

Olga Klepáčková, Zuzana Krejčí, Martina Černá

Trauma-informovaný přístup

v sociální práci



Poděkování

Autorský kolektiv děkuje Vysoké škole polytechnické Jihlava,
zejména Katedře sociální práce, za podporu a zázemí
v průběhu zpracování publikace.

Olga Klepáčková, Zuzana Krejčí, Martina Černá

Trauma-informovaný přístup

v sociální práci

Upozornění pro čtenáře a uživatele této knihy

Všechna práva vyhrazena. Žádná část této tištěné či elektronické knihy nesmí být reprodukována a šířena v papírové, elektronické či jiné podobě bez předchozího písemného souhlasu nakladatele. Neoprávněné užití této knihy bude trestně stíháno.

Bc. Olga Klepáčková, Zuzana Krejčí, Mgr. Martina Černá, Ph.D.

**TRAUMA-INFORMOVANÝ PŘÍSTUP
v sociální práci**

Recenzent: doc. PhDr. Milan Tomka, Ph.D.

Vydání odborné knihy schválila Vědecká redakce nakladatelství
Grada Publishing, a.s.

© Grada Publishing, a.s., 2020

Cover Photo © depositphotos.com, 2020

Vydala Grada Publishing, a.s.

U Průhonu 22, Praha 7

jako svou 7827. publikaci

Odpovědná redaktorka Mgr. Ivana Podmolíková

Sazba a zlom Karel Mikula

Počet stran 136

1. vydání, Praha 2020

Vytiskla Tiskárna v Ráji, s.r.o, Pardubice

Publikace vznikla v rámci studentského odborného projektu, realizovaného v roce 2019 na Vysoké škole polytechnické Jihlava.

Názvy produktů, firem apod. použité v knize mohou být ochrannými známkami nebo registrovanými ochrannými známkami příslušných vlastníků, což není zvláštním způsobem vyznačeno.

Postupy a příklady v této knize, rovněž tak informace o lécích, jejich formách, dávkování a aplikaci jsou sestaveny s nejlepším vědomím autorů. Z jejich praktického uplatnění však pro autory ani pro nakladatelství nevyplývají žádné právní důsledky.

ISBN 978-80-271-1950-9 (ePub)

ISBN 978-80-271-1949-3 (pdf)

ISBN 978-80-271-1049-0 (print)

Obsah

Úvod	7
1 Trauma-informovaný přístup v sociální práci	9
1.1 Základní vymezení traumatu a souvisejících pojmů.	10
1.1.1 Traumatická událost a její složky	11
1.1.2 Základy neurobiologie traumatu.	14
1.1.3 Komplexní a vývojové trauma	16
1.1.4 Trauma a „okno tolerance“	18
1.1.5 Sekundární traumatický stres	20
1.2 Základní charakteristika trauma-informovaného přístupu.	21
1.3 Historický kontext	24
1.3.1 Vývoj trauma-informovaného přístupu v USA	24
1.3.2 Vývoj péče o traumatizované osoby v Evropě	26
1.4 Charakteristika sociálních služeb s trauma-informovaným přístupem	28
1.4.1 Příklady trauma-informovaného přístupu v současné evropské praxi	35
1.5 Sociální pracovník a trauma-informovaný přístup	37
1.6 Klient a jeho podpora z pohledu trauma-informovaného přístupu.	43
1.7 Trauma-informovaný přístup v praxi: nezbytné předpoklady na straně pracovníka a služby, možné limity a rizika	47
2 Využití trauma-informovaného přístupu v sociální práci s vybranými cílovými skupinami	51
2.1 Dospělí s vážným duševním onemocněním	52
2.2 Lidé zasažení domácím násilím	58
2.3 Dospělí týraní nebo zneužívání v dětství	64
2.4 Lidé bez domova	70

2.5	Násilí na seniorech	75
2.6	Rodiny vážně nemocných nebo zraněných dětí	80
2.7	Osoby ve výkonu trestu odnětí svobody.	87
3	Pohled a zkušenosti vybraných českých a zahraničních odborných pracovníků	94
	Závěr	108
	Seznam zkratk	109
	Literatura a další zdroje	110
	Rejstřík.	127
	Souhrn	130
	Summary.	131

Úvod

„Jednou z posledních neprobádaných oblastí v naší společnosti je dostatečné uvědomění si rozsahu traumatu“ (Middleton in Tobler, 2011, s. 13).

