

Komplexní systém

PONEHODOVÉ PÉČE

v ČR



Komplexní systém

PONEHODOVÉ PÉČE

v ČR



T A
Č R

Tento projekt je spolufinancován se státní podporou Technologické agentury ČR v rámci Programu ÉTA.

www.tacr.cz

Výzkum užitečný pro společnost.

Název:

Komplexní systém ponehodosvé péče v ČR

Financováno z:



Tato kniha Komplexní systém ponehodosvé péče v ČR vznikla se státní podporou Technologické agentury ČR v rámci programu ÉTA.

Autoři:

Mgr. David Červinka, Mgr. Barbora Sulíková,
PhDr. Martin Kořán, CSc., Mgr. Jana Neusarová, Ph.D.,
Mgr. Katarína Brummerová, Mgr. Eva Jurčáková,
Bc. Denisa Machálková, Ing. et Ing. Kateřina Bucsuházy, Ph.D.,
Mgr. Veronika Kurečková, Mgr. Eva Adamovská,
Ing. Lenka Tomešová

Recenzent: PhDr. Mgr. Michal Walter

© Centrum dopravního výzkumu, v. v. i.
Brno 2023

ISBN 978-80-88655-03-9 (Pdf.; online)

Anotace:

Kniha shrnuje současné poznání v oblasti ponehodosvé péče, popisuje stav v ČR a možnosti dalšího rozvoje. Zabývá se popisem optimálních postupů primární psychologické péče-krizové intervence na místě dopravních nehod a mapuje možné postupy dlouhodobé psychologické péče o účastníky dopravních nehod. Uvedené poznatky jsou čerpány jednak ze zahraničních vědeckých studií a výzkumů, dále pak expertních rozhovorů s odborníky v dané oblasti, i vlastního dotazníkového šetření a socioekonomické studie. Kniha určena jak pro organizace, které se zabývají psychologickou péčí v dané oblasti, tak i pro odborníky z běžné psychologické praxe, kterým bude touto cestou poskytnut ucelený odborný přehled o specifikách psychologické péče o účastníky dopravních nehod. Cílem je zvýšení kvality života osob po dopravních nehodách.

Annotation:

The publication provides a comprehensive overview of current knowledge in post-accident care, highlights current practices in the Czech Republic and possibilities for further development. It describes the optimal procedures of primary psychological care-crisis intervention at the scene of traffic accidents and maps potential approaches of long-term psychological care for participants of traffic accidents. The presented findings are drawn from international scientific studies and research, in-depth interviews with experts in the field, and our own questionnaire survey and socio-economic study. The book is addressed to professionals dealing with psychological care in the field as well as to experts from ordinary psychological practice, providing them with a comprehensive professional overview of the specifics of psychological care for road accident participants. The ultimate objective is to enhance the quality of life for individuals in the aftermath of traffic accidents.

Obsah

1	Psychosociální dopady dopravních nehod	10
1.1	Přirozená reakce na ohrožující událost	10
1.2	Nejčastější psychické poruchy vznikající jako důsledek dopravních nehod	12
2	Psychosomatické dopady dopravních nehod	20
3	Věková a genderová specifika	24
3.1	Děti	24
3.2	Adolescenti	27
3.3	Senioři	28
3.4	Gender	28
4	Posttraumatický růst	31
5	Bezprostřední a krátkodobá psychologická péče u účastníků dopravních nehod	34
5.1	Defusing	34
5.2	Psychologický debriefing (CISD)	35
5.3	První psychologická pomoc (PPP)	38
5.4	Skills to Psychological recovery (SPR)	46
5.5	B-KBT (brief – tedy stručná terapie kognitivně – behaviorální)	47
5.6	Farmakoterapie v rámci krátkodobé péče	48
6	Dlouhodobá psychologická péče a účinné terapeutické postupy	50
6.1	Kognitivně – behaviorální terapie (KBT)	50
6.2	Na trauma zaměřená kognitivně-behaviorální terapie	56
6.3	Stručná včasná léčba (intervence) po dopravní nehodě	61
6.4	Skupinová psychoterapeutická léčba PTSD	64
6.5	EMDR	71
6.6	Léčba PTSD s využitím virtuální reality (VR)	74

6.7	Další terapeutické přístupy ve vztahu k práci s traumatem	77
7	Historický pohled na zvládání následků traumat	87
7.1	Historický vývoj pohledu na psychické dopady dopravních nehod	87
7.2	Novější historie dopadů dopravních nehod a ponehodové péče v kontextu výzkumných a podporujících organizací	92
7.3	Historický vývoj systému ponehodové péče v ČR	96
8	Systém péče v rámci Integrovaného záchranného systému ČR	100
8.1	Základní složky Integrovaného záchranného systému (IZS)	100
8.2	Psychologická služba	103
8.3	Zásady postupu činnosti na místě události, resp. dopravní nehody	110
8.4	Zkušenosti z praxe	113
8.5	Limitace stávajícího systému péče o oběti dopravních nehod v ČR a případná doporučení	120
9	Psychosociální ponehodová péče z pohledu Českého sdružení obětí dopravních nehod	122
9.1	Vymezení Psychosociální pomoci	124
9.2	Psychosociální poradenství pro pozůstalé po zemřelých obětech a účastníky dopravních nehod	128
9.3	Možnosti svépomoci pro účastníky nehod a pozůstalé a jejich copingové strategie	130
9.4	Občanská a profesionální podpora účastníkům dopravních nehod a pozůstalým	135
9.5	Pozůstalí jako nepřímí účastníci nehod	139
10	Péče o osoby s trvalým postižením	144
10.1	Služby sociální péče	144
10.2	Sociální poradenství	145
10.3	Služby sociální prevence	145

11	Specifika ponehodosvé péče u profesionálních řidičů	147
11.1	Otázka vyšší psychické odolnosti u profesionálních řidičů	147
11.2	Rizikové symptomy u profesionálních řidičů	150
11.3	Existující programy ponehodosvé péče pro profesionální řidiče a strojvedoucí v ČR	154
11.4	Shrnutí	156
12	Poskytování laické první pomoci u akutních život či zdraví ohrožujících stavů jako zdroj traumatické zkušenosti	158
13	Socio-ekonomické dopady dopravních nehod na jejich účastníky	163
13.1	Socio-ekonomické dopady dopravních nehod na jejich účastníky	163
13.2	Shrnutí	167
14	Případové studie	169
14.1	Roman (krátkodobá terapeutická péče – krizová intervence)	169
14.2	Hynek (krátkodobá péče – krizová intervence)	172
14.3	Paní Š. (dlouhodobá péče – psychosociální podpora)	174
14.4	Paní M. (dlouhodobá péče – psychosociální podpora)	178
14.5	Pan H. (dlouhodobá péče – psychosociální podpora)	182
14.6	Jaroslava (dlouhodobá ponehodová péče)	185
14.7	Martin (dlouhodobá ponehodová péče)	188
15	Přílohy	191
16	Seznam zkratk	198
17	Seznam použitých literárních zdrojů	201

Předkládaná kniha je výsledkem výzkumného projektu s názvem Komplexní systém psychologické ponehodo- vé péče v České republice (KOMPLEX), číslo projektu: TL05000424, který se věnoval výzkumu psychických dopadů dopravních nehod a mapování činnosti sítě odborníků přicházející do kontaktu s účastníky dopravních nehod. Cílem projektu bylo posouzení funkčních aspektů a limitů stávajícího systému psychologické péče, formulace potenciálních doporučení a v neposlední řadě také podpora vzájemné spolupráce a koheze zainteresovaných osob a institucí. Tento projekt byl podpořen Technologickou agenturou České republiky (TAČR), přičemž roli aplikačního garanta zastalo České sdružení obětí dopravních nehod. Dalšími spolupracujícími subjekty byla Asociace dopravních psychologů, Integrovaný záchranný systém a Česká asociace psychoterapeutů.

Cílem této knihy je podat ucelený pohled na problematiku psychických dopadů dopravních nehod včetně možností bezprostřední, krátkodobé a dlouhodobé psychosociální péče. Zpracovány byly nejčastější psychické poruchy rozvíjející se v důsledku dopravní nehody, a to včetně rizikových faktorů, genderových a věkových specifíků. V návaznosti na tato témata seznamuje kniha čtenáře s možnostmi bezprostřední intervence, zejména v podobě první psychologické pomoci. Rozsáhlé kapitoly jsou věnovány dlouhodobé psychosociální péči – historii péče o účastníky dopravních nehod i současné podobě systému ponehodo- vé péče v České republice a účinným terapeutickým postupům. V neposlední řadě se kniha zaměřuje také na specifika ponehodo- vé péče u profesionálních řidičů. Závěr knihy doplňují kazuistiky, sloužící jako praktická ukázka psychosociální práce se zasaženými osobami.

Obsahově vychází kniha z odborných studií, závěrů výzkumných šetření realizovaných v rámci projektu KOMPLEX i z odborné praxe autorů. Pro komplexní pohled na danou problematiku byla zpracována také socioekonomická analýza dopadů dopravních nehod a celospolečenských ztrát. Z formálního hlediska je kniha koncipována jako sborník. Vzhledem k rozmanitosti témat byla jednotlivým autorům ponechána volnost při strukturaci textu.

Předpokládanými čtenáři jsou odborníci z oblasti péče o osoby zasažené dopravními nehodami a traumatickými událostmi obecně - tedy členové IZS, krizoví intervenenti, psychologové, psychoterapeuti, psychosociální pracovníci a lékaři. Současně může být kniha přínosná také pro studenty zmíněných oborů i poučené laiky, kteří mají zájem o rozšíření znalostí. Přímo osobám zasaženým dopravní nehodou můžeme doporučit primárně návštěvu webových stránek www.ponehodovapece.cz, kde jsou k nalezení praktické informace včetně kontaktů na odbornou pomoc.

