

ZÍSKAT ZNOVU KONTROLU NAD SVÝM ŽIVOTEM

VYBRANÉ TERAPEUTICKÉ PŘÍSTUPY V POMOCI OBĚTEM TRAUMATIZOVANÝM PO SEXUÁLNÍM NAPADENÍ

Zuzana Chomová, Lucie Šídová

ÚVOD

Cílem textu je přiblížit odborníkům a odborníkům z pomáhajících profesí možnosti terapeutické práce s traumatem a posttraumatickou stresovou poruchou z pohledu čtyř vybraných psychotherapeutických směrů. Trauma totiž může být důsledkem sexuálního násilí a je důležitým tématem, se kterým se v psychoterapii pracuje. Zaměřujeme se na psychodynamickou terapii, narativní terapii, terapii zaměřenou na práci s tělem a kognitivně behaviorální terapii. Každý terapeutický směr krátce popisujeme. Zaměřily jsme se hlavně na terapeutická východiska jednotlivých psychotherapeutických směrů, vnímání traumatu z pohledu terapie a metody a techniky práce s traumatem. V textu také nabízíme doporučení, kdy je vhodné daný typ terapie použít a kdy ne. Z široké palety terapeutických přístupů jsme zvolily ty, které jsou dostupné v České republice a pracují s tématem traumatu z různých úhlů pohledu.

Pro účely tohoto textu jsme vybraly informace, o nichž se domníváme, že je vhodné a užitečné, aby je odborníci a odborníci z pomáhajících profesí znali a dovedli je jednoduše předat obětem sexuálního násilí v případě, že jim terapii doporučují.

Předpokládáme, a naše zkušenosti psychotherapeutek to potvrzují, že vhodně předané vstupní informace o terapeutické práci mohou mít pro klienty a klientky velmi zásadní význam, a to jak při vstupu do terapie, tak pro setrvání v ní.

Pro proces navázání pomáhajícího vztahu a podpory oběti sexuálního násilí je též užitečné, aby pomáhající chápali, v jaké situaci se člověk po traumatické události nachází. Proto, než přistoupíme k rozboru jednotlivých psychotherapeutických směrů, zastavíme se

krátce také u reakcí člověka na traumatickou událost a stručné charakteristiky možných psychických poruch vzniklých následkem traumatického zážitku.

Při tvorbě textu jsme vycházely z přednášek terapeutů a terapeutek, kteří představili „svůž“ terapeutický směr na mezinárodním workshopu v Praze 13. září 2013.¹ Dále jsme vycházely z domácí i zahraniční literatury, jež se zabývá popisem jednotlivých terapeutických směrů, z literatury zabývající se tematikou traumatu a z kurzů a výcviků vztahujících se k práci s traumatem.

REAKCE NA TRAUMATIZUJÍCÍ UDÁLOST

Sexuální napadení (zejména znásilnění) je bezesporu traumatickou událostí a ovlivní život každé oběti. Proto je užitečné, aby pracovníci a pracovnice pomáhajících profesí chápali, jakým způsobem může oběť reagovat na traumatickou zkušenost. Dle Baštecké (2005, s. 13) je traumatizující událost vymezena:

- typem události – obvykle se jedná o nenadálou, hrozivou událost, která ohrožuje život či tělesnou integritu člověka², případně jeho blízkého/blízkých (znásilnění, dopravní nehoda, přepadení apod.)
- typem reakce – dopadá na všechny a téměř u všech vyvolává pocity bezmoci, úzkosti či hrůzy.

Obecně traumatizující událost je přesně popsána jak v Mezinárodní klasifikaci nemocí MKN-10, tak i v Diagnostickém a statistickém manuálu DSM-IV. Důležité je zdůraznit, že ne každá náročná, dramatická životní událost je traumatizující – ta se vyznačuje velkou silou působení. V případech sexuálního napadení (zejména znásilnění) je nejčastěji doprovázená pocitem strachu ze zabití, těžkého zranění nebo zmrzačení (Ullman, Filipas, 2001; Benedict, 2003). Někteří autoři uvádějí, že znásilnění jako traumatizující událost je umocněno tím, že je vyvoláno jiným člověkem (Bloom, 2003)³.

V reakci na traumatickou událost nelze oddělit tělesnou a duševní stránku. „Celý člověk“ zapojí všechny mechanismy, reflexy, zkušenosti, které má, aby přežil. V situaci, kdy dojde k sexuálnímu napadení, jsou reakce a pocity ovlivněné okolnostmi, ale též osobností oběti. V případě, že k napadení došlo náhle, nečekaně, může oběť reagovat ochromením, neschopností cokoli udělat. V případě, že útok není naprosto nečekaný, může oběť myslet úplně jasně a věcně. Ženy při sexuálním napadení často uvádějí disociaci – rozdě-

.....
1 Za kognitivně behaviorální terapii zde vystoupila psychoterapeutka Rikke Sophie Bak z dánské organizace Centrum pomoci obětem znásilnění, za narativní terapii Vratislav Strnad (soukromá praxe, vedoucí Institutu pro systemickou zkušenost – Management centra), biosyntézu představil Petr Odstrčil (soukromá praxe, člen Českého institutu Biosyntézy) a dynamický přístup Eva Oujezská (soukromá praxe, Persefona).

2 Dle Baštecké (2005) je nutné někdy ohrožení tělesné integrity rozšířit o ohrožení integrity duševní.

3 Znásilnění jako traumatizující událost bylo ve Spojených státech studováno od sedmdesátých let 20. století a zkoumání přineslo koncept tzv. traumatu po znásilnění (post-rape trauma). Trauma po znásilnění zahrnuje symptomy, které prožívá většina obětí znásilnění. Vzhledem k tomu, že většina symptomů se překrývá se symptomy posttraumatické stresové poruchy a akutní stresové reakce, trauma po znásilnění není samostatnou diagnostickou kategorií (Foa, Riggs, 1993; Winkler, 1994; Vizinová, Preiss, 1999).

lení těla a mysli – pocit, že je násilí vystaven někdo jiný⁴ (Baštecká, 2005; Benedict, 2003; Vizinová, Preiss, 1999).

Když samotná traumatizující událost pomine, oběti mohou mít pocit, že to byl jenom zlý sen. Jejich reakce se mohou lišit a všechny jsou naprosto přirozené. Některé oběti pláčou, jiné mohou působit agresivně, nebo naprosto netečně a popisovat situaci, jako by se stala někomu jinému. Mohou dokonce vtipkovat, hystericky se smát, odmítat celou situaci, nebo se u nich může dostavit pocit vyčerpání. Okolí i problematiky neznalí odborníci a odbornice mohou být některými reakcemi oběti zaskočeni. Jedná se však o popsané způsoby, jakými se člověk vypořádává s hrůznou situací. Jsou to přirozené reakce na nepřirozenou situaci.

V první fázi po napadení je oběť ořesená, může zažívat strach zůstat sama (ten může přetrvávat i delší dobu) a pocity úzkosti. V dalších dnech se začíná ustalovat paměťová stopa (vzpomínka, „kousek“ informace v paměti) o napadení a potom nastává postupné zpracovávání události (Baštecká, 2005; Benedict, 2003).

Způsob zotavování po napadení není u všech obětí stejně dlouhý a může probíhat různými způsoby. Mnoho autorů uvádí jako nejčastější reakce na napadení úzkost, deprese a sexuální dysfunkce (Benedict, 2003; Kovář a kol., 2008). Může docházet k náhlým změnám emocí. V důsledku přetrvávajícího pocitu ohrožení může být přítomné vybuzení (nadměrné vzrušení) – podrážděnost, lekavost, nespavost, potíže se soustředěním a podobně. Mohou se objevovat opakované vzpomínky na událost, a to jak ve dne (např. jako reakce na podnět), tak v noci v podobě nočních můr a děsivých snů. Může také dojít ke stažení se, útlumu prožívání, vyhýbání se společnosti nebo strachu z cizích lidí. U některých obětí může dojít k rozvoji různých fobií (Kovář a kol., 2008). Běžné jsou pocity pošpinění, studu, objevuje se sebeobviňování, přemítání o tom, proč se to stalo. V některých případech také dochází k popírání a znovuprožívání celé situace, hledání smyslu a podobně.

