

Od traumatu k životu

Časná práce s akutní stresovou reakcí s dětmi v tornádové oblasti v rámci Českého institutu pro psychotraumatologii a EMDR

Daniela Vodáčková (Univerzita Karlova)

Na konci září mi zavolala má kolegyně Zuzana Čepelíková. Potřebovala mluvit o svém zážitku s novinářem, který s ní dělal rozhovor o práci jejího týmu v tornádové oblasti. Novináři v rozhovoru použili především fakta. Napsali o tom, co dětem i dospělým lidem dělalo potíže a jaké vzpomínky se jim v mysli vynořovaly aniž by článek reflektoval, že v současné době obyvatelstvo prochází jemnou a citlivou krizově interventní a traumaterapeutickou péčí a mnoho věcí už je jinak a lépe. Dohodly jsme se proto na tomto rozhovoru, který v rámci odborných časopisů může ukázat práci traumaterapeutů v celé šíři a hloubce. Snad se nám náš záměr zdaří.

PhDr. et Mgr. Zuzana Čepelíková se v současné době jako vedoucí Českého institutu pro psychotraumatologii a EMDR věnuje zejména moravským dětem z oblasti, která byla zasažena tornádem. Cílem institutu je časnou pomocí na rozhraní krizové intervence a krátkodobé psychologické péče předejít rozvoji posttraumatických stresových obtíží a další symptomatologie, která se s tím může pojít. Rozhodly jsme se spolu uskutečnit rozhovor o práci jejího týmu. Na začátku října 2021 jsme se sešly na platformě Zoom. Zde uvádíme první část rozhovoru.

DV: Milá Zuzano, jsem ráda, že jsme se zde na Zoomu sešly. Můj návrh je dívat se na Tvou práci krok po kroku. 1. Co děláš a jak to děláš? 2. Jaké efekty to nese? 3. Jaké dílčí změny díky tomu vidíš? Tohle je koneckonců fascinující možnost dívat se na léčbu skrz detail.

ZČ: Já začnu s vyprávěním v bodě, kdy jsme se koncem června dostali ke spolupráci s integrovaným záchranným systémem.

DV: Když říkáš my a mluvíš v množném čísle, kdo jste Vy?

ZČ: Členové Institutu pro psychotraumatologii a EMDR — určité množství vyškolených lidí v těchto metodách. Zareagovali jsme na tuto událost, oslovili jsme kolegy s tím, kdo by měl chuť se přidat do aktivního dvou až čtyřčlenného týmu, který by se střídal přímo v terénu. Já jako vedoucí týmu jsem zůstala aktivní až do současnosti, péče bude trvat nejméně do prosince. Naše práce měla různé podoby: šlo o přímou práci, krizovou telefonickou intervenci nebo o edukativní formu pro učitele a rodiče. Všechno se dělo na poli dobré spolupráce s ostatními záchrannými složkami — hasiči, policií, Červeným křížem, Adrou, Charitou, Modrým anjelom a dalšími organizacemi, které byly na místě tornáda. Finančně nás podpořil Český rozhlas. Jako nejohroženější část populace se ukázaly být děti, psychiatricky nemocní a staří lidé.



My jsme s tím malým úzkým týmem byli ke spolupráci přizváni a začlenění původně do IZS a velmi přirozeně, v rámci spolupracující sítě, jsme navázali kontakt s rodiči, s dětmi a dětskými skupinami, s potřebnými lidmi včetně seniorů. V průběhu času, po peritraumatickém období, jsme přešli do spolupráce se školami a školkou. Součástí naší péče byla nabídka edukativních seminářů, které byly zaměřené na to, jakým způsobem lze podporovat odolnost dětí. Tak vznikly podpůrné semináře pro složky, které jsou pak aktivní ve střednědobé a dlouhodobé péči. Takže jsme nabídli i školení pro lidi, kteří poskytují tuto následnou péči, aby mohli lépe porozumět mechanismům z oblasti, ze které přicházíme, tedy z traumaterapie.

DV: Já si myslím že přinášíš rozsáhlou zprávu o vaší činnosti, a kdybych se ji pokusila nějak strukturovat, jedna část je pozvání Institutu do postižené oblasti a zároveň reakce složek IZS na Váš vstup do té oblasti. To je jedno téma, které je velmi pozoruhodné a můžeme se na něj zaměřit, protože si myslím, že složky integrovaného záchranného systému začínají být víc poučené. Přesto, váš vstup byl pro ně jistě velmi formativní.