Jednou z premis předkládané knihy je opuštění pohledu na člověka, který prožil vážnou dopravní nehodu, jako na pasivní oběť traumatické události. Podporujeme rovnocenný, zplnomocňující přístup s vědomím toho, že událost jako je vážná dopravní nehoda může mít vedle traumatizujícího dopadu také významný potenciál k osobnostnímu růstu.

1. Psychosociální dopady dopravních nehod

David Červinka, Barbora Sulíková

Dopravní nehoda je událostí s potenciálem traumatických dopadů na psychický stav zúčastněných osob, ať už se jedná o přímé účastníky, svědky události, nebo o blízké a příbuzné. Každý člověk reaguje na událost individuálním způsobem a svou roli zde sehrává celá řada situačních a osobních faktorů. Dopravní nehoda je zpravidla situací, kterou nemůžeme dopředu předvídat. Situací, kdy dochází nejen ke škodám na majetku, ale také k potenciálnímu ohrožení duševního zdraví zasažených osob. I zdánlivě lehká nehoda nás může zaskočit a vyvolat negativně prožívanou reakci.

1.1 Přirozená reakce na ohrožující událost

Dopravní nehoda může u zasažených osob nabourat pocit bezpečí a jistoty. Dotyčný může prožívat stres, úzkost, strach, šok, bezmoc a ztrátu kontroly nad situací. Později se mohou dostavit pocity vlastní slabosti, zlost, stud, nenávisť i pocity viny. Obvyklou průvodní reakcí jsou také poruchy spánku, noční můry i tzv. flashbacky čili opakovaně až nutkavě se vracějící vzpomínky na prožitou událost. Není neobvyklé, že lidé v důsledku dopravní nehody pociťují déletrvající napětí, emoční otupělost, rychlé změny nálad, zvýšenou ostražitost nebo se lehce vylekají. Dotyčný může mít výpadky paměti (především

spojené s okolnostmi nehody), problémy s koncentrací pozornosti, myšlením, může vykazovat snížený výkon v každodenních a pracovních činnostech, ztratit zájem o dříve oblíbené aktivity, stranit se sociálního kontaktu nebo se vyhýbat místům a věcem, které událost připomínají. V souvislosti s prožitým stresem může člověk pociťovat i řadu tělesných obtíží jako například nechutenství, nevolnost, bušení srdce, bolest a sevření na hrudní kosti, bolesti hlavy nebo dolní části břicha apod. (Policie ČR, 2023b).

Ve většině případů se jedná o příznaky krátkodobé, které samovolně odezní. U některých lidí se tyto příznaky nemusí projevit vůbec a v určitých případech mohou být dopady dopravní nehody přítomny dlouhodobě (Policie ČR, 2023b). Přestože po traumatu může dojít k opožděnému nástupu příznaků, většinou se objeví do 3 měsíců od traumatu (Wiederhold & Wiederhold, 2010). U části pacientů dochází postupem času k tzv. spontánní remisi. Jev upozoroval Brom (Brom et al., 1993). Ve studii Blancharda a jeho kolegů (1995) došlo po šesti měsících u čtvrtiny pacientů k vymizení příznaků a u další čtvrtiny se jejich projevy významně snížily. To znamená, že u poloviny pacientů došlo k výraznému zlepšení stavu bez jakékoliv intervence. K podobným výsledkům dospěli i další autoři, když u skupiny osob, kterým byla poskytována terapeutická podpora, nebyly z dlouhodobého hlediska shledány v porovnání s komparativní skupinou bez jakékoliv terapie žádné významné rozdíly (Sijbrandij et al., 2007).

U určitého počtu zasažených osob může dojít k chronifikaci stavu a trvalé změně osobnosti. Přetrvávají-li psychické dopady dopravní nehody déle než 4-6 týdnů nebo se po několika týdnech od události začnou opětovně objevovat, doporučujeme se obrátit na odborníka v oblasti duševního zdraví (např. psychologa, psychiatra) (Policie ČR, 2023b).

1.2 Nejčastější psychické poruchy vznikající jako důsledek dopravních nehod

Vážná dopravní nehoda je v kontextu naší euroamerické společnosti vůbec nejčastějším typem traumatické události. Tyto události tvoří polaritu k přirozenému pojetí světa jakožto bezpečného a předvídatelného systému. Zkušenost s vážnou dopravní nehodou může u řady lidí vést k narušení psychické integrity a rozvoji duševních poruch, které se až v 70 % případů neprojevují izolovaně, ale tvoří spíše určitý komplex příznaků v rámci několika diagnostických jednotek. Z odborných studií vyplývá, že v souvislosti s dopravní nehodou dochází k rozvoji alespoň jedné duševní poruchy u 25–36 % zasažených osob (Matsuoka et al., 2008).

Nejčastěji zaznamenanými psychiatrickými diagnózami jsou posttraumatická stresová a depresivní porucha. Dále se u účastníků dopravních nehod mohou objevit také projevy fobických úzkostných poruch, panická porucha, generalizovaná úzkostná porucha a poruchy způsobené užíváním návykových látek. Tyto psychické dopady dopravních nehod významně ovlivňují také sociální fungování a mohou se manifestovat rovněž na úrovni somatických obtíží (Ehring et al., 2006; Matsuoka et al., 2008; Mayou & Bryant, 2001; O'Donnell et al., 2004; Taylor & Koch, 1995).

Většina odborných studií věnujících se dané problematice zkoumala dopady na psychický stav u účastníků dopravních nehod, kteří byli v důsledku události hospitalizováni. Navzdory této skutečnosti existují skupiny osob jako jsou nezranění účastníci, svědci, nebo příbuzní a pozůstalí oběti dopravních nehod, které událost může rovněž významně zasáhnout, avšak v tomto kontextu bylo publikováno pouze minimum odborných studií.

Akutní reakce na stres (ASD)

Jedná se o přechodnou duševní poruchu, která vzniká jako bezprostřední reakce na výjimečný fyzický nebo psychický stres. Rozmanitá symptomatologie poruchy probíhá v typickém cyklu, který zahajuje

úvodní stav ustrnutí spojený se zúžením pole vědomí, snížením pozornosti, narušením procesu zpracování informací, celkovou dezorientací i pasivním stažením (až do podoby stuporu) nebo naopak zvýšenou agitovaností a hyperaktivitou v podobě neúčelného jednání, útekové reakce apod. Na tento stav mohou navazovat projevy úzkosti, depresivního ladění, beznaděje, ale i zlost a agrese. Obvyklá je přítomnost výrazných vegetativních příznaků v podobě tachykardie, pocení, chvění a zčervenání. Symptomy zpravidla během hodin či několika dnů spontánně odezní. Na dané období se u dotyčného člověka může rozvinout částečná, ale i úplná amnézie (Raboch & Zvolský, 2001; Orel, 2012, WHO, 2023).

Prevalence akutní reakce na stres po dopravních nehodách, se pohybuje v rozsahu 1,6–41,1 %, toto rozpětí může souviset s charakteristikami zkoumané populace, jako je věk, pohlaví, závažnost zranění, a také s typem použitého diagnostického nástroje. Metastudie z roku 2018 odhalila do jednoho měsíce od události průměrnou prevalenci u 16 %¹ účastníků dopravních nehod (Dai, 2018). Akutní reakce na stres (ASD) v raném posttraumatickém období patří mezi spolehlivé prediktory dlouhodobých psychických problémů. Například Bryant a Harvey (1999) zjistili, že 57 % mužů a 92 % žen, kteří splnili kritéria akutní reakce na stres po dopravní nehodě, vykazovali po šesti měsících od události znaky PTSD.

Posttraumatická stresová porucha (PTSD)

Posttraumatická stresová porucha (PTSD) je dlouhodobě jedním z nejstudovanějších fenoménů v kontextu psychických dopadů dopravních nehod (Blanchard et al., 1995).

Podobně jako akutní reakce na stres i posttraumatická stresová reakce vzniká v důsledku přímé expozice nebo svědectví události s významným potenciálem ohrožení vlastní fyzické integrity, respektive ohrožení zdraví či života druhých osob. Reakce na událost je dlouhodobá, může se rozvíjet bezprostředně, ale i s určitou latencí měsíců až let. Charakteristické je u zasažených osob znovuprožívání traumatické události

1) Porucha byla ve zkoumaných studiích (12 nemocničních a 1 populační) diagnostikována na základě kritérií manuálu DSM-IV.

ve formě vtíravých myšlenek, vzpomínek, flashbacků a děsivých snů. Příznačný je pocit kontinuálního ohrožení a vyhýbavé chování ve vztahu k lidem, situacím, činnostem, ale i myšlenkám a vzpomínkám, které mohou událost připomínat nebo s ní určitým způsobem souviset. PTSD ovlivňuje negativním způsobem kognitivní procesy i emocionalitu zasažených osob. Objevují se problémy s pamětí, koncentrací pozornosti, poruchy spánku, přetrvávající úzkosti, emoční otupělost a depresivní stavy, panické ataky i projevy agrese. Příznačná je sociální izolace, ztráta zájmů, pocit vlastní méněcennosti i suicidální myšlenky. Dále snížená afektivita, emoční otupělost, přetrvávající úzkosti, depresivní stavy (Raboch & Zvolský, 2001; WHO, 2023).

Posttraumatická stresová porucha se často projeví i somatickými potížemi. Zasažené osoby mohou trpět různými bolestmi, mohou se u nich objevovat anomální vegetativní reakce, jako je třes, pocení, tachykardie, hyperventilace, brnění v končetinách, bolesti břicha, hlavy aj. Tyto symptomy jsou důsledkem přetrvávající aktivace organismu a očekávání všudypřítomného ohrožení (Vágnerová, 2004).

