

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

**Postoje policistů k možnostem využití posttraumatické  
intervenční péče**

**DIPLOMOVÁ PRÁCE**

Vedoucí diplomové práce:

**PhDr. Geraldina Palovčíková, CSc.**

Vypracoval:

**Bc. Miloslav GUTTER**

**Brno 2012**

## **Prohlášení**

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci na téma „Postoje policistů k možnostem využití posttraumatické intervenční péče“ zpracoval samostatně a použil jsem literaturu uvedenou v seznamu použitých pramenů a literatury, který je součástí této diplomové práce.

Elektronická a tištěná verze diplomové práce jsou totožné.

V Brně dne 12.3.2012

.....  
Bc. Miloslav Gutter

## **Poděkování**

Děkuji paní PhDr. Geraldině Palovčíkové, CSc. za velmi užitečnou metodickou pomoc a cenné rady při zpracování mé diplomové práce.

Také děkuji za morální podporu své rodině, které si nesmírně vážím.

Bc. Miloslav Gutter

## **OBSAH**

<b>ÚVOD</b>	<b>4</b>
<b>1. ZÁTĚŽOVÉ SITUACE</b>	<b>6</b>
1.1 Stres	7
1.2 Trauma	11
1.3 Posttraumatická stresová porucha	13
1.4 Krize	18
<b>2. ŘEŠENÍ KRIZE</b>	<b>24</b>
2.1 Neformální pomoc v krizi	24
2.2 Formální pomoc v krizi	26
2.3 Krizová intervence	27
2.4 Formy krizové intervence	32
<b>3. PSYCHICKÁ ZÁTĚŽ POLICISTŮ</b>	<b>36</b>
3.1 Policejní stres a posttraumatická stresová porucha	37
3.2 Psychologická péče o policisty	40
3.3 Posttraumatická intervenční péče	41
3.4 Anonymní telefonní linka pomoci v krizi	44
<b>4. VÝZKUM MEZI POLICISTY A POLICISTKAMI</b>	<b>46</b>
4.1 Cíl výzkumu	46
4.2 Charakteristika výzkumných metod a výzkumného souboru	46
4.3 Výsledky výzkumu	48
<b>ZÁVĚR</b>	<b>62</b>
<b>RESUMÉ</b>	<b>64</b>
<b>ANOTACE</b>	<b>65</b>
<b>SEZNAM LITERATURY A PRAMENŮ</b>	<b>66</b>
<b>SEZNAM PŘÍLOH</b>	<b>70</b>

# Úvod

K životu v dnešní společnosti patří větší pravděpodobnost extrémních situací, které mohou náhle narušit obvyklý každodenní koloběh. Takové situace jsou obecně označovány jako krize. Letecké a lodní katastrofy, dopravní neštěstí, požáry, povodně, zemětřesení, laviny, úmrtí blízkých příbuzných, válečné události, teroristické útoky, přepadení a znásilnění, představují typické příklady traumatizujících krizových situací. Nebezpečné situace mohou silně traumatizovat všechny osoby v ohnisku děje. I u členů profesionálních týmů se mohou následně objevit tělesné či psychické potíže. K nim patří i policie.

Policisté a policistky (dále jen policisté) se při výkonu své profese někdy dostávají do velmi náročných a zátěžových situací, které svou intenzitou a charakterem přesahují přirozené schopnosti člověka se s takovou zkušeností vyrovnávat. Často může být schopnost člověka vyrovnávat se se zátěží také snížena vlivem dlouhodobého vystavení stresu.

Dopad mimořádné zátěže na psychiku se může projevit podrážděností, vztekem, úzkostí, depresí, pocity bezmocnosti, nejistoty, viny či studu, snížením schopnosti prožívat pozitivní emoce, problémy se spánkem, ztrátou životní spokojenosti apod. Někdy se extrémní nebo dlouhodobá psychická zátěž může projevit také různými zdravotními problémy (bolesti hlavy, zad, zažívací problémy aj.), nebo negativně ovlivnit pracovní výkon či rodinné vztahy. Psychické zdraví jednotlivce přináší pohodu i do pracovního kolektivu a bývá jednou z podmínek kvalitního a bezproblémového výkonu policejní služby.

Účelem poskytování posttraumatické intervenční péče je minimalizace rizik, která jsou spojena s náročným výkonem policejní služby. Proto vznikl u Policie České republiky systém decentralizovaných týmů posttraumatické intervenční péče, jehož cílem je předejít negativním následkům po prožití zátěžových a traumatizujících situací při výkonu služby. Zároveň byla zřízena anonymní telefonní linka pomoci v krizi. Tvorba, zavedení a využívání systému posttraumatické péče předpokládá změnu postojů v hodnocení prožitků policistů spojených s výkonem služby.

V této práci jsem si zvolil za cíl zjistit, zda jsou policisté o možnostech využití existujících forem posttraumatické intervenční péče dostatečně informováni a jaké postoje k této formě pomoci zaujímají. Důvod, pro který jsem si vybral toto téma, je ten, že sám pracuji jako

řadový policista v přímém výkonu služby a již několikrát jsem se sám dostal do zátěžové situace, včetně použití střelné zbraně.

Vzhledem k tomu, že studuji obor sociální pedagogika a posttraumatická intervenční péče, působí rovněž jako pomoc a prevence u sociálně patologických jevů, považuji tuto tematiku za vhodnou v souvislosti s mým studiem. Mezi hlavní funkce sociálního pedagoga totiž patří činnosti integrační a činnosti rozvojové. Integrační činnosti se týkají osob, jež potřebují odbornou pomoc a podporu. Jsou to osoby, které se nacházejí v krizových situacích, v psychickém, sociálním či psychosociálním ohrožení. V případě činnosti rozvojové se jedná o sociální prevenci. (Kraus, 2008, s. 199)

Diplomová práce je rozdělena do čtyř částí. První část je věnována problematice základních zátěžových situací, jako jsou stres, trauma, posttraumatická stresová porucha a krize. Druhá část se zabývá vymezením pojmů neformální a formální pomoci v krizi, krizovou intervencí, včetně vývojových etap a forem. Ve třetí části se zabývám zátěžovými situacemi v povolání policisty, psychologickou pomocí a posttraumatickou intervenční péčí. Čtvrtá část přináší poznatky získané výzkumem provedeným mezi policisty Městského ředitelství Policie České republiky v Brně. Pro toto šetření jsem si zvolil anonymní dotazník.

# 1. Zátěžové situace

Během života se setkáváme s různě náročnými, problémovými a konfliktními situacemi, které na nás z psychologického hlediska působí. Můžeme se s nimi setkat v různých oblastech života, ať už profesního nebo soukromého charakteru. Jejich společným jmenovatelem je, že kladou na člověka zvýšené nároky a požadavky, které lze zvládnout jen s vystupňovaným úsilím, tj. aktivizací často všech psychologických a fyzických sil, jimiž jedinec disponuje. V těchto situacích dochází k porušení rovnováhy mezi vnějšími požadavky a tlaky na straně jedné a způsobilostí či připraveností jedince je zvládnout na straně druhé. V psychologii se pro tyto situace používá souhrnného označení zátěž. Pro zátěž je podstatné, že rozpor mezi vnějšími nároky a způsobilostí jedince jim čelit musí být subjektivně zaregistrován a prožíván. Pokud si jedinec tento rozpor neuvědomuje či nepřipouští, pak k zátěži nedochází. (Čírtková, 2000, s. 126)

Některé zátěže mohou být i užitečné a podněcovat aktivitu a rozvoj jedince. Pokud se však subjektivní míra zátěže zvýší tak, že se s ní jedinec nedokáže vyrovnat, může způsobit psychologické potíže.

Podle Vágnerové (2004, s. 48), může působení různých zátěží vést k narušení psychologické rovnováhy, někdy jen dočasně, což se projeví změnou prožívání, uvažování i chování. Z hlediska jejich vzniku a možných následků lze rozlišovat základní druhy zátěží. Jedná se o frustraci, konflikt, deprivaci, stres, trauma a krizi.

**Frustrace** – podle N. R. F. Maiera (1949) dochází k frustraci tehdy, jestliže se silně motivovaný jedinec dostane do neřešitelné situace nebo do situace, z níž není východiska. Podstatným znakem situace frustrace je tedy zmaření nějakého uspokojení. Klasickou definici frustrace podal S. Rosenzweig (1944): „Frustrace se objevuje, kdykoli se organismus setkává s více či méně nepřekonatelnou překážkou nebo obstrukcí na své cestě k uspokojení některé životní potřeby.“ Existují ovšem jednak drobné každodenní frustrace (různá omezování, ztracené předměty atd.), jednak významné životní frustrace vyplývající zejména ze sociálních potřeb (nedostatek lásky, pomoci, účasti atd.). S. Rosenzweig (1944) zavedl pojem frustrační tolerance, který vyjadřuje interindividuálně odlišnou způsobilost jedince odolávat frustrující situaci jako frustrujícím vlivu. Ukázalo se, že děti mají obecně nižší frustrační toleranci než dospělí. (Nakonečný, 1997, s. 38)

**Konflikt** – rovněž patří mezi potíže, s nimiž se běžně v životě setkáváme. Subjektivně významným se stává tehdy, pokud je opravdu závažný, trvá příliš dlouho a pokud ho jedinec není schopen řešit. Z psychopatologického hlediska mohou být významné vnitřní konflikty. Ty se odehrávají ve vědomí jedince a jde o střet dvou navzájem neslučitelných, přibližně stejně silných tendencí. Konflikty a frustrace patří mezi denní mrzutosti – daily hassles. Většinou ruší celkový pocit pohody, ale samy o sobě nepředstavují závažnější zátěžové faktory. Mohou se jimi stát jen tehdy, jestliže by došlo k jejich nadměrné kumulaci, eventuálně pokud by byly jako závažné subjektivně prožívány. Za určitých okolností může opakovaná frustrující zkušenost či dlouhodobý a nezládnutý konflikt působit jako stresující faktor. (Vágnerová 2004, s. 49)

**Deprivace** – takové frustrující situace, kdy se nedostává podnětů či předmětů nutných pro uspokojení potřeby. Ilustrací může být např. sensorická deprivace, která opisuje pobyt jedince ve stimulačně chudém, monotónním prostředí. Jedinec duševně strádá, protože nemůže uspokojit přirozenou potřebu po podnětech a po související aktivitě. (Čírtková, 2000, s. 160)

## 1.1 Stres

Anglické slovo stres (napětí, zátěž) pochází ze starého francouzského výrazu „estrecier“ (přinutit nebo nutit), které je odvozeno z latinského „strictus,“ což znamená utahovat nebo stlačovat. (Melgosa, 1997, s. 21)

Pojem *stres* poprvé použil pro označení charakteristických fyziologických projevů, jimiž organismus reaguje na různé zátěže, kanadský endokrinolog Selye. Stres je podle něj „*sumou všech adaptačních reakcí biologického systému, které byly spuštěny nespecifickou noxou.*“ Termín stres má v současnosti mnohem širší použití. Označuje se jím např. zátěžová situace nebo stav individua. Z psychologického hlediska, lze stres chápat jako stav nadměrného zatížení či ohrožení. (Vágnerová, 2004, s. 50)

Dlouhotrvající stres může způsobovat snížení imunity organismu, vyvolává mnoho nemocí, jako například nespavost, kardiovaskulární choroby, žaludeční vředy, zvýšení hladiny cholesterolu a kyseliny močové, apod.



Dle poznatků našich autorů Malá, Raboch a Sovák (1995) vedou následky dlouhodobého stresu a násilí ke:

- ztrátě identity,
- poruchám sebehodnocení, ztrátě časové kontinuity,
- flashbackům,
- disociativním fenoménům.

Negativní vlivy působící ve stresových situacích se nazývají stresory. Současná civilizace a kultura jsou zdrojem řady stresorů jako např. život v přeplněných velkoměstech, neustálý shon a časová tíseň atd. (Nakonečný, 1997, s. 41)

Stres narušuje psychickou rovnováhu jedince a navozuje subjektivně i objektivně pozorovatelné změny chování a prožívání. Stresem iniciované změny psychického dění probíhají ve třech fázích. (Čírtková, 2000, s. 128) Jsou to:

- **Fáze aktivizace** (tzv. poplachová reakce): reakcí na zátěž je aktivace obranných reakcí, fyziologických i psychických. Z biologického hlediska každý takový podnět vyvolává kromě specifické reakce i nspecifickou humorální odezvu. Tato nspecifická reakce může mít různou intenzitu, ale má stejný charakter. Podle Selyeho se nazývá poplachová reakce a je první fází adaptace. Při fyziologické reakci je nervovou cestou podrážděn sympatikus, dochází k vyplavení adrenalinu a noradrenalinu, což vede ke:
  - zrychlení srdečního tepu
  - zrychlení dechu
  - zúžení cév v kůži
  - zvýšení napětí svalstva
  - odkrvení prstů
  - rozšíření zornic
  - husí kůži

Následně se aktivuje hypotalamo-hypofyzo-adrenální osa a vyplavují se hormony hypofýzy. Organismus aktivuje energetické zdroje a získává energii z cukru a bílkovin. Nakonec se aktivují jako energetický zdroj depotní tuky.

Psychická reakce začíná interpretací určité situace jako stresující. Způsob hodnocení situace záleží na zkušenosti jedince, jeho aktuálním stavu a schopnostech. Typickou reakcí je úzkost, pocity napětí, smutek, deprese a obavy. Objevuje se také vztek, hněv i agrese. Dochází ke změně kognitivních funkcí, působení zátěže může změnit i způsob uvažování. Jsou aktivizovány psychické obranné reakce, jejichž smyslem je znovuzískání psychické rovnováhy jedince. (Vágnerová, 2004, s. 51-52)

- **Fáze zvládnání či pokusů o zvládnání zátěže** (fáze rezistence): aktivizace pokračuje a možnosti adaptace na stres dosahuje bodu maxima. Mohou nastat dvě základní podoby prožívání. Při orientaci na zvládnutí psychické zátěže se dostavuje postupně zklidňování, jedinec se soustřeďuje na volbu optimálního řešení. Při orientaci na selhání v zátěži pokračuje vzestup aktivace, jedinec je ochromen silně prožívanými emocemi (úzkost, strach, apod.), postupně se vytrácí schopnost volní regulace.
- **Fáze důsledková** (fáze vyčerpání): buď naváže na fázi zvládnání zátěže, nebo přímo na fázi aktivizace, a to v případě, kdy nedochází k zvládnání zátěže. Nezvládl-li jedinec požadavky a tlak situace, hovoříme o jeho psychickém selhání. K obrazu důsledkové fáze patří vždy i procesy zotavování, které zabezpečují návrat jedince do psychicky rovnovážného stavu, v němž se duševní dění navrácí do obvyklých, běžných podob a průběhů. (Čírtková, 2000, s. 129)

### ***Charakteristické znaky stresových situací***

Charakteristické znaky negativně prožívaných stresových situací lze shrnout do několika bodů: (volně podle Atkinsonové et al. 1995 in Vágnerová, 2004, s. 50)

- Pocit neovlivnitelnosti situace - člověk vnímá s větší pravděpodobností určitou situaci jako stresovou, pokud je přesvědčen, že nelze zabránit tomu, aby vznikla. Přesvědčení, že můžeme průběh událostí nějak ovlivnit, snižuje prožitek stresu.

- Pocit nepředvídatelnosti vzniku stresové situace - nemožnost odhadnout, kdy taková situace může vzniknout a tedy se na ni není možné připravit, zvyšuje pocit intenzity stresu. Takto může působit i obava z opakování přírodních katastrof.

- Pocit nezvládnutelnosti situace, která klade subjektivně nepřiměřené nároky. Například člověk není schopen zvládnout požadavky určitého zaměstnání nebo je přesvědčen,

že se nemůže ubránit šikaně, které je na pracovišti vystaven. Za subjektivně neřešitelné mohou být považovány i některé vnitřní konflikty.

- Nepříjemný tlak okolností, vyžadujících příliš mnoho změn - vyvolává pocit dezorientace, zásadní změna životních zvyklostí klade vysoké nároky na adaptaci a znehodnocuje význam doposud fungujících strategií chování (např. úraz, rozpad rodiny, přechod do jiného typu školy).

### ***Druhy stresu***

Na stres nelze pohlížet pouze jednostranně, čili vnímat jej pouze jako něco škodlivého či špatného. Podle Selyeho naprostá nepřítomnost stresu znamená smrt. Bez stresové reakce bychom nemohli vstát ani z postele, neboť náš organismus by nedokázal náležitě zvýšit krevní tlak, odkrivil by se nám mozek a upadli bychom do bezvědomí. Chrání také před nebezpečím, protože:

- nás přímo upozorňuje na nebezpečí či hrozbu,
- dostává tělo i mysl do pohotovosti,
- udržuje nás ve stavu pohotovosti (Praško et al., 2003, s. 56).

Bez stresu by bylo málo pozitivních změn a konstruktivních činností. Pomáhá nám dosáhnout vyšších cílů a je důležitý při řešení náročných problémů. Podle toho, jak stres působí na člověka, je možno jej charakterizovat jako negativní či pozitivní. I pro tyto protichůdné póly se používá odlišných termínů:

***Eustres*** – bývá označován jako „pozitivní stres.“ Nastává v situacích, které máme pod kontrolou, motivuje nás k tvořivým změnám, nastává vyváženost, homeostáza. Plyne z pozitivních zážitků (např. narození dítěte, povýšení, svatba) a v přiměřené míře stimuluje jedince k vyšším nebo lepším výkonům. Projevuje se např. rozechvěním při očekávání kladně emocionálně zabarvené události. (Křivohlavý, 1994, s. 12)

***Distres*** – negativní stres plynoucí z nepříjemných situací, přináší nám negativní pocity a prožitky (např. rozvod, úmrtí blízké osoby, neúspěch, výpověď). Objevuje se tam, kde věci přestáváme zvládat, cítíme se přetížení, ztrácíme jistotu a nadhled. (Praško, Prašková, 1996, s. 12)

Předpony dis- a eu- v těchto termínech jsou známé z řady jiných, z řečtiny odvozených a zdomácnělých slov – například euforická tj. radostná, veselá nálada oproti náladě disforické, tj. depresivní, stísněné, smutné. (Křivohlavý, 1994, s. 12)

## 1.2 Trauma

Každý z nás se během života setká se stresující situací, ne každý však prožije traumatickou událost. Psychické trauma je možné definovat jako náhle vzniklou situaci, která téměř u každého vyvolá v době ohrožení pronikavou tíseň, značnou stresovou reakci, má pro člověka silně negativní význam a vede k určitému poškození nebo ztrátě. Trauma se projevuje potížemi v emoční oblasti, dochází ke ztrátě pocitu jistoty a bezpečí. U postiženého jedince je rovněž ovlivněno uvažování, dochází k narušení jeho objektivitu a může se stát nekritickým a nesoudným. Uvedené změny se projevují i v chování, které bude zaměřeno na únik před další potencionální traumatizací. Traumatizace může být jednorázová i opakovaná, v každém případě se může celková změna životní situace takto postiženého jedince stát zdrojem stresu. (Vágnerová, 2004, s. 52)

Psychické trauma vzniká působením jednoho silně stresujícího zážitku nebo déle trvajících stresujících situací, které mají následující charakteristiky:

1. příčina na jedince působí z vnějšku,
2. je pro něj extrémně děsivá,
3. bezprostředně ohrožuje život nebo tělesnou integritu,
4. vytváří v jedinci pocit bezmocnosti (Vizinová, Preiss, 1999, s. 17).

Následky psychického traumatu se v našich podmínkách nejčastěji vyskytují v souvislostech s vážnou dopravní nehodou, železničním neštěstím, požárem, znásilněním, sexuálním zneužíváním, týráním, únosem, přepadením, fyzickým napadením, pokusem o vraždu nebo jinou násilnou trestnou činností.