Další téma je metodologické. Ty jsi popisovala škálu metod. Od krizové intervence k podpůrným postupům až k terapeutickým postupům. Můžeme se na to podívat postupně. Také jsi použila slovo edukace a nedívala ses jen na dětskou populaci, ale na populaci vcelku, protože samozřejmě to na sebe, jako sněhová koule, nabalilo další potřebné lidi, kteří také potřebovali pomoc. Nejbliž byli asi rodiče a učitelé, ale ukázalo se, že potřební jsou senioři, že potřební jsou všichni.

Pojďme tedy po těchto částech, mohu-li to takhle navrhnout, abychom se podívaly na systém, do nějž jste vstoupili a který na vás reagoval a který jste ovlivnili. Mohly bychom se podívat také na použití metod, dále na potřeby obyvatelstva a na to, jak vaše působení na tyto potřeby odpovídalo a v jaké fázi. Dává smysl návrh této struktury?

ZČ: Úplně. Když říkáme, že jsme byli přizváni do Integrovaného záchranného systému, doplním, že na samém začátku přišla naše aktivní nabídka policejnímu sboru a vojákům (ti ještě v tu chvíli nebyli ke spolupráci přizváni). Policejní sbory spolu s hasiči měli zasedání, kde byla naše nabídka na podporu dětí jako ohrožené části populace projednávána. Naše nabídka z 25. června, den po události, obsahovala popis naší organizace a metod, protože když se řekne psychotraumatologický institut, podle pyramidy potřeb při hromadných nebo mimořádných událostech je samozřejmě psychotraumatologie vnímána na úplném vrcholu, spadá do jiného časového rámce a není tedy vnímána jako priorita. Jak víme z terénní práce, zasažení lidé potřebují nejprve uspokojit potřebu bezpečí, základního ošacení, jídla a vyřešení dočasného bydlení vedle likvidace následků neštěstí. Zároveň, to, co je důležité, je právě velmi podrobný a komplexní monitoring potřeb lidí, stavu obydlí a celé komplexnosti jejich životů, která je zasažena, změněna. V rámci této prvotní fáze jsme nabídli pomoc s monitoringem a vedle toho z naší strany přišla nabídka krizových intervencí a práce s těmi potřebami, které se z monitoringu vyšly jako důležité. Díky této strategii jsme byli přizváni, koordinaci vedl hasičský záchranný sbor, v jehož vedení jsou osoby, které rozumí těmto novým psychotraumatologickým metodám a mají v tom vlastně jak vzdělání, tak ale i hluboký lidský vhled a důvěru v účinek seberegulač-



ních mechanismů, které jsou založeny na jednoduchých a přirozených postupech. Jsou to mechanismy, které můžeme pozorovat u zvířat ve volné přírodě, sloužící ke každodennímu přežití život ohrožujících situací, neboť u nich se ukazuje, že netrpí traumatem. Mají instinktivní mechanismy, nejen jak se ochránit, ale i jak se potom vrátit zpátky do rovnováhy. A to je jeden směr, který zachází s neurobiologickou metodologií a ten se nazývá *Somatic experiencing*. Druhý směr, se kterým pracujeme a ze kterého jsme vycházeli, je metoda *EMDR Eye movement desensitization and reprocessing*, metoda, která je Světovou zdravotnickou organizací uznána jako jeden z doporučených postupů při léčbě traumatu. V odborné veřejnosti není zcela známo, že obě tyto psychotraumatoterapeutické metody fungují v prvních hodinách a dnech a jsou zaměřené na to, aby podpořily nervový systém pro aktivaci zvládacích mechanismů, a nikoliv pro zablokování přirozených vyrovnávacích strategií.

DV: Já bych to velmi fascinovaně poslouchala a dávala doplňující otázky k oběma těm větším, které jsi jmenovala a je jasné, že to, co jste dělali, byla práce s prvotním nárazem, vstup do toho, aby se nerozvinul posttraumatický stresový stav a syndrom a věřím, že se k tomu dostaneme později.

Ráda bych se ještě chvíli věnovala systémové stránce. Na jaké klíčové slovo reagovali pracovníci integrovaného záchranného systému? Bylo to slovo trauma nebo reagovali na pojem krizová intervence? Co bylo to zaklínadlo, na které uslyšeli?

ZČ: Myslím, že tím zaklínadlem byly právě SE a EMDR a nabídka práce s dětmi, hluboká znalost poučených lidí ve vedení, znalost potenciálu těchto metod a jejich užití v těch prvních chvílích. To byla vstupenka do pole, kde jsme mohli působit komplexně, a ne soliterně. Tohle považuji za velmi důležitý bod a nesmírně to oceňuji, protože oni nám jako neznámým lidem dali obrovskou důvěru.