Prevalence PTSD u osob zasažených dopravní nehodou se různí v závislosti na zvolené metodologii dané studie. Podle Ursana a kolektivu (1999) dochází k rozvoji příznaků PTSD po dopravní nehodě u 34 % účastníků a podobné výsledky (32 %) byly prezentovány v rámci studie Herrera-Escobara a kolektivu (2018). Některé studie hovoří o tom, že přítomnost PTSD byla zaznamenána až u poloviny respondentů (Kupchik et al., 2007; Pires & Maia, 2003). Naproti tomu například Meyer a Steil (1995) odhadují významně nižší míru prevalence této poruchy v rozmezí 1-9 %. Metaanalýza patnácti studií hovoří o tom, že průměrná prevalence PTSD u účastníků dopravních nehod je 22 % (rozmezí 6–58 %) (Lin et al., 2018).

Subsyndromální PTSD a Komplexní porucha pozůstalých

V důsledku traumatických událostí včetně dopravních nehod může docházet také k rozvoji tzv. subsyndromální PTSD, kdy u zasažených osob dochází vlivem prožitého traumatu k rozvoji pouze některých symptomů PTSD (např.: Blanchard & Hickling, 1997).

Komplexní porucha pozůstalých může být diagnostikována v případech, kdy se po dobu jednoho roku od smrti blízké osoby u dotyčného rozvinou příznaky přetrvávajícího stesku po zesnulém, reaktivní úzkost a narušení sociální identity, a to v takové míře, že způsobují obtíže v každodenním fungování. Symptomy této poruchy se částečně překrývají s PTSD (např. hněv) a příznaky deprese (např. snížený zájem o dříve oblíbené činnosti), ale tyto tři stěžejní symptomy jsou odlišné (Lenferink, 2020).

Rizikové faktory rozvoje PTSD v důsledku dopravních nehod

Ze strany odborných studií byla věnována poměrně velká pozornost také rizikovým faktorům rozvoje PTSD po dopravních nehodách. Jako významný dispoziční faktor můžeme označit ženské pohlaví (např. Ehlers a et al., 1998; Herrera-Escobar et al., 2018; Khodadadi- Hassankiadeh et al., 2017; Ursano et al., 1999). Vyšší prevalence PTSD u žen může souviset například s odlišnostmi v psychofyziologii stresové reakce u mužů a u žen a s rozdíly uplatňovaných strategií zvládání stresu (Olf et al., 2007). Genderová specifika dopadů traumatických událostí jsou blíže popsána v jedné z následujících kapitol.

Z hlediska přednehodových rizikových faktorů je v rámci odborné literatury vnímán poměrně silný konsenzus ve vztahu k faktorům jako je dříve diagnostikovaná duševní porucha a předchozí traumatická událost (Wrenger et al., 2008; Jeavons et al., 2000; Blanchard et al., 1995). Přítomnost duševního onemocnění a prožívání intenzivního stresu před traumatickou událostí může určitým způsobem narušovat psychickou odolnost jedince, vést k vyšší zranitelnosti a posilovat traumatické působení události. Ozer a kolegové (2003) hovoří ve vztahu k psychické odolnosti a traumatu o průměru k imunitnímu systému člověka a virové nákazy – u těch, jejichž imunitní systém je oslaben, je současně i vyšší riziko rozvoje nákazy.

Mezi peritraumatické rizikové faktory se řadí zejména intenzivní pocity hrůzy a obavy o svůj život či zdraví v průběhu nehody (Jeavons et al., 2000; Mayou et al., 2002; Ursano et al., 1999). V situacích působení intenzivního strachu spojeného s ohrožením zdraví a života, může u za-

saženého člověka dojít k rozvoji disociativních stavů, jakožto krajního způsobu zachování psychické integrity. Souvislost mezi projevy disociace v průběhu dopravní nehody a rozvojem PTSD potvrdilo hned několik studií (např: Hodgson et al., 2011; Ehrling et al., 2006; Mayou et al., 2002). Také v metastudii Ožera a kolektivu (2003) je peritraumatická disociace pojímána jako jeden z nejvýznamnějších faktorů. Tato souvislost může být vysvětlena například omezenou funkcí autobiografické paměti v procesu zpracování traumatické vzpomínky, která může vést k nechtěnému znovuprožívání události (Brewin et al., 1996; Ehlers & Clark, 2000; Foa & Hearst-Ikeda, 1996; van der Kolk & Fisler, 1995).

Jako významný rizikový faktor po traumatické události můžeme označit vnímanou absenci sociální opory. Projevený zájem ze strany druhého člověka představuje možnost ventilace pocitů a myšlenek, což napomáhá k asimilaci traumatické zkušenosti (Horowitz, 1976). Podstatné je, že vnímaná sociální opora není vázaná na její původ, opora ze strany kolegů, nadřízených, terapeutů či nemocničního personálu je stejně přínosná jako podpora od rodinných příslušníků a přátel (Wang et al., 2021).

Významné zdroje stresu po dopravní nehodě představují také přetrvávající ekonomické problémy nebo zdravotní komplikace, které v řadě případů podporují rozvoj a chronifikaci traumatické reakce (Mayou et al., 2002; Ožer et al., 2003). Sekundární dopady dopravních nehod jako je ztráta zaměstnání, bolestivé stavy, protahovaná soudní líčení apod. znesnadňují u zasažených osob možnost vyrovnat se s traumatickou událostí. V konečném důsledku mohou tyto konsekvence představovat určité mementum, které znemožňuje uzavření traumatické události jako něčeho, co se stalo v minulosti a již nezasahuje do přítomnosti (Mayou et al., 2002).

Pokud uvažujeme o rizikových faktorech dopravních nehod ve vztahu k rozvoji PTSD a duševního zdraví obecně, je důležité si připustit, že objektivní kritéria závažnosti dopravních nehod jako například závažnost nehody či výše materiálních škod jsou spíše méně spolehlivé prediktory budoucího vývoje (Cromer & Smyth, 2010; Frissa et al., 2016). Stejně

tak subjektivní hodnocení zdravotních dopadů dopravní nehody má v tomto ohledu vyšší vypovídající hodnotu než objektivní posouzení lékaře nebo počet dnů strávených hospitalizací (Jeavons et al., 2000).

Znalost rizikových faktorů a včasné rozpoznání potenciálně traumatizovaných osob je nedílnou součástí efektivních postupů prevence a primární psychologické péče. Klíčové je porozumění osobní historii zasažených osob a způsobu subjektivního prožívání samotné události i jejích dopadů. Jinými slovy – jde o způsob, jakým zasažený člověk interpretuje událost z hlediska svých minulých zkušeností, zdali hovoří v souvislosti s událostí o intenzivních pocitech hrůzy, strachu, viny a studu, neúplnosti vzpomínek, dezorientaci na místě nehody nebo vnímá události jako nereálné. Pokud dotýčný prožívá pocity odcizení v kontaktu s blízkými lidmi, hovoří o poruchách spánku nebo intruzivních myšlenkách – jedná se o formy prožívání které nám mohou být nápomocné při identifikaci potenciálně traumatizovaných osob (Červinka, 2022; Červinka et al., 2023).

Depresivní porucha

Základním znakem depresivní poruchy je dlouhodobý pokles nálady charakteristický smutkem, ztrátou zájmů, ztrátou spontánní motivace a neschopností prožívat radost po dobu minimálně dvou týdnů. Příznačné je pesimistické ladění, zoufalost, pocity viny, méněcennosti, beznaděje a bezvýchodnosti, které se mohou formovat v sebevražedné úvahy a tendence. Lidé s depresivní poruchou vykazují celkový pokles energie, změny psychomotorického tempa, řečového projevu, pokles kognitivního výkonu a často se vyhýbají sociální interakci, ve které již nenacházejí dřívější potěšení. Z hlediska somatických projevů může docházet ke zhoršení stávajících somatických obtíží. Takoví lidé mohou pociťovat tlak na hrudi, bolest končetin, nechutenství či pokles sexuálního zájmu. Příznačné pro depresivní poruchu jsou pak poruchy spánku, zejména ranní nedospávání a tzv. ranní pesima, kdy depresivní nálada dosahuje nejvyšší intenzity. V případě těžké deprese se mohou vyskytnout i psychotické příznaky, jako jsou halucinace a bludná produkce (Orel, 2012; Raboch & Zvolský, 2001).

Prevalence depresivní poruchy po dopravní nehodě byla ve studii Arora, Belsiyala a Rawata (2021) zjištěna u 21 % účastníků dopravních nehod. Tento údaj odpovídá také poznatkům ze studie Khodadadi-Hassankiadeha a kolektivu (2017). Mnohem vyšší podíl depresivní poruchy u účastníků dopravní nehody byl zjištěn ve studii Guestové a kolektivu (2018), která hovoří o hodnotě 53 %. Vysoká prevalence v tomto případě však může být vysvětlena použitím sebehodnotících screeningových nástrojů, které mají obecně tendenci nadhodnocovat závažnost projevů poruchy oproti diagnostickým rozhovorům používaných v klinické praxi.

Za rizikové faktory rozvoje depresivní poruchy v důsledku dopravní nehody jsou považovány: sebedevalvace, absence sociální opory, ruminace negativních myšlenek, zdravotní problémy v důsledku nehody a přítomnost dalších stresujících životních událostí (Ehring et al., 2006).