Postupně se oběť snaží vracet zpátky do života a přizpůsobit se novým životním podmínkám.

Všechny tyto pocity, myšlenky a projevy jsou přirozené a běžné. Základem všech posttraumatických projevů je snaha přežít, přizpůsobit se změnám a co nejvíce se z události do budoucna poučit (Baštecká, 2005, s. 38). Většina obětí sexuálního násilí se vyrovná s následky sexuálního napadení s využitím vlastních copingových mechanismů a za pomoci svých blízkých. U části obětí se objeví poruchy, pro jejichž zvládnutí je nutná odborná pomoc.

Inspirativní pohled na trauma a jeho léčení nabízí Peter Levine (Levine, Frederick, 2011). Trauma je dle Levina fyziologického původu. Traumatické symptomy nespouští samotná traumatizující událost, ale „zmrzlý“ zbytek energie, která byla připravena a uvedena do pohybu v reakci (obraně) na tento podnět.

Jádrem traumatické reakce jsou čtyři složky – nadměrné vzrušení, stažení a zúžení (konstrikce), disociace a zmrznutí (znehybnění). Všechny traumatické symptomy vznikají z těchto čtyř složek, pokud energie nebyla vybita a zpracována.

Nadměrné vzrušení je stav mobilizace energie. Tělo se připravuje na to, aby čelilo hrozbě (nebezpečné události). Tato reakce nervové soustavy se spouští nezávisle na naší vůli a stejně tak nepodléhá naší kontrole. Navenek je rozpoznatelná např. zrychleným dechem

4 Disociace je v první fázi obranným mechanismem, copingovou strategií. Pokud ale oddělení části duševních procesů přetrvává i v budoucnu, poté co traumatická událost pominula, může způsobovat obtíže (Baštecká, 2005; Vizinová, Preiss, 1999).

a tepem, tělesným chvěním, napětím a podobně. **Konstrikce (stažení a zúžení)** je doprovodnou reakcí nadměrného vzrušení. Tělo se „stáhne“, změní se dech, zúží se cévy, omezí se rovněž vnímání – maximum pozornosti je věnováno hrozbě.

Kombinace nadměrného vzrušení a konstrikce umožňuje lidem dokázat mimořádné věci, kterých bychom za normálních okolností nebyli schopni. Energie nashromážděná nadměrným vzrušením je prostřednictvím konstrikce soustředěna a vybita na obranu. Pokud organismus nedokázal využít energii na obranu prostřednictvím konstrikce, dochází ke spuštění dalších dvou mechanismů, které mají pojmout nadměrné vzrušení – disociace a zmrznutí.

Při **disociaci** dochází k odpojení člověka od těla (či některé jeho části), nebo od zkušenosti, emoce, vzpomínky. Disociace má nejdříve ochrannou funkci, umožňuje vydržet v tu chvíli nesnesitelnou situaci. Když ale nedojde k vybití zmobilizované energie, může se disociace stát chronickou a přinášet další obtíže, které se z ní vyvinou.

Znehybnění (zmrznutí) je reakcí, kterou používáme v situacích, ve kterých není možné uplatnit strategii „útok nebo útěk“. S touto reakcí souvisí pocit naprosté bezmoci, člověk není schopen pohybu, slova či odezvy. Poté, co hrozba pomine, znehybnění pomalu ustupuje. Strategie znehybnění (zmrznutí) je u člověka častou příčinou traumatu.

Všechny čtyři popsané části jádra traumatické reakce jsou přirozené odpovědi na ohrožení. Symptomy traumatu se stávají ve chvíli, kdy se promění v chronické. Když energie, která byla nashromážděna na ochranu před nebezpečím, není vybita, organismus se domnívá, že nebezpečí stále trvá. Následkem je opakovaná stimulace nervové soustavy a stav připravenosti a nabuzení. Na to, aby organismus neustálé nabuzení vydržel, použije řadu způsobů. Tyto způsoby mohou nabývat rozličných forem, vyskytovat se v různých obdobích a souhrnně se nazývají symptomy traumatu.

Knihy Petera Levina a Ann Frederick Probouzení tygra nabízí množství rad, doporučení a cvičení, jak lze se symptomy traumatu pracovat a zvládnout je. Levin a Frederick vycházejí z předpokladu, že trauma je výsledkem nedokončeného přirozeného procesu, který potřebujeme dokončit. Kniha může být užitečná jak pro oběti sexuálního násilí a jejich blízké, tak i pro pracovníce a pracovníky pomáhajících profesí, kteří se s oběťmi sexuálního násilí (nebo jiných traumatických událostí) setkávají ve své praxi.

PSYCHICKÉ PORUCHY V DŮSLEDKU TRAUMATICKÉHO ZÁŽITKU

Jak uvádí Baštecká, „z posttraumatických jevů se poruchy stanou tehdy, jde-li si člověk postěžovat na jejich trvání a sílu k odborníkovi (psychiatrovi, psychologovi), který je rozpozná a stanoví diagnózu“ (Baštecká, 2005, s. 46).

V případě sexuálního napadení se může projevit, a tedy být případně diagnostikována, buď akutní stresová porucha, posttraumatická stresová porucha, nebo může dojít k přetrvávajícím změnám osobnosti v důsledku traumatického zážitku.

Akutní reakce na stres jako porucha vzniká do několika hodin až čtyř týdnů a její projev v podstatě kopíruje projevy, které může vykazovat převážná většina obětí. Její koncept je kritizován právě kvůli tomu, že normální a přechodné reakce nálepkuje jako nemoc (přítom samotná akutní stresová reakce jako diagnóza je specifikována jako přechodná, její příznaky odeznívají maximálně do několika týdnů) (Bryant, 2003 in: Baštecká, 2005). Předpoklad, že akutní stresová reakce předpovídá rozvoj posttraumatické stresové reakce, se nenaplnil (Baštecká, 2005).

Posttraumatická stresová porucha jako samostatná diagnostická kategorie má přesně vymezená kritéria, která musí být naplněna. Obecně se nedoporučuje, aby byla stanovována do jednoho měsíce po traumatické události a rovněž ne v případě, že příznaky se vyskytují po dobu kratší, než je jeden měsíc. Diagnostikuje se do šesti měsíců po traumatické události, existuje i varianta s opožděným začátkem. Studie o výskytu posttraumatické stresové poruchy u obětí znásilnění se liší. Lze najít výzkumy, jejichž autoři a autorky tvrdí, že všechny oběti znásilnění trpí posttraumatickou stresovou poruchou, i studie, které poukazují na úspěšné využívání copingových mechanismů. Většina odborníků a odbornic se shoduje v názoru, že sexuální napadení automaticky nezpůsobí vznik a rozvoj posttraumatické stresové poruchy.

V důsledku extrémního traumatického zážitku může u oběti dojít až k poruše nazvané **přetrvávající změna osobnosti**. Vizinová a Preiss (1999) uvádějí, že může „nasedat“ na neléčenou posttraumatickou stresovou poruchu. Z diagnostického hlediska musí být změny přítomny nejméně po dobu dvou let.⁵

K poruchám v důsledku traumatické události může dojít nejen na úrovni psychické, ale i na úrovni tělesné. V případech sexuálního násilí (ale nejen tam) se může objevit přetrvávající únava, bolesti svalů a ztuhlost, chronické bolesti, astma, vředy, poruchy fungování trávicího traktu, pánevní bolesti a podobně. Může dojít i ke změnám v imunitním systému (Bloom, 2003).