### ***Druhy traumatizace a její symptomy***

Traumatizující však událost nemusí být jen pro oběti, ale často také pro náhodné svědky takových činů. Psychickou traumatizaci můžeme obecně rozdělit na tři formy: (Arcel, 1994 in Vizinová, Preiss, 1999, s. 19)

- Primární traumatizace: člověk bývá přímým cílem agrese (např. zabití, zranění, mučení, znásilnění, vyhoštění).
- Sekundární traumatizace: podnětem bývá blízká zkušenost s traumatizací jiné osoby (např. rodina zabitého, mučeného, pohřešovaného apod.).
- Terciální traumatizace: jedinec není v přímém vztahu s obětí traumatizace, ale je v kontaktu s primárně či sekundárně traumatizovanými (svědek, humanitární pracovník nebo terapeut).

Stresující nebývá jen sama ohrožující událost, ale velmi často i věci, které se stanou po ní. Operace po dopravní nehodě, reakce příbuzných, soudní líčení – to vše může účinek traumatických událostí dále zesilovat. Někdy dokonce pozdější důsledky traumatu mohou být více subjektivně traumatizující než boj o holý život. (Praško et al., 2003, s. 24)

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

**1. Nadměrné vzrušení** (hyperarousal) je následkem stálého očekávání nebezpečí. Trvalým vzrušením se organismus jedince udržuje ve stavu, kdy je schopný bojovat či uniknout z ohrožující situace. Snadno se může vylekat, reaguje podrážděně i na sebemenší podněty, trpí poruchami spánku a mohou být u něj shledány symptomy generalizované úzkosti či specifických strachů. Zvýšení nervové aktivity způsobuje neschopnost normálně se adaptovat změnou vztahu k opakovaným podnětům, což znamená, že jedinec reaguje na každý další podnět stejného typu jako na zcela novou výzvu.

**2. Intruzivní příznaky** (intrusions) jsou vtíravé a neodbytné pocity opakovaného prožívání traumatické události. Ve dne pronikají do vědomí opakující se vzpomínky, ve kterých se minulost stává přítomností a jedinec se znovu a znovu propadá k děsivým zážitkům. Vzpomínka může být rovněž vyvolána i zdánlivě nepatrným podnětem, ale její životnost a emocionální náboj je stejný jako v původní situaci. Takové záblesky může jedinec vnímat jako skutečnou realitu a podle toho se i chovat. V noci trpí děsivými sny a nočními můrami.

**3. Příznaky stažení, sevření** (constriction) bývají důsledkem situací, kdy byl člověk vystaven totální bezmocnosti, kdy nemohl klást aktivní odpor, ani utéct a ocitl se náhle ve stavu strnulosti, paralyzace a zkamenělosti. Ze své bezmocnosti může uniknout pouze vnitřně, změnou stavu vědomí. Vnímání může být deformované, provázené částečnou anestezií nebo

ztrátou určitých vjemových modalit. Čas může být prožíván jako změněný. Člověk má v takové situaci pocit, že se vše odehrává mimo něj, nebo je vše jen součástí špatného snu. Tyto změny ve vnímání lze chápat jako dar, který chrání mysl před nesnesitelnou bolestí, umožňují, že se traumatický zážitek odstraní z vědomí, zároveň ale brání integračním procesům nutným k psychickému zpracování zkušenosti.

Symptomy stažení postihují vedle vědomí, myšlení a paměti také spontánní aktivitu a iniciativu. Člověk se snaží vyhýbat určitým situacím vyvolávajícím vzpomínku na trauma, chování je často motivováno strachem. Příznaky stažení, sevření ve svém důsledku vedou k inhibici aktivity, impulzivity a emočního prožívání, a tím ochromují celkovou kvalitu lidského života. (Vizinová, Preiss, 1999, s. 20-21)

Vzájemná provázanost intruzivních příznaků a konstrikce je jedním z hlavních rysů následku traumatu. Projevuje se existencí dvou extrémních stavů – amnézie s možností náhlé záplavy emocí a stavu inhibované aktivity, který je zcela bez emocí. Dlouhotrvající střídání těchto stavů a z nich plynoucí zoufalství může vést až k myšlenkám na sebevraždu.

### **1.3 Posttraumatická stresová porucha**

*„Je to rána, která se už nikdy nezahojí. Nic už nebude jako dřív, ani já, ani svět okolo.“* (pacientka, 42 let in Vágnerová, 2004, s. 425)

Poprvé se začalo o této poruše více mluvit v době první světové války. Byla nazývána „válečnou neurózou“, „bitevní únavou.“ Někteří vojáci po válečných děsích silně trpěli a byl problém dostat je zpět na frontu. Budili se v noci děsem, vybuchovali vzteky, často se upíjeli nebo páchali sebevraždy. Podobné projevy byly později zjištěny i u jiných traumat. Názvy poruchy se měnily, mluvílo se o „nehodové neuróze“ nebo „syndromu znásilnění.“ (Praško et al. 2003, s. 31)

Posttraumatická stresová porucha (z angl. Posttraumatic Stress Disorder, dále jen PTSD) je reakcí na jednorázový traumatizující zážitek nebo na déletrvající stresovou situaci. Je charakteristická znovuprožíváním a přetrváváním této události ve vědomí, spojené s intenzivním strachem, pocity bezmoci, hrůzy a potřebou vyhnout se podnětům, které mohou být s touto zkušeností spojeny. Hlavní příčinou vzniku jsou vnější vlivy. Jsou to extrémně děsivé zážitky, které neodpovídají běžnému očekávání. Lidé nemají pro tyto situace vytvořeny

potřebné obranné mechanismy, mnohé z nich ani přijatelně zvládnout nelze. Záleží na způsobu jejich zpracování, resp. vyrovnání s takovou zkušeností.

PTSD postihuje přibližně 1-4% celkové populace, u žen bývá častější, až 7-10%. Objevuje se v jakémkoli věku, včetně dětství i stáří. V rámci rizikových skupin (např. válečných veteránů nebo obětí trestných činů) je výskyt mnohonásobně zvýšen, uváděná četnost postižených dosahuje až 35-58%. Touto poruchou trpí např. 45% týraných žen, 31% válečných veteránů. (Gelder et al., 1996, Beers a Berkow, 1999, Preiss a Vizinová, 1999 in Vágnerová, 2004, s. 425-427)

Podle výzkumů USA vyšlo najevo, že 98,8% osob s PTSD ve svém životě trpělo nejméně jednou jinou psychiatrickou poruchou, včetně zneužívání návykových látek. U mužů bylo nejčastěji zneužívání alkoholu, deprese a generalizovaná úzkostná porucha, u žen deprese, generalizovaná úzkostná porucha, zneužívání alkoholu a panická porucha.

Souhrnně lze říci, že komorbidita u PTSD je vysoká. Častý je výskyt úzkostných stavů, závislostí na různých látkách, manželské problémy, suicidální myšlenky a pokusy. (Vizinová, Preiss, 1999, s. 31-32)

### ***Typické ohrožující události spouštějící PTSD:***

- přírodní a člověkem způsobené katastrofy (záplavy, zemětřesení, výbuch sopky, vichřice, požáry, výbuchy apod.)
- boj
- týrání
- dlouhodobá internace, mučení
- loupeže a přepadení
- znásilnění
- nehody
- ztráta násilnou smrtí
- dramatické změny zdravotního stavu
- nezvyklé události (např. děsivý halucinatorní zážitek při intoxikaci)
- přítomnost u takové události. (Praško, Hájek, Preiss, 2002, s. 11-12)

### ***Diagnostická kritéria PTSD***

Označení posttraumatické stresové poruchy bylo zavedeno v roce 1980 v rámci třetí revize DSM-III jako zvláštní onemocnění projevující se současným výskytem více příznaků. (Hoskocová, 2009, s. 133)

Mezi diagnostická kritéria Mezinárodní klasifikace nemocí pro PTSD patří:

1. Postižený musel být vystaven stresové události nebo situaci, krátkého nebo dlouhého trvání, výjimečně i nebezpečného nebo katastrofického charakteru, která by pravděpodobně způsobila hluboké rozrušení téměř u kohokoliv.

2. Je přítomno neodbytné znovu vybavování nebo „znovu prožívání“ stresu v podobě rušivých „flashbacků,“ živých vzpomínek či opakujících se snů, nebo prožívání úzkosti při expozici okolnostem připomínajícím stresor nebo s ním spojenými.

3. Postižený se musí vyhýbat nebo dává přednost vyhýbání se okolnostem, které připomínají nebo jsou spojené se stresorem, přičemž toto vyhýbání nebylo přítomno před expozicí stresoru.

4. Musí být přítomno některé z následujících kritérií:

a) neschopnost vybavit si buď jen částečně, nebo kompletně některé důležité momenty z období traumatu,

b) jsou přítomny kterékoli dva z následujících příznaků zvýšené psychické citlivosti a vzrušivosti, které nebyly přítomny před expozicí stresoru:

- potíže s usínáním či udržením spánku,
- podrážděnost nebo návaly hněvu,
- hypervigilita,
- obtíže s koncentrací,
- přehnané úlekové reakce.

5. Kritéria 2, 3 a 4 musí být splněna v průběhu šesti měsíců od stresové události nebo od konce období stresu. Někdy může být účelné diagnostikovat i po delším období šesti měsíců, ale důvody musí být zřetelně specifikovány. (Praško, Hájek, Preiss, 2002, s. 13)



### ***Příznaky PTSD***

Příznaky PTSD se mohou objevit hned po události, spíše však s odstupem času. Mezi nejběžnější příznaky patří:

- ztráta pozitivních emocí,
- dotírající vzpomínky a sny,
- vyhýbání se,
- zvýšená psychická a tělesná vzrušivost.

Na základě délky příznaků se PTSD dělí na:

*Akutní:* Příznaky trvající méně než jeden měsíc.

*Chronická:* Trvají-li příznaky tři měsíce nebo déle.

*S odloženým začátkem:* Příznaky se objevují nejméně šest měsíců po vystavení stresoru. (Praško et al. 2003, s. 44)

### ***Určení PTSD podle biologických parametrů***

PTSD lze určit též pomocí biologických parametrů. Negativní emoce vyvolávají sekreci katecholaminů a vylučování kortizolu, hormonu nadledvinkové kůry. Hladiny těchto hormonů v krvi jsou bezpečnými měřítky pro určení duševní zátěže.

### ***Bludný kruh PTSD***

Při vzniku PTSD dochází k uzavření bludného kruhu potíží. Obvykle bývají spouštěčem bludného kruhu krátké vzpomínky na traumatickou událost. Přicházejí jako spontánní, myšlenka, vzpomínka či sen, nebo mohou být vyprovokovány náhodným obrazem. Negativní vzpomínky vedou k rozvoji úzkosti, napětí či strachu. Úzkostné emoce bývají doprovázeny vegetativními příznaky, které jsou doprovázeny úzkostným chováním. To vše se navzájem ovlivňuje a posiluje. Když se totiž necítíte uvolněně, lehce se dostaví obavy. Důsledkem toho je pak únava a nedostatek energie, které vedou k netečnosti a odkládání obtížných činností, což opět zvyšuje obavy a starosti. Bludný kruh se uzavírá.

Mezi typické tělesné potíže lidí trpící PTSD patří:

- zrychlený tep a bušení srdce,
- tíha a sevření na hrudi,

- píchání nebo bolest na hrudi,
- nemožnost popadnout dech,
- zrychlené dýchání,
- bolesti hlavy,
- bolesti v krční, hrudní nebo bederní páteři,
- závratě, pocity na omdlení,
- žaludek „na vodě“,
- zácpa nebo průjem, bolesti břicha,
- mravenčení v prstech, křeče prstů,
- třes rukou,
- těžké a malátné nohy a ruce, tíha v celém těle,
- návaly horka nebo zimnice,
- poruchy menstruačního cyklu,
- nechutenství, nebo naopak přejídání se,
- celková únava, malátnost,
- nespavost, nadměrná spavost. (Praško et al. 2003, s. 45-46)

### ***Léčba PTSD***

V odborné literatuře bývá doporučován k léčbě PTSD vyvážený komplexní přístup psychoterapeutický a farmakoterapeutický. Mezi psychoterapeutické přístupy patří psychoterapie, kognitivně-behaviorální terapie, hypnóza a skupinová terapie. Postižení obtížně navazují kontakt s jinými lidmi, a je proto mimořádně důležité, aby mezi nimi dokázali najít dobré pomocníky, kteří by jim pomohli se uzdravit. Pacient se potřebuje cítit bezpečně, proto musí být postup velmi diskrétní a jemný. V průběhu léčby prochází pacient třemi stadii, která zohledňují možnosti pacienta na cestě k uzdravování:

- získávání pocitu bezpečí,
- vzpomínání na podrobnosti traumatické události a akceptace ztrát s ní spojených,
- obnovení normálního života. (Praško, Hájek, Preiss, 2002, s. 49-51)

Pro léčbu i předcházení postižení PTSD je velmi důležitá podpora blízkými lidmi. Tito lidé, ať už jsou to přátelé, rodinní příslušníci, členové svépomocných podpůrných skupin nebo psychoterapeuti by měli splňovat následující předpoklady: nemocné pozorně vyslechnout, respektovat jejich pocity, nabídnout podporu a jistotu, ne soucit, neradit, co by měl nebo

neměl dělat nebo cítit, uvědomit si, že je to následek traumatu, nekritizovat a neobviňovat, vědět, že to není charakterová slabost, uvědomit si, že traumatická událost může mít na postiženého veliký dopad, chovat se k oběti traumatu s úctou a nedělat nářky, že si vymýšlejí nebo že jen chtějí upoutat pozornost. (Porterfieldová, 1996, s. 101)

## 1.4 Krize

Slovo krize pochází původně z řeckého slova „*krisis*“, označujícího vrcholnou fázi soudního procesu, kdy dochází k rozhodujícímu momentu a dospívá se k rozsudku. Podle Kastové: „*O krizi hovoříme tehdy, pokud se člověk ocitne v zatěžující nerovnováze mezi subjektivním významem problému a možnostmi zvládnutí, které má k dispozici. V krizi jedinec cítí ohrožení své identity, kompetence utvářet svůj vlastní život. Prožitek schopnosti formovat život pro nás má vysokou hodnotu, která je v krizi ohrožena.*“ (Kastová in Hoskovcová, 2009, s. 83)

Knoppová tento pojem definuje takto: „*Krize je subjektivně ohrožující situace s velkým dynamickým nábojem, potenciálem změny. Bez ní by nebylo možné dosáhnout životního posunu, zrání.*“ (Knoppová, 1997, s. 20)

Krize se často zaměňuje s pojmy jako jsou stres, trauma, konflikt apod. Jak vysvětluje Špatenková (2004a, s. 17), stres je charakteristickou fyziologickou odpovědí na poškození nebo ohrožení organismu. Trauma je reakcí na situaci vzniklou událostí přesahující běžnou lidskou zkušenost. Krize je vymezena jako reakce na událost, kterou není jedinec schopen řešit pomocí obvyklých strategií zvládnutí zátěže. Samotný průběh krize je stejně jako stres či trauma ovlivněn mnoha okolnostmi, jako např. věk, pohlaví, momentální a celkový zdravotní stav, osobnostní charakteristika, průběh dřívějších krizí, schopnost zvládat zátěž a také celková sociální opora.

Při krizi dochází k selhání adaptačních mechanismů, bývá provázena negativními citovými prožitky, objevuje se tenze, úzkost, zoufalství a beznaděj. V důsledku toho se mění i uvažování, hodnocení a jednání. Zvládnutí krize spočívá v přehodnocení situace a nalezení efektivnějších způsobů jednání.

Mezi symptomy předpovídající krizi patří: (Špatenková, 2004a, s. 18 )

- intenzivní kritická událost vybočující z každodenní reality

- přítomnost negativních emocí a zážitků
- prožívání situace jako ztráty, ohrožení nebo výzvy
- pocit ztráty kontroly
- pocit nejistoty z budoucnosti
- náhlé narušení obvyklých vzorců chování, způsobu života, návyků, denního rytmu, apod.
- nutnost změny a přizpůsobení se nové situaci
- stav emočního napětí trvající určitou dobu (nejčastěji 2-6 týdnů, někdy i měsíců)

### ***Příčiny krize***

Vymětal (in Vodáčková et al., 2002, s. 32) připomíná v této souvislosti princip dvojí kvalifikace. Aby mohla vzniknout určitá reakce organismu, musí dojít k propojení vyladěnosti organismu s vnějším spouštěčem.

Jako vnější precipitory krize označuje fyzik René Thom (1992) tři aspekty:

- *Ztráta objektu:* nejen ztráta osoby, ale ztráta čehokoli, k čemu jsme vázáni. Jedná se např. o ztrátu partnera, dítěte, zaměstnání, víry apod.
- *Změna:* vše co se vyvíjí stále zhruba stejně, bez větších zlomů, máme tendenci vnímat jako dobré. Kvantitativní a kvalitativní skoky v nás vzbuzují pocit nepohodlí. To platí i v případě, že jde o pozitivní zlom, např. velká výhra.
- *Volba:* mezi dvěma stejnými kvalitami, viz. příběh z knihy Williama Styrona *Sofiina volba*.

Jako dva vnitřní precipitory krize uvádí autor:

- Nutnost subjektu adaptovat se na vlastní vývoj a změny z toho pramenící, tzn. že precipitorem může být právě neschopnost vyhovět potřebám vývoje, nárokům a zodpovědnosti.

- Tzv. náhradní opatření, čímž zamezíme krizi pouze dočasně. Je to něco jako zalepit duši kola provizorním materiálem, například žvýkačkou. Na takovém kole nejde jezdit pořád, vzduch později začne opět ucházet.

Klasifikaci životních událostí, které se mohou stát spouštěčem krize, provedli v šedesátých letech 20. století Holmes a Rahe. (Honzák, 1994) Ke každé události byl přiřazen počet bodů a dlouhodobým výzkumem bylo zjištěno, že překročí-li součet bodů v jednom roce 250, je velká pravděpodobnost, že to bude mít neblahé následky v oblasti psychické, somatické nebo ve schopnosti přiměřené sociální adaptace, viz. tabulka č. 1. (Lucká, 2003, s. 121)

***Tabulka č. 1. Vybrané životní události***

Životní událost	Bodové vyjádření intenzity zátěže
Úmrtí partnera	100
Rozvod	73
Rozchod manželů	65
Úmrtí blízkého člena rodiny	63
Výkon trestu	63
Úraz nebo vážné onemocnění	53
Sňatek	50
Ztráta zaměstnání	47
Odchod do důchodu	45
Smíření manželů	45
Onemocnění člena rodiny	44
Těhotenství	40

Přírůstek nového člena do rodiny	39
Změna zaměstnání	39
Sexuální potíže	39
Změna finančního stavu	38
Úmrtí blízkého přítele	38
Závažné neshody s partnerem	37
Konflikty se zetěm/snachou	35
Problémy s příbuznými partnera	29
Manželka začala nebo přestala pracovat	29
Odchod dítěte z domu	29
Vynikající osobní úspěch	28
Zahájení nebo ukončení studia	26
Změna životních podmínek	25
Změna životních zvyklostí	24
Změna bydliště	20
Změna rekreačních aktivit	19
Změna sociálních aktivit	18
Změna spánkových zvyklostí a režimu	16
Změny v širší rodině (úmrtí, sňatky)	16
Změna stravovacích návyků	15
Vánoce	12
Drobné porušení zákona	11

### ***Vývoj a fáze krize***

Vývoj, vznik a řešení krize je proces, který netrvá příliš dlouho, ale má určitou zákonitou posloupnost. Vývoj lze rozfázovat pro lepší přehlednost do krátkých stádií trvajících pár hodin, někdy pár dnů.

Jeden z předních teoretiků Caplan definoval fáze krizového stavu: (Pasquali et al., 1989 in Vodáčková a kol. 2002, s. 39)

**1. fáze:** při vnímání ohrožení nastává zvýšená úzkost. Aktivizují se proto obvyklé vyrovnávací strategie, které se u někoho odehrávají v rovině svépomoci, jiný hledá pomoc u blízkých lidí. Pokud se neosvědčí, nastupuje druhá fáze (odehrává se v řádu minut až hodin, maximálně několika dnů).