DV: Já si myslím, že je důležité, že Vás uvedl IZS. Má to svoji váhu. A to není jenom hasičský sbor, to je i záchranná služba a policisti. Jakou roli při kooperaci s Vámi, nebo v tom vstupu, měly právě tyto složky?

ZČ: V tom úplně prvotním vstupu to bylo na hasičském záchranném sboru jako koordinátorovi ostatních složek. Jakmile jsme dostali požehnání a pár dní po události přijeli na místo, dostali jsme kontakt na místní centrum. To sdružovalo všechny složky, dvakrát za den probíhalo plánování monitoringu a předávání informací o akutních potřebách obyvatelstva.

My jsme měli za úkol dvě věci. Jednak jsme, podobně jako oni, prováděli monitoring v domluvených oblastech a za druhé, pokud se objevila potřeba intervence u dětí nebo rodin či psychiatricky nemocných lidí, byli jsme odvoláváni a přivoláni na místo potřeby.

DV: Kdo určoval tuto potřebu? Říkali si o pomoc sami obyvatelé, nebo tam byl někdo, kdo to nějak prozkoumal?

ZČ: Různé zdroje. Jednak to přicházelo od záchranných složek, jednak od dobrovolných organizací, které byly do IZS též včleněny. Byl stanoven jednotný postup, aby lidé nebyli vystavováni opakovanému monitoringu z různých organizací, což se dávalo v různé míře a různým způsobem. Někdy se stalo, že lidem klepali u dveří různí



lidé z různých organizací a nabízeli pomoc. Samozřejmě, jedna věc je přirozená spontánní péče a druhá věc je pomoc více koordinovaná. Koordinace má velký potenciál, protože se udělá co nejkompexnější záchyt potřebných lidí a my potom můžeme mít co nejpřesnější seznamy adres, kde jsou již jednotlivé potřeby přesně popsány. Takže opravdu jsme dostali informaci, je tady maminka se dvěma dětmi a děti se bojí vejít zpět do domu, chtějí bydlet u babičky. Nebo že děti začaly koktat, počůrávat se, mít obtíže se spánkem, mají velký strach ze špatného počasí. Byli jsme často voláni k dětem do dvou let se změněnou reaktivitou, které neustále plakaly, nebo přestaly jíst a hrát si. Takže jsme byli k dispozici pro takovéto akutní stresové reakce, které jsou sice přirozenou odpovědí nervového systému, ale zároveň nemusejí být srozumitelné a mohou se samozřejmě stát překážkou v odeznívání reakce. Rodiče si při monitoringu sami říkali o podporu anebo jim byla pomoc a podpora nabídnutá. V případě souhlasu nám byla poskytnuta adresa a prosba o intervenci.

DV: Já mám zkušenost z povodní a fungovala jsem tehdy jako spolupracovník hasičského záchranného sboru. Ale to, co myslím chybělo tehdy, jste vy naplňovali. Domnívám se, že jste byli ten důležitý článek, něco mezi intervencí a terapií, mezi intervencí a léčbou. A někdy v budoucnu přijde dlouhodobá péče o lidi, kteří ji z nějakého důvodu prostě budou potřebovat, ale vy jste byli ten rychlý akutní a zároveň léčebný článek, intervenčně léčebný. Takhle bych to chápala. Je to vlastně určitá zpráva o tom, a to také díky nabídce Vašeho traumatoterapeutického institutu, že traumatologické péče v naší zemi dozrává. Nebo, že se dostává do vyššího levelu.

ZČ: Mně se moc líbí toto hledání slov, co je vlastně vše ukryto za tou první intervencí.