Trauma se dotýká přímo či nepřímo každého z nás. Svět je plný zraněných, zlomených lidí, kteří se snaží vypořádat s přetrvávajícími následky traumatické události, kterou byli zasaženi v minulosti, nebo jí čelí v současné době. Přesto nás většinou nenapadne, že člověk, se kterým se setkáváme, mluvíme nebo mu poskytujeme pomoc a podporu, s velkou pravděpodobností takovou událost prožil či prožívá. Pro některé to mohla být jednorázová zkušenost, pro jiné je naopak téměř neznámý pocit bezpečí, přijetí a zmocnění. Někteří si řeknou o pomoc sami, bolest mnohých dalších je pro ostatní neviditelná, jiní se trápí a bojují tiše v ústraní. Pokud myslíme na možnost traumatické události a jejího potenciálního dopadu v životech druhých, pomáhá nám to mít na paměti i jejich zranitelnost a možná citlivá nebo slabá místa a přistupovat k nim s větším respektem a pochopením. Mnohým můžeme právě takto přinést do života novou naději a skutečnou pozitivní změnu.

Sociální a zdravotně sociální pracovníci a další pracovníci pomáhajících profesí se ve své praxi často setkávají s klienty, kteří byli ve svém životě zasaženi určitou formou traumatu, jež je ovlivnilo a mělo dopad na jejich schopnost sociálního fungování a celkové blaho. I ti, kteří nepracují se skupinami klientů v tomto směru nejzranitelnějšími, např. oběťmi násilí, se vzhledem k prevalenci traumatu v populaci ve své praxi běžně setkávají s klienty s traumatickou událostí v anamnéze. Dostatečné povědomí o problematice traumatu, jeho prevalenci, nejčastějších formách, možném dopadu zejména z hlediska dlouhodobých negativních následků a souvislostech s rizikovým chováním i sociálně patologickými jevy umožňuje těmto pracovníkům lépe porozumět potřebám svých klientů, pracovat s nimi z hluboce holistického pohledu, a dosáhnout tak ve společné práci lepších a trvalejších výsledků. Důležitým aspektem je pro tyto pracovníky také uvědomění si možného dopadu práce s traumatizovanými klienty na sebe sama a role psychohygieny (Supporting adult survivors of childhood trauma & abuse, © 2019).

Cílem této publikace věnované představení trauma-informovaného přístupu (*trauma-informed care*) je nabídnout studentům sociální práce a příbuzných oborů, odborným pracovníkům pomáhajících profesí

i dalším zájemcům nový úhel pohledu na klienty a jejich potřeby, svoji roli v životech těchto klientů i význam a možný přínos vzájemného vztahu. Koncept tohoto přístupu klade důraz zejména na citlivou vnímavou práci s klientem a hodnoty, které posilují a rozvíjejí hloubku lidskosti a tvoří stěžejní pilíře sociální práce jako takové. Trauma-informovaný přístup pomáhá učit se přijímat druhé s ohleduplnějším postojem a respektem k jejich pocitům, potřebám i chování a lépe si uvědomit, jak je může jejich minulost ovlivňovat v současnosti a jakou formu podpory a péče skutečně potřebují. Publikace zároveň předkládá konkrétní návrhy, jak zejména klientům zasaženým traumatem lépe porozumět v kontextu jejich životní cesty a účinně jim v rámci poskytované služby pomoci. Přináší inspiraci nejen pro profesní, ale i osobní život, jak lidem ve své blízkosti nejen (byť neúmyslně) neubližovat, ale svým zájmem, ohleduplností a laskavostí se pro ně stát v těžkých chvílích jejich majákem.

„Význam ‚hodnoty lidských vztahů‘ je natolik součástí toho, co my sociální pracovníci děláme, že často zůstává bez povšimnutí. Přesto je základem, na kterém je postaveno všechno ostatní“ (Talebrea-May, 2017).

Poznámka autorů

V rámci této publikace jsou pojmy pracovník, klient, jedinec, traumatizovaná osoba, pachatel nebo oběť obecně označovány osoby obou pohlaví a tyto pojmy jsou v jednotném i množném čísle užívány rodově neutrálním způsobem. V některých pasážích jsou užívána maskulina a feminina specifickým způsobem a podle kontextu označují výhradně osoby daného pohlaví.

Pod pojmem uzdravení není v kontextu této publikace myšlen stav, kdy daný jedinec doslova přestává být nemocný nebo zraněný (fyzicky či psychicky) a je znovu dosaženo plného zdraví, ale spíše výsledek procesu hojení ve smyslu překonání určité (traumatické) události, obnovení a znovunabytí sil, smyslu a kvality života či získání nových dovedností a hodnot.

V publikaci je z důvodu lepší přístupnosti a srozumitelnosti užíván pro anglický termín „trauma-informed“ český ekvivalent „trauma-informovaný“.

