

Univerzita Palackého v Olomouci

Filozofická fakulta

Katedra psychologie

KOMPLEXNÍ TRAUMA

Complex Trauma



Rigorózní práce

Autorka: Mgr. Zuzana Musilová

Olomouc 2019

Poděkování

Velké děkuji patří mému manželovi za podporu, pomoc i trpělivost během tvoření rigorózní práce.

Ráda bych poděkovala PhDr. Evě Maierové, Ph.D. za cenné rady a připomínky.

Prohlášení

Místopřísežně prohlašuji, že jsem rigorózní práci na téma: „Komplexní trauma“ vypracovala samostatně a uvedla jsem všechny použité podklady a literaturu.

Vdne

Podpis

Obsah

Úvod.....	5
1 Vymezení základních pojmů.....	6
1.1 Používané zkratky.....	12
2 Traumatický stres.....	14
2.1 Reakce na stres a trauma.....	15
2.2 Traumatická reakce.....	18
2.3 Adaptace na traumatický stres.....	21
2.4 Dopad traumatického stresu na zdraví.....	23
2.5 Otisk traumatického stresu v těle.....	28
3 Neurobiologie komplexního traumatu.....	31
3.1 Traumatický mozek.....	32
3.2 Neuroendokrinní systém.....	36
4 Trauma ve společnosti.....	39
4.1 Traumatizace v číslech.....	39
4.2 Dědičnost traumatu.....	43
5 Traumatické poruchy v diagnostických manuálech.....	45
5.1 Traumatické poruchy v DSM-5 a MKN-11.....	45
5.2 Kritéria pro hraniční poruchu osobnosti.....	47
5.3 DSM versus MKN.....	49
6 Výzkumný problém, cíle a otázky.....	51
6.1 Očekávaný přínos.....	51
7 Metodologie.....	53
7.1 Výzkumný design.....	53
7.2 Postup získávání dat.....	54
7.3 Výsledky vyhledávání.....	57
7.4 Postup zpracování.....	60
8 Komplexní trauma.....	65
8.1 Hlavní důvody pro uznání C-PTSD.....	66
8.2 Specifikace diagnózy Komplexní trauma.....	69
8.3 Komorbidita versus symptomatický profil.....	72

9 Diagnostická kritéria pro komplexní trauma.....	76
9.1 Dysregulace.....	76
9.2 Negativní sebepojetí.....	79
9.3 Interpersonální problémy.....	80
9.4 Funkční poškození.....	81
10 Komplexní trauma a PTSD.....	83
10.1 Rozdíl mezi C-PTSD a PTSD.....	83
10.2 Dopad na léčbu.....	87
11 Sekundární charakteristiky komplexního traumatu.....	90
11.1 Traumatizace v dysfunkčních rodinách.....	91
11.2 Psychické týrání a zanedbávání.....	93
11.3 Zlost, agrese, sebepoškozování.....	96
11.4 Disociace.....	98
11.5 Vážnost symptomů jako kritérium.....	98
11.6 Chronické versus jednorázové pravidlo.....	102
12 Komplexní trauma a Hraniční porucha osobnosti.....	104
12.1 Rozdíl mezi C-PTSD a BPD.....	104
13 Diferenční charakteristiky hraniční poruchy osobnosti.....	107
13.1 Traumatická historie.....	107
13.2 Sebevražedné, sebepoškozující jednání a impulzivita.....	110
13.3 Markery poruchy sebeorganizace.....	111
13.4 Manipulace.....	113
13.5 Přesah do praxe.....	113
14 Diskuze.....	115
15 Závěry.....	119
Souhrn.....	121
Seznam použitých zdrojů a literatury.....	125
Seznam příloh.....	144

Úvod

Trauma a traumatické poruchy představují v současné době oblast se značnou pozorností, odborné i laické. Důvodem je narůstající počet odhalení týrání dětí, případů institucionální traumatizace, internetové traumatizace, pozornost vzbuzuje narůstající agrese ve společnosti, nefunkčnost a rozpad rodiny, ale i otázky ohrožení bezpečnosti kvůli problémům jako terorismus, migrace nebo nedostatek zdrojů.

Komplexní trauma (C-PTSD) představuje zcela nový koncept traumatu a vede ke zdůraznění jiného přístupu ke klientům, kteří trpí následky opakovaných traumatických zkušeností. Uvedené argumenty jsou důvodem pro rozhodnutí zpracovat rigorózní práci jako přehledovou studii zaměřenou na prostudování nového koncepčního rámce traumatické poruchy.

Motivaci pro svou práci jsem získala při práci s klienty i při studiu v zahraničí, které mi poskytlo teoretický i terapeutický rámec odpovídající potížím mých klientů. Setkala jsem se s novým pojetím traumatu, vývojovým traumatem a komplexním traumatem. V posledních letech se díky pokrokům v neurovědách dospělo k novým poznatkům, což vedlo mimo jiné k lepšímu porozumění dopadu traumatu na člověka, čemuž se věnuje první část práce.

Vývojové trauma dál zůstává pracovním konceptem, zatímco C-PTSD je dnes již oficiální diagnózou. Přesto je C-PTSD stále obestřeno nejasnostmi, k nimž z největší části přispívá nesourodost pojetí traumatických poruch. Zásadní rozpor představují dva hlavní diagnostické systémy, diagnostický a statistický manuál duševních poruch (DSM) a mezinárodní klasifikace nemocí (MKN).

Tato práce neprezentuje konkrétní výzkum. Předkládá analýzu vědeckých prací a výzkumů, které byly v posledních letech zaměřeny na prosazení a ověření platnosti diagnózy C-PTSD. Snažila jsem se čerpat z prací z posledních 10 let, nicméně nelze opominout některé ze stěžejních prací publikovaných v dřívějších letech, které byly v podstatě podnětem k ustanovení nové diagnózy.

Hlavním cílem práce je prezentace diagnózy, symptomatického profilu, difference od PTSD a Hraniční poruchy osobnosti. Porozumění nové traumatické poruše by mělo mít dopad na aplikaci psychologické léčby a specifika terapeutického vztahu klient – psycholog.

1 Vymezení základních pojmů

Trauma

Trauma je událost, během něhož dochází k závažnému narušení, poškození až zničení integrity člověka (Herman, 2015; Levine & Frederick, 2011; Luoni, Agosti, Crugnola, Rossi & Termine, 2018). Jedná se o integritu fyzickou, kdy dochází k poškození až zničení fyzického těla nebo jeho části. Dále se jedná o integritu psychickou, kdy dochází k narušení až zničení emocionálních a mentálních vzorců i procesů. Trauma ve většině případů zasáhne obě složky, jak fyzickou tak psychickou, a to během samotné traumatické události a/nebo jako její následek (Courtois & Ford, 2014).

Trauma je charakteristické extrémním stresem. V takové míře je napětí prožívaného traumatu natolik silné, že aktivuje specifické části mozku, jejichž cílem je přežití. Současně obchází vývojově mladší části mozku, jejichž aktivita souvisí s rozvahou, řečí, logikou, plánováním (National scientific council on the developing child, 2014). Klíčovou roli tudíž hraje mozek jako stěžejní orgán zasažený traumatem (van der Kolk, 2014).

Trauma je také osobní zkušenost, prožitek, který zcela zaplaví centrální nervový systém a změní způsob fungování člověka. Trauma ovlivní paměť, přesněji řečeno způsob zpracovávání a vyvolávání vzpomínek, i způsob reagování, resp. vnímání reality (Herman, 2015; Nemeroff, 2016). Traumatickou zkušeností je třeba rozumět zkušenost, kterou člověk není schopen integrovat (Luoni et al., 2018; Vermetten & Spiegel, 2014), vstřebat ve smyslu pochopit a včlenit do kontextu vlastního života.

V jiném významu slova můžeme jako trauma vnímat vliv prostředí, které není vhodné, dostatečně reagující na potřeby člověka, většinou dítěte, mnohdy je až absenční, zejména v případech, kdy je rodič nedostupný. Nedostupný může být rodič fyzicky, tzn. není součástí každodenního života dítěte nebo psychicky, tzn. je sice přítomen fyzicky, ale natolik zaneprázdněný či soustředěný na jiné podněty, že je takzvaně duchem nepřítomný a nevěnuje svou pozornost dítěti (Cook et al., 2005; van Dijke et al., 2011).

V neposlední řadě se traumatem rozumí následky traumatické zkušenosti a traumatického stresu. Trauma tedy označuje traumatickou událost či okolnosti, osobní zkušenost neboli traumatický prožitek, a také nepříznivé dlouhodobé účinky, které události a zkušenosti zanechají (Substance Abuse and Mental Health Services Administration, dále SAMHSA, 2014).

Traumatizace

Pojem traumatizace používáme ve smyslu expozice traumatu, tedy pro situace, kdy člověk prožil traumatickou zkušenost, ať už situační nebo vztahovou. Rozdíl mezi druhem traumatizace v textu dále nerozvádíme, protože se práce zaměřuje na komplexní trauma, jehož podstatou je vztahová složka zkušenosti (van der Kolk, Roth, Pelcovitz, Sunday & Spinazzola, 2005). To znamená, že k traumatizaci došlo v kontextu mezilidského vztahu, nejčastěji v rodině (matka-otec-dítě, partneři/manželé, sourozenci, apod.) nebo bylo trauma způsobené jiným člověkem mimo rámec rodiny (soused, známý, učitel, duchovní, lékař, apod). Danému typu traumatizace odpovídá interpersonální trauma (Ford, Stockton, Kaltman & Green, 2006; Luthra et al., 2009; van der Kolk, 2005; Woodhouse, Brown & Ayers, 2018), jindy označované také jako vztahové trauma (Schore, 2013).

Situační traumatizace je taková, k ní došlo v kontextu vnější události, jako např. přírodní katastrofa, dopravní nehoda, válka, chudoba, komunitní násilí, teroristický útok, migrace apod. Jde o události, které nejsou způsobené cizím zaviněním s úmyslným záměrem vůči konkrétní osobě, spíše se jedná o souhrn vnějších okolností či událostí, někdy označované také jako masové trauma (Chrisman & Dougherty, 2014).

Dále lze rozlišit traumatizaci na základě expozice, tj. vystavení traumatické zkušenosti. Na této úrovni rozlišujeme traumatizaci jednorázovou vztahující se k jedné traumatické události a traumatizaci chronickou ve smyslu opakované, dlouhodobé traumatické zkušenosti, tak jak jsou uvedeny v následujícím přehledu (Courtois & Ford, 2014; Ford et al., 2006):

Tab. 1: **Traumatická expozice**

Jednorázová traumatizace	Chronická traumatizace
<ul style="list-style-type: none">• dopravní nehoda• přírodní katastrofa• střelba• teroristický útok• sexuální napadení• zdravotní zákrok• ztráta blízké osoby násilnou smrtí	<ul style="list-style-type: none">• fyzické týrání• sexuální zneužívání• emocionální týrání• domácí násilí• komunitní násilí• fyzické a emocionální zanedbávání• narušený základní vztah• chudoba• zajetí• obchod s lidmi

Posttraumatická stresová porucha (PTSD)

PTSD je psychická porucha související se stresem a extrémně vypjatými situacemi, při nichž byl ohrožen život člověka (objektivně či subjektivně). Porucha označuje skupinu symptomů, které narušují život člověka zejména v oblasti osobní, rodinné, sociální, pracovní, volnočasové, studijní aj. (SAMHSA, 2018; Veterans Affairs, dále VA, 2018b; World Health Organization, dále WHO, 2018).

PTSD trpí např. oběti přepadení, znásilnění, přírodní katastrofy, teroristického útoku nebo válečného boje (SAMHSA, 2018; VA, 2018b; WHO, 2018).

Komplexní trauma (C-PTSD)

Termín komplexní trauma (Complex trauma, complex PTSD, dále jen C-PTSD) se vztahuje na dlouhodobé a/nebo opakované trauma. Jedná se o označení zkušenosti s četnými traumatickými událostmi, často jde až o trvalé podmínky, v nichž člověk žije. Tyto podmínky bývají charakteristické trvalou kontrolou nad obětí, vynucenou podřízeností, případně vězněním či izolací. Podmínky vzniku komplexního traumatu jsou trvalé, jelikož z nich oběť nemůže svobodně odejít (Herman, 1992; Herman, 2015; WHO, 2018).

Komplexním traumatem jsou zasaženy např. oběti domácího násilí, děti z dysfunkčních rodin, členové některých náboženských sekt, oběti organizovaného sexuálního zneužívání, vězni koncentračních táborů, váleční zajatci, rukojmí v dlouhodobém zajetí (Bryant, 2010; Courtois, 2004; Herman, 1992; Herman, 2015; VA, 2018a; WHO, 2018).

C-PTSD způsobuje chronická traumatizace, které je člověk vystaven a opakovaně ji zažívá od raného dětství (Courtois & Ford, 2014; Herman, 1992; van der Kolk, 2005). Může jít také o kombinaci traumatických událostí, přičemž alespoň jedna proběhla v raném dětství (Böttche et al., 2018; Herman, 2015). Porucha se do určité míry překrývá s PTSD na jedné straně a Hraniční poruchou osobnosti na straně druhé (Ford & Courtois, 2014; Giourou et al., 2018; Resick et al., 2012).

Mezi přední odborníky na komplexní trauma patří Judith L. Herman, Marylene Cloitre, Christine Courtois, Julian Ford, Bessel van der Kolk, Joseph Spinazzola.

Vývojové trauma

Diagnóza se týká komplexního traumatu dětí a dospívajících, jde tedy o diferenciální diagnózu, kterou by bylo možné použít u dětských a adolescentních klientů (Courtois & Ford, 2014; Sar, 2011; van der Kolk, 2005). Diagnóza sice dosud nebyla oficiálně zahrnuta do DSM-5 ani do MKN-11, nicméně je traumatickými psychology hojně užívána. Mezi její největší zastánce a prosazovatele patří např. Bessel van der Kolk, Joseph Spinazzola, nebo Julian D. Ford.

Vývojové trauma je následkem násilí v rodině nebo komunitě, života s psychicky nebo fyzicky nemocným pečovatelem, traumatickou ztrátou, resp. oddělením od matky (Ford, 2015).

Zprostředkované trauma

Zprostředkované trauma, někdy označované také jako sekundární trauma je nepřímé trauma, které hrozí především psychologům a terapeutům, jež mají ve své péči traumatizované klienty. Psycholog je vystaven traumatickému materiálu, resp. popisu a detailům traumatu spolu s prožitky, zkušenostem klienta, a to v

průběhu léčby traumatu, opakovaně a dlouhodobě (Cieslak et al., 2013; Lérias & Byrne, 2003; Newell, Nelson-Gardell & MacNeil, 2015).

Následkem psychologické péče o traumatizované klienty mohou být zasažené a nejvíce nerušené následující oblasti (Cieslak et al., 2013; J. Pressley, osobní sdělení 22.1.2018):

- identita a systém myšlenek o sobě samém i druhých lidech, včetně důvěry
- pohled na svět, duchovní víra
- pocit bezpečí a kontroly ve světě
- tolerance emocí vlastních i druhých lidí
- interpersonální vztahy
- zvýšená citlivost nebo necitlivost vůči traumatu/násilí
- demoralizace

Expozice traumatickému materiálu je jedním z kritérií pro rozvoj PTSD (American Psychiatric Association, dále APA2¹, 2015). Psychologové a terapeuti pracující s traumatizovanými klienty jsou kupříkladu traumatickému materiálu vystavováni opakovaně a dlouhodobě, jelikož souvisí s jejich zaměstnáním, což může vést k rozvoji stejné posttraumatické reakce jako u hlavních traumatických poruch (PTSD, C-PTSD) (Newell et al., 2015).

Hraniční porucha osobnosti (BPD)

Porucha osobnosti charakteristická problémy ve vztazích, emocionální dysregulací, impulzivitou, poruchou identity, sebedestruktivním až suicidálním jednáním. Výrazná je emocionální labilita a problémy se zvládáním vzteku. Typické pro poruchu jsou poměrně rychlé změny nálad, názorů, zájmů i hodnot a intenzivní epizody od vzteku, přes depresi po úzkost (ne nutně v uvedené posloupnosti), které mohou trvat od několika hodin po několik dní (APA2, 2015). Vnímání se pohybuje v extrémních krajnostech, je tzv. černo-bílé, věci, situace, lidé, zájmy, aj. jsou buď dobré nebo špatné.

Hraniční poruchu osobnosti (Borderline Personality Disorder, BPD) lze snadno zaměnit za C-PTSD kvůli podobnosti symptomů, zejména pokud jde o

1 Zkratku APA jsem rozlišila přidáním čísla 1 a 2, jelikož se shodně užívá pro Americkou psychologickou i psychiatrickou asociaci. Číslo 1 je přiřazeno psychologické a číslo 2 psychiatrické asociaci.

narušené vztahy s ostatními, disociativní symptomy, zlost, impulzivní nebo bezohledné chování, podrážděnost a sebedestruktivní jednání (Ford & Courtois, 2014; Giourou et al., 2018; Resick et al., 2012).

Disociace

Disociace představuje psychický stav oddělenosti od emocionálních a/nebo mentálních vjemů. Oddělenost se dotýká prožité historie, kterou blokuje a nepouští do vědomí třeba ve formě vzpomínek, např. amnézie po traumatické události.

Častá, přidružená je disociace spojená s přítomností, zejména somatoformního typu. Jedná se o rozštěpení mezi vědomím a jednotlivými psychickými funkcemi, zasahující emoce, paměť, identitu, vnímání tělesných vjemů, kontroly motorických pohybů a chování (APA2, 2015).

Příčina se přisuzuje traumatické minulosti, nejčastěji jde o následek dětského týrání a sexuálního zneužívání (APA2, 2015).

Disociace lze rozdělit na (van Dijke, Hopman & Ford, 2018):

- psychoformní, tj. psychického typu, např. amnézie tedy absence psychických vjemů nebo naopak jejich přemíra jako obtěžující vtíravé myšlenky, flashbacky, apod.,
- somatoformní, tj. fyzického typu, např. neschopnost vnímat vlastní tělo a somatické zdraví (tělesná funkčnost, normalita, pohoda), necitlivost na bolest, paralýza, nebo naopak bolesti, křeče, aj..

Dále se využívá třídění disociací na (van Dijke et al., 2018):

- pozitivní, tj. rušení až zahlcení psychickými vjemy ve formě neodbytných, znepokojivých emocí, myšlenek, a somatickými vjemy ve formě bolestí, nadměrné somatické citlivosti, apod.,
- negativní, tj. absence nebo výrazně omezené psychické nebo somatické vjemy, často ve formě chybějících, „ztracených“ vzpomínek, necitlivost emocionální i fyzická, pocit psychické nebo fyzické prázdnoty.

Arousal

Termín označuje stav či úroveň vědomí, charakteristický nabuzením, zvýšené pozornosti, stavem bdělosti, aktivace. Úroveň vědomí se liší v závislosti na stresové situaci a aktivaci nervové soustavy a může se pohybovat v kontinuu mezi spánkem, bdělostí až ostražitou bdělostí (Hartl & Hartlová, 2000).

Americká psychologická asociace (dále APA1, 2019) definuje arousal jako stav fyziologické aktivace nebo kortikální reakce, která je spojená se senzoricou stimulací. Stav se může projevovat jako vzrušení nebo silný emocionální energetický náboj. Tento nabuzený stav může usnadnit výkon, schopnost jednat, reagovat nebo naopak výkon oslabit.

Arousal je stav řízený autonomním nervovým systémem, zejména sympatickým nervovým systémem. Díky tomu je možné sledovat či vyhodnocovat arousal na základě fyziologických reakcí, např. zvýšení krevního tlaku, frekvence dýchání, snížená aktivita gastrointestinálního systému (APA1, 2019).

1.1 Používané zkratky

Předkládám seznam zkratk a jejich znění v celém rozsahu, které používám v rigorózní práci. Zkratky užívám v textu i v uvedení citací v textu, abych předešla umělému a zbytečnému prodlužování práce. Zkratky jsou přednostně uvedeny podle anglického, případně latinského znění. Důvodem je jejich běžné užívání v anglické literatuře a zdrojích na rozdíl od české literatury, kde se preferuje plné znění a zkratky nejsou tak často používány, obzvláště u psychických poruch.

V seznamu zkratk neuvádím všeobecně známé zkratky běžně používané v české literatuře (jedná se nejčastěji o: např., apod., aj., tzn., tj., resp., ČR). Dále zde nejsou uvedeny zkratky, které užívám lokalizovaně, tzn. v několika odstavcích v konkrétní kapitole, ale nejsou používány napříč celou rigorózní prací. Nicméně výjimkou jsou zkratky, které užívám v uvedení citačního zdroje v textu a současně v odpovídajícím celém citačním zdroji v seznamu použitých zdrojů a literatury. V neposlední řadě nejsou zkratky použity v některých případech a názvy jsou ponechány v plném znění, protože zkratka názvu je zavedená, tj. označuje a je používána pro jiný název.

Tab. 2: **Zkratky v abecedním pořadí**

Zkratka	Celé znění zkratky
ACE	negativní zkušenosti z dětství, Adverse Childhood Experiences
APA1	Americká psychologická asociace, American Psychological Association
APA2	Americká psychiatrická asociace, American Psychiatric Association
BPD	Hraniční porucha osobnosti, Borderline Personality Disorder
CDC	Centra pro kontrolu a prevenci nemocí, Centers for Disease Control and Prevention
C-PTSD	Komplexní trauma (komplexní posttraumatická stresová porucha), Complex Trauma, Complex PTSD. (Další formy zkratky jsou také CPTSD, cPTSD)
DSO	porucha sebe-organizace, Disturbances in self-organization
DSM-IV	Diagnostický a statistický manuál duševních poruch, verze 4, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th Edition
DSM-5	Diagnostický a statistický manuál duševních poruch, verze 5, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th Edition
et al.	a kolektiv, et alii, užito v případě odkazu na citovaný zdroj více než dvou autorů
MKN-11	mezinárodní klasifikace nemocí, 11.revize, International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 11thRevision, ICD-11
PTSD	posttraumatická stresová porucha, Posttraumatic Stress Disorder
SAMHSA	Úřad pro zneužívání návykových látek a duševní zdraví, Substance Abuse and Mental Health Services Administration (úřad založený kongresem spadající pod ministerstvo zdravotnictví a sociálních služeb USA)
VA	oddělení záležitostí veteránů USA, U.S. Department of Veterans Affairs
WHO	světová zdravotnická organizace, World Health Organization

2 Traumatický stres

Traumatické poruchy (PTSD a C-PTSD) patří mezi tzv. stresové poruchy neboli poruchy spojené se stresem (WHO, 2018). Extrémně silný nebo silný stres působící dlouhodobě má negativní vliv na zdraví člověka. Traumatický stres se však od běžného stresu liší. Kapitola je věnovaná rozlišení traumatického stresu od běžného či dokonce zdravého stresu. Podkapitoly popisují dopad traumatu na biologii člověka. Pozornost se zaměřuje na stresový systém, který zahrnuje centrální i periferní nervový systém (Chrousos, 2009; Kolacz & Porges, 2018).

Již na začátku rigorózní práce vycházím z názoru, že trauma má negativní dopad na fyzické zdraví, což se projevuje širokou paletou zdravotních potíží a onemocnění. Psychosomatická medicína získává stále více prostoru a prezentuje názor, že fyzické onemocnění pramení ze psycho-sociálních podmínek člověka (Deter, Orth-Gomér, Wasilewski & Verissimo, 2017). Zaměřuji se na trauma a traumatický stres, proto předpokládám, že má rozhodující vliv na fyzické zdraví. Neléčené trauma se projeví s odstupem měsíců až let ve formě onemocnění nebo fyzických symptomů, které bývají chronické, spojené s bolestí, zánětlivostí, degenerací či jiným zhoubným faktorem chronických onemocnění (Kolacz & Porges, 2018; Scott et al., 2011).

Snažím se proto zjistit, co se v této oblasti traumatu v posledních letech potvrdilo. Má trauma tak velký vliv na tělo, že může člověka ohrožovat i v dalších letech jeho života, či dokonce vést ke smrti, která je pomalá v závislosti na onemocnění, jehož spouštěčem může být trauma?

S negativním dopadem traumatu na zdraví souvisí i další názor, a to že trauma má zásadní vliv na mozek, který se následkem prožitého traumatu mění na fyziologické úrovni. Zaměřuji se proto na zkoumání studií z posledních zhruba 10-15 let, abych ověřila předpoklad, že funkce a struktura mozku se mění následkem prožitého traumatu.

V jednotlivých sekcích kapitoly analyzuji nejnovější poznatky odborníků z oblasti medicíny, psychologie, psychiatrie, kteří zkoumali vliv prožitého traumatu na tělo, zdraví a v další navazující kapitole také na mozek a neuroendokrinní systém člověka.

2.1 Reakce na stres a trauma

Porozumět reakcím na traumatické zkušenosti je důležité pro chápání problémů klienta i pro aplikaci vhodných léčebných technik a postupů. Klienti mohou mít opakovanou traumatickou zkušenost, dokonce již od raného dětství, včetně období prenatálního vývoje (Purvis, Cross, Dansereau & Parris, 2013; Simeoni, Armengaud, Siddeek a Tolsa, 2018).

Agorastos, Pervanidou, Chrousos & Kolaitis, (2018) označují široké spektrum nepříznivých, silně stresujících situací, které obsahují různé typy traumatizace, od týrání přes zanedbávání až po hladovění, jako stres raného života. Tomuto stresu může být dítě vystaveno již od početí tedy ještě v prenatálním životě a poté kdykoli od narození během celého dětství až do dospívání.

Stresová reakce je vyvolaná fyzickým nebo psychickým stresorem, který narušuje stabilitu a fyzické či psychické zdraví, a to buď bezprostředním nebo vnímaným, předpokládaným ohrožením. Jedná se o okamžitou reakci organismu, resp. stresového systému, který se nachází v centrálním nervovém systému a periferních orgánech (Agorastos et al., 2018; Chrousos, 2009; Kolacz & Porges, 2018).

Během stresové reakce aktivuje centrální nervový systém nervové obvody podporující arousal, pozornost, bdělost, agresivitu a naopak tlumí vegetativní funkce jako jsou reprodukce nebo růst. Periferně dochází ke zvýšení okysličení a výživy důležitých orgánů stresové reakce, tedy mozku, srdce a kosterních svalů. Zvýší se tepová frekvence, krevní tlak, hladina stresových hormonů, zrychlí se dýchání, katabolismus, zatímco dochází k imunosupresi (Chrousos, 2009; National scientific council on the developing child, 2014; Shonkoff, Boyce & McEwen, 2009).

Stresová reakce má 3 různé úrovně: pozitivní, snesitelná a toxická (National scientific council on the developing child, 2014; Shonkoff et al., 2012). Pro každou úroveň stresové reakce je rozhodující rozsah a chronicita stresoru (Chrousos, 2009) a dále ochranné faktory dostupné pomoci a podpory (National scientific council on the developing child, 2014; Shonkoff et al., 2012). Jinými slovy záleží na tom, jak velké a jak dlouho člověk zažívá náročné až ohrožující podmínky či situace, ale také zda a v jaké míře se mu dostává podpory a pomoci.

Pozitivní stresová reakce

Pozitivní stresová reakce je krátká, mírné až střední závažnosti typu nástup dítěte do školy, překonání strachu ze zvířat, setkání s novými lidmi. Klíčová je dostupnost pomoci a podpory, jež má výraznou ochrannou funkci, pomáhá zvládnout stresovou situaci a obnovit pocit klidu (National scientific council on the developing child, 2014; Shonkoff et al., 2012).

Stresová reakce je označena jako pozitivní, protože působí jako motivační faktor a je tudíž přínosem. Podporuje normální vývoj s možností se rozvíjet, učit, poznávat a osvojovat si vhodné reakce na nepříznivé situace (Heim, Shugart, Craighead & Nemeroff, 2010; Chrousos, 2009; Shonkoff et al., 2012).

Snesitelná stresová reakce

Snesitelná stresová reakce odpovídá závažnějším starostem a těžkostem spojeným s výraznějším stresem nebo hrozbou. Reakce je typická pro velké životní události jako je smrt v rodině, vážné onemocnění nebo úraz, rozvod, přírodní katastrofa. Ochranným faktorem je opět dostupnost pomoci, podpory, která člověku pomůže adaptovat se na situaci a zvládnout ji (National scientific council on the developing child, 2014; Shonkoff et al., 2012).

Důležité je, že náročná situace je časově omezená a neopakuje se (Shonkoff et al., 2009).

Toxická stresová reakce

Toxická stresová reakce se pojí se silnou, častou nebo dlouhodobou stresovou aktivací organismu s absencí ochranného faktoru, kterým je dostupná pomoc a podpora. Naopak je pro toxický stres typický pocit nevladatelnosti (National scientific council on the developing child, 2014; Shonkoff et al., 2012).

V důsledku silné, dlouhodobé nebo časté aktivace stresového systému dochází k morfologickým změnám v mozku, oslabení tělesných systémů a snížení prahu pro citlivost na stres. Zvýšená citlivost na stres přetrvá po zbytek života, což v dlouhodobém horizontu zvyšuje riziko onemocnění, ale i kognitivních poruch (National scientific council on the developing child, 2014; Shonkoff et al., 2009).

Shonkoff et al. (2009) řadí mezi nejdůležitější rizikové faktory toxického stresu chudobu, opakující se fyzické týrání, psychické týrání, zanedbávání, těžkou depresi u matky dítěte, závislost rodiče na alkoholu nebo drogách, rodinné násilí.

Traumatická reakce se tudíž řadí k toxické stresové reakci. Pokud je toxický stres zažíván již od dětství, zejména v citlivých vývojových obdobích, dochází k negativnímu formování psychiky, mozku a k poškození dalších orgánů (Agorastos et al., 2018; Chrousos, 2009). S odstupem let se následky těchto poškození projeví např. poruchou učení, poruchou chování, chronickým fyzickým onemocněním nebo psychickou poruchou (Chrousos, 2009; Shonkoff et al., 2009; Shonkoff et al., 2012).

Následky chronického stresu

Chronický stres se začátkem v dětském věku vede k dysregulaci stresového systému, a to má za následek rozvoj chronických psychických a fyzických onemocnění (Agorastos et al., 2018; Heim et al., 2010; Chrousos, 2009; Nemeroff, 2016; Pervanidou, Agorastos, Kolaitis & Chrousos, 2017). U dětí může dokonce dojít k pozastavení růstu, u dospělých pak ke ztrátě libida, hypofertilitě, syndromu polycystických vaječníků, esenciální hypertenzi a dalším zdravotním potížím (Chrousos, 2009).

Velké množství následků působení dlouhodobého a intenzivního stresu vědci vysvětlují změnami aktivity HPA osy (osa hypotalamus-hypofýza-nadledvinky, hypothalamic-pituitary-adrenal axis), hladin CRH (hypotalamový kortikotropin uvolňující hormon, corticotropin-releasing hormone) a autonomního nervového systému (Agorastos et al., 2018; Heim et al., 2010; Chrousos, 2009; Simeoni et al., 2018). Jde o maladaptivní účinky fyziologických procesů stresového systému, který reaguje na stresovou situaci (Sherin & Nemeroff, 2011).

Problém nastává, když je stresový systém aktivovaný dlouhodobě, tzn. působí nepřetržitě. Jakmile je stresový systém aktivovaný, ale není omezený kvantitativně ani časově, stresové hormony (CRH, norepinefrin, kortizol) zaplavují organismus. Hormony ovšem dlouhodobým působením ve vysokých hladinách poškozují organismus (National scientific council on the developing child, 2014; Sherin & Nemeroff, 2011). Následky se projeví na somatické, behaviorální i mentální úrovni (Chrousos, 2009).

2.2 Traumatická reakce

Traumatický stres je natolik extrémní, že je člověkem vnímán jako smrtelné ohrožení, blížící se smrt nebo vážné ohrožení, kterému bezprostředně sám čelí tedy je zažívá, případně je svědkem situace, kdy extrémní nebezpečí hrozí někomu jinému v jeho blízkosti. V neposlední řadě je traumatický stres spojen se zážitky opakovaného nebo extrémního vystavení detailům intenzivně stresující události (APA2, 2015). Následný dopad traumatického stresu je hluboký a trvalý (Ford et al., 2006).

Vermetten & Spiegel (2014) vysvětlují traumatický stres jako náhlou roztříštěnost zkušenosti, kdy pocit ohrožení nahradí pocit bezpečí a strach, bolest, nejistota nahradí stálost a stabilitu vnitřního i vnějšího prostředí.

Reakce na trauma je řízena z mozku a jde o vzorec reakcí, který se u každého člověka liší. Dochází k aktivaci jednoho ze tří obranných vzorců pro přežití, tj. boj, útěk nebo znehybnění (Levine & Frederick, 2011; van der Kolk, 2006). Automatické reakce na hrozbu ovlivňují nervový systém, svalovou aktivitu, vnitřní fyziologii i psychický stav (Herman, 2015; Kolacz & Porges, 2018; Levine, 2010; Levine & Frederick, 2011).

Detekce hrozby probíhá nevědomě, člověk si ani nemusí uvědomovat konkrétní stresový spouštěč (Courtois & Ford, 2014). Jakmile sympatický nervový systém vyvolá stresovou reakci, člověk ji může vědomě zažívat např. jako nutkání na stolicí, pocit úzkosti (Kolacz & Porges, 2018) nebo pocit ztráty kontroly nad sebou, svými emocemi a jednáním (Knefel, Lueger-Schuster, Karatzias, Shevlin & Hyland, 2018; van der Kolk, 2006).

Traumatická reakce přetrvává i po ukončení traumatické události. Projevuje se autonomická senzitivita na podněty, které jsou přímo nebo nepřímo spojené s traumatem nebo jej nějakým způsobem evokují (Corrigan, Fisher & Nutt, 2011; Kolacz & Porges, 2018; van der Kolk, 2006). Reakce se však může projevit i nečekaně, na zcela neutrální nebo dokonce pozitivní podněty, které nejsou v žádném případě ohrožující (Cook et al., 2005; National scientific council on the developing child, 2014; Loewenstein & Brand, 2014; Vermetten & Spiegel, 2014).

Tendence k určité stresové reakci se vyvíjí již v prenatálním stadiu na základě vystavení plodu stresu matky (Shonkoff et al., 2012). Po narození se reaktivita na traumatické situace upevňuje v následujících letech života (Cook et

al., 2005; Pervanidou et al., 2017; Purvis et al., 2013; van der Kolk, 2005; van der Kolk, 2006).

To mě vede k úvaze, že typ reakce ovlivňuje vývoj mozku a neuroendokrinního systému, které jsou ovšem modulovány stresovým systémem. V úvahách jdu ještě dál a docházím k názoru, že mozek a nervový systém se vyvíjejí na základě opakovaných zkušeností, z interakcí s okolím a zejména v závislosti na psychologickém rodinném klimatu. Podporu pro úvahu nacházím např. u Sherin & Nemeroff (2011) nebo van der Kolka (2005). Perry (2009) vývoj mozku označuje za závislý na používání, což jinými slovy znamená závislý na zkušenostech.

Mezi vývojově kritická období patří prenatální vývoj, dětství a dospívání (Chrousos, 2009; Simeoni et al., 2018). V těchto citlivých obdobích je podle Chrousosa (2009) vývoj člověka do značné míry zprostředkovaný stresovými hormony, které jsou klíčové pro stresovou reakci mozku. Navíc je teprve vyvíjející se mozek obzvláště zranitelný kvůli nedostatku předchozích užitečných zkušeností, z nichž by mohl čerpat.

Traumatická reakce se vyvíjí na základě sociálního prostředí, v němž dítě žije (Purvis et al., 2013). Traumatizace prožitá v dětství má tudíž mnohem větší vliv na zdraví, než kdyby k traumatizaci došlo v dospělosti, pokud jde o srovnání dopadu traumatizace v dětství a v dospělosti (Knefel et al., 2018).

Vysvětlení opět nacházím v biologii. Shonkoff et al. (2012) uvádí, že prožité zkušenosti modulují genotyp, tím ovlivňují preferenci určitých vlastností a chování na rozdíl od jiných, které zakazují. Podobně Perry (2009) vysvětluje, že mozek se vyvíjí na základě zkušeností, které jsou kódované do vzorců nervové aktivity. Jestliže jsou tyto nervové vzorce asynchronní, extrémní a dysregulované, mozek se bude vyvíjet tak, aby odrážel tyto abnormální vzorce.

Pro regulaci stresové reakce zejména produkci stresových hormonů u dětí hraje klíčovou úlohu citlivý, responzivní vztah s rodičem nebo pečovatelem (National scientific council on the developing child, 2014; van der Kolk, 2006; van Dijke et al., 2011). Mock & Arai (2011) potvrzují vliv enviromentálního faktoru, tedy že osobnost, vlastnosti i jednání jsou ovlivněny působením okolí, v němž člověk vyrůstá a žije. Poznatky jsou důležité v otázce plasticity charakteru a osobnosti.

Nejde tedy o to, že by biologie prvotně ovlivňovala nebo definovala člověka a jeho chování, naopak se přizpůsobuje působení psychosociálního prostředí, tzn. že se biologické nastavení upravuje v průběhu života. Rozumím tomu tak, že nelze svalovat veškerou vinu ani zodpovědnost pouze na traumatizované oběti s odůvodněním, že *„je v nich násilí a zlo (symptomy agrese a zlosti) zakořeněné a nelze žádným způsobem, nebo za žádných okolností změnit. S nimi (dětmi) jsou a budou vždycky jenom problémy. Terapie je k ničemu. Práce s nimi (dětmi) je zbytečná.“* (osobní sdělení vychovatelky dětského doma v Pyšelích 26. 2. 2019). Citovaný názor reprezentuje postoj vychovatelů a personálu konkrétního dětského domova k dětem (osobní zkušenost autorky).

Traumatický cyklus

Následkem chronického stresu dochází k poškození kognitivních funkcí, což vede např. ke špatným rozhodnutím a maladaptivnímu chování (Sachs-Ericsson, Medley, Kendall-Tackett & Taylor, 2011). Další problémy se následně projeví ve vztazích v rodině, mezi vrstevníky ve škole (Luoni et al., 2018) nebo v práci. Dochází k udržení stresových situací, které provokují další extrémní nebo přímo traumatické situace (Chrousos, 2009; Musicaro et al., 2017). Tím se však uzavírá traumatický cyklus, který zahrnuje působení okolí na člověka, jeho vnitřní biologii a traumatické reakce, jež vedou k další traumatizaci.

Pokud se např. žena s C-PTSD stane svobodnou matkou s nedostatečným zázemím, podporou a finančním zajištěním, je ohrožena chudobou a tendencí k dysfunkčním vztahům. Nebude sama schopná poskytnout potřebnou stabilitu, podporu a ochranu svému dítěti, díky čemuž dítě vystaví chronické traumatizaci v dysfunkční rodině se špatnými socioekonomickými podmínkami, což povede k rozvoji C-PTSD u dítěte.