Než najdu slova, dokreslím ještě jeden důležitý kousek toho, jak se ocitali lidé v péči, protože je zde ještě další bod, který mi připadá velmi důležitý. A to je vlastně to kouzlo. Pokud můžeme porozumět reaktivitě nervového systému na ohrožení, můžeme velmi rychle uchopit také klíč k tomu, jak se navrátit zpátky k odolnosti. A jestliže jsme mohli chodit mezi lidi a napomáhat zpátky aktivovat sebezáchovné mechanismy, pak název toho, co jsme dělali, zní: podpora sebeúdravných, seberegulačních mechanismů. To je něco, co se jako velmi úzká část psychotraumatologie může odehrát jen v rámci kontextu, ve kterém je to nabízeno. To má potom různé podoby a různé hranice pro spolupráci. A proč o tom mluvím — tím, že jsme se pohybovali v terénu delší dobu, začínali za námi lidé chodit sami a říkat si o podporu. A dělo se to na bázi léčivého, nebo seberegulačního efektu rodin, u kterých jsme byli, a se kterými jsme stále zůstávali v kontaktu, nebo jsme je telefonicky zkontaktovali, jestli ještě něco nepotřebují. Na bázi těchto zpětných vazeb si rodiny předávaly zkušenosti s námi mezi sebou. Takže my jsme vlastně v závěru měli nejvíce intervencí na základě předávání zkušeností mezi rodinami. A to je něco, co zůstalo živé i pro střednědobou péči; každotýdně se ozývají lidé, kteří již mohli projít první fází nádechu, fází stabilizace základních fyzických potřeb, mají kde bydlet, mají už větší základní orientaci. Život se vrací do normálu. Přestože bude v následujících měsících zapotřebí mnoho práce, už se navrací každodenní rytmus. V tuhle chvíli dokáží rodiče vidět, že přeznávají určité momenty, které mohou dále odčerpávat energii, už na to mají kapacitu. Příkladem je několikahodinové usínání dětí, nebo obava dětí, když jde maminka na zahradu a ony by zůstaly deset minut doma samy. Ted' opravdu mlu-



vím o extréměch. Není to popis veškeré populace. Tito citliví napojení rodiče hezky popisují, že tomu dávali čas a prostor, až se věci samy upraví a s nástupem dětí do škol, do každodennosti, vlastně vnímají, že je potřeba nějaké odbornější péče. Taková péče nemusí v případě psychotraumatologických postupů znamenat dlouhodobou terapeutickou a podpůrnou léčbu, mnohdy stačí edukace rodičů v podobě jednoho až pěti bodů, jak mohou napomáhat zklidnění, anebo dvě až tři návštěvy, aby se přirozeným způsobem, kterým je hra a sledováním aktivace a deaktivace nervového systému mohly nastavit postupy, které přirozeně rychle navrací odolnost dětí a napomáhají strávit zážitky, které byly přespříliš.

DV: Já si myslím, že by stálo za to, kdybys tohle, co jsi tady moc krásně popsala, mohla ilustrovat na konkrétním příkladu.

ZČ: Já mohu nabídnout pohled podle věku a vývojové úrovně dětí. Mohou se projevit velmi dobře mechanismy, které jsou nápomocné. Zatím se stále budu pohybovat v oblasti první psychické pomoci, v prvních dnech a týdnech po tornádu. Protože jsme pak nabízeli další etapu naší podpůrné práce pro budování odolnosti, to bylo v září a říjnu ve školních třídách, a později ve školce. Ty mechanismy byly podobné, ale už měly trochu jiný kontext.

Nejčastěji jsme se setkávali s žádostí o intervence u miminek a dětí tak do věku devíti let. To byla nejvíce formativní část dětí. Moje porozumění tomu, co jsem mohla vidět v terénu, bylo, že starší děti, a tím nechci určit hranici na 9–10 let, mohly aktivovat mechanismy zvládání velmi přirozeně, vlastně tím, že byly zapojené do odklízecích prací, do pomoci okolí. To jim pomáhalo navracet zpátky vlastní hodnotu, přítomnost, vědomí, důležitost, empatii, vlastně mnoho důležitých kvalit. Získaly pocit vlastní angažovanosti, vlastního zapojení, který umožňuje dostat situaci zpátky pod kontrolou a léčí hluboký zážitek bezmoci a zranitelnosti. Přináší sílu a možnost věci ovlivnit.

