro pomáhající profese*, Praha: Portál, 2014. ISBN 978-80-262-0696-5.
- VIZINOVÁ, D., PREISS, M. *Psychické trauma a jeho terapie (PTSD), Psychologická pomoc obětem válek a katastrof*, Praha: Portál, 1999. ISBN 80-7178-284-X.
- WILSON, Ch., PENCE, D. M., CONDRADI, L. *Encyklopedia of Social Work* (online). NASW Press and Oxford University Press, 2013, (cit.2022-05-01). ISBN 9780199975839.
- YEHUDA, R. et al. *Holocaust Exposure Induced Intergenerational Effects on FKBP5 Methylation*. Biological Psychiatry (online). 2016, 80(5): 372-380a. (cit. 2022-05.01). Dostupné z: <https://ajp.psychiatryonline.org/doi/10.1176/appi.ajp.2019.19060618>.

Internetové zdroje

Gabor Maté. Jak trauma z dětství vede k závislosti

Dostupné na WWW <<https://videacesky.cz/video/gabor-mate-jak-trauma-z-detstvi-vede-k-zavislosti>>

Gabor Maté. Moc závislosti a závislost na moci

Dostupné na WWW <<https://www.youtube.com/watch?v=MwNrFWG3UbU>>

Abstrakt

WERNEROVÁ, B. *Trauma a jeho role v životě drogově závislého jedince*, České Budějovice, 2022. Diplomová práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. Teologická fakulta, Katedra sociální a charitativní práce. Vedoucí práce Mgr. Helena Muchová, Ph.D.

Klíčová slova: trauma, závislost, psychické trauma, stres, posttraumatická stresová porucha, obranné mechanismy, biologie závislosti, posttraumatický růst

Abstrakt

Práce se zabývá rolí traumatu v životě drogově závislého jedince s ohledem na jeho rané dětství a traumatické události, se kterými se setkal. První část práce je zaměřená na charakteristiku stresu, obranné mechanismy, posttraumatickou stresovou poruchou, dále je v práci představen posttraumatický růst, který je pozitivním následkem traumatu. Práce se dále věnuje vymezení závislosti a jejímu vzniku. Jsou popsány příčiny a formy závislosti. V poslední části práce se věnujeme souvislostem mezi traumatem a závislostí, konkrétně tedy jak neurobiologie a vnější prostředí může být jedněmi z příčin vzniku závislosti. V této části je kladen důraz na to, že událost sama není trauma, ale to, co člověk prožívá, to, co se uvnitř člověka odehrává a jeho reakce na traumatickou událost, je teprve trauma. V závěru je zmíněna teorie Gabora Matého, který označil závislost za přímý následek traumatu.

Abstract

Trauma and its role in the life of a drug addict. České Budějovice, 2022. Diplomová práce. University of South Bohemia. Faculty of Theology, Department of Social and Charity Work. Vedoucí práce Mgr. Helena Muchová, Ph.D.

Key words: trauma, addiction, psychological trauma, stress, posttraumatic stress disorder, defense mechanisms, addiction biology, posttraumatic growth

The work deals with the role of trauma in the life of a drug addict with regard to his early childhood and the traumatic events he encountered. The first part of the work is focused on the characteristics of stress, defense mechanisms, post-traumatic stress disorder, then the work presents post-traumatic growth, which is a positive consequence of trauma. The work also deals with the definition of addiction and its origin. The causes and forms of addiction are described. In the last part of the work we deal with the connections between trauma and addiction, specifically how neurobiology and the external environment can be one of the causes of addiction. In this part, the emphasis is on the fact that the event itself is not trauma, but what a person experiences, what takes place within a person and his reaction to a traumatic event, is only trauma. In conclusion, the theory of Gabor Maté is mentioned, who described addiction as a direct consequence of trauma.