

Univerzita Palackého v Olomouci

Filozofická fakulta

Katedra psychologie

**SYSTEM PÉČE O OBĚTI TRAUMATU A  
POSTTRAUMATICKÉ STRESOVÉ PORUCHY**

System of care for victims of trauma and posttraumatic stress disorder



**Bakalářská diplomová práce**

Autor práce: Bc. David Červinka

Vedoucí práce: MUDr. PhDr. Miroslav Orel, Ph.D.

Olomouc

**2017**

**Prohlášení**

Místopřísežně prohlašuji, že jsem bakalářskou diplomovou práci na téma: „Systém péče o oběti traumatu a posttraumatické stresové poruchy“ vypracoval samostatně pod odborným dohledem vedoucího diplomové práce a uvedl jsem všechny použité podklady a literaturu.

V Olomouci dne 31. 3. 2017

Podpis .....

### **Poděkování**

Na tomto místě bych rád poděkoval vedoucímu své bakalářské práce MUDr. PhDr. Miroslavu Orlovi, Ph.D., za jeho vstřícný přístup, cenné rady a trpělivost, kterou mi věnoval. Také bych rád poděkoval Mgr. Miroslavu Charvátovi, PhD. za ochotu a odborné připomínky k metodologii výzkumu. Speciální poděkování patří také Ing. Lucii Gajdové, která mi byla velkou oporou při psaní této práce. Na závěr bych rád poděkoval všem respondentům, bez kterých by tato práce nemohla vzniknout.

# Obsah

Úvod.....	7
<b>I Teoretická část</b>	
1 Stresová událost a stresová reakce .....	11
1.1 Stresová událost.....	11
1.2 Stresová reakce .....	13
2 Traumatická událost a psychické trauma .....	18
2.1 Traumatická událost.....	18
2.2 Psychické trauma .....	19
2.3 Symptomy traumatu.....	21
3 Duševní poruchy spojené se stresem a psychickým traumatem .....	23
3.1 Akutní reakce na stres.....	23
3.2 Posttraumatická stresová porucha (PTSD) .....	24
3.3 Poruchy přizpůsobení .....	33
3.4 Sociální význam duševních poruch spojených se stresem a psychickým traumatem.....	34
4 Léčba psychického traumatu a posttraumatické stresové poruchy .....	36
4.1 Psychoterapie .....	36
4.2 Farmakoterapie .....	43
5 Možnosti systémové péče o psychicky traumatizované klienty .....	45
5.1 Odborná pomoc v krizi .....	45
5.2 Organizace psychiatrické péče v České republice.....	51
<b>II Empirická část</b>	
6 Výzkumný problém, cíle a výzkumné otázky.....	57
6.1 Výzkumný problém .....	57
6.2 Cíle výzkumu.....	57
6.3 Výzkumné otázky .....	57

7	Metodologický rámec výzkumu .....	59
7.1	Typ výzkumu.....	59
7.2	Metody získávání a tvorby dat .....	60
7.3	Metody zpracování a analýzy dat .....	61
7.4	Charakteristika výzkumného souboru .....	62
7.5	Realizace výzkumu.....	63
7.6	Etické aspekty výzkumu .....	64
8	Výsledky výzkumu .....	65
8.1	Charakteristika a způsob práce oslovených zařízení .....	65
8.2	Léčba psychického traumatu a PTSD.....	68
8.3	Systémová péče o oběti psychického traumatu a PTSD .....	74
9	Diskuze .....	79
10	Závěr .....	83
	<b>Souhrn.....</b>	<b>86</b>
	<b>Seznam literatury a informačních zdrojů .....</b>	<b>89</b>
	<b>Seznam obrázků a tabulek.....</b>	<b>91</b>
	Seznam obrázků.....	91
	Seznam tabulek .....	91
	<b>Přílohy diplomové práce .....</b>	<b>92</b>
	Příloha č. 1: Formulář zadání bakalářské práce .....	93
	Příloha č. 2: Písemný informovaný souhlas s účastí na výzkumu .....	94
	Příloha č. 3: Polostrukturované interview.....	94
	Příloha č. 4: Abstrakt bakalářské práce .....	96
	Příloha č. 5: Abstract of bachelor's thesis .....	97



## Úvod

Traumatické události představují polaritu k přirozenému pojetí světa, jakožto relativně bezpečného a předvídatelného systému. Systému, ve kterém události a jednání ostatních lidí tvoří určitý smysl a řád. Prožití traumatické události představuje téměř u každého člověka výrazné narušení psychické integrity. Jeho důsledky mohou vést k hlubokým a trvalým změnám ve fyziologii, emoční i kognitivní oblasti a k výraznému narušení sociálních vazeb. Jako nejcharakterističtější klinický obraz psychického traumatu, je v současném mezinárodním a americkém diagnostickém systému, popsána posttraumatická stresová porucha, která příznaky psychického traumatu dále prohlubuje. Poskytnutí včasné odborné pomoci, může zásadním způsobem ovlivnit následný psychický vývoj jedince, míru a dobu zpracování traumatické události.

Tato bakalářská diplomová práce „**Systém péče o oběti traumatu a posttraumatické stresové poruchy**“ se zaměřuje na hodnocení účinných postupů léčby, možností, dostupnosti a kvality systémové péče o oběti traumatu a posttraumatické stresové poruchy, z hlediska pracovníků krizových center a psychiatrických nemocnic. Celá práce je koncipovaná do dvou hlavních částí: teoretické a empirické. **Teoretická část** seznamuje čtenáře se stěžejními tématy bakalářské práce, jedná se zejména o problematiku stresové reakce, psychického traumatu, posttraumatické stresové poruchy, postupy léčby a možnosti systémové péče o oběti psychického traumatu a posttraumatické stresové poruchy. **Empirická část** této práce se věnuje kvalitativnímu šetření, jehož obsahem jsou dva výzkumné cíle. Primárním cílem je porozumět, jakým způsobem postupují pracovníci krizových center a psychiatrických nemocnic, v péči o oběti psychického traumatu, co vnímají jako důležité a jaké jsou podle jejich názoru účinné terapeutické postupy. Sekundárním cílem výzkumu je reflektovat vlastní hodnocení pracovníků těchto zařízení, ve vztahu k dostupnosti a kvalitě systémové pomoci psychicky traumatizovaným klientům. Součástí tohoto výzkumného cíle je také zjistit, zdali by oslovení pracovníci podpořili vznik specializovaných center, jakožto řešení problému systémové péče o oběti psychického traumatu a posttraumatické stresové poruchy.





# **I Teoretická část**



# 1 Stresová událost a stresová reakce

Hlavním tématem této práce je psychické trauma a posttraumatická stresová porucha. Pro plné porozumění problematice je důležité v této kapitole charakterizovat stresovou událost a pojednat o mechanismech a podstatě stresové reakce.

## 1.1 Stresová událost

V životě člověka se objevuje mnoho událostí, které můžeme hodnotit jako stresové. Některé představují závažné změny, které ovlivňují současně více lidí – např. události jako jsou dopravní nehody, přírodní katastrofy, vojenský konflikt. Jiné představují závažné změny v životě jednotlivce – např. ztráta zaměstnání, těžké onemocnění, rozvod. Jako stresové události můžeme prožívat také každodenní maličkosti – dopravní zácpu, spor s nadřízeným nebo neshody s partnerem. Konečně zdroj stresu může být také v člověku ve formě konfliktních motivů nebo přání (Atkinson, 2003).

Pokus charakterizovat fenomén psychické zátěže prostřednictvím objektivně identifikovaných stresorů, tj. **zdrojů zátěžových situací**, naráží na problém absence jejich kompletního výčtu. Vytvoření úplné klasifikace těchto zdrojů je komplikováno zejména skutečností, že při vzniku psychické zátěže hrají roli nejen vlastnosti vnějšího prostředí, ale také hodnocení jejich významnosti, které je v případě každého člověka ryze individuální (Mlčák, 2004).

To, jestli vnímáme určité události jako stresové, se odvíjí od toho, nakolik **hodnotíme** určitou situaci jako **neovlivnitelnou, nepředpokládanou** a do jaké míry představuje tato událost **výzvu** pro hranice našich schopností a našeho sebepojetí. Čím více vnímáme určitou událost jako neovlivnitelnou, tím více je pro nás stresující. Jako neovlivnitelnou událost můžeme hodnotit smrt blízkého člověka, ztrátu zaměstnání, nebo negativní sociální jevy. Druhým charakteristickým rysem stresových situací je jejich **nepředvídatelnost**. Příkladem může být diagnóza závažného onemocnění, kdy související psychická zátěž vzrůstá v závislosti na tom, zdali bylo možné diagnózu předpokládat či nikoliv (Atkinson, 2003).

Naproti tomu, některé situace jsou poměrně snadno ovlivnitelné a předvídatelné, ale přesto je vnímáme jako stresující, protože nás tlačí až na hranice našich schopností a představují

výzvu pro náš pohled na sebe samé. Příkladem může být intenzivní studium na zkoušku, prezentace pracovního projektu, dokonce i některé zátěžové situace, do kterých vstupujeme s radostí, mohou působit stresovým dojmem. Vhodným příkladem je manželství, ve kterém se lidé musí přizpůsobit novým podmínkám, představující výzvu pro jejich hranice trpělivosti a tolerance (Atkinson, 2003).

Mezi průkopníky klasifikace stresových událostí s ohledem na jejich zátěž patří T. H. Holmes a R. H. Haas (1967). Tito autoři v 60. letech vytvořili známý inventář životních situací, obsahující 43 položek seřazených od nejzávažnější až po ty nejméně ohrožující. Součet bodů u jednoho jedince za poslední rok, informuje o míře prožité zátěže a stresu. Součet přesahující hranici 250 bodů, představuje míru stresu, při které člověk čerpá již ze svých psychických rezerv. Jednotlivé položky jsou uvedeny v obrázku č. 1.

Životní událost	Body	Životní událost	Body
Úmrtí partnera	100	Konflikty s tchánou, zetěm, snachou	29
Rozvod	73	Mimořádný osobní čin nebo výkon	29
Rozvrat manželství (dočasný rozchod)	65	Změna práce manželky	26
Uvěznění	63	Vstup do školy či její ukončení	26
Úmrtí blízkého člena rodiny	63	Změna životních podmínek	25
Úraz nebo vážné zranění	53	Změna vlastních zvyklostí	24
Sňatek	50	Problémy a konflikty se šéfem	23
Ztráta zaměstnání	47	Změna pracovní doby či podmínek	20
Usmíření a přebudování manželství	45	Změna bydliště	20
Odchod do důchodu	45	Změna školy	20
Změna zdravotního stavu člena rodiny	44	Změna rekreačních aktivit	19
Těhotenství	40	Změna církve	19
Sexuální obtíže	39	Změna sociálních aktivit	18
Přírůstek nového člena rodiny	39	Půjčka menší než 50 000 Kč	17
Změna zaměstnání	39	Změna spánkových zvyklostí	16
Změna finančního stavu	38	Změna v širší rodině (úmrtí, sňatky)	15
Úmrtí blízkého přítele	37	Změny stravovacích zvyklostí	15
Přeřazení na jinou práci	36	Dovolená	13
Závažné neshody s partnerem	35	Vánoce	12
Půjčka vyšší než 50 000 Kč	31	Přestupek (např. dopravní) a pokuta	11
Termín splatnosti půjčky	30		
Změna odpovědnosti v zaměstnání	29		
Syn nebo dcera opouští domov	29		

**Obrázek č. 1 Inventář životních událostí  
(Honzák, 1989: 37–38)**

Doposud jsme se věnovali podmínkám **vnějšího prostředí**, které mohou působit stresovým dojmem, ke stresu však mohou vést také **vnitřní procesy**. Těmito procesy mohou být vnitřní konflikty, které mohou mít vědomou či nevědomou povahu. Ke konfliktům dochází, když

se člověk musí rozhodnout mezi neslučitelnými, nebo vzájemně se vylučujícími postupy či cíli (Atkinson, 2003).

Mezi vnitřní zdroje stresu můžeme dále zařadit také nedostatek spánku, negativní sociální vztahy, omezení osobní svobody a osobního prostoru (Křivohlavý, 2001).

Na závěr pojednání o problematice stresové události připomeňme, že každý člověk je jedinečný a na každého z nás působí jiné stresové stimuly. Zda určitou událost budeme hodnotit jako stresující, vyplývá ve značné míře z našeho hodnocení dané situace (Atkinson, 2003).

## 1.2 Stresová reakce

Termín stres využívají různé vědní obory s odlišným přístupem i definicí.<sup>1</sup>

*„Podle fyziologického pojetí je stres fylogeneticky zakódovaná nervověhumorální a metabolicko funkční odpověď organismu na působení zevních a vnitřních faktorů, narušujících integritu jedince. Podle pojetí psychologického, je stres stav vědomého či nevědomého ohrožení integrity, ve kterém jedinec reaguje úzkostí, napětím a dalšími obrannými mechanismy“* (Bartůňková, 2010: 52).

Podstatné je, že stres je považován za **přirozenou reakci organismu**, stresová reakce tedy probíhá **automaticky** a bez přímého vědomého ovlivnění. Jedná se o reakci nespecifickou, to znamená v tom smyslu, že obecně připravuje organismus k aktivitě typu **boj** nebo **útok**. Reakce konkrétního jedince na určitý stresor, konkrétní způsoby jeho zvládnání, včetně emočního doprovodu (vztek, strach, úzkost, atd.) jsou ovšem vždy individuálně odlišné (Orel & Facová, 2009).

Studiem vlivu stresové zátěže na lidské tělo, se ve 30. letech 20. století začal podrobněji zabývat kanadský endokrinolog Hans Selye. V roce 1936 definoval stres jako nespecifickou reakci organismu, která probíhá obdobně, bez ohledu na podobu příčiny a popsal následující tři základní fáze stresové reakce (Vizinová & Preiss, 1999):

---

<sup>1</sup> Obecné užívání tohoto termínu označuje jak odpověď organismu (stresovou reakci), tak i faktor, který stresovou reakci vyvolává tzv. stresor.

- 1. Fáze alarmová (poplachová):** Slouží k významné excitaci organismu, především prostřednictvím sympatické soustavy a zvýšením sekrece hormonů dřeně nadledvinek. Dochází k rychlé mobilizaci energetických zdrojů, zvýšení funkce kardiorepiračního systému, svalového tonu a svalové síly. Současně dochází k potlačení trávicích pochodů, ke snížení pocitu bolesti, ke zlepšení kognitivních a smyslových schopností, aj.
- 2. Fáze rezistence (adaptační):** Nastává vlivem déle trvající stresové zátěže. Organismus si na působící stresor zvyká a snaží se o adaptaci při využití vlastních rezerv.
- 3. Fáze vyčerpání (exhausce):** Jedná se o fázi, kdy je získaná rezistence organismu nedostatečná a nadměrnou mírou stresu dochází k celkovému selhání adaptačních a regulačních schopností organismu. Výsledkem takové situace může být vážné ohrožení zdraví i života.

Původní Seleyho koncepce stresu jakožto nespecifické reakce organismu byla překonána. Neexistuje totiž pouze jedna obecná stresová reakce, ale řada obecných stresových odpovědí. Významnou roli zde hraje nejen intenzita stresoru, ale i individuální míra akceptace stresoru a řada dalších faktorů, které ovlivňují podobu stresové reakce (Bartůňková, 2010).

Přiměřený stres je **přírozenou součástí života** a zastává v něm důležitou roli. Mobilizuje člověka k akci, přispívá ke zvýšení výkonu či kvality života. Umožňuje nám překonávat překážky, výzvy, i účinně se bránit. Tento typ stresu označujeme pojmem eustres. Škodlivým se stres stává tehdy, je-li příliš intenzivní, nebo trvá-li příliš dlouho. V tomto případě užíváme pojem distres, při kterém člověk zažívá přetížení, zoufalství a bezmoc (Rymešová & Chamoutová, 2014).

Stres provází člověka od počátku života, dokonce již v prenatálním období. Jako přirozená a automatická reakce na stresogenní podněty, je pozitivní hybnou silou, která nám pomáhá přežít, aktivuje nás, přispívá k dosažení vyšších výkonů a spoluutváří tempo našeho života. Na druhé straně může mít působení stresu také velmi závažné dopady na naše psychické a fyzické zdraví. Tyto hranice mezi pozitivním a negativním působením stresu, jsou dány intenzitou a dobou jeho působení (Rymešová & Chamoutová, 2014).

Z hlediska délky působení, dělíme stres na **akutní** a **chronický** (Bartůňková, 2010):

- Při **akutním stresu** (trvá minuty, hodiny) dominuje aktivace sympatoadrenální osy (SAS) a osy hypotalamus – hypofýza – nadledvina (HHN). Dochází k mobilizaci energetických rezerv pro bezprostřední zvládnutí situace. Během akutního stresu je aktivován nervový, endokrinní, pohybový a kardiorespirační systém. Naproti tomu činnost trávicího, vylučovacího a reprodukčního systému je utlumena.
- Při **chronickém stresu** (trvá týdny, měsíce, roky) jsou aktivovány dlouhodobé nervové, hormonální a imunologické mechanismy. Chronický stres je zprostředkován integrací informace pomocí serotoninu v limbickém, hypotalamickém, hypofyzárním a nadledvinkovém systému. Patrné jsou strukturální změny organismu, jako je zvětšení velikosti nadledvinek, zmenšení sleziny a atrofie brzlíku včetně redukce lymfocytů a jejich subpopulací (Bartůňková, 2010).

Příznaky chronického stresu jsou méně nápadné, než je tomu v případě akutního stresu, nicméně negativní dopady na organizmus jsou podstatně větší. Zatímco akutní stresová reakce slouží k přežití, dlouhodobé působení stresu vede k funkčním a posléze i strukturálním změnám. Dají se pozorovat odezvy v oběhovém, trávicím, imunitním a reprodukčním systému. Ovlivněna je také termoregulace, růst a vývoj. U dlouhodobě stresovaných jedinců dochází také k psychickým změnám ve smyslu prudkých změn nálad, úzkosti, deprese, podrážděnost, únava, atd. To vše se odráží ve změnách chování a zasahuje do profesního i osobního života (Orel & kol., 2014).

### 1.2.1 Neurobiologie stresové reakce

Sled dějů, který se spouští v rámci stresové reakce je podřízen hlavnímu cíli – zajistit přežití organismu. V každém okamžiku jsou prostřednictvím našich smyslových orgánů přijímány informace o zevním prostředí, které jsou společně s informacemi z vnitřních orgánových systémů vyhodnocovány z hlediska potencionálního či reálného ohrožení. U člověka mají velký význam také informace z mozkové kůry, které přinášejí výsledky myšlení, fantazijních představ, imaginace, apod. Na prvním zpracování všech těchto informací se podílí podkorová centra, zejména struktury limbického systému. Pakliže jsou informace vyhodnoceny jako potencionálně nebezpečné, spouští se automatický proces, probíhající na několika úrovních:

**1. Nervové a hormonální mechanismy:** V rámci stresové reakce dochází především k aktivaci sympatoadrenálního systému, který je tvořen sympatickou částí vegetativního nervového systému a dření nadledvin. Centrální úlohu v řízení stresové reakce hraje hypotalamus, který se podílí na nervovém i hormonálním řízení vnitřních funkcí organismu. V průběhu několika málo vteřin po zahájení stresové reakce, dochází k vyplavení stresových hormonů – katecholaminů (adrenalin a noradrenalin) z dřeně nadledvin. Do stresové reakce organismu zasahují také hormony kůry nadledvin, především pak při chronickém průběhu zátěže. Nenahraditelnou skupinou hormonů produkovaných kůrou nadledvin jsou glukokortikoidy, jejichž hlavním zástupcem je u člověka kortizol (Orel & kol., 2014).

**2. Metabolismus a funkční změny:** V kardiovaskulární soustavě dochází díky působení katecholaminů k zesílení stahů srdce a vzestupu srdeční frekvence. Vzrůstá také dráždivost srdeční svaloviny a rychlost vedení vzruchů mezi buňkami myokardu. Díky tomu stoupá srdeční výdej krve a zvyšuje se krevní tlak. Cílem popsaných změn v krevním oběhu je redistribuce krve především k životně důležitým orgánům. Z potřeby většího zásobení kyslíkem dochází vlivem přítomnosti adrenalinu k rozšíření dolních cest dýchacích a zvyšuje se i frekvence samotného dýchání. Pro přežití je nutné také dostatečné zabezpečení energie. Působení katecholaminů dochází v játrech ke štěpení zásobního cukru – glykogenolýze a ke štěpení tukové tkáně – lipolýze. Aktivací sympatiku dochází k rozšíření zornic, tedy ke zvětšení zorného pole. Pro předpoklad možné ztráty krve při zranění se zvyšuje pohotovost mechanismů srážení krve. Naproti mohutné aktivaci kardiovaskulárního systému dochází k útlumu trávicí soustavy, relaxaci močového měchýře a útlumu pohlavní aktivity (Orel & kol., 2014).

Glukokortikoidy hrají důležitou roli v případě déle trvající zátěže. Jejich význam spočívá především v mobilizaci energetického metabolismu. Konkrétně v játrech spouštějí novotvorbu glukózy – glukogenezi, snižují vychytávání glukózy ve svalech a šetří ji tímto způsobem pro vitálně důležité orgány. V součinnosti s inzulínem zvyšují glukokortikoidy hladinu zásobního glykogenu – hovoříme o tzv. glykogenezi a v tukové tkáni stimulují uvolnění mastných kyselin a glycerolu – hovoříme o tzv. lipolýze. Mimo popsané účinky mají glukokortikoidy i výrazně protizánětlivé a protialergenní účinky.



Ovlivněním počtu určitých typů bílých krvinek mohou ovšem způsobit vyšší náchylnost k infekcím (Orel & kol., 2014).

- 3. Psychické změny:** Stresovou reakci doprovází také afektivní a emoční složka. Často se jedná o strach, úzkost, deprese, nebo naopak hněv či agrese. Je důležité si uvědomit, že tyto psychické pochody mají materiální základ, jsou zprostředkovány především strukturami limbického systému a různými působky, vedle hormonů také neurotransmitery a neuromodulátory. Stresová reakce má dopad i na kognitivní funkce, řada působků, hormonů a neurotransmiterů mohou pozitivně, ale i negativně ovlivnit myšlení a paměť (Bartůňková, 2010). Působením zátěžové situace se může měnit způsob uvažování a zpracování informací. Pocit ohrožení aktivuje také psychické obranné reakce. Jejich smyslem je udržet, respektive znovu dosáhnout psychické rovnováhy jedince. Kromě nevědomých obranných reakcí mohou přispět k dosažení rovnováhy i vědomé strategie zvládání, tj. coping (Vágnerová, 2012).

Poznatky o neurobiologii stresové reakce jsou mnohem obsáhlejší, další podrobnost, by však přesáhly rámec této diplomové práce.

## 2 Traumatická událost a psychické trauma

Předmětem následující kapitoly je definice traumatické události, popis jejích charakteristických rysů a procesu vzniku následné psychické traumatizace a průvodních symptomů traumatizace.

### 2.1 Traumatická událost

Traumatická událost představuje zážitek, který téměř u každého vyvolá v době ohrožení **pronikavou tíseň** a **výraznou stresovou reakci**. Vesměs se jedná o události, ve kterých jde o ohrožení života, zdraví, tělesné či psychické integrity nebo obecně velmi důležitých hodnot. Psychické trauma je výsledkem bezmoci člověka v situaci, kdy traumatická událost překročila možnosti danou situaci emočně zpracovat (Praško, 2003).