A teď budu věnovat pozornost menším a malinkým dětem. Přicházeli jsme do rodin k dětem od nula do tří let, které byly často plačtivé a předrážděné. Měly poruchy spánku a poruchy jídelního rytmu. Vlastně šlo o normální reakci na tak velkou nestabilitu a chaos, ve kterých se vyskytovaly. Je potřeba dětem vrátit nějaký rytmus, ten jim dává zpátky bezpečí a taky kontrolu v podobě předvídatelnosti. A toto potřebujeme vrátit na jemnější neurobiologickou úroveň, takže my velmi precizně sledujeme tělo těchto dětí, sledujeme, na kolik má dítě živou, nebo zamrzlou mimiku. Na kolik dítě, když s ním půjdu do hry, je schopno nějakého rytmu a hravého zážitku, emocí, které odpovídají tomu podnětu. Můžeme vidět děti, které jsou extrémně vystrašené a vnitřně stažené, ať už se projevují pláčem anebo na opačné straně, děti předrážděné, které nejsou schopné využít ten hravý podnět, jako kdyby jejich mysl a jejich tělo zůstalo v bodě ohrožení, tam a tehdy. Při tomto základním pozorování se díváme, kde je vstupní brána k tomu, aby se dítě začalo připoutávat svým zdravým mechanismem, přirozeným, sociálně napojeným kontaktem. Vše provádíme nejjemnějšími způsoby pomocí her, při kterých užíváme následně bilaterální stimulaci pro hlubší stabilizaci nebo znovuzpracování těžké vzpomínky. Používáme rytmus a pohyb pro zklidnění či vybití držené energie, zapojujeme nejrůznější smysly, aktivujeme orientačně pátrací reflex, abychom mohli probudit zvědavost dítěte, protože na zvědavost se zpátky váží obranné reakce, které v tu chvíli zůstaly přehlcené a zamrzlé. Takže



hledáme způsoby zajímavého citlivého kontaktu, který vede ke znovunastolení přirozeného způsobu vyrovnávání se zátěží. Nechceme děti pouze zbavit symptomů, chceme pomoci jejich mozku začít integrovat nadlimitní zážitky a posilovat jejich odolnost. Tímto způsobem se mozek sám vypořádá s obtížemi, které jsou důsledkem zahlcení a chybného zpracování původní vzpomínky. Jak to vypadá v realitě? Na první pohled velmi jednoduše — s někým si házíme míčem, s někým se honíme, s někým odháníme bouřku a s jinými si kreslíme nebo si hrajeme s maňáskem. Naše maňásková ovečka jemným způsobem navazuje kontakt a je důležitá i vzhledem k haptickému vjemu. Stejně tak tomu pomáhá mazlení se zvířaty a cokoli, co dělá na kůži příjemný pocit. Některé děti potřebují mít velkou dynamickou hru a skrz ni sledujeme, co potřebují vyjádřit, doplnit, zahodit... Díváme se, co je první bezpečný zážitek po stresové události, zprostředkováváme nebo posilujeme léčivý krok, který ještě neproběhl a chybí, nebo proběhl a vědomí ho dostatečně neuchopilo. Jak jsem již vyprávěla před chvílí, modely neurobiologického vývoje nás učí o různých léčivých možnostech, jak důležité je vzbudit zvědavost, navrátit dítě zpět do prožitku hry, nebo mu pomoci oživit mimiku nebo jemnou, hrubou motoriku a nezapomenout na práci s hlasem. Takže musíme používat kreativitu na místě samotném. Využíváme k tomu kontakt s rodičem a zároveň jim tyto principy vysvětlujeme. Na prvním místě podporujeme rodiče samotné, a to proto, aby mohli být tím zdravějším, odolným jedincem, o kterého se dítě může opřít. Takže s miminko můžeme pracovat klidně jen 5 minut, pomocí zvonečku. Je to zajímavý milý zvuk, mohou se za ním začít postupně otáčet a hledat zdroj cinkání. Pak, když už jsme pomohli obnovit regulaci zvukem, můžeme použít barevný míček, aby zapojily také zrak. A to celé se děje v náruči maminky a vlídné atmosféře. Postupně podpoříme i maminku, aby se miminko mohlo propojit s její mimikou a kontaktem pomocí známé hry kukuku kuk, tady jsem. Pojdme si uvědomit, že trauma anebo šok je vlastně něco, co znamená ztrátu spojení. A nejen ztrátu spojení s druhými, ale i ztrátu spojení jednotlivých částí mysli mezi sebou. Nejdříve potřebujeme na jemné úrovni zpátky propojit jedince zevnitř — s jeho smysly, pohybem, motorikou, zvědavostí — abychom potom mohli udělat propojení zvenku do kontaktu s druhými. Aplikovali jsme dvě metody, práci s prvky z SE a postupy z metody EMDR, takže vlastně pomocí *bilaterální stimulace*. Pomocí *tappingu* na levé a pravé straně těla jsme mohli napomáhat nervové soustavě začít zpracovávat přehlčení a začít zpátky aktivovat ty sebeúdržavné mechanismy, které každý máme; někdy jim potřebujeme jenom znovu něco připomenout anebo je zapnout, aby mohly být funkční. Když se řízneme, nepotřebujeme říkat: „Krví, vyplavuj krevní destičky! Vytvoř strup, zahoj pokožku, všechno je v pořádku.“ To je moudrost našeho těla. Při přehlčení moudrost stále zůstává, a někdy jen potřebuje podporu se otočit zrakem nebo vnitřním nastavením do správného směru.

