

Poruchy duševní rovnováhy

Mental Balance Disorders

Bc. Tereza Janků

Diplomová práce
2013



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta aplikované informatiky

ZADÁNÍ DIPLOMOVÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Bc. Tereza Janků**
Osobní číslo: **A11320**
Studijní program: **N3902 Inženýrská informatika**
Studijní obor: **Bezpečnostní technologie, systémy a management**
Forma studia: **prezenční**

Téma práce: **Poruchy duševní rovnováhy**

Zásady pro vypracování:

1. Zpracujte rešerši literatury, která se vztahuje k poruchám duševní rovnováhy.
2. V rámci východiskové hypotézy vymezte fenomenologické a etiologické otázky spojené s traumatickými událostmi, které jsou v bezpečnostním prostředí zdrojem poruch duševní rovnováhy.
3. Analyzujte příčiny poruch duševní rovnováhy v bezpečnostním prostředí, specifikujte konkrétní poruchy a jejich projevy, využijte systému Mezinárodní klasifikace nemocí.
4. Analyzujte a specifikujte rizikové faktory v uvedené oblasti, vymezte roli příslušných institucí zabývajících se poruchami duševní rovnováhy. Specifikujte postupy a prostředky, užívané k eliminaci poruch duševní rovnováhy (prevence, léčebné postupy).
5. V rámci tvůrčí části diplomové práce proveďte výzkum ke zvolené problematice, výstupy výzkumu vyhodnoťte a zpracujte.
6. Tvůrčí část diplomové práce zaměřte na syntézu – vycházejte ze specifikace analytických závěrů a výstupů; prezentujte vlastní návrhy, doporučení a opatření k předcházení poruch duševní rovnováhy.

Rozsah diplomové práce:

Rozsah příloh:

Forma zpracování diplomové práce: **tištěná/elektronická**

Seznam odborné literatury:

1. ČÍRTKOVÁ, Ludmila a Petra VITOUŠOVÁ. Pomoc obětem (a svědkům) trestných činů: příručka pro pomáhající profese. Vyd. 1. Praha: Grada, 2007, 191 s. ISBN 978-802-4720-142.
2. PONĚŠICKÝ, Jan. Neurózy, psychosomatická onemocnění a psychoterapie. Vyd. 2. V Praze: Triton, 2004, 215 s. ISBN 80-725-4459-4.
3. PORTERFIELD, Kay Marie. Jak se vyrovnat s následky traumatu. Překlad Miroslava Camutaliová. Praha: Lidové noviny, 1998, 143 s. Linka důvěry. ISBN 80-710-6262-6.
4. PRAŠKO, Ján, Tomáš HÁJEK, Beata PAŠKOVÁ, Marek PREISS a Miloš ŠLEPECKÝ. Stop traumatickým vzpomínkám: jak zvládnout posttraumatickou stresovou poruchu. Vyd. 1. Praha: Portál, 2003, 178 s. ISBN 80-717-8811-2.
5. PRAŠKO, Ján, Jana VYSKOČILOVÁ a Jana PRAŠKOVÁ. Úzkost a obavy: jak je překonat. 2. vyd. Praha: Portál, 2008, 232 s. Rádci pro zdraví. ISBN 978-80-7367-410-6.
6. VÁGNEROVÁ, Marie. Psychopatologie pro pomáhající profese. Vyd. 3., rozš. a přeprac. Praha: Portál, 2004, 870 s. ISBN 80-717-8802-3.
7. VAŠINA, Lubomír. Základy psychopatologie a klinické psychologie. Brno: Institut mezioborových studií Brno, 2008, 331 s. ISBN 978-808-7182-000.

Vedoucí diplomové práce:

PhDr. Mgr. Stanislav Zelinka

Ústav bezpečnostního inženýrství

Datum zadání diplomové práce:

8. února 2013

Termín odevzdání diplomové práce:

3. června 2013

Ve Zlíně dne 8. února 2013


prof. Ing. Vladimír Vašek, CSc.
děkan




doc. RNDr. Vojtěch Křesálek, CSc.
ředitel ústavu

ABSTRAKT

Diplomová práce se zabývá problematikou poruch duševní rovnováhy, které se mohou vyskytnout u pracovníků v bezpečnostním průmyslu jako důsledek prožitých traumatických událostí. V teoretické části práce jsou tyto traumatické události popsány, jsou zde uvedeny charakteristiky některých duševních poruch a zároveň jsou nastíněny možnosti jejich prevence a léčby. Na konci teoretické části jsou pak vyjmenovány instituce, které mohou být při řešení těchto poruch nápomocné. V praktické části práce jsou zpracovány kazuistiky některých pacientů psychiatrické ambulance.

Klíčová slova: poruchy duševní rovnováhy, trauma, psychické poruchy, kazuistiky

ABSTRACT

The thesis deals with topics of mental balance disorders, that may occur with employees in the security industry as a result of traumatic events experience. In theoretical part of this thesis traumatic events are described, characteristics of some mental disorders are listed and also possibilities of prevention and treatment are defined. At the end of theoretical part there are listed the institutions, that can be helpful in dealing with these disorders. In the practical part the case reports of some psychiatric ambulance patients are elaborated.

Keywords: mental balance disorders, trauma, mental disorders, case reports

Ráda bych tímto poděkovala vedoucímu mé diplomové práce panu PhDr. Mgr. Stanislavu Zelinkovi za vedení a připomínky, které jsem při psaní práce využila. Dále bych chtěla poděkovat paní MUDr. Heleně Kršňákové za poskytnuté odborné rady a informace. Děkuji také mé rodině za podporu během studia.

Prohlašuji, že

- beru na vědomí, že odevzdáním diplomové/bakalářské práce souhlasím se zveřejněním své práce podle zákona č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, bez ohledu na výsledek obhajoby;
- beru na vědomí, že diplomová/bakalářská práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému dostupná k prezenčnímu nahlédnutí, že jeden výtisk diplomové/bakalářské práce bude uložen v příruční knihovně Fakulty aplikované informatiky Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně a jeden výtisk bude uložen u vedoucího práce;
- byl/a jsem seznámen/a s tím, že na moji diplomovou/bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, zejm. § 35 odst. 3;
- beru na vědomí, že podle § 60 odst. 1 autorského zákona má UTB ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- beru na vědomí, že podle § 60 odst. 2 a 3 autorského zákona mohu užít své dílo – diplomovou/bakalářskou práci nebo poskytnout licenci k jejímu využití jen s předchozím písemným souhlasem Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, která je oprávněna v takovém případě ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které byly Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše);
- beru na vědomí, že pokud bylo k vypracování diplomové/bakalářské práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tedy pouze k nekomerčnímu využití), nelze výsledky diplomové/bakalářské práce využít ke komerčním účelům;
- beru na vědomí, že pokud je výstupem diplomové/bakalářské práce jakýkoliv softwarový produkt, považují se za součást práce rovněž i zdrojové kódy, popř. soubory, ze kterých se projekt skládá. Neodevzdání této součásti může být důvodem k neobhájení práce.

Prohlašuji,

- že jsem na diplomové práci pracoval samostatně a použitou literaturu jsem citoval. V případě publikace výsledků budu uveden jako spoluautor.
- že odevzdaná verze diplomové práce a verze elektronická nahraná do IS/STAG jsou totožné.

Ve Zlíně

.....
podpis diplomanta

OBSAH

ÚVOD	10
I TEORETICKÁ ČÁST	11
1 TRAUMATICKÉ UDÁLOSTI JAKO ZDROJ PORUCH DUŠEVNÍ ROVNOVÁHY	12
1.1 CO JE TRAUMA	12
1.2 DĚLENÍ TRAUMAT	12
1.3 VZNIK A PŘÍČINY TRAUMATU	13
1.4 UDÁLOSTI, KTERÉ MOHOU ZAPŘÍČINIT VZNIK TRAUMATU A ROZVOJ PORUCH DUŠEVNÍ ROVNOVÁHY	13
1.5 UDÁLOSTI, KTERÉ MOHOU ZAPŘÍČINIT VZNIK TRAUMATU A ROZVOJ PORUCH DUŠEVNÍ ROVNOVÁHY V BEZPEČNOSTNÍM PROSTŘEDÍ.....	14
1.5.1 Použití střelné zbraně proti člověku.....	14
1.5.2 Zabití člověka.....	14
1.5.3 Nález mrtvoly.....	15
1.5.4 Válka	15
1.5.5 Přepadení, ohrožení vlastního života a prožití fyzického násilí.....	15
1.5.6 Rukojmí.....	15
1.5.7 Smrt kolegy nebo blízkého člověka	16
1.5.8 Šikana na pracovišti	16
1.6 REAKCE ORGANISMU NA PSYCHICKÉ TRAUMA.....	17
1.7 SYMPTOMY TRAUMATU A POTÍŽE S NÍM SPOJENÉ	17
1.8 OBDOBÍ PO TRAUMATU.....	18
1.8.1 Oblasti ovlivněné prožitým traumatem.....	19
2 PORUCHY DUŠEVNÍ ROVNOVÁHY	21
2.1 PŘEHLED NĚKTERÝCH DUŠEVNÍCH PORUCH.....	22
2.2 AKUTNÍ STRESOVÁ REAKCE (F43.0).....	22
2.2.1 Příčiny akutní stresové reakce.....	23
2.2.2 Symptomy akutní stresové reakce.....	23
2.2.3 Léčba akutní stresové reakce	23
2.3 POSTTRAUMATICKÁ STRESOVÁ PORUCHA (F43.1).....	24
2.3.1 Příčiny PTSD	24
2.3.2 Symptomy PTSD.....	24
2.3.3 Faktory ovlivňující výskyt symptomů PTSD.....	27
2.3.4 Laická pomoc obětem s PTSD	28
2.3.5 Odborná léčba PTSD.....	29
2.3.5.1 Psychofarmakoterapie.....	30
2.3.5.2 Psychoterapie	30
2.4 PORUCHY PŘIZPŮSOBENÍ (F43.2).....	32
2.4.1 Příčiny poruch přizpůsobení	32
2.4.2 Symptomy poruch přizpůsobení	32
2.4.3 Léčba poruch přizpůsobení	32

2.5	DISOCIATIVNÍ (KONVERZNÍ) PORUCHY (F44)	33
2.5.1	Příčiny disociativních poruch	33
2.5.2	Symptomy disociativních poruch	33
2.5.3	Léčba disociativních poruch	34
2.5.4	Disociativní amnézie (F44.0)	34
2.5.5	Disociativní fuga (útěk) (F44.1)	34
2.5.6	Disociativní stupor (F44.2)	34
2.6	PŘETRVÁVAJÍCÍ ZMĚNY OSOBNOSTI PO KATASTROFICKÉ ZKUŠENOSTI (F62.0)	35
2.6.1	Příčiny přetrvávající změny osobnosti	35
2.6.2	Symptomy přetrvávající změny osobnosti	35
2.6.3	Léčba přetrvávající změny osobnosti	35
2.7	FOBICKÉ ÚZKOSTNÉ PORUCHY (F40)	36
2.7.1	Agorafobie (F40.0)	36
2.7.1.1	Příčiny agorafobie	36
2.7.1.2	Symptomy agorafobie	36
2.7.1.3	Léčba agorafobie	37
2.7.2	Specifické (izolované) fobie (F40.2)	37
2.7.2.1	Léčba specifických fobií	38
2.8	DEPRESE	39
2.8.1	Příčiny deprese	39
2.8.2	Symptomy deprese	40
2.8.3	Léčba deprese	41
2.9	SYNDROM VYHOŘENÍ	41
2.9.1	Příčiny syndromu vyhoření	43
2.9.2	Symptomy syndromu vyhoření	43
2.9.3	Léčba syndromu vyhoření	44
3	PREVENCE A LÉČBA PORUCH DUŠEVNÍ ROVNOVÁHY	45
3.1	DUŠEVNÍ HYGIENA JAKO ÚČINNÁ PREVENCE PORUCH DUŠEVNÍ ROVNOVÁHY	45
3.1.1	Význam duševní hygieny	45
3.1.2	Metody duševní hygieny	46
3.1.3	Prevence syndromu vyhoření z hlediska zaměstnavatele	46
3.2	LAICKÁ POMOC OBĚTEM TRAUMATICKÝCH UDÁLOSTÍ	47
3.3	ODBORNÁ PRVNÍ POMOC V PSYCHICKÉ KRIZI	48
3.3.1	Krizová intervence	49
3.3.2	Psychoterapeutická první pomoc	49
3.4	PSYCHOTERAPEUTICKÁ LÉČBA PORUCH DUŠEVNÍ ROVNOVÁHY	50
3.4.1	Formy psychoterapie	51
3.4.2	Psychoterapeutické vyšetření	52
3.4.3	Metody psychoterapie	53
3.4.3.1	Psychoterapeutický rozhovor	53
3.4.3.2	Psychodrama	54
3.4.3.3	Psychogymnastika	54
3.4.3.4	Cyberpsychologie	54
3.4.4	Psycholog, psychoterapeut a psychiatr	55
3.4.5	Psychologické vyšetření	56
3.4.6	Psychiatrické vyšetření	56

4	INSTITUCE PRO POMOC OSOBÁM S PORUCHOU DUŠEVNÍ ROVNOVÁHY	58
4.1	KRIZOVÁ CENTRA.....	58
4.2	TELEFONICKÉ KRIZOVÉ LINKY.....	58
4.3	INTERNETOVÉ PORADNY.....	58
4.4	PSYCHOLOGICKÉ PORADNY, PSYCHIATRICKÉ AMBULANCE, LÉČEBNY A STACIONÁŘE.....	58
4.5	MOBILNÍ SLUŽBY, DOMÁCÍ LÉČENÍ.....	59
4.6	SVĚPOMOCNÉ KLUBY A SDRUŽENÍ PRO OSOBY S PORUCHOU DUŠEVNÍ ROVNOVÁHY.....	59
II	PRAKTICKÁ ČÁST.....	60
5	VYPRACOVÁNÍ KAZUISTIK PACIENTŮ PSYCHIATRICKÉ AMBULANCE.....	61
5.1.1	Kazuistika č. 1.....	61
5.1.2	Kazuistika č. 2.....	62
5.1.3	Kazuistika č. 3.....	63
5.1.4	Kazuistika č. 4.....	64
5.1.5	Kazuistika č. 5.....	66
5.1.6	Kazuistika č. 6.....	66
	ZÁVĚR.....	68
	ZÁVĚR V ANGLIČTINĚ.....	69
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....	70
	SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK.....	72
	SEZNAM OBRÁZKŮ.....	73
	SEZNAM TABULEK.....	74
	SEZNAM PŘÍLOH.....	75

ÚVOD

Pracovníci v bezpečnostním průmyslu musí mít pro své povolání určité předpoklady a osobnostní vlastnosti. Lze tedy říci, že by měli být psychicky odolní a měli by být připraveni čelit různým zátěžovým situacím. Když se ale pak s těmito situacemi setkají, jejich psychika se může velmi lehce narušit. Někteří lidé jsou natolik odolní, že jejich psychiku vážně nenaruší ani přítomnost smrti, která je považována za jeden z nejnebezpečnějších faktorů. Většina lidí však tak odolná není. Nemusí to být dáno jejich nevyrovnaností, mohou se ocitnout v situacích, které přesahují běžnou lidskou zkušenost. Duševní rovnováha pak může být narušena tak závažným způsobem, že se lidé se svým traumatem nevyrovnají do konce života.

Každý člověk na prožité trauma reaguje odlišně, můžeme ale charakterizovat společné příznaky, které jsou pro konkrétní duševní poruchy typické. U každé z těchto poruch jsou pak specifikovány postupy, které by měly vést ke zmírnění nebo odstranění jejich příznaků. Tato práce se snaží podat jednoduchý, ale ucelený přehled o problematice duševních poruch v bezpečnostním prostředí. Teoretická část práce popisuje některé poruchy duševní rovnováhy, u nichž lze očekávat, že se mohou u pracovníků bezpečnostního průmyslu vyskytnout s větší pravděpodobností než poruchy ostatní.

Práce se také zabývá příčinami jejich vzniku, jejich projevy, účinnou prevencí a konečnou léčbou. Jsou zde uvedeny kontakty na některé instituce, které mohou být při výskytu duševní poruchy nápomocny. Včasným vyhledáním pomoci lze zabránit daleko vážnějším následkům. Tato práce může sloužit jako orientační pomůcka (pro pracovníky na vedoucích i podřízených pozicích) k rozpoznání příznaků, které mohou být známkou začínající poruchy duševní rovnováhy a mohou tak ohrozit kolegu, kamaráda nebo další blízkou osobu. Praktická část práce se snaží nastínit průběh některých poruch na reálných příkladech z praxe.

Téma duševních poruch je v bezpečnostním prostředí velmi často a neprávem opomíjeno. Pokud se ale například bezpečnostní agentura zajímá o duševní zdraví svých zaměstnanců, může tím předejít velmi vážným následkům, které poruchy duševní rovnováhy mohou mít na ně i na své okolí.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 TRAUMATICKÉ UDÁLOSTI JAKO ZDROJ PORUCH DUŠEVNÍ ROVNOVÁHY

1.1 Co je trauma

Pojem trauma pochází z řeckého slova, které označuje zranění, poranění nebo ránu. Traumatem můžeme označovat celou skupinu událostí a zkušeností, které pro člověka představují velké citové i fyzické vypětí. Tyto události je možno označit také jako hroživé nebo děsivé. O traumatu proto hovoříme, pokud je člověk vystaven mimořádné situaci, která svým katastrofickým rázem přesahuje jeho běžnou zkušenost. Zde je nutno podotknout, že traumatické události mají různý dopad a jsou jinak chápány dětmi a dospělými jedinci. [1]

1.2 Dělení traumat

Obecně můžeme psychickou traumatizaci podle postavení člověka v ní rozdělit do tří základních skupin:

- *primární traumatizace* – zde je člověk přímým cílem násilí (zabití, znásilnění)
- *sekundární traumatizace* – blízká zkušenost s traumatem jiné osoby (rodiny pohřešovaného)
- *terciární traumatizace* – člověk je v kontaktu s osobou primárně nebo sekundárně traumatizovanou jako svědek, terapeut a podobně. [3]

Trauma můžeme také rozdělit do několika skupin podle charakteru prožité události – podle délky trvání traumatizující události nebo podle její příčiny:

- krátkodobé nebo neopakující se trauma
- dlouhodobé nebo opakující se trauma
- trauma způsobené jiným člověkem
- trauma způsobené přírodní katastrofou [1]

Krátkodobá nebo neopakující se traumata se vyznačují tím, že byla prožita pouze jednou nebo byl člověk traumatu vystaven jen po krátkou dobu; může se jednat například o přepadení, prožití letecké nehody a podobně. *Dlouhodobé nebo opakující se trauma* je pak

opětovné prožívání hrozivé události; zde se může jednat například o dlouhodobé týrání osoby, věznění nebo mučení.

