

Česká zemědělská univerzita v Praze
Institut vzdělávání a poradenství



**Posttraumatická stresová porucha pohledem dvou
terapeutů odlišného zaměření**

Bakalářská práce

Autor: **Aneta Archlebová**

Vedoucí práce: PhDr. Mgr. Marie Hanušová

2018

Čestné prohlášení

„Prohlašuji, že tato bakalářská práce je mým původním autorským dílem. Veškerá literatura a další zdroje, z nichž jsem při zpracování čerpala, jsou uvedeny v seznamu použité literatury a v práci řádně citovány. Práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.“

datum: 21. 3. 2018

podpis:

Poděkování

Chci poděkovat své vedoucí práce PhDr. Mgr. Marii Hanušové za odborné vedení, za cenné rady a vřelý přístup. Děkuji i oběma terapeutkám, které mi poskytly rozhovor a pomoc při zpracování rozhovoru. Mé poděkování si zaslouží mí nejbližší přátelé a rodina, kteří mě velice podporovali. A nakonec můj největší dík patří mému příteli, bez jehož pomoci bych tuto práci nedokázala dokončit.

Abstrakt

Práce je zaměřena na popis posttraumatické stresové poruchy, na její průběh a možnosti prevence i nápravy. V této práci se soustředím hlavně na praxi terapeutek týkající se traumatizovaných lidí, na hlavní přednosti a nedostatky dvou různých pohledů na věc.

Abstrakt AJ

This bachelor's work is about description of posttraumatic stress disorder and its stages and the possibilities of prevention and remedy. In this work I focus on the practice of therapists that involves people who suffer from posttraumatic stress disorder, about main advantages and disadvantages of two different approaches.

Klíčová slova

Terapie, porucha, regrese, stres, trauma

Keywords

Therapy, disorder, regress, stress, trauma

Cíl

Cílem mé bakalářské práce je popsat posttraumatickou stresovou poruchu. Dalším cílem je porovnat metody a zjistit postup dvou terapeutů - diplomované psycholožky a uznávané regresní terapeutky. Dále vyhodnotit, jaká sociální skupina či jací jedinci bývají posttraumatickou stresovou poruchou zasaženi nejčastěji a zda-li jsou nějaké obecně platné principy, podle kterých se lze řídit, aby se posttraumatické stresové poruše předešlo.

Obsah

Úvod.....	6
1 Cíle a metodika.....	7
2 Stres.....	8
2.1 Fáze stresu.....	8
2.2 Negativní dopady stresu.....	9
2.3 Pozitivní dopady stresu.....	10
2.4 Techniky zvládnání stresu.....	10
2.4.1 Meditace.....	10
2.4.2 Relaxace.....	11
2.4.3 Jóga.....	11
2.4.4 Pozitivní seberozhovory.....	11
2.4.5 Autogenní trénink.....	11
2.4.6 Vhodná strava.....	12
2.5 Stres versus trauma.....	13
3 Posttraumatická stresová porucha.....	14
3.1 Následky traumatu.....	15
3.1.1 Vtíravé příznaky.....	15
3.1.2 Únikové příznaky.....	16
3.1.3 Nadměrné vzrušení.....	16
3.2 Porucha z traumatu.....	17
3.3 Rizikové skupiny postižené PTSP.....	17
3.3.1 Policisté.....	17
3.3.2 Příslušníci pomáhajících profesí.....	18

3.3.3	Účastníci vojenských konfliktů.....	18
3.3.4	Migranti.....	19
3.4	Rozdíly mezi lidmi.....	19
4	Terapie.....	20
4.1	Obecně platné principy terapie.....	21
4.2	Druhy terapie.....	22
4.2.1	Psychoterapie.....	22
4.2.2	Hypnoterapie.....	22
4.2.3	Farmakoterapie.....	23
4.2.4	Kognitivně-behaviorální terapie.....	23
5	Úvod praktické části.....	24
5.1	Rozhovory.....	24
5.1.1	Rozhovor č. 1.....	24
5.1.2	Rozhovor č. 2.....	30
5.2	Porovnání přístupů a práce terapeutek.....	33
6	Závěr.....	35
7	Seznam použitých zdrojů.....	36

Úvod

Posttraumatická stresová porucha je onemocnění, které člověka provází od jeho nejstarší historie po současnost. V dnešní době se nejvíce vyskytuje u lidí sloužících ve složkách IZS (Integrovaný záchranný systém) či ozbrojených silách. Důvodem je jejich stresující povolání, při jehož výkonu se nezřídka setkávají se situacemi, které se jim vryjí do paměti a zanechají lidově řečeno „jizvy na duši“.

Není však výjimkou, že tomuto fenoménu bude čelit v uvozovkách normální člověk, kterého v životě potká nečekaná událost, jenž mu může obrátit život doslova vzhůru nohama. Toto téma jsem si vybrala proto, abych se blíže seznámila s tímto pojmem, protože i přes skutečnost, že výskyt tohoto onemocnění není zanedbatelný a jak píše výše, může postihnout každého z nás, není v povědomí veřejnosti ani mém příliš zakořeněn. Někdo dokonce může touto nemocí trpět a svádět boj se všemi jejími neduhami, aniž by věděl, že čelí této nemoci. Konkrétně jsem tento případ osobně zažila u mé kamarádky, a tak toto téma bylo příhodné, a to i z důvodu mé zvědavosti.

Má práce je rozdělena do dvou částí – do teoretické a praktické části. V teoretické části píše o stresu, který je součinitelem posttraumatické stresové poruchy, o traumatu, o terapii a o samotné nemoci.

V praktické části se pak věnuji rozhovoru, který vedu nejdříve s regresní terapeutkou a poté s behaviorální patoložkou. Obě terapeutky odpovídají na tytéž otázky, které jsem si sama připravila. Na konci praktické části jsem provedla srovnání obou těchto přístupů.

1 Cíle a metodika

Cílem mé bakalářské práce je popsat příčinu nemoci, seznámit s jejím možným průběhem a taktéž se věnovat technikám, které mohou vzniku PTSP zabránit nebo do jisté míry zmírnit její dopady na lidský organismus. Součástí této práce bude také rozhovor, který jsem absolovala s dvěma terapeutkami, o jejich pohledu na toto téma.

Ke zpracování mé práce jsem užila tyto vědecké metody: popis – s jehož pomocí jsem popsala pojmy jako je stres, posttraumatická stresová porucha a terapie,

komparace – např. při srovnání stresu a traumatu,

analýza – např. při rozdělení a klasifikaci preventivních stresových opatření.

Pro sběr dat v praktické části jsem zvolila kvalitativní metodu – rozhovor. Pro akademické účely jsem rozhovor upravila do spisovné formy. V něm jsem se zaměřovala hlavně na práci terapeutek, na průběh terapie a na jejich názory týkající se posttraumatické stresové poruchy.

Chtěla jsem použít kombinaci obou přístupů, kvalitativní i kvantitativní sběr dat, ale z důvodu citlivého tématu jsem dotazník vyřadila a ponechala jen rozhovor. Informace jsem čerpala pouze z knih a konzultovala je s vědoucí mé práce a také s oběma terapeutkami, které mi poskytly zpětnou vazbu a byly nápomocné vždy, když jsem potřebovala.

2 Stres

Stres je jakákoli zátěž nebo napětí promítající se do stavu jedince. Může jít o psychické, fyzické, sociální, politické, psychologické nebo chemické vlivy, které vedou k ohrožení zdravého vývoje člověka. Jde tedy o náročné životní situace a reakce na ně, které narušují přirozený vývoj organismu (Bydžovský, 2008, str. 12). Můžeme jej rozdělit na pozitivní – eustres a negativní – distres (Schreiber, 2000, str. 22). Mezi tři základní přístupy ke stresu patří: „*stres jako vnitřní reakce organismu, stres jako vnější podnět pro organismus a stres jako transakce mezi organismem a prostředím*“ (Mareš, 2012, str. 15).

Stresem tedy míníme události, jež ohrožují jedince a jsou spouštěčem nežádoucích fyziologických a behaviorálních reakcí (Joshi, 2007, str. 19). Když se člověk ocitne ve stresu, rozbuší se mu srdce, napínají se svaly a nadýmá se hrudník. Začínají se zbystřovat smysly, čas plyne pomaleji a bolest přestává být vnímána (Joshi, 2007, str. 130). Podle Hanse Selyeho (2016), významného průkopníka medicíny a badatele v oblasti stresu, by se lidé stresu neměli vyhýbat, protože to není možné – stres nás doprovází celý život a může být vskutku užitečný. Stresu se podle něj lze zbavit jedinečně smrtí, proto kritizuje větu: „On/ona je ve stresu“, protože je nesmyslně užitá a nevyovídá mnoho o skutečném stavu. Selye ve své knize *Stres života* uvádí, že stres není jen nervové napětí, jelikož probíhá i u nižších zvířat a rostlin, které nemají žádnou nervovou soustavu, a dokonce i u pacientů v hluboké anestezii nebo v bezvědomí. Také tvrdí, že stres není vždy neurčitým důsledkem poškození. I při vášnivém líbání se může objevit nezanedbatelný stres bez zjevného poškození. Stres tedy definuje jako projev velice speciálního syndromu, jež pojímá všechny nespecificky podněcené změny uvnitř jakéhokoli organismu. Stres má tedy svoji typickou strukturu i formu, nikoli však konkrétní příčinu. Složky jeho formy jsou zjevné změny vyvolané stresem, ať je jeho původ jakýkoli. Jsou to ukazatelé, jež vyjadřují soubor nejrůznějších změn, které se v těle odehrávají celou dobu.

2.1 Fáze stresu

Podle Čírtkové (2006) stres probíhá ve třech fázích. V první fázi, zvané aktivace, dochází k uvedení psychických i fyzických dějů jedince do pohotovosti. Tím vzrůstá psychická zátěž, kterou každý prožívá subjektivně a která je konkrétně emočně laděná v podobě nejrůznějšího chování, např. pocity hněvu, zvyšující se frustrace atd.