**2. fáze:** člověk zažívá pocity zranitelnosti a nedostatku kontroly nad situací. Může se dostavit ochromení nebo se můžeme snažit vyrovnat se situací náhodným způsobem. Někdo například v této fázi kontaktuje linku důvěry. Pokud úzkost přetrvává a řešení se nedostavuje, vstupujeme do další fáze (odehrává se v horizontu hodin až několika dnů).

**3. fáze:** pokoušíme se o předefinování krize. Doufáme, že dobře známé vyrovnávací prostředky budou úspěšné. Nové způsoby řešení mohou být také účinné. Je možné se vrátit na předkrizovou úroveň fungování. V této fázi je jedinec nejpřístupnější pomoci a krizová intervence je zde plně dostačující, pokud nenastal hlubší problém. V této fázi navštěvují klienti krizová centra spontánně (odehrává se v řádu hodin a dnů).

**4. fáze:** se vyznačuje závažnou psychologickou dezorganizovaností. Úzkost a reakce na ni se podobají stavům paniky. Nastávají hluboké kognitivní, emocionální a psychologické změny. V tento okamžik se krizová intervence může ukázat jako nezbytná, někdy na ni navazuje psychoterapie (odehrává se v řádu dnů až týdnů).

### ***Determinanty průběhu krize***

Přestože je prožívání krize vysoce individuální záležitostí, můžeme identifikovat jisté společné determinanty, které ovlivňují reakci na krizi. Například:

1. Věk - určuje psychologickou problematiku typickou pro danou vývojovou etapu, individuální i společenská očekávání ve vztahu k sociálním rolím.
2. Pohlaví – ženy vyhledávají častěji institucionalizované formy psychosociální pomoci. Obecně se předpokládá, že ženy jsou emotivněji sdílnější.

3. Životní situace – jako soubor faktorů zahrnující: materiální situaci, pracovní situaci, bydliště, rodinnou situaci apod.
4. Zdravotní stav – rozumí se psychický i fyzický. Jedinec oslabený nemocí nebo dlouhodobým strádáním je méně odolný vůči ohrožení psychické rovnováhy.
5. Osobnostní faktory – především pak charakter, temperament, emoční stabilita, extroverze, adaptabilita a s tím související odolnost vůči zátěži apod.
6. Schopnost zvládat náročné životní situace
7. Dřívější nevyřešené krize
8. Spolupůsobící krize
9. Naděje
10. Náboženské přesvědčení
11. Sociální opora ( Špatenková, 2004a, s. 34-35)

### ***Typologie krizí***

Baldwin vytvořil klasifikační systém šesti tříd krizí, které řadil podle vzrůstající závažnosti. Postupně od první třídy do šesté je krize závažnější a zdroj stresu postupuje od vnějšího k vnitřnímu: (Vodáčková et al., 2002, s. 34)

- ***Situační krize*** – spouštěčem je obvykle náhle vzniklá událost, která vyvolávající v jedinci intenzivní pocity tísně nebo nouze, vzbuzuje v něm úzkost a dojem neodkladnosti a naléhavosti řešení. Setkáváme se s nimi nejčastěji.
- ***Tranzitorní krize*** – neboli krize z očekávaných změn. Během života se jedinec musí utkat s řadou přirozených překážek, které jsou dány vývojovými nároky. Podle Vodáčkové jsou tyto předvídatelné procesy růstu a zrání vázány na určité časové období (např. puberta, adolescence, klimakterium). Techniky krizové intervence tu většinou nemají své místo, neboť přechod trvá dlouho, někdy i roky.
- ***Krize pramenící z náhlého traumatizujícího stresu*** – přicházejí náhle a neočekávaně, ohrožují tělesnou nebo duševní integritu. Jde o náhlé působení extrémně silného podnětu s vysokou intenzitou vlivu na psychický stav postiženého člověka. Nejčastěji souvisejí se závažnými životními událostmi, závažnými ze subjektivního hlediska pro toho, koho se týkají. Techniky krizové intervence patří k základní výbavě při práci s nimi. (Baštecká et al. 2005, s. 165)



- **Krize vývojové** – nebo-li krize z nevyřešených vývojových otázek. Nastávají tam, kde byly potlačeny, neřešeny nebo narušeny některé ze základních vývojových otázek a situační spouštěč jejich porušenost oživí.
- **Krize pramenící z psychopatologie** – podklad je také v neřešených nebo jen provizorně řešených vývojových otázkách. Základy obtíží však budou patrně směřovat do ranějších vývojových stadií. Často půjde o jedince, kteří mají zkušenosti s psychiatrickou léčbou. Pravděpodobně půjde o jedince s poruchou osobnosti, závažnými neurotickými obtížemi, klienty s velkou depresí či psychózou, závislé na drogách či alkoholu. (Vodáčková et al. 2002, s. 37)
- **Neodkladné krizové stavy** – jedná se o situace, nesoucí sebou vysoký potenciál naléhavosti. Patří sem různé akutní stavy, které mohou, ale rovněž nemusí provázet probíhající psychické onemocnění. Burgess a Baldwin uvádí, že sem patří akutní psychotické stavy, drogové či alkoholové intoxikace a problémy spojené s kontrolou impulzů, jako jsou sebevražedné nebo vražedné chování, nekontrolovatelná agrese a zlost. (Vodáčková et al., 2002, s. 38)

## 2. Řešení krize

V souvislosti s řešením krize můžeme hovořit o neformální a formální pomoci v krizi.

### 2.1 Neformální pomoc

Neformální pomoc v krizi zahrnuje především svépomoc a vzájemnou pomoc. O svépomoci podle Špatenkové (2004a, s. 35) hovoříme především v souvislosti s tzv. obrannými mechanismy, kterými rozumíme stabilní dispozice jedince reagovat určitým způsobem na náročné životní situace. Například:

**Útok** - je aktivní obrannou reakcí, snažíme se s ohrožující situací bojovat. Jedinec může zaútočit přímo na zdroj ohrožení, nebo se zaměří na náhradní objekt. Agrese může být zaměřena i vůči sobě samému, může se projevit sebeobviňováním, v krajním případě až sebevražednými tendencemi. Sklony k agresivnímu chování mohou být vrozené, geneticky

podmíněné, ale mohou se rozvíjet i učením. Důležitou funkci má jeho efektivita, ale i tolerance společnosti k agresivnímu jednání. Agrese se nemusí projevit pouze negativně, porušováním sociálních norem. Socializovaná varianta může mít charakter asertivity. S preferencí útočné strategie souvisí i sklon ke zvýšené aktivitě, jež s řešením aktuálního problému souvisí. Do této kategorie můžeme zařadit i tendence k upoutávání pozornosti, k sebeprosazení, např. Nápadným a odlišným chováním či úpravou zevnějšku. (Vágnerová, 2004, s. 56)

**Únik** - je opačným řešením než útok, vyjadřuje tendenci utéci z neřešitelné situace. Způsoby úniku mohou být různé: může jít o faktický útěk, přenesení odpovědnosti za řešení na jiného člověka nebo o rezignaci na uspokojení. Tendence řešit problém únikem se může projevit jak na úrovni interpretace samotného problému, tak na úrovni přístupu k tomuto problému.

**Represe** - vytěsnění bolestných impulsů či vzpomínek z vědomí.

**Suprese** - záměrné a vědomé potlačení vzpomínek na traumatickou událost.

**Regrese** - návrat k vývojově nižším stádiím. Dospělý se může v krizi začít chovat jako malé dítě, vyjadřuje tak zvýšenou potřebu péče a podpory.

**Inverze** - jedinec se v krizi chová přesně naopak, než bychom očekávali.

**Popírání** - popírání existence nepříjemné skutečnosti.

**Racionalizace** - přisouzení logických nebo sociálně žádoucích motivů našim aktivitám, abychom působili racionálním dojmem.

**Introjekce** - promítání problémů jiných lidí do vlastního života.

**Projekce** - připisování vlastních nežádoucích vlastností druhým v přehnané formě.

**Sebeobviňování** – hledání viny za vzniklou situaci u sebe sama.

**Coping (zvládání)** - podle Vágnerové lze způsoby vyrovnávání se zátěžovými situacemi dělit podle toho, zda jsou vědomé či neuvědomované. Vědomou strategií zvládání zátěžové situace je coping. Cílem volby určité strategie je zaměření na určitý cíl, kterým by mělo být dosažení možné pozitivní změny a tolerance, resp. smíření s tím, co změnit nelze, při zachování psychické rovnováhy a pozitivního obrazu sebe samého. (Vágnerová, 2004, s. 56-57)

Coping má dvě hlavní formy: buď se zaměříme na problém, nebo situaci, která nastala s pokusem najít způsob jak ji změnit, jak ji odstranit, nebo se jí alespoň v budoucnosti vyhnout. V tomto případě mluvíme o zvládání zaměřené na problém. (Atkinsonová, 1995) Hlavní zásadou této strategie je vymezit problém, hledat alternativní řešení, volit je

a realizovat. Strategie zaměřené na problém mohou být nasměrovány také dovnitř, kdy osoba mění něco v sobě místo toho, aby měnila prostředí. Druhou formou zvládnání, je zvládnání zaměřené na emoce, na zmírnění emocí spojených s krizovou situací. Tato forma zvládnání se používá, když je problém neovlivnitelný. Většina lidí zvládá krize s pomocí obou forem strategií.

Vzájemnou pomocí je myšleno obdržení pomoci od blízkých osob ve formě emocionální podpory, praktické pomoci, rady a informací. (Špatenková, 2004a, s. 37)

Smyslem vzájemné pomoci je většinou vytvoření akceptujícího, nestresujícího prostředí, ve kterém zasažený člověk může uspokojit potřebu být vyslechnut a pochopen, zažije empatii, účast. (Lucká, 2003, s. 129)

## **2.2 Formální (odborná) pomoc**

Formální pomoc v krizi je chápána jako institucionalizovaná odborná pomoc označovaná také jako krizová intervence. Podle Vodáčkové (2002, s. 53) je odborná krizová pomoc komplex služeb, odpovídajících na klientův prožitek jeho životní situace, kterou vnímá jako neodkladnou a naléhavou a ve stavu nouze není schopen ji řešit sám. Spočívá ve stabilizaci stavu klienta, snížení nebezpečí, že se bude krizový stav dále prohlubovat. Cílem je poskytnout klientovi podporu, bezpečí, vedení a naději, aby pocítil úlevu, zvýšila se jeho schopnost situaci zvládat a vrátil se na předkrizovou úroveň žití.

Perspektivním cílem je pak propracovat s klientem blízkou budoucnost, a je-li to vhodné, nasměrovat ho na další možnosti řešení. Jedním z takových prvků je podpora kompetence a samostatnosti klienta.

Mezi základní charakteristiky poskytování odborné krizové pomoci patří:

1. Princip dostupnosti – krizová pomoc je veřejně známá, stále dostupná všem klientům bez rozdílu věku, pohlaví, rasy, původu, náboženství, řeči, sexuální orientace, handicapu a socioekonomického postavení.
2. Princip individuality krize – služby může využít každý podle svého vlastního uvážení, bez nutnosti doporučujících dopisů od jiných odborníků.

3. Princip komplexnosti péče – podle potřeb klienta by se měla zabývat bio-psycho-sociálními a duchovními potřebami.
4. Princip vnitřní bezbariérovosti – bariéry tvoří i vnitřní uspořádání zařízení (neosobní interiér, bílé vysoké chodby nemocnic, mříže, bílé pláště, křik, ticho, znepokojivé plakáty apod.)
5. Princip návaznosti – dobrá návaznost následné péče, podle dalších potřeb klienta jej nasměrovat na navazujícího odborníka nebo pracoviště. (Vodáčková et al. 2002, s. 53-55)

#### ***Formy odborné krizové pomoci:***

- *Ambulantní* – klient dochází do zařízení zaměřeného na pomoc lidem v krizi, nebo vyhledá pomoc odborníka.
- *Hospitalizace* – v zařízení k tomu určeném – krizové centrum.
- *Terénní služby* - výjezd ke klientovi, doprovod, návštěva klienta, terénní služby při hromadných neštěstích a katastrofách.
- *Krizová pomoc a služba v klientově přirozeném prostředí* – pro indisponované klienty, v jejichž silách není osobně krizové pracoviště navštívit.
- *Telefonická krizová pomoc* - kontaktní linky, specializované linky, linky důvěry. (Vodáčková et al., 2002, s. 55-57)

## **2.3 Krizová intervence**

*„Krizová intervence je odborná metoda práce s klientem v situacích, které osobně prožívá jako zátěžové, ohrožující a nepříznivé. Krizová intervence napomáhá zpřehlednit a strukturovat klientovo prožívání a zastavit ohrožující či jiné 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 se snaží klienta podpořit v jeho kompetencích řešit problém tak, aby dokázal aktivně a konstruktivně zapojit své vlastní síly a schopnosti a využít potenciálu přirozených vztahů. Krizová*

*intervence se odehrává v rovině řešení klientova problému a překonávání určitých překážek“.*  
(Vodáčková et al., 2002, s. 60)

Špatenková (2004, s. 15) stručně definuje krizovou intervenci jako *specializovanou pomoc osobám, které se ocitly v krizi*. Zahrnuje v sobě různé formy pomoci, které mají za úkol vrátit jedinci psychologickou rovnováhu, narušenou kritickou životní událostí. Krizová intervence zahrnuje především pomoc psychologickou, lékařskou, sociální a právní:

- Psychologická pomoc spočívá v časově omezeném terapeutickém kontaktu zaměřeném na problém, který krizi vyvolal.
- Lékařská pomoc zahrnuje především intervenci psychiatrickou a v případě potřeby také medikaci a krátkodobou hospitalizaci.
- Sociální pomoc je chápána jako činnost směřující k okamžitému sociálnímu zásahu zaměřenému na osoby, které se ocitly v krizové situaci.
- Právní pomoc spadá především do kompetence právníků a je poskytnuta především v oblasti sociálně-právní.

Při krizové intervenci není vhodná doba k rafinovaným a sáhodlouhým psychologickým interpretacím, je to čas jednat.

Je dobré se vyvarovat: utěšování, přesvědčování, dávání „dobrých rad,“ vynucování rychlých rozhodnutí, bagatelizování, příliš častému podávání uklidňujících léků.

Specifické znaky krizové intervence podle Špatenkové: (2004, s. 16-17)

- okamžitá pomoc – poskytnutí pomoci má být tak rychlé, jak je to jen možné,
- redukce ohrožení – emocionální podpora, zajištění pocitu bezpečí a materiální pomoc,
- koncentrace na problém – analýza historie krize a klienta je potřebná pro porozumění podstaty a hloubky krizových reakcí, ale krizová intervence se především zaměřuje na aktuální situaci a problém,
- časové ohraničení – 6-10 setkání pravidelně jednou za týden,
- intenzivní kontakt krizového intervenanta a klienta,
- strukturovaný, aktivní, někdy i direktivní přístup krizového intervenanta,

- individuální přístup.

V praxi podle Špatenkové tvoří krizovou intervenci nejčastěji aktivity jako, poskytování emocionální podpory a pocitu bezpečí, podpora ventilace emocí, usnadnění komunikace, konfrontace s realitou, identifikace řešeného problému, odhalení skryté zakázky, zhodnocení dosavadních adaptačních mechanismů, využití efektivních adaptačních mechanismů, mobilizace zdrojů pomoci, tvorba plánu pomoci.

Jak uvádí Matoušek (2008, s. 130), setkáváme se stále v praxi s mylnou představou, že každý, kdo pracuje s lidmi v jakékoli pomáhající profesi, umí pracovat s krizí. Krizová intervence je speciální dovednost, k jejímu zvládnutí je potřeba projít výcvikem, který obsahuje teoretickou i praktickou část.

### ***Etapy krizové intervence***

Krizovou intervenci je třeba vnímat jako proces interakce probíhající mezi klientem a pracovníkem v krizové intervenci. Tento proces směřuje z výchozího do cílového bodu, kdy etapy mezi těmito body popisují různí autoři jiným způsobem. Liší se i počet etap. Autoři se však shodují na tom, že proces začíná úvodní etapou, vychází z bodu, kterým je navázání kontaktu a směřuje k bodu cílovému, kterým je závěrečná etapa, tedy ukončení a zhodnocení intervence. Podle Špatenkové, budeme vycházet z třífázového modelu.

**Úvod** - zahrnuje především navázání kontaktu mezi krizovým interventem a klientem. Klient v krizi často prožívá strach, úzkost, bezradnost, beznaděj a může se chovat nevyzpytatelně, bez rozmyslu, popuzeně, ale i agresivně. Navázání dobrého kontaktu s klientem je pro řešení problému klíčové.

*Jeden Američan, pracovník pomáhající profese, popisuje svou zkušenost, kdy jako mladý nadšený frekventant výcviku logoterapie při požáru rodinného domu nabízel pomoc formou hovoru o pomíjejícínosti materiálních statků. Byl zaskočen tím, že jeden z postižených ho fyzicky napadl a kopanci vyprovodil z místa prozatímního ubytování. „ Naučil mne tak velmi rychle pochopit, co je v této chvíli třeba, byla to vydatnější lekce než studium odborné literatury,“ píše ve svých vzpomínkách. (Lucká, 2008, s. 284)*

Nedílnou součástí této fáze je i zajištění bezpečí týkající se nejen fyzické, ale zejména psychické stránky klienta.

Mlčák (2005, s. 26) o úvodní etapě krizové intervence říká: *„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.“*

**Stat'** - dochází k identifikaci problému, shromažďování informací sloužících k posouzení rozsahu krizové reakce, příčin krize a okolností, za jakých k ní došlo, k objasnění přetrvávajícího ohrožení, k posouzení stupně dezorganizace ve způsobu chování a zachování možností k překonání krize. Je důležité identifikovat předchozí způsoby řešení podobných problémů, možnosti řešení krize v současnosti. Současně vzniká plán, jak krizi řešit, přičemž je nutné zmapování systému sociální opory. Už tady získává klient schopnost samostatně rozhodovat a pomoc, která je mu poskytována se blíží k závěru. Někdy však klient potřebuje pomoc i ve fázi realizace plánu, který byl vypracován společně s krizovým interventem. Klient v krizi obvykle předpokládá, že se mu dostane podpory a potvrzení průběžných úspěchů při překonávání obtíží. Prvky emocionální podpory a podpora konstruktivního jednání klienta je nedílnou součástí krizové intervence.

Pokud je krizový stav klienta vážný a není možné, aby se vrátil do svého přirozeného prostředí, je nutná hospitalizace.

**Závěr** - po ukončení krizové intervence, kdy se ukáže, že je krize překonána, následuje jasná a srozumitelná dokumentace, aby bylo možné při dalším kontaktu s klientem plynule navázat na dosavadní skutečnosti. V dokumentaci by měly být reflektovány především tyto skutečnosti:

- v jakém psychickém stavu byl klient na počátku procesu intervence,
- jak dlouho trval krizový stav a jaké jsou jeho příčiny,
- jaká intervence byla provedena,
- se kterými institucemi bylo spolupracováno a s jakým výsledkem,
- jaká společná rozhodnutí byla přijata v konečné fázi setkání,

- v jakém psychickém stavu byl klient při ukončení intervence,
- další plány s klientem a institucemi do budoucnosti. (Špatenková, 2004, s. 19-20)

O závěrečné etapě Mlčák (2005, s. 27) říká, že: „nastupuje, jestliže bylo dosaženo základní psychické rovnováhy klienta na úrovni předkrizového stavu, odpovídajícího náhledu týkajícího se příčin a projevů krizového stavu, a jestliže byly splněny hlavní priority dohodnuté v kontraktu s interventem.“

**Tabulka č. 2. Třífázový model krizové intervence popisuje také Golanová (1978).**

Počáteční fáze - formulace	Střední fáze - realizace	Konečná fáze - ukončení
<b>První kontakt</b>	<b>První až šestý kontakt</b>	<b>Sedmý a osmý kontakt, pokud je to nutné</b>
<b>A:</b> zaměřit se na stav krize koncentrovat se na „teď hned“ ventilace emocí prozkoumat rizikovou událost zhodnotit dopad události	<b>A:</b> doplnění chybějících informací zkontrolovat nesrovnalosti vybrat hlavní témata (ztráta, změna, výzva)	<b>A:</b> rozhodnutí o ukončení pomoci klientovi vyrovnat se s ukončením procesu krizové intervence nabídnout pokračování péče a pomoci v jiné formě (např. psychoterapie)
<b>B:</b> vyhodnocení konstatování rozhodnutí seznam okolností a prvořadých problémů ověřit klientovy priority určit hlavní problém	<b>B:</b> změna chování ověřit klientovy adaptační mechanismy stanovit realistické, krátkodobé a dosažitelné cíle	<b>B:</b> prozkoumat pokrok posoudit hlavní témata připomenout dosažené cíle, úkoly, změny, nedokončenou práci
<b>C:</b> smlouva (kontrakt) definovat pro klienta i pro pracovníka cíle a problémy	<b>C:</b> identifikovat obecné problémy a úkoly společně vypracovat plán řešení úkolů a problémů	<b>C:</b> naplánovat budoucnost diskutovat o současných problémech probrat klientovy plány pomoci klientovi, aby měl pocit, že proces intervence je ukončený



## 2.4 Formy krizové intervence

Podle typu kontaktu mezi krizovým interventem a klientem můžeme formy odborné pomoci rozdělit na prezenční a distanční formu pomoci.