1 Trauma-informovaný přístup v sociální práci

„Z faktorů, kterými jsou ovlivněni uživatelé sociálních služeb, představuje trauma ten nejčastější“ (Grant, 2012).

Pojetí trauma-informovaného přístupu se vyvíjelo v zahraničí v posledních 30 letech z různých proudů myšlení a inovací. V současné době se tento přístup uplatňuje v širokém spektru služeb od oblasti duševního zdraví a závislostí na návykových látkách přes služby zaměřené na péči o děti a rodinu až po školy a instituce, které se soustředí na práci s pachateli trestných činů (Wilson et al., 2013). Počátky rozvoje tohoto přístupu se pojí s postřehy, že sociální služby, např. v oblasti duševního zdraví nebo závislostí, často poskytovaly pomoc a péči jedincům zasaženým traumatem, aniž by si byly této traumatické události v jejich životech vůbec vědomy či jí v rámci poskytované péče cíleně věnovaly pozornost. Traumatické zkušenosti klientů nebyly dostatečně zohledňovány ani při volbě intervencí a postupu zaměřeného na řešení jejich situace nebo ve vztahu k prevenci možné retraumatizace (Harris, Fallot, 2001).

Ve své podstatě je koncept tohoto přístupu velmi přímočarý. Pokud by se měli odborní pracovníci zastavit a zvážit, jakou roli hraje trauma a jeho následky v životě konkrétního klienta či dané cílové skupiny, se kterou pracují, v čem by se chovali jinak? Jaké kroky by podnikli k tomu, aby nebyli jejich klienti vystaveni dalšímu stresu či neúmyslnému připomínání prožitých traumat? Jak by bylo možné se tohoto rizika vyvarovat, či ho alespoň minimalizovat? Jak by mohli svým zraněným klientům lépe pomoci k překonání jejich traumatické zkušenosti, zlepšení sociálního fungování a zvýšení kvality jejich života? Pokud by se podívali „čočkou traumatu“ na to, jak je celý systém péče organizován a jakým způsobem jsou dané služby poskytovány, co by mělo být jinak? (Wilson et al., 2013). Tento vývoj povědomí o traumatu, včetně vývoje konceptu trauma-informovaného přístupu, úzce souvisí s novými poznatky v oblasti citové vazby a připoutání (*attachment theory*), vývoje práce s tělem, paměti a chápání sebe samého. Koncepty péče a léčby se mění z čistě biomedicínských (lékařství a psychiatrie) a/nebo výhradně psychoanalytických (psychologie) směrem, který zahrnuje i psychoso-

ciální rovinu a zaměření na zotavení (*recovery-oriented*) (Supporting adult survivors of childhood trauma & abuse, © 2019). **Zásadní je uvědomění, že mnozí klienti mají potřeby související s prožitým či prožívaným traumatem a měli by prospěch z přístupu a cílených intervencí reflektujících tuto skutečnost** (Wilson et al., 2013). **Trauma-informovaný přístup však může být přínosem pro všechny klienty bez ohledu na jejich životní historii. Jeho využití v praxi není směřováno jen k těm, jejichž bolest či strádání jsou zřejmé nebo o nich pracovníci vědí** (Brickel, 2018).

1.1 Základní vymezení traumatu a souvisejících pojmů

„Je důležité si uvědomit, že to, co se stalo, není zdaleka tak důležité jako to, co toto trauma znamená pro daného jedince“ (SAMHSA, 2014, s. 51).

Ačkoli dlouho bylo trauma považováno za spíše výjimečnou, neobvyklou událost, vystavení traumatické události v průběhu života je ve skutečnosti ve většině zemí normou a zejména v rámci určitých skupin populace prakticky univerzální zkušeností (Kessler et al., 2017). V posledním desetiletí odborníci věnují stále větší pozornost otázce, jakým způsobem je spojeno trauma s kvalitou života, zdravím, duševním strádáním a onemocněními či závislostmi na návykových látkách (SAMHSA, 2014). I když se trauma vyskytuje v průběhu celého života, pro mnohé, kteří vyhledávají služby sociálních pracovníků a dalších pomáhajících profesí, má počátek již v dětství (Wilson et al., 2013). Dopad traumatu může být nenápadný a plíživý, jindy naopak náhlý a prudký. Někdy vede i zdánlivě nevýznamné trauma až k tragickým následkům, na druhou stranu není výjimkou, že někteří jedinci překonají i velmi závažné nebo mnohočetné trauma překvapivě dobře, a negativní zkušenost u nich dokonce vede k posttraumatickému růstu. To, jak prožité trauma konkrétního jedince ovlivní, závisí na mnoha faktorech, včetně rysů jeho osobnosti, typu, charakteru a významu této události(i), vývojové úrovni a sociokulturních aspektech (SAMHSA, 2014). Trauma přitom neovlivňuje jedince jen v současnosti, ale může sociálně a psychologicky ovlivnit i další generace (Sweeney, 2018). Podle nedávných důkazů má pravděpodobně závažné psychofyziologické trauma mezigenerační účinky i na epigenetické úrovni (Yehuda, 2016).