V druhé fázi, zvládání psychické zátěže, dochází k plynulému pokračování fáze první. To znamená, že možnosti přizpůsobení organismu na stres dosahují vrcholu. V této fázi je možné zaujmout dvě různá stanoviska. Jedním z nich je orientace na zvládnutí psychického napětí a tím dochází k postupnému zklidňování, kdy se jedinec orientuje na volbu ideálního řešení či na podání nejlepšího výkonu. Druhým stanoviskem je opačné chování, kdy člověk směřuje k selhání, nezvládnutí situace. Toho selhání je způsobeno ochromením ze silně prožívaných emocí, které mají za následek postupnou ztrátu seberegulace, narušení kognitivních operací a rozumových schopností.

Třetí fáze, důsledková, navazuje na zvládání zátěže nebo může rovnou navazovat na fázi aktivace, a tom v případě, že je jedinec situací natolik ochromen, že ke zvládnutí zátěže vůbec nedojde. V důsledkové fázi je tedy jasné, zdali jedinec tento těžký stav zvládne, nebo ne. Pokud jedinec tuto situaci nezvládne, mluvíme o psychickém selhání. Někdy se tyto fáze nazývají poplachová, rezistenční a fáze vyčerpání (Huber, Bankhofer, Hewson, 2009, str. 21).

2.2 Negativní dopady stresu

Stres je často prodlužován tím, že jedinec očekává selhání a tím se udržuje v neustálém strachu, že se něco nepodaří. To má za důsledek přehnané reakce, které se stávají stresory. Každá situace, pojmeme-li ji negativně, s očekáváním špatných důsledků, se stává frustrující. Takový člověk se může také chovat způsobem, který podkopává jeho sebedůvěru tím, že stres udržuje neustálým zdůvodňováním, proč je lepší problém neřešit nebo nechat řešení na druhých. Mnohdy se stává, že si lidé problém nechtějí připustit, protože se domnívají, že pro ně tudíž nebude stresorem. Poté se k řešení nemají, ale jsou stále frustrováni, protože odsunutí, vytěsnění problému nefunguje (Praško, Prašková, 2001 str. 61 - 63).

Když se stresory stále opakují, organismus to vyčerpává a toto vydávání energie časem způsobí, že se jedinec unaví. Hovoříme o chronických stresorech, které mohou

zapříčinit potíže, ze kterých nakonec člověk onemocní. Pokud se takové onemocnění dostaví, stres zvyšuje potenciální výhru nemoci nad obranyschopností jedince. Chronický stres, jednoduše řečeno, způsobí celkové opotřebování organismu (Joshi, 2007, str. 25 a 47).

2.3 Pozitivní dopady stresu

Z každého stresu však nevzejde onemocnění. Naopak, pozitivní stres je potřebný. Jak říká staré čínské přísloví: „K narození patří smrt, k nádechu patří výdech, k dávání patří přijímání, k výkonu patří odpočinek, k bezpečí patří osamělost, k napětí patří uvolnění“. Základním biologickým a psychologickým principem je opravdu napětí a uvolnění. Je to přirozená sinusoida života. Napětí vyvolává touhu po „nápravě“, dokáže rozproudit lidskou sílu a pružnost a tím nastolit rovnováhu. Bez nějaké míry stresu nemůže být člověk zdravý. Tato míra je u každého ale jiná. Pozitivní stres je takový, který dává impuls k automatické mobilizaci organismu, např. když se cítíme v nebezpečí, stres vyvolá reakci strachu, která nám může zachránit život v podobě útěku, obrany atd. (Huber, Bankhofer, Hewson, 2009, str. 20).

Stres je důležitým činitelem, který reguluje aktivitu. Žádná část těla nemá být nepřiměřeně zatěžována, zejména dlouhodobě, a k tomu slouží právě systémový stres, který napomáhá předejít určitému přetížení (Selye, 2016, str. 342).

2.4 Techniky zvládnání stresu

Člověk by jistě měl mít na paměti, že přiměřená míra stresu a na ní i odpovídající reakce je zdravým a nepostradatelným prvkem v životě. Proto klíčem ke stabilitě není pouze eliminace stresu, ale spíše jeho zvládnání, což jen nezbytným úkolem této moderní a uspěchané doby (Joshi, 2007, str. 130). Ke zvládnání stresu může lidem pomoci široká škála technik psychologických, psychosomatických či technik založených na příjmu vhodné stravy. Mezi tyto techniky mimo jiné patří meditace, relaxace, autogenní trénink, autosugesce, pozitivní seberozhovory, Bensova relaxační odpověď, různé druhy cvičení, knippování apod. Ve své práci uvedu pouze zlomek z výše uvedených.

2.4.1 Meditace

Název samotný vznikl z latinského slova „meditatio“ (přemýšlení o něčem) či „medius“ (střed). Ve světě se můžeme setkat s různými druhy meditací (např. meditace srdce),

ale v zásadě jsou všechny založené na navození vnitřní prázdnoty. Tato vnitřní prázdnota spočívá v zastavení toku permanentně probíhajících myšlenek a tím oddělení meditujícího od vnějšího světa. To vede k napomáhání odbourání stresu, nastolení vnitřní harmonie a dodávání mentálního klidu a síly (Huber, Bankhofer, Hewson, 2009, str. 83-84).

2.4.2 Relaxace

Relaxace je psychický a fyzický stav uvolnění těla a mysli s prožitkem vnitřního ticha, klidu a vyrovnaní. Relaxaci však nezaměňujeme s meditací ani s rozptýlením či zdřímnutím, jde o soulad mezi tělesným a psychickým uvolněním, kdy se tento soulad projeví splynutím srdečního a dechového rytmu a dále toto splynutí vyústí v soustředění na jednu věc nebo urovnání myšlenek. Čím hlubší je toto uvolnění, tím člověk dokáže více povolit napětí a účinek relaxace trvá déle (Praško, Prašková, 2001, str. 115-116).

2.4.3 Jóga

Jóga se za poslední dobu stala velmi oblíbeným způsobem cvičení, avšak tato meditační a tréninková metoda není nijak novou záležitostí, zrodila se asi před 5000 tisíci lety v Indii. V její domovině je jóga více než pouhé relaxační cvičení. Je to široké filozofické učení, jež na základě plynulých tělesných a duchovních cviků vede k duševní expanzi, která má pomoci k osvobození od tíhy fyzická a vyústit v sebepoznání jedince. Jóga se zakládá na pěti hlavních principech – správné uvolnění, správné dýchání, správné cvičení, správná strava a správné myšlení – které vedou k náležitému výsledku (Huber, Bankhofer, Hewson, 2009, str. 91).

2.4.4 Pozitivní seberozhovory

Tato metoda je velmi podobná autosugesci, také se jí říká „malé umění sebeovládání“. Lze ji uskutečnit kdekoli a kdykoli a její správné provedení může přinést skvělé výsledky. Jde o techniku dialogu mezi námi samými, při níž si říkáme, co bychom chtěli dělat, na co bychom rádi mysleli a jací bychom chtěli být. Seberozhovor můžeme užít k sugesci potřebného myšlení a chování (Huber, Bankhofer, Hewson, 2009, str. 88).

2.4.5 Autogenní trénink

Tato technika je známa po celém světě. V České republice je nejvíce rozšířen autogenní trénink podle doktora Johannes Heinrich Schultze, zatímco v USA je využívánější

metoda progresivní svalové relaxace podle doktora Edmunda Jacobsona. Autogenní trénink není nikterak žádná novinka, je používán již celá desetiletí a od té doby se uplatňuje v různých směrech. Nemá žádné „vedlejší účinky“ a je v podstatě zdarma, což znamená, že se dotyčný nebude ještě více stresovat finančními výdaji. Autogenní trénink může každý provádět sám a tak se sám i léčit. J. H. Schultz tuto metodu vyvinul z hypnózy. Hypnóza je podobný stav spánku, kdy je tento klidový stav navozen jinou osobou. Dochází při ní k vyřazení vnímání vnějších podnětů, uvolňují se cévy a svaly. Doktor Schultz při svých experimentech s hypnózou zpozoroval, že mnozí z dobrovolníků propadli bez jeho přičinění do stavu, který je velmi podobný hypnóze. Tyto osoby poté vypovídaly o velice hezkém stavu, příjemné tíži končetin a pocitu tepla v celém těle. Tak vznikla velice jednoduchá metoda, představená roku 1927 a publikována roku 1932 doktorem J. H. Schultzem, autogenní trénink, kterou se může naučit každý, dokonce i děti od 9. roku.

Je rozlišován nižší a vyšší stupeň, kdy nižší stupeň obsahuje šest různých cvičení založených na sugesci tíhy a tepla v končetinách, zklidnění pulzu a dýchání, hřejivého pocitu v oblasti solaru a chladu na čele. Vyšší stupeň je uskutečňován za pomoci imaginací, tzn. samostatně vybraných představách obrazů nebo situací. Prostřednictvím takového stavu uvolnění může člověk nalézt např. nová řešení problémů (Huber, Bankhofer, Hewson, 2009, str. 85-87).

2.4.6 Vhodná strava

Naše strava se za poslední roky velmi změnila. Jíme rafinované produkty, jídlo, jež obsahuje hodně soli, ovoce a zeleninu vypěstovanou za pomoci množství umělých hnojiv, mastné nebo velmi sladké pokrmy, které lidský organismus spíše oslabují, než mu dávají to, co potřebuje. Jíme objemově větší potraviny, které postrádají „jádro“: vyhnaná rajčata dusitany, brambory bez chuti, uměle aromatizované ovoce, které nemají našim tělům v podstatě co nabídnout a pak nám samozřejmě chybí vitamíny, minerály i stopové prvky. Na základě této trvající situace vznikl velký průmysl a obsáhlý trh potravinových doplňků, protože v naší stravě chybějí důležité živiny, které tělo potřebuje, ale člověk už je jen těžko nalezne v přirozených potravinách.