Definici traumatizující události nalezneme také v mezinárodních klasifikačních systémech duševních onemocnění a jejich příčin. Evropské země včetně České republiky se řídí 10. revizí Mezinárodní klasifikací nemocí (MKN – 10), kterou vytváří odborníci pod vedením Světové zdravotnické organizace. V USA, Austrálii a na Novém Zélandu se používá V. verze diagnostického a statistického manuálu (DSM – IV), publikovaného Americkou psychiatrickou společností (APA). Ve zbylé části světa (Čína, Rusko) se používají starší, nebo zcela odlišné klasifikace (Baštecká, 2005).

Podle MKN – 10 má traumatizující událost výjimečně nebezpečný nebo katastrofický charakter a vedla by k hlubokému rozrušení téměř u kohokoliv; podle DSM – IV se jedná o takovou událost, při níž došlo k těžkému úrazu či usmrcení jiné osoby, nebo situaci kdy hrozilo ohrožení vlastního zdraví nebo života, přičemž jedinec reagoval intenzivním strachem, beznadějí nebo hrůzou (Baštecká, 2005).

Baštecká (2005) charakterizuje traumatickou událost na základě dvou hledisek:

- **Typ události:** Samotná událost je obvykle náhlá, nezvladatelná a ohrožuje život, tělesnou či duševní integritu jedince, nebo jeho blízkých.
- **Reakce subjektu:** Událost se vyznačuje velkou mírou působení, kdy jedinec a všichni zúčastnění, prožívají intenzivní pocit tísně, beznaděje a hrůzy.

Jedná se o specifickou skupinu události, které se vymykají běžné lidské zkušenosti a při jejichž zpracování selhávají přirozené obranné mechanismy člověka. Tyto události můžeme pro přehlednost rozdělit do následujících kategorií (Praško, 2003):

- 1. Traumatické události nezáměrně způsobené člověkem:** dopravní neštěstí (autobusové, vlakové, letecké), kolapsy budov a mostů, požáry a výbuchy plynů, aj.
- 2. Traumatické události záměrně způsobené člověkem:** kriminální činy, sexuální zneužívání, teroristické události, válečné konflikty, mučení, aj. Lidé obecně nejhůře snášejí traumatické události způsobené člověkem, zejména v případech, kdy jsou způsobeny záměrně.
- 3. Přírodní katastrofy:** povodně, zemětřesení, laviny, sopečné erupce, lesní požáry, aj. U přírodních katastrof, bývá přítomen větší pocit sounáležitosti a ochota vzájemné pomoci. Z tohoto důvodu bývá také procento následného rozvoje posttraumatické stresové poruchy nižší.

Traumatická událost nezasahuje pouze postižené, ale také svědky těchto událostí. Vizinová a Preiss (1999) rozdělují psychickou traumatizaci z tohoto hlediska do následujících tří forem:

- 1. Primární traumatizace:** trauma se člověka přímo dotýká a vztahuje se k jeho osobě.
- 2. Sekundární traumatizace:** podnětem je bezprostřední zkušenost s traumatizací jiné osoby.
- 3. Terciární traumatizace:** člověk není v přímém vztahu k oběti traumatizace, ale je v kontaktu s primárně či sekundárně traumatizovanými jako svědek (např. humanitární pracovník, terapeut).

Traumatická událost často mění pohled člověka na sebe, i na okolní svět. Téměř v každém případě existuje možnost, že člověk v traumatu uvízne a bude jej opakovaně prožívat. Porozuměním podstatě samotné situace a vlastním reakcím, může výrazně pomoci překonat následky traumatické události (Praško, 2003).

## 2.2 Psychické trauma

Traumatická reakce vzniká v okamžiku, kdy je člověku tváří v tvář **extrémní hrůze znemožněna smysluplná akce** a on se ocitá ve stavu **celkové bezmocnosti**. Děsivý zážitek zaplavuje a paralyzuje systém sebeobrany, ničí pocit vnitřní kontroly a kompetence. Není-li

možný útok ani útek, dochází k dezorganizaci jednotlivých částí obvyklé odpovědi organismu na nebezpečí a tyto komponenty mají tendenci přetrvávat dlouho po skončení stavu skutečného ohrožení. Traumatické události tak vyvolávají hluboké a trvalé změny v oblasti fyziologie, emoční i kognitivní (Vizinová & Preiss, 1999).

Je-li prvním zásadním znakem traumatizující zkušenosti **neuniknutelnost**, pak druhým rysem je její **nepochopitelnost**. Takovou zkušenost nelze zařadit mezi obvyklé zkušenosti. Při orientaci ve světě slouží člověku vytvořená kognitivní schémata, která mu pomáhají chápat a účelně reagovat v různých situacích. Pro extrémní situace ovšem nejsme kognitivními schématy běžně vybaveni. Traumatická zkušenost nemůže být asimilována, protože ohrožuje základní představy člověka o světě, jako o uspořádaném, smysluplném a bezpečném místě. Tato skutečnost se později projevuje v podobě nutkavého znovuprožívání traumatizující situace (Praško, 2003).

Rozpor mezi základními představami a prožívanou skutečností, může vyústit v disociaci, tedy oddělení různých duševních procesů, které za normálních okolností fungují ve vzájemné integraci. Člověk se tak nevědomě chrání před přívaly silných emocí, které by pravděpodobně nedokázal udržet pod kontrolou. Traumatizovaná osoba si může do detailu vybavit celou událost, ale bez jakéhokoliv emočního doprovodu, nebo může zažívat silné emoce, bez jasné vzpomínky na to, s čím souvisí. Osoba se může nacházet ve stálém neklidu, podrážděnosti, může mít i psychosomatické obtíže, ale neví proč. Příznaky traumatu mají tendenci ztrácet vazbu se svým původcem a žijí si dále svým vlastním životem. V případě, že vzpomínky, které běžně nejsou přístupny vědomí, pomůže vyvolat např. podnět připomínající trauma, vzniká emoční tlak a nekontrolovatelná emoční reakce (Vizinová & Preiss, 1999).

Dalším z hlavních rysů traumatu je **narušení mezilidských vztahů**. Pocit bezmoci a zranitelnosti později zasahuje do všech vztahů, od nejintimnějších, rodinných, až po abstraktní, které charakterizují například náboženskou víru. Přesto stabilní sociální vazby jsou jedním z faktorů, které pozitivně ovlivňují míru následků traumatu (Vágnerová, 2004).

**Citlivost člověka** vůči traumatické zkušenosti ovlivňuje mnoho faktorů. Patří k nim vrozená zranitelnost, celkový kognitivní rozvoj, získané schopnosti odolávat zátěži, kvalita

mezilidských vztahů a sociální opory, předchozí traumatické zkušenosti a ve velké míře také kultura. Traumatickou zkušenost tedy nemůžeme vnímat jako statickou, pro hodnocení jejího vlivu na psychický stav jedince, je nutné ji pojímat v souvislosti s dynamickou interakcí jednotlivého člověka a jeho prostředí (Praško, 2003).

### 2.3 Symptomy traumatu

Symptomy, které se objevují v důsledku prožitého traumatu, rozdělují Vizinová a Preiss (1999) do tří kategorií:

- 1. Nadměrné vzrušení:** Příznačným symptomem psychického traumatu je trvalé vzrušení, které vzniká jako následek očekávání všudypřítomného ohrožení. Člověk v tomto stavu se snadno poleká, snadno reaguje podrážděně a trpí nespavostí. Zvýšená fyziologická reaktivita bývá nejvíce patrná při působení podnětu, který trauma připomene. Projevuje se náhlou hyperventilací, tachykardií, třesem, pocením, pocitem nevolnosti či mdlobou. Tyto fyziologické fenomény obvykle dlouhodobě přetrvávají a stávají se zásadní překážkou rehabilitace traumatizovaného člověka.
- 2. Intruzivní příznaky:** Jedná se o vtíravé a neodbytné pocity opakovaného prožívání traumatu. Vzpomínka na traumatickou událost může být vyvolána i zdánlivě nevýznamným podnětem, její živost a emocionální náboj je ovšem stejný jako tomu bylo v původní situaci. Hovoříme o tzv. flashbacích<sup>2</sup>, které člověk může vnímat jako skutečnou realitu a podle toho se i chovat. Traumatické vzpomínky se odlišují od klasických vzpomínek nemožností verbálního převyprávění a nevázanosti na kontext. Také traumatické sny jsou jiné než ty ostatní. Mohou se objevovat ve fázích spánku, kdy normálně lidé nesní, jednotlivé sny mají často identickou podobu, vždy ale s děsivou živostí vyjadřují jasné fragmenty traumatické události. Psychické trauma je dále znovuprožíváno také v chování. Opakovanou inscenaci traumatické situace je možné vysledovat např. v dětské hře, nebo i při běžné lidské činnosti.
- 3. Konstruktivní příznaky:** Traumatické události mohou vyvolávat u lidí nejen strach a hrůzu, ale i stav úplného klidu až letargie. Člověk v takovém stavu má často pocit,

---

<sup>2</sup> Jedná se o specifické objevování zkreslených zrakových vjemů a náhlé vybavování vzpomínek související s traumatickou událostí, většinou s vegetativním a silným emočním doprovodem (Vágnerová, 1999).

že se vše odehrává mimo jeho tělo, nebo že celá událost je součástí špatného snu, ze kterého se brzy probudí. Vnímání může být v těchto případech deformované, provázené částečnou amnézií, nebo ztrátou určitých vjemových modalit. Traumatický trans, jak se označuje tento stav, nastupuje bez vědomého rozhodnutí a můžeme jej chápat jako obranou reakci před zraňujícími psychickými obsahy. Jakkoliv může být tato změna stavu vědomí adaptivní v bezprostřední situaci a v počáteční fázi traumatu, stává se velice neadaptivní při svém přetrvávání, neboť brání integračním procesům ve zpracování traumatické zkušenosti. Konstruktivní symptomy postihují vedle vědomí, myšlení, emocí a paměti, také spontánní aktivitu, iniciativu a obecně aktivní plánování budoucnosti narušuje stálé očekávání něčeho strašného.

Vzájemná provázanost intruzivních a konstruktivních příznaků je charakteristickým rysem následků traumatu. Hovoří se o tzv. **dialektice traumatu**, která se projevuje existencí dvou extrémních stavů – stavu amnézie s náhlými záplavy emocí a stavu inhibované aktivity, který je zcela bez emocí. Právě tato nestabilita mezi těmito stavy a neschopnost nalézt rovnováhu, prohlubuje pocit nepředvídatelnosti a bezmocnosti. Dlouhotrvající střídání těchto stavů a z nich plynoucí zoufalství, může vést až k touze zemřít (Vizinová & Preiss, 1999).

Psychickou a fyziologickou reakci na traumatizující událost nelze považovat a priori za poruchu. Jedná se o přirozený mechanismus zpracování a vyrovnání se s těžkou životní zkušeností. O psychické poruše hovoříme až ve chvíli, kdy se postiženému jedinci nedaří traumatickou zkušenost zvládnout, tedy v případě, kdy symptomy traumatické reakce přetrvávají po delší dobu a významným způsobem narušují chování a prožívání jedince (Vágnerová, 2004).

### **3 Duševní poruchy spojené se stresem a psychickým traumatem**

Následující kapitola pojednává o jednotlivých formách duševních poruch vznikajících jako důsledek extrémní stresové reakce a traumatické události. Důraz je v této kapitole kladen na posttraumatickou stresovou poruchu, která je předmětem této práce. Představena budou diagnostická kritéria podle mezinárodních klasifikačních systémů, biologické parametry, komorbidita, diferenciální diagnostika, prevalence, průběh, prognóza a faktory ovlivňující symptomatologii. Závěr kapitoly je věnován sociálnímu významu duševních poruch spojených se stresem a psychickým traumatem.

Vymezení duševních poruch spojených se stresem a psychickým traumatem se jedná o skupinu psychických poruch, u kterých se předpokládá přímá příčina v podobě akutního stresu, nebo pokračujícího traumatu. Zátěžová událost nebo trvalé nepříznivé okolnosti jsou primárním a převažujícím faktorem a k poruše by nedošlo bez jejich působení. Poruchy této skupiny lze vnímat jako maladaptivní reakce na těžký nebo trvalý stres, které narušují mechanismy jeho úspěšného překonání, a tím vedou ke zhoršení sociálního fungování (MKN – 10, 1992).

#### **3.1 Akutní reakce na stres**

Akutní reakce na stres je přechodnou poruchu, která vzniká u jedince bez přítomnosti zjevné duševní poruchy, jako odpověď na výjimečný fyzický nebo duševní stres, a která obvykle odezní během několika hodin nebo dnů. Stresorem může být zdrcující traumatická událost, nebo neobvykle náhlá a ohrožující změna v sociálním prostředí anebo v mezilidských vztazích jedince, např. ztráta blízkých osob. Riziko rozvoje poruchy je větší, je-li přítomno fyzické vyčerpání, nebo organické faktory (např. stáří). Pravděpodobnost výskytu a závažnost akutní reakce na stres ovlivňuje zranitelnost jedince a obecně schopnost zvládat stres (Höschl, Libiger, & Švestka, 2002).

Mezi **charakteristické příznaky** akutní reakce na stres řadíme: strnulost, zúžené vědomí a pozornost, dezorientaci a depersonalizaci. Bezprostředně po události je jedinec v šoku, nereaguje a nekomunikuje s okolím, jakožto reakce na traumatizující zážitek, může nastat také částečná nebo úplná amnézie. Na tento stav může navazovat další stažení se (odklon

od situace a prostředí v rozsahu až disociativního stuporu), nebo agitace a hyperaktivita (Vágnerová, 2004).

Obečně jsou přítomny také vegetativní příznaky panické úzkosti (tachykardie, pocení). Příznaky se zpravidla objevují během několika minut po dopadu stresující události a mizí během 2 – 3 dnů, často během několika hodin. Na toto období může být částečná, výjimečně také úplná amnézie (Höschl, Libiger, & Švestka, 2002).

### 3.2 Posttraumatická stresová porucha (PTSD)

V této kapitole bude podrobněji pojednáno o posttraumatické stresové poruše (anglicky: Posttraumatic Stress Disorder – PTSD). Pozornost bude věnována mimo charakteristiku a diagnostická kritéria mezinárodních klasifikačních systémů, také biologickým parametrům a typickému průběhu poruchy, faktorům ovlivňujícím symptomatologii, diferenciální diagnostice, komorbiditě a četnosti výskytu PTSD v populaci.

#### 3.2.1 Charakteristika PTSD

Jako nejcharakterističtější klinický obraz po psychickém traumatu, je v současném mezinárodním a americkém diagnostickém systému popsán jako posttraumatická stresová porucha (Hašto & Vojtová, 2012).

Tato porucha vzniká jako **zpožděná a protahovaná odezva** na extrémní stresovou událost nebo situaci neobvykle hrozivého nebo katastrofického rázu, která téměř u každého vyvolá pronikavou tíseň. Jedná se například o přírodní nebo člověkem způsobené katastrofy, vážné neštěstí, o události, kdy je člověk přítomen násilné smrti jiných osob, nebo kdy je obětí mučení, znásilnění, či jiných zločinů. Predisponující faktory mohou zvýšit pravděpodobnost vzniku syndromu nebo zhoršovat jeho průběh, ale nejsou ani nezbytné, ani nestačí k vysvětlení jeho výskytu (MKN – 10, 1992).

Na rozdíl od akutní reakce na stres se jedná o reakci dlouhodobou, která se může rozvinout bezprostředně po události, ale i s **určitou latencí** měsíců až let. Charakteristický je rozvoj a prohloubení symptomů psychického traumatu. Postižený opakovaně prožívá katastrofickou událost v živých myšlenkách, ve snech či formou flashbacků, vyhýbá se situacím a místům, ve kterých došlo k traumatizující události. Jeho vzpomínky na celou



událost jsou částečně narušeny. Přítomny jsou pocity přetrvávající úzkosti, depresivní stavy, poruchy spánku a koncentrace, vyšší ostražitost, panické či agresivní reakce. Příznačná je snížená afektivita, emoční otupělost, negativismus, sociální izolace, pocit vlastní méněcennosti<sup>3</sup> a suicidální myšlenky (Raboch & Zvolský, 2001).

Přetrvávající důsledky psychického traumatu se často projeví i somatickými potížemi. Lidé s posttraumatickou stresovou poruchou mohou trpět různými bolestmi, mohou se u nich objevovat anomální vegetativní reakce, jako je třes, pocení, hyperventilace, tachykardie, hyperventilace, brnění v končetinách, bolesti břicha, hlavy aj. Tyto symptomy jsou důsledkem přetrvávající aktivace organismu, důsledkem očekávání všudypřítomného ohrožení (Vágnerová, 2004).

### 3.2.2 Diagnostická kritéria PTSD podle MKN – 10 a DSM – V

Desáté vydání evropské Mezinárodní klasifikace nemocí uvádí PTSD jako samostatnou jednotku a připojuje ji k poruchám přizpůsobení do kategorie F43. Rozlišuje mezi různými typy a intenzitami traumatu, hovoří o vztahu k premorbidní osobnosti a individuální citlivosti. Stresový faktor je považován za významnější diskriminační činitel pro zařazení než úzkost, více je zdůrazňován také fenomén znovuprožívání (Vizinová & Preiss, 1999).

Pátá revize diagnostického manuálu DSM – V je PTSD zařazena mezi úzkostné poruchy a úzkost je zde pokládána za významnější diskriminační faktor než stresový činitel (Raboch, Hrdlička, Mohr, Pavlovský & Ptáček, 2015).

#### **Diagnostická kritéria podle 10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí:**

- I. Postižený musel čelit stresové události nebo situaci, výjimečně nebezpečného nebo katastrofického charakteru, která by pravděpodobně způsobila hluboké rozrušení téměř u každého člověka.
- II. Je přítomno neodbytné znovuprožívání stresující události v podobě flashbacků, živých vzpomínek a opakujících se snů, nebo prožívání úzkosti při expozici podnětů spojených se stresem.

---

<sup>3</sup> V případě život ohrožujícího traumatu přeživší často popisují pocit viny za vlastní přežití. Dochází k sebeobviňování, že člověk měl udělat něco jiného, než udělal, nebo si vyčítá, že sám událost přežil a jiný zemřel. Někdy si postižený vyčítá, že někomu nepomohl nebo pomohl nedostatečně.

III. Postižený se vyhýbá nebo dává přednost vyhýbání se okolnostem, které stresor připomínají, nebo jsou s ním spojené.

IV. Musí být přítomno některé z následujících kritérií:

1. Neschopnost vybavit si částečně nebo úplně některé důležité momenty traumatu.
2. Jsou přítomny dva z následujících příznaků zvýšené psychické citlivosti a vzrušivosti, které nebyly přítomny před expozicí stresoru:
  - a) obtíže s usínáním a spánkem,
  - b) podrážděnost nebo návaly hněvu,
  - c) obtíže s koncentrací,
  - d) přehnané úlekové reakce.

VI. Kritéria II, III, a IV musí být splněny v průběhu šesti měsíců od stresové události nebo do konce období stresu. Účelná diagnostika může být i po delším období než je šest měsíců, v takovém případě ale musí být důvody zřetelně specifikovány.

## **Diagnostická kritéria podle DSM – V**

Autor Raboch et al. (2015) uvádí členění diagnostických kritérií následovně:

**A.** Vystavení skutečné nebo hrozící smrti, vážnému zranění nebo sexuálnímu násilí jedním (nebo více) z následujících způsobů:

1. Přímý zážitek traumatické události.
2. Být bezprostředním svědkem traumatické události, která se stala jiným lidem.
3. Dozvědět se, že traumatická událost se stala blízkému rodinnému příslušníkovi, nebo blízkému příteli. V případech skutečné nebo hrozící smrti člena rodiny nebo blízkého přítele, se musí jednat o násilnou událost nebo nehodu.
4. Opakované nebo extrémní vystavení nepříjemným okolnostem traumatické události (např. náhodný nález mrtvého těla, policisté opakovaně vystavení detailům týraných a zneužívaných dětí). Tento bod neplatí při expozici prostřednictvím elektronických médií, pokud zde není přímá souvislost se zaměstnáním.

**B.** Přítomnost jednoho nebo více z následujících symptomů asociovaných s traumatickou událostí:

1. Opakující se, nechtěné a vtíravé stresující vzpomínky na traumatickou událost. U dětí se může objevovat repetitivní hra, ve které jedinec vyjadřuje témata nebo aspekty traumatické události.
2. Opakují se stresující sny, jejichž obsah souvisí s prožitou traumatickou událostí.

3. Disociativní reakce (např. flashbacky), kdy se jedinec cítí nebo kdy jedná, jako by se traumatická událost opakovala.
  4. Intenzivní duševní nepohoda při expozici podnětů spojených s traumatickou událostí.
  5. Výrazné fyziologické reakce při expozici podnětů spojených s traumatickou událostí.
- C.** Trvalé vyhýbání se podnětům asociovaným s traumatickou událostí, projevující se jedním nebo oběma z následujících způsobů:
1. Snaha vyhýbat se stresujícím pocitům, vzpomínkám a myšlenkám na traumatickou událost nebo těm, které jsou s traumatickou událostí úzce spojeny.
  2. Snaha vyhýbat se vnějším podnětům (lidem, místům, rozhovorům), které vyvolávají stresující vzpomínky, myšlenky, nebo pocity na traumatické události nebo jsou s ní úzce spojené.
- D.** Negativní změny v kognici a náladě vyskytující se poté, co se traumatická událost odehrála, a které se projevují minimálně dvěma z následujících způsobů:
1. Neschopnost pamatovat si některý z důležitých aspektů traumatické události (typicky vlivem disociativní amnézie).
  2. Přetrvávající a přehnané negativní názory o sobě samém, o jiných lidech nebo o světě.
  3. Přetrvávající zkreslené přesvědčení o příčině nebo následcích traumatu, které vede k tomu, že jedinec přičítá vinu sám sobě, nebo druhým.
  4. Přetrvávající negativní emocionální stav (strach, hrůza, pocit hanby, hněv).
  5. Výrazně snížený zájem o účast při různých aktivitách.
  6. Pocity odcizení se druhým lidem.
  7. Přetrvávající neschopnost vyjadřovat pozitivní pocity (neschopnost prožívat štěstí, uspokojení, lásku, aj.).
- E.** Výrazné změny ve vzrušivosti a reaktivitě, ke kterým došlo po traumatické události a které se projevují minimálně dvěma z následujících způsobů:
1. Podrážděnost a výbuchy hněvu typicky vyjadřované jako verbální nebo fyzická agrese vůči lidem a předmětům.
  2. Lehkomyšlné nebo sebedestruktivní jednání.
  3. Hypervigilita (nadměrná bdělost)
  4. Poruchy spánku.
  5. Snížený práh úlekové reakce.
  6. Problémy s pozorností.

- F. Porucha trvá déle než jeden měsíc (kritéria B, C, D, a E).
- G. Porucha způsobuje klinicky závažnou nepohodu nebo funkční narušení v sociální, pracovní nebo jiné důležité oblasti života.
- H. Poruchu nelze přičíst fyziologickým účinkům látky (např. alkohol, léky), nebo jinému somatickému onemocnění.

### 3.2.3 Biologické parametry PTSD

Posttraumatická stresová porucha byla v minulosti považována především za psychologicky podmíněnou poruchu, teprve moderní diagnostické metody u ní odhalily řadu **biologických změn**. *„Živé vzpomínky plné hrůzy se snadno a intenzivně vtisknou do emočních nervových okruhů a vedou k podráždění amygdaly. Ta pak neustále aktivuje opětovné vybavování vzpomínek na traumatickou událost. Seběmenší, i zcela neškodný náznak připomínající traumatickou událost pak spouští intenzivní poplachovou reakci“* (Praško & Vyskočilová 2012: 47).

