

**UNIVERZITA TOMÁŠE BATI VE ZLÍNĚ**  
**FAKULTA HUMANITNÍCH STUDIÍ**  
**Institut mezioborových studií Brno**

**Systém posttraumatické intervenční péče  
poskytované příslušníkům  
Policie České republiky**

**DIPLOMOVÁ PRÁCE**

**Vedoucí diplomové práce:**

PhDr. Štěpán Vymětal

**Vypracoval:**

Bc. Zdeněk Sezemský

**Brno 2010**

## **Prohlášení**

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci na téma „Systém posttraumatické intervenční péče poskytované příslušníkům Policie České republiky“ zpracoval samostatně a použil jen literaturu, uvedenou v seznamu literatury.

Elektronická a tištěná verze diplomové práce jsou totožné.

Dne 12. března 2010

Bc. Zdeněk Sezemský

## **Poděkování**

Děkuji PhDr. Štěpánu Vymětalovi, PhDr. Regině Chalupové, PhDr. Ireně Gruberové za metodickou pomoc, kterou mi poskytli při zpracování mé diplomové práce.

Bc. Zdeněk Sezemský

<b>ÚVOD</b> .....	<b>5</b>
<b>1. POSTTRAUMATICKÁ INTERVENČNÍ PÉČE</b> .....	<b>7</b>
1.1 VÝVOJ A VZNIK POSTTRAUMATICKÉ INTERVENČNÍ PÉČE (PIP).....	9
1.2 LEGISLATIVNÍ PODMÍNKY .....	10
1.3 ČINNOST POSTTRAUMATICKÉ INTERVENČNÍ PÉČE A LINKY POMOCI V KRIZI....	11
<b>2. STRES</b> .....	<b>14</b>
2.1 CO JE STRES .....	14
2.2 DRUHY STRESU.....	15
2.3 PROJEVY STRESU .....	16
2.4 AKUTNÍ STRESOVÁ REAKCE.....	19
2.5 COPING.....	20
<b>3. TRAUMATICKÉ UDÁLOSTI</b> .....	<b>26</b>
3.1 TRAUMA .....	26
3.2 SYMPTOMY TRAUMATU .....	32
3.3 LÉČBA POSTTRAUMATICKÉ STRESOVÉ PORUCHY .....	37
3.4 PSYCHOLOGICKÁ PRVNÍ POMOC .....	40
3.5 PSYCHOEDUKACE .....	42
3.6 KRIZOVÁ INTERVENČNÍ PÉČE.....	43
3.7 DEBRIEFING, DEFUSING, DEMOBILIZACE .....	46
3.8 KOGNITIVNĚ BEHAVIORÁLNÍ TERAPIE .....	49
3.9 EMDR .....	54
<b>4. POLICEJNÍ POHLED</b> .....	<b>57</b>
<b>5. SOCIÁLNĚ-PEDAGOGICKÝ POHLED</b> .....	<b>61</b>
<b>6. VÝZKUMNÁ ČÁST</b> .....	<b>62</b>
6.1 ADMINISTRACE ANKETY .....	63
6.2 ZPRACOVÁNÍ VÝSLEDKŮ .....	64
6.3 INTERPRETACE ZJIŠTĚNÝCH DAT .....	65
6.4 SHRNUÍ VÝSLEDKŮ VÝZKUMU .....	73
6.5 ZÁVĚR VÝZKUMU .....	79
<b>7. ZÁVĚR</b> .....	<b>80</b>
<b>RESUMÉ</b> .....	<b>83</b>
<b>ANOTACE</b> .....	<b>84</b>
<b>SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY</b> .....	<b>86</b>
<b>PŘÍLOHY</b> .....	<b>88</b>
<b>SEZNAM TABULEK A GRAFŮ</b> .....	<b>94</b>

# ÚVOD

Společnost vyžaduje profesionální přístup záchranných složek, které se podílejí na záchranných pracích při mimořádných událostech a krizových situacích. Mezi základní složky integrovaného záchranného systému České republiky patří i Policie České republiky, která plní úkoly ochrany a bezpečnosti veřejného pořádku.

Povolání policisty je specifické tím, že člověk v uniformě musí nejen dodržovat, ale i prosazovat zákony. Dále se od něj očekává ochota riskovat svůj život a zdraví při ochraně osob. Musí umět zvládnout stres, který prožívá při služebních zákrocích nebo při použití střelné zbraně. Navíc i přes působící stres musí odpovídajícím způsobem komunikovat a pomáhat obětem protiprávního jednání nebo i lidem zasaženým mimořádnou událostí do té doby, než se dostaví další pomoc, či specializovaní pracovníci. Proto mohou policisté vystupovat i jako poskytovatelé psychosociální intervence.

Všeobecně panuje názor, že hasiči, policisté, zdravotničtí záchranáři, ale i ostatní profesionálové, kteří jsou vystaveni nebezpečí, budou dostatečně připraveni na traumatickou událost. S tímto postojem se mnohdy ztotožňují i samotní policisté. Tento mýtus „superhrdiny“ je však třeba překonávat.

Obvykle se očekává, že mladý policista bude lépe zvládat mimořádné situace, než policista déle sloužící. Opak však bývá skutečností. Neplatí zde rovnice „stal jsem se policistou, a proto jsem i schopen zvládat traumatické situace“. Déle sloužící policista byl při svém výkonu služby, na rozdíl od mladšího policisty, opakovaně vystavován traumatizujícím situacím a mohl se i stát v tomto směru odolnějším. Mohou však nastat situace, které zaskočí i odolnější jedince a vyvolávají u nich posttraumatické stresové reakce.

I přes kvalifikovaný psychologický výběr se může stát, že jsou k policii vybíráni lidé, kteří při běžném výkonu služební činnosti, zejména v extrémních situacích, mohou občas selhat. U bezpečnostních složek Policie ČR a Hasičského záchranného sboru České republiky funguje systém posttraumatické intervenční péče, který má za úkol tato selhání eliminovat, pomoci při řešení traumatizujících zážitků při policejním výkonu služby.

Pomoc potřebují i občané zasaženi mimořádnou událostí. Zažívající situace, při kterých umírají lidé, dochází ke zmrzačení, týrání, zneužívání. Lidem se doslova

ve zlomcích vteřin obrátí celý život naruby. V souvislosti s mimořádnými událostmi je systém posttraumatické intervenční péče, který původně vznikl výhradně pro podporu policistů, využíván také na pomoc občanům. I psychologická služba, včetně posttraumatické intervenční péče, funguje rovněž od roku 2004 u Hasičského záchranného sboru České republiky, jako jedné ze základních složek integrovaného záchranného systému.

Téma diplomové práce o posttraumatické intervenční péči jsem si zvolil, neboť jsem byl svědkem a ve své podstatě prožil mimořádnou událost (srážka dvou vojenských letadel nad českobudějovickým sídlištěm Vltava v roce 1998, popis v kapitole 3, kazuistika č. 1), která je příkladem toho, kde všude mohou pracovníci posttraumatického intervenčního týmu zasahovat, pomáhat řešit lidské osudy a předcházet tomu, aby se u postižených osob rozvinula posttraumatická stresová porucha. V roce 1998, kdy se událost se srážkou vojenských letadel nad českobudějovickým sídlištěm Vltava stala, ještě systém posttraumatické intervenční péče Policie ČR neexistoval. Po psychologické stránce se nikdo postiženým nevěnoval. Nebyla jim věnována taková pozornost, která by jim pomohla se lépe či rychleji s událostí vyrovnat. Řešit uvedenou událost jen z pohledu policejního, hasičského nebo lékařského mohlo nakonec vést i k tomu, že se u zasažených osob mohly projevit příznaky posttraumatické stresové poruchy jen proto, že jim nebyla poskytnuta odpovídající včasná psychologická pomoc.

Pokud chybí včasná psychosociální intervence, mohou se lidé postižení katastrofickými zážitky uzavírat do sebe a přestat se zajímat o dění kolem sebe. Východisko ze své situace mohou hledat ve zvýšeném požívání alkoholu, drog nebo jiných návykových látek. Někdy se začleňují jen mezi lidi se stejným osudem. V krajním případě si mohou i sáhnout na svůj život. V této oblasti vidím úzkou spojitost mezi posttraumatickou intervenční péčí a sociální pedagogikou.

Cílem mé diplomové práce je seznámit čtenáře se systémem posttraumatické intervenční péče, který byl zřízen jako pomoc policistům, kteří prožili traumatizující událost. Následně je využíván i pro ty občany, u nichž se díky prožité mimořádné události projeví posttraumatické potíže, které nedokázali sami zpracovat a vypořádat se s nimi. Druhým cílem bylo zmapovat úroveň informovanosti policistů o posttraumatické intervenční péči.

## 1. Posttraumatická intervenční péče

„Česká národní rada dne 21. června 1991 schválila zákon č. 283/1991 Sb., o Policii České republiky, který prošel celou řadou novelizací a v současné době je upraven zákonem č. 273/2008 Sb. Obsahem zákona je „chránit bezpečnost osob a majetku a veřejný pořádek, předcházet trestné činnosti, plnit úkoly podle trestního řádu a další úkoly na úseku vnitřního pořádku a bezpečnosti svěřené jí zákony, přímo použitelnými předpisy Evropských společenství nebo mezinárodními smlouvami, které jsou součástí právního řádu...“ (Zákon č. 273/2008 Sb., § 2).

Policie je tvořena jednotlivými útvary působících v rámci 14 krajských ředitelství a útvary s celorepublikovou působností. Policie je pak řízena Policejním prezidiem a je podřízena Ministerstvu vnitra.

K policii jsou vybíráni lidé, mající občanství České republiky, kteří splňují předpoklady k přijetí do služebního poměru Policie ČR. Mezi předpoklady patří písemná žádost, stáří víc jak 18 let, bezúhonnost, požadovaný stupeň vzdělání pro služební místo, způsobilost k právním úkonům, neangažovanost v politických stranách a hnutích a nevykonávající živnostenskou a výdělečnou činnost. Dále musí být uchazeč zdravotně, osobnostně a fyzicky způsobilý. Zdravotní způsobilost posuzuje zařízení závodní péče na základě zdravotní dokumentace lékaře, u kterého je uchazeč registrován. Fyzická způsobilost je prověřena dle služebního předpisu. Osobnostní způsobilost posuzuje psycholog psychologického pracoviště bezpečnostního sboru příslušného krajského ředitelství policie. Za osobnostně způsobilého se považuje občan, u něhož byly podle závěrů psychologa bezpečnostního sboru zjištěny takové osobnostní charakteristiky, které jsou předpokladem pro výkon služby v bezpečnostním sboru. Osobnostní charakteristiky splňuje uchazeč nebo příslušník, pokud je:

- a) intelektově v pásmu průměru nebo vyšším,
- b) emočně stabilní,
- c) psychosociálně vyzrálý,
- d) odolný vůči psychické zátěži,
- e) s žádoucí motivací, postoji a hodnotami,
- f) bez nedostačivosti v oblasti volných procesů,
- g) bez nedostačivosti v oblasti poznávacích procesů,

- h) bez nedostačivosti v oblasti autoregulace,
- i) bez znaků nežádoucí agresivity,
- j) bez psychopatologické symptomatiky (Vyhláška 487/2004 Sb., § 1).

Uvedené charakteristiky psycholog získává za využití metod pozorování, rozhovoru, anamnestického vyšetření, analýzy objektivních údajů, případně dalších psychologických metod. Výsledná šetření pak slouží ke zjišťování osobnostní způsobilosti při:

- a) přijetí do služebního poměru,
- b) ustanovení příslušníka na služební místo v rámci bezpečnostního sboru, pro které je toto zjišťování stanoveno jako jiný zvláštní požadavek,
- c) domněnce, že příslušník je dočasně nebo trvale osobnostně nezpůsobilý k výkonu služby v bezpečnostním sboru, nebo
- d) stanovení příslušníka jiného bezpečnostního sboru na volné služební místo.

Svou pozornost jsem zaměřil na činnost psychologického pracoviště a práci psychologů, na kterých závisí, zda nový uchazeč je přijat do služebního poměru příslušníka ozbrojeného sboru, zda může přestoupit na jiné pracoviště a v neposlední řadě rozhodují o propuštění příslušníka sboru, zjistí-li, že tento není osobnostně způsobilý pokračovat ve služebním poměru. Tato pracoviště dále poskytují i psychologické služby policistům, poradenské služby, výběr policejního managementu. Někteří pracovníci-psychologové jsou navíc členy posttraumatického intervenčního týmu.

Tato práce se dále bude zabývat problematikou posttraumatické péče v rámci Policie České republiky.



## 1.1 Vývoj a vznik posttraumatické intervenční péče

Posttraumatická intervenční péče (dále jen PIP) zahájila svoji činnost v roce 2001, jako Modul č. 10, pod názvem „**Posttraumatická intervenční péče o policisty v souvislosti s akcemi zvláštního nasazení a po traumatizujících zážitcích jednotlivých policistů**“ projektu PHARE 1998.

Informace z tohoto Modulu č. 10 mi byly podkladem pro zpracování této kapitoly.

V době, kdy Česká republika žádala o vstup do Evropské unie, bylo zapotřebí respektovat pravidla policejních sborů zemí EU. Jednalo se o kariérní řád, systém hodnocení, vzdělávání, či o poskytování posttraumatické péče policistům. Policejní sbory zemí EU mají vypracovaný systém fungující posttraumatické péče. Na policisty se již nehledí tak, že zvládají náročné policejní situace bez jakýchkoliv šrámů na těle i na duši. Policejní činnost je velmi náročná práce a dotýká se nejen tělesného, ale i duševního zdraví policistů. Zjišťování stavu v oblasti, kdy policisté potřebují pomoc pro prožitým traumatizujícím zážitku, vypracovali pracovníci Policejní akademie České republiky v Praze. Výsledkem bylo zjištění, že u Policie České republiky neexistuje systém posttraumatické péče pro policisty, kteří prožili extrémní zátěžovou situaci při plnění služebních úkolů (např. po použití zbraně § 56 zákona o Policii České republiky, smrt kolegy při výkonu služby, odstraňování následků katastrofy či hromadné dopravní nehody, apod.). Při zřizování psychologické péče o policisty se vycházelo ze zkušeností policejních sborů Francie, Spolkové republiky Německo, Velké Británie (Modul č. 10).

Jak uvedeno výše, při zřizování posttraumatické intervenční péče u Policie České republiky, se vycházelo ze zkušeností jiných států, zejména Svobodného státu Sasko. Posttraumatický intervenční tým má ve svých řadách i duchovní. Vzhledem k tomu, že se přebíral Saský model, bylo rozhodnuto rovněž do naší intervenční péče zahrnout duchovní službu. Duchovní služba v intervenční péči má své postavení, neboť se může přihlásit člověk, který se stal obětí, ale může být i pachatelem trestného činu. Pracovník týmu se může při prováděném výslechu osoby dozvědět skutečnosti, které by musel ohlásit orgánům činných v trestním řízení. V případě, že by skutečnosti neoznámil, byl by vystaven trestnímu stíhání, pro porušení § 368 Neoznámení trestného

činu trestního zákoníku č. 40 z roku 2009 Sb. Proto by případ mohl převzít duchovní a v rámci zpovědního tajemství by mohl v případě pokračovat. V těchto případech nemusí svědčit u soudu. Osoby vykonávající duchovenskou činnost mají dle ustanovení § 7, zákona č. 3 z roku 2002 Sb. o svobodě náboženského vyznání a postavení církví a náboženských společností, povinnost mlčenlivosti. Tato povinnost se však nevztahuje na výše uvedené ustanovení § 368 neoznámení trestného činu.

Z tohoto důvodu Policie České republiky uzavřela dohodu s Ekumenickou radou církví a Českou biskupskou konferencí. Z dohody vyplývá, že: „Církevní smluvní strana se touto dohodou zavazuje zajistit bezúplatné poskytování duchovenských služeb v rámci systému intervenční péče v Policii České republiky podle zákona č. 3/2002 Sb., o svobodě náboženského vyznání a postavení církví a náboženských společností... Církevní smluvní strana určí pro jednání s koordinátory intervenčních týmů a služebními funkcionáři policie zmocněnce, kteří budou realizovat vzájemný osobní a písemný styk v souvislosti s intervenční péčí u útvarů policie... Intervenční péči mohou vykonávat jen osoby, které jsou pověřeny jednotlivými církvemi zastoupenými církevní smluvní stranou...“ (Věstník MV, částka 96/2000, čl. 2, odst. 1,2,3).

Domnívám se, že v okamžiku, kdy osoba prožije traumatický zážitek, nebude v tu chvíli přemýšlet, jestli se jedná o profesionálního pracovníka, laika či duchovního. Bude potřebovat „pomoc“, mít pocit, že na řešení situace není sama, ale že se může o své prožitky podělit. S odstupem času, pak může mít už pocit, že bude lepší vyhledat odbornou pomoc. O postavení duchovních v posttraumatickém intervenčním týmu mi nepřisluší polemizovat, ale jistou úlohu v něm mají. Je-li posttraumatický tým nasazen do akce, nepůsobí jen mezi nevěřícími lidmi, ale i mezi věřícími, kteří své pocity v mnohém raději sdělí duchovnímu než např. policii. Ale nemusí se jednat jen o věřící.

## **1.2 Legislativní podmínky**

Aby systém mohl fungovat v praxi, byl vydán závazný pokyn policejního prezidenta (dále jen ZPPP) č. 129/2001, kterým se zřídil systém poskytování posttraumatické intervenční péče příslušníkům Policie České republiky, kteří prožili traumatizující událost splněním služebních úkolů. Tento pokyn upravoval zřízení

intervenčního týmu, činnost koordinátora a činnost intervenčního týmu, komu se péče poskytuje, místnost a materiální zabezpečení pro poskytnutí PIP, školení a vzdělávání uchazečů, členství intervenčního týmu a rovněž i spolupráci s církevními organizacemi.

Na systém PIP navazovalo zřízení Linky pomoci v krizi, která dne 14. listopadu 2002, před zasedáním NATO v Praze, zahájila svůj provoz. Důvodem pro zřízení Linky pomoci v krizi byla vysoká míra sebevražd policistů a také fakt, že většina policistů nevěděla, kam by se obrátila o pomoc v případě prožití traumatické události (tyto informace vplynuly z výzkumu konaného na Policejní akademii ČR).

Linka je rovněž určena policistům, zaměstnancům policie, ministerstva vnitra a jejich rodinným příslušníkům, příslušníkům hasičského záchranného sboru. Může ji využít i širší veřejnost, zvláště v situacích mimořádných událostí. Příloha ZPPP č. 21/2009 upravuje působnost Linky pomoci v krizi a její organizační režim linky, který je nepřetržitý, tj. 24 hodin denně na telefonním čísle 974834688, včetně sobot, nedělí a svátků. Funguje jako tísňové volání pro ty, kteří se pod vlivem náhlé události mohou jen velmi obtížně sami racionálně rozhodnout nebo vnímají tlak životních okolností (ať už pracovních, či soukromých) jako nadhraniční a chtějí tuto situaci v předstihu řešit. Linka je součástí systému posttraumatické intervenční péče... ([http://pportal.pcr.cz/Vltavska.psychologické\\_služby.html](http://pportal.pcr.cz/Vltavska.psychologické_služby.html). 20.9.2009).

ZPPP č. 21/2009 o posttraumatické intervenční péči a anonymní telefonní Lince pomoci v krizi, nahradil stávající závazný pokyn. Rozšířil poskytovanou péči, kterou je možné nyní poskytnout i nadále policistovi, ale i jeho rodinným příslušníkům. Dále zaměstnancům Ministerstva vnitra ČR a veřejnosti.

### **1.3 Činnost posttraumatické intervenční péče a Linky pomoci v krizi**

„PIP byla zřízena k tomu, aby byla bezodkladnou primární pomocí těm, kteří prožili traumatizující událost, a ke zmírnění následků po této události. K tomu, aby situace byla podchycena v samotném počátku, popřípadě zjistit skutečný stav následků a osobě poskytnout následnou péči tak, aby následky odezněly nebo byly zmírněny natolik, aby člověk mohl žít plnohodnotný život a nebyl negativními zážitky ovlivňován“ (Modul č. 10).

Metodickým garantem systému PIP je oddělení psychologie, odboru personálního MV ČR. V čele posttraumatického intervenčního týmu stojí koordinátor, který má na starosti celý intervenční tým, ať už je to výběr nebo odvolání členů, vede strukturovaný rozhovor s novými členy. Vede přehled o členech intervenčního týmu a potřebné evidence pro řádné fungování týmu. Spolupracuje s ostatními týmy, řídí školení, provádí vyhodnocování činnosti týmu a plní další činnosti související s fungováním intervenčního týmu.

Pro přiblížení činnosti člena intervenčního týmu si dovoluji ocitovat část článku 5 závazného pokynu policejního prezidenta č. 21/2009, z kterého vyplývají nejen činnosti, ale i povinnosti člena intervenčního týmu:

- Úkolem členů intervenčního týmu je poskytnout klientovi posttraumatickou intervenční péči a seznámit jej s možnostmi dlouhodobé pomoci prostřednictvím dalších odborníků.
- Posttraumatickou intervenční péči je člen týmu povinen poskytnout, považuje-li to za potřebné, na požádání klienta nebo kteréhokoliv pracovníka.
- Posttraumatická péče je poskytována zpravidla na pracovišti klienta nebo člena intervenčního týmu; je-li to vhodné, je ji možno poskytnout na jiném místě.
- K poskytnutí péče může používat služební dopravní prostředky.
- Členové intervenčního týmu jsou ve své činnosti a rozhodování nezávislí, jsou povinni zachovávat mlčenlivost o skutečnostech souvisejících s činností týmu.

Posttraumatická intervenční péči a Linka pomoci v krizi tvoří systém, který byl vytvořen k tomu, aby zaměstnanci ozbrojených sborů a jejich rodinní příslušníci měli vytvořené určité psychologické zázemí, kam se mohou obrátit v případech, které nedokáží sami zvládnout nebo ani za pomoci svých blízkých a potřebují odbornou pomoc. V mnohých případech tato pomoc může být dostačující. V jiných případech si řešení problému vyžádá delší dobu, a to buď přímo psychologickým pracovištěm, nebo jiným specializovaným pracovištěm v civilním sektoru (psycholog, psychiatr, atd.). Pro potencionálního klienta je zde podstatné to, že je tu možnost obrátit se někam o pomoc, přímo v instituci, kde pracuje. Dále to, že vše se odehrává v anonymitě. Klient nemusí mít obavu, že informace, které poskytne členovi týmu posttraumatické péče či Linky pomoci v krizi, budou někde zveřejněny, či zaznamenány v jeho osobním

pracovním svazku, nebo že se dostanou na veřejnost. Myslím si, že stále přetrvává mýtus o tom, že kdo navštíví psychologa, psychiatra či jiného odborníka s určitým psychickým problémem, a dostane-li se tato informace mezi veřejnost, je označován za „blázna“ a je na něj nahlíženo jinak. Nehledě na to, jak se osoba musí cítit, dozví-li se takovou informaci jeho kolegové, spolu zaměstnanci nebo zaměstnavatel. Proto možná mnozí z obav o ztrátu svého postavení nebo zaměstnání raději pomoc nevyhledávají. Snaží se problém řešit svépomocí či radami jiných. Ze začátku se jim určité pomoci, úlevy z těchto rad dostane. Ale nelze tuto pomoc srovnat s odbornou pomocí. Jen odborník je schopen poznat vážnost situace a zahájit potřebnou léčbu.

Jeden rozdíl zde však mezi posttraumatickou intervenční péčí a Linkou pomoci v krizi je. Intervenční péči je možné poskytnout v k tomu určených zařízeních a navíc členové intervenčního týmu jsou vysíláni do míst, kde došlo k mimořádné události. Oproti tomu Linka pomoci v krizi funguje pouze jako telefonická služba.

## 2. Stres

Posttraumatická intervenční péče tak, jak jsem ji popsal v první kapitole, byla zřízena pro ty, kteří prožijí traumatizující událost a nejsou schopni ji sami zvládnout. Než se však budu věnovat traumatizujícím událostem, považuji za vhodné se zmínit o stresu, pojmu, který slyšíme každý den. Dočteme se o něm ve všech novinách, časopisech. Slyšíme ho z úst lidí, kolegů, ale i mezi blízkými.

### 2.1 Co je stres

Stres je reakce organismu na určitou situaci (ať už ve smyslu fyzikálního, psychologického, biologického nebo sociálního), o které si myslíme, že je pro nás nepříjemná, která nás ohrožuje, myslíme si o ní, že ji nemůžeme sami zvládnout. Takovou situací může být například návštěva neznámého místa, provedení úkolu, o kterém víme, že je nad naše síly. Ale může to být i událost, která se nám přihodila v minulosti a která se může opakovat, či nám ji něco připomíná.

**Definice: Stres je tělesná a duševní reakce na stresor** (Praško, Prašková, 2001, s. 11).

„Pojem *stres* (angl. napětí, zátěž) poprvé pro označení charakteristických fyziologických projevů, jimiž organismus reaguje na různé zátěže, použil kanadský endokrinolog H. Selye. Stres je podle klasika Selyeho „*sumou všech adaptačních reakcí biologického systému, které byly spuštěny nespecifickou noxou*“ (Schettler et al. 1993, s. 610). Termín stres má v současnosti mnohem širší použití, označuje se jím např. zátěžová situace nebo stav individua...“ (Vágnerová, 1999, s. 33). Stres lze chápat jako nadměrné zatížení či ohrožení organismu.

„Anglické slovo „stress“ pochází ze starého francouzského výrazu „estrecier“ (přinutit nebo nutit), které je odvozeno z latinského „strictus“ (příčestí minulé od slovesa „stringere“, které znamená „utahovat“ nebo „stlačovat“). ...stres může jednoduše znamenat: „být vystaven vnějším silám nebo tlakům“, ale také „pozitivní

nebo negativní závislost na vlivu vnějších sil“. Nicméně vzhledem k tomu, že se často zdůrazňuje negativní stránka pojmu stres, pak se většinou chápe jako „úzkost“ nebo „tíseň“ (angl. „distress“), a naprosto nejběžnější je představa, že stres je síla, která způsobuje tělesné vyčerpání a utrpení“ (Melgosa, 1997, s. 21).