Specifické fóbie

Driving phobia je typem specifické fóbie, která může nabývat podoby intenzivního stresu nejen ve vztahu k procesu samotného řízení motorového vozidla, ale také ve vztahu k pohybu v dopravním prostředí obecně - tedy z pozice spolujezdce, cestujícího v hromadné dopravě nebo v roli chodce. V důsledku prožívané úzkosti se rozvíjí vyhýbavé chování vůči nejrozličnějším dopravním situacím jako je hustý provoz, jízda v nočních hodinách nebo jízda ve vysoké rychlosti (Fort et al., 2021). Tyto příznaky přesahují rámec mobility a poznamenávají jedince i v osobním a pracovním životě (da Costa et al., 2014). Driving phobia byla zaznamenána u 15-31 % osob, které prožily dopravní nehodu, za hlavní rizikový faktor je považován především intenzivní prožitek hrůzy a strachu, které zasažené osoby prožívaly v průběhu nehody (Blanchard & Hickling, 1997; Ehring et al., 2006; Kuch et al., 1995; Mayou et al., 2001;). V odborné literatuře se můžeme setkat také s pojmem accident phobia, kdy se projevy úzkosti vztahují specificky k okolnostem prožité dopravní nehody. Expozice podnětům souvisejícím s dopravní nehodou nemusí vyvolávat pouze strach; může vyvolat nebo zhoršit tenzní bolesti hlavy, myalgie nebo gastrointestinální

potíže i záchvaty paniky (Kuch et al., 1994; Mayou et al., 1993). Incidence této poruchy se pohybuje v rozmezí 15-18 % zasažených osob (Mayou et al., 1993).

Pro přehlednost uvádíme také další pojmy, se kterými se čtenář může v rámci zahraničních studií setkat:

- **Dystychifobie** je označením pro iracionální strach z dopravních nehod. U osob, které jí trpí, je úzkost vyvolávána například tehdy, když myslí nebo vidí místo, kde by mohlo dojít k dopravní nehodě, nebo kde k ní došlo. Mnoho těchto osob má ve své osobní historii traumatický zážitek dopravní nehody (Suresh et al., 2022).
- **Vehofobie** je specifická fobie, při které postižený prožívá strach z řízení. Tato činnost nebo pouze její představa u něj vyvolává výraznou úzkost. Nevadí mu pozice spolujezdce (Stephens, 2021; Stephens et al., 2020).
- **Amaxofobie** zahrnuje nadměrnou úzkost v průběhu cestování jako řidič nebo i jako pasažér ve vozidle. Tyto osoby se vyhýbají cestování autem. Mohou zažívat noční děsy z představy dopravních nehod a tato fobie ovlivňuje i kvalitu jejich života. Může se vyskytovat po traumatickém zážitku dopravní nehody, ale není to podmínkou (Whetstone et al., 2020).
- **Hodofobie** je strach z cestování - postižené osoby pociťují výrazný diskomfort a strach z představy neznámých míst daleko od jejich domova. Z fyzických projevů se může vyskytnout pocení, třes, nevolnost, průjem, bolesti hlavy, dušnost. Tyto symptomy mohou být vzhledem k intenzitě mírné nebo vyústit až do panické ataky (Singh & Awayz, 2017).

2. Psychosomatické dopady dopravních nehod

Katarína Brummerová

Dopravní nehoda je silnou traumatickou událostí a pro všechny zúčastněné také velmi specifickou zkušeností, která má často za následek náhlou změnu dosavadního způsobu života.

Pro plánování následné péče je důležité jak zjištění možných psychických a fyzických následků dopravní nehody, tak i zhodnocení zdravotního stavu před nehodou. Z výzkumů také vyplývá potřeba zaměřit se na často opomíjenou skupinu nezraněných, případně lehce zraněných účastníků nehod. Klíčovou složkou pro snížení rizika dlouhodobého postižení po dopravní nehodě je přítomnost rodinné a sociální opory (Alharbi et al., 2019; Kovacevic et al., 2020).

Posttraumatická stresová porucha (PTSD) je kauzálně propojena s chronickou bolestí a fyzickým onemocněním. Pacienti s PTSD mají objektivně horší fyzické zdraví i subjektivní dojmy o svém fyzickém zdraví a častěji využívají lékařskou péči než jejich vrstevníci z hlediska věku a pohlaví. PTSD zhoršuje běžné bolestivé stavy jako např. posttraumatickou bolest hlavy. Kauzální vztah mezi PTSD a bolestí platí i opačným způsobem. Přítomnost chronické bolesti několik měsíců po dopravní nehodě predikuje přítomnost PTSD. Závažnost bolesti na začátku psychologické léčby PTSD také omezuje účinnost takové léčby. Kauzální roli chronické bolesti při rozvoji PTSD lze chápat jako připomínku původního traumatu, a pokud se na chronickou bolest nahlíží jako na

ztrátu zdrojů (tj. ztrátu fyzické pohody), taková pokračující bolest bude udržovat PTSD příznaky dlouho po počátečním zranění (Koch, 2002).

Posttraumatická bolest hlavy (PTH) je častým a vysilujícím důsledkem mírného traumatického poranění mozku (mTBI), které se může objevit během jednoho roku po úrazu hlavy. PTH může přejít do chronických stavů a lze ji dále rozdělit do dvou obecných kategorií. Akutní PTH ustoupí do tří měsíců od poranění a přetrvávající PTH trvá déle než tři měsíce (Mavroudis et al., 2023, Tessler & Horn, 2023). Mezi hlavní rizikové faktory PTH patří anamnéza migrén nebo bolestí hlavy, ženské pohlaví, nižší věk, větší závažnost poranění hlavy a souběžné psychologické symptomy, jakými jsou úzkost a deprese. Klinické profily PTH se rozlišují podle toho, kdy začínají, jak dlouho trvají a jak jsou závažné. Patří sem například tenzní bolest hlavy, migréna, cervikogenní bolest hlavy, okcipitální neuralgie a nová každodenní perzistující bolest hlavy. Farmakologická léčba se často skládá z analgetik a nesteroidních protizánětlivých léků, tricyklických antidepresiv nebo antiepileptik. Pro léčbu PTH lze také použít kognitivně behaviorální terapii, relaxační techniky, biofeedback a fyzikální terapii (Mavroudis et al., 2023).

Rešerše 31 studií z 10 zemí (Kovacevic et al., 2020) ukázala, že symptomy úzkosti vykazovaly významnou souvislost s předchozím zdravotním stavem - tedy chronickým onemocněním, předchozím psychiatrickým onemocněním, předchozími trvalými bolestmi a psychiatrickými léky užívanými před dopravní nehodou, ale ne s faktory souvisejícími se zraněním. Dále zde bylo 11,1 % účastníků s příznaky deprese, 5,6 % s příznaky PTSD a 5,6 % se symptomy úzkosti mezi nezraněnými přeživšími. Mnoho studií prokázalo souvislost mezi závažností zranění a pozdějšími symptomy PTSD (Chossegros et al., 2011; Craig et al., 2017; Dickov et al., 2009; Hours et al., 2013; Papadakaki et al., 2017). Chybí však výzkumy, které by se týkaly právě nezraněných účastníků dopravních nehod. Ti představují cennou skupinu obětí nehod, která prožila traumatickou událost, aniž by byla fyzicky zraněna. Mezi touto opomíjenou populací obětí dopravních nehod mohou být jednotlivci s předchozími stavy fyzického a duševního zdraví, u kterých by mohlo hrozit riziko rozvoje psychologických

poruch po traumatickém zážitku, jakým je dopravní nehoda (Kovacevic et al., 2020).

I drobná zranění mají velký dopad na hodnocení bolesti, fyzickou a duševní pohodu, kvalitu života související se zdravím a návratem do práce. U lehkých až středně těžkých poranění se jeví biopsychosociální faktory jako prognostické ukazatele zotavení (nikoli místo nebo typ poranění). Příklady klíčových biopsychosociálních faktorů jsou: věk; zdraví před zraněním; kvalita života; reakce na zranění (katastrofizující a míra bolesti); sociální podpora a kompenzační systém pojištění třetí strany (Gopinath et al., 2017).

Bylo pozorováno, že proces pojistného odškodnění, ať už zahrnoval určení chyby nebo ne, ovlivnil zotavení pacienta s traumatem a dlouhodobé následky, jako je stres a kvalita života související se zdravím. Vyšší míra stresu, úzkost, deprese, delší doba zotavení a v některých případech i nemožnost návratu do práce, byly spojeny s využitím systémů odškodnění zranění. Následnou kvalitativní analýzou bylo zjištěno, že tyto faktory související s pojištěním jsou silně spojeny s úzkostí a stresem, což komplikuje následné zotavení. Byly zjištěny i další rizikové faktory psychického postižení, které nastaly po zapojení do systému odškodnění. Patřilo mezi ně ženské pohlaví, sociální znevýhodnění, nezaměstnanost před pojistnou událostí, nezavinění nehody a nutnost využití rehabilitačních služeb po akutním zranění (Alharbi et al., 2019).

Ti, kteří byli posouzeni jako nevinní, měli více duševních a emocionálních problémů s horším stavem fyzického a duševního zdraví, jakou byla delší doba do návratu do práce, než skupina viníků. Dále šlo o problémy s mobilitou, nepohodlí při běžných aktivitách, bolest a úzkost nebo depresi (Chossegros et al., 2011).

Skupina pacientů, která se podle policie neprovinila, byla vystavena vyššímu riziku horších následků (funkční, schopnost návratu do práce, celkový zdravotní stav) ve srovnání se skupinou, kde vina za nehodu byla policií a pacientem připisována pacientovi (nebo jeho vozidlu).

Podobně horší výsledky vykázali pacienti, kteří považovali za viníka nehody jinou osobu, přestože policie určila, že viníkem bylo vozidlo pacienta (Gabbe at al., 2015).

Kvalitativní vyšetřování obětí zraněných u silničních dopravních nehod, které byli následně zapojeni do kompenzačního systému odškodnění, také ukázalo, že většina lidí byla nespokojena s kompenzačním procesem z důvodu nedostatečné komunikace a informovanosti, pozdě uhrazené nebo odmítnuté platby, pomalého schvalování léčby a také složitého papírování. Bylo zjištěno, že tyto faktory související s pojištěním jsou silně spojeny s úzkostí a stresem, což mělo za následek špatné zotavení (Elbers et al., 2015).

