

**UNIVERZITA JANA AMOSE KOMENSKÉHO PRAHA**

**BAKALÁŘSKÉ KOMBINOVANÉ**

2014–2015

**BAKALÁŘSKÁ PRÁCE**

**Jana Holečková**

**Psychické trauma a jeho terapie**

Praha 2015

Vedoucí bakalářské práce

Mgr. Jiří Víšek

**JAN AMOS KOMENSKY UNIVERSITY PRAGUE**

**BACHELOR COMBINED STUDIES**

2014-2015

**BACHELOR THESIS**

**Jana Holečková**

**Psychical trauma and his therapy**

Prague 2015

Supervisor's name and surname:

Mgr. Jiří Víšek

## **Prohlášení**

Prohlašuji, že předložená bakalářská práce je mým původním autorským dílem, kterou jsem vypracovala samostatně. Veškerou literaturu a další zdroje, z nichž jsem při zpracování čerpala, v práci řádně cituji a jsou uvedeny v seznamu použitých zdrojů.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své práce v univerzitní knihovně.

V Praze dne:

Jméno autora:.....

## **Poděkování**

Chtěla bych poděkovat panu Mgr. Jiřímu Víškovi za jeho vstřícný přístup a poskytnutí důležitých podmětů a informací k obsahu a kvalitě této bakalářské práce.

## **Anotace**

Bakalářská práce se zabývá psychickými traumaty jako takovými. V práci jsou uvedeny psychická traumata a stres. Dále se práce zabývá samotným vznikem traumatu. Práce se zaměřuje na posttraumatickou stresovou poruchu, její historii a popis diagnostiky posttraumatické stresové poruchy. Práce se také zabývá charakteristickými znaky posttraumatické stresové poruchy. Další část je věnována psychoterapii posttraumatické stresové poruchy u dospělých i u dětí. Závěrečná kapitola je věnována přírodním katastrofám.

## **Klíčová slova**

diagnostika, faktory, charakteristika, hodnocení, metody, následky, postup, psychická traumata, psychoterapie, posttraumatická stresová porucha, psychoterapie, studie

## **Annotation**

The Bachelor thesis deal with mental shock in itself. In work are mentioned mental shocks and stress. Further work deal with himself rise shock. Work survey on post - traumatic stress disorder, her story and description diagnosticians post - traumatic stress disturbances. Work also deal with characteristic post - traumatic stress disturbances. Next part it's devoted psychotherapy post - traumatic stress disturbances near adult and near children. Final chapter it's devoted natural disasters.

## **Key words**

aftermat, diagnostics, evaluation, factors, parameter, method, mental trauma, progerss, psychotherapy, post - traumatic stress disorder, psychotherapy, study

# **OBSAH**

<b>ÚVOD</b> .....	8
<b>1 PSYCHICKÉ TRAUMA A STRES</b> .....	10
1.1 Vznik traumatu .....	12
1.2 Symptomy traumatu .....	16
<b>2 POSTTRAUMATICKÁ STRESOVÁ PORUCHA (PSTD)</b> .....	19
2.1 Historie posttraumatické stresové poruchy.....	20
2.2 Popis a diagnostika posttraumatické stresové poruchy .....	22
2.3 Charakteristika poruchy.....	23
2.4 F43.0 Akutní reakce na stres .....	25
<b>3 PSYCHOTERAPIE PSTP</b> .....	26
3.1 Spolupráce s tlumočnickem.....	29
3.2 Fáze psychoterapeutického procesu .....	30
3.3 Tři fáze terapie následků traumatu .....	31
<b>4 PSYCHOTERAPIE U OBĚTÍ ZNÁSILNĚNÍ</b> .....	35
4.1 Znásilnění v období dospívání.....	36
4.2 Psychoterapie dětí.....	39
4.3 Specifika PTSD v dětském věku .....	39
<b>5 NÁSLEDKY TRAUMAT A VÝVOJOVÉ STUPNĚ</b> .....	42
5.1 Následky smrti člena rodiny .....	44
5.2 Postup terapie .....	46
5.3 Farmakoterapie .....	51
<b>6 INDUSTRIÁLNÍ KATASTROFY</b> .....	52
6.1 Černobyl v roce 1986 .....	52
6.2 Psychické následky a jejich terapie .....	53
<b>ZÁVĚR</b> .....	55
<b>SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ</b> .....	56
<b>SEZNAM ZKRATEK</b> .....	57

## ÚVOD

Téma mé bakalářské práce jsou psychická traumata a jejich diagnostika. Zvolené téma spadá do oblasti krizové psychosociální pomoci. Jde o pomoc obětem, které byly vystaveny traumatizujícím událostem. Traumatické události, ze kterých se vyvíjí posttraumatické stresové reakce jsou extrémní nenadálé situace, ojedinělé přítomností silného pocitu nebezpečí, situace, která přesahuje běžnou lidskou zkušenost. Jsou to situace, kde je velice vysoká pravděpodobnost přímého poškození zdraví, ale zejména i ztráty života zúčastněných obětí těchto událostí. Situace se kterými je velice obtížné se racionálně a emocionálně vyrovnat. Traumatické události se zvyšuje je-li nebezpečí náhlé, nečekané. Například jde o závažné kriminální činy, přírodní katastrofy, průmyslové havárie, požáry, jaderné katastrofy, vojenské konflikty, teroristické útoky.

Přeživší oběti těchto nešťastných událostí můžeme dělit na přímé oběti a oběti nepřímé, tedy oběti v roli svědků. Nepřímými oběťmi jsou například i členové profesionálních záchranných týmů, kteří zažili extrémní zátěžovou situaci bez přímého ohrožení na vlastním životě. I v těchto týmech, které jsou na takové situace mentálně i fyzicky připravováni mohou členové stresovou situaci prožívat obdobně jako oběti. Pro propuknutí posttraumatických stresových obtíží, není rozhodující, zda se ohrožení vztahuje přímo k osobě, nebo zda je osoba přítomná v pouhé roli svědka. Častěji se posttraumatické stresové poruchy projevují mnohem intenzivněji právě u svědků událostí, než u jejich přímých obětí.

Obecné podvědomí obětí chápe traumatickou událost jako těžkou ránu osudu, podstatně překonává obvyklou a pravděpodobnou zážitku. Překračuje rámec běžných zkušeností a je velice individuální jakým způsobem jak je dané trauma zpracováváno myslí oběti. Traumatické situace ničí především potřebné a základní životní iluze. Oběti ztrácí víru ve vlastní sílu a obecné vnitřní přesvědčení, že jsme jako jedinci schopní se s každou situací vypořádat. Oběť a její mysl je konfrontována brutálním a nečekaným způsobem s vlastní smrtelností, mysl zápasí s pocitem naprosté bezmoci, zranitelnosti. Bortí se iluze o bezpečném světě, řádu věcí. Velice omezená je schopnost důvěry, následkem toho se pak reálný svět jeví jako místo zlé a nepředvídatelné, vzniká pocit celoživotní deprivace a ztrácí se zdravý kontakt s realitou.

Přestože se posttraumatické stresové reakce a následná psychická onemocnění vyvíjejí a objevují s celkovým zpožděním po události. Je v tomto místě je nutná včasná a citlivá diagnostika poruch chování a vznikajících psychických onemocnění, které jsou spojeny s prožitím traumatické události. Proto je absolutně nutný citlivý přístup k takovým obětem,



zejména pokud se obětí tragických událostí stanou děti. Naprosto nezastupitelnou roli v procesu diagnostiky i léčby má terapeut a jeho přístup. Proto jsou v mé bakalářské práci vyjmenovány a citovány pasáže, kde se problematikou včasné diagnostiky a jejích druhů bakalářská práce zabývá.

V České republice nemá psychosociální pomoc dlouhodobou, letitou tradici a naneštěstí ani materiální zázemí. Praxe ukazuje, jde o činnost velice specifickou a potřebnou. Nárůst statistických údajů o potřebě navýšení psychosociální pomoci a sociální podpory je dlouhodobě alarmující. Vždyť i profesionální záchranné týmy se potýkají s nedostatečným materiálním zázemím. Potřeba vybudovat síť krizových center je řešena už mnoho let. Přesto je tato oblast a její potřeby podceňovány a dochází k stálým odkladům účinných řešení, která jsou léta připomínána.

# 1 PSYCHICKÉ TRAUMA A STRES

Každý z nás zažil někdy v životě nepříjemný zážitek, který se mu nesmazatelně zapsal do paměti. Jsou lidé, kteří si své děsivé vzpomínky nesou v sobě mnoho let, někdy i celý život. Někteří lidé se setkali s extrémní podobou hrůzy nebo násilí, že to ohrozilo jejich duševní zdraví. Události extrémně hrozivého rázu, jež můžou způsobit duševní poruchy lze pro upřesnění rozdělit na dvě hlavní skupiny. První jsou přírodní katastrofy (v angličtině natural disasters) a chápeme je jako působení přírodních sil, například: požáry, tajfuny, sopečné výbuchy, povodně či zemětřesení. Druhou skupinu tvoří katastrofy způsobené člověkem (man made disasters, technological disasters, industrial disasters), mezi které řadíme různé havárie a všechny druhy násilí: války, věznění, týrání, zneužívání, politický teror, mučení a koncentrační tábory. Všechny tyto události jsou pro člověka traumatizující, tedy zraňující, hlavně v případech, v nichž hraje hlavní roli lidský úmysl. Tragédii člověka tu nezpůsobily neosobní přírodní síly, ale jeho bližní, který ho záměrně zranil. Setkání s lidskou krutostí a brutalitou zasahuje často základní důvěru člověka v dobro a smysluplnost okolního světa, prožitá bezmocnost a násilné narušení osobní integrity jsou hlubokým zásahem do jeho psychiky.

Stres, chceme-li hovořit o tom, co je to trauma, musíme nejprve vymezit pojem stres. Jeho obsah není v současné době chápán jednotně. Podle Smolíka (1996) se užívá k označení různých předmětů odporu nebo výrazně nepříjemných situací, fyziologických, behaviorálních a subjektivních odpovědí na ně, okolností zprostředkujících kontakt jedince se zátěží nebo všech výše uvedených možností jako systému. Tento pojem je evidentně užíván nadměrně.<sup>1</sup>

Stres popsal poprvé ve svém rozsáhlém díle z roku 1949 Hans Selye. Jeho spíše fyziologická definice hovoří o nespecifické reakci organismu na jakýkoli nárok spočívající v mobilizování obranných mechanismů a energetických rezerv. Stav stresu se projevuje symptomech tzv. adaptačního syndromu, což je generalizovaná reakce na zátěž probíhající ve třech fázích.

1. Fáze poplachová (alarmová): Náhlé narušení vnitřního prostředí organismu, které je doprovázeno silnou excitací (vybuzením), především sympatické soustavy a zvýšením sekrece hormonů dřeně nadledvinek.
2. Fáze rezistence: Adaptace na stres je maximální, organismus si na stresující faktor zvyká.

---

<sup>1</sup> Vizinova, D., *Psychické trauma a jeho terapie*. 1.vyd. Praha: Portál, 1999, s.15. ISBN 80-7178-284-X.

3. Fáze vyčerpání (exhausce): Získaná rezistence je nedostatečná, nadměrnou intenzitou stresu dochází k celkovému selhání adaptační a regulační schopnosti organismu. Výsledkem takového selhání může být vážné ohrožení zdraví i života.<sup>2</sup>

Jeden z nejznámějších autorů v této oblasti, R. S. Lazarus, definuje stres jako ohrožení organismu v důsledku nadměrných požadavků na fyziologické a psychické adaptační rezervy. V. Schreiber uvádí tuto definici: Stres je jakýkoliv vliv životního prostředí (fyzikální, chemický, sociální, politický), který ohrožuje zdraví některých „citlivých“ jedinců. Definovat psychický stres je velmi obtížné. Podle Machače, Macháčové a Hoskovce představuje psychický stres emočně negativní výkyv vegetativní tenze (aktivace), který svou inertností snižuje schopnost subjektu vrátit aktivační hladinu k předstresové nebo relaxační úrovni.<sup>3</sup>

Chronický stres je podle těchto autorů výsledkem schopnosti našeho nervového systému sčítat negativní emočně vegetativní napětí doznívající z jedné podnětové situace s napětím, které vzniká ve zcela odlišné stresogenní situaci. Aktuální příznaky chronického stresu jsou méně nápadné, ale negativní dopad na organismus je větší. Při dlouhodobé zátěži může dojít k patologickým změnám v psychice i v organismu člověka. Stresující vliv každého podnětu nebo situace má pokaždé individuální charakter. V oblasti psychosociálního stresu hrají důležitou roli faktory jako je význam dané situace, sociální opora a především osobnostní charakteristiky každého jedince. Určité osobnostní rysy ovlivňují výběr vyrovnávacích strategií, predisponují tak k určitému stylu vyrovnávání se se stresem a mohou být vysvětlením odlišné zranitelnosti různých osob vůči stresu.<sup>4</sup>

Různé koncepce osobnosti kladou důraz na některé z nich. Příkladem může být Antonovského koncepce tzv. smyslu pro koherenci, jehož základními pozitivními dimenzemi jsou např. srozumitelnost okolního světa, sounáležitost s ním, zvladatelnost tohoto světa a vlastního postavení v něm, či Rotterův koncept lokalizace kontroly jako osobnostního mediátoru stresu. Zajímavá je rovněž teorie odolnosti ve smyslu „hardiness“ (pojem zavedla S.Kobasová), kdy odolnost tvoří konstelace osobnostních postojů konstituovaná ze tří součástí a) odpovědnost, závazek k sobě a k práci; b) zvládání, zdolávání, pocit, že jedinec má pod kontrolou své prožitky a činy; c) postoj podle něhož změna představuje výzvu a je chápána jako příležitost, ne jako ohrožení.<sup>5</sup>

Některé výzkumy hledaly společné rysy dětí, které se jeví jako odolnější vůči nepříznivějším životním okolnostem. Takové děti charakterizoval aktivní temperament,

---

<sup>2</sup> Vizinova, D., *Psychické trauma a jeho terapie*. 1.vyd. Praha: Portál, 1999, s.15. ISBN 80-7178-284-X.

<sup>3</sup> Vizinova, D., *Psychické trauma a jeho terapie*. 1.vyd. Praha: Portál, 1999, s.16. ISBN 80-7178-284-X.

<sup>4</sup> Tamtéž s.16.

<sup>5</sup> Tamtéž s.16.

společenskost, dobrá schopnost komunikace a správná percepce vlastních možností k ovlivňování svého osudu. S pojmem stres úzce souvisí anglický termín coping with (zvládání), který zahrnuje racionální způsoby vyrovnání se s psychickou zátěží a úzkostí, schopnost zvládat různé překážky. Vyjadřuje různou míru adaptability jedince, tedy míru schopnosti adaptovat se na změnu podmínek.<sup>6</sup>

## 1.1 Vznik traumatu

V našich podmínkách se vyskytují následky psychického traumatu (dále jen traumatu) nejčastěji v souvislosti s nehodou, železničním či důlním neštěstím, požárem, znásilněním, sexuálním zneužitím, týráním, přepadením, únosem, pokusem o vraždu nebo jinou násilnou trestnou činností. To se týká nejen obětí, ale i náhodných svědků takových činů. V klinické praxi se lze setkat s potížemi v souvislosti se zážitky z období druhé světové války, z okupace v roce 1968, z perzekuce tajnou policií nebo věznění z politických důvodů. Novou rizikovou skupinu tvoří lidé cestující do nebezpečných oblastí světa nebo vojáci mezinárodních vojenských jednotek. Psychické poruchy následkem traumatu se mohou vyskytovat také u povodních z léta 1997, a to jak u postižených, tak u záchranářů.<sup>7</sup>

Psychické trauma vzniká působením jednoho extrémně stresujícího zážitku nebo dlouhotrvající stresující situace, které mají následující charakteristiky:

- příčina je pro jedince vnější,
- je pro něj extrémně děsivá,
- znamená bezprostřední ohrožení života nebo tělesné integrity,
- vytváří v jedinci pocit bezmocnosti.<sup>8</sup>

Podstatou traumatu je, že působením vnějšího činitele jsou poničeny psychické a biologické adaptační mechanismy jedince. K tomu dochází tehdy, když vnitřní a vnější zdroje již nejsou schopny vyrovnat se s ohrožením. Nelze hovořit o kontinuu od události lehce stresující k traumatizující. Existuje jasný rozdíl mezi stresem a traumatem a tento rozdíl zřetelně vnímá právě traumatizovaný člověk. Děsivé zážitky zaplavují a paralyzují systém sebeobrany, ničí pocit vnitřní kontroly a kompetence a ve svých důsledcích narušují důvěru ve smysl, řád a kontinuitu lidského života.<sup>9</sup>

---

<sup>6</sup> Vizinova, D., *Psychické trauma a jeho terapie*. 1.vyd. Praha: Portál, 1999, s.16. ISBN 80-7178-284-X

<sup>7</sup> Vizinova, D., *Psychické trauma a jeho terapie*. 1.vyd. Praha: Portál, 1999, s.17. ISBN 80-7178-284-X

<sup>8</sup> Tamtéž s.17.

<sup>9</sup> Tamtéž s.17.