Jiným příkladem je dítě s C-PTSD, u něhož se projeví problémy s učením ve škole, šikanou, zapojením do gangu, užíváním návykových látek, promiskuitou, předčasným rodičovstvím, chudobou, zdravotními problémy, uvězněním.

Podporu pro teorii traumatického cyklu, který vídám ve své praxi a objasňuje transgenerační přenos traumatu, nacházím u řady odborníků (Cook et al., 2005; Musicaro et al., 2017; Purvis et al., 2013; Shonkoff et al., 2012; van der Kolk, 2005).

Je třeba zmínit, že ne každé trauma vede k rozvoji traumatické poruchy (Cloitre, Garvert, Brewin, Bryant & Maercker, 2013; WHO, 2018). Traumatická zkušenost je velmi náročná na zpracování a integraci. V první řadě je důležité, kdy k traumatizaci došlo. Stejná nebo podobná traumatická zkušenost má odlišný dopad v různém vývojovém období v závislosti na vývoji nervové soustavy, jelikož pokaždé ovlivní mozek rozdílným způsobem (Courtois, 2004; Perry, 2009).

Za druhé je podstatná reakce okolí po traumatické zkušenosti (Cloitre et al., 2011; Cook et al., 2005; Courtois, 2004; Heim et al., 2010; Woodhouse et al., 2018). Zdravé vztahy působí jako ochranný a léčivý faktor (Herman, 2015). Stresový systém uklidňuje pocit přijetí, bezpečí, laskavost a projevený zájem (Perry, 2009; van der Kolk, 2006; van Dijke et al., 2011).

Traumatická reakce nemusí ani nutně zahrnovat silný pocit strachu, bezmoci nebo hrůzy (Gamache Martin, Van Ryzin & Dishion, 2016). Naopak se může projevit reakce oproštěná od emocí s převládající zdánlivě chladnou logikou. Někteří odborníci (Knefel et al., 2018; van Dijke et al., 2018; Vermetten & Spiegel, 2014) jev vysvětlují nadměrně regulovanou reakcí. Jiní (Luthra et al., 2009) však mluví o znecitlivění vůči traumatu, které je až příliš časté, až je vnímané jako součást každodenního života.

2.3 Adaptační na traumatický stres

Traumatický stres vede k traumatické reakci aktivované a řízené stresovým nervovým systémem. Opakovaný traumatický stres ovšem vede k „přenasazení“ stresového systému, protože chronická traumatizace v dětství vede k trvalé senzibilizaci nervových obvodů stresového systému (Heim et al., 2010). Každé již prožité trauma ovlivňuje vývoj nervové soustavy i mozku a činí člověka víc zranitelným vůči budoucím stresovým událostem, zejména další traumatizaci (Perry, 2009).

Shonkoff et al. (2009) se odkazují na principy evoluční biologie, když tvrdí, že již od prvního týdne po početí plod „čte“ klíčové charakteristiky prostředí, aby se připravil na vnější svět ve smyslu bezpečí, dostatku a rizik.

Během citlivých vývojových období v dětství a dospívání lze v mozku sledovat zvýšenou synaptickou plasticitu (Perry, 2009), mozek a nervový systém se velmi rychle vyvíjí a přizpůsobují se novým informacím, tedy okolnostem a podmínkám. V závislosti na druhu přijímaných informací (negativní, tj. hrozba nebo pozitivní, tj. bezpečí) dochází k upevnění reaktivity na stres, resp. zranitelnosti (v případě hrozby) nebo odolnosti (v případě bezpečí) vůči stresu (Pervanidou et al., 2017; Shonkoff et al., 2009).

Dochází k rozvoji osobitých způsobů zvládnání a reakcí na stres i náročné situace, jež jsou později charakteristické svou problematičností, tj. maladaptivní copingové techniky (Sachs-Ericsson et al., 2011). Zpětně narušují vyrovnané a stabilní psycho-socio-biologické fungování, čímž začíná zacyklení problému.

Opakované zkušenosti, jako zažívání strachu, ohrožení, extrémního stresu, zanedbávání, traumatických zkušeností aktivují stresový systém, který však vzhledem k častým zkušenostem prodlouží a stále restartuje své stresové reakce (Shonkoff et al., 2009). Tím dochází ke změnám v nervové síti, včetně základního nastavení stresového systému i jeho reaktivity. Perry (2009) popisuje tento proces jako reset mozku, který se poté chová jako by byl člověk nepřetržitě v traumatické situaci. Chrousos (2009) potvrzuje, že traumatické zkušenosti ve vývojově kritických obdobích mají následkem popsaného procesu prodloužený účinek, který může přetrvávat po celý život.

Kvůli opakovaným traumatickým zkušenostem dochází k adaptaci na výrazně nepříznivé události (Palic et al., 2016; Lyons-Ruth & Jacobvitz, 1999), což má za následek limitovaně rozvinuté emocionální a sociální schopnosti (Cloitre, Miranda, Stovall-McClough & Han, 2005; Cook et al., 2005; D'Andrea, Ford, Stolbach, Spinazzola & van der Kolk, 2012). Dochází k poškození formování arousal, pozornosti, poznávání a chování, které vykazují zvýšenou citlivost na stres (Cook et al., 2005; Corrigan et al., 2011; Perry, 2009; van der Kolk, 2005).

Adaptace na dlouhodobou traumatizaci představuje velmi komplexní a dynamický proces, který vede k trvalým a závažným změnám v psychice člověka (Resick et al., 2012). Traumatizace ovlivňuje vzorce chování i myšlení, přesvědčení o sobě, světě a druhých lidech (Cook et al., 2005; Dyer et al., 2009; Herman, 2015; Palic et al., 2016; Resick et al., 2012). Je-li traumatizace opakovaná, vede k upevnění adaptivních mechanismů, jež se stanou pevnou

součástí osobnosti (Dyer et al., 2009; Herman, 2015). Jinými slovy čím více traumatických zkušeností člověk prožije, tím trvalejší a hlubší změny nastanou v jeho psychice, chování, fungování.

Dyer (2009) zmiňuje, že adaptace se může obrátit směrem dovnitř, kdy jsou negativní pocity, myšlenky, postoje orientované proti sobě samému, nebo naopak může dojít k orientaci směrem ven vůči druhým lidem. Hlavními rysy se stanou sebepoškozování při orientaci dovnitř nebo agrese při orientaci ven. Knepfel et al. (2018) doplňují, že týrání častěji souvisí s orientací ven, tzn. externalizací problémů, zatímco zanedbávání s orientací dovnitř, tzn. internalizací problémů.

Charakteristiky a chování člověka ve výsledku reprezentují vnitřně zakořeněné vzorce vyvolané chronickými traumatickými zkušenostmi (Dyer et al., 2009) a jsou snahou zajistit přežití v silně stresujícím prostředí (Shonkoff et al., 2009).

2.4 Dopad traumatického stresu na zdraví

V celé kapitole je mým cílem podpořit názor, že dlouhodobá traumatizace od raného dětského věku má vliv na rozvoj onemocnění v dospělosti. Vycházím z Cloitre, Cohen, Edelman & Han (2001), že chronické trauma se začátkem v dětském věku má větší dopad na zdraví než ojedinělé trauma v dospělosti.

Chronickou traumatizaci najdeme v anamnéze uživatelů návykových látek, alkoholiků (Anda et al., 2006; Loewenstein & Brand, 2014; van der Kolk, 2017), v dysfunkčních rodinách, u dětí v ústavní péči nebo ve výchovných zařízeních (Cruise & Ford, 2011; Espinosa, Sorensen & Lopez, 2013; Knepfel & Lueger-Schuster, 2013; Purvis et al., 2013) nebo u dospělých ve vězeňských zařízeních (Loewenstein & Brand, 2014). Přibývá pacientů v ordinacích lékařů, v jejichž anamnéze by lékaři mohli odhalit trauma, které by v současné době vysvětlilo rezistenci na farmaceutickou léčbu (Loewenstein & Brand, 2014; Luoni et al., 2018).

Sbíhají se důkazy (viz přehled dále), že vedle psychických účinků má trauma i fyzické následky, k jejichž rozvoji trauma přispívá (Koenen et al., 2017; Kolacz & Porges, 2018; Scott et al., 2011). Nemám na mysli fyzické následky, k nimž došlo během samotné traumatizace, např. zranění během fyzického nebo

sexuálního útoku, při přírodní katastrofě, dopravní nehodě, apod.. Za fyzické následky prožité traumatizace zde považují onemocnění a zdravotní problémy, které se objeví s časovým odstupem několika měsíců nebo i let, tedy zdánlivě nezávisle na traumatu (Sachs-Ericsson et al., 2011; Scott et al., 2011; Shonkoff et al., 2009).

Popsala jsem, že chronické vystavení hrozbě mění funkční stav stresové reakce, a to tak, že je stále aktivní. Stává se rizikovým faktorem pro vznik fyzických dysfunkcí a rozvoj onemocnění (Kolacz & Porges, 2018; Sachs-Ericsson et al., 2011; Shonkoff et al., 2009). Shonkoff et al. (2009) proto kladou důraz na redukci stresu v dětství, čemuž přikládají přední postavení ve snaze snížit chronickou chorobnost a předčasnou smrt.

Jak Schnyder et al. (2017) konstatují, problémem zůstává také skutečnost, že oběti dětské traumatizace mají psychické zábrany, které jim brání vyhledat profesionální pomoc (srov. Herman, 2015; Loewenstein & Brand, 2014). Z toho vyvozují, že zdokumentované případy traumatizace jsou často podhodnocené, konkrétně v případech interpersonálních traumatických zkušeností, jako domácí násilí, týrání dítěte, problémy se závislostmi v dysfunkčních rodinách, apod.. Zdravotní následky prožitého traumatu se dnes již přesto v odborných kruzích vnímají jako globální problém v oblasti veřejného zdraví (Schnyder et al., 2017).

Přesouvám nyní pozornost na konkrétní onemocnění, u nichž se prokázalo spojení s dlouhodobou, opakovanou traumatizací. Uvádím tabulkový přehled studií, které zkoumaly vztah mezi traumatizací v dětství a rozvojem onemocnění v dospělosti.

Konkrétní onemocnění nebo zdravotní problémy, na které se výzkumy zaměřily jsou rozdělené do odpovídajících skupin podle somatické příslušnosti, např. různé typy bolesti jsou shrnuté ve skupině Chronická bolest, skupina Gastrointestinální poruchy obsahuje různé problémy a onemocnění související s oblastí břicha, zažíváním, trávením, atd.. Pokud je ve výzkumné zprávě uvedeno, připojuji také nejčastější typ traumatu související se systémovou dysfunkcí nebo fyzickým symptomem.

Tab. 3: **Přehled vědeckých prací dokládajících dopad traumatu na zdraví**

Onemocnění, symptom nebo systémová dysfunkce	Výzkum	Trauma	
Chronická bolest (fibromyalgie, bolest v oblasti pánve, bolest páteře, osteoartritida, aj.)	Kolacz & Porges, 2018	sexuální zneužívání znásilnění	
	Scott et al., 2011	sexuální zneužívání fyzické týrání zanedbávání závislost rodiče duševní porucha rodiče rozvod rodičů ztráta rodiče separací násilí v rodině kriminální jednání v rodině	
	Mock & Arai, 2011	závislost rodiče děsivá událost několikatýdenní hospitalizace	
	Migréna a chronická bolest hlavy	Friedman et al., 2017	sexuální zneužívání fyzické týrání partnerské násilí
		Sachs-Ericsson et al., 2011	sexuální zneužívání fyzické týrání emocionální týrání

	Scott et al., 2011	sexuální zneužívání fyzické týrání zanedbávání závislost rodiče duševní porucha rodiče ztráta rodiče separací násilí v rodině kriminální jednání v rodině
Gastrointestinální poruchy (syndrom dráždivého tračníku, bolest břicha, aj.)	Kolacz & Porges, 2018	sexuální zneužívání znásilnění
Urologické problémy (zánět močového měchýře, močových cest, aj.)	Sachs-Ericsson et al., 2011	sexuální zneužívání fyzické týrání emocionální týrání
Zánětlivá autoimunitní onemocnění (astma, alergie, revmatoidní artritida, aj.)	Scott et al., 2011	fyzické týrání násilí v rodině duševní porucha rodiče smrt rodiče
	Mock & Arai, 2011	závislost rodiče děsivá událost několikatýdenní hospitalizace
	Dube et al., 2009	sexuální zneužívání fyzické týrání emocionální týrání závislost rodiče duševní porucha rodiče rozvod rodičů násilí v rodině kriminální jednání v rodině

Nezánětlivá autoimunitní onemocnění (diabetes, aj.)	Scott et al., 2011	fyzické týrání rozvod rodičů ztráta rodiče separací kriminální jednání v rodině finanční potíže v rodině
	Sachs-Ericsson et al., 2011	sexuální zneužívání fyzické týrání emocionální týrání
Kardiologické poruchy (arytmie, aj.)	Scott et al., 2011	sexuální zneužívání fyzické týrání závislost rodiče duševní porucha rodiče ztráta rodiče separací smrt rodiče
	Anda et al., 2006	sexuální zneužívání fyzické týrání emocionální týrání závislost rodiče duševní porucha rodiče násilí v rodině kriminální jednání v rodině rozvod rodičů
Obezita	Noll, Zeller, Trickett & Putman, 2007	sexuální zneužívání

Společným výsledkem studií je potvrzení traumatu jako rizikového faktoru celé řady chronických, bolestivých nebo zánětlivých onemocnění. Výsledky ukázaly, že s narůstajícím počtem traumatických zkušeností se zvyšuje riziko onemocnění na další zdravotní poruchy a choroby (Anda et al., 2006; Dube et al., 2009; Mock & Arai, 2011; Sachs-Ericsson et al., 2011; Scott et al., 2011).

Scott et al. (2011) např. ověřovali spojení mezi traumatizací v dětství a rozvojem chronických onemocnění v dospělosti ve vzorku 18 303 dospělých nad 18 let v USA, Evropě a Japonsku. Zkoumali srdeční onemocnění, astma, diabetes, chronickou bolest páteře, chronickou bolest hlavy a osteoartritu. Našli vazbu mezi všemi zkoumanými zdravotními problémy a traumatickou historií, která zahrnovala 3 a více traumatických zkušeností v dětství. V případě 2 traumatických zkušeností se stále potvrdila souvislost s 5 ze 6 sledovaných onemocnění, nepotvrdila se vazba pouze s diabetem. Jedna traumatická zkušenost v dětství se v dospělosti nejčastěji projevila bolestí, ať už chronickou bolestí zad, krční páteře nebo hlavy.

Noll et al. (2007) zjistili, že zneužívané ženy mají téměř 3krát větší riziko obezity než ženy bez sexuálního traumatu. Friedman et al. (2011) upozornili, že ženy trpící migrénami mají až 3krát větší pravděpodobnost traumatické historie, PTSD a depresí. Podobně Kolacz & Porges (2018) navrhuje, že gastrointestinální problémy nebo chronickou bolest je třeba vnímat jako traumatické symptomy, zejména pokud nejsou zdravotní potíže spojeny s organickou příčinou.

Mock & Arai (2011) navíc zjistili, že socioekonomický status působí jako ochranný faktor. Odborníci jev vysvětlují, že traumatizovaní lidé mají díky lepším ekonomickým podmínkám snadnější přístup k terapii i léčbě a účinnější copingové strategie včetně adaptační schopnosti.

2.5 Otisk traumatického stresu v těle

Na závěr první kapitoly docházím k závěru, že trauma, obzvláště pokud k němu dochází často, má výrazný vliv nejen na psychiku, ale také na biologii člověka. Traumatický stres doslova zanechává svůj otisk na úrovni nervového systému, který v podstatě řídí vše ostatní v těle i psychice jedince.

Van der Kolk (2014) tvrdí, že trauma je vepsáno do těla člověka, mění jeho mysl, mozek, psychické i fyzické fungování. Shonkoff et al. (2009) použili označení biologická paměť, když poukázali na příčinou vazbu mezi traumatickými událostmi v dětství a rozvojem řady onemocnění v dospělosti. Biologické vzpomínky, vysvětlují, způsobují latentní zranitelnost, jelikož oslabují organismus na úrovni fyziologických systémů.

Simeoni et al. (2018) mluví o dlouhodobých paměťových stopách, které popisují jako trvalé, nevratné. Projevují se jako typické, byť změněné ve smyslu naučené, získané vzorce chování, vztahů a prožívání daného člověka (Sherin & Nemeroff, 2011).

Stejně tak Shonkoff et al. (2012) zmiňují pokroky v neurovědách a molekulární biologii, jejichž poznatky se sbíhají v následujících závěrech:

1. *Rané zkušenosti jsou zabudované do našich těl,*
2. *signifikantní nepříznivé zkušenosti mohou způsobit fyziologická poškození nebo vytvořit biologické paměťové stopy, které narušují vývoj stresové reakce těla a ovlivňují vyvíjející se mozek, kardiovaskulární systém, imunitní systém a regulaci metabolismu,*
3. *tyto fyziologické poruchy mohou přetrvávat daleko do dospělosti a vést k celoživotnímu poškození fyzického i psychického zdraví* (E243, překlad autorky).

Výzkum se začíná věnovat i vlivu stresu na fungování genů, které zase naopak mají vliv na regulaci stresové reakce. Změny stresového systému vyvolané geny jsou následně trvalé (National scientific council on the developing child, 2014). Budoucí vývoj výzkumu jistě přinese nové zjištění a poznatky v oblasti transgeneračního přenosu traumatu.

Potvrzuje se, že chronický stres má celou řadu negativních účinků. Traumatický stres považovaný za nejsilnější typ stresu vede k trvalým a hlubokým změnám, obzvláště pokud je permanentní nebo častý. V daném případě vede ke změnám na úrovni behaviorální, somatické, kognitivní, emocionální i vztahové (Anda et al., 2006; Herman, 1992).

Předložila jsem výstupy výzkumných prací potvrzující souvislost mezi chronickým stresem a zdravotními problémy. Doložila jsem, že řada onemocnění je způsobena poškozením organismu následkem chronické reakce stresového systému. Traumatický stres vede k rozvoji velmi vážných onemocnění, z nichž některé se uvádí jako příčina smrti. Většina zdravotních potíží, které jsou následkem chronického stresu, vedou ke snížení kvality nebo k výrazným omezením života jedince.

Porozumění souvislostem rozvoje somatické poruchy a systémových dysfunkcí by mělo vést k novým přístupům k léčbě pacientů, v jejichž anamnéze se potvrdí traumatická historie. Kolacz & Porges (2018) např. doporučují zaměřit psychologickou léčbu u traumatizovaných pacientů na osu mozek-tělo a osu mozek-střeva, než pouze na léčbu jednotlivých symptomů a zdravotních potíží.

Více pozornosti je třeba věnovat screeningu, k němuž budou mít ovšem nejbližší lékaři ve svých ordinacích. Jinou možností by mohla být forma screeningu při zahájení a v průběhu školní docházky.

3 Neurobiologie komplexního traumatu

Ústřední roli ve zvládnání stresu, zejména traumatického, hraje mozek (National scientific council on the developing child, 2014), kterému je věnována následující kapitola. Cílem je zjistit a popsat, jaký vliv má dlouhodobý, opakovaný traumatický stres na mozek.

Vycházím ze zjištění, že traumatické zkušenosti představují extrémní, toxický stres, který aktivuje stresový systém, jehož hlavní součástí je mozek. Beru v úvahu plasticitu mozku i neurogenезi rychle se vyvíjejícího mozku během dětství a dospívání. Domnívám se, že opakované, dlouhodobé zažívání velmi náročných, vypjatých situací, které přímo nebo nepřímo ohrožují život člověka, tvoří hlavní příčinu C-PTSD. Usuzuji tedy, že mozek bude reagovat na podněty v podobě extrémního stresu a upřednostní ty funkce, které zajistí přežití v náročných nebo ohrožujících podmínkách.

Navazuji na poznatky předchozí kapitoly, že traumatický stres je toxický, představuje nadměrnou zátěž pro organismus a vede k fyziologickým změnám (Chrousos, 2009; Kolacz & Porges, 2018). V dlouhodobém horizontu jsou nejprokazatelnější ve vztahu k traumatu změny neurologické, obzvláště změny v mozku (D'Andrea et al., 2012; Perry, 2009; Pervanidou et al., 2017; Thomason & Marusak, 2016).

Vysvětlení nacházím v nutnosti ochrany před hrozbou zničením, na kterou mozek reaguje, aby zajistil přežití celého organismu. Mozek přijímá signály o možném nebezpečí a v případě opakovaných, dlouhodobých zkušeností upevňuje vzorce, které mají pomoci vyhnout se v první řadě závažným negativním dopadům a za druhé předejít hrozbám v budoucnu (Kolacz & Porges, 2018; Sherin & Nemeroff, 2011). Jedná se o obranné funkce s cílem zajistit vlastní ochranu a přežití (Courtois & Ford, 2014; Kolacz & Porges, 2018; Levine & Frederick, 2011).

Během dětství a dospívání dochází k formování mozku, který je negativně ovlivněný chronickou traumatizací (Cook et al., 2005; Perry, 2009). Poškození mozku mohou být trvalá, jestliže nedojde ke včasné intervenci a léčbě traumatu. Nejvíce je zasažena aktivita velkých neuroregulačních systémů, což vede k trvalým neurobehaviorálním důsledkům (Anda et al., 2006; Kolacz & Porges, 2018; Shonkoff et al., 2012).

Ohrožení života, včetně ohrožení základních potřeb nutných pro přežití zejména v dětském věku, se odehrává v rámci interpersonálních vztahů, primárních vztahů, v nejbližším okolí. Jelikož právě tyto vztahy mají zajistit kromě základních životních potřeb, také potřeby psychologické a sociální, přenáší se upevněné reaktivní vzorce na další vztahy a okolí v návaznosti na vývojové fáze, potažmo na rozvoj života v dospělosti (D'Andrea et al., 2012; van der Kolk, 2006).

Kapitolu jsem zařadila, abych poukázala na rozsah dopadu opakované traumatizace. Van der Kolk (osobní sdělení 23. 10. 2017) kupříkladu tvrdí, že trauma je onemocnění mozku, což potvrzuje řada dalších odborníků (Corrigan et al., 2011; Shonkoff et al., 2012). Shonkoff et al. (2009) dokonce mluví o mozku jako o základním orgánu stresu.

Traumatizace ovlivňuje strukturu a funkčnost mozku, což má přímý vliv na následné chování a celkové fungování člověka (van der Kolk, 2006; van der Kolk, 2014). Vliv dlouhodobé a opakované traumatizace na mozek je zřejmě daleko hlubší, rozsáhlejší, trvalejší.

3.1 Traumatický mozek

Neurologické poznatky pomáhají porozumět reakcím a problémům klienta. Mozkové části, které jsou aktivovány a ovlivněny traumatizací nejvíce, jsou mozkový kmen, limbický systém (talamus, amygdala, hipokampus), neokortex (Agorastos et al., 2018; Anda et al., 2006; Chrousos, 2009; Sherin & Nemeroff, 2011; Shin, Rauch & Pitman, 2006; Thomason & Marusak, 2016; van der Kolk, 2014).

Základní postavení zaujímá mozkový kmen, vývojově nejstarší část mozku. Hlavním jeho cílem je přežití, proto udržuje homeostázu organismu, tzn. zodpovídá za základní fyziologické funkce, které řídí v závislosti na situaci. Po odeznění stresové nebo traumatické situace obnovuje chemickou rovnováhu, včetně impulzů a pudových reakcí, biologických cyklů spánku, jídla, vylučování apod. (Kolacz & Porges, 2018; Levine, 2010; Levine & Frederick, 2011; van der Kolk, 2014).

Nad mozkovým kmenem je limbický systém a společně s mozkovým kmenem tvoří tzv. emocionální mozek (Levine, 2010; van der Kolk, 2014).

Limbický systém uchovává paměťové stopy, které spojuje s jednotlivými podněty a emocemi (Levine & Frederick, 2011). Zde najdeme klíčové oblasti související s traumatickým stresem i traumatickými poruchami.

Talamus přijímá sensorické vjemy, které spojuje do smysluplného celku, třídí je na důležité či irelevantní a přeposílá je dál do amygdaly a frontálních laloků. Právě tady dochází k roztříštění vnímaného prožitku na jednotlivé vjemové prvky. U traumatu totiž znovu nedochází ke spojení jednotlivých částí, jako jsou pachy, obrazy, zvuky, čas aj., do konzistentního celku. Výsledkem je prožívání traumatické zkušenosti a nebezpečí jako by byly stále aktuální. Talamus tedy objasňuje některé ze zásadních traumatických symptomů: přehrávání, znovuprožívání traumatu a permanentní pocit ohrožení (Courtois & Ford, 2014; Lanius et al., 2003; Levine, 2010; van der Kolk, 2014).

Amygdala detekuje intenzivní emoce, vyhodnocuje jejich význam a aktivuje stresovou reakci, v podstatě varuje organismus před blížícím se nebezpečím. Jestliže amygdala vyhodnotí získaná data jako nebezpečí, přeposílá informace do mozkového kmene, aby aktivoval autonomní nervový systém (Levine, 2010; Sherin & Nemeroff, 2011; van der Kolk, 2006; van der Kolk, 2014).

Hipokampus ovlivňuje paměť a soustředěnost, resp. uchování informací v krátkodobé paměti a ukládání nových informací. Umožňuje orientovat se v prostoru. Hipokampus napomáhá rozlišovat okolnosti a situace jako bezpečné nebo nebezpečné a může regulovat činnost amygdaly, resp. vyvolání stresové reakce (Anda et al., 2006; Courtois & Ford, 2014; Sherin & Nemeroff, 2011; Shonkoff et al., 2012; van der Kolk, 2014).

Chronická traumatizace narušuje spolupráci mezi jednotlivými mozkovými obvody, což se projevuje v případě amygdaly a hipokampu jako zvýšená reaktivita na mírně negativní podněty (Shonkoff et al., 2012). Sherin & Nemeroff (2011) vysvětlují, že poškozený hipokampus vede ke zobecňování prožitého strachu a jeho přenosu na situace, které s traumatem nesouvisí. Příмым následkem je neschopnost rozlišovat mezi bezpečnou a nebezpečnou situací.

Traumatem je zasažena také vývojově nejmladší část mozku, neokortex, tzv. racionální mozek (Levine, 2010; Levine & Frederick, 2011; van der Kolk, 2014). Zahrnuje frontální a prefrontální laloky, které se podílejí na exekutivních funkcích (Shonkoff et al., 2009). V této oblasti dochází ke zpracovávání informací,

abstraktních myšlenek, plánování, obsahuje centrum vnímání času a souvislostí, sebeovládání, uvážlivého přemýšlení, objevování a zájmu, používání slov, řeči, stejně jako empatie, tedy schopnosti vcítit se do pocitů druhého člověka (Courtois & Ford, 2014; Lanius et al., 2003; Levine, 2010; Shonkoff et al., 2009; van der Kolk, 2006; van der Kolk, 2014). Cílem je fungování ve společnosti a vycházení s druhými lidmi (Lanius et al., 2003; van der Kolk, 2006).

Během traumatizace dochází ke snížení aktivity v levém frontálním laloku, v Brocově oblasti, která zodpovídá za řeč a tudíž je obtížné artikulovat myšlenky a pocity (Corrigan et al., 2011; van der Kolk, 2014). To objasňuje, proč lidé o traumatu nemluví a je pro ně obtížné otevřeně popisovat traumatickou zkušenost, ať už během výslechu na policii, u soudu, nebo později na terapii. Van der Kolk (2014) dokonce přirovnává působení traumatu fyzickému poškození, např. mrtvici.

„Prefrontální kortex umožňuje lidem sledovat, co se děje, předvídat, co se stane, pokud podniknou určitou akci, a umožňuje učinit vědomou volbu“ (van der Kolk, 2014, 62, překlad autorky). Exekutivní funkce frontálních laloků napomáhají rozumně posoudit vyhodnocené riziko na základě faktů, objektivně.

Traumatizovaní lidé často reagují rychleji na vnímané podněty než nad nimi stihnou popřemýšlet a klidně posoudit míru nebezpečí. Amygdala vyhodnocuje vjemy na základě dřívějších zkušeností, vzorově, šablonovitě. Činnost amygdaly je rychlá a má k dispozici zkušenosti z minulosti, její funkcí není věci zkoumat a objevovat nové poznatky. To je cílem frontálních oblastí mozku, které však potřebují více času, proto je stresová reakce aktivovaná amygdalou může předběhnout. Komunikační propojení mezi amygdalou a prefrontálním kortexem je ovlivněný traumatizací, což má vliv na emocionální regulaci (Loewenstein & Brand, 2014; Thomason & Marusak, 2016; van der Kolk, 2006; van der Kolk, 2014).

Důležitou složkou traumatické reakce je vnímání času. U C-PTSD jde o složitější situaci, jelikož se traumatizace pojí s delším časovým úsekem, často i několika let. V některých případech lidé stále přetrvávají v traumatické situaci.

Vnímání času je doménou frontálních laloků, konkrétně dorsolaterálního prefrontálního kortexu. *„Když jsou tyto oblasti deaktivovány, lidé ztrácí svůj smysl pro čas a jsou uvězněni v okamžiku bez dojmu minulosti, přítomnosti nebo budoucnosti“* (van der Kolk, 2014, 69, překlad autorky). Člověk není schopen

vnímat jednotlivé časy odděleně. Zejména u C-PTSD bývá přítomný pocit kontinuity a hrozícího nebezpečí, které nikdy neskončí (Herman, 2015).

Opakovaný vzorec násilí s sebou např. v případech domácího násilí přináší období klidu, omluv, slibů, kompenzace násilí, které je vystřídáno obdobím strachu, vyhrožování, zvýšené agresivity a násilí (Herman, 2015). Podobně i dětské oběti mají zkušenost s opakovanou traumatizací často bez zjevné příčiny či důvodu, které by pomohly předcházet traumatizaci v budoucnosti. Jelikož frontální laloky nemohou poskytnout logické, objektivní zdůvodnění prožitého opakovaného násilí ani je časově ohraničit, dochází k jejich deaktivaci a roste nutnost včas zaznamenat známky blížícího se nebezpečí (amygdala), reagovat na ně (mozkový kmen) a přežít (van der Kolk, 2006).

Van der Kolk (2014) zmiňuje další nové poznatky, které přinesl výzkumu mozku. Pravá mozková hemisféra je aktivní, zatímco činnost levé hemisféry je snížena. Pravá hemisféra reaguje na podněty připomínající trauma a tím aktivuje jeho znovuprožívání. Jde např. o pachy, zvuky, pohyby, gesta, dotyky, emoce. Levá hemisféra má spojit vnímané vjemy s fakty, definovat je, zařadit je do logických sekvencí a artikulovat je. Jelikož je však činnost levé hemisféry snížena, člověk může opakovaně zažívat posttraumatické krize, aniž by si uvědomoval okolnosti přítomného okamžiku. Pouze reaguje na traumatický prožitek z minulosti.

Morfologické změny v mozku

Dlouhodobá, opakovaná traumatizace má za následek trvalé změny v mozkových obvodech (Shin et al., 2006; Shonkoff et al., 2012), pokud není léčena. Terapie traumatu naopak podporuje neuroplasticitu, přirozenou schopnost regenerace mozku (Perry, 2009). Pokud však trauma zůstává neléčené, změny v mozku jsou trvalé, neboť stres zabraňuje neurogenezi (Anda et al., 2006; Shonkoff et al., 2012).

Zobrazovací metody prokázaly snížení objemu hipokampu, corpusu callosum (Anda et al., 2006; Shin et al., 2006), šedé hmoty určitých oblastí mozkové kůry, obzvláště v orbitofrontální kůře (Sherin & Nemeroff, 2011). Aktivita amygdaly je u traumatických poruch zvýšená, naopak snížena je činnost prefrontálního kortexu a čelních laloků (Anda et al., 2006; Lanius et al., 2003;

Sherin & Nemeroff, 2011; Shin et al., 2006). Prokázala se také poškozená funkce hipokampu (Shin et al., 2006).

Uvedené změny v amygdale, hipokampu a prefrontálním kortexu mohou vést k poruchám učení, paměti i exekutivních funkcí, ale i k rozvoji úzkostných nebo afektivních poruch (Sherin & Nemeroff, 2011; Shonkoff et al., 2012). Dysfunkce amygdaly a hipokampu má za následek omezenou schopnost detekovat hrozbu, což vede k rozvoji paranoii, zesílené stresové reakci, zvýšené bdělosti, behaviorální aktivaci a rozšíření strachu na další stimuly. Poškozené prefrontální kortikální oblasti pak nedokáží potlačit stresové reakce ani pocity strachu a smrti (Sherin & Nemeroff, 2011).

3.2 Neuroendokrinní systém

Pro zvládnutí stresové situace hraje důležitou roli neuroendokrinní systém (Chrousos, 2009; Rokyta et al., 2015). Největší vliv je přisuzován ose HPA, kterou jsem již zmínila v předchozí kapitole. Nemeroff (2016) vysvětluje, že aktivita HPA osy je ovlivněna několika faktory:

- traumatizace v dětství (typ traumatu, chronicita, kumulace traumatických zkušeností, začátek prvního traumatu),
- absence psychologické podpory,
- traumatizace v dospělosti,
- psychiatrické poruchy v rodinné anamnéze,
- genetika a epigeneze.

Hormonální systém

Traumatizace s sebou nese zvýšenou hladinu stresových hormonů, což následně vede k dysregulaci hormonálního systému (Shonkoff et al., 2012). Traumatizovaný organismus je zaplavený hormony, které řídí stresové reakce. K hlavním stresovým hormonům patří kortizol, norepinefrin, CRH a adrenalin, které člověka připravují na reakci typu boj nebo útěk, např. tím že zvýší srdeční frekvenci, krevní tlak, rychlost dýchání (SAMHSA, 2015; Sherin & Nemeroff, 2011; van der Kolk, 2014).

CRH, hormon uvolňující kortikotropin, je hlavní složkou osy HPA, výrazně se podílí na stresové reakci i úzkosti, podporuje podmíněné reakce na strach, zvyšuje úlekovou reaktivitu, arousal, citlivost na expozici stresoru (Heim et al., 2010; Sherin & Nemeroff, 2011).

Norepinefrine je hlavním mediátorem stresové reakce, v interakci s CRH zintenzivňuje vnímání strachu, kóduje emocionální vzpomínky spojené se strachem, posiluje arousal a bdělost. Navíc norepinefrine a CRH propojují endokrinní a autonomní stresové reakce (Courtois & Ford, 2014; Sherin & Nemeroff, 2011).

Problém představuje chronicky zvýšená hladina kortizolu, která je pro organismus velmi škodlivá až toxická a vede k opotřebování orgánů, trvalým změnám v mozku a genové expresi (SAMHSA, 2015; Shonkoff et al., 2012). Někteří vědci (Sherin & Nemeroff, 2011) však poukazují na nízké hladiny kortizolu během traumatizace jako na rizikový faktor pozdějšího rozvoje traumatické poruchy. Vychází z toho, že nízké hladiny kortizolu vedou k nadměrné aktivaci CRH a norepinefrinu, čehož následkem je silná stresová reakce, posílení udržení strachu a upevnění traumatické paměti (Heim et al., 2010; Sherin & Nemeroff, 2011).

Bádání v oblasti traumatu a endokrinního systému se začínají věnovat i dalším hormonům. Příkladem může být oxytocin uvolňovaný hypofýzou. Kromě jeho vlivu na porod a kojení je dnes vnímán také jako vztahový hormon, jelikož podporuje intimitu, blízký vztah, náklonnost a sympatie, důvěru, mateřské chování (Nemeroff, 2016). Ukazuje se, že následkem traumatizace v dětství dochází k poklesu oxytocinu (Krause et al, 2018), což vede k narušení vztahů, jednoho ze symptomů C-PTSD (Anda et al., 2006).

Nervový systém

Traumatizovaní lidé mají hyperaktivní sympatický nervový systém, což s sebou nese uvolňování norepinefrinu, který např. zvyšuje krevní tlak, srdeční frekvenci, ovlivňuje vodivost kůže (Sherin & Nemeroff, 2011).

Dysregulace sympatického nervového systému má za následek zvýšenou hladinu kortizolu a norepinefrinu, což se projeví např. zvýšenou klidovou tepovou frekvencí. Dalším následkem dysregulace sympatického systému je snížená

nervová aktivita, která vede k poklesu synaptické konektivity, důležité pro přežití neuronů. Výsledkem jsou rozsáhlé abnormality v organizaci a struktuře mozku (Anda et al., 2006; Chrousos, 2009; Perry, 2009).

Z uvedených informací vyplývá, že dlouhodobá, chronická traumatizace představuje extrémní stresovou zátěž, jež vede k vážným nežádoucím následkům. Dochází ke vzniku patologických stavů, a to na psychické, sociální i biologické úrovni. Poznatky z neurobiologie doplňují zjištění ostatních lékařských oborů, která jsem prezentovala výše.

4 Trauma ve společnosti

Traumatizace je ve společnosti rozšířený problém (Musicaro et al., 2017). V celé práci vycházím ze zahraničních studií a výzkumů, což by mohlo vést k mylnému dojmu, že se problém netýká České republiky. Zařadila jsem proto kapitolu Trauma ve společnosti, abych ilustrovala problém traumatizace v české populaci. Cílem kapitoly je vytvořit představu, jak velký problém je trauma v ČR.

Zpracované přehledy a data jsem získala na veřejně dostupných webových stránkách níže uvedených českých organizací. Jde o ROSA – centrum pro ženy, Centrum LOCIKA – pomoc pro děti ohrožené domácím násilím, Dětské krizové centrum, Bílý kruh bezpečí a Policie ČR. Zahrnula jsem aktuální zveřejněné informace, které byly na stránkách organizací dostupné v první polovině roku 2019. Jednotlivé informace jsou uvedené vždy pod odpovídající organizací, která data shromáždila, zpracovala a prezentovala na svých webových stránkách.

Současně předložím i transgenerační výhled, jelikož dědičnost traumatické symptomatiky není zanedbatelná. Z velké části ji potvrzují pracovníci v organizacích, které pracují s traumatizovanými klienty a jež v následující kapitole prezentuji. Jde o potvrzení založené na sledování, případně anamnestickém dotazování a dedukci. Vědecký výzkum či studie nejsou ještě příliš rozsáhlé a ve velké míře sledují zejména transgenerační přenos traumatu v rodinách obětí koncentračních táborů. Opět jde spíše o zahraniční výzkum.