3. Věková a genderová specifika

Katarína Brummerová

3.1 Děti

Několik studií potvrdilo, že dopravní nehody často vedou k posttraumatické stresové poruše (PTSD) a dalším psychickým a behaviorálním následkům u dětí (Gallo et al., 1997; Ellis et al., 1998; McDermott & Cvitanovich, 2000; Stallard et al., 1998). Podle těchto výzkumů byla u 10 až 35 % dětí, které utrpěly zranění při dopravní nehodě, diagnostikována PTSD nebo klinicky významný posttraumatický stresový syndrom (PTSS) (Gallo et al., 1997; Landolt et al., 2003; McDermott & Cvitanovich, 2000; Mirza et al., 1998; Stallard et al., 1998, 1999). Během diagnostických rozhovorů prováděných měsíc po nehodě bylo zjištěno, že přibližně 29 % dětí splnilo kritéria pro stanovení diagnózy PTSD. Screeningové dotazníky identifikovaly 20 % dětí s významnou úrovní úzkosti a téměř 18 % s vysokými skóry, které naznačovaly možnou klinickou depresi. Zajímavé je, že druh nehody, závažnost zranění, a dokonce i věk dítěte nebyly spojeny s vývojem PTSD. Hlavní roli hrálo individuální vnímání traumatizující události. Dále bylo prokázáno, že děti různého věku trpí nočními můrami, separační úzkostí, poruchami spánku a specifickými strachy (Ellis et al., 1998, Jones & Peterson, 1993, Thompson et al., 1993).

Změny ve hře

Byly také zaznamenány změny ve hře u dětí, které zažily dopravní nehodu. Konkrétně šlo o prvky násilí ve hře, které před nehodou nebyly přítomny (Jones & Peterson, 1993). Pozorování hry dále naznačilo, že děti znovu prožívají trauma, patrné bylo vyhýbavé chování. Dále byla zaznamenána podrážděnost, vztek a emočně regresivní chování, rovněž také přetrvávající fyzické problémy a negativní důsledky nehody na jejich vzdělávání, společenský život a plány do budoucnosti (Van Meijel et al., 2019). Obecně se u traumatizovaných dětí bez ohledu na věk vyskytují nejčastěji tyto charakteristiky:

- 1) silně vizuálně nebo jinak opakovaně vnímané vzpomínky,
- 2) repetitivní chování,
- 3) obavy z traumát,
- 4) změněné postoje k lidem, aspektům života a budoucnosti.

Sny

Klasický Freudovský znak traumatu, kterým je opakující se sen, není v tomto výčtu zahrnutý, protože se u traumatizovaných dětí nevyskytuje pokaždé, zvláště ne u těch mladších 5 let (Terr, 2003). Dokazuje to i studie, kde jen 4 z 20 dětí mladších 5 let, které prožily trauma, verbalizovalo obsah svých snů (Terr, 1988).

Opakující se sen je zjevně velmi obtížné najít u většiny traumát před dosažením věku 5 let. Kromě toho tyto sny často nabývají hluboce maskovaných podob. U dětí, které jsou dost staré na to snít a sny si pamatovat, se může traumatické snění objevit v časových intervalech několika let od nehody a v tak hluboce maskovaných podobách, že je extrémně těžké odlišit ho od jiných forem snění.

Děti často znovu zažívají (vidí) prožité trauma při odpočinku (při poslouchání hudby nebo sledování televize), denním snění, při usínání nebo během nudy zažívané v rámci vyučování. Na rozdíl od traumatizovaných dospělých, traumatizované děti zřídka zažívají náhlé, dysforické vizualizace (Terr, 2003).

Děti a odborná pomoc

Někteří rodiče mohou být ambivalentní ohledně hledání pomoci, protože chtějí, aby dítě a rodina na nehodu zapomněli a mají obavy, že vyhledáním pomoci by se stav zhoršil (Bryant, 2004). Je potřeba zdůraznit důležitou roli pediatri při rozpoznávání nežádoucích reakcí dětí na tragické události, jakými jsou dopravní nehody (Winston et al., 2002). Na základě dosavadních poznatků je zřejmé, že psychologické následky musí být vzaty v úvahu i u dětí a adolescentů, kteří utrpěli lehká zranění, stejně jako u těch, kteří byli zraněni vážně. Navzdory značným a přetrvávajícím potížím mnoha dětí a matek často nebyla vyhledána nebo poskytnuta pomoc. To lze částečně přičíst neschopnosti rozpoznat, že i po lehkém úrazu jsou negativní psychologické následky běžné stejně tak, jako je tomu po těžkém zranění (Mather et al., 2003, Bryant et al., 2004, Schäfer et al., 2006, Olofsson et al., 2009).

Odborné studie dětských účastníků dopravních nehod, které rozlišovaly výskyt PTSD u jednotlivých pohlaví, prokázaly častější rozvoj PTSD u dívek než chlapců (Kassam-Adams & Winston, 2004; Mirza et al., 1998; Stallard et al., 1998, 2004; Tolin & Foa, 2008), jiné rozdíl nezaznamenaly (Gallo et al., 1997; Keppel-Benson et al., 2002, Zink & McCain, 2003).

Jak naznačují výzkumníci ve výše zmíněných studiích, nábor participantů z dětské populace bývá problematický, protože rodiče často nejsou ochotni zúčastnit se výzkumu o události, která jim způsobila tíseň, a obávají se, že by to mohlo zhoršit stav jejich dětí (Bryant et al., 2004). Tím je možné vysvětlit značný nepoměr v počtu studií zaměřených na dospělou a dětskou populaci.

Posttraumatické následky nehod a rodiče

U více jak třetiny matek dětí, které byly spolu s dětmi účastny nehody, byla diagnostikována akutní stresová porucha (Bryant et al., 2004). V prospektivní studii (68 dětí, 60 matek a 53 otců) byla prokázána souvislost mezi závažností PTSD u otců v rozmezí 4-6 týdnů od nehody a PTSS u dětí rok po nehodě. Proč jsou otcové důležití pro rozvoj posttraumatických symptomů svých dětí? Lze spekulovat, že děti reagují na symptomy otců silněji, protože to je pro ně méně obvyklé. V západní

společnosti se od otců očekává, že budou silní a zvládnou obtížné situace bez nadměrných emocí. Otec s PTSD může mít potíže s podporou své manželky, což může negativně ovlivnit dítě. Ve vzorku studie byli hlavně otcové odpovědní za příjem rodiny. PTSD může způsobovat potíže v pracovní oblasti a ohrožovat tak socioekonomické zabezpečení rodiny. To zase může mít negativní vliv na dítě. Dopad PTSD u otců na PTSS jejich dětí naznačuje, že otcové by měli být aktivně zapojeni do rodinných preventivních a léčebných intervencí PTSS u dětí po silničních dopravních nehodách (Landolt et al., 2005).

3.2 Adolescenti

Prospektivní epidemiologická studie „The Trauma Recovery Project in Adolescents“, navržena k prozkoumání mnohočetných následků vážných zranění u dospívajících ve věku 12 až 19 let (N = 401), analyzovala kvalitu života (QoL) a psychologické následky, jakou je akutní stresová porucha (ASD) a posttraumatická stresová porucha (PTSD). U participantů studie (22 % účastníci silničních dopravních nehod) se prokázala vysoká míra ASD (40 %) před propuštěním, která následně výrazně ovlivnila kvalitu života. Výskyt ASD byl vyšší u dospívajících ženského pohlaví oproti participantům mužského pohlaví (47 % vs. 36 %) (Holbrook et al., 2005). Další studie zaměřená na dopad vážných zranění u adolescentů prokázala depresi u 41 % z nich (N = 399). U účastníků studie s depresí byla také výrazně vyšší pravděpodobnost vzniku akutní stresové poruchy a dlouhodobé posttraumatické stresové poruchy. Dále byla zaznamenána podrážděnost, vztek a emočně regresivní chování (Ellis, 1998). Výsledky obou studií potvrzují obrovský a dříve nerozpoznaný problém při zotavování po vážném zranění u této věkové skupiny a poukazují na důležitost včasné diagnostiky a léčby ASD u vážně zraněných adolescentů s cílem zlepšit kvalitu života po nehodě nebo zranění.

3.3 Senioři

Úmrtnost cestujících v autech se postupně začíná zvyšovat ve věku 65 let až na dvojnásobek této hodnoty ve věku 75 a více. Starší cestující v osobním automobilu mají druhé nejvyšší riziko úmrtí při dopravní nehodě po pasažérech ve věku 15-24 let. Studie zkoumající dopad dopravních nehod na psychické zdraví seniorů prakticky chybí.

Ve srovnání s úmrtností cestujících ve středním věku a celé populace je riziko úmrtí při nehodě vyšší pro starší pasažéry (Polders et al., 2015). Tato vyšší úmrtnost (a zranění) starších cestujících jsou způsobeny jejich fyzickou křehkostí, která vede k vážnějším zraněním v době havárie a snížené odolnosti při zotavování se ze zranění (Li et al., 2003).

V letech 2011–2013 více než 80 % úmrtí mladých a starších řidičů automobilů v 27 státech Evropské unie (EU-27) byli muži. Na druhé straně více než 70 % mladých a starších úmrtí spolujezdců v EU byly ženy. Několik studií potvrzuje, že starší ženy jsou častěji spolujezdkyněmi při cestování automobilem než řidičkami (Hanson & Hildebrand, 2011; Rosenbloom, 2006; Siren & Hakamies-Blomqvist, 2006). Příčinami jsou nedostatečné zkušenosti s řízením, pocit nejistoty, partner, který řídí, nebo zdravotní problémy (Hakamies-Blomqvist & Wahlström, 1998; Hjorthol, 2013). Tato genderová nevyváženost má pak zákonitě vliv na míru úmrtnosti pasažérů – úmrtnost starších řidičů mužů (65+) je v EU-27 sedmkrát vyšší (Polders et al., 2015).

