

Pražská vysoká škola psychosociálních studií, s.r.o.



Psychosomatické projevy posttraumatické stresové poruchy

Vanda Sedláková

vedoucí práce: PhDr. Richard Machan, Ph.D.

Praha 2013

Prague College of Psychosocial Studies



Psychosomatic Symptoms of Posttraumatic Stress Disorder

Vanda Sedláková

The Thesis Work Supervizor: PhDr. Richard Machan, Ph.D.

Prague 2013

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem text bakalářské práce zpracovala samostatně a výhradně s užitím s uvedených zdrojů.

Podpis:

.....

Anotace

Tato bakalářská práce je teoretickou analýzou problematiky traumatu a poruchy jeho zpracování – posttraumatické stresové poruchy. Na téma je nahlíženo z perspektivy těla a duše jako jednoty jedince, tedy z pohledu psychosomatiky. Zvláštní pozornost se věnuje fyziologii traumatu. Dále se práce snaží představit a porovnat pohledy různých psychologických směrů na představenou problematiku. Poukazuje na způsoby psychiky jedince ubránit se destruktivním následkům traumatu v podobě disociace nebo flashbacků.

Klíčová slova

trauma, stres, posttraumatická stresová porucha, psychofyziologie, psychosomatika

Abstract

The object of the thesis is theoretical analysis of the field of trauma and related disorders – posttraumatic stress disorder. The topic is seen from the perspective of body and soul as a unity of the individual, perspective of psychosomatic medicine. Special attention is given to the psychophysiology of trauma. The thesis presents and compares views of psychological approaches. It also refers to the way how psyché resists to destructive consequences of trauma, as dissociation or flashbacks are.

Key words

stress, trauma, posttraumatic stress disorders, psychophysiology, psychosomatics

Obsah

Úvod	6
1 Základní pojmy	8
2 Trauma a diagnóza posttraumatické stresové poruchy	11
2.1 Vymezení termínu trauma	11
2.2 Historie diagnózy posttraumatické stresové poruchy	12
2.3 Diagnostika posttraumatické stresové poruchy.....	14
2.4 Průběh posttraumatické stresové poruchy.....	17
2.5 Psychoterapie posttraumatické stresové poruchy.....	18
3 Přehled psychoterapeutických pohledů na trauma.....	21
3.1 Počátky psychologie	21
3.2 Psychodynamický pohled	22
3.3 Behaviorální a kognitivní pohled.....	24
3.4 Biologický pohled	26
4 Psychofyziologie traumatu.....	28
4.1 Tělesná reakce na stres	28
4.2 Mozek a trauma	31
4.3 Paměť a trauma.....	32
4.4 Somatická paměť.....	35
4.5 Somatický nervový systém	37
4.6 EMDR.....	40
5 Obranné mechanismy	42
5.1 Úvodem	42
5.2 Obranné mechanismy dle psychoanalýzy	42
5.3 Jungův přístup ke svépomocnému systému	44
5.4 Disociace a flashbacky.....	47
5.5 Somatizace	48
Závěr.....	51
Použitá literatura:.....	52

Úvod

Tématem práce je studium tělesných projevů u posttraumatické stresové poruchy. Trauma je obvykle charakterizováno množstvím psychických následků, které jedinec pocítuje. Jeho tělesné příznaky jsou v literatuře často popsány jaksí samozřejmě, bez strukturovanějšího uspořádání. Jako by bolest břicha nebo hlavy byla pochopitelným následkem stresující události.

Jistá fascinace psychosomatikou v dnešní době prostupuje jak laickou veřejností, tak i odbornými kruhy. Respektive mluvíme spíše o psychosomatických poruchách, protože nejzajímavější na vztahu duše a těla je, když funguje dysharmonicky a ukazuje nám své na první pohled bizarní souvislosti. I na mě tento obdiv psychosomatiky přišel, ať jsem se strhnutí módní vlnou bránila sebevíc. Z hlediska osobního i profesního je to zkrátka inspirující pohled.

Stejně fascinující je z mého pohledu i PTSP, svým způsobem je zahalena neuchopitelným tajemstvím. Procesy, které v psychice silný stresor vyvolá, jako jsou např. disociace, amnézie s přetrvávajícími příznaky nebo flashbaky, se zdají magické. Moje důvody ke směřování bakalářské práce byly tedy založené na průsečíku dvou okruhů zájmu.

Tato bakalářská práce je teoretickým textem vzniklým syntézou tematicky zaměřených publikací. Jejím cílem není vyvození nových závěrů, ale zkombinování poznatků z psychosomatiky a traumatologie. Tento postup plyne i z faktu, že přímo k tématu se vztahuje jedna zahraniční publikace, z českých zdrojů je však obtížné nalézt autora, který by se přímo problematice věnoval. Z důvodu časové tísně jsem se rozhodla neprovádět empirický výzkum. Obávala jsem se o nalezení příliš malého vzorku osob s posttraumatickou stresovou poruchou a psychosomatickými symptomy a tím o nerelevantní empirické zkoumání. Proto se zaměřím raději na teoretickou práci než na nekvalitní výzkum.

Práce je členěna do pěti kapitol, které jsou rozděleny na další podkapitoly. První kapitola obsahuje stručné vymezení základních pojmů, jako je trauma, posttraumatická stresová porucha, psychofyziologie a psychosomatika. V druhé kapitole se budeme věnovat úvodu do tématu a popisu traumatické události. Dále tato kapitola bude

věnovaná diagnóze PTSP, její historii a parametrům. Obsahem třetí kapitoly jsou některé psychoterapeutické přístupy k PTSP, jako je psychodynamický, behaviorální a biologicky orientovaný směr. Shrnuje teoretická východiska, ze kterých čerpají psychoterapeuti při léčbě traumatu dodnes. Čtvrtá kapitola nese název psychofyziologie traumatu. Je zaměřena na biologické procesy v době prožívání traumatické události i po něm. Věnuje se hormonálním změnám, dějům v mozku a fenoménu somatické paměti. V páté kapitole jsou rozpracovány teorie obranných mechanismů dle S. Freuda a C. G. Junga. Blíže popisuje mechanismy disociace, flashbacků a somatizace.

Tolik tedy k rozvržení bakalářské práce. Každá z těchto kapitol představuje velký potenciál pro samostatnou práci. Vzhledem k rozsahu bakalářské práce se tedy jedná o spíše povrchní úvod do jednotlivých témat.

1 Základní pojmy

Stres

Pojem stres je v dnešní době hojně užívaný. Zařadilo se do slovníku hovorové mluvy tak snadno, že se z něj vytvořilo i sloveso („nestresuj se tolik“) nebo přídavné jméno („proč jsi tak vystresovaný?“). Českým významem tohoto slova by byla pravděpodobně zátěž. Oblíbenou a často citovanou definicí je ta od Hanse Selyeho, který uvádí, že stres je reakcí organismu na jakýkoliv podnět (SELYE, 1984, s. 74). Merkunová a Orel jej vidí jako: „...obecný typ reakce, jejímž prostřednictvím se organismus vyrovnává s nepříznivými vlivy (stresory), kterými může být mimořádný tělesný stav ... a rovněž extrémními emočními stavy...“ (MERKUNOVÁ a OREL, 2008, s. 201). Z výše uvedeného je patrné, že stres může mít charakter fyzické zátěže, dopadající především na tělo, nebo zátěže psychické, doprovázenou úzkostí, strachem. Obojí je do velké míry propojené, protože fyzické zranění má dopad na naši psychiku a naopak.

Mareš shrnuje tři různá pojetí stresu. Kromě již zmíněného stresu jako reakce organismu jde o stres jako stimulus nebo stres jako transakce. T. H. Holmes a R. H. Rahe popsali teorii stresu jako stimulu, tedy jakékoliv těžší životní události, jejíž řešení vyžaduje zvýšené úsilí. R. S. Lazarus a S. Folkmanová jej spíše chápou jako vzájemný vztah mezi člověkem a okolím, jako jejich vzájemné působení (MAREŠ, 2012, s. 15-17). Za zmínku ještě stojí, že slovo stres je často užíváno spíše v negativním kontextu, stejnou zátěž však mohou představovat i pozitivní události, jako např. svatba, dovolená atd.

Trauma

U některých autorů se můžeme setkat s rozlišováním termínů trauma a psychotrauma. Např. Hartl, Hartlová v Psychologickém slovníku uvádí pojem trauma psychické jako duševní úraz, který má za následek funkční poruchy, někdy i organické změny. Jako příklad uvádí smrt blízké osoby nebo i dlouhotrvající hádky (HARTL A HARTLOVÁ, 2000, s. 626). Zatímco psychotrauma vysvětlují jako stav náhlé či déletrvající psychické zátěže se škodlivými následky na zdraví. Opět popisují příklady, jako jsou ztráta blízké osoby, rozvod, konflikty. (HARTL a HARTLOVÁ, 2000, s.

489). Pak se můžeme odkázat na Mezinárodní klasifikaci nemocí, 10. revize, stejně jako A. Hofmann ve své knize o EMDR. Ta mluví o psychickém traumatu a vysvětluje ho jako stresovou událost nebo situaci (krátce nebo dlouhotrvající) neobvykle hrozivého nebo katastrofického rázu, která pravděpodobně téměř u každého vyvolá pronikavou tíseň (MKN-10, 1992).

Abychom vytvořili pokud možno jednotnou terminologii pro tuto práci, osobně se přikláním k termínu psychické trauma, zkráceně psychotrauma. Pomůžeme-li si sémantickým rozbohem, samotný výraz trauma, pocházející z řeckého slova *τράυμα*, znamená úraz nebo zranění, je používán také v medicíně jako označení zranění fyzického. Pro naše účely by se dal tedy považovat za matoucí. Pokud ale před slovo trauma přidáme psyché, opět z řeckého *ψυχή*, a které slovník cizích slov ve formě přídavného jména, tzn. psychický, „překládá“ jako duševní, dostává rázem jednoznačný význam (KRAUS, PETRÁČKOVÁ, 1998). Složením obou slov v psychotrauma pak získáme výraz, přeložitelný jako duševní zranění. Zároveň ale můžeme oponovat, že porucha, kterou se v práci budu zabývat, se nejmenuje postpsychotraumatická. A že kratší forma z těchto dvou je výrazně užívanější jak v laických, tak odborných textech. Dovolím si tedy ve své práci užívat obou těchto tvarů.

Posttraumatická stresová porucha

Diagnostika posttraumatické stresové poruchy bude více popsána v kapitole 2. Poprvé se tento pojem objevil v DSM, 2. vydání, v roce 1968 v souvislosti se závěry plynoucími ze zkoumání psychických problémů veteránů z války ve Vietnamu (RABOCH, 2000, s. 132). Rozumíme jím druh úzkostné poruchy, která se zpravidla rozvine po situaci, jejíž tíha je pro většinu lidí téměř neúnosná. Jsou to zpravidla katastrofické události, násilné činy aj. (VIZINOVÁ a PREISS, 1999; KRYL, 2002; PRAŠKO, 2001). Raboch uvádí, že PTSP vzniká u „...*disponovaných osob jako opožděná reakce na výrazně stresující událost...*“ (RABOCH, 2006, s. 132). Mareš klade v popisu důraz na opětovné prožívání traumatu v neodbytných vzpomínkách, které doprovází úzkostné stavy a deprese (MAREŠ, 2012, s. 19).

Psychofyziologie

Psychofyziologie je hraniční obor mezi psychologií, která je Atkinsonovou popsána jako vědecké studium chování a duševních procesů, a fyziologií, která je v též knize definována jako odvětví biologie, zabývající se funkcemi živých organismů nebo jejich částmi (ATKINSON, 2003, s 5-6). Psychofyziologie je tedy obor, v jehož zájmu je zkoumání vztahů mezi tělesným a duševním děním jedince (PECH, 1948, s. 605). Zde bych si dovolila malou odbočku právě ke Slovníku cizích slov Viléma Pecha z roku 1948. Můžeme demonstrovat, jak dlouhou cestu v definování termínů věda ušla. On definuje psychologii jako duševědu a psychologa jako duševědce. Čímž je sice od dnes uplatňovaných definic, co se výstižnosti týče, velmi vzdálen. Je ale podle mého názoru daleko blíže lidské stránce této vědy, pro kterou ji, i když velmi naivně, mnoho lidí začne vůbec studovat (PECH, 1948, s. 604). Stejně „obyčejně“ vysvětluje i fyziologii, která je dle tohoto slovníku naukou o normálních životních projevech a úkonech (PECH, 1948, s. 235).

Pro potřeby této práce bude využívána oblast psychofyziologie objasňující fungování organismu v těžkém stresu. Dotýkat se bude i jiných interdisciplinárních oborů, jako je psychobiologie, psychofarmakologie aj.

Psychosomatika

Slovo psychosomatika je složeno ze slova *psýché* a *sóma* (duše a tělo). Zastánci psychosomatiky odmítají rozdělení jedince na tělesnou část a duševní část jako na izolovaně fungující prvky. Jsou přesvědčeni, že obě části jsou vzájemně propojeny. Každý pocit probouzí nějaké tělesné procesy, a každý tělesný proces vyvolá nějaká pocity. Hovoříme-li o psychosomatických onemocněních, jde podle Morschitzkyho o patologii ve vztahu mezi tělesným a duševním (MORSCHITZKY a SATOR, 2007, s. 12). Podle Atkinsonové jsou to ty, u nichž je hlavním nedostatkem nesprávné zacházení s emocemi (ATKINSON, 2003, s. 499). I pojem psychosomatika je v této době oblíbený. Kromě odborné veřejnosti se dostává i do povědomí laiků. Používají věty typu „... no jo, je mu zase špatně od žaludku, myslím, že to má psychosomatický...“.

2 Trauma a diagnóza posttraumatické stresové poruchy

Tato kapitola představuje úvod do problematiky. Seznamuje nás s traumatem, tedy se základním stavebním kamenem celého komplikovaného komplexu PTSP, související terminologií, historií diagnózy, diagnostikou posttraumatické stresové poruchy. Popíšeme, jak PTSP obvykle probíhá a shrneme možnosti léčby.

2.1 Vymezení termínu trauma

Již jsme popsali traumatickou událost po teoretické stránce. Stejně důležité je však dokázat si představit, jak takové situace vypadají. Tomu se věnuje MKN-10 při popisu možných situací, u kterých hrozí vznik posttraumatické stresové poruchy, a jejího vodítka se budu držet v této podkapitole.

Jde o katastrofy všeho druhu. Můžeme je rozdělit na přírodní, jako jsou zemětřesení, vulkanická činnost, tajfuny, atd. A na katastrofy způsobené člověkem, např. války, letecká neštěstí, jaderné nehody. Jednou z největších přírodních katastrof v poslední době bylo zemětřesení a následná vlna tsunami u ostrova Honšú v Japonsku na jaře roku 2011. Ta způsobila vznik katastrofy ovlivněné člověkem, neboť došlo k poškození několika průmyslových podniků, včetně havárie reaktoru jaderné elektrárny a úniku mnoha nebezpečných látek do ovzduší. Tento případ nám názorně ukazuje, jak nejasné je vlastně toto rozdělení, protože činnost člověka ovlivňuje přírodu a příroda ovlivňuje činnost člověka.

Pro nás jsou ale události v Japonsku poněkud vzdálené, jeho obyvatele ohrožují z nezanedbatelné části jiné věci než lidi žijící v našich zeměpisných šířkách. Co se přírodních katastrof týče, setkávají se střeoevropané nejčastěji se záplavami a následnou ztrátou obydlí, majetku nebo různými finančními problémy. Mezi člověkem způsobené katastrofy, se kterými se setkáváme nejvíce, řadíme dopravní havárie nebo fyzické útoky, ať už to jsou vraždy nebo znásilnění.

Psychotraumatem nazýváme i násilný čin, který není páchan přímo na nás. Pokud jsme svědky vraždy, i to je traumatizující událost. D. Vizinová a M. Preiss uvádí tři druhy traumatizace odvislé právě od naší role v ohrožující situaci. Primární, u které je člověk přímou obětí agrese, sekundární, když je v blízkém vztahu s obětí a terciární,

pokud je v kontaktu s oběťmi, které pro něj nejsou známé (VIZINOVÁ, PREISS, 1999). Traumatizaci je možno rozdělit i četnosti a délky jejího trvání. 1. typ je intenzivní, jednorázová traumatizace, jako např. přepadení, katastrofická událost atd. 2. typ je dlouhodobá traumatizace, nejčastějším případem je zřejmě soustavné pohlavní zneužívání nebo domácí násilí.

Vcelku specifickou skupinou psychotraumat jsou vojenské činnosti. Na rozdíl od běžných občanů, kteří se traumatickým událostem většinou rádi vyhýbají, vojáci je mají jako náplň své práce. Vojáci prochází náročnou psychologickou přípravou. Přesto se ale posttraumatická stresová porucha samozřejmě vyskytuje i v jejich případech. Vojenská psychologie popisuje intruzivní vzpomínky v podobě smyslového vnímání mrtvých či zraněných lidských těl a neustávající obavu o zdraví a život svůj nebo svých kolegů, přátel a blízkých (DZIAKOVÁ, 2009).