4.1 Traumatizace v číslech

Pro ilustraci uvádím několik statistických údajů, které jsou dostupné na internetu od českých organizací pomáhajících obětem trestných činů a policie ČR. Lze vyvodit, že oběti vyhledaly pomoc kvůli problémům, které se rozvinuly na základě traumatizace.

Uvedeny jsou pouze údaje z českých zdrojů, aby pokud možno co nejvíce podložily situaci v ČR ve vztahu k traumatizaci a potenciální prevalenci C-PTSD.

ROSA – centrum pro ženy

ROSA, z.s. uvádí, že *„k většině případů násilí dochází ze strany manžela, druha a partnera: 85%. V 11% případů pokračuje násilí i po rozvodu“* (ROSA,

2017, 3). Dále ve statistice za rok 2016 Hronová upozorňuje, že „*násilí nebo další negativní jevy (rozvod, hádky, zneužívání alkoholu, drog) je přítomno v 67 procentech rodin pachatelů násilí, což dokazuje transgenerační přenos násilí*“ (ROSA, 2017, 4).

Centrum LOCIKA – pomoc pro děti ohrožené domácím násilím

Centrum LOCIKA vydala tiskovou zprávu (2018, 1), v níž uvádí výsledky svého výzkumu: „*V Česku trvá šest let, než se dítěti ohroženému domácím násilím dostane odborné pomoci, nejpostiženější jsou děti mezi 7 a 10 lety. ... (75%).*“

Zpráva zmiňuje následky traumatizace, které odpovídají C-PTSD, zejména somatizaci, emocionální dysregulaci, problémy ve vztazích, včetně suicidálních tendencí. Wünschová ve zprávě upozorňuje, že děti „*opakují vzorec násilného chování v budoucích vztazích*“ (Centrum LOCIKA, 2018, 1). Analýza potvrzuje také riziko transgeneračního přenosu, jelikož „*většina dětí se do konfliktních vztahů již rodí*“ (Centrum LOCIKA, 2018, 1) a problematické vzorce přenáší do svých dalších vztahů.

Dětské krizové centrum (DKC)

DKC (2015) ve své zprávě uvádí, že násilí na dětech se dopouští člen rodiny nebo někdo z nejbližšího okolí dítěte, ať se jedná o fyzické, psychické nebo sexuální násilí. Případy sexuálního zneužívání jsou poměrně časté (24% všech řešených případů), navíc pachatelem je zpravidla člen rodiny (62%) nebo člověk z blízkého okolí dítěte (27%). Fyzického týrání dítěte se téměř vždy dopustí člen rodiny (93%), podobně jako psychického týrání (94%). Zpráva dále uvádí, že v Evropě je sexuálnímu násilí vystaveno každé 5. dítě, přičemž nejohroženější jsou děti v předškolním věku (3 – 6 let).

Vyplývá, že děti zažívají traumatizaci ve většině případů přímo v rodině, a to již od raného dětství. Lze odvozovat, že nejde o ojedinělé případy, ale spíše ustálený, opakovaný a dlouhodobý vzorec chování. Chronická interpersonální traumatizace se začátkem v raném dětském věku má vliv nejen na pozornost dětí (např. ve škole), ale také na seberegulaci a rozvoj osobnosti. Všechny uvedené

oblasti jsou zasažené, ovlivněné a zejména formované prožívaným násilím v rodině nebo svém nejbližším okolí.

Bílý kruh bezpečí (BKB)

Ve výroční zprávě z roku 2017 BKB (2018) uvádí, že 12% všech obětí tvoří obětí znásilnění. Současně organizace upozorňuje, že je třeba počítat s daleko větším číslem, jelikož ne všechny oběti znásilnění trestný čin oznámí a/nebo vyhledají odbornou pomoc. Od roku 2010 BKB sleduje výrazně vzrůstající tendenci případů znásilnění, resp. obětí, jež organizaci kontaktují. Každý pátý případ souvisí s dlouhodobým domácím násilím.

„Nemalý počet obětí znásilnění přichází s „delším časovým odstupem“, kam spadají i neoznámené případy znásilnění v dětství. Náročné jsou případy opakovaného znásilňování v rámci domácího násilí, které nelze přesně časově ohraničit a nebylo nikdy oznámeno.“ (Bílý kruh bezpečí, 2018, 8)

V dalším příspěvku ve výroční zprávě BKB upozorňuje, že sexualizované násilí je „*po vraždě nejvíce zraňující trestný čin*“ (Bílý kruh bezpečí, 2018, 8). Odhaduje se, že pouze 8% těchto trestných činů je ohlášeno na policii. Důvodem je další traumatizace, kterou pro oběť představují opakované situace procesního řízení, zejména svědectví v trestním řízení (Bílý kruh bezpečí, 2018).

Policie ČR

Statistické přehledy kriminality za rok 2018 prezentují přehled trestných činů a počet případů. Vybrala jsem pouze případy, které mohou mít spojitost s traumatizací oběti a tedy i rozvojem C-PTSD. Přehled neuvádí počet ani procento případů C-PTSD.

Tab. 4: Přehled vybraných trestných činů za rok 2018 (Policie ČR, 2019)

Klasifikace trestného činu	Počet registrovaných případů za rok 2018
opuštění dítěte nebo svěřené osoby (§ 195)	8
únos dítěte a osoby ztížené duševní poruchou (§ 200)	11
úmyslné ublížení na zdraví (§ 145 - 146a)	4 967
nebezpečné vyhrožování (§ 353)	1 884
	41

nebezpečné pronásledování (§ 354)	363
omezování a zbavování osobní svobody (§ 170, 171)	155
týrání svěřené osoby (§ 198)	163
týrání osoby žijící ve společném obydlí (§ 199)	465
znásilnění (§ 185)	651
sexuální nátlak (§ 186)	63
pohlavní zneužívání v závislosti (§ 187/2)	92
pohlavní zneužívání ostatní (§ 187/1, 3, 4)	630
obchodování s lidmi (§ 168)	13
ohrožování výchovy dítěte a svádění k pohlavnímu styku (§ 201, 202)	1 301

Tab. 5: **Souhrnné přehledy policie ČR za rok 2018** (Policie ČR, 2019)

Počet registrovaných případů za rok 2018 celkem	
Vraždy	116
Násilná kriminalita	13 553
Mravnostní kriminalita	2 655

Souhrnné přehledy ukazují počet trestných činů, které byly policií ČR registrované a které patří k nejvíce traumatizujícím jednak pro oběti, ale také svědky trestných činů, rodinné příslušníky, resp. nejbližší okolí a pečovatele obětí.

Je třeba přihlídnout k tomu, že mnoho obětí trestný čin vůbec neohlásí. Nejčastěji jde o případy sexuálního a domácího násilí. Pokud přičteme k jednotlivým případům okruh lidí, kteří jsou trestnou činností zasaženi a mohou být traumatizováni, souhrnné počty rostou do mnohem větších čísel. Výsledná čísla kromě zmíněných obětí, svědků, rodiny, zahrnují také příslušníky záchranných složek, kteří jsou přítomni na místě činu nebo přijdou do kontaktu s obětí, případně s pachatelem. Dále mohou být zprostředkovanou traumatizací ohroženi také sociální pracovníci, psychologové, aj..

U záchranných a pomáhajících profesí je riziko zprostředkované traumatizace poměrně vysoké, jelikož profesionálové přichází do kontaktu s oběťmi trestných činů dlouhodobě a opakovaně (Herman, 2015).

4.2 Dědičnost traumatu

V této práci se nevěnuji problému dědičnosti symptomů a traumatických stresových poruch. Přesto chci problém zmínit, jelikož podtrhuje závažnost a nutnost správné diagnostiky a léčby. Neléčené trauma nejenom že vede ke zhoršování symptomů, ale narůstá pravděpodobnost předání traumatické poruchy dalším generacím (Sherin & Nemeroff, 2011).

Dalším důvodem proč neignorovat riziko dědičnosti PTSD je zvýšené riziko rozvoje traumatické poruchy u lidí s rodinnou anamnézou obsahující traumatickou historii (Sartor et al., 2012). Další generace mohou být tudíž v případech neléčeného traumatu zranitelnější, resp. citlivější na traumatické situace, jež nemusí nutně mít dramatický a přímo život ohrožující průběh. Mimořádně pak narůstá riziko traumatické poruchy v případech komplexní traumatizace, tedy opakované a dlouhodobé expozice traumatickým či extrémně stresujícím okolnostem.

Tým Sartor et al. (2012) zjistil, že pravděpodobnost dědičnosti příznaků PTSD se pohybuje v rozmezí 30 – 58%. U mužů je dědičnost PTSD přibližně 30%, u žen se pravděpodobnost dědičnosti výrazně zvyšuje. Dalším faktorem ovlivňující výsledek se ukázalo být riziko rozvoje PTSD, tedy zda je traumatická zkušenost vysoce riziková či představuje malé riziko traumatizace.

Sartor et al. (2012) uvádějí příklady obou skupin. Sexuální zneužívání v dětském věku, kruté zacházení (týrání, zanedbávání) v dětství odpovídají vysokému riziku rozvoje traumatické poruchy, zatímco dopravní nehoda, přírodní katastrofa, sezónní záplavy, požár, svědectví zranění nebo zabití jiné osoby, držení jako rukojmí, ohrožování zbraní prožité v dospělosti odpovídají nízkému riziku traumatizace. Procento dědičnosti traumatické poruchy zvyšují vysoce rizikové traumatické zkušenosti.

Výzkumné bádání v oblasti dědičnosti traumatu je dosud velmi řídké, a pokud tak je zaměřené na dědičnost PTSD. Dědičnost symptomů C-PTSD dosud nebyla zkoumána. Nicméně role genetických a enviromentálních faktorů, které spojují prožité události a psychologické následky těchto zkušeností, začínají získávat více pozornosti (Cloitre et al., 2013). Lze proto předpokládat, že výsledky budoucích studií budou prokazovat obdobné či snad i vyšší procenta dědičnosti u C-PTSD jako u PTSD.

V neposlední řadě může právě otázka dědičnosti přinést další faktory, které přispívají k nárůstu traumatických poruch, jakož i jiných psychických problémů (deprese, úzkostné poruchy, suicidalita, apod.).

5 Traumatické poruchy v diagnostických manuálech

Diagnostické manuály, jež máme k dispozici, jsou Diagnostický a statistický manuál DMS-5 vydávaný Americkou psychiatrickou asociací a Mezinárodní klasifikaci nemocí MKN-11 vydávaný Světovou zdravotnickou organizací. DSM byl aktualizován v roce 2013 a zaměřuje se pouze na psychické poruchy. MKN byla aktualizovaná v roce 2018, orientuje se na celou problematiku zdraví, fyzické i psychické.

Paradoxně dochází k různým pojetím psychických poruch v obou manuálech. Tím vznikají problémy pro psychology, ať už na úrovni studia, výzkumu nebo práce s klientem.

5.1 Traumatické poruchy v DSM-5 a MKN-11

Diagnostický manuál (APA2, 2015) definuje hned několik způsobů, jak může dojít k traumatizaci a rozvoji PTSD. Jedná se o přímý osobní traumatický zážitek, dále případ, kdy je člověk přímým svědkem traumatické události, i když obětí je někdo jiný. Třetí způsob traumatizace představuje získání informace, že byla traumatizovaná osoba blízká (člen rodiny, blízký přítel). V případě získané informace o ohrožení života blízké osoby musí jít o násilnou událost nebo nehodu. Posledním způsobem, který může vést k rozvoji PTSD, je osobní zkušenost spojená se zaměstnáním, v němž je člověk opakovaně a extrémně vystaven detailům, popisům traumatických událostí.

V praxi tento poslední způsob traumatizace označujeme jako zprostředkované trauma (Herman, 2015). Vztahuje se především k psychologům, terapeutům, sociálním pracovníkům, kteří pracují s traumatizovanými klienty, dále např. policistům či pracovníkům v trestním řízení, zdravotníkům, lékařům, apod. (Cieslak et al., 2013).

Diagnostická kritéria pro PTSD

Diagnóza PTSD nově podle DSM-5 splňuje 4 základní kritéria, resp. skupiny symptomů (APA2, 2015):

1. opakované prožívání traumatu (obtěžování opakovanými, vracejícími se vzpomínkami, flashbaky, nočními sny či můrami, případně intenzivní,

- dlouhodobá nepohoda, distress nebo fyziologická reakce, pokud je trauma symbolicky, vzpomínkou či jinak připomenuto),
2. vyhýbání se (snaha omezit nebo zcela zabránit evokaci traumatické zkušenosti, ať už snahou vyhnout se nepříjemným pocitům, myšlenkám, vzpomínkám nebo eliminací traumatických podnětů jako jsou místa, lidé, aktivity, rozhovory, situace, předměty, které evokují či jsou spojené s prožitým traumatem),
 3. negativní změny nálady a kognice (souhrnná kategorie pro disociace, negativní vnímání sebe, druhých lidí, světa nebo budoucnosti, zkreslené vnímání traumatické události zejména její příčiny a následků, nezájem a neúčast na důležitých aktivitách, pocit odtržení a odcizení, negativní psychické stavy, neschopnost vyjadřovat pozitivní emoce),
 4. vzrušivost a reaktivita (pocit ohrožení a stav nadměrné vnitřní nabuzenosti charakteristické zvýšeným neklidem, nesoustředěností, lekavostí, hypervigilitou, poruchami spánku, podrážděností, hněvem, agresivitou, sebedestruktivitou).

Pro stanovení diagnózy je nutná přítomnost alespoň jednoho symptomu z prvních dvou skupin (opakované prožívání traumatu, vyhýbání) a po dvou symptomech ze dvou dalších skupin (negativní změny nálady a kognice, reaktivita), doplněná funkčním narušením života (APA2, 2015).

MKN-11 uvádí pouze tři kritéria pro PTSD a ke stanovení PTSD vyžaduje vždy po jednom symptomu z každé skupiny doplněné funkčním narušením života (WHO, 2018). Kritéria MKN-11 pro PTSD jsou uvedena v kritériích pro C-PTSD, neboť tvoří jedno z kritérií C-PTSD.

Diagnostická kritéria pro C-PTSD

Diagnóza C-PTSD není do DSM-5 zahrnutá, není tedy samostatně definovaná. MKN-11 naopak C-PTSD definuje jako samostatnou diagnózu, která zahrnuje vedle PTSD další uvedená kritéria (WHO, 2018):

1. PTSD (a) znovuprožívání traumatické události ve formě živých neodbytných vzpomínek, flashbacků nebo nočních můr doprovázené pocitem strachu,

- hrůzy a silnými fyzickými pocity; b) vyhýbání se traumatickým připomínkám; c) pocit ohrožení s odpovídajícím stavem arousal),
2. emocionální dysregulace (problémy ovládnout a řídit emoce),
 3. negativní sebepojetí (vnímání se jako slabý, poražený, bezcenný; přesvědčení jsou doprovázena pocity hanby, viny nebo selhání a souvisí s traumatickou událostí),
 4. vztahové problémy (potíže udržet vztah, potíže s pocitem blízkosti k druhým lidem).

Pro stanovení C-PTSD je vyžadováno naplnění kritérií pro PTSD a přítomnost alespoň jednoho symptomu v každé ze tří následujících skupin kritérií, tedy emocionální dysregulace, negativní sebepojetí a vztahové problémy (WHO, 2018).

Pro C-PTSD stejně jako pro PTSD platí, že symptomy přetrvávají alespoň několik týdnů a způsobují zhoršení kvality života, respektive vážně narušují fungování v osobní, rodinné, sociální, studijní, pracovní nebo jiné oblasti (WHO, 2018). Stejně jako v případě diagnostiky PTSD je běžná opožděná reakce na traumatizaci. Symptomy se mohou projevit i po více než 6 měsících po traumatické události. Na druhou stranu se některé symptomy mohou projevit okamžitě (APA2, 2015).

Rozdíl je patrný u PTSD, kde se kritéria DSM-5 a MKN-11 liší. Naopak podobnost PTSD podle kritérií DSM-5 je zjevná s C-PTSD podle MKN-11. DSM-5 zahrnuje C-PTSD do PTSD, zatímco MKN-11 staví obě poruchy rovnocenně vedle sebe jako samostatné a plnohodnotné diagnózy.

Rozdílná kritéria pro stanovení PTSD a C-PTSD podle hlavních klasifikačních modulů (DSM, MKN) vedou k rozporům v chápání jednotlivých poruch i v diagnostické terminologii.

5.2 Kritéria pro Hraniční poruchu osobnosti

C-PTSD naráží v otázce podobnosti na další poruchu vedle PTSD, a tou je hraniční porucha osobnosti (BPD). BPD má natolik podobnou symptomatiku s C-

PTSD (Ford & Courtois, 2014; Masson, Bernoussi, Mience & Thomas, 2013), že bylo C-PTSD považováno za duplikát BPD. I zde je blízkost symptomatických projevů obou poruch hlavní překážkou, která brání rozpoznat BPD a C-PTSD (Ford & Courtois, 2014; Godbout, Daspe, Runtz, Cyr & Briere, 2018; Vermetten & Spiegel, 2014).

DSM-5 (APA2, 2015) definuje hraniční poruchu osobnosti jako poruchu, která vykazuje pervazivní vzorec nestálosti a nestability ve vztazích s lidmi, vlastním sebeobrazu i afektech, doplněný výraznou impulzivitou. Pro stanovení diagnózy je zapotřebí 5 a více znaků z uvedených kritérií.

Diagnostická kritéria BPD podle DSM-5 (APA2, 2015):

1. výrazná snaha vyhnout se skutečnému nebo domnělému opuštění.
2. nestabilní, intenzivní vztahy s kolísáním mezi extrémní idealizací a devalvací.
3. porucha identity s narušeným sebeobrazem a vnímáním sebe sama.
4. impulzivita s rizikem sebepoškozování (např. utrácení peněz, sex, zneužívání návykových látek, bezohledné řízení dopravních prostředků, záchvaty přejídání).
5. suicidální jednání, gesta, pohružky a sebepoškozující chování.
6. afektivní nestabilita (např. intenzivní epizodická dysforie, iritabilita, úzkost).
7. chronický pocit prázdnoty.
8. intenzivní vztek a potíže s ovládním vzteku (např. náladovost, trvalá zlost, fyzické konflikty).
9. přechodné paranoické projevy a disociativní symptomy v reakci na stres.

Shodně lze vidět u C-PTSD i BPD psychickou dysregulaci, poruchu identity, narušené mezilidské vztahy. Odborníci (Ford & Courtois, 2014; Masson et al., 2013) upozorňují na další podobnosti C-PTSD a BPD, které vedou k záměně diagnóz, a jmenují např. impulzivitu, problém se zvládním vzteku, sebepoškozování, suicidální tendence, disociace, jež se objevují u obou poruch.

5.3 DSM versus MKN

Problém spočívá ve dvou rozdílných klasifikacích, DSM-5 a MKN-11. Americká psychologická asociace v roce 2009 uveřejnila článek, v němž shrnula hlavní rozdíly mezi oběma klasifikacemi v jejich předchozích edicích. Vedoucí redaktor pro revize MKN v oblasti mentální poruchy a poruchy chování, Reed, zde argumentuje, že rozvoj DSM spadá pod jedinou profesionální asociaci, kterou tvoří psychiatři USA, zatímco MKN je výsledkem práce globální, multidisciplinární a multilinguální zdravotní agentury zaměřené na zdraví veřejnosti (APA1, 2009; Reed, 2010).

DSM je proto vnímaná jako klasifikace pro psychiatry USA, i když je užívaná také v jiných zemích, zatímco MKN je oficiální světovou klasifikací nemocí a poruch pro všechny pracovníky napříč celým systémem péče o zdraví člověka, jejíž kódování nemocí a poruch se používá i pro komunikaci se zdravotními pojišťovnami (APA1, 2009; Reed, 2010; Tyrer, 2014).

DSM je velmi podrobný, komplexní a bývá označován jako přesnější, neboť je podložen více výzkumy (Tyrer, 2014). DSM-5 lze tudíž vnímat za diagnosticky citlivější vzhledem k širšímu symptomatickému profilu (Hyland, Shevlin, Fyvie & Karatzias, 2018), může být proto výhodou zejména pro výzkum, vývoj a akademickou práci. Na druhou stranu je manuál kritizován kvůli nespecifičnosti, zejména příliš velkému množství symptomů a jejich možných kombinací, které ovšem mohou být následkem netraumatických událostí. O to více, že v aktualizované 5. verzi bylo vynecháno kritérium strachu, bezmocnosti a hororu, které by více poukazovalo na traumatickou podstatu problémů klienta (Brewin et al., 2017).

Na druhou stranu MKN-11 má užší symptomatický profil a striktní diagnostický práh, čímž upřednostňuje diagnostickou specifičnost (Hyland et al., 2018). MKN klade důraz na klinickou užitečnost a jednoduchost při stanovení diagnózy (Brewin et al., 2017; Cloitre et al., 2013; Elkit, Hyland & Shevlin, 2014; Maercker et al., 2013; Tyrer, 2014), což může výrazně usnadnit a zrychlit praxi psychologů a terapeutů při přímé práci s klientem (Hyland et al., 2018; Reed, 2010).

Kromě diagnostických kritérií v obou klasifikačních systémech (DSM a MKN), neexistuje dosud žádná metodologická technika, která by zkoumala klinické

rozdíly mezi PTSD, jak ji definuje DSM-5, v porovnání s PTSD nebo C-PTSD, jak jsou definované v MKN-11 (Hyland et al., 2018).

Cílem druhé poloviny rigorózní práce je tudíž zkoumání nejen parametrů pro C-PTSD, ale i rozdílů mezi PTSD a C-PTSD. Závěrečné kapitoly jsou věnované zkoumání rozdílů mezi C-PTSD a hraniční poruchou osobnosti.

6 Výzkumný problém, cíle a otázky

Komplexní trauma je nová diagnóza poprvé zařazená do aktualizované verze MKN-11 a její důkladné zmapování je hlavním cílem rigorózní práce. Téma je rozčleněno do výzkumných cílů, jež vedou k vysvětlení problematiky C-PTSD, hlubšímu porozumění poruchy a přispívají k účinnější práci s traumatizovaným klientem. Na základě výzkumných cílů jsem definovala výzkumné otázky.

V praxi se zaměřuji se na trauma v rodinném prostředí a především na trauma z dětství. Dětská traumatizace má vliv na problémy v dospělosti, ale problémy se mohou začít objevovat v průběhu dětství a dospívání. Hlavní výzkumná otázka je tudíž zkoumaná v uvedeném zúženém kontextu.

Cíle rigorózní práce:

1. popsat příčiny C-PTSD,
2. popsat symptomatický profil C-PTSD,
3. porovnat komplexní trauma s PTSD,
4. porovnat komplexní trauma s hraniční poruchou osobnosti.

Výzkumné otázky:

1. Jaká je příčina rozvoje komplexního traumatu?
2. Jaká je prevalence traumatických zkušeností u komplexního traumatu?
3. Jaký vliv má chronicita na rozvoj C-PTSD?
4. Jakou roli hraje rodina v rozvoji komplexního traumatu?
5. Jak se liší komplexní trauma od PTSD?
6. Jak se liší komplexní trauma od Hraniční poruchy osobnosti?

6.1 Očekávaný přínos

Léčba traumatu je problematická. Doprovází ji častý dropout klientů, opakované relapsy, až samotné popírání celého problému. Podle mého názoru jde o 3 klíčové problémy léčby traumatu, která je náročná na psychiku psychologa a čas klienta. Předpokládám, že právě lepší porozumění problémům klienta, stanovení správné diagnózy a následně i vhodná volba psychologické péče či práce s klientem mohou výrazně napomoci v řešení klíčových problémů léčby.

Rigorózní práce analyzuje poznatky z nejnovějších zahraničních prací a výzkumů s cílem detailně porozumět nové traumatické poruše. Věřím, že povede k lepšímu a hlubšímu pochopení problémů, s nimiž traumatizovaný klient přichází do ordinace psychologa případně nastupuje léčbu do pobytového zařízení.

C-PTSD představuje rozsáhlý problém, který zasahuje celý život člověka, dokonce má přesah na další generace. Syntéza zahraničních poznatků by proto měla přispět k porozumění C-PTSD, vytvořit základ pro výzkumné bádání k upevnění postavení C-PTSD mezi ostatními diagnózami a měla by podnítit vývoj efektivních metod práce s traumatizovanými klienty.

Dalším přínosem rigorózní práce je lepší pochopení a přijetí nejen klienta a jeho problémů, ale také zredukování tíhy břemena psychologa, který pracuje s klienty trpícími C-PTSD. Práce s takovými klienty je velice náročná a klade na psychologa obrovské nároky včetně rizika rozvoje zprostředkovaného traumatu. Pochopení problémů klienta i vlastních problémů psychologa, jež mohou pramenit z práce s takovým klientem, by mělo mít za následek vyšší hodnotu i ocenění práce traumatického specialisty, stejně jako kvalitnější zhodnocení a zahrnutí osobní psychohygieny, odpočinku, relaxace a práce na sobě právě u psychologa.

Na závěr by měla práce shrnout dosavadní pokrok ve výzkumu traumatické psychopatologie. Komplexní trauma je totiž novou diagnózou, která stále čelí řadě potíží, nejasností a zmatků.

7 Metodologie

Kapitola popisuje metodologické zpracování rigorózní práce, kde spolu s popisem výzkumného designu uvádím metody a postupy, které jsem použila. Dále kapitola obsahuje výsledky hledání, které prezentují základní vzorek vybraných zdrojů.

Druhá část kapitoly popisuje zpracování dat a nastiňuje strukturu práce. Současně se pozastavím u statistických metod nejčastěji užívaných výzkumnými týmy, jejichž výstupy jsem zkoumala.

7.1 Výzkumný design

Výzkumná část je realizovaná na základě publikovaných studií na téma C-PTSD za posledních 10 let. Předkládaná práce je tudíž teoretická a nezahrnuje obvyklý typ výzkumu. Zvolenému typu práce odpovídá kvalitativní výzkumný přístup, protože umožňuje prozkoumat získaná data a vytvořit jejich syntézu, která co nejlépe popíše kontext i charakteristiku C-PTSD.

K zodpovězení výzkumných otázek jsem vybrala specifický design, přehledovou studii. Design přehledové studie považuji za nejvhodnější k prozkoumání a analyzování dostupných vědeckých prací, utřídění dosažených výsledků do konkrétních souborů základních charakteristik objasňujících C-PTSD. Navíc umožňuje poznatky dále srovnávat, zobecňovat nebo konkretizovat do nových hypotéz pro další výzkumné práce. V předložené práci využívám teoretických metod od obecného prozkoumání výzkumného problému až po konkrétní vymezení C-PTSD za účelem odlišit ji od jiných poruch.

Mareš (2013) pokládá přehledové studie za nesporně důležité, i když v České republice zatím stále málo používané. Doporučuje je ke zmapování dosavadního výzkumu konkrétního problému nebo vývoje v určité oblasti, jelikož velmi dobře nabízí souhrnný přehled zkoumání a podávají zprávu o stavu bádání na dané téma.

Přehledová studie je nejen bohatým zdrojem informací na dané téma, inspirací pro další výzkumy, ale i pramenem užitečných odkazů na zdrojovou literaturu. Dovoluji si proto přednést, že předkládaná práce, byť teoretická, je cenným přínosem pro vývoj oboru Trauma psychologie (nebo také

psychotraumatologie) v České republice, neboť jde o stále poměrně novou oblast zaměřenou na studium traumatu a vývoj traumatických terapeutických přístupů (APA1, 2018; Schäfer et al., 2018; Ulster University, 2019; Universität Konstanz, 2019; University of Southern Denmark, 2019; VA, 2018b; Vilnius University, 2019).

7.2 Postup získávání dat

Dokumenty a odborné texty většinou v podobně výzkumných studií, zpráv a článků, které jsem potřebovala k vypracování rigorózní práce jsem získala z největší části na internetu, z mezinárodních elektronických databází pro výzkumy a výzkumníky z oblasti psychologie, psychiatrie a medicíny. Základní soubor odborných článků jsem získala již během studia a výcviku v Trauma Center v Bostonu, které jsem absolvovala v letech 2017, 2018, 2019. Tento soubor byl základem pro mé poznání výzkumného problému i inspirací pro další vědecké bádání, jehož výsledkem je rigorózní práce.

Mezi databáze, které jsem při hledání výzkumných studií procházela, patřily: PubMed (www.ncbi.nlm.nih.gov), ScienceDirect (www.sciencedirect.com), Taylor & Francis Online (www.tandfonline.com).

Vytvořila jsem několik kategorií a seřadila je do hierarchie, čímž vznikla také osnova pro mou studii. Hlavní kategorie odpovídala Komplexnímu traumatu, následovaly podkategorie symptomatika C-PTSD, diagnostika C-PTSD, difference C-PTSD od PTSD, difference C-PTSD od Hraniční poruchy osobnosti. Vzhledem ke zúžení výzkumného problému na dětskou traumatizaci a rodinnou problematiku jsem přidala ještě podkategorie odpovídající příčinám i následkům traumatu, tedy dysfunkční rodina a nepříznivé zkušenosti z dětství.

K jednotlivým kategoriím jsem vyhledávala zdroje na základě klíčových slov, resp. sousloví. Při hledání v databázích jsem zadávala klíčová hesla anglicky, proto je dále v tabulkách „výsledků hledání v databázích“ prezentuji v přesném znění. Pro účely popisu vyhledávací strategie nyní uvádím klíčová slova v českém jazyce:

1. komplexní trauma
2. komplexní PTSD
3. symptomy komplexního traumatu

4. symptomy komplexního PTSD
5. rozdíl mezi komplexním traumatem a PTSD
6. komplexní trauma a PTSD
7. komplexní trauma a BPD
8. komplexní trauma a hraniční porucha osobnosti
9. trauma a dysfunkční rodina
10. trauma a zdraví
11. neurobiologie traumatu
12. nepříznivé zkušenosti z dětství
13. nepříznivé zkušenosti z dětství a komplexní trauma

Výběr zdrojů probíhal podle několika kritérií. Šlo o relevanci textu, aby co nejlépe odpovídal hledanému klíčovému slovníku a tématu kategorie. Dále záleželo na datu publikace a dostupnosti, přednost měly prameny s dostupným celým textem a nikoli pouze s abstraktem. V případě, že vybraný text měl v databázi dostupný pouze abstrakt, probíhalo hledání v dalších databázích. U některých zdrojů se však nepodařilo dohledat jejich plné a dostupné znění (full text, open access).

Důvodem upřednostnění dostupných článků byla cena za získaný přístup ke článku. Studium jsem ukončila promoci v roce 2007 a v současné době nemám možnost využít volného přístupu k vědeckým studiím, které jsou v databázích zpoplatněny. Vzhledem k designu práce a cenám za jednotlivé odborné články publikované v různých databázích, jsem zařadila volný přístup jako kritérium, abych udržela striktnost výběru vzorku.

Kritérium volného přístupu vedlo k vyřazení některých výzkumných prací s placeným přístupem. Náhradou však bylo intenzivní hledání na internetu, např. na google scholar. Většinu placených článků se podařilo nakonec získat, tudíž výsledná práce není hendikepována případným nedostatkem odborných zdrojů, které by mohly být vnímány jako relevantnější či kvalitnější kvůli svému placenému přístupu.

Databáze, v nichž jsem dohledávala nedostupné články:

- Academia (www.academia.edu)
- Frontiers (www.frontiersin.org)
- Google Scholar (www.scholar.google.cz)
- ResearchGate (www.researchgate.net)
- Semantic Scholar (www.semanticscholar.org)
- Wiley Online Library (onlinelibrary.wiley.com)

Výše jsem vypsala klíčová slova pro vyhledávání, která nyní doplním seznamy kritérií, podle nichž probíhal výběr vzorku vybraných zdrojů v základních databázích.

Kritéria pro zařazení publikovaných prací do vzorku zdrojů:

- práce publikované v mezinárodní elektronické databázi vědeckých článků
- práce publikované v posledních 10 letech
- práce publikované v anglickém jazyce
- práce založené na empirickém výzkumu s uvedenou metodologií
- práce v plném znění
- práce s otevřeným přístupem
- práce s plným citačním zdrojem
- práce odpovídající zadaným klíčovým slovům
- práce odpovídající určeným kategoriím výběru

Kritéria pro vyřazení publikovaných prací ze vzorku zdrojů:

- práce nevyhovující kritériím pro zařazení
- práce bez abstraktu
- práce zaměřené výhradně na asijské, africké nebo jihoamerické psychosociální kulturní podmínky nebo komunity
- práce zaměřené výhradně na veterány a válečná nebo vojenská témata
- práce věnované výhradně konkrétní traumatické události (např. Hurikán Katrína, teroristický útok 11.zářít v New Yorku, apod.)
- práce zaměřené na ne-interpersonální traumatizaci (např. přírodní katastrofy, medicínská traumata, apod.)

Na závěr musím zmínit zásadní problém v hledání zdrojů, s nímž jsem se potýkala po celou dobu. Klíčová hesla obsahují slova jako trauma a PTSD (C-PTSD, complex PTSD, complex trauma, aj.). Heslo trauma se běžně používá ve zdravotnictví ve smyslu rozsáhlého zranění či poškození organismu nejčastěji po úrazu nebo nehodě. Výsledkem byl velký objem nabídnutých prací, které se však nejčastěji týkaly PTSD nebo lékařského pojetí traumatu a nikoli C-PTSD. Prací věnovaných C-PTSD a současně vyhovujících daným kritériím bylo výrazně méně, řádově do několika málo jednotek nebo desítek (viz výsledky hledání zdrojů dále).

Zdroje byly z databází vybírány manuálně podle názvu, který obsahoval klíčová hesla, a na základě abstraktu. Tím byl vytvořen základní vzorek vybraných zdrojů.

7.3 Výsledky vyhledávání

Do databáze bylo vždy nejprve vloženo klíčové sousloví a postupně byla zadávána omezující kritéria. Prvním omezujícím kritériem bylo datum, proto sloupce „Výsledky celkem“ ukazují počet za posledních 10 let (2009-2018). Druhé omezující kritérium představovalo omezení pouze na články o výzkumu (ne přehledové studie, zprávy z konferencí apod.), odpovídá sloupcům „Výzkumné články“. Třetí omezující kritérium představoval otevřený přístup (open access, full text), odpovídá sloupcům „Otevřený přístup“. Ne všechny databáze umožňují zadávání zmíněných omezujících kritérií, proto není sloupec „Výzkumné články“ v tabulce databáze Taylor & Francis Online vyplněný.

Zdroje byly poté vybírány manuálně podle názvu, který obsahoval klíčová hesla, a na základě abstraktu, bez ohledu na otevřený přístup. Prohlédnuto bylo vždy prvních 150 článků. Tím byl vytvořen základní vzorek vybraných zdrojů uvedený v posledních sloupcích tabulek.

Během výběru základního vzorku nastalo několik výjimek. První výjimkou bylo vyhledávání v databázi Taylor & Francis Online, která nasýtla skupinu vybraných vzorků srovnatelnou s ostatními databázemi již při prvních 100 prohlédnutých výsledcích, tzn. v databázi bylo prohlédnuto vždy prvních 100 výsledků po zadání omezujících kritérií. Stejně databáze se týkala druhá výjimka,

kteřou bylo jiné časové kritérium u klíčového slova „neurobiology of trauma“, kde jsem zadala časové omezení 1999-2019. Poslední, třetí výjimka se týkala databáze ScienceDirect, kde bylo prohlédnuto prvních 100 výsledků u klíčových slov „adverse childhood experiences“ a „adverse childhood experiences and complex trauma“ ze stejného důvodu, jako u databáze Taylor & Francis Online.

Počet odkazů použitých v rigorózní práci neodpovídá tvrdému součtu zdrojů všech kategorií, protože se články objevovaly buď shodně ve dvou nebo ve všech databázích pod zadaným klíčovým heslem, nebo se objevily v rámci jedné databáze u více klíčových hesel. Dále mohly být vyřazeny články, pokud se nepodařilo dohledat verzi s otevřeným přístupem. V neposlední řadě nebyly použity články, které sice byly zařazeny do vzorku vybraných zdrojů, ale pouze na základě prostudování abstraktu a po bližším prostudování obsahu neodpovídaly výše uvedeným kritériím.

Postup a výsledky vyhledávání jsou shrnuté v tabulkách, vždy podle databáze, v níž vyhledávání zdrojů probíhalo.

Tab. 6: Výsledky hledání zdrojů na PubMed

Klíčové heslo	Výsledky Výzkumné		Otevřený přístup	Vybrané zdroje
	celkem	články		
complex trauma	21 490	21 490	7 363	1
complex PTSD	1 313	1 313	490	31
complex trauma symptoms	11 118	11 118	3 127	3
complex PTSD symptoms	872	872	314	36
difference between complex trauma and PTSD	210	210	81	21
complex trauma and PTSD	715	715	256	23
complex trauma and BPD	38	38	18	10
complex trauma and borderline personality disorder	54	54	20	13
trauma and dysfunctional family	1 614	1 614	689	12
trauma and health	97 252	97 252	34 811	10
neurobiology of trauma	2 355	2 355	1 360	8
adverse childhood experiences	1 664	1 664	681	100
adverse childhood experiences and complex trauma	49	49	16	16

Tab. 7: Výsledky hledání zdrojů na Taylor & Francis Online

Klíčové heslo	Výsledky Výzkumné		Otevřený přístup	Vybrané zdroje
	celkem	články		
complex trauma	49 609	—	4 376	28
complex PTSD	5 009	—	672	30
complex trauma symptoms	19 238	—	1 843	33
complex PTSD symptoms	4 71	—	585	34
difference between complex trauma and PTSD	1 561	—	265	8
complex trauma and PTSD	3 284	—	510	38
complex trauma and BPD	299	—	60	10
complex trauma and borderline personality disorder	1 024	—	140	8
trauma and dysfunctional family	2 038	—	193	12
trauma and health	72	—	4	13
neurobiology of trauma (1999-2019)	34	—	1	6
adverse childhood experiences	37 365	—	4 349	59
adverse childhood experiences and complex trauma	1 443	—	194	18

Tab. 8: Výsledky hledání zdrojů na ScienceDirect

Klíčové heslo	Výsledky Výzkumné		Otevřený přístup	Vybrané zdroje
	celkem	články		
complex trauma	86 481	39 370	5 269	9
complex PTSD	7 998	4 069	349	12
complex trauma symptoms	40 715	15 189	1 913	31
complex PTSD symptoms	6 654	3 369	272	23
difference between complex trauma and PTSD	4 080	2 206	195	7
complex trauma and PTSD	4 947	2 509	217	7
complex trauma and BPD	675	267	28	11
complex trauma and borderline personality disorder	1 487	603	45	7
trauma and dysfunctional family	3 916	1 396	176	10
complex trauma and health	46 781	21 865	2 818	10
neurobiology of trauma	4 522	2 011	233	25

adverse childhood experiences	26 188	11 889	1 348	78
adverse childhood experiences and complex trauma	4 909	1 494	139	53

7.4 Postup zpracování

Ve své práci se zaměřuji na analýzu zahraničních vědeckých výstupů. Zpracovávám rozsáhlý soubor vědeckých prací na jednotlivá témata, jež odpovídají výzkumným otázkám definovaným výše. Vzhledem ke stanoveným cílům třídím jednotlivé zdroje do větších shluků, abych dospěla k závěrům a odpovědím na výzkumné otázky. Poznatky z prostudovaných vědeckých prací porovnávám a docházím k závěrům, které prezentuji v jednotlivých kapitolách.