3.4 Gender

Mnohé epidemiologické studie naznačily, že PTSD se může vyskytovat častěji u žen a dívek než u mužů a chlapců (Breslau & Davis, 1992; Breslau et al., 1998; Chossegros et al., 2011; Dickov et al., 2009; Giu-mmarra et al., 2018; Hasselberg et al., 2019; Kessler et al., 1995; Khodadadi-Hassankiadeh et al., 2017; Stein et al., 2016). I když je u žen menší pravděpodobnost, že zažijí dopravní nehodu, jsou náchylnější k rozvoji

PTSD než muži. Jedním z možných důvodů tohoto rozdílu může být ten, že ženy a dívky obecně zažívají více potenciálně traumatických událostí než muži a chlapci (Cuffe et al., 1998). V tom případě může být vyšší riziko vzniku PTSD artefaktem vyššího rizika traumatizace (Tolin & Foa, 2006). Dalším možným vysvětlením pro vyšší riziko rozvoje PTSD u žen a dívek může být skutečnost, že prožívají jiné druhy traumatických událostí (možná vážnější a více patogenní) než muži a chlapci. Rozsáhlé studie naznačily, že znásilnění a sexuální napadení jsou spojeny s vyšším rizikem PTSD u obou pohlaví než u ostatních typů potenciálně traumatických událostí, tedy vyšší prevalence této zkušenosti mezi účastnicemi než mezi mužskými účastníky by mohla být interpretována jako přispěvateľ k rozdílům mezi pohlavími ve frekvenci PTSD (Kessler et al., 1995; Tolin & Foa, 2006). Pozorovaný rozdíl v prevalenci PTSD u pohlaví bývá připisován i odlišné interpretaci traumatu u žen, které jej vnímají více negativně než muži (Muldoon, 2003; Lin et al., 2018). Vyšší míra náchylnosti žen k rozvoji PTSD po dopravní nehodě byla prokázána i v mnohých dalších studiích (Chossegros et al., 2011; Dickov et al., 2009; Giummarra et al., 2018; Hasselberg et al., 2019; Khodadadi-Hassankiadeh et al., 2017; Lin et al., 2018; Yohannes et al., 2018). Tento pozorovaný rozdíl je zde vysvětlen různými strategiemi zvládání a interpretací traumatu u žen. Co se týče délky trvání, PTSD přetrvával dvakrát déle u žen než u mužů, se střední dobou trvání 48 měsíců u žen vs 12 měsíců u mužů (Breslau et al., 1998).

Z výsledků prospektivní, epidemiologické studie (The Trauma Recovery Project) zaměřené na následky vážných zranění vyplývá, že ženy jsou ohroženy horší kvalitou života a časnou psychologickou morbiditou po velkém traumatu více než muži, a to nezávisle na mechanismu a závažnosti poranění. Kvalita well-being skóre v časovém horizontu 6, 12 a 18 měsíců po zranění byla výrazně nižší u žen ve srovnání s muži. U žen byla také výrazně větší pravděpodobnost vzniku časné kombinované deprese a akutní stresové reakce (ASR) při propuštění a také větší pravděpodobnost přetrvání deprese po celé období sledování (Holbrook et al., 2001; Holbrook & Hoyt, 2004).

Individuálně popisované a pocíťované důsledky a ztráta zdraví po zranění u dopravní nehody nemusí nutně odpovídat lékařské klasifikaci poranění. Muži a ženy uvádějí podobnosti v následcích nehod, zaznamenány však byly i rozdíly. Ženy uváděly úzkost z cestování a symptomy podobné PTSD, které jim po nehodě změnily život, ve srovnání s muži, u nichž tyto typy symptomů chyběly. Vzhledem k těmto genderovým rozdílům se výzkumníci zamýšlejí, jestli muži a ženy komunikují o svých zraněních různými způsoby. Tyto rozdíly zdůrazňují důležitost zvažování genderově specifických fyzických a psychických důsledků po silniční automobilové nehodě, protože i malá a středně těžká poranění mohou způsobit, že se pacienti nemohou vrátit do práce a mohou mít důsledky pro další činnosti každodenního života (Hasselberg et al., 2019).

4. Posttraumatický růst

Barbora Sulíková

Ve velké většině případů jsou odborné zdroje zaměřeny na zkoumání negativních dopadů dopravních nehod (Jakovlevic, 2012), avšak na druhé straně existují i pozitivní důsledky ve formě posttraumatického růstu a témat s ním souvisejících (Jakšić et al., 2012). Posttraumatický růst (dále PTG – posttraumatic growth) vypovídá o pozitivních změnách, které byly zapříčiněny traumatickou zkušeností (Tedeschi & Calhoun, 2003). Taková zkušenost vede k ruminačnímu procesu, který je na jedné straně intruzivní, ale současně může vést k osobnostnímu růstu (Nishi et al., 2010). Mnozí autoři o něm uvažují jednak jako o výsledku copingového procesu po traumatické události (Tedeschi & Calhoun, 2004), pro další je zas PTG samotnou copingovou strategií (Zoellner et al., 2008), mnozí autoři se domnívají, že může být obojí.

Posttraumatický růst má dle autorů Tedeshiho a Calhouna (1996, 2003, 2004) pět hlavních tematických okruhů:

- ▶ zlepšení interpersonálních vztahů,
- ▶ nárůst osobnostní síly,
- ▶ identifikace nových možností,
- ▶ pozitivní duchovní změny,
- ▶ zvýšené ocenění života.

Existence vzájemného vztahu mezi PTSD a PTG je sporná. Tento vztah opakovaně nebyl potvrzen (Zoellner et al., 2008; Kunst, 2011). Když byly jednotlivé dimenze náležící k PTG měřeny u osob s prokázanou posttraumatickou stresovou poruchou, nebyly zde zaznamenány zvýšené hodnoty. Osoby se zážitkem dopravních nehod bez PTSD skórovaly významněji v nárůstu osobnostní síly a identifikaci nových možností, předpokládá se souvislost s vypořádáním se s traumatickou událostí a zvolením vhodné copingové strategie (Biggs et al., 2017). Skupina osob s PTSD zaznamenala nárůst v ocenění života a duchovní změně (Nishi et al., 2010; Zoellner et al., 2011). Je možné, že některé faktory PTG náleží k osobnostní odolnosti (Thomassen et al., 2018), jiné zas k symptomům PTSD.

Pro existenci vztahu mezi PTSD a PTG svědčí další výzkumy, kde mezi nimi byla objevena negativní korelace, a to především v příznacích jako vyhýbání se, konkrétně emocionální numbing, což je možné interpretovat tak, že neschopnost cítit emoce souvisí s neschopností zažívat zkušenost růstu (Hagenaars & van Minnen, 2010).

Vzájemný vztah se prokázal i ve studii Bensimona (2012), přičemž záleželo na závažnosti prožitého traumatu. Čím závažnější toto trauma bylo, tím významnější růst byl zaznamenán. V tomto výzkumu byla zařazena i odolnost (resilience) jako další salutogenní faktor. Její vztah k PTSD byl negativní, zatímco k PTG pozitivní - tedy čím vyšší byla u jedince odolnost, tím více byl chráněn proti PTSD a zároveň byl u něj zaznamenán i vyšší PTG.

K podobným výsledkům dospěl i další výzkum, ve kterém se prokázalo, že pro PTG má význam závažnost prožitého traumatu, kde u osob po závažnějších nehodách došlo k vyššímu PTG. Ohrožení života a doba od nehody se neprojevovaly jako významné faktory v predikci PTG. Navzdory očekávání se neodhalily pozitivní korelace mezi PTG, optimismem a otevřeností. Výše PTG se jeví být rozdílná na základě kulturních odlišností, respektive na základě kulturně podmíněných předpokladů na správném vyrovnávání se s traumatem. Taktéž není možná generalizace výsledků na populaci po jiné traumatické události než dopravní nehoda (Zoellner et al., 2008, 2011).

Ve vztahu PTG a PTSD mohou být významnými i další proměnné - konkrétně typ traumatické události (u obětí sexuálního napadení docházelo k PTG v menší míře) a věk (vyšší PTG byl zjištěn u adolescentů, protože s přibývajícím věkem docházelo k přirozenému osobnostnímu růstu) (Shakespeare-Finch & Lurie-Beck, 2014).

5. Bezprostřední a krátkodobá psychologická péče u účastníků dopravních nehod

David Červinka, Kateřina Bucsuházy

Celospolečenské dopady traumatických událostí stimulovaly v posledních desetiletích zájem ze strany odborné veřejnosti o studium účinných strategií psychologické pomoci zasaženým osobám. Velký zájem je věnován také možnostem bezprostřední a krátkodobé intervence, která by byla poskytována v prvních hodinách, dnech nebo týdnech po události. Cílem těchto intervencí je primární snížení akutního stresu a prevence rozvoje následných duševních poruch. Mezi nejrozšířenější metody krátkodobé péče o oběti traumatických událostí patří defusing, resp. psychologický debriefing a první psychologická pomoc (Bryant, 2016). Významná část této kapitoly je věnována kognitivně-behaviorální terapii, která je v současnosti velmi dynamicky se rozvíjející formou práce s traumatizovaným klientem.