Ať už si tedy představíme jakoukoliv ze situací, kterými traumatizovaný člověk může projít, zpravidla pod jejím vlivem dochází k potížím v oblasti emoční, tzn. ke ztrátě pocitu jistoty a bezpečí, a naopak k nárůstu úzkosti a obav z budoucnosti nebo smutku. Oběť může být traumatizující události vystavena jen jednou nebo i opakovaně, v obou případech je pro ni velmi zatěžující. U některých jedinců pod vlivem této nevladatelné zátěže může propuknout onemocnění zvané posttraumatická stresová porucha.

2.2 Historie diagnózy posttraumatické stresové poruchy

V následující podkapitole se budeme stručně věnovat rozmanité historii poruchy. I když se zmínky o různých předchůdcích jistě objevovaly již o mnoho století dříve, v této části bude popsána její historie od 17. století dále, kdy se popisy příznaků některých poruch velmi podobaly dnešní PTSP. Tato podkapitola bude jejich přehledem.

Průběh posttraumatické stresové poruchy zaznamenal Samuel Pepys ve svém slavném deníku již v 17. století, aniž by tušil, že nějaká posttraumatická stresová porucha existuje. Jeho popis toho, co prožíval během velkého požáru v Londýně a po něm, odpovídá tomu, jak ji známe i dnes. Pocit bezmoci, obrovského strachu, následné

několikaměsíční problémy se spaním, noční můry a psychická nepohoda a všudypřítomný pocit strachu.

Nejčastěji se s příznaky PTSP dalo v minulosti setkat v období válek. Vojenští lékaři ze Švýcarska v 17. století pojmenovali soubor příznaků, jako je stesk po domově, nespavost, úzkost nebo nechut' k jídlu jako „Nostalgia“. Další voják z bitvy u Gibraltaru na počátku 18. století ve svém deníku popisuje apatičnost vojáků, jejich neschopnost plnit příkazy a taktéž nechut' k jídlu. O půl století později dodává francouzský lékař Dominique Jean Larrey první náznaky strukturace nemoci, rozděluje ji na tři fáze, od zvýšené vzrušivosti a představitosti, přes závažné zažívací obtíže a horečky, končící u depresí a frustrací.

Zajímavé je, že již od počátku byly tělesné příznaky brány za stejně vypovídající jako ty psychické. Vojáci v americké občanské válce v 19. století vykazovali dle tehdejších lékařů časté známky vzniklých funkčních poruch, také pocity bušení srdce, paralýzy a třesu. Lékaři se také udivují nad množstvím vojáků, kteří ve válce fungovali bez výraznějších potíží, a během své dovolené se nervově zhroutili. Na základě toho se postupně začal klást větší důraz na zavedení jakýchsi předchůdců primitivních psychologických testů, které by byly schopny vyřadit nejméně odolné rekruty. I přesto bylo s diagnózou „nostalgia“ hospitalizováno velké množství vojáků v nově vznikajících vojenských psychiatrických nemocnicích.

Za jiného předchůdce dnešní PTSP můžeme považovat takzvanou Railway Spine. Tato diagnóza přemístila svou pozornost z válečných bojišť na železniční havárie. V roce 1866 ji popsal britský lékař John Eric Erichsen jako převážně fyzickou reakci na železniční neštěstí. V důsledku nehody podle tohoto lékaře došlo k otřesení páteře a míchy, což zapříčinilo jejich zánět. Ten vedl k poruchám spánku, nálady a pozornosti. Právě v tomto období se začalo seriózně diskutovat o psychotherapeutické léčbě, která byla železničními lékaři doporučována. Postupně se také upustilo z fyziologického výkladu a ustálil se názor, že při havárii dojde k nervovému šoku, který následně psychické i fyzické obtíže způsobuje.

V období 1. světové války představil britský psycholog Charles Myers pojem granátový šok. Jeho příčinou je traumatizace mozku a Myers se tak velmi blíží PTSP jak ji známe dnes. Její vznik však zužuje právě na granátové výbuchy. Po světové válce

počet takto nemocných osob neustále narůstal a dosáhnul téměř milionu diagnostikovaných osob. Myers byl také prvním, kdo popsal rozdělení osobnosti na část, která je stále žijící v traumatu a prožívá ho, jako by se dělo teď. A na část, která je přímo posedlá normálností, snaží se působit úplně neobvykle a chovat se tak, aby nikdo její bolestivou minulost neznal (BOON, 2013).

Historickým průlomem se pro posttraumatickou stresovou poruchu stala válka ve Vietnamu v období mezi lety 1955 a 1975. Právě na základě práce s veterány z těchto bojů, kteří skupinově požadovali psychiatrickou péči, byla tato diagnóza poprvé přesněji popsána a v roce 1968 pojmenována termínem, který je využíván dodnes. Souběžně probíhaly různé výzkumy, na základě kterých se došlo k názoru, že PTSP není jen nemocí válkou dotčených osob, ale i těch, kteří zažili jiné, avšak stejně závažné události (KRÁL, 2004; VIZINOVÁ, PREISS, 1999).

2.3 Diagnostika posttraumatické stresové poruchy

Pro komplexní přehled o diagnostických kritériích při určování PTSP jsou v této podkapitole uvedeny parametry dle MKN-10 i DSM-IV, které jsou vzájemně porovnávány. Nahlédneme i na kritiku některých bodů a rozvíjející se diskuzi o budoucnosti diagnózy.

Kategorie poruch, do které patří posttraumatická stresová porucha (dále PTSP) a jí příbuzné diagnózy, se v MKN-10 označuje jako F43 a nese název Reakce na závažný stres a poruchy přizpůsobení. Do této skupiny patří F43.0, Akutní reakce na stres, kterou můžeme popsat jako krátká, za to intenzivní, a často do několika dní odezní. Dále F43.2, tedy Poruchy přizpůsobení, které jsou charakterizovány jako stavy tísně reagující na významnou životní událost. PTSP řadíme mezi tyto diagnózy, nese tedy označení F43.1.

Podle MKN-10 se dá hovořit o PTSP za těchto podmínek:

- Postižený člověk byl vystaven události natolik ohrožujícího rázu, že by vyvolala tíseň téměř v každém jedinci, který by v ní byl

účasten. Není podstatné, zda tato traumatizující událost působí krátce nebo dlouhodobě.

- Oběť znovuprožívá situaci ve formě opakujících se snů, vtíravých živých představách nebo vzpomínek – tzv. flashbacků.
- Pod vlivem těchto děsivých vzpomínek se traumatizovaný člověk vyhýbá situaci, která by mu událost připomínala.
- Většinou si není schopen vybavit celou událost a některé důležité momenty jeho vyprávění postrádá.
- Měly by být přítomny alespoň dvě z následujících potíží: neschopnost usnout nebo spát po celou noc; návaly vzteku, podrážděnost; problémy s koncentrací; zvýšená dráždivost a bdělost; přehnané úlekové reakce
- Výše uvedené symptomy by se měly, kromě výjimečných případů, objevit do 6 měsíců po prožití události (MKN-10, 1992).

Druhým pramenem, který uvádí mezinárodně platná diagnostická vodítka pro posttraumatickou stresovou poruchu, je Diagnostický a statistický manuál duševních poruch Americké psychiatrické asociace 4. revize (dále jen DSM-IV). PTSP je zařazena do kategorie úzkostných poruch, stejně jako například obsesivně-kompulzivní porucha, sociální fobie, agorafobie nebo akutní reakce na stres. Jeho kritéria pro určení diagnózy PTSP jsou tato:

- Osoba byla vystavena události, při které došlo k ohrožení zdraví nebo života její nebo jiných lidí. Na tuto událost reagovala intenzivním strachem nebo bezmocností.
- Stejně jako u MKN-10 je zmíněno znovuprožívání traumatizující události. Avšak kromě vzpomínek a snů jsou zmíněny i iluze, halucinace a flashbaky, které se můžou vracet i při intoxikaci nebo těsně po probouzení. Dále zahrnuje i chování a prožívání, jako by se traumatizující událost znovu opakovala. Tento bod obsahuje i pravděpodobnou somatickou reakci na podněty, které incident připomínají.
- I podle DSM-IV se traumatizovaná osoba vyhýbá situacím spojených s traumatem. Tedy lidem, místům, rozhovorům, činnostem atd.

Popisuje ale také zvýšenou lhostejnost, odcizenost, izolovanost, emoční plochost, nezáměr o vlastní budoucnost.

- Příznaky výše uvedených kritérií musí trvat alespoň po dobu 1 měsíce. Podle délky trvání se pak porucha rozděluje na akutní (potíže trvají méně než 3 měsíce), chronickou (trvají déle než 3 měsíce) a s odloženým začátkem (příznaky začínají 6 měsíců po vystavení stresoru)
- Potíže způsobují zhoršení výkonu v sociálních, pracovních nebo jiných důležitých aktivit.
- DSM-IV zmiňuje také prožívání PTSP u dětí, které je specifické a musí být hodnoceno odlišně.

Jak si můžeme všimnout, diagnostická kritéria u obou pramenů jsou přibližně totožná. DSM-IV však podává popis širší a podrobnější. Jediným bodem, ve kterém se sbírky vyloženě liší, je časový rámec nemoci. Je otázkou, zda je omezení, jak dlouho a dokdy nejpozději, vůbec pro diagnostiku PTSP nezbytné. Pro traumatizovaného pacienta pravděpodobně ne, a jak píše A. Hofman, ani pro něj nejsou definitivně platná a časové kritérium považuje z uvedených předpokladů za nejméně podstatná (HOFMANN, 2006).

Kritiku, nebo spíše řekněme nedostatky, diagnostických vodítek nabízí také J. Hašto a H. Vojtová. Ti upozorňují na případy, kdy oběti psychotraumatu reagovali obrannou reakcí, například omámeností a neprožíváním dané situace nebo došlo k disociativní amnézii po ní. Pakliže pacient vykazuje nějaké symptomy, ale vytěsnil jakékoliv konkrétní vzpomínky na dětství, na trauma si tedy nepamatuje, znamená to, že PTSP netrpí? Znamé jsou i ukázkové symptomy, ke kterým však došlo vlivem události, která se nedala charakterizovat jako katastrofická. (HAŠTO A VOJTOVÁ, 2012).

V dnešní době se vede diskuze o spojitosti mezi PTSP a disociativní poruchou osobnosti. Vyskytuje se názor, že obě poruchy by měly být považovány za druhově podobné, protože PTSP má disociativní charakter již z podstaty (BOON, 2013).

2.4 Průběh posttraumatické stresové poruchy

Ve čtvrté podkapitole shrneme některá data týkající se vzniku PTSP, jak časté je, že se z prožité traumatické události vyvine tato závažná porucha a jak častá je souvislost s jiným psychickým onemocněním. Navážeme porovnáním dvou pohledů na průběh PTSP.

Jak už bylo řečeno, ne ve všech případech se po vystavení traumatické události vyvine PTSP. A. Hofmann dokonce říká, že „čistá“ posttraumatická stresová porucha se vyskytuje jen velmi zřídka. Dle studie s válečnými veterány z války ve Vietnamu s touto diagnózou žije pouhých 5 % vysloužilých vojáků. U dalších mnoha z nich však došlo k tzv. komorbiditě, tedy k výskytu několika onemocnění najednou. Konkrétně se objevovaly deprese, úzkostné poruchy, psychosomatická onemocnění a často také závislosti (HOFMANN, 2006). Jak uvádí D. Vizinová a M. Preiss, podle amerických studií dokonce 98,8 % osob s diagnózou PTSP někdy dříve trpělo i jinou psychiatrickou poruchou (VIZINOVÁ, PREISS, 1999). Dle J. Poněšického se mnoho posttraumatických stavů ve skutečnosti skrývá za jinými diagnózami. Konkrétně jmenuje panické úzkosti, hraniční poruchu osobnosti nebo poruchy identity (PONĚŠICKÝ, 2011). Z toho je viditelná nebezpečnost reakcí na traumatické události ve smyslu jejího útoku na různé struktury naší psychiky. Pojdme si ale popsat, jak vlastně PTSP vzniká a probíhá.

Naše reakce na psychotrauma se více strukturovaně dají rozdělit do pěti fází:

1. Fáze šoku a popření – postižená osoba si nepřipouští, že by se mohlo něco tak děsivého stát.
2. Fáze přijetí reality traumatu
3. Fáze postupného vyrovnávání s traumatickým zážitkem – je doprovázena citovým prožíváním, objevují se deprese a úzkosti, záchvaty vzteku. A to ve smyslu jak autoagrese, tak agrese zaměřené proti viníkům nebo celému světu.
4. Fáze reflexe a zpracování traumatu – uvědomění si potřeby vyrovnání se
5. Fáze zklidnění a vyrovnání (VÁGNEROVÁ, 2008).

Dále může traumatizovaný člověk prožívat zoufalou opuštěnost, prázdnotu a nepochopení. Je narušena důvěra v lidskost a dobro. Zpravidla je zničeno dosavadní pozitivní nahlížení světa. Jak popisuje J. Poněšický, prožité trauma, ať je jinými lidmi nahlíženo jako méně nebo více katastrofické, je pro jedince, který ho zažívá, neuchopitelné. Nezapadá totiž do již existující představy o fungování světa a sebe sama, nelze ho zasadit do dosavadního porozumění života, čímž se stává izolovaným. A to ve smyslu fyziologickém i psychologickém, jak jsme si popsali výše.

Na úrovni emocí může docházet k nekontrolovatelným záchvatům úzkosti, vzteku, hledání toho, co mohla oběť udělat lépe. Může docházet i k pocitům viny, že přežila. Vcelku běžné jsou výčitky za nesprávnou reakci, hledání lepšího řešení, které mohla oběť udělat. Zároveň se ale tyto záchvaty střídají s pasivitou, lhostejností, emoční prázdnotou, sociální izolací. V rámci psychoterapie by tedy mělo postupně dojít k integraci traumatického zážitku a pocitů, tělesných potíží a chování s ním spojených (PONĚŠICKÝ, 2004).

2.5 Psychoterapie posttraumatické stresové poruchy

Dá se diskutovat, zda je psychoterapii vhodné indikovat ihned po prožitém traumatu. J. Poněšický zastává názor, že by se traumatizovaná osoba měla ponechat ve své přirozené reakci ohraničování se. Osobnost psychoterapeuta by tento proces mohla spíše zhoršovat a je tak lepší podpořit klienta dočasnou farmakoterapií.

J. Poněšický rozděluje péči o traumatizované osoby na tři fáze. V první části musí pochopitelně dojít k navázání silného vztahu mezi terapeutem a klientem plného maximální důvěry. Na tomto základu probíhá snaha o posílení klientových pramenů, které využívá k stabilizaci a harmonizaci svého psychického stavu. Využívají se techniky, při kterých si klient ve svých fantaziích vytváří bezpečné místo, do kterého se může uchýlit v případě, že pocítuje nastartování panické reakce. Takových způsobů je několik, postupy jsou různé, cíl mají ale společný, tedy aby traumatizovaná osoba, plná pocitů bezmoci, pocítla možnost kontroly nad léčebným procesem. Dle J. Poněšického je zásadní, aby klient věděl o všech krocích, které má terapeut v plánu vykonat, a byl si jist, že se nebude nic dít bez jeho souhlasu.

Ve fázi druhé se snaží oběť spolu s terapeutem dojít k tomu, jak se dá traumatická událost v jejím životě zúročit, jaké bylo její poslání. Během tohoto období zpravidla dochází i k postupnému vyprávění traumatu, a tím k propojení všech zážitků do jednoho celku. K tomuto účelu se mohou využívat techniky klasického povídání, ale i arteterapie nebo psaní o traumatu. Známostou technikou je v této oblasti EMDR, tedy eye movement desensitisation and reprocessing, vyvinutá Francine Shapirovou. Klient se snaží stimulovat obě mozkové hemisféry pohybem očí ze strany na stranu, čímž se uložené vzpomínky „rozpohybují“, až proniknou do hipokampu a do řečové oblasti mozkové kůry (PONĚŠICKÝ, 2004). Další možností je využití autogenního tréninku, jak doporučuje Hašto (HAŠTO, 2012).

Třetí a bezpochyby nejdéle trvající část psychoterapie je fáze obnovování důvěry v mezilidské vztahy, pozitivního vztahu ke světu a k sobě. V tomto procesu je terapeut důležitým průvodcem a společníkem.

Považujeme-li J. Poněšického za zástupce psychodynamické terapie, měli bychom si nastínit i průběh kognitivně-behaviorální terapie, která je jedna z nejčastěji používaných a také, co se struktury týče, nejpropracovanějších. J. Praško popisuje práci s PSTP z pohledu KBT jako soubor několika kroků.