## 2.2 Druhy stresu

Na stres se nemůžeme dívat jen z pohledu, že je to něco nebezpečného, co nás pomalu zabíjí, co nás omezuje, ničí, brzdí. ...Naopak, určitý tlak v životě nezbytně potřebujeme, je to dokonce životně důležité. Kromě toho je stres prospěšný i našemu zdraví. Stres nám navíc pomáhá dosáhnout vyšších cílů a je důležitým činitelem při řešení náročných problémů vůbec. Hans Selye, jeden z nejvýznamnějších odborníků v oblasti studia stresu, ve svém článku „Dnešní koncepce stresu“ zmiňuje významný fakt: „**Naprostá nepřítomnost stresu znamená smrt.**“ (Melgosa, 1997, s. 26 – 27).

Stres je ve své podstatě aktivační činitel, který vrací organismus do stavu harmonie. Tento stav je nazýván homeostázou a je nutnou základnou jako výchozí stav psychických výbojů. Proto se v různých publikacích můžeme setkat s pojmy jako je eustres (pozitivní) a distres (negativní).

**Eustres** - Normální aktivující stres, který nás motivuje k tvořivým změnám aktuálně nevyhovujících vnějších i vnitřních podmínek po kterém zavládne nová vyváženost, homeostáza... Síla, která nás stimuluje k vyšším výkonům. K tomu, abychom si mohli užívat různé životní situace. Stres nám i dává sílu, jak zvládnout situace potřebné k přežití, například, přecházení silnice s hustým dopravním provozem.

**Distres** - nadměrná zátěž, která může jedince poškodit a vyvolat onemocnění, či dokonce smrt. Pokud se dlouhotrvající stres nechá bez řešení, projevy stresu, jako je frustrace, deprese, strach, úzkost, mohou člověka dovést až k úplnému vyčerpání. Stres vyvolává mnoho nemocí, jako například bolesti hlavy, nespavost, žaludeční vředy, kardiovaskulární choroby a může člověka dovést až k sebevraždě.

**Hypostres** - je slabší a organismus si na něj může zvyknout, adaptovat se.

**Hyperstres** - přesahuje hranice adaptability, který způsobuje selhání, psychické nebo fyzické zhroucení a v krajním případě i smrt ([www.ks.jc/osstod/psycho/luke.html](http://www.ks.jc/osstod/psycho/luke.html). 20.9.2009).

## 2.3 Projevy stresu

Stres nepůsobí na všechny osoby stejně. Někdo stres vůbec za svůj život nepozná, jiný zas nezná co je to být bez stresu, neboť se v něm nachází v podstatě celý den a jiný se s ním zase umí vyrovnat sám.

„Podstatou této reakce jsou obranné a ochranné reakce, které maximálně mobilizují rezervy postiženého jedince. Tyto obrany sloužily našim prapředkům k tomu, aby si uchovali zdraví a život v nesčetných situacích ohrožení. Na signál takového ohrožení náš systém reaguje rychlou biochemickou změnou a ovlivňuje tak náš vegetativní systém. Jestliže v situaci zátěže převáží funkce sympatiku, což je odpověď častější, mluvíme o **obranné reakci typu A**, neboli aktivní reakci... Podstatou je rychlá mobilizace sil, aby se člověk mohl chránit aktivně. Na tělesné, emoční úrovni i na rovině chování pak můžeme více či méně zřetelně pozorovat tyto změny:

- svalové napětí, často v celém těle;
- zrudnutí v obličeji i jinde (skvrny na krku u žen!), krev se přesouvá do periferie;
- silné pocení, pocity horka;
- všechny fyziologické projevy se zrychlí – tep, dech apod.;
- mimika je výrazná a rychle se může i měnit;
- psychomotorický neklid, klient může pobíhat či dělat „neúčelné“ pohyby či činnosti;
- klient disponuje neobyčejnou silou, koordinace může být narušena do „nepřesnosti“;
- emoce jsou výrazné a jsou i výrazně projevovány;
- převažují smutkové nebo zlostné emoce, křik, nářek, zloba nejsou výjimkou, objevují se emoce, které nejsou vzhledem k situaci „přiléhavé“ – například smích v tragické situaci;
- třes rukou, nohou nebo celého těla;



- agresivní projevy, autoagresivní tendence;
- tempo řeči je překotné, klient rychleji mluví, než myslí;
- zrak kontroluje okolí, pohled třeá (prevence eventuálního ohrožení);
- častější či imperativní potřeba močit;
- čas se subjektivně zkracuje;
- nesoustředěnost, třeání, zhoršená schopnost komunikace.

Méně často, zejména ve velmi závažných případech, se může uplatňovat akutní reakce typu B – tzv. pasivní – kdy do popředí se dostává nervus parasymphatikus. Někdy je taková reakce nazývána reakcí „mrtvý brouk“. Je to vývojově starší strategie, která nás chrání před ohrožením tím, že „nejsem, stavím se býti mrtvým“...

Je to také dokonalá obrana před vnímáním podnětu, který nemůžeme integrovat – vhodným příkladem jsou např. mdloby. Jinou podobou je tzv. disociace, oddělení různých duševních procesů, které normálně fungují ve vzájemné integraci. Člověk se tak nevědomě chrání před přívalem silných emocí, které by pravděpodobně neudržel pod kontrolou“.

Jestliže se prosadí tento typ obranné reakce, můžeme pozorovat:

- ztuhlost, strnulost, omezení pohybu, „zamrznutí“;
- pokud se klient pohybuje, pohyb je nekoordinovaný, nemotorný;
- zblednutí, ebeny. Promodrání okolo úst, periferní části těla se odkrvují;
- ledové ruce, nohy;
- zpomalení fyziologických procesů;
- pot je studený, chvění zimou;
- mimika je minimální, výraz obličeje je maskovitý, případně se může objevit „nejapný“ úsměv;
- emoce nejsou pociťovány ani projevovány;
- rozšíření zornic;
- snížení percepce těla až neschopnost cítit tělo, což může vést k tomu, že se klient záměrně zraňuje, protože se snaží citlivosti dosáhnout;

- časová distorze: klient prožívá krátký okamžik jako nekonečně dlouhý;
- prožitky derealizace: to, co se děje, není skutečné;
- prožitky depersonalizace: to, komu se to děje, nejsem já;
- výrazně snížená schopnost porozumět verbálním sdělením;
- pohled je upřen „dovnitř“, neschopnost navázat oční kontakt;
- klient může budít dojem, že je v tak zdrcující situaci „rozumný, statečný“, a to proto, že se neprojevuje, ničeho se nedomáhá, „neobtěžuje“ okolí.

Někdy nás může překvapit tendence k **regresi** – klienti pak opouštějí dospělé formy chování, do popředí vystupují dětské rysy chování i mluvy. Žvatlání, cucání palce či pohybové stereotypy nejsou v situacích rozsáhlé traumatizace výjimkou...

Citlivost člověka vůči traumatické zkušenosti ovlivňují některé faktory. Patří sem jeho obecná kapacita odolávat zátěži, zralost a úroveň kognitivních funkcí, míra opory, kterou může získat bezprostředně ze sociálního okolí, předchozí zkušenost s traumatem a některé osobnostní rysy.

Reakce na traumatickou událost se může projevovat i později. Mluvíme pak o opožděné či protahované reakci. **Posttraumatická stresová porucha** se může projevovat měsíce i roky po události, která ji vyvolala... Posttraumatická porucha se projevuje zejména:

- V tendenci k znovuprožívání traumatického obsahu, např. v děsivých snech;
- přemrštěná úleková reakce na překvapení či nenadálý podnět;
- fyziologická reaktivita (dech, srdeční činnost) na podněty, které připomínají trauma.

Posttraumatická reakce se snáze rozvine tam, kde náhlá zdrcující událost prohloubí již předem přítomnou bezmoc. Proto jsou nejvíce ohroženi staří, nemocní nebo jinak znevýhodnění klienti...

Velmi typickou součástí posttraumatické reakce jsou **somatizace**. Neprožité a nevyjádřené emoce, posilované přetrvávajícím tělesným napětím se pak projevují jako bolesti či tělesné obtíže. Často jsou pozorovány zejména:

- bolesti kosterního svalstva, zejména nohou a zad;
- bolesti hlavy, sinusitidy, bolesti trojklaného nervu;
- bludivé, často mučivé bolesti, které nemají objektivní podklad (algický syndrom);
- bolesti či nepříjemné pocity v zažívacích cestách, jejich dysfunkce;
- stažení bránice, potíže s dechem;
- opakované afekty, výsev oparů, vzplanutí alergií;
- bolesti hrudníku, zejména za prsní kostí, pocit „sešněrovaného“ hrudníku;
- bolesti či nepříjemné pocity v pánvi a na pánevním dně, ebeny, gynekologické obtíže“ (Vodáčková, a kol. 2002, s. 360 – 365).

„Každý z nás zažije během života řadu stresujících situací, ne každý se setká s traumatickou událostí. Podle definice je traumatická událost zážitek, který téměř u každého vyvolá v době ohrožení pronikavou tíseň a výraznou stresovou reakci. Vesměs jde o události, při kterých jde o ohrožení života, zdraví, tělesné či psychické integrity nebo nejdůležitějších hodnot. Událost se stává traumatickou, pokud z různých důvodů překročí schopnost emočně ji zvládnout. Mluvíme o emocionálním zranění.

Stresující nebývá jen sama ohrožující událost, ale velmi často i věci, které se stanou po ní. Operace po dopravní nehodě, reakce rodiny, přátel, policie při výslechu, soudní líčení – to vše může účinek traumatické události dále zesilovat. Někdy dokonce pozdější důsledky traumatu mohou být více subjektivně traumatizující než boj o holý život“ (Praško, a kol. 2003, s. 21 – 24).

## 2.4 Akutní stresová reakce

„Mezinárodní předloha pro diagnostiku psychických poruch rozlišuje akutní zátěžovou reakci, která se projevuje během čtyř týdnů po prodělaném traumatu, ve kterém rovněž odezní. Posttraumatickou zátěžovou reakci, kdy symptomy přetrvávají déle než jeden měsíc, se projeví v průběhu třech měsíců po prodělaném traumatu.

Při akutní zátěžové reakci dochází během traumatizující události nebo po ní k těmto symptomům:

- pocit bezmocnosti, lhostejnost,
- změněné vědomí s omezeným vnímáním sebe sama a okolí,

- pocit odpoutání od reality, člověk se slyší mluvit jakoby z dálky,
- představy a pocity jsou slabé, vlastní myšlení a jednání je prožíváno jaksi neosobně, mechanicky, automaticky,
- pocit, že člověk není sám sebou, že je odpoután a pohybuje se mimo tělo,
- chybí vzpomínky na důležité podrobnosti traumatu.

Společnými symptomy pro akutní i posttraumatické zátěžové reakce jsou:

- opětovné prožívání traumatu,
- traumatická událost se neustále vrací do myšlenkových procesů, opakují se tíživé sny,
- pocit, jako by se traumatická událost opět vrátila, intenzivní psychické utrpení při konfrontaci s událostmi, jež symbolizují prožitek (např. den výročí události), tělesné reakce při konfrontaci s událostmi, jež symbolizují prožitek,
- vyhýbání se věcem či událostem, které připomínají tíživý prožitek, neschopnost rozpomenout se na důležitou část traumatu, může se snížit obecná připravenost k reakci, což může vést k citovému ochuzení, nechuti k dříve důležitým aktivitám a rezignaci při maličkostech, vzniká pocit izolace resp. odcizení od ostatních, je omezen afekt, může dojít např. k tomu, že je snížena schopnost prožívání pozitivních emocí, mohou nastat poruchy spánku, podrážděnost, problémy s koncentrovaností a přehnané úzkostné reakce...“ (Informace pro nadřízené, postižené, kolegy, životní partnery, 2002, s. 5 – 6).

## 2.5 Coping

„Způsoby, jakými postupujeme, když zvládáme zátěž, se označují jako **copingové** strategie (z angl. *To cope* vyrovnávat se s něčím, zvládat něco).

**Obranné mechanismy** jsou tím, co mnohem pozdější kognitivní vrstva psychologie označila jako „**životu prospěšné iluze**“. Předchůdci kognitivní vrstvy byli právě teoretikové copingových strategií; obranné mechanismy nazvali „zvládáním zaměřeným na emoce“ a původně je považovali za méněcenné oproti „pravému“ zvládání, které se „zaměřuje na řešení problému“...

Obranné mechanismy chrání **rovnováhu člověka nitra** a vyrovnávací strategie udržují „**provozní rozmezí**“ **člověka v prostředí**. ...Traumatizující podnět ochrannou vrstvou obranných mechanismů protrhne a na člověka dolehne vědomí vlastní nedůležitosti a zranitelnosti, úzkost a smutek...

**Zvládat se člověk učí zvládáním.** Každá zátěž, kterou projde, ho vybaví informací o tom, jaká strategie uspěla a co lze použít příště. Narazí-li na situaci, kdy požadavky prostředí jeho dosavadní způsoby, jak zvládat zátěž, nestačí, nastává **krize**, jedna z nejmocnějších příležitostí k učení. V krizi se člověk obvykle pokouší vyrovnat se situací **pokusem omylem**; dělá „chyby“. Omyl v sobě někdy skrývá netradiční způsob, jak situaci zvládnout. ...každému pomáhá něco jiného pravděpodobně proto, že „mnohem důležitější než jakákoli určitá strategie je situaci účinně zvládnout...“ a že zvolená strategie musí odpovídat **okolnostem** (traumatizující) události a **zdrojům** (traumatizovaného) člověka (rodiny, obce). ...Měřítkem **úspěšného zvládání** traumatizující události je pocitová úleva, pocit osobní hodnoty, schopnost si užívat kontakty s lidmi a podávat vyrovnaný výkon...“ (Baštecká, a kol. 2005, s. 81 – 82).

Zvládání nebo-li „coping“ představuje schopnost jedince zvládnout působící stres. Jak velký stres jedince zvládne závisí na jeho osobnosti a dále na prostředí ve kterém se nachází. To znamená podle že, „...zvládnutí stresu je nejen záležitostí postižené osoby, jejich osobnostních vlastností, ale i jejího, především ovšem sociálního zázemí (pomoc rodiny, přátel, spoluzaměstnanců apod.)“ (Nakonečný, 1997, s. 42).

„**Odolnost** proti stresujícím situacím je možné zvýšit vhodnými technikami, postupy, strategiemi. Jedná se o **krátkodobé strategie**, které jsou určeny k okamžitému snížení působení stresu. Patří sem jednoduchá dechová cvičení, ochlazení rukou studenou vodou komunikace s jinou osobou, tělesná aktivita. **Dlouhodobé strategie**, kde již samotný název předpovídá, že se bude jednat o změnu určitých denních životních návyků či zlovyků. Bude potřebné změnit způsob životosprávy, rozvržením a plánováním denních činností a aktivit. Zařadit tělesná a relaxační cvičení... (Vymětal, 2009, s. 114 – 115).

Prof. George Bonano z Kolumbijské univerzity v New Yorku se zabývá výzkumem odolnosti lidí v kontextu mimořádných událostí. Prováděl zkoumání na vzorcích osob vystavených SARS, teroristickému útoku v New Yorku na WTC v roce 2001 a na osobách, které prošly válečnými útrapami v Bosně. Z jeho závěrů vyplývá, že odolnost není jednotlivá vlastnost, ale je dána působením komplexu faktorů.

...Bonano uvádí **taxonomii faktorů, které podporují odolnost** u lidí, kteří zažili mimořádnou událost.“ Mezi tyto faktory lze zařadit například:

- dobré tělesné zdraví,
- stálé zaměstnání,
- absence předchozích traumat,
- méně zatěžujících situací,
- osobnost člověka,
- rasové a etnické faktory,
- věk,
- pohlaví“ (Vymětal 2009, s. 82).

Pokud si myslíme, že jsme nemocní, vezmeme si léky a léčíme se sami doma nebo jdeme k lékaři. Se stresem je to podobné. Vnímáme určité napětí, pociťujeme typické projevy (horko, pocení, bušení srdce, atd.), snažíme se s tím vypořádat po svém, nebo jak nám někdo doporučil. Ale dostane-li se situace to takové fáze, že už s tím si sami neporadíme, vyhledáme pomoc. Ale na koho se obrátit? Na obvodního lékaře, psychologa či psychiatra.

„Lidé přistupují ke stresujícím situacím obecně třemi základními přístupy. První přístup ústupový (defenzivní) nebo popírající. Jedinec si podvědomě překrucuje skutečnost, protože buď doufá, že se situace nějak vyřeší bez jeho zásahu („Nějak to dopadne.“ „Přece to nenechají tak.“), nebo ze strachu z konfrontace se situací ji úplně popírají („O nic nejde.“, „Nic tak vážného se neděje“). Problém není řešen, často se dále zhoršuje. Dalším přístupem je únik od skutečnosti k náhražkovým aktivitám (kouření, pití alkoholu, hráčstvím, odvádění pozornosti denním sněním, sledováním TV bez výběru, čtením bulvárního tisku, workoholismem). Důsledky bývají negativní, protože člověk si nachází „přijatelné důvody“ pro nerozumné jednání. Třetí přístup představuje vědomou snahu situaci řešit. Podle druhu situace tento adaptivní přístup může spočívat ve:

- **Změně situace** – může to být velké rozhodnutí (např. přestěhovat se blíže k pracovišti, rozejít se v partnerském vztahu, začít pravidelně cvičit, přestat kouřit), ale i jednoduchá věc (např. opravit kapající kohoutky, vymalovat v bytě).
- **Nácviku dovedností zvládat situaci** – jde o učení se novým věcem, které člověk potřebuje, aby stresující situaci byl schopen lépe zvládat. Rovněž může jít o relativně velké úsilí (např. naučit se asertivitě, plánování času, relaxaci, chození s partnerem za manželským poradcem) nebo o jednoduchou dovednost na pravém místě (např. odmítnutí přehnaného požadavku nadřízenému, zneužívajícímu příteli, kompliment nebo ocenění partnerce.).
- **Změně pohledu na situaci** – jde o učení se vidět jak situaci a její důsledky z různých perspektiv, tak i vlastní schopnosti ji zvládat plněji a reálněji“ (Praško, Prašková, 2004, s. 64).

„Člověk náchylnější ke stresu, nebo u kterého se již objevily následky stresu (úzkost, deprese), by měl alespoň jako prevenci před stresem dodržovat pravidelnou stravu, alespoň 6krát denně, pravidelný spánek, tělesné cvičení, omezit nebo zcela vyloučit pití alkoholických nápojů a kouření. Udělat si čas sám na sebe, na své koníčky, na relaxaci na odpočinek. Trpíme-li stresem, můžeme pak vyzkoušet relaxační techniky používané ke zvládnutí stresu (dýchací techniky, relaxační techniky, techniky vhledu-poznávání, léčebné prostředky, meditace)... I když má relaxace mnoho kladů, jejím záporem je, že v některých situacích není možné ji provádět – například v autě, v práci, nebo když jsem v kontaktu s druhými lidmi.

Za těchto okolností doporučujeme formu relaxace, která je založena na dýchání. V oblasti klinické psychologie se nazývá **sebeřízení (self-instruction)**.

1. **Zhluboka se nadechněte** a zadržte dech na několik vteřin (alespoň 3 až 4 vteřiny), pak pomalu vydechujte. Opakujte 2-3krát.
2. **Řekněte si** potichu, nebo pokud možné, nahlas: **„Jsem klidný. Jsem v pohodě.“** Zopakujte to dvakrát nebo třikrát.
3. **Znovu se několikrát zhluboka nadechněte, zadržte dech a vydechněte.**

Po střídavém provádění 1. a 2. kroku po dobu 2 až 3 minut byste se měli již lépe ovládat a být klidnější“ (Melgosa, 1997, s. 133 – 135).

Z vlastní zkušenosti vím, neboť jsem v mnoha případech vyzkoušel tuto techniku, je opravdu funkční. S čím musíme počítat zejména při nácviu této techniky, že hluboké dýchání vede k tomu, že se krev více okysličuje, okysličuje se více mozek a člověk se cítí, jako by měl omdlít. Pravidelným nácvikem, se ale i tento pocit upraví. Je rovněž důležité myšlenky soustředit na jednotlivé fáze dýchání. Na to, jak vzduch při nádechu proudí nosem, hrtanem, průdušnicí až do levé a pravé plíce. Při výdechu se zase soustředíme na to, jak stejnou cestou proudí ven. Co je však také důležité? Tělo naučit na toto dýchání. Je nutné se nácviu opravdu intenzivně věnovat a to např. dvakrát denně (ráno i večer) alespoň po dobu 6 týdnů. Po této době by tělo mělo být naučené na toto dýchání a v okamžiku, kdy potřebujeme situaci tzv. vydýchat, by mělo tělo situaci zvládnout a uklidnit se. Tuto informaci mi poskytla PhDr. Nesnídalová, dětská psychologka z Českých Budějovic.

Za připomenutí stojí i techniky dýchání do břicha, oční dýchání, technika dýchání dle Schakti Gewainové. **Technika břišního dýchání** spočívá v tom, že klient leží na podložce na zádech a volně dýchá. Po určité době si představí před obličejem kuličku, kterou bude v představách nadechovat a posouvat ji cestou přes plíce, žaludek až do oblasti pohlaví. Zde na chvíli zadrží dech. Při vydechování si opět představuje kuličku, jak putuje opačnou cestou. Cvičení se provádí 2 – 3 minuty. **Technika očního dýchání** se provádí vsedě s rovnými zády. I zde se využívá představy např. obláčku, který je vdechován jakoby zavřenýma očima do střední hlavy až na zadní stranu lebky. Zde následuje krátké zadržení dechu a stejnou cestou se vydechuje. Cvičení rovněž trvá 2 – 3 minuty. **Technika podle Schakti Gewainové**, je další technikou, která využívá představivosti určitého předmětu, který putuje při dýchání kolem našeho těla. Při výdechu si představujeme, že výše zmiňovaný obláček sestupuje z temene hlavy po levé straně těla až k palci na levé noze. Zde následuje krátké zadržení dechu a přeložení obláčku na palec pravé nohy. Při nádechu obláček postupuje po pravé straně těla až na temeno hlavy. Tento způsob dýchání se opakuje asi 20krát. Po posledním nadýchnutí následuje výdrž a při výdechu se obláček posouvá středem přední částí těla až k palcům na nohách. Po krátkém zadržení dechu se nadechujeme a imaginární obláček posouváme směrem vzhůru k temeni hlavy, středem zadní části těla. Osvědčil se i **autogenní trénink J. H. Schultze**, který spočívá v šesti cvičeních spojující svalovou relaxaci a soustředěním se na tělesné pocity. *První cvičení zaměřené na sílu.* Nacvičené



formulky zní „pravá ruka je těžká, obě ruce jsou těžké, celé tělo je těžké, tíha“. **Druhé cvičení zaměřené na pocit tepla.** Formulky zní „pravá ruka je teplá, obě ruce jsou teplé, celé tělo je teplé, teplo“. **Třetí cvičení zaměřené na klidnou činnost srdce.** Položíme si levou ruku na srdce a vnímáme tlukot srdce, Později činnost srdce vnímáme bez přiložené ruky. Opakujeme formuli „srdce je klidné“. **Čtvrté cvičení zaměřené na sledování dechu.** Důležité je udržet pravidelné dýchání a neměnit jeho frekvenci a opakovat si „dech je klidný, dobře se mi dýchá“. **Páté cvičení zaměřené na teplo v břiše.** Opakujeme si „do břicha proudí teplo“ čímž podporujeme činnost dutiny břišní. **Šesté cvičení vyvolává chlad na čele.** Představujeme si vánek proudící na čelo a opakujeme si „čelo je příjemně chladné“. Cvičení se provádí 3krát denně v trvání 3 – 5 minut až 10 – 15 minut. Zvládnutí nácviku trvá 6 týdnů až tři měsíce (Lukeš, 2001).

**Techniku vhledu (poznávání),** používají psychologové, aby se postižení vyhnuli myšlenkám, které v nich vyvolávají pocity úzkosti, deprese, strachu, stresu apod. Kombinují se tři techniky:

1. **Mít konstruktivní starosti,** která se dělí na:

- **Destruktivní starost,** která nevede k řešení problému. Problém se stále vrací a postižený je problémem posedlý, má stále starost. Dochází k tomu, že stres se zvyšuje.
- **Konstruktivní starost,** která obsahuje plány, jak se zbavit stresu. Pozornost zaměřuje na řešení problému.

2. **Boj proti iracionálním názorům.** Americký psycholog Albert Ellis, upozornil na to, že někteří lidé prožívají stres, protože věří falešným názorům. Proto psychoterapeut vysvětluje postiženým, že některé jejich myšlenky jsou nesmyslné a že je třeba o nich přemýšlet a jednat racionálně.

3. **Kontrola myšlenek.** Pokud postižený najde řešení problému, již se nemusí zabírat samotným problémem (Melgosa, 1997, s. 137 – 141).

### 3. Traumatické události

### 3.1 Trauma

„V našich podmínkách se vyskytují následky psychického traumatu nejčastěji v souvislosti s nehodou, železničním a důlním neštěstím, požárem, znásilněním, sexuálním zneužíváním, týráním, únosem, pokusem o vraždu nebo jinou násilnou trestnou činností. Týká se to obětí, ale i svědků této trestné činnosti. V klinické praxi se lze setkat s potížemi v souvislosti se zážitky z období druhé světové války, z okupace v roce 1968, z perzekuce tajnou policií nebo věznění z politických důvodů“ (Vizinová, Preiss, 1999, s. 17).

„...Válečná traumata byla samozřejmě problémem odedávna. Petr Hora – Horejš (1995) popisuje dopad třicetileté války na prosté obyvatelstvo: „nepoznali za svůj život nic než krev a loupežení. Nebylo divu, jestli duchovně zpustli, zesurověli, stali se tupými ke všemu lepšímu... První informace o válečných traumatech pocházejí z americké občanské války. Později byly doplněny a rozšířeny studiemi po první světové válce. Muži, kteří přežili měsíce v zákopech, kruté boje, hrůzu a bezmocnost, se začali často chovat jako hysterické ženy. Křičeli, pomočovali se, nemluvíli či ztratili sebekontrolu, trpěli poruchami paměti a prožívání. Jejich stav byl vojenskými lékaři označen jako schell shock (nervový otřes od výbuchu granátu) vzniklý následkem psychického (nikoli jen fyzického) traumatu...“ Válečná neuróza se však častěji projevovala právě u vojáků s vysoce morálním charakterem, a jako takovou ji později popsal i psychoanalyticky zaměřený lékař W. H. R. Rivers. S druhou světovou válkou se vrátil zájem o válečnou neurózu a její léčbu. Výzkumy ukázaly, že následkům válečných traumat může podlehnout každý člověk, povaha psychiatrických potíží závisí na míře vystavení krutým bojům...