5.1 Defusing

Defusing označuje krátkodobou krizovou intervencí formou diskuse o traumatické události v malé skupině, která prožila traumatickou událost. Primárním cílem defusingu je bezprostřední zmírnění dopa-

du traumatické události a opora. Zpravidla je poskytován v řádu několika hodin po traumatické události - ideálně do 8 až 12 hodin. Oproti psychologickému debriefingu je defusing méně strukturovaný. Může být využíván také jako nástroj pro zhodnocení potřeby psychologického debriefingu (Matoušková, 2013; Mitchell & Everly, 2000).

Defusing se skládá ze tří fází – krátký úvod, explorační fáze a informační fáze. V úvodní fázi je nezbytné hlavně upozornit na důvěrnost celého procesu. V explorační fázi je diskutována traumatická událost a její průběh a související pocity během této traumatické události i po ní. V informační fázi jsou shrnuty získané poznatky, poskytnuty informace o symptomech a reakci na ně, případně poskytnuta doporučení nebo nabídnuta navazující péče (Matoušková, 2013; Mitchell & Everly, 2000).

5.2 Psychologický debriefing (CISD)

Psychologický debriefing je termín označující časnou a krátkodobou formu skupinové psychologické intervence, která je poskytována osobám zasažených traumatickou událostí. Původní koncepce psychologického debriefingu se vyvíjela v období první světové války, kdy sdílením válečných zkušeností docházelo k posílení morálky bojujících jednotek. V 80. letech minulého století došlo k rozvoji psychologického debriefingu i mimo armádu. Autorem pravděpodobně nejznámější formy psychologického debriefingu, tzv. Critical Incident Stress Debriefing (CISD), je Jeffrey Mitchell, bývalý hasič a záchranář (Mitchell & Everly, 1995). Metoda, která byla původně vytvořena pro jednotky integrovaného záchranného systému, se postupem času rozšířila do podoby univerzálního intervenčního nástroje aplikovaného také u civilních osob. Cílem CISD je zmírnění psychických dopadů události a prevence psychopatologického vývoje. Jedná se o nástroj umožňující identifikaci nezbytnosti navazující péče jako např. psychoterapie. CISD je velmi strukturovanou formou intervence prováděnou zpravidla týmem vyškolených odborníků. Délka společného sezení se obvykle pohybuje okolo 3 hodin (Matoušková, 2013; Everly, 2000; Mitchell & Everly, 1995).

Struktura CISC

Struktura CISC se zpravidla skládá ze sedmi fází – úvodní fáze, fáze rekonstrukce události (fáze faktů), fáze myšlenek, fáze reakce, fáze symptomů, informační fáze a závěrečná fáze podpory. V úvodní části facilitátor sám sebe představí, vysvětlí účel sezení a popíše jeho postup. Následně účastníci společně rekonstruují průběh celé události, sdílí mezi sebou své zkušenosti a myšlenky. Jedná se o přechodnou fázi mezi popisem obecných a odosobněných faktů směrem ke sdílení důvěrných pocitů a emočních stavů. Tento katarzní proces může facilitátor podnítit například tím, že účastníky požádá, aby promluvili o svých reakcích na nejhorší část traumatické události. V další fázi se debriefing věnuje symptomům souvisejícím s prožívaným stresem. Účastníci jsou požádáni, aby identifikovali projevy stresu, které se u nich dostavily v průběhu události a po ní. Jedná se o další přechodovou fázi, která upouští od silných emočních obsahů zpět směrem k více kognitivně orientovaným aspektům události. Následuje edukativní část sezení, která je zaměřena na normalizaci zmíněných stresových reakcí a také informuje zúčastněné osoby o možných symptomech, které se v důsledku prožité události mohou později rozvinout. V rámci CISC jsou následně účastníci obeznámeni se základními strategiemi zvládání stresu (fyzické cvičení, odpočinek, rozhovor s blízkými a rodinou, apod). V závěrečné části jsou zúčastněným předány informační materiály a kontakty na návaznou péči, facilitátor odpovídá na vznesené dotazy a vznáší souhrnný komentář, ve kterém by měl být vyjádřen respekt, slova uznání, povzbuzení a podpory (Mitchell & Everly, 1995, 2000).

Účinnost psychologického debriefingu

Zastánci psychologického debriefingu vycházejí z empirických důkazů, že tato metoda může skutečně zmírnit dopady traumatické události a předcházet tak u zasažených osob posttraumatickému vývoji (Mitchell & Everly, 2000; National Institute of Mental Health, 2002). Existuje však také řada randomizovaných studií, která účinnost debriefingu neprokázala (Conlon et al., 1999; Rose et al., 2010; Stallard et al., 2006; Van Emmerik et al., 2002). Některé studie dokonce poukázaly na to, že indikace této metody může vést i ke zhor-

šení psychického stavu, respektive k narušení přirozeného procesu údravy a k vyšší četnosti posttraumatických symptomů (Carlier et al., 2000; Mayou et al., 2000).

Níže je uvedeno několik teoretických důvodů, proč může být použití psychologického debriefingu kontraproduktivní:

- ▶ Příliš časná expozice traumatickým zážitkům může ve skutečnosti interferovat s procesem přirozeného zotavení (Bisson et al., 2009; Ehlers & Clark, 2003). Existují důkazy, že vyhýbaní se může být důležitou adaptační strategií ve velmi raných fázích konsolidace traumatických vzpomínek a tento proces může být debriefingem narušen (Ehlers & Steil, 1995).
- ▶ Pocit ztráty kontroly nad vývojem situace, je jedním z charakteristických znaků traumatické události. Podle Bryanta (2016) je možné, že debriefing, v jehož rámci dochází ke sdílení prožívaných emocí, může umocnit prožívaný pocit bezmoci, který je například významným prediktorem rozvoje posttraumatické stresové poruchy (Foa et al., 1992).
- ▶ Sporná je také edukace ohledně běžných dopadů traumatických událostí, ta může v konečném důsledku vést u zasažených osob k vyšší citlivosti a sebezpozorování (McNally, 2003).
- ▶ Z odborné literatury vyplývá, že pokud dochází v procesu zpracování traumatické události ke zvýšení aktivity noradrenergického systému, může to posílit konsolidaci traumatizujících vzpomínek. Je tedy možné, že reaktivace traumatických vzpomínek krátce po traumatické události může vést u zvláště zasažených osob k excitaci stresové reakce a ke znovuupevnění těchto silně emočních vzpomínek v paměti a posílení jejich emočního náboje (Bryant, 2016).
- ▶ Kritická hodnocení psychologického debriefingu se také často zaměřují na skutečnost, že pomoc je neselektivně nabízena všem účastníkům traumatických událostí bez hlubšího posouzení a znalosti individuálního stavu zúčastněných osob.

Autoři metody SCID, Everly a Mitchel, v roce 1999 prohlásili, že ji nikdy nenavrhovali jako samostatnou techniku, ale jen jako doplnění dalších metod. Young navrhl (1998) jako možné řešení vzhledem k pozitivnímu potenciálu kombinaci debriefingu s pozdějším zařazením rozšířené léčby.

5.3 První psychologická pomoc (PPP)

První psychologická pomoc „...je intervenční strategie určená lidem, kteří byli nebo jsou vystaveni působení krizové situace, katastrofy, terorismu či jiné mimořádné události v lidském životě. Je založena na předpokladu, že ti, kteří takovou situaci přežili, mohou prožívat spektrum nejrozumnějších bezprostředních reakcí a některé z těchto reakcí mohou bránit přirozenému procesu vyrovnání se s kritickou událostí. Tomu je možné předejít adekvátní podporou a péčí (Brymer a kol., 2006). Psychologická první pomoc tak může být tím nejlepším začátkem jiných forem pomoci a podpory osobám v krizi.“ (Špaténková et al., 2017, s. 27).

První psychologická pomoc (PPP) je často přirovnávaná k první zdravotnické pomoci, neboť jejich cíle jsou obdobné – stabilizace zasažených osob a zmírnění aktuálních dopadů události, aktuální tísně. Dalším krokem je navázání zasažených osob do systému následné péče, respektive jejich propuštění (Everly & Lating, 2017; Špaténková a kol., 2017). První psychologická pomoc je navržena tak, aby ji byli schopni poskytnout i lidé, kteří nejsou odborníky v oblasti duševního zdraví (učitelé, duchovní, hasiči). Mezi hlavní oblasti působení první psychologické pomoci patří (Everly & Lating, 2017):

- ▶ zabezpečení základních fyzických potřeb,
- ▶ stabilizace akutních psychologických a behaviorálních reakcí,
- ▶ podpora sebeúčinnosti a znovuzískání kontroly nad situací,
- ▶ podpora přirozených adaptačních mechanismů,
- ▶ zprostředkování přístupu k následné péči (pokud si to stav klienta vyžaduje).

První psychologická pomoc není primárně koncipována jako prevence rozvoje posttraumatického vývoje. I navzdory tomu, že je zasaženému člověku bezprostředně po události poskytnuta adekvátní podpora, neznamená to, že u něj později nedojde k rozvoji některé z duševních poruch. Z tohoto titulu je důležité také poznamenat, že první psychologická pomoc by neměla být pojímána jako jednorázový zásah. Naopak - účinnost péče o oběti traumatických událostí se opírá o návaznost dalších služeb, kde první psychologická pomoc je prvním bodem tohoto kontinua (Everly & Lating, 2017).

Struktura PPP

Existuje několik modelů první psychologické pomoci, které se mohou lišit v jednotlivých krocích a celkové koncepci. Z praktického hlediska ale nejrozšířenější modely sdílí společné základní mechanismy a funkční prvky.