Traumata způsobená jiným člověkem jsou považována za nejvíce zraňující, jelikož vznikla s jasným lidským úmyslem. Traumatický zážitek zde není způsoben přírodními silami, nýbrž cizím člověkem, v horším případě člověkem blízkým. Tato traumata jsou pak velmi vážným zásahem do psychiky jedince, přičemž ve většině případů dochází ke ztrátě důvěry ke svému okolí. Jako příklad těchto traumat můžeme uvést jakékoliv druhy násilí: týrání psychické i fyzické, znásilnění, uvěznění, mučení, šikana, hrůzy prožité ve válce či v boji, havárie způsobené člověkem, únos a další. *Traumata způsobená přírodní katastrofou* chápeme jako důsledky působení přírodních sil; zde se jedná především o povodně, zemětřesení, tornáda a hurikány, sopečné výbuchy, požáry a další. [3]

1.3 Vznik a příčiny traumatu

Psychické trauma obvykle vznikne hrozivým zážitkem nebo dlouhotrvajícím působením stresující situace. Tyto situace mohou mít následující charakter:

- událost bezprostředně ohrožuje život nebo zdraví člověka
- událost je pro člověka extrémně hrozivá
- událost vytváří v člověku naprostý pocit bezmoci
- příčina hrozivé události působí z vnějšku

Je třeba rozlišovat mezi stresem a traumatem. Stres na člověka zajisté působí, ale můžeme říci, že jeho důsledky nejsou tak závažné, jako při traumatu. Pokud je člověk silně traumatizován, jeho psychické adaptační mechanismy jsou poničeny. K této situaci dochází v případě, že se člověk již nedokáže s traumatickou událostí vyrovnat. Děsivé zážitky pak zahlcují a paralyzují člověka a jeho systém sebeobranu, narušují jeho důvěru ve smysl a řád lidské existence a devastují pocit sebekontroly. [3]

1.4 Události, které mohou zapříčinit vznik traumatu a rozvoj poruch duševní rovnováhy

- přírodní pohromy a katastrofy vyvolané lidskými činiteli – sem řadíme záplavy, zemětřesení, požáry, sopečné výbuchy, zřícení budov, nehody letadel

- fyzické násilí – zde patří veškeré trestné činy různého druhu, teroristické útoky, domácí násilí, sexuální násilí
- přítomnost u tragédie – svědectví při zabití nebo zranění cizích i blízkých osob
- tělesné strádání – při dlouhých a těžkých nemocech a úrazech
- ztráta blízkého člověka – smrt příbuzného, dítěte, partnera, rodiče, zvířete
- ztráta postavení – ztráta zaměstnání nebo postavení ve společnosti
- ohrožení ztrátou blízké osoby
- ztráta vztahů – zánik vztahu s partnerem, přítelem nebo příbuzným
- ztráta majetku – krádež, vloupání, loupež [2]

1.5 Události, které mohou zapříčinit vznik traumatu a rozvoj poruch duševní rovnováhy v bezpečnostním prostředí

V předchozích řádcích jsme se zabývali událostmi, které mohou způsobit trauma. Tyto události se vyskytují i při výkonu bezpečnostních činností, můžeme ale vymezit konkrétní situace, které trauma vyvolávají a mohou napomoci k projevu nebo rozvoji duševních poruch. Řadíme sem především následující situace:

1.5.1 Použití střelné zbraně proti člověku

Pokud pracovník bezpečnostní služby použije zbraň proti člověku, kterého postřelí nebo usmrtí, ve většině případů dochází k nástupu traumatu, protože tato vyhrocená situace přesahuje normální lidskou zkušenost a představuje velkou psychickou zátěž. Trauma způsobené těmito okolnostmi se nazývá post-shooting trauma a je velmi důležité, aby postižený vyhledal odbornou pomoc. [4]

1.5.2 Zabití člověka

„Zabij, nebo budeš zabit“, je nejobtížnější traumatická situace, ve které se lidská bytost může ocitnout. Od mládí je nám vštěpováno, že zabíjet je zlé, avšak v průběhu této těžké situace začíná fungovat pud sebezáchovy. Člověku po činu postupně začíná docházet, co udělal, mohou se vyskytovat výčitky svědomí, halucinace, záchvaty zuřivosti, agrese a

další. Časté jsou i ztráty základních životních iluzí, jako jsou iluze nezranitelnosti a nesmrtnosti, iluze kontroly a všemohoucnosti.

1.5.3 Nález mrtvoly

Trauma může také vzniknout při nález mrtvoly, přičemž rozsáhlejší trauma mohou způsobit mrtvoly, které se nachází ve stádiu rozkladu, jsou nekompletní nebo jsou jiným způsobem znetvořeny. Dalšími ovlivňujícími faktory jsou zde okolní podmínky nález mrtvoly, jako je zápach, drobní živočichové nebo hmyz, vyskytující se na těle.

1.5.4 Válka

Pracovníci v bezpečnostním prostředí jsou často bývalí vojáci, kteří patří mezi nejnáchylnější skupinu ke vzniku traumatu a duševních poruch. Nejvíce se poruchy projevují u vojáků, kteří byli vystaveni intenzivním bojům. Tyto osoby jsou často emočními rukojmími války. K válečnému traumatu pak zejména přispívají faktory jako odloučení od rodin, neschopnost vyrovnat se s těžkostmi způsobená přílišným mládím a nezkušeností vojáků, neustálé nebezpečí smrti, náročné fyzické podmínky na bitevním poli (horko, nedostatek jídla a vody, nošení těžkých břemen), nutnost zabít a ochránit tak vlastní život. [2]

1.5.5 Přepadení, ohrožení vlastního života a prožití fyzického násilí

Vznik traumatu po přepadení nebo prožití fyzického násilí je velmi častý. Přepadení je samo o sobě velmi emotivní, střídají se zde pocity strachu, bezmoci, smíření se s osudem, ale také vzteku, vzrušení či smutku. V bezpečnostním prostředí jsou nejvíce ohroženi například pracovníci strážní služby, pracovníci bezpečnostního ochranného doprovodu osob a zásilek nebo osobní ochránci.

1.5.6 Rukojmí

Každý člověk, který je nebo byl zadržován jako rukojmí, prožívá určité psychické trauma. Psychology byl vypracován model prožívání rukojmí, který popisuje jednotlivé fáze, které rukojmí při svém zadržování prožívá. První fází je *fáze nárazu*, kdy je rukojmí neschopno přijmout skutečnost a uvěřit v opravdovost situace. Asi po prvních třiceti minutách dochází k uvědomění si situace a k jejímu přijetí jako faktu. Pak nastupuje druhá fáze – *definování*

situace a relativního zklidnění, kdy se rukojmí podrobuje novým pravidlům. V této fázi většinou rukojmí věří, že bude zachráněn, a je schopen se zcela zklidnit. Mezitím bilancuje o svém dosavadním životě. Třetí fází je *fáze rozčarování*, ve které dochází k nástupu pochybností, kde je rukojmí podrážděno nedostatkem informací a dlouhým čekáním na záchranu. V této fázi se také objevují emoce jako strach, vztek nebo agrese. Ve čtvrté fázi, *fázi odevzdanosti*, je pozorováno psychické zhroucení rukojmí, ztráta naděje na vysvobození a apatické odevzdání se situaci. Další fází je *fáze přijetí záchrany*. Ačkoliv by se mohlo zdát, že touto fází vše končí, opak je pravdou. Dochází k těžkému emočnímu vypětí, k celkovému uvolnění emocí a zmatečných reakcí, rukojmí se musí přeorientovat z bezmocnosti na zodpovědného jedince. Konečnou fází je pak *fáze odpoutání se od události*. I když už je rukojmí vysvobozeno, můžeme stále pozorovat zvýšenou zranitelnost, je třeba zpracovat proběhlou událost do vzpomínek a nakonec se od ní konečně odpoutat. [4]

1.5.7 Smrt kolegy nebo blízkého člověka

V této situaci záleží především na okolnostech smrti druhého člověka. Pokud je smrt přirozená, můžeme říci, že vyrovnání se s touto skutečností může být jednodušší než při smrti násilné nebo sebevraždě. Taková ztráta pak vyvolává nejen silné citové reakce, ale i zmatek v pocitech vlastní identity, integrity nebo bezpečnosti světa. Pokud byl člověk přítomen násilné smrti blízkého, často ho pronásledují především pocity viny, neustálé přemítání nad tím, jak mohl smrti zabránit nebo proč raději nezemřel on.

1.5.8 Šikana na pracovišti

Šikana je definována jako dlouhotrvající psychické nebo fyzické násilí, které je provozováno jedincem nebo skupinou a je zaměřeno na osobu, která se není schopna sama bránit. V bezpečnostním prostředí může být šikana namířena například proti podřízenému nebo kolegovi. Při traumatu ze šikanování se obvykle projevují psychické následky jako problémy se sociálním adaptováním, strach, nejistota, skrývání, vyhýbání se (například docházce do zaměstnání), poruchy spánku nebo poruchy sebehodnocení.

1.6 Reakce organismu na psychické trauma

Reakce na traumatickou událost probíhá přímo ve chvíli, kdy člověk čelí extrémní hrůze. Ocitá se tak ve stavu naprosté bezmoci. Jeho nadledvinky začnou produkovat hormony (adrenalin, noradrenalin a kortizol), které umožní tělu, aby se dokázalo s nebezpečím vyrovnat buď aktivní obranou, nebo útekem. Hormony pak vyšlou signály do mozku, který připraví tělo na očekávanou zátěž (zrychlení tepu, rozšíření zornic), je také zvýšena pohotovost organismu a člověk pociťuje nadměrné vzrušení. Může se zdát, že člověk náhle získá nadlidskou sílu a je schopen třeba nadzvednout automobil a vyprostit oběť nehody. Tato reakce organismu je přirozená a umožňuje člověku přežít hrozbu.

Na druhou stranu je potřeba zmínit, že organismus může na traumatickou událost reagovat nejen vzrušením, ale i zúžením smyslu. Jde o tzv. tunelové vidění, kdy člověk vnímá pouze věci před ním a nikoliv kolem něj. Často pak dochází ke ztrátě sluchu nebo ke ztrátě pocitu bolesti, což zapříčiňují tzv. endorfíny (chemické látky vznikající v mozku, jejichž účinek je podobný účinku opiátů). Díky nim také člověk v bezprostředním ohrožení potlačuje emoce, které by v průběhu nebezpečí mohly negativně ovlivnit reakce člověka.

Pokud není možné ze situace uniknout nebo na ni adekvátně reagovat, dochází v organismu k dezorganizaci jeho obvyklých odpovědí na hrozící nebezpečí. Tento stav pak může přetrvávat dlouho po skončení traumatizující události a může vyvolat trvalou změnu ve fyziologické, kognitivní i emoční oblasti člověka. [2]

1.7 Symptomy traumatu a potíže s ním spojené

Po prožití hrozivé či traumatické události se často u člověka vyskytují následující obecné symptomy a potíže:

- nadměrné vzrušení, neklid, vnitřní napětí
- poruchy paměti – možné zapomenutí celého období, jako je například období, kdy došlo k traumatické události
- duševní roztržitost – nepozornost, nesledování okolí apod.
- špatné soustředění – při každodenních činnostech (učení, práce, čtení)
- přehnané reakce
- střídání nálad – záchvaty pláče, vzteku, hněvu

- strach ze ztráty kontroly nad sebou samým
- nedůvěra v okolí – izolace od okolí, pocit neporozumění od blízkých lidí
- přemítání nad smyslem života, nad budoucností či minulostí
- intruzivní příznaky – promítání záblesků z minulosti, flashbaky, náhlé vynořování traumatických vzpomínek
- poruchy spánku – těžké usínání, neustálé probouzení se, nespavost, neschopnost spánku při určitých podmínkách (tma, velký okolní prostor)
- noční můry – znovuprožívání děsivé události ve snu, probouzení se s hrůzou, třesem a pocením
- vegetativní symptomy – bušení nebo bolest srdce, dýchací obtíže, třes
- apatie a letargie – nečinnost člověka
- další fyzická bolest – migrény, bolesti hlavy, oběhové problémy, bolesti v různých částech těla [1]

1.8 Období po traumatu

Bezprostředně po prožitém traumatu začínají klesat hladiny adrenalinu, noradrenalinu a kortizolu v krvi na normální hodnoty. Dochází k opětovnému nabývání duševní rovnováhy. Bohužel časté jsou případy, kdy je mysl lidí i po skončení traumatické události rozštěpena a jejich pocity jsou potlačovány. U těchto lidí se pak mohou rozvinout duševní poruchy jako například oddálená posttraumatická stresová porucha. Příznaky, jako jsou noční můry a flashbaky (úseky s traumatickým znovuprožitím) se mohou objevit ihned nebo i po několika letech.

Krize často pokračuje po dlouhou dobu, zvláště v případech, kdy bylo prožité trauma obzvláště těžké a pomoc oběti byla nedostačující nebo nebyla žádná. A i přesto, že se člověku pomoci dostalo, zotavování z prožitého šoku trvá velmi dlouho. Je třeba si ujasnit všechny pocity, které člověk v průběhu traumatické události potlačil a které zablokoval, musí si ujasnit vše, co se stalo. Po prožitém šoku si klade otázky o smyslu života, o důvěře k ostatním lidem, o pocitu bezpečí, bojí se toho, že ho potká další trauma a cítí se bezmocně a zranitelně. Často si pak přestává vážit sám sebe, protože nemůže ovlivnit to, co se mu přihodí. [2]

1.8.1 Oblasti ovlivněné prožitým traumatem

Prožité trauma může člověka ovlivnit v několika různých oblastech, zejména v těchto následujících:

Emoční oblast

Jak již bylo zmíněno, někteří lidé po prožití traumatu potlačují své city a emoce, u jiných lidí se začínají po několika týdnech tyto emoce vynořovat; zde se jedná především o pocity úzkosti, zlosti, hanby, strachu nebo také o výbuchy vzteku a pláče. Někdy se může objevit i pocit viny za přežití. V dalších případech může u obětí přetrvávat pocit bezmoci, který se projevil během hroživé události; oběti se mohou začít chovat jako děti nebo jako mladší jedinci. Tento jev nazýváme vývojovou regresí. Oběti jsou v konečném důsledku mnohem více zranitelné při dalších stresových situacích, které mohou nastat v rodině či v zaměstnání.

Psychická oblast

Po traumatické události se lidé mohou cítit dezorientovaně či zmateně, s pocity ztráty smyslu života. Je pro ně velmi těžké přijít na jiné myšlenky než na prožité trauma. Neustále se jim ve flashbacích vracejí vzpomínky na prožitou hrůzu a s tím jsou neodmyslitelně spjaty i úvahy o tom, co by se stalo, kdyby se v téže situaci zachovali odlišně. Velmi často také dochází ke zhoršení krátkodobé paměti.

Biologická oblast

Oběti často mají po prožitém traumatu obtíže se spánkem, v noci jsou pronásledovány děsivými sny, v důsledku toho pak trpí nadměrnou únavou. Pokud nedochází ke zlepšení nebo odstranění těchto problémů, mohou onemocnět například vysokým krevním tlakem, vředy, bolestmi svalů, bolestmi hlavy, zažívacími obtížemi, zvracením.

Oblast vztahů

Další oblast, kterou prožité trauma ovlivňuje, je oblast mezilidských vztahů. U obětí mohou nastat problémy s chováním k druhým lidem. Mnohdy můžeme pozorovat naprostou apatii a nedůvěřivost vůči blízkému okolí; v případě obětí, kterým ublížil jiný člověk, může dojít k uzavření se do sebe a k vyhýbání se tělesnému i citovému kontaktu. V neposlední řadě může také docházet ke znovuprožívání role oběti, kdy je opětovně vyhledávána podobná situace, která způsobila trauma. Toto chování je podvědomou

snahou o vyrovnání se s prožitým traumatem, kdy se oběť snaží jaksí řídit vývoj událostí podle sebe.

Behaviorální oblast

Lidé, kteří prožili silné trauma, mohou být ovládáni svými emocemi a často je jejich chování sebedestruktivní. Objevuje se u nich snaha o sebepoškození nebo sebevraždu, začínají se věnovat nebezpečným sportům a činnostem; často se pak začíná rozvíjet i narkomanie, alkoholismus a poruchy příjmu potravy. [2]

2 PORUCHY DUŠEVNÍ ROVNOVÁHY

Podle Diagnostického a statistického manuálu, který je vydáván Americkou psychiatrickou asociací (APA), je k tomuto dni evidováno 374 různých duševních poruch. Tyto duševní poruchy můžeme podle toho, jak vznikají, rozdělit na genetické a negenetické. Genetické poruchy jsou ty, které jsou vrozené a člověk k nim má díky svému genetickému kódu určité predispozice. Poruchy se pak nemusí projevit ihned, mohou se projevit až v dospělosti nebo se nemusí projevit vůbec. Při genetických predispozicích tedy mluvíme spíše o zvýšené pravděpodobnosti výskytu těchto poruch. U poruch, které nejsou dány geneticky, pak jejich vznik ovlivňují různé faktory, například biologické, sociální či psychické (zde zejména individuální vlastnosti jedince, jeho vloh). Samotné tyto vlastnosti, ale i vztahové konflikty, vypětí, stres, traumatické události nebo duševní nerovnováha mohou výrazně ovlivnit, rozvinout nebo zhoršit duševní poruchy u konkrétního člověka i přesto, že k nim nemá vrozené predispozice.

U většiny psychických poruch není dodnes známa přesná příčina jejich vzniku. Lékaři a vědci zaznamenávají, že velká část duševních poruch nemá pouze jednu konkrétní příčinu, ale její vznik závisí na velkém množství dalších okolností. V této práci se budeme dále zabývat pouze nejčastějšími duševními poruchami, jež mohou vzniknout u jedinců po prožití určitého traumatu spojeného s výkonem povolání v bezpečnostním sektoru.