Posttraumatická stresová porucha vede k výraznější **aktivaci sympatiku**, což se projevuje zvýšeným krevním tlakem, srdečním tepem, kožní vodivostí, i zvýšenou hladinou noradrenalinu. Také úleková reakce měřená jako síla a rychlost mrknutí víček, je u postiženého výrazně vyšší než u zdravých jedinců. Na druhé straně dochází vlivem poruchy k výrazně nižší **sekreci kortikoidů**. Lidé, kteří přežili holokaust a následně se u nich rozvinula PTSD, mají nižší hladinu kortizolu než zdravé osoby i osoby, u kterých se po zkušenosti z vyhlazovacích táborů PTSD nevyvinula. Snížená hladina glukokortikoidů byla zaznamenána také u vietnamských veteránů postižených posttraumatickou stresovou poruchou (Praško, 2003).

Celkově můžeme konstatovat, že hypotalamo-hypofýzo-nadledvinová osa reaguje u osob s PTSD citlivěji. To je pravděpodobně dáno zvýšeným počtem a citlivostí kortikoidních receptorů (Höschl, Libiger, & Švestka, 2002).

Důsledkem sekrece stresových hormonů může docházet k poškození a odumírání nervových buněk. Soudí se, že zvýšený počet receptorů pro glukokortikoidy ovlivňuje u lidí trpících PTSD velikost jejich hipokampu. Výzkumy potvrzují, že tyto osoby mají až o 10 % menší hipokampus, než zbytek populace – čím menší hipokampus, tím závažnější jsou projevy

poruchy. Specifickou funkcí hipokampu je vytváření paměťových stop, přičemž jeho poškození vede k neschopnosti uchování nových informací. Vietnamští veteráni s PTSD dokážou detailně vylíčit své desítky let staré válečné zážitky, jména členů jednotky atd. Naproti tomu si nejsou schopni zapamatovat, co měli k obědu, zapomínají chodit na kontroly a jeví se další příznaky porušené krátkodobé paměti. Tyto změny lze do určité míry vysvětlit právě zmenšeným objemem hipokampu (Praško, 2003).

Narušená funkce hipokampu může celkově zpomalit zpracování následků traumatické události také tím, že urychluje učení se strachu v kontextech, které nesouvisí s prožitým traumatem. Tím je zhoršena schopnost rozlišovat mezi bezpečnými a nebezpečnými podněty (Látalová, 2013).

Mimo změny v hypotalamo-hypofýzo-nadledvinové osy a zmenšeného hipokampu, jsou u lidí trpících PTSD popisovány také dysbalance přenašečů GABA, glutamátu a abnormality v regulaci přenašečů noradrenalinu a serotoninu. Ty významně ovlivňují náladu, prožívání a chování. Příznačné jsou také výraznější cirkadiální rytmy glukokortikoidů a zvýšené uvolňování CRH (Bartůňková, 2010).

#### 3.2.4 Komorbidita PTSD

V případě posttraumatické stresové poruchy je komorbidita velmi vysoká. Výzkumné studie v USA hovoří o tom, že až 88,3 % mužů a 79 % žen s PTSD trpí současně alespoň jednou další psychickou poruchou. Nejčastěji se jedná o úzkostné stavy, deprese, určité typy poruch osobnosti, závislosti na návykových látkách, ale i suicidální myšlenky a jednání (Vizinová & Preiss, 1999).

Přibližně 28 % osob s PTSD trpí současně generalizovanou úzkostnou poruchou, 12 % fobiemi, 10 % abúzem alkoholu a méně než 4 % závislostí na drogách, panickou poruchou, obsedantně-kompulzivní poruchou nebo antisociální poruchou osobnosti (Raboch & Zvolský, 2001).

#### 3.2.5 Diferenciální diagnostika PTSD

O možnosti diagnózy PTSD by měl klinik uvažovat vždy, když vyšetřuje pacienta s jinou úzkostnou poruchou, se závislostí na návykových látkách, chronickou bolestí a depresivní

poruchou. Pozornost při diagnóze věnujeme případnému úrazu hlavy i dalším organickým příčinám jako je epilepsie, závislost na alkoholu, či jiných návykových látkách – akutní intoxikace i abstinční příznaky mají obraz podobný PTSD. Někdy se posttraumatická stresová porucha zaměňuje za akutní reakci na stres, v tomto případě je ale počátek symptomů pozorovatelný ihned po traumatické události a porucha dříve odezní. Pro diagnózu PTSD není v obraze zpravidla dostatek příznaků, je ovšem možný přechod v PTSD (Höschl, Libiger, & Švestka, 2002).

Po traumatické události může dojít také např. k rozvoji **specifické fobie**. Oproti PTSD zde ovšem chybí intruzivní připomínání události a zvýšený aurosal. Také některé příznaky **generalizované úzkostné poruchy** mohou připomínat PTSD, i v tomto případě může být spouštěčem traumatická událost. Typické obavy a starosti u generalizované úzkostné poruchy mají ovšem odlišné zdroje a týkají se zpravidla každodenních povinností, zdraví, finanční situace. Obě poruchy se ovšem poměrně často vyskytují současně (Raboch & Zvolský, 2001).

Určitá podobnost symptomů je také v případě **panické poruchy**, v tomto případě je rozdíl v myšlenkách, které se panického záchvatu týkají. U PTSD jsou kognitivní aspekty úzkosti spjaté s traumatickou událostí, zatímco u panické poruchy s náhlým pocitem ohrožení zdraví. I v tomto případě je komorbidita mezi poruchami poměrně častá. Určitá podobnost příznaků PTSD je i v případě depresivní poruchy. Jedná se především o ztrátu zájmů, zhoršenou koncentraci, špatný spánek, aj. U depresivní poruchy ovšem chybí intruzivní rozpomínání na traumatickou událost. Avšak u některých lidí může PTSD postupně přerůst v hlubokou depresi. Někdy může být těžké odlišit pacienta trpícího PTSD od pacienta s hraniční nebo histrionskou poruchou osobnosti. Pokud se nejedná o komorbiditu, nejsou v případě jmenovaných poruch osobnosti příznačné určité symptomy jako: reminiscence vzpomínek, vyhýbavé chování a zvýšený aurosal s vegetativní hyperaktivitou. U lidí trpících obsedantně kompulzivní poruchou se objevují intruzivní myšlenky, ale pacient si uvědomuje, že většina z nich nepatří traumatické události. Ačkoliv obsedantně kompulzivní porucha může koexistovat s PTSD u jednoho člověka, dochází k tomu spíše ve výjimečných případech (Höschl, Libiger, & Švestka, 2002).

### 3.2.6 Prevalence PTSD

Celoživotní prevalence posttraumatické stresové poruchy je v západní společnosti 10,4-12,3 % u žen a 5,0-6,0 % u mužů (Höschl, Libiger, & Švestka, 2002).

Dvanáctiměsíční prevalence mezi dospělými je v USA přibližně 3,5 %. Nižší odhadované hodnoty jsou v Evropě a ve většině asijských, afrických, jihoamerických a středoamerických zemí, kde činí asi 0,5-1,0 %. Pravděpodobnost výskytu PTSD je vyšší u veteránů a jiných osob, jejichž povolání obecně zvyšuje riziko vystavení traumatickým událostem (policie, záchranáři, hasiči). U rizikových skupin (váleční veteráni, oběti přírodních katastrof, nebo kriminálních činů) se uvádí prevalence PTSD v rozmezí 30-58 %. Prevalence PTSD se liší také v průběhu vývoje člověka. Děti a adolescenti vykazují obecně nižší prevalenci, to však může být způsobené tím, že starší diagnostická kritéria dostatečně neodrážela vývojové hledisko. Prevalence plně rozvinuté PTSD je nižší také u starších dospělých ve srovnání s obecnou populací (APA, 2015).

### 3.2.7 Průběh a prognóza PTSD

Symptomy posttraumatické stresové poruchy vznikají u jedinců exponovaných traumatickou událostí zpravidla okamžitě, v určitých případech se mohou projevit s různým časovým zpožděním. Latence mezi traumatickou událostí a rozvojem symptomů PTSD může trvat týdny, měsíce, ve výjimečných případech i roky. Někteří odborníci ovšem zpochybňují opožděný nástup symptomů. Také výsledky posledních studií nasvědčují tomu, že určitá latence v projevu příznaků poruchy, může být zaměněna jednoduše s pozdějším vyhledáním odborné pomoci, nebo postupným zhoršením subklinického stavu (Vizinová & Preiss, 1999).

Někteří autoři rozlišují tři stupně klinického průběhu PTSD. V **první etapě** dojde k nespecifické reakci na prožité trauma, nejčastěji v podobě úzkosti a vegetativní hyperfunkce. Po 4-6 týdnech se rozvíjí **druhý stupeň** spočívající v pocitech bezmocnosti, znovuprožíváním traumatické události, rozvíjí se vyhubavé chování a obecně zvýšená podrážděnost. Ve **třetím stádiu** se pak projeví chronická PTSD v podobě demoralizace, invalidizace a závislosti. Ne u všech postižených je prognóza takto nepříznivá. Přibližně u třetiny z postižených dojde ke spontánní remisi potíží. U 40 % přetrvávají mírně, u 20 % středně závažné a jen u 10 % dojde k takto těžkým, chronickým příznakům s případným

vývojem v přetrvávající změnu osobnosti. Obecně platí, že vznik i průběh poruchy ovlivňuje stupeň vystavení traumatu (Raboch & Zvolský, 2001).

### 3.2.8 Faktory ovlivňující symptomatologii PTSD

Výzkumné studie ukazují, že pravděpodobnost rozvoje posttraumatické stresové poruchy stoupá s velikostí stresoru. Sklon ke vzniku PTSD mohou zvyšovat např. problémy v rodině, neuroticismus či předchozí psychická porucha. Chronická PTSD bývá spojována s nízkou úrovní sociální podpory po traumatu, je však těžké odlišit v takových případech příčinu a následek. Stresující životní události v minulosti, hlavně v dětství, činí člověka zranitelnějším v pozdějších stresujících situacích stejného druhu. Také předchozí trauma může negativně ovlivňovat dopady nové traumatizující situace (Vizinová & Preiss, 1999).

Mezi další faktory ovlivňující symptomatologii patří:

1. **Věk a vývojová fáze:** Věk a vývojová fáze jsou důležitými faktory ovlivňující vznik psychických syndromů způsobených stresem a traumatu. Citlivější vnímání stresu je vyšší v těch fázích vývoje, kdy je citlivost obecně zvýšená a kdy kognitivní procesy nejsou dostatečným zdrojem ke zvládnutí extrémní zátěže. Hovoříme zejména o dětství, pubertě, adolescenci a důchodovém věku (Vizinová & Preiss, 1999).

U dětí předškolního věku jsou často pozorované regrese do předchozích vývojových stádií, zvýšená závislost na rodičích, návrat enurézy. U dětí školního věku a adolescentů se setkáváme v zásadě se dvěma typy reakcí: uzavřenost nebo hyperaktivita. Prožitě trauma se může projevit zvýšenou četností konfliktů, agresivních projevů, poruch chování. V případě lidí staršího věku se často vlivem působení traumatické události vytvoří těžké depresivní reakce psychotického typu a předčasná demence (Vágnerová, 2004).

2. **Stav somatického a duševního zdraví:** Psychická reakce na silný stres a trauma může být posílena předchozím výskytem tělesných a duševních onemocnění. Klinické projevy dřívějšího duševního onemocnění se mísí s následky traumatu, čímž je ztížená jak diagnostika, tak i následná péče. Vlivem traumatické události mohou být původní poruchy posíleny, může dojít k dekompenzaci či remisi psychózy. Lidé se somatickým onemocněním jsou na jedné straně oslabeni vůči dopadu traumatické události, na druhou



stranu mohou být díky tomuto handicapu silnější a lépe traumatické situace zvládat. (Vizinová & Preiss, 1999)

3. **Osobnost:** Zkušenost ukazuje, že s traumatickými situacemi se lépe vyrovnávají lidé se silnými kognitivními a adaptivními schopnostmi. Tito lidé lépe snášejí frustraci, jsou méně bojácní a schopni požádat o pomoc, když ji potřebují. Zajímavé jsou v tomto směru některé teorie osobnostní odolnosti, např. teorie „*hardiness*“. Osoby s vysokou úrovní *hardiness* mají výhodu v pozitivním pohledu na kontrolu situace, v odpovědnosti a celou situaci hodnotí jako méně stresogenní. To ovlivňuje jejich emoční prožívání a tím i jeho doprovázející fyziologickou složku. Výsledkem je nižší potenciál stresoru indikovat patologickou reakci (Vizinová & Preiss, 1999).

Podstatnou roli v tom, jak zacházíme se stresory, sehrává soubor všeho, čeho jsme se od narození až po současnost naučili. Jedná se o určitý pohled na svět okolo nás, životní styl, hodnotový systém. V průběhu celého života se učíme interpretaci stresových situací, použití adekvátních strategií a také získáváme jistotu v tom, že v zátěžových situacích obstojíme (Praško, 2003).

4. **Zvládání stresu a krizí v minulosti:** Traumatické zážitky zvládají lidé, kteří se již dříve úspěšně vyrovnali s intenzivním stresem a mají pozitivní zkušenosti s nalézáním adekvátních řešení. Tento vztah platí i naopak, traumatickou událost budou snášet hůř lidé, kteří se v minulosti obtížně vyrovnávali s působením intenzivního stresu (Vizinová & Preiss, 1999):
5. **Očekávání od sebe a druhých:** Schopnost vyrovnat se s traumatickou událostí ovlivňují v neposlední řadě také požadavky, které jsou na člověka kladeny. Ty mohou v určitých případech zvýšit zátěž, kterou prožívá člověk postižený traumatem (Vizinová & Preiss, 1999).

### 3.3 Poruchy přizpůsobení

O poruchách přizpůsobení hovoříme u stavů, které navazují na **významnou životní změnu** nebo stresující životní událost a projevují se subjektivní tísní a dalšími poruchami emocí, které narušují sociální fungování a výkon v důležitých životních rolích (MKN-10, 1992).

Stresovou událostí je zde míněna jakákoliv konfrontace se zevním prostředím, která vyžaduje **změnu původního životního stylu a návyků**. Může se jednat např. o úmrtí blízké osoby, ztráty zaměstnání, nemoc, konflikty v rodině, status uprchlíka, apod. Taková událost vede k poruše v momentě, kdy dojde k překročení adaptační schopnosti jedince tj. schopnosti vypořádat se s určitým druhem problému – přizpůsobit se mu, nebo jej řešit. Tato adaptační kapacita je závislá na celé řadě faktorů, včetně genetických predispozicí, předešlých životních zkušeností, osobností jedince a do jisté míry je ovlivňována aktuálním sociálním kontextem. Příznaky zahrnují krátkodobou i protahovanou depresivní reakci, úzkost (smíšená úzkostná a depresivní reakce, nebo s převládající poruchou jiných emocí), zhoršení výkonu každodenní činnosti i poruchy chování (typické např. u adolescentů po úmrtí rodičů). Porucha se zpravidla objevuje do jednoho měsíce po výskytu stresující události a trvání symptomů zřídka překročí šest měsíců, s výjimkou protahované depresivní reakce (Höschl, Libiger, & Švestka, 2002).

### **3.4 Sociální význam duševních poruch spojených se stresem a psychickým traumatem**

Traumatizující zážitek, zejména v případech, kdy je sám o sobě degradující (sexuální zneužívání, násilné chování, týrání), může člověka **sociálně stigmatizovat**. Člověk se cítí v důsledku této události jiný než ostatní, cítí se poznamenaný. Také lidé z jeho okolí se k němu začínají chovat odlišným způsobem, ambivalentně, s kombinací soucitu a odtažitosti, resp. až odporu. **Změna chování** na obou stranách, u postiženého i u ostatních lidí, má negativní dopady na vzájemnou interakci. Přitom chování nejbližšího okolí je pro traumatizovaného jedince velmi podstatné, pokud by mělo podobu pozitivní podpory, mohlo by mu podstatným způsobem pomoci (Vágnerová, 2004).

Výzkum Maguenové & kol., který u amerických vojáků sledoval faktory ovlivňující prožitky distresu před nasazením do války, během bojů a po skončení války v Zálivu, poukázal mimo jiné na velký význam sociální opory v rodinném zázemí, z hlediska posttraumatického růstu (2006, in Mareš; 2012).

Na druhé straně může nevhodné jednání, jako je manipulace, nadměrné ochranitelství, projevování soucitu, ke vzniku různých potíží přispívat, resp. je udržovat. Laik jednoduše nerozumí přetrvávajícím nápadnostem v chování postiženého, nechápe jejich podstatu, jeví

se mu jako nepochopitelné, nesmyslné a hlavně netuší, jak s postiženým jednat. Rodina a blízcí přátelé se obvykle snaží přimět postiženého, aby na traumatizující událost již nemyslel, a při konverzaci se záměrně tomuto tématu vyhýbají. Znemožňují tak postiženému sdílet traumatickou zkušenost, což je klíčová pro její zpracování (Vágnerová, 2004).

Změny chování u postiženého jako je tendence k izolaci, citová otupělost, podrážděnost, působí nepříjemným a zatěžujícím dojmem pro sociální okolí. Lidé trpící posttraumatickou poruchou často oscilují mezi potřebou ochránářského vztahu, který by jim poskytl potřebnou oporu a jistotu, a tendencí k izolaci od lidské společnosti, ve kterou v důsledku traumatické události ztratili důvěru (Praško, 2003).

## 4 Léčba psychického traumatu a posttraumatické stresové poruchy

Tato kapitola se věnuje psychoterapii a farmakoterapii posttraumatické stresové poruchy. Popsány jsou jednotlivé fáze a formy psychoterapie následků traumatické události a následně obecně používané postupy farmakoterapie.

Základním postupem při léčbě posttraumatické stresové poruchy je **kombinace psychoterapie a farmakoterapie**. Psychoterapie má v léčbě nezastupitelnou roli, farmaka však mohou její efekt výrazně podpořit. V případě těžkých stavů, je klient schopen participovat na psychoterapii až poté, co se jeho napětí a úzkost sníží pomocí léků (Praško, 2003).

### 4.1 Psychoterapie

Obecným principem a cílem psychoterapie posttraumatické stresové poruchy je integrace traumatu do celku osobních zkušeností a zmenšení či odstranění negativního vlivu na duševní i tělesný stav člověka (Vizinová & Preiss, 1999).

Psychoterapie pomáhá hlouběji porozumět tomu, co se s člověkem trpícím úzkostí děje a pomáhá nalézt události v životě, které s rozvojem poruchy souvisejí. Jedná se o prostor, ve kterém úzkostný člověk může projevit své emoce a vyjádřit vše, co ho trápí. Psychoterapie pomáhá u klientů obnovit přirozený pocit kontroly nad svými emocemi, myšlenkami, chováním a zpracovat příznaky traumatu natolik, aby již nezasahovaly do přítomnosti. Psychoterapie představuje bezpečné a tolerantní prostředí, ve kterém se klient může plně konfrontovat s tím, co se stalo (Praško, 2003).

Psychoterapeutické přístupy k PTSD zahrnují především podpůrnou psychoterapii, psychodynamickou psychoterapii a kognitivně-behaviorální terapii, dále se využívá technik imaginace, relaxační technik a hypnózy. Je možné zvolit individuální i skupinovou formu psychoterapeutického působení, přičemž ve skupinové psychoterapii jde především o překonání problémů osamělosti a izolace (Praško, 2012).

Ve všech přístupech je zdůrazněna potřeba rekonstrukce traumatické události, abstrakce a podpora klienta vedoucí k posílení jeho pocitu bezpečí. Akutní intenzivní psychoterapie

trvá přibližně 6-12 týdnů, důležité je získat pro postiženého také podporu jeho rodiny, přátel a blízkých (Höschl, Libiger, & Švestka, 2002).

#### 4.1.1 Fáze psychoterapie následků traumatické události

O psychoterapii následků traumatické události můžeme uvažovat z hlediska jeho jednotlivých fází. Jako každý abstraktní koncept, i rozdělení léčby na fáze však nelze brát doslovně. Formulace jednotlivých fází je snahou o to, zachytit jednoduchost a řád v průběhu procesu, který je ve své podstatě komplexní a konfušní. Autoři Vizinová, Preiss (1999) a Praško (2012) rozdělují obecně terapii následků traumatu do následujících tří fází:

1. **Počáteční fáze:** Prvním krokem terapie následků traumatické události, je vytvoření jistoty a pocitu bezpečí uvnitř terapeutického vztahu. Klient znovu získává jistotu, necítí se již tak zranitelný a izolovaný. Už samotné zjištění, že se jedná o PTSD, ke které patří reminiscence vzpomínek, úzkost, podrážděnost, pomáhá postiženému ve zmírnění příznaků. Pocit ohrožení je u lidí trpících PTSD mnohem intenzivnější než konkrétní strach z nebezpečí, která na ně venku číhají. Jejich pocit nechráněnosti spočívá mnohem hlouběji – v přesvědčení že nemohou nijak ovlivnit, co se s jejich tělem a city děje. Při získávání důvěry v terapeuta je možné postupně začít budovat pocit důvěry a bezpečí ve světě (Praško, 2012).
2. **Fáze zpracování:** Hlavní fází léčby je vzpomínání na podrobnosti traumatické události a akceptace ztrát s ní spojených. Klient v bezpečném prostředí terapeutického vztahu vypráví a postupně rekonstruuje celý příběh traumatické události. Práce s rekonstrukcí transformuje traumatické vzpomínky takovým způsobem, že se mohou postupně sloučit s životním příběhem klienta. Většina lidí má zpravidla strach cíleně se zaměřit na vzpomínky tak nepříjemných událostí. Nejraději by je zapomněli a udělali tlustou čáru za minulostí. Někdy se jim dokonce podaří část traumatické události zapomenout, ta se ovšem znovuobjevuje v podobě děsivých snů, flashbacků a je zdrojem úzkosti, napětí a nejistoty, kterou postižený již není schopen vytěsnit. Proto terapeut dbá na to, aby byl popis traumatické události co nejpřesnější, aby klient refleктоval vlastní pocity, vlastní jednání a chování druhých osob. Cílem je verbalizovat vzpomínky a zvědomit všechny aspekty traumatické události (Vizinová & Preiss, 1999).

Dalším krokem psychoterapie je zmírnění pocitu viny, trapnosti a studu. Ty provázejí většinu obětí posttraumatické stresové poruchy bez ohledu na to, zda jsou odůvodněné či nikoliv. Je velmi důležité, aby se postižený mohl přijmout i s tím, že nezvládl všechno dokonale. O konci druhé fáze můžeme hovořit ve chvíli, kdy klient prožívá kontinuitu svého života a je schopen zaměřit se na svou budoucnost (Praško, 2012).

- 3. Fáze zakončení:** Poslední fáze terapie je typická směřováním k samostatnosti, plánování budoucnosti a vytvoření pevných mezilidských vazeb. Klient je nejen schopen přiznat si, že se stal obětí a chápat následky traumatizace, ale dokáže se již od minulosti odvrátit směrem k přítomnému a budoucímu. Nejlepším ukazatelem úspěšnosti léčby je obnovená schopnost klienta radovat se z každodenního života s nalezením smyslu jeho existence i ve světě, kde se může stát takové bezpráví, které se člověku stalo (Praško, 2012).

#### 4.1.2 Formy psychoterapie následků traumatické události

Nejčastěji používané formy psychoterapie následků traumatické události jsou psychodynamická, kognitivně-behaviorální, podpůrná a skupinová psychoterapie.