Za nezbytný předpoklad úspěšné psychoterapie považují behaviorálně zaměřeni terapeuti edukaci nemocného. Snaží se, aby věděl a rozuměl tomu, co se děje, a co se dít bude. Pacient totiž nemusí vidět souvislosti mezi svými momentálními obtížemi a dřívější traumatickou událostí. Nebo může souvislost tušit, ale nedokáže ji popsat. Úkolem terapeuta je mu tyto nejasnosti kolem PTSP odkrývat a napomáhat tak jeho orientaci ve vlastním prožívání. Teprve po tomto zorientování dojde k čistě teoretické edukaci spočívající v popisu diagnózy PTSP a léčebného postupu z hlediska kognitivně-behaviorální terapie. Pacient zjišťuje vztah mezi svými příznaky a teorií, stejně tak může předvídat, co se v něm a kolem něj bude dít v průběhu uzdravování.

Další fází je tzv. expozice, tedy vystavení pacienta postupné adaptaci na podněty způsobující úzkostnou reakci. V praxi tento proces vypadá tak, že terapeut po malých krocích nechá pacienta nejprve jen na chvíli představit si model autíčka, pak skutečné auto, ve kterém sedí. Později si bude skutečné auto zblízka prohlížet, jednou si do něj sedne, ale vyleze po deseti vteřinách a příště třeba po pěti minutách. Expozice znamená

vystavení se obávané situaci. Jejím cílem je, aby si klient uvědomoval svá mylná přesvědčení a byl konfrontován s bezpečnou realitou. Používá se ve formě rozhovoru s pacientem, v písemné formě nebo ve formě představ. Tento proces může být, a podle KBT zaměřených terapeutů by i měl být, doprovázen tzv. abreakcí. To je významné uvolnění zadržovaných emocí, které drtivá většina osob postižených PTSP po prožitém traumatu ukryvá.

Dále pacient v rámci této terapie pracuje na svých automatických negativních myšlenkách, které si vytvořil při traumatické události. Jsou to mylná přesvědčení o tomto světě a o svém chování, které ho pak limitují ve svobodném bytí a zároveň permanentně udržují posttraumatickou stresovou poruchu živou. Pacient se snaží tyto myšlenky přepracovat a „srůst“ s nimi do dalšího života.

Všechny výše zmíněné techniky jsou provázeny empatickým a nehodnotícím přístupem terapeuta. Ten také učí pacienta různým relaxačním technikám, které mu jsou dobrým pomocníkem nejen pro momentální léčbu, ale i jako podpora v období, kdy terapii pacient opustí a bude čelit úzkostem, které se starého traumatu mohou, ale také nemusí týkat (PRAŠKO, 2001).

Dále se s posttraumatickou poruchou může pracovat pomocí psychofarmak, skupinové terapie nebo rodinné terapie, které mohou všechny probíhající individuální psychoterapii podpořit.

Jak je patrné z výše uvedeného, najít jednotný pohled na to, jak by se PTSP měla léčit, není snadné. Ostatně stejně jako u jiných poruch má každý zastánce „své“ psychoterapeutické školy i svůj názor. Také jsme viděli, že ani diagnostika není jednoznačná pro oba diagnostické sborníky. Což je pro nemoc s tak bohatou a zajímavou historií komplikací.

3 Přehled psychoterapeutických pohledů na trauma

Tato kapitola se bude věnovat shrnutím psychoterapeutických pohledů na PTSP. K tomu, jak problematiku traumatu chápeme dnes, přispěly práce velkých osobností psychologie, a to ještě před tím, než byla posttraumatická stresová porucha vůbec popsána a pojmenována. V popředí jejich zájmu bylo zjišťování příčiny patologie u psychicky nemocných osob. A byla to právě traumatizující událost, která měla často velmi silný vliv na psychiku jedince. To však bylo jediné, na čem se většina myšlenkových proudů shodla. To, jaká traumatizující událost měla největší význam, jaký přesně ten význam byl, a jak by se měl léčit, už bylo spíše předmětem diskuzí. Tyto neshody přetrvávají v určité podobě dodnes. K tomu, abychom lépe pochopili jejich podstatu, si v této kapitole přiblížíme hlavní psychologické názory, od počátků psychologie, přes psychoanalýzu, behavioristy nebo zastánce biologické psychologie a to, jak na trauma pohlížejí.

3.1 Počátky psychologie

Již z poloviny 19. století jsou známy kazuistiky dokumentující rozdvojenou osobnost, která se ukazuje zpravidla jako démon (tak se sám označuje), přebírající kontrolu nad zdravou částí jedince (KALSCHED, 2011). Již v této době, tedy ještě před tím, než se případy svých pacientů zabýval Sigmund Freud, bylo známo, že kořeny této patologie jsou v těžkém traumatu, které je pro vědomí nepřístupné. S takovými pacienty pracovali například badatelé Pierre Janet a Jean-Martin Charcot ve svých začátcích. Jejich strategií bylo přiklonit si tohoto „démona“ na svou stranu, vlichotit se mu, aby dosáhli předání moci nad prožíváním a jednáním klienta do rukou terapeutů. Slovy dnešních psychodynamicky orientovaných psychoterapeutů, byl tento démon chápán jako svépomocný systém duše, který se snažil o záchranu svého nositele. V bezpečném prostředí psychoterapeutického sezení mohl pacient svůj obranný mechanismus odložit a prožít si skutečnou pomoc.

Na J. M. Charcota a jeho užívání hypnózy jako léčivé metody, navázal i S. Freud. Během práce s hysterickými pacientkami došel k přesvědčení, že jejich hysterické symptomy jsou původní bolestivé emoce v zaškrceném stavu. Tyto zaškrcené vzpomínky pak pojmenoval jako podvědomý komplex představ (KALSCHED, 2011).

Bolestivá vzpomínka měla být v terapii oživena spolu s emocí jí doprovázející, jinak, jak S. Freud říká na základě svých poznatků, byla léčba neúspěšná.

3.2 Psychodynamický pohled

Psychodynamický pohled na trauma je sám o sobě poměrně nesourodý. S každou osobností psychodynamického proudu se mění i názor na podobu významu traumatu pro život jedince. Při jejich představení se nejprve vrátíme k již zmíněnému S. Freudovi. Ten práci s traumatem věnoval velkou část svého života, čemuž napovídá i fakt, že když se jeho následovníci snažili kategorizovat jeho dílo, první z etap charakterizovali právě jako „afekt-trauma“ (PLHÁKOVÁ, 2006, s. 171). Za trauma s velkým T, otce všech traumat, S. Freud označil nepříjemné zážitky spojené se sexem. Jeho podoba se však v různých obdobích jeho práce měnila. S. Freud nejprve popsal teorii, kterou nazval svedení dítěte dospělým. Jeho podstatou bylo tvrzení, že za psychickými potížemi pacientů stojí především intimní obtěžování dítěte někoho z dospělých osob, které ho obklopují. A to jak reálné, tak pouze naznačené, např. zahlédnutí nahoty jednoho z rodičů. Tuto teorii však postupně nahradil názorem zdůrazňujícím význam rané dětské fantazie. Ta ovlivňuje dezinterpretaci reality, které pak může mít za následek vznik psychické poruchy. Traumatizující tak může podle této teorie být již samotná představa, která se realitou nikdy nestala. S. Freud však zároveň zdůrazňuje, že pokud by dospělý pacient nebyl v dětství vůbec traumatizován, byl by schopen vstřebet sexuální představy do svého vědomí tak, aby se nepřetransformovaly do patologie. Téma trauma tedy v jeho teorii na své exkluzivitě neztrácí (MITCHELL, BLACK, 1999).

S. Freud stále pracuje na hledání nějakého univerzálního traumatu, kterým trpíme vlastně všichni. Nakonec jej našel v tzv. Oidipovském komplexu, který vzniká v období šesti let v rámci přirozeného vývoje postoje dítěte k vlastní sexualitě. V tomto období dítě, podle S. Freuda, touží po pohlavním styku s rodičem opačného pohlaví a druhého rodiče naopak považuje za rivala. Pro dítě nemůže taková situace vést k uspokojivému výsledku a frustrace z neřešitelné situace je onen Oidipovský komplex, jehož následky si nese celý život. S. Freud také vyřkl zásadní myšlenku, která je, byť ovlivněna vývojem psychologického smýšlení, potvrzována dodnes. Říká, že trauma vytváří afekty a myšlenky, které nelze integrovat. Dochází tedy k rozštěpení ega, které se traumatickým vzpomínkám brání a vzniká tzv. druhá psychická skupina, která se pak

stává uzdravení odporující částí osobnosti (KALSCHEID, 2011). Její podstata je nápadně podobná Charcotově „démonu“. Postupně se sám S. Freud setkával s problémy, které ho nutily na svých teoriích neustále pracovat a aktualizovat je. U přímé práce s pacienty narazil na vědomé i nevědomé odmítání hypnózy, čímž pacient zabránil přístupu k odštěpenému materiálu. Dále zjišťuje, že, byť klade na důležitost fantazie ve své práci velký důraz, stále to není dost. Dochází k názoru, že podíl fantazijní představy na vzniku neurózy je daleko větší, než podíl skutečného traumatu a pojmenovává myšlenku, že to není samo trauma, které rozštěpuje duši, ale jeho význam pro pacienta (KALSCHEID, 2011).

Pokud zmiňujeme myšlenky S. Freuda, nelze se obejít bez pohledu jeho současníka, odpůrce i zastánce, Carla Gustava Junga. Pokusím se tedy nastínit výseky jeho práce, související s traumaty a jejich příčinami. C. G. Jung se zpočátku ztotožňoval s mnoha postoji S. Freuda, konkrétně s jeho důrazem na nevědomé fantazie a nevědomé úzkosti a s upřednostňováním významu traumatické fantazie před samotnou traumatizující událostí. C. G. Jung ale jde svou vlastní cestou v hledání odpovědi na otázky, jaký přesně význam jaké fantazie pro jedince mají. Tuší, že jsou traumatické fantazie často složitě propletené se vzpomínkou, díky čemuž je obtížné je od sebe navzájem rozpoznat. A to nejen pro analytika, ale i pro samotného pacienta. Pomocí asociačního experimentu zkoumá psychický prvek, který by za tuto hříčku v mysli mohl být zodpovědný. Ten spočívá ve čtení seznamu podnětových slov a pacientovým proudem asociací na ně. Zjišťuje, že jsou různá emoční slova, která narušují plynulost projevu, čímž mohou být ohrožující pro funkci ega. C. G. Jung je pojmenovává jako citově zbarvený komplex. Jsou to ty oblasti psychicky, které S. Freud popsal jako druhou psychickou skupinu, tedy disociovaný materiál v důsledku traumatu. C. G. Jung se snaží, stejně jako S. Freud, nalézt univerzální komplex, ale dochází k závěru, že jeho pacienti mají různé příběhy a jejich obtíže nevycházejí pouze z komplexu sexuálního, jak se domníval S. Freud. Ale že, přestože je erotický komplex pro osobnost jedince významný, mohou ho doplňovat i jiné. Hovoří o komplexech méněcennosti, mocenských komplexech, rodičovských komplexech, aj (KALSCHEID, 2011).

C. G. Jung se ve své práci během času více a více věnuje archetypovému chápání traumatu, čímž se od postojů S. Freuda definitivně odklání. Svůj model traumatizované duše si C. G. Jung tedy představuje jako seskupení různých komplexů,

kdy každý obsahuje část své osobní historie, ale i historii své rodiny, celého rodu, a potažmo i celého lidstva. Dá se tedy říct, že si všichni neseme i traumata, kterých jsme nebyli svědky my sami, ale naši předci. Za dalšího představitele psychodynamického směru, který náš dnešní pohled na trauma ovlivnil, můžeme jmenovat Donalda Woodse Winnicotta. Ten vypracoval přínosné teorie zaměřující se hlavně na zdravý vývoj lidského jedince. A právě výsledek toho nezdravého vývoje chápal jako traumatizující. Těžištěm jeho práce tedy nebylo zkoumání traumatu, ale přesto k němu došel. Podle něj za vznikem traumatu nestojí pouze zásah nějaké významně negativní události, ale nedostatek pozitivní podpory (MITCHELL, BLACK, 1999). Tu D. W. Winnicott vidí i ve „své“ tzv. dosti dobré matce, což je pojem, kterým popisuje svůj pohled na správnou péči o vývoj dítěte, jejímž základem je přiměřeně citlivý přístup k jeho potřebám. Tím matka podporuje vývoj „pravého self“, tedy to, že je dítě a později také dospělý jedinec v souladu sám se sebou. Stejně jako matka dokázala vnímat jeho potřeby, dokáže to i on sám u sebe. V případě matčiny nedostatečné vnímavosti vůči dítěti nebo její ignorace je naopak podporováno utváření „falešného self“. To se vyznačuje konformním chováním, jedinec má obtíže porozumět sám sobě a co víc, necítí se vůbec být osobou (MITCHELL, BLACK, 1999, s. 146-148). V případě nehostinného rodinného prostředí podle D. W. Winnicotta dochází k posílení této „falešné“ struktury, která chrání „pravé self“ dítěte před následky zraňující výchovy, tzn. traumatu (PLHÁKOVÁ, 2006, s. 178). V ten moment se z „falešného self“ stává pečující já (KALSCHED, 2011). Opět se tedy setkáváme s podobnou strukturou ega v případě traumatizované mysli, která disociuje pro vědomí nesnesitelný materiál, aby tak ochránila své self. Podobný pohled nabízí všichni výše zmínění vědci, i když v různých podobách.

3.3 Behaviorální a kognitivní pohled

Ve stejné době, ve které Sigmund Freud a Carl Gustav Jung utvářeli své teorie o vědomé a nevědomé mysli, oidipovském komplexu nebo archetypech, se rodil úplně jiný pohled na fungování lidské mysli. Behaviorismus se oprošťuje od úvah a hypotéz. Hledá odpovědi formou pokusů a výzkumů, kde za každým tvrzením jsou ověřitelná data. Mysl je považována za černou skříňku, do které nikdo nedohlédne.

Předchůdcem behaviorismu je Ivan Petrovič Pavlov. Jeho teorie o klasickém podmiňování založená na pokusech se psi je již notoricky známá. Navíc je jeho terminologie dodnes platná. I když byl I. P. Pavlov zaměřen hlavně na fyziologické

reakce organismu, dá se aplikovat i na traumatizující události. Zaměníme-li potravu v Pavlovově experimentu za automobilovou nehodu (nepodmíněný podnět) a tikání metronomu za brzdová světla automobilu (podmíněný podnět), vzniká úzkostná reakce na trauma namísto slinění (podmíněný reflex) (PRAŠKO, 2003).

S operantním podmiňováním je to podobné. Burrhus Frederic Skinner je dalším zástupcem behaviorismu, který na základě experimentování se zvířaty došel k popsání teorie, jejíž přínos je viditelný dodnes. Jak píše Plháková, operantní podmiňování je „*druh učení, při kterém se mění pravděpodobnost výskytu aktů chování na základě jejich důsledků*“ (PLHÁKOVÁ, 2003, s. 174). Traumatizovaná osoba může mít spojené svoje chování, nebo situaci s bolestí. Nadále se pak, i když si toho nebude vědoma, může těmto situacím vyhýbat, aby zamezila nepříjemnému pocitu.

Dalším podobně aplikovatelným behavioristickým pojmem je například selektivní pozornost. Tedy schopnost jedince zaměřit se na některé vjemy z okolí, a ostatním se nevěnovat. U traumatizovaných pacientů se selektivní pozornost může projevit dvěma směry. Zvýšenou reakcí na vjemy připomínající traumatizující událost nebo právě naopak jejich záměrnou ignorací.

Významnými pokusy také přispěl zakladatel behaviorismu John Broadus Watson. Spolu s Rosalíí Raynerovou pracovali s malým Albetem, jemuž v době začátku experimentu bylo 9 měsíců. Bádání probíhalo tak, že na jeho počátku umístili J. Watson a R. Raynerová bílou krysou do blízkosti Alberta a současně nechali Alberta vnímat zvuk bouchání kladivem. Už po pár opakování této situace Albert vykazoval podmíněnou reakci na pohled na krysou. Postupně oba výzkumníci zjišťovali, že se Albertova úzkost generalizovala na podněty krysám pouze podobné (PLHÁKOVÁ, 2006, s. 158). Stejný proces můžeme pozorovat u traumatizovaných osob, jejichž panická reakce může nastat po již zmíněné automobilové nehodě nejprve při sezení v autě, postupně ale přestanou jezdit autobusem i na kole.