Pro zpracování mé studie využívám teoretické postupy vědecké práce. Zvolila jsem analyticko-syntetický poznávací postup. Hlavní použitou metodou je analýza dokumentů, kdy jsem zkoumala a porovnávala výsledky zahraničních studií za účelem získání celistvého pohledu na C-PTSD. Induktivní analýzou jsem zkoumala jednotlivé výzkumné výstupy realizovaných studií. Abdukce vedla k získání relevantních dat z odborných článků. Komparace pomohla porovnat a vyhodnotit data. Z většího počtu dat jsem následně formulovala závěry.

Jinými slovy nejprve jsem identifikovala jednotlivé složky tématu, důkladně je prozkoumala, opět spojila jednotlivé části a formulovala své zjištění. Během celého postupu byla užita systémová analýza, která dovoluje zkoumat, popsat a pochopit výzkumný problém.

Zpracování přehledové studie probíhalo ve 4 fázích:

1. příprava zdrojů
2. analýza zdrojů
3. syntéza poznatků
4. formulování závěrů

Studium zahraničních odborných textů vedlo k jejich porovnávání, zpracování a interpretaci odpovídající stanoveným výzkumným otázkám. Nejprve byl každý zdroj posouzen, zda je či není relevantní pro rigorózní práci, zda je aktuální a dále zda se jedná o kvalitní zdroj. Krčál (2017) uvádí jako indikátory

kvality článků dostatečné literární rešerše spolu s popisem metodického postupu prezentovaných v článku, případně citování článku dalšími autory.

Vybrané zdroje byly zpracovávány na základě kritérií pro zařazení do přehledové studie. Následně jsem mohla postoupit k další fázi, tj. objevit a extrahovat podstatné informace, které byly dále analyzované, příp. interpretované a sumarizované do koherentního celku.

Vypracování předložené práce probíhalo cyklicky v rámci několika etap. Po úvodní etapě, kdy jsem odvodila výzkumné cíle a otázky jsem zahájila první etapu, vymezení jednotlivých shluků, podle kterých následovalo vyhledávání zdrojů. Druhou etapou byla analýza výzkumných studií a vědeckých výstupů podle jednotlivých roztríděných shluků, které odpovídaly výzkumným otázkám. Třetí etapou bylo sjednocování jednotlivých poznatků a nacházení souvislostí. Čtvrtou etapou bylo již formulování závěrů a vytvoření ucelené logické studie.

V neposlední řadě celá práce prošla několika cykly úprav, během nichž docházelo ke kontrole koherence jednotlivých kapitol i studie jako celku. Některé kapitoly byly zcela odstraněny, neboť již přesahovaly rámec rigorózní práce, který jsem si stanovila na začátku. Šlo především o část práce věnované léčbě C-PTSD, práci s klientem, nárokům na psychologa a maladaptivním copingovým strategiím.

Během celé práce probíhal rešeršní proces, tzn. že jsem zkoumané zdroje doplňovala odbornými články, kterými jsem ověřovala teoretický základ vědeckých studií. Rešerši lze rozlišit na dva základní druhy. Prvním z nich je orientace v literatuře, která v podstatě odpovídá teoretické části odborných prací a poskytuje teoretický základ pro praktickou část, tj. výzkum. Druhým typem rešerše je rešerše jako samostatný výzkum ve smyslu analýzy dokumentů (Krčál, 2017).

Rešerše jako výzkumný proces klade nároky na důkladné a systematické zkoumání souboru znalostí. Prokazuje schopnost rozlišit mezi názorem, teorií a empiricky prokázanými skutečnostmi (Levy & Ellis, 2006). Rešeršní proces sleduje několik kroků. Podle Krčála (2017) jde o určení tématu, vyhledání vědeckých studií, analyzování vyhledaných prací, vytvoření rešerše. Levy & Ellis (2006) popisují proces konkrétněji jako sběr zdrojové literatury, její poznání, porozumění, použití, analýzu, syntetizaci a hodnocení. Výsledkem odborné práce s použitím

literární rešerše jako výzkumné metody by mělo být obohacení dosavadních znalostí o daném tématu nebo dané oblasti či dokonce celého oboru.

Hlavní problém, s nímž jsem se potýkala, současně vnímám i jako hlavní argument pro design rigorózní práce. Komplexní téma je dosud málo probádanou oblastí, proto jsem se snažila zmapovat dosavadní znalosti v oblasti traumatické psychopatologie zaměřené na C-PTSD. V České republice se jedná o první práci na toto téma.

Výsledná struktura rigorózní práce

Tematicky jsem práci ukotvila na analýze stresu, jeho transformaci na traumatický stres a vlivu na zdraví člověka, zejména na mozek. Cílem bylo porozumět rozsáhlému negativnímu dopadu traumatu, což naplňuje první část práce, která je současně základem pro studium hlavního tématu.

Další část rigorózní práce se zaměřuje na samotný profil komplexního traumatu, následovaný diferencováním od PTSD a BPD. Analýza vědeckých prací vedla kromě symptomatického profilu a hlavních rozdílů také k vyřídění druhotných charakteristických znaků odlišujících C-PTSD od dvou uvedených poruch. Jde o překrývající se oblasti C-PTSD a PTSD, C-PTSD a BPD, v nichž jsem se zaměřila na zkoumání rozdílů v těchto oblastech. Získané poznatky mají usnadnit rozlišení poruch.

Metody použité výzkumnými týmy

V oblasti traumatu byly v posledních letech vyvinuty nástroje pro hodnocení symptomů PTSD a disociací. Setkala jsem se s nimi ve většině zdrojů, které jsem analyzovala, např.: CAPS (Clinician-Administered PTSD Scale) nebo PDS (Posttraumatic Stress Diagnostic Scale), které měří posttraumatické symptomy. SIDES (Structured Interview for Disorders of Extreme Stress) vyvinutý pro měření poruch extrémního stresu pro potřeby testování pro DSM-IV. Lifetime traumatic exposure pro screening traumatických událostí v životě člověka. ITQ (International Trauma Questionnaire) pro měření symptomů PTSD a C-PTSD podle MKN-11. TSI (Trauma Symptom Inventory) měří symptomy, resp. dopad traumatických událostí na vnímání sebe a vztahy s druhými: úzkost, deprese, podrážděnost,

znovuprožívání, vyhýbání, disociace, sexuální obavy, dysfunkční sexuální chování, narušené sebevědomí a chování při snižování napětí.

Některé výzkumy používaly větší testovací baterie, jejíž součástí byly metody pro zkoumání afektivních poruch, resp. potíží s regulací emocí, např. BDI (Beckův inventář deprese) nebo Anger Expression Inventory (inventář projevu vzteku).

Statistické metody LPA, LCA, CFA

Výzkumné týmy dále používaly metody latentní analýzy, které tvořily hlavní nástroj empirické podpory pro platnost C-PTSD (Hyland et al., 2018).

Analýza latentního profilu (latent profile analysis, LPA) je zacílená na objevení skrytých skupin v pozorovaných proměnných, a to zejména v případě velké skupiny podobných kontinuálních proměnných. LPA pomáhá vyčlenit několik podskupin a tím redukovat původní velké množství proměnných. Analýza je natolik flexibilní, že může být upravena v závislosti na kontextu a vlastnostech sledovaného vzorku (Stanley, Kellermanns & Zellweger, 2017). Výzkumná technika je vhodná např. pro studium různých výsledků léčby na pacienty (Oberski, 2016), jelikož dokáže identifikovat vztahy mezi třemi nebo více proměnnými a současně udržet objektivitu a rigoróznost měření (Stanley et al., 2017).

Podobně analýza latentních tříd (latent class analysis, LCA) redukuje velké množství kategorických proměnných na několik podskupin. LCA je vhodná na diferenciaci pozorovaných případů do vzájemně se vylučujících skupin. Jednotlivé skupiny se tedy vzájemně liší, jsou na sobě nezávislé a nejsou mezi sebou propojeny (Oberski, 2016).

Vedle uvedených latentních analýz byla používaná konfirmační faktorová analýza (confirmatory factor analysis, CFA). Jde o multivariační metodu zaměřenou na sledování a analýzu více proměnných ve vzorku (Hoyle, 2004), je tudíž vhodná pro vzorky s více proměnnými se společnou příčinou. CFA je možné použít na základě již ověřené struktury (Brown & Moore, 2012), např. pomocí latentních analýz.

Obě latentní analýzy (LPA a LCA) patří k technikám studujícím modelové kombinované směsice a jsou vhodné pro analýzu experimentálních dat, obzvláště

v případě experimentů s lidmi (Oberski, 2016). Analýzy byly výzkumníky používány za účelem stanovit symptomatický profil C-PTSD. CFA byla použita na prozkoumání konstrukční validity C-PTSD. Dalším cílem bylo rozlišit C-PTSD od PTSD, případně BPD.

Metody použité vědeckými týmy, jejichž práce analyzuji, uvádím zde, jelikož je zmiňuji ve druhé polovině práce.

8 Komplexní trauma

Komplexní trauma je nově začleněná oficiální diagnóza uvedená v aktualizované MKN-11 v kategorii „Poruchy spojené se stresem“ vedle PTSD s přiřazeným kódem 6B41 (WHO, 2018). Aktualizované vydání MKN-11 publikovala WHO dne 18. června 2018, na český překlad se čeká. MKN-11 vstoupí v platnost dne 1. ledna 2022 (Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2019), což podtrhuje důležitost a aktuálnost předkládané práce se záměrem prozkoumat novou diagnózu.

DSM-IV (APA2, 2000) definoval C-PTSD jako Nespecifikovanou poruchu extrémního stresu (Disorder of extreme stress not otherwise specified, DESNOS), ale pouze jako přidruženou PTSD (Cloitre et al., 2009; Courtois, 2004; Knefel et al., 2018). V nové verzi, tedy v DSM-5 (APA2, 2015), byly traumatické poruchy odděleny od úzkostných a byla jim přidělena vlastní skupina, vznikla zcela nová kapitola „Traumatické poruchy a poruchy spojené se stresem“. Velká část symptomů komplexního traumatu byla nicméně zahrnuta do diagnózy PTSD pod souhrnným označením „negativní změny nálady a kognice“, případně přidána mezi arousal symptomy, tedy do skupiny vzrušivost a reaktivita (Loewenstein & Brand, 2014).

Nezařazení C-PTSD mezi traumatické poruchy v DSM-5 bylo zdůvodněno nízkou prevalencí a nedostatečnou empirickou podporou pro samostatnou poruchu, zejména co se týká definice a vyhraněnosti vůči PTSD. C-PTSD údajně jasně nepředstavuje samostatný konstrukt, místo toho může být považováno za jinou formu či podtyp PTSD (Resick et al., 2012).

Knefel & Lueger-Schuster (2013) naopak považují C-PTSD za vážnější poruchu v porovnání s PTSD. Vnímají dokonce C-PTSD jako nadřazenou PTSD a argumentují, že C-PTSD obsahuje kritéria PTSD a k nim další, specifická právě pro C-PTSD.

Na problém nesourodosti ve vymezení traumatických poruch v diagnostických zdrojích, MKN-11 a DSM-5, který přenáší zmatek do celé oblasti traumatu, jsem blíže poukázala v kapitole 5.

8.1 Hlavní důvody pro uznání C-PTSD

Psychologické problémy klientů s C-PTSD přesahují problémy obsažené v diagnóze PTSD (Cloitre et al., 2009; Cook et al., 2005; Courtois, 2004; Dyer et al., 2009; Herman, 1992; Herman, 2012). Traumatizovaní lidé získávají kromě PTSD další diagnózy, nejčastěji deprese, úzkostná porucha (D'Andrea et al., 2012; Courtois, 2004; Luoni et al., 2018; McLaughlin et al., 2012; Oldehinkel & Ormel, 2015; Quarantini et al., 2009), porucha příjmu potravy (Anda et al., 2006; Guillaume et al., 2016; Chrousos, 2009; Nemeroff, 2016; Tagay, Schlottbohm, Reyes-Rodriguez, Repic & Senf, 2014), zneužívání návykových látek (Anda et al., 2006; Courtois, 2004; McLaughlin et al., 2012; Luoni et al., 2018), porucha osobnosti (Herman, 2015; Luoni et al., 2018). U dětí porucha opozičního vzdoru, ADHD, porucha chování (D'Andrea et al., 2012; Luoni et al., 2018; McLaughlin et al., 2012; Oldehinkel & Ormel, 2015).

Nezbytnost rozšířit PTSD a obsáhnout širší spektrum problémů bylo podnětem k prosazení C-PTSD. Podstata C-PTSD ve zkratce spočívá v maladaptivních, dlouhodobých a multidimenzionálních následcích chronické traumatizace, která má svůj počátek v raném dětství (Cook et al., 2005; Herman, 1992; Sar, 2011; Shonkoff et al., 2012; van der Kolk, 2005). I proto je možné se setkat s označením vývojově nepříznivé interpersonální trauma (Ford & Courtois, 2014).

Zdroj C-PTSD je spojován s dlouhodobou a opakovanou traumatizací se začátkem v dětství (WHO, 2018). Prevalence C-PTSD je vysoká, vzhledem k mnohočetné traumatizaci mezi psychologickými klienty a pacienty. Odborníci potvrzují, že klienti mívají více než jednu traumatickou zkušenost v anamnéze (Berzenski & Yates, 2011; Centers for Disease Control and Prevention, dále CDC, 2019; Cloitre et al., 2013; Gamache Martin et al., 2016; Karatzias et al., 2017; Knefel & Lueger-Schuster, 2013; Luoni et al., 2018; Merrick, Ford, Ports & Guinn, 2018; van der Kolk, 2005; Turner, Finkelhor & Ormod, 2010).

Patrně k nejčastěji citovaným výzkumům zaměřených na prevalenci se řadí tzv. ACE studie (adverse childhood experiences, nepříznivé zkušenosti z dětství). Studie typu ACE zkoumají dotazníkovou formou různé druhy interpersonální traumatizace a dopad na zdraví i kvalitu života. Informace o základní a první ACE studii jsem zařadila jako přílohu č. 3.

Přehled prevalence vícečetné opakované traumatizace připojuji v tabulce 9 níže. Výzkumy jsou seřazené sestupně podle roku výzkumné zprávy a jména. Tabulka prezentuje procentuální výskyt traumatických zkušeností u dospělých i dětí. Sloupec „Trauma skupina“ udává procento traumatizovaných v celkovém vzorku, sloupec „2 a více traumat“ udává výskyt mnohočetné traumatizace. Poslední sloupec „Průměrný výskyt“ udává průměrný počet traumatizací vzorku. Všechny studie se věnovaly interpersonálním typům traumatizace. V přehledu nejsou vyplněné pouze údaje, které nebyly ve zprávě uvedeny.

Tab. 9: Přehled výzkumů potvrzujících prevalenci mnohočetné traumatizace

Výzkum	Lokace výzkumu	Velikost vzorku	Věk vzorku	Trauma skupina	2 a více traumat	Průměrný výskyt
Frost, Hyland, Shevlin & Murphy, 2018	USA	956	42 (průměr)	96 %	84 %	—
Merrick et al., 2018	USA	214 157	18 a více	62 %	38 %	3
Luoni et al., 2018	Itálie	107	12 – 18	45 %	34 %	—
Karatzias et al., 2017	Skotsko	193	41 (průměr)	78 %	72 %	5
Gamache Martin et al., 2016	USA	806	17 – 19	62 %	60 %	—
Knefel & Lueger-Schuster, 2013	Rakousko	229	24 – 80	100 %	87 %	—
McLaughlin et al., 2012	USA	6 483	13 – 17	58 %	60 %	3
Turner et al., 2010	USA	4 053	2 - 17	80 %	66 %	—
Luthra et al., 2009	USA	157	8 – 17	88 %	—	3
Cloitre et., 2009 – děti	USA	152	10 (průměr)	100 %	81 %	3
Cloitre et., 2009 – ženy	USA	582	36 (průměr)	100 %	64 %	4
Anda et al., 2006	USA	17 337	18 a více	64 %	38 %	—

V přehledu jsou evidentní rozdíly ve výsledcích. Důvodem je stavba zkoumaného vzorku, např. do jaké míry byl náhodný nebo cílený.

Příkladem cíleného vzorku je výzkum Cloitre et al. (2009), kteří zkoumali dvě traumatizované skupiny, děti a dospělé ženy. Potvrdili nejen kumulativní

tendenci traumatu v průběhu života, ale navíc jeho aditivní účinek na rozvoj rozsáhlé symptomatiky.

Velký výskyt traumatizace zjistil tým Turner et al. (2010), který realizoval telefonický průzkum orientovaný na děti a adolescenty, přičemž za děti mladší 10 let odpovídal rodič nebo opatrovník. Tato studie je výjimečná vysokými počty traumatizací, které u 10% dětí přesahovaly 11 různých typů traumatických zkušeností. Podobně vysokou prevalenci vykázal výzkum Luthra et al. (2009), i když neuvádí procento vícečetné traumatizace, pouze dosažený průměr počtu různých typů traumatizací v době měření. Vysoká prevalence odpovídá rodinám, které aktivně hledali pomoc v psychologicko-psychiatrických zařízeních.

Naopak novější studie Luoni et al. (2018) se zaměřila na adolescenty, kteří byli odesláni na univerzitní neuropsychiatrické oddělení kvůli vyšetření. V porovnání s ostatními vzorky dětí/adolescentů je prevalence poloviční. Výsledek však mohl být ovlivněn skutečností, že se jednalo výhradně o vzorek s traumatickou historií již potvrzenou soudními orgány.

Zbývající dva vzorky adolescentů (Gamache Martin et al., 2016 a McLaughlin et al., 2012) jsou velmi podobné. Vzorky obou týmů byly rekrutovány z prostředí škol a byly podmíněné souhlasem rodičů, u McLaughlin et al. šlo dokonce o zkoumání 6483 dvojic adolescent-rodič. Oba vzorky se nachází uprostřed rozhraní prevalence zjištěné ostatními výzkumy. Vysvětlením může být ochota rodičů zapojit se nebo možnost odmítnout účast na výzkumu, což by vedlo k podhodnocení výsledků.

Nejvýraznější dospělý vzorek týmu Knefel & Lueger-Schuster (2013) vykazuje cílenou skupinu, v níž byli všichni účastníci výzkumu traumatizováni, přesněji měli minimálně jednu traumatickou zkušenost. Vzorek tvořili oběti institucionálního týrání zahrnuté do procesu komisního posouzení kvůli odškodnění. Podobně výrazné hodnoty vykazuje další cílený vzorek zaměřený na sexuální trauma, který zkoumal tým Forst et al. (2018), aby ověřil souvislost mezi sexuálním traumatem, BPD a traumatickými poruchami.

Karatzias et al. (2017) uvádí přehledy pouze pro jednorázovou traumatizaci a poté až 3 a více traumatických zkušeností. Jelikož vzorek tvořili pacienti odeslaní na terapii do traumatického centra lékařem, psychiatrem nebo psychologem, lze předpokládat, že čísla v přehledu z uvedených důvodů nejsou

přesná a jsou ještě vyšší, čímž mohou být srovnatelná s Knepel & Lueger-Schuster (2013).

Nejvíce vypovídající mohou být výsledky největšího vzorku týmu Merrick et al. (2018), který realizoval telefonický průzkum diverzifikovaného vzorku. Předpokládám, že chronicky traumatizovaní jedinci mohli snadno odmítnou účast. Proto je třeba vnímat výsledky průzkumu jako podhodnocené. Podobným rozsáhlým výzkumem typu ACE studie je také práce týmu Anda et al. (2006). Je zajímavé, že oba uvedené výzkumy vykazují stejné výsledky, a to dokonce v rozsahu více než 10 let.

Shodný závěr platný pro všechny uvedené výzkumné práce potvrzuje opakovaný výskyt dalších traumatických zkušeností u traumatizované části populace, zejména pak v dětském věku.

8.2 Specifikace diagnózy Komplexní trauma

Diagnóza byla konceptualizovaná již roku 1992 Judith Herman a od té doby byla neoficiálně používaná trauma psychology, psychiatry a terapeutů. Byly realizovány výzkumy zkoumající C-PTSD, resp. oprávněnost diagnózy nejčastěji z pohledu dostatečné vymezenosti od jiných poruch, zejména PTSD nebo hraniční poruchy osobnosti. Výzkumy se zaměřily také na ověření symptomů a vedly mimo jiné k vývoji psychologické léčby C-PTSD u dětských i dospělých pacientů.

Komplexní trauma má své kořeny v dětství, ale jedná se o diagnózu pro dospělé pacienty. Pro dětské pacienty je navržena diagnóza vývojové trauma, která je však dosud neoficiální, tzn. není schválena a uvedena v MKN-11 ani DSM-5. U dětských klientů se proto v odborných kruzích používají varianty jako vývojové trauma (Courtois & Ford, 2014; van der Kolk, 2005), komplexní vývojové trauma (Purvis et al., 2013), přičemž jde stále o C-PTSD, avšak její dětskou verzi.

C-PTSD je následkem opakované a/nebo dlouhodobé traumatické zkušenosti typu fyzického, sexuálního, psychického zneužívání či týrání, zanedbávání, opuštění či ztráty rodiče nebo jiného důležitého dospělého člověka v roli pečovatele (Cloitre et al., 2009; Karatzias et al., 2017; Luoni et al., 2018). Zejména pokud k traumatickým zkušenostem došlo během vývojově citlivých období jako je rané dětství či dospívání. Čím nižší je věk člověka na začátku

výskytu traumatizace v životě člověka, tím vyšší je pravděpodobnost rozvoje C-PTSD (Knefel et al., 2018; van der Kolk et al., 2005).

V souvislosti s C-PTSD se objevuje pojetí zrádného traumatu, u něhož je zdůrazňovaný faktor zrady (Dockler & Mueller, 2017). Zrádné trauma je spojováno s rodinnými a blízkými vztahy (Gamache Martin et al., 2016; Yalch & Levendosky, 2019). Ve vztahu s blízkou, pečující osobou hraje důležitou roli důvěra, která je traumatem zneužitá a zničená (Herman, 2015). Traumatizovaný člověk se cítí zrazený, zlomený, ohrožený, neboť plně spoléhal na pomoc, ochranu blízké osoby, která měla zajistit bezpečí, podporu, lásku a péči (Cook et al., 2005).

Rozsah zrady se liší u jednotlivých traumat (Gamache Martin et al., 2016; Yalch & Levendosky, 2019). Nejvyšší míra zrady je spojena s případy sexuálního a fyzického násilí spáchaného blízkou osobou (Herman, 2015). Střední rozsah zrady je přisuzován tzv. institucionální traumatizaci, kdy měla instituce zajistit bezpečné prostředí a eliminovat nebezpečná rizika, ale selhala, neučinila tak nebo umožnila, aby docházelo k traumatizaci. Střední míra zrady stále odpovídá interpersonální traumatizaci, ale bez blízké, osobní vazby pachatele k oběti. Nejnižší, minimální míra zrady je spojena s případy situačního traumatu, např. dopravní nebo přírodní neštěstí (Dockler & Mueller, 2017; Yalch & Levendosky, 2019).

C-PTSD může pramenit také z četných traumatických zkušeností během života člověka (Herman, 2015; Karatzias, Hyland, Menachem & Shevlin, 2018; Palic et al., 2016; van der Kolk et al., 2005; WHO, 2018), tedy z prožití opakovaných i jednotlivých traumat, k nimž došlo v interpersonální interakci zasazené do nejrůznějších typů prostředí. Předpokladem je, že sled jednotlivých traumat byl natolik těžký a zásadní, že vedl ke změnám v osobnosti (Courtois, 2004), a to bez ohledu na to, kdy v životě člověka k těmto traumatickým událostem došlo (Herman, 2015; Palic et al., 2016).

Zásadním rizikovým faktorem je obtížnost až nemožnost svobodně odejít z traumatizujícího vztahu (Hyland et al., 2018), případně ovlivnit nebo změnit nepříznivé podmínky (WHO, 2018). Mezi zmíněné vztahy a podmínky patří např. domácí násilí, sexuální obchodování, obchod s lidmi, sekta, mučení, genocida, otroctví, resp. děsivé zkušenosti bez možnosti úniku způsobených omezením, ať

už psychologickým nebo fyzickým (Cloitre et al., 2009; Courtois, 2004; Herman, 1992; Loewenstein & Brand, 2014; WHO, 2018).

Civilní forma zajetí nabývá běžnou, společenskou normu partnerského vztahu nebo rodiny, např. jde o násilnický vztah typu partnerského/domácího násilí nebo dysfunkční rodinu, což v některých případech činí problém obtížně identifikovatelný (Herman, 2015). Van der Kolk (2006) dodává, že uvedené traumatické podmínky vedou k rozvoji mechanické poslušnosti a rezigované submise, kterou Krystal (1978, in Herman, 2015) označuje jako robotizaci.

Traumatický vztah může být osobní, tj. intimní, romantický, sexuální, rodinný vztah, nebo neosobní, tj. veřejný, politický, válečný, apod. (Courtois, 2004; Herman, 2015). Vztah oběti a pachatele je vždy specifický kontrolou, majetnictvím, podřízeností, nátlakem a donucováním, ať už se jedná o fyzické, psychické, ekonomické, sociální donucovací prostředky nebo jejich kombinaci (Cook et al., 2005; Herman, 1992; Herman, 2015; Loewenstein & Brand, 2014).

Jak je vidět, C-PTSD se dotýká široké oblasti bez časového nebo věkového limitu, čemuž odpovídá pojem celoživotní trauma (Cloitre et al., 2009). C-PTSD klade důraz na kontext, v němž se traumatizace odvíjela nebo odvíjí a současně vyzdvihuje dopad traumatizace, včetně vlivu na rozvoj rizikového chování nebo rizika reviktimizace (Cruise & Ford, 2011; Herman, 2015; Musicaro et al., 2017). Přesto platí, že pokud traumatizaci v dospělosti předcházelo trauma v dětství, roste riziko rozvoje C-PTSD exponenciálně (CDC, 2019; Karatzias et al., 2017).

Většina traumatických zkušeností, které vedou k rozvoji C-PTSD, představuje typ prožitků s tendencí je potlačit, zapomenout nebo alespoň utajit před okolím (Anda et al., 2006; Herman, 2015). Vliv má tudíž i faktor tabuizace, kdy je problém skrýván jako tajemství, o němž se nemluví. Navíc bývá spojený s pocity viny, studu nebo zrady, jako je tomu např. v případech sexuálního zneužívání (Gamache Martin et al., 2016; Herman, 2015). Traumatizaci pak doprovází narůstající vnitřní konflikt mezi láskou a nenávistí, loajalitou a sebezáchováním, který zdánlivě nemá řešení (Herman, 2015; Lyons-Ruth & Jacobvitz, 1999).

Problém je patrný v blízkém vztahu, kdy je pachatelem člověk, který je současně milován, nebo v prostředí zajišťujícím péči, kdy je oběť na agresorovi závislá (dětské domovy, domovy seniorů, apod.) (Herman, 2015; Lyons-Ruth &

Jacobvitz, 1999). Situaci komplikuje osobní vztah k agresorovi, v případě rodinného nebo náhradního prostředí pak společensky přisuzovaná role coby zdroje pomoci, péče, bezpečí a stability (Courtois, 2004; Luoni et al., 2018; Purvis et al., 2013).

8.3 Komorbidita versus symptomatický profil

Příliš široký symptomatický profil může vyvolat otázku, zda se nejedná pouze o komorbiditu. Komorbidita označuje současný výskyt více poruch či nemocí (APA1, 2019) a v praxi je častá právě u PTSD, jak jsem zmiňovala výše.

Klíčovým rozdílem je, že komorbidita předpokládá jiný zdroj potíží, zatímco C-PTSD spojuje všechny přítomné problémy s jejich zdrojem v prožitě dlouhodobé traumatizaci (Anda et al., 2006; Cloitre et al., 2009; Courtois, 2004). U traumatizovaných lidí se objevuje rozsáhlá přítomnost problémů způsobených traumatem, které nejsou zahrnuté v diagnóze PTSD (Cook et al., 2005; Courtois, 2004). Herman (2012) mluví o heterogenitě adaptace na trauma, čímž poukazuje na společnou etiopatogenezi problémů – traumatizace v historii klienta, které ústí do jediné diagnózy – C-PTSD. Podtrhuje tak potřebu nové, samostatné diagnózy a tím rozšíření spektra traumatických poruch.

C-PTSD pomáhá porozumět rozsáhlým problémům a vnímat je jako projevy jediné diagnózy, i když s četnou symptomatikou. Tím lze snížit také riziko předčasně ukončené léčby a naopak chápat potřebu dlouhodobé terapie, kterou C-PTSD vyžaduje (Cloitre et al., 2011; Cloitre et al., 2013; Courtois, 2004; Herman, 2015; Karatzias et al., 2017; Loewenstein & Brand, 2014; Vermetten & Spiegel, 2014).

Symptomatický profil C-PTSD je sice rozsáhlý, ale se zdrojem příznaků na psychologické úrovni v traumatické historii a na biologické úrovni v hlubších mozkových centrech (Herman, 2015; Perry, 2009). Trvalé změny či poškození lze rozčlenit do sedmi oblastí (Anda et al., 2006; Cook et al., 2005; D'Andrea et al., 2012; Ford et al., 2006; Herman, 1992; Herman, 2015; Loewenstein & Brand, 2014; van der Kolk et al., 2005):

1. Emocionální regulace

- a) zvládání emocí
- b) zvládání vzteku
- c) problémy prožívat emoce
- d) obtíže označit a vyjádřit pocity
- e) obtíže komunikovat přání a potřeby

2. Vědomí a pozornost

- a) potíže se soustředěním a pozorností
- b) poruchy pozornosti
- c) potíže s exekutivními funkcemi
- d) problémy se zpracováním nových informací
- e) problém soustředit se a dokončit úkol
- f) problémy s objektovou stálostí
- g) potíže s plánováním a předvídáním
- h) problém s porozuměním odpovědnosti
- i) problémy s učením
- j) problémy s rozvojem jazyka
- k) problémy s orientací v čase a prostoru
- l) limitované vyhlídky a negativní vnímání budoucnosti

3. Sebepojetí

- a) zdeformované vnímání sebe sama
- b) špatný pocit samostatnosti
- c) poruchy obrazu těla
- d) nízké sebevědomí
- e) pocit viny a studu
- f) pocit neschopnosti
- g) pocit poškození
- h) sebenenávist
- i) osamělost
- j) bezmoc a zoufalství

4. Vztahy

- a) problémy s hranicemi
- b) slabé sociální dovednosti
- c) potíže naladit se na emocionální stavy druhých lidí
- d) sociální izolace, odcizení
- e) pocit ohrožení
- f) neschopnost důvěřovat
- g) podezíravost
- h) nesnášenlivost
- i) opakování traumatických stresových vzorců
- j) přenos traumatizace
- k) reviktimizace

5. Somatizace

- a) senzomotorické vývojové problémy
- b) analgezie (neschopnost cítit bolest)
- c) problémy s koordinací, rovnováhou, tělesným tonusem
- d) pseudo-záchvaty
- e) astma
- f) zažívací potíže
- g) chronická bolest
- h) autoimunitní poruchy
- i) kožní problémy
- j) kardiopulmonální symptomy
- k) bolesti v oblasti pánve

6. Disociace

- a) výrazné změny ve stavech vědomí
- b) amnézie
- c) popírání
- d) disociativní epizody
- e) depersonalizace
- f) derealizace
- g) dva nebo více zřetelných stavů vědomí
- h) poruchy paměti

7. Chování

- a) špatná modulace impulzů
- b) suicidální tendence
- c) sebedestruktivní chování
- d) nadměrné riskování
- e) opoziční chování
- f) potíže chápat a dodržovat pravidla
- g) sexuální dysregulace
- h) impulzivní chování
- i) agrese vůči druhým
- j) patologické uklidňující chování
- k) užívání návykových látek
- l) spánkové problémy
- m) poruchy příjmu potravy
- n) rekonstrukce traumatu v chování nebo hře (sexuální, agresivní, aj.)

Množství různých skupin symptomů, jež se v klinickém rozsahu vyskytují současně (Briere, Kaltman & Green, 2008) nejlépe definuje výrazná, komplexní symptomatika C-PTSD (van der Kolk, 2005).

Opakovaná, dlouhodobá traumatizace má zničující vliv na pocit bezpečí, schopnost důvěřovat druhým i sebehodnotu (Courtois, 2004; D'Andrea et al., 2012; Herman, 2015; van der Kolk et al., 2005). Oběti se cítí k ničemu, zbytečné,

nedůležité. Mají pocit, že nikomu nezáleží na jejich potřebách (Herman, 2015). Převládá pocit ztráty kontroly (Knefel et al., 2018). Traumatizovaní se cítí neustále ohrožení a nejsou schopní někomu věřit. Následné problémy s chováním D'Andrea et al. (2012) vysvětluje jako reakci na emocionální přetížení a současně jako snahu rozptýlit, zeslabit nebo se vzpamatovat z intenzivně nepříjemných emocionálních stavů. Není ani výjimkou, že traumatizovaní lidé zažívají reviktimizaci (Courtois, 2004; D'Andrea et al., 2012; Musicaro et al., 2017), což jen prohlubuje celý problém a jejich pocit ohrožení, osamělosti a bezvýznamnosti (Herman, 2015).

Porucha má dalekosáhlé následky s negativním dopadem na celou společnost a lze ji dosledovat a spojit se sociálními problémy jako např. rozpad rodiny, dysfunkčnost rodiny, nárůst násilí a kriminality, problémy ve vzdělávání, výchově a vývoji dětí (CDC, 2019; D'Andrea et al., 2012; Cruise & Ford, 2011; Musicaro et al., 2017).

U dětských i dospělých klientů se objevují dlouhodobé problémy s pozorností, seberegulací, vztahy s druhými lidmi, vnímáním sebe sama (Cook et al., 2005; Courtois, 2004; Ford et al., 2006; Knefel et al., 2018; Lyons-Ruth & Jacobvitz, 1999), spolu se zdravotními a psychickými problémy již uvedenými výše.

9 Diagnostická kritéria pro komplexní trauma

Správná diagnostika zabrání kumulaci nejrůznějších diagnóz, které mohou stigmatizovat pacienta nebo dokonce vést k chybné léčbě (Cloitre et al., 2009; D'Andrea et al., Dreher, 2017; 2012; Herman, 1992; Herman, 2015). Správná diagnóza je také předpokladem rozvoje účinných terapeutických postupů, metod i přístupu k pacientovi (Cloitre et al., 2009; D'Andrea et al., 2012; Ford & Courtois, 2014; Karatzias et al., 2017). Cloitre et al. (2013) proto vyzdvihuje znalost správné diagnózy, která zajistí volbu vhodné léčby a práce s klientem.

Hlavní příčinou rozvoje C-PTSD je traumatická zkušenost. MKN-11 traumatizaci definuje jako expozici události nebo sérii událostí, které jsou svou povahou mimořádně ohrožující nebo hrozivé. Nejčastěji se jedná o dlouhodobé nebo opakující se situace, ze kterých je obtížný nebo nemožný únik (WHO, 2018). C-PTSD je následně určena na základě symptomatického profilu (Cloitre et al., 2013; Elkit et al., 2014; Maercker et al., 2013).

Diagnostická kritéria, která definují skupiny symptomů pro C-PTSD podle definice MKN-11, jsem uvedla v kapitole 5. Nyní uvedu bližší popis kritérií specifických pro C-PTSD, kterými jsou emocionální dysregulace, negativní sebepojetí, narušené vztahy.

Shevlin et al., (2018) uvádí, že aktuální snahou je usměrnit výčet symptomů jednotlivých diagnostických kritérií, striktně vymežit co nejmenší a současně nej přesnější výčet symptomů, které pomohou stanovit diagnózu. Výsledkem by měly být 2 hlavní symptomy v každé skupině diagnostických kritérií. Jelikož dosud nebylo definitivně určeno, které symptomy budou vybrány jako nejvýstižnější indikátory jednotlivých kritérií C-PTSD, uvádím výčet symptomů odpovídajících každému z kritérií, jak jsou uvedeny v odborné literatuře.

9.1 Dysregulace

Dysregulace je neschopnost ovládnout, řídit, upravit či změnit své psychické reakce a stavy. Zahrnuje celé spektrum psychické regulace od zvýšené emocionální reaktivity až po výrazný nedostatek citů, které jsou potlačeny (Cloitre et al., 2009; Courtois, 2004; Karatzias et al., 2018).

Symptomy dysregulace zahrnují (Cloitre et al., 2013; Dyer et al., 2009; Elkit et al., 2014; Ford & Courtois, 2014):

- zvýšená emocionální reaktivita
- násilné výbuchy
- podrážděnost
- plačtivost
- anhedonie (neschopnost prožívat příjemné emoce a city, neschopnost těšit se z příjemností, neschopnost radovat se)
- bezohledné jednání
- sebe destruktivní chování
- nadměrně riskantní chování
- disociace
- emocionální znecitlivění
- somatizace

Emocionální dysregulace je stav psychické nevyrovnanosti. Jedná se o stav silného psychického i fyzického vypětí, doprovázený odpovídajícími negativními psychickými stavy, které se pohybují mimo tzv. okno tolerance, jež představuje optimální stav arousal. Většinou jde o jeden z extrémů aktivace, tj. hyperarousal – nadměrnou, nebo hypoarousal – nedostatečnou aktivaci (Corrigan et al., 2011). Projevují se přehnanými reakcemi nebo naopak zdánlivou emocionální necitlivostí, bezcitností ve smyslu absence pocitů (Cloitre et al., 2009; Knefel et al., 2018), což je dáno podvědomou snahou vyhnout se zraňujícím nebo zahlcujícím až ochromujícím psychickým stavům (Cook et al., 2005).

Silné negativní emoce totiž není traumatizovaný člověk schopný zvládnout, proto se snaží o jejich zmírnění. Neschopnost snést či změnit stav extrémního arousal se snaží tzv. přehlušit nebo utišit jinými způsoby, označovanými jako dysfunkční copingové strategie, mezi něž patří např. disociace, somatizace, sebepoškozování, užívání návykových látek, promiskuita nebo rizikové chování (Berzenski & Yates, 2011; Ford, 2015; Shonkoff et al., 2012; Vermetten & Spiegel, 2014).