Když je ale organismus každý den zásobován dostatečným přísunem kyseliny listové, vitamínu B6 a B12 a lecitinu, nedochází k poškození cév a naopak dochází

k odbourávání homocysteinu, který je odpovědný za zánět a zdrsnění cévních stěn. Když už člověk onemocní, znamená to, že dlouho před tím je organismus narušován. Nikdo neonemocní z ničeho nic, výjimkou jsou ovšem nehody nebo infekce. Ve většině případů se jedná o nedostatek důležitých stavebních látek pro naše tělo a mozek. Je pravda, že náš organismus tuto nerovnováhu stravy dokáže celkem dlouho vyrovnávat, ale po určité době se dostaví drobné nemoci, později pak patologické příznaky a patrný stres. Osoby, které čelí neustálému stresu, trpí tzv. adaptačním syndromem. Tím zvyšují riziko nízké hladiny vitamínu C, které tělo potřebuje na vyrovnání stresových hormonů. Správná strava, ochraňující naše nervy před stresem, by se tedy měla skládat z čerstvé zeleniny a ovoce, rostlinných olejů, luštěnin, ořechů, celozrnných obilovin a klíčků. Důležité jsou pro náš mozek i stopové prvky jako je zinek a fosfor. Zinek nalezneme v rajčatech, avokádu a v karotce, fosfor je zase obsažen v sušeném ovoci, hlavně v rozinkách, fikách, datlích, meruňkách, švestkách nebo jablkách.

Velice důležitou látkou je lecitin. Tato mocná látka je stavebním kamenem všech živých buněk, a to ze 30 až 40 %. Lecitin způsobuje, že je buněčná membrána propustnější a pružnější, pomáhá její funkci a ohebnosti a spojuje mozkové buňky. Obsahuje ho např. vaječný žloutek, čočka, hrách, slunečnicová semínka a řepkový olej, ale těchto potravin by člověk musel spořádat velké množství, což by trávicímu traktu příliš neprospělo. Nejvíce lecitinu nalezneme v sóji (Huber, Bankhofer, Hewson, 2009, str. 96-102).

2.5 Stres versus trauma

Každý si asi dokáže vybavit události, kdy se nám zrychlí tep, svírá se nám žaludek, potí se dlaně, máme ve svalech pocit napětí nebo se celí třeseme. Tyto pocity jsou důsledkem určité stresující události. Když taková situace nastane, cítíme se obvykle tak nějak nesví, ale jak tato situace pomine, nebo ji překonáme, naše nelibé pocity zmizí. Někdy se ale může stát, že jsou tyto stresující události tak tíživé a zraňující, že zanechají šrám na duši, psychické následky. Tyto náročné stresové události se nazývají traumata. Je-li někdo diagnostikován jako pacient s posttraumatickou stresovou poruchou, muselo tomu předcházet právě trauma. Dokonce někteří psychologové PTST pojmenovávají jako přirozenou reakci na nepřirozenou událost (Porterfieldová, 1998, str. 16).

Traumatická událost se tedy charakterizuje hlavně její nepředvídatelností, neschopností tuto situaci jakkoli řídit nebo kontrolovat, dále nezaviněním – jedinec zpravidla nemůže za to, co se přihodilo. Je také typické, že dotyčnému hrozí psychická či fyzická újma, nebo se tyto dopady již projevují. Dalším znakem traumatické události je i výjimečnost těchto okolností. Pro člověka není tato příhoda zpravidla ničím běžným, většinou se do takové situace dostane za svůj život poprvé (a také naposledy). V neposlední řadě je typickým příznakem i dlouhodobý, často nevratný problém, se kterým se dotyčný potýká. Tento problém může být fyzického, psychického či mentálního rázu. Poté člověk přechází do další, temnější a zranitelnější fáze svého vývoje (Mareš, 2012, str. 45).

3 Posttraumatická stresová porucha

Autonehody, živelné pohromy, násilné trestné činy, domácí násilí, smrt. Všechny tyto a mnoho dalších podobných událostí spojuje to, že osoba, která je jejich účastníkem, je často ohrožena na zdraví a dokonce i životě. Tito jedinci jsou událostí zaskočení, nemohou uniknout, nechápou, co se vlastně děje a proč se to děje zrovna jim. Událost přesahuje jejich hranice chápání a dosavadní představy o světě a jejich pohled na svět je tím narušen. Tyto stavy se mohou dostavit u osob, které se stanou pouhými svědky těchto situací.

Ať už přímý účastník nebo svědek, u těchto lidí se v drtivé většině dostavuje stresová reakce na prožité trauma a tato událost má negativní následky týkající se jedincova somatického a psychického zdraví. To se děje v důsledku narušení pocitu, že má tato osoba vše pod kontrolou, že je schopná se s ní vyrovnat, a tak se jí bortí mysl, řád a kontinuita života. Dochází ke změnám emočním, fyziologickým i kognitivním (Mareš, 2012, str. 17-18).

Velmi významné poznatky v této problematice byly získány po válce ve Vietnamu. Řadu let po skončení války začali američtí veteráni trpět netypickými obtížemi. U těchto vojáků se začala objevovat nespavost, neklid, deprese, či zvýšená agresivita. Pro tyto obtíže byl psychiatry v USA zaveden pojem postvietnamský syndrom. Později se však zjistilo, že obdobnými obtížemi trpí nejen veteráni válek, ale právě i obyčejní lidé, kteří prodělali otřesný zážitek, jenž nemá s válkou nic společného (přeživší leteckých katastrof, znásilněné ženy, atd.). Postvietnamský syndrom byl tedy nahrazen jiným

pojmem, který vydržel dodnes a tím je právě posttraumatická stresová porucha (Čírtková, 2006, str. 128).

Ačkoliv je tato porucha obtěžující a náročná na překonání, je charakterizována jako velice pozitivní změna v jedincově citovém a kognitivním životě, která může mít dopad i na změnu v jeho chování. Tímto rozvojem se rozumí taková transformace, při které se jedinec dostává na vyšší úroveň adaptace, psychického fungování a porozumění životu (Tedeschi, Calhoun, Parková, 1998, str. 3). Tento proces, jeho děj i výsledek, může nastat až po několika týdnech, měsících ba dokonce letech (Mareš 2012, str. 45). U posttraumatické stresové poruchy jde zpravidla o opožděnou reakci organismu na deprimující událost nebo situaci neobvyklého ohrožení, která by vyvolala ve většině lidí pocit hluboké bezmoci. Poruchu v celé její míře nevyvolalo jen samotné trauma, ale i subjektivní odezva na ně, respektive to, jakou mírou člověk tuto událost zpracuje. Bezmoc, intenzivní strach nebo lekavost, u dětí mnohdy zmatené nebo vzrušené chování, to vše jsou známky toho, že dotýčný tíživou událost doposud úplně psychicky nezvládl (Morschitzky, Sator, 2014, str. 86).

3.1 Následky traumatu

U traumatizovaných osob, jež sužuje posttraumatická stresová porucha, se objevují příznaky, které lze podle Porterfieldové (1998) rozčlenit do tří skupin. Jsou to vtíravé příznaky, únikové příznaky a nadměrné vzrušení.

3.1.1 Vtíravé příznaky

Tyto příznaky by se daly charakterizovat jako nucené znovuprožívání traumatické události. Znovuprožívání se může projevovat například nočními můrami. Zmíněné noční můry, které traumatizovaného nešťastníka pronásledují, jsou většinou tak silné až živé, že vyvolávají fyzické pocity. Jedinec může pociťovat žaludeční nevolnost, či napadnout osobu, kterou spatřil ve snu. Bylo zaznamenáno, že vietnamští veteráni ve spánku svírali své ženy kolem krku prsty. Svým drahým polovičkám v žádném případě nechtěli skřivit ani vlas, ale napadali či se bránili svému domnělému vietnamskému nepříteli ve snu. Přes den se do mysli člověka trpícího PTSP vtírají vzpomínky na událost, ve kterých zároveň přemýšlí, co mohl udělat jinak proto, aby k traumatizující události nedošlo. Tyto myšlenky a pocity se stále vracejí i přes veškerou snahu je dostat z hlavy ven. Nežádá se ruku v ruce se vzpomínkami různé negativní emoce, jako

jsou strach, úzkost či pocity viny. Ovšem tyto pocity se mohou u postiženého dostavit i bez vzpomínky na stresovou událost a to za pomoci tzv. spouštěcího mechanismu. Tím může být prakticky cokoliv, co zažitá trauma připomíná. Mohou to být smyslové vjemy jako některé vůně, zvuky nebo určitá slova, která mohou odstartovat nekontrolovatelný příval emocí.

3.1.2 Únikové příznaky

Jak jsem již popsala výše u vtíravých příznaků, znovuprožívání a přemýšlení nad traumatickou událostí je pro osobu s PTSP po psychické stránce velice bolestivé, a proto se snaží vyhýbat jakékoliv činnosti, situaci, lidem či předmětům, které by mohli vyvolat i sebemenší vzpomínku na prožitou traumatickou událost. Například znásilněná žena se může začít zcela vyhýbat mužům, veterán z Vietnamu lidem z vietnamské komunity či příkazům od svého nadřízeného, protože ty mu mohou připomínat rozkazy svého velitele a vietnamci své nepřátele z války.

Ze života lidí trpících PTSP se může postupně zcela vytratit zájem o své koníčky, provozování svých oblíbených sportovních aktivit či docházení do zaměstnání. Postupem času nemusí být schopni vyjít ze svého domu nebo vůbec vstát z postele. I řešení své budoucnosti pro ně může být problém. Není to tím, že by byli líní, ale mají plné ruce práce (respektive hlavu) se vypořádat s přítomností, protože mají strach, že je každou chvíli může potkat něco zlého. Není ničím neobvyklým, že se lidé s PTSP uzavrou se svými emocemi do svého nitra. V dřívějších dobách byli lidé trpící PTSP mylně označováni za postižené trpící depresemi.

3.1.3 Nadměrné vzrušení

Téměř neustálým vzrušením si organismus postiženého PTSP potvrzuje skutečnost, že je stále připraven čelit nebezpečí, anebo uprchnout od kritických událostí. Celkově vzato lidé, respektive organismus těchto lidí nepřiměřeně reaguje na podněty ze svého okolí. Takového člověka životem často doprovází poruchy spánku. Neusíná s hlubokým spánkem ba naopak, jeho spánek je velice lehký a k jeho probuzení postačuje sebemenší hluk či šum. V horším případě má problémy vůbec usnout. Z obavy, že by je mohlo přes noc zaskočit nějaké nebezpečí, si někteří lidé dokonce ukládají v dosahu postele nějakou zbraň. Problémy mohou nastat i s navštěvováním veřejně přístupných míst jako jsou kina, restaurace atd. Postižený místo toho, aby se uvolnil, pozoruje ostatní, zda

nepředstavují nějakou hrozbu a hledá únikové cesty, kterými by se v případě nebezpečí mohl vydat. Výsledkem tohoto nepřetržitého napětí může být nepřiměřená agresivita, výbuchy vzteku a celková podrážděnost.