Pro přehlednost budeme využívat značení Mezinárodní statistické klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů (MKN-10). Tato publikace je tvořena systémem klasifikace jednotlivých onemocnění, poruch a zdravotních problémů. Je vydávána Světovou zdravotnickou organizací (WHO). Značení podle MKN-10 má na první pozici velké písmeno latinské abecedy, které určuje hlavní kategorii nemoci (v našem případě písmeno F – Poruchy duševní a poruchy chování). Číslice na druhém a třetím místě udávají hlavní skupinu diagnóz, číslice na čtvrtém místě za tečkou souží k podrobnějšímu členění.

2.1 Přehled některých duševních poruch

Pro lepší orientaci uveďme přehled a klasifikaci některých duševních poruch, o nichž se budeme v následující kapitole zmiňovat.

Tabulka 1: Přehled vybraných duševních poruch [7]

AFEKTIVNÍ PORUCHY (PORUCHY NÁLADY) (F30 - F39)
Depresivní fáze (F32) Lehká depresivní fáze (F32.0) Středně těžká depresivní fáze (F32.1) Těžká depresivní fáze bez psychotických příznaků (F32.2) Těžká depresivní fáze s psychotickými příznaky (F32.3)
NEUROTICKÉ, STRESOVÉ A SOMATOMORFNÍ PORUCHY (F40 - F48)
Fobické úzkostné poruchy (F40) Agorafobie (F40.0) Sociální fobie (F40.1) Specifické (izolované) fobie (F40.2)
Reakce na těžký stres a poruchy přizpůsobení (F43) Akutní stresová reakce (F43.0) Posttraumatická stresová porucha (F43.1) Poruchy přizpůsobení (F43.2)
Disociativní (konverzní) poruchy (F44) Disociativní amnézie (F44.0) Disociativní fuga (útěk) (F44.1) Disociativní stupor (F44.2) Trans a posedlost (F44.3) Disociativní motorické poruchy (F44.4) Disociativní záchvaty (F44.5) Disociativní anestezie a ztráta citlivosti (F44.6)
PORUCHY OSOBNOSTI A CHOVÁNÍ U DOSPĚLÝCH (F60 - F69)
Přetrvávající změny osobnosti, které nelze přisoudit poškození nebo nemoci mozku (F62) Přetrvávající změny osobnosti po katastrofické zkušenosti (F62.0) Přetrvávající změny osobnosti po psychiatrickém onemocnění (F62.1)

2.2 Akutní stresová reakce (F43.0)

Akutní stresovou reakci můžeme definovat jako dočasné narušení psychických i tělesných funkcí. Je to dočasná porucha, která se u člověka vyskytne bez předchozí duševní poruchy jako odezva na výjimečný psychický nebo fyzický stres. Závažnost této reakce závisí jak na odolnosti člověka, tak i na míře jeho ohrožení. Při akutní stresové reakci dochází ke zborcení přizpůsobovacích mechanismů člověka, selhávají jeho kognitivní schopnosti, jako je porozumění a orientace v stresující situaci. Takto traumatizovaný člověk není schopen jednat, nedokáže se situací bojovat ani jí utéct. Obvykle tato reakce odeznívá v řádu

několika hodin nebo dnů. Akutní stresová reakce se rozděluje do tří skupin podle závažnosti symptomů na: mírnou (F43.00), středně těžkou (F43.01) a těžkou (F43.02). [9]

2.2.1 Příčiny akutní stresové reakce

Příčinou pro vznik akutní stresové reakce může být traumatický zážitek, který zahrnuje ohrožení bezpečí nebo tělesné integrity člověka nebo jeho blízkých osob (přepadení, znásilnění, konflikt). Může se také jednat o nečekanou změnu v sociálním prostředí nebo ve vztazích člověka s okolím (smrt blízkého člověka, požár). Pravděpodobnost, že se tato porucha rozvine je větší, pokud je člověk fyzicky vyčerpán nebo je v pokročilém věku. [5]

2.2.2 Symptomy akutní stresové reakce

Při akutní stresové reakci se vyskytuje veliká škála příznaků. Nejčastějšími jsou:

- ustrnutí doprovázené zúženým vědomím a snížením pozornosti
- absence emočního prožitku nebo naopak extrémní afektivní reakce
- pocity úzkosti, strachu, hrůzy, vzteku
- opakované vzpomínky na trauma, flashbacky
- soustředění se na prožité trauma, jeho neustálé rozebírání
- neschopnost pochopit situaci a ostatní podněty
- dezorientace
- snaha o odklon od situace
- hyperaktivita
- bezúčelné pobíhání a jiná aktivita
- vegetativní symptomy (bušení srdce, pocení, chvění, zčervenání)
- amnézie [5, 9]

2.2.3 Léčba akutní stresové reakce

Za nejvhodnější léčbu se považuje krizová psychoterapeutická intervence, při které se terapeut snaží, aby pacient porozuměl traumatizující situaci v bezpečném prostředí a ujasnil si, jak následky řešit. Nejprve je třeba uvolnit pocity a myšlenky pacienta, vrátit se

k jeho reakcím v dané situaci a nakonec dospět k jejich pochopení a rozumovému zpracování. Při nadměrném rozrušení lze krátkodobě užívat anxiolytika (léky odstraňující napětí, úzkost a strach), při poruchách spánku je možno využít hypnotika (léky vyvolávající nebo usnadňující spánek).

2.3 Posttraumatická stresová porucha (F43.1)

Termín posttraumatická stresová porucha (posttraumatic stress disorder, PTSD) označuje úzkostnou poruchu, k jejímuž rozvoji dochází po silně traumatické a stresující události, která přesahuje běžnou lidskou zkušenost. Podle MKN-10 je definována jako: „opožděná nebo protrahovaná odpověď na stresovou událost nebo situaci (krátkého nebo dlouhého trvání) mimořádně ohrožující nebo katastrofické povahy, která je sto způsobit silné rozrušení téměř u každého.“ [7] Vznik této poruchy je evidován u pacientů ve všech věkových skupinách, o něco častěji se projevuje v mladším věku.

2.3.1 Příčiny PTSD

Posttraumatická stresová porucha nemůže vzniknout bez vystavení člověka traumatické události. Prožitá trauma je nezbytný faktor, ale na rozvoji poruchy se také podílejí další faktory, jako je okolní prostředí nebo vrozená predispozice. Mezi nejtypičtější příčiny PTSD patří zejména již dříve zmíněné přírodní katastrofy, nehody způsobené člověkem, věznění, mučení, přepadení, loupeže a krádeže, znásilnění, ztráta blízkého člověka ale i děsivé zážitky při intoxikaci z návykových látek. Některé traumatické události vyvolávají PTSD téměř vždy (například mučení), jiné pouze za určitých okolností – významné je zde spojení s tělesným traumatem (zraněním). U mužů bývají nejčastějším spouštěčem traumata z války, ze zabití a z autonehod, u žen pak především ze znásilnění. [5, 11]

2.3.2 Symptomy PTSD

Symptomy vyskytující se u lidí s PTSD můžeme rozdělit do základních skupin podle oblastí, které ovlivňují, na:

- emoční symptomy
- změny kognitivních funkcí
- změny v chování

- změny osobnosti
- tělesné symptomy

Emoční symptomy se objevují jako porucha prožívání, pokud nedošlo ke zpracování traumatického zážitku. Trauma v člověku neustále podvědomě přetrvává, i když se ho člověk snaží z mysli vytěsnit. Při tomto stavu je pak téměř nemožné se s traumatem vyrovnat a dosáhnout celkové psychické pohody. Emoční rovina může být utlumena v důsledku emočního vyčerpání nebo v důsledku obranné reakce lidského podvědomí. Mezi typické emoční symptomy u PTSD patří:

- vnitřní napětí, přetrvávající úzkost, velká přecitlivělost, citová nestabilita
- podrážděnost se sklonem k neadekvátním reakcím na okolí, kdy jsou tyto reakce vyvolávány podněty, které mohou traumatickou událost nějakým způsobem připomenout
- deprese a sebevražedné sklony
- opakované prožívání traumatické události, kdy se znovu vrací pocity strachu a děsu, úzkost a hrůza; tyto pocity mohou být stejně intenzivní jako při samotné traumatické události, kdy může postupně dojít k celkovému paralyzování pacienta
- citová apatie, otupělost a vyhaslost, neschopnost prožívat základní i pokročilé emoce (jako například radost, satisfakce), člověk také není schopen navázat nebo udržovat citový vztah s partnerem

Změny kognitivních funkcí (poznávacích funkcí) se projevují zejména těmito obtížemi:

- v důsledku traumatu došlo k posílení pozornosti na podněty, které by mohly být potenciálně nebezpečné, člověk je neustále ve střehu a těmito podnětům se vyhýbá, což přispívá k aktuální úlevě, ale neumožňuje mu dojít k přesvědčení, že žádné skutečné ohrožení neexistuje
- vytěsnění nepříjemných zážitků z mysli, což chápeme jako obranu organismu před dalším utrpením, se kterým se člověk prozatím není schopen vyrovnat
- amnézie, při které si člověk nemůže vybavit konkrétní důležité momenty z traumatické události nebo z určitého časového období

- opakované vracení vzpomínek na prožité trauma, které se mohou vracet ve formě neodbytných obrazů a flashbacků, děsivých snů nebo náhlých pocitů, že se situace opakuje; dochází k neustálým úvahám, jak bylo možno traumatické události zabránit, přetrvávají také výčitky svědomí; pacient není schopen jejich návrat ovlivnit
- změny v postoji k okolnímu světu a k sobě samému mohou být součástí poruchy, dochází k typickým zkratkovým závěrům, například že je svět nebezpečný, že na každém rohu číhá násilník a podobně; člověk má tendenci vztahovat děsivý zážitek pouze na sebe, prohlašuje, že neštěstí bylo zaměřeno přímo na něj; často také uvažuje pouze černobíle
- snížení vlastního sebevědomí a sebeúcty, převažují pocity odcizenosti od okolního světa, vlastní méněcennosti a bezmocnosti

U lidí s PTSD se také vyskytují extrémní **změny v chování**. Může docházet k celkovému útlumu aktivity člověka nebo naopak k nadměrné aktivitě a neklidu. Objevují se také:

- sklony k agresivitě, afektivní jednání, kdy se člověk není schopen ovládnout
- ztráta zájmu o jakoukoliv činnost, vyhýbání se zaměstnání a každodenní činnosti, celková ztráta motivace
- izolace a vyhýbání se komunikaci a tělesnému kontaktu s ostatními lidmi, ztráta zájmu o pobývání ve společnosti
- zneužívání návykových látek a alkoholu
- nadměrné přejídání nebo naopak odmítání potravy
- sklon k rizikovému chování

Další skupinou symptomů této poruchy jsou **změny osobnosti**. V rámci poruchy může docházet k dočasným, ale i trvalým změnám osobnosti člověka, kdy se především rozvíjí osobnostní vlastnosti, které vyjadřují změněný přístup ke světu a sobě samému. Jsou to zejména následující:

- nedůvěřivost, nejistota, ostražitost, podezřívavost, vyhýbavost ale i závislost na druhém člověku

- pocit odlišnosti od ostatních lidí, problém s přizpůsobováním okolnímu světu, výskyt pochybností o životě a jeho smyslu, přetrvává pocit beznaděje a prázdnoty
- přesvědčení, že život už nikdy nebude stejný jako před traumatickou událostí, pocit nedůvěry v budoucnost, ztráta perspektivy

Poslední skupinou ovlivněnou traumatem jsou *tělesné symptomy*. Tyto symptomy jsou přibližně stejné jako symptomy při právě prožívaném traumatu, objevují se hlavně při výskytu podnětů, které nějakým způsobem trauma připomínají. Jedná se tedy především o:

- poruchy spánku, časté buzení
- únavu, vyčerpání
- bušení srdce, zhoršené a zrychlené dýchání, malátnost
- třes, pocení a nevolnost, svalové křeče
- změna nebo ztráta vědomí
- různé bolesti v celém těle, bolesti hlavy a migrény [9]

2.3.3 Faktory ovlivňující výskyt symptomů PTSD

Prováděné výzkumy ukazují, že čím je stresové vypětí větší, tím je větší pravděpodobnost rozvoje PTSD. Bylo zjištěno, že určité životní události, které se staly ještě před prožitím traumatu, zvyšují šanci na výskyt posttraumatické stresové poruchy. Jedná se zejména o problémy s chováním v dětství, předchozí neurotické a psychické poruchy nebo o chudobu rodičů či špatné sociální zázemí při dospívání. Mezi hlavní osobní faktory, které ovlivňují výskyt symptomů PTSD, tedy patří:

- *věk a vývojová fáze* – zde je důležité zmínit vývojové fáze, ve kterých se objevuje zvýšená citlivost na stres a snížená schopnost zvládat extrémní zátěž: dětství, puberta, adolescence, důchodový věk
- *stav tělesného a duševního zdraví* – prožívání traumatu může být posíleno předchozím výskytem tělesných onemocnění nebo duševních poruch, přičemž může být toto onemocnění díky PTSD zhoršeno, někdy může být nutná zvláštní klinická péče nebo hospitalizace

- *osobnost* – lidé s rozvinutějšími kognitivními (koncentrace, paměť, myšlení) a adaptivními (přizpůsobovacími) schopnosti jsou schopni vyrovnat se s traumatickými událostmi lépe než ostatní jedinci, lépe snášejí frustraci a jsou schopni požádat o pomoc, pokud ji potřebují
- *zvládnání stresu a krizových situací v minulosti* – lidé, kteří v minulosti již krizi zažili a byli schopni ji pozitivně vyřešit, lépe zvládnou i vyrovnání s traumatem
- *očekávání od sebe a od druhých* – zde hrají roli především požadavky, které jsou na člověka kladeny buď ostatními lidmi nebo sebou samým; často jsou tyto nároky velké a nereálné a neschopnost jich dosáhnout vede k dalšímu stresu [11]

Americká psychiatrická asociace zkoumala i další faktory, které zvyšují riziko rozvoje PTSD po prožitém traumatu. Patří mezi ně například:

- závažnost traumatické události, její bezprostřední blízkost, náhlost jejího vzniku
- přítomnost smrti, kontakt se smrtí, zejména se zmrzačenými těly
- tma, samota, mučení
- délka trvání události a její četnost výskytu
- stupeň aktivity nebo pasivity člověka, který se v traumatické události nachází
- velikost ztráty a velikost smutku, který traumatická událost zapříčinila
- míra sebekontroly při znovuprožívání traumatu [2]

2.3.4 Laická pomoc obětem s PTSD

Velká část lidí, kteří prodělali určité trauma a u kterých se rozvinula PTSD, se vyhýbá odborné pomoci. Tito lidé si nechtějí připomínat své traumatické zážitky a pomoc okolí nebo odborníka nevyhledají, protože vědí, že by museli znovu vyprávět o svém traumatu a znovu ho tak prožívat. Očekávají, že budou obviňováni nebo že jim bude vyčítáno, že se měli v dané situaci zachovat jinak a tím například zabránit vzniku nehody nebo zachránit životy ostatních. Mezi další důvody, proč se oběti bojí vyhledat pomoc, patří:

- představa, že pokud se o prožitém traumatu nebude mluvit, nakonec nepříjemné vzpomínky odezní
- strach z toho, že by mohly mít duševní poruchu

- strach z neúspěšnosti léčby a ze zhoršení traumatu
- přesvědčení, že život již nemají ve svých rukou a že jim nic nepomůže
- pocit, že by měly být schopny trauma překonat vlastními silami

Důležité je pro oběti traumatu především to, aby se neuzavřeli do sebe. Pokud nejsou schopny vyhledat odbornou pomoc, můžou najít podporu u své rodiny, blízkých přátel, kolegů nebo členů různých podpůrných skupin. Tito pomocníci by pak měli při snaze pomoci dodržovat několik následujících bodů:

- oběti pozorně vyslechnout, ze začátku se snažit o nepřerušování
- uvědomit si, jak závažný dopad může mít traumatická událost na oběť
- respektovat pocity obětí a nesnažit se jim radit, co by měly cítit
- nabízet podporu a jistotu, ale ne soucit
- nekritizovat a neobviňovat oběti
- neobviňovat oběti, že si trauma vymýšlejí nebo že se snaží strhnout pozornost na sebe
- vědět, že PTSD není v žádném případě důsledek charakterové slabosti [2]

Pokud nejsou oběti schopny nalézt někoho, s kým si mohou promluvit, nebo ještě nejsou připraveny na rozhovor s psychologem či psychiatrem, mohou se alespoň začít zajímat o PTSD samy. V tom jim mohou pomoci různé knihy, televizní pořady a v dnešní době především internet, kde je možno přihlásit se do různých diskuzních fór, ve kterých sdílejí své zážitky ostatní uživatelé. Samotná informovanost nemůže nahradit adekvátní léčbu, ale může být alespoň prvním krokem ke zvládnutí PTSD.

2.3.5 Odborná léčba PTSD

Rozhodne-li se člověk pro odborné řešení svého problému u psychologa či psychiatra, může očekávat léčbu buď pomocí psychofarmakoterapie, psychoterapie nebo nejlépe jejich kombinací.

2.3.5.1 *Psychofarmakoterapie*

Psychofarmakoterapie je léčba takovými léky, jejichž hlavním účinkem je požadovaná změna duševního stavu. Při léčbě PTSD se používají různé druhy léků, nejčastěji jsou to *antidepresiva*, která tvoří rozsáhlou skupinu, mající za úkol snižovat depresivní náladu a při delším užívání dobře ovlivňovat dráždivost oběti a znovuprožívání traumatické události. Další skupinou léků jsou *antimanika*, což jsou léky, které pozitivně ovlivňují případnou impulzivitu. Dále je možno užívat *beta-blokátory* ovlivňující vegetativní příznaky (nevolnost, bušení srdce atd.) nebo *anxiolytika*, která odstraňují úzkost, napětí a strach. [6] Podávání těchto léků by mělo mít následující účinky:

- snížení počtu a intenzity opakujících se vzpomínek, nočních snů a flashbacků
- zmírnění apatie a vyhýbání se podnětům spojeným s traumatickými vzpomínkami
- zmírnění vnitřního napětí, nespavosti, ostražitosti
- zmírnění depresí
- zlepšení sebeovládání [2]

2.3.5.2 *Psychoterapie*

I když může psychofarmakoterapie pozitivně ovlivňovat symptomy PTSD, je pro úplné vyléčení této poruchy nedostatečná. Proto je vždy na místě intenzivní psychoterapie. Psychoterapie do sebe zahrnuje zejména psychodynamickou psychoterapii a kognitivně-behaviorální terapii.