Traumatická reakce vzniká v okamžiku, kdy je člověku tváří v tvář extrémní hrůze znemožněna smysluplná akce a on se ocitá ve stavu totální bezmoci. Je vlastně reakcí na bezmocnost. Není-li možný útok ani útek, dochází k dezorganizaci jednotlivých komponent obvyklé odpovědi organismu na nebezpečí a tyto komponenty ve své bezúčelnosti mají tendenci přetrvávat dlouho po skončení stavu skutečného ohrožení. Traumatické události tak vyvolávají hluboké a trvalé změny v oblasti fyziologické, emoční i kognitivní.<sup>10</sup>

Je-li prvním zásadním rysem traumatizující zkušenosti neuniknutelnost, je druhým rysem její nepochopitelnost. Takovou zkušenost obvykle nelze zařadit mezi dosavadní obvyklé životní zkušenosti. Při orientaci ve světě slouží člověku vytvořená kognitivní schémata, která mu pomáhají chápat a účelně reagovat v různých situacích. Kognitivní schémata pro extrémní situace neexistují nebo nejsou k dispozici z důvodu nadměrného fyziologického rozrušení. Neschopnost dát smysl zažívanému ničí možnosti adaptace a neúspěšně zvyšuje vnitřní aktivaci organismu. Traumatická zkušenost nemůže být asimilována, protože ohrožuje základní představy, které má jedinec o světě a svém místě v něm, tedy vnímání světa jako uspořádaného, smysluplného a bezpečného místa, lidí jako v jádru dobrých, sebe jako integrované, hodnotné a nedotknutelné bytosti. Nepochopitelná zkušenost zůstává obvykle neasimilována a později je nutkavě znovuprožívána.<sup>11</sup>

Rozpor, který vzniká mezi základními představami a vnímanou realitou, přivádí člověka do stavu vnitřního zmatku. Výsledkem může být tzv. disociace, tedy oddělení různých duševních procesů, které normálně fungují ve vzájemné integraci. Člověk se tak nevědomě chrání před přívalem silných emocí, které by pravděpodobně nedokázal udržet pod kontrolou. tento jev popsal před více než sto lety P.Janet jako základní patologii hysterie, později A.Kardiner jako součást válečné neurózy. Traumatizovaná osoba si do detailu vzpomíná na celou události, ale bez jakéhokoliv emočního doprovodu, nebo zažívá intenzivní emoce bez jasné vzpomínky na to, s čím souvisí. Může se nacházet ve stavu konstantního neklidu a podrážděnosti, může mít různé psychosomatické potíže, ale neví proč. Symptomy vyvolané traumatem mají tendenci ztrácet vazbu se svým původcem a žijí si dále svým vlastním životem. Pokud vzpomínky, které obvykle nejsou volně přístupny vědomí, pomůže vybavit např. podnět připomínající trauma, vzniká obrovský emoční tlak. Člověk může po dlouhou dobu působit jako dobře přizpůsobený, za určitých podmínek však hrozí nekontrolovaná afektivní reakce.<sup>12</sup>

---

<sup>10</sup> Vizínova, D., *Psychické trauma a jeho terapie*. 1.vyd. Praha: Portál, 1999, s.17. ISBN 80-7178-284-X

<sup>11</sup> Vizínova, D., *Psychické trauma a jeho terapie*. 1.vyd. Praha: Portál, 1999, s.18. ISBN 80-7178-284-X

<sup>12</sup> Tamtéž s.18.

Dalším z hlavních rysů traumatu je narušení mezilidských vztahů. Potřeba vztahovat se k ostatním roste v situacích, kdy vnitřní zdroje jedince nestačí zvládnout ohrožení. Bolest, strach, vyčerpání či ztráta, to vše vyvolává úsilí získat péči druhých. Ostatní lidé mohou také dávat objektivní platnost hrůzně individuální zkušenosti a pomáhají nalézt její smysl. Stabilní sociální vazby jsou jedním z faktorů, které mají vliv na míru následků traumatu. Někteří autoři hovoří o souvislosti mezi přežitím koncentračního tábora či jiných extrémních situací a schopností udržet pouta vztahů. Nejdrtivější dopad má na člověka trauma prožité v izolaci. Bez možnosti sdílení je člověk připraven o jeden z nejdůležitějších zdrojů napomáhajících adaptaci. Toho se často využívá k zesílení účinku věznění a mučení. Ti, kdo mučení přežili, někdy vypovídají o stavech derealizace a depersonalizace, které byly reakcí na extrémní osamělost.<sup>13</sup>

Traumatická zkušenost však obvykle zanechává následky v mezilidských vztazích. Pocit krajní opuštěnosti a bezmoci zasahuje později do všech vztahů, od nejintimnějších, rodinných, až po abstraktní, které charakterizují náboženskou víru a důvěru v určitý systém hodnot. Pokud trauma působí v raném dětství, může poškodit vznik bazální důvěry v blízké osoby, jež je součástí všech dalších životních vztahů a také podmínkou zdravého vývoje osobnosti. Důsledkem traumatu v jakémkoli věku je ztráta důvěry v sebe a ostatní, zranitelnost a stud z prožité bezmoci. Přetrvávající pocit viny za vlastní přežití bývá společným rysem lidí, kteří prošli válkou, přírodní katastrofou či hromadnou havárií. Tento pocit viny je nejsilnější tehdy, když byl člověk svědkem utrpení a smrti druhých lidí a nemohl či nedokázal jim pomoci. Přesto se však může obviňovat ze slabosti a neschopnosti riskovat vlastní život pro záchranu druhých. Pocit viny pak může zasahovat do všech jeho mezilidských vztahů.<sup>14</sup>

Ize tedy říci, že trauma primárně i sekundárně způsobuje porušení vazeb a vztahů. Traumatizovaný jedinec často vnitřně osciluje mezi krajní izolací a touhou po silném ochraňujícím vztahu. Výsledkem tohoto je utváření intenzivních, nestabilních vazeb, které se impulzivně zmítají mezi extrémy.<sup>15</sup>

Citlivost člověka vůči traumatické zkušenosti ovlivňují některé obecné faktory. Patří k nim stupeň kognitivního rozvoje, míra schopnosti odolávat zátěži, kvalita mezilidských vztahů a síť sociální podpory, předchozí traumatizující zkušenost a další. Některé výzkumy

---

<sup>13</sup> Vizinova, D., *Psychické trauma a jeho terapie*. 1.vyd. Praha: Portál, 1999, s.18. ISBN 80-7178-284-X

<sup>14</sup> Tamtéž s.18.

<sup>15</sup> Vizinova, D., *Psychické trauma a jeho terapie*. 1.vyd. Praha: Portál, 1999, s.19. ISBN 80-7178-284-X

následků traumatu u zvířat zdůrazňují negativní význam rané mateřské deprivace, opakované separace a raných traumat.<sup>16</sup>

Psychická zranitelnost člověka je však závislá také na osobnostních a sociálních faktorech. Každý lidský zážitek je relevantní. I extrémní trauma hodnotí lidé různě, pro každého může mít jiný význam a dopad. Samozřejmě platí jistá hranice, za kterou jsou události obecně považovány za traumatické, jak o tom hovoří i jedno z diagnostických kritérií posttraumatické stresové poruchy. Výrazný vliv hodnocení traumatického zážitku má kulturní prostředí. V rozdílných kulturách se různě hledí na bolest, zranění, smrt, separaci či ztrátu. Určitý zážitek může mít těžce traumatizující dopad na člověka v jedné části světa a zároveň může být naprosto běžný pro člověka v jiné části světa. Lidé některých etnik mohou být do jisté míry odolnější vůči určitému druhu traumatu a zranitelnější vůči jinému. Traumatickou zkušenost tedy nemůžeme chápat jako statickou, okolnostmi vysvětlitelnou jednotku. Abychom mohli hodnotit její vliv na psychický stav jedince, je nutné ji pojímat v souvislosti s dynamickou interakcí jednotlivého člověka a jeho prostředí.<sup>17</sup>

Jako příklad může sloužit diskuse o následcích mučení, která probíhá mezi odborníky v západních zemích. Mučení je zde považováno za extrémní znásilnění integrity a identity jedince. Podle některých autorů však mají nezápadni lidé rozdílné chápání sebe ve vztahu k ostatním a také k nadpřirozenu. Udržení harmonických vztahů uvnitř rodiny a komunity je v některých národech mnohem důležitější než vlastní názory, myšlenky a aspirace jednotlivce. Mučení a organizované násilí obecně neprobíhá jako izolovaný jev, ale v kontextu destrukce a teroru pro určitou komunitu. Tato destrukce a ztráta vazeb může být pro člověka této kultury primárně mnohem větším traumatem než akt fyzického mučení.

Psychickou traumatizaci lze obecně rozdělit na tři formy:

Primární traumatizace: člověk je přímým cílem agrese (např. zabití, mučení, znásilnění).

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

Terciální traumatizace: člověk není v přímém vztahu k oběti traumatizace (svědek)<sup>18</sup>

---

<sup>16</sup> Vizínová, D., *Psychické trauma a jeho terapie*. 1.vyd. Praha: Portál, 1999, s.19. ISBN 80-7178-284-X

<sup>17</sup> Tamtéž s.19.

<sup>18</sup> Tamtéž s.19

## 1.2 Symptomy traumatu

Většinu symptomů, které se objevují v důsledku traumatické zkušenosti, můžeme rozčlenit do tří hlavních kategorií:

- a) nadměrné vzrušení (hyperarousal),
- b) intruzivní příznaky (intrusions),
- c) příznaky stažení, sevření (constriction).<sup>19</sup>

Nadměrné vzrušení je následkem stálého očekávání nebezpečí. Trvalým vzrušením se organismus udržuje ve stavu, kdy je schopný bojovat nebo uniknout z ohrožující situace. Člověk v takovémto stavu se snadno poleká, reaguje podrážděně i na minimální podněty a trpí poruchami spánku. Mohou být u něho shledány symptomy generalizované úzkosti či specifických strachů. Zvýšená nervová aktivace způsobuje neschopnost normálně se adaptovat změnou vztahu k opakovaným podnětům, to znamená, že jedinec reaguje na každý další podnět stejného typu jako na zcela novou výzvu. Již A. Kardiner považoval za jádro následků traumatu u veteránů z světové války tzv. fyzioneurózu, tedy chronicky nadměrnou stimulací autonomního nervového systému, která má za následek podrážděnost a explozivní, agresivní chování. Zvýšená fyziologická reaktivita bývá nejvíce patrná při způsobení podnětu, který připomene trauma, a projevuje se náhlou hyperventilací, tachykardií, třesem, pocením, pocitem nevolnosti či mdlobou. Fyziologické fenomény obvykle přetrvávají dlouhodobě a stávají se zásadní překážkou adaptace traumatizovaného člověka na život v normálních podmínkách.<sup>20</sup>

Intruzivní příznaky jsou vtíravé a neodbytné pocity opakovaného prožívání traumatické události. Ve dne pronikají do vědomí opakované vzpomínky, ve kterých se minulost stává přítomností a člověk se znovu a znovu propadá ke svým děsivým zážitkům. Vzpomínka může být vyvolána i zdánlivě nevýznamným podnětem, ale její živost a emocionální náboj je stejný jako v původní situaci. Tyto tzv. *flashbacky* (doslova zpětné záblesky) může člověk vnímat jako skutečnou realitu a podle toho se i chovat. V noci se opakují děsivé sny a noční můry. Emoce a tělesné pocity úzkosti, strachu nebo studu se mohou objevit i bez konkrétní vzpomínky na prožitou událost. Freud i Kardiner při popisu následků války hodně shodně našli tzv. „fixaci na trauma“, Kardiner označil perseverující sen na nejcharakterističtější fenomén válečné neurózy.<sup>21</sup>

---

<sup>19</sup> Vizinova, D., *Psychické trauma a jeho terapie*. 1.vyd. Praha: Portál, 1999, s.20. ISBN 80-7178-284-X

<sup>20</sup> Tamtéž s.20.

<sup>21</sup> Vizinova, D., *Psychické trauma a jeho terapie*. 1.vyd. Praha: Portál, 1999, s.21. ISBN 80-7178-284-X



traumatické vzpomínky se liší od obvyklých vzpomínek nemožností verbálního převyprávění, návazností na kontext a strnulostí obraze v čase. Také traumatické sny jsou jiné než ty ostatní. Mohou se objevit ve fázích spánku, kdy lidé obyčejně nesní, a vyjadřují jasné fragmenty traumatické události. Často se opakují v identické podobě, vždy s hrozivou živostí, která může ovlivnit chování i dlouho po probuzení. Někdy mohou mít podobu nočních můr a děsů, jejichž konkrétní obsah si nelze vybavit. Trauma se dále znovuprožívá také přímo v chování, opakovaným inscenováním traumatické situace, např. v nutkavě opakované dětské hře nebo formě určitých sklonů k opakování traumatické situace u dospělého. Tyto inscenace mohou být velmi nebezpečné, ale mohou také sloužit postupné adaptaci. M.Horowitzová hovoří o „principu zakončování“, jenž využívá schopnosti lidské mysli postupně zpracovávat novou informaci a vřazovat ji do stávajícího vnitřního systému. Intruzivní příznaky projevující se vzpomínkami, sny či chováním mohou být chápány pozitivně, ale přesto vzbuzují děs. Pro traumatizovaného člověka znamenají intenzivní emocionální zahlcení, které někdy překračuje hranice zvladatelnosti.<sup>22</sup>

Příznaky stažení, sevření (konstriktivní) jsou důsledkem situace, kdy byl člověk vystaven totální bezmocnosti, nemohl ani utéct, ani klást aktivní odpor a ocitl se náhle ve stavu strnulosti, zkamenělosti, paralyzace. Ze své bezmocnosti mohl uniknout pouze vnitřně - změnou stavu vědomí. Situace krajního ohrožení někdy vyvolávají nejen strach a hrůzu, ale i zcela paradoxně stavy úplného klidu, kdy strach a bolest mizí. Vědomí registruje události, ale ty jako by neměly nic společného se svým skutečným významem. Vnímání může být deformované, provázené částečnou anestezií nebo ztrátou určitých vjemových modalit. Čas může být prožíván jako změněný, obvykle zkrácený, a prožitky mají rysy nereálnosti. Člověk v takové situaci má často pocit, že se vše odehrává mimo jeho tělo, nebo že celá událost je jen součástí špatného snu, z něhož se brzy probudí. Tyto změny ve vnímání a prožívání lze chápat jako dar, který chrání mysl před nesnesitelnou bolestí. Traumatický trans, jak bývá takový stav nazýván, nastupuje bez vědomého rozhodnutí. Psychiatři R. Pitman a Van der Kolk poukázali na přetrvávající změny percepce po válečném traumatu, které způsobilo dlouhodobé změny v regulaci endogenních opiátů působících přirozeně uvnitř nervového systému. Jakkoli mohou být změny stavu vědomí adaptivní ve chvíli bezmoci, stávají se neadaptivními při svém přetrvávání. Umožňují, že se traumatický zážitek odstraní z vědomí, zároveň ale brání integračním procesům nutným k psychickému zpracování zkušenosti.<sup>23</sup>

---

<sup>22</sup> Vizinova, D., *Psychické trauma a jeho terapie*. 1.vyd. Praha: Portál, 1999, s.21. ISBN 80-7178-284-X

<sup>23</sup> Tamtéž s.21.

Konstriktivní symptomy postihují vedle vědomí, myšlení a paměti také spontánní aktivitu a iniciativu. Člověk se snaží vyhýbat určitým situacím vyvolávajícím vzpomínku na trauma, jeho chování je často motivováno strachem. Aktivní plánování budoucnosti narušuje očekávání něčeho strašného a pocit, že ze života moc nezbývá. zvláště u traumatizovaných dětí je patrná nedůvěra ve vlastní schopnosti a nechť přemýšlet o budoucnosti. Příznaky stažení, sevření ve svém důsledku vedou k inhibici aktivity, impulzivity a emočního prožívání, a tím ochromují celkovou kvalitu lidského života.<sup>24</sup>

Vzájemná provázanost intruzivních příznaků a konstrikce je jedním z hlavních rysů následku traumatu. Tato tzv. dialektika traumatu se projevuje existencí dvou extrémních stavů-stavu amnézie s možností náhlé záplavy emocí a stavu inhibované aktivity, který je zcela bez emocí. Nestabilita mezi těmito stavy a neschopnost nalézt rovnováhu prohlubuje pocit nepředvídatelnosti a bezmocnosti. Když intruzivní příznaky slábnou, konstriktivní sílí. Jedinec už nevypadá vyplašeně, vrací se k normálnímu životu, prožívá však každodenní události jakoby z odstupu. Návrat znovuprožívání traumatu pak dále prohlubuje pocit zkamenělosti a vnitřní rozdvojenosti. Dlouhotrvající střídání těchto stavů a z nich plynoucí zoufalství může vést až k touze zemřít, k myšlenkám na ukončení života a k sebevraždě.<sup>25</sup>

---

<sup>24</sup> Vizinova, D., *Psychické trauma a jeho terapie*. 1.vyd. Praha: Portál, 1999, s.22. ISBN 80-7178-284-X

<sup>25</sup> Tamtéž s.22.