Systematický výzkum následků války nebyl dále prováděn až do vietnamské války. V sedmdesátých 20. stol se veteráni z Vietnamu sjednotili do svépomocných skupin a žádali psychiatrickou pomoc. Jejich protiválečná aktivita vedla k realizaci mnoha výzkumů, na jejichž základě byla pečlivě popsána posttraumatická stresová porucha (PTSD) jako následek válečných zážitků. Traumatické zkušenosti vojáků, vězňů v koncentračních táborech byly souhrnně označeny za „syndrom přežití“ (Vizinová, Preiss 1999, s. 24 – 25).

„Označení PTSD bylo zavedeno v roce 1980 v rámci třetí revize DSM-III (tutéž

nosologickou jednotku rozlišuje i MKN 10) jako zvláštní onemocnění projevující se současným výskytem více příznaků: citovým útlumem, změnou hodnot, disociací, kterou se lidská psychika vyrovnává s určitými zážitky tak, že je vytěsní z vědomí...“

Do popředí vědeckého zájmu se psychické poruchy začaly dostávat během první Šeblová (2000)) se domnívá, že při dodržování určitých zásad z oblasti CISM (Critical Stress Incident Stress Management) – systémový, široce pojatý a multifaktoriální přístup ke zmírnění následků stresu, je součástí krizové intervence obecně, zahrnuje mj. vzdělávací preventivní programy, podporu na místě události, ostatní podpůrné programy, včetně „peer“ programů, defusing, debriefing a další následné služby – se riziko výskytu PTSP snižuje.

Při ignorování prvních symptomů však vzniká tendence nejen k chronickému průběhu, ale i ke zhoršení pracovní výkonnosti. Kromě toho osoby s projevy PTSP mají i další významnou psychiatrickou komorbiditu – deprese, úzkostné poruchy jiného druhu, než je PTSP, abúzus alkoholu a drog, tendence k násilnému jednání hlavně v rodině, somatizace psychických potíží, která může vyústit až do tělesné choroby.

V prevenci vzniku se osvědčuje rozumná životospráva (s vědomím nutnosti nepravidelného režimu v tomto povolání (se zahrnutím pravidelné fyzické aktivity, která je schopná ve velké míře stres uvolnit, např. postačí i rychlá chůze). Světové války, kdy někteří lékaři dokonce uvažovali o tom, zda je lepší dezertéry střílet, nebo jim pomoci. Sigmund Freud pro psychická selhání v bojích vymyslel termín „válečné neuróza“. Používaly se rovněž názvy bojová stresová reakce (angl. CSR) nebo šok z odstřelování. Mnozí vojáci propadali pocitům strachu a bezmoci tak, že se stávali nebezpečnými pro své jednotky i sami pro sebe. Historickým předělem se stala metoda společného probírání zážitků známá jako HGD (Historical Group Debriefing). Zasluhou generála Marschalla byli vojáci povzbuzováni, aby po těžkých bojích s mnoha ztrátami vyprávěli o svých zážitcích. Marschall se domníval, že velitelé i řadoví vojáci potřebují hovořit o tom, co prožili, a jejich svědectví byla přijímána bez ohledu na faktické rozpory. Zkušenost ukázala, že sdílení zážitků vedlo k psychické úlevě. Generál Marschall to nazýval „duchovní očistou... Tato metoda se později začala nazývat také **Marschallový rozbor**. V roce 1983 přišel americký psycholog Jeffrey T. Mitchell s modernizovanou metodou Marshallových rozborů, která byla přizpůsobena potřebám záchranářů, zdravotníků a hasičů. Metoda dostala název CISD (Critical Incident Stress Debriefing (a spočívá v přesně naplánovaných rozhovorech. První se uskuteční do tří

hodin po události. Během dalších sezení jsou lidé vedeni ke vzpomínce na pocity, které prožili. Upravená Mitchellova metoda se dnes používá po celém světě. Od roku 1997 se však objevují pochybnosti, zda metoda rozhovorů nepřináší více škody než užítku...“ (Hoskovcová, 2009, s. 133 – 134).

Traumata nevznikají jen při válečných situacích. S následky psychického traumatu se lze setkat po leteckých nehodách (např. srážka dvou armádních letadel nad českobudějovickým sídlištěm v roce 1998 – kazuistika č. 1., ale i po povodních (např. povodně v letech 1997, 2002, 2009, ale i železničním neštěstí ve Studénce v roce 2008).

### **KAZUISTIKA č. 1**

*Dne 8. 6. 1998 v době mezi 09.20 - 09.30 hod ve vzdušném prostoru nad městem České Budějovice v průběhu plánovaného leteckého přesunu dvou proudových letounů Armády České republiky typu MIG 21 letících v sestavě ve tvaru stupňovité vpravo. V době před zamýšleným přistáním na vojenském letišti v Českých Budějovicích při manévru „2 x 180 stupňů“, přes obtížné povětrnostní podmínky, spočívající ve snížené viditelnosti způsobené oblačností i přesto, že oba piloti měli při letu v této formaci obtíže s udržením bezpečné vzdálenosti, nevydal vedoucí pilot skupiny, příkaz k rozpuštění této formace a druhý pilot nevyžádal u vedoucího pilota skupiny zrušení této formace. Došlo k nebezpečnému sblížení obou letadel a v důsledku toho při náhlé ztrátě vzájemné viditelnosti došlo ke srážce obou těchto bojových letadel, která se následně po katapultáži všech členů posádek zřítily do prostoru sídliště Vltava ulice Otavská, kde hořící trosky letadel vletly do několika bytů, kde následně vznikl požár bytů, dále do prostoru obce České Vrbné a rybníka Černíš.*

Uváděná kazuistika je i mou vlastní zkušeností, kterou jsem osobně prožil. Z psychologického pohledu pro mne a mé nejbližší byla nejtěžší první noc v náhradním ubytování. Spaní bylo neklidné. Stále jsem před sebou viděl zbytky vyhořelého bytu. Uvědomoval jsem si, že situace mohla být mnohem horší, pokud by byl někdo z členů rodiny zraněn či přišel o život. Asi po třech dnech se dostavil pocit úzkosti a to v situaci, když jsem sledoval, jak dělníci z mého bytu vyhazují ohořelé věci z okna do připravených kontejnerů. Zde jsem cítil, jak jsem k těmto věcem a ke všemu co jsem si v životě dosud pořídil citově vázán. Vybavovaly se mi vzpomínky na zařizování bytu. Na chvíle mezi nimi prožité. Ve chvílích, kdy věci byly odvezeny pryč z mého dohledu

se situace zlepšila. Začal jsem myslet na nové věci, které si do bytu pořídíme. Asi během 14 dnů byl byt dán do původního stavu a mohl jsem se s rodinou znovu nastěhovat zpět. Ale i nadále jsem pociťoval strach z letících letadel a sledoval jejich let. Domnívám se, že podobné prožívání měli i ostatní postižení.

Prožije-li osoba extrémní stresovou situaci, např. jak výše uvedeno, nebo ocitá-li se dlouhodobě ve stresové situaci, hovoříme pak o psychickém traumatu, které je charakteristické tím, že:

- Působí z vnějšku.
- Je pro osobu děsivá.
- Bezprostředně ohrožuje život.
- Osoba má pocit bezmocnosti.

„Traumatická reakce vznikne tehdy, je-li člověk vystaven extrémnímu zážitku, ocitne-li se ve stavu bezmoci a nemůže na to reagovat. Tím dojde k narušení psychických a biologických mechanismů osoby. Důsledkem je pak ztráta důvěry v sebe a stud z prožité události a z toho, že člověk nebyl schopen reagovat. Že nebyl schopen před situací uniknout nebo si ji vysvětlit... Lze tedy říci, že trauma primárně i sekundárně způsobuje porušení vazeb a vztahů. Traumatizující jedinec často vnitřně **osciluje** mezi krajní izolací a touhou po silném ochraňujícím vztahu. Výsledkem toho je utváření intenzivních, nestabilních vazeb, které se impulzivně zmítají mezi extrémy.

Psychická zranitelnost člověka je závislá také na osobnostních a sociálních faktorech. ...Výrazný vliv na hodnocení traumatického zážitku má kulturní prostředí.

- Psychickou traumatizací lze obecně rozdělit na tři formy (Srčel 1999): Primární traumatizace: člověk je přímým cílem agrese (např. zabití, zranění, mučení, znásilnění, vyhoštění, nucené pasivní přihlížení vraždě).
- Sekundární traumatizace: podnětem je blízká zkušenost s traumatizací jiné osoby (např. rodina zabitého, mučeného, pohřešovaného apod.)
- Terciární traumatizace: člověk není v přímém vztahu k oběti traumatizace, ale je v kontaktu s primárně či sekundárně traumatizovanými jako svědek, člen perzekvované skupiny humanitární pracovník nebo terapeut“ (Vizinová, Preiss 1999, s. 19 – 25).

„Traumata jsou psychicky náročné zkušenosti existenciálního ohrožení, které

ve svém životě učiní víceméně každý. Gottfried Fischer a Peter Riedesser v učebnici psychotraumatologie definují traumatickou zkušenost jako „vitální prožitek diskrepance mezi faktory hrozivé situace a individuálními možnostmi jejich zvládnutí, s nímž souvisí pocit, že člověk je jako bezmocný a bezbranný vydán všanc okolnostem, což způsobuje, že je natrvalo otřeseno jeho porozumění sobě samému a světu... Trauma pak představuje v první řadě zkušenost, že člověk je bezmocný a vydán všanc.

Mobilizace mimořádných sil a potlačení pocitu bolesti jsou charakteristické znaky chování člověka v traumatické situaci. Dokud je nějaká šance na záchranu vlastního života nebo života druhých, přeřazuje tělo na nejvyšší výkon (stresová reakce) a potlačuje bolest. Na tomto mechanismu se možná zakládají veškerá hrdinství. Čím bezvýchodnější situace, tím větší mobilizace sil k přežití. ...Stresová reakce tedy mobilizuje všechny tělesné síly, zatímco traumatická reakce je demobilizuje. Střídáním takových protikladných směrů v krátké době vznikají v duši i těle člověka stavy enormního napětí, které může stěžít vydržet.

Co se děje po traumatické situaci, jestliže ji přežijeme? Pocítíme a prožijeme pak všechny bolesti, které byly potlačeny? Zůstane nám na trauma barvitá vzpomínka se všemi podrobnostmi? Očividně nikoli – vždyť by to ani nemělo smysl. Jde přece o to, abychom dále žili, když jsme přežili. Zapomeneme tedy celý zážitek i na bolest? To jistě také ne, vždyť by odporovalo principu vzpomínky, kdyby se tak podstatně a intenzivně zážitky nevtiskly člověku do paměti. Takové zkušenosti se musí uchovat už proto, aby se člověk učil nedostávat se znovu do podobně nebezpečných situací. Jak tedy vypadá kompromis mezi zapomenutím, které chrání život, a vybavováním existenciální zkušenosti z minulosti, které je nutné pro budoucnost“ (Rupert, 2008, s. 30 – 31).

Franz Ruppert ve své knize Trauma a rodinné konstelace, trauma rozděluje na čtyři základní typy:

- existenciální traumata
- traumata ze ztráty,
- traumata z narušené vazby,
- traumata z narušeného systému rodinných vazeb.

**Traumata ze ztráty** člověk pocítuje tehdy, když ztratí někoho blízkého, kdo byl

pro něj důležitý, na kom byl závislý. Může se jednat o smrt jednoho z manželů, rodičů, ale i z rozvodů. Člověk se pak cítí osamělý, plný bolesti a ve smutku.

**Traumata z narušené vazby.** Člověk se cítí lépe, když ví, že někam patří, že je potřebný a že může s ostatními sdílet svět kolem sebe. Jsou-li tyto vazby narušeny, dochází k tomu, že se člověk cítí nepotřebný, zbytečný. Dochází též k tomu, že se tyto stavy přenášejí na rodinné příslušníky, ostatní lidi. Dochází k narušení mezilidských vztahů.

**Traumata z narušeného systému rodinných vazeb** zasáhnou mezilidské vztahy v rodině, neboť postižený změní své chování, je podrážděný, uzavřený, a ostatní osoby kolem něho neví, jak se k němu mají chovat, co od něho můžou očekávat. Symptomy, kterými trpí postižený, např. neklid, nespavost se přenášejí na ostatní (Ruppert, 2008).

„Krátko po traumatické události mohou být blízcí také velmi hluboce zasaženi tím, co se stalo. Mohou být zmatení, bezmocní, nevědí, jak s postiženým vlastně mluvit, zda mluvit, nebo spíše mlčet, zda se k události vracet, nebo se tvářit, jako by se nestala. Tváří v tvář emočním změnám, které vidí na blízku, se o něj mohou začít strachovat. To vede k tomu, že se přestávají chovat přirozeně.

Trauma může mít na vztahy devastující vliv. Dokonce i v dobře fungujících partnerských vztazích může vést k hluboké krizi, někdy dokonce k rozchodu. Problémy ve vztazích mohou vést k **druhotné traumatizaci** postiženého.

Blížkost a vzájemná intimita jsou základní aspekty důvěrného partnerského vztahu... Bohužel, řada lidí po traumatickém zážitku schopnost být blízko a intimně ve vztahu do značné míry ztrácí. Obnova je možná, ale potřebuje nejdříve obnovu celého přirozeného fungování člověka, což v první řadě vyžaduje propracování traumatické události.

V blízkých vztazích, partnerských, rodinných a přátelských, jsou důležitými potřebami jistota, předvídatelnost a bezpečí. Potřebujeme mít jistotu, že ti druzí za námi stojí, nezradí nás, v kritické situaci nás podrží. ...Bohužel je v povaze těžkých traumatických událostí, že tyto základní pocity najednou přestanou fungovat, i když se blízcí nemuseli nijak změnit.

Když osud přinese velkou zradu, mění se základní jistoty člověka v nejistoty. Bohužel při silném emočním otřesu zpochybní i hodnoty, které jsou zdánlivě jinde. Proto lidé, kteří zažili trauma, najednou začínají znovu testovat blízké vztahy,

nedůvěřují léta jistým situacím, jako by museli řadu vztahů kontrolovat od počátku.

Dobrý vztah má kromě výše uvedených potřeb také pohody, radosti, uvolněnosti i vzájemné zábavy a dobrodružství. Aby košatěl a bohatl, potřebuje mít také dostatek příjemných zážitků. Chození mezi lidmi, setkávání s přáteli, společné užívání se ve sportu, kultuře, cestování – to vše upevňuje romantické kořeny zejména u partnerských vztahů. Lidé s PTSD jsou totiž často tísněni nedostatkem pozitivního emočního prožívání. Jsou odcizeni, přítomné prožívání nefunguje, cítí se izolováni...“ (Praško, a kol. 2003, s. 63 – 67).

### 3.2 Symptomy traumatu

Každá nemoc má své specifické symptomy. Ne jinak je tomu i u traumatu.

„Většina symptomů, které se projevují v důsledku traumatické zkušenosti, můžeme rozčlenit do tří hlavních kategorií:

- 1, nadměrné vzrušení (hyperarousal);
- 2, intruzivní příznaky (intrusions);
- 3, příznaky stažení, sevření (constriction)“ (Vizinová, Preiss, 1999, s. 20).

Pod těmito kategoriemi se rozumí:

**Nadměrné vzrušení**, které je se projevuje neustálým očekáváním něčeho, což k tomu, že organismus je v stále ve stavu připraven k útoku. Člověk v tomto stavu je podrážděný, trpící poruchami spánku. Rovněž se u něj mohou vyskytovat úzkost i strach. **Intruzivní příznaky**, zase vytváří pocity vtíravého opakování traumatických událostí. A to neustálými vzpomínkami či děsivými sny z kterých se probouzí zpocení, se silným bušením srdce až lapáním po dechu. **Příznaky stažení, sevření (konstriktivní)**, jsou vyústěním toho, kdy se člověk ocitl ve stavu úplné bezmoci, kdy byl doslova paralyzován a nemohl z tohoto stavu uniknout (Vizinová, Preiss, 1999).

„Posttraumatickou stresovou poruchou trpí milióny lidí na celém světě, kteří byli



vystaveni hroživým událostem, jako jsou válečné události, mučení, únosy, zemětřesení, povodně, požáry, přepadení, znásilnění, zneužívání v dětství, autonehody, závažné změny zdravotního stavu (např. mozková mrtvice, infarkt). Jde o události, které téměř u každého vyvolávají velkou stresovou reakci. Člověk nemusí být obětí, stačí jen to, že je přítomen... Někdy dojde k náhlému znovuprožití hrůzných **emocí a vegetativních příznaků** bez přítomnosti vzpomínek na traumatickou událost. Postižený je zaskočen bez vnější příčiny silnou úzkostí, strachem či smutkem, pláčem, bušením srdce, lapáním po dechu, bolestí apod. Tyto náhlé záchvaty se objevují opakovaně.

Postižení mohou mít pocit ztráty citlivosti, nemožnosti prožívat radost, zažívat příjemné pocity. Může být přítomen stálý pocit znechucení, nuda, otupělost nebo naštvání. Jen monotónně vykonávají rutinní činnosti a vyhýbají se příjemným aktivitám. Schází jim prožitek ze života. Někdy si stěžují, že necítí vůbec nic. Cítí se vyhaslí a chladní“ (Praško, a kol. 2003, s. 31 – 52).

Postižená osoba se vyhýbá situacím, rozhovorům, činnostem jen proto, že má pocit, že to v ní vyvolá nepříjemný zážitek připomínající ten, který to vše vyvolal. Dochází i k tomu, že takto postižená osoba se nedokáže uvolnit a projevit své emoce, svěřit se druhému člověku. Žije v neustálém strachu, očekávání, že přijde něco, s čím si nedokáže poradit a situaci zvládnout. To se projevuje i v podrážděnosti a tím se dostávají do konfliktu s jinými lidmi. Projevují se vegetativní reakce (bušení srdce, tlak na hrudi, pocení, třes, lapání po dechu a zrychlené dýchání, brnění v končetinách, závratě, pocity na zvracení, bolesti břicha, hlavy a další) při kterých se postižený cítí být ohrožen. Vyhledává proto neustále lékaře a ujišťuje se o svém zdravotním stavu. Ale jde vlastně o přípravu organismu na boj.

## **KAZUISTIKA č. 2**

*Na koordinátora PIP se obrátil policista s žádostí o pomoc jeho manželce, která při cestě do zaměstnání uviděla v blízkosti svého zaměstnání na stromě oběšeného muže kolem věku 50 let. Po 2-3 dnech se u ní zvýšily úzkostné stavy, byla plačtivá, přestala komunikovat s blízkými a uzavřela se do sebe. Projevovaly se u ní problémy s dojížděním do zaměstnání, neboť se jí stále vracely okamžiky, kdy oběšeného muže viděla. Nedokázala se vyrovnat se situací..*

*Proto byla pozvána na konzultaci na pracoviště PIP, kde s ní byla celá situace*

*opětovně prokonzultována. Bylo zjištěno, že prožila nevládnutelnou situaci na stres. Při konzultaci byla využita technika ABC, při které je prožitá událost znovu probírána od samého začátku až po ukončení. Znovu se osoba vrací k tomu, co viděla, jak to na ni působilo, ale i to co si vybavuje nyní a jak to na ni působí dnes. Osoba v podstatě znovuprožívá děj – Abreakce.*

*Osobě je dále vysvětleno, jak působí stres na lidský organismus, jak se zachovat dostane-li se do stresové situace. Byla jí doporučena postupná desenzitizace – což představuje to, že postižená osoba by měla tzv. malými krůčky překonávat to, čeho se bojí nebo to co nechce znovu vidět. V našem případě zvládnout cestu do zaměstnání a vidět znovu místo, kde našla oběšeného muže. Ze začátku jí bylo doporučeno, aby postupně navazovala kontakt s blízkými lidmi, aby se jim nestránila, aby chodila do společnosti. Ze začátku třeba s doprovodem manžela, dětí. To samé pak platí i znovu si zvyknout na cestu do zaměstnání, kterou může absolvovat společně s manželem vozidlem nebo v doprovodu autobusem. Poté co toto zvládne, zkusit jet sama, cestu projít sama. Žena absolvovala 5 sezení, při kterém spolupracovala, uklidnila se. Zážitek vzala za událost, která se v životě může přihodit a že se nyní přihodil zrovna jí. Celé sezení bylo pozitivním neboť žena se vrátila k běžné jízdě do zaměstnání, ale i dokázala se podívat na místo, kde oběšeného muže viděla (zdroj: Dr. Chalupová, 2009, Policie ČR).*

„Posttraumatická stresová porucha vede ke dvěma základním emočním reakcím. Na jedné straně jsou to prudké výbuchy negativních emocí (jako je strach, hněv, smutek, bezmoc) po aktivaci traumatických vzpomínek, na druhé straně dochází k oploštění emočních reakcí na běžné každodenní situace, které vede k pocitům odcizení.

Emoce jsou psychické jevy, které úzce souvisejí s naším chováním. Původně šlo okamžité pokyny pro zvládnání životních situací vštěpené již našim prapředkům, které byly výhodné, a evoluce je tedy zachovala... Tyto vrozené sklony k jednání se dále formují našimi osobními životními zkušenostmi a kulturou. Každá emoce zaměřuje pozornost i tělesné reakce směrem, který se v minulosti při zvládnání určité situace osvědčil.

**Úzkost.** Je to trvalý pocit psychického napětí, jakési očekávání něčeho

nepříjemného, ale člověk ani přesně neví, co to má být. Na rozdíl od strachu, který nás puď k útěku, úzkost vede ke strnulosti – nemáme před čím utíkat... Úzkost má pro organismus adaptivní funkci, umožňuje přizpůsobit se... Úzkost ulehčuje prožívání strachu. Vyostřuje smysly a mobilizuje energii... Určitá úroveň úzkosti zvyšuje výkon...

**Strach.** Je pro posttraumatickou stresovou poruchu typický. Postižení mívají strach o sebe i o své nejbližší, strach z trestu za domnělá minulá provinění, strach z vlastní nedostatečnosti, z odmítnutí druhých, strach, že se nikdy ze svého stavu nedostanou, že nepůjde dále vzdorovat myšlenkám na smrt. Typický je strach o své partnery, rodiče, děti a vnoučata. Strach je normální a zdravá lidská reakce. Umožňuje celou sérii změn v těle, v mysli a v chování, které umožňuje co nejlépe reagovat na ohrožení nebo nebezpečí... Automaticky se v těle objeví celá řada pochodů:

- Mozek si uvědomí nebezpečí, aktivuje autonomní nerstvo, které předá signály do různých částí těla, aby reagovaly na nebezpečí.
- Mysl se soustředí na nebezpečí a rychle pracuje na tom, jak ho odvrátit.
- Nadledvinky vyplavují stresový hormon adrenalin, který aktivuje celé tělo.
- Zvyšuje se pulz srdce a stoupá krevní tlak, krev je přesunuta do velkých svalů na ruku a nohou.
- Svaly jsou napjaté, připravené pro akci.
- Dech se zrychluje, aby bylo dost kyslíku pro akci, rozšiřují se nozdry.
- Kapiláry v kůži a na ruce se stahují, aby případné krvácení bylo co nejslabší.
- Trávení se zpomaluje, klesá produkce slin (vyschne v ústech).
- Z jater se uvolňuje zásobní cukr.
- Zvyšuje se sevření svěračů močového měchýře a konečníku.

Tato série změn v mysli a těle je známa jako reakce „boj, nebo útěk“. Může být zpuštěna reálným ohrožením, stresem tělesným nebo psychickým, ale i ohrožením, které si vytváříme ve svých obavách a starostech.

**Nálada** ovlivňuje naše chování, soustředění a výkonnost. Zpětně také ovlivňuje naše myšlení. Při pokleslé náladě máme tendence vyhledávat vše černé a negativní a naše myšlenky jsou negativně zkresleny...

**Beznaděj (pronikavý pesimismus do budoucna).** Neschopnost překonat

úzkost, podrážděnost, vztek a depresi vlastními silami vede k prožitkům bezradnosti, bezmoci a beznaděje. Nemocný má pocit, že už nikdy se z nemoci nedostane, už nikdy nebude šťastný, ať dělá co dělá, trýznivé prožívání už nezmění, nikdy nevyléčí, nikdy už nedokáže nic pořádného udělat, nic už nebude mít smysl.

**Ztráta prožitku radosti a potěšení.** Lidé trpící posttraumatickou stresovou poruchou často ztrácí schopnost prožívat radostně aktivity, které je dříve těšily. I když se pokusí věnovat se jim, nejsou schopni je plně prožít, protože jim v tom brání starosti a obavy. Ztrácejí zájem o sebe a o své okolí. Do ničeho se jim nechce.

**Obtíže s koncentrací nebo pocit „prázdná v hlavě“.** Psychické tempo se snižuje, myšlení zpomaluje. Pro špatnou koncentraci mívá řada postižených pocit, že si nic nepamatuje.

**Derealizace a depersonalizace.** Když jsme hodně unavení nebo přetížení úzkostí, naše emoční naladění přepne na „prožívání jako“. Cítíme se jako ve filmu, život kolem (derealizace) i sebe samého (depersonalizace) vidíme jako za sklem. Vše jako by bylo nereálné, trochu odtržené od našich plných prožitků... Depersonalizace a derealizace umožní, že člověk se v krizových situacích chová jako velmi účinný automat (např. pomáhá bez emocí při autonehodě). Řada lidí je však derealizací a depersonalizací zaskočena. Maní obavy, zda tyto pocity „jako“ neznamenaají, že podléhají schizofrenii, demenci, epilepsii nebo nádoru mozku.

**Hněv.** Člověk trpící PTSD se zlobí na druhé a ještě častěji na sebe. Na druhé se zlobí zejména proto, že jsou „lehkomyslní, nedělají starosti, a tak si je musí on dělat za ně“... Na sebe má vztek daleko větší. Pro svou domnělou „slabost“, „neschopnost“ být klidný a vyrovnaný, být perfektní apod. Někdy se člověk stává sám sobě nepřítelem natolik, že cítí vůči sobě až nenávisť.