Psychodynamická terapie může pomáhat ve většině případů. Je zde důležitý vztah pacienta s terapeutem, pacient se musí cítit příjemně a terapeutovi důvěřovat. Terapeut se snaží určitým způsobem obejít pacientovo popření traumatu a jeho potlačení. Na začátku terapie dochází k rekonstrukci prožitého traumatu, k uvolnění nepříjemných reakcí a k vnitřní očištění člověka. V dalším průběhu se terapeut snaží zprostředkovat náhled, jak pacientovy zkušenosti z dětství dopomohly k jeho zranitelnosti a k rozvoji PTSD. Pacient je konfrontován se svými postoji k sobě samému a k okolnímu světu a nahlíží, jak si je během svého vývoje vytvořil. Po absolvování této terapie nalézá pacient nové postoje. [5]

Kognitivně-behaviorální terapie je terapie, při které se s pacientem postupuje krok za krokem. Pacient je nejprve naučen, jak zvládnout své symptomy, jak vnímat své negativní

myšlenky, učí se čelit svým traumatickým vzpomínkám i situacím, kterým se díky traumatu vyhýbal. Následně se také učí uvolnění a relaxaci. Ze začátku probíhá terapie jednou za týden, později pacient dochází jednou za dva týdny. Celková délka léčby je asi 8 až 16 sezení. Kroky při této terapii jsou podobné jako kroky při léčbě jiných úzkostných poruch, ale je zde kladen větší důraz na vystavení pacienta traumatickým vzpomínkám. Je nutné zmínit, že největší zásluhu na ovlivnění svého stavu má sám pacient, terapeut ho zde jenom provází. Časté je také zadávání jednotlivých úkolů pacientovi; ty pak může plnit i mimo sezení.

Jak již bylo řečeno, kognitivně-behaviorální terapie se skládá z jednotlivých kroků, které je třeba splnit pro zdárné uzdravení pacienta. Jsou to tyto následující:

- 1) *orientace a citová podpora* – terapeut dává symptomy pacienta do vztahu s traumatizující událostí, tuto spojitost si pacient často nevybavuje (například pokud je doba mezi vznikem traumatu a jeho léčbou delší); důležitá je i citová podpora pacienta
- 2) *odreagování* – pomáhá dramatickým uvolněním potlačovaných pocitů
- 3) *informování pacienta o PTSD a příslušné léčbě* – pacient se dozvídá o souvislostech, terapeut vysvětluje způsob léčby
- 4) *expozice* – pacient je opakovaně a dlouhodobě vystaven traumatickým vzpomínkám, úkolem terapeuta je celý proces usnadňovat pomocí své empatie; expozice může mít formu rozhovoru, písemného popisu nebo formu fantazie (pacient zavře oči, vybaví si celou situaci a popisuje ji v přítomném čase)
- 5) *kognitivní rekonstrukce* – zde probíhá zjišťování významu událostí a jejich další přepracování na reálnější pohled
- 6) *relaxace* – snižuje napětí z celého dne
- 7) *řešení problémů* – pacient se snaží s terapeutem vyřešit problémy, které mu PTSD přivodila v rodinném i profesním životě (ztráta práce, partnera)
- 8) *ukončení terapie* – v posledním kroku je důležité, aby terapeut ověřil dovednosti, jež pacient při terapii získal a snažil se předpovědět, které další životní situace by mohly v pacientově životě nastat; s pacientem pak může vypracovat plán, jak je zvládat [5]

2.4 Poruchy přizpůsobení (F43.2)

Poruchy přizpůsobení definuje MKN-10 jako: „Stavy subjektivních obtíží a emoční poruchy, které obvykle zasahují do sociální oblasti funkce i výkonu. Začínají v období adaptace na výraznou změnu životní situace nebo stresovou životní událost.“ [7]

2.4.1 Příčiny poruch přizpůsobení

Jako příčiny poruch přizpůsobení bývají uváděny stresové události, při kterých se vyskytuje jakýkoliv konflikt s okolním prostředím, po kterém je člověk donucen změnit svůj dosavadní životní styl a své návyky. Za stresové události můžeme považovat například ztrátu blízké osoby, nemoc, neshody v rodině, změnu pracovního místa, ukončení studia. Tyto události jsou nezbytné pro spuštění poruchy, k jejímu rozvoji však samy nestačí. Záleží zde především na přizpůsobovacích schopnostech člověka a jeho schopnostech vypořádat se s problémy. Přizpůsobovací schopnosti člověka pak závisí na genetické výbavě, na jeho osobnosti, dovednostech, které se v průběhu života naučil a na vztazích s okolím. [5]

2.4.2 Symptomy poruch přizpůsobení

Symptomy poruch přizpůsobení bývají zpravidla úzkosti, obavy, deprese, pocity neschopnosti vyrovnat se se současnou situací nebo v ní pokračovat, zhoršení výkonu u běžných činností, mohou se projevit sklony k prudkým emočním výbuchům, dramatickému chování nebo k projevům násilí. Příznaky se projevují do jednoho měsíce od počátku stresu, většinou nepřekročí dobu šesti měsíců. V ojedinělých případech mohou přetrvávat, pokud přetrvávají i stresující podněty. [5]

2.4.3 Léčba poruch přizpůsobení

Podle konsenzu expertů v oblasti medicíny je za nejvhodnější léčbu považována podpůrná psychoterapie. Tato terapie pomáhá pacientovi více porozumět, co se s ním při přizpůsobování na situaci děje. Zároveň pacienta učí tomu, jak se vzniklými následky stresové situace zacházet a jak zvládat problémy v životě. Posléze terapeut pacienta trénuje v dovednostech, které mohou v budoucnosti zabránit udržení poruchy. Při psychoterapii je kladen důraz na poskytnutí bezpečného prostoru, kde může pacient rozebrat vše, co ho trápí. Základními prostředky, jak toho u pacienta dosáhnout, jsou: naslouchání, podpora,

vedení, vcítění, vysvětlení a poskytnutí informací, možnost vyjádřit emoce, povzbuzení. Základními kroky v léčbě jsou:

- 1) *identifikace příčin poruchy, jejich popis a analýza* – terapeut by měl s pacientem vést rozhovory o jeho životní situaci a měl by zjistit, jaké momenty ke stresu vedly a jak je pacient řeší
- 2) *zmírnění reakce* – probíhá vyhnutím se stresoru, změnou perspektivy pohledu nebo přímým utlumením pacientových reakcí; terapeut se snaží s pacientem najít řešení životních situací, toto řešení však musí pocházet od pacienta samotného, terapeut není kompetentní, aby radil se životními otázkami; může sloužit pouze jako emoční zázemí
- 3) *nácvik a posílení pacientových dovedností*
- 4) *mobilizace nebo tvorba sociální sítě* – zejména ve složitých situacích je účinné zapojit osoby z pacientova okolí nebo další nápomocné instituce a služby [5]

2.5 Disociativní (konverzní) poruchy (F44)

Disociativní poruchy jsou poruchy charakteristické částečnou nebo úplnou ztrátou normálního sjednocování vzpomínek na minulost, uvědomování si vlastní identity a pocitů a ovládání motorických pohybů. Disociativní poruchy spojené s traumatickou událostí mají tendence k úpravě během několika dnů či měsíců.

2.5.1 Příčiny disociativních poruch

Disociativní poruchy vznikají jako reakce na určité trauma, střet, konflikt, neuspokojení určité potřeby. Jsou tedy vyvolávány podněty z vnějšího okolí, většinou vznikají na základě nepříjemného zážitku nebo pocitu nezvladatelné zátěže, kterou není člověk schopen zpracovat. Podněty, které tuto poruchu vyvolávají, mohou být různorodé, vedou však ke vzniku vnitřního konfliktu nebo traumatu, které člověk vnímá jako neřešitelné.

2.5.2 Symptomy disociativních poruch

Symptomy, které se u těchto poruch vyskytují, souvisí s neschopností spojovat emoční prožitky a hodnotit je. Dochází tedy k odcizení od situace, kterou člověk prožil, často je schopen o ní mluvit naprosto bez emocí. Často může dojít také k opačnému projevu, tedy

k rozvinutí extrémních afektivních prožitků, které sám pacient neumí vysvětlit. Pacienty také může ovlivňovat jejich fantazie a působit tak dezorientaci ve skutečném prostředí. Skutečný svět pak vnímají jako nereálný a vžívají se do své fantaskní představy. [9]

2.5.3 Léčba disociativních poruch

Většina disociativních poruch sama odeznívá. Pacientům se pak poskytuje podpůrná psychoterapie, kdy se terapeut snaží pomoci pacientovi získat celkový náhled na situaci a odstranit emoce způsobující disociaci (rozštěpení). V některých případech může být účinná hypnóza nebo medikace antidepressiv.

2.5.4 Disociativní amnézie (F44.0)

U disociativní amnézie dochází ke ztrátě paměti, týkající se především traumatických událostí; amnézie je mnohdy částečná a selektivní. Rozsah amnézie se ze dne na den mění, ale pohybuje se kolem jednoho jádra. Amnézie je doprovázená pocitem stísněnosti a bezradnosti. Začátek i konec amnézie je náhlý, pacient se zpravidla plně uzdraví. [5]

2.5.5 Disociativní fuga (útěk) (F44.1)

Disociativní fuga má všechny rysy disociativní amnézie, přidávají se však útky z domova nebo ze zaměstnání. Tyto útky jsou zdánlivě účelné, někdy při nich může pacient na pár dní i na delší časové období přijmout novou identitu. Někdy je takové cestování propracované, pacient se vrací na známá místa. Na období útěku si pacient nevzpomíná, ale jeho chování při něm je zcela normální. [5]

2.5.6 Disociativní stupor (F44.2)

Stupor je stav, při kterém pacient setrvává ve strnulých, někdy dokonce nepřírozených polohách. Disociativní stupor je stupor, u kterého lékaři nenalezli tělesnou příčinu. U pacientů chybí jakékoliv pohyby, nereagují na podněty jako hluk, světlo nebo dotek. Téměř úplně chybí řeč. Jedná se o vzácnou poruchu, která se častěji vyskytuje u žen, které prožily traumatickou událost. Porucha začíná a končí náhle. [5]

2.6 Přetrvávající změny osobnosti po katastrofické zkušenosti (F62.0)

Tato porucha patří do skupiny přetrvávajících změn osobnosti, které nelze přisoudit poškození nebo nemoci mozku (F62). Bývá většinou diagnostikována u člověka, který neměl žádnou jinou předchozí poruchu osobnosti a u kterého jsou symptomy této poruchy přítomny alespoň 2 roky. Porucha se může rozvinout po vystavení extrémnímu katastrofickému stresu, přičemž stres musí být tak extrémní, že se nemusí počítat s osobní zranitelností.

2.6.1 Příčiny přetrvávající změny osobnosti

Porucha vzniká jako důsledek extrémní zátěže, je to dlouhodobá reakce na prožité trauma. Téměř ve všech případech se tato porucha rozvine z posttraumatické stresové poruchy. Jako spouštěče poruchy jsou uváděny: pohromy a jiné události katastrofického rázu, vystavení člověka události, která ohrožuje jeho život, mučení, terorismus (člověk jako oběť) nebo věznění člověka jako rukojmí. [7]

2.6.2 Symptomy přetrvávající změny osobnosti

U přetrvávající změny osobnosti se nejčastěji projevují tyto symptomy:

- nepřátelský a nedůvěřivý postoj k světu
- pocity prázdnoty, beznaděje, ohrožení a odcizení
- sociální zdrženlivost
- nadměrná závislost na druhých lidech
- útlum fyzické aktivity
- pokles motivace a zájmu o cokoliv
- depresivní projevy
- pocit stigmatizace (pocit odlišnosti člověka od druhých lidí)

2.6.3 Léčba přetrvávající změny osobnosti

Terapeutická léčba se při přetrvávající změně osobnosti zaměřuje spíše na pomoc pacientům, aby překlenuli obtížná období, jejím cílem není nacházet dřívější nevyřešené

konflikty. V léčbě se může využít také skupinová terapie, která pomůže pacientovi identifikovat jeho nepřízpůsobivost ve společnosti a zároveň reakce, které tato nepřízpůsobivost u ostatních lidí vyvolává.

2.7 Fobické úzkostné poruchy (F40)

Každý člověk má z něčeho strach. Pokud je ale tento strach abnormálně veliký a vede k tomu, že se člověk musí vyhýbat situacím nebo věcem, které ho děsí, přičemž pro ostatní lidi jsou tyto okolnosti normální, hovoříme o fobii. Pokud se pacient těmito okolnostem nemůže vyhnout, začne trpět nezvladatelným strachem. Samotné myšlenky na fobickou situaci vedou k projevům úzkosti, i když je člověk jinak v bezpečí. MKN-10 rozeznává tři hlavní fobické poruchy: agorafobii, sociální fobii a specifické fobie. Sociální fobie se projevuje jako strach ze situací, ve kterých může být člověk pozorován a posuzován ostatními lidmi, její vznik ale většinou nevyvolává traumatická událost, proto ji zde nebudeme blíže specifikovat.

2.7.1 Agorafobie (F40.0)

Agorafobie je fobie, která se projevuje strachem z veřejných prostranství, davů lidí, přeplněných míst, z opuštění domova, vstupu do obchodu nebo z cestování o samotě v dopravních prostředcích. Tato fobie může být vyvolána silným stresem nebo traumatickou událostí.

2.7.1.1 Příčiny agorafobie

Agorafobie se může vyskytnout náhle nebo ji může vyvolat stresující či traumatická událost, ze které měl člověk strach. Pokud byl strach velmi silný, může v člověku přetrvávat a ten se pak může obávat například míst, kde se traumatická událost stala. Jako příklad uveďme policistu, který byl postřelen na volném prostranství, a od té doby zažívá úzkost, kdykoliv se na podobném prostranství vyskytne.

2.7.1.2 Symptomy agorafobie

Mezi nejčastější symptomy agorafobie patří:

- projevy strachu při pobytu v davu, pobytu na veřejném prostranství, cestování bez doprovodu nebo opuštění domova; vyhýbání se těmito situacím

- bušení srdce, zrychlený pulz, pocení, chvění, třes, sucho v ústech, obtížné dýchání, pocit zalykání se, nepříjemné pocity a bolesti v hrudní oblasti, nevolnost
- závratě, neklid, mdloby, točení hlavy
- strach ze zešlivení, ztráty vnitřní kontroly, ztráty vědomí
- strach ze smrti
- návaly horka nebo chladu, mravenčení [5]

2.7.1.3 Léčba agorafobie

Jako nejvhodnější léčba agorafobie se doporučuje kognitivně-behaviorální terapie. Jejím základem je informování pacienta o fobii, rekonstrukce situací, ve kterých se příznaky poruchy objevují a jako nejdůležitější fáze postupné vystavení situacím, z nichž má pacient strach. Pacient musí zpravidla v této situaci zůstat tak dlouho, dokud se jeho úzkost nesníží a nezačne se sám cítit klidněji. Velkou roli zde hraje právě úleva, kterou pacient pocítí, když jeho úzkost poklesne nebo odezní. Některé příznaky agorafobie lze zmírnit nebo vyléčit podáváním antidepresiv.

2.7.2 Specifické (izolované) fobie (F40.2)

Specifické fobie jsou vyvolávány iracionálním strachem z konkrétního objektu nebo situace. Pokud s nimi pacient nepřijde do styku, příznaky úzkosti se neprojeví. Jedním ze spouštěčů fobií může být traumatická událost (například hasič, který zůstane uvězněn pod sutinami, může následně trpět klaustrofobií). Těchto fobií je velké množství, pro příklad uvedme některé z těch, jež by mohly negativně ovlivňovat výkon zaměstnanců v bezpečnostním sektoru:

- aerofobie – strach z létání
- aichmofobie – strach ze špičatých předmětů
- akrofobie – strach z výšky nebo hloubky
- akustikofobie – strach z hluku
- algofobie – strach z bolesti vlastní i cizí
- amaxofobie – strach z dopravních prostředků

- antropofobie – strach z lidí
- balistofobie – strach ze střel
- decidofobie – strach z rozhodování
- dystrichofobie - strach z nehod
- ergofobie - strach z práce
- fotofobie – strach ze světla
- hemofobie - strach z krve
- kinetofobie - strach z pohybu
- klaustrofobie - strach z uzavřených prostor
- mechanofobie - strach ze strojů
- motorfobie - strach z aut
- nekrofobie - strach z mrtvol
- ochofobie - strach z jízdy dopravními prostředky
- scelerofobie - strach ze zlodějů
- somnifobie - strach ze spánku
- tachofobie - strach z rychlosti
- tanatofobie - strach ze smrti
- traumatofobie - strach ze zranění
- xenofobie - strach či odpor k cizincům, ze všeho cizího [12]

2.7.2.1 Léčba specifických fobií

Specifické fobie se téměř vždy léčí expoziční terapií. Při této terapii je pacient konfrontován s objektem nebo situací, která ho děsí. Buď je konfrontace postupná, kdy se pacient setkává nejprve s lehčími a pak se složitějšími situacemi, nebo se využije tzv. zaplavení, kdy je pacient konfrontován rovnou s nejtěžší situací. Jako další léčba se využívá zejména hypnóza, která je ve velkém počtu případů úspěšná. [5]

2.8 Deprese

Deprese je psychická porucha, která významným způsobem ovlivňuje chování člověka. V MKN-10 je uvedena mezi poruchami nálady jako depresivní fáze (F32) s formami: lehká (F32.0), středně těžká (F32.1), těžká bez psychotických příznaků (F32.2), těžká s psychotickými příznaky (F32.3). Depresi může předcházet smutek vyvolaný určitou životní událostí. Tato porucha hluboce zasahuje do každodenního života člověka a jeho okolí. Od běžného smutku se liší tím, že je intenzivnější a hlubší, trvá delší časové období a nějakým způsobem narušuje běžné každodenní fungování člověka. Deprese bývá jedním z nejčastějších problémů, které se alespoň jednou za život objeví u každého páteho člověka, přičemž sklony k depresím mívají častěji ženy. Vyskytuje se zejména v těch obdobích života, ve kterých dochází k důležitým životním změnám nebo jako důsledek určité zátěžové situace. [13]

2.8.1 Příčiny deprese

Při vzniku deprese může hrát důležitou roli dědičný faktor. Některé typy deprese se mohou v určitých rodinách objevovat častěji než v ostatních. V životě člověka ale mohou nastat události, jejichž důsledkem je vznik deprese, nehledě na genetickou predispozici. Některé události jsou velmi specifické pro konkrétní osobu, některé jsou společné u velkého množství pacientů. Mezi obecné příčiny vzniku tedy patří především:

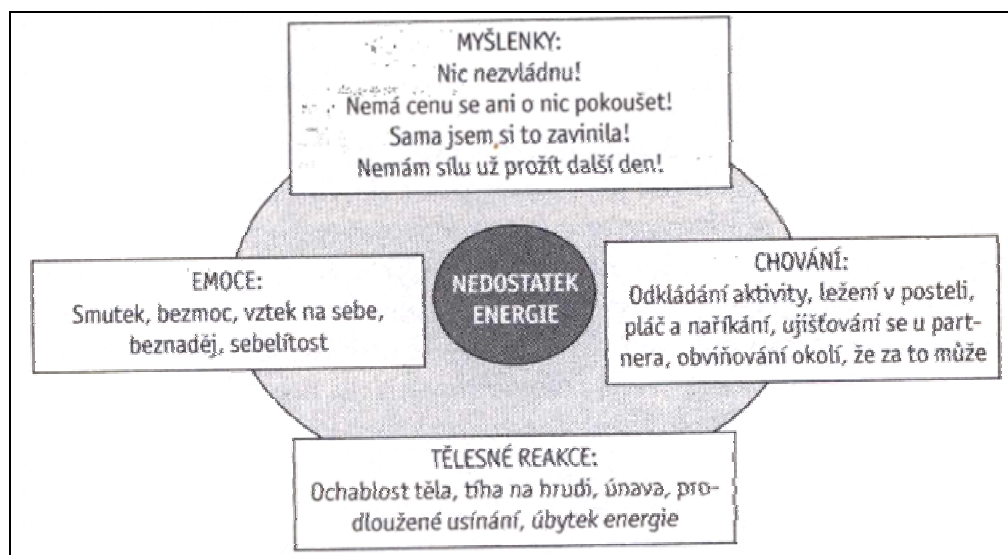
- náhlá životní změna (smrt blízkého, ztráta zaměstnání)
- působení zátěžové situace
- silný úlek
- selhání v důležité situaci
- nespravedlnost
- potlačování vzteku
- kritika
- nespokojenost
- nedostatek odpočinku
- nedostatek uznání za vykonanou práci

- podceňování nebo přehlížení ze strany blízkého okolí

2.8.2 Symptomy deprese

Deprese zasahuje myšlení, chování i tělesné fungování člověka. Je to soubor emocí, citů, specifických projevů chování, tělesných obtíží a pohledů na okolní svět a jeho budoucnost. Je nutné poznamenat, že u každého člověka se deprese a její symptomy projevují jinak a v jiném rozsahu. Za symptomy deprese jsou považovány zejména:

- únava, malátnost, vyčerpanost, ospalost
- celková apatie
- dlouhotrvající smutek, úzkost, strach
- pesimistické pocity, pocity beznaděje a bezmoci
- pocit nesmyslnosti života
- pocity napětí, ustaranost, plačtivost
- nervozita, neklid, podrážděnost, výbušnost
- nesoustředěnost, neschopnost něco si zapamatovat nebo si vzpomenout
- nerozhodnost, nadměrné obavy
- myšlenky na smrt, sebevraždu nebo sebepoškození, pokus o sebevraždu
- nezájem o obvyklé činnosti, koníčky
- nechut' k jídlu, úbytek hmotnosti nebo naopak přejídání se
- neschopnost přinutit se k nějaké činnosti, její neustálé odkládání
- bolest hlavy, problémy s trávením, těžkost na hrudi
- celková ztuhlost svalstva
- pocit ztráty, vztek na sebe
- negativní hodnocení sebe samotného
- obviňování okolí, vyhýbavé chování
- izolace od okolního světa [13]



Obrázek 1: Bludný kruh deprese [13]

2.8.3 Léčba deprese

Cílem léčby depresivních stavů je celkové odstranění všech příznaků a rizik opětovného výskytu a obnovení předchozí kvality života. K léčbě je možno využívat biologické léčby (elektrokonvulzivní terapie, fototerapie) a psychoterapie. Nejosvědčenější a nejpoužívanější je však léčba antidepresivy, jejíž předností je hlavně rychlá kontrola nad příznaky poruchy. Bohužel antidepresiva mohou mít v některých případech nežádoucí vedlejší účinky, proto je důležité, aby je lékař s pacientem konzultoval. Jako neoptimálnější léčba se proto jeví kombinace psychoterapie s podáváním antidepresiv. Jelikož ve velkém počtu případů dochází k opakovanému výskytu poruchy, probíhá léčba v těchto třech fázích: [13]

- 1) Akutní fáze – cílem je zmírnit a odstranit příznaky deprese
- 2) Udržovací fáze – nastupuje po odeznění akutních příznaků, cílem je udržet dosažené zlepšení
- 3) Preventivní fáze – preventivní léčba pokračuje i po skončení udržovací léčby, může trvat několik let nebo i celý život

2.9 Syndrom vyhoření

MKN-10 zařazuje vyhoření (vyhasnutí) (Z73.0) do kategorie problémů spojených s obtížemi při vedení života. Vyhoření definuje jako stav životního vyčerpání. Syndrom

vyhoření (angl. burnout syndrome) je psychický stav, který se projevuje naprostým mentálním vyčerpáním, jež je způsobeno dlouhodobým pracovním stresem. Tento syndrom postihuje nejčastěji lidi, kteří pracují v oborech, v nichž je nutný každodenní kontakt s lidmi. Postihuje tedy především:

- policisty, kriminalisty, členy posádek motorizovaných hlídek, členy fyzické ostrahy a dalších bezpečnostních pracovníků
- za určitých okolností i příslušníky ozbrojených sil
- dispečery (záchranné služby, dopravy)
- pracovníky věznic
- lékaře a další zdravotnické zaměstnance
- právníky, poradce a informatory
- učitele
- pracovníky na přepážce
- profesionální funkcionáře [15]

Syndrom vyhoření je neustále se vyvíjející proces, který odborníci rozdělují do několika typických fází:

- 1) *fáze nadšení* – člověk je zapálen pro práci, mnoho pro ni obětuje, je jí uspokojen, proto opomíjí ostatní koníčky
- 2) *fáze stagnace* – nadšení opadá, dostavuje se zjištění, že všechno není zcela ideální, nastupuje potřeba věnovat se svým koníčkům
- 3) *fáze frustrace* – člověk začíná pochybovat nad smyslem práce, pochyby často spouští špatné zkušenosti
- 4) *fáze apatie* – nastává po delší frustraci, práce se pro člověka stává rutinou
- 5) *fáze vyhoření* – u člověka lze pozorovat příznaky syndromu vyhoření [16]

2.9.1 Příčiny syndromu vyhoření

Existuje celá řada rizikových faktorů, které se podílejí na vzniku syndromu vyhoření. Tyto faktory tvoří tři základní oblasti: individuální, pracovní a organizační. Jednotlivé příčiny vzniku tohoto syndromu jsou:

- působení stresu v zaměstnání
- neschopnost člověka zmírnit pracovní tempo
- špatný tělesný stav
- snaha udělat všechno sám
- soustředěnost na detaily
- pozornost na cizí problémy
- rutina
- nereálná očekávání
- nesprávné stanovení priorit
- odmítání ze strany okolí
- psychická podpora poskytovaná druhým
- neschopnost odmítat další povinnosti a úkoly [14]

2.9.2 Symptomy syndromu vyhoření

Syndrom vyhoření se projevuje v rovině emoční, behaviorální i tělesné. Symptomy se objevují postupně, v konečné fázi pak závažným způsobem ohrožují fungování člověka. Nejčastěji se vyskytují:

- deprese, pocity smutku, frustrace a beznaděje
- utlumení psychické i fyzické aktivity
- duševní vyčerpání
- negativní přístup ke světu, cynismus
- nezájem o témata spojená s prací, pocit odcizenosti
- sebelítost, touha po uznání

- popudlivost, náladovost
- ztráta smyslu života
- únava, apatie
- bolesti u srdce, zažívací obtíže, bolesti hlavy
- poruchy krevního tlaku, poruchy spánku
- vznik závislosti na alkoholu nebo drogách
- nechuť vykonávat dál své povolání

2.9.3 Léčba syndromu vyhoření

Při léčbě syndromu vyhoření má největší úspěchy kognitivně-behaviorální terapie nebo logoterapie. Logoterapie je psychoterapie, jejíž cílem je uvědomělá přestavba postojů pacienta k sobě samému, druhým lidem a k okolnímu světu. Snaží se pomoci s nalezením smyslu života a smysluplných životních hodnot.

3 PREVENCE A LÉČBA PORUCH DUŠEVNÍ ROVNOVÁHY

3.1 Duševní hygiena jako účinná prevence poruch duševní rovnováhy

Duševní hygiena je soubor pravidel a rad, sloužící k udržení, prohloubení nebo znovunabytí duševní rovnováhy. Narozdíl od psychoterapie se zaměřuje zejména na prevenci poruch duševní rovnováhy. Poznatky duševní hygieny a její metody pocházejí z lékařských, psychologických a sociálních věd.

Duševní hygiena se zaměřuje na možnost jedince působit na sebe samého, zejména díky sebevýchově a hygieně myšlení. Její pravidla se uplatňují jako návod k ovlivňování vlastního prostředí. Duševní hygiena je určena:

- *zdravým lidem* – k upevnění zdraví a zkvalitnění jejich duševního života
- *lidem na hranici zdraví a nemoci* – u kterých se objevily příznaky narušení duševní rovnováhy; duševní hygiena jim umožní rozebrat začínající poruchy a ukáže jim cestu k opětovnému získání duševního zdraví
- *nemocným* – duševní hygiena je zde jako podpora, jinak je třeba léčba u odborníka

3.1.1 Význam duševní hygieny

Duševní hygiena má význam pro několik oblastí, které příznivě ovlivňuje. Jsou to zejména oblasti:

- *prevence psychických a somatických (tělesných) nemocí* – duševně zdravý člověk je méně náchylný k některým tělesným nemocem; téměř každá tělesná nemoc se projevuje s menšími dopady, je-li člověk duševně zdravý; duševní hygiena předchází zejména vzniku a rozvoji duševních poruch a syndromu vyhoření
- *sociálních vztahů* – duševně zdravý člověk má pozitivní vliv na své okolí, odolává jeho negativním projevům a postojům k životu
- *pracovního výkonu* – duševní zdraví zlepšuje kvalitu pracovního výkonu zejména v profesích, ve kterých je nutný kontakt s lidmi; zlepšuje koncentraci
- *subjektivní spokojenosti* – duševně vyrovnaný člověk je spokojený [21]

3.1.2 Metody duševní hygieny

Mezi nejpoužívanější metody duševní hygieny patří zejména autosugestivní postupy, relaxační techniky a pozitivní myšlení. *Autosugestivní postupy* jsou postupy, které využívají lidské představivosti. Čím intenzivnější je představa, kterou si člověk vytvořil, tím větší má vliv na jeho psychickou i fyzickou stránku. Autosugesce se využívá zejména při odstraňování zlovyků, ke zmírnění bolestí nebo při získávání pozitivních návyků.

Relaxační techniky jsou techniky, které pomáhají uvolnit člověka po fyzické i psychické stránce. Řadí se mezi ně například relaxační tělesná cvičení, aromaterapie (terapie vůněmi), muzikoterapie (terapie hudbou), arteterapie (terapie výtvarnou aktivitou), relaxační hry, dechová cvičení nebo masáže. Využívají se zejména u deprese a úzkostných poruch jako nástroj k uvolnění a překonání jejich negativních projevů. Metody *pozitivního myšlení* spočívají ve tvorbě určitých pozitivních představ a v hledání pozitiv i v situacích, které se zdají zcela negativní.

Podpořit tyto metody můžeme také dodržováním některých pravidel jako je:

- dopřát si dostatečný spánek
- pravidelně a zdravě se stravovat
- vykonávat nějakou sportovní aktivitu nebo cvičit, správně dýchat
- efektivně hospodařit se svým časem
- vyvarovat se kouření, alkoholu a návykových látek
- vytvářet a udržovat kvalitní mezilidské vztahy
- dodržovat pracovní dobu
- mít kladný postoj k sobě samému
- umět zvládat negativní emoce
- mít reálné nároky na sebe samého a vnímat se pozitivně

3.1.3 Prevence syndromu vyhoření z hlediska zaměstnavatele

Syndrom vyhoření postihuje značnou část populace. Jeho rozvoji může zaměstnanec předejít dodržováním pravidel duševní hygieny. K eliminaci syndromu vyhoření může ale přispět i zaměstnavatel a to zejména:

- přiměřenou mírou odpovědnosti kladenou na zaměstnance
- finančním ohodnocením
- morálním ohodnocením
- analýzou stresových faktorů v konkrétním pracovním prostředí
- zprostředkováním potřebné odborné pomoci
- podporou rekreačních a sportovních akcí mimo pracovní dobu
- vytvořením příjemného pracovního prostředí
- efektivní komunikací vedoucích pracovníků s podřízenými [14]

3.2 Laická pomoc obětem traumatických událostí

Při katastrofických a traumatizujících událostech často dochází k tomu, že blízké okolí obětí není schopno poskytnout pomoc. Děje se tak proto, že většina z nich ani neví, jak takovou pomoc poskytnout, nebo se bojí, aby se traumatizovaným lidem jejich intervencí ještě nepřitížilo. Proto se pokusme shrnout základní kroky, kterými můžeme traumatizovaným obětem pomoci.

U lidí se většinou setkáváme s názorem, že je nejlepší traumatickou událost přejít a doporučit oběti, aby na všechno zapomněla. Toto chování ale zabraňuje přirozeným mechanismům organismu oběti, aby se s prožitým traumatem vyrovnala. V první řadě je důležité oběti pomoci *zpracovat pocity viny*. Skoro každá oběť přemýšlí nad tím, proč se tragická událost stala právě jí, následně se uchyluje k obviňování sebe sama. Je vhodné oběť vyslechnout a dát jí jasně najevo, že ona za nic nemůže, že za to, co se stalo, nemůže nikdo (u přírodní katastrofy), nebo vinu nese pachatel trestného činu (napadení).

Další fází je *normalizace následků*. Krizová situace může u oběti vyvolat poruchy chování a prožívání (nespavost, podrážděnost, flashbacky). Je nutné, aby pomáhající osoby věděly, že jsou takové příznaky zcela normální reakcí na prožitou situaci. Tyto příznaky by měly po čase slábnout, není-li tomu tak, je na místě, aby oběť vyhledala odbornou pomoc.

Následně je nutné, aby byl u oběti *obnoven pocit bezpečí a důvěry* nejen v sebe, ale i v blízké osoby a širší okolí. Důvěra oběti bývá po traumatu silně otřesena a její okolí se jí

začíná jevit jako nesrozumitelné a nebezpečné. Často se proto uzavírá doma a omezuje kontakt se svým okolím.

Dalším krokem je *podpořit vyjadřování emocí* oběti. Ventilováním jejích emocí a pocitů dochází k uvolnění, znovuprožíváním krizové situace pak traumatické vzpomínky slábnou. Časem je oběť schopna vyličit svůj zážitek bez pláče a dalších záchvatů, což je znakem toho, že už se s traumatem vyrovnala.

Až se oběť se svým traumatem vyrovná, je nutné *obnovit víru ve vlastní schopnosti a pocit kontroly nad svým životem*. Oběť po prožitém traumatu ztrácí pocit, že její aktivity mají smysl, a že je schopna svůj osud ovlivňovat. Je proto evidentní, že musí získat zpět pozitivní náhled na svůj život a obnovit víru v sebe sama. K tomu může ve značné míře pomoci podněcování její aktivity například zadáváním drobných úkolů nebo podpora aktivit, které chce oběť provozovat.

Poslední fází je *podpora oběti při řešení hlavních problémů*. Blízké osoby mohou oběti pomoci při problémech, které jsou po traumatické události důležité. Je to zejména asistence při výsleších na policii (pokud byl spáchán trestný čin) nebo doprovod při následujících psychoterapeutických sezeních. Při takových situacích je doprovod osoby, které oběť věří, velmi důležitá. [20]

3.3 Odborná první pomoc v psychické krizi

V každodenním životě se člověk často setkává se situacemi, které jsou pro něj stresující nebo nějakým způsobem nepříjemné. Mohou se ale vyskytnout závažné situace, na které je málokdo připraven. Tyto situace pak vyvolávají akutní psychickou krizi a člověk jimi zasažený potřebuje okamžitou odbornou pomoc. Tato pomoc je často vyžadována přímo na místě, na kterém ke vzniku psychické krize došlo. Lékař, který se na místo dostaví, musí nejprve zvážit projev a sociální situaci postiženého a rozhodnout, jestli je krizová intervence vhodná či nikoliv. Musí také rozhodnout:

- jestli se jedná o psychiatrický případ
- jestli bude postačovat rozhovor s traumatizovaným člověkem nebo jestli je třeba ihned naordinovat psychofarmaka a v jaké dávce
- jestli psychický stav člověka vyžaduje hospitalizaci nebo postačí ambulantní terapie

Včasná odborná pomoc je nejúčinnější prevencí, jelikož může zabránit rozvoji psychické poruchy nebo jejím následkům pro blízké okolí zasaženého člověka. [17]

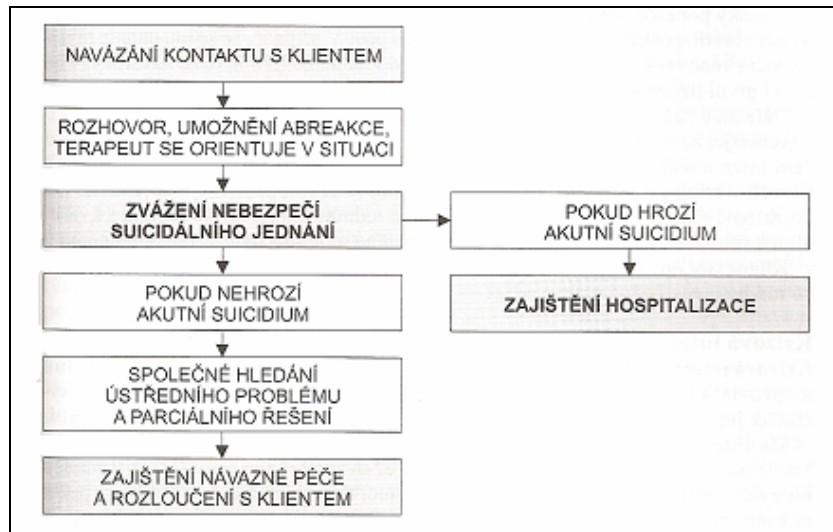
3.3.1 Krizová intervence

Krizová intervence je forma léčby, která se zabývá symptomy a chováním člověka při krizové situaci. Tento postup se může využít při akutních krizích i při krizích s rizikem sebevraždy. Krizová intervence v žádném případě nenahrazuje psychoterapii, jedná se pouze o minimální zásah. Jejím hlavním cílem je člověka uklidnit a tím snížit další prohloubení krize. Následně je třeba člověka nasměrovat k dalším možnostem, jak krizi řešit.