## 2 POSTTRAUMATICKÁ STRESOVÁ PORUCHA (PSTD)

V této kapitole se budu zabývat tím, co to vlastně PSTD je. Termín posttraumatická stresová porucha (PSTD z anglického posttraumatic stress disorder) se označuje soubor různých poruch chování a prožívání, včetně fyziologických reakcí jako jsou: poruchy spánku, potivost, třes, nevolnost atd. Vznikají jako důsledek extrémního stresového prožitku, který přesahuje běžnou lidskou zkušenost. Dlouhodobé účinky stresu postihují přímo ohrožené osoby (oběti závažných trestných činů, bojující vojáky ve válce, atakované obyvatelstvo, přeživší oběti přírodních a teroristických katastrof, oběti násilí) a rovněž osoby, jež prožili extrémní situaci bez přímého ohrožení na vlastním životě, tedy role svědků (členové profesionálních záchranných týmů) je obtížné se s nimi racionálně a emocionálně vyrovnat. Proto mohou členové profesionálních záchranných týmů prožívat krizovou situaci obdobně jako oběti. I přesto, že jsou na krizové situace připravováni a to jak fyzicky tak i mentálně, může se u nich přesto rozvinout komplex různých problémů, známých jako posttraumatická stresová porucha.<sup>26</sup>

Zajímavost posttraumatické stresové poruchy spočívá v tom, že se může projevit až po delším čase od oné stresové situace. Tato porucha vzniká jako opožděná, nebo protahovaná odezva na otrěsné katastrofické zážitky. Jednou z nejčastějších příčin rozvoje PSTP, tedy stresorem, v běžném mírovém životě je znásilnění. Dále přicházejí v úvahu další kriminální činy, automobilové nehody, únos, požáry, průmyslové havárie a také živelné katastrofy. U živelných katastrof a průmyslových havárií (podobně jako je tomu u válečného konfliktu) lze očekávat masivnější postižení zúčastněné populace, což může vést mimo jiné k nedostatečné péči o velké množství takto postižených.<sup>27</sup>

---

<sup>26</sup> HOLEČKOVÁ, Jana. *Absolventská práce: Posttraumatická stresová porucha v krizové situaci*. 1.vyd. Praha,2010, s.2.

<sup>27</sup> Tamtéž s.2

## 2.1 Historie posttraumatické stresové poruchy

Studie o psychickém traumatu mají svou zvláštní historii - historii epizodické amnézie. Období aktivního zkoumání střídala období zapomnění. Mnohokrát v minulosti byla tato problematika nastolena a brzy opět opuštěna, aby se pak, po delším čase, znovu otevřela. Zápisy staré padesát i sto let se však velmi podobají dnešním. Vždy mají co dělat s lidskou zranitelností a zlem v lidské přirozenosti, ať už se jedná o traumata v malém či obrovském měřítku. Záznamy často působí jako přehnané a nevěrohodné a bývají raději zasunuty v zapomnění. Pokud se jedná o tzv. přírodní katastrofy, je situace poměrně srozumitelná a okolí stojí obvykle zjevně na straně obětí.<sup>28</sup>

Složitější jsou situace násilí nebo katastrof způsobených člověkem, kdy nastává konflikt mezi zločincem a obětí. Svědek či okolí pak nemůže zůstat morálně neutrální a nutně se musí přiklonit k jedné ze stran. Studie o traumatu se někdy potýkají s tendencí diskreditovat oběť nebo ji zneviditelnit, jindy s tendencí chápat a revitalizovat zločince. V minulosti se mnohé diskuze týkaly toho, zda jsou pacienti s posttraumatickými stavy hodni péče a zájmu, zda nesimulují, zda ve svých životních příbězích mluví pravdu nebo lžou, a pokud lžou, zda je to záměrně či neúmyslně. Nutno dodat, že systematický výzkum následků psychického traumatu vyžaduje sociální a politický kontext, ve kterém je možno poukázat na pravdivé skutečnosti a zároveň otevřeně bránit lidská práva a chránit tak oběti i svědky.<sup>29</sup>

Koncem minulého století byl pozorně zkoumán jev zvaný ve své době hysterie. Studie hysterie se dodnes pojí se jmény Charcot, Janet, James a Freud. Pacientky s tzv. „velkou neurózou“ byly klasifikovány, ale lékař s nimi vedl také mnohahodinové rozhovory, zajímal se o jejich osobní život a prožívání. Janet a Freud nezávisle na sobě došli k závěru, že hysterie je stav způsobený psychickým traumatem.<sup>30</sup>

první informace o válečných traumatech pocházejí z americké občanské války. Později byly doplněny a rozšířeny studiiemi po první světové válce. Muži, kteří přežili měsíce v zákopech, kruté boje, hrůzu a bezmocnost, se začali často chovat jako hysterické ženy. Křičeli, pomočovali se, nemluvili či ztráceli sebekontrolu, trpěli poruchami paměti i prožívání. Jejich stav byl vojenskými lékaři označen jako shell shock (nervový otřes od výbuchu granátu) vzniklý následkem psychického (nikoli pouze fyzického) traumatu. Přesto bývali takoví vojáci degradováni na zbabělce a morální invalidy. Válečná neuróza se však

---

<sup>28</sup> Vizínova, D., *Psychické trauma a jeho terapie*. 1.vyd. Praha: Portál, 1999, s.24. ISBN 80-7178-284-X

<sup>29</sup> Tamtéž s.24.

<sup>30</sup> Tamtéž s.24.

častěji projevovala u vojáků s vysoce morálním charakterem a jako takovou ji později popsal i psychoanalyticky zaměřený lékař W.H.R Rivers.<sup>31</sup>

S druhou světovou válkou se vrátil zájem o válečnou neurózu a její léčbu. Výzkumy psychiatrů ukázaly, že následkům válečných traumat může podlehnout každý člověk, povaha psychických obtíží závisí na míře vystavení krutým bojům. Zároveň odhalily jeden z významných faktorů, který může chránit před těžkými následky, a to pevnou emoční vazbu mezi spolubojovníky. Léčení bylo nejčastěji prováděny za pomoci hypnózy či chemických látek měnících stav vědomí.<sup>32</sup>

Systematický výzkum následků války nebyl dále prováděn až do vietnamské války. V sedmdesátých letech se veteráni z Vietnamu sjednotili do svépomocných skupin a žádali psychiatrickou pomoc. Jejich protiválečná aktivita vedla k realizaci mnoha výzkumů, na jejichž základě byla pečlivě popsána posttraumatická stresová porucha jako následek válečných zážitků. Traumatické zkušenosti vojáků a vězňů v koncentračních táborech byly souhrnně označeny za „syndrom přežití“.<sup>33</sup>

Později se tyto pojmy začaly v USA používat ve spojení s psychickými poruchami vyvolanými i v míru traumatickým zážitkem, jako je pouliční násilí nebo znásilnění. Od sedmdesátých let se mnoho badatelek zabývalo problematikou znásilnění, zneužívání žen a dětí a násilí v rodině. Vznikl typický obraz psychické reakce, který byl nazván „traumatický syndrom po znásilnění“. Ten v mnohém připomínal potíže válečných veteránů.<sup>34</sup>

V prvním vydání Diagnostického a statistického manuálu duševních poruch (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - dále jen DSM) byl traumatický syndrom označován jako „velká stresová porucha“. Pojem posttraumatická stresová porucha (posttraumatic stress disorder - PTSD) se poprvé objevil ve druhém vydání DSM v roce 1968. V angličtině jsou výrazu PTSD blízké termíny jako effort syndrome, railway spine, shell shock, combat fatigue, combat neurosis, post - rape syndrome, post- Vietnam syndrome, accident neurosis a compensation neurosis.<sup>35</sup>

---

<sup>31</sup> Vizinova, D., *Psychické trauma a jeho terapie*. 1.vyd. Praha: Portál, 1999, s.24. ISBN 80-7178-284-X

<sup>32</sup> Vizinova, D., *Psychické trauma a jeho terapie*. 1.vyd. Praha: Portál, 1999, s.25. ISBN 80-7178-284-X

<sup>33</sup> Tamtéž s.25.

<sup>34</sup> Tamtéž s.25.

<sup>35</sup> Tamtéž s.25.

## 2.2 Popis a diagnostika posttraumatické stresové poruchy

Ve třetím vydání diagnostického manuálu DSM (APA, 1980) shrnuje jednotka PTSD, tedy posttraumatická stresová porucha, duševní porucha, duševní poruchy dříve popisované jako následky traumatické zkušenosti - např. válečná neuróza, nervový šok, syndrom koncentračního tábora, syndrom znásilnění, syndrom zneužívaného dítěte. Oddělení PTSD od teoretického vymezení a limitace konceptu neuróz přineslo nové možnosti pro praxi i výzkum.<sup>36</sup>

PTSD byla podle DSM-III zařazena pod velkou skupinu úzkostných poruch: 308.30 Posttraumatická stresová porucha, akutní (Posttraumatic Stress Disorder, Acute) 309.81 Posttraumatická stresová porucha, chronická nebo opožděná (Posttraumatic Stress Disorder, Chronic or Delayed). Při sestavování formulací pro kritéria PTSD v DSM-III spoléhali odborníci na fenomenologické studie popisující psychiatrické následky války, přírodních katastrof, znásilnění a dalších traumatických událostí. Ukázalo se, že v každém specifickém syndromu po různých zátěžových situacích lze vysledovat značnou vzájemnou podobnost. Tím vznikl předpoklad pro formální vymezení kritéria posttraumatické stresové poruchy. Ve studiích interní konzistence diagnostického kritéria se prokázala platnost PTSD jako koherentního syndromu, který může být diagnostikován s uspokojující reliabilitou.<sup>37</sup>

Revidovaná evidence DSM-III (APA, 1987) rozšířila diagnózu PTSD a udělala ji operativnější. Zahrnuje sociální, emocionální a behaviorální abnormality následující po vystavení rozpoznatelnému, silnému stresoru. PTSD byla zařazena mezi úzkostné poruchy a zůstala v tomto seskupení i v DSM-IV (APA, 1994). Úzkost je zde pokládána za významnější diskriminační faktor než stresový činitel. Podle DSM-III-R a DSM-IV můžeme diagnostikovat PTSD jen v případě trvání symptomatického kritéria a nejméně jeden měsíc. Někteří navrhují prodloužení na tři měsíce vzhledem k tomu, že chronický typ PTSD nastává, když příznaky ani poté nevymizí. Podle toho pohledu je akutní PTSD normální emoční odpovědí na abnormální zátěž, a není znakem duševní poruchy.<sup>38</sup>

Podle Smolíka (1996) jsou poruchy přizpůsobení značně diskutovanou kategorií, která leží na rozhraní duševních poruch a normálních adaptačních reakcí a stavů. Nové zkušenosti také ukazují, že psychologické symptomy mají vztah nejen k určitému traumatu, ale jsou zároveň ovlivněny specifickými kulturními faktory<sup>39</sup>

<sup>36</sup> Vizinova, D., *Psychické trauma a jeho terapie*. 1.vyd. Praha: Portál, 1999, s.25. ISBN 80-7178-284-X

<sup>37</sup> Vizinova, D., *Psychické trauma a jeho terapie*. 1.vyd. Praha: Portál, 1999, s.26. ISBN 80-7178-284-X

<sup>38</sup> Tamtéž s.26.

<sup>39</sup> Tamtéž s.26.

Mezinárodní studie WHO zabývající se depresí odhalily jisté klinické rysy, které jsou typické v určité kultuře, a zároveň rysy shodné u všech depresivních pacientů nezávisle na jejich kulturním prostředí. Byla tak prokázána existence „jádra“ depresivní symptomatologie platného napříč kulturami. (Je nutno dodat, že tyto symptomy nepatřily mezi ty, na něž si sami pacienti nejvíce stěžovali). Je velmi pravděpodobné, že specifika i „jádro“ lze vysledovat také výzkumem PTSD v mezinárodním měřítku. Pro klinickou práci s traumatizovaným člověkem je vědomost o kultuře podmíněných projevech poruchy velmi důležitá.<sup>40</sup>

### 2.3 Charakteristika poruchy

Nejnovější (desáté) vydání evropské Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-10, angl. ICD-10, WHO,1991) uvádí PTSD jako samostatnou jednotku a připojuje ji k poruchám přizpůsobení do kategorie F43. Nabízí rozlišení různých typů a intenzity traumatu, hovoří o vztahu k premorbidní osobnosti a individuální citlivosti. Stresový faktor je považován za významnější diskriminační činitel pro zařazení než úzkost, více je fenomén znovuprožívání.

F43.1 Posttraumatická stresová porucha - Základním znakem je rozvoj charakteristických symptomů po psychicky traumatizujícím zážitku neobvykle hrozivého nebo katastrofického rázu. Situace způsobující tento syndrom by mohly vyvolat významné příznaky tísně u většiny lidí a jsou obvykle mimo rozsah takových obecně se vyskytujících zážitků, jako je jednoduchý zármutek, chronické onemocnění, obchodní ztráta nebo manželský konflikt. Trauma může člověk zažít sám (znásilnění nebo přepadení), nebo ve společnosti skupiny lidí (vojenské bojové situace).<sup>41</sup>

Mezi zátěžové situace vyvolávající tuto poruchu patří přírodní katastrofy (povodně, zemětřesení), nehody vyvolané člověkem (dopravní nehody s vážným fyzickým zraněním, letecké havárie, rozsáhlé požáry) nebo záměrně člověkem vyvolané katastrofy (bombardování, mučení, terorismus, dlouhodobé věznění pod stálou hrozbou smrti, koncentrační tábory). Některé zátěžové situace vyvolávají poruchy téměř vždy (např. mučení), jiné pouze za určitých okolností (dopravní nehody). Významné je spojení s tělesnou složkou traumatu, která může znamenat zranění nebo např. poškození orgánu přímo či

---

<sup>40</sup> Vizinova, D., *Psychické trauma a jeho terapie*. 1.vyd. Praha: Portál, 1999, s.26. ISBN 80-7178-284-X

<sup>41</sup> HOLEČKOVÁ, Jana. *Absolventská práce: Posttraumatická stresová porucha v krizové situaci*. 1.vyd. Praha,2010, s.2.

dlouhodobým strádáním (poruchy centrálního nervové soustavy vlivem úrazu hlavy či podvýživy).<sup>42</sup>

Traumatizující události bývají nejrůznějšími způsoby znovu prožívány. Většinou se navrací bolestné, rozrušující znovuvybavení události nebo opakující se sny a noční můry, ve kterých je událost opětovně prožívána. Řidčeji se vyskytují stavy podobné disociativním stavům, trvající od několika minut do několika hodin a dokonce i dní, během nichž se události jakoby znovu oživaly a osoba se chová, jako by právě událost prožívala. Takové stavy se popisují u válečných veteránů. Snížená odezva na vnější svět, tzv. psychická netečnost, strnulost nebo emoční anestezie se objevuje brzy po traumatizující události. Lidé si mohou stěžovat, že se cítí odděleni nebo odcizeni od ostatních, že ztratili schopnost zajímat se o dříve příjemné aktivity, že mají sníženou schopnost prožívat emoce jakéhokoliv typu, zvláště emoce spojené s intimitou, něžností a sexualitou. V případě život ohrožujícího traumatu přeživší často popisují bolestivý pocit viny za vlastní přežití (jestliže ostatní událost nepřežili) a výčitky pro činy, které museli udělat, aby přežili.<sup>43</sup>

Lidé se vyhýbají aktivitám nebo situacím, jež by jim mohly znovu připomenout traumatické události. Takové situace znamenají zintenzivnění symptomů posttraumatické stresové poruchy (např. studené počasí se sněhem nebo uniformovaní strážci u lidí, kteří přežili tábory smrti, uzavřené prostory, některé předměty či lékařské nástroje u lidí mučených).<sup>44</sup>

Posttraumatická stresová porucha se objevuje v každém věku, včetně dětství i stáří. Jejími průvodními projevy jsou často deprese a úzkost, v některých případech natolik silné, že může být diagnostikována úzkostná nebo depresivní porucha. Zvýšená podrážděnost, přehnané úlekové reakce a nespavost se pojí s občasnými a nepředvídatelnými výbuchy agresivního chování po minimální nebo žádné provokaci, časté je impulzivní chování jako náhlé toulky nebo změny životního stylu a bydliště. Organickou duševní poruchu mohou připomínat potíže s pamětí, soustředěním, emoční labilita, bolesti hlavy a závratě. Postižení může být buď mírné nebo, nebo natolik závažné, že ovlivňuje téměř všechny oblasti života. Symptomy se mohou objevit bezprostředně po traumatu. Není však obvyklý začátek symptomů s latencí měsíců až let po traumatu.<sup>45</sup>

---

<sup>42</sup> Vizinova, D., *Psychické trauma a jeho terapie*. 1.vyd. Praha: Portál, 1999, s.27. ISBN 80-7178-284-X

<sup>43</sup> Tamtéž s.27.

<sup>44</sup> Tamtéž s.27.

<sup>45</sup> Tamtéž s.27.



## 2.4 F43.0 Akutní reakce na stres

Pokud se příznaky objeví hned nebo do několika minut a odeznívají a odeznívají během několika hodin (v případě, že stres trvá, se minimalizují za jeden až tři dny), hovoříme o akutní reakci na stres. Je to přechodná porucha, jejíž symptomy vykazují velkou variabilitu, ale typicky zahrnují úvodní stav ustrnutí se zúžením vědomí a pozornosti, neschopností chápat podněty a dezorientací. Na tento stav může navazovat další stažení se, odklon od situace a prostředí v rozsahu až disociativního stuporu (nehybnosti) nebo hyperaktivita, zlost, zoufalství.<sup>46</sup>

Vše provází vegetativní příznaky panické úzkosti: zrychlený tep, pocení, červenání. Individuální zranitelnost a schopnost zvládat stres ovlivňují výskyt a závažnost akutní reakce na stres. Ne u všech lidí vystavených mimořádnému stresu se vyvine porucha. Riziko je větší, je-li přítomno fyzické vyčerpání a organické faktory, např. stáří.<sup>47</sup>

---

<sup>46</sup> Vizinova, D., *Psychické trauma a jeho terapie*. 1.vyd. Praha: Portál, 1999, s.28. ISBN 80-7178-284-X

<sup>47</sup> Tamtéž s.28.