A stejně se to děje u starších dětí, jenom hry regulujeme podle věku a povídáme si s nimi podle jejich zájmu způsobem, abychom našli léčivé zdroje a našli příběh, který není o události, ale začíná situací, kdy život byl ještě v pořádku a končí momentem, který je opět v pořádku.

Od našich kolegů z pole EMDR známe postupy pro akutní stres, jsou velmi jednoduché, založené na principu bilaterální stimulace a *duální pozornosti*, a právě ony nám ukázaly v terénu svůj velký potenciál. Tyto intervence jsou výborné v tom, že můžeme pracovat naráz s celou rodinou, třídou, společenstvím, nemusíme k tomu



mít žádné pomůcky a metoda může trvat jen pár minut. A to je velmi vzácná kombinace — bylo zázračné vidět, že se nám potom scházely rodiny sousedů kolem a mohli jsme pracovat s celými rodinnými jednotkami, nebo s maminkami, co dorazily na hřiště nebo s třiceti dětmi co byly hlídané, aby rodiče mohli opravovat své domy. Ve čtyřech lidech se dá zvládnout obstarat desítky a stovky lidí. A zde vnímám velký potenciál, který je, řekla bych, velmi nový pro naši zemi. V Mexiku, Itálii, Turecku, Izraeli mají ve společnosti daleko více zabudovány postupy pro zvládání dopadu těchto mimořádných událostí, jsou vyzkoušené desítkami let praxe a my máme to velké štěstí, že je můžeme přebírat a aplikovat na naše prostředí, na naši kulturu a pomáhat tvořit nové pojetí práce v místě zásahu. Pak se ukazuje, že v rámci třídních kolektivů můžeme pracovat s desítkami dětí najednou a ta práce se jeví jako efektivní a velmi laskavá ve své nenásilnosti, hravosti a jednoduchosti.

DV: Pravděpodobně mluvíme o nějakém rodičím se systému. Já bych ráda zůstala u jednoho detailu. Potřebuji se zeptat: Co je to bilaterální stimulace? Mohla bys osvětlit její princip?

ZČ: Tady se budu pouštět během vysvětlování na velmi křehké pole neurobiologie, křehké v tom, že existuje mnoho výzkumů na efekt bilaterální stimulace (BLS), tzn. stimulace levé a pravé části těla. Výzkumy dokládají efektivitu těchto postupů, ale je obtížné výzkumně tak komplexní systém jako je mozek zúžit do jednoduchých dat, aby nedocházelo ke zkreslení nebo byly zachyceny všechny souvislosti. Modely ukazují, jak významnou roli hraje pracovní paměť a konsolidace stop dlouhodobé paměti, efekt rychlých očních pohybů, který známe z fáze REM spánku, aktivace parasympatického systému, snížení činnosti limbického systému, zvyšování aktivity prefrontální části mozku, avšak jednotný pohled na to, co přesně se děje v mozku a proč, nemáme.

BLS se nepoužívá sama o sobě, ale používá se v kontextu *duální pozornosti*. Duální pozornost je způsob, kdy stojíme jednou nohou v minulosti, v zážitku, který vnímáme subjektivně jako zatěžující v daný moment a druhou nohou jsme v přítomnosti teď a tady. A tato kombinace ve spolupráci s BLS ukazuje v evidence based studiích, že má velký efekt právě na snižování úzkostně depresivních stavů; spočívá v aktivaci sebeúdravných mechanismů a má efekt na zvyšování asociativní paměti, na zvyšování činnosti parasympatiku. Při práci s *duální pozorností* s BLS dokážeme lépe asociovat souvislosti, které se děly a vybavovat a integrovat ty části smyslové zkušenosti, které zůstaly nejvíce vázané v implicitní paměti. Tak se tyto disociované, odtržené části, vracejí zpátky do vědomí a vytváří vnitřně koherentnější příběh a přispívají do rostoucího pocitu smyslu a zážitku bezpečí. Jak? V jednom okamžiku můžeme začít vnímat, že příběh, který se stal, již není bezčasá, stále trvající hrůza okamžiku, ale že má souvislý charakter. Souvislý příběh znamená existenci začátku a konce. Tato konečnost podporuje pocit bezpečí, mozek se učí, že vše těžké již bylo, je to pouze vzpomínka. Dalším bodem, který přispívá do léčivých mechanismů je aktivace parasympatického systému a nový způsob ukládání vybavených starých vzpomínek. Situace, které jsou těžké, na které myslíme, se tak stávají jemnější, stravitelnější, klidnější méně intenzivnější, propojenější, ve větším kontextu, který dává smysl tím, že dochází k ukládání vzpomínky novým, efektivnějším způsobem.