První fází krizové intervence je tedy navázání kontaktu s traumatizovaným člověkem a pomoc s vyjádřením jeho emocí. Nutné je zmapování jeho aktuálního psychického stavu. V další fázi následuje nalezení řešení krize, strategií pro její zvládnání a dále získání jistoty, že je člověk stabilizovaný a že nedojde k dalšímu rozvoji krize (případně k pokusu o sebevraždu). Nakonec je možné člověku nabídnout návaznou psychoterapii.

3.3.2 Psychoterapeutická první pomoc

Také psychoterapeutická první pomoc by měla být zahájena co nejdříve po vzniku krize. Může se odehrávat v ordinaci terapeuta, který by měl zajistit vhodné podmínky, aby se zde pacient cítil bezpečně a příjemně. Terapeut poté naváže první kontakt s pacientem a zhodnotí závažnost stavu, ve kterém se nachází. Pokud je pacient v šoku, terapeut by měl učinit protišoková opatření jako zajištění klidu, potravy a tekutin. Dalším krokem je rozhovor, kdy je pacient vybídnut, aby hovořil o tom, co se stalo. Terapeut si pak udělá představu o tom, v jakém stavu se pacient nachází. Pokud tento stav ukazuje na závažnější duševní poruchu nebo pokud je riziko sebevraždy, zajistí terapeut jinou vhodnou péči, jako je hospitalizace nebo návštěva psychiatra. Terapeut ukončí sezení tehdy, je-li pacient duševně vyrovnaný a zklidněný, a domluví se s ním na dalších sezeních. [19]

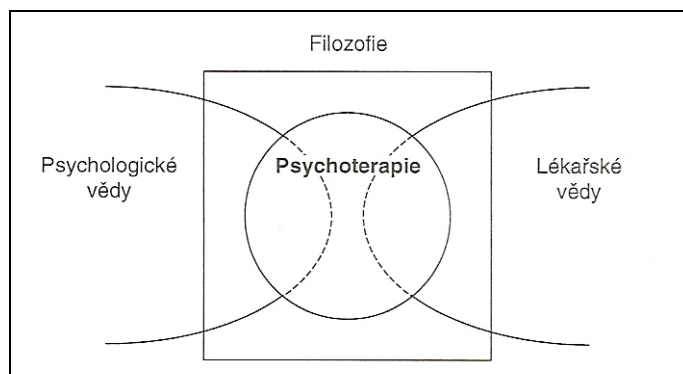


Obrázek 2: Kroky psychoterapeutické první pomoci [19]

3.4 Psychoterapeutická léčba poruch duševní rovnováhy

Psychoterapie je forma léčby, při které se využívají psychologické poznatky a poznatky z lékařství. Je to zvláštní druh psychologické intervence, která působí na člověka v oblasti jeho chování, vztahů, tělesných procesů a hlavně jeho duševního života. Usnadňuje nebo vyvolává změny, které mohou ovlivnit rozvoj určité duševní nebo fyzické poruchy. Využívá se tedy jako prevence, léčba nebo rehabilitace těchto poruch. Cílem psychoterapie je dosáhnout změn v osobnosti člověka, v jeho chování a vztazích s okolím. Tyto žádoucí změny jsou dopředu stanoveny po úvaze psychoterapeuta nebo samotného pacienta.

Nejčastěji je při psychoterapii požadována určitá změna osobnosti, která je podmíněná pacientovým sebepoznáním. Tato změna souvisí s pochopením sebe sama, zmírní nebo odstraní vnitřní konflikty, odstraní sebepodceňování a poradí, jak v osobním i pracovním životě dosáhnout větších úspěchů. V některých případech není po psychoterapeutovi požadována změna osobnosti, ale psychická podpora v krizové situaci, ve které se člověk ocitnul a která mu způsobila psychické trauma. Psychoterapeut se pak v těchto situacích snaží pomoci pacientovi, aby se lépe přizpůsobil novým podmínkám. [18]



Obrázek 3: Psychoterapie a ostatní vědy [18]

3.4.1 Formy psychoterapie

V psychoterapii se rozlišují její jednotlivé formy podle toho, s kolika lidmi najednou terapeut pracuje. Nejčastější bývá psychoterapie individuální, ale využívá se i skupinová terapie, terapie v rámci společenství nebo systémová terapie.

Individuální terapie je forma terapie, při které se sezení účastní pouze terapeut a pacient. Taková forma se zpravidla volí v případech, kdy pacientovy problémy nijak nesouvisí s jeho okolím (rodinou, přáteli). Pacient při terapii sedí tak, aby na terapeuta viděl, přičemž by mezi nimi neměla být žádná překážka (stůl, židle). Využívá se i možnost, že pacient leží. Tento postup napomáhá většímu uvolnění pacienta a poskytuje mu větší soukromí při terapii. Individuální terapie v konečném důsledku pomáhá pacientovi obnovit důvěru v sebe a v okolní svět.

Skupinová terapie je psychoterapie, které se účastní více osob. Tyto osoby by neměly být v příbuzenském vztahu, ani by mezi sebou neměly mít žádné přímé vazby (přátelé, známí). Pokud není toto pravidlo dodrženo, existuje riziko, že se účastníci budou bát více otevřít nebo si mezi sebou začnou vyřizovat staré účty. Vzhledem k záměrům terapeuta pak může být složení skupiny velmi různorodé. Skupinu mohou tvořit jedinci s totožnými nebo rozdílnými psychickými obtížemi, mohou být odlišní z hlediska věku nebo pohlaví a podobně. Pacienti v průběhu terapie sedí v kruhu, což umožňuje vzájemnou interakci mezi pacienty a terapeutem. Takové sezení trvá většinou hodinu a půl, při neambulantní léčbě se opakuje asi jednou týdně.

Léčebné společenství je forma psychoterapie, která se používá především při léčbě pacientů, kteří mají závažnější obtíže, zejména poruchy osobnosti, a jsou hospitalizováni v nějakém léčebném zařízení (psychiatrickém oddělení). Při terapii se tak setkávají

pacienti s lékaři a personálem zařízení. Terapie je zaměřena na plnění úkolů, které posilují spolupráci, organizaci činností a zaměřují se na vnější realitu každodenního života.

Systémová terapie je terapie, při které je v pozornosti určitý systém (například rodina, školní třída). Taková terapie vychází z předpokladů, že problémy jednoho člověka úzce souvisí s dynamikou celého systému, kdy jsou projevem narušených vztahů v tomto systému. Pokud terapeut pracuje s jednotlivými členy nebo jejich setkání různě kombinuje, jedná se o paralelní terapii. [18]

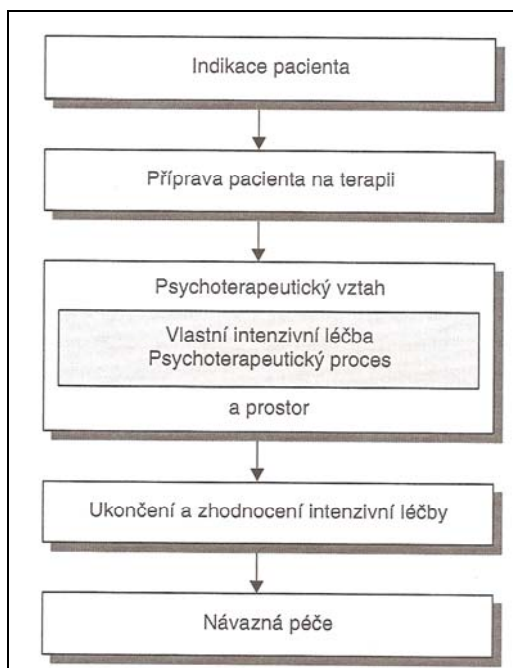
3.4.2 Psychoterapeutické vyšetření

Psychoterapeutické vyšetření probíhá v několika fázích. V **úvodní fázi** se nejprve terapeut rozhoduje, zda má pacient obtíže, se kterými mu může terapie pomoci. Dále zvažuje současný zdravotní stav pacienta, životní situaci, ve které se právě nachází a jeho motivaci k dosažení úspěchů v léčbě. Terapeut musí rozhodnout, jakými nejlepšími prostředky a přístupy pacienta léčit. V úvodní fázi také terapeut pacienta informuje o tom, co ho čeká a jaké to může mít výsledky.

Další fází je **vlastní terapie**, kdy se začíná rozvíjet a prohlubovat vztah terapeuta a pacienta. V průběhu terapie se pak postupně projevují efekty léčení a změny v chování a myšlení pacienta. Může se ale také vyskytnout pacientův odpor, který v pokroku brání. V takové situaci musí terapeut prokázat trpělivost a snahu navodit bezpečnější prostředí, aby se pacient přestal terapii bránit.

Pokud měla terapie úspěšný průběh, následuje fáze **ukončení léčby**. Tato fáze bývá často pro pacienta těžká, protože v podstatě dochází k ukončení vztahu s terapeutem. Čím víc se tento vztah rozvine, tím je ukončení terapie těžší. Pacientovi se proto musí poskytnout dostatek času, aby se na takový konec připravil.

Poslední fází je **fáze postterapeutická**. Pacient již na terapii nedochází a snaží se naučené změny aplikovat ve všedním životě. Navazuje nové sociální vztahy, nachází nové zaměstnání. V případě potřeby je mu umožněn opětovný kontakt s terapeutem. Někdy jsou zavedeny opakovací léčby (v případě závislostí a podobně). [18]



Obrázek 4: Průběh psychoterapie [18]

3.4.3 Metody psychoterapie

V současné době existuje a stále vzniká mnoho metod psychoterapie, proto se budeme věnovat pouze některým z nich.

3.4.3.1 Psychoterapeutický rozhovor

Psychoterapeutický rozhovor je nejčastější metodou psychoterapie. Rozhovor se snaží ovlivnit pacienta, způsobit nějakou změnu nebo pacienta o těchto změnách informovat. Z hlediska stylu lze rozhovory rozdělit na empatické, poradensko-informační, interpretující, podpůrné a přesvědčující.

Empatický rozhovor je rozhovor, při kterém se terapeut vcítí do pacienta a jeho situace. Takovým rozhovorem navazuje terapeut v pacientovi pocit blízkosti, bezpečí a důvěry. *Poradensko-informační rozhovor* je rozhovor, jehož cílem je definování toho, co pacienta zatěžuje; následuje dodání dalších chybějících informací. Tyto informace pak u pacienta snižují pocit nejistoty. Při tomto typu rozhovoru jsou společně zvažovány problémové situace, jejich okolnosti a řešení, terapeut se ale musí vyvarovat jakýchkoliv rad a směrování. Může pacientovi pouze představovat jednotlivé možnosti řešení jeho situace.

Interpretující rozhovor je rozhovor, při němž psychoterapeut sděluje pacientovi souvislosti mezi jeho projevem a motivací chování, souvislosti mezi tím, co si přeje, a tím, čeho se

obává. U *podpůrného rozhovoru* dochází k pacientovu povzbuzení, terapeut mu dává najevo, že je na jeho straně, že mu věří a že všechno dobře dopadne, projevuje tedy jakýsi optimistický pohled na věc. *Přesvědčující rozhovor* pacienta směřuje k opaku jeho názorů, snaží se ho přesvědčit o jeho omylech a falešných předpokladech. Hlavní roli zde tedy hrají především logické argumenty. [19]

3.4.3.2 Psychodrama

Psychodrama je metoda psychoterapie, při které dochází k přehrávání různých dramatických scén. Můžeme si ji představit jako hraní divadla. Cílem této metody je umožnit pacientovi, aby porozuměl svým problémům uvolnil se nebo se naučil jinému chování. Tímto je podporována pacientova výrazová kreativita a spontánnost. Psychodrama se provádí v menší skupině osob. Tato skupina se skládá z herce (pacienta), režiséra (psychoterapeuta) a z dalších herců nebo diváků (ostatních členů skupiny). Pacient na začátku přednese svůj problém a všichni jej pak přehrají. Psychoterapeut do děje zasahuje a řídí jej takovým způsobem, aby došlo k osvětlení problému a prožití nových zkušeností s jeho řešením. [19]

3.4.3.3 Psychogymnastika

Psychogymnastika je neverbální skupinová terapie, která se může využívat jako rozehrání skupiny na začátku nebo v průběhu sezení. Samotné sezení může trvat zhruba hodinu. Při psychogymnastice jsou přítomni dva terapeuti. Jeden z nich vede samotné cvičení a druhý zapisuje chování a projev pacientů. Jednou z fází psychogymnastické terapie je pantomima. Při ní dostávají pacienti různá témata (z oblasti obtížných životních situací, konfliktů, zážitků), která pak musí vyjádřit jakýmkoliv způsobem. Po relaxaci pacientů následuje společný rozhovor o předchozích fázích cvičení. Tato metoda pomáhá k odhalení vztahů mezi pacienty, jejich postavení a osobnostních projevů.

3.4.3.4 Cyberpsychologie

Cyberpsychologie je nejnovější psychologický přístup k člověku. Vyskytuje se jak u psychoterapie, tak u klinické psychologie. Jejím úkolem je podílet se na prevenci, terapii a rehabilitaci prostřednictvím informačních technologií. Využívá se při ní počítačů, internetu

a virtuálních médií. V této metodě se uplatňují tři přístupy: poradenství přes internet, terapie pomocí virtuální reality a virtuální teleterapie.

Poradenství přes internet je nejčastější, můžeme jej rozdělit na individuální poradenství a skupinové poradenství. Může mít formu různých diskusních fór (skupinovou), komunikace přes elektronickou poštu či internetového telefonování (individuální). Komunikaci koordinuje moderátor (terapeut).

Terapie pomocí virtuální reality je terapie, která využívá virtuální realitu s trojrozměrným prostředím, které je generováno počítačem a týká se problematiky pacienta. Pacient přichází s tímto prostředím do kontaktu pomocí speciální helmy se zabudovanou mikroobrazovkou a pomocí rukavic. Tato terapie má velmi dobré výsledky zejména u osob, které trpí úzkostmi a fobiemi. Pacient je při ní vystavován situacím, které u něho problémy vyvolávají, a učí se je efektivně zvládat. Předpokládaný účinek terapie je také u pacientů s posttraumatickou stresovou poruchou, která se rozvinula jako důsledek traumatické životní události. Pomocí virtuální reality jsou pak rekonstruovány traumatické děje, jejichž opětovné prožívání vede k odstranění negativních pocitů a myšlenek.

Virtuální teleterapie je přístup, ve kterém jsou scény virtuální reality zpřístupněny na internetu a podle různých programů se s nimi dále pracuje. [19]

3.4.4 Psycholog, psychoterapeut a psychiatr

Pokud člověk prožil nějaké trauma nebo ho jen trápí určité psychické potíže, většinou se rozhoduje, na koho se s nimi obrátí. Proto je nutné, abychom specifikovali tři typy odborníků, se kterými se v praxi můžeme setkat.

Psycholog vystudoval magisterské studium na filozofické fakultě, může mít titul Mgr. nebo PhDr. a nemá lékařské vzdělání. V praxi to znamená, že psycholog nemůže předepsat svému klientovi léky. Velké množství psychologů také získalo atestaci z klinické psychologie nebo absolvovalo terapeutický výcvik. K psychologovi chodí klient, který má určité trápení nebo nějaký problém, který se pak snaží s psychologem vyřešit.

Psychoterapeut je člověk, který absolvoval nějaký psychoterapeutický výcvik. Těchto výcviků existuje velké množství, proto je vhodné se nejprve informovat, kterými konkrétními psychoterapeut prošel. Psychoterapeut nemusí mít vysokoškolské vzdělání

v oboru, ale díky psychoterapeutickému výcviku je kompetentní pro řešení některých psychických problémů.

Psychiatr má lékařské vzdělání, absolvoval všeobecné lékařství na lékařské fakultě. Zvolil si specializaci v oboru psychiatrie a uspěl při atestační zkoušce, proto může svému pacientovi předepsat léky. V dnešní době je časté, že i psychiatr, který se chce dále vzdělávat, absolvuje některý z psychoterapeutických výcviků.

3.4.5 Psychologické vyšetření

Psychologické vyšetření se zaměřuje na poznání pacienta z několika úhlů. Psycholog pracuje s informacemi, které mu poskytl pacient nebo jeho příbuzní, a s informacemi, které získal vlastním pozorováním. Při vyšetřování jsou využívány buď rozhovory, pozorování nebo psychologické testy, různé dotazníky a zkoušky. Při prvním kontaktu s klientem je třeba, aby psycholog navodil příjemnou atmosféru, uklidnil ho a informoval ho o průběhu psychologických sezení. Psycholog poté použije metody vyšetření, o kterých je přesvědčen, že jsou pro konkrétního klienta vhodné, a na závěr jejich výsledky zpracuje. O výsledcích klienta pravdivě informuje, snaží se však o interpretaci v příznivém světle. Celé takové vyšetření může trvat i více hodin, proto je někdy vhodné, aby jej psycholog rozdělil alespoň do dvou sezení.

3.4.6 Psychiatrické vyšetření

Při prvotním kontaktu pacienta s lékařem je velmi důležité, jak probíhá samotné navázání terapeutického vztahu. Pacient je většinou ve stavu úzkosti, deprese nebo může být pod nátlakem ze strany okolí, aby se vyšetření zúčastnil. Lékař proto potřebuje nejprve získat pacientovu důvěru, aby léčba byla účinná. Zpravidla průběh prvotního vyšetření probíhá v těchto krocích:

- lékař s pacientem naváže první kontakt a ujistí ho, že může mluvit otevřeně a že žádné informace nebude nikomu cizímu podávat bez jeho souhlasu
- lékař ujistí pacienta, že se bude svědomitě věnovat jeho problémům a dá mu najevo, že bere jeho problémy vážně
- lékař v žádném případě nesoudí pacienta, ujistí ho, že se může projevit, aniž by ho lékař kritizoval

- lékař se vyjadřuje takovým stylem mluvy, jaký je pacientovi blízký a nepoužívá nesrozumitelné výrazy; ujistí se, že pacient vše chápe

Při kontaktu lékaře s pacientem záleží i na okolním prostředí, které by mělo být přívětivé, bez neustálého vyrušování osobami či telefonáty. Lékař by měl být s pacientem sám a měl by dodržovat normální zásady slušného chování (nabídnout pohodlné sezení), ale neměl by se chovat familierně a měl by se vyhýbat přílišnému tělesnému kontaktu s pacientem, protože v některých případech by si tento kontakt mohl pacient vyložit jako něco ohrožujícího. I když je přátelské prostředí chápáno jako pozitivní, měla by být stále zachována určitá profesionalita.