**Psychodynamická psychoterapie:** Dynamická psychoterapie se zabývá problematikou jedince v souvislosti s dynamickou interakcí mezi následky přítomného traumatu a jinými traumaty prožitými v minulosti, zejména v dětství. *„Léčba se nezaměřuje na práci se symptomy, ale na porozumění člověku a jeho zdrojům a zdrojům jeho psychopatologických projevů. Jádro psychodynamického přístupu spočívá v intrapsychickém zpracování traumatu. Cílem je přetvořit traumatický zážitek ve vzpomínku, v psychicky integrovanou součást životní historie člověka“* (Vizinová & Preiss, 1999: 50).

Podle psychodynamických koncepcí vedou traumatické zážitky k aktivování extrémních psychických obran, které umožňují jedinci se vyhnout nepříjemným psychickým obsahům. Během zážitku dochází k regresi a k použití primitivních obranných mechanismů jako je popření, projekce a štěpení (Ricroft, 1993).

V rámci psychodynamické psychoterapie PTSD se terapeut snaží obejít tyto obranné mechanismy. Hlavními prostředky na počátku léčby jsou rekonstrukce traumatické události,

abstrakce a katarze. V dalším kroku se terapeut snaží klientovi přiblížit, jaké zkušenosti z dětství zvýšili jeho zranitelnost k rozvoji příznaků PTSD. Klient je konfrontován se svými maladaptivními postoji k sobě a přes korektivní zkušenost ve vztahu s terapeutem nalézá postupně nové postoje (Höschl, Libiger, & Švestka, 2002).

**Kognitivně-behaviorální psychoterapie (KBT):** Behaviorální terapie je souhrnný název pro terapeutické směry, které se zaměřují na analýzu a modifikaci myšlení a chování člověka v kontextu jeho prostředí, při využívání znalosti teorie učení, zákonitosti zpevnování, vyhasínání, reaktivního a recepčního útlumu, zásahu do podmětové situace a podobných psychologických fenoménů. Behaviorální terapie se zaměřuje na aktuální chování, nikoliv na hledání nevědomých příčin a jejich interpretaci. Vedle vlivu prostředí a zkušeností je zde zdůrazňován způsob, jakým člověk vnímá a interpretuje to, co prožívá a co se odehrává okolo něj – změny v přesvědčení se odrazí změnou chování a prožívání (Vizinová & Preiss, 1999; Seifertová, Praško & Höschl, 2004).

Podle kognitivně-behaviorálního modelu vede traumatická událost svým silným emocionálním vlivem k rychlému vytvoření podmíněného spojení mezi stimuly, situacemi a činnostmi, které byly původně emočně neutrální, ale náhodně se objevili v době vystavení traumatu. Vzhledem k vysoké celkové aktivaci probíhá podmiňování velmi rychle a pevně. Tyto stimuly, situace či činnosti pak vedou k opakovaným projevům úzkosti. Z toho vyplývá, že i samo zvýšené napětí vyvolává asociace spojených s traumatem. Sekundárně dochází k rozvoji selektivní pozornosti – vysoká aktivace zvyšuje psychickou ostražitost a z okolního prostředí jsou vybírány informace, které by mohly připomínat ohrožení. Postižený se začne vyhýbat setkání s klíčovými stimuly a situacemi, přestane vykonávat i činnosti, jež by potencionálně mohly vést k znovuvybavení traumatu a úzkosti. Výsledkem je ovšem to, že si postižený nemůže ověřit, zda jej tato situace reálně ohrožuje, čímž se bludný kruh uzavírá (Vizinová & Preiss, 1999).

Kognitivně-behaviorální terapie pracuje strukturovaně, základními kroky v terapii posttraumatické stresové poruchy jsou:

- 1. Orientace a základní podpora:** Klient někdy netuší vztah mezi traumatickou událostí a současnou, někdy značně různorodou symptomatologií, zejména pokud existuje

dlouhá latence mezi traumatickou událostí a výskytem obtíží. Uvedení příznaků do vztahu s událostí a propojení symptomů ve stresovém modelu pomáhá klientovi se zorientovat. Tato redukce a objasnění příznaků jsou důležité pro posílení naděje na vyléčení a změnu. Nutná je současně emoční podpora a nehodnotící postoj terapeuta (Höschl, Libiger & Švestka, 2002).

2. **Abreakce:** Pomáhá dramatickým uvolněním zadržovaných emocí. K úplnému odstranění příznaků ovšem samotná abreakce nestačí (Seifertová, Praško & Höschl, 2004).
3. **Edukace:** Prvotní zorientování klienta v celkové situaci, postupně přechází v edukaci o PTSD. Klient by měl na svých vlastních příznacích pochopit vznik a průběh poruchy. Ve fázi edukace je nutné také srozumitelně vysvětlit princip léčby. Klient musí pochopit nutnost vystavení se bolestivým vzpomínkám, hledání podrobností a silným emocím, jejichž výsledkem je návrat k normálnímu sociálnímu fungování, nalezení pozitivního vztahu k sobě, okolí i budoucnosti (Höschl, Libiger & Švestka, 2002; Praško, Možný & Šlepecký, 2007).
4. **Expozice:** Podobně jako u jiných úzkostných poruch je klient opakovaně vystavován spouštěčům (vzpomínka, imaginace) vyvolávajícím stresovou reakci. Principem terapie je pomoci klientovi zvládnout pocit strachu a čelit obávané situaci tím, že se jí vystaví. Expozice vyžaduje prostředí bezpečného terapeutického vztahu. Úkolem terapeuta je proces facilitovat, klienta podpořit a dodat mu odvalu, současně však hlídat únosnou mez, za kterou by se klient již vystavil vyčerpání. Expozice traumatické události může mít několik forem. Nejběžnější způsob je nechat klienta popisovat traumatickou událost a žádat ho, aby upřesňoval co nejvíce ty aspekty, které u něj budí největší tíseň nebo vegetativní příznaky<sup>4</sup>. Mimo terapeutický rozhovor může mít expoziční písemnou formu. V takovém případě má často charakter domácího úkolu, v rámci kterého má klient popsat, co nejvíce detailů traumatické události, včetně svých myšlenek a emocí. Součástí tohoto úkolu je následně text přečíst před důvěryhodnou osobou, zpravidla to bývá

---

<sup>4</sup> Expozice traumatické události je účinnější tehdy, necháme-li klienta zavřít oči, celou situaci si vizuálně vybavit a popisovat v přítomném čase. V případech, kdy vizuální nevedou k dostatečné abreakci, je možné využít v rámci terapie také expoziční zvukům, pohybům, či dotekům.



terapeut. K odreagování (abreakci) dochází jak během psaní, tak ještě více při čtení. První popis bývá zpravidla velmi stručný, další jsou ale bohatší. Postupně dochází k habituaci a desenzitizaci. V průměru je k tomu zapotřebí 8–10 popisů (Praško & Vyskočilová 2012).

5. **Kognitivní rekonstrukce:** Expozice sama o sobě pomáhá nejvíce v případě, je-li dostupná v krátké době po traumatické události. S postupem času dochází ovšem u většiny lidí ke změnám postojů k sobě, okolnostem života i k budoucnosti. Postižený snižuje vlastní hodnotu a od života očekává jen kontinuální ohrožení. Tento proces se odehrává především v myšlenkách, které se dostávají automaticky. V rámci kognitivní rekonstrukce je cílem společně s klientem přepracovat tyto automaticky negativní myšlenky na více reálný pohled, k tomuto účelu se využívá několika technik (Praško, Možný & Šlepecký, 2007).
6. **Relaxace:** Znovuprožívání traumatu, nadměrná ostražitost, pocit viny a obavy z budoucnosti představují pro klienty s PTSD velkou psychickou zátěž, která je vysilující. Návuk způsobů a metod relaxace je tedy dalším aspektem kognitivně-behaviorální terapie. Mezi takové metody řadíme Ostovu progresivní relaxaci, Schultzův autogenní trénink, Jacobsonovu svalovou progresivní relaxaci, aj. (Praško & Vyskočilová 2012).
7. **Řešení problémů:** Posttraumatická stresová reakce přináší do životů svých obětí také řadu problémů, ať již v rodinném či pracovním životě (ztráta majetku, zaměstnání, partnerské problémy, aj.). Tyto problémy je nutné řešit, protože se dále mohou podílet na udržování PTSD. Řešení problémů je komplexní strategie, s jejímž využitím se terapeut věnuje předem definovaným oblastem klientova života (Höschl, Libiger & Švestka, 2002).
8. **Ukončení terapie:** V rámci posledních setkání, je důležité ověřit dovednosti, které klient v terapii získal (kognitivní rekonstrukce, expozice, relaxace). Předpokládáme, že i v budoucnu se mohou dostavit úzkost a napětí v situacích, kdy je klient konfrontován s jejich typickým podnětem. Cílem terapie je, mimo eliminaci symptomů

PTSD, také připravit klienta na možné budoucí události, které by znovu získanou integritu mohly ohrozit (Höschl, Libiger & Švestka, 2002).

Kognitivně-behaviorální psychoterapie je jedním z nejpoužívanějších přístupů k traumatizovanému klientovi jak ve světě, tak v České republice. Svou strukturovaností a přímočarostí vyhovuje těžko uchopitelné situaci a ohraničení následků traumatické události. Prvky KB terapie jsou často také součástí eklektických přístupů, které zároveň využívají i jiná pojetí a modely péče (Vizinová & Preiss, 1999).

**Podpůrná psychoterapie:** Jedná se o metodu, která vede k posílení oslabených prvků psychiky, bez hlubšího průniku do osobnosti člověka. Techniky podpůrné psychoterapie zahrnují uklidnění, sugesci i manipulaci s okolím. Hlavním cílem je dosáhnout u klienta vnitřní stabilizace a uklidnění tím, že dojde k uvolnění emočního napětí (Vizinová & Preiss, 1999).

V první fázi terapie se uplatňuje klid a empatické naslouchání terapeuta, klientovi se dostává uznání jeho problémů a reakcím, možnosti odreagovat negativní emoce a také nabídka společného hledání východiska. Při edukaci terapeut pomáhá postiženému pochopit, jak souvisejí jeho příznaky s traumatickou událostí a postupně zdůrazňuje potřebu rekonstrukce traumatické události. Rozpomínání na traumatický zážitek je spojeno se silným emočním doprovodem a vegetativní reakcí, jejichž výsledkem je celkové zklidnění. Následujícím krokem terapeutického procesu je hledání adaptivnějšího pohledu na traumatickou událost a společné řešení problémů vzniklých v jejím důsledku. Hovoříme například o problémech v oblasti mezilidských vztahů, o pracovních a finančních problémech (Praško & kol., 2010; Seifertová, Praško & Höschl, 2004).

**Skupinová psychoterapie:** Tato forma psychoterapie umožňuje klientům především sdílet traumatickou událost s lidmi, kteří mají podobnou zkušenost. Členové skupiny mají pro sebe navzájem velké pochopení, nestydí se před sebou a pomáhají si ulevit od úzkostných pocitů a pocitů viny. Protože traumatická událost často narušuje schopnost prožívat vřelé vztahy, důvěřovat druhým lidem a vůbec se přiblížit k jinému člověku, postižený se to postupně učí v důvěrné atmosféře terapeutické skupiny. Sdílení společných zážitků chrání účastníky před

pocitem izolace a pomáhá k celkové změně individuálního významu traumatické události (Praško, 2012).

## 4.2 Farmakoterapie

Farmakoterapie posttraumatické stresové poruchy se dnes provádí s pomocí různých skupin léků. V postupu léčby jsou první volbou **antidepresiva** ze skupiny SSRI, zejména sertralin a paroxetin. Alternativní volbou při problémech se spánkem je trazodon a při hyperarousalu thymopropylaktika (lithium, lamotrigin, karbamazepin, valproát) nebo tricyklická antidepresiva (imipramin, amitriptylin). Karbamazepin, lithium a valproát jsou vhodné přidatné léky na kontrolu impulzivity a agresivity. Beta-blokátory (clonidin a propranolol) mohou urychlit nástup léčebného efektu a pomáhají kontrolovat vegetativní příznaky (Látalová, 2013).

V případě antidepresiv je vhodné začít s minimální dávkou za den a pak ji zvedat postupně ve třídních intervalech. Významnější efekt lze očekávat přibližně po dvou měsících podávání léků. Doporučená udržovací léčba by měla trvat alespoň rok, než se lék začne pozvolna vysazovat. Předčasné vysazení antidepresiv je spojené s rizikem zhoršení nebo návratu příznaků (Höschl, Libiger, & Švestka, 2002).

Mezi nejdůležitější vedlejší účinky antidepresiv skupiny SSRI řadí odborná literatura pocit únavy, nervozity, nespavost, bolest hlavy, sexuální problémy a pocity na zvracení. V případě tricyklických antidepresiv, jsou to sklony omdlívat při delším stání, sucho v ústech, bušení srdce, rozmazané vidění, přibírání na hmotnosti, zácpa, pocení a zvýšená citlivost na světlo (Praško, 2012).

Užití **antipsychotik** je v současnosti málo ověřené, nicméně klinicky mohou pomoci pro krátkodobou kontrolu agrese, neklidu nebo přechodných psychotických fenoménů. Z klasických antipsychotik je zkušenost s haloperidolem, v současnosti se ovšem více upřednostňují antipsychotika druhé generace (risperidon, olanzapin, quetiapin). Léčba pomocí **anxiolytik** je přijímána ambivalentně, a to vzhledem k vysokému riziku vzniku závislosti. V případech, kdy pacient současně trpí závažným somatickým onemocněním a při akutním zhoršení příznaků, je podání anxiolytik účelné. V tomto ohledu jsou nejpoužívanější jak klasické benzodiazepiny (diazepam, bromazepam, oxazepam), tak

zejména vysoce potentní benzodiazepiny, jako je clonazepam nebo alprazolam. Na přechodnou dobu je možné použít také hypnotika. Podání by v tomto případě mělo být omezeno na čtyři týdny, v případě anxiolytik, by doba indikace neměla přesáhnout čtyři až osm týdnů (Látalová, 2013).

Samotná farmakoterapie je pro léčbu PTSD nedostatečná, tlumí její symptomy, ale neřeší její příčinu. V určitých případech ovšem mohou pozitivně ovlivňovat efekt psychoterapeutické péče, jsou vhodná u akutních stavů, s těžkými psychosomatickými problémy nebo v případech, kdy hrozí sebepoškození klienta. V podmínkách války také řada obyvatel zůstává bez lékařské péče, takže psychický stav zhoršují i neléčené tělesné obtíže (Vizinová & Preiss, 1999; Látalová, 2013; Praško, 2012; Raboch & Zvolský, 2001).

## 5 Možnosti systémové péče o psychicky traumatizované klienty

Cílem následující kapitoly je přiblížit možnosti pomoci psychicky traumatizovaným kontaktů z hlediska stávajícího systému psychosociální péče. Níže bude pojednáno o odborné pomoci v krizi, jejich formách a také o problematice krizových center. V další části bude pozornost věnována organizaci a jednotlivým formám psychiatrické péče v České republice.

### 5.1 Odborná pomoc v krizi

V následující kapitole se věnuji definici, základním charakteristikám a cílům odborné pomoci v krizi. Budou zde představeny formy krizové pomoci a služeb, včetně stručného přehledu sítě krizových center v České republice.

*„Krizová pomoc je komplexem služeb, které odpovídají na klientův prožitek vlastní životní situace, již vnímá jako naléhavou a ve stavu nouze ji není schopen řešit vlastními silami a z vlastních zdrojů. Cílem je poskytnout klientovi bezpečí, podporu, naději a vedení, aby pocítil úlevu, aby se zvýšila jeho schopnost situaci zvládat a aby se vrátil na předkrizovou úroveň přizpůsobení a žití“ (Vodáčková, 2012).*

Krizová pomoc tedy zahrnuje různé formy pomoci, které mají za úkol vrátit jedinci jeho psychickou rovnováhu, narušenou kritickou životní událostí. Jedná se především o psychologickou, lékařskou, sociální a právní formu pomoci (Štěpánková, 2011).

**Psychologická pomoc** spočívá v časově omezeném terapeutickém kontaktu zaměřeném na problém, který krizi vyvolal. Jedinec je s krizí konfrontován a postupně dochází k jejímu řešení. Eliminace příznaků krize a znovuoobnovení psychické rovnováhy zabraňuje dalšímu rozvoji dezorganizace. **Lékařská pomoc** představuje především intervenci psychiatrickou a v případě potřeby také medikaci, eventuálně i krátkodobou hospitalizaci. **Sociální pomoc** je legislativně zakotvena v zákoně č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. Zákon upravuje zejména podmínky pomoci a podpory fyzických osob v nepříznivé sociální situaci prostřednictvím sociálních služeb, a také práva a povinnosti osob sociální pomoc poskytující. Krizovou pomocí zákon rozumí terénní, ambulantní nebo krátkodobou pobytovou službu, která je poskytována osobám, nacházející se v situaci ohrožující zdraví nebo život. Služba zahrnuje poskytnutí ubytování, stravy, sociálně terapeutické činnosti

a pomoc při uplatňování práv a při obstarávání osobních záležitostí. **Právní pomoc** může být v určitém rozsahu poskytnuta sociálním pracovníkem, zejména však spadá do kompetence právníků (Štěpánková, 2011).

### 5.1.1 Formy odborné krizové pomoci

Formy odborné pomoci v krizi můžeme klasifikovat podle různých kritérií. Štěpánková (2011) rozděluje formy krizové intervence podle typu kontaktu krizového intervenanta s klientem, na formu prezenční a formu distanční.

#### **Prezenční forma**

Je založena na osobní přítomnosti krizového intervenanta. Zahrnuje terénní, ambulantní a pobytové služby.

- **Terénní služby** – Spočívají v přenesení procesu krizové intervence (krizového intervenanta nebo krizového mobilního týmu) na místo, kde se nachází osoba (případně osoby) ocitající se v krizi (může to být domov, škola, nemocnice, nebo místo, kde došlo k neštěstí nebo katastrofě). Forma terénní služby může spočívat také v doprovodu klienta k lékaři, k soudu, na policii či na úřad (Vodáčková, 2012).
- **Ambulantní pomoc** – Je poskytována klientům, kteří se osobně dostaví do ambulance (resp. poradny) některé instituce primárně určené k poskytování pomoci lidem v krizi, případně jiné instituce, v jejíž kompetenci je mimo jiné také poskytování krizové pomoci (např. poradny pro rodinu, manželství a mezilidské vztahy, apod.). Klienti mohou vyhledat tuto formu pomoci na základě vlastního uvážení, obvykle ale přicházejí na základě doporučení jiných institucí – linky důvěry, policií, sociálních nebo zdravotnických institucí.
- **Pobytové služby** – Umožňují krátkodobé umístění klienta v krizi na tzv. „krizové lůžko“, nejlépe v zařízení k tomu určeném, tedy v krizovém centru. V případě, kdy je klientův stav takový, že neumožňuje setrvání v domácím prostředí a poskytování jiných forem pomoci, je pobytová služba vhodným řešením. Umístění klienta na „krizové lůžko“ (případně jeho krátkodobá hospitalizace) eliminuje rizikové faktory například v situaci, kdy se klient nachází v prostředí, ve kterém je ohrožen jeho život a bezpečnost (týrané ženy nebo děti), popřípadě v situaci, kdy je nezbytné sledovat klientův psychický stav (sebevražedné tendence). Tato forma krizové

pomoci umožňuje intenzivní řešení krize, při využití všech zdrojů a možností daného zařízení, včetně využití multidisciplinárního týmu.

### **Distanční forma**

Představuje proces krizové intervence, kdy je krizový intervent prostorově vzdálen od klienta. Distanční forma pomoci zahrnuje zejména telefonický a internetový kontakt s klientem.

- **Telefonická pomoc** – Nabízí klientům v krizi pomoc a podporu prostřednictvím telefonického rozhovoru. Tato forma pomoci je založena na principu vysokého stupně bezbariérovosti a v České Republice může mít tři základní podoby (Vodáčková, 2012):
  - **Linky důvěry** – Jedná se o formu telefonické pomoci, která obvykle není specializovaná na určitou problematiku. Volající se tedy může obrátit na linku důvěry s jakýmkoliv problémem, ten je během telefonátu buďto vyřešen, nebo je volajícímu nabídnut opakovaný kontakt. Podle povahy řešeného problému, je obvykle klientovi nabídnut také kontakt na specializované oddělení a odborníky. Pro tyto účely disponuje linka důvěry dobře propracovanou databází kontaktů z psychosociální a zdravotnické oblasti. Linky důvěry mohou být přístupné celé populaci, některé jsou však přístupné pouze dětem a dospívajícím, popřípadě pouze dospělým. Mezi linky důvěry řadíme: Linku bezpečí, Pražskou linku důvěry, Linka důvěry Dětského krizového centra, aj.
  - **Specializované linky** – Zaměřují se na určitou problematiku – v cizině lze pro ně nalézt obecný název hot line. Specializované linky mohou být věnované problematice domácího násilí (Dona linka, SOS linka ROSA), problematice závislosti (Anonymní AT linka), AIDS (Národní linka pomoci AIDS), poruchám příjmu potravy (Linka Anabell), duševním onemocněním (Krizová služba Fokus), seniorům (Senior telefon, Linka seniorů). Většinou na služby specializované linky navazuje konkrétní pracoviště s možností osobní návštěvy. Předpokládá se však, že hovorem na specializované lince může být problém rovněž řešen a vyřešen.
  - **Kontaktní linky** – Nemají charakter linek důvěry, ale slouží obvykle klientům daného pracoviště k navázání prvního kontaktu. V určitých

případech může být problém klienta po telefonu i vyřešen, ale spíše se předpokládá, že po telefonátu bude následovat osobní návštěva. Pracovníci obsluhující kontaktní linku někdy mívají výcvik v telefonické krizové intervenci, spíše se však jedná o ojedinělou iniciativu vedení pracoviště anebo pracovníků samotných.

- **Internetová pomoc** – Je realizována pomocí relativně nového média – internetu. Vzhledem k rostoucímu počtu uživatelů tohoto média a k širším komunikačním možnostem tohoto média, lze předpokládat stoupající zájem o tuto formu pomoci.

Telefon nebo internet představují nástroje, které přibližují pomoc řadě klientů se specifickými potřebami. Může se jednat například o klienty v embrieti, intoxikaci, panice, při započatém sebevražedném pokusu, ale také potenciální nebo skutečné pachatele trestných činů. Distanční formy pomoci jsou vhodné také například pro klienty, kteří z nejrůznějších důvodů nemohou do poradny nebo ambulance přijít – malé děti, nemocní, imobilní. Pro ně může telefonický nebo internetový kontakt představovat významnou možnost pomoci v tísní (Hanuš & Hellebrandová, 2006).

### 5.1.2 Krizová centra

Typickou institucí poskytující primárně krizovou intervenci, představují krizová centra. Ta mohou nabízet vedle ambulantní pomoci, také pobytové služby, či telefonickou a internetovou krizovou pomoc. V krizovém centru působí multidisciplinární tým, jehož členy jsou zpravidla psychologové, sociální pracovníci, lékaři i zdravotníci. Velmi úzce mohou s tímto týmem spolupracovat také další odborníci (např. právník, duchovní, apod.). Vedle toho, krizová centra kooperují s dalšími pomáhajícími institucemi, pomáhají při organizování svépomocných skupin, aj. Krizová centra kooperují s dalšími pomáhajícími institucemi, pomáhají při organizování svépomocných skupin Pro klienta v krizi (případně také pro jeho rodinu) mohou současně představovat důležitý systém sociální opory, pokud její přirozené zdroje nefungují nebo absentují. Tahle skutečnost je důležitá zejména v případě osamělých klientů nebo rodin v sociální izolaci (Štěpánková, 2011).