O tom, zda v případě sexuálního násilí dojde ke vzniku a rozvoji posttraumatické stresové poruchy, rozhoduje několik faktorů (Foa, Riggs, 1993). V první řadě jsou to predispoziční faktory, zejména vnímání sebe a světa v době před napadením. K dalším predispozičním faktorům patří demografické charakteristiky, psychologické fungování před napadením nebo předchozí viktimizace. Druhým faktorem jsou vzpomínky oběti na sexuální napadení – vliv má vztah mezi obětí a pachatelem, míra brutality napadení nebo vnímání události jako život ohrožující. Třetím faktorem je zpracovávání traumatizující události, tedy to, co se dělo po napadení – především reakce okolí. Je důležité mít tento faktor neustále na paměti. Sekundární viktimizace oběti v důsledku chování okolí je spíš pravidlem než výjimkou. Navíc je to jediný faktor, který můžeme ovlivnit, a předejít tak rozvoji poruchy u obětí.⁶

Jak již bylo zmíněno výše, ne všechny oběti sexuálního násilí se s napadením vypořádají za pomoci vlastních copingových mechanismů a podpory okolí. Trauma spojené se sexuálním násilím může jejich život ovlivňovat takovým způsobem, že je důležitá a nutná pomoc ze strany terapeutů či terapeutek. Do terapie přicházejí oběti traumatu různými způsoby – někdy dřív, na doporučení okolí nebo jiných odborníků a odbornic, jindy později – buď přímo s tématem traumatického zážitku, nebo s jinými obtížemi, za nimiž stojí nezpracované trauma.

5 Časové kritérium je nesmírně důležité. U obětí sexuálního násilí může dojít na nějakou dobu ke změnám v chování a vztahování se k ostatním lidem a ke světu, ale neznamená to hned, že došlo k nezvratným změnám osobnosti.

6 Další účinnou obranou proti rozvoji posttraumatické stresové poruchy je dostatek sociální opory a uznání, přiměřená pozornost, edukace, možnost o sobě rozhodovat a ovlivňovat okolí, pozitivní myšlenky o sobě i okolním světě, začlenění zážitku do psychiky oběti a začlenění oběti zpátky do společnosti (Pilgrim, 2003 in: Baštecká, 2003; Verbranck in: Baštecká, 2003).

I traumatická zkušenost bývá různými lidmi vnímána různě. Byť existují jasně daná diagnostická kritéria, pro každého člověka je zážitek jiný. Vizinová a Preiss (1999) mluví při hodnocení traumatického zážitku o výrazném vlivu kulturního prostředí, ze kterého daný člověk pochází. Stejná událost může mít na člověka v jedné části světa zdrcující dopad, v jiné části světa zase může tento zážitek prožívat odlišně a být zranitelnější vůči jiným událostem. Obecně je proto při pomoci obětem sexuálního násilí důležité se řídit přímo jimi, jejich vyprávěním a prožitky, nikoliv jen diagnostickými kritérii a vodítky.

PSYCHOTERAPEUTICKÉ SMĚRY V POMOCI OBĚTEM SEXUÁLNÍHO NÁSILÍ

PSYCHODYNAMICKÁ PSYCHOTERAPIE

Pod kategorií psychodynamická psychoterapie spadá množství terapeutických přístupů, které spojuje stejný teoretický základ a používané metody. Tento typ terapie se zaměřuje na vliv minulých zkušeností a zážitků na utváření vzorců chování a očekávání, a to zejména prostřednictvím obran, interpersonálních stylů interakcí a přenosu, které se opakují a ovlivňují zdraví člověka (Ursano, Sonnenberg, Lazar, 2007, s. 15). Cílem je porozumět podstatě klientčiny či klientových konfliktů odvozených od minulých zážitků a jejich vlivu na současný život klientky nebo klienta.

Strategie psychodynamické psychoterapie se pohybují ve spektru od expresivních (interpretačních) po podpůrné. Expresivní techniky (např. interpretace) zvyšují schopnost vhledu (porozumění) do opakujících se vzorců, které udržují problém v životě člověka. Cílem podpůrných technik je posílit schopnosti klientky či klienta, které jsou např. z důvodu traumatické události dočasně nedostupné (Leichsenring, Leibing, 2007).

Použití spíše expresivních, nebo spíše podpůrných intervencí závisí na potřebách konkrétního člověka – čím akutnější a bolavější je problém, tím víc podpůrných technik se používá, a naopak. V případech klientek a klientů v krizi nebo po traumatické události se důraz klade nejdříve na zajištění bezpečného a podpůrného prostředí a stabilizaci. Důležitou součástí podpůrných intervencí je vybudování dobrého terapeutického vztahu.

Typickými vlastnostmi technik, které používá psychodynamická psychoterapie, jsou (Gabbard, 2010; Shedler, 2010):

- zaměření na vliv a projev emocí
- prozkoumání snahy (pokusů) vyhnout se některým aspektům předchozí zkušenosti (myšlenkám, pocitům atd.)
- identifikace opakujících se témat a vzorců
- diskuze o minulých zkušenostech a zážitcích
- zaměření na interpersonální vztahy klienta či klientky
- zaměření na terapeutický vztah
- prozkoumávání přání, snů a fantazií.

Primárním zdrojem porozumění a terapeutické změny je tzv. přenos, jímž se rozumí opakování minulých zkušeností v současných mezilidských vztazích (Leichsenring, Leibing, 2007). V terapeutickém vztahu má klientka či klient tendence opakovat vzorce, které se objevují i v jiných interpersonálních vztazích – v bezpečném prostředí terapie je možné je prozkoumat, porozumět jim a zpracovat je.

Délka trvání psychodynamické psychoterapie může být různá. Může být využívána jako krátkodobá (časově ohraničená), která zpravidla trvá 7 až 24 setkání, nebo dlouhodobá

(časově neohraničená), jež může trvat od několika měsíců do několika let. Psychodynamická psychoterapie má individuální i skupinovou formu, pro její provozování je nutné psychoterapeutické vzdělání v daném směru.

Psychodynamická psychoterapie v pomoci obětem sexuálního násilí

Traumatickou zkušeností (zkušeností se sexuálním násilím) se psychodynamická psychoterapie zabývá ve vztahu k zážitkům z minulosti (zejména dětství). Cílem terapie je proměnit traumatickou událost v psychicky integrovanou součást klientčiny/klientovy historie, ve vzpomínku.

V pomoci traumatizovaným klientkám a klientům se úspěšně používá **krátkodobá psychodynamická psychoterapie**. Z jejího pohledu se po prožití traumatické události u klientky/klienta objeví emoční stavy a vzorce, které tam předtím nebyly. Dochází k přepnutí traumatické události, nebo se objeví intruzivní, opakující se myšlenky na trauma. Traumatickou zkušenost nemá klientka integrovanou do svých schémat, trauma může od základu ovlivnit a změnit způsob nazírání na sebe a svět. Realita traumatické události se dostává do konfliktu s předchozími schématy – tento konflikt je emočně velmi nepříjemný a náročný a klientky či klienti používají různé způsoby, jak se mu vyhnout nebo ho zmírnit. Od terapeuta nebo terapeutky se očekává velká citlivost vůči způsobu vyhýbání se nepříjemným emocím, který člověk používá, ale i k významům, které konkrétně pro tuto klientku či klienta traumatická událost má (Horowitz, 2004; Levenson et al., 2005).

V bezpečném terapeutickém vztahu je uplatňováno převyprávění traumatické události empatické, soucitné a nesoudící terapeutce či terapeutovi. V průběhu terapie (Gaston, 1995 in: Levenson et al., 2005) dochází k **přiznání a akceptaci** toho, že self⁷ klientky nebo klienta bylo zasaženo traumatem a že reakce, které zažívá, jsou přirozené a lze je v takových situacích očekávat (tyto reakce nejsou slabost).

Klientka **znovu získává pocit kontroly** nad svým vnitřním i okolním světem – terapeutka nebo terapeut pomáhají opět se zapojit do světa, zvládat své pocity (včetně pocitů bezmoci), které jsou s traumatem spojeny.

Traumatická zkušenost je pomocí psychodynamické psychoterapie **integrována do života člověka**. Je to vysoce náročný proces, protože zahrnuje nejen psychologické přizpůsobení se, ale mnohdy i přizpůsobení se praktickým změnám, které se v důsledku traumatické události staly (např. otěhotnění ženy po znásilnění apod.). Dosažení tohoto cíle je obvykle zárukou zmenšení symptomů posttraumatické stresové poruchy (PTSP), nastoluje se pocit světa jako opět bezpečného místa.