Po úvodním vyšetření se lékař snaží získat údaje, které mu pomůžou při stanovení odborné diagnózy. Taková anamnéza se většinou skládá z osobní anamnézy (vývoj v dětství, vzdělání, zaměstnání, sociální situace, současná onemocnění, trestná činnost atd.) a z rodinné anamnézy. Všechna zjištění pak slouží jako vodítko při dalších sezeních. Není výjimkou, že jakou součást psychiatrického vyšetření zvolí lékař psychologické vyšetření, které mu pomůže určit i dlouhodobější osobnostní vlastnosti pacienta. [17]

4 INSTITUTE PRO POMOC OSOBÁM S PORUCHOU DUŠEVNÍ ROVNOVÁHY

4.1 Krizová centra

Krizová centra jsou instituce, které poskytují akutní psychiatrickou nebo psychologickou péči. Mezi jejich služby patří telefonická pomoc, psychologické poradny a také pobyt na lůžkovém oddělení s několikadenní psychoterapií. Tato centra poskytují psychickou podporu osobám, které se ocitly v krizové situaci nebo se u nich vyskytly různé psychické problémy. Kontakty na některá krizová centra jsou uvedeny v příloze k této práci.

4.2 Telefonické krizové linky

Krizové linky jsou telefonní linky, které nabízejí anonymní telefonický kontakt. Volající se na nich může svěřit odborníkům nebo vyškoleným pracovníkům s problémy, jež ho momentálně tíží a naléhavě vyžadují řešení. Tyto linky tak mohou pomoci se zvládnutím krizových stavů nebo s poskytnutím informací o kontaktech na další odborná zařízení. Kontakty na některé telefonické krizové linky jsou uvedeny v příloze k této práci.

4.3 Internetové poradny

Internetové poradny jsou webové stránky, na kterých se nabízí kvalifikovaná pomoc pro osoby v tísni. Komunikace se vede prostřednictvím internetu (formou diskuze, internetového volání, chatu) a může být zcela anonymní. Internetové poradny mohou také pomoci se získáním kontaktů na psychologické poradny, psychiatrické ambulance a další instituce. Kontakty na některé internetové poradny jsou uvedeny v příloze k této práci.

4.4 Psychologické poradny, psychiatrické ambulance, léčebny a stacionáře

Psychologické poradny, psychiatrické ambulance, léčebny a stacionáře jsou specializovaná zařízení, která pomáhají osobám s poruchami duševní rovnováhy. V psychologických poradnách jsou lidem nápomocni psychologové, v psychiatrických ambulancích, léčebnách nebo stacionářích se setkáme s psychiatry, psychology i s psychoterapeuty. Zařízení tohoto typu se nachází po celé republice.

4.5 Mobilní služby, domácí léčení

Tyto služby poskytují mobilní péči, kdy se pomáhající osoba (lékař, psycholog) dostaví na místo, kde je pomoc potřeba. Služba umožňuje přímý kontakt s člověkem a jeho okolím. Většinou je služba přivolávána blízkými osobami, rodinou, sousedy nebo policií, v méně případech si ji člověk v krizové situaci přivolá sám.

Domácí léčba je pak rozšířená varianta mobilní služby, kdy se lékař snaží léčit psychické problémy člověka v jeho domácím prostředí.

4.6 Svépomocné kluby a sdružení pro osoby s poruchou duševní rovnováhy

Svépomocné kluby a sdružení jsou místa, kde se mohou scházet nejen lidé s duševními poruchami, ale i jejich rodiče, blízcí a příbuzní. Je zde poskytována pomoc odborníků i dobrovolníků, konají se zde různé skupinové terapie nebo zájmové aktivity. Často jsou zde také poskytovány služby domácí nebo mobilní léčby.

II. PRAKTICKÁ ČÁST

5 VYPRACOVÁNÍ KAZUISTIK PACIENTŮ PSYCHIATRICKÉ AMBULANCE

Kazuistika je případová studie, která se často využívá v psychologii či psychiatrii. Slouží k uspořádání všech dostupných informací o pacientovi, následně je provedena jejich analýza. Díky kazuistice lze lépe pochopit některé souvislosti, jež nejsou ihned zřejmé.

V této kapitole jsou uvedeny kazuistiky, které byly zpracovány na základě informací od lékařky psychiatrické ambulance nebo na základě rozhovoru s pacienty. Je nutno uvést, že žádné informace poskytnuté lékařkou nemohly za žádných okolností vést k identifikaci pacientů a že při jejich získávání nedošlo k vyžrazení lékařského tajemství. Jména uvedená v jednotlivých kazuistikách jsou fiktivní, ostatní informace jsou pravdivé.

5.1.1 Kazuistika č. 1

Kryštof, 36 let, je v současné době zaměstnán u Hasičského záchranného sboru České republiky na pozici profesionální hasič, práci hasiče nyní vykonává 9 let. Jeho dětství bylo bezproblémové, s rodiči vycházel. Kryštof je sportovně založený, hrál závodně basketbal a nyní rád jezdí na kole. Byl průměrným studentem, základní školu dokončil bez problémů, poté nastoupil na střední školu, kterou úspěšně zakončil maturitní zkouškou. Kryštof je ženatý, s manželkou mají syna. V rodinném životě je spokojený, občas se hádá s manželkou kvůli společně strávenému času.

Kryštof se asi před 2 lety účastnil zásahu při požáru rodinného domu. Byla to pro něj v rámci možností standardní situace. V hořícím objektu byli stále uvěznění lidé, Kryštof a jeho kolega se podíleli na jejich záchraně. Při kontrole, jestli se v objektu nenachází ještě nějakí lidé, se Kryštof ocitl v bezprostředním ohrožení života, když se vedle něj zřítíl hořící trám. V současnosti, po prodělání léčby, situaci zpětně komentuje slovy: „Byl to zázrak, kdybych stál o půl metru jinde, byl bych mrtvý.“ V té době byl v ohromném šoku, ale díky nadměrnému nabuzení organismu byl schopný hořící dům opustit. Na to si ale vůbec nevzpomíná. Kryštof se z prvotního šoku vzpamatoval a snažil se předstírat, že je v pořádku. Se svým zážitkem se svěřil manželce, ale popsal ho pouze povrchně, neřekl jí, jak se cítil. Asi 2 dny po této události se mu zdály děsivé sny, ve kterých se znovu ocitl v hořícím domě. Jednou se mu dokonce zdálo, že hořící trám na něj opravdu spadnul a on pak zemřel. Z děsivých snů se vždy s úlekem probouzel, byl zpocený, bušilo mu srdce. Situace se začala zhoršovat, přes den míval flashbaky, znovu viděl záblesky traumatické

situace. Nejhorší podle něj bylo, že začal mít strach z dalšího výjezdu. Báł se, že při zásahu selže, že nezachrání sebe ani ostatní lidi. Jen při představě, že jde do práce, se začala objevovat úzkost s pocity na zvracení. Jelikož si uvědomoval, že by svými problémy mohl ohrozit sebe, své kolegy nebo zachraňované lidi, rozhodl se, že půjde za lékařem (asi po 20 dnech od prožití traumatu). Ten ho doporučil na vyšetření v psychiatrické ambulanci.

Po prvním rozhovoru lékařka diagnostikovala posttraumatickou stresovou poruchu a doporučila Kryštofovi, aby se účastnil dalších sezení. Zároveň mu předepsala antidepressiva. Při následujících sezeních se snažila, aby o svém zážitku Kryštof vyprávěl co možná nejvíc podrobností a znovu si tak prožil vše, co se stalo. Ten pak již bez negativních emocí dokázal o svém traumatu hovořit. Asi po měsíci a půl léčby došlo k rychlému uzdravení, Kryštof se dokázal vrátit do práce.

Dnes, zhruba po 16 měsících od oné události, je Kryštof v pořádku. Stále pracuje jako profesionální hasič, o svém zážitku dokáže hovořit s nadhledem. Připouští, že neví, jestli by tuto situaci, kdyby se mu přihodila znovu, zvládl, ale už při hasičském zásahu necítí strach a je schopen se na svou práci plně soustředit.

Shrnutí:

Případ Kryštofa je v podstatě ukázkovým příkladem vzniku a rozvoje posttraumatické stresové poruchy. Ta se rozvinula díky traumatické události, kterou Kryštof zažil. Jeho léčba měla standardní průběh, nevyskytly se další komplikace a zatím se další příznaky neobjevily. Je pravděpodobné, že pokud Kryštof znovu prožije nějakou podobnou traumatickou událost, dokáže se s ní již vyrovnat daleko lépe.

5.1.2 Kazuistika č. 2

Alena, 49 let. Je rozvedená, sama se stará o dceru, která studuje vysokou školu. Na své dětství nevzpomíná příliš pozitivně. Vyrůstala se svým o 2 roky mladším bratrem, rodiče se často hádali. Matka byla prodavačka, otec pracoval v pásové výrobě. Rodiče se rozvedli, když jí bylo 14 let. Zůstala s matkou a bratrem. I přes nelehké sociální zázemí vystudovala střední školu ekonomického směru a odmaturovala. Pracovala jako účetní, našla si přítele, provdala se za něj a otěhotněla. Porodila zdravou dceru. Vztah s manželem se po 11 letech rozpadl. Dceru pak vychovávala sama. Propadla depresím, začala se léčit na psychiatrické ambulanci a její stav se stabilizoval. Dcera pak byla přijata na vysokou školu, studuje již 4. rokem. Alena byla dlouhou dobu zaměstnána jako účetní, nedávno

však dostala výpověď, protože se její místo rušilo. Alena z toho byla psychicky na dně, obávala se, že si ve svém pokročilejším věku nenajde nové zaměstnání a že neuživí sebe ani svou dceru, která si ale nějaké peníze vydělává pomocí různých brigád.

Její obavy se začaly prohlubovat, byla podrážděná a nervózní, asi za 3 dny po obdržení výpovědi se náhle sbalila a odcestovala. Její dcera o ní měla starost, o výpovědi matky věděla a proto, když se Alena nevrátila domů, zavolala policii. Ta ji nakonec našla v místě jejího rodiště (asi 25 km vzdáleného) ubytovanou v hotelu. Alena si nepamatovala, kdo je ani proč se nachází zrovna v onom městě. Policie jí tedy přivezla zpátky domů a dcera ji ihned doprovodila do psychiatrické ambulance. Alena si stále nic nepamatovala, nepoznávala svou dceru, vypadalo to, jakoby její život začal teprve toho dne, kdy utekla. Lékařka v tomto případě diagnostikovala disociativní fugu. Díky terapii si Alena vzpomněla, co se dělo v průběhu jejího útěku, posléze si začala vzpomínat i na dobu před útekem. Nakonec se jí vrátily vzpomínky na důležité události v jejím životě. Vzpomněla si na dceru, na rodiče, na rozvod i na výpověď.

I když se jí paměť po čase vrátila, musí stále docházet na psychiatrickou ambulanci, protože se u ní opět objevily známky deprese. Lékařka také s Alenou při sezeních rozebírá možnosti, jak pokračovat dál v normálním životě. Výraznou oporou je pro Alenu její dcera, která s ní občas na sezení u lékaře dochází, podporuje ji a pomáhá jí s hledáním nového zaměstnání.

Shrnutí:

Tento případ je poměrně zajímavý, disociativní fuga se v praxi nevyskytuje příliš často. Alena se již před útekem léčila s depresemi, je tedy možné, že se u nich v rodině již nějaké duševní poruchy vyskytly. Mohla mít k psychické poruše genetické predispozice, ale její poruchu rozvinul až stres z výpovědi a z obavy o další existenci její i dceřinu. Organismus tak zareagoval na prožitý stres útekem. V tomto případě není vyloučeno, že se situace nebude při dalších stresujících situacích opakovat.

5.1.3 Kazuistika č. 3

Mírka, 38 let. Je zaměstnaná v sociální oblasti. Je vdaná, má 2 syny. Její dětství bylo klidné, oba rodiče se jí věnovali, projevovali jí lásku a podporovali ji ve studiu. Mírka vystudovala střední i vysokou školu sociálního zaměření, její studijní výsledky byly průměrné. Po absolvování školy začala pracovat ve výchovném ústavu. Našla si partnera,

se kterým dodnes žije, otěhotněla a porodila prvního, krátce na to i druhého syna. Svě rodinné zázemí hodnotí jako normální, do incidentu, který se odehrál, byla spokojená. Její práce jí poskytovala zadostiučinění, ráda pomáhala druhým.

Jednoho dne k večeru, před odchodem z práce, měla chovanka ústavu nervový záchvat, při kterém držela Mirku pod krkem a škrtila ji. Mirka měla v té chvíli tušení, že zemře, že už jí nikdo nepomůže. Pomoci se však Mirce dostalo od její kolegyně, která přišla do místnosti a chovanku od ní odtrhla. Kolegyně chovanku zklidnila, Mirku poté odvedla pryč. Mirčin manžel si pak pro svou ženu přijel a odvezl jí domů. Snažil se s ní o zážitku mluvit, ale ona toho nebyla schopna, při nejmenší vzpomínce na událost propukala v pláč. Mirka další den nešla do práce, zůstala sama doma. Nemohla však nic dělat, pouze ležela nebo seděla a přemýšlela o tom, že mohla zemřít, dokonce zapoměla děti vyzvednout ze školy. Ani další den nešla do práce, protože se strašně bála a pociťovala úzkost. Manžel se pak snažil Mirku přesvědčit, aby navštívila psychiatrickou ambulanci. Ona to zprvu odmítala, tvrdila, že není blázen, že potřebuje jenom chvíli čas, aby se vzpamatovala. Nakonec se však odhodlala a lékařku navštívila.

Lékařka si s ní promluvila a diagnostikovala posttraumatickou stresovou poruchu. Následně pak předepsala antidepresiva. Mirka byla v pracovní neschopnosti, 2x týdně docházela na terapii. Po několika sezeních mohla bez pláče vyprávět o traumatu a o emocích, které v kritické situaci a těsně po ní prožívala. Mirka se pokusila jít do práce, ale při pohledu na budovu ústavu se jí opět zmocňovaly nepříjemné pocity. Dala proto výpověď a do budovy už nikdy nevstoupila. V současné době má nové zaměstnání, pracuje pořád v sociální oblasti.

Shrnutí:

Strach ze smrti je snad nejčastějším spouštěčem poruch duševní rovnováhy. Mirka byla přepadena a na tento zážitek nikdy nezapomene. Přesto se jí podařilo se s ním vyrovnat a byla schopná začlenit se zpátky do běžného života. Dosud nemá žádné trvalé následky, proto lze předpokládat, že se u ní příznaky posttraumatické stresové poruchy znovu neobjeví.

5.1.4 Kazuistika č. 4

Tomáš, 53 let. O dětství nerad vypráví. Je jedináček, otec měl problémy s alkoholem, byl často agresivní, matka se ho proto bála. Vystudoval střední školu strojní, jeho studium bylo

spíše podprůměrné, u maturitní zkoušky však uspěl. Nyní je Tomáš bez partnerky, děti žádné nemá. Pracuje na vedoucí pozici v oboru s kovovýrobou. Tomáše tato práce vždy bavila a naplňovala. V poslední době toho ale bylo v práci moc, měli problémy se zpožděním zakázek, materiál jim nebyl dodáván včas, proto nebyli schopni dodržet některé termíny, za což pak platili pokuty. Jeho nadřízený je přísný, Tomášovi ale za vinu zpoždění zakázek nedával. Tomáš se snažil zůstat v práci co nejdéle, aby mohl na vše dohlédnout.

Pak se ale často začal cítit unavený, o práci pomalu ztratil zájem, již ho nebavila jako dřív. Normálně se kvůli otci alkoholu vyhýbal, ale jednou šel s kolegy po práci do hospody a tam se opil. Pak si každý další večer dal pár skleniček alkoholu doma, přišel na to, že mu to pomáhá uvolnit se a zapomenout na své starosti. Vztah k práci se o trochu zlepšil, toto zlepšení přisuzoval právě alkoholu, proto se ho nevzdal. Pak se už potřeboval napít i ráno, než šel do práce. Postupně už se bez alkoholu neobešel, pil jej v průběhu celého dne. Zlom nastal v situaci, kdy ho jeho nadřízený přistihl opilého a pohrozil mu výpovědí, pokud nepřestane pít. Také mu doporučil, aby navštívil psychiatrickou ambulanci.

Lékařka si při prvním sezení s Tomášem promluvila, hledala příčiny jeho alkoholismu. Musela také správně určit, jestli se jedná o abúzus (nadužívání alkoholu) nebo jestli se již rozvinula závislost. Nakonec u Tomáše diagnostikovala syndrom závislosti na alkoholu. Vysvětlila mu, že abstinence je jediné možné řešení jeho závislosti. Předepsala Tomášovi lék Antabus, po kterém se mu udělalo zle pokaždé, když se alkoholu napil. Tomáš začal docházet na pravidelná sezení, při kterých se s lékařkou mimo jiné snažili využívat správné relaxační techniky, aby došlo k uvolnění stresu z práce. Nyní již Tomáš 3 měsíce úspěšně abstínuje, občas má na alkohol chuť, hlavně při zvýšené zátěži v práci, ale teď už umí tuto chuť překonat.

Shrnutí:

Tomášův případ je jasnou ukázkou toho, že mnoho lidí řeší stresující situace alkoholem. V tomto případě můžeme říci, že měl Tomáš k závislosti na alkoholu jisté predispozice, jelikož jeho otec byl také alkoholik. Tomáš na začátku neměl daleko k syndromu vyhoření, dočasně mu alkohol pomohl stres zmírnit. Velkou zásluhu je nutno připsat i Tomášovu nadřízenému, který ho z práce nevyhodil na hodinu, ale snažil se mu pomoci.