V jakém spektru se dysregulace projeví souvisí s typem prožívaných traumat. Týrání je asociováno s externalizací a přehnanými emocionálními

reakcemi, zanedbávání zase s internalizací a emocionálním utlumením až zdánlivým znečitlivěním (Knefel et al., 2018).

Ke stejným výsledkům dospěli van Dijke et al. (2018), kteří definují nedostatečnou i nadměrnou regulaci. Při nedostatečné psychické regulaci je schopnost oslabovat intenzivní emocionální stavy málo rozvinutá. Člověk má potíže zvládat vypjaté emocionální situace, ovládat vlastní impulzivitu a získat odstup. Zřetelný je negativní vliv na soustředění pozornosti a orientaci jednání na konkrétní úkol nebo cíl. Zlost např. vyescaluje do zuřivosti nebo úzkost do nezvládnutelné paniky až hrůzy.

Nadměrná regulace představuje absenci nebo velmi limitované uvědomování si vlastních emocí. Převládá stav hluboké emocionální prázdnoty (van Dijke et al., 2018). Knefer et al. (2018) doplňují, že pasivní a omezující aspekty dysregulace se projeví např. jako nepozornost, nedostatečné uvědomování si vlastních emocí a emočních reakcí, potíže s koncentrací a dokončováním zadaných úkolů.

Nadměrná emocionální dysregulace bývá spojována s alexithymií. Ta zahrnuje omezenou kognitivní schopnost až absenci schopnosti rozpoznat, pojmenovat, popsat pocity a sklon potlačit nebo znečitlivět pocity (van Dijke et al., 2011). Lidé trpící alexithymií mají problém identifikovat své pocity, popsat je, orientovat se dovnitř, introspektivně (Hartl & Hartlová, 2000). Pravděpodobnost rozvinutí alexithymie roste s počtem prožitých traumatických zkušeností. Opakovaná traumatizace spojená s rozvojem alexithymie potvrzuje její vyšší výskyt právě u C-PTSD (Eichhorn, Brähler, Franz, Friedrich & Glaesmer, 2014).

Ve vztazích se narušená schopnost psychické regulace projevuje sklonem k agresivnímu chování nebo naopak závislostí na druhém (Cook et al., 2005). Může se také objevit sklon k odměřenosti či naprostému vyhýbání se vztahům (Cloitre et al., 2009). Současně emocionální dysregulace představuje riziko reviktimizace v dospělých vztazích, zejména partnerského a domácího násilí (Cook et al., 2005; Knefel et al., 2018).

Do skupiny symptomů dysregulace spadají také zdravotní problémy. Somatizace se vyskytuje ve spojení s opakovaným, kumulativním typem traumatu (Cloitre et al., 2001), např. ve formě bolestí bez somatického poškození nebo orgánového onemocnění (Dyer et al., 2009). Klienti jsou natolik oddělení od

vnímání svého těla, že ho ignorují, zanedbávají svůj zdravotní stav nebo zdravotní problémy a naopak se svým tělem a zdravím zbytečně riskují (Courtois, 2004).

9.2 Negativní sebepojetí

Negativní sebepojetí je trvalé přesvědčení, domněnky o sobě samém, které pramení z prožitého traumatu. Traumatizovaný člověk si jimi trauma může dokonce vysvětlovat, případně jimi může až omlouvat pachatele (Herman, 2015).

Mezi symptomy negativního sebepojetí patří (Cloitre et al., 2013; Elkit et al., 2014; Ford & Courtois, 2014):

- vnímání se a přesvědčení o sobě ve smyslu omezenosti, poraženosti, bezcennosti, poškozenosti,
- negativní sebehodnocení často spojené s hlubokými pocity viny, studu, selhání, nedostatečností,
- sebenenávist a odpor k sobě samému,
- pocit nedůležitosti,
- pocit neviditelnosti.

Ztotožňuji se s vysvětlením Herman (2015), že negativní přesvědčení a zkreslené vnímání sebe sama pramení z potřeby porozumět a vysvětlit si trauma nebo zachovat pocit základní důvěry a bezpečí v traumatickém prostředí. Člověk se snaží pochopit, najít smysl v tom, co se stalo a proč. Zejména v případě, kdy k traumatizaci docházelo či dochází ve vztahu s blízkou osobou jako je rodič nebo jiná důležitá osoba zastupující rodiče, případně partner, je pro oběť obtížné nebo nemožné obvinít pachatele. Pro traumatizovaného je snadnější odůvodnit násilí vlastním pochybením. V mnoha případech pachatel explicitně oběť kritizuje, obhajuje se, svaluje vinu za spáchané násilí či traumatické zacházení na oběť. Námitky traumatizovaného člověka nejsou vůbec vnímané jako relevantní, naopak mohou protesty spustit další traumatizaci. Jinou strategií je minimalizace traumatu nebo snaha věřit, že se traumatické události nestaly. Herman uzavírá, že výsledkem je sebeobviňování a pocit, že je člověk vrozeně špatný nebo zkažený.

Symptomy negativního sebepojetí jsou odrazem vnitřního přesvědčení, že člověk nemůže nic dělat, pokud je sám nebo někdo v jeho blízkosti zahlcen negativními emocemi. Chybí strategie, jak zvládnout vypjaté emoce a tím i vypjaté situace (Cook et al., 2005; Knefel et al., 2018; van der Kolk, 2006).

Negativní sebepojetí vede ke změnám identity, minimálně však ke zkreslenému a překroucenému vnímání sebe sama. Narušené sebepojetí může nabýt formu psychoformní nebo somatoformní disociace, což vede např. k amnézii a depersonalizaci (Herman, 2015; van Dijke et al., 2018).

9.3 Interpersonální problémy

Vztahové problémy pramení z interpersonální povahy komplexního traumatu, pro nějž je charakteristické zneužití důvěry v případech traumatizace v nejbližších vztazích jako jsou rodič-dítě, partnerské násilí, soused/chůva/učitel/církevní činitel-dítě, apod. (Courtois, 2004; Herman, 2015; Gamache Martin et al., 2016).

Symptomy interpersonálních problémů (Cloitre et al., 2009; Cloitre et al., 2013; Elkit et al., 2014; Ford & Courtois, 2014; Ford, 2015; Stadtmann, Maercker, Binder & Schnepf, 2018; WHO, 2018):

- neschopnost vybudovat a/nebo udržet blízké a intimní mezilidské vazby,
- narušená nebo zničená schopnost důvěřovat druhým lidem,
- nadměrná nesmělost, stydlivost,
- odcizení,
- pocit ohrožení ze strany druhých lidí,
- interpretace druhých lidí a jejich jednání je zkresleno strachem, přístup i motivace ostatních jsou vnímané negativně, výhružně, zřetelná je silná úzkost,
- vyhýbání se druhým lidem,
- vysmívání se vztahům,
- minimální zájem o vztahy a sociální angažovanost,
- potíže udržet emocionální závazek,
- přílišná submise nebo naopak dominance,

- bezohledné nebo agresivní chování.

Interpersonální symptomatiku lze rozdělit do dvou dimenzí (Godbout et al., 2018; van Dijke et al. 2018):

1. vyhýbavý typ – vyhýbání se druhým lidem, sociální izolace, strach z lidí, resp. blízkých vztahů, nejčastěji ve formě obav z blízkosti druhého člověka. Převažuje negativní postoj k druhým lidem, kteří jsou vnímání jako nedosažitelní nebo nedůvěryhodní.
2. úzkostný typ – zahrnuje strach z opuštění, strach ze samoty, sklon vyhledávat přítomnost lidí. Převažuje negativní postoj k sobě samému, kdy se člověk považuje za natolik špatného, že si nezasluhuje být milovaný a je předurčený k tomu, aby zůstal sám, opuštěný.

Klienti mohou kolísat mezi oběma extrémů, touze po blízkosti, kontaktu a vztahu proti strachu z přílišné blízkosti a intimity (Loewenstein & Brand, 2014). Pro C-PTSD je však více typický vyhýbavý typ, úzkostný typ odpovídá Hraniční poruše osobnosti (Cloitre et al., 2013; Godbout et al., 2018), které věnuji kapitoly 12 a 13. Vyhýbavý typ reaguje na snahu vyhnout se další bolesti spojené s traumatizací, vztahy asociuje s pocitem nebezpečí a ohrožení (Herman, 2015; Loewenstein & Brand, 2014).

Všechny tři symptomatické klastry, dysregulace, negativního sebepojetí, narušené vztahy, jsou vzájemně propojené. Člověk, který nezvládá negativní emoce a má negativní názor na sebe sama, nedokáže ocenit láskyplný, podporující, plnohodnotný vztah, jelikož si může myslet, že si ho nezaslouží. Nebo v něm naopak může narůstat napětí kvůli očekávanému nebezpečí, k čemuž dochází na základě své mnohaleté zkušenosti z dětství, případně předchozích traumatizujících vztahů a zkušeností (Herman, 2015; Loewenstein & Brand, 2014).

9.4 Funkční poškození

Uvedené klastry kritérií způsobují tzv. funkční poškození neboli výrazné zhoršení kvality života, které odráží působení symptomů C-PTSD i PTSD a

zasahují osobní, profesní, vývojovou, vzdělávací oblast i oblast zdraví (APA2, 2015; WHO, 2018).

U C-PTSD je vyšší pravděpodobnost, že lidé nemají zaměstnání (Karatzias et al., 2017; Merrick et al., 2018), nežijí v manželství ani trvalém vztahu, ale spíše sami, tzv. single (Karatzias et al., 2017), chybí jim sociální zázemí a podpora (Karatzias et al., 2017; Stadtmann et al., 2018).

Kombinace uvedených problémů a nepříznivých podmínek je nejen predispozicí k rozvoji C-PTSD, ale v případě nesprávné diagnostiky a při absenci včasné psychologické intervence vede k rozvoji rizikového chování u dětí a následně kriminality ve společnosti (Cruise & Ford, 2011; Loewenstein & Brand, 2014; Musicaro et al., 2017).

Z dosavadních informací se upevňují v názoru, že C-PTSD narušuje sociální adaptabilitu, tedy schopnost člověka začlenit se do společnosti. S přihlédnutím k biologickým následkům C-PTSD, možné biologické i psychologické dědičnosti, riziku zprostředkovaného traumatu dochází k šíření traumatu na další generace a ve stále větším měřítku.

10 Komplexní trauma a PTSD

Kapitola vedle sebe staví C-PTSD a PTSD a zaměří se na rozdíly mezi poruchami. Současně upozorní na rozdílný přístup, který by měl zasáhnout do praxe a být zohledněn v léčbě traumatu.

10.1 Rozdíl mezi C-PTSD a PTSD

Cloitre et al. (2013) specifikují rozdíl mezi PTSD a C-PTSD na základě charakteristiky základních symptomů. PTSD je porucha založená na strachu, symptomy jsou omezené na reakce na strach, vyhýbání a arousal (srov. Elkit et al., 2014; Karatzias et al., 2017). C-PTSD je spojeno s dlouhodobou a opakovanou traumatickou zkušeností, obsahuje symptomy PTSD spolu s dalšími, které jsou hlubšího charakteru i většího rozsahu (Cloitre et al., 2013).

Mezi symptomy, které odlišují C-PTSD od PTSD patří narušená schopnost seberegulace, negativní sebepojetí a narušená schopnost vztahu k druhým lidem (Cloitre et al., 2013; Cloitre, Garvert, Weiss, Carlson & Bryant, 2014; Knefel et al., 2018; Shevlin et al., 2018). Uvedený rozsah poškození bývá označován jako porucha sebeorganizace (disturbances in self-organization, DSO), tedy narušení celkové vnitřní struktury (Cloitre et al., 2013; Elkit et al., 2014; Godbout et al., 2018; Hyland et al., 2018; Karatzias et al., 2017; Karatzias et al., 2018; Knefel et al., 2018; Shevlin et al., 2018). DSO spolu s chronickou traumatizací tvoří klíčovou podstatu C-PTSD.

K narušení vnitřní struktury jedince dochází nezávisle na PTSD (Herman, 1992). Porucha sebeorganizace je vázaná na interpersonální povahu traumatizace (sexuální zneužívání, fyzické týrání, psychické týrání), obzvláště v citlivých vývojových obdobích (Hyland et al., 2018). Knefel et al. (2018) potvrdili výsledek výzkumu Cloitre et al. (2009), že porucha sebeorganizace nesouvisí kauzálně s interpersonální reviktimizací v dospělosti. Naopak empiricky upevnili vliv traumatizace v dětství na problémy v dospělosti. Následky dětské traumatizace a symptomy DSO se projevují v různých kontextech a v různých typech vztahů, aniž by nutně byly vázané na konkrétní traumatické připomínky (Cloitre et al., 2013).

PTSD je vedle toho vázaná na podněty, které souvisí s traumatem. Stejně tak i léčba PTSD se zaměřuje především na „paměťový otisk“ konkrétních

zkušeností (van der Kolk et al., 2005). U C-PTSD je léčba složitější, jelikož i narušených oblastí je víc, což má negativní vliv na celkové fungování (Cloitre et al., 2013; Elkit et al., 2014), přičemž k největším problémům patří dopad na rodinné a vztahové záležitosti (Karatzias et al., 2017), tedy neschopnost fungovat ve vztazích.

Tabulka 10 udává přehled výzkumů, které zkoumaly faktory DSO. Cílem bylo ověřit, případně potvrdit strukturu C-PTSD postavenou na 4 faktorech: PTSD, emocionální dysregulaci, negativní sebepojetí, narušené vztahy. V některých případech (Böttche et al., 2018) je uváděn model na 6 faktorech, zahrnující 3 faktory PTSD – znovuprožívání, vyhýbání, arousal) a 3 faktory DSO – emocionální dysregulaci, negativní sebepojetí, narušené vztahy).

Tab. 10: **4-faktorový model C-PTSD**

Výzkum	Použitá metodologie	Vzorek	Věk
Böttche et al., 2018	Posttraumatic Stress Disorder Checklist (PCL-5) Symptom Checklist-90-R (SCL-90-R) Beckova subjektivní stupnice deprese-II (BDI-II) Confirmatory factor analysis (CFA)	341	18-76
Shevlin et al., 2018	International Trauma Questionnaire (ITQ) Confirmatory factor analysis (CFA)	1 839	18-70
Karatzias et al., 2017	ICD 11 Trauma Questionnaire (ICD-TQ) Childhood Trauma Questionnaire (CTQ) Life Events Checklist (LEC) Work and Social Adjustment Scale (WSAS) Latent class analysis (LCA)	193	41 (průměr. věk)
Cloitre et al., 2014	Clinician Administered PTSD Scale (CAPS) Brief Symptom Inventory (BSI) Social Adjustment Scale – Self Report (SAS-SR) Latent class analysis (LCA)	280	37 (průměr. věk)

Elkit et al., 2014	Trauma Symptom Checklist (TSC)	1 267	29 (průměr. věk)
	Harvard Trauma Questionnaire (HTQ)		
	Latent class analysis (LCA)		
Cloitre et al., 2013	Life Events Checklist (LEC)	302	40 (průměr. věk)
	Modified PTSD Symptom Scale – Self-Report Severity (MPSS-SR)		
	Brief Symptom Inventory (BSI)		
	Social Adjustment Scale – Self-Report (SAS-SR)		
	Confirmatory factor analysis (CFA)		
	Latent profile analyses (LPA)		
	Descriptive and regression analyses (ANOVA)		
Knefel & Luger- Schuster, 2013	Posttraumatic Stress Disorder Checklist – Civilian Version (PCL-C)	229	24-80
	Brief Symptom Inventory (BSI)		
	Confirmatory factor analysis (CFA)		

Výzkumné týmy s použitím podobných nebo stejných měřících nástrojů zaměřených na traumatické symptomy a konfirmační faktorovou analýzou buď potvrdily faktorovou strukturu C-PTSD nebo metodami latentních analýz vyhodnotily dominantní symptomatický profil C-PTSD.

Některé výzkumy se zaměřily na srovnání prevalence PTSD odpovídající kritériím DSM-5, PTSD v MKN-11 a C-PTSD v MKN-11. Předpoklad řady odborníků byl ten, že PTSD podle DSM-5 odpovídá více C-PTSD v MKN-11 a daleko méně PTSD v MKN-11. Hyland et al. (2018) zjistil, že podle DSM-5 vyhovuje PTSD 90% zkoumaných jedinců. Výsledek by se měl shodně sbíhat s oběma traumatickými poruchami diagnostikovanými podle MKN-11, přičemž výsledek odpovídal 80%. Tým Hyland et al. Dále zjistil, že PTSD skupina podle DSM-5 se spíše podobá C-PTSD podle MKN-11 (63%) než PTSD podle MKN-11 (17%).

K podobným výsledkům dospěl tým Knefel et al. (2018), který potvrdil výskyt traumatické poruchy u 90% vzorku shodně podle DSM-5 (PTSD) i podle MKN-11 (C-PTSD a PTSD). Dále potvrdil větší skupinu C-PTSD (53%) vedle PTSD (37%) podle MKN-11.

Oba výzkumy srovnávající traumatické poruchy podle diagnostických manuálů se shodly na nesourodém rozložení traumatických poruch ve vzorku. Vypovídající je velký rozdíl u PTSD, kdy skupina podle MKN-11 je výrazně menší než skupina podle DSM-5. Dále se oba týmy potvrdily, že skupina C-PTSD podle MKN-11 odpovídá PTSD podle DSM-5 více než PTSD podle MKN-11.

Odborníci ukazují na rizika, která plynou z nesourodosti diagnostických manuálů a nejednotnosti modelů traumatických poruch. Poukazují na nadměrnou estimaci v případě DSM-5 (nadhodnocení výsledků) a nedostatečnou estimaci MKN-11 (podhodnocení výsledků) (Hansen, Hyland, Armour, Shevlin & Elkit, 2015).

Hansen et al. (2015) zkoumali různé traumatizované skupiny v Dánsku, např. truchlící rodiče po smrti dítěte, oběti dopravní nehody, oběti nehody s následnou paraplegií, oběti útoku, incestu, sexuálního útoku a vzorek traumatizovaných pacientů v průběhu terapie. Nezkoumali C-PTSD, ale pouze rozdíl u PTSD. Konfirmační faktorovou analýzou potvrdily PTSD podle DSM-5 u 30% vzorku, ale pouze u 23% podle MKN-11.

MKN-11 podporují odborníci z důvodů, že modely traumatických poruch i kritéria MKN jsou jednodušší, striktnější a pro praxi užitečnější (Cloitre et al., 2013; Hyland et al., 2018; Karatzias et al., 2017; Hansen et al., 2015). Upřednostnění DSM-5 je propagováno kvůli tendenci diagnostikovat větší skupinu lidí, kteří vyhoví kritériím PTSD (Hansen et al., 2015). Tím se maximalizuje pravděpodobnost přidělení nároku na diagnózu pro traumatizované klienty.

Uvedené argumenty jsou důležité zejména pro USA, kde se nárok na léčbu odvíjí od přidělené diagnózy. Hlavním přínosem v České republice bude omezení stigmatizace nadměrným počtem diagnóz při využití jediné, která označuje normální reakci na prožitou chronickou traumatizaci. Hlavním přínosem C-PTSD v ČR by měla být správná volba poskytnuté psychologické péče odpovídající potížím klienta všech věkových kategorií.

10.2 Dopad na léčbu

Dalším důvodem, proč je nutné rozlišit traumatické diagnózy a rozpoznat C-PTSD, je rozdíl aplikované léčby u těchto poruch. Terapie C-PTSD vyžaduje jiné terapeutické postupy a techniky než PTSD. C-PTSD je symptomaticky rozsáhlejší, komplexnější, což klade jiné nároky na práci s klientem, plánování terapie a určování priorit terapeutických cílů (Cloitre et al., 2009; Cloitre et al., 2013; D'Andrea et al., 2012; Herman, 2015; Karatzias et al., 2017).

Pokud není stanovena C-PTSD, dochází často a mylně k nadměrné zatíženosti klienta tím, že dochází ke stigmatizaci celou řadou nesourodých poruch, bez spojitosti k traumatické minulosti (Cloitre et al., 2009; Herman, 1992; Musicaro et al., 2017). Klient může být poté demotivován pro terapii, zejména v případě že je nahrazena medikací, která nevede k ústupu problémů, ale symptomy na psychofarmaka nereagují, případně má medikace jen omezený účinek (Loewenstein & Brand, 2014; Heim et al., 2010; van der Kolk, 2006; van der Kolk, 2014).

V případě nesprávné diagnózy dochází k nespojení současných problémů klienta s prožitými traumaty. Ignorování nebo i přehlédnutí traumatické minulosti může vést k chybnému bagatelizování příčin aktuálních symptomů (Herman, 2015; Musicaro et al., 2017). Léčba komorbidních poruch může následně tyto symptomy zhoršit, čímž se léčba stává neefektivní. Například kognitivně behaviorální terapie PTSD zahrnuje expozici traumatu, jejímž výsledkem je očekávaná desenzibilizace (Eftekhari, Stines & Zoellner, 2006; van der Kolk, 2014; van der Kolk, 2017). Aplikace expoziční terapie u C-PTSD vede ovšem k retraumatizaci a tím k prohloubení problému (van der Kolk, osobní sdělení 13.4.2018).

Expoziční terapie vyžadují schopnost zvládat silné emoce, které s sebou přináší přímá konfrontace s traumatem. Lidé s C-PTSD však mají schopnost emocionální regulace poškozenou (Ford, Courtois, Steele, van der Hart & Nijenhuis, 2005; Knefel et al., 2018), stejně jako schopnost vnímat čas a tedy i konečnost traumatické zkušenosti, což má za následek maladaptivní reakce na silně znepokojivé emocionální podněty, k nimž expozice traumatické zkušenosti zcela jistě patří. Riziko je zjevné např. u disociativních pacientů, jejichž stav se

může následkem expozici traumatickému materiálu v terapii zhoršit (Loewenstein & Brand, 2014; Vermetten & Spiegel, 2014).

Rizikem expoziční terapie je, že může otevřít příliš mnoho traumatických vzpomínek, které klienta zaplaví (Courtois, 2004). Expoziční terapie u pacientů s C-PTSD může proto vést např. k sebepoškozování, sebedestruktivnímu chování, riskantnímu chování, riskantním sexuálním jednáním, tím i většímu narušení interpersonálních vztahů, v konečné podobě dochází ke kumulaci dalších problémů (Ford et al., 2005; Loewenstein & Brand, 2014).

Expoziční terapie se ukázala být vhodná k léčbě PTSD, jelikož se zaměřuje na zvládnutí subjektivní úrovně prožívaného strachu typického pro PTSD (Ford et al., 2005). Nicméně tato terapie neřeší symptomy C-PTSD, které souvisí s emocionální regulací, negativním sebepojetím a interpersonálními vztahy, naopak může být zdrojem retraumatizace (Vermetten & Spiegel, 2014).

Van der Kolk (2017) nedoporučuje expoziční terapii také z důvodu výsledné desenzibilizace. Znecitlivění vede k snížení či utlumení pocitů, emocionality a emocionálního prožívání, což má za následek nejen lokalizované znecitlivění vůči traumatu, ale také ostatních pocitů, jako jsou radost, štěstí, potěšení ze všech ostatních věcí. S klientem je třeba pracovat na integraci traumatu, která zahrnuje jiné části mozku než v případě desenzibilizace.

V kapitole 2 jsem vysvětlila, že traumatická reakce je porucha stresového systému, jež bývá spojena s dalšími behaviorálními a somatickými poruchami (Chrousos, 2009). Perry (2009) zdůrazňuje, že terapie musí cílit na změny v mozku, k čemuž jsou ovšem nutné dlouhodobé, opakované korektivní zkušenosti. Traumatický stres totiž aktivuje nižší centra mozku, v nichž se nachází centra stresového systému. Terapeutická intervence ovšem nejčastěji cílí na vyšší, kortikální centra kognitivní funkcí, tedy logiku, rozumnost. Dále Perry vysvětluje, že v dospělosti a s přibývajícím věkem se snižuje plasticita mozku, tedy i schopnost adaptace na nové zkušenosti.

V neposlední řadě je třeba uvést do souvislosti léčbu komorbidních poruch a riziko nedostatečné až škodlivé léčby pro C-PTSD (Cloitre et al., 2009). Herman (2012) kritizuje neefektivní přístup k léčbě C-PTSD kvůli neznalosti nebo nevyužitosti správné a jediné diagnózy. Četné komorbidní diagnózy totiž vyžadují různé léčebné postupy a techniky. Léčba různých diagnóz vyžaduje také

vícenásobnou medikaci. Ve výsledku dochází k neúčinné a špatně zvolené psychoterapii, která není přizpůsobená požadavkům léčby C-PTSD.

11 Sekundární charakteristiky komplexního traumatu

Kapitola uvádí charakteristické rysy C-PTSD, např. traumatickou historii (dysfunkční rodiny, psychickému týrání a zanedbávání) nebo určité symptomy (zlost, agrese, sebepoškozování, disociace). Dále je věnována pozornost vážnosti symptomů, resp. prozkoumání jaký mají vliv na diferenci poruchy od PTSD. Na závěr je zkoumán typ traumatizace ve smyslu jednorázové versus opakované expozice traumatickému stresu.

Celkově má kapitola vyzvednout rizikové faktory a dílčí aspekty C-PTSD, které povedou k pochopení samotné poruchy včetně objasnění, proč je v oblasti trauma psychologie C-PTSD přisuzován tak velký význam. Kapitola přispívá k porozumění kontextu rozvoje C-PTSD a jejímu odlišení od PTSD.

V následující tabulce 11 uvádím přehled základních typů traumatu, který dokládá jejich prevalenci. Informace ohledně velikosti vzorku, lokaci výzkumu, příp. použité metodologie jsou uvedeny v jiných kapitolách.

Tab. 11: Výskyt různých typů traumatu

Výzkum	Fyzické týrání	Emocionální týrání	Sexuální zneužívání	Emocionální zanedbávání	Fyzické zanedbávání
Frost et al., 2018	63 %	71 %	75 %	75 %	54 %
Karatzias et al., 2017	68 %	82 %	56 %	83 %	67 %
Cloitre et al., 2014	81 %	80 %	65 %	—	46 %
Knefel & Lueger-Shuster, 2013	68 %	83 %	70 %	—	—
Cloitre et al., 2009 (ženy)	78 %	77 %	68 %	—	46 %
Cloitre et al., 2009 (děti)	34 %	68 %	60 %	—	47 %
Briere et al., 2008	28 %	18 %	31 %	—	—

Anda et al., 2006	28 %	11 %	21 %	—	—
----------------------	------	------	------	---	---

Z tabulky je patrné, že nejčastějším typem prožívaného traumatu v dětství je emocionální týrání, následované sexuálním zneužíváním a fyzickým týráním. Dříve v práci jsem již zmiňovala, že případy vícečetné traumatizace jsou spíše běžné než výjimkou.

Výskyt emocionálního zanedbávání nebývá ve výzkumných zprávách často uváděn. Nicméně lze např. z údajů týmu Anda et al. (2006) vyvodit, že v případě vyrůstání v rodině, kde rodič nebo jiný člen domácnosti trpěl psychickou poruchou (19%), závislostí (27%), byl uvězněn (5%), v rodině bylo běžné domácí násilí (13%), rodiče byly rozvedeni nebo spolu nežili (23%), je zanedbávání více než pravděpodobné.

11.1 Traumatizace v dysfunkčních rodinách

Nejvíce interpersonální traumatizace se odehraje v rodině a velká většina (80%) těch, kdo traumatizuje děti, jsou jejich vlastní rodiče (van der Kolk, 2005). Vztahy s rodiči tvoří rámec, v němž dítě rozvíjí vzorce pro vnímání sebe sama, druhých lidí i vztahů včetně tolerance na stres a styl komunikace s druhými lidmi (Cook et al., 2005).

Dysfunkční rodina je charakteristická celou řadou problémů, osobních i situačních, kvůli nimž je narušená funkčnost rodiny jako zdravého systému. Hlavními rysy dysfunkční rodiny jsou hyperprotektce, hypoprotektce, rozmazlování typu úplatkářství, ignorování potřeb dítěte, nepřiměřené a/nebo nedostatečné odpovědnosti dítěte, přemíra a/nebo nedostatek zákazů pro dítě, nepřiměřené a/nebo přehnané sankce a tresty uvalené na dítě, nestabilita a nedůslednost výchovy (Minullina, 2018).

Dysfunkční rodič je pro dítě nečitelný, tj. nepředvídatelný, nadměru trestající, zoufalý, nespolehlivý, vzdálený (spíše psychicky než fyzicky), zabraný do vlastních problémů nebo zájmů (Cook et al., 2005), dokonce může na dítě působit až děsivě (Lyons-Ruth & Jacobvitz, 1999). Dysfunkční rodiče často připisují dětem vlastní nechtěné kvality, jsou emocionálně nevyzrálí a přenášejí partnerské problémy do výchovy dítěte (Minullina, 2018).

Atmosféra dysfunkční rodiny je konfliktní, nepřátelská, poznamenaná větší mírou stresu, úzkosti, strachu, typický je pocit ohrožení i pocit méněcennosti (Minullina, 2018). Vztahový model rodič-dítě je dezorganizovaný, tj. nestálý až chaotický, pro dítě nepředvídatelný, s odpovídající alternací lpění, odmítání, agresivity, dokonce i role dítě-rodič (Cook et al., 2005; Hodgdon et al., 2018; Lyons-Ruth & Jacobvitz, 1999).

Rodiče sami mohou trpět traumatickou nebo jinou psychickou poruchou, nezřídka je přítomný alkoholismus nebo drogová závislost, násilí v rodině, apod. (CDC, 2019; McLaughlin et al., 2012; Lyons-Ruth & Jacobvitz, 1999; Purvis et al., 2013). Dysfunkční rodina je riziková nejen na rozvoj rizikového a kriminálního chování, ale simultánně zvyšuje riziko rozvoje psychických duševních poruch (CDC, 2019; Cook et al., 2005; Masson et al., 2013; McLaughlin et al., 2012), obzvláště další traumatizace a s ní spojených traumatických poruch.

Minullina (2018) zkoumala dysfunkční rodiny, jejichž problematičnost definovala jako labilní rodičovství. Výchova dětí je v takové rodině narušena krizí typu rozvod, nemoc, smrt, ztráta zaměstnání, ztráta bydlení nebo osobní problémy rodičů. Labilní rodičovství spojuje Minullina s asociálními rodinami, v nichž dochází k patologickému narušení výchovy, zejména kvůli alkoholismu, zanedbávání potřeb dítěte, atd..

Dysfunkční rodina pro děti představuje vysoké riziko rozvoje neadaptivních reakcí kvůli chronické traumatizaci, které jsou děti běžně vystaveny (Knefel et al., 2018; Masson et al., 2013; Minullina, 2018). Děti v dysfunkční rodině zažívají mnoho situací neodpovídajících jejich věku, což také přispívá k vývojové regresi, infantilizaci, a zpomalení vývoje dítěte (Minullina, 2018; Perry, 2009). Jinými slovy, traumatizace v podobě nepříznivých situací typu odmítání dítěte, deprivace, zrada, ponižování, bití, sexuální zneužívání, opuštění dítěte nebo chudoba má negativní vliv na psychický vývoj dítěte (CDC, 2019; Masson et al., 2013; Lyons-Ruth & Jacobvitz, 1999), který je traumatizací výrazně limitovaný, orientovaný ve větší míře na přežití těchto situací.

Děti se v dysfunkčních rodinách nenaučí spolupracovat, respektovat či podporovat jeden druhého, být empatické a chápavé (Cook et al., 2005). Nenaučí se rozumět svým emocím a zvládat silní negativní emoce, které je zaplavují

(Knefel et al., 2018). Vzhledem k celé řadě zmíněných problémů a nepříznivých situací je s dysfunkční rodinou spojováno právě C-PTSD (Minullina, 2018).

S chronickou traumatizací se setkáme vždy u dětí odebraných z rodiny a umístěných do zařízení ústavní výchovy (Knefel & Lueger-Schuster, 2013; Luoni et al., 2018; Purvis et al., 2013). C-PTSD se u těchto dětí rozvíjí již od nejranějších let, v některých případech i prenatálně, a to pokud matka během těhotenství čelí násilí, závislosti na alkoholu nebo drogách, dysfunkčním vztahům ve svém okolí, je sama psychicky nemocná nebo traumatizovaná (Lyons-Ruth & Jacobvitz, 1999; Purvis et al., 2013).

Prostředí, v němž dítě vyrůstá a v němž je vystaveno řadě stresorů odrážejících trauma attachmentu, jako je fyzické zanedbávání, narušený primární vztah, domácí násilí, působí většinou dlouhodobě, bez povšimnutí nebo vnější intervence (Hodgdon et al., 2018). Traumatizujícím prostředím jsou proto nejen dysfunkční rodiny, ale také ústavy typu kojenecký ústav, dětský domov, apod.. Uvedená traumatizující prostředí spojují další faktory, především počátek traumatizace v raném dětství, trvání napříč vývojem dítěte a výsledné funkční deficity v dospělosti (Hodgdon et al., 2018; Purvis et al., 2013).

Ve spojení s podkapitolou Dědičnost traumatu, která je začleněna v kapitole 4, by nepochybně byla zajímavá samostatná práce věnovaná tématu „trauma cyklus v rodině“.

11.2 Psychické týrání a zanedbávání

Výrazným diferenciativním faktorem je psychické týrání a zanedbávání, které je přítomné u případů C-PTSD (Berzenski & Yates, 2011; Grossman, Spinazzola, Zucker & Hopper, 2017; Karatzias et al., 2017). V případě psychického týrání jde zejména o „*urážky, hanobení, ponižování, vyhrožování, odpírání lásky, nucenou izolaci, vykořisťování a ukládání přehnaných a nerealistických požadavků*“ (Grossman et al., 2017, 86, překlad autorky). Traumatizující dopad má dále necitlivý přístup rodiče k dítěti, nezájem o dítě, nesnášenlivost ze strany rodiče, strach, který může rodič z dítěte mít nebo přístup rodiče, který dítěti nahání strach (Lyons-Ruth & Jacobvitz, 1999).

Hodgdon et al. (2018) uvádí rizikové faktory jako vystavení domácímu násilí, poškozený primární vztah s pečovatelem, nedostatečná péče o dítě, zanedbávání, které poukazují na pravděpodobnou přítomnost psychického týrání.

Zanedbávání je definováno jako neschopnost rodiče případně jiné dospělé osoby, které bylo dítě svěřeno do péče a je za dítě zodpovědná, poskytnout a zajistit potřebné jídlo, oblečení, přístřeší, lékařskou péči, a to v míře, která ohrožuje zdraví, bezpečí a pohodu dítěte (Nemeroff, 2016). Jinými slovy zanedbávání představuje nedostatek odpovídající reakce okolí na potřeby dítěte (Knefel et al. 2018).

Z pohledu neuropsychologie Perry (2009) vysvětluje, že zanedbávání není pouze o nedostatku nebo nepřítomnosti poskytnuté péče a pozornosti. Zanedbávání je projevem poškození až neexistence vzorců nervové aktivity, která je potřebná např. k rozvíjení zdravých vztahů. K poškození přitom dochází následkem těchto nepříznivých zkušeností.

Co se týká okamžitých i dlouhodobých následků Grossman et al. (2017) uvádí, že psychické týrání a zanedbávání má stejný a dokonce horší vliv jako fyzické týrání, sexuální zneužívání nebo domácí násilí. Muller, Thornback & Bedi (2012) studovali roli attachmentu u 803 vysokoškoláků. Zajímalo je, jakou hraje roli ve vztahu mezi týráním v dětství a symptomy v dospělosti. Výsledky zdůraznili centrální roli psychického týrání, vedle fyzického týrání a vystavení domácímu násilí, ve vztahu k rozvoji symptomů. Současně potvrdili důležitost blízkého vztahu pro zotavení z traumatu.

Berzenski & Yates (2011) spojují emocionální týrání s psychopatologií, jež zahrnuje úzkost, depresi, emocionální dysregulaci. Jde o případy tzv. hostilního domova, kdy je rodič vůči dítěti negativní, odmítavý, dítě je vystaveno konfliktům mezi rodiči, případně rodič s dítětem jedná drsně, hrubě či krutě, tedy ve spojení s fyzickým či domácím násilím. Psychopatologie se prokázala převážně ve spojení s chronickým emocionálním týráním (Berzenski & Yates, 2011; Lyons-Ruth & Jacobvitz, 1999).

Traumatizace zahrnující fyzické i psychické týrání prokazuje nejvyšší míru problémů s chováním, např. sklon k partnerskému násilí, užívání návykových látek a/nebo riskantnímu sexuálnímu chování (Berzenski & Yates, 2011; Masson et al.,

2013). Psychické týrání a zanedbávání se přitom objevuje častěji než fyzické týrání nebo sexuální zneužívání (Heim et al., 2010; tabulka 11 výše).

V uplynulém století se kladl důraz především na detekci týraných dětí. Děti byly odebírané z dysfunkčního prostředí, bylo jim zajištěno fyzické bezpečí, strava a materiální potřeby (Shonkoff et al., 2009). V současné době je třeba péči o týrané děti rozšířit také o psychické týrání a zanedbávání. Shonkoff et al. (2012) vyjadřují potřebu transformace ochrany dítěte. Důraz kladou na léčbu i prevenci emocionálního, kognitivního a v neposlední řadě také sociálního dopadu týrání.

Perry (2009) uvádí, že více než 80% dětí mladších 6 let, které byly odebrané z rodiny prokazuje výrazné vývojové problémy. Současně však dochází k tomu, že státní systém (sociální úřad, státní zařízení pro ústavní výchovu a péči dítěte) po odebrání dítěte z rodiny nezajišťuje potřebnou psychologickou péči. Naopak se dětem diagnostikuje psychická porucha. Na základě své mnohaleté zkušenosti mohu uvést, že místo konzistentní, efektivní, psychologické péče se minimálně 50% dětí ordinují psychofarmaka, které mají dítě pouze utlumit, aby byla péče o skupinu podobných dětí pro personál ústavních zařízení jednodušší. Má pozorování potvrzuje Luoni et al. (2018), že minimálně 36% adolescentů užívá psychofarmaka.

Podle Karatzias et al. (2017) je riziko C-PTSD až čtyřikrát větší, pokud byla traumatizace doprovázena chronickým zanedbáváním. Opakované emocionální zanedbávání a týrání jsou spojené s C-PTSD, tj. je zde vazba na negativní sebepojetí, následně i změnu identity, narušení sociální a vztahové adaptace a problémy v interpersonálních interakcích, což vede zpětně k psychické dysregulaci. Emocionální deprivace i emocionální týrání mají specifický dopad na pocit vlastní hodnoty, sebeúcty a mají vliv na rozvoj psychopatologie (Berzenski & Yates, 2011; Masson et al., 2013).