V rámci terapie by měla terapeutka nebo terapeut pomoci klientce **na traumatickou událost nahlédnout jako na příležitost k růstu**, jako na něco, z čeho navzdory veškeré hrůze může vzejít něco dobrého, a dovést ji k tomu, že se může posunout zpátky k plnohodnotnému životu.⁸

.....
7 Podle Kritického slovníku psychoanalýzy pojem self v případě, že se používá samostatně, znamená „subjekt, jenž je považován za činitele, který si je vědom své vlastní identity a své role subjektu a činitele“ (Rycroft, 1993, nestránkované).

8 Je nutné, aby terapeutky a terapeuti byli vyrovnáni s otázkami smyslu života a smrti (Levenson et al., 2005, s. 97).

Tato krátká psychodynamická psychoterapie je vhodná pro ty, kteří nedávno zažili jednorázovou, ohraničenou traumatickou událost, na niž reagují strachem, bezmocí, opakovanými intruzivními vzpomínkami, vyhýbáním se podnětům, které jsou přímo, nebo symbolicky spojené s traumatem, změnami v mezilidském či pracovním chování. Pro klientky a klienty, kteří jsou, nebo byli traumatizováni opakovaně, se jako vhodnější jeví střednědobá až dlouhodobá forma psychodynamické psychoterapie (Levenson et al., 2005, s. 93).

Psychodynamická psychoterapie má klientům co nabídnout. Bohatý vnitřní život klientky nebo klienta je ve spolupráci s terapeutkou či terapeutem lépe poznán a pochopen. Vhled, který psychodynamická psychoterapie nabízí, může klientkám a klientům pomoci „vyznat se v sobě“, propojit minulost s přítomností a budoucností a opět začít žít spokojenější život.

Přenos a protipřenos u klientek a klientů s traumatem

Jak již bylo zmíněno, přenosem je v psychodynamickém pojetí chápán proces, celostní reakce člověka v terapii na terapeutku či terapeuta jako na osobu z vlastního života (přítomného nebo minulého). Analogicky je jako protipřenos chápána reakce terapeutky či terapeuta. Přenosové reakce traumatizovaných klientek a klientů mohou být různorodé a mají určité charakteristické znaky. V přenosových reakcích se objevuje zážitek strachu a bezmoci, který klienti zažili, vztek či pocity viny, které přenášejí na terapeutku či terapeuta.

Terapeutka nebo terapeut může být vnímán jako zachránce z pocitů bezmoci, nebo se může stát terčem klientčina bezmocného vzteku za to, že nedokáže bezpodmínečně naplnit všechny její potřeby a očekávání (které nemůže naplnit nikdo). Klientka přesouvá svoji zlobu z viníka (pachatele sexuálního násilí) na terapeutku či terapeuta.

Traumatizované klientky a klienti mají pochybnosti, jsou vůči terapeutce či terapeutovi nedůvěřiví. Na druhou stranu ale potřebují a chtějí se na ně spoléhat. Mohou terapeutky a terapeuty „testovat“ – začnou jim věřit, až když prokážou, že ustojí jejich příběh plný bolesti.

Klientky, které jsou traumatizovány dlouhodobým vztahem s agresorem, mohou mít tendence tento dominantně-submisivní princip přenášet i do terapeutického vztahu. Terapeut musí být k této možnosti vnímavý, aby nedošlo ke vzniku opakovaného zneužívajícího vztahu (Gaston, 1995 in: Levenson et al., 2005; Vizinová, Preiss, 1999).

Rozmanité jsou i protipřenosové reakce terapeutek a terapeutů na traumatizované klientky. Mezi základní čtyři reakce patří vztek na klientku či klienta, pocity bezmoci a zahlcení, indiference (lhostejnost) a snaha zachraňovat (Levenson et al., 2005, s. 106). Terapeutka či terapeut cítí bezmoc společně s klientkou a zároveň kvůli tomuto pocitu může ztrácet víru ve svoji schopnost klientce pomoci (Vizinová, Preiss, 1999). Judith Lewis Herman popisuje ještě jeden specifický jev, který mohou zažívat terapeuti a terapeutky, kteří pracují s traumatizovanou klientelou. Jedná se o tzv. traumatický protipřenos. Terapeut či terapeutka, jako svědek neštěstí svého klienta, může zažívat stejné pocity strachu, bezmoci či hrůzy jako traumatizovaný klient (Herman, 2001; Vizinová, Preiss, 1999).

Jak přenosové reakce klientky či klienta, tak i protipřenosové reakce terapeutky či terapeuta jsou normální. Pro terapeutku či terapeuta je důležité uvědomovat si, co se děje, a v případě potřeby vyhledat supervizi (Gaston, 1995 in: Levenson et al., 2005).

NARATIVNÍ TERAPIE

Pod označení narativní terapie spadá několik různých terapeutických praxí, které spojuje pohled na člověka jako sociální bytost a na terapii jako na vyprávění a převyprávění ži-

votního příběhu (životních příběhů).⁹ Svoje příběhy má jednotlivec, rodina i společenství. White a Epton (1990) konstatují, že „lidé uspořádávají a dávají významy svým zkušenostem a zážitkům skrz jejich vyprávění... Tyto příběhy formují životy a vztahy“ (White, Epton, 1990 in: Bryant-Davis, 2011, s. 219).

Narativní terapie tvrdí, že naše světy jsou konstruovány skrz významy, které jednotlivým událostem přiřazujeme. Činíme tak, když je prožíváme, když o nich povídáme jiným lidem, nebo o nich přemýšlíme a zasazujeme je do kontextu dalších událostí. Výsledek tohoto procesu můžeme nazvat příběhem. Emoční zkušenost ovlivňuje nejen naše aktuální konstrukce, ale proměňuje i ty minulé. Příběh není předem daný, ale postupně se vytváří (a přetváří). Způsob, jakým rozumíme svému životu, je rovněž ovlivněn širším příběhem historie či kultury, v níž žijeme. Proto existuje pro události, naše zkušenosti nebo vzpomínky množství vysvětlení. V narativní terapii se zájem soustřeďuje na významy jednotlivých událostí, nikoli na hledání a odkrývání pravdy (Gjuričová, 2009, s. 31).

Dominantní příběh, který klientka či klient přináší do terapie, popisuje problémy a potíže, které je trápí. Tento příběh ale zahrnuje pouze úzkou část prožitých zkušeností, některé události mohou zůstat nepovšimnuty stranou (často jsou to ty, které odporují dominantnímu příběhu) a mnoho dalších významů zůstává skrytých (Freedman, Combs, 2009).

S obtíží, která je pocíťována jako problém, se po jejím pojmenování pracuje pomocí **externalizace**. Ta je zřejmě nejznámějším prvkem narativní terapie. Její podstatou je „oddělení“ problému od klienta.

Problémem tak není člověk, ale problémem se stává oddělený problém. Např. oběť, která do terapie přichází s pocití úzkosti a depresemi (dva běžné symptomy po sexuálním napadení), ve vnímání narativní terapie přichází „pod vlivem úzkostí nebo deprese“. Z tohoto pohledu klientka či klient není úzkostný a depresivní, ani se nestává úzkostným nebo depresivním (nezpůsobuje si úzkosti nebo deprese) v reakci na problém, ale úzkost a deprese ho vybízejí myslet, cítit či dělat jisté věci. Pohled na problém jako na entitu existující mimo osobu klientky či klienta posiluje (zplnomocňuje). Distanc, který externalizace nabízí, vytváří nový prostor pro reflexi toho, jaký má problém vliv na jeho či její život. Klient může k problému zaujmout postoj, což je snazší, než je-li na problém nahlíženo jako na součást klienta (jeho osobnosti, identity atd.) (Baird, 1996).

V průběhu narativní terapie terapeutka či terapeut zdůrazňuje životní události, aspekty příběhu, které předtím byly nevyřčené, a společně s klientkou či klientem prozkoumává vliv problému na jejich život. „Vynořují se“ situace, události, ve kterých vliv problému na život člověka nebyl tak výrazný, v nichž se klientce či klientovi podařilo nějakým způsobem změnit – vynořují se jedinečné události (unique outcomes). Tyto okamžiky dávají klientce či klientovi sílu přijít s alternativními řešeními.