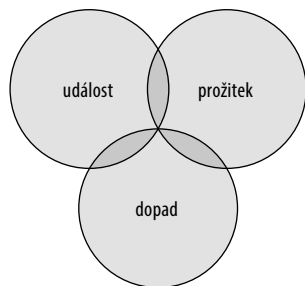
Rozsáhlá studie (WHO World Mental Health Surveys), jejímiž účastníky bylo celkem 68 894 osob ze 24 zemí světa, se zabývala prevalencí 29 typů traumatických událostí v běžné populaci. V souhrnu bylo celkem 70,4 % respondentů vystaveno v průběhu života traumatické události, průměrná expozice představuje 3,2 traumatu na osobu. Zdaleka nejběžnějším typem traumatu bylo neočekávané úmrtí blízké osoby (31,4 % respondentů), přímé vystavení smrti nebo vážnému zranění, např. v pozici svědka (23,7 %), dále loupežné přepadení (14,5 %), život ohrožující auto-nehody (14,0 %) a život ohrožující nemoci (11,8 %) (Kessler et al., 2017).

- Předchozí vystavení traumatu je spojeno s významně vyšším rizikem další traumatizace.
- S nejvyšším rizikem rozvoje posttraumatické stresové poruchy jsou spojena traumata zahrnující interpersonální násilí.
- Ženy jsou výrazně častěji vystaveny sexuálnímu násilí ve vztahu s intimním partnerem, muži mají častěji zkušenost s fyzickým násilím a nehodami.
- Traumatické události zahrnující násilí a nehody se vyskytují častěji v období adolescence a časně dospělosti než v jiném období života.
- Manželství představuje nejkonzistentnější sociálně-demografický faktor spojený se sníženým rizikem vystavení mnoha typům traumatických událostí. Míra událostí zahrnujících násilí či nehody a také spojených s přírodními katastrofami je nepřímo úměrná socio-ekonomickému statusu

(z výsledků studie WHO World Mental Health Surveys,
Kessler et al., 2017).

1.1.1 Traumatická událost a její složky

„Individuální trauma je výsledkem události, série událostí nebo souboru okolností, které jsou prožívány jako fyzicky nebo emocionálně zraňující či život ohrožující a které mají přetrvávající nepříznivé účinky na fungování daného jedince a jeho fyzickou, duševní, emocionální, sociální a duchovní pohodu“ (SAMHSA, 2014, s. 7). Složky traumatu jsou znázorněny na obrázku 1.



Obr. 1 Složky traumatu (vlastní zpracování podle *The Three E's of Trauma: Event, Experience, and Effect*; SAMHSA, 2014)

- **Událost(i)** a okolnosti mohou zahrnovat méně až mimořádně závažnou hrozbu fyzické nebo psychické újmy. Míra pocitu ohrožení přitom nemusí vždy nutně korespondovat s reálným nebezpečím. Tyto události a okolnosti mohou být jednorázové, ojedinělé či se v průběhu času opakovat, popř. představovat po kratší či delší dobu prakticky nepřetržitý stav.
- **Prožitek události(i)** pomáhá určit, zda se jedná z pohledu daného jedince o traumatickou událost. Ne všechny situace obecně vnímané jako traumatické musí být nutně traumatem a naopak. Způsob, jakým konkrétní osoba prožívá náročnou či traumatickou situaci, závisí na její individuální interpretaci a prožívání této situace, zejména toho, do jaké míry se cítí ohrožená nebo bezmocná. To, jak ji ona sama – nikoli její okolí – označí, jaký jí přidělí význam a jak je touto událostí zasažen její fyzický a psychický stav a celkové fungování, ovlivňuje, zda je tato událost prožívána jako traumatická. Způsob, jakým je daná událost vnímána, může být ovlivněn řadou faktorů, např. věkem a stupněm vývoje, předchozími zkušenostmi, mírou resilience, kulturním prostředím, sociálním zázemím nebo mírou podpory a dalšími.
- **Dopad** představuje rozhodující složku traumatu. Jeho nepříznivé následky – fyzické, psychické, sociální a duchovní – se mohou objevit okamžitě, či mít opožděný nástup a jejich trvání může být krátkodobé i dlouhodobé až trvalé. Není výjimkou, že lze jen obtížně rozpoznat vztah mezi konkrétní traumatickou událostí a těmito následky nebo není tento vztah dlouho zřejmý. Tyto následky mohou mít mnoho podob, které se navíc u daného jedince mnoh-