DV: Já mám tendenci to chápat tak, že se potom něco děje i s naším hormonálním nastavením, tzn. že tělo dostává zprávu, že akce skončila, a že může nastat útlum, kdežto v tom posttraumatickém procesu ta akce pořád trvá; za ukončení akce na tělové úrovni je odpovědný hormon kortizol. U lidí s přeznívajícím psychickými obtížemi se nevyplavil v dostatečné míře.

ZČ: Když se tělo cítí ohrožené, uvolňuje energii nutnou k přežití. A když my všichni tu energii, tu obrovskou míru reaktorů, které se spustily v těle, nevyužijeme, tak tato energie zůstane zablokovaná a může propuknout v posttraumatickou stresovou poruchu a v následky v podobě nejrůznějších symptomů. Jedna věc je, že my s tím můžeme pracovat tak, abychom vybili tu nevybitou energii v podobě tělové akce, dokončili pohyb, který nebyl možný dokončit předtím. Druhá možnost je, že se můžeme dívat na podstatu traumat jako na způsob chybně zapsaných informací. K jejich léčbě využíváme právě propojování myšlení, emocí, těla, asociativní paměti a důvěry v nás samotné. Důvěry v to, že když dáme ty nejlepší podmínky pro znovuzpracování chybně zpracované vzpomínky, tak tělo má mechanismy, jak tím znovu projít lépe a propojit vše neintegrované. A když se věci děly rychle a nečekaně, tak to v jiném čase a v bezpečí můžeme udělat vědoměji, pomaleji, kontrolovaněji a vlastně zpátky s tou plnou důvěrou k mechanismům přežití. To je něco, co jsme měli od počátku, přežili jsme to, zvládli jsme to a potřebujeme tuto energii znovu navrátit a oslovit na všech úrovních biologie těla a pomoci zpracovat, to, co nebylo dobře dokončené.

DV: Náš rozhovor vzniká z potřeby, a je to vzájemná potřeba, udělat nějakou dobrou odpověď na to, jak vypadala a vypadá vaše práce v tornádové oblasti a neretraumatizovat pomocí žurnalistiky ve snaze pojmenovat celou záležitost patogenetizujícím způsobem. Domnívám se, že práce žurnalistů popisovat především to, co je špatně, co nefunguje, a orientovat pozornost čtenářů na negativní detaily, vychází z tendence dokončit něco těžkého vyprávěním toho, jak to bylo. Ale má to svoje rizika a těmi riziky je retraumatizace. A myslím si, že obecně žurnalistické povědomí jde touto cestou a skončí v pasti retraumatizace. Vlastně se zatočí ve víru problému samotného, ale bez léčebného prostředku. Do tohoto místa, abys povídala o léčbě a úzdavě, tě ti novináři, v dobré snaze událost nějak popsat, nepustili.

ZČ: Záleží na tom, jak o té věci přemýšlíme. Moderní psychotraumatologie se na to dívá tím způsobem, že můžeme být na straně života, nebo na straně traumatu. Slovo trauma je velmi moderní pojem, který se v tuto chvíli někdy až nadužívá a někdy se užívá nepřesně. Pro lidi je tak fascinující, protože v něm spočívá též potenciál naší sebeochrany. Potřebujeme vědět o věcech, které se mohou stát špatně, abychom na ně byli připraveni. A druhá věc je, že ale přitom můžeme stát na straně života, to jsou všechny ty salutogenetické pohledy — na naše zdraví, na naši odolnost, na to jak rozvíjet potenciál člověka, i když se dějí složité životní situace.

DV: Ty salutogenetické jsou přirozené sebeúzdavné mechanismy v člověku, v lidstvu a ve zvířatech, které jsi zmiňovala prve, přirozená schopnost se uzdravovat a rozvíjet se v tom dobrém. Tohle vy přesně děláte, nastavujete podmínky salutogenezi.



PhDr. et Mgr. Zuzana Čepelíková

ZČ: Přesně tak a zároveň hovor o těchto mechanismech je něco, co je velmi nový způsob, jak to pojmenovat. Můžeme se na to podívat i v pojmech, které používáme. Často používáme pojem traumatizovaný člověk a na druhé straně, v salutogenetickém poli chápání, je člověk přeživší. To jsou mechanismy, ve kterých se pohybujeme. Když budeme mluvit s novináři, budeme hovořit o obou dvou možnostech, posluchači se mohou opírat o to, co je pro ně srozumitelnější.