Z poznatků vyplývá, že interpersonální povaha prožitého traumatu, respektive složka psychického týrání, má větší vliv na rozvoj C-PTSD než PTSD. Vycházím z výše uvedených zjištění a vytvářím předpoklad, že traumata způsobená blízkou osobou povedou pravděpodobně k rozvoji C-PTSD. Naopak trauma způsobené cizí osobou bez osobního vztahu mezi pachatelem a obětí, povede pravděpodobněji k rozvoji PTSD.

Opírám se dále o výsledky výzkumu Hodgdon et al. (2018). Zjistili rozdíl u případů sexuálního traumatu, k nimž došlo v rámci rodiny a mimo ni. Šlo o případy, kdy sexuální trauma nebylo doplněno fyzickým a psychickým týráním, typické pro dysfunkční rodiny. Sexuální napadení neznámou osobou bylo spojené s PTSD. Roli mohla hrát také rychlejší intervence, pomoc a podpora ze strany dospělých, čemuž napovídá nižší věk registrace do služeb nabízejících pomoc traumatizovaným.

Emocionální klima rodiny, resp. vztahu rodič-dítě, má tudíž signifikantní až rozhodující vliv na rozvoj traumatické poruchy (Berzenski & Yates, 2011; Hodgdon et al., 2018). Pokud po prožitém traumatu následuje včasná a adekvátní podpora, účast či intervence ze strany rodiny a nejbližšího sociálního okolí oběti, je pravděpodobnost pozdějšího rozvoje C-PTSD výrazně snížena (Shonkoff et al., 2012). Včasná a efektivní intervence včetně pozitivního emocionálního klimatu je prevencí rozvoje komplexního traumatu (Cloitre et al., 2011; Cook et al., 2005; Hodgdon et al., 2018; Musicaro et al., 2017).

V praxi však dochází k přehlížení a bagatelizování psychického týrání, ať už z důvodu jeho nedostatečného vymezení, definice, detekce, nebo nedostatku fyzických důkazů, které jsou prokazatelné u jiných typů týrání (Hodgdon et al., 2018).

11.3 Zlost, agrese, sebepoškozování

Zlost a agrese jsou jedním ze symptomů, který jsou přítomné jak u PTSD tak C-PTSD. Nicméně se ukazuje, že s C-PTSD je spojena větší míra hostility, agresivity, u dětí a adolescentů i neposlušnosti. Verbální nebo fyzická agrese se projevuje zejména v domácím, rodinném prostředí, které odráží vážně poškozené primární vztahy coby zdroj traumatu (Luoni et al., 2018; Purvis et al., 2013).

Násilí i sebepoškozování má u C-PTSD uklidňující funkci, kterou je třeba vnímat jako snahu chránit se, zvládnout intenzivní nepříjemné pocity, získat pocit kontroly nad prožívaným týráním, bezmocností, nepředvídatelností, obnovit pocit bezpečí nebo uspokojit zanedbávané potřeby (Courtois, 2004; Loewenstein & Brand, 2014; Purvis et al., 2013).

Dyer et al. (2009) zkoumali rozdíl závažnosti agrese u PTSD a C-PTSD. U obou poruch potvrdili nadprůměrné hladiny zlosti, agresivity a hostility. Na základě vychýlení úrovně agresivity obou skupin do vyšších, nadprůměrných hladin klasifikovali 3 kategorie podle závažnosti, tj. průměr, vysoká, velmi vysoká.

Nejvyšší možná hladina (velmi vysoká) fyzické agrese se potvrdila u více než poloviny skupiny C-PTSD (55%) ve srovnání s PTSD skupinou (19%). Dyer et al. upozornili na závažnost výsledku u skupiny C-PTSD, jelikož zjištěná velmi vysoká hladina fyzické agrese představuje více než 97. percentil ve standardizovaných normách (Buss & Warren, 2000 in Dyer et al., 2009).

U obou skupin se potvrdila vysoká nebo velmi vysoká hladina hostility: 64% velmi vysoká a 27% vysoká závažnost u C-PTSD, 55% velmi vysoká a 26% vysoká úroveň závažnosti u PTSD. Hladina zlosti byla u C-PTSD také vyšší (55% velmi vysoká, 27% vysoká) než u PTSD (39% velmi vysoká, 32% vysoká) (Dyer et al., 2009).

U C-PTSD se projevuje signifikantně vyšší míra fyzické agrese, zejména sebepoškozování. Sebepoškozování se prokázalo u 91% zkoumaných ve skupině C-PTSD, a ve skupině PTSD u 58% zkoumaných (Dyer et al., 2009). Hyland et al. (2018) uvádí až 3krát větší pravděpodobnost výskytu sebevražedných myšlenek a sebepoškozování u C-PTSD než u PTSD.

Dyer et al. (2009) potvrdili spojení mezi fyzickou agresí a sebepoškozováním, kdy snížení fyzické agrese vede k nárůstu sebepoškozování. Fyzická agrese představuje externí formu copingové strategie, zatímco sebepoškozování interní. Fyzická agrese je tudíž také významným prediktorem vážnosti sebepoškozování.

Logická regresní analýza prokázala, že sebepoškozování představuje fyzickou manifestaci negativního sebepojetí. Jedná se o vnitřně orientovanou copingovou metodu zvládnání averzivní tendence reagující na negativní přesvědčení o vlastní osobě (Dyer et al., 2009).

Riziko sebepoškozování se stává ještě větší kvůli nebezpečí závislosti, neboť v sobě obsahuje návykovou složku. Nejde pouze o snahu uklidnit se, ztlumit intenzivní psychický stav a necítit, ale funguje i obráceně, jako touha něco cítit, např. v případě derealizace, utlumení, znecitlivění (Loewenstein & Brand, 2014).

11.4 Disociace

Traumatické vzpomínky nebo vjemy, které mohou traumatizaci připomenout, jsou oddělené od vědomí. Dochází k fragmentaci vjemů, vnímání i ega. Myšlenky jsou odpojené od pocitů, člověk má problém uvědomovat si fyzické pocity, vnímat své tělo nebo jeho části, převáží sklon k automatickému chování, aniž by bylo vědomě plánované nebo zamýšlené (Cook et al., 2005; Luoni et al., 2018). Jak uvádí Loewenstein & Brand (2014), disociace pomáhají přežít trauma.

Větší rozsah disociací je spojován s chronickou traumatizací (Sar, 2011). Snaha vyhnout se traumatickým vzpomínkám je zesílená opakovanými zkušenostmi, které neskončily s dětstvím, ale pokračují i v dospělosti (Courtois, 2004; Loewenstein & Brand, 2014).

Courtois (2004) uvádí, že i když disociace slouží na jednu stranu jako obranný mechanismus, na druhé straně jsou překážkou, která blokuje pocit bezpečí i celkové každodenní fungování. Současně se stávají disociace zásadním problémem při zpracování traumatu, jelikož brání terapeutickému procesu ve snaze vyhnout se emocionálnímu zaplavení (Courtois, 2004; Loewenstein & Brand, 2014).

C-PTSD je spojována s prožíváním vyšších úrovní disociací než PTSD (Elkit et al., 2014; Hyland et al., 2018). Hyland et al. (2018) považují disociace za diferenční faktor mezi C-PTSD a PTSD.

11.5 Vážnost symptomů jako kritérium

C-PTSD je stanovena na základě symptomatického profilu a není vázána na konkrétní trauma (Cloitre et al., 2013; Elkit et al., 2014; Maercker et al., 2013; Marinova & Maercker, 2015). Zajímavý je proto pohled na porovnání závažnosti C-PTSD a PTSD. Odborníci se zabývali otázkou, zda je C-PTSD vážnější poruchou ve smyslu závažnějších symptomů než PTSD.

Tým Cloitre et al. (2013) použil analýzu LPA a došel k závěru, že PTSD od C-PTSD nerozděluje vážnost specifických traumatických symptomů. Rozdíl mezi diagnózami, jak autoři objasňují, je v rozsahu poškození, tzn. v poškození, jež

zasáhne více oblastí každodenního života. Vážnost symptomů je proto třeba vnímat z pohledu jejich komplexity.

V tomto ohledu se sbíhají výsledky řady výzkumů (Böttche et al., 2018; Briere et al., 2008; Cloitre et al. 2009; Cloitre et al., 2013; Cloitre et al., 2014; Elkit et al., 2014; Frost et al., 2018; Hyland et al., 2018; Karatzias et al., 2017; Turner et al., 2010). Vědecké týmy shodně potvrdily vztah mezi počtem různých typů traumatizace (tj. kumulativní trauma) a rozsahem komplexity symptomů. Dále uvedly, že z pohledu typologie traumatu se prokázal největší vliv na symptomatickou komplexitu u traumatu typu sexuální zneužívání (dětské znásilnění, pokus o znásilnění, jiný sexuální kontakt), fyzické týrání a psychické týrání (včetně svědectví traumatické zkušenosti jiného člověka, ohrožování dítěte zbraní). Turner et al. (2010) upozornili také na chronický výskyt domácího násilí, komunitního násilí, chudoby a šikany.

Pro zajímavost uvádím výsledky některých zmíněných výzkumů. Prvním z nich je Briere et al. (2008), kteří potvrdili lineární vztah mezi kumulativním traumatem před 18 rokem věku a symptomatickou komplexností na vzorku 2453 žen ve věku 18-24 dotazníkem TSI a kovariační analýzu ANCOVA. Poznatky jsou o to důležitější, když připomenou, že k traumatickým poruchám jsou náchylnější ženy více než muži (Frost et al., 2018) a že ženy jsou také častěji oběťmi sexuálních traumat nebo násilnických partnerských vztahů (ROSA, 2017).

Výsledky týmu Briere et al. (2008) ověřili Cloitre et al. (2009) se vzorkem 582 dospělých žen s věkovým průměrem 36 let. Použili baterii testů (TSI, CAPS, BDI, Negative Mood Regulation Scale, Inventory of Interpersonal Problems, Anger Expression Inventory) a regresní analýzu. Výskyt různých typů traumatu, které ženy prožily v dětství, jsem uvedla v tabulce 11, v dospělosti hlásily ženy jako nejčastější sexuální napadení (51%). Většina (67%) žen prožila během života, tzn. v dětství a v dospělosti, 3-5 typů traumatických zkušeností.

Cloitre et al. (2009) potvrdili vztah kumulativního dětského traumatu s komplexní symptomatikou, vztah mezi traumatizací v dospělosti a komplexitou symptomů nebyl signifikantní. Vazbu kumulativního stresu a výslovně dětské traumatizace na rozvoj C-PTSD potvrdili nověji Frost et al. (2018) nebo Karatzias et al. (2017).

Rozsah poškození traumatizovaní lidé popisují celou řadu potíží, nepříjemných psychických stavů i fyzických symptomů (Herman, 1992). Objevují se např. únava ve spojení s poruchami spánku, podrážděností, doplněné fyzickými bolestmi. Prožívané potíže přímo a negativně ovlivňují kvalitu života, narušují běžné, každodenní fungování, snižují kognitivní funkce, zejména zůstávají-li nedostatečně diagnostikované a tím také nedostatečně léčené (Karatzias et al., 2017; Stadtmann et al., 2018).

Častým doprovodným jevem je užívání psychofarmakologické medikace (Karatzias et al., 2017; van der Kolk, 2014). Řada případů předepisování a užívání psychotropních léků přitom vyžaduje doplnění léčby psychoterapií (Courtois, 2004; Dreher, 2017). Důvodem je především rozdíl mezi psychickými a biologickými nemocemi. Psychické symptomy jsou reakcí na prožitou událost a ne nástupem onemocnění vyžadující léčbu léky (Tyrer, 2014), což platí obzvláště pro C-PTSD.

U C-PTSD jsou některé symptomy vnímané pacientem jako trvalé, stálé či všudypřítomné, jsou považovány za část sebe sama, tj. část pacienta samotného, což může vést i k pocitům odlišnosti, bláznovství, osamělosti či vyloučenosti (Stadtmann et al., 2018). Současně může klient zažívat pocit ztráty kontroly nad svým chování a pocit, že nemá možnost svůj stav změnit (Knefel et al., 2018).

V následující tabulce prezentuji výsledky výzkumných týmů, které se zaměřily na přítomnost symptomů u traumatizovaných vzorků. Tabulka ukazuje rozložení skupin PTSD, C-PTSD a low symptomů, což je skupina s nízkými nebo nulovými hladinami symptomů, které nejsou dostatečné pro stanovení poruchy.

Tab. 12: Traumatické poruchy dle prezentace symptomů

Výzkum	Low symptomů	PTSD	C-PTSD	Statistická analýza	Vzorek
Böttche et al., 2018	24 %	30 %	46 %	Confirmatory factor analysis (CFA)	341
				Latent profile analyses (LPA)	
Karatzias et al., 2017	0 %	24 %	76 %	Latent class analysis (LCA)	193
Elkit et al., 2014 – truchlící rodiče	64 %	25 %	10 %	Latent class analysis (LCA)	604

Elkit et al., 2014 – oběti znásilnění	36 %	43 %	21 %	Latent class analysis (LCA)	449
Elkit et al., 2014 – oběti fyzického útoku	53 %	34 %	13 %	Latent class analysis (LCA)	214
Cloitre et al., 2013	32 %	32 %	36 %	Latent profile analysis (LPA)	302
Knefel & Lueger-Shuster, 2013	—	17 %	21 %	Confirmatory factor analysis (CFA)	229

Všechny výzkumy byly již uvedené dříve u 4-faktorového modelu C-PTSD a potvrdily přítomnost PTSD symptomů u C-PTSD. Nyní v tabulce uvádím rozložení traumatických poruch podle přítomnosti symptomů. Potvrdil se předpoklad, že rozsah poškození u C-PTSD je větší (Cloitre et al., 2013, van der Kolk et al., 2005).

Karatzias et al. (2017) vymezili pouze 2 skupiny. Nulovou skupinu „Low symptomů“ vysvětlují typem vzorku. Jejich vzorek aktivně hledal psychologickou léčbu ve srovnání s jinými výzkumy, tudíž si byl vědom symptomů, které chtěl řešit. Jiným typem vzorku aktivně hledajícího psychologickou pomoc/léčbu je Cloitre et al. (2013). Vzorek zahrnoval skupinu (28%) účastníků s traumatickými problémy souvisejícími s teroristickým útokem 11.9. v USA. Tato skupina mohla ovlivnit výsledky v porovnání se studiemi, jejichž účastníci nebyli hromadně zasaženi stejnou traumatickou událostí.

K překvapivě nízkému výsledku došli Knefel & Lueger-Shuster (2013), jejichž výzkum zkoumal vzorek se 100% chronickou traumatickou historií (viz kapitola 8, tabulka 9). Autoři argumentují, že vzorek byl netypický převahou mužů (77%), přičemž traumatické poruchy se objevují častěji u žen. Určitý vliv na vzpomínky přisoudili věku, který u některých jedinců dosahoval až 80 let. V neposlední řadě autoři nemohli potvrdit, kolik ze zkoumaných jedinců podstoupilo v průběhu života terapii, což by vysvětlilo nízký výskyt traumatických symptomů ve vzorku.

Úroveň závažnosti symptomů rozlišuje jednotlivé skupiny podle prezentace symptomů, tj. podle komplexnosti funkčního poškození. Tím vyvstává otázka léčby C-PTSD, která vyžaduje zvážení symptomatické komplexnosti u traumatizované skupiny pacientů a tím i vyšší nároky na plánování psychologické léčby (Cloitre et

al., 2009; Cloitre et al., 2013; Courtois, 2004; Herman, 2015; Karatzias et al., 2017; Knefel et al., 2018).

11.6 Chronické versus jednorázové pravidlo

Různé druhy prožitých traumatických zkušeností (např. sexuální zneužívání, fyzické týrání, emocionální týrání, zanedbávání) vedou u traumatizovaného k ucelenější a komplexnější prezentaci symptomů (např. problémy s emocionální regulací, problémy se zvládním vzteku, vztahové problémy, užívání návykových látek, poruchy příjmu potravy, somatizace, disociace, sebepoškozování, sebevražedné jednání). Jelikož se dále prokázalo, že vážnost symptomů souvisí s kumulativním traumatem, vyvozují zdánlivě velmi jednoduché pravidlo, které pomáhá snadno a rychle rozlišit mezi případy PTSD a C-PTSD:

- chronická traumatizace = C-PTSD
- jednorázová traumatizace = PTSD

Chronická, tj. opakovaná a dlouhodobá traumatizace, často zahrnuje developmentární faktor expozice traumatu a vede k jinému symptomatickému profilu na rozdíl od jednorázové traumatizace. Chronická expozice traumatu má jinou úroveň a rozsah poškození na rozdíl od jednorázové či časově omezené expozice, jejíž efekt působení je výrazně limitovaný (Hodgdon et al., 2018).

Cloitre et al. (2009, 405) vysvětlují, že *„vystavení vícenásobným nebo opakovaným typům týrání a traumatu v dětství může vést k následkům, které nejsou pouze závažnější než následky jednorázové traumatické události, ale jsou kvalitativně odlišné ve své tendenci ovlivnit více emočních i interpersonálních oblastí“* (překlad autorky).

Ke shodným výsledkům došli již dříve van der Kolk et al. (2005). Spojují rozvoj C-PTSD s nástupem traumatizace v nízkém věku a délkou trvání traumatu. Tvrdí, že čím déle je člověk vystaven traumatizaci, tím větší je pravděpodobnost rozvoje C-PTSD. Cloitre et al. (2013) prokázali, že u lidí s historií chronické traumatizace v dětství je dvakrát větší pravděpodobnost rozvoje C-PTSD než

PTSD. Naopak u jednorázového traumatu je čtyřikrát větší pravděpodobnost rozvoje PTSD spíše než C-PTSD.

V posledních letech posílili závěry předchozích prací Karatzias et al. (2017). Potvrdili, že traumatizace u C-PTSD má kumulativní charakter, je frekventovaná a různorodá. Podobně zjistili, že pro C-PTSD má klíčový vliv traumatizace v dětství.

Pravidlo chronické traumatizace proto spojují s kumulativním traumatem, tj. součtem různých typů traumatických zkušeností.

Musím však podotknout, že toto pravidlo neplatí vždy. Cloitre et al. (2013) kupříkladu uvádí, že ve zkoumaném vzorku se u významného procenta (25%) obětí dětské traumatizace rozvinula PTSD spíše než C-PTSD. Podobně objevili 12% obětí jednorázového traumatu ne-interpersonálního charakteru, u nichž se naopak rozvinulo C-PTSD namísto předpokládané PTSD. Elkit et al. (2014) potvrdili závěry Cloitre et al. (2013), když zkoumali 3 různé vzorky jednorázového traumatu a objevili, že C-PTSD se rozvine po znásilnění u 21% obětí, po fyzickém útoku u 13% obětí a po smrti dítěte u 10% rodičů. Výsledky tudíž potvrzují, že C-PTSD je nutné diagnostikovat na základě symptomů a ne pouze na základě anamnézy.

Současně někteří experti na trauma upozorňují (Gamache Martin et al., 2016; Knefel & Lueger-Schuster, 2013), že poměrně velká skupina pacientů (25 – 45%) nemusí trpět symptomy typickými pro PTSD. Právě u této podskupiny klientů, může být největší riziko chybné diagnostiky a tudíž i léčby. Pacienti pak mohou získat rozsáhlou řadu diagnóz včetně osobnostní patologie, afektivních poruch, disociativní poruchy a řady dalších.

Současně je na závěr potřeba znovu uvést, že traumatická historie nemusí nutně vést k C-PTSD nebo PTSD (WHO, 2018). Cloitre et al. (2013) mluví o traumatické nebo výrazně stresující historii jako o rizikovém faktoru pro rozvoj traumatické poruchy. Elkit et al. (2014) traumatickou anamnézu definují jako hlavní, resp. vodící faktor při diferencii traumatických poruch. WHO (2018) uvádí traumatickou historii jako kauzální faktor, bez něhož by se traumatická porucha nerozvinula.

12 Komplexní trauma a Hraniční porucha osobnosti

Kritika diagnózy Komplexní trauma se v předchozích letech dotýkala problému integrity poruchy. Hlavní argument vytýkal, že se C-PTSD překrývá s Hraniční poruchou osobnosti (Loewenstein & Brand, 2014; Resick et al., 2012). Kapitola se zaměřuje na rozdíly mezi poruchami, ve snaze zjistit do jaké míry se překrývají a zda je možné je rozlišit.

BPD má pověst obtížně léčitelné poruchy (Godbout et al., 2018; Kreisman & Straus, 2010). Z podobnosti s C-PTSD proto vyvozují, že nová traumatická porucha bude čelit obdobnému problému. Předpokládám také, že lepší porozumění BPD pomůže k důkladnějšímu pochopení C-PTSD.

Největším problémem odlišit obě poruchy představuje podobnost symptomatického profilu. Navíc v anamnéze BPD pacientů najdeme chronickou traumatizaci, ve většině případů spojenou s fyzickým týráním, sexuálním zneužíváním, emocionálním násilím a/nebo domácím násilím (Godbout et al., 2018; Herman, 2015; Kreisman & Straus, 2010; Lyons-Ruth, 2008; van Dijke et al., 2011; Vermetten & Spiegel, 2014; Yalch & Levendosky, 2019). Zaměřím se proto právě na porovnání obou profilů. Své pozorování ověřím opět analýzou zahraničních vědeckých prací, které zkoumali rozdíl mezi C-PTSD a BPD.

Hned na začátek mohu uvést, že BPD je jednou z mála poruch, jejichž diagnostickým kritériem je sebevražedné a sebepoškozující jednání (APA2, 2015). Kritérium je také jedním z hlavních symptomů poruchy. O sebevraždu se pokusí 78 – 84% pacientů s BPD, a to opakovaně, přičemž průměrný počet suicidálních pokusů během života jsou 4 (Soloff, Lynch, Kelly, Malone & Mann, 2000; Soloff, Feske & Fabio, 2008).

12.1 Rozdíl mezi C-PTSD a BPD

Rozdíl je patrný již v samotné definici C-PTSD, v níž je trauma příčinou a symptomy přímým následkem traumatizace. BPD naopak nevyžaduje traumatickou zkušenost pro stanovení diagnózy (APA2, 2015; WHO, 2018), tudíž nemusí být přítomné symptomy PTSD (Cloitre et al., 2014). Dospěla jsem k několika zásadním rozdílům mezi oběma poruchami, které nejprve shrnu a poté postupně prozkoumám.

Rozdíly mezi C-PTSD a BPD (Cloitre et al., 2013; Cloitre et al., 2014):

1. C-PTSD se soustřeďuje na následky traumatu.
2. Základním prvkem C-PTSD jsou symptomy PTSD.
3. Léčba C-PTSD se orientuje na trauma a traumatické symptomy (psychickou dysregulaci, negativní sebepojetí, narušené vztahy).
4. Zásadními a klinicky relevantními znaky BPD jsou vysoké riziko sebevraždy, sebevražedné pokusy a sebepoškozující jednání.
5. Léčba BPD se zaměřuje na sebevražedné a sebepoškozující chování, redukci závislosti na druhých, upevnění vnímání sebe sama.

Hlavní rozdíl spočívá v interpersonálních vztazích. U C-PTSD se objevuje tendence vyhnout se vztahům, které jsou vnímané jako rizikové, nebezpečné až ohrožující. U BPD je zjevná opačná tendence, tedy udržet si vztah, být v neustálé blízkosti druhých lidí, protože převládá strach z opuštění, strach ze samoty, strach z odmítnutí (Ford & Courtois, 2014; Masson et al., 2013; van Dijke & Ford, 2015). Vztahy člověka s BPD oscilují mezi idealizací a znevažováním druhého člověka nebo partnera (Cloitre et al., 2014; Ford & Courtois, 2014, Giourou et al., 2018; Kreisman & Straus, 2010).

Schmahl et al. již v roce 2004 dokládali první dva zmíněné body, rozdíl v definici i v interpersonálních vztazích. S kolegy prokázali vliv odlišných typů stresových připomínek u BPD a PTSD na úrovni psychofyzilogických účinků. Skupina PTSD při testech reagovala na traumatické scénáře (např. násilí, zneužívání, ohrožení života). Skupina BPD reagovala na scénáře s tématem opuštění.

U C-PTSD převládá snaha vyhnout se další traumatizaci ve formě zvýšené ostražitosti vůči nebezpečí (van Dijke et al., 2018). Zatímco u BPD je hlavní snahou neztratit vztah, který je vnímaný jako prioritní. U obou poruch je přítomná hyperaktivace orientovaná na detekování hrozby ve vztahu. C-PTSD vnímá vztah jako nepodporující, nedostupný, nepohodlný až nebezpečný. Typická je snaha vyhnout se závislosti, přílišné blízkosti, otevřenosti. Jedinec má problém druhému důvěřovat, natož na něj spoléhat. Hrozba je spojená s ohrožením hranice intimity, pocitem omezení, zavázanosti, s pocitem dluhu až povinnosti. Na druhou stranu BPD věnuje pozornost i veškeré snahy vztah udržet, vyžaduje důkazy lásky,

intimity. Potřebuje vědět, že ho partner potřebuje až k hranici závislosti (Kreisman & Straus, 2010; Masson et al., 2013)

Pro C-PTSD je charakteristické v podstatě neměnné negativní sebepojetí a tendence se lidem, resp. vztahům spíše vyhýbat. Na rozdíl od BPD, kde sebepojetí kolísá mezi extrémy příznivého a/nebo naopak negativního sebehodnocení, a vztahy vykazují trvalé chaotické, ambivalentní vzorce podmíněné strachem z opuštění (Cloitre et al., 2013; Cloitre et al., 2014; Masson et al., 2013).

Emocionální dysregulace shodná pro obě poruchy má u každé z nich jinou expresi. Úzkost je např. typická pro obě poruchy. Rüschi et al. (2007) studovali formou sebesuzovacích dotazníků a implicitního asociačního testu vyjádření úzkosti u PTSD a BPD na základě primárních emocí jako stud nebo vina, které se odráží v sebepojetí. Hlavní rozdíl našli u pocitu viny, který se pojí s traumatickými poruchami. Kreisman & Straus (2010) doplňují, že u BPD pacientů je pravděpodobnější vnučování pocitu viny blízkým lidem, aby si je udrželi a zabránili tak opuštění nebo odmítnutí, místo toho, že by vinu cítili např. za své agresivní jednání.

Cloitre et al. (2014) dokládají, že u C-PTSD převládá emocionální citlivost, reaktivní vztek a špatné copingové mechanismy, např. užívání alkoholu a drog. U BPD je výraznější tendence k sebevražednému jednání, sebepoškozování nebo impulzivnímu chování (Kreisman & Straus, 2010).

Van Dijke et al. (2018) uvádí, že u BPD se na rozdíl od C-PTSD neobjevuje nadměrná psychická regulace, zejména ve formě emocionálního znecitlivění, která by mohla být v anamnéze spojená s narušeným primárním vztahem nebo dětskou traumatizací. Vermetten & Spiegel (2014) dokonce vnímají rozdíl v emocionální regulaci jako diferenciální faktor mezi C-PTSD (nadměrná regulace) a BPD (nedostatečná regulace).

Symptomatika C-PTSD je stabilní na rozdíl od BPD, jejíž projevy jsou nestabilní, proměnlivé, střídavé. Symptomy BPD jsou vyhraněnější, zejména co se týká psychické a behaviorální dysregulace a strachu z opuštěnosti (Kuo & Linehan, 2009; Cloitre et al., 2013; Ford & Courtois, 2014; van Dijke et al., 2018).

V další kapitole proberu charakteristiku BPD, které poruchu osobnosti odlišují od C-PTSD.

13 Diferenční charakteristiky hraniční poruchy osobnosti

Diagnostickým problémem u C-PTSD i BPD je traumatická historie. Trauma sice není diagnostickým kritériem pro BPD, nicméně trauma najdeme v anamnéze mnoha případů BPD (Herman, 2015; Lyons-Ruth, 2008; van Dijke et al., 2011; Vermetten & Spiegel, 2014). Symptomy C-PTSD a BPD nelze shodně označit za traumatické. Na druhou stranu je možné vyhodnotit problémy obou poruch jako interpersonální (Chanen & Thompson, 2016).

Podobně jako tomu je u rozdílů mezi C-PTSD a PTSD i v případě rozdílu C-PTSD a BPD se největší rozdíly ukázaly být v symptomatickém profilu. Určité symptomy BPD lze tudíž označit jako markery, které poukazují na větší pravděpodobnost BPD než C-PTSD.

Zmíněná traumatická historie může být v některých případech rozhodujícím faktorem, zejména v případech, kdy trauma nebude v osobní historii pacienta, čímž vzroste pravděpodobnost BPD. V jiných případech, kdy trauma bude v anamnéze, je třeba uvědomit si hlavní rozdíly v symptomatickém profilu. Jde především o odlišné projevy zdánlivě stejných symptomů, které se objevují u obou poruch. V podkapitolách se proto zaměřím na rozdíly prezentace vybraných symptomů.

13.1 Traumatická historie

U obou poruch se nachází příčina v dětství nebo dospívání a bývá spojena s traumatem (Ford & Courtois, 2014; van Dijke et al., 2011). Pro C-PTSD je trauma kauzálním faktorem, jelikož bez prožité traumatické zkušenosti, zejména opakované a dlouhodobé, je nutné C-PTSD vyloučit (WHO, 2018), u BPD tomu tak ale není. Trauma je u BPD pouze jedním z několika možných rizikových faktorů (Ford & Courtois, 2014).

BPD není vázaná na trauma, tzn. může se rozvinout bez ohledu na jeho výskyt či absenci v historii klienta. Rodičům, resp. jejich vztahu k dítěti je přesto přisuzován podstatný vliv na rozvoji BPD (Kreisman & Straus, 2010; Lyons-Ruth, 2008; van Dijke et al., 2011). Jde především o dysfunkční rodiny, v nichž není vybudovaný vztah rodič-dítě, dále rodič dítě nechrání před traumatizací nebo dokonce sám dítě týrá či zneužívá (Kreisman & Straus, 2010).

Cohen et al. (2014) uvádí, že rané vztahy dítěte mají vliv na vytvoření sebeobrazu, který je základem zdravé nebo patologické osobnosti. Různé typy traumatu jsou v případě osobnostní patologie silným rizikovým faktorem.

Ve vztahu rodič-dítě se pozornost věnuje např. narušené komunikaci mezi rodičem a dítětem. Lyons-Ruth (2008) studovala vztah mezi matkou a dítětem. Hlavní problém vidí v ambivalentní komunikaci a dezorganizujícím chování ze strany matky. Dítě může interakci s matkou vnímat ve stejnou chvíli jako jemnou, láskyplnou, ale také jako odmítavou, odtahující se, chaotickou. Kvůli ambivalenci a dezorganizaci je pro dítě komunikace ze strany matky matoucí. Výsledkem je směsice negativního odmítnutí a snahy zapojit dítě.

Z traumatické historie se nejčastěji rozvoj BPD asociuje se sexuálním zneužíváním (Bailey & Shriver, 1999; Frost et al., 2018; McLean & Gallop, 2003). Týmy Frost et al. (2018) a Cohen et al. (2014) hypotézu testovali, ale s negativními výsledky. Oba týmy opakovaně nepotvrdily, že existuje přímý vztah mezi historií sexuálního zneužívání a BPD. Bornovalova et al. (2013) sice zjistili, že pravděpodobnost výskytu sexuálního zneužívání v anamnéze roste spolu s narůstajícím počtem znaků BPD, ale nepotvrdili přímý kauzální vliv sexuálního zneužívání na BPD.

Cloitre et al. (2014) použili analýzu latentních tříd u vzorku dospělých žen, které v dětství zažily sexuální zneužívání nebo fyzické týrání, a získali 4 skupiny. První skupina (20%) s nízkým (low) podílem symptomů napříč všemi doménami. Druhá skupina PTSD (26%) s vysokým podílem symptomů PTSD a s nízkým podílem symptomů DSO a BPD. Třetí skupina C-PTSD (28%) s vysokým podílem symptomů PTSD a DSO, ale nízkým podílem symptomů BPD. Čtvrtá skupina BPD (26%) s vysokým podílem symptomů BPD, DSO a PTSD.

Zkušenost se sexuálním zneužíváním v dětství objevili napříč všemi vyprofilovanými skupinami. Nejvíce sexuálních traumat bylo ve skupině C-PTSD (81% jedinců), následované skupinami PTSD (67%), low symptomů (55%) a BPD (55%). V tabulce č. 13 uvádím míru poruch napříč skupinami podle výsledků týmu Cloitre et al. (2014).

Tab. 13: Poruchy PTSD, C-PTSD a BPD ve skupinách

Diagnostická kritéria	Skupina 1 low symptomy (n = 57)	Skupina 2 PTSD (n = 72)	Skupina 3 C-PTSD (n = 77)	Skupina 4 BPD (n = 74)
PTSD	0 %	68 %	81 %	54 %
C-PTSD	0 %	19 %	78 %	45 %
BPD	12 %	1 %	8 %	92 %

Je patrné, že diagnostická kritéria pro BPD naplňuje 92% jedinců ze skupiny 4 (BPD), ale jen velmi málo jedinců (8%) ve skupině 3 (C-PTSD). Téměř polovina (45%) skupiny BPD splňuje kritéria pro diagnózu C-PTSD, což autoři vysvětlují tím, že symptomy DSO nebyly dostatečné pro stanovení profilu C-PTSD. Jinými slovy jedinci ze skupiny BPD nenaplnili kritéria pro C-PTSD v kategoriích DSO. Naopak se ukázalo, že více jak polovina skupiny BPD (54%) splňuje diagnostická kritéria pro PTSD (Cloitre et al., 2014).

Forst et al. (2018) zkoumali vzorek převážně dospělých žen (91%) se sexuálním traumatem jako hlavním typem traumatizace, v nadpoloviční většině šlo o opakovanou traumatizaci. Výsledek analýzy latentních tříd potvrdil samostatný výskyt C-PTSD (20%) a PTSD (41%). Zřetelně odlišenou skupinu BPD se však nepodařilo potvrdit a výzkumníci ji definovali jako BPD se symptomy PTSD. Naopak opačnou tendenci ukazuje Hyland et al. (2018), tým objevil podobnost s BPD symptomy u C-PTSD spíše než u PTSD. Jeho vzorek tvořily také převážně dospělé ženy (93%) s četnými traumatickými zkušenostmi (v průměru 7), ale s převahou traumatu typu fyzické násilí.

Uvedené výsledky ukazují, že sexuální zneužívání ani fyzické týrání není příčinou BPD, ale má vliv na rozvoj symptomů traumatických poruch. Jak ukázal dřívější výzkum týmu Cloitre et al. (2013), přítomnost BPD výrazně neovlivnila rozložení traumatických poruch ani symptomatický profil. Naopak se potvrdila stabilita PTSD i C-PTSD, spolu s nezávislým postavením C-PTSD, které se může vyskytnout odděleně či spolu s BPD.

Cloitre et al. (2014) potvrdili výsledky van Dijke et al. (2012), kdy kritéria C-PTSD naplňovalo 26% ze skupiny BPD a 38% v případě, že byla BPD spojena s poruchou se somatickými symptomy.

Další vědecké týmy ověřovaly kauzální vztah mezi sexuálním zneužíváním a BPD, ale dospěly ke stejným výsledkům, které naopak potvrzují kauzální faktor sexuálního traumatu na rozvoj C-PTSD (McLean & Gallop, 2003; van Dijke et al., 2018; Vermetten & Spiegel, 2014). Navíc odborníci spojují s rozvojem BPD stále častěji emocionální týrání a zanedbávání (Selby, Braithwaite, Joiner & Fincham, 2008; van Dijke et al., 2011).

Hlavní rozdíl tudíž zůstává v přístupu rodiče k dítěti. Dítě se učí budovat vztah s rodičem od narození. Jestliže je tento vztah od začátku chaotický, nesrozumitelný a protichůdný, dítě začne od 18. měsíce věku odmítat vztah s rodičem, např. formou vyhýbání se sdílení. Pro rodiče je odmítnutí dítětem bolestivé, což vyvolá novou vlnu narušené interakce mezi rodičem a dítětem (Lyons-Ruth, 2008).

Bornovalova et al. (2013) zdůrazňují vliv genetické predispozice dítěte k určitému typu temperamentu a chování, které se posiluje v hostilní, agresivní, dysfunkční rodině. Genotypu přisuzují větší vliv na BPD než traumatické historii.

Připojují se proto k závěru Cloitre et al. (2014), že i když lidé s BPD mohou zmiňovat řadu symptomů odpovídajících PTSD a C-PTSD, jedná se o zřetelně odlišnou diagnózu se zcela specifickými symptomy. Uvedená zjištění mě vedou k závěru, že pokud se k BPD připojí porucha se somatickými příznaky, diagnostiku klienta by bylo třeba znovu vyhodnotit a zvážit C-PTSD. Současně poukazují na výměnu rolí, která může hrát významnou roli v rozvoji BPD bez ohledu na traumatickou historii.

13.2 Sebevražedné, sebepoškozující jednání a impulzivita

Nejvýraznějším rizikovým faktorem BPD je sebevražedné a sebepoškozující jednání. U BPD se jedná o jeden ze základních symptomů poruchy, zatímco C-PTSD explicitně nezahrnuje sebevražedné jednání mezi symptomy dysregulace (APA2, 2015; WHO, 2018).

Cloitre et al. (2014) potvrdili sebevražedné a sebepoškozující tendence, pokusy a/nebo jednání u téměř poloviny vzorku BPD (49%), ale pouze 14% u C-PTSD a 17% u PTSD. BPD proto bývá označována jako život ohrožující porucha (Kuo & Linehan, 2009).

Odborníci (Kuo & Linehan, 2009; van Dijke & Ford, 2015) vidí vysvětlení ve vyšší úrovni emocionální intenzity s tendencí k nedostatečné regulaci emocí, typické pro BPD. Neschopnost zvládat emoce vede k rozvoji sebepoškozujícího, sebevražedného a impulzivního jednání, které má zmírnit nebo zastavit intenzivní emoce doprovázené nepřiměřeným hněvem (Godbout et al., 2018). Podobné vysvětlení najdeme u Chanen & Thompson (2016), poukazují na chaotický přístup k životu, typickou nezodpovědnost, unáhlenost až bezohlednost, propojené s výraznou emoční nestabilitou a reaktivní agresivitou, které končí krizí ve formě impulzivního sebepoškozování.

Kreisman & Straus (2010) vysvětluje chování BPD nedostatkem trpělivosti a potřebou okamžitého uspokojení. Impulzivní jednání, např. alkohol, drogy, sex, slouží podle autorů jako obrana proti pocitu osamělosti a opuštěnosti. Dále poukazují na skutečnost, že pacienti s BPD mají problém vnímat realitu. Sebepoškozování pak naplňuje potřebu něco cítit na jedné straně a rozptýlit se od prožívaného utrpení na straně druhé.