### ***Prezenční forma pomoci***

Prezenční forma krizové intervence představuje osobní kontakt krizového pracovníka a klienta. Vodáčková (2002, s. 59, 72) mluví o krizové intervenci „tváří v tvář.“ Jako výhodu osobního kontaktu autorka uvádí, více podnětů – vizuálních, hmatových i čichových. Beze slov můžeme vydávat řadu signálů pomocí mimiky, gest, pohybů a vzdálenosti. Nevýhodou může být nutnost překonat předsudky a obavy, které klient většinou v těchto situacích prožívá a které ho mohou od vyhledání pomoci odrazovat. Do této formy krizové intervence lze podle Špatenkové (2004, s. 23) zahrnout:

***Ambulantní pomoc*** - bývá poskytována v ambulanci, resp. poradnách, institucích určených k poskytování pomoci lidem v krizi, kam se klient sám dostaví. Klient takovou péči vyhledá sám na základě vlastního uvážení, často je však do ambulance naveden jiným odborníkem, např. pracovníkem linky důvěry, policií, pracovníky sociálních nebo zdravotnických institucí apod.

***Hospitalizace*** - jedná se o krátkodobé umístění klienta na tzv. „krizové“ lůžko, nejčastěji v krizovém centru. K tomu se přistupuje v případě, že pobyt jedince v jeho přirozeném prostředí je pro něho nebezpečný, nebo zde klient nemůže nebo nechce setrvat. Hospitalizace eliminuje rizikové faktory, umožňuje intenzivní koncentraci na řešení krize a využití všech zdrojů a možností krizového centra.

***Terénní a mobilní služby*** – odborník dochází přímo za klienty do prostředí, kde se nachází. Může se jednat o domov, školu, ulici nebo přímo místo, kde došlo k neštěstí nebo katastrofě.

Instituce poskytující primárně krizovou intervenci se běžně nazývají krizová centra – *Krizové centrum Spondea, Krizové centrum pro matky s dětmi v nouzi apod.* Jsou vybaveny krizovými lůžky a obvykle poskytují i ambulantní služby. Některé provozují i linku důvěry. Kromě diagnostické funkce plní i funkci terapeutickou a můžou poskytovat i sociální oporu, pokud přirozené zdroje sociální opory nefungují.

V těchto centrech působí multidisciplinární tým s odbornými pracovníky, zpravidla psychology, sociálními pracovníky, lékaři a zdravotními sestrami. Tento tým často spolupracuje s dalšími odborníky, např. právníky a duchovními, ale také dobrovolníky z řad laiků. (Špatenková, 2004, s. 23)

### ***Distanční forma pomoci***

Distanční forma pomoci představuje zprostředkovaný kontakt krizového pracovníka a klienta. Krizový intervent je prostorově vzdálen od klienta. Do této formy krizové intervence lze zejména zahrnout telefonický nebo internetový kontakt.

**a) telefonická pomoc** – způsob, který spočívá v telefonickém kontaktu krizového pracovníka a klienta. Kontakt bývá zpravidla zajišťován linkami důvěry. Linky důvěry mohou být úzce specializovány na nějakou skupinu klientů (Linka důvěry pro děti a mládež, DONA linka-pro domácí násilí), případně na nějaký specifický problém (např. Help line AIDS), nebo mohou poskytovat služby celému širokému spektru volajících. Klient se může cítit bezpečnější než při kontaktu tváří v tvář, ale pro krizového pracovníka může být tato forma pomoci náročnější vzhledem k tomu, že při ní nelze využít neverbální složku komunikace. Vodáčková (2002, s. 72) o telefonickém rozhovoru uvádí: *„V telefonickém rozhovoru se poměr verbálního a paraverbálního mění. A z toho musíme vycházet – naučit se dobře vládnout jazykem, dobře a citlivě formulovat, nacházet pojmenování pro věci a jevy, které možná běžně pojmenovávat nemusíme. Je potřeba využít všech dostupných prvků uplatňujících se v umění rozhovoru. Prostřednictvím slov, zvuků a ticha vnést do rozhovoru stabilitu a bezpečí, zapojit do rozhovoru co nejvíce smyslů, aby v něm bylo místo pro tělo, pro autentické pocity, pro fantazii, pro budoucí změnu.“*

**b) internetová pomoc** – je realizována prostřednictvím internetu. Vzhledem ke stále rostoucímu počtu uživatelů internetu a k velkým komunikačním možnostem tohoto média lze předpokládat stoupající zájem o tuto formu pomoci. (Špatenková, 2004, s. 24) Podle Vodáčkové (2002, s. 70) mezi krizovou intervencí (prezenční forma) a telefonickou krizovou intervencí (distanční forma) nelze vložit rovnítko. Některé prvky se sice do jisté míry překrývají, ale totožné nejsou.

Špatenková (2004, s. 27-29 ) uvádí výhody a nevýhody telefonické krizové intervence následovně:

Mezi **výhody** telefonické krizové intervence patří:

- *okamžitá pomoc* - možnost vyhledat pomoc v kteroukoliv denní i noční dobu, mnohé linky důvěry fungují nonstop.
- *snadná dostupnost* - je klientům nejbližší, pomoc je právě tak blízko, jak daleko je nejbližší telefon.
- *bezbariérovost* - umožňuje překonat interpersonální i geografické bariéry.
- *bezpečí a kontrola klienta* - odpadá strach klienta z cizího prostředí, klient může zůstat tam, kde se cítí dobře a bezpečně.
- *nízké náklady* - služby telefonické krizové intervence jsou zdarma, platí se pouze běžné telefonické poplatky.
- *anonymita klienta* - zachování anonymity je jedním z důvodů, proč klienti tento typ služby vyhledávají.
- *anonymita intervanta* - zabraňuje tomu, aby se na něj klient fixoval, případně ho pronásledoval. Je zde i jiný aspekt, a to představa klienta o interventovi. Při osobní návštěvě může být realita zcela odlišná.
- *určitá volnost a prostor pro krizového intervanta i klienta.*

Mezi **nevýhody** telefonické krizové intervence patří:

- *absence vizuálního klíče* - po telefonu nikdy nevíme, jak daná osoba vypadá, jaký má výraz obličeje, gesta a mnoho dalších nonverbálních charakteristik.
- *redukce informací o klientovi* - v důsledku absence vizuálního klíče má intervent o klientovi daleko méně informací, než v rámci pomoci face-to-face.
- *časový stres* - pokud se nepodaří rychlé navázání kontaktu a brzké vybudování určitého stupně důvěry, volající s velkou pravděpodobností zavěsí.

- *přerušeni kontaktu* - například v důsledku poruchy telefonní sítě, slabého signálu mobilního operátora.
- *nedostatečná zpětná vazba* - hovory jsou zpravidla jednorázové a proto nemá krizový intervent zpětnou vazbu o účinnosti zásahu.
- *náročnost* - je v mnoha směrech obtížnější a náročnější, než jiné formy pomoci.

### ***Znalosti pracovníka linky***

Pracovník poskytující krizovou intervenci prostřednictvím telefonu musí znát veškerá specifika této práce. Po absolvovaném výcviku musí ještě absolvovat náslechy a sám si vyzkoušet zkušební hovory pod supervizí. Pracovník musí umět navázat kontakt s klientem, vytvořit pro něj bezpečné a důvěryhodné prostředí. Je důležité přijmout klientovu verzi jako reálnou, věřit mu a nijak nebagatelizovat a neutěšovat. (Vodáčková, 2002)

Musí dále umět aktivně naslouchat a znát veškeré techniky hovoru, jako je například parafrázování, rekapitulace, sumarizace a přerámcování. Hlavním cílem je klienta uklidnit, stabilizovat jej, snížit veškerá nebezpečí prohloubení krize. Aby se to pracovníkovi linky podařilo, musí ošetřit emoce klienta. Úplně nejzákladnější technikou je pojmenování emocí a tím i ujasnění toho, co klient prožívá.

### 3. Psychická zátěž policistů

Povolání policisty má svá určitá specifika. Policista musí prosazovat zákon i v případě, že se neshoduje s jeho morálním přesvědčením. Při zákrocích riskuje zranění, bývá často vystaven stresu při zásazích u různých typů neštěstí, ale i při jednání s pachateli a oběťmi. Přestože odolnost policistů vůči negativním dopadům stresu je vyšší než u běžné populace, mohou se někdy setkat se situací, která svou intenzitou a charakterem přesahuje přirozené schopnosti člověka se s takovou zkušeností vyrovnat. Dochází k překonání mýtu o tom, že správný policista nesmí projevovat slabost a emoce ani v situacích, které jinak každým normálním jedincem silně otřesou.

Například Čírtková (in Hoskovcová, 2009, s. 129) uvádí jako psychologicky náročné situace:

- psychická zátěž vyšetřovatelů násilné trestné činnosti
- sdělování nepříjemných zpráv
- použití střelné zbraně při výkonu služby
- zákroky v situacích násilí v rodině
- krizová komunikace (vyjednávání, komunikace se sebevrahy)
- komunikace s obětí
- jednání s duševně narušenými.

Zmapováním širšího spektra literatury byly vytipovány čtyři klíčové a do jisté míry související tematické okruhy, v nichž se jeví nejvíce potřebná psychosociální intervence. Jedná se o:

- traumatizující události obecně
- použití střelné zbraně
- sebevraždy a jiná úmrtí policistů
- odchod do výslužby

Mezi další zátěžové situace v životě policisty patří úmrtí v rodině, partnerské neshody, nemoci, závislosti, nebo problémy v pracovních vztazích.

### **3.1 Policejní stres a posttraumatická stresová porucha**

Jednou z nejčastějších příčin pracovní neschopnosti anebo předčasného odchodu z aktivní služby je stres. Zda jsou policisté při své práci vystaveni zátěžím více či méně než ostatní profese, není podstatné. Policejním stresem se míní situace, vnímané většinou policistů jako zátěž spojená s emocionálním a často i fyzickým vypětím. Je tedy normální vnímat tyto situace jako zdroj stresu. Jinak řečeno, policejní stres není důsledkem špatného psychologického výběru policistů, ani produktem osobnosti.

Policejní stres tak spojujeme s policistou, který:

- byl vybrán na základě lékařského i psychologického osvědčení,
- je členem normálního oddělení,
- se ve službě ocitl v situaci překračující běžné zkušenosti, narušuje emocionální stabilitu.

(Čírtková, 2000, s. 131-132)

Psychické a tělesné příznaky vyvolané emocionálním otřesem většinou po několika dnech odezní. Pokud však nevymizí do určité doby a naopak myšlenky a představy postiženého dlouhodobě přetrvávají - můžeme hovořit o posttraumatické stresové poruše (PTSD – z angl. Posttraumatic Stress Disorder).

Profese policisty patří do okruhu profesí, které jsou označovány jako zvláště rizikové z hlediska pravděpodobnosti doteku pracovníků na traumatizující krizové okolnosti. Předpokládá se, že opakovaný kontakt se situacemi, překračujícími běžnou lidskou představivost zvyšuje pravděpodobnost vzniku PTSD.

Hlavní kritérium klasifikace stresových situací představuje pravděpodobnost, že daná situace může vést až ke vzniku posttraumatické stresové poruchy. Podle tohoto hlediska lze známé policejní stresory dělit do tří skupin, viz. tabulka č. 3.

**Tabulka č. 3. Policejní stresory (Čírtková, Spurný, 2001).**

<b>Základní typy policejních stresů</b>	<b>Konkrétní ilustrace</b>
<b>extrémní situace</b> s velkým rizikem PTSD (téměř každá osoba má problémy své zážitky z místa akce mentálně zpracovat)	zákroky na místě masakrů a katastrof (v terminologii krizového managementu se v této souvislosti používá anglický pojem "disaster")
<b>exponované (nenormální) situace</b> riziko PTSD je nižší (při jejich mentálním zpracování se více prosazují i individuální, subjektivní hlediska)	použití střelné zbraně smrt kolegy ve službě extrémní mrtvoly vyšetřování smrti dítěte mimořádné tragické nehody
<b>náročné (zátěžové) situace</b> riziko PTSD je minimální, (při mentálním zpracování těchto okolností dominují individuální, subjektivní momenty)	individuálně různé situace, které utkví v mysli jako tzv. "osobní pomníčky" (např. náročný zákrok vůči dětskému pachateli, pronásledování ujíždějícího auta pod majákem)

U policistů se PTSD může projevat pozorovatelnými změnami v chování, které vnímá jeho okolí nebo dotyčný sám zhruba v těchto modalitách:

- obavami z budoucích situací, strach ze ztráty kontroly (např. pocit blížící se paniky),
- zvýšenou citlivostí až přecitlivělostí na hrozící nebezpečí (např. zúžené vnímání),
- nápadnými problémy s normami, služebními předpisy i s nadřízenými,
- konflikty v rodině, stažení se do sebe, sociální izolace,
- zdánlivě bezdůvodnou podrážděností a popudlivostí,
- náhlým abúzem alkoholu nebo medikamentů,
- pocitem ztráty smyslu života a smysluplnosti práce, ale i sebevražednými náladami.

V roce 1983 přišel americký psycholog Jeffrey T. Mitchell s metodou CISD (Critical Incident Stress Debriefing). Metoda byla uzpůsobena pro potřeby policistů, záchranářů, zdravotníků, hasičů a spočívala v přesně naplánovaných rozhovorech s postiženými. V současné době se

upravená Mitchellova metoda pod názvem "Critical Incident Stress Management" (CISM) používá po celém světě. CISM je proces orientovaný na prevenci, má povahu diskuse, podpory, strukturovaného setkání a vzdělávání ohledně stresu. Nejedná se o terapii, psychoterapii, poradenství nebo jakoukoli psychologickou léčbu. Mezi opatření CISM patří kromě školení a vzdělávání, individuální krizové intervence, podpory a následné péče i demobilizace, defusing, debriefing. (Vymětal, 2003)

**Demobilizace** bývá využívána v případě katastrof velkého rozsahu pro profesní skupiny, krizové štáby. Cílem je dodat jasné a strukturované informace o možných symptomech, zvládnutí stresu, doporučení ohledně dodržování životosprávy atd. Účastníky akce je třeba 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. (Vymětal, 2003)

**Defusing** je obvykle chápán jako spontánní, volné popovídání si o kritickém incidentu s kolegy, přáteli či eventuálně rodinnými příslušníky. Jde tedy o soukromý, neformální a ničím nesvázaný rozhovor o tom, co se dělo. Defusing (v českém překladu bychom nejspíše mohli hovořit o uvolňovacím rozhovoru) směřuje k odstranění „explozivních“ emocí, které doprovází určitý zážitek. Anglický výraz defuse je v synonymickém slovníku popisován jako učinit něco méně nebezpečným, méně stresujícím a méně nepřátelským. Defusing je považován za běžný, probíhá ovšem mimo oficiální pozornost pracovní organizace, není institucionálně regulován. (Čírtková, Spurný, 2001)

**Debriefing** je strukturovaný rozhovor, využívající potenciálu skupiny. Obecnou podstatou debriefingu je dát dohromady skupinu lidí, kteří prošli stejnou traumatickou událostí, a přimět je, aby tuto zkušenost sdíleli, mluvili o svých reakcích a aby přijali, že se jedná o jejich přirozené reakce na nenormální situaci.

Provádí se teprve tehdy, pokud 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 bývá 4-20. Počet členů týmu je 3-4 (leader, co-leader, peers). Prostorové rozmístění při debriefingu je sezení v kruhu. Debriefingu se účastní jen potenciálně traumatizovaní lidé. Skupiny bývají pokud možno homogenní. Nikdy



se neprovádí pod časovým tlakem. Na debriefing má navazovat neformální posezení. Mezi pravidla patří například: účastníky sezení jsou jen ti, kteří se přímo účastnili akce, striktní důvěrnost - každý hovoří pouze za sebe, nikdo nesmí být nucen k tomu, aby hovořil, žádné záznamy, nikdo nesmí opouštět místnost, hodnosti a funkce zde nemají žádný význam, žádná kritika osob nebo činností, žádné přestávky, mobilní telefony, jídlo. (Vymětal, 2003)

### **3.2 Psychologická péče o policisty**

Rizika narušení psychiky jsou vyšší právě u profesionálů (policistů, hasičů, záchranářů), kteří při výkonu své práce opakovaně přicházejí do kontaktu s evidentně otravnými incidenty. To je hlavní důvod a srozumitelné vysvětlení, proč se právě v policejních sborech diskutují koncepční otázky spojené s péčí o policisty. Do personálních systémů jsou včleňovány prvky organizované psychologicky komponované péče o exponované pracovníky. ( Buchmann, 1999 in Čírtková, Spurný, 2001)

Policista, který se dostal do extrémní či exponované situace má právo čerpat od svého zaměstnavatele bezplatně a rychle kvalifikovanou a diskrétní pomoc. Tato skutečnost byla zohledněna v § 77 odst. 11, písm. l zákona č. 361/2003 Sb., o služebním poměru příslušníků bezpečnostních sborů, ve kterém je psychologická péče zahrnuta mezi "podmínky řádného a bezpečného výkonu služby a povinností v oblasti péče o příslušníky." Od poloviny osmdesátých let se v rámci policejních organizací rodí různé projekty, kterými by měla být zajištěna jednak prevence, ale i péče o týmy nebo jednotlivce vystavené extrémním krizovým dějům.

#### ***Do psychologické péče o policisty můžeme řadit:***

Preventivní psychologické služby – po zatěžujícím zážitku (účast na nebezpečném zákroku, nepřiměřený postup při zákroku). Jedná se v zásadě o pohovor, zmapování stávajícího stavu a volba dalšího postupu.

Sociálně psychologický servis – výzkum sociálního klimatu na pracovišti, školení, kurzy.

Psychologické poradenství – týká se nejen samotných policistů, ale i rodinných příslušníků při zasahování pracovních problémů do soukromého života.

Posttraumatická intervenční péče a anonymní telefonní linka pomoci v krizi – viz. následující dvě kapitoly.

### 3.3 Posttraumatická intervenční péče

Posttraumatickou intervenční péčí se rozumí péče poskytnutá policistovi, který v souvislosti s plněním služebních úkolů převážně spojených s akcemi zvláštního nasazení prožil traumatizující událost, která může negativně ovlivnit jeho další výkon služby. (Sotolářová 2001) K vytvoření systému posttraumatické intervenční péče (dále jen PIP) v rámci Policie České republiky vedly požadavky praxe. Podkladem se v tomto směru staly zkušenosti policejních sborů Francie, Německa a Velké Británie. PIP je celosvětově zaváděna u povolání, kde je zvýšený výskyt zátěžových situací, kde na prvních místech jsou policisté a hasiči. Záměr vytvoření systému PIP byl podpořen i výsledky průzkumu, provedeného v únoru a dubnu 2000 mezi policisty - studenty Policejní akademie. Jednalo se o empirickou sondu o postojích a názorech policistů na psychologickou podporu.