S traumatizovaným uvažováním velmi souvisí i práce Martina E. P. Seligmana, který prováděl experimenty s reakcí zvířat v situaci, ve které jim bylo znemožněno vyhnout se nepříjemnému zážitku, ze kterého by jinak útek byl jejich přirozenou reakcí. Došel k poznatku, že tato zvířata po nějaké chvíli snažení rezignují. Působí odevzdaně a rezignovaně. M. Seligman následně zkoušel podobné situace navozovat u lidí. A došel k

tomu, že lidé reagují stejně. Příznaky tohoto syndromu, který M. Seligman pojmenoval jako naučená bezmocnost, se podobají klinické depresi (PRAŠKO, 2003)

Tolik velmi stručně k tomu, jak behaviorismus přispěl k našemu vidění traumatu. Dodnes z jeho poznatků čerpají psychoterapeuti KBT, tzn. Kognitivně-behaviorálního směru, který využívá při práci s traumatizovanými pacienty mnoho technik, jako jsou expozice, o kterých jsem psala v předchozí kapitole. KBT je vyhledávána především pro svou efektivitu ve smyslu rychlého a viditelného zlepšení příznaků. Stále je však otázkou, do jaké míry prožité trauma skutečně zpracovává a do jaké pouze pacientovi pomáhá ke zvládnutí situace na technické úrovni, a nechává poměrně velký prostor k potlačení prožitků s traumatem spojených.

3.4 Biologický pohled

Biologický náhled na traumatizované tělo čerpá z fyziologie stresové reakce a dále ovlivňuje psychofarmakoterapii. Protože se fyziologie stresové reakce věnuji v jiné části své práce, dovoluji si ji zde vynechat a přejít přímo na popsání různých pohledů na trauma a jeho léčení z hlediska biologie.

Jen ve stručnosti tedy řekněme, že naše tělo na akutní stres reaguje pocením, chvěním, velmi pravděpodobně i dezorientací. Srdce tepe rychleji, nadledvinky produkují adrenalin. A právě hormony jsou určitým měřítkem psychické nepohody. Pakliže víme, že při prožívání negativních emocí naše tělo ve zvýšené míře produkuje katecholaminy, tedy výše zmíněný adrenalin a noradrenalin, a kortizol, můžeme vyvodit, že zvýšené hladiny těchto látek nám jsou schopny pomoci s diagnostikou posttraumatické stresové poruchy (VIZINOVÁ, PREISS, 1999).

Následná případná farmakoterapie se užívá jen zřídka, a jak doporučují Vizinová s Preissem, měla by být započata pouze v případě, že není možná psychoterapeutická péče (VIZINOVÁ, PREISS, 1999). Naopak Raboch vidí psychofarmaka jako důležitou podporu psychoterapie. Nebo možná spíše psychoterapii vidí jako podporu psychofarmak. Oba prameny se však shodují na tom, jak by psychofarmatická péče měla vypadat. Doporučují antidepresiva typu SSRI, tedy inhibitory zpětného vychytávání serotoninu, které umožňují jeho vyšší koncentraci na synapsích. Pomáhají tedy k udržení dobré nálady. Raboch uvádí dvouměsíční dobu užívání a následná

podpůrná léčba by měla být přibližně roční. A dále nabízí užívání stabilizátorů nálady, jako je lithium, nebo betablokátorů, které harmonizují procesy sympatického nervového systému (RABOCH, 2006). Přiznává však, že farmakoterapie není všelék a psychoterapeutickou péči doporučuje hlavně za účelem eliminace vyhybavého chování. Vizinová s Preissem navíc uvádí možnost užití anxiolytik, jejichž podkategorii benzodiazepinů však Praško uvádí jako diskutabilní. Zaprvé z důvodu rizika jejich návykovosti, za druhé se podle studie Feldmana vyskytují při použití alprazolamu případy zvýšené agresivity a neustupující projevy posttraumatické stresové poruchy, jako například flashbacky. Většina zdrojů uvádí kombinaci psychoterapeutické péče a farmakoterapie jako vítanou. Za zmínku stojí však i postoj některých psychologů, které pohlíží na postižení traumatem trochu jinak a nad jimiž velká část klinických psychologů a psychiatrů kroutí hlavou.

Téměř šamanisticky vznik traumatu vysvětluje Peter Levine. Trauma podle něj vzniklo nespotřebováním veškeré energie nahromaděné v těle oběti. Protože je nervová soustava nastavena na masivní výdej energie v podobě útoku nebo útěku, a tělo najednou znehybní v důsledku paralyzujícího strachu, vzniká mezi nervovou soustavou a tělem dysharmonie, která způsobuje trauma. Levine přímo píše: „*Člověk musí vybit veškerou energii, která byla mobilizována na jeho záchranu.*“ (LEVINE, 2011, s. 37-39).

Metoda EMDR je poněkud jiný případ. Pomalu, ale jistě se z ní stává uznávaná psychoterapeutická technika. Její celý název je Eye Movement Desenzitization and Reprocessing a dá se říci, že spojuje všechny výše zmíněny pohledy na trauma (HAŠTO, VOJTOVÁ, 2012). Její tezí je, že rychlé oční pohyby ze strany na stranu pomáhají v propojení mozkových hemisfér. A vzpomínky se tak lépe vybavují i integrují.

Tato kapitola shrnula různé nahlížení na PTSP. Je evidentní, že každý z psychoterapeutických škol věnovala studiu traumatu nebo s ním souvisejícím tématem mnoho úsilí. Každá z nich také přišla s vypracovaným funkčním konceptem pro práci s PTSP. Všechny se vzájemně předhánějí v co nejvyšší efektivitě. Podle mého názoru však záleží nejen na psychoterapeutovi, ale i na pacientovi, jaký způsob práce mu lépe vyhovuje, a který tak pro něj bude mít největší smysl.

4 Psychofyzologie traumatu

Tato kapitola bude pojednávat o fyziologických procesech doprovázejících traumatickou událost. Fungování našeho organismu je v mnoha případech fascinující proces, které předčí mnoho geniálních počítačových technologií. Jedním z takových obdivuhodných výkonů je jeho úloha v náročné životní situaci, které se organismus a jeho nositel účastní. V této kapitole si vysvětlíme, proč mozek může v takové situaci reagovat poruchovým zpracováním vzpomínek a jejich ukládání do paměti. J. Poněšický hovoří dokonce o psychosomatóze mozku (PONĚŠICKÝ, 2004, s. 22). A B. Rothschildová, že trauma je psychofyzilogický zážitek, i když traumatická událost přímo fyzické zranění nezpůsobí (ROTHSCHILDOVÁ, 2000, s. 5). Pokusme se tedy vysvětlit, jak tělo na stresující podnět reaguje. Nejprve z hlediska nervového a hormonálního, dále z pohledu mozku a různých forem paměti našeho těla. Na závěr představíme metodu léčení PTSP zvanou EMDR, která je na psychofyzilogii založená.

4.1 Tělesná reakce na stres

V této části bude popsána tzv. poplachová reakce organismu na akutní stres. Nejprve ta „zdravá“ verze, kterou může zasažený člověk zažívat, následně si představíme variantu, kde něco neprobíhá, jak by mělo, a představíme teorie, které vysvětlují, proč se tak děje.

Mysleme si tedy člověka, který prošel psychotraumatem. Například přepadením, při kterém téměř přijde o život, je zbit, okraden, ale dokáže násilníkovi utéct. Vjemy, které při této události mozek obvykle zpracovává do smysluplného celku, se však tentokrát nedokážou takto zorganizovat, jsou od sebe izolovány a existují odděleně od ostatních počítků. V našem přepadeném jedinci zůstane zachován například pocit děsu, slabosti v nohou, hlas útočnicka, obraz ulice, ve které se incident odehrál. Tento proces krásně popisuje B. Rotschildová ve své knize *Psychophysiology of Trauma and Trauma Treatment*.

Naše tělo má na „normální“ vypjaté momenty již vytrénovaný systém. Pokud vše funguje jak má, poté, co stres pomine, má člověk pouze nepříjemnou vzpomínku. Na tomto procesu se podílí několik důležitých oblastí. Je to týmová práce, která nedovoluje selhání ani jednoho článku. V první fázi jsou zapojeny senzorké procesy, naše oči, uši, čich, nám umožňují vnímání blížící se hrozby. Pakliže vyhodnotí situaci jako potencionálně nebezpečnou, vyšlou signál do limbického systému. Tedy tzv. centra

přežití, centra emocí, motivace a také místa uložení amygdaly a hipokampu, což jsou velmi podstatné složky naší paměti (MERKUNOVÁ, A., OREL, M., 2008 s. 239).

Další signál vyšle amygdala, charakterizována jako centrum emoční paměti, směrem k hypotalamu, který má na starosti harmonizaci vnitřního prostředí a funkce udržující náš organismus v chodu (HARTL, P., HARTLOVÁ, H., 2000, s. 203). Hypotalamus pak vydá dva pokyny. Prvním pokynem aktivuje sympatikus, který připravuje organismus k reakci „útok nebo útek“ zvýšením srdečního tepu, rozšířením průdušek nebo tlumením trávicího systému, a následně aktivuje také nadledviny, produkující různé druhy hormonů (MERKUNOVÁ, A., OREL, M., 2008 s. 200). Druhým pokynem vlastně posílí první proces soustavou úkonů počínající aktivizací CRF (faktor uvolňující kortikotropin), který povzbuzuje hypofýzu právě k uvolnění kortikotropinu (adrenokortikotropního hormonu – ACTH), který taktéž řídí činnost nadledvin, především jejich kůry, díky čemuž dochází při akutní zátěži k uvolnění velkého množství hormonů, které pomáhají jejímu zvládnutí (HARTL, P., HARTLOVÁ, H., 2000 s. 194). Organismus tedy spouští dvě různé reakce s totožným cílem, tedy podpořit práci nadledvinek. „Podpořit“ je v tomto případě možná eufemismus. Pod vlivem intenzivního strachu je z nich totiž vyplaveno obrovské množství adrenalinu, noradrenalinu a kortizolu. Vzniká tzv. poplachová reakce. Navenek se reakce projevuje zvýšeným tlukotem srdce, chvěním, pocením a roztěkaností. S pomocí endorfinu a enkefalinu vylučovaným mozkiem je sníženo vnímání bolesti a strachu. Ve chvíli, kdy akutní stres pomine, je nadledvinkami ovládaný kortizol vyslán, aby zastavil poplachovou reakci, a pomáhá tělo navrátit do homeostatického stavu. Celému tomuto procesu se říká osa hypotalamus-hypofýza-nadledvinky (dále budu používat zkratku HPA osa převzatou z angličtiny) (ROTHSCHILDOVÁ, 2000, s. 8-10; PONĚŠICKÝ, 2004, s. 123).

B. Rothschildová poukazuje na výzkumy Yehudové nebo Delahantyho, zkoumající hladinu kortizolu u osob s posttraumatickou stresovou poruchou. Ty vedou k závěru, že takto postižené osoby mají oproti kontrolní skupině hladinu kortizolu nižší. A to dokonce i oproti takové kontrolní skupině, ve které byly přítomny depresivně laděné osoby, které mají hladinu kortizolu nižší přirozeně. Z toho poznatku vychází závěr, že za selháním naší psychiky nestojí pouze úroveň hrůznosti prožitého zážitku, ale i biologická predispozice ke vzniku PTSP. Rothschildová k tomu říká, že pokud nadledvinky uvolňují málo kortizolu na to, aby zastavil nabuzení organismu, nemůže se

tělo vrátit do harmonizovaného stavu a udržuje se ve stálém stavu ohrožení. A to je moment, kde vznikají příznaky PTSP. Tato teorie se svým způsobem setkává s teorií Petera Levina, o které jsme se zmínili. Na jeho tvrzení, že posttraumatická stresová porucha vzniká zejména z toho důvodu, že organismu připravenému k boji (příp. útěku) nebylo umožněno vybití nahromaděné energie, se pak dá pohlížet z perspektivy Rothschildové, která svým způsobem tvrdí totéž (ROTHSCHILDOVÁ, 2000, s. 9).

Přirozenou reakcí organismu na akutní stres není jen útok nebo útek, přidává se k nim i tzv. freezing, tedy zamrznutí. Častěji jím na hrozbu reagují děti a ženy, na rozdíl od mužů, jejichž organismus zpravidla volí útek nebo útok (ROTHSCHILDOVÁ, 2000, s. 50). Tento fyzický i psychický stav je navozen ve chvíli, kdy oběť nemá dostatečnou sílu pro boj, a pro útek není dostatečný čas nebo prostor. Osoby, které takový stav zažily a přežily (např. napadení zvířetem, pád z výšky), ho popisují jako pocit, kdy čas plyne pomalu, a neexistuje žádný strach, ani bolest. Jako by byly v jiné realitě. Tento způsob obrany může být zároveň užitečným, což P. Levine demonstruje na příkladu napadené antilopy, která padá k zemi a jakoby předstírá, že je mrtvá. To pro predátora může signalizovat, že maso už bude staré, proto nedobré. V některých případech může tato strategie útočníka odradit a umožňuje antilopě utéct. V jiných pomůže ke zmírnění hrůzostrašných pocitů a bolestí před smrtí. Obě možnosti jsou pro napadeného v děsivé situaci nápomocné. Freezing můžeme považovat za pozůstatek ze strategie přežití našich předků. Zároveň ale při úspěšném překonání útoku může zůstat v oběti pocit viny nebo studu, že se nedostatečně bránila. Vyrovnání se s ním je důležitým prvkem v terapeutické práci (LEVINE, P., 2000; ROTHSCHILDOVÁ, 2000, s. 9-12).

Co se pocitu studu týče, stojí za zmínku ještě časté výčitky osob s PTSP z toho, že nedokážou odolávat stresu tolik, jako ostatní lidé. Mohou mít pocit, že každý menší stres je pro ně nepřekonatelně závažný. Ani takové mentální rozpoložení nevzniklo nezávisle na traumatu. Problémem je neharmonické fungování autonomního nervového systému, který nepřestává utlumovat stresovou reakci. I proto se PTSP z hormonálního hlediska popisuje jako chronické nabuzení autonomního nervového systému. Pakliže je toto nabuzení příliš vysoké a příliš dlouhé, a připojí se do takového stavu nový stres, nabuzení se ještě zvýší a je čím dál snadnější překonat limit zvládnutelnosti a pocítit zavalení (ROTHSCHILDOVÁ, 2000, s. 50).

4.2 Mozek a trauma

V této podkapitole popíšeme vztah mezi traumatickou událostí a mozkem. Jmenujeme ty části mozku, které jsou za zpracování traumatu spoluzodpovědné. Právě schopnost mozku přizpůsobit se, měnit se a vyvíjet, nám pomáhá učit se zpracovat negativní zážitky. Stejně tak může být tím prvkem, který způsobí selhání. Vše závisí na tom, jak dobře funguje komunikace mezi nervovými buňkami, jak pracuje naše paměť, a to všechno je i podporováno nebo narušováno prostředím, ve kterém jsme vyrůstali. Tomu se bude věnovat tato podkapitola.

Existuje totiž názor, že pro vývoj mozku a nervové soustavy je určující vztah dítěte s pečující osobou. Děti, jejichž dětství doprovázela správná péče, traumatické zážitky snáší lépe, jejich mozek je schopen je lépe zpracovat. Co ale vlastně znamená, že mozek dokáže zážitky „zpracovat“? Jak probíhá takový proces z fyziologického hlediska?

A které konkrétní části mozku se spolupodílejí na stresové reakci a jejího následného zpracování? Mozkový kmen spolu s v něm umístěnou retikulární formací, kteří je zodpovědní za regulaci tělesných funkcí, jako je srdeční tep, dýchání nebo trávení. Mezimozek a jeho součásti talamus a hypotalamus. Talamus, jenž bývá označován jako „brána vědomí“, neboť sbírá informace ze všech sensorických oblastí, zpracovávají tedy informace o chladu, chuti nebo hluku. Hypotalamus, který spouští stresovou reakci a je jak nadřazeným centrem vegetativních funkcí (např. trávicí, srdeční, sexuální činnost) tak také obsahuje mnoho důležitých center, umožňujícím pocit sytosti a hladu, tepla a chladu nebo žízně (MERKUNOVÁ, A., OREL, M., 2000; s. 232). Mozková kůra, která je zodpovědná za vytváření podmíněných reflexů, má významnou úlohu při vyšších mentálních procesech, jako je řeč, myšlení nebo učení (HARTL, P., HARTLOVÁ, H., 2000, s. 283). Centrum kožní citlivosti, které umožňuje uvědomění si svého těla a bolesti. Limbický systém, jako centrum reflexů a instinktů, a hrající roli i v biologických rytmech, agresi, strachu. A jeho součásti, tzn. amygdala a hipokampus, jejichž funkci si podrobněji popíšeme dále v této kapitole.

Dle mnohých autorů, jako jsou Van der Kolk nebo Schore je možné, že predispozice ke vzniku psychické poruchy způsobené závažnou traumatickou událostí, může vznikat již v raném vývoji. Jedinci, kteří byli v dětství vystaveni násilí, sexuálnímu zneužití, úmrtí rodiče, dlouhodobé hospitalizaci, vykazují určité nedostatky

v zacházení se stresem a vnímání významu traumatu. V některých případech mohou ztrácet schopnost zážitků zprostředkovat. Díky tomu při traumatickém zážitku, který je postihne již jako dospělé osoby, mají větší tendenci zapamatovat si jej pouze jako významnou emoci a tělesné pocity. Nebo, v případě jiných, disociace a zamrznutí neumožní rozvinutí přirozených strategií k přežití.