### 3 PSYCHOTERAPIE PSTP

V této kapitole se budeme zabývat možnostmi terapie následků psychického traumatu, specifickými nároky na práci terapeuta, přínosem jednotlivých směrů psychoterapie k této problematice. Zmíníme užití farmak, dále zmíníme jak probíhá terapie u dětí. Psychické trauma vyvolá duševní potíže a poruchy, které je možné ovlivňovat (mimo jiné) pomocí léků a psychoterapie.<sup>48</sup>

V odborné literatuře bývá doporučován vyvážený komplexní přístup farmakoterapeutický a psychoterapeutický. Psychoterapeutické přístupy k PTSD zahrnují především podpůrnou psychoterapii, psychodynamickou psychoterapii, kognitivně - behaviorální terapii, hypnózu a skupinovou terapii. Při akutní reakci na traumatickou událost bývá upřednostňována krátkodobá psychoterapie pro chronifikovanou PTSD je vhodný střednědobý nebo dlouhodobý systematický psychoterapeutický přístup.<sup>49</sup>

Obecným principem psychoterapie je integrace traumatu do celku osobních zkušeností a zmenšení či odstranění jeho negativního vlivu na duševní i tělesný stav člověka. Psychoterapie každé posttraumatické stresové poruchy spočívá ve zpracování traumatické události. Specifickým cílem je růst osobnosti pomocí katalytického vztahu s terapeutem. Psychoterapeutický vztah je specifický vztah, který se vytváří mezi pacientem a terapeutem v procesu léčby. Jeho základem je pocit bezpečí pro pacienta. Tvoří se od prvního setkání a patří k nejvýznamnějším činitelům psychoterapeutického procesu bez ohledu na druh použité metody nebo školy. Každý kontakt lékaře s nemocným má účinek buď terapeutický, nebo antiterapeutický. V tomto vztahu je ze strany nemocného obsažena důvěra v terapeutovu kompetenci a morálku, ze strany terapeuta pochopení a přijetí pacienta a úcta k němu.<sup>50</sup>

K základním předpokladům ze strany pacienta patří jeho motivace k léčbě a schopnost spolupráce. Své dřívější nepříjemné zkušenosti s některými lidmi může pacient zevšeobecňovat na všechny lidi nebo autority, včetně lékaře. Úkolem terapeuta je přerušit tento bludný kruh, nezaujímat postavení, do kterého je pacientem manévrován, chovat se s porozuměním k některým jeho nepřiměřeným projevům agrese. Vyvarovat se komplementárního chování, např. nereagovat protiagresí na agresi, patří k nejnamáhavějším

---

<sup>48</sup> Praško, J., *Stop traumatickým vzpomínkám: jak zvládnout posttraumatickou stresovou poruchu*. 1.vyd. Praha: Portál, 2003, s.73. ISBN 80-7178-811-2

<sup>49</sup> Praško, J., *Stop traumatickým vzpomínkám: jak zvládnout posttraumatickou stresovou poruchu*. 1.vyd. Praha: Portál, 2003, s.74. ISBN 80-7178-811-2

<sup>50</sup> Vizínova, D., *Psychické trauma a jeho terapie*. 1.vyd. Praha: Portál, 1999, s.42. ISBN 80-7178-284-X

požadavkům na dobrou psychoterapii. Bez ohledu na psychoterapeutickou školu je důraz kladen zejména na terapeutovu kongruenci (opravdovost), empatii a akceptaci pacienta.<sup>51</sup>

Odborník vstupující do kontaktu s člověkem po těžkém traumatu, např. s obětí násilí, by měl plně chápat specifické rysy situace, do níž se dostává. Musí se maximálně opírat o svou profesionalitu a zároveň musí být člověkem, který pokorně podává ruku druhému člověku v nouzi. Základem etického přístupu je jistota, že každý lidský jedinec je nenahraditelný a obrovsky hodnotný za všech okolností až destrukce individua znamená vždy tragédii. Z toho vyplývá potřeba přistupovat ke klientovi jako k rovnocenné lidské bytosti, s postojem akceptace, tolerance a bazálního porozumění.<sup>52</sup>

Setkání terapeuta s klientem představuje setkání dvou lidských individualit, z nichž jedna žádá o pomoc a druhá pomoc nabízí. to by však nemělo říkat nic o nadřazenosti, povýšenosti nebo postoji povrchního soucitu a spasitelství. Je třeba si vždy uvědomovat abnormální situaci, která daného člověka k odborníkovi přivádí. Jeho stav je pak možno chápat jako normální reakci na tuto abnormální situaci. Vztah mezi klientem a terapeutem není nutně jediným ani nejlepším vztahem, skrze který probíhá proces postupného uzdravování. Je však specifický svým zaměřením na léčbu a dlouhodobý prospěch klienta či pacienta, k čemuž jsou využívány znalosti, schopnosti a zkušenosti terapeuta.<sup>53</sup>

Terapeutický vztah je zvláštní kvůli smlouvě mezi klientem a terapeutem o potřebné pomoci. Vstupem do vztahu se terapeut zavazuje, že bude ctít klientovu autonomii a že zůstane neutrální. Terapeut se vzdává uspokojení potřeby moci nad klientem. Být neutrální znamená nepřidávat se ani na jednu stranu v pacientových vnitřních konfliktech a nepokoušet se usměrňovat jeho životní rozhodnutí. Stále je třeba zdůrazňovat klientovu zodpovědnost za vlastní život. Technická neutralita terapeuta není však totéž jako morální neutralita. Práce s oběťmi násilí vyžaduje pevný morální postoj. Terapeut je pozván, aby se stal svědkem zločinu. Musí potvrdit solidaritu s obětí. Neznamená to zjednodušený, černobílý pohled, ale výraz pochopení reálné nespravedlnosti traumatické zkušenosti a reálné potřeby řešení, což zpětně obnovuje klientův smysl pro spravedlnost.<sup>54</sup>

Práce s oběťmi těžkého či mnohonásobného traumatu vyžaduje ochotu čelit popisu krutých a hrůzných skutečností, a také přívalu vlastních emočních reakcí (mnohý terapeut zažívá děsivé noční můry). Odborník může mít předem pevný postoj, jasnou motivaci, být

---

<sup>51</sup> Vizinova, D., *Psychické trauma a jeho terapie*. 1.vyd. Praha: Portál, 1999, s.42. ISBN 80-7178-284-X

<sup>52</sup> Tamtéž s.42.

<sup>53</sup> Vizinova, D., *Psychické trauma a jeho terapie*. 1.vyd. Praha: Portál, 1999, s.43. ISBN 80-7178-284-X

<sup>54</sup> Tamtéž s.43.

vyzbrojen profesionálním výcvikem, a přesto přicházejí chvíle, kdy je nucen opustit neutralitu své pozice a prožívat spolu s klientem upřímné zděšení a hrůzu nad lidskou brutalitou.

V takový moment často zbývá jen hluboká lítost a vzájemnost, v níž splývají dva lidské světy v jedno. Zbývá nejnítěrnější lidská podpora, které je člověk přirozeně v takové chvíli schopen. Tyto mezní situace sahající až k jádru lidské bytosti otevírají hlubší kontexty chápání skutečnosti.<sup>55</sup>

Terapeut je konfrontován se svými životními hodnotami a postoji, může svádět tvrdý boj o rovnováhu mezi idealismem a skepsí. Tváří v tvář člověku poníženému, mučenému a znásilněnému je nucen přemýšlet o lidské krutosti a kořenech zla. Stojí před problémy lidstva jako celku, před základními otázkami hodnoty života a smrti, dobrého a zlého. Stojí před otázkou samotného smyslu bytí. Je-li však terapeutická práce s lidmi těžce traumatizovanými něčím pro terapeuta přínosná, je to právě tímto otevřením cesty k vlastnímu přesahu, a tím i osobnostnímu růstu. Vzhledem k vysoké zátěžovosti terapie posttraumatických stavů je zde aktuální otázka „burn-out“ neboli vyhoření, vyhasnutí. Jedná se o jakýsi celkový útlum reaktivity, který se může dostavit, pokud člověk nepamatuje na důležité zásady duševní hygieny. Kdo dlouhodobě trpí vyhasnutím, ztrácí zájem o práci, dělá věci rutinně, bez přemýšlení a plánování, nemá dost energie, aby citlivě reagoval na trápení druhých, cítí se unavený a znuděný. Následují zdravotní problémy a absence v zaměstnání.<sup>56</sup>

Jako obranu vůči takovému stavu je dobré si udržet vědomí, že není v lidských silách udělat absolutně vše potřebné a vyřešit všechny problémy, že každý má právo být unaven a odpočívat. Důležité jsou dobré vztahy v týmu odborníků, které dávají možnost poskytnout si vzájemně sociální a morální podporu, jsou prostorem pro otevřenou diskusi, sdílení emocí, reakcí a také pro rozbor chyb a konfrontaci názorů. Společně lze vidět problémy z různých úhlů pohledu a najít nová řešení. Pro náročnou psychoterapeutickou práci je nezbytná pravidelná supervize.<sup>57</sup>

Supervizi chápeme jako emoční vztah mezi terapeutem a zkušenějším supervizorem, který je jakýmsi pokračováním vztahu mezi terapeutem a klientem. Účelem není výuka terapeuta v technikách psychoterapie, ale spíše vytvoření přátelské platformy pro sdílení problémů či pro rozbor terapeutického procesu. Supervizor může být podporou v

---

<sup>55</sup> Vizinova, D., *Psychické trauma a jeho terapie*. 1.vyd. Praha: Portál, 1999, s.43. ISBN 80-7178-284-X

<sup>56</sup> Praško, J., *Stop traumatickým vzpomínkám: jak zvládnout posttraumatickou stresovou poruchu*. 1.vyd. Praha: Portál, 2003, s.101. ISBN 80-7178-811-2

<sup>57</sup> Tamtéž s.101

neřešitelných situacích, ve chvílích bezmocnosti, pochybností a přívalu emocí. Také pro něj to samozřejmě znamená velkou psychickou zátěž.<sup>58</sup>

### 3.1 Spolupráce s tlumočnickem

Tlumočnick je důležitou součástí interakce odborníka s cizojazyčným klientem. Je prostředníkem, nárazníkem a spolutvůrcem kontaktu. Může být i překážkou při navazování těsného terapeutického vztahu. Tlumočnickem se stává nejčastěji a) pomocný terapeut či dobrovolník znalý jazyka, ale neznalý kulturního zázemí, b) rodilý mluvčí ze stejného kulturního prostředí, ale často s podobně traumatickými zkušenostmi. Každý z těchto přístupů má určité přednosti. První případ eliminuje často se vyskytující podezřívavost a nedůvěru klienta k příslušníkům stejné komunity. Druhý pomáhá jasnějšímu chápání kulturou daného prožívání klienta.<sup>59</sup>

Existují samozřejmě i jiné možnosti, nejlepší by byl jakýsi kompromis zahrnující výše zmíněné výhody. Nutné je vyloučit členy rodiny a přátele, protože ti nebudou schopni zachovat nutnou míru neutrality. Při výběru tlumočnicka pro psychoterapii (pokud je možno si vybírat) je třeba zohlednit věk, pohlaví a kulturní zázemí. Je lépe, když je to člověk alespoň stejně starý jako klient, nejlépe starší. Co se týče pohlaví, mělo by být shodné s klientem, zvláště v případech sexuálních traumat. Každopádně musí s účastí konkrétního tlumočnicka sám klient souhlasit. Tlumočnick by se pak během celého průběhu terapie neměl měnit.<sup>60</sup>

Komunikace napříč kulturami je závislá na tom, jak tlumočnick chápe myšlení klienta v jeho osobnostním kontextu, jak dokáže odečítat smysl sdělovaného z neverbálních signálů, jak rozumí jeho emočním projevům a nevysloveným potřebám. Musí se z pouhého překladatele stát průvodcem terapeuta po kulturně specifickém světě nesdělitelných obsahů slov, výrazů a symbolů, které dotvářejí klientův projev. Měl by si být vědom kulturních odlišností v chápání určitých pojmů jak z běžné řeči, tak odborných.<sup>61</sup>

Teorie komunikace zmiňují důležitost prostorového uspořádání jednotlivých účastníků interakce. V našem případě je velmi důležité, aby terapeut, klient a tlumočnick vytvářeli svým rozmístěním trojúhelník rovnocenných pozic, ve kterém je možný vzájemný oční kontakt. Klient se bude cítit bezpečněji a nezíská pocit, že je na něj hleděno shora či z pozice přesily. Tlumočnick potřebuje být stejně jako terapeut ke své práci dobře připraven, instruován a

---

<sup>58</sup> Vizínova, D., *Psychické trauma a jeho terapie*. 1.vyd. Praha: Portál, 1999, s.44. ISBN 80-7178-284-X

<sup>59</sup> Tamtéž s.44.

<sup>60</sup> Tamtéž s.44.

<sup>61</sup> Vizínova, D., *Psychické trauma a jeho terapie*. 1.vyd. Praha: Portál, 1999, s.45. ISBN 80-7178-284-X

nejlépe i vycvičen. Měl by přinejmenším chápat terapeutický proces a specifika práce s traumatem. Možná se to zdá z určitého hlediska zbytečné a příliš náročné, zvláště v našich podmínkách, ale z druhé strany je dobré neopomíjet duševní rovnováhu žádného z účastníků terapie.<sup>62</sup>

Dokonce i pro zkušeného tlumočnicka je velice těžké být svědkem emočně vypjatých a silně zátěžových situací, které během rozhovorů nastávají. Za všech okolností musí zachovat neutralitu a nerušit proces. Často v sobě drží nevyjádřené napětí z vlastních reakcí. Proto je dobré, pokud má možnost po každém sezení v klidu pohovořit s terapeutem o svých pocitech a názorech. Rozhovor se může stát velmi přínosným, protože tlumočnick vidí celý průběh sezení z trochu jiného úhlu a jeho postřehy napomohou klinikovi k lepší orientaci, a tím i ke zkvalitnění terapeutického procesu.

### 3.2 Fáze psychoterapeutického procesu

Psychoterapeutickým procesem rozumíme průběh psychoterapeutického dění v jeho obecné podobě, všechny akce a zážitky pacienta a terapeuta, které se odehrávají v terapeutických hodinách, ale i mimo ně, pokud se přímo vztahují k účastníkům této interakce. O psychoterapeutickém procesu můžeme uvažovat z hlediska jeho jednotlivých obecných fází. Jako každý abstraktní koncept, i rozdělení léčby na fáze však nelze brát doslovně. Formulace jednotlivých fází je snahou o to, zachytit jednoduchost a řád v průběhu procesu, který je v podstatě komplexní a konfušní. Existuje odlišné fázování léčby a různí autoři uvádějí rozdílný počet fází.<sup>63</sup>

Někteří hovoří i lineárním průběhu, jiní o spirále, kdy se jedna zakřivenost stále opakuje a je viděna ze stále vyšší úrovně integrovanosti. Neexistuje jediná, efektivní, magická forma terapie následků traumatu. Jelikož jde o komplexní posttraumatický stav, je třeba komplexního přístupu, který zahrnuje všechny aspekty lidského fungování od biologického po sociální. V případě léčby by však bylo dobré u klienta rozpoznat postupný vývoj od pocitu nejasného nebezpečí ke známé jistotě, od disociovaného traumatu k poznatelným emocím, od ignorující izolace k obnoveným sociálním vazbám.<sup>64</sup>

---

<sup>62</sup> Vizinova, D., *Psychické trauma a jeho terapie*. 1.vyd. Praha: Portál, 1999, s.45. ISBN 80-7178-284-X

<sup>63</sup> Tamtéž s.45.

<sup>64</sup> Tamtéž s.45.

### 3.3 Tři fáze terapie následků traumatu

#### 1. Počáteční fáze

Hlavním úkolem počáteční fáze terapie je vytvoření jistoty a bezpečí uvnitř terapeutického vztahu. Vztah a jeho hloubka jsou zásadní pro průběh celého terapeutického procesu. Počáteční fáze začíná prvním kontaktem terapeuta s klientem. Klient prezentuje své obtíže, které vedly k vyhledání pomoci. Terapeutova schopnost naslouchat a snaha porozumět určuje kvalitu počátku vztahu. Terapeut posuzuje jaký postup a za jakých podmínek bude pro daného klienta vhodný, zvažuje jeho motivaci k terapii a informuje ho o možnostech a okolnostech léčby. Vytváří s ním jakési pracovní spojení, jehož cílem je klientovo uzdravení.<sup>65</sup>

Na počátku terapie je také třeba vyjasnit, jakou roli má klinický psycholog, psychiatr či jiný odborník, s nímž klient právě hovoří. Klienti někdy mívají po překonání první nedůvěry přehnaně vysoká očekávání, např. uprchlíci často žádají, aby jim psycholog pomohl vyřešit problémy s ubytováním, zaměstnáním a právním statutem. Odborník musí zdůraznit hranice své kompetence, vysvětlit co klientovi nabízí a co mu opravdu nabídnout nemůže. Částečně tím předejde zklamání z nenaplněného očekávání, které může vyvolat intenzivní hněv a odmítnutí další terapie, či depresivní reakci s pocitem beznaděje.<sup>66</sup>

V počáteční práci s následky aktuálního traumatu je možné použít svědectví jako terapeutickou techniku, která poskytuje klientovi prostor, aby volně a bez přerušování mluvil o svých traumatických zážitcích, a tím částečně uvolnil vnitřní napětí. Jestliže prošel klient dlouhodobou, opakovanou traumatizací či prožil těžké trauma dávno v minulosti, nebývá jádro problému tak zjevné a manifestace následků jsou hůře rozpoznatelné. Klient si může stěžovat na různé tělesné symptomy, chronickou nespavost, úzkost, depresi nebo potíže v mezilidských vztazích. Někdy se stává, že si klient na traumatickou událost v minulosti zcela nevzpomíná a může ji popírat i při přímém dotazování.<sup>67</sup>

Terapeut by se během první fáze terapie neměl stavět do pozice člověka dokonale dobrého, silného a ochraňujícího, aby tak neuváděl klienta do pozice dítěte. Oběť těžkého traumatu není sice zodpovědná za to, co se jí přihodilo, ale plně zodpovědná za vlastní zdraví. Přijetí této paradoxní nespravedlnosti je prvním krokem k nalezení vnitřní síly potřebné k procesu léčby. První fáze vytváření jistoty a bezpečí vztahu, nesmí být v terapii zanedbána. Předčasná snaha hovořit o traumatických zážitcích, ať už ze strany klienta či terapeuta, brání bezpečnému průběhu terapeutického procesu. Konec první fáze nemá jasné ohraničení,

---

<sup>65</sup> Vizinova, D., *Psychické trauma a jeho terapie*. 1.vyd. Praha: Portál, 1999, s.46. ISBN 80-7178-284-X

<sup>66</sup> Tamtéž s.46.