**Lítost a sebelítost.** Lidem trpícím PTSD někdy bývá líto, že jejich život je stálý shon a napětí a moc si ho neužívá. S tím souvisí sebelítost ze ztracených let plných úzkostí a beznaděje. Sebelítost je však poněkud zrádná emoce...“(Praško, a kol. 2003, s. 31 – 52).

### 3.3 Léčba posttraumatické stresové poruchy

„Základní léčbou je psychoterapie. Léky její efekt mohou výrazně podpořit. Potřebné jsou při nespavosti, těžkém nebo dlouhotrvajícím průběhu s předrážděností, při depresi apod. O jejich podávání by měl rozhodnout psychiatr. Psychofarmaka bývají součástí komplexního léčebného plánu. V mnohých těžších situacích je člověk schopen participovat na psychoterapii až poté, co se jeho napětí a úzkost sníží pomocí léků.

Léčba PTSD pomocí psychofarmak byla prováděna zpravidla **anxiolity** ze skupiny **benzodiazepinů** (jako je Diazepam, Oxazepam, Xanax, Neurol, Lexaurin, Tranxene apod)... vhodnější jsou v této indikaci **antidepresiva**. Všeobecně se soudí, že krátkodobé snížení úzkosti a tělesných příznaků je možné pomocí benzodiazepinů, pro dlouhodobou léčbu jsou však vhodnější antidepresiva..., která pomáhají vytvořit rovnováhu na těch neuronech v mozku, kde je nedostatek působků nebo jsou v nerovnováze. Chybějící působky (neuropřenašeče) přímo nedodávají, ale svým působením mohou zvýšit jejich nabídku tam, kde je potřeba. Proto jejich efekt není okamžitý, ale zpravidla se objeví po třech až šesti týdnech podávání. Pokud se účinek antidepresiv neprojeví do 10-12 týdnů, nemá cenu dávky dále zvyšovat a doporučuje se s touto medikací přestat a lék vyměnit za jiný. ...Při pozitivním účinku léku je vhodné pokračovat v léčbě alespoň 9-12 měsíců po odeznění příznaků. Předčasné vysazení antidepresiv je spojeno s rizikem zhoršení nebo návratu příznaků...“ (Praško, a kol. 2003, s. 69 – 71).

„**Psychoterapii** lze vymezit jako interdisciplinární obor, jenž vychází především z psychologie. Spočívá v intervenci uskutečňované psychologickými prostředky, tedy prostředky komunikačními a vztahové povahy, při které terapeut pomáhá potřebnému jedinci v dosahování normality. Normalitu chápeme jako život člověka realizujícího sebe společně s druhými a naplňujícího tak své pozitivní možnosti ve společenství s ostatními lidmi a s ohledem na ně. Během psychoterapeutického procesu jsou postupně odstraňována subjektivní omezení a mírněny zdravotní obtíže bránící klientovi v optimálním životě. Psychoterapií zvyšujeme kvalitu klientova života, a pokud jde o jeho zdravotní stav, působíme psychologickými prostředky ve směru prevence, léčby a rehabilitace poruch zdraví“ (Vymětal, 1996, s. 9).

Důležité je, aby postižený o prožitém zážitku hovořil. Nespoléhal na pomoc svým nejbližších, i když ti jsou alespoň v prvopočátku jediní, na koho se může obrátit. I když jim prožitou událost povypráví. Ale postižený nemusel říct všechny podstatné skutečnosti, ostýchá se o nich před svými nejbližšími hovořit. Proto je nutné vyhledat odbornou pomoc. Tuto skutečnost by si měli uvědomit nejen blízcí příbuzní, ale i kamarádi či spolupracovníci. Již vyprávění o prožité situaci má své pozitivní efekt. Ale nelze spoléhat na to, že když postižený někomu povypráví, co zažil, že bude v pořádku. Tomu, komu příběh vypráví, musí mít důvěru. Tou osobou bývá terapeut, od kterého je očekávána pomoc. Terapeut postiženému pomůže najít souvislosti mezi tím, co se stalo a proč se to nyní projevuje určitým způsobem. Jde o **individuální psychoterapie**, při které terapeut využívá svých zkušeností při léčbě posttraumatické poruchy a pomáhá postiženému získat zpět ztracenou důvěru k sobě samému a k okolnímu světu. Navázat zpět narušené mezilidské vztahy a nezůstávat v roli oběti, ale naučit se čelit životním krizím (Praško, a kol. 2003).

„První krok - **postupné získávání pocitu bezpečí** – znamená uklidnění vystrašených a předrážděných emočních center do takové míry, aby bylo možné začít se učit novým dovednostem... Pocit ohrožení je u lidí trpících PTSD větší než konkrétní strach z nebezpečí, která na ně venku číhají... Při získání důvěry v terapeuta je možné začít postupně budovat pocit důvěry a bezpečí ve světě. Pacient se také může učit uvolňovat a relaxovat. Tím začne lépe zvládat svoji podrážděnost a nervozitu. Hlavní fází léčby je **vzpomínání na podrobnosti traumatické události a akceptace ztrát s ní spojených**. Pacient v bezpečném prostředí terapeutického vztahu vypráví a postupně rekonstruuje celý příběh traumatické události. Postupně, jak člověk líčí další a další hroznivé detaily traumatu, se vzpomínky začínají transformovat, propojovat s klidem a bezpečím situace, ve které s rozpomínání dochází...Terapeut vede pacienta k tomu, aby vyprávěl trauma co nejživěji, jako horor na filmovém plátně, a aby si při tom vzpomněl na každou podrobnost, včetně svého vnitřního stavu, chování druhých osob, vlastních reakcí apod. ...Smyslem tohoto vyprávění je převést vzpomínku do slov. To znamená zachytit i ty části vzpomínky, které se možná oddělily a ve vědomém vybavování traumatu chybějí. Převedením smyslových podrobností a pocitů do slov se zesílí kontrola neokortexu (šedé kůry mozku) nad těmito vzpomínkami. Dále dochází k propojení hrůzných vzpomínek s bezpečím a klidem terapeutického – postupně pak ztrácejí svůj silný emoční náboj.

**Skupinová psychoterapie** umožňuje sdílet traumatickou událost s lidmi ve skupině. Pokud je skupina sestavená z lidí postižených posttraumatickou stresovou poruchou, mívají pro sebe velké pochopení, nestydí se před sebou a tak si pomáhají ulevit v pocitech viny... Podpora skupiny pomáhá ke změně individuálního významu traumatické události a nabízí mnohočetné pohledy na problémy v životě.

Ve skupině se v jejím průběhu manifestují přenosové vztahy jak směrem k terapeutovi (terapeutům), tak k jednotlivým členům skupiny. Utvářejí se podle podobných vzorců jako vztahy v rodině, dětském kolektivu, partě nebo pracovním kolektivu. Člen skupiny se učí porozumět způsobům, jak si tvoří svoje vztahy na základě konfrontací se členy skupiny a interpretace skupiny... Úkolem člena skupiny je však nejen pochopit podmíněnost svých vztahů a najít lepší polohu, ale také změnit své chování k druhým, které z těchto vztahů vyplývá“ (Praško, a kol. 2003, s. 74 – 75).

„Pokud chceme v sobě traumatickou událost zpracovat tak, aby už neovlivňovala negativně váš současný život, prvním krokem je se k ní postavit čelem a otevřít svoje vzpomínky. ...Dopřavdy však traumatickou událost zapomenout nelze. Lze ji však zpracovat natolik, aby nám už nezasahovala do vztahů, práce či volného času. Aby zůstala starou, ale zahojenou jizvou duši, o které sice víme, ale dále už nekrvácí. Každý člověk zažívá traumatickou událost svým jedinečným způsobem... Čím víc se snažíme na nějakou nepříjemnou událost zapomenout, tím víc se nám myšlenky vracejí. „Podobně je tomu po traumatickém zážitku. Vědci dokonce zjistili, že snaha určitě myšlenky nebo představy pomocí vůle vytlačit ze svojí pozornosti vede k tomu, že se objevují dvakrát častěji. Po traumatické události je pochopitelné, že se lidé na ni snaží zapomenout. Zkoušejí „už na to nemyslet“, „věnovat se něčemu jinému“, „hodit to za hlavu“, snaží se dělat „užitečnější věci než na to pořád myslet“. Platí však přímá úměrnost – čím více někdo chce zapomenout, tím více se mu traumatické vzpomínky a myšlenky automaticky vnucují. Tento „bumerangový efekt“ je způsobený potřebou organismu traumatickou událost důsledně zpracovat, pochopit její smysl a vnitřně se s ní smířit. Pro získání dovednosti zvládat traumatické vzpomínky potřebujeme udělat dva důležité kroky:

- Důkladně zmapovat intruzivní (vnucující) vzpomínky, flashbacky a jejich důsledky;
- Naučit se změnit svoji reakci na traumatické vzpomínky a flashbacky“ (Praško, a kol. 2003, s. 102).

**Intruzivní vzpomínky** jsou takové vzpomínky, při kterých se mohou objevit živé obrazy, myšlenky, pachy, zvuky či tělesné pocity, které traumatickou událost připomínají. Při tomto dojde ke spuštění tělesných příznaků stresové reakce (např. bušení srdce, lapání po dechu, bolest hlavy) a intenzivních emocí (strach, hrůza, smutek, bezmoc, vztek apod.). **Flashback** je zase pocit, že událost probíhá znovu právě teď. Člověk má dojem, že traumatickou událost zažívá znovu, v tomto okamžiku. Nemusí mít dojem, že zažívá celou událost znovu, ale může vnímat její část, např. zvuk, obraz. Přicházejí nečekaně a doprovází je pocit strachu (Praško, a kol. 2003, s. 102).

### 3.4 Psychologická první pomoc

„...při pomoci druhému ve stavu jeho akutní krize se nijak zásadně neliší psychologická pomoc poskytovaná poučeným laikem od profesionálního přístupu, s nímž se např. setkáváme v krizových centrech, na linkách důvěry či v ambulanci psychologů či psychiatrů. Tím hlavním totiž je, že nabízíme sebe a náš vztah k ohroženému člověku, který tak přestává být na situaci sám...“

Akutní krize na člověka zpravidla dolehne nečekaně, „jako blesk z čistého nebe“. Jedná se o subjektivně vnímané ztráty, zklamání a ohrožení toho, na čem nám velice záleží. Může jít o ohrožení zdraví – každá vážná nemoc či úraz vyvolávající i duševní krizi - ohrožení života vlastního či blízkých osob, ztrátu milovaného člověka vzniklou rozchodem apod. Mohou to být i záležitosti pracovní, majetkové, prestižní a zájmové...“ (Vymětal, 1995, s. 31).

„...pomoc při a po (hromadných) neštěstích by se měla poskytnout **v terénu** a nebo by do něj měla přesahovat; měla by odpovídat **typu události a času**, ve kterém se poskytuje, a měla by vycházet z **posouzení potřeb, hodnot, sil a zdrojů** na straně zasažených lidí (rodin, komunit) a na straně pomáhajících...“



Do **první (psychické) pomoci** patří **okamžitá reakce na základní psychosociální potřeby**, kde pomoc psychická splývá s péčí matčinou a zajišťuje:

- **potřeby přežití (pět T včetně bezpečí, přístřeší atp.);**
- **informace;**
- **kontakt s blízkými.**

V **první psychické pomoci** má hlavní důležitost **aktivní, organizované a podporující okolí** a jeho vztažnost k oběti; okolí poskytuje praktickou pomoc, potravu a přístřeší, ochranu před další hrozbou, péči o tělesné potřeby, kontakty s blízkými... Pokud je člověk, kterému pomáháme, velmi neklidný (např. při akutní reakci na stres) nebo je v **panice**, přistupují k postupu **pěti T i technicky krizové intervence**, které opět můžeme vnímat jako zvýrazněnou pomoc rozrušenému dítěti. Neklidného člověka vedeme k **uzemnění** (grounding), které dítě cítí, když ho matka objímá. „Není-li grounding, člověk ztrácí půdu pod nohama“, těká, kmitá, padá... Chceme, aby se opřel plnými chodidly o zem a záda o podložku, aby cítil oporu; někdy ho držíme na bezpečných místech (za ruce, objetí kolem ramen, lepší je držení větší plochy těla). Vedeme ho, aby si sám sebe (tělesně) uvědomil, našel znovu **vlastní střed** (centering – prožitek tělesného i psychického středu), oporu v sobě...

Podobně se při panice zachází se **skupinou**; důležité je dodávat informace, najít vůdčí osoby, které jsou schopny zachovat klid a spolupracovat, a rozdělit dav na jedince. Jedinec je v kontaktu s druhou osobou schopen lépe vnímat vlastní zodpovědnost, než když je „rozrušen“ v davu... Zasahující „odborníci na jiný typ pomoci“ (hasiči, zdravotníci, policisté) by měli umět jak běžnou první psychickou pomoc, tak i postupy krizové intervence. Policisté a zdravotníci například při **sdělování špatných zpráv** – když předávají rodině informaci, že její člen zahynul, atp. lidské psychosociálně-spirituální potřeby se ve výcviku členů Integrovaného záchranného systému zatím nezdůrazňují a záchranáři v tomto směru postupují intuitivně“ (Baštecká, a kol. 2005, s. 157 – 158).

Člověk, který se ocitl v krizi či jiné situaci s kterou si neví rady, se ocitá pro něj v neřešitelné situaci. Proto uvítá jakoukoli pomoc, aby nebyl v tomto stavu sám. Proto je důležité s postiženým navázat kontakt a ohleduplně ho odvést z místa neštěstí. Umožnit mu, aby si s sebou vzal věci, které jsou pro něho důležité a ke kterým má osobní vztah. Pochopit jeho prožívané emoce, naslouchat jeho prožitkům. Nenechávat ho samotného. Dát mu najevo, že někam patří. Poskytnout mu radu, popřípadě pomoc,

jak má postupovat, na koho se obrátit při řešení své situace. Takovou radou či pomocí může být sdělení, kde vyhledat humanitární centra, kde získat finanční prostředky, jak postupovat při vyřizování pojištění, na koho se obrátit při hledání dočasného bydlení.

### 3.5 Psychoedukace

„V současné době panuje shoda, že nosným prvkem pomoci jsou ihned od vzniku události **informace**; v oblasti psychosociální k nim patří i **osvěta** o dopadu události na psychiku (**psychoedukace**). Jong a Kleber (2003) považují psychoedukaci za součást jakékoli časné intervence; uvádějí příklad působení *Lékařů bez hranic* v Bosně a Hercegovině, kde vysvětlili obyvatelstvu původ prožívaných obtíží, navrhli svépomocná opatření a způsoby, jak pomáhat druhým, a nabízeli místa, kde je možné vyhledat případnou další pomoc...

Člověk se ochotně učí tehdy, když v emočně vypjaté situaci zjistí, že nějaké informace potřebuje: ve výzkumu Hávy a Nesvadbové (2004), uskutečněném rok po českých povodních, uvedlo pouze 20 % lidí, že zažilo povodňovou situaci před rokem 2002; většinou šlo o dotazované ve věku nad 61 let. Jen 9 % dotazovaných sdělilo, že byli „má možnost povodně v místě, kde stojí dům, ve kterém bydleli“ upozornění. Dá se předpokládat, že po povodních se počet lidí, kteří vědí o riziku pro jejich dům, zvýšil. Rovněž se pravděpodobně zvýšil počet lidí, kteří mají doma zásobu pitné vody na tři dny, což je opatření, které se hodí i v jiných situacích, než jsou povodně.

Cílem psychoedukace je seznámit a naučit eventuální zúčastněné osoby (oběti) tomu, jak se chovat, jak pomoci sobě, ale i druhým osobám při určitých mimořádných událostech. Samozřejmě nejde naučit všechny a všemu, ale určitá osvěta obyvatelstva pak pomáhá tomu, že lidé si uvědomí nebezpečí, které plyne z určitých mimořádných opatření, uvědomí si, co znamenají výzvy složek integrovaného záchranného systému. Mohou tak snáze pomoci sobě, ale i svým blízkým, známým, ostatním lidem, spolupracovat se složkami integrovaného záchranného systému, při jejich intervenci v krizových situacích. Proto stojí za zmínku, co je intervence v krizových situacích nebo-li krizová intervence“ (Baštecká, a kol., 2005, s. 129 – 130).

### 3.6 Krizová intervence

„Krizová intervence je odborná metoda práce s klientem v situaci, kterou osobně prožívá jako zátěžovou, nepříznivou. Krizová intervence pomáhá zpřehlednit a strukturovat klientovo prožívání a zastavit ohrožující kontraproduktivní tendence v jeho chování. Krizová intervence se zaměřuje jen na ty prvky klientovy minulosti či budoucnosti, které bezprostředně souvisejí s jeho krizovou situací. Krizový pracovník klienta podporuje v jeho kompetenci řešit problém tak, aby dokázal aktivně a konstruktivně zapojit své vlastní síly a schopnosti a využít potencionálu přirozených vztahů. Krizová intervence se odehrává v rovině klientova problému a překonávání konkrétních překážek“ (Vodáčková, a kol., 2002, s. 60).

„**Krizovou intervenci** je možné obecně vymezit jako odborně fundovaný zásah, zaměřený na komplexní a intenzivní specifické stresové reakce, během níž klient prožívá negativní pocity či ohrožení své existence nebo některé její podstatné kvality a kterou není schopen sám zvládnout v důsledku selhávání jeho dosavadních **autoregulačních a adaptačních procesů**.

K základním principům odborné krizové intervence patří snadno dostupný, intenzivní, aktivní, strukturovaný a vysoce individualizovaný kontakt školeného pomáhajícího pracovníka s klientem, který je primárně orientovaný na zvládnutí aktuálního problému. Krizová intervence je obecně vysoce individuální fenomén, a to jak z hlediska percepce klienta, tak z hlediska jeho osobnostních charakteristik, které vstupují do hry. Je individuálním a neopakovatelným jevem také vlivem volby postupu intervence i v důsledku působení jeho osobnostních charakteristik a kvality jeho erudice...

**Možnost explorační** problému, s nímž přichází klient, je nejvyšší u krizové intervence tváří v tvář, neboť je možné podrobněji zjistit jeho genezi i širší životní kontext. V telefonní krizové intervenci lze získat většinou jen nezbytné informace o daném problému a v internetové intervenci často pouze ty informace, které klient sám poskytne.

Krizová intervence je **interakčním procesem** probíhajícím mezi klientem a intervenujícím pracovníkem, který vždy zahrnuje obecně minimálně tři základní etapy, které však mohou mít v praxi řadu subetap.

Průběh krizové intervence a používaných technik je silně ovlivněn tím, zda se jedná o její prezenční či distanční formu. V distančních formách krizové intervence hraje z hlediska etap krizové intervence dosti nepříznivou roli mimo jiné také vyšší časový tlak...

- **Úvodní etapa** počíná navázáním vhodného a rychlého sociálního kontaktu klienta s interventem, kterého by měl klient percipovat jako **vřelého, empatického, opravdového a erudovaného** člověka. Mělo by se tak dít v prostředí, které je klientem vnímáno jako bezpečné, klidné a esteticky přijatelné, a které umožňuje saturaci všech jeho základních potřeb.

Základní technikou interventa je **akceptace**, poskytování sociální opory, uklidnění, sugesce a **orientační diagnostika** osobnosti klienta a jeho problému během citlivě vedeného rozhovoru. Prostor by měl být dán zejména **ventilaci** klientových emocí a celkové **abreakci**.

Úvodní etapa je zakončena, pokud se mezi klientem a interventem podařilo formulovat **kontrakt**, tj. dohodu či plán, týkající se dalšího průběhu krizové intervence a postupy řešení priorit, které byly společně identifikovány.

- **Realizační etapa** je orientována na další prohloubení diagnostiky osobnosti klienta a jeho problému, na posouzení aktuálního psychického stavu a na stanovení možnosti dosažitelných pozitivních změn. V chování a prožívání klienta (např. posílení vhodných copingových strategií).

V této etapě krizové intervence je možné využít paletu poradenských a psychoterapeutických technik včetně jejich modifikací (např. principy rogersovské psychoterapie, kognitivně-behaviorální psychoterapie apod.).

- **Závěrečná etapa** nastupuje, jestliže bylo dosaženo základní psychické rovnováhy klienta na úrovni předkrizového stavu, odpovídajícího náhledu týkající se příčin a projevů krizového stavu, a jestliže byly splněny hlavní priority dohodnuté v kontraktu s interventem.

**Krizový pracovník** by měl disponovat řadou osobních kompetencí, k nimž patří zejména:

- **dovednosti aktivního naslouchání s důrazem na empatii,**
- **dovednosti krizové intervence a vyjednávání,**
- **dovednosti zacházení s oběťmi a s agresivními klienty,**

- znalosti psychosociální sítě a dovednosti s ní spolupracovat,
- znalosti základů právního vědomí,
- znalosti základů první pomoci,
- znalosti základů sebeobrany,
- dovednosti při vedení dokumentace a komunikace v týmu,
- dovednosti při získávání a předávání informací,
- schopnost otevřeně komunikovat s lidmi,
- schopnosti rychlého a subjektivně nezatíženého rozhodování,
- schopnosti spolupráce,
- schopnosti reflektovat svou práci,
- schopnosti zvládat zátěž,
- schopnosti rozpoznávat hranice možností a sil.

Kromě zmíněných kompetencí musí krizový pracovník také akceptovat platné **etické aspekty** své práce, z nichž nejdůležitější je zejména **princip mlčenlivosti**, respekt k svobodnému projevu a rozhodování klienta a zásada nezneužít získaných informací pro osobní potřeby či přání.

Od nepaměti se lidé v situacích psychické krize snaží o jejich zvládnutí prostřednictvím **vlastních sil**, či za laického přispění **blízkých osob**.

**Od dávných dob však lidská společnost také disponuje lidmi, kteří se postupně specializovali na pomoc druhým lidem v krizi (např. šamani, kouzelníci, vědmy, bylinkářky, poustevníci apod.)**

Díky tomuto vývojovému trendu, který pokračuje dodnes, je možné diferencovat mezi **neformální (laickou) krizovou pomocí** a **formalizovanou krizovou pomocí (tj. krizovou intervencí)**, která se uskutečňuje ve specializovaných společenských institucích a to prostřednictvím vyškoleného personálu“ (Mlčák, 2005, s. 27 – 29).

### **Časná intervence**

„Sousloví *časná intervence* se používá jako označení krátkodobé psychosociální pomoci po traumatizujících událostech. Postupně se stávalo synonymem pro debriefing. V západních zemích sílí kritika debriefingu, zatímco u nás se technika v současnosti prosazuje. Pojmy demobilizace (snížení vojenské pohotovosti, z lat. *De-a mobilis* pohyblivý), „debriefing“ (z angl. *Debrief* podat hlášení) a „defusing“

(z angl. *Defuse* zbavit situaci výbušnosti)...“ Uvedená slova popisují krizově intervenční techniky, které se uplatňují při zvládnání zátěže pramenící z mimořádné (povětšinou traumatizující události (*critical incident stress management*)“ (Baštecká, a kol. 2005, s. 178).

### **KAZUISTIKA č. 3**

*Dopravní nehoda motorového vlaku s autobusem, který převážel 45 – 50 dětí ve věku 8 – 11 let z dětského tábora. Nehoda si nevyžádala žádné zranění. Přesto 18 dětí vykazovalo reakci na stres. Děti byly plačtivé, bály se, chtěly rodiče a chtěly jet z tábora domů. Pracovník policie vedoucí územního odboru informoval o situaci pracovníka posttraumatického týmu, který se dostavil do dětského tábora a s uvedenými dětmi začal spolupracovat. S nejvíce postiženými dětmi využil techniku ABC. U dvou dětí bylo třeba zavolat rodiče, kteří si děti odvezli domů. O zjištěných informacích informoval vedoucího tábora a domluvil se s ním na dalším postupu, zejména na takovém, aby děti odreagoval od prodělaného zážitku (zdroj: Dr. Chalupová, 2009, Policie ČR).*

### **KAZUISTIKA č. 4**

*Činnost posttraumatického intervenčního týmu lze využít i při povodních nebo jiných mimořádných událostech. Při lokálních povodních v roce 2009 Hasičský záchranný sbor, který při povodních zasahoval požádal prostřednictvím Krajského ředitele PČR Jihočeského kraje, České Budějovice o pomoc policejního intervenčního týmu, neboť posttraumatický tým HZS je natolik vytížen, že nemůže dostát pomoci všem, kteří ji potřebují. Při povodních spolupracoval i Červený kříž. Na základě požadavku proběhla schůze koordinátorů týmu, kde se rozdělily kompetence, zejména, jaký tým bude kde operovat. Operující týmy posttraumatické intervenční péče, poté vyšly v kontakt s lidmi, kteří potřebovali pomoc (zdroj: Dr. Chalupová, 2009, Policie ČR).*

## **3.7 Debriefing, Defusing, Demobilizace**

„...cestou účinného zmírnění rizika je i zahrnutí „debriefingu“ do praxe záchranných (a podobných) služeb. Debriefing, případně další postupy zahrnuté pod CISM, jsou ze své povahy krátkodobé akutní intervence, užívané ke stabilizaci kritické

situace a k vyhledání osob z personálu, kterým je nutné poskytnou další podporu. Již v roce 1988 byly potvrzeny statisticky významné rozdíly v hladině a projevech stresu u osob s debriefingem a bez něho po kritické události. Ke zmírnění příznaků po třech měsících stačilo dokonce i jediné hodinu a půl trvajících sezení. Všichni interventi prošli výcvikem CISM „Critical Incident Stress Management v rozsahu 40 hodin. Následné vzdělávání a výměna zkušeností probíhá na pravidelných schůzkách koordinátorů týmů posttraumatické intervenční péče a seminářích interventů“ (Hoskovcová, 2009, s. 135).

„**Debriefing** je strukturovaný rozhovor, využívající potenciálu skupiny. Obecnou podstatou debriefingu je dát dohromady skupinu lidí, kteří prošli identickou traumatickou událostí a přimět je, aby tuto zkušenost sdíleli, mluvili o svých reakcích a aby přijali, že jsou to jejich přirozené reakce na nenormální situaci“ (<http://aplikace.mvcr./archiv2008/casopisy/111/2007/unor/vymetal.html>. 20.11.2009).

**Debriefing zavedl v 80. letech minulého století Jeffrey T. Mitchell** jako přísně strukturovanou na předepsaném postupu založenou metodu osvětového působení na oběti z řad záchranářů po traumatizující události. Dnes se setkáváme s různými pojetími debriefingu a navazujících postupů. Někteří autoři (Hodgkinson, Stewart, 1998) vystačí s rozlišením debriefingu a defusingu. Mitchell se spolupracovníky přidávají demobilizaci.