## Krizová centra v Praze

- **Centrum krizové intervence** při psychiatrické nemocnici v Praze-Bohnicích, vzniklo v roce 1991. Má vlastní krizovou linku s nepřetržitým provozem a nabízí vedle ambulantní krizové intervence, také možnost krátkodobé hospitalizace. Zaměření centra je především individuálně psychoterapeutické. Centrum má nepřetržitý provoz. Stálý denní tým je tvořen psychiatrem, psychologem, psychiatrickou sestrou a sociálním pracovníkem. Nepřetržitý provoz zajišťuje psychiatr nebo psycholog a psychiatrická sestra. Při medicínsky náročných situacích je zajištěna spolupráce s žurnálním lékařem léčebny.
- **Krizové centrum RIAPS** vzniklo již v roce 1992 jakožto nízkoprahové zařízení umístěné mimo areál nemocnice. Impulzem k jeho vzniku byla potřeba zajistit okamžitou psychosociální intervenci obyvatelům hlavního města bez nutnosti stigmatizace a předejít tak zbytečné psychiatrizaci a hospitalizaci v léčebném zařízení. V současnosti tvoří intervenční tým psychiatr, psycholog, zdravotní sestra a sociální pracovník. Používané metody jsou především krizová intervence, individuální a skupinová psychoterapie, farmakoterapie a sociální poradenství. Mimo nepřetržitou ambulantní péči, poskytuje centrum také možnost krátkodobé hospitalizace (Centrum sociálních služeb Praha, nedat.).
- **SOS centrum – Středisko křesťanské pomoci Diakonie ČCE** je denním krizovým centrem, funguje ve všední dny od 9 do 20 hodin a poskytuje krizovou intervenci a návaznou krátkodobou psychoterapii. Tým SOS centra tvoří psycholog a sociální pracovník. Služba je poskytována ambulantně, po telefonu a internetu. Služby krizové intervence nabízí Diakonie ČCE také v Plzni, Dobřanech, Domažlicích a Rokycanech, pod společným názvem Diakonie Západ (Diakonie Západ, 2017).
- **Dětské krizové centrum** bylo založeno v roce 1992. Centrum se zaměřuje na problematiku týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte. Poskytuje formu ambulantní, telefonické či internetové pomoci (Vodáčková, 2012).
- **Bílý kruh bezpečí** nabízí pomoc obětem a svědkům trestných činů včetně pomoci pozůstalým. Pomoc je poskytována bez rozdílu věku, pohlaví, národnosti nebo druhu trestného činu. Pomoc Bílého kruhu bezpečí je komplexní, diskrétní, bezplatná a obsahuje především poskytnutí: právních informací, psychologického poradenství, praktických rad a informací. Poradenský tým Bílého kruhu bezpečí tvoří právníci, psychologové, sociální pracovníci, terapeuti a případoví manažeři pro zvlášť

zranitelné oběti. Mimo Prahu poskytuje Bílý kruh bezpečí pomoc také v Brně, Jihlavě, Českých Budějovicích, Liberci, Olomouci, Ostravě, Pardubicích a v Plzni. Klienti mohou obracet také na nonstop Linku pomoci obětem kriminality a domácího násilí (Bílý kruh bezpečí, 2015).

### **Krizová centra v Brně**

- **Krizové centrum psychiatrické kliniky LF MU** v Brně-Bohunicích zahájilo svůj provoz v roce 1989 jako první krizové centrum v ČR. Poskytuje vedle telefonické a ambulantní krizové intervence, také možnost krátkodobé hospitalizace. Při práci s klienty se používá podpůrné terapie s dynamickými prvky a snahou řešit krizi během krátké hospitalizace. Centrum má nepřetržitý provoz. Denní tým je tvořen psychiatrem, psychologem, zdravotní sestrou a sociálním pracovníkem na částečný úvazek. O svátcích a v noci zajišťují službu psycholog a psychiatr, kteří současně obsluhují i linku důvěry.
- **Spondea** je centrum pro týrané, zneužívané a ohrožené děti. Toto centrum má vlastní nonstop krizovou linku, poskytuje služby týkající se sociálně-právní ochrany dětí, ambulantní krizovou intervenci a disponuje také krizovými lůžky.

### **Krizová centra v ostatních regionech**

Ve většině regionů existují krizová centra v menším a omezenějším rozsahu nežli v Praze a v Brně anebo se jedná o pracoviště s krizovým programem (Vodáčková, 2012). Z důvodu absence dostatečného množství odborných zdrojů mapujících současnou podobu krizových služeb, nelze vnímat níže uvedený výčet jako úplný.

V **Olomouci** provozuje krizové centrum Charita Olomouc. Služba je zde dostupná nepřetržitě a to ve dvou formách: ambulantní a pobytové. K dispozici je klientům také linka důvěry. V **Ústí nad Labem** se nachází centrum krizové intervence Spirála, které poskytuje ambulantní, internetovou a nonstop telefonickou formu pomoci. Disponuje také krizovými lůžky a terénním krizovým týmem. V **Plzni** neexistuje přímo krizové centrum, ale krizové služby zde poskytuje Regionální institut duševního zdraví. Ve **Zlíně** poskytuje krizovou péči Středisko výchovné péče Domek, které využívá rovněž služeb linky důvěry (linka SOS) a dále Azylový dům pro matky s dětmi, disponující jedním krizovým lůžkem. V **Liberci** je

v provozu Středisko výchovné péče, které se zabývá prevencí sociálně patologických jevů u mladistvých (Vodáčková, 2012).

## 5.2 Organizace psychiatrické péče v České republice

Cílem kapitoly je seznámit čtenáře s činností jednotlivých forem psychiatrické péče a jejich personálního zabezpečení.

Psychiatrická péče je u nás realizována pomocí sítě psychiatrických zařízení lůžkových, ambulantních a komplementárních. Pro zajištění efektivity v péči o potřebné je důležitá nejen spolupráce mezi jednotlivými složkami, ale současně také propojenost a návaznost na síť služeb psychologických, psychoterapeutických a sociálních (Orel, 2016).

### 5.2.1 Lůžková péče

Lůžková péče je uskutečňována v rámci psychiatrických oddělení nemocnic, psychiatrických klinik ve fakultních nemocnicích, nebo v psychiatrických nemocnicích (léčebnách). Rozdíl mezi nimi je nejen ve spektru a množství pacientů, které pojímají, ale také v délce možného pobytu. Na psychiatrickém oddělení a klinikách, trvá hospitalizace v závislosti na stavu dny až týdny, v psychiatrických léčebnách to mohou být měsíce až roky. V případě psychiatrických nemocnic rozlišujeme mezi otevřenou a uzavřenou formou oddělení. Uzavřená psychiatrická oddělení mají možnost omezení volného odchodu pacientů, což je nezbytné v případě, že dotyčný pacient je dezorientovaný, zmatený a nebezpečná sobě či svému okolí. Na otevřeném oddělení jsou hospitalizováni pacienti, jejichž stav nevyžaduje tak bedlivý systém kontroly. Při respektování pravidel oddělení a programu léčby se pacienti mohou pohybovat bez omezení (Orel, 2016).

- **Psychiatrická oddělení** – Jsou určena pro krátkodobou a většinou dobrovolnou hospitalizaci pacientů s akutní duševní poruchou nebo s akutní dekompenzací duševní poruchy chronické. Provádějí diagnostiku, terapii, rehabilitaci a posuzování duševních poruch. Některá psychiatrická oddělení se specializují na dospělou populaci, jiná na děti a dorost, seniory, nebo se mohou specializovat na poruchy paměti. Na psychiatrických odděleních pracují lékaři, psychiatři, kliničtí psychologové, zdravotní sestry, sociální pracovníci a další odborní pracovníci. Nejčastěji jsou tato oddělení součástí nemocnic, ale mohou existovat i samostatně.

Obvykle jsou zřizována pro oblast s minimálně 100 000 obyvateli, což odpovídá dostupnosti přibližně do 40 km (Marková, 2006).

- **Psychiatrické kliniky ve fakulturních nemocnicích** – Jedná se o speciální typ psychiatrických oddělení zřizovaných v rámci lékařských fakult. Poskytují vysoce odbornou psychiatrickou péči, zdravotnické a konziliární služby, pregraduální a postgraduální výuku studentů vysokých škol a v neposlední řadě, se zaměřují také na výzkumnou činnost (Marková, 2006).
- **Psychiatrické nemocnice (léčebny)** – Poskytují zejména dlouhodobou péči a resocializaci osob s duševní poruchou všech věkových kategorií. Zároveň plní úlohu psychiatrických oddělení nemocnic v regionech, kde dosud nejsou zřízena psychiatrická oddělení, nebo kde nemají odpovídající lůžkovou kapacitu. Psychiatrické nemocnice přijímají pacienty v rámci dobrovolné i nedobrovolné hospitalizace a je zde uskutečňováno také ústavní ochranné léčení. Jsou zde hospitalizováni pacienti s různými psychiatrickými diagnózami (např. schizofrenie, poruchy nálad, poruchy osobnosti, závislost na návykových látkách). Psychiatrické léčebny vytvářejí podmínky pro diferencovanou péči prostřednictvím specializovaných oddělení – příjmová, psychoterapeutická, dětská, gerontopsychiatrická, sexuologická, aj. V psychiatrických léčebnách jsou hospitalizovány také osoby k vyšetření duševního stavu pro soudně znalecké účely na základě nařízení orgánů činných v trestním řízení a soudů. Pro přehlednost uvedme několik příkladů psychiatrických nemocnic: Bohnice, Dobřany, Brno-Černovice, Kroměříž, Jihlava (Marková, 2006).

Lůžkový fond psychiatrické péče v resortu zdravotnictví České republiky, disponuje podle statistických údajů z roku 2015 celkem 10141 lůžky, většinu z tohoto počtu provozují psychiatrické léčebny. Téhož roku zaznamenal Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR celkem 60 106 hospitalizací na psychiatrických lůžkových zařízeních, z toho bylo 19 955 hospitalizací na psychiatrických odděleních nemocnic, 38 787 hospitalizací v psychiatrických léčebnách pro dospělé, 1078 hospitalizací v psychiatrických léčebnách pro děti a 286 v ostatních psychiatrických lůžkových zařízeních (Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR).

### 5.2.2 Ambulantní péče

Psychiatrická ambulantní péče je základním článkem psychiatrické péče. Jejím úkolem je diagnostika, léčba a resocializace duševních poruch. Psychiatrické ambulance mohou koordinovat péči v rámci ostatních zařízení sítě péče o duševní zdraví, provádět dispenzární péči u pacientů se závažnou duševní poruchou a součástí ambulantní péče by měla být také návštěvní služba. Vedle psychiatrických ambulancí zaměřených na dospělé populaci, existují také specializované ambulance (psychiatrické ambulance pro děti a dorost, ordinace pro léčbu závislostí, pro poruchy příjmu potravy, ambulance klinického psychologa, ambulance gerontopsychiatrické, aj.). V ambulancích pracují psychiatři, sexuologové, psychologové a zdravotní sestry. V případě, že nedostačuje ambulantní léčba, indikuje ambulantní psychiatr léčbu v lůžkovém zařízení (Marková, 2006).

Psychiatrické ambulance existují nejen samostatně, což dovoluje pacientům využívat služeb psychiatra blízko svého bydliště, ale vždy jsou také součástí psychiatrických klinik, psychiatrických nemocnic, nebo psychiatrických oddělení nemocnic (Orel & kol., 2016).

### 5.2.3 Komplementární – intermediární péče

Může navazovat na hospitalizaci i ambulantní péči a někdy je brána jako mezičlánek mezi hospitalizací a ambulancí. Ve své podstatě umožňuje zachování vyšší soběstačnosti, navazování sociálních kontaktů, poskytuje zaměstnání a program ve volném čase s podílem vlastní iniciativy a aktivní činnosti klientů (Orel & kol., 2016).

Intermediární péče o duševní zdraví začala vznikat v 80. letech minulého století, v současnosti je realizována v následujících podobách: denní stacionáře, rehabilitační a chráněné dílny, sociální firmy a sociální družstva. Dále také chráněná bydlení, domovy na půl cesty, terapeutické kluby a svépomocné skupiny (Marková, 2006).

Celosvětovým trendem je posilování ambulantní a komplementární péče, současně při omezování počtu psychiatrických lůžek a vytváření podpůrné sítě psychiatricko-psychologicko-sociální péče (Orel & kol., 2016).



## **II Empirická část**





## 6 Výzkumný problém, cíle a výzkumné otázky

V následujících kapitolách je vymezen výzkumný problém, cíle práce a výzkumné otázky, které vycházejí z poznatků předcházející teoretické části.

### 6.1 Výzkumný problém

Výzkumným problémem této bakalářské práce je hodnocení účinných postupů léčby, možností, dostupnosti a kvality systémové péče o oběti traumatu a posttraumatické stresové poruchy, z hlediska pracovníků krizových center a psychiatrických nemocnic.

### 6.2 Cíle výzkumu

**Prvním cílem** výzkumu je charakterizovat zařízení odborné pomoci v krizi a psychiatrické nemocnice, popsat způsob jejich práce a zaměřit se na hodnocení dostupnosti nabízených služeb, z pohledu samotných pracovníků těchto institucí.

**Druhým cílem** výzkumu je porozumět a popsat, jakým způsobem postupují pracovníci krizových center a psychiatrických nemocnic, v péči o oběti psychického traumatu a posttraumatické stresové poruchy, co vnímají jako důležité a jaké jsou podle jejich názoru účinné terapeutické postupy.

**Třetím cílem** výzkumu je reflektovat vlastní hodnocení pracovníků krizových center a psychiatrických nemocnic, ve vztahu k dostupnosti a kvalitě pomoci psychicky traumatizovaným klientům, z hlediska stávajícího systému psychosociální péče. Součástí tohoto výzkumného cíle byla také snaha zjistit, zdali by pracovníci těchto institucí podpořili vznik specializovaných center, věnovaných pomoci a péči o psychicky traumatizované klienty, popřípadě jaká by měla být struktura, organizace a personální zabezpečení takového centra.

### 6.3 Výzkumné otázky

Výzkumné otázky mohou být shrnuty v následující podobě:

1. Jaká je charakteristika, způsob práce a dostupnost oslovených institucí?
2. Jaké jsou účinné terapeutické postupy při péči o oběti psychického traumatu a posttraumatické stresové poruchy, z hlediska pracovníků krizových center a psychiatrických nemocnic?

3. Jak hodnotí pracovníci krizových center a psychiatrických nemocnic, dostupnost a kvalitu péče o oběti psychického traumatu a posttraumatické stresové poruchy, z hlediska stávajícího systému psychosociální péče?

## 7 Metodologický rámec výzkumu

Následující kapitoly jsou věnované metodologickému rámci a realizaci výzkumu, podobě výzkumného souboru, použitým metodám získávání, zpracování a analýzy dat. Diskutovány jsou také etické problémy včetně jejich řešení.

### 7.1 Typ výzkumu

Předkládaná práce má výzkumný charakter a z hlediska metodologického přístupu využívá **kvalitativního výzkumu**. Tento typ šetření byl zvolen pro své charakteristické vlastnosti, zejména pak pro holistický a hlubkový přístup k výzkumnému problému. Kvalitativní přístup v souvislosti s psychologickým výzkumem můžeme definovat následovně:

*„Kvalitativní přístup je v psychologických vědách přístupem využívajícím principů jedinečnosti a neopakovatelnosti, kontextuálnosti, procesuálnosti a dynamiky a v jeho rámci cíleně pracujeme s reflexivní povahou jakéhokoliv psychologického zkoumání. Pro popis, analýzu a interpretaci nekvantifikovaných či nekvantifikovatelných vlastností zkoumaných psychologických fenoménů naší vnitřní a vnější reality využívá kvalitativních metod“* (Miovský, 2006: 18).

Základní charakteristiku kvalitativního výzkumu a jeho výsledků uvádí také Hendl (2016):

- Kvalitativní výzkum se provádí pomocí delšího a intenzivnějšího seznámení se s terénem, jedincem či skupinou jedinců.
- Výzkumník se snaží získat komplexní a hluboký pohled na předmět studie a na jeho kontextovou logiku, na explicitní a implicitní pravidla, která fungují v dané oblasti.
- V rámci šetření se používají relativně málo standardizované metody sběru dat. Hlavním instrumentem je výzkumník sám. Typy dat v kvalitativním výzkumu zahrnují přepisy terénních poznámek z pozorování a rozhovorů, audiozáznamy, úřední dokumenty, aj.
- Data se induktivně analyzují a interpretují. Kvalitativní výzkumník nesestavuje ze získaných dat skládanku, jejíž konečný tvar zná, ale spíše konstruuje obraz, který získává kontury v průběhu sběru dat.

Vzhledem k povaze řešené problematiky, již jsou názory odborníků na postup a systém péče o psychicky traumatizované klienty, představuje kvalitativní šetření ideální postup k zodpovězení výzkumných otázek.

## 7.2 Metody získávání a tvorby dat

Hlavní výzkumný nástroj představovalo **polostrukturované interview**. Rozhovor s pracovníky krizových center a psychiatrických nemocnic byl stěžejní metodou sběru dat, a tedy i základním předpokladem pro zodpovězení stanovených výzkumných otázek. Polostrukturovaný rozhovor je zřejmě vůbec nejrozšířenějším typem metody interview, neboť dokáže řešit mnoho nevýhod jak strukturovaného tak nestrukturovaného interview. Jednotlivé otázky interview vycházejí z výzkumného cíle a formulovaných výzkumných otázek. Pro maximální výtěžnost interview je možné zaměřovat pořadí otázek a do určité míry také jejich podobu. Mimo předem dané otázky, je možné v průběhu šetření pokládat také doplňující otázky. Tyto tzv. inquiry slouží k upřesnění a vysvětlení odpovědi respondenta a k ověření toho, zdali jsme odpověď správně pochopili (Miovský, 2006).

Vedení kvalitativního rozhovoru je uměním i vědou současně. Vyžaduje dovednost, empatii, koncentraci a interpersonální porozumění. Je třeba učinit řadu rozhodnutí ohledně obsahu, podoby a pořadí otázek. Dále se musí uvážit délka rozhovoru. Zvláštní pozornost je nutné věnovat začátku a konci rozhovoru. Na začátku rozhovoru je nutné prolomit případné psychické bariéry a zajistit souhlas se záznamem. Neméně důležitou částí je závěr rozhovoru, právě na konci rozhovoru nebo při loučení můžeme získat další podnětné informace. Především je však konec rozhovoru vhodné věnovat poděkování klientovi za čas, který nám věnoval (Hendl, 2012). Výše zmíněná doporučení byla dodržována také při tvorbě otázek a vedení samotného rozhovoru v rámci této práce.

Jádro polostrukturovaného interview se skládalo z následujících **tematických okruhů**, které vycházely z výše specifikovaných výzkumných cílů a otázek:

- charakteristika, způsob práce a dostupnost oslovených institucí,
- účinné terapeutické postupy při péči o psychicky traumatizované klienty z pohledu pracovníků krizových center a psychiatrických nemocnic,
- hodnocení dostupnosti a kvality systémové péče o psychicky traumatizované klienty z pohledu pracovníků krizových center a psychiatrických nemocnic.

**Délka realizovaných interview** se téměř vždy pohybovala v rozmezí 25 – 35 minut. Jednotlivá interview probíhala na pracovišti oslovených respondentů v průběhu měsíce ledna a února 2017. Pro přehlednost je níže uvedeno znění jednotlivých položek rozhovoru:

1. Dokázal/a byste prosím v krátkosti popsat, jak postupujete při práci s traumatizovanými klienty?
2. Jaké jsou podle Vašeho názoru účinné postupy a principy terapeutické práce s traumatizovanými klienty?
3. Jaký význam sehrávají podle Vašeho názoru psychofarmaka v oblasti léčby psychického traumatu a PTSD?
4. Co případně dalšího vnímáte jako důležité, při práci s traumatizovanými klienty?
5. Jakým způsobem Vás klienti nejčastěji vyhledají a jakou formou Vás nejčastěji kontaktují? Jsou podle Vašeho názoru informace a nabídka pomoci srozumitelná a snadno vyhledatelná pro potenciální klienty.
6. Jak by měl podle Vašeho názoru postupovat člověk, který prožil traumatickou událost, na koho se může obrátit a kde může hledat pomoc?
7. Je podle Vašeho názoru pomoc traumatizovaným klientům dostatečná z hlediska systému, co hodnotíte jako funkční a co by se naopak, mělo v tomto ohledu zlepšit?
8. Měla by podle Vašeho názoru vzniknout speciální centra věnovaná pomoci a péči o oběti psychického traumatu a PTSD? Jaká by měla být případně struktura, organizace a personální zabezpečení takového centra?

### **7.3 Metody zpracování a analýzy dat**

Všechny realizované rozhovory byly nahrávány na diktafon, čímž vznikly jejich **zvukové záznamy**. Podmínkou dalšího zpracování dat byla jejich doslovná **transkripce** do písemné podoby. Při přepisu byl kladen důraz na zachování autenticity rozhovorů, s cílem uchování

co největšího množství informací. Dalším krokem byla **redukce prvního řádu**, při které byl odstraněn nepodstatný materiál (opakující se slova, slovní vycpávky, aj.). Po ukončení procesu úprav následovala analýza dat, při využití postupů rámcové analýzy (anglicky *framework analysis*). Takto získaná data byla doplněna o vlastní komentáře a uvádění příkladů ve formě autentických výpovědí participantů.

**Rámcová analýza** byla použita z toho důvodu, že umožňuje přehlednou organizaci dat. Díky ní lze získané informace snáze analyzovat, umožňuje srovnání jednotlivých případů (v našem případě srovnání odpovědí jednotlivých respondentů) a hledání pravidelností ve shromážděných datech. Postup rámcové analýzy je následující: Na počátku se výzkumník seznámí s materiálem a navrhne témata, případně podtémata, vyplývající z textu. Dále označuje jednotlivé části textu a zařazuje je pod stanovené tematické okruhy. Následně se vytváří **tematické tabulky**<sup>5</sup>, do kterých se zařadí roztríděná data. Každý z tematických okruhů je pro přehlednost zpracován zvlášť, v rámci jedné tabulky (Hendl, 2016).

#### 7.4 Charakteristika výzkumného souboru

Pro získání výzkumného souboru bylo použito nepravděpodobnostních metod výběru vzorku. Konkrétně se jednalo o **záměrný výběr**, jenž umožňuje na základě stanovených kritérií, vybrat ty respondenty, kteří tato kritéria splňují a současně souhlasí se svou účastí ve výzkumu (Mioviský, 2006). Hlavním kritériem pro účast v tomto výzkumu byla zkušenost s péčí o psychicky traumatizované klienty. Samotný výběr respondentů pak byl zaměřen na pracovníky krizových center a psychiatrických nemocnic.

Rozhovor byl realizován s celkem 8 respondenty ze tří krizových center a dvou psychiatrických nemocnic, z různých regionů České republiky. Jednalo se o instituce: Krizové centrum Olomouc, Linka bezpečí, Bílý kruh bezpečí Brno, Psychiatrická nemocnice Jihlava a Psychiatrická nemocnice Kroměříž. Výběr institucí byl dán do jisté míry ochotou jejich pracovníků účastnit se výzkumu této práce. Žádost o realizaci výzkumu byla zasílána emailem včetně stručného úvodu a podoby jednotlivých otázek, popřípadě byly instituce osloveny telefonicky nebo osobně.

---

<sup>5</sup> Formát tabulek v této práci, byl zvolen na základě dobré názornosti předkládaných informací.