<sup>67</sup> Tamtéž s.46.

přechod do další fáze je postupný. Pacient znovu prožívá, že se může na někoho spolehnout, necítí se již tak zranitelný a izolovaný. Zcela reflektuje své symptomy a zároveň se rozhoduje převzít kontrolu nad svým životem do vlastních rukou. Někdy dochází v této chvíli k přerušení léčby ze strany klienta. Někdy se během první fáze náhle silně vynoří vzpomínky na trauma, a tím dojde k přirozenému přechodu k druhé fázi léčby.<sup>68</sup>

### Druhá fáze zpracování

Tato fáze vlastní terapie je založena na pevném vztahu klienta s terapeutem. Během ní pomáhá terapeut klientovi vyjádřit slovy chaotické, hrůzné, ohrožující a nepochopitelné zkušenosti, přičemž sám není zaplaven pocity bezvýchodnosti a strachu. Hraje úlohu svědka a spojence, v jehož přítomnosti klient dokáže podstoupit akt hrdinství a detailně rekonstruovat svůj příběh.<sup>69</sup>

Práce na rekonstrukci transformuje traumatické vzpomínky takovým způsobem, že se mohou postupně sloučit s životním příběhem klienta. Někteří autoři popisují normální vzpomínání jako „aktivní vyprávění příběhu“, traumatické vzpomínání naopak jako statické, beze slov či bez emocí, někdy stereotypně se opakující, které připomíná sérii nehybných snímků nebo němý film. Zpočátku může klient pocítovat nepohodu, nejistotu a strach, že jeho vnitřní pravda nebude pochopena a přijata. Zvýšená nedůvěra, jako následek traumatu, přetrvává mnohdy velmi dlouho. Terapeut musí počítat s tím, že klient „testuje“, zda s ním unese jeho vzpomínky. Přicházejí i fáze dlouhého mlčení. Terapeut dává klientovi čas, svou přítomností a chováním vyjadřuje trpělivost, účast a důvěru ve schopnosti klienta poznat moment, kdy bude bezpečné svěřit se s nejnítěrnější bolestí.<sup>70</sup>

V průběhu vyprávění a rozhovoru je dobré všimnout si pozorně způsobu klientova projevu, registrovat, co bylo a nebylo řečeno, co klient zdůrazňuje, čemu se systematicky vyhýbá a čemu předchází delší váhání. Důležitá je linie neverbální komunikace a její konzistence s verbálním obsahem. Pauzy a mlčení mohou být výrazným signálem vnitřní práce. Terapeut musí vnímat jejich charakter, a pokud možno je nepřerušovat, pauza bývá nezbytná pro získání odvahy adekvátně zformulovat něco, co je pro klienta zároveň velmi důležité i velmi citlivé<sup>71</sup>

---

<sup>68</sup> Vizinova, D., *Psychické trauma a jeho terapie*. 1.vyd. Praha: Portál, 1999, s.46. ISBN 80-7178-284-X

<sup>69</sup> Vizinova, D., *Psychické trauma a jeho terapie*. 1.vyd. Praha: Portál, 1999, s.47. ISBN 80-7178-284-X

<sup>70</sup> Tamtéž s.47.

<sup>71</sup> Tamtéž s.47.



Rekonstrukce příběhu začíná návratem do klientova života před traumatem. Má to svůj význam pro obnovení pocitu smyslu a kontinuity dosavadního života. Klient je povzbuzován, aby hovořil o svých vztazích, ideálech, snech, problémech a konfliktech před traumatickými událostmi. Dalším krokem je rekonstrukce samotné traumatické události či událostí, pospojování jednotlivých obrazů v jeden detailní verbální celek a jeho zařazení do časového a historického kontextu. Vyprávění zahrnuje nejen věcný popis událostí, ale i reakcí jemu blízkých osob na tyto události. Když se vyprávění blíží nejneúnosnějším momentům, klient může mít velké potíže s nalézáním slov a někdy přivítá užití neverbálních metod komunikace, jako je kreslení a malování.<sup>72</sup>

Vzhledem k vizuálnímu charakteru traumatických vzpomínek je vytváření obrázků nejvhodnějším počátečním přístupem k „nezapomenutelným výjevům z minulosti“. Někteří autoři doporučují detailní živý popis představ, všeho, co klient v kritické chvíli viděl, slyšel, cítil a myslel. Zdůrazňují důležitost všech pocitů, tělesných vjemů, včetně čichových a chuťových, napětí ve svalech, slabosti v nohách a změn srdečního rytmu. Cílem je převést postupně celý příběh do slov a tato slova společně vyslechnout. S vybavením vzpomínek se ožívují i emoce vázané na traumatickou událost a klient je může znovu prožívat v nezměněné intenzitě.<sup>73</sup>

Rekonstrukce klientova příběhu zahrnuje dále také zkoumání významu traumatických událostí pro samotného klienta a pro osoby jemu blízké. Vynořuje se množství otázek, obyčejný člověk se stává filozofem, právníkem i teologem. Všechny otázky obvykle směřují do bodu, kde se spojují v jedinou otázku: Proč? Tato otázka je stejně těžko zodpověditelná jako často následující: Proč já? Je třeba zkoumat morální otázky křivdy a zodpovědnosti a zabývat se vším, co protirečí základní lidské důvěře ve spravedlnost a řád světa. Během takového rozhovoru musí mít terapeut stále na mysli, že jeho úkolem je nyní naslouchat, a ne vytvářet vlastní představy a interpretace událostí a jejich významů, že není nutné zodpovídat otázky, jejichž smysl může spočívat už v samém tázání a hledání.<sup>74</sup>

Terapeut s klientem citlivě spolupracuje na směru a tempu vyprávění. Připouští, že příběh se může časem měnit, když se vybaví některé zasuté vzpomínky. Terapeut je zde v roli zúčastněného svědka, ne detektiva a soudce. Cílem vyprávění o prožitém traumatu je integrace oživených vzpomínek klienta do celkového obrazu jeho osobní historie. Hlavní úkol druhé fáze je splněn, když klient prožívá kontinuitu vlastního života, objeví novou sílu k

---

<sup>72</sup> Vizinova, D., *Psychické trauma a jeho terapie*. 1.vyd. Praha: Portál, 1999, s.48. ISBN 80-7178-284-X

<sup>73</sup> Tamtéž s.48.

<sup>74</sup> Tamtéž s.48

životu. Vyprávěný příběh se stává minulostí a čas se znovu rozbíhá. Klient se může začít naplno zabývat přítomností a stavět cíle do budoucna.<sup>75</sup>

### Třetí fáze zakončení

Další fáze terapie je typická směřováním k samostatnosti, budoucnosti a vytvoření pevných vazeb. Hlavním úkolem pro klienta je vystavět si znovu svůj svět a postupně dosáhnout uspokojující úrovně psychického a sociálního fungování. Klient je nejen schopný přiznat si, že se stal obětí, a chápat následky traumatizace, ale dokáže se již od minulosti odvrátit směrem k přítomnému a budoucímu. jednoduchým heslem třetí fáze může být: Vím, že mám sám sebe. Klient hledá v paměti aspekty své osobnosti, které si na sobě nejvíce cenil v období před traumatem, během něj i v době léčby. Integrací všech těchto elementů vzniká nový sebeobraz, jak ideální, tak reálný.<sup>76</sup>

Práce terapeuta se může zaměřit na rozvíjení přání a iniciativy. Terapeutické prostředí nabízí bezpečnou půdu pro svobodné vyjádření fantazií a tužeb, a také pro pokusy o konkrétní činy. Lze využít imaginaci a hru. Klient nalézá nový vztah k sobě. Na rozdíl od velkolepého pocitu výlučnosti, kterým některé oběti násilí kompenzují vlastní neúnosný pocit bezcennosti a izolovanosti, nový vztah k sobě zahrnuje plné vědomí své vlastní obyčejnosti, slabosti a vázanosti na druhé. Klient hledá rovnováhu mezi důvěrou a nedůvěrou, autonomií a vazbou, testuje hranice ve vztazích s okolím. Je nyní připraven pro nová přátelství a novou kvalitu intimity v rodině (zvláště po zpracování sexuálního traumatu).<sup>77</sup>

Také ve vztahu s terapeutem nastávají změny, ukončení léčby znamená prakticky i ukončení vztahu. Obavy z takové ztráty mohou způsobit i přechodné zhoršení stavu, proto je třeba klientovi poskytnout dostatek času. V této fázi je vhodné hovořit o možném návratu některých symptomů posttraumatické stresové poruchy v budoucích zátěžových situacích. Léčbu nelze nikdy považovat za absolutní a ukončenou, klientovi zůstává možnost v případě potřeby svého terapeuta kontaktovat. Nejlepšími ukazateli úspěšnosti léčby jsou obnovená schopnost klienta radovat se z každodenního života a udržet trvalé vztahy, životní orientace na přítomnost a budoucnost, reálná očekávání a naděje namísto strachu.<sup>78</sup>

---

<sup>75</sup> Vizinova, D., *Psychické trauma a jeho terapie*. 1.vyd. Praha: Portál, 1999, s.48. ISBN 80-7178-284-X

<sup>76</sup> Vizinova, D., *Psychické trauma a jeho terapie*. 1.vyd. Praha: Portál, 1999, s.49. ISBN 80-7178-284-X

<sup>77</sup> Tamtéž s.49.

<sup>78</sup> Tamtéž s.49.

## 4 PSYCHOTERAPIE U OBĚTÍ ZNÁSILNĚNÍ

Abychom mohli rozeznat oběť znásilnění a nabídnout jí pomoc, musíme se zaměřit na posttraumatické reakce. O některých z nich se hovoří snadněji a jejich identifikace je jednodušší: nespavost, noční můry, výrazné snížení nebo zvýšení hmotnosti, citová otupělost, pláč, deprese, izolace, vyhýbání se společnosti, lekavost při hluku, strach z mnoha věcí, strach z cizích lidí, nechůť žít dál, nedbalost vůči vlastnímu tělu, mnoho somatických problémů, podrážděnost vůči dětem. Další pocity a projevy mohou být vyjádřeny až v prostředí důvěry a bezpečí: pocity viny, nízké sebevědomí, znechucení z vlastního těla a tělesných funkcí, budoucnost bez naděje, bezmocnost, strach z dalšího napadení, odmítání doteků a strach z jakékoli sexuality.<sup>79</sup>

Se znásilněnými ženami by měly pracovat jako terapeutky a tlumočnice ženy, pokud možno starší klientky. V praxi se osvědčily smíšené terapeutické páry, kdy terapeut je „bezpečným mužem“, který nepřestupuje hranice a dodržuje normy. Terapeut - muž vstupuje do terapeutického procesu jen v určitých fázích, kdy není třeba nejdůvěrnějšího prostředí, jindy pracuje s klientkou žena.<sup>80</sup>

Oběti sexuálního mučení si stěžují zvláště na bolesti a svalové tenze ve spodní části páteře a v obou otvorech. Psychoterapeut může mít při těchto problémech spojených s psychickými obtížemi podezření na sexuální zneužití. Některým ženám bylo řečeno, že sexuální mučení jim znemožní mít zdravé děti nebo otěhotnět. Terapeut může nejprve zařídit vyšetření ženskou lékařkou aby mohl odmítnout podobné hrozby mučitelů a ubezpečit klientku, že může žít normálně a že nic nebrání, aby měla zdravé děti.<sup>81</sup>

Nejdůležitějšími symptomy, se kterými musí terapeut citlivě jednat, je ženský stud za to, co se stalo, společně s kulturním tabu, nechůť k sexuálnímu kontaktu s vlastním manželem, strach, že při znásilnění otěhotněla nebo onemocněla, pocit že je nakažená a nečistá, pocit provinění proti základním náboženským pravidlům a strach, že jí nijak nemůže být odpuštěno. To platí především pro ženy z islámských zemí. Psychoterapie stojí na přesvědčení, že oběť znásilnění nenese vinu za to, co se stalo, že neexistuje žádná omluva pro násilné porušení jejich přirozených hranic a integrity, že její pocity jsou přiměřené a pochopitelné. V traumatické situaci neměla na výběr, nemůže být tedy za ni zodpovědná. Terapeut musí vždy začínat s předpokladem, že ženě ve všem věří a za nic ji neodsuzuje. Její

<sup>79</sup> HOLEČKOVÁ, Jana. *Absolventská práce: Posttraumatická stresová porucha v krizové situaci*. 1.vyd. Praha,2010, s.25

<sup>80</sup> Tamtéž s.25

<sup>81</sup> HOLEČKOVÁ, Jana. *Absolventská práce: Posttraumatická stresová porucha v krizové situaci*. 1.vyd. Praha,2010, s.26

vzpomínky jsou to, co by mělo být centrem terapie. Cílem léčení je pomoci ženě, aby svoje reakce přijala jako normální a přirozeně směřovala agresivní impulzy v podobě zlosti, vzteku a nenávisti, původně namířené vůči mučitelům, vně, a ne dovnitř sebe.<sup>82</sup>

Aby porozuměla své depresi a ostatním potížím jako reakcím na trauma, a tím se zbavila pocitů provinění. Sexuální trauma je během psychoterapie znovu oživeno a podrobně analyzováno, což je velmi bolestivé, ale postupným procesem tak padají obranné mechanismy sloužící k udržení zdánlivé integrity. Abreakcí silných emocí dochází k výrazné úlevě a obnovení vnitřního kontaktu se svým tělem. Terapeut postupně usiluje o vytvoření realistického vnímání sebe a celého těla. Tato část terapie předpokládá úzkou spolupráci s fyzioterapeutem nebo jiným specialistou na práci s tělem. Je třeba dodat, že sám terapeut by měl mít jasný a vyrovnaný vztah k vlastní sexualitě, aby nedával ambivalentní signály.<sup>83</sup>

Měl by být dostatečně vzdělán v oblasti sexuologie a v případě cizojazyčné klientky by měl nést zodpovědnost za speciální přípravu tlumočnicka. Zvládání těžké traumatizace a jejích následků bývá celoživotní proces, proto některé obtíže mohou přetrvávat i po úspěšné psychoterapii.<sup>84</sup>

#### **4.1 Znásilnění v období dospívání**

Dívka, která zažije znásilnění během dospívání, si často odmítá připustit své emoční zranění. Násilný sexuální útok ji obvykle postihne nečekaně a ona bojuje s nedůvěrou a hrůzou, když se pokouší vyrovnat se s realitou života a smrti obsaženou v zážitku. Komunikace s traumatizovanou obětí vyžaduje delikátní pokus o kontakt se zraněným, poděšeným dítětem bez narušení jeho přiměřeného úsilí o nezávislost.<sup>85</sup>

Sexuální útok je útokem na teritoriální hranice jedince. Oběti znásilnění běžně pociťují matoucí pocit osobní fragmentace a dezorientace vyvolaný tímto druhem dočasného narušení teritoriálních hranic. Tento pocit ztráty osobní integrity či celistvosti může být zvláště devastující u dospívající dívky, která je ještě stále v procesu vymezování vlastní osobnosti a individuace. Může vést až ke stavům depersonalizace.<sup>86</sup>

---

<sup>82</sup> HOLEČKOVÁ, Jana. *Absolventská práce: Posttraumatická stresová porucha v krizové situaci*. 1.vyd. Praha,2010, s.27

<sup>83</sup> Tamtéž s.27

<sup>84</sup> HOLEČKOVÁ, Jana. *Absolventská práce: Posttraumatická stresová porucha v krizové situaci*. 1.vyd. Praha,2010, s.28

<sup>85</sup> HOLEČKOVÁ, Jana. *Absolventská práce: Posttraumatická stresová porucha v krizové situaci*. 1.vyd. Praha,2010, s.29

<sup>86</sup> Tamtéž s.29

Druhým velkým problémem obětí znásilnění je změněná percepce vlastní schopnosti ovládat okolí způsobená konfrontací se situací úplné bezmocnosti. Třetí problém se týká základní důvěry oběti v ostatní lidi. Čtvrtý pak vyvíjející se sexuální identity adolescenta a role sexu v jeho dalším životě. Posledním z nejobecnějších problémů je sklon k sebeobviňování. Adolescenti jsou svou povahou narcističtí a egocentričtí a mají sklon pohlížet na příčinnost v termínech sebe, jsou tak zranitelnější vůči sebeobviňování. Mohou mít pocit, že znásilnění nějak zavinili, že jsou špatní a bezcenní. U adolescentů se také objevuje strach u omnipotence sexuality a je důležité během terapie poskytnout pevné hranice, aby svou sexualitu nechápali jako něco nebezpečného, ale jako přirozenou součást života.