3.2 Porucha z traumatu

Jestliže se zkušenost traumatické události uložila do paměti jen střípkovitě a neuspořádaně, ve zlomkovité podobě a bez začlenění do životního příběhu, poté událost zpravidla ožívá, jako by se vše znovu dělo v současnosti. Určité předměty, např. objekty, obrazy, pachy nebo zvuky, dovedou najednou událost oživit v její surové formě takovým způsobem, že se opravdu znovu vynořují tytéž hrůzy. Tito lidé se tomu snaží za každou cenu vyhnout, tím však své trable ještě více zhoršují, jelikož se necvičí ve zpracovávání svých vzpomínek. Po traumatu se pocit jistoty nebo ohrožení života stává dominujícím postojem k životu. Rozvíjí se tzv. „struktura strachu“, dotyčný se cítí v ohrožení, dokud ve svém okolí nezaznamenají nějaké znamení jistoty či bezpečí, stejně jako se ostatní lidé cítí v bezpečí, dokud si nevšimnou nějaké známky nebezpečí. Pozornost k podnětům spjatých s úzkostí, která se postupem času zvyšuje, je hlavním znakem posttraumatické stresové poruchy. Člověk je chronicky podrážděný a svou pozornost upíná výhradně na odhalování možných nebezpečí. Tímto se ale ocitá v začarovaném kruhu, neboť tento neklid může nastartovat falešnou poplašnou reakci a s ní i související vzpomínky.

Způsob uchovávání děsivých informací v paměti a pozornost dotyčných je tedy selektivní. Vybírají si podněty charakteristické pro traumatické nebezpečí. Třídí, analyzují a zažívají aspekty přítomnosti hlavně na základě svých traumatických zkušeností. Ty pomalu proměňují i kognitivní schémata, tj. základní mínění o své osobě a o světě kolem sebe (Morschitzky, Sator, 2014, str. 88 - 89).

3.3 Rizikové skupiny postižené PTSP

I když posttraumatickou stresovou poruchou může trpět každý z nás, jsou určité sociální skupiny, které jsou rizikovější než jiné. V určitých povoláních dochází k vypjatým a složitým situacím, které mohou vyvolat neočekávanou reakci v podobě stresu či traumatu. Takovou skupinou mohou být např. policisté, hasiči, oběti přírodních katastrof, příslušníci pomáhajících profesí či migranti nebo násilně vystěhované osoby. Ve své práci uvedu pouze některé z výše zmíněných sociálních skupin.

3.3.1 Policisté

Být policistou obnáší určitá specifika. Nejen že musí ctít a prosazovat zákon, i když s ním nemusí souhlasit, ale je také často vystaven riziku zranění při zásazích proti násilníkům, výtržníkům či vrahům, nebo stresován při použití střelné zbraně či při nalezení mrtvolky atd. (Hoskovcová, 2009, str. 129).

Podle Čírtkové (2006) v policejní profesi existují psychologicky těžké situace, které vyžadují pozornost, případně i psychosociální intervenci. Mezi tyto náročné situace patří hlavně vyšetřování násilné trestné činnosti (především vraždy), sdělování smutných či nepříjemných zpráv (např. o vážném zranění, smrti), užití střelné zbraně ve výkonu služby (takzvané post-shooting trauma), jednání s psychicky narušenými, zákroky v dramatických rodinných rozepřích – násilí či teror v rodině, komunikace s obětí. Obzvláště potřebná psychosociální intervence se jeví u obecně traumatizujících situací jako jsou sebevraždy nebo smrt policistů, použití střelné zbraně a odchod do výslužby (Hoskovcová, 2009, str. 129).

3.3.2 Příslušníci pomáhajících profesí

Takovými příslušníky se míní např. hašiči, zdravotní sestry, dobrovolníci v rozvojových zemích, záchranáři atp. V rámci své profese se často, aby pomohli lidem, ocitají ve velice rizikových situacích. Mnohdy pak sami zažívají těžká traumata, leckdy dvojího ba dokonce trojího typu. Těmito událostmi mohou například být: přírodní katastrofy – tornáda, tsunami, zemětřesení, dále jednání s agresivními, zdrogovanými nebo zfanatizovanými lidmi, nebo také manipulace s těžce poraněnými. V takových vypjatých situacích jde často o vteřiny a ne vždy tato snaha vede k úspěchu, např. když je pacient trvale postižen nebo zemře. Tyto situace jsou u profesionálů velice běžné, opakují se, a to často způsobuje chronický stres (Mareš, 2012, str. 160).

3.3.3 Účastníci vojenských konfliktů

Mezi časté zážitky vojáků nebo obětí válek patří zejména mučení, odloučení od rodiny, zranění spolubojovníka, účast v přímém boji nebo zabíjení nepřátel (Mareš, 2012, 155). Válka způsobuje duševní utpení všem zúčastněným. Kromě osob, jež přežili koncentrační tábor, a válečných zajatců, jsou nejvíce ohroženou skupinou váleční veteráni. Ti, kteří se účastnili přímých bojů, mají velkou pravděpodobnost, že se u nich posttraumatická stresová porucha rozvine.

K válečným traumatům vedou hlavně tyto faktory: odloučení od svých domovů, v případě cizí země je to i složitá komunikace v cizím jazyce, mladý věk vojáků, kteří se s traumatem neumějí sami vyrovnat, neustálá přítomnost rizika smrti, extrémně těžké podmínky – nedostatek spánku, málo jídla a pití, dlouhé túry bez odpočinku a v nepříznivém počasí, a v neposlední řadě je to i vojenský výcvik, který vychovává k nenávisti nepříteli. O posttraumatické stresové poruše se mluví jako o „riziku vojenského povolání“ (Poterfieldová, 1998).

3.3.4 Migranti

Mezinárodní migranti jsou takové osoby, jež žijí mimo svou rodnou zemi déle než jeden rok. V roce 2000 bylo migrantů po celém světě zhruba 150 milionů, což tvoří necelá 3 % populace. Mezi migranty patří i nelegální migranti, jejichž počet je těžko odhadnutelný, a uprchlíci. Uprchlík je osoba, která se nachází mimo svoji vlast a má opodstatněné obavy z pronásledování z rasových, národnostních, politických či náboženských důvodů. Cizinci mají své specifické problémy, které vyplývají z jejich situace. Většinou jde o obtíže spojené s azylovou procedurou a získání povolení k pobytu. To vede k existenčním nejistotám a tedy i k velké psychické zátěži (Hoskovcová, 2009, str. 158 – 159).

3.4 Rozdíly mezi lidmi

Lidé, u kterých se po traumatu rozvine posttraumatická stresová porucha, se liší od těch, jež podobné zkušenosti zdolali bez poruchy. Disponují charakteristickými rysy. U takových lidí je pozornost selektivní a nadměru soustředěná vůči nebezpečným podnětům. Tyto situace a podněty jednoznačně interpretují jako hrozbu. Jejich chybné kognitivní interpretace vzbuzují v jejich těle falešnou poplašnou reakci. Jejich vleklý biologický stresor je kvůli potlačování traumatických myšlenek a vzpomínek, které nezvládl, následkem úzkosti. Odtrhování pocitů vede až k emocionální slepotě, jež způsobuje nemohoucnost jedince zacházet s negativními pocity. Z tohoto důvodu má extrémní strach, že se objeví další tyto negativní emoce, se kterými se neumí vypořádat. Pak se straní všem myšlenkám, obrazům i situacím, jenž mu připomínají zažitá trauma a umocňují v něm pocit bezmoci (Morschitzky, Sator, 2014, str. 89).

Vědci se touto otázkou zabývají stále. Zajímalo je, zda mají tito lidé sklon k větší zranitelnosti a tudíž i dispozice k rozvoji posttraumatické stresové poruchy, a zdali na rozvoj poruchy mají vliv předešlé životní zážitky či podmínky. K těm patří například nízké sebevědomí, dušení nemoc v rodině, poruchy chování v dětství nebo dětství prožité v nouzi či chudobě. Ukázalo se, že všechny tyto činitele mají dopad na rozvoj posttraumatické stresové poruchy a závažnost jejích symptomů. Avšak na rozdíl od dřívějších názorů dnes převládá přesvědčení, že za vznik poruchy nejsou plně odpovědné, ale spíše zvětšují její pravděpodobnost.

Vznik, rozvoj a závažnost posttraumatické stresové poruchy bez okolků ovlivňují emoční vyzrállost a věk postiženého. Podle psychologa Raymonda Flanneryho je pravděpodobnost dlouho vleklých negativních důsledků poruchy tím větší, čím mladší a citově nevyzrálejší je oběť, a to především z důvodu, že mladým lidem schází životní zkušenosti. Čím starší jsme, tím spíše si dokážeme s náročnými situacemi poradit.

Někteří psychologové se také domnívají, že určití jedinci mají k posttraumatické stresové poruše vrozené dispozice. To znamená, že jejich mozkové receptory jsou mnohem citlivější na kortizol, adrenalin a noradrenalin. U takových lidí dochází ke snadnějšímu a déle trvajícimu podráždění.

K traumatům jsou mnohem citlivější i lidé, kteří si už ve svém dětství prožili traumatické události. Jakmile je člověk jednou traumatizován, je jeho nervový systém k traumatu citlivější.

Odborníci, jež se zabývají posttraumatickou stresovou poruchou, zastávají fakt, že nejdůležitější faktor pro reakci na trauma je samotná událost, než osobnost oběti. Jedním z nejpodstatnějších činitelů ovlivňujících riziko poruchy je závažnost traumatické události. Čím více se dotyčný bojí, má hrůzu a cítí bezmoc, tím pravděpodobnější je riziko vzniku posttraumatické stresové poruchy (Poterfieldová, 1998, str. 49 – 51).

4 Terapie

Terapeutické přístupy můžeme obecně vymežit jako určité způsoby vědeckého a cíleného jednání s člověkem, které směřují k eliminaci nežádoucích obtíží, či odstranění

jejich příčin, k žádoucí užitečné změně (např. v chování, jednání, ve fyzickém výkonu). Terapeutické metody mohou být aplikovány buď elementárně v rámci jednotlivých terapií, tzn. nezávislých a ucelených systémů s vlastní metodologií a teorií (např. hypoterapie, arteterapie, psychoterapie apod.), nebo druhotně v rámci jiných odborných, na pomoc handicapovanému člověku zaměřených činností, např. ve speciálním vzdělávání (Müller a kol., 2014, str. 18).