dy mění v čase nebo v závislosti na rozličných vnitřních a vnějších podnětech. K typickým následkům traumatu patří např. neschopnost dále zvládat obvyklý stres a zátěž každodenního života pomocí přiměřených mechanismů, narušená schopnost důvěry, potíže s navazováním a udržením zdravých vztahů s druhými, potíže se zvládáním kognitivních procesů, jako je paměť, pozornost nebo myšlení, či neschopnost regulace svého chování a adekvátního vyjadřování emocí, což souvisí i se změnami na neurobiologické úrovni. Rozsah a hloubku dlouhodobých následků značně ovlivňuje míra **kumulovaného** (nahromaděného) **stresu**. Opakovaně traumatizovaný jedinec (často vícero typy zátěžových nebo traumatických událostí), který nemá po každé z těchto událostí dostatek prostoru a zdrojů podpory se s ní vyrovnat a načerpat nové síly, je mnohem více ohrožen rozvojem závažných negativních následků ve srovnání s tím, u koho je kumulace stresu eliminována nebo se jí aktivně předchází např. v rámci preventivních intervencí (SAMHSA, 2014).

Zvýšená pozornost by měla být tomuto faktoru kumulovaného stresu věnována nejen v případě klientů, u nichž je známo mnohočetné vystavení náročným životním situacím, ale také u těch, u nichž vyvolá na první pohled méně významná zátěžová událost nebo navenek podružný stresor prudkou reakci, vede k zásadním a z pohledu druhých neadekvátním rozhodnutím nebo nečekaně vážným negativním následkům. Tento zdánlivě nedůležitý podnět mohl být pro tyto klienty tzv. poslední kapkou po všem, čemu už v životě čelili a s čím se museli vyrovnat, a při nedostatečné nebo chybějící podpoře se u nich může rozvinout mnoho forem sociálně patologických jevů, včetně zvýšeného rizika rozvoje duševního onemocnění nebo sebevražedného chování.

Zvláštní formou traumatu je **kolektivní trauma**, které označuje „*událost nebo řadu událostí, které otřesou pocitem bezpečí v rámci určité skupiny nebo skupin lidí. Právě svojí kolektivní povahou se tyto traumatické události liší od ostatních, neboť se nejedná o individuální, ale sdílenou zkušenost, která mění příběh a psychiku celé skupiny nebo komunity*“ (Saltzman in socialwork.tulane.edu, 2020). Příkladem takového traumatu může být nedávný tragický požár domova pro zdravotně postižené ve Vejpřtech (2020), útok na studenty střední školy ve Žďáru nad Sázavou (2014), povodně v Troubkách (1997) a mnohá další

neštěstí, včetně událostí válečných let, které stále pamatuje nemálo ze současných seniorů. Není výjimkou, že lidé zasažení těmito událostmi – ať už byli jejich přímými účastníky či svědky, nebo se jich dotkli sekundárně (např. jako příbuzných obětí) – i o mnoho let později prožívají emočně velmi intenzivně a bolestně zejména výročí dané události nebo jiné milníky, které se s ní pojí.

1.1.2 Základy neurobiologie traumatu

Pokud někdo zažije traumatickou událost nebo situaci, ve které cítí extrémní stres a strach, mozek na tuto zkušenost reaguje přirozeným obranným mechanismem, který spočívá v adaptaci svého fungování těmto ohrožujícím okolnostem. Povědomí o neurobiologii traumatu – jednoduše dopadu traumatu na mozek a jeho funkce – je pro pracovníky, kteří se ve své praxi setkávají s traumatizovanými klienty, velmi důležité. Tyto znalosti nejen přispívají k destigmatizaci a boří mylné představy a předsudky ve vztahu k těmto klientům a jejich chování, ale mají významnou roli také v rámci jejich psychoedukace, která jim může značně pomoci lépe porozumět své zkušenosti a jejím následkům. Pro obě strany – pracovníka i klienta – pak mohou tyto znalosti a jejich následné vhodné uplatnění v praxi přinést mnohdy zásadní změnu k lepšímu v průběhu vzájemné spolupráce a dosahování vytyčených cílů.