Při znásilnění v jakémkoli věku obvykle dochází k následující traumatické reakci:

- útok;
- nevíra;
- přijetí reality útoku;
- stav kognitivního přežití;
- propuštění nebo útok.

Posttraumatický cyklus zotavení podle Everstinea a Everstineové (1991):

- šok;
- popření zážitku;
- deprese;
- kolísání nálady;
- zlost;
- filozofická reflexe;
- zklidnění.<sup>87</sup>

Když oběť pochopí, co se jí stalo, přechází do etapy duševního boje o přežití. Je to obvykle chladný, bezemoční stav mysli, který prožívají osoby bojující o svůj život. V té době jsou emoce oběti odloženy a oběť se tak může věnovat naléhavému úsilí přežít. Vyskytuje se také časové a senzorické zkreslení. Během útoku se může zdát, že děj probíhá zpomaleně. Pokud oběť bojuje nebo je během útoku zraněna, nebude pravděpodobně cítit plnou intenzitu bolesti, protože může být v disociovaném stavu. Po propuštění oběť většinou přejde do šokové fáze, která se u některých projevuje silně emočním až hysterickým způsobem. Většina obětí zůstává v této fázi od 24 hodin do tří až čtyř dní a může se chovat jako omámená, zmatená či netečná.<sup>88</sup>

---

<sup>87</sup> Vizinova, D., *Psychické trauma a jeho terapie*. 1.vyd. Praha: Portál, 1999, s.70. ISBN 80-7178-284-X

<sup>88</sup> Tamtéž s.70.

Ze šoku přechází oběť po čase do stavu odmítnutí, během něhož se pokouší ukázat, že znásilnění nezměnilo ani vážně nepoškodilo její život. Tento stav obvykle trvá od několika dní do několika týdnů. Fáze deprese vzniká, když se vztek rezultující ze znásilnění obrátí dovnitř. Může se to projevit sebedestruktivním chováním, jež je funkcí ztráty smyslu vlastní hodnoty, nebo poruchami příjmu potravy, výrazem konfliktu sexuální identity. Určité typy dívek reagují spíše stažením, uzavřeností a vyhýbáním se sociálním kontaktům, což může přerůst až v agorafobii.<sup>89</sup>

Po vymizení depresivní fáze cyklu prochází oběť obdobím kolísání nálady. Tato fáze pro ni může být velmi děsivá, protože se střídají období kontaktu s dřívějším předtraumatickým já a náhle po drobném podnětu návraty do depresivní nálady. Poté přichází fáze intenzivní zlosti, kdy leží na rodině oběti velké břemeno hněvu, vzteku a obviňování. Rodina i oběť potřebují velkou podporu, nejlépe zkušeného terapeuta, aby nedošlo k personalizaci zlosti a k zaměření na nesprávný objekt, aby byl pochopen symbolický význam zlosti oběti na útočníka.<sup>90</sup>

Konečnou fází filozofické reflexe a zklidnění traumatu, v níž oběť rekapituluje, jak útok změnil její život a co z toho vyplývá, je mnohdy obtížné dokončit v adolescentním období. Je to proto, že úkol vyžaduje zacházení s abstraktními koncepty, jež dospívající ještě není schopen plně pochopit. Terapeut, který s dospívajícím pracuje, by si měl být vědom jeho vývojové fáze a neprojektivovat do klienta vlastní, dospělé kognitivní procesy. Dospívající může mít potřebu vrátit se do terapie v některé pozdější etapě života a cyklus zvládnutí traumatu dokončit.<sup>91</sup>

Je popsáno mnoho technik a specifických psychoterapeutických metod pro práci s obětí znásilnění. Základní však zůstávají tyto obecné principy:

- a) Terapeut je ten, kdo chrání, nevyužívá a je naprosto spolehlivý.
- b) Terapeutické prostředí podporuje sebevědomí, sebedůvěru a relativní nezávislost v rámci vývojového období.<sup>92</sup>

---

<sup>89</sup> Vizinova, D., *Psychické trauma a jeho terapie*. 1.vyd. Praha: Portál, 1999, s.70. ISBN 80-7178-284-X

<sup>90</sup> Vizinova, D., *Psychické trauma a jeho terapie*. 1.vyd. Praha: Portál, 1999, s.71. ISBN 80-7178-284-X

<sup>91</sup> Tamtéž s.71.

<sup>92</sup> Tamtéž s.71.

## 4.2 Psychoterapie dětí

Při léčbě následků traumatu u dospělých lidí se psychologové snaží objasnit, co se vlastně stalo, a celé trauma rekonstruovat. Tento postup je však těžké dodržet u dětí. Rodiče, lékaři, známí a přátelé dítěte se zpravidla snaží o události s dítětem a před dítětem nemluvit. Snaží se mu v dobré víře pomoci „zapomenout“, a tím se co nejrychleji s traumatickým zážitkem vyrovnat. Sami se tím také vyhýbají konfrontaci s vlastní bolestí a pocity viny. Většinou dojde k tomu, že dítě vypadá, jako by na událost zapomnělo a nemluví o ní, ale o to intenzivnější mohou být jeho myšlenky nebo sny týkající se děsivého zážitku. K tomu se zpravidla objeví různé psychosomatické obtíže, které rodiče často nespojují s traumatem. Psychologové postupují opačně. Nejprve se snaží v prostředí důvěry zmapovat problémy, co nejpresněji zjistit, co se dítěti stalo, a z toho vychází další postup léčby.<sup>93</sup>

## 4.3 Specifika PTSD v dětském věku

### 1. Znovuprožívání traumatu

Většinou děti trápí opakované nutkavé vzpomínky na traumatickou zkušenost. Objevují se kdykoli, nejčastěji ve chvílích ticha nebo ve spojitosti s něčím, co trauma připomene. Vzpomínky mívají také formu živých flashbacků a opakujících se děsivých snů.<sup>94</sup>

### 2. Vyhýbání se vzpomínkám na traumatickou zkušenost

Vzpomínky ožívají velmi bolestivé emoce a myšlenky a děti se vyhýbají střetu s nimi ze strachu, že by je nedokázaly zvládnout. To se projevuje jako:

- a) vyhýbání se hovoru s rodiči: dítě navíc nechce „rodičům přidělovat práci“, mezi rodiči a dětmi často vzniká silný pocit frustrace;
- b) vyhýbání se hovoru s vrstevníky; některé dítě má však potřebu se svěřit se vrstevníkům, a pokud se ti neptají, může se cítit odmítnuto;
- c) pocit beznaděje do budoucnosti a změny v hodnotovém žebříčku; vědomí křehkosti života vede k neschopnosti dlouhodobě plánovat ;, některé starší děti hledají oporu v odklonu od materiálních hodnot, některé utíkají k alkoholu a drogám;
- d) pocity viny: děti a dospívající často cítí vinu za vlastní přežití a za to, že neudělali více pro přežití ostatních; někdy si vyčítají činy, které museli v dané situaci spáchat, aby sami přežili.<sup>95</sup>

<sup>93</sup> Vizinova, D., *Psychické trauma a jeho terapie*. 1.vyd. Praha: Portál, 1999, s.71. ISBN 80-7178-284-X

<sup>94</sup> Tamtéž s.71.

<sup>95</sup> Vizinova, D., *Psychické trauma a jeho terapie*. 1.vyd. Praha: Portál, 1999,s.72. ISBN 80-7178-284-X

### 3. Zvýšená úzkost a aktivace

U dětí, a dospívajících se projevuje jako:

- a) potíže s koncentrací - následkem celkového utlumení nebo rozrušení při nutkavých vzpomínkách;
- b) poruchy spánku - strach ze tmy, ze samoty, z ticha, z dotěrných myšlenek, děsivé sny a opakované probuzení během noci;
- c) problémy se separací - touha být stále v blízkosti rodičů, spát v jejich posteli; někteří rodiče těžko snášejí toto „miminkovské“, chování a zároveň je podporují vlastní podrážděností;
- d) problémy s pamětí - obtížné zapamatování nového materiálu či vybavení minulých dovedností, např. čtení not;
- e) zvýšená ustrašenost - strach v situacích dříve neutrálních, z určitých věcí a lidí, vědomí, že život je plný nebezpečí;
- f) podrážděnost a hněvivost.<sup>96</sup>

Psychické těžkosti u dětí závisí na jejich vývojové fázi, intenzitě traumatizace, podpůrné funkci rodiny a na dřívějších konfliktech. Z mnohých výzkumů je patrné, že ačkoliv obecná fenomenologie stresové reakce je podobná ve všech věkových skupinách, přítomnost a obsah symptomů posttraumatické stresové reakce se podle věku různí. Znamená to, že schopnost zvládnout traumatickou úzkost a bezmocnost je závislá na dosaženém stupni zralosti. Rozdíly mezi dětmi různého věku je možné vysvětlit tím, že mladší děti mají slabší kognitivní zdroje a méně zkušeností se zvládnutím stresu. Mladší děti oproti starším dětem a dospělým méně hovoří o svých problémech nebo jsou si problémů vůbec vědomy. Na druhou stranu mohou mít slabší obranné mechanismy, a mohou proto otevřeněji reagovat na přímé otázky týkající se jejich pocitů a úzkostí.<sup>97</sup>

Některé výzkumy ukazují, že úroveň stresu je obecně vyšší u dívek než u chlapců, dívky vykazují vyšší frekvenci stresových reakcí, úzkosti a emočních projevů vůbec. Mezi adolescenty jsou dívky pesimističtější a více se obávají hrozící válečné situace než chlapci. Nezávisle na věku trpí dívky častěji různými strachy a úzkostmi a liší se od chlapců také druhem strachu, který zažívají. Někteří autoři toto vysvětlují různými způsoby socializace, jejíž určité aspekty dovolují dívkám reagovat na traumatické zážitky otevřeněji negativními emocemi, a mohou si tak snáze být svých emocí vědomy, sledovat a zkoumat svoje emoční stavy.<sup>98</sup>

---

<sup>96</sup> Vizinova, D., *Psychické trauma a jeho terapie*. 1.vyd. Praha: Portál, 1999, s.72. ISBN 80-7178-284-X

<sup>97</sup> Tamtéž s.72.

<sup>98</sup> Vizinova, D., *Psychické trauma a jeho terapie*. 1.vyd. Praha: Portál, 1999, s.73. ISBN 80-7178-284-X



Na proti tomu chlapci, vzhledem k sociálnímu očekávání, mívají sklony k potlačování a popírání emocí, což znesnadňuje proces zvládnání úzkosti z dlouhodobého hlediska a vede často k somatizaci. Dítě, které zažilo těžkou traumatizaci, prochází teoreticky několika fázemi, během nichž se vlastními silami vyrovnává se svými prožitky. Podle Husaina a Holcomba jsou to:<sup>99</sup>

- a) Fáze vyplakání - je bezprostřední odpovědí na traumatickou událost, která se projevuje ve formě akutní poplachové reakce a úzkosti, ačkoli dítě většinou nechápe jasně význam zážitku.
- b) Fáze popření - u dítěte se projevuje nespavost, amnézie, stažení, tělesná ochablost nebo hyperaktivita a somatické symptomy.
- c) Fáze intruze - dítě se stává emočně labilním, může zažívat silné úlekové reakce, stavy chronického rozrušení, které zasahují i spánek apod.
- d) Fáze zpracování - oběť promýšlí příčiny traumatické události a zatímco trpí různými aspekty svých bolestivých vzpomínek, začíná vnímat i budoucnost a získává určitou vnitřní naději na odeznění symptomů a normální budoucí život.<sup>100</sup>

---

<sup>99</sup> Vizinova, D., *Psychické trauma a jeho terapie*. 1. vyd. Praha: Portál, 1999, s.73. ISBN 80-7178-284-X

<sup>100</sup> Tamtéž s.73.

## 5 NÁSLEDKY TRAUMAT A VÝVOJOVÉ STUPNĚ

Hlavní znaky posttraumatické stresové poruchy jsou u všech dětí společné, přítomnost symptomů se a obsah poruchy se liší v závislosti na věku dítěte. Vývojové schopnosti specifické pro každý věk, ať už v oblasti poznávací, emocionální nebo v oblasti sociálních vztahů, zákonitě ovlivňují dětskou reakci na trauma. Adaptační kapacita pro zvládnutí zátěže a vyrovnání se s traumatickou úzkostí je také podmíněna vývojově. Někteří autoři popisují posttraumatické stresové reakce specifické pro věkovou skupinu předškolních dětí, školních dětí a dospívajících.<sup>101</sup>

### Předškolní děti

Děti ve věku 0-6 let jsou ve svých základních hmotných i psychických potřebách plně závislé na dospělých. V nebezpečných situacích jsou bezmocné, potřebují dospělé, aby jim zajistili bezpečí a odvrátili hrozící nebezpečí. Malé děti si neumějí představit, jak by mohly zabránit nebo se vyhnout traumatu. Mohou usnout, většinou však neexistuje jiný způsob úniku. Po traumatu bývají menší děti oněmělé a stažené do sebe. Existuje několik zaznamenaných případů, kdy děti strnule zůstávaly u svých mrtvých rodičů, neschopné mluvit, jíst nebo projevovat spontánní aktivitu.<sup>102</sup>

Mlčení neznámá, že dítě na událost zapomnělo. Mladší děti později často vyprávějí do podrobných detailů, co se stalo, pokud najdou osobu, které plně důvěřují. Některé příznaky traumatické události se mohou objevit v dětských hrách a kresbách. Děti si často malují své zážitky či hrají hry, ve kterých se objeví aspekty prožitého traumatu. Například sedmiletý chlapec, který zažil zavraždění svých rodičů byl nucen zapálit svůj vlastní dům, hrál spontánně hru, v níž zapaloval oheň na domech. Děti do čtyř let často reagují na trauma úzkostným chováním ve formě strachu ze separace a strachu z neznámých lidí.<sup>103</sup>

Drží se pevně rodičů, bojí se a vztekají, když jsou ponechány o samotě. U menších dětí se často vyskytují noční můry, poruchy spánku, somnambulismus, trauma se v bdělém stavu i ve spaní znovu vybavuje. Děti odmítají samy do postele, zůstat potmě. V předškolním věku se psychická traumata objevují v somatických syndromech, poruchách příjmu potravy. Změny prostředí často působí u dětí regresi k nižšímu vývojovému stupni (noční pomočování,

<sup>101</sup> Baštecká, B., Térénní krizová práce. vyd.1. Praha: Grada, 2005, s.202 ISBN 80-247-0708-X

<sup>102</sup> Tamtéž s.202.

<sup>103</sup> Baštecká, B., Térénní krizová práce. vyd.1. Praha: Grada, 2005, s.203. ISBN 80-247-0708-X

nekontrolovatelná defekace, cucání palce). Zkušenosti ukazují, že dítě může reagovat na nové a nepochopitelné události a to nezvyklým způsobem.<sup>104</sup>

Děti školního věku (6-12 let)

Děti školního věku odpovídají na trauma větší šíří kognitivních, emocionálních a behaviorálních reakcí. Ve škole mívají potíže se soustředěním a výkony se často horší. Příčinou snížené schopnosti koncentrace jsou rušivé vzpomínky na traumatickou událost nebo deprese, které ovlivňují i mentální vývoj dítěte. Časté jsou poruchy učení a problémy s chováním, od konfliktů po autistickou odtažitost.<sup>105</sup>

Děti ve školním věku se často s traumatickou událostí vyrovnávají ve své fantazii, například si představují, jak zachránily své rodiče nebo zneškodnily útočníka. Schopnost vyrovnávat se s traumatem ve fantazii dává dítěti možnost překonat pocity bezmoci. Tato kognitivní zralost, jež umožňuje vymýšlet „vnitřní plány akcí“, čím činí děti také náchylnější k pocitům viny a sebeodsuzování. Školní děti už mají ucelenější představy o smrti, vědí, že smrt je nevratná a konečná. Na rozdíl od malých dětí většinou nečekají, že se zemřelá osoba vrátí. Reakce se však různí podle konkrétní situace dítěte. Dřívější zkušenosti ukazují, že největší vliv na stav dítěte ve válečném či jinak ohrožujícím prostředí má kvalita jeho vztahu s rodiči, reakce rodičů na trauma a jejich chování v zátěžových situacích.<sup>106</sup>

Posttraumatický stres rodičů má prokazatelný vliv na vývoj dítěte a na vznik psychopatologie uvnitř rodinného systému. Nejtěžší reakce vykazují děti, které byly od vlastní rodiny odloučeny či byly svědkem smrti někoho z blízkých. Traumatizované školní děti se často stávají pasivnějšími a méně spontánními nebo naopak agresivnějšími a náročnějšími. Oba druhy změn se mohou odrazit ve vztahu k vrstevníkům, a vést je tak do sociální izolace. Tato věková skupina je zvláště náchylná k psychosomatickým komplikacím jako například bolestem hlavy, bolestem břicha. Potřebují velkou péči a pozornost svých rodičů i učitelů.<sup>107</sup>

---

<sup>104</sup> Baštecká, B., Térénní krizová práce. vyd.1. Praha: Grada, 2005, s.204. ISBN 80-247-0708-X

<sup>105</sup> Tamtéž s.204.

<sup>106</sup> Baštecká, B., Térénní krizová práce. vyd.1. Praha: Grada, 2005, s.205. ISBN 80-247-0708-X

<sup>107</sup> Tamtéž s.205.