Podle Carla Rogerse (Rogers, 2015) je terapie, zejména na klienta zaměřená, úžasná a dynamická zkušenost, u každého jedince originální, avšak vykazující zákonitosti a udivující svou obecností. V padesátých letech předešlého století se začaly utvářet velmi zajímavé a důležité poznatky v oblasti terapie jako takové. Tyto nové poznatky napomáhají terapii a usnadňují rozvoj osobnosti směrem k duševní zralosti. Terapie hraje klíčovou roli v uvolňování a ulehčení tendence organismu k duševnímu zrání, když je tato tendence v minulosti zablokována nebo potlačena.

4.1 Obecně platné principy terapie

Müller a kol. (Müller a kol., 2014) uvádějí, že pro všechny druhy terapie vždy platí, že:

- se odehrávají v určitém prostředí a čase (např. v komunitě, psychiatrické léčebně, ambulanci, stacionáři, v relativně pravidelných intervalech, krátkodobě nebo dlouhodobě)
- mají specifickou formu organizace – skupinovou, rodinou, párovou, individuální, ...
- odpovídají osobní a odborné způsobilosti terapeuta a jeho profesní orientaci (terapeutický přístup i prostředky práce by měly vycházet ze vzdělání, tréninku a osvědčených zkušeností)
- záleží na věku, původech onemocnění a symptomech klienta (rozlišuje, zda jde o děti, dospělé nebo seniory, a také zdali bude vhodnější se soustředit na odstranění příčin nebo negativních symptomů atp.)
- mohou být primárně zacíleny na psychické, nebo naopak na somatické změny klienta (terapeut může například vycházet z poznatkové fyziologické či psychoterapeutické základy)

- zpravidla míří k nápravě stavu, tedy léčivě, ale i preventivně a rehabilitačně (tím je myšleno dosahování nejen žádoucí změny, nýbrž také eliminace rizika vzniku a rozvoje jiných potíží a napomáhání adaptace k prospěšnému společenskému stavu).

4.2 Druhy terapie

Medicínská praxe vychází ze čtyř základních postupů v terapii. Těmi jsou chirurgický postup, jež operativně léčí nemoci a úrazy manuálním ošetřením, medikamentózní postup, též zvaný farmakoterapie, která spočívá v podávání léků a infuzních roztoků, fyzioterapeutický, který se zaměřuje na léčbu pohybového aparátu, jehož funkce je oslabena nepřiměřenou námahou a psychoterapeutický postup, který se zaměřuje na léčbu psychických nemocí nebo na zlepšení sociálních vztahů. Všechny tyto přístupy vycházejí z nejrůznějších zdrojů a opírají se o využívání rozmanitých prostředků intervenční činnosti (Müller a kol., 2014, str. 18-23). Níže uvádím některé druhy terapie, jež mohou pomoci v léčbě posttraumatické stresové poruchy.

4.2.1 Psychoterapie

Zakladatelem psychoanalýzy, z níž psychoterapie vychází, je německý neuropsychiatr Sigmund Freud, jehož učení dále rozvíjeli jeho následovníci – Alfred Adler a Carl Gustav Jung (Butler, Frickerová, 2006, str. 30). V psychoterapii je velice důležité slovo. Díky vhodně zvoleným slovům se může změnit lidské chování, emoční i tělesné prožívání i myšlení. Je to z toho důvodu, že slova dokáží v naší hlavě podnítit určité procesy, které jsou dokonce vyditelné na zobrazovacích technikách mozku. Slovo dokáže měnit hmotu a tomuto zázraku se říká psychoterapie.

Psychoterapie je dlouhotrvající proces. Metaforicky by se dalo říci, že psychoterapeut je učitel, díky kterému se můžeme znovu naučit chodit životem. Je mnoho metod používaných v terapii, avšak všechny mají stejný cíl – pomoci od bolesti. V zásadě lze psychoterapii vymežit jako odbornou, cílevědomou a záměrnou aplikaci psychologických nástrojů, použitou za účelem změni určité aspekty v osobnosti lidí společensky i individuálně přijatelným směrem (Müller a kol., 2014, str. 23 - 25).

4.2.2 Hypnoterapie

Hypnoterapie je aplikace hypnózy v terapeutickém procesu. Hypnóza byla v dávných dobách spojována s čarodějnictvím a šarlatánstvím. Za své existence prošla rozmanitou

historií. Z důvodu zneužití různými hypnotizéry, kteří ji veřejně aplikovali na vystoupeních, se hypnóza do paměti lidí nezapsala příliš kladně. Dokonce někteří romanopisci, např. Charles Dickens, ji nazývali okultní vědou. Od těchto časů se posunula kupředu a začala být přijímána jako jedna z technik v lékařských zařízeních.

Dnes je hypnóza vědou sice uznávaná, ale stále ještě není zcela jasné, jaká je její podstata. Někteří vědci zastávají názor, že hypnóza stimuluje náš mozek k uvolňování chemických látek. Avšak populárnější je teze, která tvrdí, že se hypnózou utlumí levá, racionální hemisféra a pravá, emocionální hemisféra přijímá velení.

Současná hypnoterapie má své kořeny v 18. století. Za jejího průkopníka je považován rakouský lékař Franz Anton Mesmer (Butler, Frickerová, 2006, str. 8 – 14).

4.2.3 Farmakoterapie

Z krátkodobého hlediska je léčba léky rychlejší a více schopná než psychoterapeutická intervence. Avšak výsledky, ke kterým lze dojít v psychoterapii, bývají trvalejší. Douhodobý účinek u léčiv je problematický. Také se může vytvořit tolerance a návyk, který v dotyčném způsobuje obtíže s kontrolou a ovládním dané látky. Nicméně je neopomenutelný fakt, že mnoho lidí si se svými psychickými potížemi už ani neumí představit život bez léků.

Někteří lidé na léky ale nereagují nijak. Tomuto fenoménu se říká farmakorezistence. Tento jev může nastat hlavně u lidí se silnými depresemi, úzkostnými poruchami, těžkou agorafobií nebo poruchou osobnosti, zvláště pak u paranoidních poruch (Praško, Holubová, 2017, str. 134- 144).

4.2.4 Kognitivně-behaviorální terapie

Kognitivně-behaviorální terapie vznikla v sedmdesátých letech minulého století sjednocením kognitivní a behaviorální terapie. Behaviorální terapie má za cíl analyzovat zjevné chování jedince v problémových situacích a její podstatou je docílit žádoucího chování. Podstatou kognitivní terapie je rozbor názorů, přesvědčení, myšlení a postojů. Kognitivně-behaviorální terapie usiluje o analýzu vzorců chování a myšlení, o vysvětlení, jak se tyto vzorce chování zrodily a co je udržuje, a v průběhu terapie pomáhá dotyčnému změnit je na vhodnější, konstruktivnější a účinnější návyky, které eliminují nebo odstraní jeho negativní emoční prožívání (Müller a kol., 2014, str. 30).

5 Úvod praktické části

Praktickou část své bakalářské práce jsem se rozhodla věnovat dvěma hloubkovým rozhovorům, jejich komparaci a zhodnocení, jaký přístup je vhodný a proč. Pomocí rozhovorů bych ráda představila, jak vypadá práce terapeutů, co obnáší a jaké výsledky v praxi má. V úvodu teoretické části jsem psala, že se budu věnovat i kazuistice a popisu jednotlivých případů, ale vzhledem k citlivosti tématu jsem se uchýlila pouze k rozhovorům s terapeutkami, které nastíní, jak práce s lidmi trpící PTSP vypadá a co obnáší.

5.1 Rozhovory

Hloubkové rozhovory se týkají hlavně terapeutické práce a názorů terapeutek na PTSP. Obě terapeutky mluví o příčině PTSP, o rozdílech mezi lidmi, u nichž tato porucha propukne a u těch, u kterých nikoli, o tom, co terapie obnáší, o prevenci a o dalším vývoji v životě těchto lidí. Rozhovor vedu nejdříve s regresní terapeutkou, která se ve svém oboru pohybuje již 20 let, a s diplomovanou psycholožkou, která vede svou psychologickou poradnu na Praze 5.

Obě terapeutky si přejí zůstat anonymní, takže jejich přání budu respektovat. Jejich jména jsou pozměněna.

5.1.1 Rozhovor č. 1

1) Míšo, mohla byste mi o sobě něco říct? Kdo jste, co děláte?

Už mnoho let pracuji jako regresní terapeut. K regresní technice jsem se dostala už před 20-ti lety. V té době se psychicky zroutila moje mladší sestra a to mne silně motivovalo hledat odpovědi na otázky, proč se takové věci dějí a jak těmto lidem pomoci. Nejprve jsem samozřejmě pátrala po odpovědi v klasické medicíně. Protože jsem nenalezla uspokojivé odpovědi, pátrala jsem dál i v alternativních směrech. Regresní technika je nástroj, který mi odpověděl na většinu mých otázek a poskytl možnost aktivně pomoci lidem, kteří o tuto pomoc žádají.

2) Co to je regresní terapie a jak funguje?

Regrese znamená návrat. Pomocí této nehypnotické techniky - pracuje se v relaxačním uvolněném stavu klienta - máme možnost vyhledat původní příčiny současných problémů a ty následně řešit nebo léčit. Umožňuje nám prozkoumat časovou osu našeho vývoje. Ta zahrnuje kompletní informace vztahující se k našemu současnému životu. Využívá se k tomu asociativní schopnost našeho mozku. Na počátku našeho pátrání je důležité ujasnit si téma. Většinou je na první pohled zřejmé – může jít o nemoc nebo různé obtíže, jako např. strachy, fobie, vztahové problémy, momentální krize v určitém období života, ztráta smyslu žití, deprese či různé závislosti. Někteří lidé pocítují celkovou nespokojenost se svým životem, případně již od dětství mají pocit, že sem nepatří, že tady nechtějí být. Jiným se dějí zvláštní, nevysvětlitelné věci.