Vzniká tak prostor pro **reautorizaci**, přepsání příběhu. K tomu dochází ve chvíli, kdy člověk rozpozná svoji schopnost čelit problému, znovu získá pocit, že je tím, kdo ovládá svůj život, má své touhy a plány, je „autorem“ svého života. Tento proces vyžaduje zdroje, kterými mohou být např. osoby, prostředí, vzpomínky nebo (a to nejčastěji) výjimky, které původní zneschopňující příběh nabourávají (Baird, 1996; Gjuričová, Kubička, 2003).

.....
9 Pod slovem příběh si lidé mohou představovat různé věci. Pro narativní terapeutky se příběhy skládají z událostí, které jsou podle nějaké zápletky (dějové linie) spojeny v časové posloupnosti.

Narativní terapie v pomoci obětem sexuálního násilí

Příběhy, které se týkají sexuality, mohou být obzvláště citlivé na sociální vlivy, jako je sociální kontext a změny v normách (Bryant-Davis, 2011, s. 220).

Lidé se mohou cítit bezmocní, neschopní problém vyřešit nebo pozměnit dominantní příběh. Zejména pokud se identifikují jako „oběť“, nebo pokud klient či klientka převezme vinu za napadení na sebe¹⁰, je zde vysoké riziko rozvinutí dominantního vyprávění, které je naplněné násilím a bezmocí. V takovém vyprávění pak člověk nedokáže rozpoznat zkušenosti či události, v nichž se projevuje kompetentně, které mají pozitivní hodnotu (Bryant-Davis, 2011).

V procesu terapie se spolupráce zaměřuje na dominantní vyprávění (diskurzy) vážící se k sexuálnímu napadení. Cílem není pouze odkrýt dominující příběh násilí, terapie se zaměřuje i na vytváření prostoru pro nové příběhy. „Netraumatické“ rozhovory mohou sloužit jako jedinečné události, ze kterých se může vynořit alternativní příběh. Důležitá v procesu terapie je práce s bezpečím – nejen jako prostředkem, ale i cílem o sobě samým (Strnad, 2013).

Klientky a klienti jsou podporováni v rozšiřování možných nových preferovaných příběhů skrz **dekonstrukci** dominantního příběhu oběti. Vytváří se jiné, funkčnější vyprávění o sexuálním násilí, které pomáhá klientce nebo klientovi hledat smysl této zkušenosti. Narativní terapie podporuje klienty či klientky v prozkoumávání možností, jak se pohnout ve svém životě dál, a posiluje je v tom, aby se nezaměřovali na násilný incident jako na problém. Ten stejně nelze vzít zpět, ale spíše je naň třeba nahlížet jako na problém mimo klientku, klienta, externalizovat ho. Jako problém by se však neměl externalizovat „násilný incident“ – externalizují se postoje, přesvědčení a dopady sexuálního násilí na klienta (Bryant-Davis, 2011, s. 223).

Reautorizace, tedy přepsání příběhu, začíná identifikací těch jedinečných událostí, ve kterých klientka či klient odmítli být definováni skrz zkušenost se sexuálním násilím, odhalili vliv svého zážitku na život, nebo o něm beze strachu promluvili. Za pomoci takových jedinečných událostí jsou klient či klientka schopni převzít kontrolu nad dopady násilí, a svůj příběh tak změnit.

Narativní terapie se snaží o neobviňující přístup, který vnímá lidi jako odborníky na své vlastní životy. Na problémy nahlíží odděleně od lidí a předpokládá, že lidé mají množství dovedností, schopností, hodnot atd., které jim mohou pomoci, aby změnilí svůj vztah k problémům ve svém životě (Morgan, 2000; Bryant-Davis, 2011). Umožňuje lidem dekonstruovat negativní přesvědčení o sobě, jejich problémem nasycený příběh, a vrací jim autorství jejich příběhu, umožní jim, aby opět byli jeho tvůrci (Strnad, 2013; Bryant-Davis, 2011).

Narativní terapie nemusí být užitečná těm lidem, kteří očekávají, že terapeut či terapeutka budou vystupovat expertně a budou se zaměřovat na problém místo na řešení. Intervence též pravděpodobně nebudou efektivní v případech, kdy je zkušenost se sexuálním násilím popřena, či pokud sexuální násilí stále pokračuje, nebo člověk, který ho zažil, nemá ochranu před násilnou osobou (Sahin, McVicker, 2009, s. 5). Narativní přístupy jsou naopak vhodné pro ty klientky a klienty, kterým vyhovuje partnerský přístup ze strany terapeutky či terapeuta a hledají posílení na cestě k překonání obtíží, jež je v životě potkaly.

10 Takový pohled na situaci posilují příběhy, které se tradují ve společnosti. Může se jednat např. o příběhy, které učí, že nošení krátkých sukní či hlubokých výstřihů má za následek znásilnění, či o tom, že sex v manželství je povinností ženy, nebo že přijetí pozvání k návštěvě bytu znamená souhlas se sexem.

TERAPIE ZAMĚŘENÁ NA PRÁCI S TĚLEM

Další skupinou terapeutických směrů, které je možné využít při práci s traumatem, jsou terapie zaměřené na tělo. Patří sem např. biosyntéza, bioenergetika, Pesso Boyden System Psychomotor (známé také jako PBSP), Gestalt terapie, taneční terapie.¹¹ Každá z těchto terapií má svoje metody jak pracovat s tělem a chápe tělo jako důležitý nástroj v terapii.

Terapeut či terapeutka si při terapeutické práci všímá těla a jeho projevů. Pomáhá klientce či klientovi, aby si uvědomili problém i v rovině tělesné, emoční a myšlenkové. Všímá si, jak člověk sedí, jak se pohybuje, jak dýchá, jak mluví. Klient či klientka se mají naučit poslouchat, co jim říká vlastní tělo, a vnímat, jak ovlivňuje jejich myšlenky, emoce, vědomí či jednání.

Ke zvědomění signálů těla slouží různé techniky a postupy, které rozvíjejí vnitřní pozornost, spontaneitu, dech, uvolňují svalové napětí, rozvíjejí pohybové a hlasové vyjádření tělesných a emočních prožitků. Práce s tělem významně prohlubuje a zintenzivňuje celý psychoterapeutický proces. Usnadňuje získání nových zkušeností.

Terapie zaměřené na tělo pracují odlišným způsobem než např. kognitivně behaviorální terapie. Nejdříve se soustředí na práci s tělem, na pocity, které klient či klientka vnímají, a pak teprve na vzpomínky, které se jim vybavují – naučí se je identifikovat později. Může se stát, že někteří lidé žádné pocity v prvních fázích terapie nemají. Mají velmi slabý kontakt se svým tělem (Lucká, Janečková, 2013).

Většina přístupů zaměřených na tělo pracuje s energií. Práce na ní je klíčová. Např. biosyntéza chápe energii jako systém pulzace. Pokud energie nepulzuje, je potřeba ji znovu zaktivovat. Biosyntéza pracuje s konceptem zárodečných listů, které se vytvářejí při formování buňky v těle matky. Jedná se o ektoderm (myšlení), mezoderm (svaly, kosti) a endoderm (emoce). „Když je člověk zdravý, všechny tři oblasti fungují v propojení a spolupráci. Jakmile přijde trauma, všechny tři vrstvy mezi sebou přestanou spolupracovat. Biosyntetický terapeut si všímá, kde je v těle energie (např. skleslé ruce). Snažíme se propojit všechny vrstvy, aby byl člověk opět integrován“ (Odstrčil, 2013).

Je důležité, aby si klient či klientka uvědomili, co se v těle děje. Biosyntéza posiluje ty užitečné mechanismy a procesy, které stále fungují. Při práci s traumatem se vyhýbá re-traumatizaci, tzn. člověk nemusí vyprávět znovu a znovu svůj traumatický zážitek. Cílem je obnovit pulzaci a obnovit systém, který byl narušen traumatickou událostí.