## Dospívající

Dospívající jsou následky traumatu v mnohém ohroženější než děti školního věku, protože jsou kognitivně zralejší a mohou si snáze domyslet důsledky traumatu do podrobností. Ve svém věku už nepoužívají představivost k popření skutečnosti, na druhou stranu se s traumatem nevyrovnávají hrou a přehráváním si zážitků. Následkem dlouhodobé nejistoty, bezradnosti, frustrace a z toho plynoucí agrese jednají často sebedestruktivně. Může nastat období, kdy se vědomě bouří a jednají zcela novým způsobem, například ignorují školu a rodiče, začnou předčasně se sexuálním životem, kradou, chovají se asociálně, užívají alkohol nebo drogy. Na rozdíl školních dětí dovedou posoudit, jak mohli, nebo nemohli zabránit důsledkům traumatické události; přesto mohou po dlouhá období zakoušet silné pocity viny.<sup>108</sup>

Mají již schopnost plně porozumět tomu, jak trauma postihuje jejich život a sami sebe nechápou jako nezranitelné. Často cítí, že nejsou připraveni na budoucnost, nebo jsou k budoucnosti pesimističtí. Hledání smyslu života, tolik typické pro toto věkové období, je těžce poznamenáno skepsí a frustrací z traumatické minulosti.<sup>109</sup>

## 5.1 Následky smrti člena rodiny

Děti obvykle nehovoří o svých vnitřních pocitech a dospělí si mohou myslet, že se jich smrt nedotýká a že je netrápí. Děti však reagují na smrt a ztrátu blízkého člověka silnými emocemi, které často zůstávají skryty. Teprve kolem sedmého až devátého roku věku přichází realističtější chápání smrti a reakce se mohou podobat reakcím dospělých, kolem desátého roku začíná dítě chápat smrt v jejích sociálních a biologických souvislostech.<sup>110</sup>

Ztráta rodiče v prvních letech života má nejsilnější možný vliv na patologický vývoj osobnosti, ale i v pozdějších letech může být základem psychických obtíží. Za nejkritičtější bývá považováno období mezi třetím a čtvrtým rokem dítěte, zejména zemře-li dítěti rodič stejného pohlaví. Celkové chování mladších dětí se může zdát nepochopitelné a nevázané na tragickou událost. Předškolní děti nerozumí tomu, že někdo mohl zemřít a odejít navždy z jejich života. Bojí se, že je i jiní lidé opustí, a mohou vidět příčinu ve svém vlastním chování: „Zlobil jsem maminku, můžu za to já“. Někdy se vystrašeně přimknou k dospělým a hledají bezpečí. „Často dítě čeká, že se milovaná osoba vrátí, a trochu se na ni zlobí, že zmizela a

<sup>108</sup> Baštecká, B., Térénní krizová práce. vyd.1. Praha: Grada, 2005, s.206. ISBN 80-247-0708-X

<sup>109</sup> Baštecká, B., Térénní krizová práce. vyd.1. Praha: Grada, 2005, s.207. ISBN 80-247-0708-X

<sup>110</sup> Tamtéž s.207.

neplní jeho přání a potřeby, jak tomu bývalo dříve. Děti umístěné v jeslích během druhé světové války někdy měsíce a měsíce čekaly, až se maminka vrátí a bude jim zase zapínat kabátky a zavazovat botičky, ačkoli jim dospělí řekli, že maminka už nepřijde“.<sup>111</sup>

V raném školním věku chápe dítě smrt jako zlou bytost nebo moc, která přichází a odvádí jeho milované, zná ji z mnohých pohádek. Záleží ovšem hlavně na osobnosti dítěte, intelektu a výchovném prostředí. Starší děti chápou smrt lépe, i když v rámci své životní zkušenosti a historie. V mnohém stále reagují stejně jako mladší děti:

- jsou lhotejné a stažené do sebe, neochotné hovořit o svých pocitech;
- jsou zlostné a výbušné;
- někdy se cítí odlišné od ostatních;
- mívají tělesné příznaky jako bolesti hlavy a břicha, bušení srdce;
- trpí nočními můrami.<sup>112</sup>

Je nutné vědět, že každé dítě prožívá po smrti milované osoby směs silných pocitů a reakcí. Může to být žal, sny o smrti, strach ze smrti dalších osob a z vlastní opuštěnosti, uzavření do sebe, pocity křivdy, sebepoškozování, agresivita. Dítě trpí více, pokud bylo svědkem násilné smrti. Nejtěžší situaci má ten, kdo s jistotou neví, zda-li jsou jeho blízcí živí, nebo mrtví. Starší děti někdy přemýšlejí o možnosti vlastní smrti, nebo se trápí sebeobviňováním. Mohou se vinit z toho, že nezabránily smrti, že zemřelého neochránily, ačkoli reálně to nebylo vůbec možné. Některé děti nepláčou a uzavřou se do sebe, nebo se tváří, jako by se nic nestalo, a tím se snaží negovat pocit ztráty. Tato reakce bývá nejzávažnější, navíc takové dítě dostává nejméně ochrany a podpory okolí.<sup>113</sup>

V každé kultuře existuje mnoho způsobů, zvyků a rituálů, vztahujících se k smrti a jejímu tradičnímu chápání. To platí i pro způsoby, jak je smrt vysvětlována dětem. Obecně platí, že pohřby a podobné rituály loučení mohou být pro dítě velkou pomocí a často jsou prevencí vzniku patologických reakcí. Dospělí dělají chybu, když nemají odvahu říci dětem pravdu a chtějí je ochránit i před smutkem obřadu. Děti tak mohou žít v nejistotě, nevyřešených otázkách a tabu, obtížně se orientují v realitě i ve svých pocitech. Není vhodné říkat „neplač!“, potlačováním smutku a pláče jako bychom popírali hluboký vztah ke ztracené osobě. Vyjádřený smutek a truchlení jsou součástí prevence. Dítěti je třeba dát najevo pochopení jeho pocitů smutku, viny a hněvu. Od pozůstalých blízkých by se mu mělo dostat upřímného ujištění, že ho neopustí a budou o ně pečovat. Neměli by se vyhýbat hovoru o

---

<sup>111</sup> Vizinova, D., *Psychické trauma a jeho terapie*. 1. vyd. Praha: Portál, 1999, s.76. ISBN 80-7178-284-X

<sup>112</sup> Vizinova, D., *Psychické trauma a jeho terapie*. 1. vyd. Praha: Portál, 1999, s.77. ISBN 80-7178-284-X

<sup>113</sup> Tamtéž s.77.

zemřelém a dítě by mělo mít příležitost na něj otevřeně vzpomínat. Obecně platí, že dítě potřebuje jednu stabilní, pečující a láskyplnou osobu, na kterou se bude postupně citově vázat.<sup>114</sup>

Pokud dítě zažilo násilnou smrt někoho z blízkých, je nuceno žít s hrůznými vzpomínkami a nočními můrami. Zřídka najde někoho, komu by natolik důvěřovalo, že by se dokázalo se svými prožitky svěřit. Takový člověk musí mít dost času a trpělivosti, aby dítě do hovoru nenutil a poskytl mu dostatek prostoru pro zklidnění a vyjádření emocí. Na velmi bolestivé vzpomínky se smí vyptávat jen člověk, jemuž dítě naprosto důvěřuje. Odborník, který chce dítěti pomoci, musí nejvíce dbát na vytvoření atmosféry pohody, bezpečí a přátelství. Může dítě ubezpečit svou zkušeností, že jiné děti mají po tak strašných zážitcích podobné pocity a myšlenky. Zkušení terapeuti doporučují mluvit o mrtvém rodiči také s celou rodinou, umožnit dítěti smutek a truchlení, hovořit o konkrétních změnách, jež smrt rodiče přinesla. Zároveň je nutné zabránit tomu, aby muselo dítě vyprávět svůj příběh v různých situacích mnoha dalším lidem.<sup>115</sup>

## 5.2 Postup terapie

Základem terapie dětí je osobní kontakt a rozhovor. Těžce traumatizované dítě není schopno reagovat na přímý strukturovaný dotazník či interview. Přístup k němu musí být velice citlivý a respektující individuální stav a reakce. Pynoos a Spencer navrhnou ve svém manuálu praktický postup.<sup>116</sup>

### a) Otvírání

Tato první fáze vede dítě k vyjádření traumatu prostřednictvím hry, fantazie, metafor. Užívá projektivní techniky, jako je volná kresba a vyprávění příběhu. Ohniskem je vytvoření vztahu důvěry a vyjádření upřímné snahy o pochopení toho, čím dítě prošlo a jak se cítí. Při vzájemném úvodním představení je dobré zdůraznit, že odborník hovořil i s jinými dětmi, které měly podobné zážitky, a dovede si představit, jak je dítěti těžko. Odborník nabízí svou snahu pomoci, pokud to bude možné.<sup>117</sup>

---

<sup>114</sup> Praško, J., *Stop traumatickým vzpomínkám: jak zvládnout posttraumatickou stresovou poruchu*. 1. vyd. Praha: Portál, 2003, s.73. ISBN 80-7178-811-2

<sup>115</sup> Tamtéž s.73.

<sup>116</sup> Praško, J., *Stop traumatickým vzpomínkám: jak zvládnout posttraumatickou stresovou poruchu*. 1. vyd. Praha: Portál, 2003, s.74. ISBN 80-7178-811-2

<sup>117</sup> Tamtéž s.74.

## Volná kresba a vyprávění příběhu

Po celkovém uvolnění atmosféry dostane dítě nebo skupina dětí tužku, papír a jsou požádány, aby „nakreslily cokoli, co budou chtít, ale ať je to něco, o čem mohou vyprávět příběh“. Děti je dobré povzbudit v tom, že nezáleží na malířském umění, že nikdo nebude obrázek takto hodnotit. Jen ať klidně kreslí, co samy chtějí, a neohlížejí se po ostatních. Odborník skrze vlastní zájem, nadšení a hravost podněcuje dětskou spontaneitu. Snaží se zabránit pasivnímu, nezúčastněnému a otažitému přístupu dětí. Když si děti dokreslí, vyprávějí svůj příběh. Odborník je stimuluje svým zájmem a otázkami typu: „Copak jsi to tady nakreslil?“, „Co tohle asi znamená?“, „A co se stalo pak?“, „Jak to všechno dopadlo?“

<sup>118</sup> Kresba poukazuje na jádro dětské úzkosti a na způsob zvládnání traumatu. Nejčastější cesty ke snížení úzkosti po děsivých zážitcích u dětí jsou:

- a) popření - fantazie: představy o jiném, přijatelnějším průběhu události;
- b) vyhýbání se vzpomínkám na trauma inhibicí spontánních myšlenek;
- c) fixace na trauma, kresba hrůzné scenerie a následně žurnalistický popis události, podaný naprosto bez emocí;
- d) konstantní stav aktivace - přehnané obavy z možného ohrožení namísto řešení aktuálního traumatu<sup>119</sup>

## Trauma

V druhé fázi se pozornost přesouvá od kresby a vyprávění příběhu k přímé diskuzi o prožité události. Někdy je vhodné navázat na určité aspekty kresby a vyprávění a ty propojit s traumatickým zážitkem. Například: „Myslím, že by sis moc přál, aby byl tvůj tatínek zachráněn jako ten klaun ve tvém příběhu, aby tady byl s tebou a mohl tě ochránit“. V tuto chvíli je nutno přistupovat k dítěti velice citlivě a je důležité dát mu najevo, že odborník mu chce pomoci a ochránit je před nezvládnutelnou záplavou emocí. Je nutné být připraven sdílet s dítětem zármutek a hrůzu, nabídnout mu také fyzickou útěchu.<sup>120</sup>

---

<sup>118</sup> Vizinova, D., *Psychické trauma a jeho terapie*. 1.vyd. Praha: Portál, 1999, s.78. ISBN 80-7178-284-X

<sup>119</sup> Vizinova, D., *Psychické trauma a jeho terapie*. 1.vyd. Praha: Portál, 1999, s.79. ISBN 80-7178-284-X

<sup>120</sup> Tamtéž s.79.

## Rekonstrukce

Dříve než je dítě schopné plně se vrátit ke svému zážitku a znovu jím projít, musí se dostat do bodu, kdy se již necítí ohroženo přívalem svých emocí a kdy začíná mít naději, že tyto emoce zvládne. Pokud je toho dosaženo, dítě dokáže popsat posttraumatickou stresovou událost. „Teď zkus popsat, co se stalo a co jsi viděl.“ Dítě se může rozhodnout, že událost raději nejprve nakreslí, avšak odborník je musí povzbudit, aby se snažilo převést obraz do slov. Dítě je potřeba podpořit v zaměření se na primárně násilné činy: rána pěstí, bodnutí nožem, výstřel z pistole apod. I když se může stát, že dítě viditelně prožívá strach z popisu celé události, nakonec mu to pomůže získat nad traumatem převahu. Odborník citlivě napomáhá zvládnout příval emocí například: „Určitě by sis přál, aby ta pistole byla namířená tam, kde jsi ji nakreslil, aby tvého tátu ten výstřel minul.“<sup>121</sup>

## Smyslová zkušenost

Po popisu události následuje popis smyslových vjemů, např. vzhled a zvuk výstřelu, výkřik oběti či náhlé ticho, první pohled na krev atd. Kdykoli dítě popisuje intenzivní pocit, je dobré zeptat se na smyslový vjem. Pokud dítě říká: „To bylo odporné“, ptejme se, kde v těle ten pocit vnímalo. Odborník poskytuje bezpečné a chráněné prostředí, ve kterém dítě může čelit svým pocitům bez ohledu na zvyšování hladiny úzkosti. Zároveň jej však pevně vede k vyjádření všech podrobností a okolností zážitku, vyptává se podrobně na prožívání a význam určitých detailů. Musí si být vědom, jak emocionálně i fyzicky je tato fáze pro dítě vyčerpávající, a nabízet dostatek času pro uvolnění, citlivou péči a podporu. Zásadním bodem rozhovoru je dotaz na nejhorší moment celého zážitku. Takový bod dokáže reflektovat i malé děti.<sup>122</sup>

Odborník musí být připraven provést dítě i jeho vzpomínkami na prožité fyzické násilí a utrpení. Ve válce jsou děti často svědky násilí na svých nejbližších a nezapomenutelné děsivé obrazy je pak pronásledují ve dne v noci. Někdy stále znovu kreslí své týrané nebo zraněné rodiče. Pokud je k dispozici dřívější fotografie zemřelé osoby, je dobré společně si ji prohlížet, vyvolávat představy šťastnějších chvil, a tím narušovat poslední hrůznou vzpomínku.<sup>123</sup>

---

<sup>121</sup> Vizinova, D., *Psychické trauma a jeho terapie*. 1.vyd. Praha: Portál, 1999, s.79. ISBN 80-7178-284-X

<sup>122</sup> Tamtéž s.79.

<sup>123</sup> Vizinova, D., *Psychické trauma a jeho terapie*. 1.vyd. Praha: Portál, 1999, s.80. ISBN 80-7178-284-X



## Zvládání zážitku

Jako vždy platí, že pokud stresorem vyvolávajícím posttraumatickou stresovou poruchu je lidské násilí, budou následky daleko výraznější a trvalejší. Pro dítě je velmi obtížné vyrovnat se s takovou realitou, smířit se s nespravedlivou zlobou a lidským zlem. Odborník by měl s dítětem prohodit, jak si celou situaci vysvětluje, kdo je za násilí odpovědný, jaké myslí, že jsou jeho motivy, jak by se podle něho bývalo dalo všemu zabránit. Děti mívají často vytvořen svůj vnitřní plán činu, který by býval odvrátil traumatickou událost. Tento plán je typicky různý podle vývojového stupně.<sup>124</sup>

Předškolní děti mohou zvažovat, zda utéci či zůstat stát a nedívat se, zavřít oči, snažit se usnout. Tyto pasivní vnitřní plány jen přispívají k pocitu bezmocnosti. Děti ve školním věku uvažují o aktivnější obraně, např. uchvácení zbraně. Tyto vnitřní obsahy je třeba zahrnout mezi témata rozhovoru, protože bývají zdrojem dlouhodobých pocitů sebeobviňování. Důležitá je také otázka msty a potrestání viníka, kterou se děti v myšlenkách zabývají, aby se bránily vzpomínkám na svou bezmocnost ve chvíli ohrožení. Odborník dává prostor pro sdílení takových myšlenek, pocitů hněvu, nenávisti a vzteku. Může se ptát, co dítě dělá, když cítí hněv. Pomáhá mu vyjádřit svůj hněv aktivně v bezpečném prostředí, zvláště pokud se dítě bojí nevládnutelnosti svých projevů ve vztahu k představě pomsty.<sup>125</sup>

Traumatické sny jsou dalším důležitým tématem rozhovoru. Je dobré se zeptat na usínání, spánek, úzkostné sny a jejich obsah. Některé děti přikládají snům tajemný až věštecký význam. Na závěr této fáze rozhovoru přichází problematika současného způsobu života dítěte, interpersonálních vztahů a hlavně otázky orientace na budoucnost, představy o vlastním životě a jeho směřování, samozřejmě v souladu se stupněm vývoje dítěte.<sup>126</sup>

## Uzavírání

V poslední fázi je dobré spolu s dítětem zrekapitulovat a shrnout celý průběh terapie. Odborník znovu zdůrazní, že pocity a reakce dítěte byly a jsou pochopitelné, realistické, a také univerzální pro děti v jeho situaci. Tím mu pomáhá překonat pocity osamocení a odcizení, dítě se stává schopnějším přijímat budoucí pomoc. Je možné se společně vrátit k úvodní kresbě a spojit ji s celkovým shrnutím. Odborník by měl také zmínit možnost, že se v budoucnu opět vrátí některé děsivé pocity, strach, smutek, úzkostné sny. Povzbudí dítě, aby bez obav hovořilo o svých starostech s dospělým, kterému důvěřuje, aby si dokázalo říci o