Při pátrání v naší minulosti je velmi důležité mít zkušenost průvodce – terapeuta. Praxe ukazuje, že schopnost znovuvybavení si událostí z naší minulosti je individuálně odlišná a rozmanitá. Někteří lidé disponují dobrou vizualizací, jiní původní události spíše procítují, některým vyskakují informace ve formě klíčových slov či symbolů do vědomí. Existuje přibližně 10 % těch, kterým se nepodaří vybavit si cokoli ze své hluboké minulosti. Po úvodní jednoduché relaxační technice, která napomůže celkovému uvolnění, se zaměřujeme na předem určené téma a postupujeme chronologicky po časové ose směrem do minulosti.

Dnes již nejspíš nikoho nepřekvapí, že mnoho našich potíží má své kořeny v období dětství. Během této důležité etapy života se rozvíjí naše osobnost a nastavuje naše sebehodnota. Od toho se později odvíjí naše uplatnění, ale i schopnosti navazovat a udržet kvalitní vztahové vazby. Regresní technika umožňuje efektivně léčit traumata a potlačené nepříjemné vzpomínky našeho vnitřního dítěte, čímž se probudí náš zablokovaný tvořivý potenciál.

Pokud je adept dostatečně odhodlaný a trpělivý, dostává se ve svém sebepoznávacím procesu stále hlouběji. Dříve či později nahlédne za kulisy své současné lidské role. Postupně zjistí, že už před příchodem do současného života měl svou individuální formu vědomí, čili duši. Může si procítit, s jakým nábojem a motivací vstoupil do své lidské role. Možnosti jsou různé, od naivního nadšení až po silný odpor. Při sestupu do

hmoty většinou také vnímáme, ke komu přicházíme a do jakých podmínek se narodíme. Jsme citliví vůči našemu přijetí či odmítnutí. Ukazuje se, že plod v lůně vnímá všechny zásadní emoce a myšlenky matky během prenatálního období. Důležitým mezníkem je poté samotný porod. Při jeho znovuprožití zjišťujeme, že během této podstatné prvotní životní výzvy jsme si zafixovali řadu postojů a přesvědčení, které neustále automaticky opakujeme v průběhu našeho života (tréma, nepříjemné reakce na změny, klaustrofobie, migréna, příp. postoj: „to nezvládnou, to nemá cenu“ apod.)

Klient postupně získává nadhled, uvolňuje se potlačený emocionální náboj, což posléze vede k úlevě a změně postoje k původně traumatickým a nepříjemným událostem. Často dochází spontánně k pochopení rolí v až do té chvíle nesmyslném lidském dramatu. Ruku v ruce s ním přichází přijetí a potřeba odpuštění. Časté také je, že se posléze začínají vynořovat z hlubin našeho podvědomí fragmenty lidských příběhů z dob minulých. Ať už si pro sebe otázku víry v reinkarnaci zodpovíme jakkoliv, ukazuje se, že přibližně až 80 % adeptů regresních technik se, často ke svému nemalému překvapení, dříve či později identifikuje s rolí oběti či viníka v příbězích, o nichž se jim dosud ani nesnilo. Díky tomu získávají cenné poznání, že smyslem života na Zemi je vývoj duše. Vychází najevo, že za tímto účelem jsme opakovaně „nuceni“ vstupovat do rozmanitých lidských rolí a tím získáváme cenné životní zkušenosti. Postupujeme vpřed světem duality. Tam kde jsme v minulosti zneužili moc světskou či duchovní, jsme nevědomě dali do pohybu karmický zákon příčin a následků. Ten nás posléze neúprosně vede do rolí bezmocných obětí, abychom na vlastní kůži pocítili to, co jsme kdysi bez soucitu způsobovali druhým.

Mnoho následujících životů se pak snažíme vymanit z nesmyslného utrpení, ale stigmatu viny není snadné se zbavit. Nahlédnutím do své minulosti můžeme nejen pochopit prvotní příčiny toho, co nyní prožíváme, ale získat tím i možnost pozitivně ovlivnit svoji budoucnost. Postupně a trpělivě můžeme rozplétat nepřehledné nitě spřádající náš osud. Svoji minulost už nemůžeme změnit. Cestou hlubokého poznání, pochopení a následného přijetí máme možnost získat pomyslný klíč, který nám umožní osvobodit se ze svého vnitřního vězení.

3) Míšo, ráda bych se bavila o posttraumatické stresové poruše. Chodí k Vám klienti s touto poruchou? Zajímalo by mě, jaké s ní máte zkušenosti.

Vyhledávají mne klienti s nejrůznějšími problémy. Obvykle se jedná o vztahové problémy, zdravotní obtíže, malé sebevědomí, nebo nějaké konkrétní potíže. Stává se, že v současnosti anebo v minulosti prožili nějakou obtížnou životní zkušenost a nedokáží se s ní sami vyrovnat.

Například přijde klient s tématem: „Mám strach z výšek.“ nebo „Mám panické stavy v nějakých situacích.“ V terapii jsme schopni dohledávat tzv. kořeny problému. Většinou se klientovi vybavuje nějaká konkrétní situace, nejčastěji v dětství. Tato situace může být uložena hluboko ve vzpomínkách, většinou si ji na vědomé úrovni ani nepamätujeme. Regresní technika umožňuje, abychom udělali takovou „archeologii.“ Odkrýváme jednotlivé vrstvy původní situace. Zvědomujeme obsahy a třeba i detaily původní traumatické situace, odemykáme potlačený emocionální náboj.

To nám následně umožňuje novým způsobem se s tímto traumatem vyrovnat.

Spravidla probíhá silná katarze, provázená pláčem, vztekem a na konci dochází k jakémusi smíření a přijetí původní traumatické události. Téměř vždy dochází k neuvěřitelnému pocitu úlevy, někdy až dokonce k euforické reakci. I na poměrně těžkou a vypjatou situaci nyní získává klient nový náhled. Velice často na události objeví i vtipné momenty a pak může mít dokonce záchvat intenzivního smíchu. Nejdůležitějším aspektem je, že se mu už nespouští původní model stresového chování a obranných reakcí.

Původně užitečný obranný mechanismus v případech skutečného ohrožení, se při posttraumatické stresové poruše „zvrtné“ a později se stává tento náš ochránce „bachařem“. Takže nás vlastně vězní, dává nám jen malý prostor, abychom se odvážně pouštěli do nových výzev.

3) Mohla byste mi popsat nebo demonstrovat nějaký případ Vašeho klienta?

Ano, jistě. Měla jsem na terapii mnohokrát lidi, kteří měli např. iracionální strach z výšky, ale nepamätovali si žádnou událost, kdy by byli vystaveni nějaké extrémní situaci související s výškou. Při regresi se postupně odkrývaly vzpomínky, které většinou vedly do velmi raných fází dětství, dokonce i do období, kdy si myslíme, že už si nemůžeme nic pamätovat. Ukázalo se, že je to strach z toho, že nemá kontrolu, že někam padá dolů. Velice často právě tento strach z výšek vede k nějakému dětskému pádu, který už si dávno nepamätujeme, nebo třeba také do porodního traumatu. Často

tam dítě míva pocit, zvláště u překotných porodů, že ho to někam táhne, nebo někam padá. Často má při tom i silné somatické projevy. Poté, co se zvědomí původní posttraumatická událost, pocítí klient okamžitou úlevu a následně bývá překvapen tím, že v konfrontaci s další podobnou situací se u něj už neobjevují pocity ohrožení a nejistoty.

4) Mě by zajímalo, Mišo, jaké jsou hlavní odlišnosti mezi lidmi, u kterých se posttrauma objeví, a u těch, kteří se s traumatem vypořádají zdravým způsobem.

Zásadně se liší jejich reakce na stejný druh traumatické události. Vezmeme si například pád ze stromu v dětství. Určitě se to stalo nám mnohým a nemusíme z toho mít žádné trauma, ani se nebojíme výšek. Ale někdo se může neustále točit v kole těchto strachů a bouřlivých emocí. Je pravděpodobné, že to bude mít negativní vliv na prožívání toho člověka. Třeba se bude bát podobných věcí, nebo začne mít vyhýbavé chování, aby se eliminovaly příští rizika atd. Ale naopak u lidí, kteří měli k dispozici vnitřní zdroje, aby se s takovou situací dokázali vyrovnat, dochází k vnitřnímu posílení a odolnosti vůči následným životním výzvám.

Pracovala jsem v Jedličkově ústavu s dětmi s handicapem. Na rodičích těchto dětí bylo na první pohled poznat, kdo se dokázal s touto těžkou životní výzvou, mít handicapované dítě, vyrovnat a kdo ne. Ti rodiče, kteří se s tím smířili, byli fantastičtí lidé, plní vnitřní síly. Neseděli a nelitovali se, nenadávali na osud, nebyli vnitřně zlomení, čišila z nich moudrost a měli odvahu hledat pozitivní řešení do budoucnosti. Zakládali organizace, které následně řešili, kam s těmito dětmi, až skončí školní docházku, aby jim mohli nabídnout nějakou perspektivu. Ale rodiče, kteří se nevyrovnali s tím, že mají postižené dítě, byli bez energie, ukřivdění, zlomení životem. Krásně bylo vidět, kdo tuhle vývojovou výzvu přijal a kdo ji přijmout nemohl.

5) Co si myslíte o užívání léků v souvislosti s psychickými problémy?

Je pochopitelné, že každý hledá nějakou pomoc. A pokud se podaří najít doopravdy efektivní léčbu, tak je to v pořádku. Chodí ke mně lidé, kteří jsou ve velmi těžkém psychickém stavu, nebo jsou vyčerpaní dlouhodobou depresí, která se nastartovala nějakou krizí v jejich životě. Soucítím s nimi a přeji jim efektivní a rychlou úlevu. Bohužel to někdy sklouzává k tomu, že lidé předají odpovědnost za sebe zcela do rukou lékaře či léčitele a očekávají, že on za ně jejich problémy vyřeší. Většina věcí, které nás

v životě potkávají, jsou jen vývojovou výzvou a je především na nás, abychom se k ní postavili čelem. Často jde totiž o to, že se tu hlásí duše, aby nás na něco upozornila. Dává jasné signály o tom, co se tady teď děje a chce nám něco ukázat, někam nás nasměřovat. Pokud nebudeme tyto signály vnímat a reagovat na ně jinak, než že je utlumíme léky, dá se předpokládat, že to bude mít následky. Když nechceme vidět, co je za tím, co nás sužuje, nechceme se učit z lekcí, které nám život nabízí, projeví se to později, možná v nějaké horší verzi. Často se mluví o tom, že mnoho z potíží, které máme ve fyzickém těle, mají psychický podklad. Dneska je psychosomatika docela frekventované téma.