Rozlišuje se pomoc obětem přímým a pomoc profesionálům. U profesionálních záchranářů se předpokládá, že většina časných intervencí se po zásahu odehraje spontánně. Není proto třeba a ani žádoucí, aby defusing (u jiných demobilizace) vedl psycholog.

Mitchellovský debriefing popisuje Štěpán Vymětal následovně.

Provádí se teprve tehdy, když kognitivní mechanismy pro zvládnutí fungují (mezi 1. dnem a 4 týdny po ukončení události, zpravidla 6-10 dní po akci). Vede jej pouze psycholog/lékař s dostatečnou průpravou v technice. Závazné je spolupůsobení “peers” (např. vyškoleného policisty, hasiče, zdravotníka). Počet účastníků je 4 – 20. Počet členů týmu je 3-4 (leader, co-leader, peers). Prostorové rozmístění při debriefingu je sezení v kruhu. Debriefingu se účastní pouze potenciálně traumatizovaní lidé. Skupiny bývají pokud možno homogenní. Nikdy se neprovádí pod časovým tlakem.

Na debriefing má navazovat neformální posezení. Mezi pravidla patří např.: účastníky sezení jsou pouze ti, kteří se přímo účastnili akce, striktní důvěrnost – každý hovoří jen za sebe, nikdo nesmí být nucen k tomu, aby hovořil, žádné záznamy, nikdo nesmí opouštět místnost, hodnosti a funkce zde nemají význam, žádná kritika osob nebo činností, žádné přestávky, mobilní telefony, jídlo...“ (Baštecká, a kol. 2005, s. 179).

### **„7 fází debriefingu:**

- 1) **Úvod** – představení týmu, uspořádání sezení, motivace účastníků, stanovení očekávání, pravidla, zdůraznění důvěrnosti informací...
- 2) **Fáze faktů** (kognitivní úroveň) – po řadě říká každý své jméno, funkci, kde a jak se dověděl o události, co viděl, slyšel, dělal, cítil...
- 3) **Fáze myšlenková** (přechod z kognitivní do emocionální úrovně) – po řadě každý říká, jaké myšlenky mu během nasazení šly hlavou, co bylo první myšlenkou...
- 4) **Fáze reakcí** (emocionální úroveň) – otevřená, nikoli po řadě říkají, co byla pro ně nejhorší zkušenost, kterou sekvenci události by z paměti nejraději vymazali...
- 5) **Fáze symptomů** (přechod z emocionální úrovně do kognitivní) – nikoli po řadě říkají, jaké reakce nebo změny během nasazení nebo po něm na sobě zjistili...
- 6) **Fáze informační** (kognitivní úroveň) – zabývá se hlavními stresovými projevy a učí způsoby, jak s nimi zacházet a zvládat je, pokrývá hlavní techniky vypořádání se stresem...
- 7) **Fáze opětovného začlenění** (re-entry) – příprava na ukončení debriefingu, diskuse o následných službách, závěrečné shrnutí, cíle, plány, perspektivy...“ (Baštecká, a kol. 2005, s. 256 - 257).

„Defusing se využívá pro malé události nebo tam, kde se debriefing bude dělat později (např. u velkých událostí kde nelze debriefing z provozních důvodů udělat ihned.). Defusing je vlastně zkrácenou formou níže popisovaného debriefingu.

Cílová skupina je malá, složená z lidí, kteří společně prožili událost (5-10 lidí), homogenost skupiny musí být zachována. Doba po události je optimálně 3-8 hodin (max. 18 hod.), dělá se bezprostředně po návratu z nasazení, dříve než dotyční opustí služebnu, dokud zřetelně převládají jejich emocionální reakce. Defusing realizují



školení členové týmu PIP (lépe ve dvou, v praxi obvykle jen jeden). Provádí se v bezpečném prostředí chráněné klidné místnosti okolo stolu, bez časového nátlaku, ale ne déle než 20-30 minut (max. 45 min.). Je důležité vyloučit záměnu situace s vyšetřováním.

Průběh: po úvodu (představení, upozornění na důvěrnost rozhovoru...) následuje explorace, kdy dochází k vylíčení situace ("Co se stalo?"), účastníci zde vyjadřují, co pociťovali během události a co cítí a jak uvažují nyní. Dále následuje fáze informací, kdy jsou shrnuty vylíčené události, to, že se jedná o běžné reakce lidí v nenormální situaci, jsou dána doporučení, jak se chovat, je nabídnuta další pomoc atd. Zamýšlený efekt: nebude třeba žádné dodatečné péče, event. potřeba dodatečné péče bude konkretizována. Kontraindikací je skutečnost, že zásah trval příliš dlouho. Cílem defusingu je zklidnění – rychlé snížení intenzity reakcí na stres. Jestliže se defusing používá pro malé události, demobilizace se využívá v případě katastrof velkého rozsahu pro profesní skupiny, krizové štáby... Cílem je dodat jasné a strukturované informace o možných symptomech, zvládání stresu, doporučení ohledně dodržování životosprávy atd. Je třeba účastníky akce maximálně udržet na úrovni tzv. automatického pilota, aby mohli efektivně plnit likvidační práce. Demobilizace trvá přibližně 10 minut, přičemž následuje 20 minut relaxace spojené s občerstvením“

(<http://aplikace.mvcr./archiv2008/casopisy/111/2007/unor/vymetal.html>. 20.2.2010).

### **3.8 Kognitivně behaviorální terapie**

„Kognitivně-behaviorální terapie představuje jeden ze základních směrů současné psychoterapie. Jedná se o směr relativně mladý, neboť se zformovala teprve na konci 70. let 19. století integrací dvou původně samostatných psychoterapeutických směrů – terapie behaviorální a terapie kognitivní. Průkopníky této integrace byly práce A. Bandury o sociálním učení a o vlivu ocenění vlastní zdatnosti (self-efficacy) na zjevné chování, J. R. Cautely o možnostech uplatnění tzv. Skryté senzibilizace Seligmana o vlivu naučených postojů na rozvoj deprese, M. J. Mahoneyho u uplatnění poznatků kognitivní psychologie v psychoterapii a další.

Cílem každé psychiatrie je pomoci klientovi odstranit či aspoň zmírnit příznaky psychické poruchy, vyřešit jeho současné problémy, zvýšit jeho pocit životní

spokojenosti, zvýšit jeho sebevědomí a jeho schopnost svobodně se rozhodovat. Při dosahování těchto cílů používají psychoterapeuti různých psychologických metod – především rozhovoru – a vycházejí přitom z psychologických teorií vzniku a udržování příslušné psychické poruchy. Právě v odlišných představách o tom, co je *rozhodující* příčinou vzniku a udržování určité psychické poruchy, a na co se má tedy terapie především zaměřit, spočívají hlavní rozdíly mezi jednotlivými psychoterapeutickými směry.

**Psychoanalýza a z ní odvozené tzv. psychodynamické směry** vycházejí z teorie, že jádrem vzniku současných psychických potíží klienta jsou jeho zážitky v raném dětství, které si sice klient již nepamatuje, ale které přetrvávají v jeho nevědomí a rozhodující měrou ovlivňují jeho současné prožívání a jednání. Za další zdroj psychických potíží považují tyto směry pudové složky lidské psychiky, které se dostávají do konfliktů s požadavky moderní civilizované společnosti. I tento intrapsychický konflikt je skryt v nevědomí. Proto se tyto směry zaměřují na podrobné zkoumání minulosti, zvláště raného dětství klienta, a na jeho nevědomé psychické procesy. Pomocí psychologických metod, např. volné asociace, kdy klient volně hovoří o tom, co mu právě běží hlavou, nebo analýzou jeho snů, se terapeut snaží zjistit obsah nevědomí klienta a umožnit mu, aby si jej uvědomil a aby se naučil reagovat jinak, přiměřeněji jeho současné situaci. Za rozhodující pro úspěch terapie považují tyto směry vytvoření silného emočního vztahu klienta k terapeutovi, v jehož rámci klient reaguje na terapeuta jako na významné osoby svého dětství (tzv. Přenos).

Směry tzv. **systemické psychoterapie** zase vycházejí z teorie, že příčinou klientových potíží není on sám, ale síť mezilidských vztahů, v nichž se nachází – např. Rodinné vztahy. Klient podle této představy vyjadřuje svými příznaky patologii celého „systému“ rodiny, a proto jej nelze léčit odděleně od tohoto systému. Psychoterapeuti proto pracují s celou rodinou a snaží se ovlivnit vzájemné vztahy tak, aby klient své příznaky již nepotřeboval...

**Kognitivně-behaviorální terapie** vychází z teorie, že příčinou psychických potíží jsou chybné způsoby chování a myšlení a že tyto chybné způsoby chování a myšlení jsou naučené a udržované rozpoznatelnými vnějšími i vnitřními faktory. V terapii se klient může tyto chybné způsoby chování a myšlení odnaučit či přeučit nebo se může naučit novým, vhodnějším způsobům, jak řešit své problémy. Vztah důvěry a spolupráce považují kognitivně-behaviorální terapeuti za nezbytné, ale nikoli

postačující prostředek k dosažení úspěchu v terapii.

...Za její zakladatele jsou považováni A. Ellis se svou racionálně-emoční terapií (RET) (Ellis, 1962) a A. T. Beck se svou kognitivní terapií deprese (Beck a kol., 1979). Oba tito terapeuti měli psychoanalytický výcvik, ale pro nespokojenost s teoretickými předpoklady i účinností psychoanalýzy vytvořili své vlastní terapeutické přístupy. Z psychoanalýzy převzali předpoklad, že příčinou psychických potíží jsou intrapsychické, tj. mentální procesy, avšak oba se zaměřili na vědomé či předvědomé kognitivní procesy, tj. na aktuální způsob myšlení a hodnocení svých klientů, zkoumali jejich současné problémy a oba v rámci své terapie doporučovali klientům, aby si platnost svých myšlenek a předpokladů ověřovali konkrétním chováním. Oba také uznávali nezbytnost empirického zkoumání jak teoretickým východiskem, tak účinností svých terapeutických postupů.

Na rozdíl od behaviorální terapie, která se zaměřovala především na zkoumání zjevného chování, se kognitivní terapeuti zaměřovali primárně na zkoumání **kognitivních** (poznávacích) **procesů**. ...Lze říci, že behaviorální terapie poskytl **metodu** – tj. Podrobnou analýzu a sledování podnětů, které předcházejí a následují zkoumaný problém, měření sledovaných aspektů chování a kvantitativní hodnocení změn dosažených během terapie. Kognitivní terapie doplnila **obsah** terapie o další sledované aspekty, které umožnily lépe porozumět problému a předvídat účinek terapie.

Současná podoba kognitivně-behaviorální terapie využívá klasických behaviorálních metod, např. expozice, ke zkoumání a přehodnocování kognitivních faktorů, např. ke změně hodnocení rizika ohrožení v určité situaci.

...Integrace kognitivní a behaviorální terapie umožnila uplatnění KBT u mnoha psychických poruch. ...u panické poruchy..., sociální fobie..., hypochondrie..., deprese..., generalizované úzkostné poruchy..., agorafobie...“ a mnoha dalších.

V současnosti představuje KBT velmi dynamicky se vyvíjející směr psychoterapie. V oblasti teorie pokračuje úsilí o lepší analýzu různých psychických poruch – například sociální fobie, posttraumatické stresové poruchy nebo generalizované úzkosti...

...Existují však určité **základní předpoklady a principy**, na nichž behaviorální terapie spočívá:

1. Veškeré lidské chování s výjimkou nejzákladnějších reflexů a instinktů je naučené.

2. Nevhodnému, maladaptivnímu chování se člověk učí stejným způsobem jako chování adaptivnímu.
3. Maladaptivní chování lze odstranit si přeúčit týchž principů učení, které vedly k jeho vytvoření.
4. Podmínky, které vedly k vytvoření určitého chování, nemusí být nutně tytéž, které vedou k jeho přetrvávání; terapie se musí zaměřit především na změnu těchto udržujících faktorů, nikoli na zkoumání faktorů vyvolávajících.

...Beck zformuloval tyto **základní principy kognitivní terapie...**

Je založena na kognitivním modelu emočních poruch.

- Je krátká a časově limitovaná.
- Nezbytnou podmínkou účinnosti kognitivní terapie je vytvoření pevného terapeutického vztahu.
- Terapie probíhá formou spolupráce mezi terapeutem a pacientem.
- Kognitivní terapie využívá zejména metodu sokratického dotazování.
- Kognitivní terapie je strukturovaná a direktivní.
- Kognitivní terapie je orientována na problém.
- Součástí kognitivní terapie je edukace klienta.
- Teorie techniky kognitivní terapie vychází z induktivních postupů.
- Klíčovou součástí kognitivní terapie je zadávání domácích úkolů.

Základní metodou kognitivní terapie je analýza „automatických negativních myšlenek“ klienta, jejich zpochybňování a náhrada obrannými“ či „racionálními“ myšlenkami. Klient se tento postup učí během sezení, ale postupně jej používá samostatně v běžných životních situacích...

...terapeuti hlásící se ke kognitivně-behaviorálnímu směru se shodují v tom, že pro tento směr jsou charakteristické následující rysy:

**1. KBT je krátká, časově omezená**

Obvyklá délka KBT nepřesahuje 20 sezení, která se konají jednou až dvakrát týdně a trvají 60 až 90 min...

**2. KBT je strukturovaná a terapeut je aktivní a direktivní**

Každé terapeutické sezení má svou pevnou strukturu a jasný, předem dohodnutý program. Terapeut je během sezení aktivní, klade klientovi otázky, diskutuje

s ním o jeho názorech, nacvičuje s ním konkrétní dovednosti (např. svalovou relaxaci nebo asertivní chování) a dává mu konkrétní úkoly.

**3. KBT se opírá o vztah otevřené aktivní spolupráce mezi terapeutem**

...Pro terapeutický vztah v KBT je však specifické, že terapeut klienta otevřeně informuje o svých hypotézách týkajících se příčin a udržujících faktorů jeho problémů, vysvětluje mu teoretický model, z něhož při léčbě vychází, a smysl jednotlivých metod, které mu v rámci léčby doporučuje. Od klienta oproti tomu očekává, že bude aktivně plnit dohodnuté domácí úkoly, otevřeně a pravdivě sdělovat potřebné informace a že bude ochoten vyzkoušet nové způsoby myšlení a jednání, aby zjistil, k jakým důsledkům to povede...

**4. KBT vychází z teorií učení a teorií kognitivní psychologie**

...Základem účinnosti kognitivně-behaviorálních metod jsou poznatky teorie učení a poznatky kognitivní psychologie...

**5. KBT se zaměřuje na přítomnost**

...hlavní důraz klademe v KBT na analýzu současných faktorů, které problémové chování (v nejhorších slova smyslu, jak vysvětlíme dále) spouštějí a udržují. Podle teorií, z nichž KBT vychází, je právě ovlivnění těchto současných vnějších a vnitřních vlivů nezbytné pro úspěšné odstranění či zmírnění problémů klienta. Čím dále do minulosti klienta pátráme, tím více musíme počítat s nepřesností a neověřitelností zkoumaných údajů. Pokud však vzpomínky na minulost chápeme jako *současné* kognitivní události, které ovlivňují současné myšlení a chování klienta, pak platí, že i v KBT se zabýváme analýzou těchto vzpomínek, pokud je to v rámci terapie potřebné (např. při léčbě posttraumatické stresové poruchy).

**6. KBT se zaměřuje na konkrétní, jasně definované problémy**

...pro KBT je typické, že problém je třeba popsat v pojmech zjevného pozorovatelného chování, nikoli jen neurčitě a metaforicky či v rámci určité diagnózy... Vhodný popis problému může znít například takto: „Klientka není schopna sama vyjít z domu na vzdálenost větší než 50 m nebo na dobu delší 2 minuty...

**7. KBT si stanovuje konkrétní, funkční cíle**

...Cíl je třeba opět popsat v pojmech zevně pozorovatelného chování, aby se dalo jasně určit, v kterém okamžiku klient stanoveného cíle dosáhl... Je důležité,

aby stanovený cíl byl funkční, tedy aby jej klient ve svém běžném životě často využíval (nemá cenu učit klienta něčemu, co v životě stejně nebude potřebovat) a ekologický, tedy aby zisky z jeho dosažení převýšily případné ztráty (např. dosažení schopnosti chodit sama nakupovat může vést k tomu, že se o nákupy přestane starat manžel). Proto je formulace cíle vždy výsledkem dohody mezi terapeutem a klientem.

#### **8. KBT se zaměřuje na pozorovatelné chování a vědomé psychické procesy**

V rámci KBT se snažíme vycházet především z ověřitelných a objektivizovatelných faktů – tj. z faktů, na nichž se může shodnout více nezávislých pozorovatelů. Proto nevytváříme hypotézy, které nelze prakticky ověřit ani vyvrátit...

#### **9. KBT uplatňuje vědeckou metodologii**

Ve shodě s původní behaviorální terapií uplatňujeme v KBT vědecký přístup k analýze a řešení psychických problémů. V praxi to znamená, že každá terapie začíná pozorováním a zaznamenáváním konkrétních faktů (typů chování) souvisejících se zkoumaným problémem... Na základě zjištěných faktů pak vytváříme hypotézy o vztazích mezi těmito fakty (co je příčinou, co je důsledkem, zda dochází ke vzájemnému ovlivňování) a platnost těchto hypotéz pak během terapie empiricky (tj. pokusně) ověřujeme...

#### **10. Konečným cílem KBT je dosažení soběstačnosti klienta**

V průběhu KBT získává klient znalosti o svém problému, opakovaným procvičováním získává určité dovednosti a díky dosaženým úspěchům se zvyšuje jeho hodnocení vlastní zdatnosti a jeho sebedůvěry. Na konci terapie by měl vědět o svém konkrétním problému a o způsobech, jak jej úspěšně zvládat, totéž co terapeut. Po úspěšné terapii se tedy klient stává svým vlastním terapeutem a terapeuta již teoreticky nepotřebuje..." (Možný, Praško, 1999, s. 17 – 34).

### **3.9 EMDR**

Metoda kognitivně behaviorální terapie, není jediná terapie, využívaná k léčbě posttraumatické stresové poruchy. K léčbě se používá mnoho dalších terapií například

hypnoterapie, farmakoterapie. Za zmínění stojí uvést dosud mladou techniku EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing) – metoda očních pohybů, která se používá k odstranění symptomů vyplývajících z nevyřešených traumatizujících událostí. Objevena byla v 80. letech 20 století.

„Za objevitele metody je považována Schapiroová, která zjistila, že ženy, pokud vypráví o znásilnění, začínají třeptat očima a vyhýbají se jakoby pohledu terapeuta.

Později ze zápisů zjistila, že tyto „cik-cak“ pohyby očí se objevovaly často u lidí, kteří právě referovali o nějakém traumatu. Krátce potom se cítili lépe, zklidnili se, terapie probíhala lépe. Dospěla k závěru, že umělým navozením těchto očních pohybů by bylo možné zřejmě jedince zklidnit, zrelaxovat, při více opakováních snad i rychleji odreagovat celý traumatizující zážitek...

Schapiroová zjistila, že klienta, který má nějakým způsobem navozenou určitou relaxaci (např. tíha, teplo atd.) je možné požádat o zrekapitulování traumatického zážitku v hlasité formě nebo jen v jeho představách. Přitom terapeut požádá, aby se fixoval očima na jeho prst a prstem začne pomalu a později rytmicky pohybovat okolo obličeje klienta, tím vyvolává jakési REM obdobné pohyby očí...

Prst drží terapeut asi 30-60 cm od očí. Lze užít v poloze vsedě i vleže, vzdálenost je individuální. Vhodnější je, pokud klient při sledování prstu ventiluje své problémy verbálně. Důležité je i zajištění polohy ruky terapeuta, jeho únava nesmí narušit experiment. Cvičení trvá 10-15 min dle spolupráce klienta. Opakovat je možné v průběhu času 5-30krát. Efekt se často dostavuje po třech cvičeních ve formě zklidnění, abreakce“ (Lukeš, 2001, s. 55).

„...Využívá se v ní střídavého zaměření pozornosti na traumatický materiál a na bezpečí přítomného okamžiku. Jedinečnou součástí EMDR je komponenta oboustranné stimulace, nejznámější v podobě očních pohybů, které ale mohou být nahrazeny např. bilaterálním zvukem nebo bilaterální taktilní stimulací. Tato bilaterální stimulace dle současných názorů podporuje proces adaptivního zpracování dysfunkčně uložené informace v mozku. Metoda EMDR se používá jako jedna z mnohých psychosociálních metod při léčbě posttraumatické stresové poruchy, různých druhů fobií, poruch osobnosti, ale i následků traumat u dětí. Nejenom využití techniky pomocí očních pohybů vede k dosažení úspěchů. Jak výše citováno, úspěchu lze dosáhnout bilaterálním zvukem nebo taktilní stimulací. To znamená, že se využívají zvukové podněty, které se postiženému pouštějí střídavě do pravého a levého ucha. Ale využívají

se i příjemné či bolestivé dotykové podněty, pracuje se i s mimikou.

Samotná terapie EMDR je rozdělena do osmi fází. **První fáze** je anamnestická, při které se zjišťují údaje o zdravotním stavu postiženého před traumatickou událostí, ale i další informace o jeho životě a životě rodinných příslušníků., jejich zdravotním stavu a informace o jeho rodinném životě. To vše je pak zakončeno souhlasem poškozeného s terapií. Ve **druhé fázi** je poškozený seznámen se samotným průběhem terapie a relaxačními technikami. Ve **třetí fázi** se pak vybírají traumatické vzpomínky, negativní pocity vlastního sebepojetí. **Čtvrtá fáze** jde o snížení citlivosti, vybavení traumatické představy spojené s očními rychlými pohyby. **Pátá fáze** představuje upřesnění traumatických představ a posílení pozitivního poznání a práce s pozitivními a racionálními myšlenkami a rychlými očními pohyby. **Šestá fáze** nebo-li Body scan, představuje popis pocitů, napětí, které postižený vnímá, rovněž spojený s rychlými očními pohyby. **Sedmá fáze** představuje ukončení a zakotvení bolestivých traumatických myšlenek a uchování do dalšího sezení. V osmé fázi se pak zhodnocuje celé sezení a využívá se relaxačních technik, které se postižený naučil na začátku při seznamování s terapií. Dále se naplánuje, co bude následovat při další návštěvě“ ([http://www.plkm.cz/kbt2008/prednasky/ws03\\_novotny\\_emdr.ppt](http://www.plkm.cz/kbt2008/prednasky/ws03_novotny_emdr.ppt). 15.1.2010).

Žádná z uvedených psychoterapií není univerzální na řešení psychických problémů. Jedné osobě pomůže kognitivně-behaviorální terapie, druhému EMDR, třetímu bude stačit jen rozhovor, čtvrtému a dalším bude stačit pouhá návštěva psychologa či jiného odborného pracovníka. Je třeba si uvědomit, že správnou metodu na odstranění problémů je třeba hledat a nerezignovat hned po prvním neúspěchu s jednou terapií. Co je však nejdůležitější? Samotná touha chtít s problémem něco dělat i za cenu určitých životních změn, či omezení.



## 4. Policejní pohled

Všeobecně panuje názor, že hasiči, policisté, záchranáři, ale i ostatní, kteří jsou vystaveni nebezpečí, že budou připraveni na traumatickou událost. Ale není tomu tak. Aby byl člověk připraven, musí se celé tělo na to připravit. K tomu dojde tím, že je častěji vystaven traumatizujícím situacím než normální člověk. Neplatí zde, že jsem se stal hasičem nebo policistou a jsem zároveň schopen zvládat traumatické situace. Ze začátku těmto lidem může dělat problémy být vystaven tváří tvář traumatické události. Čím více se s událostí setkává, zvyká si na ni, tím méně na něho bude působit. Ale pak přijde období, že už je toho na něho příliš a situace mu znovu začnou vadit jako na začátku. Nebo se dostane k situaci, kterou ještě neviděl a prožije si trauma sám.

„V současné době dochází k překonávání policejního mýtu o tom, že „*správný policista*“ nesmí projevovat slabost a pohnutí ani v situacích, které jinak každým normálním člověkem silně otřesou...“ Dnes víme, že i policisté mohou v mimořádných situacích vykazovat psychické a tělesné symptomy akutní stresové reakce...“ (Časopis *Policista*, 12/2003. „Policisté, pracovníci záchranné služby nebo hasiči musí dokázat spoutat své úzkosti, soucit s obětí i spontánně vyvstávající pocity vzteku či zloby vůči pachateli, mají-li být schopni vykonávat službu. Když se jim někoho nepodaří zachránit, nesmějí si osobně přikládat vinu“ (Ruppert, 2008, s. 28).

„Extrémním prožitkem může být postižen v podstatě každý. Avšak u povolání, jež se zabývají nehodami, katastrofami, kriminalitou apod., lze očekávat, že toto riziko bude podstatně větší. Zaměřuji se zde na policisty, ale s tím, že se to týká hasičů, zdravotníků, vojáků a dalších specifických profesí. Očekává se, že tito lidé dokážou spoutat své emoce, nepropadnout úzkostem a soucítění s oběťmi, či nenávist k pachatelům. Vyžaduje se od nich profesionalita, tedy schopnost pracovat po celou dobu své služby. V policejní praxi je možné se setkat s těmito traumatizujícími událostmi, které se vyskytnou při výkonu služby:

- ohrožení vlastního života;
- ohrožení života nebo vážná zranění u vlastních dětí;
- partnerů, blízkých příbuzných, přátel a kolegů;
- použití služební zbraně se smrtelnými následky nebo těžkými zraněními;
- pohled na vážná zranění či případy kruté smrti, brutální vraždy apod.

- sebevražda kolegy, smrt při výkonu služby;
- braní rukojmích a únosy;
- zásahy u teroristických útoků;
- nasazení u hromadných neštěstí a katastrof;
- jakákoli událost, která má příliš silný dopad“

(<http://aplikace.mvcr./archiv2008/casopisy/111/2007/unor/vymetal.html>.  
20.2.2010).