Otázce toho, jak prožitek extrémního stresu ovlivňuje funkce mozku, se již věnovaly četné odborné studie a výzkumy a téma neurobiologie traumatu patří především v zahraničí k aktuálním tématům diskutovaným na multidisciplinární úrovni. Dr. Bessel van der Kolk, jeden z předních světových odborníků na problematiku traumatu, který se ve své práci věnuje mj. otázce, jakým způsobem trauma doslova přetváří tělo i mozek a jaký má vliv na jejich funkce, uvádí: „**Pochopili jsme, že trauma není jen událost, která se odehrála někdy v minulosti; je to také otisk zanechaný touto zkušeností na mysl, mozk a těle**“ (van der Kolk, 2014, s. 21).

Trauma prokazatelně způsobuje skutečné fyziologické změny, včetně změny nastavení poplašného systému mozku, zvýšení aktivity stresových hormonů a změn v systému, které pomáhají filtrovat relevantní informace od irelevantních. Narušuje také fungování oblasti mozku, která předává informace o fyzickém, ztělesněném pocitu být naživu, cítit se skutečně živý. Tyto změny pomáhají ozřejmit, proč traumatizovaní lidé často opakují stejné patologické vzorce chování a proč pro

ně bývá tak těžké učit se ze zkušenosti. Při vystavení extrémně stresující nebo ohrožující situaci mozek automaticky přepne do funkce „autopilota“, která je mechanismem přežití při hrožícím nebezpečí a okamžitě v těle vyvolává i určité fyziologické a hormonální změny (zvýšené vylučování stresových hormonů adrenalinu a kortizolu, zvýšení/snížení tepové frekvence, snížené vnímání bolesti, pocení/pocit chladu, změny zorniček a další). Člověk typicky reaguje jednou z forem obrany známých jako útek, útok, zamrznutí nebo úplný kolaps. Útok nebo útek zpravidla volí, pokud vnímá svoji šanci na aktivní obranu nebo záchranu za pomoci vlastních sil a zdrojů. Častější strategií však bývá zamrznutí, kdy si je jedinec vědom převahy druhé strany (např. na základě předchozí zkušenosti) a ví, že pokus o aktivní obranu by byl marným nebo zbytečným plýtváním sil. V krajním případě tělo reaguje kolapsem, kdy se strategie „předstírat mrtvého“ jeví jako jediná šance na záchranu.

Pokud jedinec prožil určité trauma, tyto přirozené automatické reakce se mohou stát způsobem, jímž v budoucnu mimovolně reaguje i na neohrožující podněty či situace. Výrazně se tento jev projevuje zvláště u jedinců, kteří byli opakovaně traumatizováni v dětství, které je z hlediska vývoje mozku nejzranitelnějším obdobím. Důvodem je, jednoduše řečeno, skutečnost, že zejména v případě nedostatečně zpracované prvotní události mozek „uváže“ v době traumatu a tento systém reakce na nebezpečí zůstává aktivovaný, nedokáže však správně odlišit skutečné od domnělého nebezpečí a přehnaně reaguje na všechny podněty, jež prvotní trauma připomínají. Skutečnost, že připomínky minulosti automaticky aktivují určité neurobiologické – subkortikální – reakce, vysvětluje, proč jsou traumatizovaní jedinci náchylní k tomu jednat ve vztahu k přítomnosti iracionálně, neadekvátně či vyložené škodlivě a proč mají tendenci prožívat současnost s fyzickými pocity a emocemi spojenými s minulostí. Tito jedinci mohou např. vybuchnout v reakci na drobný podnět, „zamrznout“ při frustraci nebo propadnout bezmoci, když čelí i jen bezvýznamné výzvě. Zejména pokud není počáteční trauma vhodně ošetřené, i zdánlivě drobné a nevýznamné stresory mohou u daného jedince opakovaně aktivovat reakce spojené s režimem obrany a přežití. Bez zvážení kontextu prožitých traumatických událostí a jejich možného ovlivnění současného způsobu myšlení a chování se pak mohou tyto emoce a reakce zdát zcela nepatřičné a bizarní, mnohdy jsou nepochopeny a hodnoceny velmi negativně (van der Kolk, 2006; van der Kolk, 2014; Levine, 2017).