V rámci Krizového centra Olomouc byl rozhovor proveden se dvěma pracovníky – s psychologem a sociálním pracovníkem. V případě Linky bezpečí, byl rozhovor realizován se sociálním pracovníkem. Na brněnské pobožce Bílého kruhu bezpečí, byly provedeny dva rozhovory – s případovým manažerem a s psychologem. V rámci psychiatrické nemocnice Jihlava, byl rozhovor proveden rovněž se dvěma pracovníky – dvěma klinickými psychology. V případě psychiatrické nemocnice Kroměříž, bylo šetření realizováno s klinickým psychologem.

V tabulce č. 1 jsou charakterizováni jednotliví respondenti včetně délky jejich praxe. Z důvodu zachování anonymity respondentů není uváděn jejich věk ani pohlaví. Bližší charakteristika jednotlivých zařízení a způsob práce, jsou prezentovány v kapitole výsledků.

*Tabulka č. 1 Charakteristika respondentů*

<b>Respondenti</b>	<b>Profese</b>	<b>Zařízení</b>	<b>Délka praxe</b>
Respondent 1	Sociální pracovník	Krizové centrum Olomouc	Méně než 5 let
Respondent 2	Psycholog	Krizové centrum Olomouc	Méně než 5 let
Respondent 3	Případový manažer	Bílý kruh bezpečí	Více než 10 let
Respondent 4	Sociální pracovník	Linka bezpečí	5 – 10 let
Respondent 5	Klinický psycholog	Psychiatrická nemocnice Jihlava	Více než 10 let
Respondent 6	Klinický psycholog	Psychiatrická nemocnice Jihlava	Více než 10 let
Respondent 7	Klinický psycholog	Psychiatrická nemocnice Kroměříž	5 – 10 let
Respondent 8	Psycholog	Bílý kruh bezpečí	Více než 10 let

## **7.5 Realizace výzkumu**

Výzkumná část studie byla realizována v průběhu měsíců ledna a února roku 2017. Setkání s jednotlivými respondenty výzkumu probíhalo vždy individuálně, v prostorách jejich pracoviště. Samotnému sběru dat předcházelo představení průběhu a cílů výzkumu.

Samotnému sběru dat předcházelo seznámení respondentů s průběhem a cílem výzkumu. Před samostatným šetřením byli respondenti požádáni o podepsání informovaného souhlasu, viz příloha č. 2, který zaručoval jejich anonymitu a možnost kdykoliv výzkum ukončit. Informovaný souhlas respondenty také uvědomoval o pořizování zvukového záznamu ze společného rozhovoru a o skutečnosti, že poskytnuté informace nebudou použity jinak než k účelům tohoto výzkumu a popřípadě k vědeckým výstupům spjatých s tímto

výzkumem. Setkání s respondenty bylo zakončeno dotazem, zdali mají k výzkumu nějaké otázky, nebo by rádi ještě něco doplnili.

## **7.6 Etické aspekty výzkumu**

V průběhu výzkumu nebylo nic zanedbáno a byla dodržena veškerá etická pravidla. Všichni respondenti vstupovali do výzkumu dobrovolně a mohli z něj také kdykoliv odstoupit. Účastníci byli uvědoměni o tom, že ve výzkumu bude uveden název jejich profese a typ zařízení, ve kterém pracují. Respondenti byli dále obeznámeni s účelem a průběhem výzkumu a byl jim vysvětlen důvod pořízení audiozáznamu – tedy možnost následné analýzy získaných informací. Tyto informace byly podány formou informovaného souhlasu, který každý z účastníků výzkumu podepsal (viz příloha č. 2).

Zaručena byla rovněž ochrana dat před zneužitím (v souladu se zákonem č. 101/2000 Sb.) a skutečnost, že poskytnuté informace budou sloužit výhradně účelům výzkumu a vědeckým výstupům spojených s tímto výzkumem. Výzkum nepředstavoval žádná rizika pro jeho účastníky ani pro vyšetřující osobu.



## **8 Výsledky výzkumu**

Následující kapitola je věnovaná samotným výsledkům výzkumu. V průběhu vyhodnocení získaných dat byly vytvořeny tři tematické okruhy:

- I. Charakteristika a způsob práce oslovených zařízení
- II. Léčba psychického traumatu a PTSD
- III. Systémová péče o oběti psychického traumatu a PTSD

Každý z tematických okruhů se dále dělí na jednotlivá témata, přičemž každé z nich je z důvodu výtěžnosti a přehlednosti sdělení zpracováno samostatně v rámci kapitoly. Ta obsahuje samotnou analýzu a interpretaci dat, v případě druhého a třetího tematického okruhu také tabulku, kde sloupce vždy označují jednotlivé respondenty a řádky jsou poté věnované jednotlivým kódům (odpovědím respondentů). Z tematické tabulky vyplývá nejen četnost jednotlivých odpovědí, ale také to, jakým způsobem každý z respondentů odpovídal na dané téma. Pro názornost jsou uvedeny také přímé citace sdělení.

### **8.1 Charakteristika a způsob práce oslovených zařízení**

V následujícím tematickém okruhu bude čtenáři představena charakteristika oslovených institucí. Důraz je přitom kladen na popis způsobu jejich práce a na hodnocení dostupnosti služeb a informací ze strany samotných pracovníků. Předkládaný přehled vychází z analýzy odpovědí na 1. a 5. otázku, přičemž výpovědi 1. a 2, 3. a 8., 5. a 6. respondenta byly zpracovány společně, neboť se jedná o pracovníky stejných zařízení.

#### **8.1.1 Krizové centrum Olomouc**

Postup práce s klientem začíná v případě Krizového centra Olomouc nejčastěji telefonním kontaktem. Krizové centrum disponuje krizovou linkou, která je nonstop k dispozici. Většina klientů, která přichází do ambulance, již určitou formu kontaktu s pracovníky navázali a v rámci osobního setkání se postupuje v řešení daného problému. Osobní pohovor vedou vždy dva pracovníci – psycholog a sociální pracovník. Cílem sezení je především poskytnout základní sociální a psychologickou pomoc, stabilizovat klienta a poskytnout informace, případně kontakty na navazující služby. Pokud na základě rozhovoru vyhodnotí pracovníci krizového centra, že se klient nemůže vrátit domů, je mu nabídnuta pobytová služba v době trvání až deseti dnů (respondent 1; respondent 2).

Z hlediska zhodnocení dostupnosti informací o centru a jeho službách vnímají jeho pracovníci určité rezervy. V současnosti probíhá úprava metodiky, snahou je také zestručnit informace zveřejňované na internetových stránkách i distribuce tiskového materiálu v ordinacích praktických lékařů, škol, kostelů, apod. *„Klienti nás nejčastěji vyhledávají na základě dobré zkušenosti s jinými složkami charity, popřípadě na základě doporučení od známých nebo na základě odkazu od jiných služeb, které nespádají pod charitu. Vůbec nejmenší část nás vyhledá na základě kontaktu uvedeném na internetových stránkách“* (respondent 1).

Jako určitou nevýhodu vnímají pracovníci centra také v tom, že jsou spojeni s budovou, která je určena lidem bez domova. Řada lidí má proto problém navštívit krizové centrum na základě obav z možné stigmatizace. Otázka nevyhovujících prostor je však v současnosti také předmětem řešení (respondent 1; respondent 2).

### 8.1.2 Bílý kruh bezpečí Brno

Také v případě brněnské pobočky Bílého kruhu bezpečí dochází nejčastěji k první formě kontaktu prostřednictvím telefonu, v rámci kterého je sjednán termín osobní návštěvy. Kontakt na Bílý kruh bezpečí dostávají klienti nejčastěji od příslušníků Policie nebo reagují na zkušenost někoho ze svých blízkých. U prvního osobního setkání jsou nejčastěji přítomni dva poradci - psycholog a právník, popřípadě sociální pracovník a právník. Tito poradci slouží dvakrát týdně, a to v úterý a ve čtvrtek. V rámci sezení se hovoří s klientem o tom, co se stalo, a pokud psycholog nebo sociální pracovník vyhodnotí, že je klient traumatizován, tak mu okamžitě nabízí terapeutickou pomoc. Ta může být až v rozsahu deseti sezení a pro klienty Bílého kruhu bezpečí je zcela zdarma. Cílem sezení je stabilizovat klienta a pomoci mu překonat těžké období. V případě, kdy samotná psychoterapie nepomáhá, je kontaktován psychiatr. Bílý kruh bezpečí provozuje také bezplatnou linku obětem kriminality, organizuje přednášky, vydává publikace a obecně se velmi snaží informovat veřejnost o své činnosti (respondent 3; respondent 8).

### 8.1.3 Linka bezpečí

Kontaktovat Linku bezpečí je v současnosti možné třemi způsoby: telefonicky (nejčastěji), emailem nebo prostřednictvím chatu. Všechny tři formy kontaktu jsou určitým způsobem specifické množstvím informací, které má pracovník o klientu k dispozici. Pracovník Linky

bezpečí pracuje de facto jen s informacemi, které klient do konverzace přinese. Telefonní kontakt je navíc specifický tím, že komunikace trvá často jen velmi omezenou dobu a ve většině případů se jedná o jednorázovou záležitost. *„Po telefonu máme alespoň tón hlasu, po chatu nemáme ani tón hlasu a tam se právě řeší ty těžké případy - sebevraždy, sebeopoškození, týrání v rodině, apod. Jestli je klient traumatizovaný, můžeme usoudit z rozhovoru, potencionálně však může být traumatizovaný každý klient. Dost často lidé volají s jiným problémem (např. škola), ale traumatická zkušenost stojí v pozadí“* (respondent 4).

Možnosti pomoci, které má pracovník Linky bezpečí, jsou tedy vždy omezená a způsob práce lze charakterizovat slovy „tady a teď“ - pracuje se pouze s tím, co klient do komunikace přinese. Pakliže se stává rozhovor hlubším, zpravidla dochází k předání kontaktu na jiná zařízení poskytující psychologickou péči.

Právě asistence při hledání zdrojů pomoci v dostupnosti klienta je jedním z principů práce Linky bezpečí. Pokud klient souhlasí, pracovník linky mu pomáhá nalézt vlastní zdroje pomoci, možnosti pomoci v jeho sociálním prostředí, popřípadě možnosti a formy odborné pomoci (krizová centra, nízkoprahová zařízení, školní psycholog, metodik prevence, aj.).

Dostupnosti informací o Lince bezpečí, se liší v závislosti na regionu. *„V Praze a jejím okolí je informovanost veřejnosti na velmi slušné úrovni, děti mají na nás uvedený kontakt v žákovských knihách, snažíme se být otevřeni také vůči testovacím hovorům, které jsou pro dětské klienty důležité, vyvíjíme aplikaci na mobilní telefon a na internetových stránkách se snažíme revidovat texty popisující naši službu. Mimo Prahu je však informovanost veřejnosti o naší činnosti nižší“* (respondent 4).

#### 8.1.4 Psychiatrická nemocnice Kroměříž

Oslovený respondent pracuje jako klinický psycholog na psychoterapeutickém oddělení, které je specializovaným oddělením komunitního typu pro léčbu neurotických, depresivních poruch a dekompenzovaných poruch osobnosti. V nezanedbatelném počtu jsou přijímáni také klienti se syndromem vyhoření a pracovním přetížením. K léčbě je zde využíváno především postupů skupinové psychoterapie. Pacienti jsou do komunity nejčastěji přijímáni na základě doporučení od psychiatra, psychologa, popřípadě praktického lékaře.

Srozumitelnost informací o nabídce služeb nemocnice, případně terapeutického oddělení není respondent podle svých slov schopen posoudit (respondent 7).

#### 8.1.5 Psychiatrická nemocnice Jihlava

Psychiatrická nemocnice v Jihlavě poskytuje svým klientům komplexní péči, jejíž součástí je psychoterapie, arteterapie, ergoterapie, psychosociální a psychiatrická rehabilitace. Oslovení respondenti pracují v rámci zdejší ambulance a příjmacího oddělení. Počet klientů, kteří vyhledají zdejší ambulantní péči v důsledku psychické traumatizace je poměrně malý. Traumatizovaní klienti však mohou být v rámci nemocnice hospitalizováni z důvodů diagnostiky jiných duševních poruch, jako je například deprese nebo úzkostné stavy. Psychická traumatizace může stát v pozadí, v současnosti již však sama o sobě nemusí být aktuální. V rámci těchto případů se s klienty setkávají oslovení respondenti prostřednictvím dlouhodobé psychoterapie (respondent 5; respondent 6).

## 8.2 Léčba psychického traumatu a PTSD

Tento tematický okruh zahrnuje analýzu zejména odpovědí na 2. – 4. otázku, v rámci kterých vznikla následující témata:

- **Psychoterapeutické principy a postupy**
- **Využití psychofarmak**
- **Další důležité aspekty**

#### 8.2.1 Psychoterapeutické principy a postupy

Z rozhovorů vyplývá, že základem terapeutické práce s traumatizovaným klientem je v první řadě zajistit pocit bezpečí a důvěry u klienta. V rámci bezpečného a důvěrného vztahu se může klient podělit o své trauma a projevit své emoce tak, jak potřebuje. Terapeut přitom empaticky naslouchá, respektuje tempo klienta a snaží se jej určitým způsobem podpořit. V případě, že je klient velmi rozrušený je nutné jej určitým způsobem stabilizovat, může se k tomu využít také různých dechových cvičení, práce s tělem a relaxačních technik (respondent 2; respondent 4).

Stabilizace klienta spočívá také v ujištění, že daná situace se dá nějakým způsobem řešit, protože traumatizovaný klient má pocit, že se celý svět zhroutil. Úkolem terapeuta je proto poskytnout klientovi prostor a zázemí, aby se v dané situaci mohl zorientovat (respondent 1).

*„Obecně se snažím člověku pomoci přežít. Pomáhám mu tedy zmapovat zdroje, které aktuálně má, zviditelnit, ukázat a upozornit jej na další opěrné body, které se v jeho životě nacházejí, včetně jeho okolí, práce a dalších vztahů. Protože každé trauma dělá to, že ten zorný úhel pohledu zužuje“* (respondent 8).

V případě traumatizovaného klienta je velmi důležité nechat se vést tím, co on potřebuje. Pozornost je nutné věnovat emocím a prožitkům, které klienta vracejí k traumatické události a které jsou v těchto případech téměř vždy přítomné. Někdy se derou na povrch, jindy nejsou zcela zřetelné, pak je ale nutné se na ně klienta alespoň přeptat (respondent 8).

Důležité je klienta uvědomit o tom, že způsob, jakým reaguje, je naprosto normální a pochopitelný. Terapeut se snaží ošetřit bolestivé emoce a hovoří s klientem o tom, co se stalo, třeba i několikrát dokola (respondent 2).

Následně pak už velmi záleží na typu traumatu, se kterým klient přichází. Pokud trauma vyplývá například ze smrti blízkého člověka, pak se jedná o konečnou věc, se kterou se pracuje odlišným způsobem, než je tomu například u domácího násilí, kde proces traumatizace ještě není ukončen (respondent 8).

Mezi účinné terapeutické postupy v léčbě psychického traumatu a PTSD můžeme zařadit také psychodrama <sup>6</sup>: *„Z naší zkušenosti klientům s touto diagnózou velice pomáhá psychodrama. V případě, že traumatická událost vyplývá ze smrti blízké osoby, pak možnost promluvit si se zesnulým a řádně se rozloučit, je pro klienty velmi přínosná. V případě traumatizovaného dítěte, je možné nechat dítě vytvořit určitý příběh, napsat pohádku, nebo vyrobit komiks, ve kterém své trauma ztvární“* (respondent 7).

---

<sup>6</sup> Psychodrama je jednoduché improvizované divadlo, sloužící k psychoterapeutickým účelům. Namísto toho, aby pacient o svých problémech pouze hovořil, tak je předvádí pomocí divadla. Význam spočívá především ve znovuprožívání vlastního příběhu, zpřítomnění pocitů, vybití potlačených emocí a získání nového pohledu na osobní situaci (Psychoterapie18b, 2013).

Spíše v závěru psychoterapeutické práce může být pro klienta podstatné také to, když si společně s terapeutem může projít situaci při sdílení traumatické události například v rámci rodiny (pakliže se takto rozhodl), a připravit se na to, jak budou jednotliví členové reagovat. Důležitý je tento krok také v situaci, kdy se klient stal obětí trestného činu a rozhodl se k jeho ohlášení na policii. V tomto případě by měl terapeut umět seznámit klienta s podobou následného procesu (respondent 6).

Navzdory odhalení řady obecných postupů a principů práce s traumatizovanými klienty je nutné připomenout individuálnost každého klienta a traumatické události, ze kterých vyplývá také nutnost individuálního terapeutického přístupu.

*Tabulka č. 2 Zaznamenané kódy týkající se psychoterapeutických postupů a principů*

Kódy	Resp. 1	Resp. 2	Resp. 3	Resp. 4	Resp. 5	Resp. 6	Resp. 7	Resp. 8
Zajištění pocitu bezpečí	ano	ano		ano		ano		
Získání důvěry		ano	ano	ano	ano			
Empatické naslouchání	ano	ano						
Emoční abreakce	ano	ano		ano			ano	ano
Hovoříme o předmětu traumatu	ano	ano	ano		ano	ano	ano	
Podpora a nacházení zdrojů	ano	ano		ano		ano		ano
Stabilizace a uklidnění klienta	ano	ano		ano	ano			ano
Dechová cvičení, práce s tělem a techniky pro relaxaci		ano		ano			ano	
Respektování klientových projevů a tempa	ano	ano	ano		ano		ano	
Ujistit klienta, že jeho reakce je zcela normální		ano				ano	ano	
Psychodrama							ano	
Pomoc při sdílení traumatu						ano		

Z tabulky č. 2 vyplývá, že v kontextu s principy a základními postupy práce s traumatizovanými klienty, bylo nejvíce odpovědí respondentů kódováno jako potřeba hovořit s klientem o předmětu traumatu, jeho stabilizace, emoční abreakce, respektování klientových potřeb a projevů, podpora a pomoc při nacházení zdrojů. Polovina respondentů zdůraznila také nutnost zajištění pocitu důvěry a bezpečí. Tři oslovení respondenti při práci s traumatizovaným klientem využívají také různých relaxačních technik a práce s tělem.

Naopak nejméně výpovědí respondentů bylo kódováno jako pomoc při sdílení traumatu v rámci klientova okolí, nebo na policii. Pouze jeden respondent v kontextu účinných psychotherapeutických postupů, hovořil o důležité roli psychodramatu při práci s traumatizovanými klienty.

### 8.2.2 Využití psychofarmak

Všichni dotázaní se vyjádřili tak, že indikace psychofarmak je nezbytná v případě, kdy důsledky traumatizace nelze zvládnout terapeuticky. Indikace by měla vycházet nejen z hloubky traumatu, ale rovněž z individuálních potřeb a přání klientů.

Z výpovědí respondentů vyplývá, že existují klienti, kteří chtějí psychofarmaka, vyžadují je a někteří k nim mají vyloženě odpor. *„V případech, kdy je narušena psychická a fyzická integrita masivně, tam si myslím, že nějaká farmakologická léčba může tomu člověku přispět, aby se konsolidoval. Při samotném zpracování si myslím, že větší váhu má pak psychoterapie. Celá řada lidí ovšem nemá zájem na tom, se v sobě hrabat, chtějí zapomenout, vytěsnit a pak jim lépe vyhovují psychofarmaka“* (respondent 5).

*„Myslím si, že jsou situace a i typy lidí, kteří ukazují, že to je nezbytné - jsou lidi, kteří se potřebují problémy probrat, projít si je a mít pocit, že je zvládneme svými silami, ale nejsme takový všichni a jsou i tací, kteří jsou rychle unavení, vyčerpání a nechtějí se třeba vracet k těm událostem. V tomto směru je vhodné je podpořit nějakým lékem na deprese, na úzkosti a může to alespoň v tom krátkém období významně pomoci. Alespoň se vyspí, odpočinou si, následně ubrat farmaka a začít se s problémem zaobírat. Jsou ale lidé, kteří se k tomu nikdy nedostanou, a je pro ně velmi úlevné, když na to nemusejí myslet, nemusejí to řešit, a je to pro ně také řešení - vždy se to tedy odvíjí od individuality člověka“* (respondent 8).

Úkolem terapeuta je spíše vysvětlit plusy a mínusy farmakoterapie, popřípadě předat kontakt na odborníka (respondent 3; respondent 4).

Tabulka č. 3 Zaznamenané kódy týkající se využití psychofarmak

Kódy	Resp. 1	Resp. 2	Resp. 3	Resp. 4	Resp. 5	Resp. 6	Resp. 7	Resp. 8
Jsou důležitá v případě, kdy důsledky traumatizace nelze zvládnout terapeuticky	ano	ano	ano	ano	ano	ano	ano	ano
Neindikujeme ihned	ano		ano				ano	
Indikace vychází z potřeb klientů			ano	ano	ano			ano
Podáváme edukaci				ano				ano

Tabulka č. 3 obsahuje okódované odpovědi respondentů, které se vztahují k možnostem farmakoterapie při léčbě psychického traumatu. Je patrné, že respondenti jednomyslně vnímají indikaci psychofarmak, jako důležitou v situaci, kdy psychoterapie samotná selhává. Polovina respondentů však v této věci zdůrazňuje také nutnost respektovat přání klientů. Respondenti 4 a 8, poznamenávají také nutnost edukovat respondenta o možnostech farmakoterapie.

### 8.2.3 Další důležité aspekty

Jako důležitý aspekt péče o traumatizované klienty označila řada dotázaných odborníků přítomnost sociální podpory a podobu reakce ze strany klientova nejbližšího okolí. Z tohoto hlediska je na místě vždy vzít v potaz také možnost určité práce s okolím klienta, například v podobě edukace partnera a rodiny.

V situaci, kdy je klient obětí trestného činu, je do souvislosti s mírou traumatizace kladen také odborný termín sekundární viktimizace. V tomto případě traumatizace způsobená trestným činem, je prohlubována například následnou nedůvěrou, odsouzením okolí, popř. medializací případu (respondent 8).

*„Dnes vnímáme léčbu psychických poruch jako komplexní, patří sem tedy i práce s prostředím člověka. Pokud se klient rozhodne podělit se o své trauma, vždy je důležitá reakce jeho okolí - lékaře, policie, rodiny (často problematická). Na druhou stranu, pokud je rodina funkční, tak toho může hodně zastat“* (respondent 5).

Z výpovědí pracovníků krizových center vyplývá jako velmi důležitý aspekt pomoci traumatizovaným klientům možnost návazné psychoterapeutické péče. Z jejich strany dojde



k ošetření akutního stavu a stabilizaci klienta, avšak v řadě případů nestačí pouhá krizová intervence a je zapotřebí dlouhodobější terapeutická práce. Tuto situaci řeší například Bílý kruh bezpečí úzkou spoluprací s externími terapeuty, v rámci které mají jejich klienti možnost až deseti psychoterapeutických sezení zdarma. Výhodou řady krizových center je také to, že mají nepřetržitý provoz (respondent 2; respondent 1; respondent 8).

Linka bezpečí je poměrně specifický případ ve vztahu k ostatním osloveným institucím, a to především z hlediska způsobu jejich práce. Právě z formy jejich komunikace s klientem vyplývají další důležité aspekty práce s traumatizovaným klientem, a to je anonymita a bezbariérovost. Řada traumat je spojená se studem a obavami ze stigmatizace, právě kontaktování linky důvěry, bývá jednou z prvních cest vyhledání odborné pomoci (respondent 4).

V otázkách míry postižení traumatickou událostí sehrává důležitou roli nabídka následné odborné pomoci ze strany integrovaného záchranného systému. Řada klientů, kteří prožili traumatickou událost, nevyžaduje pomoc přímo na místě, ale možná by ji rádi vyhledali později. Proto je důležité předání kontaktů a informací o možnostech odborné pomoci ze strany zasahujících policistů, hasičů nebo záchranářů (respondent 6).