Terapie zaměřené na tělo používají na první pohled jednoduché techniky, které souvisejí s doteky, dýcháním, pohybem, hlasem (např. centering, grounding, facing, sounding)¹² atd., ale přesto je potřeba pokračovat velmi pomalu a individuálně. Tělesné prožívání je postupným klíčem k léčbě traumatu. V prvních fázích probíhá nejdříve práce **bez doteků** a spíše se zaměřuje na sledování pocitů ve vlastním těle. Dle Babette Rothschild jsou techniky práce s tělem, které nevyžadují dotyk, pro traumatizované lidi nejvhodnější, zvláště pro ty, co zažili sexuální zneužívání (Rothschild, 2007, s. 16).

11 Podrobnější popis jednotlivých směrů: biosyntéza – <http://biosynteza.cz>; bioenergetika – www.bodyterapie.cz/o-psychoterapii.html; Pesso Boyden System Psychomotor – www.pbsp.cz; Gestalt terapie – www.gestalt-praha.cz/gestalt/co-je-gestalt; taneční terapie – www.tanter.cz.

12 Centering se zabývá propojením dechu s emocionální dynamikou. Grounding znamená uzemnění, práci s rytmem našeho pohybu a vztahem ke svalovému napětí. Facing zahrnuje práci s očním kontaktem. Sounding zachází s hlasovou kvalitou.

Práce s **dotyky** probíhá až v pozdějších fázích terapie. Traumatizovaní mají někdy problém dotýkat se svého těla, proto by měl terapeut či terapeutka každý dotek pečlivě zvážit. Zvláště u žen i mužů, kteří prožili sexuální násilí, je-li jejich terapeut opačného pohlaví. Přesto, pokud dotek u těchto klientek či klientů probíhá v bezpečném prostředí a v dobře vytvořeném bezpečném terapeutickém vztahu, může být významnou korektivní zkušeností (Smith, 2007).

Terapie zaměřené na tělo výrazně napomáhají při léčbě traumatu. Přesto se terapeutická práce s tělem nesmí urychlit, a to jak v rámci bezdotykových, tak i dotykových technik. Pokus vnímat tělo může urychlit kontakt s traumatem a klienta či klientku dekompenzovat. Může u nich též vzniknout tlak, aby vnímali své tělo správně, a tím se může rozvinout určitá forma výkonové úzkosti. V takových případech je nutné nejdříve pracovat na terapeutickém vztahu a pocitu bezpečí a práci s tělem zapojit později (Rothschild, 2007, s. 130).

Terapie zaměřená na práci s tělem může probíhat individuálně i skupinově. Individuální terapie se doporučuje u klientek a klientů, kteří potřebují řešit psychické problémy. Skupinovou práci s tělem využívá např. taneční terapie, bioenergetika. Je určena pro ty, kteří mají zájem o „vlastní sebepoznání, zlepšení psychofyzické kondice, relaxaci a odbourání každodenního stresu a svalového napětí“ (Bodyterapie, 2013). Kontraindikací jsou naopak psychické potíže.

Terapii zaměřenou na tělo (biosyntéza, PBSP, Gestalt) lze využít u širokého spektra psychosomatických obtíží. Je však důležité na začátku terapie dobře domluvit kontrakt s klientem či klientkou, tzn. představit směr, jeho metody a postupy. Podle některých zdrojů je zvláště nutné kontraktování u mužů či žen, kteří mají posttraumatickou stresovou poruchu a zažili sexuální zneužívání. Práce s dotyky či s pocity v těle může vést u těchto osob k retraumatizaci. Klient či klientka mají právo terapii odmítnout, pokud zjistí, že tento směr pro ně není vhodný.

Terapie se též nedoporučuje k využití u klientů či klientek s akutní psychózou. Též může dojít k retraumatizaci. Každou změnu tělesného zdraví je nutno konzultovat. Terapie zaměřené na tělo se doporučují jak dospělým osobám, tak dětem.

KOGNITIVNĚ BEHAVIORÁLNÍ TERAPIE

Jednou z nejrozšířenějších a nejčastěji zkoumaných terapeutických škol je kognitivně behaviorální terapie (KBT). V této části, pokud není uvedeno jinak, vycházíme z knihy Petra Možného a Jána Praška Kognitivně behaviorální terapie (1999). KBT je direktivní terapií a pracuje dle stanoveného schématu. Terapeut či terapeutka jsou aktivní a usměrňují terapeutickou práci. KBT vychází z přesvědčení, že to, co je naučené, je možné i odnaučit, což je cílem terapie. KBT pracuje se současností a s přípravou na budoucnost. Terapeutka vede klientku k pozitivnímu myšlení a nacvičuje s ní žádoucí chování. KBT může probíhat individuálně nebo skupinově.

Terapeut či terapeutka uzavírají na začátku s člověkem, který se pro terapii rozhodl, kontrakt a společně plánují cíle terapie. Vytváří si tak terapeutický plán. Během terapeutické práce dostává klient či klientka domácí úkoly, které plní. Jde např. o popis traumatické události, návštěvu míst, kam se klient či klientka obávají jít.

Kognitivně behaviorální terapii lze též využít při terapii sexuálního násilí. Terapie se pak v těchto případech hlavně zaměřuje na terapeutickou práci při posttraumatické stresové poruše či při léčbě depresí a úzkostí, které se mohou po nepříjemném zážitku rozvinout. Dále se využívá při léčbě fobií, úzkostné poruchy, obsedantně-kompulzivní poruchy, hypochondrie, poruch příjmu potravy, poruch spánku, závislostí, manželských problémů aj.

Zahraniční zdroje uvádějí velkou úspěšnost KBT při terapii posttraumatické stresové poruchy a depresí již při malém počtu sezení (mezi šesti a dvanácti) (Falsetti, Bernat, 2013).

Kognitivně behaviorální model práce s posttraumatickou stresovou poruchou

V rámci terapie se ženami či muži, kteří zažili sexuální násilí, je výchozím předpokladem, že to, co mají naučené, se dá odnaučit. Podle KBT modelu chápání vzniku posttraumatické stresové poruchy vede traumatická událost, kvůli silnému emocionálnímu vlivu, k vytvoření nových podmíněných spojů. Tyto spoje jsou velmi odolné. Pokud se člověk setká s obdobnou situací, která mu připomíná traumatickou událost, vybaví se mu původní traumatická situace. Úzkostná reakce se může projevit tělesně, smyslově, v myšlenkách, představách, v chování, strnutí, či útekem (Možný, Praško, 1999, s. 199). To dle KBT vede k tomu, že se člověk začne vyhýbat situacím a činnostem, které mu traumatickou zkušenost připomínají. Sociálně se stahuje a mění se postoje vůči sobě samému (např. má snížené sebevědomí či negativní sebehodnocení). V důsledku vyhýbavého chování nemá traumatizovaný člověk příležitost získat nové, pozitivnější zkušenosti, které by jeho postoje a očekávání mohly splnit. KBT tedy pracuje na změně vyhýbavého chování.

Kognitivně behaviorální léčba PTSP

K léčbě PTSP využívá KBT několik metod, které krátce popíšeme. Konkrétní využití metod v praxi představíme na příkladu terapeutického programu STEPS, který praktikují v dánské organizaci Centrum pro oběti znásilnění.

Při léčbě PTSP se uplatňují následující metody (Možný, Praško, 1999, s. 199): **orientace a emoční podpora** (vyprávění příběhu klientkou), **edukace o povaze PTSP** (probíhá v průběhu celé terapie), **abreakce** (uvolnění napětí). Další metodou je **expozice vůči traumatickým vzpomínkám, tzv. zaplavení**. Jde o podrobné opakování traumatického zážitku, dokola a detailněji. Rozlišuje se přímá expozice rozhovorem, písemná (sepsání svého traumatického zážitku), vůči filmu (sledování filmu s obdobnou tematikou), expozice vůči obávaným situacím nebo činnostem (expozice in vivo, kdy člověk např. chodí na místa, kde se stala traumatická událost). Dalšími metodami jsou **kognitivní restrukturalizace** (klient či klientka se učí své myšlenky kriticky hodnotit a myslet konstruktivněji), **relaxace** (autogenní trénink, meditační cvičení, jóga), **řešení problému** (určení a popis problému, zvolení problému, brainstorming, zhodnocení výhod a nevýhod, zvolení řešení, naplánování, uskutečnění a zhodnocení řešení).