Uvedené šetření ukázalo, že nejvíce praktických zkušeností mají policisté s následujícími traumatizujícími situacemi a událostmi: konflikty a vnitřní vztahy na pracovišti (zde 75 % respondentů uvedlo, že se v těchto situacích ocitlo více než dvakrát), pohled na těžká zranění (69 % se setkalo více než dvakrát) a vážné dopravní nehody se smrtelnými následky (53 % více než dvakrát, 24 % jedenkrát). Naopak minimální praktické zkušenosti (co do četnosti výskytu) mají policisté se situacemi, kdy došlo k použití střelné zbraně se smrtelnými následky (5 % více než dvakrát, 11 % jedenkrát), braní rukojmích a akce na jejich záchranu (dvakrát - 3 %, jedenkrát - 6 %).

Způsob vyrovnání se s traumatizujícím zážitkem byl nejčastěji individuální 38 %, 60 % respondentů se svěřilo někomu blízkému (21 % partnerovi, 19 % kolegovi, 13 % dobrému příteli) pouze 2 % respondentů vyhledalo odbornou pomoc.

Na otázku ***Do kdy zážitek traumatizující události v psychice policistů odezněl?*** uvedlo

36 % respondentů, že u nich zážitek traumatizující události odezněl do 48 hod, u dalších 41 % do jednoho týdne. Do měsíce se s traumatizující událostí vyrovnalo 14 % policistů, do 3 měsíců 4 % a 5 % policistů ze zkoumaného vzorku se s traumatizujícím zážitkem

nevyrovnalo dosud. Poněkud zneklidňující a hlubší zkoumání vyžadující je údaj, že 45 % policistů nemá dle jejich vyjádření možnost v případě potřeby využít psychologickou pomoc.

Na otázku *Které z nabídnutých typů situací považují policisté za traumatizující?*

považuje 71 % respondentů použití zbraně se smrtelnými následky za velmi silně traumatizující, 21 % za značně traumatizující. Následovaly situace braní rukojmích a akce na jejich záchranu, sdělování tragické události rodině, použití střelné zbraně vůbec, pronásledování nebezpečného pachatele, vážné dopravní nehody se smrtelnými následky, zákroky proti agresivním skupinkám. Za nejméně traumatizující považovali respondenti výslechy obětí násilí, konflikty a vnitřní vztahy na pracovišti, pohled na těžká zranění.

Kromě "nabídnutých" situací zmiňovali policisté jako traumatizující: smrt kolegy ve službě, smrt dítěte, napadení policisty, podezření policisty ze spáchání trestného činu, vyhrožování policistovi, nedůvěra nadřízených, výslechy u soudu.

Hodnocení jednotlivých typů situací naznačuje, že za traumatizující situace považují policisté především ty, kde asistují při zmaření či ohrožení života nebo zdraví nebo kde sami vystupují v "pomáhající" pozici. Za vnitřní, psychologickou příčinu vzniku traumatizujícího zážitku bývají nejčastěji policisty uváděny: pocit bezmoci (nevratnost toho, co se stalo), obavy z "nezvládnutí" vlastních emocí, strach ze sociální nekompetentnosti při jednání s obětí, pozůstalými, při řešení situace, "povinnost" dostát požadavkům profesní role (splnit očekávání spojené s rolí), strach z možných následků.

Téměř polovina dotázaných (47 %) policistů zastává názor, že má-li být psychologická podpora účinná, je nutné ji poskytnout v době co nejkratší - maximálně do 12 hodin od traumatizující události. Dalších 40 % respondentů pak vidí horní hranici účinné psychologické podpory do 24 - maximálně do 48 hodin od traumatizující události.

Jak vyplynulo z šetření, psychologické podpory je potřeba zejména u použití střelné zbraně se smrtelnými následky a u použití střelné zbraně vůbec, zatímco u ostatních je potřeba podpory poměrně nízká. (Hoskovcová, 2009, s. 145)

## ***Vznik PIP***

Systém PIP se v Policii české republiky začal připravovat od roku 1998 jako jeden z modulů programu Phare - Komplexní řízení lidských zdrojů v Policii ČR pod modulem č. 10 "Budování posttraumatického intervenčního týmu" a byl upraven závazným pokynem policejního prezidenta č. 129 ze dne 14.11.2001. Současně se systémem PIP začala fungovat Anonymní telefonní linka pomoci v krizi, která byla upravena rozkazem policejního prezidenta č. 162 z 24.10.2002. V současné době je činnost PIP upravena závazným pokynem policejního prezidenta č. 21/2009 z 16.2.2009 o posttraumatické intervenční péči a anonymní telefonní lince pomoci v krizi, který je dále změněn závazným pokynem č. 79/2010.

## ***PIP týmy***

Podle ZP PP č. 21/2009 je intervenčním týmem skupina pracovníků z řad Policie České republiky, Hasičského záchranného sboru, zaměstnanců Ministerstva vnitra, externích spolupracovníků a duchovních vyškolených k poskytování PIP. V rámci Policie ČR aktuálně funguje 15 týmů PIP. Každý tým je řízen koordinátorem, kterého jmenuje a odvolává ředitel ředitelství pro řízení lidských zdrojů Policejního prezidia na návrh oddělení psychologie odboru personálního Ministerstva vnitra. Jednotlivé Členy intervenčního týmu zřízeného u krajského ředitelství jmenuje a odvolává ředitel krajského ředitelství na návrh koordinátora krajského ředitelství. V současnosti je u nás odborně proškolen asi 140 interventů - policistů, policejních psychologů a duchovních, kteří jsou připraveni poskytnout kvalifikovanou pomoc postiženým, kteří prožili nadlimitní zátěž. Jsou vyškoleni a mají certifikaci Certified Information Security Manager (CISM). Interventi fungují v rámci decentralizovaných týmů, které spadají pod správy Policie ČR jednotlivých krajů. Metodickou garanci a průběžné vzdělávání interventů zajišťuje oddělení psychologie a sociologie odboru personálního MV ČR. (Vymětal, 2003)

O poskytnutí PIP může klient požádat podle svého uvážení v průběhu traumatické události nebo kdykoliv po ní přímo člena intervenčního týmu, člena krizové linky, prostřednictvím svého nadřízeného, kolegy nebo operačního důstojníka. Informace o možnostech pomoci, kontaktech na jednotlivé interventy a linku pomoci v krizi jsou dostupné na intranetových stránkách policie.

### 3.4 Anonymní telefonní linka pomoci v krizi

Linka pomoci v krizi je rezortní linkou důvěry, která je provozována v rámci skupiny krizové intervence oddělení vedoucího psychologa Ředitelství řízení lidských zdrojů policejního prezidia. Prioritně nabízí podporu policistům, hasičům, zaměstnancům rezortů ministerstva vnitra a obrany, jejich rodinným příslušníkům či blízkým. Od 8.12.2011 ji může využívat i česká armáda. Linku může využívat i širší veřejnost, zvláště v situacích mimořádných událostí. Je k dispozici nepřetržitě 24 hodin denně, 365 dní v roce. Na linku je možné volat jak přes služební linky - tel. 834 688, tak z běžného civilního čísla - tel. 974 834 688. Linka svoji činnost zahájila 14.11.2002. Úzce spolupracuje se systémem posttraumatické intervenční péče. (Vymětal et al., 2010)

Vedle linky je k dispozici také internetová adresa: [pomoc.ski@mvcz.cz](mailto:pomoc.ski@mvcz.cz), případně intranetová adresa: [pp.orlz.ski@pcr.cz](mailto:pp.orlz.ski@pcr.cz). Nově je linka dostupná také na skype: linkapomoci.

Kdy se obracet na linku pomoci v krizi?

- v souvislosti s náročnými situacemi souvisejícími s výkonem služby (ohrožení života, použití střelné zbraně, aj.)
- v případě sebevražedných myšlenek či v případě obav o kolegu/kolegyni nebo blízkou osobu
- v případě ztráty kolegy/kolegyně nebo blízké osoby
- v souvislosti se vztahovými či jinými problémy na pracovišti
- v situacích, kdy se řeší partnerské či rodinné problémy
- v případech jakéhokoli soužení či jiných nepříjemností a těžkostí dlouhodobě ztrpčujících život a při výskytu nezvyklých fyzických příznaků neumožňujících plné nasazení
- v případech, kdy chcete zprostředkovat kontakt na mimorezortní služby (např. psychologické, sociálně-právní, psychiatrické apod.) pro sebe či své blízké.

Linka nabízí:

- anonymitu a povinnost mlčenlivosti
- emocionální podporu, vyslechnutí a porozumění
- zprostředkování kontaktů.

***Podle ZP PP č. 21/2009 je linka určena klientům:***

- k telefonické pomoci v situacích akutního či chronického stavu psychické nouze,
- k poskytování kontaktů, informací a psychologické podpory,
- k prevenci nepředloženého, sebe či okolí poškozujícího jednání a protiprávního jednání v důsledku psychologicky obtížně řešitelných situací.

Na lince pracují odborníci vyškolení v telefonické krizové intervenci. Tým je složen ze stálých pracovníků i externistů, je různorodý, jsou v něm bývalí policisté z přímého výkonu, policejní psychologové, sociální pracovníci a další. Po každém telefonátu se zaznamenávají základní údaje o hovoru. Jedná se o délku hovoru, stručný obsah a popis poskytované intervence. Samozřejmostí je zachování anonymity volajícího. O činnosti linky se každoročně zpracovává výroční zpráva, která je k dispozici na intranetových stránkách linky, viz. příloha č. 1 – Statistiky volání na linku pomoci v krizi za rok 2010. Délka hovorů je nejčastěji do 30 minut. Ze statistik vyplývá, že počty hovorů mužů tvoří přibližně 60%, 40% činí hovory žen.

Na linku se obracejí policisté:

- po použití střelné zbraně,
- při řešení problémů s kolegy a nadřízenými,
- se sebevražednými myšlenkami obavami o kolegu,
- po šetření dopravních nehod s úmrtím dítěte.

Kromě extrémních stresujících prožitků v souvislosti s výkonem služby jsou nejčastějším tématem hovorů partnerské, rodinné a osobní vztahy. Na linku také volají operační důstojníci požadující kontakty na členy týmů PIP v případech mimořádných událostí. (Vymětal et al., 2010)

## **4. Výzkum mezi policisty a policistkami**

### **4.1 Cíl výzkumu**

Cílem mého výzkumu bylo zjištění, jaké postoje zauímají policisté a policistky k možnostem využití systému posttraumatické intervenční péče. Dále jsem chtěl zjistit, zda jsou dostatečně informováni, kdy mohou této péče využít a kam se mohou v případě potřeby obrátit. Výzkum jsem prováděl během srpna 2011 na pěti útvarech Policie české republiky Městského ředitelství Brno.

Pro svůj výzkum jsem si stanovil následující hypotézy:

*Hypotéza č. 1 - Znalosti o možnostech využití posttraumatické intervenční péče budou vysoké.*

*Hypotéza č. 2 - Informovanost ze strany zaměstnavatele o posttraumatické intervenční péči je dostatečná.*

*Hypotéza č. 3 - Více respondentů by v případě potřeby využilo pomoc mimo resort, než pomoc pracovníka PIP.*

*Hypotéza č. 4 - Při využití pomoci pracovníka posttraumatické intervenční péče bude pro postiženého důležité zachování anonymity vůči okolí.*

*Hypotéza č. 5 – Většina policistů vidí současný systém PIP jako vyhovující.*

### **4.2 Charakteristika výzkumných metod a výzkumného souboru**

„Vědecký výzkum je systematické, kontrolované, empirické a kritické zkoumání hypotetických výroků o předpokládaných vztazích mezi přirozenými jevy.“ (F. N. Kerlinger in Chráška, 2007, s. 12) Mezi hlavní výzkumné strategie patří kvalitativní a kvantitativní výzkum.

Kvalitativní výzkum - snaží se získat různými způsoby co nejvíce dat, obvykle o menším množství jedinců, aby bylo možné pátrat po pravidelnostech a významech, které se za

získanými informacemi skrývají. Využívá metod hloubkových individuálních rozhovorů, skupinových rozhovorů apod. Uplatňuje se induktivní přístup.

Kvantitativní výzkum - jedná se o metodu standardizovaného vědeckého výzkumu, který popisuje jevy pomocí znaků, které jsou sestrojeny tak, aby měřily určité vlastnosti. Výsledky měření jsou následně zpracovány a vyhodnocovány např. s využitím statistiky. Kvantitativní výzkum je proti kvalitativnímu výzkumu zaměřen na rozsáhlejší společenské otázky, čímž je umožněno zkoumání většího okruhu informací. Tato metoda výzkumu pracuje s větším množstvím respondentů s využitím dotazníkových metod, standardizovaného rozhovoru, pozorování apod. Uplatňuje se deduktivní přístup. (Jandourek, 2003, s. 210)

Jako základní metodu výzkumu mezi policisty jsem ve své práci využil kvantitativní šetření pomocí dotazníku (viz. příloha č. 2). Dotazníková metoda patří k jedné ze základních sociologických technik sběru informací. Je postavena na získávání empirických údajů. Tento výzkumný nástroj je v podstatě předtištěným souborem otázek, na něž jsou vyžadovány písemné odpovědi respondentů.

O důvodu šetření byli respondenti seznámeni v úvodu dotazníku a rovněž byli ujisti o jeho anonymnosti. Dotazník obsahoval kromě základních demografických údajů celkem 15 otázek. Jednalo se o uzavřené i otevřené otázky, které umožňovaly respondentovi se přesněji vyjádřit. Většina otázek byla formulována tak, aby odpovědi na ně potvrdily či vyvrátily předpokládané hypotézy. Před samotným výzkumem jsem provedl tzv. předvýzkum, který měl ověřit srozumitelnost otázek. Tohoto šetření se zúčastnili 3 kolegové z mého pracoviště. Bylo zjištěno, že otázky jsou dostatečně srozumitelné a pochopitelné.

### **Popis výzkumného souboru**

Výzkum jsem provedl celkem na pěti policejních útvech městského ředitelství Brno, kdy ve třech případech se jednalo o obvodní oddělení, dále jedno oddělení hlídkové služby a oddělení dopravní policie. Respondenty byli policisté zařazení v přímém výkonu služby pořádkové policie, dopravní policie a služby kriminální policie a vyšetřování (dále jen SKPV).

Dotazníky jsem mezi jednotlivé respondenty distribuoval ať už osobně, nebo cestou mých známých kolegů. Během distribuce dotazníků jsem narazil i na značnou nechuť některých



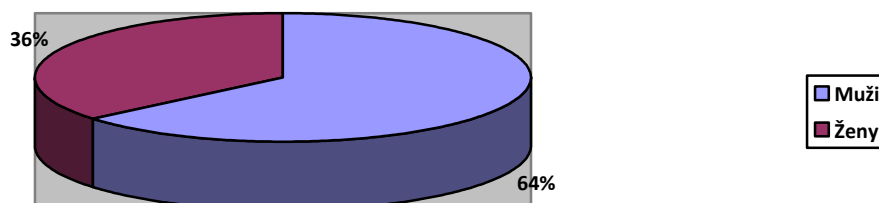
kolegů cokoliv vyplňovat. Naopak mezi kolegyněmi jsem neměl s rozděním dotazníků žádné potíže, byly velmi ochotné a výzkumu se účastnily se zájmem. Z celkového počtu 150 nachystaných dotazníků, jich bylo rozdáno 134 a vrátilo se 126. Z toho 5 dotazníků nebylo vyplněných správně či úplně. Pro další zpracování bylo tedy použito 121 dotazníků.

### 4.3 Výsledky výzkumu

Samotný dotazník tvoří dvě části. Úvod dotazníku je věnován základním údajům: pohlaví, věk, služební zařazení a délka trvání služebního poměru (praxe). Další část tvoří 15 otázek. Výsledky dotazníků jsou zpracovány do grafů.

#### Základní údaje

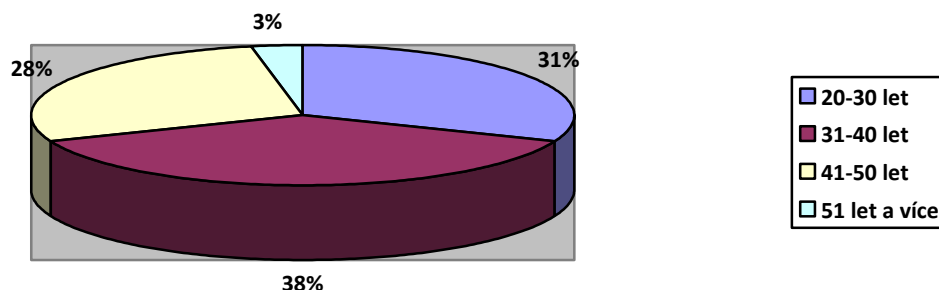
#### Graf č. 1. Pohlaví



**Muži – 77 respondentů, tj. 64 %    Ženy – 44 respondentů, tj. 36 %**

S ohledem na charakter služby je profese policisty stále převážně mužskou záležitostí. Statisticky však žen u Policie ČR stále přibývá, což je jen dobře. Mají jistě větší schopnost empatie např. s oběťmi domácího násilí a na základě vlastních zkušeností se někteří pachatelé chovají k ženám s respektem a úctou.

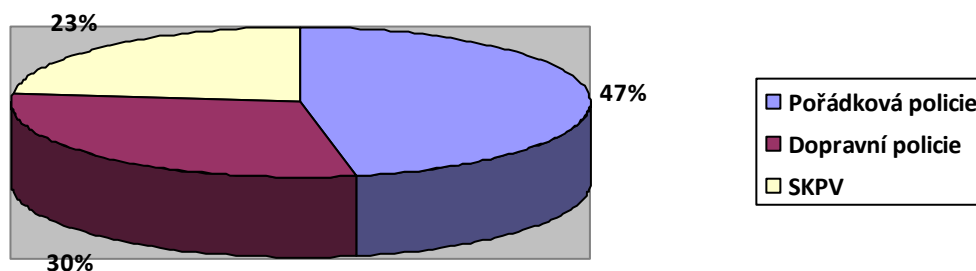
### Graf č. 2. Věk



**20 – 30 let – 37 respondentů, tj. 31 %, 31 – 40 let – 46 respondentů, tj. 38 %, 41 – 50 let – 34 respondentů, tj. 28 %, 41 – 50 let – 34 respondentů, tj. 28 %**

Z hlediska věku jsem respondenty rozdělil do čtyř skupin, přičemž nejvýznamnější dvě skupiny mezi 20 – 30 lety a 31 – 40 lety tvoří celkem 69 % příslušníků Policie ČR. Skupina 41 – 50 let tvoří 28 % a skupina 51 let a více 3 %.

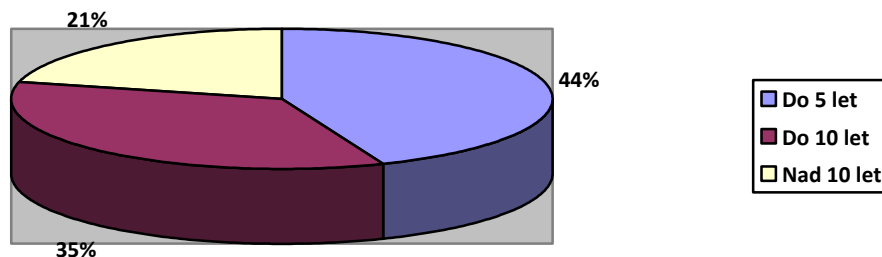
### Graf č. 3. Služební zařazení



**Pořádková policie – 57 respondentů, tj. 47 %, Dopravní policie – 36 respondentů, tj. 30 %, Služba kriminální policie a vyšetřování (SKPV) – 28 respondentů, tj. 23 %**

Z pohledu na graf je zřejmé, že největší podíl 47 % ve výběrovém souboru měli policisté zařazení u služby pořádkové policie, 30 % tvoří dopravní policie a 23 % SKPV. Tato skutečnost je dána tím, že obecně je více uniformované policie, a na každém obvodním oddělení tvoří SKPV asi jednu čtvrtinu z celkového počtu policistů.