Povolání u ozbrojených složek je specifické tím, že člověk v uniformě musí dodržovat a prosazovat zákony. Riskovat svůj život a zdraví při ochraně osob. Musí umět zvládnout stres, který prožívá při služebních zákrocích nebo při použití střelné zbraně. Navíc i přes tento stres musí odpovídajícím způsobem komunikovat a pomoci obětem protiprávního jednání či zasaženým mimořádnou událostí. Alespoň v okamžicích, než se dostaví další pomoc či specializovaní pracovníci. Proto policisté mohou vystupovat jako poskytovatelé psychosociální intervence. V opačném případě, ale i tito lidé tuto pomoc potřebují sami. „**Individuální krizovou intervenci** lze poskytnout přímo na místě traumatické události a to: redukcí stimulace (bezprostředních smyslových vjemů postiženého policisty), akceptací krize (nechat jej vylíčit událost, city, pocity), korekcí nesprávně hodnocených vlastních reakcí policisty (ty jsou totiž pochopitelné a normální), vysvětlením stresu a stresových reakcí, znovuuvedením do činnosti, event. dalšími opatřeními. Později (do 4 týdnů po události) lze s jednotlivcem v závislosti na modelu a době také pracovat formou defusingu nebo debriefingu“

(<http://aplikace.mvcr./archiv2008/casopisy/111/2007/unor/vymetal.html>. 20.2.2010).

Pro výkon služby je určitá míra stresu potřebná, neboť mobilizuje síly a smysly na možné nebezpečí. Reakce policisty na událost nemusí být žádná, ale může být až extrémní. Stresové reakce se objevují buď ihned po traumatizující události, ale někdy též po několika hodinách či dnech. Může to trvat i týdny či měsíce, než se objeví. Rovněž tak trvání se může protáhnout z několika málo dní až na týdny či měsíce i déle. Podle toho jak silná byla traumatizující událost. Hodně zde záleží, kdy je zasažené osobě poskytnuta pomoc či podpora od svých blízkých, či profesionálních osob.

„Policejní psycholožka Susane Saxe-Cliffordová ...nabízí následující **radu**, **jak zvládat traumatizující událost** (např. hromadné neštěstí) v jejím průběhu a po ní...

V průběhu incidentu:

- buďte aktivní a dělejte si přestávky,
- najděte ve své práci nějaký smysl nebo důležitost,
- kontrolujte svůj humor a emoce,
- dobře jezte a odpočívejte,
- střídejte se spolu se spolupracovníky,
- využívejte pomoci podpůrných pracovníků duchovních či svých kolegů.

Vyrovňávání po incidentu:

- podstupte fyzicky namáhavé cvičení, ihned jakmile je to po demobilizaci možné,
- odpočiňte si,
- dobře jezte – vyhýbejte se kofeinu, alkoholu, soli, cukru a tukům – pijte hodně tekutin (vodu a ovocné šťávy), jezte potraviny s obsahem složitých uhlovodíků, nízkotučná či netučná jídla, celozrnný chléb,
- zúčastněte se a buďte aktivní na závěrečném hodnocení akce,
- svoje reakce v průběhu akce i po ní berte jako normální reakce na nenormální situaci – kdokoliv by byl na vašem místě, cítil by to stejně,
- dopřejte si svobodu mluvit o svých reakcích na to, co se stalo,
- vyhýbejte se nudě,
- vyhledejte pomoc kolegů, kněží či profesionálů, pokud cítíte, že je potřebná,
- dopřejte si čas na uzdravení,
- pracujte na přijetí toho, že kdokoliv ve vaší situaci by jednal podobně,
- mluvte s rodinou, s kolegy,
- využijte krize jako možnosti k růstu a pozitivní změně.

Kdy vyhledat další pomoc:

- pokud prožíváte intenzivní nepříjemné pocity,
- pokud výrazné symptomy přetrvávají o po šesti týdnech,

- pokud máte sebevražedné myšlenky či plány,
- pokud zažíváte intenzivní rodinný konflikt, pokud máte pocit, že ztrácíte kontrolu nad impulzy.

„V USA se na pomoc traumatizovaným a jinak postiženým policistům osvědčil tzv. „**peer program**“ ...Jde o program, kdy policista může probírat svoje osobní otázky s dobrovolníkem-neprofesionálem, obvykle přítelem či spolupracovníkem. Mezi nároky kladené na takového dobrovolníka patří zejména schopnost naslouchat důvěrnosti, dovednost vyjasnit problematiku a podporovat proces řešení problémů bez toho, že by podsouval vlastní závěry. Cílem je, aby se policisté byli s to vypořádat s každodenními problémy – od stresu a deprese k problémům se vztahy a závislostí na alkoholu a drogách – dostatečně brzy a nepropadli krizi...“ (Hoskovcová, 2009, s. 131 – 133).

## 5. Sociálně-pedagogický pohled

Z policejního pohledu je diplomová práce zaměřena na popis systému posttraumatické intervenční péče, která je poskytována příslušníkům Policie České republiky, zaměstnancům Ministerstva vnitra České republiky, ale i ostatním osobám, které prožijí traumatizující zážitek.

Ze sociálně pedagogického pohledu má velice blízko k danému tématu, neboť „...sociální pedagogika se zaměřuje na každodennost života jedince, na zvládání životních situací bez ohledu na věk, akceptuje ochranu jedince před rizikovými vlivy a iniciuje takové změny v sociálním prostředí, které se snaží uvádět do souladu individuální potřeby a zájmy jedince s možnostmi společnosti“ (Kraus, 2008, s. 49).

Zaměřuje se na výchovu sociálně znevýhodněných skupin mládeže a dospělých, ale i na pomoc rodinám s problémovými dětmi, na mládež ohroženou drogami, nadměrnou konzumací alkoholu, užíváním psychotropních látek, promiskuitním chováním, projevy nadměrné agresivity atd.

Tyto patologické projevy však mohou mít původ v tom, že jedinci prožili extrémní zátěž s následnou problematickou adaptací, kdy symptomy byly přehlíženy, byly správně rozpoznány, nevyhledali odbornou pomoc.

Proto posttraumatická intervenční péče je zde efektivní prevencí sociálně patologických jevů. Osvěta této péče šířená mediálními prostředky, internetem, při veřejných prezentacích složek integrovaného záchranného systému v oblasti posttraumatické intervenční péče může vést k překonání bariér u jedince k využití této péče. Včasně rozpoznání reakcí na extrémně prožitý zážitek vede k tomu, že takto postižený jedinec je vyléčen a vrácen do normálního života a není vyčleněn z rodinného prostředí, kamarádů, přátel, pracovního kolektivu do náručí těch, kteří se už ocitli vlastním nebo nevlastním přičiněním na pokraji společnosti. Tedy v takovém prostředí, na které se zaměřuje sociální pedagogika.

I když diplomová práce je zaměřena převážně na policisty, ve své podstatě se dotýká všech lidí kolem nás. Proto je tu spojitost se sociální pedagogikou jak výše popsáno.

## 6. Výzkumná část

Praktickou část diplomové práce tvoří výzkum, který je zaměřen na zjištění informovanosti příslušníků Policie České republiky o systému posttraumatické intervenční péče.

Vzhledem k tomu, že téma se dotýká lidských osudů, upustil jsem od průzkumu mezi postiženými osobami. Nebylo by vhodné se dotazovat postižených na jejich prožité traumatizující zážitky, neboť podstoupili terapii, která jim v mnohých případech pomohla se zážitků zbavit nebo je natolik zmírnit, že se mohli vrátit do normálního života a neprožívat to znovu. Mohlo by dojít k tomu, že by byla zmařena usilovná práce lidí, kteří postiženým osobám pomáhali. Ale především zmařeno úsilí, které musely postižené osoby vynaložit, aby se zážitky zpracovaly. Proto k ověření níže zadaných hypotéz měly být využity data ze statistik Ministerstva vnitra České republiky.

**HYPOTÉZA Č. 1:** Předpokládám, že o tuto pomoc žádají osoby až v okamžiku, kdy na sobě začnou pozorovat změny.

**HYPOTÉZA Č. 2:** Předpokládám, že se o pomoc bude žádat více žen než mužů.

**HYPOTÉZA Č. 3:** Předpokládám, že o pomoc žádají osoby starší 40 let.

V průběhu zpracovávání diplomové práce a shromažďování materiálů jsem se musel vypořádat s překážkou, která neočekávaně nastala. Pro uvěření mnou zadaných hypotéz, které jsem chtěl ze statistických údajů potvrdit, jsem vycházel z toho, že mi bude umožněno nahlédnout do statistik Ministerstva vnitra České republiky, kde jsou evidovány všechny případy, při kterých PIP zasahovala. Ke statistickým datům byl zamezen přístup veřejnosti a má k nim přístup jen vymezený okruh pracovníků policie. Proto je výzkum zaměřen na informovanost o využití PIP za využití metody „anketa“. Zároveň byly formulovány nové hypotézy, jak níže uvedeno, aby korespondovaly s cílem výzkumu.

**HYPOTÉZA Č. 1:** Předpokládám, že znalost policistů o možnostech posttraumatické intervenční péči bude nízká.

**HYPOTÉZA Č. 2:** Předpokládám, že pro policisty je v oblasti poskytování posttraumatické intervenční péče důležité, aby byla zachována jejich anonymita.

**HYPOTÉZA Č. 3:** Předpokládám, že délka služebního poměru má vliv na vyžádání si posttraumatické intervenční péče policistou, že častěji budou mezi žadateli ti, kteří jsou déle ve služebním poměru.

**HYPOTÉZA Č. 4:** Předpokládám, že o pomoc žádají častěji osoby starší 40 let.

Pro zjištění dat o informovanosti, jsem se zabýval otázkou, jakou zvolit metodu pedagogického výzkumu. Vycházel jsem ze svých vlastních zkušeností při zpracovávání bakalářské práce na téma „Verbální strategie komunikace policisty na operačním středisku PČR, při jednání s oznamovatelem“, ve které jsem použil dotazníkovou metodu výzkumného šetření. „Návratnost dotazníků byla 40 procent“. U dotazníkové metody je tento počet dostačující. To, že se mi nevrátily všechny dotazníky, příkládám tomu, že dotazník obsahoval 40 otázek a mohl být časově náročný a ne všechny respondenty bavilo dotazník vyplňovat. Proto jsem v diplomové práci použil metodu ankety, ve které je možné se zaměřit na vymezený problém, použít méně otázek a oslovit určitou skupinu osob. V mém případě skupinu osob – policistů pracujících na operačním středisku jednotlivých územních odborů v rámci Krajského ředitelství Policie Jihočeského kraje, České Budějovice a policistů zařazených u Oblastního ředitelství služby cizinecké policie České Budějovice.

Z výsledků ankety pak byly zjištěny informace o tom, zda jsou respondenti (policisté) seznámeni se zřízením a činností PIP. „Zejména pak, k čemu je tato péče určena“.

## **6.1 Administrace ankety**

Šetření mezi respondenty bylo uskutečněno formou anonymní ankety na vzorku 88 respondentů, policistů pracujících na operačním středisku jednotlivých územních odborů v rámci Krajského ředitelství Policie Jihočeského kraje, České Budějovice a policisty pracující u Služby cizinecké policie České Budějovice.

**Anketní lístek je rozdělen na dvě části.**

**Část I.**, otázka 1. až 5., obsahuje demografické údaje (pohlaví, věk, bydliště, vzdělání, trvání služebního poměru). Vzhledem k tomu, že anketa je anonymní, nebylo zjišťováno

konkrétní místo pracovního zařazení.

**Část II.**, která je dále členěna na body **A,B,C,D**. Otázky 1. až 5. pod bodem „A“ jsou uzavřené a je na ně možné odpovědět **ANO, NE**. Otázka 1. pod bodem „B“ je rovněž uzavřená a je na ni možné odpovědět zda se stav „**ZLEPŠIL, NEZLEPŠIL**“. Otázky č. 1. a 2. pod bodem „C“ umožňují respondentovi si vybrat z předem definovaných odpovědí a rovněž uvést více možností. Otázka 1. v bodě „D“ uvádí případy, na které respondenti odpověděli největším počtem odpovědí.

Průzkum proběhl v měsíci říjnu a listopadu roku 2009.

## **6.2 Zpracování výsledků**

Anketní lístky byly mezi jednotlivé respondenty distribuovány na služební poradě po předchozím souhlasu služebního funkcionáře. Lístky převzali přítomní respondenti (policisté) pověřeni vedením operačních středisek v jednotlivých územních odborech v rámci Krajského ředitelství Policie Jihočeského kraje, České Budějovice a prostřednictvím nich byly distribuovány ostatním respondentům. Část lístků byla distribuována prostřednictvím kanceláře ředitelky Služby cizinecké policie České Budějovice. Kromě samotného anketního lístku byl přiložen krátký průvodní dopis se stručným návodem, jak anketní list vyplnit a jak s ním naložit po vyplnění.

Vzor dopisu a nevyplněného anketního lístku je v příloze č. 1.

Z celkového počtu 120 lístků se jich vrátilo 98. Z toho 10 nebylo vyplněno. Pro další zpracování bylo použito 88 anketních lístků, což představuje 73,33 % z celkové počtu distribuovaných anketních lístků.

Otázky, na které bylo možné odpovědět dle předložených odpovědí, byly zpracovány podle počtu odpovědí respondentů a i procentuálně.

Ostatní otázky, ve kterých bylo možné uvést svůj vlastní názor a vybrat si z předem vybraných možností, byly zpracovány dle četnosti shody odpovědí.



## 6.3 Interpretace zjištěných dat

### ČÁST I.

#### **GRAF Č. 1. Rozložení respondentů podle pohlaví.**

Znázorňuje zastoupení mužů/žen na zkoumaných pracovištích Policie České republiky Jihočeského kraje.

#### **GRAF Č. 2. Rozložení respondentů podle věkové kategorie.**

Graf odpovídá rozložení věku respondentů na zkoumaných pracovištích.

#### **GRAF Č. 3. Rozložení respondentů podle délky trvání služebního poměru u Policie ČR.**

#### **GRAF Č. 4. Rozložení respondentů podle stupně dosaženého vzdělání.**

#### **GRAF Č. 5. Rozložení respondentů dle místa bydliště a počtu obyvatel.**

### ČÁST II. Bod A,B,C,D

#### **GRAF Č. 6. Využití služeb posttraumatické intervenční péče.**

Ukazuje kolik respondentů žádalo o PIP.

#### **GRAF Č. 7. Prostředí ke kontaktu s pracovníkem PIP.**

Vyjadřuje, které prostředí je vhodné pro kontakt s pracovníkem PIP.

#### **GRAF Č. 8. Informovanost o posttraumatické intervenční péči.**

Znázorňuje zdroje z kterých se respondenti dozvěděli o PIP.

#### **GRAF Č. 9. Případy, kdy službu PIP lze využít.**

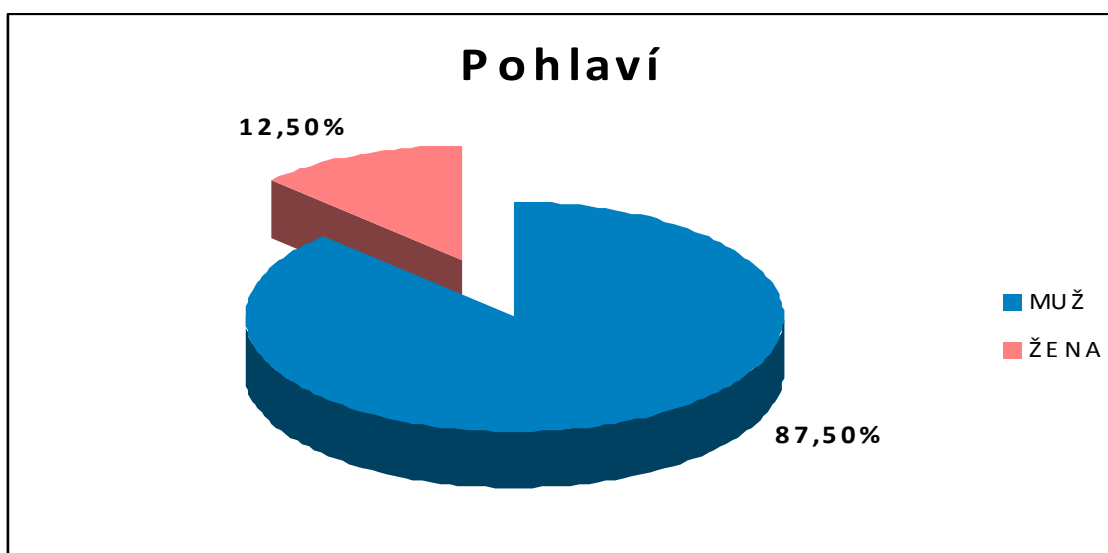
Uvádí nejčastější situace, které respondenti vnímají jaké stresující.

V první části anketního lístku jsem prezentoval otázku tak, abych měl přehled o respondentech. Kladl jsem demografické otázky, které jsou dostačující pro mé šetření a zároveň takové, které neumožní identifikaci respondenta. Důležité bylo to, aby otázky byly vypovídající a respondent se nebál na ně odpovědět. Neměl obavu, že na základě uvedených údajů může být identifikován.

### GRAF Č. 1. Rozložení respondentů podle pohlaví.

Z průzkumu vyplývá, že na položené otázky odpovědělo celkem 88 respondentů. To představuje 73,33 % z celkového počtu 120 distribuovaných anketních lístků. Zastoupenou skupinou jsou:

- Muži, 77 respondentů, tj. 87,50 %.
- Ženy, 11 respondentů, tj. 12,50 %.



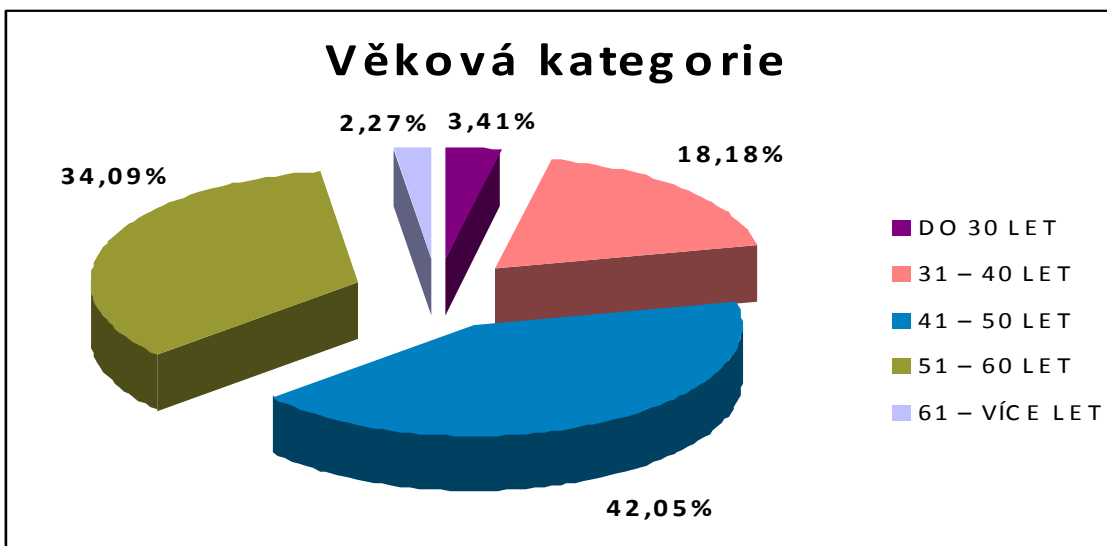
Graf sestaven z údajů tabulky č. 1.

### GRAF Č. 2. Rozložení respondentů podle věkové kategorie.

Kategorie jsem zvolil tak, aby mi informace poskytly přehled o věku respondentů. Vycházel jsem z toho, že pokud se budu ptát na konkrétní věk, nemusel bych získat objektivní odpovědi. Zvláště u žen by odpovědi mohly činit problémy, neboť je všeobecně známo, že ženy nerady svůj věk uvádějí, i když je anketa anonymní. V určitém věkovém rozpětí je tento problém minimalizován a pro moji potřebu zcela dostačující.

Z odpovědí tak vyplynulo, že věkové zastoupení pro zvolené věkové kategorie je následující:

- Věková kategorie do 30 let je zastoupena 3 respondenty, tj. 3,41 %.
- Věková kategorie 31 – 40 let je zastoupena 16 respondenty, tj. 18,18 %.
- Věková kategorie 41 – 50 let je zastoupena 37 respondenty, tj. 42,05 %.
- Věková kategorie 51 – 60 let je zastoupena 30 respondenty, tj. 34,09 %.
- Věková kategorie 61 a více let je zastoupena 2 respondenty, tj. 2,27 %.

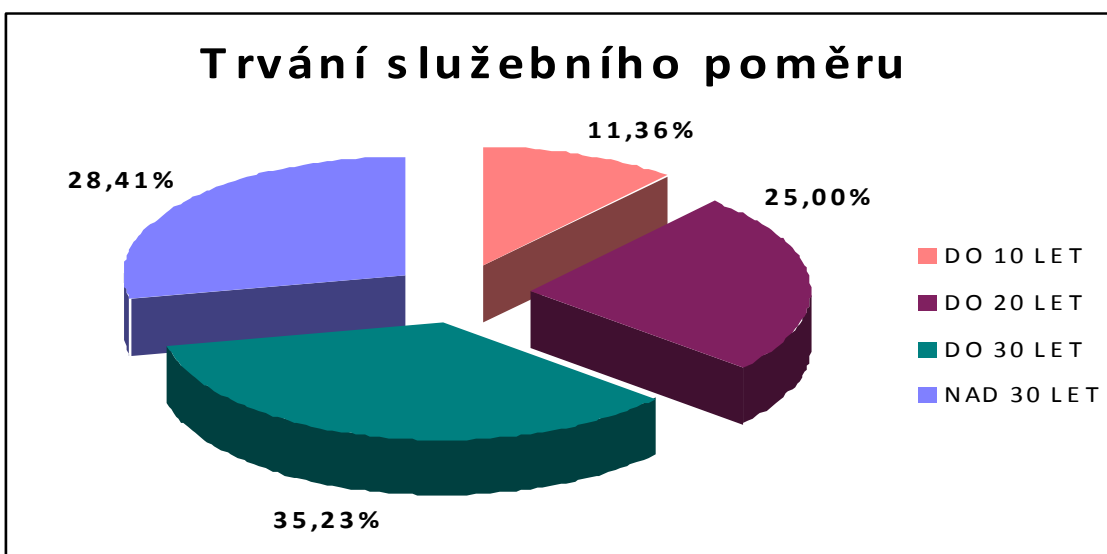


Graf sestaven z údajů tabulky č. 1.

### GRAF Č. 3. Rozložení respondentů podle délky trvání služebního poměru u Policie ČR.

Zjištěny byly tyto výsledky:

- Kategorie do 10 let, představuje 10 respondentů, tj. 11,36 %.
- Kategorie do 20 let, představuje 22 respondentů, tj. 25,00 %.
- Kategorie do 30 let, představuje 31 respondentů, tj. 35,23 %.
- Kategorie nad 30 let, představuje 25 respondentů, tj. 28,41 %.

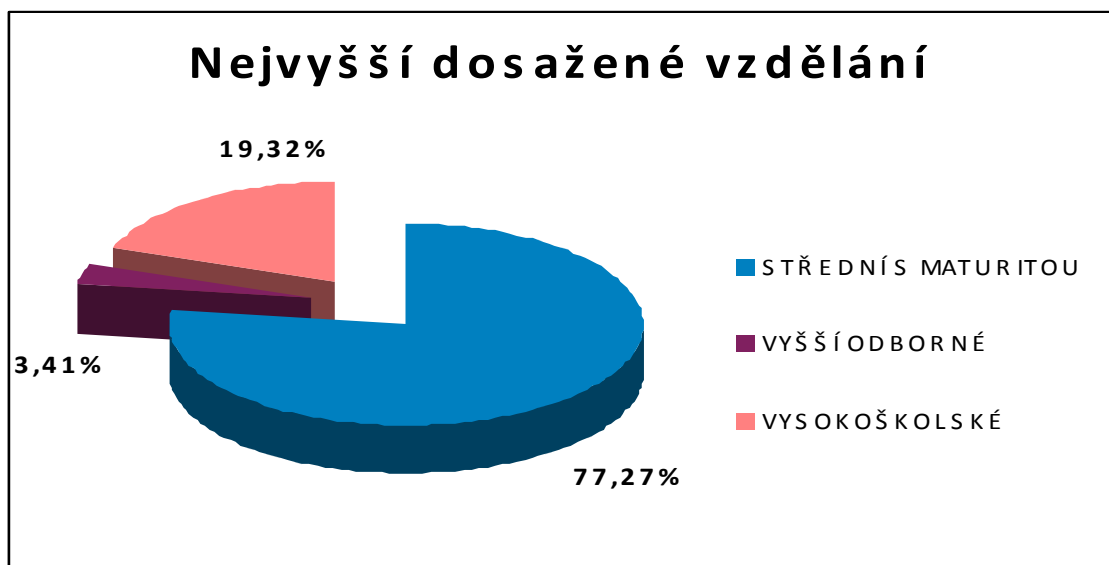


Graf sestaven z údajů tabulky č. 1.

#### GRAF Č. 4. Rozložení respondentů podle stupně dosaženého vzdělání.

Záměrně jsem vynechal vzdělání střední odborné bez maturity, neboť ve služebním poměru příslušníka Policie České republiky, může být jen osoba, která splňuje stanovené podmínky (uvedeno v kapitole 1). Ze šetření vyplynulo, že nejvíce respondentů je se:

- Vzděláním středním s maturitou, 68 respondentů, tj. 77,27 %.
- Vyšším odborným, 3 respondenti, tj. 3,41 %.
- Vysokoškolským vzděláním, 17 respondentů, tj. 19,32 %.