Dá se pochopit, že člověk v kritickém stavu by občas chtěl i ukončit svou existenci. Pak jsou na místě prostředky, které mu dají šanci, případně se ho někdo ujme, aby se mohl trošku nadechnout a dále se sebou pracovat. Takže nejsem proti lékům, fandím výzkumu a medicíně, aby vyvinuly efektivní léky.

6) Míšo, existuje nějaká prevence, aby se u nás nerozvinula posttraumatická reakce?

Jeví se mi, že nejlepší prevencí je odolnost získaná při zvládnání předchozích vývojových zkoušek v životě člověka. Ten, kdo zvládne v životě nějakou velkou výzvu, např. přijde o blízkého člověka a nezahořkne, neobviňuje osud nebo sebe, a vyrovná se s tím, má „precedenc“ pro další výzvy v životě. Pokud se nám nepodařilo na základě našich vnitřních zdrojů a nastavení toto zvládnout, jsme handicapovaní pro další životní lekce a jsme oslabeni.

Protože pracuji i s umírajícími, kde si před smrtí lidé dělají jakousi životní „inventuru“, mohou podle pocitu křivdy, strachu, nespravedlnosti nebo lítosti nebo naopak moudrého nadhledu a humoru odhadnout, kdo svá traumata zvládnul a kdo nikoli.

7) Jsou nějaké zásady v regresní terapii a v práci s traumatizovanými lidmi?

Každá technika má svá pravidla hry. I regresní technika je má. Oceňuji na ní, že nevede klienty do závislosti na terapeutovi, ale hlavně k tomu, aby našel své vnitřní zdroje a napojil se na svou vnitřní sílu. Aby se naučil se sebou pracovat a překonávat životní výzvy sám.

Tato technika umožňuje nahlédnout do omezujících programů, které vznikly už v minulosti a zjistit, proč dotyčný dělá v životě špatná rozhodnutí - vybírá si komplikovanější partnery, roli oběti, proč má nízkou sebehodnotu atd.

Po rozkrytí pozadí tohoto nastavení, se kvalita jejich života výrazně změní k lepšímu.

5.1.2 Rozhovor č. 2

1) Věro, mohla byste mi o sobě něco říct? Kdo jseš a co děláš?

Jsem behaviorální patoložka, speciální pedagožka, etopedka, adiktoložka a koučuji lidi, kteří potřebují nastartovat svůj život po nehodách, po úmrtích blízkých, po traumatických zážitcích a těžkých životních situacích. Zabývám se svou prací 20 let. Také jsem vyučovala na vysoké škole psychologii a psychoterapii a také další předměty, které nesouvisí s psychologickou prací.

2) Ráda bych se bavila o posttraumatické stresové poruše. Chodí k Vám klienti s touto poruchou? Zajímalo by mě, jaké s ní máte zkušenosti.

Do mé poradny chodí lidé, kteří si prošli touto problematikou, týká se to především dětí, kterými se zabývám. Jsem zaměřená především na děti s těžkými poruchami chování a soustřeďuji se na rodinnou terapii, kde se setkávám s lidmi, kteří také měli nebo mají posttraumatickou poruchu osobnosti. Jde o různé události, může to být úmrtí, stěhování ze země do jiné země, odebrání dítěte do pěstounské péče a další těžké události.

Já tuto poruchu odděluji pro děti a pro dospělé z důvodu jiného přístupu a práce s dětmi, ale také pro cizince, protože i ti mají specifické problémy, jiné než Češi. Týká se to lidí z válečných oblastí, např. z Afgánistánu nebo Čechenska, kde se dá mluvit o dlouhodobých potížích, které přetrvávají. Chodily ke mně klientky okolo 14 až 17 let, nebo ženy, které se přistěhovaly z těchto válečných oblastí a které trpí několik let a odmítají jakoukoliv lékařskou péči, odmítají terapii i léky. Práce s takovými lidmi je celkem komplikovaná, za prvé jde tedy o jazykovou bariéru, ale na tu se dá sehnat tlumočnick, pokud je klient žena, tak raději tlumočnici, protože jsou k mužům často nedůvěřivé. A pokud jsou klienti muži, tak ti většinou spolupracovat nechtějí, mají problém se otevřít a svěřit se se svými problémy, o kterých tvrdí, že jsou nepatrné, nebo že se vyřeší samy. S těmito lidmi je práce komplikovaná, hlavně s dětmi, a je zapotřebí

získat maximální důvěru a důležitá je samozřejmě diskrétnost. Ta se týká všech lidí a zejména rodičů, protože právě rodiče mohou být spouštěčem posttraumatické stresové poruchy.

3) Věro, mohla byste si mi popsat nebo demonstrovat nějaký případ tvého klienta?

Ano jistě. Chodí ke mně spoustu lidí, momentálně mám již plnou kapacitu a jen zřídka přijímám nové klienty. Například minulý týden jsem měla sezení s jedním mým klientem. Známe se už celkem dlouho. Dochází ke mně pravidelně jednou až dvakrát za měsíc. Už celou řadu let ho trápí eksémy po celém těle. Na minulém sezení jsme v terapii zjistili, že před 7 lety se v jeho životě událo něco, co bylo pro jeho zdraví velice fatální. Postupně jsme se dostávali k jeho tehdejšímu vztahu s přítelkyní, kterou hluboce miloval, ale ona mu tuto lásku nijak neopětovala. Naopak se k němu chovala hrubě, postupem času ho i urážela a brala jen jako svou osobní kasičku. Když klient stále mluvil o své tehdejší přítelkyni, uvědomila jsem si, že právě tento vztah mohl v klientovi vyvolat silné psychosomatické reakce. Také časově to sedělo. Atopický ekzém se u něj začal projevovat asi půl roku po jejich rozchodu. Odůvodňuji si to tak, že se mu jeho přítelkyně dostala tak „pod kůži“, že mu tím způsobila právě tyto obtíže. Postupně jsme s klientem odkrývali kořeny těchto nezpracovaných emocí, které začal klient postupně znovuprožívat a uvědomovat si, jaké měly následky a také, jak je toto téma stále bolestné, tudíž nezpracované. Tímto způsobem s lidmi také pracuji, i když tomu není tak často. Jsem zvědavá, až ke mě za 14 dní znovu přijde a já uvidím, jestli se jeho problém viditelně zmenšuje nebo bude stále na stejném místě. Myslím ale, že jsme na velice dobré cestě, abychom jeho problém společně vyřešili.

4) Mě by zajímalo, Věro, jaké jsou hlavní odlišnosti mezi lidmi, u kterých se posttrauma objeví a u těch, kteří se s traumatem vypořádají zdravým způsobem.

Ano, záleží na tom, jak tato osoba je silná. Například u dětí týraných a zněužívaných, tam to může přetrvávat déle až do dospělosti a může se stát, pokud se tedy jednalo o znásilňování a zavírání do temných místností, že to bude celoživotní záležitost – strach ze tmy, obavy z druhého pohlaví. U dětí je nebezpečné to, že se dospělým nesusvěřují a nosí si v sobě hluboké trauma a pokud by nastoupil takový člověk v dospělosti do terapie, tak je možné na tom dále celkem dobře pracovat, ale musí ten dotyčný opravdu chtít se otevřít a ten problém začít řešit. Bez toho, že se tito lidé

otevřou a svěří se s celou problematikou se nedá pracovat, protože nejde dojít k žádnému výsledku. A nasazovat v takovém případě antidepresiva nebo jiné léky je zbytečné, protože to je vnitřní problém a ten žádný lék nevyřeší.

4) Mohla byste mi popsat metody a formy Vaší práce?

Mám nejraději rozhovor, nemám ráda dotazníky, i když ty se tedy bohužel také musí používat. Zpracovávám případové studie a využívám je jako relevantní vědecké metody, s přínosem unikátních informací a možností propojení výzkumu a praxe. Využívám metod sociometrie, znalostní testy a samozřejmě zpětnou vazbu. Také analyzuji dokumenty nebo pracuji v ohniskové skupině. Velice nerada pracuji tak, aby jen klient odpovídal na otázky a potom jsme pracovali s tímto vypsáním materiálem. Nejdůležitější je si sednout a věnovat tomu klientovi co nejvíce času. Nemám ani žádný zvoneček nebo budíček, abych sezení utnula po 40 nebo 60 minutách, tímto způsobem jsem v životě nepracovala a nikdy pracovat nebudu. Klient je u mne tak dlouho, jak se cítí dobře a je ochotný spolupracovat, a když se cítí unavený nebo už si nemáme co říci, sezení ukončíme.

5) Co si myslíte o užívání léků? Vím, že jste se o této problematice již zmínila, ale mohla byste to rozvést? Jaký je váš názor na farmakoterapii v oblasti psychických problémů?

Já si myslím, že psychiatři jsou největší odborníci na to, aby mohli rozhodnout o užívání jakýchkoli léčiv a je to na nich, ale pacient by měl být seznámen s vedlejšími účinky těchto léčiv, protože v příbalových letáčcích to někdy pořádně nenajdeme a obecně se v tom lidé neumí orientovat, takže je zapotřebí toho pacienta dobře seznámit s tím, jak se bude cítit, za jak dlouho nastoupí účinek, jaké má lék vedlejší účinky, atd. Hodně lidí se bojí, že po medikacích mohou začít tloustnout nebo že budou unavenější. Takže je zapotřebí to si o tom se svým psychiatrem důkladně popovídat. Já osobně si nemyslím, že by se ke zvládnání traumatu nebo jiného problému podobného ražení mely užívat léky, ale jak jsem řekla, v tomto nejsem odborník, abych se k tomu vyjařovala.

5) Věro, existuje nějaká prevence, aby se u nás nerozvinula posttraumatická reakce?