1.1.3 Komplexní a vývojové trauma

Se změnami ve struktuře a funkci mozku a neurobiologických systémech reagujících na stres či hrozbu je spojováno především špatné zacházení v dětství, zejména jeho závažné a dlouhotrvající formy. Ty patří podle výzkumů k typické příčině **komplexní posttraumatické stresové poruchy (C-PTSD)**, pro kterou se v praxi častěji používá termín **komplexní trauma**. Jedinci zasažení touto formou traumatu tvoří mezi klienty sociálních služeb poměrně početnou skupinu, zejména v rámci určitých cílových skupin. Termín komplexní trauma popisuje mnohonásobnou expozici traumatické události a vztahuje se i na následky této expozice. Zahrnuje všechny formy týrání, zneužívání a zanedbávání dětí, další nepříznivé zkušenosti v dětství (např. závažnou formu šikany), domácí násilí, občanské nepokoje a komunitní násilí, válečné trauma nebo genocidu, trauma uprchlíků a žadatelů o azyl, sexuální vykořisťování nebo obchod s lidmi. Důležité je povědomí o skutečnosti, že komplexní trauma může být důsledkem traumatizace v dětství i dospělosti. V praxi však není výjimkou, že tito jedinci nesplňují diagnostická kritéria PTSD, nebo u nich klasické formy terapie PTSD nevedou k výraznějšímu zlepšení, či je dokonce retraumatizují. Důvodem jsou specifické charakteristiky tohoto typu traumatu, které ho od jiných forem traumatizace odlišují (Supporting adult survivors of childhood trauma & abuse, © 2019).

Rozdíly mezi PTSD a C-PTSD: PTSD se obecně pojí spíše s jednorázovou traumatickou událostí (např. autonehodou, přírodní katastrofou či sexuálním útokem), zatímco C-PTSD se vztahuje k mnohonásobné a/nebo dlouhotrvající (chronické) traumatizaci (Leonard, 2018). C-PTSD zpravidla vede k významně většímu a hlubšímu funkčnímu poškození než PTSD. Kromě příznaků typických pro PTSD – znovuprožívání, vyhýbání se připomínkám dané události a pocitu ohrožení – patří k příznakům C-PTSD emoční dysregulace, negativní sebepojetí a potíže v oblasti interpersonálního chování (Cloitre et al., 2013).

K charakteristickým projevům komplexního traumatu patří u takto traumatizovaných jedinců narušená schopnost seberegulace a sebekontroly, chronický a mnohdy velmi intenzivní pocit vlastní viny a odpovědnosti za to, co se stalo, pocity beznaděje a zoufalství, nedůvěra v sebe, druhé i svět jako takový, potíže navázat a udržet blízký vztah

(v emoční i fyzické rovině), somatické potíže a další (Supporting adult survivors of childhood trauma & abuse, © 2019).

Specificky pro formu závažné rané mnohočetné traumatizace v kontextu blízkých vztahů se také používá termín **vývojové trauma**, komplexní vývojové trauma či vývojová traumatická porucha. Toto trauma popisuje jak vystavení dítěte četným traumatickým událostem – zpravidla invazivní, interpersonální povahy – tak rozsáhlé, dlouhodobé až trvalé následky této traumatizace. Tyto traumatické události se typicky pojí se závažnou formou syndromu CAN (týráním, sexuálním zneužíváním nebo vážným zanedbáváním dítěte), dále např. situacemi, kdy dítě vyrůstá v pozici svědka domácího násilí, jeho rodič trpí vážným duševním onemocněním nebo závislostí na návykové látce. K traumatickým událostem obvykle dochází již od raného věku a mohou narušit mnoho aspektů vývoje dítěte a utváření jeho pocitu sebe sama. Vzhledem k tomu, že k traumatizaci často dochází ve vztahu s primární pečující osobou, je zásadně ovlivněna také schopnost připotutání a navázání stabilní citové vazby dítěte, neboť mnoho aspektů zdravého tělesného a duševního vývoje závisí právě na tomto prvotním zdroji bezpečí a stability. K nejčastějším následkům této mnohočetné traumatizace v raném věku patří kromě narušené primární citové vazby a dysregulace v emoční, kognitivní, vztahové a somatické oblasti mj. také vyšší riziko školního selhávání, rozvoje poruch osobnosti, závislostí na návykových látkách, poruch příjmu potravy, depresivních nebo úzkostných poruch či autoagresivního chování (van der Kolk, 2014; Kocourková, Koutek, 2017; NCTSN, 2019). Specifickým rysem u takto traumatizovaných dětí je vyšší míra rozvoje disociativního chování, které u nich vzniká jako obranný mechanismus a pojí se zejména s opakovaným sexuálním zneužíváním u dívek, především pak těch, které byly rovněž fyzicky týrány (Vonderlin et al., 2018). Zvláště zranitelnou skupinu tvoří z hlediska rizika rozvoje závažných dlouhodobých až trvalých následků děti, které byly traumatizovány různými typy traumatu (např. týráním rodiči a šikana ve škole), zejména pokud k nim došlo souběžně v relativně krátkém období (Finkelhor, Turner, Hamby, Ormrod, 2011).