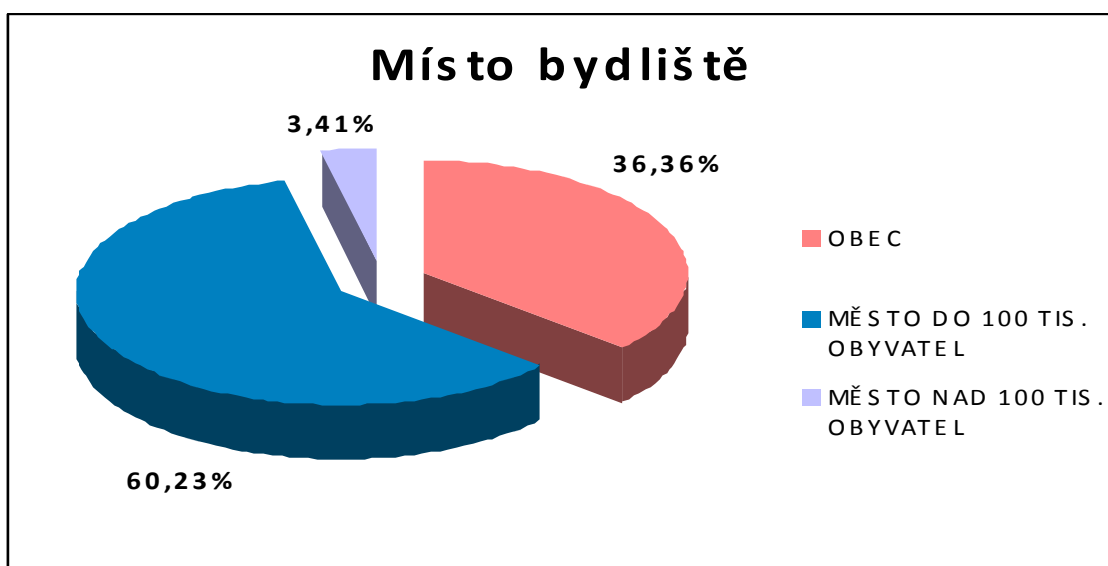


Graf sestaven z údajů tabulky č. 1.

#### GRAF Č. 5. Rozložení respondentů dle místa bydliště a počtu obyvatel.

Z výsledků vyplynulo, že:

- V obci bydlí ze vzorku respondentů 32 osob, tj. 36,36 %.
- Ve městě s počtem obyvatel do 100 tisíc žije 53 osob, tj. 60,23 %.
- Ve městě nad 100 tisíc obyvatel žijí 3 osoby, tj. 2,27 %.



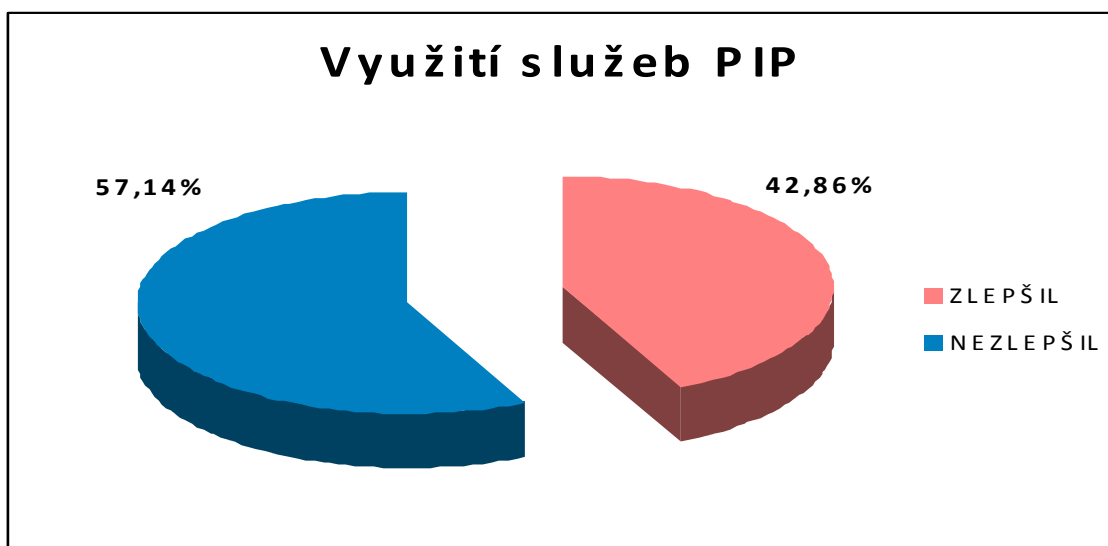
Graf sestaven z údajů tabulky č. 1.

**Druhá část** anketového lístku obsahuje otázky, které jsou zaměřeny již k systému posttraumatické intervenční péči. Přehled položených otázek, na které měli respondenti odpovědět, je uveden v příloze č. 1., část II., bod A. Taktéž v tabulce č. 2.

Na otázky č. 1 až 5 v bodě „A“, na které bylo možné odpovědět „ANO, NE“, bylo shromážděno celkem 381 hlasů pro odpověď „ANO“. Pro odpověď „NE“ celkem 33 hlasů. 26 respondentů neodpovědělo na všechny položené otázky v této části.

V bodě „B“, ve kterém je uvedena jedna otázka „**Pokud jste využili služeb PIP, řešený problém se: Zlepšil, Nezlepšil**“ z celkového počtu 88, pouze 7 respondentů uvedlo, že využilo služeb PIP. Jak znázorňuje graf č. 6. u 3 respondentů, tj. 43 % se řešený problém zlepšil a u 4 respondentů, tj. 57 % se řešený problém nezlepšil. Musím však podotknout, že zjištěné výsledky u této otázky jsou spíše ukázkou toho, že PIP je využívána. Respondenti, kteří služeb PIP využili, již tuto skutečnost nemuseli uvést do anketního lístku. Bránit jim v tom mohla ta skutečnost, že lístky byly distribuovány přes služební funkcionáře. Nelze dále usoudit zda respondentům PIP pomohla. Respondenti uvedli jen svůj subjektivní názor, že jejich stav se zlepšil.

**Graf č. 6. Využití služeb posttraumatické intervenční péče.**



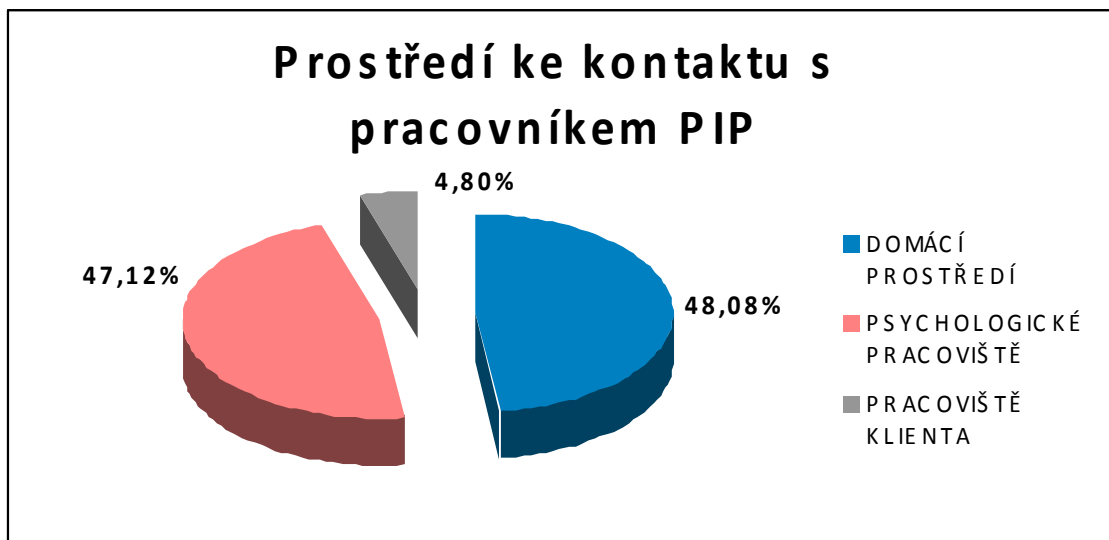
Graf sestaven z údajů tabulky č. 3.

V bodě „C“ jsou uvedeny otázky č. 1 a 2, které mají předdefinované odpovědi, ze kterých si respondenti mohli vybrat odpovědi a označit více možností.

Na otázku č. 1, „**Jaké prostředí by bylo z vašeho pohledu vhodné ke kontaktu s pracovníkem PIP**“, bylo shromážděno celkem 104 odpovědí.

- Domácí prostředí, 50 respondentů, tj. 47,12 %.
- Psychologické pracoviště, 49 respondentů, tj. 48,08 %.
- Pracoviště klienta ,5 respondentů, tj. 4,80 %.

**GRAF Č. 7. Prostředí ke kontaktu s pracovníkem posttraumatické intervenční péče.**



Graf sestaven z údajů tabulky č. 4.

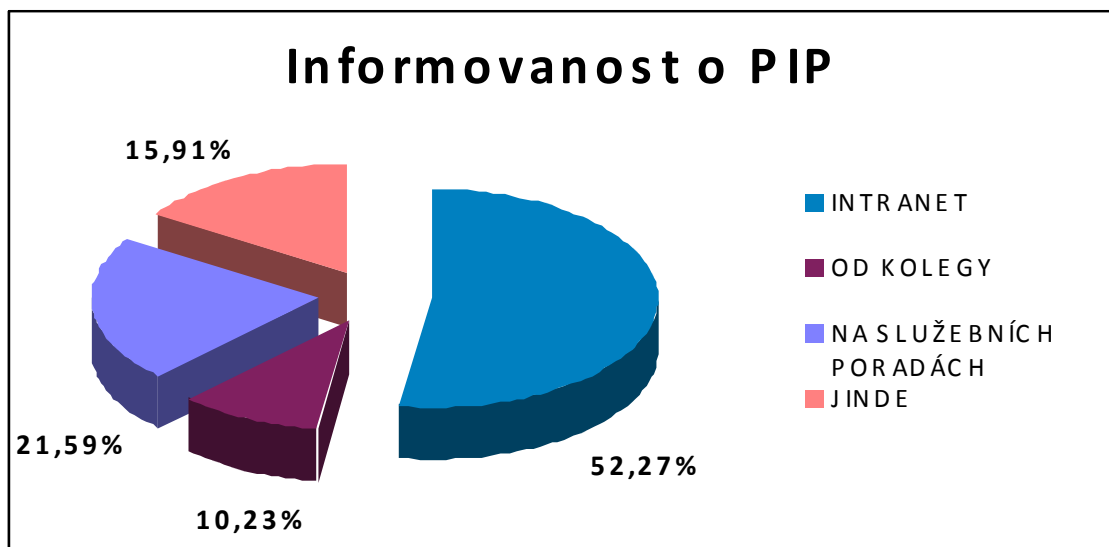
Z výsledků plyn zjištění, že policisté dávají jednoznačně přednost buď domácímu prostředí nebo psychologickému pracovišti, před vlastním pracovištěm. Výhodu domácího prostředí vidím v tom, že ten, kdo žádá o PIP se zde cítí v bezpečí. Má kolem sebe věci, které jsou mu blízké a ke kterým se může i při samotné intervenci obrátit. Prostředí psychologického pracoviště rovněž nabízí jistou ochranu. Klient je zde s lidmi, kteří mu chtějí pomoc. V domácím i na pracovišti PIP klient může snáze uvolnit a prožívat své emoce, aniž by měl obavu, že se to dozví kolegové z pracoviště. Je zde zaručena diskrétnost, klid.

Respondenti měli možnost si vybrat z předdefinovaných možností a uvést i jiné prostředí, než ta uvedená. Zde však nebyla zjištěná žádná odpověď. Proto se dovoluji, že jako nejdůležitější prostředí je právě domácí prostředí a prostředí PIP.

Na otázku č. 2, „**Kde jste se o službě PIP dozvěděl (la)**“, bylo shromážděno celkem 90 odpovědí.

- Intranet, 46 respondentů, tj. 52,27 %.
- Od kolegy, 9 respondentů, tj. 10,23 %.
- Na služebních poradách, 19 respondentů, tj. 21,59 %.
- Jinde, 14 respondentů, tj. 15,91 %.

**GRAF Č. 8. Informovanost o posttraumatické intervenční péči.**



Graf sestaven z údajů tabulky č. 4.

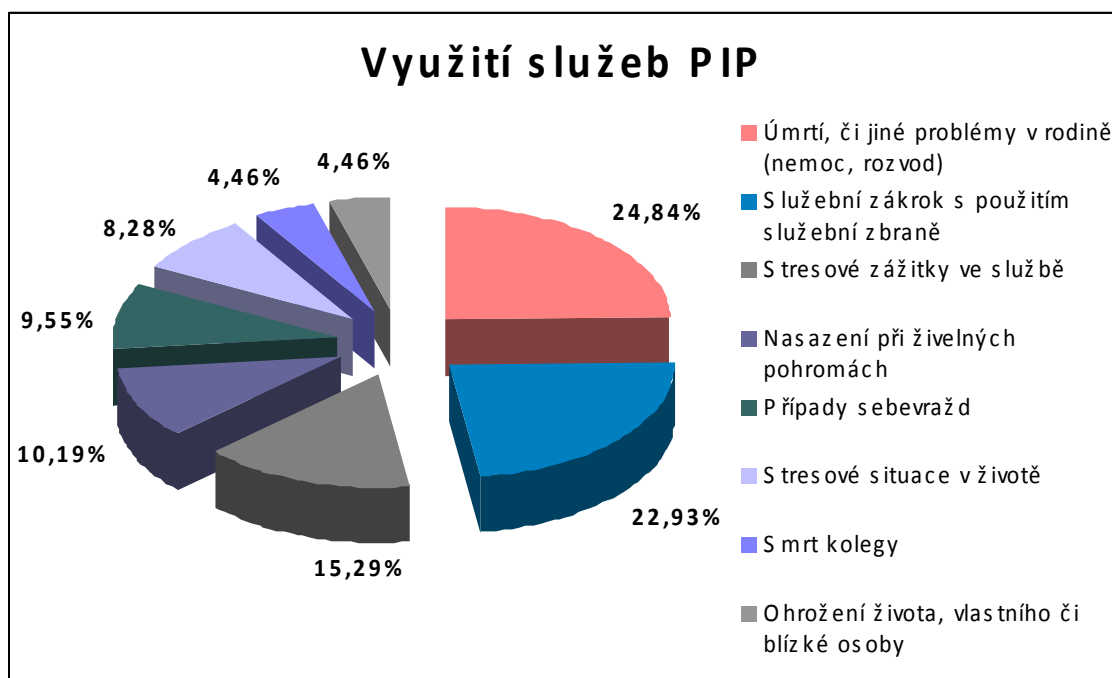
Nejvíce informací respondenti získali prostřednictvím „Intranetu“, tedy vnitřní sítě Policie ČR. Je to také tím, že tato síť je hodně využívána, neboť informace, které jsou zde uváděny, policisté využívají k samotné policejní práci. Proto tomu odpovídají i zjištěné výsledky. Respondenti měli možnost označit předdefinované možnosti, ale i vyjádřit svůj názor. Zde však pouze označili tuto možnost bez vyjádření.

Bod „D“ obsahuje otázku „Uvedte případy, kdy službu PIP lze využít“. Z velkého množství odpovědí jsem nakonec vybral ty, které se nejvíce shodovaly v anketních lístcích, a tyto jsem seřadil od největšího počtu shod po shody nejmenší. I zde byla možnost uvést více možností. Ze šetření vyplynulo, že bylo shromážděno celkem 157 odpovědí v následujícím pořadí:

- Úmrtí, či jiné problémy v rodině (nemoc, rozvod), 39 respondentů, tj. 24,84 %.
- Služební zákrok s použitím služební zbraně, 36 respondentů tj. 22,93 %.
- Stresové zážitky ve službě, 24 respondentů tj. 15,29 %.
- Nasazení při živelných pohromách, 16 respondentů tj. 10,19 %.
- Případy sebevražd, 15 respondentů tj. 9,55 %.
- Stresové situace v životě, 13 respondentů tj. 8,28 %.
- Smrt kolegy, 7 respondentů tj. 4,46 %.
- Ohrožení života, vlastního či blízké osoby, 7 respondentů tj. 4,46 % .



**GRAF Č. 9. Případy, kdy službu posttraumatické intervenční péče lze využít.**



Graf sestaven z údajů tabulky č. 5.

Jak vyplynulo z ankety, nejčastěji vnímají policisté vhodnost využití PIP v situacích, jak znázorňuje graf č. 9., zejména při „úmrtí v rodině, jiných problémech v rodině jako je nemoc, rozvod“; dále „služební zákrok s použitím zbraně“; a stresové situace ve službě“ (takovou situací může být, např. řešení úkolu v časové tísní, na veřejnosti za přítomnosti velkého počtu osob, atd.).

## 6.4 Shrnutí výsledků výzkumu

Výzkumné šetření bylo uskutečněno na vzorku respondentů – policistů, služebně zařazených na operačním středisku v jednotlivých územních odborech v rámci Krajského ředitelství Policie Jihočeského kraje, České Budějovice a Služby cizinecké policie České Budějovice s cílem zjistit, jak jsou respondenti informováni o systému posttraumatické intervenční péče.

Ze 120 distribuovaných anketních lístků se k samotnému zpracování vrátilo 88 lístků, které byly vyhodnoceny a údaje vloženy do tabulek č. 1 až 5. Hodnoty v tabulce č. 1 vyjadřují počty respondentů pro jednotlivé demografické kategorie zkoumání. Největší počet respondentů tvoří **77 muži**. Ve věkové kategorii 41 – 50 let je

**37 respondentů.** Trvání služebního poměru do 30 let je zastoupeno **31 respondenty.** **68 respondentů** se středním vzděláním s maturitou. **53 respondentů** bydlících ve městě s počtem obyvatel do 100 tisíc.

**Tabulka č. 1**

		<b>POČET RESPONDENTŮ</b>	<b>%</b>	<b>SUMA</b>
<b>POHLAVÍ</b>	MUŽ	<b>77</b>	87,5	88
	ŽENA	<b>11</b>	12,5	
<b>VĚKOVÁ KATEGORIE</b>	DO 30 LET	<b>3</b>	3,41	88
	31 – 40 LET	<b>16</b>	18,18	
	41 – 50 LET	<b>37</b>	42,05	
	51 – 60 LET	<b>30</b>	34,09	
	61 – VÍCE LET	<b>2</b>	2,27	
<b>TRVÁNÍ SLUŽEBNÍHO POMĚRU</b>	DO 10 LET	<b>10</b>	11,36	88
	DO 20 LET	<b>22</b>	25	
	DO 30 LET	<b>31</b>	35,23	
	NAD 30 LET	<b>25</b>	28,41	
<b>NEJVYŠŠÍ DOSAŽENÉ VZDĚLÁNÍ</b>	STŘEDNÍ S MATURITOU	<b>68</b>	77,27	88
	VYŠŠÍ ODBORNÉ	<b>3</b>	3,41	
	VYSOKOŠKOLSKÉ	<b>17</b>	19,32	
<b>MÍSTO BYDLIŠTĚ</b>	OBEC	<b>32</b>	36,36	88
	MĚSTO DO 100 TIS. OBYVATEL	<b>53</b>	60,23	
	MĚSTO NAD 100 TIS. OBYVATEL	<b>3</b>	3,41	

Výsledky **části II, anketního šetření uvedené pod bodem „A“** ukazuje tabulka č. 2. Hodnoty pro odpověď **„ANO“** jsou zcela vyrovnané. Vyplývá z toho, že **„respondenti jsou dostatečně informováni o systému posttraumatické intervenční péče a je jim znám její účel a smysl“**. Oproti tomu výsledky pro odpověď **„NE“** na jednotlivé otázky ukazují, **„že pouze minimum respondentů neví co je to posttraumatická intervenční péče (6) a k čemu je určena (5)“**. Lze i vidět, že někteří respondenti se zdrželi odpovědí na položené otázky. U otázky 1 až 3 po dvou respondentech. U otázky č. 4, 11 respondentů. Důležité je, že z výsledků vyplývá dobrá

informovanost, vědomí o účelu PIP. V osvětě o PIP by bylo dobré se zaměřit na inzerování toho, kde hledat pomoc, na koho se obrátit a opakovaně připomínat účely využití systému PIP. Důležitá je i odpověď se vztahem k anonymitě – jednak z tohoto důvodu i vznikla linka pomoci v krizi pro policisty jako anonymní. Vzhledem k PIP – lze i využít duchovního, který není z Policie ČR a může zaručit i mlčenlivost s ohledem na zpovědní tajemství.

Zachování diskretnosti patří mezi základní kameny filozofie PIP i etického kodexu policejních psychologů. Policisté tuto důležitost anonymity vnímají s ohledem na obavu že by např. vyšla najevo ztráta jejich osobní způsobilosti. Intervent však musí mlčenlivost zachovávat – jako u lékařského tajemství.

**Tabulka č. 2**

	POČET RESPONDENTŮ, KTERÍ ODPOVĚDĚLI				
	ANO	%	NE	%	SUMA
<b>1. Víte co je posttraumatická intervenční péče (PIP)</b>	80	93,02	6	6,98	86
<b>2. Víte k čemu je PIP určena</b>	81	94,19	5	5,81	86
<b>3. Víte, kde službu PIP hledat, na koho se obrátit</b>	67	77,91	19	22,09	86
<b>4. Kde a v jakých případech službu PIP lze využít</b>	74	96,10	3	3,90	77
<b>5. Je důležité, aby problém byl řešen anonymně</b>	79	89,77	9	10,23	88

Hodnoty části II, anketního šetření uvedené pod bodem „B“, které ukazuje tabulka č. 3, znázorňují využití služeb PIP. Vyplyvá z toho, že z celkového počtu 88 zpracovaných anketních lístků o službu posttraumatické intervenční péče požádalo celkem 7 respondentů. 6 mužů a 1 žena. Z toho je 5 mužů ve věkové kategorii 41 -50 let a 1 ve věkové kategorii 51-60 let. U 2 respondentů se stav po absolvování péče zlepšil a u 4 respondentů se stav nezlepšil. 1 žena ve věkové kategorii 31-40 let, u které se stav po absolvování zlepšil.

Výsledky uvedené v tabulce č. 3 mají malou vypovídající hodnotu s ohledem na malý počet respondentů, kteří uvedli, že péči PIP využili. Tato tabulka je spíše ilustrací a výsledky nelze zcela zevšeobecnit.

**Tabulka č. 3**

	ZLEPŠIL	%	NEZLEPŠIL	%	SUMA
<b>Pokud jste využili služeb PIP, řešený problém se:</b>	3	42,86	4	57,14	7

Výsledky části II, anketního šetření uvedené pod bodem „C“ ukazuje tabulka č. 4. Hodnoty na položené otázky, na které bylo možné odpovědět více hlasy, vyjadřují, že pro respondenty je důležité, aby poskytovaná **péče probíhala přímo na psychologickém pracovišti** nebo **v domácím prostředí**. Naopak není vhodné prostředí pracoviště, ve kterém nemusí být zaručena anonymita. Klient zde může mít obavu o prozrazení svého problému před kolegy, což by pro budoucí pracovní vztahy nemuselo být optimální. Největší informovanost o PIP respondenti zjistili pomocí **intranetové sítě** nebo na **služebních poradách**. Lze z toho vyvodit důležitost intranetového připojení v rámci policie. Nutno podotknout, že právě intranet se stal neodmyslitelnou pracovní pomůckou policejní práce s velkým množstvím informací.

**Tabulka č. 4**

		POČET	%	SUM A
<b>1. Jaké prostředí by bylo z vašeho pohledu vhodné ke kontaktu s pracovníkem PIP</b>	Psychologické pracoviště	49	47,12	104
	Domácí prostředí	50	48,08	
	Pracoviště klienta	5	4,80	
<b>2. Kde jste se o službě PIP dozvěděl(a)</b>	Intranet	46	52,27	88
	Od kolegy	9	10,23	
	Na služebních poradách	19	21,59	
	Jinde	14	15,91	

Výsledky části II, anketního šetření uvedené pod bodem „D“ uvedené v tabulce č. 5 vyjadřují situace, které respondenti považují za nejvíce stresující. Je zřejmé, že jako nejvíce stresující jsou vnímány problémy, které mohou vzniknout v blízkém **rodinném prostředí** respondenta (úmrtí, rozvod, závažná nemoc atd.). Dále jsou jako velmi zátěžové vnímány situace v souvislosti s použitím zbraně a s plněním dalších služebních úkonů, včetně nasazení při živelných pohromách.

**Tabulka č. 5**

<b>Nejčastější případy, které byly od dotazovaných osob získány na otázku: Uveďte případy, kdy službu PIP lze využít.</b>			
	<b>POČET</b>	<b>%</b>	<b>SUMA</b>
<b>Úmrtí, či jiné problémy v rodině (nemoc, rozvod)</b>	39	24,84	157
<b>Služební zákrok s použitím služební zbraně</b>	36	22,93	
<b>Stresové zážitky ve službě</b>	24	15,29	
<b>Nasazení při živelných pohromách</b>	16	10,19	
<b>Případy sebevražd</b>	15	9,55	
<b>Stresové situace v životě</b>	13	8,28	
<b>Smrt kolegy</b>	7	4,46	
<b>Ohrožení života, vlastního či blízké osoby</b>	7	4,46	

Výsledky celého výzkumného šetření jsem využil k ověření hypotéz.

**HYPOTÉZA Č. 1:** Předpokládám, že znalost policistů o možnostech posttraumatické intervenční péči bude nízká.

Vycházel jsem z toho, že obava o možné negativní důsledky, jako např. narušení pracovních vztahů v případě, že policista si vyžádá odbornou psychologickou pomoc, nebudou se policisté tak zajímat o tyto služby. Výsledky však ukazují, že informovanost respondentů o PIP je dost vysoká. 80 respondentů uvedlo, že mají informace o fungování PIP z celkového počtu 88 osob.

Vzhledem k zjištěným hodnotám se hypotéza, NEPOTVRDILA.

**HYPOTÉZA Č. 2:** Předpokládám, že pro policisty je v oblasti poskytování posttraumatické intervenční péče důležité, aby byla zachována jejich anonymita.

U této hypotézy jsem vycházel ze skutečnosti, že policista bude sdílnější při hovoření o svém problému, když bude vědět, že se jeho nadřízení nebo kolegové na pracovišti nedozví, že požádal o psychologický rozhovor. Z celkového počtu 88 respondentů, 79 osob uvedlo, aby byl problém řešen anonymně. Pouze 9 respondentů toto nepovažuje za rozhodující.

Výsledky naznačují, že se hypotéza POTVRDILA. V tomto případě je však třeba uvést, že vzhledem k malému vzorku, který zde vypovídal není možné výsledky zobecnit. Zobecnění by vyžadovalo další zkoumání.

**HYPOTÉZA Č. 3:** Předpokládám, že délka služebního poměru má vliv na vyžádání si posttraumatické intervenční péče policistou, že častěji budou mezi žadateli ti, kteří jsou déle ve služebním poměru.