Příklad z praxe – program STEPS

V organizaci Centrum pro oběti znásilnění v Aarhusu rozvíjejí terapeutický program STEPS¹³, který využívají při skupinové práci s oběťmi znásilnění. Program byl vyvinut v Utrechtu v Holandsku. Podle Rikke Sophie Bak (2013) je inovativní tím, že se zaměřuje nejen na pomoc obětem, ale i jejich příbuzným, což dříve v Dánsku nebylo obvyklé. I příbuzní – zejména partner a rodiče – jsou totiž traumatizováni událostí, která se stala jejich partnerce či dceři. Centrum pro oběti znásilnění uvádí, že až 24 % příbuzných vykazuje

13 STEPS – Speaking and writing about trauma narrative To prevent relapse, Exposure in vivo and cognitive restructuring, Psycho-education, Sexual assault, tj. mluvení a psaní o příbězích vztahujících se k traumatu, prevence relapsu, opětovné vystavování traumatizující situaci a kognitivní restrukturalizace, psychologické vzdělávání, sexuální napadení (útok). Další informace o programu a Centru najdete na: www.voldtaegt.dk.

některé základní znaky PTSP (opakované prožívání situace, poruchy spánku, ztráta pozitivních emocí). Sami příbuzní pociťují velkou potřebu profesionální pomoci. Oběti se pak necítí dobře, protože jsou traumatizováni také jejich blízcí. Mají o ně starost a snaží se je ochraňovat, proto je pro ně samotné těžké vyrovnat se se sexuálním násilím.

V Centru pro oběti znásilnění probíhá skupinové sezení pro oběti znásilnění (8 týdnů) a pro příbuzné (6 týdnů). Ve skupině je 4–6 zúčastněných. V první fázi probíhá tzv. nulté sezení, kde se vytváří osobní anamnéza a hovoří se o průběhu terapie. Stanovují se cíle kognitivně behaviorální terapie. Klientka či klient dostanou úkol popsat písemně svůj příběh sexuálního násilí (tzv. písemná expozice vůči traumatickým vzpomínkám). Cílem je zjistit, co oběť cítila a cítí. Následně příběh vypravuje ve skupině při skupinové terapii. Nejdříve může o příběhu říci jen pár slov. Postupně příběh dovypráví celý. Jde o to, aby svůj příběh oběť četla v bezpečném prostředí, což je i tak velmi těžké.

Terapie pokračuje metodou in vivo. Oběť např. dostane domácí úkol jít do kavárny, kam se obávala jít. Dále je součástí skupinového setkání téma sexuality. Klientky se učí hodnotit rizikové situace a rozpoznávat nebezpečí (některé oběti mají např. po přepadení tendenci vystavovat se většímu riziku), mluví o výhodách či nevýhodách oznámení události, setkávají se s policistou či policistkou. Důležitá je v takovém případě osobní pozitivní zkušenost s policií. Ženy, které mají větší problémy se sexualitou, mají doporučeno navštívit sexuologii.

Po dvou týdnech skupinové terapie mají oběti individuální sezení, kde se zhodnotí jejich situace, zda jim skupinová sezení pomáhají, či ne. Ne všem musí skupinová terapie vyhovovat. Na začátku je velmi důležité rozpoznat, zda je kognitivně behaviorální terapie či konkrétně model STEPS pro oběť vhodný. Pokud tomu tak není, je doporučena jiná, vhodnější terapie.

V rámci posledního skupinového sezení probíhá evaluace terapie. Dále pak oběti docházejí do centra po 6 měsících od ukončení terapie a po 12 měsících.

Kognitivně behaviorální terapie jako jedna z významných terapeutických škol zahrnuje bezpočet „lokálních“ variací a podob, které vycházejí z téhož základu. Obecně se však návštěva KBT nedoporučuje ženám či mužům, kteří nechtějí být znovu vystaveni traumatické situaci, kterou zažili, a nechtějí být zaplaveni emocemi, jež je zúzkostňují. Naopak vhodná je pro ty, jimž vyhovuje direktivní přístup terapeuta či terapeutky a preferují dopředu jasně strukturované programy.

ZÁVĚR

Účelem tohoto textu bylo přiblížit sociálním pracovnícům a pracovníkům i dalšímu personálu působícímu v pomáhajících profesích možnosti psychoterapeutické pomoci traumatizovaným obětem.

V první části textu se věnujeme dopadům traumatického zážitku na život člověka. Chceme zdůraznit, že všichni máme vlastní zdroje a schopnosti, které nám mohou pomoci se s traumatickou událostí vypořádat. Traumatický zážitek neznamená automaticky nutnost rozvoje posttraumatické stresové poruchy. Podpora a celkové chování lidí z okolí je stejně důležité jako případná terapie. Je dobré připomenout, že cítit se po traumatické události bídně není automaticky projevem nemoci.

Ve druhé části se věnujeme možnostem psychoterapie při práci s traumatem s důrazem na oblast sexuálního násilí. Čtyři představené terapeutické směry se pomocí různých prostředků snaží o to samé – pomoci svým klientkám a klientům ulevit od trápení a bolesti, zpracovat traumatický zážitek a znovu získat kontrolu nad svým životem a světem okolo.

Žádný z uvedených terapeutických směrů se nespécializuje na oběti sexuálního násilí, ale pracují s tématem traumatu obecně. Jejich výběr byl ovlivněn jejich tradicí a dostupností v České republice. Práci s traumatem se samozřejmě věnují i další terapeutické směry.

Nelze říct, jaký způsob terapeutické práce je vhodnější, který z nich byste měli svým klientkám a klientům doporučovat a zda vůbec nějaký doporučovat. To, jestli někomu bude daná terapeutická škola vyhovovat, závisí na mnoha faktorech. Častokrát se ukázalo, že důležitější než vybraná terapeutická metoda je osobnost terapeuta či terapeutky a to, zda se s konkrétním klientem či klientkou „potkají“.

Člověk, který uvažuje o terapii, má právo se na úvodní terapeutické schůzce ptát, jakými způsoby terapeut či terapeutka pracují, co mohou v terapii očekávat, a nechat si vysvětlit věci, kterým nerozumí. Součástí první schůzky bývá dojednávání zakázky, v rámci níž je možné klást dotazy a „vyjednávat“. I v průběhu terapie má klient či klientka právo na kteroukoliv techniku či metodu říct ne. Jednotlivé terapeutické směry mají i své webové stránky, na nichž je možné si o jejich práci přečíst víc informací.