Prevencí je určitě šťastná rodina. Aby děti netrpěly, nebyly zneužívané, týrané, znásilňované, zavírané do nějakých temných místností, aby nebyly bité, aby vyrůstaly v

hezké klidném zázemí pro svůj vývoj, milující rodiče a žily v zemi, kde se nestřílí a neválčí, aby když spadne tužba na zem, se neschovávaly pod stůl a nebyly tři hodiny v šoku. Takže když se tomuhle všemu vyhnou, tak si myslím, že je velká šance, že se tahle diagnóza nebude tolik objevovat.

6) Jaké jsou hlavní zásady a nedostatky v práci s traumatizovanými lidmi?

Ze zkušeností určitých supervizí a školení a dalších společných setkání s odborníky si myslím, že velkým nedostatkem je nezájem a nedostatek času. Je zapotřebí, aby lidé, kteří chtějí tuto práci vykonávat, chápali svou práci jako pomoc druhému, zajímal je osud toho člověka. Já se například o své klienty starám od začátku až do konce a jsem velice ráda, a také jsme tak domluveni, že se mi ozvou, napíší e-mail nebo zavolají, jak se jim daří a jestli něco ještě nepotřebují. Tím vlastně získám i takovou zpětnou vazbu, jestli práce, kterou jsme společně udělali, má dobré výsledky či nikoli.

5.2 Porovnání přístupů a práce terapeutek

Obě terapeutky jsou shodného názoru o faktorech vyvolávajících posttraumatickou stresovou poruchu, ovšem ohledně prevence se jejich společné názory rozcházejí. Zatímco terapeutka Míša považuje za prevenci vzniku PTSP již prožitá traumata, která jedinec duševně zvládne, vyrovná se s nimi a tím ho psychicky zocelí a připraví na další, mnohdy těžší životní situace. Paní psycholožka Věra zase zastává názor, že prevence tkví ve spokojeném a šťastně prožitém dětství.

Tyto odpovědi se sice překrývají, avšak jejich podstata je různá. Míša vidí problém hlavně v tom, že někteří lidé v sobě neumí nalézt svou vnitřní sílu a tudíž se s těžkými životními situacemi neumí vyrovnat. To vede k útěku ze situace, k jejímu odsunutí či potlačení. Odůvodňuje to tím, že člověk nezvládne to, co mu bylo „určeno“, to co si sám vybral, a tak si pro sebe do budoucna připravil i těžší výzvy. Když lidé jednou utečou, budou utíkat i nadále, dokud se nevymaní z této bludné smyčky. Věra je přesvědčená o tom, že se PTSP nebude vyskytovat u lidí, kteří své dětství prožili v láskyplném a chápajícím prostředí.

Některé otázky se týkaly též terapie již vzniklé PTSP, obě terapeutky užívají rozdílné terapeutické metody. Míša se již řadu let věnuje regresní terapii, se kterou se jí daří s dotyčnými najít opravdovou příčinu jejich problému, kterou když v regresi procítí a tudíž i pochopí novým způsobem, je schopen se na svůj problém podívat již z jiné perspektivy a tím ho i plně zpracovat. Věra si se svými klienty často povídá. Mimo jiné používá i metodu sociometrie, dotazníky a pozorování, ale nejčastěji se na sezení věnuje rozhovoru. Je to z důvodu autentického projevu klienta, kterou dotazník ani sociometrie nejsou plně schopny zaznamenat. K pozorování se uchyluje jen při rozhovoru. Je to z důvodu časové náročnosti, kterou pozorování vyžaduje.

Konkrétně na farmakoterapii, která je dnes velmi rozšířená, mají v podstatě obdobný názor, který zní, že léky mohou určitým lidem pomoci tam, kde ostatní metody selžou, ale léčba musí být indikována lékařem a pod jeho dozorem. Nicméně k dlouhodobému užívání léků se stavějí nedůvěřivě. Z rozhovoru s Míšou vyplynulo, že léky jsou na místě pouze v případě, kdy je člověk už opravdu „na dně“ a marně zkoušel různé metody, aby se z potíží vymanil. Říká také, že pokud se dotyčný utlumí léky, jeho problémy se vyřeší jen na chvíli. Spíše se jen odsunou a pravděpodobně později vyústí v mnohem těžší a závažnější životní výzvy. Věra je k užívání léku skeptická. Říká, že na psychické problémy by léky nepředepisovala. Avšak k tomuto tématu se nechtěla dále vyjadřovat, protože není v této oblasti odborník.

Z obou rozhovorů vyplynulo, že obětí PTSP se může stát jakákoliv sociální skupina či jedinec.

6 Závěr

Je podivuhodné, že i přes skutečnost, že náš druh sužuje tato závažná choroba již od nepaměti, byla objevena po válce ve Vietnamu, tedy z pohledu lidských dějin poměrně nedávno a to i přes to, že jejími příznaky lidé trpěli mnohem dříve. Společnost místo toho, aby jim podala pomocnou ruku, je považovala za bláznů či simulanty, jako tomu bývalo např. v průběhu první světové války. Tato neznalost měla často fatální následky, které končily prohlubováním nemoci či nezdědka sebevraždou. Zaměříme-li se na příčinu vzniku, tak je velmi různorodá. Ano, společným faktorem je traumatická údalost a s ní spojený stres, ale každý prožívá dané situace jinak a nedá se s jistotou přesně určit, v čem je doopravdy kámen úrazu.

Přikláním se k názoru, že život lidí je spřádán nesčetnými a neustálými výzvami, které jsou zde proto, aby člověk mohl růst, zrát a moudřet. Jistým způsobem by se dalo říci, že jsme zde na Zemi proto, abychom se učili. Někteří lidé říkají, že život je jedna „zkouška“ za druhou. Myslím si, že tato věta je pravdivá. Jak řekla Míša, pokud svou životní výzvu zvládneme, jsme připraveni na tu další. Totéž platí i naopak.

Když se vrátím k tezi paní psychologičky Věry, že prevence spočívá ve šťastně prožitém dětství, musím do jisté míry nesouhlasit. To je, dle mého názoru, velice zjednodušený model příčiny a prevence. Dětství je v našem životě jistě jedna z nejdůležitějších etap z důvodu formování naší osobnosti, našeho pohledu na svět a sebe samé. I z mého pohledu je šťastné dětství velice důležité, avšak o povaze inklinující k PTSP vypovídá jen málo. I když je to velice dobrá základna pro náš spokojený život, neznamená to, že v dospělosti se nemůže přihodit situace, kdy se doslova zasekneme v naše vývoji.

I když jsme jako „společnost vědění“ pokročili v mnohých směrech, ve vědě, ve sportu, v prozkoumávání vesmíru i mořského dna a v mnoho dalších oblastech, je před námi ještě velké bádání týkající se lidské mysli, duše a propojení mezi nimi. Myslím si, že jedním z hlavních důvodů, proč se nám v některých oblastech života nedaří, je hlavně absence duchovního učení. Děti se od mala učí matematiku, číst a psát. Důležitější je ale učit děti soucitu, lidským hodnotám a důvěřování svým vlastním pocitům. Bez této moudrosti jsme leckdy egoističtí, zmatení a tudíž i znáze ovladatelní.

7 Seznam použitých zdrojů

- (1) BYDŽOVSKÝ, Jan. *Akutní stavy v kontextu*. Vyd. 1. Praha: Triton, 2008. 450 s. ISBN 978-80-7254-815-6
- (2) ČÍRTKOVÁ, Ludmila. *Policejní psychologie*. Plzeň: Vydavatelství a nakladatelství Aleš Čeněk, 2006. 309 s. ISBN 80-86898-73-3
- (3) FRICKER, Janet a BUTLER, John. *Tajemství hypnoterapie*. 1. české vyd. Praha: Svojtka & Co., 2006. 224 s. Tajemství. ISBN 80-7352-332-9
- (4) HOSKOVCOVÁ, Simona. *Psychosociální intervence*. 1. Vyd. Praha: Karolinum, 2009. 184 s. Učební texty Univerzity Karlovy v Praze. ISBN 978-80-246-1626-1
- (5) HUBER, Johannes, BANKHOFER, Hademar a HEWSON, Elisabeth. *30 způsobů jak se zbavit stresu*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2009. 117 s. Psychologie pro každého. ISBN 978-80-247-2486-7
- (6) JOSHI, Vinay. *Stres a zdraví*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2007. 156 s. Rádcí pro zdraví. ISBN 978-80-7367-211-9
- (7) MAREŠ, Jiří. *Posttraumatický rozvoj člověka*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2012. 198 s. Psyché. ISBN 978-80-247-3007-3
- (8) MORSCHITZKY, Hans a SATOR, Sigrid. *Deset tváří úzkosti: svépomocný program v sedmi krocích*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2014. 254 s. Spektrum. ISBN 978-80-262-0688-0
- (9) MÜLLER, Oldřich a kol. *Terapie ve speciální pedagogice*. 2., přeprac. Vyd. Praha: Grada, 2014. 508 s. Pedagogika. ISBN 978-80-247-4172-7
- (10) PORTERFIELD, Kay Marie. *Jak se vyrovnat s následky traumatu*. Překlad Miroslava Camutaliová. Praha: NLN, Nakladatelství Lidové noviny, 1998. 143 s. Linka důvěry. ISBN 80-7106-262-6
- (11) PRAŠKO, Ján a HOLUBOVÁ, Michaela. *Sociální fobie a její léčba*. Vydání 1. Praha: Grada Publishing, 2017. 250 stran. Psyché. ISBN 978-80-247-5841-1
- (12) PRAŠKO, Ján a PRAŠKOVÁ, Hana. *Proti stresu krok za krokem*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2001. 187 s. Psychologie pro každého. ISBN 80-247-0068-9

- (13) ROGERS, Carl Ransom. *Být sám sebou: terapeutův pohled na psychoterapii*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2015. 447 s. ISBN 978-80-262-0796-2
- (14) SELYE, Hans. *Stres života*. Překlad Petra Kudrnáčová. Hodkovičky: Pragma, [2016], ©2016. 390 stran. ISBN 978-80-7349-392-9
- (15) SCHREIBER, Vratislav. *Lidský stres*. 2. upr. vyd. Praha: Academia, 2000. 106 s. ISBN 80-200-0240-5
- (16) TEDESCHI, Richard. G., PARK, C. L., CALHOUN, L. G. *Posttraumatic Growth: Positive Changes in the Aftermath of Crisis*. Mahwah: Erlbaum, 1998, 250 s. ISBN 978-0-8058-2319-0