Ze strany terapeuta jsou významné také jeho schopnosti a dovednosti, důležité je umět si poradit s emočně vypjatými situacemi a chovat se tak, abychom klienta nepoškodili.

**Tabulka č. 4 Zaznamenané kódy týkající se dalších důležitých aspektů**

Kódy	Resp. 1	Resp. 2	Resp. 3	Resp. 4	Resp. 5	Resp. 6	Resp. 7	Resp. 8
Návazná pomoc	ano	ano		ano				ano
Reakce klientova okolí				ano	ano	ano	ano	ano
Edukace klientova okolí							ano	ano
Nabídka odborné pomoci ze strany IZS	ano	ano			ano	ano		
Nonstop provoz	ano			ano				
Anonymita klienta				ano				
Schopnosti a dovednosti terapeuta					ano			

Tabulka č. 4 znázorňuje kódy jednotlivých odpovědí respondentů, na otázku dalších důležitých aspektů při péči o traumatizované klienty. Pět respondentů v tomto směru poukázalo na důležitost podoby reakce klientova okolí a možnost sociální opory. Čtyři

respondenti jako klíčové označili předávání informací o možnostech odborné krizové pomoci, ze strany integrovaného záchranného systému. Pracovníci krizových hovořili o důležitosti navazující dlouhodobé psychoterapeutické péče. Na druhou stranu, pouze jeden respondent označil za další důležitý aspekt práce s traumatizovanými klienty schopnosti a dovednosti samotného terapeuta.

### 8.3 Systémová péče o oběti psychického traumatu a PTSD

Tento tematický okruh zahrnuje analýzu zejména odpovědí na 6. – 8. otázku, v rámci kterých vznikla následující témata:

- **Možnosti systémové péče**
- **Kvalita a dostupnost systémové péče**
- **Prospěšnost specializovaného centra**

#### 8.3.1 Možnosti systémové péče

Cílem této kapitoly jsou předkládány možnosti systémové péče tak, jak je jmenovali respondenti výzkumu. V situaci, kdy nestačí přirozené zdroje podpory, může klient navštívit krizové centrum, které doporučilo nejvíce respondentů. Popřípadě se klient může obrátit na linky důvěry nebo ambulanci klinického psychologa, v těžkých případech se somatickými projevy je pak na místě navštívit ambulanci psychiatra.

Dva respondenti poukázali také na možnost návštěvy obvodního lékaře a poradny pro manželství a rodinu.

*Tabulka č. 5 Zaznamenané kódy týkající se možností systémové péče*

Kódy	Resp. 1	Resp. 2	Resp. 3	Resp. 4	Resp. 5	Resp. 6	Resp. 7	Resp. 8
Krizové centrum	ano	ano		ano	ano		ano	ano
Obvodní lékař						ano	ano	
Linka důvěry	ano	ano		ano				ano
Ambulance psychiatra	ano	ano		ano			ano	
Ambulance klinického psychologa	ano	ano		ano			ano	
Internetová pomoc				ano				
Policie								ano
Poradna pro manželství a rodinu							ano	ano

Z tabulky č. 5 vyplývá, že šest respondentů by doporučilo traumatizovaným klientům navštívit krizové centrum, čtyři respondenti se dále vyjádřili k možnosti využít služeb linek důvěry, ambulance psychologa nebo psychiatra. Dva respondenti zmínili také možnost obrátit se na praktického lékaře a na poradnu pro manželství a rodinu. Pouze jeden respondent se vyjádřil k možnosti obrátit se na policii, či kontaktovat linku důvěry prostřednictvím internetu.

### 8.3.2 Kvalita a dostupnost systémové péče

Z výsledků výzkumu vyplývá, že jako jeden z hlavních nedostatků systémové pomoci traumatizovaným klientům vnímá většina respondentů absenci návazné psychoterapeutické péče. Právě psychoterapie navazující na krizovou intervenci byla současně považována respondenty za jeden z klíčových aspektů v léčbě traumatizovaného klienta. V případě Olomouckého krizového centra vyplývá absence návazné psychoterapeutické péče z toho, že zde není užší spolupráce s externími psychology. *„Jako nedostatek systému vnímám situaci, kdy se klient naváže na jednu službu a posléze má vyhledávat návaznou pomoc jinde, jedná se o určitou bariéru, navíc pokud by tato služba byla hrazená, nebo v nejbližší době nedostupná“* (respondent 2).

Absence návazné psychoterapeutické péče je spojena s hlubším systémovým problémem, o kterém hovořili téměř všichni respondenti. Jedná se o nedostatek klinických psychologů. *„V Jihlavě je jeden klinický psycholog na 50 000 obyvatel, objednávací doba je 2-3 měsíce“* (respondent 6).

Dostupnost psychosociální péče je regionálně podmíněná. Například v celém Jihomoravském kraji je nabídka služeb velmi široká a některé se dokonce překrývají. Na druhou stranu, v případě okresů a vesnic, je tato nabídka velice omezená a také zde chybí povědomí lidí o možnosti tyto služby využívat (respondent 8).

Řada odborníků hovořila také o tom, že dostupnost systémové péče traumatizovaným klientům se různí v závislosti na typu traumatu. V případech různých nehod, nebo živelných katastrof, můžeme hovořit o tom, že z hlediska systémové péče je potenciální traumatizaci věnovaná dostatečná pozornost. Existuje ale řada traumat, která nikdo nevidí (zneužívání,

znásilnění), pomoc obtížně hledají ději, senioři a lidé ve finanční nouzi (respondent 8; respondent 4).

*Tabulka č. 6 Zaznamenané kódy týkající se kvality a dostupnosti systémové péče.*

Kódy	Resp. 1	Resp. 2	Resp. 3	Resp. 4	Resp. 5	Resp. 6	Resp. 7	Resp. 8
Nerovnoměrné prosíťování psychosociálních služeb			ano	ano				
Některé služby se překrývají			ano					
Nedostatek klinických psychologů	ano	ano	ano	ano	ano	ano	ano	
Absence bližší spolupráce s dalšími složkami	ano	ano						
Absence návazné péče	ano	ano		ano	ano	ano		
Dostupnost péče se různí v závislosti na typu traumatu				ano				ano

Z tabulky č. 6 vyplývá, že nejčastěji kódovanou odpovědí v otázce kvality a dostupnosti systémové péče, byl nedostatek klinických psychologů. Pět respondentů hovořilo také o absenci návazné a dlouhodobé péče. Dva respondenti hovořili o tom, že jim schází užší spolupráce s dalšími složkami psychosociální péče a dva respondenti hovořili o tom, že zde existují určité latentní typy traumatu, které se z hlediska systémové péče nedaří řešit. Pouze jeden respondent hovořil o tom, že se některé služby systémové pomoci traumatizovaným klientům překrývají.

### 8.3.3 Prospěšnost speciálního centra

Následující kapitola reflektuje názory respondentů na to, zdali by měla vzniknout speciální centra, jako řešení problému systémové péče o oběti psychického traumatu a PTSD. Otázka dále směřovala k tomu, jaká by měla být podle jejich názoru struktura, organizace a personální zabezpečení takového centra.

Na základě odpovědí většiny klientů lze konstatovat, že koncept speciálních center by neřešil problém péče o psychicky traumatizované klienty z několika důvodů. Jedním z hlavních důvodů je to, že efektivní pomoc traumatizovaným klientům spočívá ve své neodkladnosti a dostupnosti. Problém stávající systémové péče o traumatizované klienty selhává ve své

nerovnoměrné dostupnosti z hlediska všech regionů (celého území) České republiky. Koncept specializovaných center tento důležitý problém neřeší, neboť by z důvodu finančního zabezpečení musela vznikat v blízkosti velkých měst. Mnoho pomoci se nedostává lidem ve finanční nouzi a otázkou také zůstává, zdali by traumatizovaný klient byl ochoten docházet do speciálního centra z důvodu obav z možné stigmatizace (respondent 8).

Řešením systémové péče o traumatizované klienty je hustá síť odborníků, kteří budou umět s touto problematikou pracovat. Může se jednat například o pracovníky nízkoprahových zařízení nebo terénní pracovníky, kteří by měli základní povědomí o tom, jak vypadá traumatizovaný klient, mohli mu poskytnout základní pomoc, případně poskytnout důležité informace a kontakt na navazující odbornou péči (respondent 8; respondent 4).

Někteří respondenti vnímají možnost řešení systémové péče o traumatizované klienty v podobě finanční a personální podpory stávajících krizových center (respondent 5; respondent 7).

Opačný názor, než většina respondentů, měli pracovníci krizového centra Olomouc. Podle jejich názoru by taková centra měla určitě vzniknout s odůvodněním, že je v České republice velký počet lidí potýkajících se s psychickým traumatem a právě specializovaná centra by mohla představovat řešení systémové péče o tyto klienty. Poskytovaná služba by ovšem musela být komplexní, zahrnovat sociální, psychologickou i psychiatrickou péči.

**Tabulka č. 7 Zaznamenané kódy týkající se prospěšnosti speciálního centra**

Kódy	Resp. 1	Resp. 2	Resp. 3	Resp. 4	Resp. 5	Resp. 6	Resp. 7	Resp. 8
Ano, taková centra by měla vzniknout	ano	ano						
Tento koncept by neřešil problém péče o traumatické klienty				ano	ano	ano	ano	ano
Obavy ze stigmatizace								ano
Problém s finančním zabezpečením			ano		ano	ano		
Cílová skupina není tak velká					ano			
Podpora stávajících zařízení psychosociální péče				ano	ano			ano

Z tabulky č. 7 je patrné, že pouze dva respondenti by podpořili vznik speciálního centra. Naproti tomu pět respondentů nevidí v této koncepci řešení problému systémové péče o traumatizované klienty. Tři respondenti se obávali o finanční zabezpečení takového centra a jeden respondent poznamenal, že ze strany potencionálních klientů speciálního centra, hrozí případné obavy ze stigmatizace. Respondent č. 5 se nedomnívá, že by cílová skupina byla dostatečně velká na to, aby byl vznik speciálních center opodstatněný. Tři respondenti vnímají jako řešení problému stávajícího systému péče o oběti psychického traumatu, v podpoře stávajících zařízení psychosociální péče.

## 9 Diskuze

Výzkumná část byla zaměřená na hodnocení účinných postupů léčby, možností, dostupnosti a kvality systémové péče o oběti traumatu a posttraumatické stresové poruchy z hlediska pracovníků krizových center a psychiatrických nemocnic. V rámci následující diskuse bude pozornost věnována srovnání výsledků výzkumu s teoretickými poznatky, jejich uvedení do širších souvislostí a možnostem uplatnění či aplikace výsledků do praxe. Následně bude pozornost věnována také zamyšlení nad zdroji potenciálních chyb a nepřesností prezentovaného výzkumu.

Z rozhovorů vyplývá, že základem terapeutické práce s traumatizovaným klientem je navázání důvěrného a bezpečného vztahu, v rámci kterého bude klient schopen podělit se o své trauma a projevit své emoce tak, jak potřebuje. Úkolem terapeuta je v první fázi stabilizovat klienta, poskytnout mu prostor a zázemí, aby se v dané situaci mohl zorientovat. Tento postup se ve své podstatě shoduje s postupem, který uvádějí autoři Vizinová, Preiss (1999) a Praško (2012). V souhlasu s odbornou literaturou se vyjádřila také většina respondentů ve věci základních principů terapie traumatizovaných klientů, jako je empatické naslouchání terapeuta, emoční abreakce, nácvik relaxačních technik a pomoc při mapování zdrojů, ať již v klientově přirozeném sociálním prostředí nebo v oblasti odborné péče. Naproti tomu pouze tři z osmi respondentů hovořili o edukaci klienta v rovině jednoho z principů terapie psychického traumatu tak, jak ji hodnotí autoři Höschl, Libiger, Švestka (2002) a Praško, Možný a Šlepecký (2007).

Jako stěžejní fázi psychoterapeutické práce s traumatizovaným klientem byla v teoretické části uvedena rekonstrukce traumatické události a verbalizace všech aspektů traumatické události tak, aby se tato událost mohla postupně stát součástí životního příběhu klienta. Navzdory tomu, že většina respondentů vnímá jako důležité hovořit s klientem o prožité události, přímou expozici traumatické události nepovažují za nezbytnou. Při psychoterapii zdůrazňují více nutnost respektovat individuální potřeby, tempo a hranice každého klienta.

Tato odlišnost v přístupu autorů odborné literatury (např. Vizinová, Preiss (1999) a Praško, Vyskočilová (2012)) a oslovených respondentů, může být vysvětlena rozdílem terapeutických stylů, ale také tím, že většina oslovených respondentů pracuje v rámci svého

zařízení zejména s akutní fází traumatu a dlouhodobější terapeutické péči se již tolik nevěnují.

Z hlediska postupů psychoterapie traumatizovaných klientů, poukázal výzkum na pozitivní výsledky psychodramatu. Ačkoliv Praško (2012) hovoří o využití skupinové psychoterapie při léčbě traumatu a PTSD, konkrétně k možnostem psychodramatu se ovšem nevyjadřuje.

Mimo výše shrnuté základní postupy a principy, poukázal výzkum na řadu dalších důležitých aspektů terapeutické práce s traumatizovaným klientem. Jako zásadní činitel vnímají respondenti přítomnost sociální podpory, a také chování klientova okolí v souvislosti s prožitou traumatickou událostí. Podobný názor zastává také Vágnerová (2004), která v této věci konstatuje, že ke změnám chování nedochází pouze u traumatizovaného člověka, ale také u jeho sociálního okolí. Zvláště v případech, kdy je traumatizující zážitek degradující (sexuální zneužití, týrání, násilné chování), začíná se sociální prostředí chovat k traumatizovanému jedinci odlišným způsobem, ambivalentně, s kombinací soucitu a odtažitosti. Změna chování na obou stranách, u postiženého i u ostatních lidí má negativní dopady na vzájemnou interakci. Přitom chování nejbližšího okolí je pro traumatizovaného jedince velmi podstatné, pokud by mělo podobu pozitivní podpory, mohlo by mu podstatným způsobem pomoci. Význam sociální opory, především pak ze strany nejbližšího okolí a rodiny, vyplývá také z výzkumu Maguenové & kol. (2006, in Mareš; 2012) Z tohoto hlediska je vhodné zvážit práci také s členy klientova okolí, například v podobě edukace partnera a rodiny.

Z vyjádření pracovníků krizových center vyplývá, že důležitým aspektem pomoci traumatizovaným klientům je jejich nepřetržitý provoz, v případě Linky bezpečí byla zdůrazněna bezbariérovost a zachování anonymity klienta. Tyto aspekty pomoci v kontextu distančních forem krizové pomoci zdůrazňují také Hanuš a Hellebrandová (2001). Při událostech, kdy zasahují složky integrovaného záchranného systému, je rovněž velice důležité, aby došlo, v případě osob postižených touto událostí, k předání kontaktu na odbornou pomoc. V těchto případech je velká pravděpodobnost potenciální traumatizace i navzdory tomu, že dotyčný může pomoc na místě odmítnout s odůvodněním, že se cítí v pořádku.



V rámci hodnocení účinných terapeutických postupů v léčbě psychického traumatu se výzkum zaměřil také na otázku využití farmakoterapie. Všichni oslovení respondenti hovořili o tom, že psychoterapie je základním postupem při léčbě psychického traumatu, současně však všichni vnímali významnou roli psychofarmak v případech, kdy samotná psychoterapie selhává. Tento postup se v zásadě shoduje s doporučením, které uvádějí autoři Praško (2003), Vizinová a Preiss (1999).

Z hlediska možností, kvality a dostupnosti systémové péče a pomoci traumatizovaným klientům se mi nepodařilo najít odbornou literaturu, která by se této problematice věnovala na úrovni České republiky. Výsledky výzkumu v této oblasti tak na jednu stranu není s čím konfrontovat, na druhou stranu právě z hlediska určitého zpracování forem, kvality a dostupnosti systémové péče o traumatizované klienty, lze spatřovat jistý přínos této práce.

Z výzkumu vyplývá, že dostupnost systémové péče o psychicky traumatizované klienty je regionálně podmíněná. Nabídka a síť služeb ve velkých městech je výrazně lepší, než je tomu v případě okresů a vesnic, kde je nabídka pomoci velmi omezená. K podobným výsledkům dochází také Vodáčková (2012), která se ve své knize zaměřila mimo jiné na organizaci krizových center České republiky. Řada respondentů se vyjádřila také k tomu, že dostupnost systémové pomoci a péče o traumatizované klienty se liší nejen v závislosti na regionu, ale také v závislosti na typu samotného traumatu.

Z hlediska výzkumu můžeme hovořit o tom, že stanovené cíle byly naplněny a samotnou práci lze považovat za přínosnou v několika oblastech. Především se jedná o zhodnocení účinných terapeutických postupů a také zhodnocení forem, dostupnosti a limitů systémové péče o traumatizované klienty. Možnost uplatnění či aplikace dosažených výsledků je sledována především v rovině diskuze o koncepci systémové péče o traumatizované klienty. Práce v tomto směru poukazuje na velký nedostatek v podobě nerovnoměrného prosítování služeb napříč všemi regiony České republiky. Poukazuje také na to, že zde existují určité typy traumat, jako je sexuální zneužívání, týrání, pro jejichž oběti je systémová pomoc obtížně dostupná. Současně z výzkumu vyplývá také obecný apel na podporu počtu klinických psychologů a podporu systémových kroků, vedoucí ke zkrácení jejich objednávací doby. Z hlediska systémové péče o traumatizované klienty vyplývá z výzkumu doporučení v podobě finanční a personální podpory stávajících zařízení

psychosociální péče, jako jsou krizová centra, nízkoprahová zařízení a možnost podpory v podobě edukace terénních pracovníků o podobě psychicky traumatizovaného klienta a kroků základní pomoci.

Na tomto místě je však nutné zmínit také některé **nedostatky a zdroje potencionálních chyb** prezentovaného výzkumu. Pro přehlednost můžeme nedostatky výzkumu rozdělit na nedostatky obsahové a na nedostatky ze stran metodologie:

- Obsahové nedostatky se pojí především s omezením na straně výzkumného souboru. Jedním z hlavních limitů tohoto výzkumu je **nízký počet jeho respondentů**. Navzdory projevené snaze, se nepodařilo pro výzkum získat vyšší počet zařízení, což snižuje jeho validitu. I navzdory malému rozsahu výzkumného souboru lze konstatovat, že vzhledem k povaze výzkumu, kdy byl zvolen kvalitativní postup, je počet respondentů dostačující. Získané informace se navíc v případě první výzkumné otázky začaly opakovat a tak lze hovořit o tom, že došlo k alespoň částečné saturaci dat. Omezení z hlediska výzkumného vzorku lze mimo jeho rozsah, pozorovat také z hlediska **absence několika důležitých zařízení**, která by splňovala kritéria pro zařazení do výzkumu. Můžeme jmenovat například: Krizové centrum RIAPS, Centrum krizové intervence a Psychiatrická nemocnice v Praze, Krizové centrum psychiatrické kliniky LF MU v Brně, aj. Vysvětlení těchto omezení na straně výzkumného souboru, spočívá zejména v pracovní vytíženosti oslovených zařízení, která z tohoto důvodu odmítla účast na výzkumu.
- Z hlediska metodologie mohla být kvalita výzkumu ohrožena přirozenými vlastnostmi samotného **výzkumného nástroje** - polostrukturovaným interview. Jeho přípravě i provedení byla ovšem věnována maximální péče a dodržena byla také všechna doporučení, která ve svých monografiích uvádějí např. Hendl (2016) nebo Miovský (2006).

Domnívám se, že realizace obdobného výzkumu, který by se vyrovnal s chybami zde prezentovaného výzkumu, by mohla být velice užitečná. Podle mého názoru by bylo užitečné realizovat obdobný výzkum, který by se vyrovnal s chybami zde prezentovaného šetření. Navazující a rozsáhlejší studie by mohla dále rozšířit výběr krizových center a psychiatrických nemocnic o další typy zařízení s cílem zmapovat všechny možnosti systémové péče o oběti traumatu a posttraumatické stresové poruchy.

## 10 Závěr

Předmětem výzkumné části této práce bylo zhodnocení účinných postupů léčby, možností, dostupnosti a kvality systémové péče o oběti traumatu a posttraumatické stresové poruchy z hlediska pracovníků krizových center a psychiatrických nemocnic.

Výsledky výzkumu můžeme strukturovat do tří okruhů, které vycházejí ze stanovených cílů a výzkumných otázek:

### **Charakteristika a způsob práce oslovených zařízení**

V případě krizových center je nejčastější formou prvního kontaktu, telefonický rozhovor, v rámci kterého je s klientem sjednáno osobní setkání. Pohovor s klientem vedou obvykle dva pracovníci – psycholog a sociální pracovník, v případě Bílého kruhu bezpečí, je přítomen také právník. Cílem sezení je poskytnout především základní sociální a psychologickou pomoc, stabilizovat klienta a poskytnout informace, popřípadě kontakty na navazující služby. Z hlediska dostupnosti informací o krizových centrech, lze v určitých aspektech najít jisté rezervy. Těchto nedostatků si jsou však centra vědoma a nadále pracují na jejich zlepšení. V případě Linky bezpečí, využívají klienti mimo telefonu, také kontakt prostřednictvím emailu nebo chatu. Hlavním úkolem pracovníka je poskytnout klientovi základní psychologickou pomoc a asistenci při hledání navazujících zdrojů pomoci v klientově dosahu. Dostupnost informací o Lince bezpečí je regionálně podmíněná. Psychiatrické nemocnice poskytují zejména dlouhodobou péči osobám s duševní poruchou. Je zde uplatňováno různých forem psychoterapie i farmakoterapie. Pacienti jsou zde přijímáni nejčastěji na základě doporučení od psychiatra, psychologa, popřípadě praktického lékaře.

### **Léčba psychického traumatu a PTSD**

Základním postupem při léčbě psychického traumatu je kombinace psychoterapie a farmakoterapie. Psychoterapie má v léčbě nezastupitelnou roli, farmaka však mohou její efekt v určitých případech podpořit. Základem psychoterapeutické práce s traumatizovaným klientem je podle respondentů navázání bezpečného a důvěrného vztahu, stabilizace klienta a poskytnutí prostoru a zázemí k tomu, aby se v dané situaci mohl zorientovat. V tomto směru lze využít také různých relaxačních technik a dechových cvičení. Samotným principem terapie je posléze práce s emoční abreakcí při popisu traumatické události

a pomoc při mapování zdrojů, ať již v klientově přirozeném prostředí nebo v oblasti odborné péče.

Mezi další důležité aspekty při práci s traumatizovanými klienty řadili respondenti také práci s okolím klienta, například v podobě edukace partnera a rodiny. V případě krizových center a Linky bezpečí byl zdůrazněn aspekt bezbariérovosti a zachování anonymity traumatizovaného klienta. Při událostech, kdy zasahují složky integrovaného záchranného systému, je rovněž velice důležité, aby došlo, u osob postižených touto událostí, k předání kontaktu na odbornou pomoc.

### **Systémová péče o oběti psychického traumatu a PTSD**

Možnosti systémové péče o traumatizované klienty představují především krizová centra, linky důvěry a ambulance klinického psychologa. V těžkých případech se somatickými problémy se klient může obrátit na ambulanci psychiatra. Jedná se o formy systémové péče, které respondenti jmenovali nejčastěji, v menší míře pak doporučovali také ambulanci obvodního lékaře či poradny pro manželství a rodinu.