5.1.5 Kazuistika č. 5

Lucie, 27 let. Je svobodná, bezdětná, žije s partnerem. Je jedináček, její dětství probíhalo bez závažnějších problémů, ačkoliv se jí rodiče příliš nevěnovali, protože měli hodně práce. Lucie proto byla velmi samostatná. Po základní škole se vyučila v oboru prodavač, studium zvládala průměrně. Po ukončení studia si našla práci v supermarketu, po dlouhé době dostala výpověď, důvody neuvedla. Našla si novou práci jako pokladní.

Jednou se večer po odpolední směně vracela domů, po cestě jí přepadli 3 mladíci. Dva z nich ji drželi a třetí ji znásilnil. Těsně potom jeli kolem manželé na kolech, mladíci se vylekali a utekli. Lucie došla domů, samotnou cestu si ale nepamatuje. Partner nebyl v tu chvíli doma, Lucie se proto osprchovala a šla spát. Až ráno jí začalo docházet, co se vlastně stalo. Brečela, trpěla úzkostí, nemohla jíst ani pít, partnerovi nechtěla říct, co se jí přihodilo. V práci si vzala volno, přestala vycházet z domu, strašně se bála, že se jí opět pokusí někdo znásilnit. Na policii se neobrátila, nechtěla o ničem mluvit. Její stav se začal pomalu zhoršovat, proto partner Lucii nakonec přesvědčil, že se má pokusit hovořit aspoň s psychiatrem.

Při první návštěvě se lékařce svěřila, co se jí stalo. Lékařka diagnostikovala posttraumatickou stresovou poruchu, předepsala jí antidepresiva. Do dalšího sezení došlo k mírnému zlepšení, Lucie se však odmítala v myšlenkách vrátit do traumatické situace a znovu ji odžít. Další psychoterapii rázně odmítla a sezení ukončila. Její stav není dodnes stabilizován.

Shrnutí:

Lucie se zřejmě bude potýkat s následky jejího znásilnění do konce života. V těchto případech je nutností, aby pacienti situaci znovu prožili, aby o ní hovořili a naučili se ji určitým způsobem přijmout. Jedině tak je možné se s prožitým traumatem alespoň trochu vyrovnat.

5.1.6 Kazuistika č. 6

Radek, 40 let, pracuje jako policista. Jeho dětství bylo bezproblémové, otec byl také policista, matka pracovala ve zdravotnictví. Vyrůstal se svou sestrou, dosud mají velmi pevný sourozenecký vztah. Radek vystudoval střední průmyslovou školu, studium ukončil

maturitní zkouškou. Rozhodl se však, že půjde pracovat k policii jako jeho otec, ve kterém viděl svůj velký vzor. Oženil se, se ženou mají 15letou dceru.

Radek se při výkonu svého zaměstnání zranil, při zatýkání pachatele mu vyhřezla ploténka. Byl odvezen do nemocnice, měl velké bolesti. Byla mu podávána analgetika, posléze začal chodit na rehabilitace. Radek byl v pracovní neschopnosti, začal se obávat, že bude trvale chromý, že už se nebude moci vrátit do práce. Jelikož měl hypotéku, obával se, že ji nebude moci splácet a přijde tak o dům. Radek přestal jíst, v noci nemohl usnout, spal jen pár hodin denně. Následně trpěl vyčerpáním, byl podrážděný, začal mít deprese. Přestal brát léky, které mu předepsal lékař, myslel si, že je jeho život velká katastrofa, vše se mu zdálo zbytečné, neměl chuť cokoli dělat, ztratil zájem o rodinu a o své blízké. Jeho stav se velmi zhoršoval, na popud manželky navštívil svého lékaře, který ho doporučil na psychiatrické oddělení nemocnice. Tam mu diagnostikovali poruchu přizpůsobení. Radek byl týden hospitalizován, pak byla jeho léčba změněna na ambulantní.

Lékařka psychiatrické ambulance se snažila navázat na jeho terapii v nemocnici. Podpůrná psychoterapie mu zvolna pomáhala s adaptací na nově vzniklou situaci. Lékařka se snažila změnit jeho perspektivu, naučila ho, jak může v budoucnosti zamezit opětovnému rozvoji jeho psychické poruchy. Do terapie se zapojila i Radkova manželka. Radek se smířil se svou životní situací, přestal vše vidět v negativním světle. Pokračoval v psychoterapii, po půl roce došlo k vyléčení nejen vyhřezlé ploténky, ale i jeho poruchy. Vrátil se zpátky k policii, věnuje se rodině a svým koníčkům.

Shrnutí:

Porucha přizpůsobení se u policistů vyskytuje ve větší míře, zejména pak po zranění nebo při odchodu ze zaměstnání. Radek měl obavy o finanční zajištění sebe a své rodiny a odmítal přijmout fakt, že by musel své zaměstnání opustit. Jeho stav se zhoršoval, možná by bylo lepší, kdyby se odhodlal navštívit psychologa nebo psychiatra dříve. U Radka existuje určitý předpoklad, že by se jeho porucha mohla vrátit nebo že by se mohla vyskytnout jiná, závažnější porucha. Svoje psychické zdraví by proto neměl podceňovat.

ZÁVĚR

Cílem této práce je poukázat na problematiku výskytu poruch duševní rovnováhy v bezpečnostním prostředí. V úvodu práce je pozornost zaměřena na trauma, situace, které ho mohou vyvolat a na obranné reakce organismu, jež po něm mohou následovat. V další části práce jsou popsány jednotlivé poruchy, které může prožité trauma vyvolat. Větší pozornost je věnována posttraumatické stresové poruše, která je nejčastější poruchou způsobenou traumatickou nebo stresovou situací. Mnoho lidí se s ní dokáže po pár dnech vyrovnat, někteří lidé jí však trpí i několik let. Dále se práce zabývá běžnými psychickými stavy jako je deprese nebo syndrom vyhoření. Tyto stavy mohou velmi negativně ovlivnit psychiku člověka a také ho mohou učinit náchylnějšího k rozvoji jiných duševních poruch.

V další kapitole práce ukazuje, jak je možné duševním poruchám předcházet. Popisuje prevenci, na kterou by se nemělo zapomínat. Pokud je člověk zaměstnán v psychicky náročném oboru, měl by se o své duševní zdraví starat. S tím mu může pomoci právě duševní hygiena. Další část práce se věnuje poskytování laické i odborné psychické pomoci. Je zde také popsáno, jak probíhá psychoterapie a jaké metody jsou v ní využívány.

V závěru teoretické části jsou pak vyjmenovány instituce, které mohou být při řešení psychických problémů nápomocné. V příloze jsou pak uvedeny kontakty na některá krizová centra, telefonické linky nebo internetové poradny.

V praktické části práce je zpracováno šest kazuistik pacientů psychiatrické ambulance. Tyto případové studie sledují rozvoj psychické poruchy a nabízejí pohled na odborný postup lékařky.

ZÁVĚR V ANGLIČTINĚ

The aim of this thesis is to highlight the issue of mental balance disorders in the security environment. In the introduction, attention is focused on trauma, situations that can cause it and the immune reactions that may follow. The next section describes the individual disorders that can cause trauma. More attention is focused to a post-traumatic stress disorder, which is the most common disorder caused by a traumatic or stressful situations. Many people can cope with it after a few days, some people suffer from it for several years. The work deals with the common psychiatric conditions such as depression or burnout syndrome. These conditions can negatively affect human mental well, and make him prone to the development of other mental disorders.

In the next chapter this thesis shows how to prevent mental disorders. It describes the prevention, which should not be forgotten. If a person is employed at a mentally challenging field, a proper mental care should be taken. Psychohygiene could help with that. Another part is dedicated to providing a general and professional psychological help. It also describes psychotherapy and what methods are used there.

At the end of the theoretical part are enumerated institutions that may helpful in dealing with mental health problems. Contacts on crisis centers, helplines or internet counselings are listed too.

In the practical part of this thesis six case reports of patients is elaborated. These case studies monitor the expansion of the mental disorders and offer a view of a physician's workflow.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- [2] PORTERFIELD, Kay Marie. *Jak se vyrovnat s následky traumatu*. Překlad Miroslava Camutaliová. Praha: Lidové noviny, 1998, 143 s. Linka důvěry. ISBN 80-710-6262-6.
- [4] ČÍRTKOVÁ, Ludmila. *Policejní psychologie. 2.*, rozšířené vydání. Praha: Portál, 2004, 266 s. ISBN 80-717-8931-3.
- [5] *Psychiatrie*. 1. vyd. Editor Cyril Höschl, Jan Libiger, Jaromír Švestka. Praha: TIGIS, 2002, 895 s. ISBN 80-900-1301-5.
- [6] RABOCH, Jiří a Pavel PAVLOVSKÝ. *Psychiatrie: minimum pro praxi*. Vyd. 1. Praha: Triton, 1999, 191 s. Levou zadní. ISBN 80-858-7598-5.
- [7] *Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů: MKN-10 : desátá revize : aktualizovaná druhá verze k 1.1.2009 : abecední seznam*. Vyd. 1. Praha: Bomton Agency, 2009, 743 s. ISBN 978-809-0425-910.
- [8] PRAŠKO, Ján, Jana VYSKOČILOVÁ a Jana PRAŠKOVÁ. *Úzkost a obavy: jak je překonat*. 2. vyd. Praha: Portál, 2008, 226 s. Rádci pro zdraví. ISBN 978-80-7367-410-6.
- [9] VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Vyd. 3., rozš. a přeprac. Praha: Portál, 2004, 870 s. ISBN 80-717-8802-3.
- [10] VAŠINA, Lubomír. *Základy psychopatologie a klinické psychologie*. Brno: Institut mezioborových studií Brno, 2008, 331 s. ISBN 978-808-7182-000.
- [11] VIZINOVÁ, Daniela a Marek PREISS. *Psychické trauma a jeho terapie (PTSD): psychologická pomoc obětem válek a katastrof*. Vyd. 1. Praha: Portál, 1999, 158 p. ISBN 80-717-8284-X.
- [13] PRAŠKO, Ján, Hana PRAŠKOVÁ a Jana PRAŠKOVÁ. *Deprese a jak ji zvládat: stop zoufalství a beznaději*. 1. vyd. Praha: Portál, 2003, 180 s. Rádci pro zdraví. ISBN 80-717-8809-0.
- [14] HERMAN, Erik a Pavel DOUBEK. *Deprese a stres: vliv nepříznivé životní události na rozvoj psychické poruchy*. Praha: Maxdorf, c2008, 94 s. Jessenius. ISBN 978-80-7345-157-8.

- [15] KEBZA, Vladimír a Iva ŠOLCOVÁ. *Syndrom vyhoření: (informace pro lékaře, psychology a další zájemce o teoretické zdroje, diagnostické a intervenční možnosti tohoto syndromu)*. 2., rozš. a dopl. vyd. Praha: Státní zdravotní ústav, 2003, 23 s. ISBN 80-707-1231-7.
- [17] ZVOLSKÝ, Petr a Jiří RABOCH. *Psychiatrie*. 1. vyd. Praha: Galén, c2001, xxvii, 622 s. ISBN 80-246-0390-X.
- [18] VYMĚTAL, Jan. *Obecná psychoterapie*. 2. vyd., rozš. a přeprac. Praha: Grada, 2004, 339 s. Psyché (Grada Publishing). ISBN 80-247-0723-3.
- [19] VYMĚTAL, Jan. *Úvod do psychoterapie*. 3., aktualiz. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2010, 287 s. Psyché (Grada). ISBN 978-802-4726-670.
- [20] ČÍRTKOVÁ, Ludmila a Petra VITOUŠOVÁ. *Pomoc obětem (a svědkům) trestných činů: příručka pro pomáhající profese*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2007, 191 s. ISBN 978-802-4720-142.
- [21] MÍČEK, Libor. *Duševní hygiena*. Praha: SPN - Státní pedagogické nakladatelství, 1984, 208 s. ISBN 14-400-86.

Seznam internetových zdrojů

- [1] DORN, Caroline a Manuel NOVOA. ASOCIACE NA PODPORU OBĚTÍ MUČENÍ A PRONÁSLEDOVANÝCH UPRCHLÍKŮ (GESELLSCHAFT ZUR UNTERSTÜTZUNG VON GEFOLTERTEN UND VERFOLGTEN E.V.). *Co byste měli vědět o traumatu*. 2005, 18 s. Dostupné z: www.akses.cz/online-course/download.php
- [3] PIŇOS, Mgr. Miroslav. Trauma a stres. *Mgr. Miroslav Piňos: Privátní psychologické služby* [online]. 2012 [cit. 2013-05-22]. Dostupné z: <http://www.pinos.cz/text07.html>
- [12] Seznam fobií. *Sociální fóbie a další úzkostné stavy* [online]. [cit. 2013-05-22]. Dostupné z: <http://www.fobie.div.cz/>
- [16] Syndrom vyhoření. *Vitalion* [online]. 2012 [cit. 2013-05-22]. Dostupné z: <http://nemoci.vitalion.cz/syndrom-vyhoreni/>

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

- APA Americká psychiatrická asociace (American Psychiatric Association).
- MKN-10 Mezinárodní klasifikace nemocí, 10. revize.
- WHO World Health Organization (Světová zdravotnická organizace).

SEZNAM OBRÁZKŮ

<i>Obrázek 1: Bludný kruh deprese [13]</i>	41
<i>Obrázek 2: Kroky psychoterapeutické první pomoci [19]</i>	50
<i>Obrázek 3: Psychoterapie a ostatní vědy [18]</i>	51
<i>Obrázek 4: Průběh psychoterapie [18]</i>	53

SEZNAM TABULEK

<i>Tabulka 1: Přehled vybraných duševních poruch [7]</i>	22
--	----

SEZNAM PŘÍLOH

P1 Kontakty na krizová centra, telefonické krizové linky a internetové poradny

PŘÍLOHA P I: KONTAKTY NA KRIZOVÁ CENTRA, TELEFONICKÉ KRIZOVÉ LINKY A INTERNETOVÉ PORADNY

Kontakty na krizová centra

Krizové centrum RIAPS

adresa: Chelčického 39, Praha 3

telefon: 222 586 768 222 582 151

adresa: K Chatám 22, Ústí nad Labem

telefon: 475 603 390

Krizová poradna – krizové centrum

Centrum krizové intervence

adresa: Ústavní 91, Praha 8 telefon: 284

016 666

adresa: U Plovárny 1190/11, Děčín

telefon: 412 502 129, mobil: 732 599 451

Centrum SOS Archa – krizové centrum

SOS centrum Diakonie- krizové centrum

adresa: Varšavská 37, Praha 2

telefon: 222 521 912, 777 734 173

adresa: Prokopova 17, Plzeň

telefon: 377 223 221, 733 414 421

Arkáda, o.s.- krizové centrum

Poradna pro lidi v tísní

adresa: Česká 235, Kutná Hora

telefon: 327 511 111, mobil: 602 874 470

adresa: Husovo náměstí 2/24, Písek

telefon: 382 211 300

Krizové centrum při FN Bohunice

adresa: Jihlavská 20, Brno

telefon: 532 232 078

Okno dokořán Blansko - Krizová pomoc- krizové centrum

adresa: Komenského 19, Blansko

telefon: 516 417 351, 737 230 840

Krizové centrum Ostrava, o.s.

adresa: Nádražní 196, Ostrava

telefon: 596 110 883

Psychocentrum Zlín

adresa: Osvoboditelů 91, Zlín

telefon: 577 220 634

Centrum krizové intervence – non stop

Kontakty na telefonické krizové linky

Linka důvěry krizového centra Psychiatrické léčebny Bohnice: 284016666

Linka psychopomoci České asociace pro psychické zdraví: 224 214 214

Centrum krizové intervence - non stop: 284 016 666

SOS centrum Diakonie - krizová linka: 222 521 912, 777 734 173

Linka důvěry SOS: 326 741 481

Linka duševní tísně - non stop: 476 701 444

Arkáda, o.s. - krizová linka: 382 222 300

Anonymní tel. linka pomoci v krizi - pro lidi v mimořádných situacích: 974 834 688

Blansko: non stop

Charitní linka důvěry: 800 100 108

Brno:

Krizové centrum: 547 192 078

Česká Lípa

Linka důvěry: 487 853 210

České Budějovice: non stop

Linka důvěry: 387 313 030

Havířov: non stop

Linka důvěry: 596 410 888

Hodonín

Linka důvěry: 518 341 111

Hradec Králové: non stop

Linka důvěry: 495 273 259

Cheb

Linka důvěry: 354 438 777

Karviná: non stop

Linka důvěry: 596 318 080

Kladno: non stop

Linka důvěry: 312 684 444

Kopřivnice

Linka důvěry: 655 811 800

Kroměříž: non stop

Linka důvěry: 573 331 888

Kutná Hora

Centrum krizové intervence:

327 511 701, 327 515 144

Liberec: non stop

Linka důvěry: 485 106 464

Mariánské Lázně

Kontaktní a krizové centrum KOTEC:

354 620 750

Mladá Boleslav

Linka důvěry SOS: 326 741 481

Most

Linka duševní tísně: 476 701 444

Olomouc: non stop

Centrum krizové intervence:

585 223 737, 585 223 453

Opava

Centrum krizové pomoci – kontaktní a

poradenské centrum: 553 718 487

Ostrava

Linka důvěry: 596 618 908

Pardubice

Krizové centrum AD: 466 510 160

Písek

Krizové centrum ARKÁDA: 382 211 300

Praha

Linka důvěry a psychologické pomoci:

377 462 312 non stop

Regionální institut duševního zdraví:

377 462 314

Centrum SOS Archa: 377 223 221

Pražská linka důvěry: 222 580 697

Linka bezpečí: 116 111 non stop –

BEZPLATNĚ

Centrum krizové intervence:

284 016 666 non stop

Linka důvěry Diakonie: 222 514 040

Centrum krizové intervence:

284 016 110

Prachatice

Krizové a kontaktní centrum:

388 310 147

Přerov

KAPPA – kontaktní a krizové centrum:

581 207 901

Příbram

Linka důvěry: 318 631 800

Svitavy

Linka důvěry: 461 541 541

Krizové centrum KROK: 461 532 604

Ústí nad Labem

Centrum krizové intervence: 475 603 390

Ústí nad Orlicí

Linka důvěry: 465 524 252

Vimperk

Linka důvěry: 388 414 140

Vsetín: non stop

Linka důvěry: 571 413 300

Zlín

Linka SOS: 577 431 333 non stop

Kontakty na internetové poradny

Help24.CZ

<http://www.help24.cz>

Internetová poradna České asociace pro psychické zdraví

<http://www.elinka.iporadna.cz/>