---

<sup>124</sup> Vizinova, D., *Psychické trauma a jeho terapie*. 1.vyd. Praha: Portál, 1999, s.80. ISBN 80-7178-284-X

<sup>125</sup> Vizinova, D., *Psychické trauma a jeho terapie*. 1.vyd. Praha: Portál, 1999, s.81. ISBN 80-7178-284-X

<sup>126</sup> Tamtéž s.81.

pomoc. Vždy je velmi důležité podporovat dětské sebevědomí a sebedůvěru, proto odborník nešetří chválou za statečnost, bystrost, dobře vykonanou práci. Dává dítěti najevo svůj respekt a důvěru. Ptá se, co bylo pro ně nejtěžší a co mu v rozhovoru pomáhalo. Na úplný závěr je třeba vyjádřit radost z možnosti setkání a vzájemného poznání. Odborník dává najevo, že byl poctěn důvěrou dítěte. Zdůrazňuje otevřenost pro další budoucí setkání.<sup>127</sup>

### Potíže s komunikací

Chvilé mlčení jsou běžné v každém rozhovoru a musíme je umět trpělivě snášet. Děti mívají potíže s volným vyjadřováním. Stává se, že ve snaze o rozhovor se dospělý cítí bezradný a odmítnutý. Překážkou v komunikaci může být: nesprávný přístup dospělého, problémy dítěte (hluchota, slepota, poruchy řeči, opoždění celkového vývoje, nepochopení jazyka, kterým hovoří) nebo silná emoční reakce způsobující komunikační blok. Děti obvykle nejsou zvyklé s dospělými hovořit o tom, jak se cítí, zvláště pokud je dobře neznají. Mnoho dětí nebylo nikdy v životě vybidnuto, aby mluvilo o sobě a nemá ani slova k vyjádření pocitů.<sup>128</sup>

Po děsivých zážitcích nemluví některé děti vůbec. Bojí se záplavy emocí a drží je svým mlčením pod kontrolou. Extrémně hrozné prožitky mohou způsobit mlčení trvající měsíce i roky, a tím se jakoby vnitřně zmrazit. Děti adolescenti mají po zážitku násilí a ostatních traumatických událostí narušené hipokamní procesy, které zhorší deklarativní , explicitní (vyvolatelnou) dlouhodobou paměť. Paměť nedeklarativní , implicitní (nesdělitelná, dovednosti), zůstává nedotčena. To pomáhá vysvětlit klasické symptomy posttraumatické stresové poruchy, při které dochází k selektivnímu postižení explicitní paměti. Události není možné vyvolat, nastává blok. Dítě ví, „že si něco pamatuje“, ale přitom neví co. Je to takzvaná metakognice.<sup>129</sup>

Zůstává předtraumatická, ikonická paměť, a pak je nutné aktivací kognitivních procesů narativní cestou (vyprávěním a rekonstrukcí) vyplnit to, co neví a přitom ví, že to nějak ví. Tento psychotherapeutický přístup je základním krokem při práci s oběťmi násilí. Pro mladší děti je někdy rozdíl mezi realitou a představou méně zřetelný. Jejich přání mohou být tak silná, že prožívají jejich splnění jako skutečnost. Dítě se vyhýbá nepravdou rozhovoru o velmi bolestivých věcech. Někdy ani neví, proč s dospělým hovoří, a říká raději to, co si myslí, že chce dospělý slyšet, aby získalo přijetí nebo určité výhody. Pokud má člověk nějaké

---

<sup>127</sup> Vizinova, D., *Psychické trauma a jeho terapie*. 1.vyd. Praha: Portál, 1999, s.82. ISBN 80-7178-284-X

<sup>128</sup> Tamtéž s.82.

<sup>129</sup> Tamtéž s.82.

pochybnosti o tom, co dítě říká, může se k tématu později vrátit. Nesmí opravovat, hádat se nebo kritizovat. Lépe je vyjádřit bezpodmínečné přijetí, které nezávisí na tom, jestli mluvilo pravdu nebo ne. Je třeba dítě povzbudit výrokem jako „Není lehké hovořit o tak nepříjemných věcech, které člověk zažil“.<sup>130</sup>

Skrze rostoucí důvěru se blok v komunikaci překonává, i když to může nějakou dobu trvat. Důležité je vědět, že dítě komunikuje, i když se nevyjadřuje slovy. Dospělý by neměl naléhat, ale pozitivně reagovat na každou snahu o sebevyjádření. Na dítě je dobré přívětivě hovořit a obracet se na něj přesto, že neodpovídá nebo zjevně neříká pravdu.

### 5.3 Farmakoterapie

Při terapii PTSD u dospělých i u dětí je základní metodou psychoterapie. farmakoterapie se užívá pouze v případech, pokud nemáme úspěch s psychologickými přístupy nebo pokud je porucha příliš těžká. Praško (1998a) doporučuje u těžších akutních úzkostných případů (pokud neúčinkuje psychoterapie) benzodiazepiny, u chronických příznaků kombinaci psychoterapie a antidepresiva. Psychofarmaka zpravidla v případě PTSD problém neřeší, pouze ho utlumují.<sup>131</sup>

Tichý doporučuje podle převládajících symptomů následující psychofarmaka:

- a) klasická anxiolytika (diazepam, alprazolam);
- b) atypická anxiolytika (gepiron, ipsapiron, buspiron);
- c) tricyklická antidepresiva (imipramin, amytriptilin)
- d) antidepresiva - inhibitory zpětného vychytávání serotoninu - citalopram, fluoxetin;
- e) antidepresiva - inhibitory monoaminoxidázy (fenelzin, moclobemid);
- f) antagonistické kalciového kanálu (nifedripin, cinarizin);
- g) hořečnaté soli (magnezium lactát);
- h) antagonisté alfaadrenergických receptorů (clonidin).<sup>132</sup>

---

<sup>130</sup> Praško, J., *Stop traumatickým vzpomínkám: jak zvládnout posttraumatickou stresovou poruchu*. 1.vyd. Praha: Portál, 2003, s.71. ISBN 80-7178-811-2

<sup>131</sup> Tamtéž s.71.

<sup>132</sup> Praško, J., *Stop traumatickým vzpomínkám: jak zvládnout posttraumatickou stresovou poruchu*. 1.vyd. Praha: Portál, 2003, s.72. ISBN 80-7178-811-2

## 6 INDUSTRIÁLNÍ KATASTROFY

Málokdo z obyvatel České republiky před povodněmi v roce 1997 počítal s tím, že by ho mohla ohrozit přírodní nebo industriální katastrofa. Na rozdíl od záplav, které nemalé procento lidí zakusilo na vlastní kůži, je představa jaderné katastrofy něco velmi nepravděpodobného. Miliony Rusů, Ukrajinců a Bělorusů mají zkušenost jinou. Psychické problémy osob po katastrofách v jaderných elektrárnách patří mezi specifické oblasti zájmu psychologů, lékařů, pedagogů a sociálních pracovníků. Je to oblast psychické traumatologie, v závislosti na ohrožené lokalitě, se v ní jedná především o spolupráci mezi sociální prací a psychoterapií.<sup>133</sup>

Jaderné ohrožení má podobu neviditelné síly, o jejímž dopadu víme velmi málo, která působí desítky let a může mít vliv i na naše potomky. Takové ohrožení je velice stresující a jeho následkem mohou být také různé psychické poruchy, včetně Posttraumatické stresové poruchy. Od výbuchu atomové bomby v Hirošimě a Nagasaki byla největší jadernou katastrofou havárie jaderné elektrárny v Černobyli, která v důsledku své ničivé síly způsobila těžké poškození zdraví u mnoha osob.<sup>134</sup>

### 6.1 Černobyl v roce 1986

Dvacátého šestého dubna 1986 explodoval v důsledku lidské chyby, snahy zvýšit výkon elektrárny navzdory bezpečnostním rizikům, jeden ze čtyř bloků jaderné elektrárny v Černobyli. Vzhledem k informační blokádě jsme v Československu o okolnostech havárie mnoho nevěděli, takže krátce rekapitulujeme základní fakta: Černobylská havárie byla největší civilní nukleární katastrofou na světě. Téměř 17 milionů lidí bylo ozářeno, z toho 5,5 milionu dětí pod pět let. Celková radioaktivita materiálu byla asi 200 krát vyšší než radioaktivita uvolněná v Hirošimě i Nagasaki dohromady, i když o přesných číslech se vedou spory. Ve stejném roce byla vyhlášena glasnosť, liberalizoval se tisk a byl propuštěn Andrej Sacharov. O rok později začala ekonomická reforma, v roce 1988 skončila válka v

---

<sup>133</sup> Baštecká, B., Těrénní krizová práce. vyd.1. Praha: Grada, 2005, s.15. ISBN 80-247-0708-X

<sup>134</sup> Tamtéž s.15.

Afgánistánu, v roce 1989 šest zemí střední a východní Evropy ukončilo období komunismu svrnutím lokálních vlád.<sup>135</sup>

## 6.2 Psychické následky a jejich terapie

V literatuře se hovoří o deterministickém a stochastickém efektu. Deterministické poškození nastává vždy, když je překročen určitý práh dávkového ekvivalentu. Zmiňován je akutní radiační syndrom (v případě Černobylu asi 300 osob, z toho 30 zemřelo). Stochastické poškození je pravděpodobnostní a bezprahové; s každou, i malou dávkou pravděpodobně bez existence prahu je spojena určitá pravděpodobnost výskytu poškození, které je zpravidla dáno nereparabilním poškozením genetické informace buňky (patří sem karcinogeneze, teratogeneze a hereditární poškození).<sup>136</sup>

V případě Černobylu hovoříme pouze o stochastickém modelu. Objevily se lokální o mentální retardaci u dětí exponovaných radiací během těhotenství, Downově syndromu a očních poruchách. Tyto nálezy jsou zatím pokládány za nejisté a nebyly dále potvrzeny. Do roku 1996 zemřelo jen na Ukrajině 4000 likvidátorů havárie. V případě Ruska je asi 10% likvidátorů (asi 35 000) invalidních a 7000 zemřelo, někteří sebevraždou. Posuzovat zdravotní následky Černobylu je velmi obtížné, protože schází dobré statistiky o zdravotním stavu před havárií, nálezy západních a místních organizací se liší - západní zpravidla nenachází nárůst, místní ho potvrzují.<sup>137</sup>

Psychické následky a jejich terapie jsou velmi složité. Terapie se zakládá na dvou principech:

a) Díky řadě zkušeností s následky radiace, množství nejrůznějších studií, článků apod. není obtížné připravit v krátké době materiály, které plně informují o zdravotních a psychických následcích jaderné havárie. Informovanost je v tomto případě značnou částí cesty k úspěchu, protože lidé zpočátku nevědí nic o dopadu jaderné havárie. V důsledku protichůdných informací a komerční snahy publikovat negativně laděné zprávy kolují fámy a šíří se nejistota. Přes objektivní články v novinách a řadu materiálů jsou lidé zpravidla nedůvěřiví k oficiálním médiím. Zde je místo pro informované sociální pracovníky a další pomáhající profese, které mohou pomoci při vysvětlování a přesvědčování. Vyšší míra informovanosti, stejně jako v případě jiných problémů, výrazně snižuje intenzitu úzkosti postižených.<sup>138</sup>

---

<sup>135</sup> Baštecká, B., Těrénní krizová práce. vyd.1. Praha: Grada, 2005, s.35. ISBN 80-247-0708-X

<sup>136</sup> Tamtéž s.35

<sup>137</sup> Baštecká, B., Těrénní krizová práce. vyd.1. Praha: Grada, 2005, s.36. ISBN 80-247-0708-X

<sup>138</sup> Tamtéž s.36

b) Psychoterapeutická podpora, nezdědka odborník zjišťuje, že strach z radiace a psychosomatické potíže zdůvodňované Černobylem jsou pouze doprovodným příznakem duševních obtíží zcela jiného druhu. V případě zemí bývalého SSSR hraje roli především úzkost z nemožnosti dobře zabezpečit rodinu, z rozčarování ekonomickou transformací, z pocitu, že není budoucnost. S tím je spojené narušení rodinných vazeb a změn v tradiční dominance muže v rodině. Jen v Rusku zemře asi milion lidí na následky pití vodky, spotřeba čistého alkoholu je asi třikrát větší než světový průměr. Od radiofobie vedou zpravidla nitky ke zcela jiným psychosociálním problémům, které již vyžadují standardní psychoterapeutickou podporu. I po letech je však stále častá snaha lidí vyhnout se vzpomínkám na nebezpečí spojené s havárií a následné psychické obtíže.<sup>139</sup>

---

<sup>139</sup> Vizinova, D., *Psychické trauma a jeho terapie*. 1.vyd. Praha: Portál, 1999, s.120. ISBN 80-7178-284-X

## ZÁVĚR

V průběhu zpracování daného tématu bakalářské práce jsem si znovu uvědomila, jak prospěšný a nezastupitelný je obor psychosociální pomoc. Vybraný obor mne zaujal již před lety, při studiu vyšší odborné školy. Proto se snažím tomuto tématu věnovat čas, zjišťovat nové informace a sledovat současné dění v tomto oboru.

V České republice je psychosociální pomoc dlouhodobě podceňována jak již zmiňuji v úvodu. Proto doufám, že se tomuto oboru dostane větší pozornosti dříve, než při výskytu hromadných neštěstí. Podle mého názoru jsou navrhovaná řešení financování a výstavby sítě krizových center a materiální podpory tomuto oboru nedostatečná. V tomto oboru by měl být kladen velký důraz na silné materiální zázemí, dostatečnou síť krizových center a vysoce kvalifikovaný personál. Personál by měl mít možnost se dále vzdělávat a mít dostatečnou možnost supervizí a volnočasových aktivit. Protože pracovníci tohoto oboru pracují pod neustálým tlakem je potřeba vybudovat rehabilitační pracoviště i pro tyto pracovníky.

Dalším problémem je malá informovanost naší společnosti o tomto problému. V České republice by se měla plošně rozšířit míra informovanosti obyvatelstva. Stále se v běžném životě setkávám s lidmi, kteří stále neví, kam se mají obrátit se svými problémy. Myslím si, že když se třeba například v médiích objevují reklamy různého druhu, nebylo by špatné kdyby se vložily finanční prostředky do zviditelnění této problematiky. Myslím si, že se naše společnost potýká s problémem o těchto věcech hovořit a stále je to pro většinu lidí tabu.

Při další možnosti psaní odborné práce bych se ráda zaměřila na širší rozpracování psychosociální pomoci obětem industriálních a přírodních katastrof. Myslím si, že je potřeba této problematice věnovat více prostoru, protože se nás bezprostředně týká. Například v případě záplav. Dále bych se ráda věnovala problematice zřizování krizových center. V neposlední řadě by práce mohla být rozšířena o problematiku psychosociální pomoci v oblasti školství. Konkrétně by práce mohla být zaměřena na: dětské oběti domácího násilí a na děti, které byly během dětství znásilněny. Problematika dětské šikany se mnohým lidem může jevit jako banální problém ale myslím si, že jde o fenomén dnešní doby, který končí v mnohých případech sebevraždou. Značná část obětí svůj problém dusí v sobě a to jen z důvodu strachu z odmítnutí. Závěrem bych chtěla říci, nezavírejme nad tímto problémem oči, ale řešme ho. Ucelené a včasné informace mohou vést k záchraně mnohých životů, nejen dospělých lidí ale i dětí.

## SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

Práško, J., T. Hájek, B. Pašková, M. Šlepecký, R. Záleský. *Stop traumatickým vzpomínkám: Jak zvládnout posttraumatickou stresovou poruchu*. 1. vyd. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-811-2.

Vizinová, D., M. Preiss. *Psychické trauma a jeho terapie: Psychologická pomoc obětem válek a katastrof*. 1. vyd. Praha: Portál, 1999. ISBN 80-7178-284-X.

Baštecká, B., *Terénní krizová práce*. vyd. 1. Praha. Grada, 2005. ISBN 80-247-0708-X

Čírtková, L. *Forenzní psychologie*. 1. vyd. Aleš Čeněk, 2004. ISBN 80-86473-86-4

Mareš, J. *Posttraumatický rozvoj osobnosti člověka*. 1. vyd. Praha. Grada, 2012. ISBN 978-80-247-3007-3.

HOLEČKOVÁ, J., *Absolventská práce: Posttraumatická stresová porucha v krizové situaci*. 1. vyd. Praha, 2010.

Lechta, V., *Diagnostika narušené komunikační schopnosti u dospělých*. 1. vyd. Praha. Portál, 2013. ISBN 978-80-262-0364-3.



## SEZNAM ZKRATEK

PSTP	Posttraumatická stresová porucha
PSTD	Posttraumatic Stress Disorder
WHO	Světová zdravotnická organizace
MKN	Mezinárodní klasifikace nemocí
ICD	Mezinárodní klasifikace nemocí
DSM	Diagnostický a statistický manuál mentálních poruch
APA	Diagnostický a statistický manuál mentálních poruch
SSSR	Svaz sovětských socialistických republik

## **BIBLIOGRAFICKÉ ÚDAJE**

**Jméno autora:** Jana Holečková

**Obor:** Bezpečnostní studia (Bc. BS Voš) - B6208R020

**Forma studia:** Kombinované studium

**Název práce:** Psychické trauma a jeho terapie

**Rok:** 2014/2015

**Počet stran textu bez příloh:** 50

**Celkový počet stran příloh:** 0

**Počet titulů českých použitých zdrojů:** 7

**Počet titulů zahraničních použitých zdrojů:** 0

**Počet internetových zdrojů:** 0

**Počet ostatních zdrojů:** 0

**Vedoucí práce:** Mgr. Jiří Víšek