**Graf č. 4. Délka služebního poměru (praxe)**



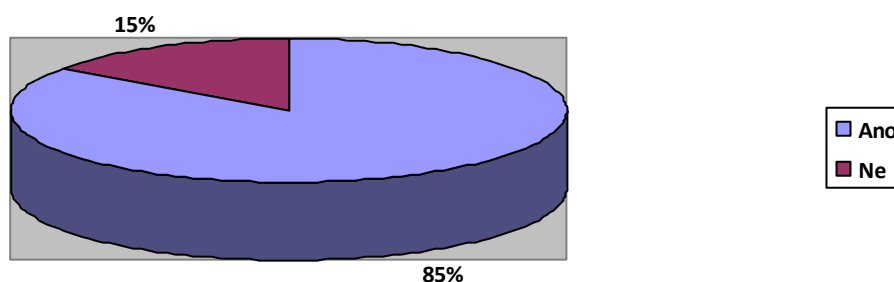
**Do 5 let – 53 respondentů, tj. 44 %, do 10 let – 42 respondentů, tj. 35 %, nad 10 let – 26 respondentů, tj. 21 %.**

Z délky služebního poměru vyplývá, že 79 % respondentů má praxi do 10 let. Nad 10 let mělo odslouženo 21 % respondentů. Tato skutečnost je dána současnou situací u Policie ČR, kdy v posledních letech docházelo k masovým náborům nových policistů a naopak zkušení (více jak 10 let praxe) odchází.

### Otázky

Otázky 1 – 4 se snaží zmapovat, kolik respondentů se již setkalo s nějakou zátěžovou situací a jak se s ní vyrovnali. Otázky 5 – 15 se týkají znalostí a názorů na systém PIP.

### Graf č. 5. Otázka č. 1 - Setkal/a jste se s náročnou nebo traumatizující událostí?

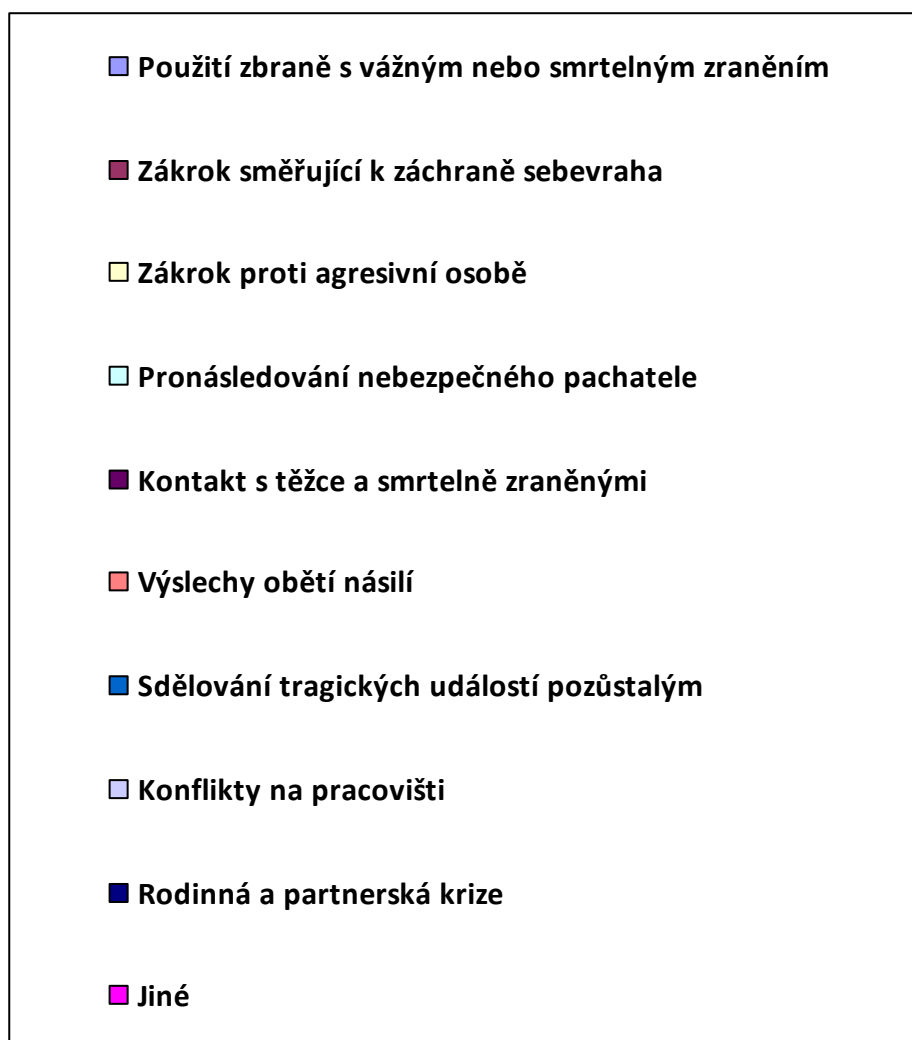
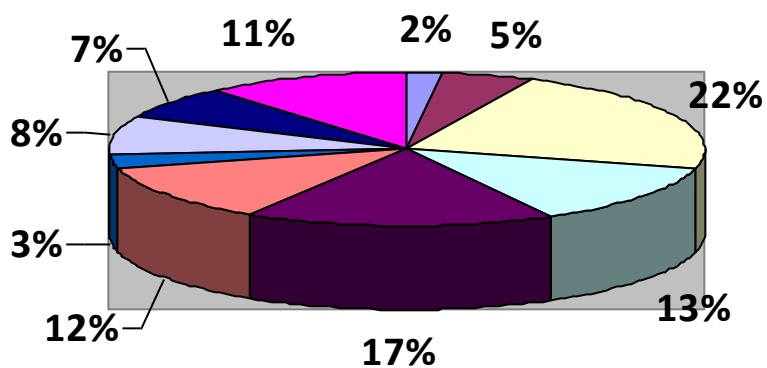


Z grafu můžeme vyčíst, že z celkového počtu respondentů, se 85 % policistů podle svého vyjádření již v krizové situaci ocitlo a 15 % nikoliv. Tabulka ukazuje dělení podle služebního zařazení, kde u služby pořádkové policie odpovědělo kladně 86 %, u dopravní policie 72 % a u služby kriminální policie dokonce 100 % policistů. Lze předpokládat, že tento výsledek je dán tím, že u SKPV slouží již déle sloužící policisté, účastní se výslechů obětí a pachatelů trestných činů a vyjíždí na všechny případy násilných trestných činů.

### Tabulka č. 4. Rozdělení podle služebního zařazení

Služební zařazení	Ano	Ne
Služba pořádkové policie	49 86%	8 14%
Služba dopravní policie	26 72%	10 28%
SKPV	28 100%	0 0%
<b>Celkem</b>	<b>103</b> <b>85%</b>	<b>18</b> <b>15%</b>

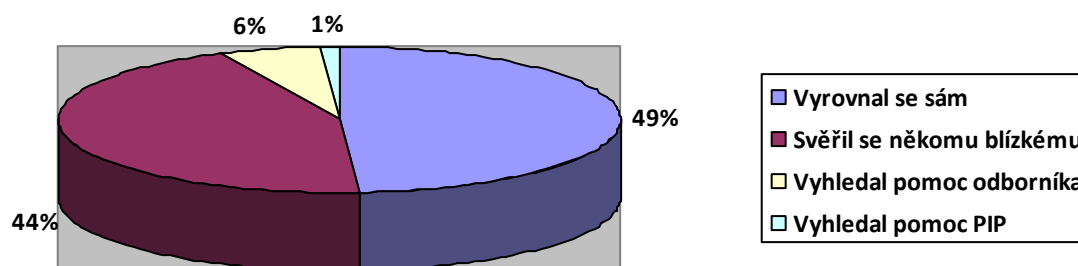
**Graf č. 6. Otázka č. 2 - V případě že ano, označte o jakou událost se jednalo, případně uveďte vlastní situaci. Můžete označit i více odpovědí.**



Na výše uvedenou otázku mohli respondenti označit více odpovědí. Celkem bylo označeno 363 odpovědí, dle kterých se nejčastěji policisté setkávají se zákroky proti agresivní osobě –

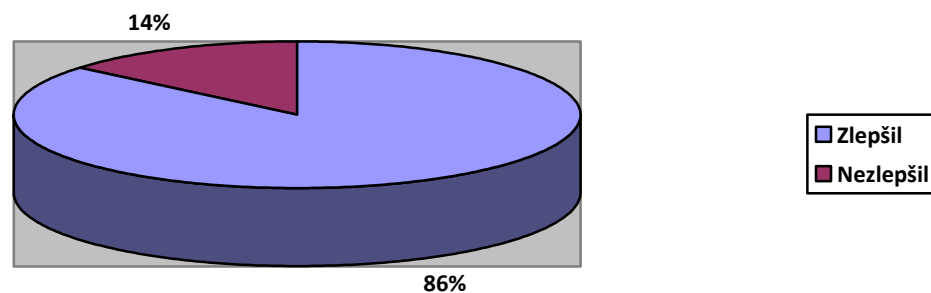
22 % odpovědí (z celkového počtu respondentů, kteří odpověděli kladně na předchozí otázku – 79 %), kontakt s těžce a smrtelně zraněnými – 17 % odpovědí (z celkového počtu respondentů, kteří odpověděli kladně na předchozí otázku – 61 %) a pronásledování nebezpečného pachatele – 13 % odpovědí (z celkového počtu respondentů, kteří odpověděli kladně na předchozí otázku – 46 %). Naopak nejmenší praktické zkušenosti mají policisté se situacemi, kdy došlo k použití zbraně s vážným nebo smrtelným zraněním – 2 % odpovědí a sdělování tragických událostí pozůstalým – 3 % (sdělování provádějí nejčastěji vedoucí jednotlivých útvarů). Jako jiné traumatizující události uváděli policisté například sebevraždu kolegy, dopravní nehody se služebními dopravními prostředky a strach ze ztráty zaměstnání z důvodu obvinění ze spáchání trestného činu, nebo úrazu.

**Graf č. 7. Otázka č. 3 - Jak jste se s touto situací vyrovnal/a?**



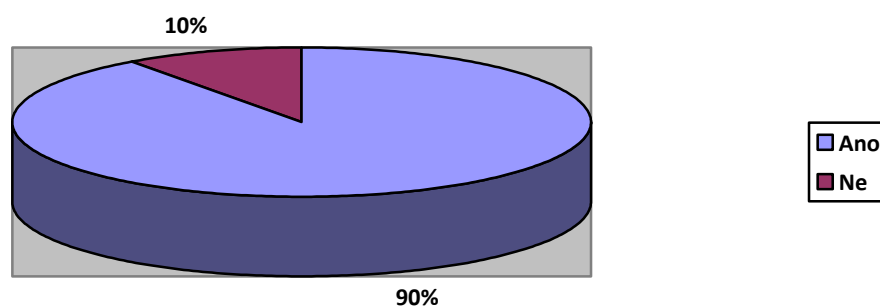
Jak se s traumatizujícím zážitkem respondenti vyrovnali, uvedlo 49 % dotázaných, že se s ním vyrovnali sami, 44 % se svěřilo někomu blízkému, 6 % dotázaných vyhledalo odbornou pomoc a jeden respondent (1 %) vyhledal pomoc pracovníka posttraumatické intervenční péče.

**Graf č. 8. Otázka č. 4 - Pokud jste využil/a odbornou pomoc, zlepšil se Váš problém?**



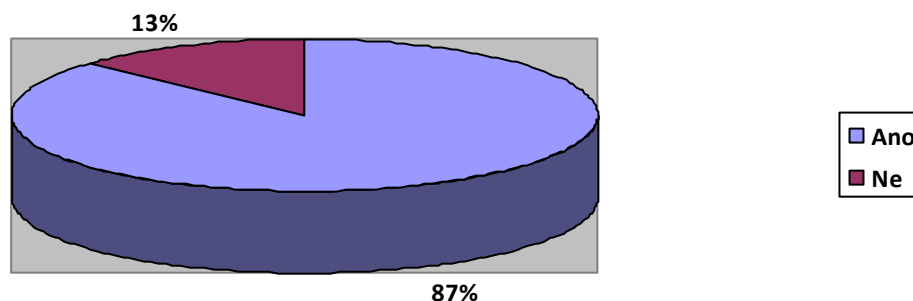
Z počtu 103 respondentů, kteří uvedli, že se setkali s traumatizujícím zážitkem, uvedlo jen 7, že využili odborné pomoci (psychologické, nebo PIP). Z těchto 7 se u jednoho (14 %) stav nezlepšil, u zbylých šesti (86 %) se stav zlepšil. U respondenta, který uvedl, že využil pomoc PIP, se stav zlepšil.

**Graf č. 9. Otázka č. 5 - Víte co je smyslem posttraumatické intervenční péče?**



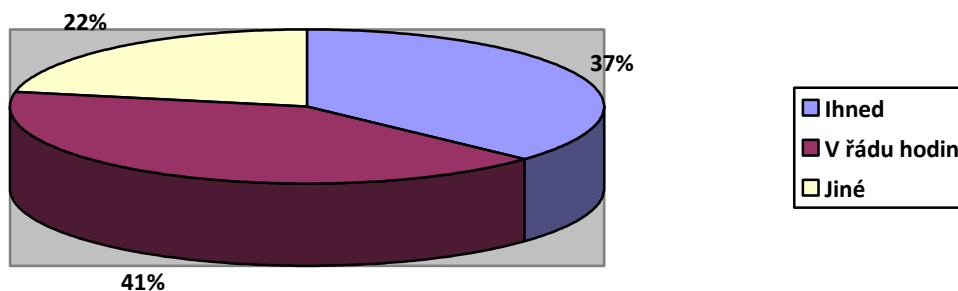
Na otázku informovanosti o tom, co je smyslem posttraumatické intervenční péče, odpovědělo celkem 90 %, že vědí. Pouze 10 % respondentů nevědělo.

**Graf č. 10. Otázka č. 6 - Víte kde tuto službu hledat, na koho se obrátit?**



Celkem 87 % dotazovaných má jasnou představu o tom, kam se mohou v případě potřeby obrátit. Pouze 13 % respondentů tyto informace nemá.

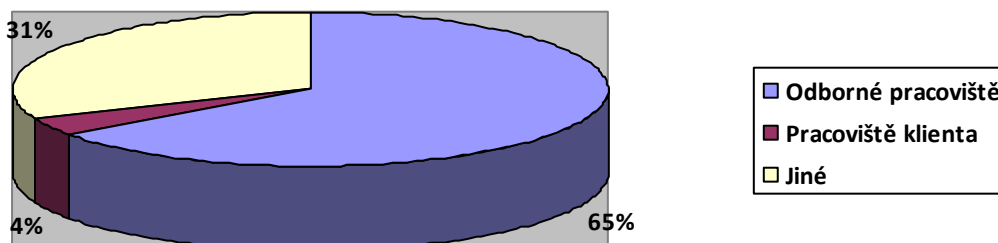
**Graf č. 11. Otázka č. 7 - Kdy by měla po prožití traumatizující události následovat odborná intervenční podpora ?**



Pro okamžitou pomoc bylo celkem 37 % policistů, 41 % doporučuje pomoc v řádu hodin a 22 % se rozhodlo pro jinou dobu. Ve zdůvodnění nejčastěji uváděli, že by měla odborná pomoc následovat, pokud se stav postiženého nezlepší do 48 hodin.

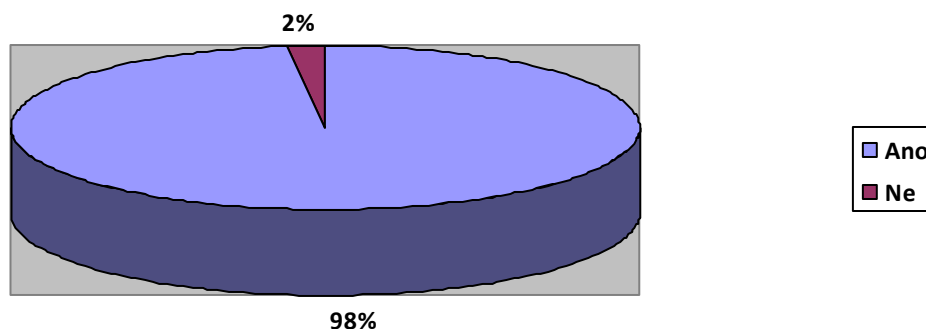


**Graf č. 12. Otázka č. 8 - V jakém prostředí by podle Vás mělo docházet ke kontaktu s pracovníkem posttraumatické intervenční péče?**



Z uvedeného grafu vyplývá, že v případě vhodnosti prostředí k poskytování PIP, je většina – 65 % pro odborné pracoviště, pouze 4 % dotázaných jsou pro pracoviště klienta a zbývajících 31 % účastníků je pro jiné prostředí, např. domácí prostředí klienta. Předpokládám, že pro pracoviště se většina respondentů nerozhodla z důvodu obavy o odhalení jejich problému před kolegy a nadřízenými.

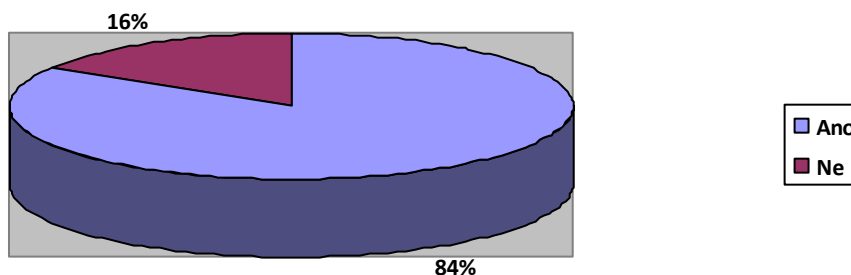
**Graf č. 13. Otázka č. 9 - Je důležité řešit problém anonymně? Do rámečku prosím napište zdůvodnění Vašeho rozhodnutí.**



Celkem jednoznačně vnímají policisté důležitost zachování anonymity. Z celkového počtu 121 respondentů, 98 % označilo odpověď „ano“. Největší obavy uváděli z možného narušení převážně pracovních vztahů, ať už mezi kolegy, nebo nadřízenými pracovníky. Pouze 2 %

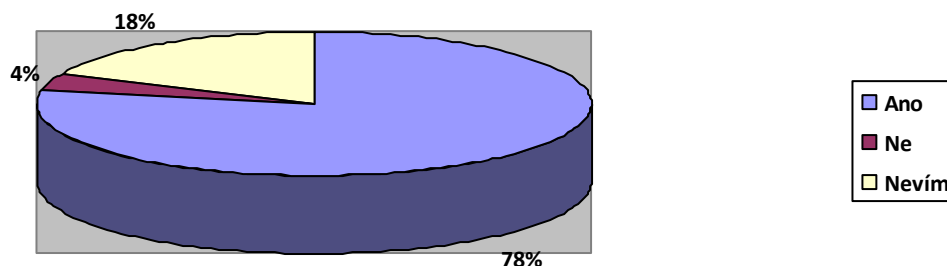
dotazovaní uvedli, že anonymita při řešení problému není důležitá. Ve svém zdůvodnění uvedli lepší pomoc postiženému i ze strany rodiny a spolupracovníků.

**Graf č. 14. Otázka č. 10 - Víte o možnosti kvalifikované pomoci pro policisty a hasiče prostřednictvím anonymní telefonní linky pomoci v krizi?**



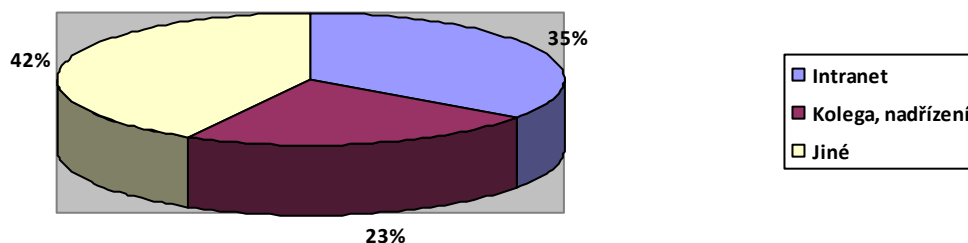
O možnostech využití anonymní telefonní linky pomoci v krizi vědělo 84 % dotazovaných a 16 % o této možnosti nevěděla.