Dnes se to zdá logické, ale opačný postoj, tedy že i osoby s bezproblémovým dětstvím mohou v dospělosti trpět psychickými potížemi, byl především v době psychoanalytické „nadvlády“ kolem 2. světové války odmítavý. Norští psychiatři, kteří pracovali s holocaust přeživšími lidmi, vykazujícími jasné známky traumatizace, očekávali u svých pacientů určitou smutnou spojitost mezi minulostí a přítomností. Tito lidé však popisovali své dětství jako šťastné. A názor, že nějaké psychické onemocnění může vzniknout nezávisle na raném vývoji, ale i v případě výskytu „pouhého“ závažného traumatu v dospělém životě, byl v rámci této úlohy norských psychiatrů vyřčen poprvé (ROTHSCHILDOVÁ, 2000, s. 25)

4.3 Paměť a trauma

V této části se zaměříme na úlohu paměti při vzniku PTSP. Paměť je prvkem zpracování náhlého stresu, který jej velmi ovlivňuje. Umožňuje zaznamenání, uložení a vybavení informací. Popíšeme, jaké části mozku jsou za paměť zodpovědné a jakou úlohu hrají. Představíme také různé druhy paměti a jejich význam pro PTSP.

Dalším potenciálním „viníkem“ vzniku PTSP je limbický systém, konkrétně jeho součástí plní hlavní funkci v zaznamenávání, ukládání do paměti, a také vybavování traumatického zážitku. Tím je myšlena amygdala a hipokampus, kteří ale navíc svůj úkol pojmají každý trochu jinak. Zajímavé je, že amygdala se vyvíjí hned při narození, zatímco hipokampus až mezi druhým a třetím rokem života. To vysvětluje tzv. dětskou amnézii, tedy naši neschopnost vybavit si první dva roky života, včetně vlastně prvního traumatického zážitku, který lidská bytost prožije při porodu. Amygdala plní důležitou roli v „emocionální paměti“. Tento pojem sice není příliš odborným termínem a v poslední době ho, obdobně jako výraz emoční inteligence, zneužívají hlavně populární časopisy, v našem případě nám ale poslouží svou názorností. Patří do něj zpracování pozitivně i negativně emočně nabitých vzpomínek. Dá se říci, že cokoli, co má pro nás po emoční stránce nějaký význam, přijde do kontaktu s amygdalou. Přisouzením emočního náboje plní amygdala při stresové reakci funkci

vyhodnocovače informací ze sensorických orgánů. Její význam v momentu úleku je názorně popsána v knize Anatomie a fyziologie člověka Merkunové a Orla:

„Nečekaně uslyšíte silný zvuk. Mnohem dříve, než tato informace dospěje k mozkové kůře a my racionálně vyhodnotíme, že se nic vážného neděje, vyhodnotí amygdala situaci jako potenciálně nebezpečnou. Vynoří se emoce, amygdala spustí alarm, aktivizuje mozkové funkce a zahajuje stresovou reakci: Autonómni nervový systém automaticky zvyšuje frekvenci dýchání, tepu i krevní tlak. Je aktivována hormonální činnost nadledvin. Zpomaluje se trávení. Krev se přesouvá do kosterních svalů. Rozšíří se zornice... Naše tělo je připraveno k boji nebo útěku“ (MERKUNOVÁ, A., OREL, M., 2000, s. 240).

Hipokampus, oproti tomu, jakoby byl tím rozumem z paměť-umožňujícího tandemu. Podílí se na tvorbě a zachování paměťových stop. Dává našim vzpomínkám kontext. Dává mu smysl. Zařazuje události z hlediska času i prostoru do našeho životního příběhu. Pomáhá tomu, abychom chápali, že nějaká událost v naší minulosti začala, nějak probíhala, a někdy skončila. Ale to, co často popisují osoby postižené PTSP, je pocit, jakoby onen hrozivý moment nikdy neskončil. Traumatická událost pak nenachází místo v minulosti, do které patří, ale stále okupuje přítomnost. Jednoznačným příkladem jsou flashbaky, které nemocného vrací do prožité zkušenosti. To je situace, ve které hipokampus selhává (MERKUNOVÁ, A. OREL, M., 2000, s. 240; ROTHSCILDOVÁ, 2000, s. 12). To J. Poněšický vysvětluje tím, že vjemy „uvíznou“ v tzv. horkém subsystému zpracování stresu v mozkovém jádru amygdaly, kde sídlí centrum implicitní paměti. Do chladného paměťového subsystému hipokampu, kde je umístěno centrum paměti explicitní, která je zodpovědná za vědomé vybavení si vzpomínek a schopností mluvit o prožitém psychotraumatu, už vjemy vůbec nedojdou (PONĚŠICKÝ, 2004, s. 123). Rothschildová uvádí několik výzkumů, které dokládají, že hipokampus u osob s minulostí s posttraumatickou stresovou poruchou je zmenšený. Tento úkaz zmiňuje i Poněšický, který jej vysvětluje neurobiologickým procesem v mozku, při kterém po skončení stresové situace nastane vlivem snížení hladiny noradrenalinu zpomalení metabolismu mozku a v konečném důsledku dojde i k zániku pyramidových buněk hipokampu. Na rozdíl od Poněšického však Rothschildová stále nechává otazník nad možností, že osoby postižené PTSP mají hipokampus zmenšený přirozeně (ROTHSCILDOVÁ, 2000, s. 22, PONĚŠICKÝ, 2004, s. 123).

Paměť je složitý systém, který se dá rozdělit několika způsoby. Rozlišení explicitní a implicitní paměti je jedním z nich, navíc svým založením je blízké popisu amygdaly a hipokampu, což nám pomůže fakta uvést do souvislostí. Explicitní paměti se také říká deklarativní paměť. Jejím úkolem je ukládat fakta, myšlenky, která jsou poměrně snadno vyjádřitelná. Můžeme ji ovládat vůlí a vzniká přibližně ve třech letech věku. V průběhu akutní zátěže je její aktivita velmi nízká. Naproti tomu implicitní paměť, tzv. nedeklarativní, je vůlí neovlivnitelná. Jí uložený obsah je těžce vyjádřitelný slovy, zaznamenává emoce, tělesné pocity, jako je například vůně jídla, nebo automatické schopnosti. Je uložena v amygdale, tedy, stejně jako amygdala, vzniká již při narození. V průběhu zátěžové situace je její aktivita zvýšená, jak je evidentní i z toho, co již o vzniku PTSP víme. Tedy, že traumatizované osoby mohou mít potíže s vybavením si průběhu události a jejího zařazení do kontextu.

V tom lepším případě paměť postiženého člověka funguje správně, on si události uvědomuje, rozumí souvislostem. Není pro něj až tak obtížné domyslet si, že pokud byl například napaden osobou s výraznými tmavými brýlemi, má i nynější nepřátelství vůči lidem s brýlemi svůj důvod. Pakliže ale selže explicitní paměť, tedy napadený si brýle na útočnickovi nepamatuje, ale implicitní paměť pracuje na plné obrátky a vytváří automatickou reakci v podobě strachu z lidí s brýlemi, je pochopitelné, že oběť svému jednání nedokáže porozumět. Tento problém byl prokázán malým experimentem se ženou s těžkou amnézií. Tato žena byla schopna uložit do paměti pouze několikaminutové sekvence. Se svým ošetřujícím lékařem se seznamovala každý den jako poprvé. Tento lékař ji ale při jednom z těchto setkání místo potřesení rukou do ruky uhodil. A ačkoliv si žena při dalších setkáních tuto událost nemohla pamatovat, odmítala již lékaři ruku podat. Její pravá hemisféra s její implicitní pamětí si situaci pamatovali za ni.

Strach vzniklý výše zmíněným způsobem je v podstatě příkladem klasického podmiňování. To se může rozvinout do dlouhého řetězce podmíněných podnětů končícího u spouštěče na několik generací vzdáleného od onoho původního. Tento strach z brýlí také nemusí oběť cítit tak jednoznačně, jak jej nyní popisujeme. A její zmatenost může dosáhnout až agorafobních rozměrů, protože rozlišit strach z obrýlených mužů a obavu z lidí obecně, pokud si nejsme vědomi pojítek s traumatickou událostí, může být velmi obtížné.

I operantní podmiňování nám „pomáhá“ naučit se zpracovat traumatický zážitek. Pro připomenutí si řekněme, že operantní podmiňování je způsob učení, který vzniká spolu s posílením (odměnou) nebo zeslabením (trestem) vykonávaného chování. Silný vliv, co se vztahuje k PTSP týče, může mít tento způsob učení na náš postoj k bránění sama sebe. To, jak na naše první dětské asertivní projevy zareaguje naše okolí, se promítá i do dnešního života; pakliže je na náš protest a obranu zareagováno trestem, budeme v budoucnosti méně vzdorovat agresivnímu chování, protože vzdor je „napodmiňován“ jako špatný a vedoucí ke zhoršení situace. Pakliže ale byla naše strategie vzdoru úspěšná, je vyšší pravděpodobnost, že se jí nebudeme ani do budoucna obávat využít. Zažít si několik stresujících situací a zvládnout je, je pro vývoj jedince důležitým posilovačem, kterému se říká „očkování stresem“ (ROTHSCHILDOVÁ, 2000, s. 51-53).

4.4 Somatická paměť

Tato část bude věnována fenoménu somatické paměti, jakožto nově popsanému způsobu ukládání vzpomínek ne do mozku, ale do našich svalů. Ačkoliv je paměť z fyziologického hlediska věcí ryze fyzickou, existuje její „ještě fyzičtější“ druh. Tedy, abychom to vysvětlili o něco méně bulvárně, paměť, o které jsme hovořili doteď, je spojena především s mozkiem. Nyní popíšme paměť somatickou, s jejíž pomocí jsou informace samozřejmě také shromažďovány v mozku, přicházejí ale z celého těla. Somatická paměť zatím v obci vědců-psychologů není příliš ukotvený pojem. Mnozí praktici s ním ale operují a B. Rothschildová ho ve své knize využívá a i já si ho vypůjčím za účelem popsání skutečností, které podle mého názoru lépe pojmenovat nelze.

Informace z prostředí kolem nás vysílají do mozku receptory několika druhů. Exteroreceptory předávají data z vnějšího prostředí, interoreceptory z vnitřního. Interoreceptory se dělí na proprioreceptory, které čerpají informace z příčně pruhovaných svalů a šlach, a na visceroreceptory, která dělají totéž u svalů hladkých, jako je srdce nebo žaludek (HARTL, P., HARTLOVÁ, H., 2000, s. 238).

Jedním z teorií zabývajících se somatickou pamětí jsou somatické markery Antonia Damasia, která je podobná principu klasického podmiňování, který jsem popsala výše. Ten říká, že emoční zážitek vznikne zakódováním tělesné odpovědi na podnět spolu s emocí je doprovázející. Takto se společně uloží jako vzpomínka

asociovaná s původním podnětem. I pro tuto teorii můžeme použít stejný příklad s napadením a s brýlemi. Ačkoliv si oběť nepamatuje samotný akt, ve chvíli spatření brýlí ji zachvátí stejná emoce (strach), jako při původní reakci.

Teorie o somatické paměti je založena na předpokladu, že první vjemy z vnitřního i vnějšího prostředí, jako jsou vůně, zvuky, doteky, chutě, náš pohyb nebo pozice těla, jsou nejprve ukládány pomocí tělesného vnímání, než je dokážeme verbalizovat. Naše smyslové buňky tedy jako by používaly vlastní paměť. A díky tomu si také dokážeme vybavit chuť pomeranče, vůni skořice a zažíváme situace typu „Ano, to je to koření, co dávala babička do polévky!“ a „Vždycky, když si dřepnu, vybaví se mi ta nepříjemná vzpomínka“. Čímž se postupně dostáváme k tomu, jak je somatická paměť propojena s traumatem.

Traumatické vzpomínky jsou v obvyklém případě ukládány implicitně (tedy více jako emoce) i explicitně (více jako fakta). Pokud však dojde k vyvinutí PTSP, explicitní složka selhává a nemocný člověk tak nedokáže propojit somatické symptomy se vzpomínkou, jak jsme si již popsali. Nedá se blíže určit, který somatický symptom je specifický pro osoby trpící PTSP, je to záležitostí jednotlivých příběhů a konkrétních událostí. Ať je tedy tělesný pocit jakýkoliv, to, co je podstatné, je jeho význam. Jeho uchopení a pochopení je zásadním krokem v terapii traumatizovaných pacientů se somatickými obtížemi. Babette Rothschildová rámcově nabízí postup, kterým do takového stadia s pacientem dojít. Jako první je dle ní podstatné prožít a uvědomit si tělesné pocity na úrovni těla. Jen s nimi být a vnímat je. Teprve pak následuje další fáze, kde pacient teprve použije slova pro pojmenování těchto pocitů. V tomto stadiu také člověk vypráví o svém přítomném životě. O tom, jaký význam pro něj v životě popsaný pocit má. Díky tomu se postupně může stát snadnější souvislost mezi pocitem a traumatizující událostí nalézt.

Pakliže jsme si řekli, že lidé s PTSP nespécifikuje žádná konkrétní somatická obtíž, výjimku tvoří pochopitelně flashbaky jakožto jeden z prvků, na základě kterých lze PTSP diagnostikovat a které mohou mít i somatický spouštěč. Flashbaky mohou být vyvolány jak exteroceptivním (např. vnímaná vůně), tak interoceptivním systémem (např. vnitřní pocit). Spouštěčem může být informace vyslaná ze svalů v určité pozici těla, což je typické například u znásilněných žen, které jsou schopny pohlavního styku pouze v jiných pozicích, než ve kterých byly při aktu znásilnění.

Následně se spustí lavina doprovázejících emocí vzbuzujících neodbytný pocit, že vybavovaná minulost je realitou. Podobná situace se může opakovat při navození zvýšeného tepu a dechu (např. při cvičení). Oběť na základě podobnosti s vnitřním pocitem při útěku před útočníkem může vzbudit vlnu flashbacků. Na základě těchto příkladů si jistě umíme představit další podobné situace. Je všechny bude spojoval spouštěč založený na vybavení závislém na vnitřním rozpoložení (ROTHSCHILDOVÁ, 2000, s. 37).

4.5 Somatický nervový systém

Tato část je zaměřena na somatický nervový systém, který je součástí periferního nervového systému a, dle Psychologie manželů Atkinsonových, *přenáší informace jak ke smyslovým receptorům, svalům a povrchu těla, tak i od nich* (Atkinson, 2003, s.). Dále bude vysvětlen pojem somatický marker a nahlédneme na stručný přehled historie teorie o spojení duše a těla. Zaměříme se také na úlohu emocí v tělesném prožívání, na to, které emoce tělesně prožíváme nejvíce a jak s nimi můžeme zacházet, pokud se nám nedaří je prožít.

Somatický nervový systém dle Rothschildové souvisí s mechanismem, díky kterému je trauma zakódováno i pomocí pohybu nebo postoje. Jak somatický nervový systém (dále SomNS), tak interoreceptivní systém jsou využívány pro zaznamenání a přehrání pohybu, jen jejich funkce se v tomto ohledu liší. Zatímco SomNS dokáže pohyb ziniciovat, interoreceptivní systém zařídí pocit, že pohyb vykonáváme správně.

Somatický nervový systém se výrazně podílí na našem obranném chování. Obojí, jak zamrznutí, tak reakce útok/útěk, se může realizovat hlavně díky svalstvu. Zamrznutí, ač se to tak nemusí zdát, totiž není způsobeno „stávkou“ svalů, naopak je to aktivní proces, při kterém dochází k chronickým svalovým kontrakcím. Obranný mechanismus funguje na základě instinktivního nebo naučeného chování, které vzniklo buď pomocí podmiňování, nebo následování instrukcí. Nicméně i instinktivní chování se dá naučit. V kontaktu s naším tématem se jedná například o nacvičování reakcí na hrozbu v podobě kurzů sebeobrany atd. Pokud se jimi člověk zaobírá dlouho a dostatečně dobře, je schopen přebudovat své přirozené chování na nové. Vybuduje tedy nové synaptické spoje, které se spustí při ohrožení. Pakliže je takto zabudované chování posilněno (formulujeme-li pomocí operantně-podmiňovacích termínů), tedy obrana před

útokem je při naučeném chování účinná, je pravděpodobnost využití tohoto chování do budoucna výrazně vyšší než v případě selhání.

SomNS je také využíván jako „ukladač“ vzpomínek na traumatizující událost. Již jsem se zmínila o fenoménu spojení pozice těla nebo pohybu se vzpomínkou. Tento fakt může být nápomocný pro terapeutickou práci s traumatizovanými osobami. Opakování pohybů prováděných např. při napadení může přinést na světlo nové vzpomínky, zlomové prožitky, uvolnění emocí, uvolnění tělesných bloků. Důležité však je, aby terapeut měl tento proces pod kontrolou, pakliže je proces nekontrolovaně spuštěn, může v pacientovi vyvolat nevládnutelný zmatek.