U případů BPD se objevuje také tzv. nebezpečná sexualita, tj. dysfunkční sexuální chování jako forma impulzivního sebepoškozujícího jednání, které používá sexualitu jako nástroj k získání lásky a intimity (Godbout et al., 2018; Chanen & Thompson, 2016; Kreisman & Straus, 2010). Impulzivita se přitom podle Cloitre et al. (2014) výrazně častěji projevuje u BPD (73%) než u C-PTSD (22%) nebo PTSD (17%).

13.3 Markery poruchy sebeorganizace

Symptomatická podobnost C-PTSD a BPD je zřejmá zejména u poruchy sebeorganizace. Symptomy typické pro BPD zahrnují dysforii spojenou s pocitem zrady, viktimizace a touhou po sebeubližování. Lidé vnímají neschopnost kontrolovat extrémní psychické stavy a impulzy (Ford & Courtois, 2014).

Faktor zrady jsem popsala v souvislosti se zrádným traumatem v kapitole 8. Na BPD má však vliv pouze zrada spojená s traumatem, které způsobila blízká osoba (Yalch & Levendosky, 2019).

Nejistota asociovaná se vztahy a shodně se vyskytující u obou poruch má u každé poruchy jiný projev. Pro BPD je typický strach až hrůza z odmítnutí nebo z

opuštění, které vedou k idealizaci či devalvaci vztahu nebo druhých lidí (Ford & Courtois, 2014). U C-PTSD převažuje jiná orientace, kterou je snaha vyhnout se lidem a příliš blízkým, intimním nebo důvěrným vztahům (Cloitre et al., 2013). Strach C-PTSD se navíc orientuje na vlastní osobu, kdy se nejistota dotýká schopnosti rozpoznat a zvládnout hrozbu (Courtois & Ford, 2014).

S BPD se pojí vysoká citlivost na emoce zejména v sociálním kontextu, přestože pacienti postrádají empatii (Kreisman & Straus, 2010; Vermetten & Spiegel, 2014). Emoční citlivost je asociovaná se strachem z odmítnutí nebo opuštění, ať už skutečným nebo vnímaným (Ford & Courtois, 2014). Problémy s emocionalitou jsou u BPD spojené s neschopností rozlišit a identifikovat své emoce, ale neprojevuje se problém s emocionálním prožíváním, jaký se objevuje u C-PTSD (Ford & Courtois, 2014; van Dijke et al., 2011). U traumatických poruch navíc převažuje emocionální znečitlivění (Dixon-Gordon, Gratz & Tull, 2013).

Ford & Courtois (2014) popisují dysregulaci u C-PTSD jako bohatší a rovnoměrněji rozloženou na obou symptomatických pólech, tj. pozitivní i negativní, hypo i hyper projevy. Rozdíl vidí i ve vztazích a vlastní osobě, které jsou u C-PTSD vnímané jako poškozené na rozdíl od BPD, kde alternuje idealizace nebo devalvace a převládá nedostatečná emocionální dysregulace (srov. van Dijke et al., 2011). Lze shrnout, že diferenciálním faktorem je idealizace - devalvace u BPD, naopak vyhýbání u C-PTSD (Ford & Courtois, 2014).

Nejvýrazněji vyprofilované symptomy BPD, které diferencují BPD od C-PTSD (Cloitre et al., 2013; Cloitre et al., 2014; Ford & Courtois, 2014; Herman, 2015; Yalch & Levendosky, 2019):

- emocionální labilita projevující se zoufalým jednáním, které vychází ze strachu z opuštění
- labilní vztahy oscilující mezi idealizací a devalvaci
- labilní sebepojetí
- impulzivita

Cloitre et al. (2014) upozorňují na zásadní rozdíl, kterým je stabilita symptomů. Symptomy se v případě BPD liší postupem času, zatímco u C-PTSD i PTSD jsou symptomy chronické a stabilní.

13.4 Manipulace

Vztahy u BPD jsou velmi povrchní a hlavní funkcí je uspokojování vlastních potřeb. Dalšími rysy vztahů BPD jsou nadměrná až nepřiměřená očekávání vůči partnerovi, agresivní přístup, emocionální krize. Jednání spojené s BPD souvisí s ovlivňováním a kontrolou druhých pro vlastní prospěch. Jde primárně o získání sympatie, pozornosti nebo i výhod, používanou strategií je proto manipulativní ovlivňování (APA2, 2015; Bailey & Shriver, 1999; Mandal & Kocur, 2013).

BPD pacienti se mohou snažit vyvolat zdání slabosti, bezmocnosti, aby získali výhody pramenící z pomoci nebo ve formě zbavení zodpovědnosti (Kreisman & Straus, 2010; Mandal & Kocur, 2013). Manipulace probíhá velmi jemně a nenápadně, např. formou pozvánek, vybídnutí, kterými se klient snaží získat to, co chce, tedy výjimečný vztah (Chanen & Thompson, 2016). Kreisman & Straus (2010) vysvětlují, že člověk s BPD se může jevit jako rozmazlený kvůli nerealistickým požadavkům, které vztahuje na druhé.

Sebepoškozování nebo vyhrožování sebevraždou, případně sebevražedný pokus mohou mít v případě BPD manipulativní povahu (Kreisman & Straus, 2010; Mandal & Kocur, 2013). Snahou je získat pozornost a záchranu, což podle Kreisman & Straus (2010) vysvětluje vysoký výskyt sebevražedného jednání u BPD.

K používaným manipulativním technikám patří např. lhaní, emocionální vydírání, vyvolání pocitu viny, dárky, narušování osobního prostoru, nedodržování stanovených hranic, apod. (Bailey & Shriver, 1999; Mandal & Kocur, 2013). Jinými manipulačními technikami u BPD jsou svádění nebo dokonce sebedestruktivní činy (Kreisman & Straus, 2010). Sexualita u BPD má mnoho funkcí, od impulzivního sebepoškozujícího jednání, přes manipulativní svádění až po trestání partnera (Bailey & Shriver, 1999), což spojuje impulzivní, sebepoškozující i manipulativní jednání pacienta.

13.5 Přesah do praxe

Podobně jako v případě C-PTSD zůstává hlavním nástrojem v léčbě BPD dlouhodobá psychologická léčba, terapie a nikoli psychofarmaka (Cloitre et al.,

2013; Chanen & Thompson, 2016). Chanen & Thompson (2016) upozorňují, že u BPD klientů hrozí riziko předávkování a zneužití předepsané medikace.

Cloitre et al. (2013) kladou důraz na zvláštní pozornost při ukončování terapií, protože konec sezení s psychologem je pro pacienty BPD rizikový, a to nejen u jednotlivých sezení, ale zejména na samotném závěru léčby.

14 Diskuze

Tématem rigorózní práce bylo Komplexní trauma neboli C-PTSD. Práce byla definována jako přehledová studie, což vymezilo hned na začátku hlavní orientaci práce, kterou bylo zkoumání dosavadních poznatků týkajících se nové traumatické poruchy.

Stanovila jsem si za cíl důkladně poznat kontext nové traumatické poruchy, včetně příčin, diagnostických kritérií a symptomatického profilu C-PTSD. Zkoumala jsem prevalenci traumatických zkušeností i chronicitu, především jaký má vliv na rozvoj C-PTSD. Pozornost jsem zúžila na kontext rodinné problematiky v rámci C-PTSD. Dále jsem zkoumala rozdíly mezi C-PTSD a PTSD i hraniční poruchou osobnosti neboli BPD, s nimiž se C-PTSD překrývá.

Nyní bych zde chtěla probrat limity mé práce. V první řadě může být vytknuto, že je rigorózní práce teoretická a neprezentuje vlastní výzkum. Práce má však své opodstatnění a je přínosem v oblasti trauma psychologie v České republice. Cíl i způsob zkoumání ji řadí k pracím kvalitativním, byť teoretickým. Představuje rozsáhlou analýzu vědeckého bádání za posledních 10 let, přičemž se jednalo o studium zahraničních výzkumných prací s cílem důkladně se seznámit s novou traumatickou poruchou, která má v roce 2022 vstoupit v platnost. V době internetu a obrovského množství dostupných informací je práce praktickým ověřením schopnosti kritického přístupu i zkoumání na poli informací.

Omezila jsem se na rodinnou problematiku traumatizace v dětství, ale vynechala jsem další typy dětské traumatizace jako únos, šikana, dlouhodobá separace od rodiny, zdravotní traumatizace v dětství, dlouhodobá hospitalizace, bolestivé procedury, vyrůstání ve válečné zóně, děti uprchlíků, rasismus v dětství, aj..

Hlavním úskalím práce byly aktualizované edice diagnostických a klasifikačních systémů, DSM-5 z roku 2013 (v práci vycházím z české verze z r. 2015) a MKN-11 z roku 2018. Část zkoumaných vědeckých prací zaměřených na symptomatický profil a diagnostická kritéria, stejně jako výzkumy zaměřené na diferenci C-PTSD od PTSD nebo BPD vycházela z diagnostických kritérií a symptomatických profilů DSM-IV versus chystané, v té době rozpracované verze MKN-11. DSM-IV poskytovala jinou definici i kritéria pro PTSD než jaké uvádí DSM-5, která obsáhla do profilu PTSD také C-PTSD, resp. některé symptomy

poruchy sebeorganizace, čehož následkem je spojení obou diagnóz v DSM-5. Nová verze MKN-11 staví C-PTSD vedle PTSD jako samostatnou, rovnocennou diagnózu.

Poukázala jsem proto ve své práci na problém oficiálního zařazení nové diagnózy do MKN-11 za stavu, kdy DSM-5 odmítá zavést C-PTSD jako samostatnou poruchu, který vnímám jako zásadní a současně silně zmatečný. DSM-5 rozšiřuje diagnostická kritéria PTSD, MKN-11 naopak prosazuje jednodušší a přehlednější systém. Situaci si vysvětluji tak, že po vydání MKN-11 již není otázkou oficialita, resp. validita C-PTSD jako samostatné entity, protože ji MKN-11, resp. WHO potvrdila. Na druhou stranu nelze ignorovat sjednocující a kumulativní přístup traumatické psychopatologické symptomatiky DSM-5.

Část vědeckých prací, z nichž jsem vycházela při zkoumání tématu rigorózní práce, byla realizovaná před oficiálním uveřejněním C-PTSD v MKN-11 v roce 2018. Problém těchto prací je v předpokládané a navrhované definici i kritériích C-PTSD, které však byly pevně vymezeny až se zveřejněním MKN-11.

V celé práci jsem vycházela z výzkumů zaměřených na traumata, jejichž výskyt je běžný v populaci v době míru. Nezahrnula jsem výzkumy věnující se traumatizaci s tématy uprchlíků, válečných zón, bývalých vězňů koncentračních táborů, válečných zajatců, aj., naopak práce čerpá z výzkumů sexuálního zneužívání, fyzického týrání, psychického týrání, zanedbávání, včetně sexuálních a fyzických útoků v dospělosti, apod.. Důvodem bylo pokud možno co největší zúžení kritérií pro rigorózní práci, abych mohla prezentovat výsledky odpovídající komplexnímu traumatu zasazeného do situačního prostředí České republiky. Případná zkreslení jsem dále eliminovala nebo alespoň omezila pomocí kritérií výběru zdrojů, z nichž jsem čerpala, aby výsledné poznatky co nejvíce odpovídaly současné středoevropské populaci.

Z rigorózní práce vyplynulo několik důležitých zjištění, která mohou být využita pro další studium a výzkum. Oficiální uvedení C-PTSD v MKN-11 by mělo vést k nárůstu výzkumů zaměřených na diferencování C-PTSD a PTSD nebo BPD. Nové výzkumy budou moci vycházet z pevně zakotvených kritérií pro C-PTSD a ne pouze z předpokládaných, byť empiricky ověřovaných návrhů.

Nevěnovala jsem větší pozornost disociativní problematice u zmíněných diagnóz, která sama o sobě představuje další psychologický fenomén. Výzkum by se proto mohl zaměřit na studium disociací u C-PTSD, PTSD, případně i BPD nebo přímo disociativní poruchy.

Současně by výzkum C-PTSD měl zkoumat různé vzorky v různých prostředích, specializovaných nebo náhodných. Zajímavé by zajisté byly studie věnované přímo české populaci. Zejména výzkum zaměřený na vazbu chronické traumatizace a rizikového chování či kriminality mládeže i dospělých. Výzkum by mohl směřovat na objasnění příčin rizikového i kriminálního jednání, resp. vazby traumatizace na rizikové nebo kriminální jednání, a vést k vývoji účinnější intervence, prediktivních faktorů a preventivních opatření.

Větší pozornost jsem nevěnovala ani mozkovým funkcím, kde by bylo užitečné výzkum orientovat např. na paměť nebo exekutivní funkce.

V průběhu práce jsem již definovala možné další směřování pro výzkum. Upozornila jsem na traumatický cyklus v rodině, kdy dochází k transgeneračnímu přenosu traumatu na biologické i psychologické úrovni. Další generace dětí rodičů, kteří byli nebo jsou oběťmi chronického traumatu, přejímají v rodině specifické vzorce, které se však vyvíjejí a upevňují na základě zkušeností. Podobně dochází i k biologickým změnám. Nejprve dochází ke změnám ve stresovém systému, mozku a neuroendokrinním systému, které vedou k poškození zdraví včetně rozvoje chronických zdravotních potíží či onemocnění, jež bývají příčinou smrti. Změny psychologické i biologické vedou k senzibilizaci, opět psychické i fyzické, na stres. U dalších generací dochází k nárůstu citlivosti na stres a současně ke snižování resilience na náročné životní situace či zkušenosti. Výzkum by se měl zaměřit na ověření teorie a objasnit mechanismy psychologického přenosu traumatu.

Stanovila jsem hypotézy pro další empirické ověření: a) trauma způsobené blízkou osobou vede k rozvoji C-PTSD, b) trauma způsobené cizí osobou bez osobního vztahu mezi pachatelem a obětí, vede k rozvoji PTSD. Vycházím nejen z podstaty C-PTSD tedy opakované a dlouhodobé traumatizace, ale také z interpersonálního faktoru zrady, který je u C-PTSD vysoký a souvisí s osobní vazbou mezi pachatelem a obětí a dále z faktoru psychického násilí spojeného s traumatem způsobného blízkou osobou.

Poslední doporučení pro budoucí výzkum jsem uvedla ve spojení s BPD. Pokud se u klienta s BPD projevuje také porucha se somatickými příznaky, jde o C-PTSD. Tyto případy je třeba znovu vyhodnotit a určit, zda se skutečně nejedná spíše o jedinou traumatickou diagnózu, tj. C-PTSD. Výzkum v tomto směru by mohl více objasnit rozdíly mezi C-PTSD a BPD.

15 Závěry

Nová diagnóza Komplexní trauma zahrnutá do MKN-11 mění pohled i vymezení traumatických poruch. Nový koncept traumatických poruch reaguje na rozdíly v traumatizaci, která může být interpersonální nebo situační, dlouhodobá a opakovaná nebo jednorázová událost. C-PTSD nese charakteristické klinické rysy interpersonální, chronické traumatizace, která má svůj začátek v dětství a trvá až do dospělosti nebo se ve formě mnohočetných traumatických zkušeností opakovaně vyskytuje v průběhu života.

Problém konceptualizace C-PTSD přetrvává na úrovni diagnostických manuálů, které definují traumatické poruchy odlišně. DSM-5 neuznává samostatnou diagnózu, ale aktualizuje definici a rozšiřuje kritéria pro PTSD. Kvůli tomu je DSM-5 vytýkáno příliš široké pojetí, v němž je mnoho prostoru pro komorbiditu. Vedle toho pojetí MKN-11 vymezuje PTSD a C-PTSD samostatně. Definice a kritéria pro obě poruchy jsou srozumitelnější a jasnější.

Podle MKN-11 obsahuje C-PTSD symptomatické klastry PTSD, které specifikuje jako znovuprožívání, vyhýbání a trvalý, silný pocit ohrožení. Navíc obsahuje tři klastry symptomů souhrnně označených jako porucha sebeorganizace, kterými jsou emocionální dysregulace, negativní sebepojetí a narušené vztahy.

Prevalence traumatických zkušeností se potvrdila vysoká (více než 50%). Mnohočetný výskyt traumatických zkušeností je tvořen různými interpersonálními traumaty typu emocionální týrání, fyzické týrání, sexuální zneužívání, zanedbávání. Studie typu ACE analyzované v rigorózní práci sledují nejen prevalenci, ale studují také dopad chronické traumatizace na zdraví a kvalitu života v dospělosti. Rozšiřují základní typy interpersonální traumatizace spojené s C-PTSD o další problematiku dysfunkční rodiny, k níž patří násilí v rodině, závislost člena rodiny na alkoholu nebo drogách, kriminalita člena rodiny nebo separace dítěte od rodiče nebo rodiny.

Vystavení chronické, kumulativní traumatizaci je spojeno s větším rozsahem funkčního poškození, které vede ke změnám v osobnosti. Odborníci se shodně vyjadřují, že neléčená forma C-PTSD prohlubuje poruchu sebeorganizace a může vést až ke změně identity, kvůli čemuž může být zaměněna s poruchou osobnosti hraničního typu.

Rozsáhlá analýza zahraničních empirických studií poskytla důkazy o rozdílech mezi C-PTSD a BPD. Obě poruchy spojují negativní sebepojetí a interpersonální problémy. Důkazy však potvrdily stabilní symptomatický profil C-PTSD na rozdíl od BPD, pro kterou je charakteristická labilita symptomatických projevů. Sebeпоjetí u C-PTSD je vytrvale negativní a převažuje vyhýbavý typ interpersonálních problémů. Labilita projevů u BPD osciluje mezi idealizací a devalvací, a to na úrovni sebepojetí i narušených vztahů.

Traumatická historie představuje rizikový faktor pro C-PTSD i BPD. V případě C-PTSD se ovšem jedná o kauzální příčinu rozvoje poruchy, zatímco u BPD se kauzální vztah s traumatickou zkušeností nepotvrdil.

Zjištění jsou důležitá pro praxi. Pro práci s klientem C-PTSD musí psycholog přihlížet nejen k rozsáhlému symptomatickému profilu, ale také k dlouhodobé a mnohočetné traumatické zkušenosti. Oba důvody vyžadují delší čas na zpracování klientových problémů, což vede k prodloužení trvání terapie.

Rigorózní práce upozornila také na rizika v léčbě C-PTSD. Nejprve se jedná o medikaci pacientů. Léky užívané na zdravotní problémy nebo psychofarmaka užívaná na zmírnění psychických potíží, nemusí zdravotní ani psychické problémy C-PTSD pacientů řešit, nýbrž je prohlubovat. Druhým rizikem jsou použité terapeutické metody. Jde především o expoziční typ léčby, která může u C-PTSD prohloubit stav desenzibilizace a disociativní stavy.

Souhrn

V posledních 20-ti letech prošla oblast trauma psychologie velkým vývojem. Objevují se nové poznatky o traumatu a jeho dopadu na zdraví. Největších pokroků dosahuje neurologický výzkum, více pozornosti získává traumatizace dětí, podobně jako vývoj psychologické léčby a přístupu k pacientům. Zdánlivě nejmenších pokroků lze sledovat v psychodiagnostice, kde přetrvávají nesourodé přístupy k traumatickým poruchám. Převládá rozpor v názoru i snaze o přijetí nové diagnózy vedle PTSD, což brání lepšímu pochopení celé problematiky. Během let však i zde došlo k jistým posunům, jejichž aktuální stav se snaží shrnout předkládaná rigorózní práce. Rigorózní práce je přehledem současných klinických a vědeckých poznatků týkajících se opakovaného a dlouhodobého interpersonálního traumatu.

Hlavním cílem práce bylo důkladně prozkoumat novou diagnózu v oblasti traumatu a traumatických poruch a diferencovat ji od poruch, s nimiž se překrývá. Komplexní trauma (C-PTSD), nová diagnóza zařazená do MKN-11 vstoupí v platnost roku 2022, se na jedné straně dotýká Posttraumatické stresové poruchy (PTSD) a na druhé straně Hraniční poruchy osobnosti (BPD). V souladu s účelem práce byl zvolen design přehledové studie, který umožňuje kvalitní analýzu a dovoluje se co nejlépe seznámit, popsat a pochopit výzkumné téma.

C-PTSD je řazena mezi stresové poruchy, proto jsem práci zahájila rozlišením různých druhů stresu, od zdravého až po traumatický. V první části se věnuji biologickým následkům traumatu, otiskem traumatické zkušenosti do těla, negativním vlivem traumatu na organismus, neurologií traumatu. Trauma zasahuje mnoho oblastí života člověka včetně jeho zdraví, proto považuji za důležité vědět, v jakém rozsahu může trauma ovlivnit zdraví nebo snad i změnit fyziologickou strukturu člověka. Zkoumala jsem tudíž vliv traumatu na lidské tělo a dopad traumatu na zdraví, včetně funkčnosti nebo morfologie mozku a nervového systému.

Mozek a nervový systém se vyvíjejí na základě opakovaných zkušeností. Traumatizace v citlivých vývojových obdobích jako dětství nebo dospívání má proto o to větší vliv na zdraví, formování nervového systému, mozku i psychiky. Chronické vystavení dlouhodobému závažnému stresu nebo hrozbě změni funkční stav stresové reakce, a to tak, že je stále aktivní. Organismus se stává

zranitelnější vůči dalšímu stresu a traumatizaci v budoucnosti. Fyzické následky se mohou projevit s časovým odstupem i několika let.

Traumatizace vede k biologické dysregulaci. Následky mohou být trvalé, obzvláště v případech dlouhodobé a opakované traumatizace. Jestliže člověk čelí traumatickému stresu osobně, jako svědek nebo zprostředkovaně, např. z pozice zaměstnání v záchranných složkách nebo v pomáhajících profesích, a to po delší čas svého života bez ochranných faktorů, tj. potřebné pomoci nebo podpory, dochází k poškození fungování organismu na biologické úrovni, což vede k rozvoji fyziologických důsledků. Působení traumatického stresu po dlouhou dobu nebo dokonce trvale je pro zdraví člověka škodlivé a může vést k předčasné smrti.

V první kapitole vysvětlují, proč je důležité kdy k traumatizaci došlo, zda k ní docházelo opakovaně, dlouhodobě a zda působily ochranné faktory podpory či pomoci okolí. V další kapitole popisují změny v mozku následkem traumatu. Mozek nejenom že začne fungovat jinak, změní se dokonce i jeho struktura. Trauma aktivuje hlubší části mozku, které jsou emocionální a instinktivní a obchází frontální laloky, které jsou naopak sídlem rozumnosti, sebeovládání nebo řeči. Vysvětlují tedy, proč traumatizovaní lidé mají problém s psychickou dysregulací, sociálním fungováním nebo proč je pro ně obtížné mluvit o svých prožitcích.

Součástí první části bylo dokreslení problému a prevalence traumatu v České republice z pohledu českých většinou neziskových organizací, které se věnují pomoci traumatizovaným lidem. Statistické přehledy dokumentují jednotlivé výseky z traumatické problematiky v českém prostředí. Zmiňují riziko dědičnosti traumatu, které činí další generace citlivější na traumatické situace. První část zakončují diagnostickými kritérii PTSD, C-PTSD i BPD, přičemž přibližují zásadní rozpor v diagnostických manuálech v pojetí traumatických poruch.

Ve druhé polovině práce se již věnují samotnému komplexnímu traumatu, symptomatickému profilu, diagnostickým kritériím. C-PTSD vzniká následkem chronické traumatizace se začátkem v dětském věku. Bohužel je běžné, že traumatizované děti mají před dosažením plnoletosti již řadu traumatických zkušeností. Kvůli opakovaným extrémně náročným zkušenostem dochází k poškození až trvalým změnám v několika oblastech, od emocionální regulace, vědomí, vnímání sebe sama nebo vztahů s lidmi, přes somatizaci, disociaci až po

narušené chování, které může dosáhnout až k rozvoji rizikového chování a kriminality.

C-PTSD spojuje všechny problémy s jedinou příčinou, s prožitou mnohočetnou traumatizací. Vysvětlují proto kontext, v němž dochází k chronické traumatizaci a kladu důraz na důkladné pochopení situace i problémů klientů, aby bylo možné jim nabídnout odpovídající léčbu a přístup ze strany psychologa.

C-PTSD obsahuje symptomy PTSD a navíc tzv. symptomy poruchy sebeorganizace, tj. emocionální dysregulaci, negativní sebepojetí a interpersonální problémy. PTSD je porucha založená na strachu a je vázaná na konkrétní traumatické připomínky. Vedle toho se C-PTSD projevuje v různých kontextech i vztazích, neboť je spojená s dlouhodobou opakovanou traumatickou zkušeností poškozující základní vztah sama k sobě i k druhým lidem.

Vzhledem k rozdílům mezi PTSD a C-PTSD vyplývají i rozdíly, které je třeba zohlednit v práci s klientem. Mezi nejdůležitější poznatky patří rizika expozičních terapeutických postupů, které mohou klienta s C-PTSD retraumatizovat a prohloubit jeho problémy. Podobně omezené až neúčinné je podávání psychofarmak, která nevedou k ústupu problému a symptomy zůstávají beze změn.

Součástí diference PTSD a C-PTSD jsou sekundární charakteristiky, které analyzují rozdíl v překrývajících se oblastech mezi traumatickými poruchami. Zkoumána je např. traumatizace v dysfunkčních rodinách, která objasňuje nejen etiologii, ale i transgenerační přenos traumatu. C-PTSD je stanovena na základě symptomatického profilu a není vázaná na konkrétní trauma, proto se věnuje vybraným symptomům. Roli hraje také vážnost poruchy ve smyslu rozsahu poškození a typ expozice traumatu, která je chronická.

Problém C-PTSD se dotýká také přílišné podobnosti s hraniční poruchou osobnosti. Na závěr práce se proto věnuje analýze obou poruch. Hlavním rozdílem je stabilita C-PTSD v porovnání s BPD, pro kterou je charakteristická emocionální labilita související se strachem z opuštění, labilní vztahy oscilující mezi idealizací a devalvací druhého, labilní sebepojetí a impulzivita.

Rigorózní práce je přínosem nejen pro praxi, ale i pro další výzkum. C-PTSD je zcela nová diagnóza a má studie je první svého druhu na toto téma v České republice. I proto jsem zvolila specifickou formu práce, neboť přehledová

studie je bohatým zdrojem informací nejen o nové traumatické poruše, ale i o stavu bádání na dané téma v zahraničí.

Seznam použitých zdrojů a literatury

- Agorastos, A., Pervanidou, P., Chrousos, G. P. & Kolaitis, G. (2018). *Early life stress and trauma: developmental neuroendocrine aspects of prolonged stress system dysregulation*. *Hormones*, 17(4), 507-520. Doi: 10.1007/s42000-018-00
- Anda, R F., Felitti, V. J., Bremner, J. D., Walker, J. D, Whitfield, Ch., Perry, B. D, ... Giles, W H. (2006). *The enduring effects of abuse and related adverse experiences in childhood: a convergence of evidence from neurobiology and epidemiology*. *European archives of psychiatry and clinical neuroscience*, 256(3), 174-186. Doi: 10.1007/s00406-005-0624-4
- APA1, American Psychological Association (2009). *ICD vs. DSM*. *Monitor on Psychology*, 40(9), 63. Získáno na <https://www.apa.org/monitor/2009/10/icd-dsm>
- APA1, American Psychological Association (2018). *Divisions of APA. Trauma Psychology*. Získáno z <https://www.apa.org/about/division/div56>
- APA1, American Psychological Association (2019). *APA Dictionary of Psychology*. Získáno z <https://dictionary.apa.org/>
- APA2, American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed., text rev.). Washington, DC – American Psychiatric Association.
- APA2, American Psychiatric Association (2015). *Diagnostický a statistický manuál duševních poruch* (5. edice), Praha: Hogrefe – Testcentrum.
- Bailey, J. M. & Shiver, A. (1999). *Does childhood sexual abuse cause borderline personality disorder?* *Journal of sex and marital therapy*, 25(1): 45-57. Doi: 10.1080/00926239908403976
- Berzenski, S. R. & Yates, T. M. (2011). *Classes and consequences of multiple maltreatment: a person-centered analysis*. *Child Maltreatment*, 16(4), 250–261. Doi: 10.1177/1077559511428353
- Bílý Kruh Bezpečí (2018). *Výroční zpráva 2017*. Získáno z <https://www.bkb.cz/o-nas/zakladni-udaje-o-organizaci/vyrocní-zpravy/>

- Bornovalova, M. A., Huibregtse, B. M., Hicks, B. M., Keyes, M., McGue, M. & Iacono, W. (2013). *Tests of a direct effect of childhood abuse on adult borderline personality disorder traits: a longitudinal discordant twin design*. *Journal of abnormal psychology*, 122(1), 180–194. Doi: 10.1037/a0028328
- Böttche, M, Ehrling, T., Krüger-Gottschalk, A., Rau, H., Schäfer, I., Schellong, J., ... Knaevelsrud, CH. (2018). *Testing the ICD-11 proposal for complex PTSD in trauma-exposed adults: factor structure and symptom profiles*. *European journal of psychotraumatology*, 9(1), 1512264. Doi: 10.1080/20008198.2018.1512264
- Brewin, Ch. R., Cloitre, M., Hyland, P., Shevlin, M., Maercker, A., Bryant, R. A., ... Reed, G. M. (2017). *A review of current evidence regarding the ICD-11 proposals for diagnosing PTSD and complex PTSD*. *Clinical psychology review*, 58, 1-15. Doi: 10.1016/j.cpr.2017.09.001
- Briere, J., Kaltman, S. & Green, B. L. (2008). *Accumulated childhood trauma and symptom complexity*. *Journal of traumatic stress*, 21(2), 223-226. Doi:10.1002/jts.20317
- Brown, T. A. & Moore, M. T. (2012). Confirmatory factor analysis. In R. H. Hoyle (Ed.), *Handbook of structural equation modeling* (pp. 361-379). New York: The Guilford Press.
- Bryant, R. A. (2010). *The complexity of complex PTSD*. *American journal of psychiatry*, 167(8), 879-881. Doi: 10.1176/appi.ajp.2010.10040606
- CDC (Centers for Disease Control and Prevention) (2019). *About the CDC-Kaiser ACE Study. Data and statistics*. Získáno z <https://www.cdc.gov/violenceprevention/childabuseandneglect/acestudy/about.html>
- Centrum LOCIKA (2018). *TZ výzkum centra LOCIKA: V Česku trvá šest let, než se dítěti ohroženému domácím násilím dostane odborné pomoci, nejpostiženější jsou děti mezi 7 a 10 lety*. 3. 10. 2018 Získáno z <http://www.centrumlocika.cz/main-menu/pro-media>
- Cieslak, R., Shoji, K., Luszczynska, A., Taylor, S., Rogala, A. & Benight, C. C. (2013). *Secondary trauma self-efficacy: concept and its measurement*. *Psychological assessment*, 25(3), 917-928. Doi: 10.1037/a0032687

- Cloitre, M., Cohen, L. R., Edelman, R. E. & Han, H. (2001). *Posttraumatic stress disorder and extent of trauma exposure as correlates of medical problems and perceived health among women with childhood abuse*. *Women & Health* 34(3),1-17. Doi: 10.1300/J013v34n03_01
- Cloitre, M., Courtois, Ch. A., Charuvastra, A., Carapezza, R., Stolbach, B. C. & Green, B. L. (2011). *Treatment of complex PTSD: results of the ISTSS expert clinician survey on best practices*. *Journal of traumatic stress*, 24(6), 615–627. Doi: 10.1002/jts.20697
- Cloitre, M., Garvert, D. W., Brewin, C. R., Bryant, R. A. & Maercker, A. (2013). *Evidence for proposed ICD-11 PTSD and complex PTSD: a latent profile analysis*. *European journal of psychotraumatology*, 4: 20706. Doi: 10.3402/ejpt.v4i0.20706
- Cloitre, M., Garvert, D. W., Weiss, B., Carlson, E. B. & Bryant, R. A. (2014). *Distinguishing PTSD, complex PTSD, and borderline personality disorder: a latent class analysis*. *European journal of psychotraumatology*, 5: 25097. Doi: 10.3402/ejpt.v5.25097
- Cloitre, M., Miranda, R., Stovall-McClough, K. Ch. & Han, H. (2005). *Beyond as PTSD: emotion regulation and interpersonal problems predictors of functional impairment in survivors of childhood abuse*. *Behavior therapy*, 36(2),119-124. Doi: 10.1016/S0005-7894(05)80060-7
- Cloitre, M., Stolbach, B. C., Herman, J. L., van der Kolk, B., Pynoos, R., Wang, J. & Petkova, E. (2009). *A developmental approach to complex PTSD: childhood and adult cumulative trauma as predictors of symptom complexity*. *Journal of traumatic stress*, 22(5), 399–408. Doi: 10.1002/jts.20444
- Cohen, L. J., Tanis, T., Bhattacharjee, R., Nesci, Ch., Halmi, W. & Galyunker, I. (2014). *Are there differential relationships between different types of childhood maltreatment and different types of adult personality pathology?* *Psychiatry research*, 215(1), 192-201. Doi: 10.1016/j.psychres.2013.10.036
- Cook, A., Spinazzola, J., Ford, J., Lanktree, Ch., Blaustein, M., Cloitre, M., ... Van der Kolk, B. (2005). *Complex trauma in children and adolescents*. *Psychiatric annals*, 35(5), 390-398. Doi: 10.3928/00485713-20050501-05

- Corrigan, F., Fisher, J. J. & Nutt, D. J. (2011). *Autonomic dysregulation and the window of tolerance model of the effects of complex emotional trauma*. Journal of psychopharmacology, 25(1), 17-25. Doi: 10.1177/0269881109354930
- Courtois, Ch. A. (2004). *Complex trauma, complex reactions: Assessment and treatment*. Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training, 41(4), 412-425. Doi: 10.1037/0033-3204.41.4.412
- Courtois, Ch. A. & Ford, J. D. (Eds.). (2014). *Treating complex traumatic stress disorders. Scientific foundations and therapeutic models*. New York: The Guilford Press.
- Cruise, K. R. & Ford, J. D. (2011). *Trauma exposure and PTSD in justice-involved youth*. Child and youth care forum, 40(5), 337-343. Doi: 10.1007/s10566-011-9149-3
- D'Andrea, W., Ford, J., Stolbach, B., Spinazzola, J. & van der Kolk, B. A. (2012). *Understanding interpersonal trauma in children: why we need a developmentally appropriate trauma diagnosis*. American journal of orthopsychiatry, 82(2), 187–200. Doi: 10.1111/j.1939-0025.2012.01154.x
- Deter, H. C., Orth-Gomér, K., Wasilewski, B. & Verissimo, R. (2017). *The European Network on Psychosomatic Medicine (ENPM) - history and future directions*. BioPsychoSocial medicine, 11: 3. Doi:10.1186/s13030-016-0086-0
- Dětské krizové centrum (2015). *Tisková zpráva. Jedno dítě z pěti se stalo obětí sexuálního násilí, 62 % pachatelů násilí na dětech je z jeho okolí*. Získáno z <http://www.ditekrize.cz/o-nas#statistiky-dkc>
- Dixon-Gordon, K. L., Gratz, K. L. & Tull, M. T. (2013). *Multimodal assessment of emotional reactivity in borderline personality pathology: the moderating role of posttraumatic stress disorder symptoms*. Comprehensive psychiatry, 54(6), 639–648. Doi:10.1016/j.comppsy.2012.12.019
- Dockler, L. & Mueller, J. (2017). *Introduction to the special issue on institutional and betrayal trauma*. Journal of aggression, maltreatment & trauma, 26(1), 1-2, Doi: 10.1080/10926771.2016.1263707
- Dreher, J. (2017). *Psychofarmakoterapie*. Praha: Grada Publishing.