**Graf č. 15. Otázka č. 11 - Myslíte si, že informovanost o PIP je ze strany zaměstnavatele dostatečně zajištěna?**



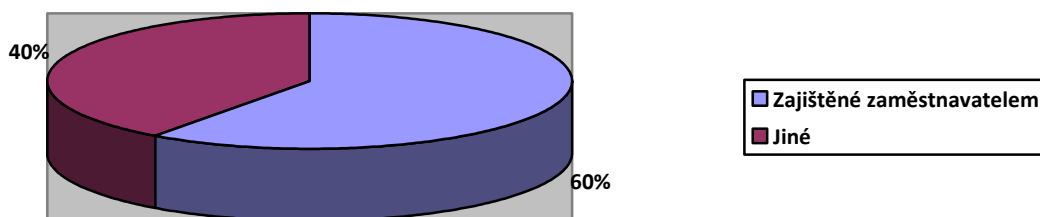
O dostatečné informovanosti o PIP ze strany zaměstnavatele je přesvědčeno 78 % respondentů, 4 % policistů si myslí, že je nedostatečná a 18 % neví.

**Graf č. 16. Otázka č. 12 - Kde jste se o službě posttraumatické intervenční péče dověděl?**



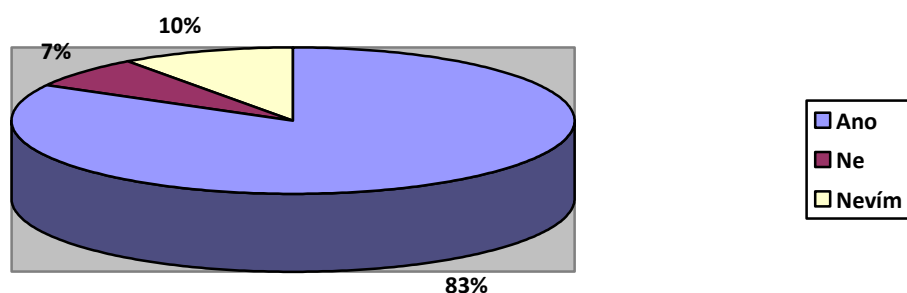
Informace o službě posttraumatické intervenční péče získalo 35 % policistů z vnitřní intranetové sítě, 23 % prostřednictvím kolegy nebo nadřízeného pracovníka a nejvíc, 42 % respondentů jiným způsobem. Velmi často uváděli, že informace získali prostřednictvím různých přednášek a školení, nebo přímo při zákroku od operačního důstojníka.

**Graf č. 17. Otázka č. 13 - V případě potřeby dáte přednost odborné pomoci zajištěné zaměstnavatelem, nebo jiné?**



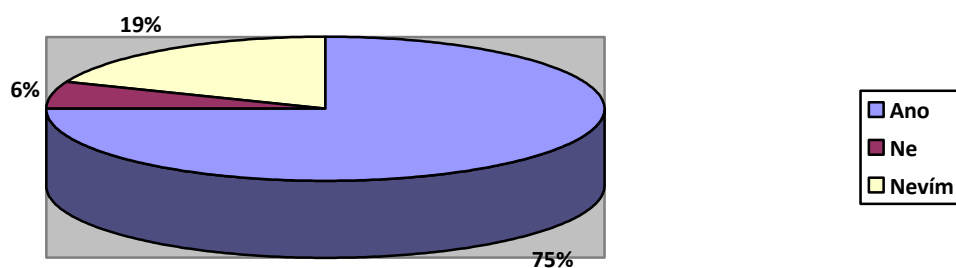
Skutečnost, že celkem 60 % by využilo pomoc zajištěné zaměstnavatelem ukazuje, že se důvěra v tuto službu značně zlepšuje. Je to jistě dáno i současnou vysokou informovaností policistů o možnostech využití PIP a její specifičnosti. Jiných služeb by využili celkem ve 40 %. Zde uváděli zejména různé psychologické a manželské poradny, zejména při osobních problémech.

**Graf č. 18. Otázka č. 14 - Doporučil/a byste pomoc PIP postiženému kolegovi?**



Podle hodnot uvedených v grafu je vidět, že 83 % dotazovaných by v případě potřeby informovalo postiženého kolegu o možnosti obrátit se na PIP, 7 % tuto možnost vyloučilo a 10 % kolegů neví.

**Graf č. 19. Otázka č. 15 - Je podle Vás současný systém PIP vyhovující?**



Celkem 75 % respondentů si myslí, že je současný systém posttraumatické intervenční péče vyhovující, 19 % neví a pouze 7 % se domnívá, že není. Do volného rámečku se vyjádřilo 13 dotazovaných, kdy uváděli, že současný systém je dostatečný a není třeba nic měnit. Pouze jeden uvedl, že by celý systém PIP měl být zajištěn mimo resort kvůli větší anonymitě.

## Verifikace hypotéz

### **Hypotéza č. 1 - Znalosti o možnostech využití posttraumatické intervenční péče budou vysoké.**

Tato hypotéza se **potvrdila**. Odpověď na tuto hypotézu se snažily nalézt otázky č. 5, 6, 7, 10. Z výzkumu vyplynulo, že většina respondentů ví co je smyslem posttraumatické intervenční péče a kde tuto službu hledat. Rovněž se orientovali, v jaké době po prožití traumatizující události by měla následovat odborná intervenční podpora. Podíl na této informovanosti mají jistě i přednášky týmu PIP správy PČR Jmk, které probíhaly během roku 2011 na všech odděleních Městského ředitelství PČR v Brně.

### **Hypotéza č. 2 - Informovanost ze strany zaměstnavatele o posttraumatické intervenční péči je dostatečná.**

Tato hypotéza se rovněž **potvrdila**. K odpovědi na tuto hypotézu nám pomohly otázky č. 11 a 12. Jak již bylo výše uvedeno, policisté mají povědomí kam se o pomoc PIP obrátit. Většina z nich si myslí, že zaměstnavatel jim poskytuje dostatek informací, které jim předává prostřednictvím intranetu, přímých nadřízených, přednášek a různých letáků.

### **Hypotéza č. 3 - Více respondentů by v případě potřeby využilo pomoc mimo resort, než pomoc pracovníka PIP.**

Hypotéza se **nepotvrdila**. Při formulování této hypotézy jsem předpokládal, že většina policistů využije mimo resortní pomoci hlavně z důvodu větší anonymity a preference vlastních zdrojů pomoci. Hypotézou se zabývala otázka č. 13, kdy celkem 60 % dotázaných se vyslovilo pro pomoc zajištěnou zaměstnavatelem. Vliv na toto rozhodnutí má dle mého názoru fakt, že si většina policistů uvědomuje, že intervenční péče je specializovaná pomoc minimalizující rizika spojená s náročným výkonem policejní služby a díky znalostem policejního prostředí, je pomoc pracovníků PIP účinnější. Konečně členové týmů PIP mohou zprostředkovat odbornou pomoc i mimo resort.

**Hypotéza č. 4 - Při využití pomoci pracovníka posttraumatické intervenční péče bude pro postiženého důležité zachování anonymity vůči okolí.**

Tato hypotéza se **potvrdila**. Na otázku č. 9, zda je potřeba řešit problém anonymně odpovědělo 98 % respondentů, že ano. Rovněž tuto hypotézu potvrdila otázka č. 8, kde celkem 96 % dotazovaných uvedlo, že ke kontaktu postiženého s pracovníkem PIP by mělo dojít mimo pracoviště klienta.

**Hypotéza č. 5 – Většina policistů vidí současný systém PIP jako vyhovující.**

Tato hypotéza se také **potvrdila**. Podle provedeného výzkumu jsou názory policistů a policistek na současné fungování posttraumatické intervenční péče kladné. Opoověď na tuto hypotézu hledala otázka č. 15.

## Závěr

Posttraumatická intervenční péče se zavádí u povolání, při nichž hrozí nebezpečí většího výskytu mimořádně kritických událostí. Na prvních místech jsou bezpochyby policisté a hasiči. Tito dovedou zapojit natrénované činnosti a provést tak bezchybně záchrannou či bezpečnostní akci. Stává se však, že později vplouvají do jejich myslí znovu obrazy z prožitých událostí. Negativní zážitky se tak načítají a je jen otázkou času, kdy se zejména po jejich nahromadění, dostaví psychický rozklad, nespavost, nebo jiné potíže těla, jako jsou vysoký krevní tlak, zvýšená hladina cholesterolu v krvi, bolesti hlavy, apod. Uvedené problémy negativně ovlivňují pracovní výkony a rodinné vztahy policisty. Podílí se na pocitech marnosti, bezvýchodnosti, profesním vyhoření, pocitech odcizení sobě i druhým. V extrémních případech pak mohou vyústit v pracovní neschopnost, závislost na alkoholu, výherních automatech nebo sebevražedných úmyslech. Často se policista dokáže s nečekanou zátěží vypořádat sám. Jsou však situace, kdy to sám nezvládne a v takových chvílích jsou mu oporou rodina, přátelé nebo kolegové. Může se stát, že se z nejrůznějších důvodů obává své blízké o pomoc požádat. Pak je dobré vědět, že pomoc může nalézt i u svého zaměstnavatele.

Na poskytnutí posttraumatické péče mají policisté nárok a je povinností zaměstnavatele tuto pomoc nabídnout. Je možné si zvolit, komu dát důvěru. Proto jsou v posttraumatických intervenčních týmech možnosti, na koho se v případě potřeby obrátit (na psychologa, zkušené policisty z výkonu, ale i na duchovního). Každý člen týmu je připraven poskytnout péči, i kdyby to mělo být pouze formou zprostředkování kontaktu na externí odborníky. A pokud nemají postižení odvahu jít se svými problémy tváří v tvář, je zde ještě Anonymní linka pomoci v krizi pro policisty a hasiče, která je nezbytnou součástí systému posttraumatické péče.

Cílem mé práce bylo zjištění „postojů policistů k možnostem využití posttraumatické intervenční péče.“ Pro seznámení s problematikou posttraumatické intervenční péče jsem čerpal z odborné literatury a definice jednotlivých pojmů uvedl v teoretické části práce. K zjištění samotných postojů policistů jsem provedl drobný sociologický výzkum mezi 121 policisty a policistkami zařazenými u služby dopravní, pořádkové a kriminální policie Městského ředitelství Policie České republiky v Brně. Pro tento výzkum jsem si zvolil hypotézy, které jsem analýzou dat získaných pomocí anonymního dotazníku ověřoval.

Uvědomuji si omezenou platnost závěru šetření, které je podmíněno velikostí výzkumného vzorku. Pro potřebu, jak je posttraumatická intervenční péče mezi policisty vnímána, však považuji výzkum za dostačující a domnívám se, že vše co bylo záměrem práce se podařilo splnit.

Výzkum ukázal, že se policisté, bez ohledu na zařazení, během služby často dostávají do zátěžových situací, které mohou v konečném důsledku ovlivnit jejich duševní pohodu. Nejčastěji se policisté setkávají se zákroky proti agresivním osobám, se zraněnými osobami a pronásledováním pachatelů trestné činnosti. Při zvládnání psychické zátěže se většina respondentů vyrovnala se svým problémem sama, nebo se svěřila blízkým osobám. Odborná pomoc by tak pro většinu informantů byla až poslední možností. Tato skutečnost je rovněž dána vyšší odolností policistů vůči stresu, než běžné populace.

Policisté jsou si však zároveň vědomi skutečnosti, že by mohli oni sami, jejich kolegové, nebo někdo z blízkých, systém PIP potřebovat. Proto se přiklání k prospěšnosti systému PIP a uvědomují si jeho význam. Velkou důležitost při poskytnutí odborné pomoci dávají policisté zachování anonymity. Znalosti policistů o systému PIP jsou v současné době na velmi dobré úrovni. Uvedená zjištění bych do budoucna doporučoval ověřit opakováním dotazníkového šetření a to na větším vzorku respondentů.

V rámci prevence je nadále potřeba budovat důvěru policistů v tuto péči a přibližovat ji například pomocí občasných osobních setkávání interventů s policisty při výcvikových aktivitách, školeních, ale i v rámci běžného výkonu.

Díky neustálému zvyšování agresivity pachatelů trestné činnosti a tím i většímu výskytu krizových situací, lze do budoucna předpokládat spíše zvyšování psychické zátěže policistů. Vzhledem k tomu, že některým krizovým životním situacím nelze zabránit, je rovněž nutné zvyšovat odolnost jedince vůči těmto situacím. Podle Mühlpachra (2011, s. 151), je nejpřirozenějším způsobem posilování a určité prevence, vytváření pevné a hodnotné zájmové orientace, jejímž prostřednictvím je možné nejsnáze relaxovat a odreagovat se od napětí. Je třeba rozvíjet své schopnosti správně odpočívat, trávit volný čas a obecně vést zdravý životní styl. A zde lze v rámci preventivního působení využívat poznatků sociální pedagogiky.



## Resumé

U české policie se systém posttraumatické intervenční péče začal rozvíjet v roce 1998. Jeho účelem je minimalizace rizik, která jsou spojena s náročným výkonem policejní služby. Každé krajské ředitelství policie a Policejní prezidium ČR má v současné době k dispozici posttraumatický intervenční tým, který tvoří intervenenti z řad policistů, občanských zaměstnanců Policie ČR a Ministerstva vnitra, policejních psychologů a duchovních, kteří prošli speciálním akreditovaným výcvikem. Intervenenti PIP vstupují do tohoto systému a poskytují podporu a pomoc na základě dobrovolnosti.

Diplomová práce „Postoje policistů k možnostem využití posttraumatické intervenční péče“ seznamuje se systémem posttraumatické intervenční péče a pomocí výzkumu mezi policisty se snaží zmapovat jejich postoje k této problematice. Je členěna do čtyř kapitol.

**První kapitola** charakterizuje jednotlivé zátěžové situace jako je stres, trauma, posttraumatická stresová porucha a krize.

**Druhá kapitola** popisuje jakým způsobem řešit krizi, rozdělením pomoci na formální a neformální pomoc a charakteristikou krizové intervence.

**Třetí kapitola** se zabývá psychickou zátěží policistů, psychologickou pomocí pro policisty, posttraumatickou intervenční péčí a anonymní telefonní linkou pomoci v krizi.

**Čtvrtá kapitola** je část empirická, ve které bylo použito šetření formou dotazníku s možnostmi výběru ze škály odpovědí se zaměřením na zkoumání postojů policistů a policistek k možnostem využití systému posttraumatické intervenční péče. Výzkumu se účastnilo 121 policistů a policistek městského ředitelství Policie České republiky v Brně.

## **Anotace**

Diplomová práce je zaměřena na problematiku systému posttraumatické intervenční péče v Policii České republiky. V teoretické části vymezuje různé pojmy zátěžových situací, jako je stres, krize, posttraumatická stresová porucha. Dále pojednává o psychické zátěži policistů při výkonu služby a popisuje systém posttraumatické intervenční péče. Výzkumná část se zabývá informovaností a postoji policistů k systému posttraumatické intervenční péče.

### **Klíčová slova**

Stres, trauma, posttraumatická stresová porucha, krize, krizová intervence, Policie České republiky, policisté, pomoc, posttraumatická intervenční péče.

## **Anotation**

This diploma thesis focuses on system of post-traumatic intervention care in the Police of the Czech Republic. In theoretical part different kinds of stressful situations, such as stress, crisis and Post-traumatic Stress Disorder are defined. Also mental stress of policemen during service and system of post-traumatic intervention care are described. Analytical part is focused on awareness and attitude of policemen towards post-traumatic intervention care.

### **Keywords**

Stress, Trauma, Post-traumatic Stress Disorder, Crisis, Crisis intervention, Police of the Czech Republic, Policemen, Help, Post-traumatic intervention care.

## Seznam literatury a pramenů

1. Zákon č. 361/2003 Sb., o služebním poměru příslušníků bezpečnostních sborů
2. Závazný pokyn policejního prezidenta č. 129/2001, kterým se zřizuje systém poskytování posttraumatické intervenční péče příslušníkům Policie České republiky
3. Závazný pokyn policejního prezidenta č. 162/2002, kterým se zřizuje anonymní telefonní linka pomoci v krizi
4. Závazný pokyn policejního prezidenta č. 21/2009 o posttraumatické intervenční péči a anonymní lince pomoci v krizi, ve znění ZPPP č. 79/2010
5. ATKINSONOVÁ R. L. Psychologie. 1. vyd., Praha: Victoria Publishing, 1995, 863 s. ISBN 80-85605-35-X
6. BAŠTECKÁ B. et al. Terénní krizová práce, psychosociální intervenční týmy, 1. vyd., Praha: Grada, 2005, 300 s., ISBN 80-247-0708-X
7. ČÍRTKOVÁ L. Policejní psychologie. 3. vyd., Praha: Portál, 2000, 256 s., ISBN 80-7178-475-3
8. GAVORA P. Úvod do pedagogického výzkumu. 1. vyd., Brno: Paido, 2000, 207 s., ISBN 80-8593-179-6.
9. HENDL J. Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace. Praha: Portál, 2005, 407 s., ISBN 80-7367-040-2.
10. HOSKOVCOVÁ S. Psychosociální intervence. 1. vyd., Praha: Karolinum, 2009, 185 s., ISBN 978-80-246-1626-1
11. CHRÁSTKA M. Metody pedagogického výzkumu: základy kvantitativního výzkumu. 1. vyd., Praha: Grada, 2007, 272 s., ISBN 978-80-247-1369-4
12. JANDOUREK J. Úvod do sociologie. Praha: Portál, 2003, 232 s., ISBN 80-7178-749-3
13. KNOPPOVÁ D. et al. Telefonická krizová intervence. 1. vyd., Praha: Remedium, 1997, 304 s.

14. KRAUS B. Základy sociální pedagogiky. 1 vyd., Praha: Portál, 2008. 216 s., ISBN 978-80-7367-383-3
15. KŘIVOHLAVÝ J. Jak zvládat stres. Praha: Grada, 1994, 198 s., ISBN 80-7169-121-6
16. MATOUŠEK O. et al. Metody a řízení sociální práce. 2. vyd., Praha: Portál, 2008, 384 s., ISBN 978-80-7367-502-8
17. MELGOSA J. Zvládni svůj stres! 1. vyd., Praha: Advent-Orion, 1997, 278 s., ISBN 80-7172-240-5
18. MICHALÍK D. Psychologie v policejní praxi. 1. vyd., Univerzita Palackého v Olomouci, 2007, 74 s., ISBN 978-80-244-1811-7
19. MITCHELL J. T. Critical Incident Stress Management, 2003, 146 s.
20. MLČÁK Z. Emergentní psychologie a krizová intervence. Ostravská univerzita, 2005, 62 s., ISBN 80-7368-036-X
21. MÜHLPACHR P. Sociální pedagogika II. Brno: Institut mezioborových studií, 2011, 251 s.
22. NAKONEČNÝ M. Encyklopedie obecné psychologie. Praha: Academia, 1997, 437 s., ISBN 80-200-0625-7
23. PORTERFIELD K. M. Straight Talk About Post-traumatic Stress: Coping with the Aftermath of Trauma (Jak se vyrovnat s následky traumatu), 1996, v českém překladu vydalo Nakladatelství Lidové noviny, 1998, 144 s., ISBN 80-7106-262-6
24. PRAŠKO J. et al. Stop traumatickým vzpomínkám. 1. vyd., Praha: Portál, 2003, 184 s., ISBN 80-7178-811-2
25. PRAŠKO J., HÁJEK T., PREISS M. Posttraumatická stresová porucha a jak se jí bránit. Praha: Maxdorf, 2002, 94 s., ISBN 80-85912-80-5
26. PRAŠKO J. - PRAŠKOVÁ K. Asertivitou proti stresu. Praha: Avicenum. 1996, 184 s., ISBN 978-80-247-1697-8
27. ŘEHOŘ A. Metodologie I. Brno: Institut mezioborových studií, 2004, 76 s.