Významnou složkou osobnosti, která je ve vzájemném kontaktu s tělem, jsou emoce. Tělo je prostředek, díky kterému lze emoci fyzicky zažívat, tedy cítit, zatímco se mysl stará o její pojmenování. Rothschildová píše, že *každá emoce je charakterizována rozdílnými vzorci kontrakcí kosterních svalů v obličeji a v postoji těla* (ROTHSCHILDOVÁ, 2000, s. 59). Je výsledkem spolupráce vnímání, autonomního a somatického nervového systému, díky kterému také každou emoci vnímáme jinak.

Ráda bych teď uvedla historický kontext spojení emocí a těla. Studováním emocí se v první řadě zabýval Charles Darwin, který již v roce 1867 dal dohromady mezinárodní skupinu skládající se z velkého množství zástupců různých kultur. Zjistil, že chápání výrazu obličeje a přisouzení příslušné emoce je napříč kulturami totožné. Podobný výzkum uspořádal Silvan Tomkin, který došel k závěru, že chápání emocí je stejné i napříč generacemi. Dále Antonio Damasio, o němž jsme mluvili v souvislosti se somatickými markery. Jeho studie byly spojeny s lidmi s poškozenými s emocemi spojenými oblastmi v mozku. Jeho závěr byl, že čisté racionální uvažování bez emocí je vlastně nemožné. Abychom dokázali udělat rozumné rozhodnutí, musíme cítit jeho následky. Somatické markery, které nám říkají, že máme z něčeho divný pocit, nebo že jsme nadšením vzrušeni, se podílejí na našem rozhodovacím procesu (ROTHSCHILDOVÁ, 2000, s. 59).

B. Rothschildová rozpracovává i konkrétní emoce, jako jsou vztek, strach, stud, zármutek. Co se vzteku týče, popisuje ho jako sebeobrannou emoci, které předchází nějaké zranění, případně překročení námi určené hranice, ať už je to ohrožení nebo vyděšení někým. Problém se vztekem u traumatizovaných pacientů však může být jeho rozrostení do chronického měřítka, kvůli kterému zasahuje do každodenního života a

kvůli kterému může zasahovat i do mezilidských vztahů jak v soukromí, tak na pracovišti.

Emoce strachu je dle Rothschildové hlavní silou v několika psychických nemocech, jako jsou úzkostně-depresivní poruchy, obsesivně-kompulzivní poruchy, panické poruchy nebo fobie. Ve chvíli kdy zažíváme traumatickou událost, můžeme cítit vyšší úroveň strachu, děs. Postupem času je pocit děsu utlumen do strachu, při flashbacích se však zpravidla navrácí v plné síle. Původní funkce strachu je však pozitivní, upozorňuje nás na nebezpečí, a tím nás chrání. Tato ochranná funkce se pod vlivem traumatu a jím způsobenou přílišnou generalizací narušuje. Jeden z cílů terapie je znovuvybudování protektivní funkce strachu.

Stud je emoce, která se vyvíjela tisíce let. Ačkoliv ho v dnešní době vnímáme spíše s nádechem negativity a s pocitem, že nám brání ve svobodném projevu na místě, kde to není nutné, pravdou je, že stud byl pro nás v jisté době dopomocí k přežití. Nutil nás k dodržování skupinou stanovených norem, a tím pádem se socializovat. Dokážeme-li cítit stud, jsme si vědomi, že možná děláme něco špatného, za co nás může skupina vyloučit a nechat nás tím napospas divočině. Již jsme se také zmínili o komplikovaném vztahu traumatizovaných osob k vlastnímu studu. Především u zneužitých nebo znásilněných žen se vyskytuje otázka, proč tomu nebyly schopné zabránit. Protože se na ni nedá snadno odpovědět, pociťují silný stud, který je navíc těžké odhalit, protože o něm nerady mluví a zároveň je zvenčí těžce viditelný. Nedoprovází ho tak výrazné fyzické projevy jako je pláč nebo křik. Traumatizované osoby mohou mít pocit, že ani nemají právo připadat si jako oběť. I přijetí této emoce a pacientovo pozitivní nahlížení na ni je v terapii významným krokem.

Zármutek je v životě nenáviděná emoce, v rámci psychoterapie je však velmi vítaná. Není návratem do traumatu, jak by se mohlo zdát, ale je to uzdravující moment, který vysílá znamení, že byl bolestivý zážitek již správně zařazen do minulosti. Což je také poznat i na změněném způsobu vyprávění, traumatizovaná osoba již častěji mluví o zážitku v minulém čase.

Diskutovanou otázkou v psychoterapii je použití tzv. katarze a abreakce. Zatímco někteří psychoterapeuti na ně nedají dopustit, jiní jsou daleko obezřetnější. Jisté je, že by se s nimi mělo pracovat s opatrností. Napřed si ale pojmy vysvětleme. Katarze je vnitřní očista za pomoci emočního náboje (abreakce). Předpokladem je, že

při katarzi se těžké vzpomínky vrací plnou silou do vědomí a tím dopomáhá k vypořádání se s nimi. Rizikem však je tzv. retraumatizace, tedy znovuprožití traumatu, která léčivá rozhodně není, naopak zhorší klientův stav i jeho důvěru v terapeuta. B. Rothschildová nabízí fyziologická vodítka, která mohou pomoci rozpoznat, zda je proces nápomocný či nikoliv. Ty dobré známky jsou hluboký dech, pokud jsou vydávány zvuky, tak při výdechu, a barevná kůže. Známky, které by nás měly varovat, je kůže našedlá, rychlý, mělký dech a emotivní zvuky při nádechu.

4.6 EMDR

Tato podkapitola bude věnována EMDR. Popíšeme, jak tato metoda vznikla, jak obvykle vypadá její průběh a jaké jsou teorie o jejím fungování. Hovoříme-li o tělesných procesech u traumatizovaných pacientů, je na místě se více ponořit do terapeutické metody Eye Movement Desensitization and Reprocessing. Již jsem se zmínila, že jejím cílem je zpracování traumatických zážitků pomocí provádění rychlých očních pohybů. „Objevitelka“ EMDR, Francine Shapiro, začala tento koncept rozvíjet v roce 1987, na základě osobního zážitku s tíživou situací, při které jí právě rychlé pohyby očí ze strany na stranu ulevily od momentální úzkosti. Během několika let již bylo EMDR prezentováno jako terapeutická metoda.

Její silnou stránkou je integrace různých psychoterapeutických přístupů. Čerpá z psychodynamického směru (např. volné asociace), z kognitivně-behaviorálního (kognitivní přerámování) a zároveň pracuje s tělem. Má celkem 8 fází. První tři jsou zaměřeny především na diagnostiku a přípravu pacienta na další kroky, jimiž jsou zpracování, zakotvení a tělový test, při kterých dochází k expozici traumatu. Poslední dvě fáze se věnují postupnému ukončování terapie a ověření její efektivity.

Jedno sezení zpravidla trvá 90 minut. Pacient a terapeut sedí naproti sobě a terapeut rukou se vztyčeným ukazováčkem a prostředníkem kmitá před pacientovými očima tak rychle a tak daleko, jak je pohodlné pacientovi. Po setu čítajícím přibližně 25 kmitů následuje prodýchání a sdílení prožité zkušenosti nebo vybavených vzpomínek. Poté pokračují v dalším setu kmitání. V průběhu terapie dochází, dříve nebo později, k postupnému uvolnění vytěsněných vzpomínek. Podle studií shrnutých D. Ralausem je evidentní, že EMDR terapie dosahuje stejně dobrých výsledků jako KBT techniky za výrazně lepších časových podmínek (RALAUS, 2006).

Stále však není úplně objasněné, jaký mechanismus celé léčení takto usnadňuje. J. Poněšický píše, že pohyb ruky, na kterou se pacient dívá, stimuluje obě mozkové hemisféry a vzpomínky uvízlé v amygdale se mohou přesunout i do hipokampu a do řečových oblastí v mozku (PONĚŠICKÝ, 2004). Objevily se názory, že EMDR funguje v podstatě na principu hypnózy, a zase jiné, které ji odkazovaly na REM spánek. Pravděpodobný se jeví výklad, že je při provádění pohybů aktivován přirozený systém zpracování informací. Je umožněno spojení mezi vědomím a chybně uloženou informací, která, není-li zpracována správně, může být základem pro četné duševní poruchy.

Další zajímavou teorií je změna mezihemisférové komunikace. Podle ní dochází během terapie k synchronizaci stimulace a inhibice a v neurálních sítích obou hemisfér. To umožňuje propojení racionálních i emocionálních prvků vzpomínky a tím celkovou změnu v tom, jak je na ni nahlíženo. Uvažuje se také o principu podmíněné reakce, tedy fakt, že traumatizující vzpomínku začneme doprovázet očními pohyby, které po nějaké době zažívání mohou odkazovat na pozitivní pocity a pocity bezpečí. Tím tedy dojde ke vzájemné neutralizaci těchto pocitů a vzpomínku je snazší si vybavit.

Z výše uvedeného dokážeme popsat mnoho hypotéz, na málokterou otázku však dostaneme jasnou odpověď. U zmenšeného hipokampu není jisté, zda jde o vrozenou dispozici nebo reakci na trauma. U somatické paměti není jisté, zda vůbec existuje a není to jen vykonstruovaný pojem. U EMDR nevíme, zda opravdu funguje. Na studiu těchto tělesných dějů se však intenzivně pracuje a snad se dočkáme nějaké daty podpořené teorie.

5 Obranné mechanismy

Tato kapitola se bude věnovat způsobům, jak se vyrovnává psychika jedince s nesnesitelnou bolestí. Hlavní pozornost bude věnovat obranným mechanismům dle Sigmunda Freuda a Carla Gustava Junga. Dále budou zvláště popsány disociace, flashbacky a somatizace, jako nejběžnější obranné mechanismy v případě PTSP.

5.1 Úvodem

To, co se děje s tělem v zátěžové situaci jsme si již popsali. Nejsou to však jediné procesy, které se s traumatizovanou osobou dějí. PTSP provázejí i poněkud záhadné jevy, kterými se zabíral až už Pierre Janet se svou studií disociace nebo Sigmund Freud rozvíjející teorii obranných mechanismů. Pravděpodobně i ty se neuropsychology dají bezpečně popsat, od tohoto přístupu však v této kapitole upustíme.

I naše duše, naše ego, naše psyché, chcete-li, se snaží o zabránění totálnímu kolapsu, na který by měla i po některých zážitcích možná nárok. Používá k tomu různé způsoby, které jsou každý vhodný pro jinou situaci a pro jiného jedince. Setkáváme se s naprostým odmítnutím události, s tím, že nám jakoby vypadne ze života. Nebo se nám o ní objevují různé fantazie, až už ve snech nebo ve dne. Nebo začne selhávat naše tělo, na které tak přesuneme veškerou pozornost. Všechny tyto způsoby jsou v podstatě psychosomatického rázu. Na jejich fungování se podílí obě složky naší osobnosti. D. Kalsched pojmenovává tyto možnosti ochrany jako svépomocný systém. Ačkoliv je sám psychoanalytikem, obratně se tak vyhnul zařazení do konkrétního psychotherapeutického směru.

5.2 Obranné mechanismy dle psychoanalýzy

Psychoanalytické pojetí obranných mechanismů je jedním ze stěžejních bodů psychodynamického směru. V následující části se mu tedy budeme věnovat, popíšeme, co obranný mechanismus je a uvedeme jejich druhy dle Anny Freudové.

Pojem obranné mechanismy zavedl již Sigmund Freud a dále ho rozvedla Anna Freudová ve své knize Ego a obranné mechanismy. Psychoanalytický termín obranný mechanismus je J. Praškem vysvětlen jako nevědomá strategie k vyrovnání se s negativními emocemi (PRAŠKO, 2003, s. 40) nebo V. Drapelou jako ochrana ega před ohrožujícími myšlenkami nebo přáními, které působí na nevědomé úrovni (DRAPELA, 2011, s. 26).

Z knihy Já a obranné mechanismy od Anny Freudové je však patrné, že tyto obranné mechanismy se vztahují primárně na vnitřní konflikty mezi pudy a egem. Jejich spojitost s vnější, potenciálně traumatizující situací je dána rizikem, že bude jedinec společností potrestán v případě, že své vnitřní přání nechá propuknout navzdory jeho sociální nevhodnosti (především v případě sexuálních pudů). Obranné mechanismy slouží také k tomu, ochránit jedince před těmito odmítavými reakcemi. Podle A. Freudové se obranné mechanismy vytváří v době raného dětství, kdy se dítě teprve učí zacházet se svými pocity nelibosti. Protože je příliš slabé na útěk nebo útok a protože přijetí nevyhnutelnosti důsledků je pro něj ještě nepochopitelné, dochází k vyvinutí strategií, které mu pomohou se s nimi vyrovnat. Výchova ke zvládnutí nepříjemných pocitů u dětí trvá poměrně dlouhou dobu (FREUD, 2006, s. 53). Ty obranné mechanismy, které můžeme aplikovat i jako reakci na trauma, dál stručně představím.

Vytěsnění je základním a dle J. Praška nejdůležitějším obranným mechanismem. Umožňuje vyloučit ohrožující impulzy z vědomí za účelem vyhnout se bolestivým následkům v podobě pocitů studu nebo viny. Tyto nepřijatelné myšlenky často sexuální povahy jsou vytlačeny do nevědomí, kde jsou pak těžce dostupné.

Potlačení je další obranný mechanismus, kterým dočasně odsuneme bolestné vzpomínky a úmyslně tak ovládáme nechtěné impulzy nebo přání. Rozdíl mezi potlačením a vytěsněním je, že v tomto případě myšlenky zůstávají zachovány ve vědomí, a odsunuty jsou jen ty bolest způsobující impulzy. Rizikem však je tzv. efekt odrazu, popsáný S. Freudem, díky kterému potlačený materiál nabere více na síle a snaží se vejít do vědomí skrz psychické i fyzické obtíže. Například osoby, které o tíživé události odmítají hovořit, mají větší tendenci k tomu, nad ní v duchu přemítat, mít o ní vtíravé představy a sny než ty, které se někomu svěřují.

Racionalizace je způsob, jak dosáhnout snížení úzkosti tím, že události přisoudíme racionální vysvětlení. Na podobné bázi funguje také intelektualizace, při které dochází k získání emočního odstupu od situace tak, že ji popíšeme abstraktními, intelektuálními, tudíž nicneříkajícími pojmy.

Popření nepříjemné reality je dalším z obranných mechanismů, probouzejících se po traumatické události. Tato reakce například často pomáhá vojákům přežít v situacích, ve kterých, kdyby si plně uvědomovali pravděpodobnost úmrtí, předem by se vzdali. Místo

přemýšlení a vyhodnocování však automaticky reagují maximální snahou o záchranu svého života.

Jednou ze společensky oceňovaných obranných reakcí je sublimace, která nám umožňuje nepříjemný zážitek zpracovat do uměleckého výtvoru. I my často slyšíme ty nejslavnější písně, které čerpají z traumatického zážitku svého tvůrce, nebo vidáme geniální výtvarná díla těch, kterým život nadělil množství děsivých zážitků (PRAŠKO, 2003, s. 20-23; DRAPELA, 2011 s. 26-27).

O psychoanalytickém přístupu k práci s traumatem a jak dle něj svépomocný systém pracuje, jsme si psali více v druhé kapitole. Důležitým prvkem je jeho přístup ke snům, které S. Freud pojmenoval jako královskou cestu do nevědomí. Z výše uvedeného jsme si udělali obrázek pojetí obranných mechanismů v psychodynamickém směru.

5.3 Jungův přístup ke svépomocnému systému

V této podkapitole bude pozornost věnována trochu jinému pohledu na obranné mechanismy. Vysvětlíme Jungův pojem komplex a jeho vztah k traumatu. Popíšeme teorii o útočícím a přežívajícím Self. Dále nahlédneme na práci se symboly a sny.

C. G. Jung je známý pro svou práci s obrazy a fantazií. Stejně jako S. Freud i on se zabýval obsahy snů a fantazií a jejich symbolikou. Komplexy, o kterých jsme se zmínili již dříve, podle něj mají „*tendenci zobrazovat se ve snech a jiném fantazijním materiálu jako živé bytosti (osoby) v dynamické integraci s egem*“ (KALSCHED, 2011, s. 143). Přirozenou funkcí naší duše je právě vytváření symbolů uchopujících uložené emoce. Každý komplex, který se „vtiskává“ do našeho podvědomí, je složen z prvku emočního, založeného na somatické bázi a na prvku představy, založeného na bázi strukturující. Dá se tedy říci, že komplexy jsou jakoby emoční představy. Ty jsou pak ve snu zobrazeny jako osoby, hlasy, obrazy.