- Dube, S. R., Fairweather, D., Pearson, W. S., Felitti, V. J., Anda, R. F. & Croft, J. B. (2009). *Cumulative childhood stress and autoimmune diseases in adults*. *Psychosomatic medicine*, 71(2), 243–250. Doi: 10.1097/PSY.0b013e3181907888
- Dyer, K. F. W., Dorahy, M. J., Hamilton, G., Corry, M., Shannon, M., MacSherry, A., ... McElhill (2009). *Anger, aggression, and self-harm in PTSD and complex PTSD*. *Journal of clinical psychology*, 65(10), 1-16. Doi: 10.1002/jclp.20619
- Eftekhari, A., Stines, L. R. & Zoellner, L. A. (2006). *Do you need to talk about it? Prolonged exposure for the treatment of chronic PTSD*. *Behavior analyst today*, 7(1), 70-83. Získáno 5.12.2018 z <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2770710/>
- Eichhorn, S., Brähler, E., Franz, M., Friedrich, M. & Glaesmer, H. (2014). *Traumatic experiences, alexithymia, and posttraumatic symptomatology: a cross-sectional population-based study in Germany*. *European journal of psychotraumatology*, 5(1), 23870, Doi: 10.3402/ejpt.v5.23870
- Elkit, A, Hyland, P. & Shevlin, M. (2014). *Evidence of symptom profiles consistent with posttraumatic stress disorder and complex posttraumatic stress disorder in different trauma samples*. *European journal of psychotraumatology*, 5: 24221. Doi: 10.3402/ejpt.v5.24221
- Espinosa, E. M., Sorensen, J. R. & Lopez, M. A. (2013). *Youth pathways to placement: the influence of gender, mental health need and trauma on confinement in the juvenile justice system*. *Journal of youth and adolescence*, 42, 1824-1836. Doi: 10.1007/s10964-013-9981-x
- Ford, J. D. (2015). *Complex PTSD: research directions for nosology/ assessment, treatment, and public health*. *European journal of psychotraumatology*, 6(1), 27584, Doi: 10.3402/ejpt.v6.27584
- Ford, J. D. & Courtois, Ch. A. (2014). *Complex PTSD, affect dysregulation, and borderline personality disorder*. *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation*, 1, 9. Doi: 10.1186/2051-6673-1-9
- Ford, J. D., Courtois, Ch. A., Steele, K., van der Hart, O. & Nijenhuis, E. R. S. (2005). *Treatment of complex posttraumatic self-Dysregulation*. *Journal of traumatic stress*, 18(5), 437-447. Doi: 10.1002/jts.20051

- Ford, J. D., Stockton, P., Kaltman, S. & Green, B. L. (2006). *Disorders of extreme stress (DESNOS) symptoms are associated with type and severity of interpersonal trauma exposure in a sample of healthy young women*. Journal of interpersonal violence, 21(11), 1399-1416. Doi: 10.1177/0886260506292992
- Friedman, L. E., Aponte, Ch., Hernandez, R. P., Velez, J. C., Gelaye, B., Sánchez, S. E., ... Peterlin, B. L. (2017). *Migraine and the risk of post-traumatic stress disorder among a cohort of pregnant women*. The journal of headache and pain, 18(1), 67. Doi: 10.1186/s10194-017-0775-5
- Frost, R., Hyland, P., Shevlin, M. & Murphy, J. (2018). *Distinguishing complex PTSD from borderline personality disorder among individuals with a history of sexual trauma; a latent class analysis*. European journal of trauma & dissociation, In press. Doi: 10.1016/j.ejtd.2018.08.004
- Gamache Martin, Ch., Van Ryzin, M. J. & Dishion, T. J. (2016). *Profiles of childhood trauma: betrayal, frequency, and psychological distress in late adolescence*. Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy, 8(2), 206-213. Doi: 10.1037/tra0000095
- Giourou E., Skokou M., Andrew S. P., Alexopoulou K., Gourzis P. & Jelastopulu E. (2018). *Complex posttraumatic stress disorder: the need to consolidate a distinct clinical syndrome or to reevaluate features of psychiatric disorders following interpersonal trauma?* World journal of psychiatry, 8(1), 12-19. Doi: 10.5498/wjp.v8.i1.12
- Godbout, N., Daspe, M.-È., Runtz, M., Cyr, G. & Briere, J. (2018). *Childhood maltreatment, attachment, and borderline personality–delated symptoms: gender-specific structural equation models*. Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy. [Předběžná online publikace]. Doi: 10.1037/tra0000403
- Grossman, F. K., Spinazzola, J., Zucker, M. & Hopper, E. (2017). *Treating adult survivors of childhood emotional abuse and neglect: a new framework*. American journal of orthopsychiatry, 87(1), 86-93. Doi: 10.1037/ort0000225

- Guillaume, S., Jausset, I., Mainmoun, L., Ryst, A., Seneque, M., Villain, L., ... Courtet, P. (2016). *Associations between adverse childhood experiences and clinical characteristics of eating disorders*. *Scientific Reports*, 6: 35761. Doi: 10.1038/srep35761
- Hansen, M., Hyland, P., Armour, C., Shevlin, M. & Elklit, A. (2015). *Less is more? Assessing the validity of the ICD-11 model of PTSD across multiple trauma samples*. *European journal of psychotraumatology*, 6: 28766. Doi: 10.3402/ejpt.v6.28766
- Hartl, P, Hartlová, H. (2000). *Psychologický slovník*. Praha: Portál.
- Heim, Ch., Shugart, M., Craighead, W. E. & Nemeroff, Ch. B. (2010). *Neurobiological and psychiatric consequences of child abuse and neglect*. *Developmental psychobiology*, 52(7), 671-690. Doi: 10.1002/dev.20494
- Herman, J. L. (1992). *Complex PTSD: A syndrom in survivors of prolonged and repeated trauma*. *Journal of traumatic stress*, 5(3), 377-391. Doi: 10.1002/jts.2490050305
- Herman, J. (2012). *CPTSD is a distinct entity: Comment on Resick et al.*. *Journal of traumatic stress*, 25(3), 256–257. Doi: 10.1002/jts.21697
- Herman, J. (2015). *Trauma and recovery*. New York: Basis Books.
- Hodgdon, H. B., Spinazzola, J., Briggs, E. C., Liang, L.-J., Steinberg, A., M. & Layne, Ch. M. (2018). *Maltreatment type, exposure characteristics, and mental health outcomes among clinic referred trauma-exposed youth*. *Child Abuse & Neglect*, 82, 12-22. Doi: 10.1016/j.chiabu.2018.05.021
- Hoyle, R. H. (2004). Confirmatory factor analysis. In M. Lewis-Beck & T. Liao (Eds.), *Encyclopedia of social science research methods* (Vol.1, 169-175). Thousand Oaks: Sage Publications.
- Hyland, P., Shevlin, M., Fyvie, C. & Karatzias, T. (2018). *Posttraumatic stress disorder and complex posttraumatic stress disorder in DSM-5 and ICD-11: clinical and behavioral correlates*. *Journal of traumatic stress*, 31(2), 174-180. Doi: 10.1002/jts.22272
- Chanen, A. M. & Thompson, K. N. (2016). *Prescribing and borderline personality disorder*. *Australian prescriber*, 39(2), 49–53. Doi: 10.18773/austprescr.2016.019

- Chrisman, A. K. & Dougherty, J. G. (2014). *Mass trauma: disasters, terrorism, and war*. *Child and adolescent psychiatric clinics of North America*, 23(2), 257-279. Doi: 10.1016/j.chc.2013.12.004
- Chrousos, G. P. (2009). *Stress and disorders of the stress system*. *Nature reviews endocrinology* 5(7), 374–381. Doi: 10.1038/nrendo.2009.106
- Karatzias, T., Hyland, P., Menachem, B.-E. & Shevlin, M. (2018). *Hyperactivation and hypoactivation affective dysregulation symptoms are integral in complex posttraumatic stress disorder: Results from a nonclinical Israeli sample*. *International journal of methods in psychiatric research*, 27(4):e1745. Doi: 10.1002/mpr.1745
- Karatzias, T., Shevlin, M., Fyvie, C., Hyland, P., Efthymiadou, E., Wilson, D., ... Cloitre, M. (2017). *Evidence of distinct profiles of posttraumatic stress disorder (PTSD) and complex posttraumatic stress disorder (CPTSD) based on the new ICD-11 trauma questionnaire (ICD-TQ)*. *Journal of affective disorders*, 207: 181-187. Doi: 10.1016/j.jad.2016.09.032
- Knefel, M. & Lueger-Schuster, B. (2013). *An evaluation of ICD-11 PTSD and complex PTSD criteria in a sample of adult survivors of childhood institutional abuse*. *European journal of psychotraumatology*, 4:1, 22608, Doi: 10.3402/ejpt.v4i0.22608
- Knefel, M., Lueger-Schuster, B., Karatzias, T., Shevlin, M. & Hyland, P. (2018). *From child maltreatment to ICD-11 complex post-traumatic stress symptoms: the role of emotion regulation and re-victimisation*. *Journal of clinical psychology*, 75(2), 1-12. Doi: 10.1002/jclp.22655
- Koenen, K., Sumner, J., Gilsanz, P., Glymour, M., Ratanatharathorn, A., Rimm, E., . . . Kubzansky, L. (2017). *Post-traumatic stress disorder and cardiometabolic disease: Improving causal inference to inform practice*. *Psychological medicine*, 47(2), 209-225. Doi: 10.1017/S0033291716002294
- Kolacz, J. & Porges, S. W. (2018). *Chronic diffuse pain and functional gastrointestinal disorders after traumatic stress: pathophysiology through a polyvagal perspective*. *Frontiers in medicine*, 5:145. Doi: 10.3389/fmed.2018.00145

- Krause, S., Boeck, Ch., Gump, A. M., Rottler, E., Schury, K., Karabatsiak, A., ... Waller, Ch. (2018). *Child maltreatment is associated with a reduction of the oxytocin receptor in peripheral blood mononuclear cells*. *Frontiers in psychology*, 9:173. Doi: 10.3389/fpsyg.2018.00173
- Krčál, M. (2017). Literární rešerše. 9. 2. 2017 Získáno z <http://www3.econ.muni.cz/~99246/zav-prace/lit-review.xhtml>
- Kreisman, J. J. & Straus, H. (2010). *I hate you – don't leave me: understanding the borderline personality*. New York: Penguin Group.
- Kuo, J. R. & Linehan, M. M. (2009). *Disentangling emotion processes in borderline personality disorder: physiological and self-reported assessment of biological vulnerability, baseline intensity, and reactivity to emotionally evocative stimuli*. *Journal of abnormal psychology*, 118(3), 531-544. Doi: 10.1037/a0016392
- Lanius, R. A., Williamson, P. C., Hopper, J., Densmore, M., Boksmand, K., Gupta, M. A., ... Menon, R. S. (2003). *Recall of emotional states in posttraumatic stress disorder: an fMRI investigation*. *Society of biological psychiatry*, 53(3), 204-210. Doi: 10.1016/S0006-3223(02)01466-X
- Lerias, D. & Byrne, M. (2003). *Vicarious traumatization: symptoms and predictors*. *Stress and Health* 19(3), 129 – 138. Doi: 10.1002/smi.969
- Levine, P. A. (2010). *In an unspoken voice: how the body releases trauma and restores goodness*. Berkeley: North Atlantic Books.
- Levine, P. A. & Frederick, A. (2011). *Probouzení tygra: léčení traumatu*. Praha: Maitrea.
- Levy, Y. & Ellis, T. J. (2006). *A Systems approach to conduct an effective literature review in support of information systems research*. *Informing Science: The International Journal of an Emerging Transdiscipline*, 9, 181-212. Doi: 10.28945/479
- Loewenstein, R. & Brand, B. (2014). *Treating complex trauma survivors*. *Psychiatric Times*, 31(10), 10-45. Získáno 3.dubna 2019 z ResearchGate database.

- Luoni, Ch., Agosti, M., Crugnola, S., Rossi, G. & Termine, C. (2018). *Psychopathology, dissociation and somatic symptoms in adolescents who were exposed to traumatic experiences*. *Frontiers in psychology*, 9:2390. Doi: 10.3389/fpsyg.2018.0239
- Luthra, R., Abramovitz, R., Greenberg, R., Schoor, A., Newcorn, J., Schneidler, J., ... Chemtob, C. M. (2009). *Relationship between type of trauma exposure and posttraumatic stress disorder among urban children and adolescents*. *Journal of interpersonal violence*, 24(11), 1919-1927. Doi: 10.1177/0886260508325494
- Lyons-Ruth, K. (2008). *Contributions of the mother-infant relationship to dissociative, borderline, and conduct symptoms in young adulthood*. *Infant mental health journal*, 29(3), 203-218. Doi: 10.1002/imhj.20173
- Lyons-Ruth, K. & Jacobvitz, D. (1999). Attachment disorganization: unresolved loss, relational violence, and lapses in behavioral and attentional strategies. In: J. Cassidy & P. R. Shaver (Eds), *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical application* (520-554). New York: The Guilford Press.
- Maercker, A., Brewin, Ch. R., Bryant, R. A., Cloitre, M., Reed, G. M., van Ommeren, M., ... Saxena, S. (2013). *Proposals for mental disorders specifically associated with stress in the International Classification of Diseases-11*. *The Lancet*, 381(9878), 1683-1685. Doi: 10.1016/S0140-6736(12)62191-6
- Mandal, E. & Kocur, D. (2013). *Psychological masculinity, femininity and tactics of manipulation in patients with borderline personality disorder*. *Archives of psychiatry and psychotherapy*, 15(1), 45-53. Získáno 9. května 2019 z <http://www.archivespp.pl/>
- Mareš, J. (2013). *Přehledové studie: jejich typologie, funkce a způsob vytváření*. *Pedagogická orientace*, 23(4), 427-454. Doi: 10.5817/PedOr2013-4-427
- Marinova, Z. & Maercker, A. (2015). *Biological correlates of complex posttraumatic stress disorder-state of research and future directions*. *European journal of psychotraumatology*, 6: 25913. Doi: 10.3402/ejpt.v6.25913

- Masson, J., Bernoussi, A., Mience, M. C. & Thomas, F. (2013). *Complex trauma and borderline personality disorder*. *Open journal of psychiatry*, 3(4), 403-407. Doi: 10.4236/ojpsych.2013.34044
- McLaughlin, K. A., Greif Green, J., Gruber, M. J., Sampson, N. A., Zaslavsky, A. M. & Kessler, R. C. (2012). *Childhood adversities and first onset of psychiatric disorders in a national sample of US adolescents*. *Archives of general psychiatry*, 69(11), 1151–1160. Doi:10.1001/archgenpsychiatry.2011.2277
- McLean, L. M. & Gallop, R. (2003). *Implications of childhood sexual abuse for adult borderline personality disorder and complex posttraumatic stress disorder*. *The American Journal of Psychiatry*, 160(2), 369-371. Doi: 10.1176/appi.ajp.160.2.369
- Merrick, M. T., Ford, D., Ports, K. A. & Guinn, A. S. (2018). *Prevalence of adverse childhood experiences from the 2011-2014 behavioral risk factor surveillance system in 23 states*. *JAMA Pediatrics*, 172(11), 1038-1044. Doi: 10.1001/jamapediatrics.2018.2537
- Mock, S. E. & Arai, S. M. (2011). *Childhood trauma and chronic illness in adulthood: mental health and socioeconomic status as explanatory factors and buffers*. *Frontiers in psychology*, 1: 246. Doi: 10.3389/fpsyg.2010.00246
- Ministerstvo zdravotnictví ČR (2019). *Světová zdravotnická organizace schválila jedenáctou revizi Mezinárodní klasifikace nemocí*. Získáno 10.8.2019 z http://www.mzcr.cz/dokumenty/svetova-zdravotnicka-organizace-schvalila-jedenactou-revizi-mezinarodni-klasifik_17669_3970_1.html
- Minullina, A. F. (2018). *Psychological trauma of children of dysfunctional families*. *The European Proceedings of Social & Behavioural Sciences*, XLV, 65-74. Doi: 10.15405/epsbs.2018.09.8
- Muller, R. T., Thornback, K. & Bedi, R. (2012). *Attachment as a mediator between childhood maltreatment and adult symptomatology*. *Journal of family violence*, 27(3), 243-255. Doi: 10.1007/s10896-012-9417-5

- Musicaro, R. M., Spinazzola, J., Arvidson, J., Swaroop, S. R., Goldblatt Grace, L. G., ... Ford, J. D. (2017). *The complexity of adaptation to childhood polyvictimization in youth and young adults: recommendations for multidisciplinary responders*. *Trauma, violence & abuse*, 20(1), 81-98. Doi: 10.1177/1524838017692365
- National scientific council on the developing child. (2014). *Excessive stress disrupts the architecture of the developing brain: working paper 3*. Updated Edition. Ziskáno 15. dubna 2019 z <http://www.developingchild.harvard.edu>
- Nemeroff, Ch. B. (2016). *Paradise lost: the neurobiological and clinical consequences of child abuse and neglect*. *Neuron*, 89(5), 892-909. Doi: 10.1016/j.neuron.2016.01.019
- Newell, J. M., Nelson-Gardell, D. & MacNeil, G. (2015). *Clinician responses to client traumas: a chronological review of constructs and terminology*. *Trauma Violence & Abuse* 17(3), 306-313. Doi: 10.1177/1524838015584365
- Noll, J. G., Zeller, M. H., Trickett, P. K. & Putnam, F. W. (2007). *Obesity risk for female victims of childhood sexual abuse: a prospective study*. *Pediatrics*, 120(1), e61-e67. Doi: 10.1542/peds.2006-3058
- Oberski, D. L. (2016). Mixture models: latent profile and latent class analysis. In Robertson, J., & Kaptein, M. (Eds.), *Modern statistical methods for HCI: a modern look at data analysis for HCI research (275-288)*. Switzerland: Springer. Doi: 10.1007/978-3-319-26633-6_12
- Oldehinkel, A. J. & Ormel, J. (2015). *A longitudinal perspective on childhood adversities and onset risk of various psychiatric disorders*. *European child & adolescent psychiatry*, 24(6), 641–650. Doi:10.1007/s00787-014-0540-0
- Palic, S., Zerach, G., Shevlin, M., Zeligman, Z., Elklit, A. & Solomon, Z. (2016). *Evidence of complex posttraumatic stress disorder (CPTSD) across populations with prolonged trauma of varying interpersonal intensity and ages of exposure*. *Psychiatry Research*, 246: 692-699. Doi: 10.1016/j.psychres.2016.10.062

- Perry, B. D. (2009). *Examining child maltreatment through a neurodevelopmental lens: clinical applications of the neurosequential model of therapeutics*. *Journal of Loss and Trauma*, 14(4), 240–255. Doi: 10.1080/15325020903004350
- Pervanidou, P., Agorastos, A., Kolaitis, G. & Chrousos, G. P. (2017). *Neuroendocrine responses to early life stress and trauma and susceptibility to disease*. *European Journal of Psychotraumatology*, 8(sup4), 1351218. Doi: 10.1080/20008198.2017.1351218
- Policie ČR (2019). *Statistické přehledy kriminality za rok 2018*. Získáno z <https://www.policie.cz/clanek/statisticke-prehledy-kriminality-za-rok-2018.aspx>
- Purvis, K. B., Cross, D. R., Dansereau, D. F. & Parris, S. R. (2013). *Trust-based relational intervention (TBRI): a systemic approach to complex developmental trauma*. *Child & Youth Services*, 34(4), 360-386. Doi: 10.1080/0145935X.2013.859906
- Quarantini, L. C., Netto, L. R., Andrade-Nascimento, M., Almeida, A. G., Sampaio A. S., Miranda-Scippa, A., ... Koenen, K.C. (2009). *Comorbid mood and anxiety disorders in victims of violence with posttraumatic stress disorder*. *Brazilian journal of psychiatry*, 31(2), 66-76. Doi: 10.1590/S1516-44462009000600005
- Reed, G. M. (2010). *Toward ICD-11: improving the clinical utility of WHO's international classification of mental disorders*. *Professional Psychology Research and Practice* 41(6), 457-464. Doi: 10.1037/a0021701
- Resick, P. A., Bovin, M. J., Calloway, A. L., Dick, A. M., King, M. W., Mitchell, K. S., ... Wolf, E. J. (2012). *A critical evaluation of the complex PTSD literature: implications for DSM-5*. *Journal of traumatic stress*, 25(3), 241–251. Doi: 10.1002/jts.21699
- Rokyta, R., Bernášková, K., Kozák, T., Matějovská, I., Pometlová, M., Rokytová, V. & Štofková, A. (2015). *Fyziologie a patologická fyziologie pro klinickou praxi*. Praha: Grada Publishing.
- ROSA – centrum pro ženy, z.s. (2017). *Ženy – oběti domácího násilí, statistika za rok 2016*. Získáno z <http://rosa-os.cz/wp-content/uploads/2017/11/ROSA-statistika-za-2016-web.pdf>

- Rüsch, N., Corrigan, P. W., Bohus, M., Kühler, T., Jacob, G. A. & Lieb, K. (2007). *The impact of posttraumatic stress disorder on dysfunctional implicit and explicit emotions among women with borderline personality disorder*. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 195(6), 537–539. Doi: 10.1097/NMD.0b013e318064e7fc
- Sachs-Ericsson, N., Medley, A. N., Kendall-Tackett, K., & Taylor, J. (2011). *Childhood abuse and current health problems among older adults: the mediating role of self-efficacy*. *Psychology of violence*, 1(2), 106–120. Doi:10.1037/a0023139
- SAMHSA, Substance Abuse and Mental Health Services Administration. (2014). *SAMHSA's concept of trauma and guidance for a trauma-informed approach*. Získáno 3. 10. 2018 z <https://store.samhsa.gov>
- SAMHSA, Substance Abuse and Mental Health Services Administration (2015). *Reducing toxic stress in childhood*. Získáno z <https://www.samhsa.gov/homelessness-programs-resources/hpr-resources/reducing-toxic-stress-childhood>
- SAMHSA, Substance Abuse and Mental Health Services Administration (2018). *Raising awareness of PTSD associated with mass violence or natural disasters*. Získáno z <https://blog.samhsa.gov/2018/07/03/raising-awareness-of-ptsd-associated-with-mass-violence-or-natural-disasters>
- Sar, V. (2011). *Developmental trauma, complex PTSD, and the current proposal of DSM-5*. *European journal of psychotraumatology*, 2, 5622. Doi: 10.3402/ejpt.v2i0.5622
- Sartor, C. E., Grant, J. D., Lynskey, M. T., McCutcheon, V. V., Waldron, M., Statham, D J., ...Nelson, E. C. (2012). *Common heritable contributions to low-risk trauma, high-risk trauma, posttraumatic stress disorder, and major depression*. *Archives of general psychiatry*, 69(3), 293–299. Doi: 10.1001/archgenpsychiatry.2011.1385
- Scott, K. M., Von Korff, M., Angermeyer, M. C., Benjet, C., Bruffaerts, R., de Girolamo, G., ... Kessler, R. C. (2011). *Association of childhood adversities and early-onset mental disorders with adult-onset chronic physical conditions*. *Archives of general psychiatry*, 68(8), 838–844. Doi:10.1001/archgenpsychiatry.2011.77

- Selby, E. A., Braithwaite, S. R., Joiner Jr., T. E. & Fincham, F. D. (2008). *Features of borderline personality disorder, perceived childhood emotional invalidation, and dysfunction within current romantic relationships*. Journal of family psychology, 22(6), 885-893. Doi: 10.1037/a0013673
- Sherin, J. E. & Nemeroff, CH. B. (2011). *Post-traumatic stress disorder: the neurobiological impact of psychological trauma*. Dialogues in clinical neuroscience 13(3), 263-278.
- Shevlin, M., Hyland, P., Roberts, N. P., Bisson, J. I., Brewin, Ch. R. & Cloitre, M. (2018). *A psychometric assessment of Disturbances in Self-Organization symptom indicators for ICD-11 Complex PTSD using the International Trauma Questionnaire*. European journal of psychotraumatology, 9(1), 1419749. Doi: 10.1080/20008198.2017.1419749
- Shin, L. M., Rauch, S. L. & Pitman, R. K. (2006). *Amygdala, medial prefrontal cortex, and hippocampal function in PTSD*. Annals of the New York Academy of Sciences, 1071(1), 67-79. Doi: 10.1196/annals.1364.007
- Shonkoff, J. P., Boyce, W. T. & McEwen, B. S. (2009). *Neuroscience, molecular biology, and the childhood roots of health disparities: building a new framework for health promotion and disease prevention*. JAMA, 301(21), 2252–2259. Doi:10.1001/jama.2009.754
- Shonkoff, J. P.; Garner, A.S.; The Committee on Psychosocial Aspects of Child and Family Health; Committee on Early Childhood, Adoption, and Dependent Care; Section on Developmental and Behavioral Pediatrics; Siegel, B. S.; ... Wood, D. L. (2012). *The lifelong effects of early childhood adversity and toxic stress*. Pediatrics. 129(1), 232-246. Doi: 10.1542/peds.2011-2663
- Schäfer, I., Hopchet, M., Vandamme, N., Ajdukovic, D., El-Hage, W., Egreteau, L., ... Murphy, D. (2018). *Trauma and trauma care in Europe*. European journal of psychotraumatology, 9(1), 1556553. Doi: 10.1080/20008198.2018.1556553

- Schmahl, C. G., Elzinga, B. M., Ebner, U. W., Simms, T., Sanislow, C., Vermetten, E., ... Bremner, J. D. (2004). *Psychophysiological reactivity to traumatic and abandonment scripts in borderline personality and posttraumatic stress disorders: a preliminary report*. *Psychiatry Research*, 126(1), 33–42. Doi: 10.1016/j.psychres.2004.01.005
- Schnyder, U., Schäfer, I., Aakvaad, H. F., Ajdukovic, D., Bakker, A., Bisson, J. I., ... Olf, M. (2017). *The global collaboration on traumatic stress*. *European journal of psychotraumatology*, 8(sup7), 1403257. Doi: 10.1080/20008198.2017.1403257
- Schore, A. N. (2013). Relational trauma, brain development, and dissociation. In J. D. Ford & C. A. Courtois (Eds.), *Treating complex traumatic stress disorders in children and adolescents: Scientific foundations and therapeutic models* (3-23). New York: The Guilford Press.
- Simeoni, U., Armengaud, J.-B., Siddeek, B. & Tolsa, J.-F. (2018). *Perinatal origins of adult disease*. *Neonatology*, 113(4), 393-399. Doi: 10.1159/000487618
- Soloff, P. H., Feske, U. & Fabio, A. (2008). *Mediators of the relationship between childhood sexual abuse and suicidal behavior in borderline personality disorder*. *Journal of personality disorders*, 22(3), 221-232. Doi: 10.1521/pedi.2008.22.3.221
- Soloff, P. H., Lynch, K. G., Kelly, T. M., Malone, K. M. & Mann, J. J. (2000). *Characteristics of suicide attempts of patients with major depressive episode and borderline personality disorder: a comparative study*. *American journal of psychiatry*, 157(4), 601-608. Doi: 10.1176/appi.ajp.157.4.601
- Stadtmann, M.,P., Maercker, A., Binder, J. & Schnepf, W. (2018). *Why do I have to suffer? Symptom management, views and experiences of person with a CTSD: a grounded theory approach*. *BMC Psychiatry*, 18(1), 392. Doi: 10.1186/s12888-018-1971-9
- Stanley, L., Kellermanns, F. W. & Zellweger, T. M. (2017). *Latent profile analysis: understanding family firm profiles*. *Family Business Review* 2017, 30(1), 84–102. Doi: 10.1177/0894486516677426
- Tagay, S., Schlottbohm, E., Reyes-Rodriguez, M. L., Repic, N., & Senf, W. (2014). *Eating disorders, trauma, PTSD, and psychosocial resources*. *Eating disorders*, 22(1), 33–49. Doi:10.1080/10640266.2014.857517

- Thomason, M. E. & Marusak, H. A. (2016). *Toward understanding the impact of trauma on the early developing human brain*. *Neuroscience*, 342: 55-67. Doi: 10.1016/j.neuroscience.2016.02.022
- Turner, H., Finkelhor, D. & Ormrod, R. (2010). *Poly-victimization in a national sample of children and youth*. *American journal of preventive medicine* 38(3), 323-30. Doi: 10.1016/j.amepre.2009.11.012
- Tyrer, P. (2014). A comparison of DSM and ICD classifications of mental disorder. *Advances in Psychiatric Treatment*, 20(4), 280-285. Doi: 10.1192/apt.bp.113.011296
- Ulster University (2019). *About Psychotraumatology, Mental Health & Suicidal Behaviour*. Získáno z <https://www.ulster.ac.uk/research/institutes/psychology/research/psychotraumatology-mental-health-and-suicidal-behaviour/about>
- Universität Konstanz (2019). *Centre of Excellence for Psychotraumatology*. Získáno z <https://www.psychologie.uni-konstanz.de/en/ag-elbert/facilities/centre-of-excellence-for-psychotraumatology/>
- University of Southern Denmark (2019). *Welcome to the national centre of psychotraumatology*. Získáno z https://www.sdu.dk/en/Om_SDU/Institutter_centre/Institut_psykologi/Forskning/Forskningsgrupper/videnscenter_for_psykotraumatologi
- VA, U.S. Department of Veterans Affairs (2018a) *Complex PTSD*. Získáno z https://www.ptsd.va.gov/professional/treat/essentials/complex_ptsd.asp
- VA, U.S. Department of Veterans Affairs (2018b). *PTSD: National Center for PTSD*. Získáno z <https://www.ptsd.va.gov/index.asp>
- van der Kolk, B. (2005). *Developmental trauma disorder: Toward a rational diagnosis for children with complex trauma histories*. *Psychiatric annals*, 35(5), 401–408. Doi: 10.3928/00485713-20050501-06
- van der Kolk, B. (2006). *Clinical implications of neuroscience research in PTSD*. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1071(1), 277-293. Doi: 10.1196/annals.1364.022
- van der Kolk, B. (2014). *The body keeps the score. Mind, brain and body in the transformation of trauma*. London: Penguin Books.

- van der Kolk, B. (2017). Trauma: Retreats and Advances. In Sandmaier, M., Van der Kolk, B., Gottman, J., Siegel, D., Preston, J., Hardy, K., ... Minuchin, S., *Then, Now & Tomorrow. Oral Histories of Psychotherapy 1978-2017*. Psychotherapy Networker (1). Získáno 15.11.2018 z <https://psychotherapynetworker.org>
- van der Kolk, B., Roth, S., Pelcovitz, D., Sunday, S. & Spinazzola, J. (2005). *Disorders of extreme stress: the empirical foundation of a complex adaptation to trauma*. Journal of traumatic stress, 18(5), 389–399. Doi: 10.1002/jts.20047
- van Dijke, A. & Ford, J. D. (2015). *Adult attachment and emotion dysregulation in borderline personality and somatoform disorders*. Borderline personality disorder and emotion dysregulation, 2, 6. Doi:10.1186/s40479-015-0026-9
- van Dijke, A., Ford, J. D., van der Hart, O., Van Son, M. J., Van der Heijden, P. G., & Bühring, M. (2011). *Childhood traumatization by primary caretaker and affect dysregulation in patients with borderline personality disorder and somatoform disorder*. European journal of psychotraumatology, 2:5628. Doi:10.3402/ejpt.v2i0.5628
- van Dijke, A., Ford, J. D., van der Hart, O., Van Son, M. J., Van der Heijden, P. G., & Bühring, M. (2012). *Complex posttraumatic stress disorder in patients with borderline personality disorder and somatoform disorders*. Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy, 4(2), 162-168. Doi: 10.1037/a0025732
- van Dijke, A., Hopman, J. A. B. & Ford, J. D. (2018). *Affect dysregulation, psychoform dissociation, and adult relational fears mediate the relationship between childhood trauma and complex posttraumatic stress disorder independent of the symptoms of borderline personality disorder*. European journal of psychotraumatology, 9(1), 1400878. Doi: 10.1080/20008198.2017.1400878
- Vermetten, E. & Spiegel, D. (2014). *Trauma and Dissociation: Implications for Borderline Personality Disorder*. Current Psychiatry Reports, 16(2), 434. Doi: 10.1007/s11920-013-0434-8

- Vilnius University, Faculty of Philosophy (2019). *Center for Psychotraumatology*.
Získáno z <https://www.fsf.vu.lt/en/mokslas/institutai-mokslas-pagrindinis/psichologijos-institutas/psichologijos-instituto-struktura/centrai/vu-traumu-psichologijos-grupe/center-for-psychotraumatology>
- WHO, World Health Organization (2018). *International Classification of Diseases 11th Revision*. Získáno z <https://icd.who.int>
- Woodhouse, S., Brown & R., Ayers, S. (2018). *A social model of posttraumatic stress disorder: Interpersonal trauma, attachment, group identification, disclosure, social acknowledgement, and negative cognitions*. *Journal of theoretical social psychology*, 2(2), 35– 48. Doi: 10.1002/jts5.17
- Yalch, M. M.& Levendosky, A. A. (2019). *Influence of betrayal trauma on borderline personality disorder traits*. *Journal of Trauma & Dissociation*. Advance online publication. Doi: 10.1080/15299732.2019.1572042

Seznam příloh

1. Abstrakt rigorózní práce v českém jazyce
2. Abstrakt rigorózní práce v anglickém jazyce
3. Studie ACE

Příloha č. 1

Abstrakt rigorózní práce

Název práce:	Komplexní trauma
Autorka práce:	Mgr. Zuzana Musilová
Počet stran a znaků:	149 stran, 270 052 znaků
Počet příloh:	3
Počet titulů použité literatury:	161

Abstrakt (800-1200 zn.): Cílem rigorózní práce je seznámit se s novou traumatickou poruchou, Komplexní trauma (komplexní PTSD, C-PTSD). Symptomatickým profilem se překrývá s posttraumatickou stresovou poruchou (PTSD) na jedné straně a hraniční poruchou osobnosti (BPD) na straně druhé. Práce je ukotvena na poznatcích o chronickém traumatickém stresu, jeho vlivu na zdraví a neurobiologii. Práce se formou přehledové studie věnuje popisu C-PTSD, symptomatickému profilu včetně diagnostických kritérií poruchy. Hlavní zkoumání se zabývá výsledky odborných a vědeckých prací zaměřených na traumatické poruchy, chronickou traumatizaci a traumatický stres raného života. Analýza vědeckých prací zjišťuje charakteristické rysy C-PTSD jako traumatická historie nebo symptomatická charakteristika, které poruchu diferencují od PTSD a BPD. Rigorózní práce přispívá k důkladnému poznání C-PTSD a k pochopení rozdílů mezi C-PTSD, PTSD a BPD. Výsledky potvrzují podobnost s PTSD i BPD, ale ukazují rozsah C-PTSD, jež přesahuje obě podobné poruchy.

Klíčová slova: hraniční porucha osobnosti, komplexní PTSD, komplexní trauma, neurobiologie traumatu, porucha sebeorganizace, PTSD, traumatický stres.

Příloha č. 2

Abstract of Rigorous Thesis

Title:	Complex Trauma
Author:	Mgr. Zuzana Musilová
Number of pages and characters:	149 pages, 270 052 characters
Number of appendices:	3
Number of references:	161

Abstract (800-1200 characters): The aim of this rigorous thesis is to get acquainted with a new traumatic disorder Complex trauma (complex PTSD, C-PTSD). The symptomatic profile overlaps with Posttraumatic Stress Disorder (PTSD) on the one hand and Borderline Personality Disorder (BPD) on the other. The work is anchored in the knowledge of chronic traumatic stress, its impact on health and neurobiology. The work is in the form of review study devoted to the description of C-PTSD, symptomatic profile including diagnostic criteria of disorder. The main research deals with the results of clinical and scientific findings focused on traumatic disorders, chronic traumatization and traumatic stress of early life. The analysis of scientific papers identifies the characteristic features of C-PTSD as traumatic history or symptomatic characteristics that differentiate the disorder from PTSD and BPD. This thesis contributes to a thorough comprehension of C-PTSD and to insight the differences between C-PTSD, PTSD and BPD. The findings confirm similarity to PTSD and BPD, but show the extent of C-PTSD that go beyond both overlapping disorders.

Keywords: borderline personality disorder, complex PTSD, complex trauma, neurobiology of trauma, disturbances in self-organization, PTSD, traumatic stress.

Příloha č. 3

Studie ACE

Pravděpodobně nejvýraznějším a nejcitovanějším výzkumem v oblasti chronického traumatu je studie ACE (Adverse Childhood Experiences), která probíhala v letech 1995-1997. Autorem studie je Kaiser Permanente a Centra pro kontrolu a prevenci nemocí (Centers for Disease Control and Prevention, dále CDC). Studie je prezentovaná na webových stránkách CDC.

Do studie se zapojilo 17 337 členů organizace pro péči o dospělé. Účastníci studie byli většinou bílé rasy, střední a vyšší střední třídy, vysokoškolsky vzdělaní, zaměstnaní, s dostupnou zdravotnickou péčí (CDC, 2019).

Dotazníkové šetření se zaměřilo na negativní zkušenosti z dětství (adverse childhood experiences, dále ACE) jako je týrání, zneužívání, zanedbávání a další traumatické zkušenosti, které lidé prožili dříve než dosáhli 18 let věku. Současně se výzkum zaměřil na dopad těchto raných traumatických zkušeností na pozdější život a zdraví (CDC, 2019).

Dětská traumatizace je rozdělena do tří hlavních skupin s několika podkategoriemi (CDC, 2019):

1. Zneužívání

- emocionální zneužívání (nadávky, urážky, ponižování, zastrašování)
- fyzické zneužívání (strkání, násilné uchopování dítěte, fackování, rány, házení věcmi po dítěti, údery s viditelnými následky nebo zraněními)
- sexuální zneužívání (dotýkání nebo mazlení s tělem dítěte sexuálním způsobem, nabádání či nucení dítěte dotýkat se těla dospělého sexuálním způsobem, pokus o pohlavní styk s dítětem)

2. Rodinné problémy

- násilné zacházení s matkou (domácí násilí)
- zneužívání návykových látek v domácnosti
- psychické onemocnění člena domácnosti
- oddělení rodičů nebo rozvod
- uvěznění člena domácnosti

3. Zanedbávání

- emocionální zanedbávání (nezajištění pocitu důležitosti, lásky, blízkosti, podpory dítěti)
- fyzické zanedbávání (nestarání se o potřeby dítěte, ochranu dítěte, nezajišťování lékařské péče v případě potřeby, dostatku jídla, čistého oblečení)

Tab. 14: **Výsledky studie vzorku 17 337 účastníků výzkumu ACE** (CDC a Permanente, 2016 in CDC, 2019, ACEs Prevalence)

Kategorie ACE	Ženy	Muži	Celkem
	Procento (N = 9.367)	Procento (N = 7.970)	Procento (N = 17.337)
ZNEUŽÍVÁNÍ			
Emocionální	13 %	8 %	11 %
Fyzické	27 %	30 %	28 %
Sexuální	25 %	16 %	21 %
RODINNÉ PROBLÉMY			
Násilné zacházení s matkou	14 %	12 %	13 %
Zneužívání návykových látek	30 %	24 %	27 %
Psychické onemocnění	23 %	15 %	19 %
Oddělení rodičů nebo rozvod	25 %	22 %	23 %
Uvěznění člena domácnosti	5 %	4 %	5 %
ZANEDBÁVÁNÍ			
Emocionální	18 %	12 %	15 %
Fyzické	9 %	11 %	10 %

Mezi nejčastější negativní zkušenosti v dětství patří fyzické zneužívání, zneužívání návykových látek v rodině, oddělení rodičů nebo rozvod, sexuální zneužívání a psychické onemocnění člena domácnosti.

Studie potvrdila prevalenci chronické traumatizace v dětském věku, která je shrnuta v následující tabulce. Výsledkem je tzv. ACE skóre, které vyjadřuje

kumulaci různých traumatických zkušeností a určuje vztah mezi ranou traumatizací a následnou patologií v dospělosti. ACE skóre je dnes již běžně užívané označení počtu negativních zkušeností z dětství, tedy před dosažením 18 let věku. Spíše než počet jednotlivých incidentů, vyjadřuje ACE skóre kumulaci různých typů traumatických zkušeností.

Tab. 15: **Prevalence skóre ACE** (CDC a Permanente, 2016 in CDC, 2019, ACEs Prevalence)

ACE skóre	Ženy procento (N = 9.367)	Muži procento (N = 7.970)	Celkem Procento (N = 17.337)
0	35 %	38 %	36 %
1	25 %	28 %	26 %
2	16 %	16 %	16 %
3	10 %	9 %	10 %
4 a více	15 %	9 %	13 %

64% dotázaných potvrdila alespoň jednu negativní zkušenost v dětství. Více než pětina (22%) účastníků studie však hlásila 3 a více negativních zkušeností v dětství. Právě tato část populace je nejvíce ohrožena trvalými následky traumatu, a to psychickými, fyzickými a behaviorálními.

Potvrdilo se spojení mezi dětskou traumatizací a rizikovým zdravotním chováním (zneužívání návykových látek, nebezpečný sex), chronickými zdravotními stavy (rakovina, diabetes), nízkým životním potenciálem (dosažené vzdělání, povolání, příjmy) a předčasnou smrtí. Studie dochází k závěru, že raná traumatizace má trvalé následky (CDC, 2019).

Po prvotní studii z let 1995-1997 následovaly desítky dalších, jejichž počet přesáhl 70 studií od roku 1998 (CDC, 2019). V šetření se dále pokračuje aktualizacemi údajů i novými doplňujícími studiemi.