V průběhu trvání služebního poměru se policista setkává s mnoha případy a situacemi, které v něm zanechávají určité pocity. Stárne, stává se zralejším, zkušenějším, moudřejším, ale i unavenějším. Jisté situace vnímá a prožívá různě, až do okamžiku, kdy si už neví sám rady, jak situace řešit. Pak vyhledá odbornou pomoc.

Vyhodnocování anketních lístků ukázalo, že respondenti, kteří využili služeb PIP, byli v kategorii trvání služebního poměru do 30 let, respektive v rozmezí 20 – 30 let. Pouze 1 respondent má délku služebního poměru do 20 let a 1 respondent nad 30 let. To odpovídá věkové hranici 41 – 50 let, neboť k policii mohou být přijmutí jen občané starší 18 let.

Výsledky naznačují, že hypotéza se POTVRDILA. Rovněž v tomto případě je však třeba uvést, že vzhledem k malému vzorku, který zde vypovídal není možné výsledky zobecnit. Zobecnění by vyžadovalo další zkoumání.

**HYPOTÉZA Č. 4:** Předpokládám, že o pomoc žádají častěji osoby starší 40 let.

Vycházel jsem ze skutečnosti, ale i z vlastní zkušenosti, že člověk stárne a jeho tělo se unavuje a člověk si začíná mnohem více uvědomovat, že „být zdravý“ je hodně důležité. Mnohem více si to uvědomuje než člověk mladý. Výsledky ukázaly že, ti respondenti, kteří pomoc PIP využili, jsou ve věkové kategorii 41 – 60 let mezi muži a u ženy, která využila služeb PIP, je věková kategorie mezi 31 – 40 let.

Výsledky ukazují, že hypotéza se POTVRDILA.

## 6.5 Závěr výzkumu

Při anketním šetření se podařilo získat dobrou návratnost anketních lístků.

Výzkumné šetření ukázalo, že policisté a policistky z daného vzorku jsou dobře informováni o existenci, účelu a možnostech posttraumatické intervenční péče. Nejvíce respondentů má informace o této péči z intranetové sítě Policie ČR nebo ze služebních porad.

Novým zjištěním byla skutečnost, že polovina vzorku upřednostňuje kontakt s interventem na psychologickém pracovišti, polovina ve svém domácím prostředí. Jen minimum policistů by volilo ke kontaktu s interventem své pracovní prostředí. Policisté vnímají důležitost zachování diskrétnosti a anonymity vůči okolí při posttraumatické intervenční péči. Odpovědi respondentů, které se týkaly vlastní zkušenosti s PIP mají nižší výpovědní hodnotu a nelze je příliš zevšeobecňovat, vzhledem k malému počtu těchto osob. Na úspěšnost PIP a strukturu žadatelů o tyto služby by se měl zaměřovat specifický výzkum.

Praktická doporučení ke zlepšení systému PIP:

- 1) V propagaci PIP zdůrazňovat informace ohledně garance zachování diskrétnosti či anonymity ve vztahu k nadřízeným a kolegům.
- 2) V propagaci PIP se zaměřovat také na další kanály informací (besedy s policisty, tištěné letáky a příručky).
- 3) Provádět průzkum úspěšnosti PIP a struktury klientely této péče.
- 4) Zabývat se možnostmi optimálního prostředí pro poskytování PIP (zvažovat zejména mimopracovní prostředí).

## 7. ZÁVĚR

Soukromou motivací pro výběr tématu práce byla osobní zkušenost s mimořádnou událostí v roce 1998, kdy v místě mého bydliště na českobudějovickém sídlišti Vltava spadla vojenská letadla. Situace je jedním z mnoha případů, kde pracovníci posttraumatického intervenčního týmu Policie ČR mohou zasahovat, pomáhat řešit lidské osudy a předcházet tomu, aby se u postižených osob neobjevily dlouhodobé psychické problémy. V roce 1998, kdy se událost stala, ještě neexistoval systém posttraumatické intervenční péče. Proto se postiženým lidem po stránce psychologické nikdo nevěnoval, nebyla jim věnována taková pozornost, která by jim pomohla s událostí se vyrovnat. Řešit uvedenou událost jen z pohledu policejního, hasičského či lékařského mohlo nakonec vést k tomu, že se u zasažených osob mohly projevit příznaky posttraumatické stresové poruchy jen proto, že jim nebyla poskytnuta včasná odpovídající psychologická pomoc.

Právě proto byla má práce věnována posttraumatické intervenční péči (PIP), neboť na jejím poskytnutí v mnohých případech závisí, jak se lidé s prožitou mimořádnou situací vyrovnají a jak dalece tato skutečnost ovlivní jejich další osobní a profesní život.

Teoretická část práce je zaměřena na Posttraumatickou intervenční péči, která je poskytována příslušníkům Policie České republiky v souvislosti s akcemi zvláštního nasazení a po traumatizujících zážitcích, ale i ostatním zaměstnancům Ministerstva vnitra ČR a jejich rodinným příslušníkům. Práce je rozdělena na jednotlivé kapitoly, ve kterých je možné se dočíst, co probíhá v lidském organismu při stresové reakci, jak působí na jedince mimořádná stresová reakce, respektive traumatizující zážitek. Popisují zde, jak se vypořádat s působícím stresem a jaké psychologické techniky se používají k léčbě traumat.

Praktická část je zaměřena na zjištění úrovně informovanosti příslušníků Policie České republiky zařazených na operačním středisku a pracovníků Služby cizinecké policie České Budějovice o systému PIP a ze zjištěných dat shromážděných z anketních lístků jsou potvrzeny, či vyvráceny stanovené hypotézy.

Průzkumné šetření jsem provedl na vzorku respondentů služebně zařazených na operačním středisku jednotlivých územních odborů v rámci Krajského ředitelství Policie Jihočeského kraje, České Budějovice a Služby cizinecké policie České



Budějovice. Shromážděné výsledky a zejména jejich závěr odpovídá pouze vzorku respondentů Policie Jihočeského kraje. Nelze z něho vycházet a prezentovat jej jako názor všech policistů v rámci Policie České republiky. Pokud bych se chtěl zabývat touto otázkou, musel bych šetření zaměřit zcela jiným způsobem. Pro moji potřebu a pro vytvoření představy o tom, jak je PIP vnímána, považuji průzkum v rámci Policie Jihočeského kraje za dostačující.

Celkový vzorek činil 88 respondentů. Struktura vzorku byla následující: nejvíce zastoupenou skupinou respondentů byli muži, celkem 77. Z hlediska věku respondentů, měla největší zastoupení kategorii 41 – 50 let, celkem 37 osob. Trvání služebního poměru pak do 30 let, celkem 31 osob. Nejvyšší dosažené vzdělání je střední s maturitou, celkem 68 osob. Místo bydliště, město do 100 tisíc obyvatel, celkem 53 osob.

Vzhledem k informovanosti o PIP se většina respondentů vyjádřila kladně – celkem bylo získáno v pěti různých otázkách 381 kladných odpovědí (78-93% bylo kladných odpovědí). Službu PIP využilo celkem 7 respondentů, z nichž 3 uvedli, že se jejich stav zlepšil. Důležité pro kontakt s pracovníkem PIP je domácí prostředí, uvedlo jej celkem 50 respondentů, kontakt na psychologickém pracovišti uvedlo 49 respondentů. Z hlediska původu informací 46 respondentů uvedlo, že se o službě PIP dozvědělo z intranetu (interní informační systém Ministerstva vnitra ČR). Jako nejvíce krizové situace jsou vnímány ty, které se týkají problémů v rodině (úmrť, rozvod apod.), uvedlo to celkem 39 respondentů a dále služební zákrok s použitím zbraně, jak uvedlo 36 respondentů.

Ze zadaných čtyř hypotéz, se hypotéza č. 1, „*Předpokládám, že znalost policistů o možnostech posttraumatické intervenční péči bude nízká*“, **nepotvrdila**, neboť výsledky šetření ukazují, že 80 respondentů z celkového počtu 88 osob je seznámeno se systémem posttraumatická intervenční péče. Zbývající tři hypotézy se **potvrdily**, neboť na hypotézu č. 2, „*Předpokládám, že pro policisty je v oblasti poskytování posttraumatické intervenční péče důležité, aby byla zachována jejich anonymita*“, odpovědělo celkem 79 respondentů. U hypotézy č. 3, „*Předpokládám, že délka služebního poměru má vliv na vyžádání si posttraumatické intervenční péče policistou, že častěji budou mezi žadateli ti, kteří jsou déle ve služebním poměru*“, bylo zjištěno, že osoby, které službu PIP využily, mají délku služebního poměru v rozmezí 20 – 30 let.

U hypotézy č. 4, “Předpokládám, že o pomoc žádají častěji osoby starší 40 let“, pak bylo zjištěno, že žádající osoby jsou ve věkové kategorii 41 – 60 let.

Domnívám se, že systém psychologické péče funguje v souladu s úkoly, které plní Policie České republiky. Je-li posttraumatický tým vyslán do terénu, může být využit také lidem zasaženým katastrofou. V takové situaci pak pracuje v souladu s instrukcemi velitele zásahu a pod metodickým vedením psychologických služeb integrovaného záchranného systému.

Při tvorbě diplomové práce jsem využil publikace o stresu a traumatických událostech. O zřízení systému posttraumatické intervenční péče jsem byl seznámen příslušným závazným pokynem policejního prezidenta a také z informací, zveřejněných v informačním systému Ministerstva vnitra České republiky. Jak systém funguje, mi vysvětlili až pracovníci psychologického pracoviště.

Možnost zlepšení bych zaměřil na větší informovanost. Presentováním činnosti psychologického pracoviště na služebním poradách, seminářích a v rezortním školství Ministerstva vnitra České republiky. Přínos bych viděl zejména v preventivních individuálních pohovorech s jednotlivými policisty. Neboť zde by byla možnost včasného podchycení vznikajícího psychického problému.

Je možné, že vzhledem k rozvoji psychologické péče o policisty (PIP, linka pomoci v krizi, poradenské služby policejních psychologů) pokleslo sebevražedné jednání v Policii ČR v posledních letech.

Na úplný závěr bych chtěl uvést, že v současnosti se psychologická služba Policie ČR stále více otevírá i pomoci občanům. Systém PIP začal být využíván pro občany v situacích rozsáhlých mimořádných událostí a navíc se v poslední době v policii souběžně rozvíjí systém pomoci obětem trestných činů a mimořádných událostí, který zahrnuje jak interventy pro terén, tak telefonickou linku pro oběti.

## Resumé

Diplomová práce poskytuje obraz o fungování systému Posttraumatické intervenční péče Policie ČR, který je zřízen pro policisty a jejich blízké a dále je využíván i pro občany v katastrofických situacích a při hromadných neštěstích.

Jak ukázal výzkum, je patrné, že policisté se snaží udržet image nezdolné osobnosti. Policisté jsou si však vědomi, že pokud udeří mimořádná událost, či extrémní zážitek v silné intenzitě, mají však možnost požádat o odbornou péči.

Policisté jsou v rámci svého povolání vystaveni zvýšenému riziku prožití mimořádných situací a je potřebné jim nabídnout nástroj v podobě odborné intervence členů týmu Posttraumatické intervenční péče tak, aby událost mohli zpracovat a optimálně se s ní vyrovnat.

## **Anotace**

Posttraumatická intervenční péče je pomoc, která byla u Policie ČR zřízena pro policisty, kteří v souvislosti s plněním služebních úkolů nebo při pomoci, či záchraně života a zdraví osob, prožili událost, která ovlivnila jejich jednání, chování a rozhodování. Narušila soukromý nebo rodinný způsob života, či vnukla myšlenku na ukončení života.

Rovněž se péče uplatňuje při mimořádných událostech (povodně, vlaková neštěstí atd.), kdy je poskytována zasahujícím policistům, ale i ostatním osobám, kterých se neštěstí určitým způsobem dotklo a není v jejich vlastních silách se s následky takto prožité události vyrovnat a potřebují odbornou pomoc.

Cílem mé diplomové práce je seznámit čtenáře se systémem posttraumatické intervenční péče, který byl zřízen jako pomoc policistům, jež prožili traumatizující událost, ale následně i ostatním lidem, kteří byli zasaženi mimořádnou událostí a projevíly se u nich následky, které neuměli sami zpracovat a vypořádat se s nimi.

Praktickou část diplomové práce tvoří výzkum, který je zaměřen na zjištění informovanosti příslušníků Policie České republiky o systému posttraumatické intervenční péče.

### **Klíčová slova**

akutní stresová reakce, coping, debriefing, defusing, demobilizace, EMDR, kognitivně-behaviorální terapie, krizová intervence, posttraumatická intervenční péče, posttraumatická stresová porucha, stres, symptomy traumatu, terapie traumatu, traumatická událost.

## **Annotation**

Posttraumatic intervention care is an assistance set up within the Czech Police for the officers. For those who in connection with their duties or life-saving actions experienced an event that affected their actions, behavior and decision making. In addition, traumatic event could also influence their family or private life or brought the idea of suicide.

It also applies to disasters (floods, train accidents, etc.) when intervention is offered to the policemen involved in the emergency but also to other people somehow affected when they are not capable to get over the consequences of such event and they need professional help.

The main aim of my thesis is to acquaint the reader with the system of posttraumatic intervention care established to assist the policemen and other people affected by the emergency, who could not handle experiences by themselves and deal with them.

The practical part of this thesis consists of research that focuses on the awareness of policemen within the Czech Police about the system of posttraumatic intervention care.

## **Keywords**

acute stress reaction, cognitive-behavioral therapy, coping, crisis intervention, debriefing, defusing, demobilization, EMDR, posttraumatic intervention care, posttraumatic stress disorder, stress, symptoms of trauma, traumatic event, traumatherapy.

## Seznam použité literatury

1. Zákon č. 273/2008 Sb., o Policii České republiky.
2. Vyhláška Ministra vnitra 487/2004 Sb., o osobnostní způsobilosti, která je předpokladem pro výkon služby v bezpečnostním sboru.
3. Věstník Ministra vnitra, částka 96/2002, Dohoda o účasti osob vykonávajících duchovenskou službu na systému poskytování posttraumatické intervenční péče příslušníkům Policie České republiky, ve znění dodatků, věstník Ministra vnitra částka 54/2005 a částka 88/2008.
4. Závazný pokyn policejní prezidenta č. 21/2009 o posttraumatické intervenční péči a anonymní telefonní lince pomoci v krizi.
5. Závazný pokyn policejního prezidenta č. 209/2006, kterým se upravuje zjišťování osobnostní způsobilosti a poskytování psychologické péče v Policii České republiky.
6. Závazný pokyn policejního prezidenta č. 129/2001, čl. 2 písm. a), kterým se zřizuje systém poskytování posttraumatické intervenční péče příslušníkům Policie České republiky, kteří prožili traumatizující událost splněním služebních úkolů.
7. **BAŠTECKÁ, B. a kol.** *Terénní krizová intervence*. 1. vyd. Praha: Grada, 2005, 300 s. ISBN 82.80-247-0708-X.
8. **HOSKOVCOVÁ, S.** *Psychosociální intervence*. 1. vyd. Nakladatelství Karolinum, 2009, 183 s. ISBN 978-80-246-1626.
9. Informace pro nadřízené, postižené, kolegy, životní partnery. Oddělení psychologie a sociologie Odbor personální MV. Tiskárna MV Praha, 2002, 8 s.
10. **KRAUS, Bl.** *Základy sociální pedagogiky*. 1. vyd. Praha: Portál, 2008, 216 s. ISBN 978-80-7367-383-3.
11. **LUKEŠ, V.** *Antistresový program*. 1. vyd. Pedagogické centrum České Budějovice: 1. vyd. 2001, 63 s. ISBN 80-7019-007-8.
12. **MELGOSA, J.** *Zvládni svůj stres*. Advent-Orion Praha, 1997, 215 s. ISBN 80 - 7172-240-5.

- 13. MLČÁK, ZD.** *Emergentní psychologie a krizová intervence*. 1. vyd. Filozofická fakulta Ostravské univerzity v Ostravě, 2005, 64 s. ISBN 80-7368-036-X.
- 14. MODUL Č. 10.** Posttraumatická intervenční péče. Twinning-Project CZ 98/IB/JH/02 „Komplexní systém řízení lidských zdrojů pro Policii ČR“. 4. vyd. Praha, 2001.
- 15. MOŽNÝ, P., PRAŠKO, J.** *Kognitivně -Behaviorální terapie - úvod do teorie a praxe*. 1. vyd. Praha: Triton, 1999, 300 s. ISBN 80-7254-038-6.
- 16. NAKONEČNÝ, M.** *Encyklopedie obecné psychologie*. 2. rozšířené vyd. Brno: 1997, 437 s. ISBN 80-200-0625-7.
- 17. PRAŠKO, J., PRAŠKOVÁ, H.** *Proti stresu krok za krokem*. 1. vyd. Grada, 2001, 188 s. ISBN 80-247-0068-9.
- 18. PRAŠKO, J. a kol.** *Stop traumatickým vzpomínkám*. 1. vyd. Praha: Portál, 2003, 184 s. ISBN 80-7178-811-2.
- 19. RUPERT, F.** *Kniha Trauma a rodinné konstelace*. 1. vyd. Praha: Portál, 2008, 240 s. ISBN 978-80-7367-367-3.
- 20. VÁGNEROVÁ, M.** *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 1. vyd. Portál 1999, 448 s. ISBN 80-7178 -214-9.
- 21. VIZINOVÁ, D., PREISS, M.** *Kniha psychické trauma a jeho terapie*. 1. vyd. Praha: Portál, 1999, 160 s. ISBN 80-7178-284-X.
- 22. VODÁČKOVÁ, D. a kol.** *Krizová intervence*. 1. vyd. Praha: Portál, 2002, 544 s. ISBN 80-7178-696-9.
- 23. VYMĚTAL, J.** *Duševní krize a psychoterapie*. 1. vyd. Konfrontace, 1995, 90 s. ISBN 80-901773-4-4.
- 24. VYMĚTAL, J.** *Rogersovská psychoterapie*. 1. vyd. Český spisovatel, Praha:, 1996, 216 s. ISBN 80-202-0605-1.
- 25. VYMĚTAL, Š.** *Krizová komunikace a komunikace rizika*. 1. vyd. Havlíčkův Brod: Grada, 2009, 176 s. ISBN 978-80247-2510-9.

### **Elektronické zdroje**

- 26.** <http://aplikace.mvcr./archiv2008/casopisy/111/2007/unor/vymetal.html>. 20.2.2010.
- 27.** [http://www.plkm.cz/kbt2008/prednasky/ws03\\_novotny\\_emdr.ppt](http://www.plkm.cz/kbt2008/prednasky/ws03_novotny_emdr.ppt). 15.1.2010.
- 28.** <http://pportal.pcr.cz/Vltavska.psychologické.sluzby.html>. 20.9.2009.
- 29.** <http://www.ks.jc/osstod/psycho/.luke.html>. 20.9.2009.

## **Přílohy**

**Příloha č. 1.** Anonymní anketní lístek

**Příloha č. 2.** Vyplněný anketní lístek

Příloha č. 1

### **Anonymní anketní list**

**Vážené kolegyně, vážení kolegové.**

Jsem zařazen na Integrovaném operačním středisku v Českých Budějovicích. V současné době studuji obor Sociální pedagogika na Univerzitě Tomáše Bati ve Zlíně a Institutu mezioborových studií Brno.

Žádám Vás tímto o vyplnění přiloženého anketního listu, který bude sloužit ke zpracování mé diplomové práce na téma „Systém poskytování posttraumatické intervenční péče příslušníkům PČR“.

Anketové šetření je anonymní a výsledky slouží jen jako poklad pro moji práci a nebudou předávány nikomu jinému k dalšímu využití.

Odpovědi označte písmenem „X“. U otázek, kde je možná volba z více možností, uveďte ty, které jsou pro vás nejpravděpodobnější. U otázky v bodě D uveďte ve stručnosti své názory.

Po vypracování zašlete prostřednictvím svého nadřízeného zpět.

Děkuji Vám za spolupráci a přeji Vám mnoho úspěchů v pracovním i rodinném životě.

Bc. Zdeněk Sezemský



## ČÁST I.

Odpovědi označte písmenem „X“

### 1. Pohlaví

	Muž
	Žena

### 2. Věková kategorie

	Do 30 let
	31 – 40 let
	41 – 50 let
	51 – 60 let
	61 – více let

### 3. Trvání služebního poměru

	Do 10 let
	Do 20 let
	Do 30 let
	Nad 30 let

### 4. Nejvyšší dosažené vzdělání

	Střední s maturitou
	Vyšší odborné
	Vysokoškolské

### 5. Místo bydliště

	Obec
	Město do 100 tisíc obyvatel
	Město nad 100 tisíc obyvatel

## ČÁST II.

### Bod A

		ANO	NE
1.	Víte co je posttraumatická intervenční péče (PIP)		
2.	Víte k čemu je PIP určena		
3.	Víte, kde službu PIP hledat, na koho se obrátit		
4.	Víte, v jakých případech službu PIP lze využít		
5.	Je důležité, aby problém byl řešen anonymně		

### Bod B

1.	Pokud jste využili služeb PIP, řešený problém se:	zlepšil		nezlepšil	
----	---	---------	--	-----------	--

### Bod C

1.	Jaké prostředí by bylo z vašeho pohledu vhodné ke kontaktu s pracovníkem PIP	Psychologické pracoviště	
		Domácí prostředí	
		Pracoviště klienta	
		Jiné - uveďte	
2.	Kde jste se o službě PIP dozvěděl(a)	Intranet	
		Od kolegy	
		Na služebních poradách	
		Jinde – uveďte	

### Bod D

1.	Uveďte případy, kdy službu PIP lze využít:
	1.....
	2.....
	3.....
	4.....
	5.....

## Příloha č. 2. Vyplněný anketní lístek

		<b>POČET RESPONDENTŮ</b>	<b>%</b>	<b>SUMA</b>
<b>POHLAVÍ</b>	MUŽ	<b>77</b>	87,5	88
	ŽENA	<b>11</b>	12,5	
<b>VĚKOVÁ KATEGORIE</b>	DO 30 LET	<b>3</b>	3,41	88
	31 – 40 LET	<b>16</b>	18,18	
	41 – 50 LET	<b>37</b>	42,05	
	51 – 60 LET	<b>30</b>	34,09	
	61 – VÍCE LET	<b>2</b>	2,27	
<b>TRVÁNÍ SLUŽEBNÍHO POMĚRU</b>	DO 10 LET	<b>10</b>	11,36	88
	DO 20 LET	<b>22</b>	25	
	DO 30 LET	<b>31</b>	35,23	
	NAD 30 LET	<b>25</b>	28,41	
<b>NEJVYŠŠÍ DOSAŽENÉ VZDĚLÁNÍ</b>	STŘEDNÍ S MATURITOU	<b>68</b>	77,27	88
	VYŠŠÍ ODBORNÉ	<b>3</b>	3,41	
	VYSOKOŠKOLSKÉ	<b>17</b>	19,32	
<b>MÍSTO BYDLIŠTĚ</b>	OBEC	<b>32</b>	36,36	88
	MĚSTO DO 100 TIS. OBYVATEL	<b>53</b>	60,23	
	MĚSTO NAD 100 TIS. OBYVATEL	<b>3</b>	3,41	

## ČÁST II

### Bod A

	POČET RESPONDENTŮ, KTERÍ ODPOVĚDĚLI				
	ANO	%	NE	%	SUMA
<b>1. Víte co je posttraumatická intervenční péče (PIP)</b>	80	93,02	6	6,98	86
<b>2. Víte k čemu je PIP určena</b>	81	94,19	5	5,81	86
<b>3. Víte, kde službu PIP hledat, na koho se obrátit</b>	67	77,91	19	22,09	86
<b>4. Kde a v jakých případech službu PIP lze využít</b>	74	96,10	3	3,90	77
<b>5. Je důležité, aby problém byl řešen anonymně</b>	79	89,77	9	10,23	88

### Bod B

	ZLEPŠIL	%	NEZLEPŠIL	%	SUMA
<b>Pokud jste využili služeb PIP, řešený problém se:</b>	3	42,86	4	57,14	7

### Bod C

		POČET	%	SUMA
<b>1. Jaké prostředí by bylo z vašeho pohledu vhodné ke kontaktu s pracovníkem PIP</b>	Psychologické pracoviště	49	47,12	104
	Domácí prostředí	50	48,08	
	Pracoviště klienta	5	4,80	
<b>2. Kde jste se o službě PIP dozvěděl(a)</b>	Intranet	46	52,27	88
	Od kolegy	9	10,23	
	Na služebních poradách	19	21,59	
	Jinde	14	15,91	

## Bod D

<b>Nejčastější případy, které byly od dotazovaných osob získány na otázku: Uveďte případy, kdy službu PIP lze využít.</b>			
	<b>POČET</b>	<b>%</b>	<b>SUMA</b>
<b>Stresové zážitky ve službě</b>	24	15,29	157
<b>Stresové situace v životě</b>	13	8,28	
<b>Úmrtí, či jiné problémy v rodině (nemoc, rozvod)</b>	39	24,84	
<b>Smrt kolegy</b>	7	4,46	
<b>Ohrožení života, vlastního či blízké osoby</b>	7	4,46	
<b>Služební zákrok s použitím služební zbraně</b>	36	22,93	
<b>Případy sebevražd</b>	15	9,55	
<b>Nasazení při živelných pohromách</b>	16	10,19	

## Seznam tabulek a grafů

### Seznam tabulek

**Tabulka č. 1 - část I.** Demografické kategorie

**Tabulka č. 2 - část II.** Anketní šetření, bod A

**Tabulka č. 3 - část II.** Anketní šetření, bod B

**Tabulka č. 4 - část II.** Anketní šetření, bod C

**Tabulka č. 5 - část II.** Anketní šetření, bod D

### Seznam grafů

**Graf č. 1.** - Rozložení respondentů podle pohlaví.

**Graf č. 2.** - Rozložení respondentů podle věkové kategorie.

**Graf č. 3.** - Rozložení respondentů podle délky trvání služebního poměru u Policie ČR.

**Graf č. 4.** - Rozložení respondentů podle stupně dosaženého vzdělání.

**Graf č. 5.** - Rozložení respondentů dle místa bydliště a počtu obyvatel.

**Graf č. 6.** - Využití služeb posttraumatické intervenční péče.

**Graf č. 7.** - Prostředí ke kontaktu s pracovníkem PIP.

**Graf č. 8.** - Informovanost o posttraumatické intervenční péči.

**Graf č. 9.** - Případy, kdy službu posttraumatické intervenční péče lze využít.