Podle C. G. Junga komplexy ovlivňují soudržnost našeho ega přímo úměrně se závažností traumatu. V případě, že událost a jeho doprovázející emoce dosáhne pro ego kritické úrovně, hrozí tzv. ovládnutí naší duše komplexem. Ten pak vytvoří jakoby nový vnitřní svět. A nejen on, do hry pak vstupuje i kolektivní nevědomí, které sdružuje emoční a archaické obrazy o světě, jejichž původ je v naší primitivní zkušenosti. Podle Junga tedy při těžké traumatizující události dochází ke zhroucení našeho postoje ke světu a k životu. Dochází k výbuchu emocí, které jsou spojené s archaickými postavami v našem nevědomí,

jako jsou andělé, démoni atd. „*Pokud mohu soudit, tyto zážitky nastávají ... když se člověku přihodí něco tak hrozného, že se celý jeho předchozí postoj k životu zhroutí.*“ (KALSCHED, 2011, s. 144). Situace se také může dále komplikovat tím, že komplex je schopen stát se v našem vědomí naprosto samostatně fungujícím, aniž by byl v kontaktu s realitou, tedy k tzv. auto-amplifikaci.

Pohled jungiánů na trauma a jej doprovázející obrazy sice částečně vychází z mnoha poznatků S. Freuda, oproti jeho teorii však dávají větší prostor fantazii a představám různého, nejen sexuálního, druhu. C. G. Jung říká, že v důsledku traumatu může dojít k rozštěpení archetypu uvnitř jeho struktury, místo toho, aby všechny póly vzájemně spolupracovaly a snažily se dosáhnout souladu, na sebe vzájemně útočí. Pakliže je spojení mezi představou a emocí narušeno, dochází ke ztrátě smyslu našeho prožívání a tedy celé události. Tedy k tomu, co je pro PTSP tak příznačné. Neurotické chování pacienta pak nevyhází ze samotného traumatu, k jehož smyslu díky tomu nemá přístup, ale z fantazií o něm. Tyto negativní fantazie pak utváří jakousi podporu tomu nepravému Self. Byť je tedy pacientův vnitřní svět v podstatě falešný, svým zvráceným způsobem drží naši mysl pohromadě, dokud opravdové Self nedojde k uzdravení. Negativní smysl a negativní fantazie je pro naši duši vždy větší šancí k uzdravení, než absolutní prázdno. Negativní fantazie totiž alespoň dávají šanci dovést nás ke správnému smyslu, ačkoliv tak rozbíjí jednotu mysli a těla, myšlení a pocitů.

C. G. Jung měl také teorii o tzv. útočící mysli. Její podstatou je, že v boji mezi myslí a pocitem, tedy pocitového Self, vždy vítězí mysl. Mysl je tou, která vytváří obraz tyranského světa a podrobuje si jak pocitové Self, tak ego. Ale zároveň, i když může kvůli tomu působit jako „ten zlý“, je nutné mít na paměti, že díky její práci byla dost možná spousta traumatizovaných duší zachráněna před totálním zhroucením, které by mohlo nastat zaplavením emocemi. Cílem svépomocného systému přeci je ochránit naše duševní zdraví před zničením pod tíhou reality.

D. Kalsched zmiňuje také pojem „přežívající Self“, které je energií pomáhající naší mysli k přežití. Opravdové Self je potlačeno, tím tedy chráněno, a dá vzniknout jakémusi dvojníku. Po traumatické události naše ego také neustále bojuje o přežití, očekává, že se situace může stát znovu a je tedy ve stálé bojové pohotovosti. Tolik tedy k vnitřnímu životu traumatu, jak se podle Junga odehrává. Jsou to ale jen vnitřní procesy, které se dále

projevují i navenek, v podobě snů a jiných fantazií. Jak Jung pracuje právě s nimi? (KALSCHED, 2011, s. 145-157).

C. G. Jung si myslel, že sny zobrazují nejen jako vzpomínky z předešlého dne, jak tvrdil S. Freud. Ale i jako vzpomínky daleko starší, z dětství i z paměti kolektivního nevědomí. Sny naprosto přirozeně napomáhají k udržení vnitřní rovnováhy. Jsou spontánními výtvoři naší mysli a většinou nejsou ovlivnitelné naší vůlí. Zároveň představují jakýsi autoportrét našeho nevědomí, které nám tak pomáhá nahlédnout.

Důležitým těžištěm práce se sny je i výklad symbolů. C. G. Jung předpokládá, že se symboly snaží vyjádřit něco pro naše vědomí neznámého, které směřuje vývoj naší osobnosti kupředu, může pomáhat našemu uzdravení nebo ke smíření nějakých vnitřních rozporů. Jung klade důraz na hledání smyslu symbolu ze všech stran. Nespokojuje se s Freudovým jasným vodítkem a snaží se nabídnout pacientovi nejlépe vyhovující výklad tak, že bere v úvahu zkušenosti a asociace pacienta. Ve vztahu k traumatu je sen podstatným pramenem informací nejen o tom, co se vlastně pacientovi stalo, ale hlavně o tom, jaký význam to pro pacienta mělo.

Konkrétní ukázky toho, jak fantazie a jejich výklady mohou vypadat, představuj D. Kalsched mnoho. Jednu ukázkou si z jeho knihy představíme:

„Jednou ráno poslala matka svou malou dceru, šesti- nebo sedmiletou, do otcovy pracovny s důležitou zprávou. Krátce nato se dcera vrátila se slovy: Je mi líto, mami, ale anděl mě nechce pustit dovnitř.‘ Načež matka tam poslala dceru podruhé, se stejným výsledkem. V tom okamžiku už byla matka dost rozladěná, jakou má její dceruška bujnou fantazii, a tak se vypravila předat otcí zprávu sama. Když vstoupila do místnosti, našla svého manžela mrtvého.“ (KALSCHED, 2011, s. 72)

V tomto případě se sice nejedná přímo o sen, ale spíš o způsob, jakým se naše zraněná duše s nepřekonatelnou bolestí vypořádává. Jak Kalsched píše, je to příklad toho, jak Self pečuje o život, reaguje jakoby podle vlastní inteligence. Křehká psychika malé slečny by pravděpodobně nebyla schopná takovou situaci unést.

Tato podkapitola sloužila ke srovnání obou teorií obranných mechanismů. Jak je vidět, Freud i Jung a jejich následovníci na počátku sice vycházeli z jedné hypotézy, postupně se však jejich poznání ubírají úplně jinými směry. Jejich přínos je pro nás dodnes významný, zároveň jsou ale diskutovány jako vědecky neprokazatelné.

5.4 Disociace a flashbacky

V této podkapitole bude pozornost zaměřena na ty obrany naší psychiky vůči traumatu, které jsou akceptovatelné i pro ty největší skeptiky. Budeme se věnovat disociaci a flasbackům. Jsou uvedené v jedné podkapitole z toho důvodu, že spolu velmi úzce souvisí, níže bude vysvětleno, jak. Bude představen model disociace SIBAM Petera Levina, díky kterému jsou souvislosti lépe uchopitelné.

Disociace a flashbacky se zpravidla objevují současně. Je nemožné, že by v průběhu posttraumatické stresové poruchy pacient trpěl pouze flashbacky bez účasti disociace. Přesto je ale možné být postižen disociací bez přítomnosti flashbacků. Pro připomenutí si řekněme, že disociace je stav trochu příbuzný amnézii. Mozek izoluje informace o prožité události, ať už to jsou emoce nebo fakta, a nedokáže je spojit.

Pierre Janet byl tím, kdo se disociací v historii začal nejvíce zabývat ve svém článku. O jejím vzniku existuje mnoho teorií, z neurobiologického hlediska je to fenomén, který vzniká pod těžkým stresem. Jak píše B. Rothschildová: „Je možné, že disociace je pokusem mysli utéct, když útek není možný.“ (ROTHSCHILDOVÁ, 2000, s. 66). Tento stav je osobami, které ho zažili, popisován jako kdyby opustili své tělo nebo nebyli schopni cokoliv vnímat. Může pak nějakou dobu trvat, nebo se objevit až za několik let. Provázet ho mohou mimotělní zážitky, depersonalizace, otupělost, citová oploštělost nebo iracionální chování.

Abychom disociaci dali nějaký rámeček, můžeme použít model SIBAM Petera Levina, o kterém se zmiňuje také B. Rothschildová. Název SIBAM vyjadřuje pět složek kompletní paměti, které jsou Levinem popsány. Tedy pocit (Sensation), představa (Image), chování (Behavior), důsledek (Affect) a smysl (Meaning). Tedy, má-li být naše vzpomínka uchována bezchybně, měla by obsahovat všechny tyto prvky. Co jsme cítili pomocí našich smyslů, viděli, jak jsme se chovali, jakou jsme z toho měli náladu, a co to pro nás znamenalo. Během traumatické události může dojít k tomu, že se tento propojený pětiúhelník někde přeruší. Nedokážeme si vybavit obraz, ale intenzivně něco cítíme. Nebo naopak. A pokud se tak stane, je časté, že vztahy mezi ostatními prvky se tak zesílí.

Flashbacky jsou, dá se říci příznaky disociace, vracející se záblesky z traumatické události. Jsou takové intenzity, že je má pacient potíže odlišit od reality. Nejčastěji mají formu vizuální nebo sluchovou. Jsou však známy i smyslové (např. čichové) nebo flashbacky spojené s naším chováním. Tento fakt je například využíván při terapeutické práci s malými dětmi, pro které je snazší vyjádřit stresující událost tím, že jí ukáží, než že jí popíší. Flashbacky zároveň téměř vždy obsahují emoční a smyslový obsah traumatu, což je také důvod, proč jsou pro PTSP postiženého člověka natolik obtěžující. Traumatizovaná osoba je jako pozitivní rozhodně nevnímá. Pro její život jsou velkou komplikací, která omezuje bezproblémové fungování osobního a leckdy i pracovního života. Na událost by nejráději zapomněla, ale ona se jí neustále vrací. Pro pacienta je však velmi užitečná jako způsob, jak ponechat vzpomínku stále živou a nenechat ji upadnout v zapomnění, nebo ji popířit či vytěsnit. Flashbacky jako by ho nutili k tomu, aby zážitek zpracoval a neignoroval ho. Případně jsou pro terapeuta dobrým vodítkem v práci s traumatickou událostí. Vzpomínky, které má pacient za obvyklých okolností v mlze, najednou na krátký okamžik získávají na jasnosti a živosti.

5.5 Somatizace

Ke způsobům, jak se naše ego chrání psychickému zranění, bychom měli připojit somatizaci. Představíme různé interpretace, proč tento proces vzniká a jaký má význam. Možnosti, jak lidé nahlíží na svá těla a proč někteří mají větší tendence k somatizaci než ostatní. Také nabídneme možnosti, jak se s tělem dá pracovat.

V případě posttraumatické stresové poruchy může, a často také dochází, k výskytu tělesných symptomů. Něco málo k jejich vzniku jsme si vysvětlili v předchozí kapitole. Obecně se má za to, že ve chvíli, kdy naše tzv. copingové strategie, tedy naše vnitřní zdroje usnadňující zvládnutí stresové situace, na řešení situace nestačí, sahá tělo k primitivnějším zdrojům. Spustí biologickou poplachovou reakci, která v tu chvíli funguje jako takový autopilot. Naše schopnost autoregulace je silně omezena, a to, co děláme, nedokážeme kontrolovat. To může být dle J. Poněšického i důvod, proč se některé osoby po události cítí trapně, nedokáží o události hovořit, vyčítají si, že se měli zachovat jinak. To však situaci neulehčuje. Postižená osoba uzavře svůj vztah k tělu, na který se možná v tu chvíli zlobí. A pakliže komunikace mezi somatickou částí a psychickou částí osobnosti nefunguje, a obě složky se izolují, dochází k postupnému zhoršování příznaků (PONĚŠICKÝ, 2002, s. 38). Stejná situace však nastává v opačném případě, tedy že traumatizovaný člověk je svým

tělesným prožíváním v podstatě pohlcen. Celá psychická struktura odchází do pozadí a není možné jí vůbec věnovat pozornost. Toto utopení se ve vlastních fyzických obtížích se může snadno zacyklit a neumožňuje tak uzdravující náhled.

I v těle traumatizované osoby je nahromaděný zážitek z události. Je schopné vyprávět svůj příběh v tělesné formě. Nejen náš mozek je traumatizován, ale i naše tělo. Často bývají v publikacích zabývajících se psychosomatikou spojovány konkrétní fyzické obtíže s konkrétním psychologickým problémem. Tyto teorie mají většinou určité opodstatnění v psychofyziologii, působí však zároveň poměrně kontroverzně. J. Poněšický například vysvětluje, že by měly být považovány za inspiraci a jakousi hrubou kostru, nikoliv však zneužívány jako psychologický fakt. Má také za to, že do „rozhodování“, kterému orgánu bude po traumatické události snížena funkčnost, nemluví jen symbolika, o které je někdy zmiňováno ve smyslu „bolí mne žaludek – něco nemohu strávit“, ale i imunitní systém. Stav přetížení se nejvíce odrazí na té části těla, jejíž obranyschopnost je nejnižší (PONĚŠICKÝ, 2002, s. 52). Máme tedy pohled symbolický, který není radno podceňovat, pohled přirozeného výběru, a zároveň je nutné vzít v úvahu příběh každého jednotlivce. Nelze totiž přijít s univerzálním návodem, jak už to tak v psychoterapeutické práci bývá. Proto, abychom zjistili, proč se konkrétní psychosomatický fenomén objevuje u našeho pacienta, je třeba znát nejen okolnosti prožitého traumatu, ale i to, jak náročné situace řešil pacient před tím, jak přemýšlí, jak žije, jaký má vztah ke svému tělu obecně.

I to totiž podle Poněšického hraje významnou roli v řešení celé situace. Pakliže pacient vnímá své tělo jako součást sebe, přistupuje k němu laskavě a s respektem, bere ho tedy jako svého partnera, je pak snadnější potřeby těla uchopit a porozumět, co se děje. Protikladem je, pokud své tělo vnímá vlastně jako přítěžek, něco, co komplikuje život a nedá se kontrolovat. Je to jen ta tělesná část naší osoby. Pak se tělo jakoby stává obětí, zneužíváme ho pro boj s nepříjemnými zážitky.

Vizinová a Preiss popisují, že při terapeutické práci s traumatizovaným tělem je nutné obnovit správný proces dýchání, uvolnit svalové napětí a tzv. energetické bloky různých částí těla. Potíže, spojené s akutním stresem a následnou traumatizací mají několik původců – agresi, hněv, zadržovaný pláč. Všechny z nich mají doprovázející tělesné projevy, které pak spojují do celkové dysfunkčnosti organismu. Člověk v návalu agrese a hněvu zpravidla zatíná zuby, pěsti a zadržuje dech. Má stažené zádové svalstvo. Snaží-li se zadržet pláč, dopomáhá mu k tomu stažení svalů na krku, břicha a taktéž zadržení dechu.

Takové reakce těla známe v určitých vypjatých momentech možná všichni. Rozdíl však nastává, když k takovému stavu dochází opakovaně (v opakujícím se traumatizování), nebo zůstáváme v tomto obranně-útočném tělesném uzpůsobení i po skončení traumatizující události. Pak se hovoří o chronickém napětí těla, které se projevuje úbytkem energie, funkčními poruchami, bolestmi hlavy, zad, břicha nespavostí a potížemi s trávením (VIZINOVÁ, PREISS, 1999, s. 64).

Je nasnadě položit si otázku, které typy lidí a proč mají tendenci na stresující zážitky reagovat více tělesně než jiní. Hašto a Vojtová argumentují úrovní závažnosti traumatické události a předchozí traumatizací jedince. Tedy, čím těžší zážitek je, a čím více jich již prodělal, tím pravděpodobnější je, že se jeho organismus snáze a výrazněji vychýlí z normálního fungování. Dalším prvkem je genetická predispozice ke zvládnání náročných situací. Tedy, mají-li rodiče tendenci ke zpracování traumatických zážitků tělesným způsobem, je velmi pravděpodobné, že jejich děti půjdou stejnou cestou (HAŠTO, VOJTOVÁ, 2012, s. 23). J. Poněšický v tomto směru většinou nehodnotí závažnost traumatické události jako spíše kapacitu traumatizované osobnosti ji zvládnout. Čím menší je, tím větší intenzitu následné tělesné reakce mají. Také doplňuje úplně nový aspekt, a sice to, zda se řešení situace vyhybáme (PONĚŠICKÝ, 2002, s. 107). Tedy potlačujeme své emoce, znevažujeme význam celé události.