LITERATURA

- BAIRD, F. A. Narrative Context for Conversation with Adult Survivors of Childhood Sexual Abuse. *Progress – Family Systems Research and Therapy*. 1996, č. 5, s. 51–71.
- BAK, R. S. STEPS – Cognitive Behaviour Therapy. Příspěvek na konferenci Pomoc obětem sexuálního násilí, 13. 9. 2013, Praha.
- BAŠTECKÁ, B. *Terénní krizová práce: Psychosociální intervenční týmy*. Praha: Grada Publishing, 2005.
- BENEDICT, H. *To není vaše vina! Rádce pro ženy, muže, dospívající, jejich přátele a rodiny: Jak se vyrovnat se sexuálním napadením*. Praha: One Woman Press, 2003.
- BLOOM, S. L. Understanding the Impact of Sexual Assault. The Nature of Traumatic Experience. In: GIARDINO, A. – DANTER, E. – ASHER, J., eds. *Sexual Assault: Victimization Across the Lifespan*. Maryland Heights: GW Medical Publishing, 2003, s. 405–432.
- BODYTERAPIE. *O bioenergetických cvičeních*. Dostupné z: www.bodyterapie.cz/bioenergeticka-cviceni.html
- BRYANT-DAVIS, T. *Surviving Sexual Violence: A Guide to Recovery and Empowerment*. Maryland: Rowman & Littlefield Publishers, 2011.
- FALSETTI, S. A. – BERNAT, J. A. *Practice Guidelines: Rape and Sexual Assault: Empirical Treatments for PTSD Related to Rape and Sexual Assault*. 2013. Dostupné z: www.musc.edu/vawprevention/advocacy/rape.shtml
- FOA, E. B. – RIGGS, D. E. Posttraumatic Stress Disorder and Rape. *Review of Psychiatry*. 1993, č. 12, s. 273–303.
- FREEDMAN, J. – COMBS, G. *Narativní terapie*. Praha: Portál, 2009.
- GABBARD, G. O. *Long-term Psychodynamic Psychotherapy: A Basic Text*. Washington, DC.: American Psychiatric Pub., 2010. Kniha je dostupná také v slovenském překladu: *Dlhodobá psychodynamická psychoterapia*. Trenčín: Vydavateľstvo F, 2005.
- GJURIČOVÁ, Š. *Rodinná terapie*. 2., doplněné a přepracované vyd. Praha: Grada Publishing, 2009.
- GJURIČOVÁ, Š. – KUBIČKA, J. *Rodinná terapie: Systematické a narativní přístupy*. Praha: Grada Publishing, 2003.
- HERMAN, J. L. *Trauma a uzdravenie: Násilie a jeho dôsledky*. Bratislava: Aspekt, 2001.
- HOROWITZ, M. J. *Liečba syndrómov podmienených stresom*. Trenčín: Vydavateľstvo F, 2004.
- KOVÁŘ, P., a kol. *Sexuální agrese: Znásilnění z pohledu medicíny a práva*. Praha: Maxdorf, 2008.

- LEICHSENRING, F. – LEIBING, E. Psychodynamic Psychotherapy: a Systematic Review of Techniques, Indications and Empirical Evidence. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*. 2007, roč. 80, č. 2, s. 217–228.
- LEVENSON, H. – BUTLER, S. F. – POWERS, T. A. – BEITMAN, B. D. *Krátká dynamická a interpersonálna psychoterapia: Stručný sprievodca*. Trenčín: Vydavateľstvo F, 2005.
- LEVINE, P. A. – FREDERICK, A. *Probouzení tygra: Léčení traumatu*. Praha: Maitrea, 2011.
- LUCKÁ, Y. – JANEČKOVÁ, B. Od fragmentace k integraci: Aspekty práce s traumatem v kontextu biosyntézy. Workshop, 2013, Praha.
- MORGAN, A. *What Is Narrative Therapy?: An Easy-to-read Introduction*. Adelaide: Dulwich Centre Publications, 2000.
- MOŽNÝ, P. – PRAŠKO, J. *Kognitivně-behaviorální terapie: Úvod do teorie a praxe*. Praha: Triton, 1999.
- ODSTRČIL, P. Psychoterapeutické směry a práce s obětí sexuálního násilí – biosyntéza. Příspěvek na konferenci Pomoc obětem sexuálního násilí, 13. 9. 2013, Praha.
- ROTHSCHILD, B. *Pamät tela: Psychofyziológia a liečenie traumy*. Humenné: Pro Familia, 2007.
- RYCROFT, CH. *Kritický slovník psychoanalýzy*. Praha: Psychoanalytické nakladatelství, 1993.
Dostupné z: www.iapsa.cz/rycroft
- SAHIN, Z. – MC VICKER, M. The Use of Optimism in Narrative Therapy with Sexual Abuse Survivors. *Journal of European Psychology Students*. 2009, roč. 1, č. 1, s. 7.
- SHEDLER, J. The Efficacy of Psychodynamic Psychotherapy. *American Psychologist*. 2010, roč. 65, č. 2, s. 98–109.
Dostupné z: www.apa.org/pubs/journals/releases/amp-65-2-98.pdf [cit. 2. 1. 2014].
- SMITH, W. L. E. *Tělo v psychoterapii*. Praha: Portál, 2007.
- STRNAD, V. Pomoc obětem sexuálního násilí. Přednáška na konferenci Pomoc obětem sexuálního násilí, 13. 9. 2013, Praha.
- ULLMAN, S. E. – FILIPAS H. H. Predictors of PTSD Symptom Severity and Social Reactions in Sexual Assault Victims. *Journal of Traumatic Stress*. 2001, roč. 14, č. 2, s. 369–389.
- URSANO, R. J. – SONNENBERG, S. M. – LAZAR, S. G. *Concise Guide to Psychodynamic Psychotherapy, Third Edition: Principles and Techniques of Brief, Intermittent, and Long-Term Psychodynamic Psychotherapy*. American Psychiatric Publishing, 2008.
- VIZINOVÁ, D. – PREISS, M. *Psychické trauma a jeho terapie (PTSD): Psychologická pomoc obětem válek a katastrof*. Praha: Portál, 1999.
- WINKLER, C. Rape Trauma: Contexts of Meaning. In: CSORDAS, T. J., ed. *Embodiment and Experience: The Existential Ground of Culture and Self*. Cambridge: Cambridge University Press, 1994.

JAK PODPOŘIT ČLOVĚKA, KTERÝ PROŽIL TRAUMA: CO MŮŽEME UDĚLAT

- Zajistěte bezpečí jak v pomáhajícím vztahu, tak i v aktuální životní situaci klientky či klienta. Pracujte na vybudování bezpečného prostředí a hledejte zdroje pro bezpečné ubytování.
- Zvažte doporučení psychoterapie či jiné odborné pomoci.
- Ujistěte se, že máte alespoň povšechné informace o základních psychoterapeutických směrech, jejich specifikách a možnostech. Ujistěte se, že tyto informace dokážete předávat dále.
- Sdělte klientce či klientovi, co terapie je a co terapie není. Terapie není potvrzením jeho nebo její duševní choroby či „nenormálnosti“. Terapie je nástrojem podpory, pochopení, osobního rozvoje a prostředkem, jak zvládnout obtížné životní období či situace.
- Ptejte se klienta či klientky, jaké má představy a informace o tom, jak vypadá návštěva psychoterapeutického sezení.
- Podporujte klientku či klienta v hledání „svého“ terapeuta či terapeutky. Nejenom použité metody, ale především terapeutický vztah léčí! Pokud se nepodaří terapeutický vztah navázat, je v pořádku vyhledat jinou terapeutku či terapeuta. I delší hledání vhodného terapeuta či terapeutky a jejich změny jsou v kontextu terapie normální.
- Nenechte se zahltit příběhem, který klientka či klient přináší. Reflektujte rizika „fascinace“ příběhem traumatu.
- Pečujte o sebe. Práce s traumatizovanými lidmi je emocionálně vyčerpávající. V případě potřeby vyhledejte podporu i pro sebe (např. supervize).
- Rozvíjejte svou dovednost mluvit otevřeně o sexu a sexualitě.

- Vzdělávejte se v problematice sexuálního násilí, traumatu a posttraumatické stresové poruchy. (Vaším cílem je tyto jevy rozeznat a umět zajistit základní pomoc – ať již formou doporučení dalších služeb, či jinak osobně.)
- Vzdělávejte se v otázkách prevence kriminality a poskytování poradenství obětem trestné činnosti včetně problematiky sexuálního násilí.
- Navažte a rozvíjejte spolupráci s jednotlivci a organizacemi, které se specializují na práci s oběťmi sexuálního násilí.
- Získejte doporučení na terapeutky a terapeuty, kteří pracují s oběťmi trestné činnosti, nebo se specializují na pomoc obětem sexuálního násilí.
- Usilujte o zvyšování povědomí veřejnosti o tom, co je kriminální jednání obecně, o podobách sexuálního násilí a způsobech, jak se mu bránit a kde vyhledat pomoc.

Máte otázky? Konzultujte své postupy s organizacemi nabízejícími služby obětem sexuálního násilí (viz adresář organizací v této publikaci).

Zpracovaly Lucie Šídová a Zuzana Chomová.