Což je ten první pohled, jak zůstat ochráněn, ne ten, jak se léčit. A proto mám velkou radost, že to tady můžeme zdůraznit. A můžeme se všichni ve společnosti učit dívat se ne dozadu, na to, co bylo, ale dopředu, moudře a vědomě. A pro mě je nesku-tečně moudré pozorovat koncepty kolegů Izraelců, kteří tím, jak po několik desetiletí musejí čelit nejrůznějším životním výzvám a zkouškám, tak v tomto mají velký profesionální náskok před námi.

Oni velmi precizně rozlišují dvě věci, a to prevenci a připravenost. My za posled-ních 10 let jsme velmi výrazným způsobem rozšířili preventivní programy do škol, k dětem různého věku, do společnosti, porozumění pro nejrůznější specifické po-třeby různých osob v populaci. Jde o princip prevence — předcházení něčemu. A pak je tady další část, schopnost být o krok dál, a to je princip připravenosti. Od malého věku se velmi dobře připravujeme na znalost první pomoci. Víme, jak zareagovat na tepenné krvácení. Víme, jak udělat stabilizační polohu a jak udělat umělé dýchání nebo masáž srdce, aniž bychom očekávali, že budeme u autonehody a že tyto doved-nosti někdy budeme muset použít. Je to vlastně princip, jak se cítit v bezpečí, být připraven na nenadálé události.

Izraelští kolegové mají velmi zajímavé koncepty připravenosti pro emoční zra-nění. Oni říkají, že být připraven na to, že se dějí těžké věci, znamená být připravený jak emočně, tak informačně a je to vlastně důležitou součástí zdravého seberozvoje člověka. A samozřejmě, často tuto připravenost přináší život sám, takže my víme, protože jsme již jako společnost prošli pár povodněmi, že když přichází povodně, utíkáme nahoru. Teď už budeme mít novou připravenost v podobě informací, když



přichází tornádo, utíkáme do úkrytu. Zároveň stále ještě nevíme, jak být připraven na emoční situace, které nás zahltní — že můžeme použít velmi jednoduché postupy, jak se zpátky vrátit do své síly a odolnosti.

DV: Já celou dobu přemýšlím o tom, že bych měla chuť hledat slovník, který odpovídá salutogenetickým postupům. Určitě tam jsou taková slova jako připravenost, posílení, atd., ale chtěla bych jít dál a myslím si, že některé věci, které se dobře uplatňují v jazyce, mohou vlastně nést protilátku proti zamrznutí ve fascinaci. Proti patogenetickému uvíznutí.

Velmi děkuji za tuto část rozhovoru.

PhDr. et Mgr. Zuzana Čepelíková

Pracuje jako atestovaný klinický psycholog s dětmi, dospělými i rodinami, které procházejí životními změnami a výzvami. Má dvacetiletou praxi. Opírá se o četné české i zahraniční výcviky zaměřené na práci s traumatem a na zvyšování zvládacích mechanismů v zátěži.

Je ve vedení Českého institutu pro psychotraumatologii a EMDR, který založila. V jeho rámci intenzivně spolupracuje s kolegy z Itálie, Mexika, Anglie a New Yorku, od kterých integruje informace a sdílí zkušenosti a postupy. Na základě toho zpracovala edukační videa pro psychology a letáky pro kolegy. Věří, že každý si v sobě nese odolnost, jak procházet těžkými věcmi do dobrého konce. Její pracovní náplní je setkávat se s lidmi a s otevřeným srdcem hledat nejlepší možnosti pro kvalitu jejich života.

PhDr. Daniela Vodáčková

Vyučuje na Katedře sociální práce FF UK, je atestovaná klinická psycholožka s 32 let dlouhou psychotherapeutickou praxí. Pracuje s dospělými, dospívajícími a rodinami, poskytuje krizovou intervenci a je také lektorkou a odbornou garantkou výcvikových vzdělávacích programů s tématem krizové intervence, traumatu a paliativní péče. Působí rovněž jako supervizorka, především v programech, které se dotýkají krizových situací v životě člověka.

Daniela Vodáčková

Department of Social Work, Faculty of Arts (Katedra sociální práce, Filozofická fakulta)
Charles University (Univerzita Karlova)
nám. Jana Palacha 1/2, 116 38 Praha 1
ORCID ID: 0000-0002-9518-8821
daniela.vodackova@ff.cuni.cz