28. ŘEHOŘ A. Metodické pokyny pro vypracování bakalářské a diplomové práce. Brno: Institut mezioborových studií, 2009, 44 s.
29. SELYE H. Život a stres. Bratislava: Obzor, 1966, 460 s., ISBN 65-093-66
30. SEZEMZSKÝ Z. Diplomová práce-System posttraumatické intervenční péče poskytované příslušníkům Policie České republiky, Brno: Institut mezioborových studií, 2010, 94 s.
31. ŠPATENKOVÁ N. et al. Krizová intervence pro praxi. 1. vyd., Praha: Grada, 2004, 200 s., ISBN 80-247-0586-9
32. ŠPATENKOVÁ N. et al. Krize-Psychologický a sociologický fenomén. 1. vyd., Praha: Grada, 2004a, 132 s., ISBN 80-247-0888-4
33. VÁGNEROVÁ M. Psychopatologie pro pomáhající profese. 3. vyd., Praha: Portál, 2004, 872 s., ISBN 80-7178-802-3
34. VALKO E. Diplomová práce-Posttraumatická intervenční péče v Policii České republiky, Praha: Masarykova univerzita, 2011, 111 s.
35. VIZINOVÁ D., PREISS M. Psychické trauma a jeho terapie. 1. vyd., Praha: Portál, 1999, 160 s., ISBN 80-7178-284-X
36. VODÁČKOVÁ D. et al. Krizová intervence. 1. vyd., Praha: Portál, 2002, 544 s., ISBN 80-7178-696-9
37. VYMĚTAL Š. Krizová komunikace a komunikace rizika. 1. vyd., Praha: Grada, 2009, 176 s., ISBN 978-80-247-2510-9
38. VYMĚTAL Š. et al. Možnosti psychologické podpory v Policii ČR. 1. vyd., Praha: Themis, 2010, 80 s., ISBN 978-80-7312-065-8

### **Časopisy**

39. ČÍRTKOVÁ L. Kdy pomůže krizová intervence. Policista, 2000, č. 11, s. 26-27
40. ČÍRTKOVÁ L., SPURNÝ J. Péče o policisty po extrémních stresových situacích. Kriminalistika, 2001, č. 3, s. 175-186
41. JURÁSKOVÁ J., KREJČÍ Z., ŠTORKOVÁ M. Historie budování systému posttraumatické péče v Policii ČR. Policista, 2000, č. 12, s. 21-22

42. SOTOLÁŘOVÁ M. Mimořádné zásahy a posttraumatická péče – ano či ne? 112, 2006, s. 7-8
43. SOTOLÁŘOVÁ M. Posttraumatická intervenční péče o policisty. Policista, 2001, č. 6, s. 28-29
44. VYMĚTAL Š. Posttraumatická intervenční péče jako prevence rozvoje posttraumatické stresové poruchy u policistů. Policista, 2003, č. 12, s. 38-39

#### **Internetové a intranetové zdroje**

45. <http://www.drjeffmitchell.com/index.php>
46. <http://www.policie.cz/clanek/anonymni-linka-pomoci-v-krizi.aspx>
47. <http://ppportal.pcr.cz/oppv/ovp.htm>

## **Seznam příloh**

**Příloha č. 1 – Statistiky volání na linku pomoci v krizi za rok 2010**

**Příloha č. 2 – Anonymní dotazník**

## B/ ANONYMNÍ LINKA POMOCI V KRIZI



Linka pomoci v krizi je rezortní linkou důvěry, která je určena policistům, hasičům, zaměstnancům policie, hasičského záchranného sboru, ministerstva vnitra a jejich rodinným příslušníkům. Linku pomoci v krizi může rovněž využívat i širší veřejnost, zvláště v situacích mimořádných událostí.

Zřízena je **ZP č. 21/2009** o posttraumatické intervenční péči a anonymní telefonické lince pomoci v krizi ze dne 3. března 2009, který byl dále změněn **ZP PP č. 79/2010** jehož přílohou je statut Linky pomoci v krizi.

Je oboustranně anonymní telefonní službou, která je poskytována v nepřetržitém 24hodinovém provozu od listopadu 2002. Zavolat je možné přes služební linky na číslo 834 688, stejně jako z běžného telefonního čísla **974 834 688**. Hovor je účtován z celého území ČR jako místní tarif.

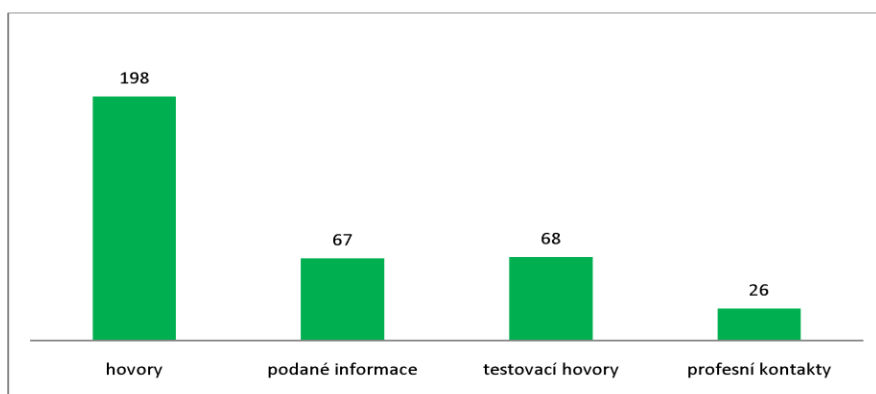
Činnost je zajišťována týmem pěti pracovníků a v případě potřeby (nemoc, dovolená) vyškolenými dobrovolníky z řad policie.



## Příloha č. 1

### 1. STATISTIKY VOLÁNÍ NA LINKU POMOCI V KRIZI

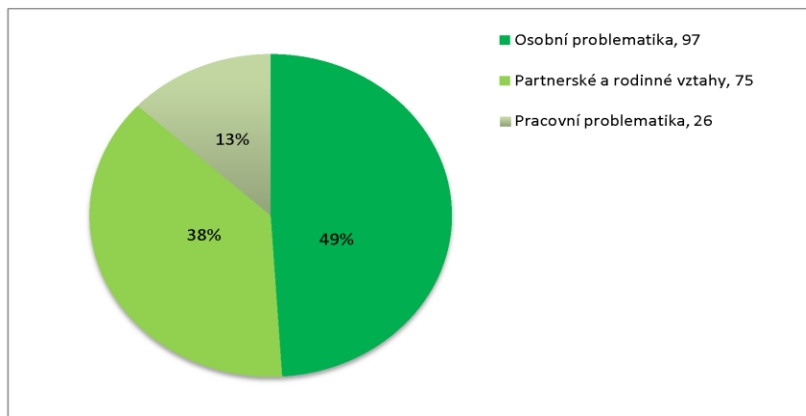
V roce 2010 bylo na Lince pomoci v krizi **zaznamenáno 359 telefonátů**, což je v porovnání **s předešlým rokem o 21 více**. Ne všechny telefonáty jsou krizově intervenčními hovory. Setkáváme s tzv. testovacími hovory nebo s žádostmi o informace či zprostředkování kontaktu na odborníky.



Graf 87: celkový počet kontaktů = 359

#### 1.1. ROZDĚLENÍ HOVORŮ DLE TÉMATU

Krizově intervenční hovory třídíme podle tématu do dalších kategorií. Meziroční výkyvy v těchto kategoriích jsou zanedbatelné (1-3 %). Hlavním důvodem hovoru je stále **osobní problematika** (49 %), následují **partnerské a rodinné vztahy** (38 %) a **pracovní problematika** (13 %).

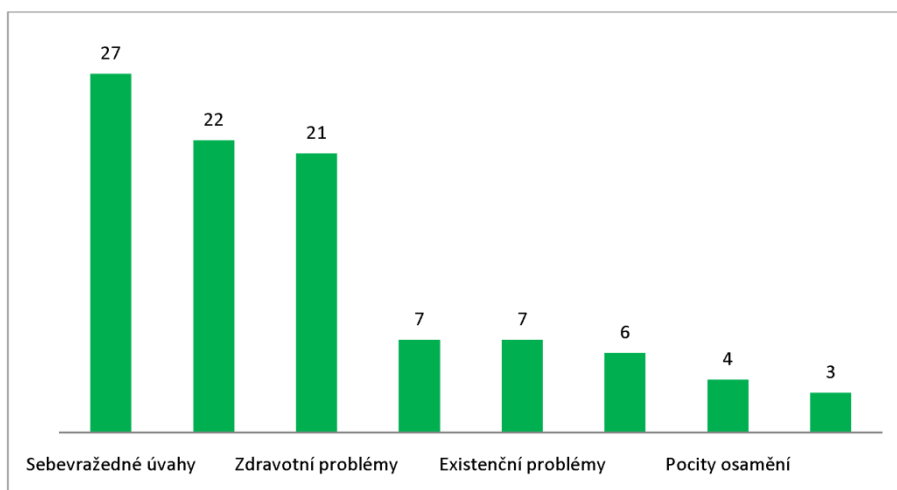


Graf 88: Celkové rozložení hovorů dle tematiky

## Příloha č. 1

### 1.1.1. OSOBNÍ PROBLEMATIKA - 97 HOVORŮ

V kategorii **Osobní problematika** je zaznamenáno nejvíce hovorů – 27 - na téma **sebevražedné úvahy**. Odpovídá to 28 % z celku osobní problematiky a nárůst o 13 %. Ve srovnání s minulým rokem se zvýšil počet hovorů v kategorii **úzkostné stavy po traumatu** na 22, tj. 22 % problematiky a nárůst o 7 %. Zvýšil se i počet hovorů v kategorii **ostatní závislosti** na 7, tj. 7 % problematiky a nárůst o 6 %. Mírný vzestup zaznamenala i kategorie **zdravotní problémy** na 21, tj. 22 % problematiky a nárůst o 2 %. Naopak v kategorii **existenční problémy (dluhy)** hovorů ubylo a jejich počet se snížil z 16 % na 7 %. Stejný pokles (rovněž o 9 %) zaznamenala kategorie **nadužívání alkoholu**, která letos tvořila 4 % osobní problematiky. Lehký pokles byl v kategorii **bytová tíseň** a to na 6 %. Hovory s tématem **osamění** byly letos spíše okrajové.

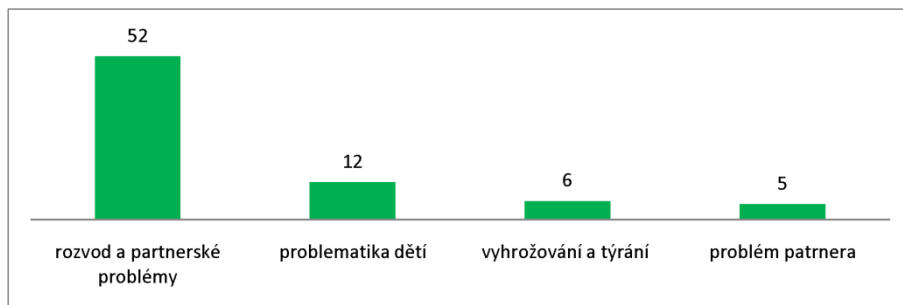


Graf 89: Osobní problematika (počty hovorů)

### 1.1.2. PARTNERSKÉ A RODINNÉ VZTAHY - 75 HOVORŮ

V hovorech kategorie **Partnerské a rodinné vztahy** bylo zaznamenáno, stejně jako v loňském roce, nejvíce hovorů na téma **Rozvod a partnerské problémy**. Bylo v něm uskutečněno 52 hovorů, což je 69 % problematiky a nárůst o 21 % oproti roku 2009. Pokles byl zaznamenán v kategorii **Vyhrožování a týrání partnerem** na 6 hovorů, tj. 8 % problematiky. S **Problematikou dětí** bylo v roce 2010 12 hovorů, to je pokles o 3 %, tedy na 16 % problematiky. Stejný pokles o 3 % zaznamenala kategorie **Problém partnera** na 5 hovorů tj. 7 % problematiky.

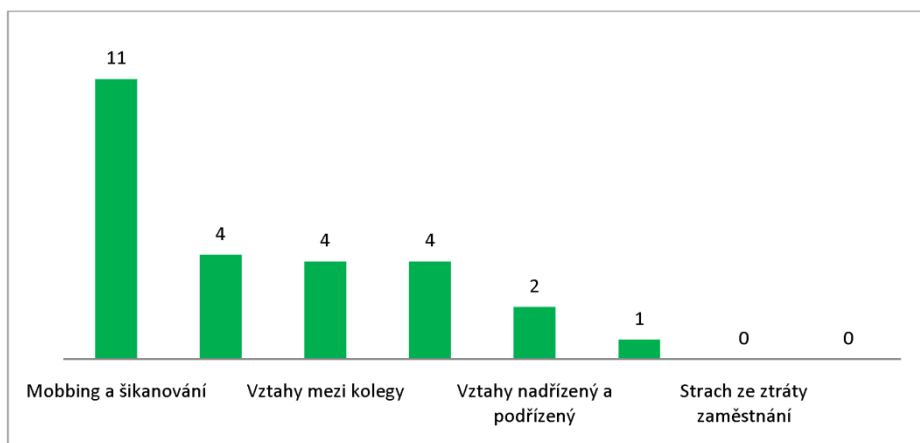
## Příloha č. 1



Graf 90: Partnerské a rodinné vztahy (počty hovorů)

### 1.1.3. PRACOVNÍ PROBLEMATIKA - 26 HOVORŮ

V kategorii **Pracovní problematika** se rozvrstvení hovorů oproti roku 2009 výrazně změnilo. Nejvíce hovorů tentokrát spadalo do kategorie **Mobbing a šikanování** (11 hovorů), což je 43 % problematiky a růst o 29 % oproti roku 2009. Naopak nejvýraznější pokles (31 %) zaznamenala kategorie **Problém kolegy**. Nově se objevily 4 hovory v kategorii **Řízení a poměry u Policie ČR**, tvoří 15 % problematiky. Stejný 15 % podíl obsadila kategorie **Vztahy mezi kolegy**. Hovory v kategorii **Vztahy nadřízený-podřízený** zůstaly na stejné úrovni jako v roce 2009, tj. 2 hovory, což je 8 % problematiky. **Potřeba poskytnutí psychologické služby** poklesla o 16 % pouze na 1 hovor, což jsou 3% problematiky. Pokles z 19% na nulu zaznamenala kategorie **Strach ze ztráty zaměstnání**, kdy nebyl přijat žádný hovor na toto téma. V kategorii **Sebevražedné úvahy kolegy** nebyl, stejně jako v roce 2009, zaznamenán žádný hovor.



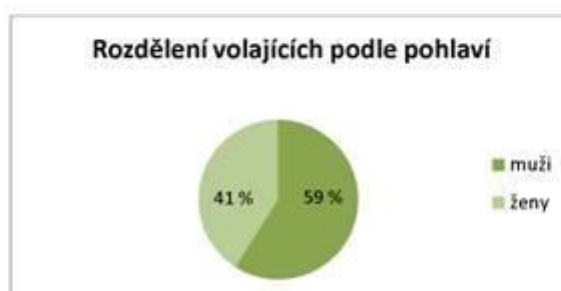
Graf 91: Pracovní problematika (počty hovorů)

## Příloha č. 1

### 1.2. KLIENTELA LINKY POMOCI V KRIZI

V souladu s posláním Linky pomoci v krizi využívali jejich služeb v převážné míře klienti z řad Policie ČR, Hasičského záchranného sboru, Ministerstva vnitra a jejich rodinní příslušníci. Linka pomoci v krizi je otevřena i pro občanskou veřejnost, která může získat kontakt na linku od policisty, hasiče, nebo na policejní služebně. Přesný poměr volajících není možné vzhledem k přísné anonymitě linky určit.

Z celkového počtu volajících, kteří se na Linku se svými problémy obrátili, bylo 59% mužů a 41% žen. Tento poměr zůstává dlouhodobě nezměněn.



Graf 92: Rozdělení volajících dle pohlaví

## Příloha č. 2

### Anonymní dotazník

Vážená kolegyně, vážený kolego,

jsem zařazen na Obvodním oddělení v Brně Bystrci a studuji obor Sociální pedagogika na Univerzitě Tomáše Bati ve Zlíně, Fakultě humanitních studií, Institutu mezioborových studií v Brně. Dovoluji si Vás požádat o laskavé vyplnění dotazníku, který je součástí mé diplomové práce na téma „Postoje policistů k možnostem využití posttraumatické intervenční péče“. Účelem otázek je analýza současné míry informovanosti o posttraumatické intervenční péči a postojů k této problematice.

Dotazník je zcela anonymní a jeho výsledky budou využity pouze pro potřeby mé diplomové práce.

Odpovědi na jednotlivé otázky označte křížkem „x“. V případě možnosti vlastního vyjádření je k dispozici volné okénko.

Předem děkuji za Váš čas strávený při vyplňování dotazníku.

Bc. Miloslav Gutter

#### Základní údaje

<b>Pohlaví:</b>	Žena	<input type="checkbox"/>
	Muž	<input type="checkbox"/>
<b>Věk:</b>	20-30 let	<input type="checkbox"/>
	31-40 let	<input type="checkbox"/>
	41-50 let	<input type="checkbox"/>
	51 let a více	<input type="checkbox"/>
<b>Služ. zařazení:</b>	Pořádková policie	<input type="checkbox"/>
	Dopravní policie	<input type="checkbox"/>
	SKPV	<input type="checkbox"/>
<b>Praxe:</b>	Do 5 let	<input type="checkbox"/>
	Do 10 let	<input type="checkbox"/>
	Nad 10 let	<input type="checkbox"/>

## Příloha č. 2

### Otázky

#### 1) Setkal/a jste se s náročnou nebo traumatizující událostí?

Ano   
Ne

#### 2) V případě že ano, označte o jakou událost se jednalo, případně uveďte vlastní situaci. Můžete označit i více odpovědí.

Použití zbraně s vážným nebo smrtelným zraněním   
Zákrok směřující k záchraně sebevraha   
Zákrok proti agresivní osobě   
Pronásledování nebezpečného pachatele   
Kontakt s těžce a smrtelně zraněnými   
Výslechy obětí násilí   
Sdělování tragických událostí pozůstalým   
Konflikty na pracovišti   
Rodinná a partnerská krize   
Jiné – doplňte

#### 3) Jak jste se s touto situací vyrovnal/a?

Vyrovnal jsem se s ní sám/sama   
Svěřil/a jsem se někomu blízkému   
Vyhledal/a jsem pomoc odborníka (psycholog, psychiatr)   
Vyhledal/a jsem pomoc posttraumatického intervenčního týmu

#### 4) Pokud jste využil/a odbornou pomoc, zlepšil se Váš problém?

Ano   
Ne

#### 5) Víte co je smyslem posttraumatické intervenční péče (dále jen PIP)?

Ano   
Ne

#### 6) Víte kde tuto službu hledat, na koho se obrátit?

Ano   
Ne

**Příloha č. 2**

**7) Kdy by měla po prožití traumatizující události následovat odborná intervenční podpora ?**

- Ihned
- V řádu hodin
- Jiné – doplňte

**8) V jakém prostředí by podle Vás mělo docházet ke kontaktu s pracovníkem posttraumatické intervenční péče?**

- Odborné pracoviště
- Pracoviště klienta
- Jiné – doplňte

**9) Je důležité řešit problém anonymně? Do rámečku prosím napište zdůvodnění Vašeho rozhodnutí.**

- Ano
- Ne

**10) Víte o možnosti kvalifikované pomoci pro policisty a hasiče prostřednictvím anonymní telefonní linky pomoci v krizi?**

- Ano
- Ne

**11) Myslíte si, že informovanost o PIP je ze strany zaměstnavatele dostatečně zajištěna ?**

- Ano
- Ne
- Nevím

**Příloha č. 2**

**12) Kde jste se o službě posttraumatické intervenční péče dověděl?**

- Intranet
- Kolega, nadřízení
- Jiné – doplňte

**13) V případě potřeby dáte přednost odborné pomoci.**

- Zajištěné zaměstnavatelem
- Jiné  - proč

**14) Doporučil/a byste pomoc PIP postiženému kolegovi?**

- Ano
- Ne
- Nevím

**15) Je podle Vás současný systém PIP vyhovující? Do rámečku můžete napsat, co byste zlepšili.**

- Ano
- Ne
- Nevím