Pro poskytovatele sociálních služeb může být značným přínosem porozumění, že mnoho z problémů, se kterými se jejich klienti potýkají, může mít společný původ v neurovývojových změnách způsobených traumatem prožitým zejména v dětství a že tyto změny představují

obvyklou cestu k celé řadě významných dlouhodobých problémů v oblasti zdraví, chování a sociálního fungování (Anda et al., 2006). Pochopení, že „jejich chování není výsledkem morálního selhání, neznačí nedostatek vůle nebo zkažený charakter, ale je výsledkem skutečných změn v mozku (van der Kolk, 2014, s. 3).

1.1.4 Trauma a „okno tolerance“

„Okno tolerance“ (*window of tolerance*) je koncept vytvořený doktorem Danem Siegelem užívaný k popsání a pochopení normálních, fyziologických reakcí mozku a těla, zejména ve vztahu k prožitému traumatu (obr. 2). Okno tolerance představuje zónu optimálního prožívání, ve které je jedinec schopen pohotově, jasně a bez větších potíží přijímat a zpracovávat podněty a informace, racionálně se rozhodovat, plánovat do budoucna a vyrovnávat se s nároky každodenního života, aniž by se cítil zahlcený či měl naopak potřebu se uzavřít do sebe (ATTCH, 2017). Schopnost zůstat ve svém okně tolerance se dá také přirovnat k plavbě, při které jedinec dokáže reagovat na vše, co mu přijde do cesty, aniž by se výrazně vychýlil z kurzu (Siegel, Bryson, 2012).

Šířka okna tolerance je individuální a v průběhu života se obvykle v závislosti na nových zkušenostech, okolnostech nebo vývoji a zrání osobnosti více či méně mění, může být také u jednoho člověka odlišná ve vztahu k různým typům podnětů (např. žena, která se stala obětí domácího násilí, může být schopna nadprůměrně dobře předvídat vnější okolnosti a plánovat dopředu či snášet fyzickou bolest, prudce ale reaguje na jakýkoli hlasitý zvuk, byť pro ni v daný okamžik nepředstavuje žádné reálné nebezpečí). Obecně se dá říci, že lidé jsou schopni zůstat v mezích svého okna tolerance, pokud se cítí v bezpečí a mají dostatečné zdroje podpory (GoodTherapy, 2016).

Prožitek traumatické události, především nedostatečně zpracované trauma, může vést k zúžení tohoto okna tolerance, což se u daného jedince následně projeví zejména nepřiměřenými reakcemi na určité podněty. Takový jedinec je neustále připraven bezděčně reagovat na situace a vztahy, které nějakou charakteristikou reprezentují dřívější traumatickou událost nebo které jsou jím vnímané jako hrozba a evokují určitou složku traumatické paměti. Pro mnohé traumatizované jedince je typické, že mají značné potíže s regulací svých emocí a často se necítí bezpečně nejen ve vnějším světě, ale ani ve svém vlastním těle. I drobné, zdánlivě nevýznamné podněty či stresory je mohou vytlačit

z jejich okna tolerance, do kterého se následně nedokáží sami dostat zpátky. To u nich může vést k dalšímu prohloubení jejich pocitů bezmoci a zmatku i posílení dojmu, že nejsou „normální“ nebo že „blázní“, což se může projevit i snížením jejich motivace a snaze ke změně a růstu a ochotě dále pokračovat ve spolupráci. V případě překročení hranic okna tolerance nervový systém často reaguje automatickým přechodem do režimu přežití směrem k jednomu ze dvou pólů, kterými jsou stav nadměrného (*hyperarousal*) či naopak sníženého (*hypoarousal*) vnitřního napětí (psychické tenze) s mnoha typickými projevy, které prožívání v oblasti těchto pólů doprovází (NICABM, 2019). Nedostatečná schopnost zdravé seberegulace pak může být příčinou např. sebepoškozování, užívání návykových látek či agrese vůči druhým. Tyto stavy dysregulace se nejčastěji rozvíjejí v důsledku mnohočetného nebo dlouhodobého vystavení traumatu, např. při týrání nebo zneužívání v dětství, šikaně, domácím násilí či náročné léčbě vážného onemocnění (Corrigan et al., 2010).



Obr. 2 Okno tolerance (vlastní zpracování, 2020)

Podpora klienta při získání nových dovedností, které by mu pomohly lépe regulovat emoce, je klíčová. Mnozí jsou schopni postupně své okno tolerance rozšířit a nejen zvýšit svůj pocit vnitřního klidu, ale především lépe zvládat zátěž a stres takovými způsoby, které nevedou k dalšímu poškozování sebe či druhých ani v nich nevyvolávají pocity