Reagovat somaticky má pro postiženou osobu dva možné zisky; jedním je právě to, že naše tělo řeší situaci za uzavřenou psychiku. Druhým, že v případě nemoci umožňuje odpočinek a nabrání sil. Stejně jako všechny obranné mechanismy, je potřeba na somatizaci pohlížet skrze užitek, který pro člověka má. Skrz to, co pro něj dělá přes to, že je to proces nepříjemně bolestivý. Jak píše D. Kalsched, časté jsou například případy pacientů, kteří začali somatizovat v těch momentech terapie, kdy je změna na dosah ruky. Protože se ego chystaná změna často nelíbí, využívá tělo jako svého bojovníka. A tělo je mocný bojovník.

Z výše uvedeného je viditelné, že lidská psychika je v případech vlastní obrany těžce uchopitelná. Studium obranných mechanismů by samo vydalo na obsáhlou publikaci. Jemné nuance, jedinečnost každé osoby a její psychiky zabraňují ve stručném popisu těchto procesů. Proto byla tato kapitola pouze hrubým nástinem, který by si zasloužil hlubší studium.

Závěr

Tato bakalářská práce je teoretickým textem shrnující poznatky podobně tematicky zaměřených publikací. Jejím cílem bylo vytvořit spojení mezi dvěma obory, traumatologie a psychosomatiky, popsat souvislosti a možné vztahy. V textu bylo pracováno s porovnáváním zdrojů a jejich interpretací. Se skládáním informací do souvislostí a možných závěrů.

Oblast psychosomatických projevů PTSP není v našich podmínkách příliš probádána. To, že PTSP nějaké fyzické příznaky má, se bere jako automatická věc, podrobné zkoumání s dostatečným vzorkem respondentů by bylo velmi užitečné. Je však otázkou, zda by vedl k nějakému specifickému závěru vzhledem k možnosti, že každý jedinec se svým příběhem má svoje jedinečné somatické obtíže.

Použitá literatura:

- ATKINSON, R. L. et al. *Psychologie*. Portál. Praha 2003. ISBN 80-7178-640-3.
- *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fourth Edition*. Washington, DC, American Psychiatric Association: 1994. ISBN 0-89042-062-9.
- DRAPELA, J. V. *Přehled teorií osobnosti*. Portál. Praha 2011. ISBN 978-80-262-0040-6.
- DZIAKOVÁ, O.: *Vojenská psychologie*. Praha: Triton, 2009. ISBN 978-80-7387-156-7.
- FREUD, A. *Já a obranné mechanismy*. Portál. Praha 2006. ISBN 80-7367-084-4.
- HARTL, P., HARTLOVÁ, H.: *Psychologický slovník*. Praha: Portál, 2000. ISBN 80-7178-303-X.
- HAŠTO, J., VOJTOVÁ, H: *Posttraumatická stresová porucha, bio-psycho-sociálne aspekty EMDR a autogénny tréning pri pretrvávajúcom ohrození*. Olomouc: Univerzita palackého v Olomouci, 2012. ISBN 978-80-244-2944-1.
- HOFMANN, A.: *EMDR, Terapia psychotraumatických stresových syndrómov*. Trenčín: Vydavateľstvo-F, 2006. ISBN 978-80-88952-51-0.
- KALSCHED, D. *Vnitřní svět traumatu*. Portál. Praha 2011. ISBN 978-80-7367-877-7.
- KRAUS, J., PETRÁČKOVÁ, V. aj. *Akademický slovník cizích slov*. Praha, Academia: 1998. 80-200-0607-9.
- LEVINE, P. *Probouzení tygra*. Maitrea. Praha 2011. ISBN 978-80-87249-21-5.
- MACHAČ, M., MACHAČOVÁ, H., HOSKOVEC, J. *Emoce a výkonnost*. SPN. Praha 1988.
- MAREŠ, J. *Posttraumatický rozvoj člověka*. Grada. Praha 2012. ISBN 978-80-247-3007-3.
- MERKUNOVÁ, A., OREL, M. *Anatomie a fyziologie člověka pro humanitní obory*. Grada. Praha 2008. ISBN 978-80-247-1521-6.
- *Mezinárodní klasifikace nemocí. 10. Revize. Duševní poruchy a poruchy chování. Popisy klinických příznaků a diagnostická vodítka*. Praha, Psychiatrické centrum: 1992, s. 132-136. ISBN 80-85-121-37-9.

- MITCHELL, S. A., BLACKOVÁ, J. M. *Freud a po Freudovi. Dějiny moderního psychoanalytického myšlení*. Triton. Praha 1999. ISBN 80-7254-029-7.
- MORSCHITZKY, H., SATOR, S. *Když duše mluví řečí těla. Stručný přehled psychosomatiky*. Portál. Praha 2007. ISBN 978-80-7367-218-8.
- PECH, V. *Velký slovník cizích slov*. Kvasnička a Hampl. Praha 1948.
- PLHÁKOVÁ, A. *Dějiny psychologie*. Grada. Praha 2006. ISBN 80-247-0871-X.
- PLHÁKOVÁ, A. *Učebnice obecné psychologie*. Academia. Praha 2004. ISBN 978-80-200-1499-3.
- PONĚŠICKÝ, J. *Neurózy, psychosomatická onemocnění a psychoterapie*. Triton. Praha 2004. ISBN 80-7254-459-4.
- PONĚŠICKÝ, J. *Psychosomatika pro lékaře, psychoterapeuty i laiky*. Triton. Praha 2002. ISBN 80-7254-216-8.
- PRAŠKO, J. a kol. *Poruchy osobnosti*. Portál. Praha 2003. ISBN 80-7178-737-X.
- RABOCH, J., PAVLOVSKÁ, P., JANOTOVÁ, D. *Psychiatrie. Minimum pro praxi*. Triton. Praha 2006. ISBN 80-7254-746-1.
- ROTHSCHILD, B. *The Body Remembers. The Psychophysiology of Trauma and Trauma Treatment*. New York, Norton: 2000. ISBN 0-393-70327-4.
- SELYE, H. *The stress of life*. New York. McGraw-Hill 1984.
- STEVENS, A. *Jung*. Argo. Praha 1996. ISBN 80-7203-021-3.
- VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha, Portál: 2008. ISBN 978-80-7367-414-4.
- VIZINOVÁ, D., PREISS, M. *Psychické trauma a jeho terapie (PTSD). Psychologická pomoc obětem válek a katastrof*. Portál. Praha 1999. ISBN 80-7178-284-X.

Odborná periodika

- BOB, P., VYMĚTAL, J. Psychobiologické reakce na stres a trauma. *Česká a slovenská psychiatrie*. 2005. Roč. 8/2005, č. 8, s. 425-432. ISSN 1212-0383.
- KRYL, M. Komplexní léčba posttraumatické stresové poruchy. *Psychiatrie pro praxi*. 2002. Roč. 1/2002, č. 1, s. 31-34. ISSN. 1803-5272.

- LILIENFELD, S. O., EMDR Treatment: Less Than Meets the Eye? *Skeptical Inquirer*. 1996. Roč. 1/2002, č. 1, s. 25-31. ISSN 0194-6730.
- PRAŠKO, J., PAŠKOVÁ, B., SOUKUPOVÁ, N. a TICHÝ V. Posttraumatické stresové poruchy – I. díl. Klinický obraz a etiologie. *Psychiatrie pro praxi*. 2001. Roč. 4/2001, č. 4., s. 157-160. ISSN 1803-5272.
- PRAŠKO, J., PAŠKOVÁ, B., SOUKUPOVÁ, N. a TICHÝ V. Posttraumatické stresové poruchy – II. díl. Léčba. *Psychiatrie pro praxi*. 2001. Roč. 5/2001, č. 5., s. 206-211. ISSN 1803-5272.
- RALAUS, D. Spracovávanie traumatických zážitkov pomocou očných pohybov. EMDR – Eye Movement Desensitization and Reprocessing. *Psychiatria, psychoterapia, psychosomatika*. 2006. Roč. 13, č. 3-4, s. 167-176. ISSN 1335-4221.

Konference a přednášky

- BOON, S. Psychoform a somatoform symptoms of complex posttraumatic stress disorder. [přednáška]. Praha: Neuropsychiatrické forum, 18.4.2013.
- KRÁL, P. *Posttraumatická stresová porucha*. ÚVN Praha, 2004.

Jméno a příjmení autorky: Vanda Sedláková

Studijní program: Psychologie

Studijní obor: Psychologie

Název práce: Psychosomatické projevy posttraumatické stresové poruchy

Počet stran (bez příloh): 51

Počet titulů české literatury a pramenů: 32

Počet titulů zahraniční literatury a pramenů: 5

Vedoucí práce: PhDr. Richard Machan, Ph.D.

Rok dokončení práce: 2013

**Posudek vedoucího/oponenta bakalářské/diplomové práce
na Pražské vysoké škole psychosociálních studií**

Jméno a příjmení studenta/-tky: Vanda Sedláková

Obor studia: Psychologie

Název práce: Psychosomatické projevy posttraumatické stresové poruchy

Vedoucí/oponent práce: R. Machan

Technické parametry práce:

Počet stránek textu (bez příloh): 54

Počet stránek příloh: 0

Počet titulů v seznamu literatury: 37

0**	1	2	3	4
-----	---	---	---	---

Výběr tématu

Závažnost tématu

	x			
--	---	--	--	--

Oborová přiléhavost tématu

	x			
--	---	--	--	--

Originalita tématu a jeho zpracování

		x		
--	--	---	--	--

Formální zpracování

Jazykové vyjádření (respektování pravopisné normy, stylistické vyjadřování, zvládnutí odborné terminologie)

		x		
--	--	---	--	--

Práce s odbornou literaturou a prameny (citace, parafráze, odkazy, dodržení norem pro citace, cizojazyčná literatura)

	x			
--	---	--	--	--

Formální zpracování (jasnost tématu, rozčlenění textu, průvodní aparát, poznámky, přílohy, grafická úprava)

		x		
--	--	---	--	--

Metody práce

Vhodnost a úroveň použitých metod

		x		
--	--	---	--	--

Využití výzkumných empirických metod

x				
---	--	--	--	--

Využití praktických zkušeností

		x		
--	--	---	--	--

Obsahová kritéria a přínos práce

Přístup autora k řešené problematice (samostatnost, iniciativa, spolupráce s vedoucím práce)

		x		
--	--	---	--	--

Naplnění cílů práce

	x			
--	---	--	--	--

Vyváženost teoretické a praktické části v daném tématu

		x		
--	--	---	--	--

** 0 – nehodnoceno; 1 – výborně; 2 – velmi dobře; 3 – dobře; 4 – neprospěl/a

Návaznost kapitol a subkapitol

		X		
--	--	---	--	--

Dosažené výsledky, odborný vklad, použitelnost výsledků v praxi

		X		
--	--	---	--	--

Vhodnost prezentace závěrů práce (publikace, referáty, apod.)

		X		
--	--	---	--	--

Otázky a náměty k diskusi při obhajobě:

Jaké postupy existují v nějakém v psychoterapeutickém postupu se zaměřením i na psychosomatické projevy?
Nemůže mít relaxace opačný vliv na pacienta? Nedojde spíše k dezintegraci během relaxačních technik než k integraci? Některé směry v PT zapojují spíše techniky koncentrací než relaxační a uvolňovací.
V současných amerických přístupech k PTSP se objevují často následující témata: „ANP – apparently normal part“ a „EP – emotional part“ of personality. Co to všechno znamená v přístupech k PTSP?

Celkové hodnocení práce (klady, nedostatky):

Velkou škodou je větší množství drobných stylistických chyb v textu.
V první kapitole se studentka zabývá terminologií a vhodně vymezuje pro práci svůj pojem „psychotrauma“. Z formálního hlediska chybí v 1. kapitole například kratičký úvod a ukončení kapitoly, což ve 2. kapitole již nalezneme.

Druhá kapitola nám předkládá jak diagnostiku, vývoj chápání PTSP tak i terapii. Bylo by zajímavé, kdyby autorka i zde se více zaměřila na své téma – psychosomatické projevy – např. v psychoterapii.

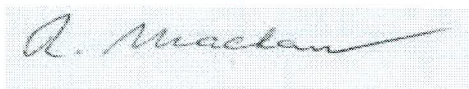
V následujících kapitolách studentka postupuje relativně logicky v popisu PTSP i její terapie, popisuje psychofyziologii traumatu i obranné mechanismy.

Doporučení k obhajobě: **doporučuji/nedoporučuji***

Navrhovaná klasifikace: **velmi dobře**

Datum, podpis:

13.5.2013, v Praze



*
nehodící se, škrtněte

Posudek oponenta bakalářské práce na Pražské vysoké škole psychosociálních studií

Jméno a příjmení studenta/-tky: **Vanda Sedláková**
 Obor studia: **Psychologie**
 Název práce: **Psychosomatické projevy stresové poruchy**
 Vedoucí/oponent práce: **doc. PhDr. Karel Balcar, CSc.**

Technické parametry práce:

Počet stránek textu (bez příloh): **51**

Počet stránek příloh: **0**

Počet titulů v seznamu literatury: **37**

0**	1	2	3	4
-----	---	---	---	---

Výběr tématu

Závažnost tématu

	1			
--	---	--	--	--

Oborová příléhavost tématu

	1			
--	---	--	--	--

Originalita tématu a jeho zpracování

		2		
--	--	---	--	--

Formální zpracování

Jazykové vyjádření (respektování pravopisné normy, stylistické vyjadřování, zvládnutí odborné terminologie)

		2		
--	--	---	--	--

Práce s odbornou literaturou a prameny (citace, parafráze, odkazy, dodržení norem pro citace, cizojazyčná literatura)

		2		
--	--	---	--	--

Formální zpracování (jasnost tématu, rozčlenění textu, průvodní aparát, poznámky, přílohy, grafická úprava)

		2		
--	--	---	--	--

Metody práce

Vhodnost a úroveň použitých metod

		2		
--	--	---	--	--

Využití výzkumných empirických metod

0				
---	--	--	--	--

Využití praktických zkušeností

0				
---	--	--	--	--

Obsahová kritéria a přínos práce

Přístup autora k řešené problematice (samostatnost, iniciativa, spolupráce s vedoucím práce)

		2		
--	--	---	--	--

Naplnění cílů práce

		2		
--	--	---	--	--

Vyváženost teoretické a praktické části v daném tématu

0				
---	--	--	--	--

Návaznost kapitol a subkapitol

		2		
--	--	---	--	--

** 0 – nehodnoceno; 1 – výborně; 2 – velmi dobře; 3 – dobře; 4 – neprospěl/a

Dosažené výsledky, odborný vklad, použitelnost výsledků v praxi

		2		
--	--	---	--	--

Vhodnost prezentace závěrů práce (publikace, referáty, apod.)

		3		
--	--	---	--	--

Otázky a náměty k diskusi při obhajobě:

- Vysvětlíte, zda a co přináší pojetí „somatické paměti“ a „somatických markerů“ (str. 35) navíc proti běžnému umístění paměťových stop v asociačních oblastech CNS. Znamená to, že některé paměťové stopy jsou uchovávány ve strukturách periferní nervové soustavy? Pokud ano, kde a v jaké podobě?
- Vyjasněte Vámi užití odlišení „somatického nervového systému“ od „interoreceptivního nervového systému“ (str. 37) vzhledem k tvrzení, že prvý „přenáší informace jak ke smyslovým receptorům, svalům a povrchu těla, tak i od nich“ – kam pak patří např. propriorecepce?
- Vyjasněte, co míníte „nesnesitelnou bolestí“ v prvním odstavci pod nadpisem kapitoly 5 Obranné mechanismy; ze souvislostí vyplývá, že zřejmě nejde o bolest v pravém smyslu.

Celkové hodnocení práce (klady, nedostatky):

Kladem práce je obstojné shrnutí a výklad řady psychofyziologických a fyziopsychologických poznatků a hypotéz a místy se ukazující aktivní snaha o tvůrčí uvažování nad nimi; zdařilý je zvláště výklad disociací a flešbeků v oddíle 5.4.

K obsahovým nedostatkům počítám některé mezery či nepřesnosti v přehledu a výkladu klíčových pojmů a dále proplétání popisů traumatu, stresu, posttraumatu a léčby bez jasného pojmového rozlišení v odpovídajících kapitolách, včetně nedostatků v uspořádání kapitol a oddílů do tematické logické posloupnosti. Také počet studií zabývajících se somatickými podmínkami a účinky traumat a stresu je v naší i v zahraniční literatuře značně rozsáhlý, v podstatném rozporu s tvrzením autorky na str. 6, což ostatně sama dokazuje citováním z nich; stejně tak tvrzení na str. 51 o cíli autorčiny práce – „vytvořit spojení mezi ... obory, traumatologie a psychosomatiky“ zní až neskutečně nadneseně vzhledem k soustavnému propojování obou předmětů ve většině dostupných odborných textů a studií týkajících se psychické traumatizace.

Formální nedostatky spatřuji ve větším množství písařských a drobných jazykových chyb (včetně 2 hrubých na str. 24, 48) a v občasném vynechání letopočtu při prvním odkazu na publikace v textu.

Doporučení k obhajobě: **doporučuji**

Navrhovaná klasifikace: **velmi dobře**

Datum, podpis: **6. května 2013**