Dostupnost těchto forem systémové péče je regionálně podmíněná. Nabídka a síť služeb ve velkých městech je výrazně lepší, než je tomu v případě okresů a vesnic, kde je nabídka pomoci naopak velmi omezená. Z výzkumu vyplývá ale i to, že o rozdílné dostupnosti systémové péče je nutné uvažovat také v souvislosti s typem traumatu. Existují tak druhy traumatu jako jsou různé nehody a přírodní katastrofy, kterým je věnována dostatečná pozornost. Na druhou stranu existují také druhy traumat, ke kterým systémová péče obtížně proniká. Jedná se například o týrání nebo sexuální zneužívání.

Z hlediska nedostatků systémové péče o traumatizované klienty hodnotila řada respondentů absenci dlouhodobé psychoterapeutické péče, která by navazovala na bezprostřední pomoc krizových center. V souvislosti s tím, poukázala většina respondentů na hlubší problém, kterým je nedostatek klinických psychologů, respektive jejich dlouhé objednací doby.

Koncept specializovaných center byl ze strany respondentů v šesti z osmi případů odmítán jakožto krok, který by neřešil podstatu problému systémové péče o oběti psychického

traumatu. Namísto toho většina respondentů navrhovala podpořit stávající zařízení psychosociální péče.

Získané poznatky představují cenné zhodnocení účinných psychoterapeutických postupů a také zhodnocení forem, dostupnosti a limitů systémové péče o traumatizované klienty. Z hlediska dalšího uplatnění či aplikace získaných výsledků, byl sledován přínos kvalitativního šetření v oblasti případné diskuze a změnách koncepce psychosociální péče.

## Souhrn

Tématem bakalářské diplomové práce je „Systém péče o oběti traumatu a posttraumatické stresové poruchy“. Celá práce je koncipovaná do dvou hlavních částí: teoretické a empirické.

**Teoretická část** je věnována vymezení základních témat bakalářské práce. Jedná se zejména o problematiku stresové reakce, psychického traumatu, posttraumatické stresové poruchy, postupu léčby a možnosti systémové péče o oběti psychického traumatu a posttraumatické stresové poruchy.

Stresová reakce je v této práci považována za přirozenou reakci organismu, která probíhá automaticky bez přímého vědomého ovlivnění. Jedná se o reakci nespecifickou v tom smyslu, že obecně připravuje organismus k aktivitě typu boj nebo útok. To, jestli určitou situaci vnímáme jako stresovou, se odvíjí od toho, nakolik hodnotíme určitou situaci jako neovlivnitelnou, nepředvídatelnou a do jaké míry představuje tato událost výzvu pro hranice našich schopností a našeho sebepjetí.

Traumatická událost je zážitek, který téměř u každého vyvolá v době ohrožení pronikavou tíseň a výraznou stresovou reakci. Vesměs se jedná o události, ve kterých jde o ohrožení života, zdraví, tělesné či psychické integrity nebo o ohrožení obecně velmi důležitých hodnot. Příznačnými znaky traumatické události jsou neuniknutelnost a nepochopitelnost této události ze strany jejích obětí. Psychické trauma vzniká v okamžiku, kdy je člověku vystaveného extrémní hrůze znemožněna smysluplná reakce a on se ocitá ve stavu bezmocnosti. Je paralyzován systém sebeobrany, pocit vnitřní kontroly a kompetence.

V důsledku extrémní stresové reakce a traumatické události, mohou vznikat různé formy duševních poruch. Jedná se o akutní reakci na stres, různé poruchy přizpůsobení a především o posttraumatickou stresovou poruchu. Ta vzniká jako zpožděná a protahovaná reakce na extrémní stresovou událost, situaci neobvykle hrozivého nebo katastrofického rázu, která téměř u každého vyvolá pronikavou tíseň. Charakteristický je přitom rozvoj a prohloubení symptomů psychického traumatu.

Základním postupem léčby psychického traumatu a posttraumatické stresové poruchy, je kombinace psychoterapie a farmakoterapie. Psychoterapie má v léčbě nezastupitelnou

roli, farmaka však mohou její efekt výrazně podpořit, zvláště v těžkých případech. Nejvyžívanější formy psychoterapie následků traumatické události jsou psychodynamická, kognitivně-behaviorální, podpůrná a skupinová psychoterapie. Ve všech přístupech je zdůrazněna potřeba rekonstrukce traumatické události, emoční abstrakce a podpora klienta, vedoucí k posílení jeho pocitu bezpečí.

Možnosti systémové péče jsou v práci představeny z hlediska zařízení odborné krizové pomoci a zařízení psychiatrické péče. Typickou institucí poskytující komplexní odbornou pomoc v krizi, jsou krizová centra. Z hlediska distančních forem se jedná zejména o linky důvěry poskytující často také odbornou pomoc prostřednictvím internetu. Psychiatrická péče je u nás realizována pomocí sítě lůžkových, ambulantních a komplementárních zařízení. Lůžkovou péči je možné posléze rozdělit na psychiatrická oddělení, psychiatrické kliniky ve fakultních nemocnicích a na psychiatrické nemocnice.

**Empirická část** této bakalářské práce je zaměřená na hodnocení účinných postupů léčby, možností, dostupnosti a kvality systémové péče o oběti traumatu a posttraumatické stresové poruchy, z hlediska pracovníků krizových center a psychiatrických nemocnic. Pro tyto účely byl zvolen kvalitativní přístup a polostrukturované interview, jakožto metoda získávání dat.

Na základě provedené metody záměrného výběru tvořilo výzkumný soubor osm respondentů ze tří krizových center a dvou psychiatrických nemocnic. Hlavním kritériem pro účast v tomto výzkumu byla zkušenost s péčí o psychicky traumatizované klienty. Získaná data byla zpracována na základě využití postupů rámcové analýzy, v rámci které vznikly tři hlavní tematické okruhy:

- I. Charakteristika a způsob práce oslovených zařízení
- II. Léčba psychického traumatu a PTSD
- III. Systémová péče o oběti psychického traumatu a PTSD

V rámci prvního tematického okruhu je představena charakteristika oslovených institucí. Důraz je přitom kladen na popis způsobu jejich práce a na hodnocení dostupnosti služeb ze strany samotných pracovníků. Respondenti z těchto zařízení považují za základ práce s traumatizovanými klienty důvěrný a bezpečný vztah, v rámci kterého může klient sdílet své trauma a emoce tak, jak potřebuje. Úkolem terapeuta je zejména stabilizovat klienta,

podpořit jej a poskytnout mu prostor a zázemí, aby se mohl v dané situaci zorientovat. Důležité je ze strany terapeuta respektovat projevy a tempo klienta, empaticky naslouchat a následně mu pomoci při hledání zdrojů pomoci, ať již v jeho sociálním prostředí, popřípadě v oblasti odborné péče. Možnost farmakoterapie hodnotili respondenti jako nezbytnou v případě, kdy důsledky traumatizace nelze zvládnout pouze terapeuticky. Jako další důležitý aspekt práce s traumatizovaným klientem, označila řada respondentů přítomnost sociální podpory, z hlediska pracovníků krizových center, to byla možnost navazující dlouhodobé psychoterapeutické péče. Pracovníci Linky bezpečí řadí mezi tyto důležité aspekty nepřetržitý provoz, bezbariérovost služby a zachování anonymity klienta.

Z hlediska možností systémové péče, které mohou traumatizovaní klienti využít, jmenovali respondenti zejména krizová centra, linky důvěry a ambulanci klinického psychologa. V těžkých případech se somatickými projevy klienti mohou využít také ambulanci psychiatra. V otázce dostupnosti a kvality systémové péče vnímali respondenti jako klíčový nedostatek v podobě nerovnoměrného prosítování psychosociálních služeb z hlediska regionů a dále v podobě nízkého počtu klinických psychologů, respektive v jejich dlouhé objednávací době. Tento nedostatek se projevuje v omezených možnostech návazné psychoterapeutické práce, která by následovala po krizové intervenci. Z hlediska stávajícího systému psychosociální péče se také nedaří efektivně poskytovat pomoc v případě některých latentních typů traumatu, jako je například týrání nebo sexuální zneužití. Z analýzy rozhovorů nevyplývá navržený koncept speciálních krizových center jako řešení problému systémové péče o oběti psychického traumatu a PTSD.

Přínos předkládané práce spočívá v cenném zhodnocení účinných terapeutických principů a postupů při práci s traumatizovanými klienty. Možnost uplatnění či aplikace dosažených výsledků je však sledována především v rovině diskuze a případných změnách koncepce stávající systémové péče o traumatizované klienty. V rámci této oblasti vyplývá z výzkumu doporučení v podobě finanční a personální podpory stávajících zařízení psychosociální péče, jako jsou krizová centra, nízkoprahová zařízení a možnost podpory v podobě edukace terénních pracovníků o podobě psychicky traumatizovaného klienta a kroků základní pomoci.



## Seznam literatury a informačních zdrojů

1. Atkinson, R. L. (2003). *Psychologie*. Praha: Portál.
2. Bartůňková, S. (2010). *Stres a jeho mechanismy*. Praha: Karolinum.
3. Baštecká, B. (2005). *Terénní krizová práce: psychosociální intervenční týmy*. Praha: Grada.
4. Bílý kruh bezpečí. (2015). *Pomáháme společně!: případový manažer pro pomoc zvlášt' zranitelným obětem*. Praha: Miroslav Fehér, MJF.
5. Centrum sociálních služeb. (nedat.). *Krizové centrum Riaps*. Získáno 18. února 2017 z: <http://www.csspraha.cz/24829-krizove-centrum-riaps>
6. Diakonie Západ. (2017). *Plus pro lidi v krizové nouzi*. Získáno 18. února 2017 z: <http://www.diakoniezapad.cz/sluzby-diakonie-zapad/plus-pro-lidi-v-krizove-situaci>
7. Hanuš, P., & Hellebrandová, K. (2006). *Krizová intervence*. Praha: Vzdělávací institut ochrany dětí.
8. Hašto, J., & Vojtová, H. (2012). *Posttraumatická stresová porucha, bio-psycho-sociální aspekty EMDR a autogénny trénink při pretrvávajúcim ohrození: případová štúdia*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.
9. Hendl, J. (2016). *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. Praha: Portál.
10. Honzák, R. (1989). *I v nemoci si buď přítelem*. Praha: Avicenum.
11. Höschl, C. Libiger, J., & Švestka, J. (2002). *Psychiatrie*. Praha: Tigris.
12. Křivohlavý, J. (2001). *Psychologie zdraví*. Praha: Portál.
13. Látalová, K. (2013). *Agresivita v psychiatrii*. Praha: Grada.
14. Mareš, J. (2012). *Posttraumatický rozvoj člověka*. Praha: Grada.
15. Marková, E., Venglářová, M., & Babiaková, M. (2006). *Psychiatrická ošetrovatelská péče*. Praha: Grada.
16. *Mezinárodní klasifikace nemocí: mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů ve znění desáté decennální revize MKN-10*. (1992). Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky.
17. Miovský, M. (2006). *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada.
18. Mlčák, Z. (2007). *Psychologie zdraví a nemoci*. Ostrava: Ostravská univerzita, Filozofická fakulta.
19. Orel, M. & kol. (2014). *Somatopatologie: nauka o nemocech těla*. Praha: Grada.

20. Orel, M. (2016). *Psychopatologie: nauka o nemocech duše*. Praha: Grada.
21. Orel, M., & Facová, V. (2009). *Stres, zátěž a jejich zvládnání*. Ostrava: Základní škola Ostrava-Dubina, Františka Formana 45.
22. Praško, J. & kol. (2010). *Psychické problémy u somaticky nemocných a základy lékařské psychologie*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.
23. Praško, J. (2003). *Stop traumatickým vzpomínkám: jak zvládnout posttraumatickou stresovou poruchu*. Praha: Portál.
24. Praško, J., & Vyskočilová, J. (2012). *Vnucují se vám vzpomínky na děsivou událost?: jak překonat posttraumatickou stresovou poruchu: příručka pro klienty a blízké*. Praha: Maxdorf.
25. Praško, J., Možný, P., & Šlepecký, M. (2007). *Kognitivně behaviorální terapie psychických poruch*. Praha: Triton.
26. Psychoterapie18b. (2013). Skupinová psychoterapie. Získáno 20. února 2017 z: <http://www.psychoterapie18b.cz/cs/lecba/skupinova-psychoterapie>
27. Raboch, J. Hrdlička, M. Mohr, P. Pavlovský, P., & Ptáček, R. (2015). *DSM-5®: diagnostický a statistický manuál duševních poruch*. Praha: Hogrefe – Testcentrum.
28. Raboch, J., & Zvolský, P. (2001). *Psychiatrie*. Praha: Galén.
29. Rycroft, C. (1993). *Kritický slovník psychoanalýzy*. Praha: Psychoanalytické nakladatelství.
30. Rymešová, P., & Chamoutová, K. (2014). *Průvodce psychologíí osobnosti a sociální psychologíí*. Praha: Česká zemědělská univerzita v Praze, Provozně ekonomická fakulta.
31. Seifertová, D., Praško, J., & Höschl, C. (2004). *Postupy v léčbě psychických poruch*. Praha: Academia Medica Pragensis.
32. Špatenková, N. (2011). *Krizová intervence pro praxi*. Praha: Grada.
33. Vágnerová, M. (2004). *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál.
34. Vizinová, D., & Preiss, M. (1999) *Psychické trauma a jeho terapie (PTSD): psychologická pomoc obětem válek a katastrof*. Praha: Portál.
35. Vodáčková, D. (2002). *Krizová intervence*. Praha: Portál.

## Seznam obrázků a tabulek

### Seznam obrázků

<i>Obrázek č. 1 Inventář životních událostí .....</i>	<i>12</i>
---	-----------

### Seznam tabulek

<i>Tabulka č. 1 Charakteristika respondentů.....</i>	<i>63</i>
<i>Tabulka č. 2 Zaznamenané kódy týkající se psychoterapeutických postupů a principů.....</i>	<i>70</i>
<i>Tabulka č. 3 Zaznamenané kódy týkající se využití psychofarmak.....</i>	<i>72</i>
<i>Tabulka č. 4 Zaznamenané kódy týkající se dalších důležitých aspektů.....</i>	<i>73</i>
<i>Tabulka č. 5 Zaznamenané kódy týkající se možností systémové péče.....</i>	<i>74</i>
<i>Tabulka č. 6 Zaznamenané kódy týkající se kvality a dostupnosti systémové péče. ....</i>	<i>76</i>
<i>Tabulka č. 7 Zaznamenané kódy týkající se prospěšnosti speciálního centra.....</i>	<i>77</i>

## **Přílohy diplomové práce**

Příloha č. 1: Formulář zadání bakalářské práce

Příloha č. 2: Písemný informovaný souhlas s účastí na výzkumu

Příloha č. 3: Polostrukturované interview

Příloha č. 4: Abstrakt bakalářské práce

Příloha č. 5: Abstract of bachelor's thesis

# Příloha č. 1: Formulář zadání bakalářské práce

Univerzita Palackého v Olomouci  
Filozofická fakulta  
Akademický rok: 2015/2016

Studijní program: Psychologie  
Forma: Kombinovaná  
Obor/komb.: Psychologie (PSYB)

## Podklad pro zadání BAKALÁŘSKÉ práce studenta

PŘEDKLÁDÁ:	ADRESA	OSOBNÍ ČÍSLO
ČERVINKA David	Bieblova 20, Brno - Černá Pole	F150892

### TÉMA ČESKY:

System of care for victims of trauma and posttraumatic stress disorder

### TÉMA ANGLICKY:

System of care for victims of trauma and posttraumatic stress disorder

### VEDOUcí PRÁCE:

MUDr. PhDr. Miroslav Orel, PhD. - PCH

### ZÁSADY PRO VYPRACOVÁNÍ:

Teoretická část bude věnována rešerši literatury a vymezení základních pojmů: stres, stresová reakce a trauma. Představeny budou také duševní poruchy spojené se stresem a psychickým traumatem, kdy pozornost bude věnována zejména posttraumatické stresové poruše. V rámci problematiky posttraumatické stresové poruchy, bude v první části věnován prostor její charakteristice a klasifikaci, ve druhé části bude pozornost věnována způsobu léčby a možnostem systémové péče. Empirická část bude věnována kvalitativnímu šetření, realizovaného prostřednictvím polostrukturovaných rozhovorů. To si klade za cíl zmapovat názory pracovníků různých zařízení psychosociální péče, jednak na otázku podoby a způsobu pomoci traumatizovaným klientům a lidem s posttraumatickou stresovou poruchou, a dále také na obecnou kvalitu a dostupnost systémové péče o tyto klienty.

### SEZNAM DOPORUČENÉ LITERATURY:

Vizinová, D. Preiss, M. (1999). Psychické trauma a jeho terapie (PTSD): psychologická pomoc obětem válek a katastrof. Praha: Portál  
Mareš, J. (2012). Posttraumatický rozvoj člověka. Praha: Grada  
Kohoutek, T. Čermák, I. (2009). Psychologie katastrofické události. Praha: Academia  
Praško, J. (2003). Stop traumatickým vzpomínkám. Praha: Portál  
Baštecká, B. Mach, J. (2015). Klinická psychologie. Praha: Portál  
Baštecká, B. (2003). Klinická psychologie v praxi. Praha: Portál  
Čírtková, L. Vitoušová, P. (2007). Pomoc obětem a svědkům trestných činů. Praha: Grada  
Čírtková, L. (2014) Viktimologie pro forenzní praxi. Praha: Portál  
Röher, H. P. (2014) Zneužití: léčba sexuálního a emočního násilí. Praha: Portál

Podpis studenta: .....

Datum: .....

Podpis vedoucího práce: .....

Datum: .....

## Příloha č. 2: Písemný informovaný souhlas s účastí na výzkumu



Univerzita Palackého  
v Olomouci



### Informovaný souhlas s poskytnutím informací pro bakalářskou práci

Byl/a jsem osloven/a k rozhovoru za účelem získání dat pro kvalitativní výzkum k bakalářské práci s názvem “*Systém péče o oběti traumatu a posttraumatické stresové poruchy*” Výzkum probíhá v rámci bakalářského studia na Filozofické fakultě Univerzity Palackého v Olomouci.

Má spolupráce na výzkumu je dobrovolná. Účast na projektu spočívá v nahrávaném rozhovoru, který bude trvat přibližně 30 minut. Moje identita zůstane v plné anonymitě, ve výzkumu bude uveden pouze název mé profese a typ zařízení/organizace, ve které jsem zaměstnán/zaměstnaná. Mé odpovědi jsou důvěrné, určené pro potřeby tohoto výzkumu a prezentaci výsledků v rámci odborných seminářů. Rozhovor bude nahráván na mobilní telefon. Nahrávka bude do jednoho roka od obhajoby bakalářské práce smazána. Na kteroukoliv otázku mohu odmítnout odpovědět a rozhovor mohu kdykoliv ukončit. Všechny mé dotazy mi byly zodpovězeny.

Svým podpisem zde souhlasím se svou účastí na tomto výzkumu.

Jméno respondenta/respondentky:

Jméno výzkumníka:

David Červinka

Kontakt: 774966908

Datum:

Datum:

Podpis: .....

Podpis: .....

## Příloha č. 3: Polostrukturované interview



Univerzita Palackého  
v Olomouci



### **Polostrukturovaný rozhovor monitorující podobu pomoci a péče o oběti psychického traumatu a Posttraumatické stresové poruchy**

1. Dokázal/a byste prosím v krátkosti popsat, jak postupujete při práci s traumatizovanými klienty?
2. Jaké jsou podle Vašeho názoru účinné postupy a principy terapeutické práce s traumatizovanými klienty?
3. Jaký význam sehrávají podle Vašeho názoru psychofarmaka v oblasti léčby psychického traumatu a PTSD?
4. Co případně dalšího vnímáte jako důležité, při práci s traumatizovanými klienty?
5. Jakým způsobem Vás klienti nejčastěji vyhledají a jakou formou Vás nejčastěji kontaktují? Jsou podle Vašeho názoru informace a nabídka pomoci srozumitelná a snadno vyhledatelná pro potenciální klienty.
6. Jak by měl podle Vašeho názoru postupovat člověk, který prožil traumatickou událost, na koho se může obrátit a kde může hledat pomoc?
7. Je podle Vašeho názoru pomoc traumatizovaným klientům dostatečná z hlediska systému, co hodnotíte jako funkční a co by se naopak, mělo v tomto ohledu zlepšit?
8. Měla by podle Vašeho názoru vzniknout speciální centra věnovaná pomoci a péči o oběti psychického traumatu a PTSD? Jaká by měla být případně struktura, organizace a personální zabezpečení takového centra?

## **Příloha č. 4: Abstrakt bakalářské práce**

**Název práce:** Systém péče o oběti traumatu a posttraumatické stresové poruchy

**Autor práce:** Bc. David Červinka

**Vedoucí práce:** MUDr. PhDr. Miroslav Orel, Ph.D.

**Počet stran a znaků:** 97; 143 190

**Počet příloh:** 5

**Počet titulů použité literatury:** 35

Práce ve své teoretické části pojednává zejména o problematice stresu, psychického traumatu a duševních poruchách spojených s těmito fenomény. Dále je teoretická část věnovaná možnostem léčby a systémové péče o oběti psychického traumatu a PTSD. Empirická část se zaměřuje na hodnocení účinných postupů léčby, možností, dostupnosti a kvality systémové péče o oběti traumatu a PTSD, z hlediska pracovníků krizových center a psychiatrických nemocnic. Pro tyto účely byl zvolen kvalitativní přístup, metoda polostrukturované interview a záměrný výběr výzkumného souboru. Výzkumu zúčastnilo osm respondentů, ze tří krizových center a dvou psychiatrických nemocnic, zpracování dat proběhlo na základě rámcové analýzy. Základním postupem při léčbě traumatu je kombinace psychoterapie a farmakoterapie. Podstatou psychoterapeutické práce, je navázání bezpečného a důvěrného vztahu a stabilizace klienta. Samotným principem je posléze práce s emoční abreakcí a mapování zdrojů podpory. Možnosti systémové péče o traumatizované klienty, představují především krizová centra, linky důvěry a ambulance klinického psychologa. Dostupnost těchto forem systémové péče je regionálně podmíněná.

**Klíčová slova:** trauma, posttraumatická stresová porucha, systém péče, kvalitativní výzkum, polostrukturované interview



## **Příloha č. 5: Abstract of bachelor's thesis**

**Title:** System of care for victims of trauma and posttraumatic stress disorder

**The author:** Bc. David Červinka

**Supervisor:** MUDr. PhDr. Miroslav Orel, Ph.D.

**Number of pages and features:** 97; 143 190

**Number of attachments:** 5

**Number of titles of used literature:** 35

In the theoretical part, the work deals with problems of stress, psychological trauma, and psychiatric disorders associated with these phenomena. The theoretical part is also devoted to treatment options and systematic care for victims of psychological trauma and PTSD. The empirical part focuses on the evaluation of effective methods of treatment, options, availability and quality of the system of care for victims of trauma and PTSD, in terms of staff of crisis centres and psychiatric hospitals. Qualitative approach, method of semi-structured interview and deliberate selection of the research file, were chosen for the purposes of this work. Eight respondents participated in the study, consisting of 3 from crisis centres and two from psychiatric hospitals. Data processing was done based on Framework analysis. The basic approach in the treatment of trauma is a combination of psychotherapy and drug therapy. The essence of psychotherapeutic work is to establish a safe and confidential relation and stabilization of the client. The principle itself eventually work with emotional abreaction and mapping of support resources. Options of system of care for traumatized clients are primarily crisis centres, hotlines and outpatient of clinical psychologist. The availability of these form of care are regionally conditioned.

**Keywords:** trauma, posttraumatic stress disorder, a system of care, qualitative research, semi-structured interview.