Struktura PPP bude popsána zejména s ohledem na strukturu modelu *Critical Incident Stress Management*, jehož autory jsou Everly a Parker. Ten je jedinečný pro svůj teoretický a empirický základ (Everly & Lating, 2017). Jednotlivé kroky jsou vyjádřeny zkratkou RAPID, která vychází z prvních písmen jednotlivých fází, tedy reflektující naslouchání, analýza a zajištění základních potřeb, prioritizace a prvořadé zaopatření, intervence a dispozice a jejich zhodnocení nebo také fáze dej dál (předání do následné péče).

- Reflektující naslouchání – jedná se o jeden ze základních atributů psychosociální pomoci. Reflexe se v rámci intervence může týkat samotné události, behaviorálních a verbálních projevů i emočního stavu zasažené osoby. Výsledkem reflektujícího naslouchání je redukce prožívané úzkosti, obav a pocitů osamělosti, kdy současně dochází k posilování důvěry a budování vztahu s klientem. Člověk v napětí, plný emocí a myšlenek, vnímá informace pouze částečně. Reflektivní naslouchání uvolňuje tenzi, emoce a dává prostor pro koncentraci pozornosti a schopnosti racionálně uvažovat (Špaténková et al., 2017).

- Analýza a zajištění základních potřeb – vždy je nutné primárně zajistit zdravotní potřeby. V prvotní fázi je tedy nutné zhodnotit zdravotní stav zasaženého člověka – zranění, bolestivé stavy, pocity nevolnosti apod, které je nutné ošetřit, případně dotyčným zajistit zdravotní péči. Při intervenci je důležité zajistit potřebu bezpečí, ať již z ohledu přímo ohrožujících (riziko úrazu), tak i nepřímo ohrožujících faktorů (médií). Intervent tedy pomáhá dotyčným přemístit se na bezpečné místo s dostatkem soukromí. V rámci první psychologické pomoci je nutné dbát na zajištění základních fyzických potřeb člověka, jako je potřeba jídla, tekutin, spánku, osobní hygieny apod. Jednou ze základních potřeb osob zasažených mimořádnou událostí je i potřeba sebeúčasti (Špaténková et al., 2017).
- Prioritizace a prvořadé posouzení – jedná se o fázi, na jejímž základě se určuje následný postup a také cíle intervence. V rámci prvořadého zaopatření je posuzován psychický stav zasažených osob z hlediska jejich potenciálu adaptace a vyrovnání se s nastalou situací. Na základě rozhovoru je posuzována jednak otázka, zda dotyčná osoba potřebuje další péči, a současně, zda existují indikátory toho, že schopnosti dané osoby adaptivně fungovat a věnovat se svým povinnostem jsou ohroženy. Součástí této fáze intervence je také tzv. psychologická tíráž – prioritizace. Jedná se o proces určování pořadí, v jakém intervenční pracovník pracuje ve vztahu k většímu počtu zasažených osob a ve vztahu k naléhavosti jednotlivých potřeb. V rámci této fáze první psychologické pomoci je třeba se zaměřit na určité aspekty traumatické zkušenosti, které jsou empiricky podloženými prediktory posttraumatického (dysfunkčního) vývoje (Everly & Lating, 2017):
 1. závažnost a doba trvání expozice,
 2. pocity viny po události,
 3. peritraumatická disociace,
 4. peritraumatická deprese,
 5. vnímané ohrožení života,
 6. předchozí psychiatrická anamnéza,
 7. nedostatek vnímané sociální podpory,
 8. vidění lidských ostatků,
 9. poranění hlavy (otřes mozku, traumatické poranění mozku).

- Intervence – součástí intervence na místech traumatických událostí je práce s intenzivními emocemi prostřednictvím stabilizačních technik a dechových cvičení. V důsledku traumatických událostí dochází u zasažených osob ke snaze o porozumění celé události, lidé mají potřebu zodpovědět si řadu otázek týkajících se vzniku, průběhu i dopadů celé události. Jejich odpovědi mohou být v řadě případů chybné, neúplné, negativní až katastrofické. Účinným způsobem pomoci osobám, které prožily traumatickou událost, je poskytnutí informací o tom, co se stalo, co se bude dít v nejbližší době, jaké jsou možnosti dalšího postupu, a jaké jsou běžné reakce na události tohoto typu. Součástí fáze intervence je také tzv. psychoedukace, tedy poskytnutí informací zasaženým osobám o běžných formách psychických a fyzických reakcí na mimořádnou událost, které se mohou vyskytnout v následujících hodinách až dnech. Jedná se o reakce jako např. vyhyčbavé chování, podrážděnost, nespavost, vtíravé myšlenky, ztráta zájmu, aj.). Účinnost psychoedukace po prožitém traumatu úzce souvisí s formou jejího provedení. Protiargumentem psychoedukace může být teoretické zvýšení senzitivity vůči těmto symptomům, na druhou stranu neinformovanost ohledně potenciálních dopadů události, může mít za následek chybnou interpretaci příznaků a v důsledku komplikovat proces vyrovnání se s traumatickou zkušeností (Everly & Lating, 2017).

Jednou z primárních potřeb člověka je přisuzovat událostem a věcem okolo nás určitý smysl a význam. S touto potřebou úzce souvisí pocit kontroly, jehož ztráta je podle Alberta Bandury (1997) určujícím faktorem stresové reakce. U lidí zasažených mimořádnou událostí se mohou objevit cirkulující katastrofické a nelogické způsoby myšlení, související se ztrátou smyslu a pocitu kontroly. V rámci první psychologické pomoci se intervent zaměřuje na zpřítomňování dotyčné osoby, přenesení pozornosti na postupné řešení problému a ve vybraných (vhodných) případech může být cílem intervence také systematictější práce v rámci dysfunkčních způsobů myšlení. S pomocí technik, které se odborně označují termíny kognitivní přerámování a kognitivní restrukturalizace, je možné se společně s klientem zaměřit na realističnost interpretace celé události, opra-

vit logické chyby v uvažování nebo nabídnout alternativní pohled. V některých případech může být účelné upozornit klienta také na to, že nemusí dělat zásadní životní rozhodnutí. Neboť taková rozhodnutí by vlivem prožité události a přítomného stresu nemusela být adekvátně posouzena (Everly & Lating, 2017).

- Ukončení intervence nebo zprostředkování návazné péče – jedná se o závěrečnou fázi intervence, v jejímž rámci se společně s klientem plánují nejvhodnější následné kroky a postupy. Po konci intervence může intervent naznat, že zasažená osoba je schopna se o sebe postarat a zastat své povinnosti – v tomto okamžiku intervence skončila. Obecně se v takovém případě doporučuje výměna kontaktu pro možnost následné konzultace. Případně může intervent naznat, že by pro zasaženou osobu mohla být přínosná určitá forma neformální pomoci (přátelé, rodina, kolegové). Intervent pak může pomoci propojit zasaženou osobu s těmito zdroji sociální opory. I navzdory správně provedené intervenci může zasažená osoba vykazovat dysfunkční znaky a vyžadovat následnou formální péči – psychologickou, lékařskou, logistickou, finanční, nebo duchovní. Traumatizované osoby mohou někdy váhat nad tím, zdali využít možnosti návazné péče, což může být ze strany některých lidí vnímáno jako projev vlastní slabosti. Úkolem interventa je v této fázi zaměřit se právě na případné obavy či ostych a podpořit zasažené osoby k vyhledání odborné pomoci (Špaténková et al., 2017, Everly & Lating, 2017).

Navzdory tomu, že PPP má určitou strukturu, žádná krizová situace není stejná, lidé mohou reagovat obdobným způsobem, ale přesto odlišně. Proto i podoba samotné intervence je pokaždé odlišná. Jednou z největších chyb, na kterou Everly a Lating (2017) upozorňují, je to, že lidé přicházejí pomoci s pevně daným schématem toho, co budou dělat. Je nutné být trpělivý a zasaženým osobám pozorně naslouchat, v mnoha případech nás sami nasměrují k tomu, jak jim nejlépe pomoci. Špaténková a kolektiv (2017) připomínají, že je nutné pamatovat především na několik zásad: nesoudit, nebagatelizovat, neslibovat nic, co nemůžeme splnit, a neanalyzovat. Cílem první psychologické pomoci není podrobně

objasnit zdroje dysfunkce, ale pomoci člověku překonat nastalou situaci. Ve vztahu k psychologickému debriefingu byla první psychologická pomoc koncipována jako intervence, která nesmí poškodit. Jedním z důležitých rozdílů mezi PPP a CISD je to, že součástí PPP není proaktivní podpora vyjádření emocí a vzpomínek týkající se traumatické události. V předchozí kapitole byl právě tento aspekt CISD označen jako problematický.

První psychologická pomoc v kontextu dopravní nehody

PPP na místě dopravní nehody má rovněž svá specifika, která je nutné v rámci praktického poskytování PPP reflektovat.

- Při kontaktu se zasaženou osobou se intervent v první fázi představí a vysvětlí účel své přítomnosti. Důležité je informace poskytovat stručnou a výstižnou formou. Zasažená osoba je následně požádána o sdělení základních informací o traumatické události. Využity jsou techniky reflektivního naslouchání. S cílem dostatečně porozumět zasaženému a jeho pocitům parafrázujeme získané informace o průběhu traumatické události, jejím prožívání, reakci jedince apod. Pozorné naslouchání je stěžejní z hlediska následného směřování a zacílení intervence.
- Místo dopravní nehody může být z hlediska bezpečnosti rizikovým místem. Ohrožení představuje okolní dopravní provoz, práce a pohyb techniky IZS apod. Vyšetřování dopravní nehody může trvat i několik hodin. Po tuto dobu setrvává zasažená osoba, u které nedošlo ke zranění, zpravidla na daném místě. Na místě nehody může být účastník vystaven různým vlivům počasí a může být také dehydratovaný, hladový, podchlazený. Současně není výjimkou, že na místo závažných dopravních nehod přijedou média, jejichž přítomnost mohou účastníci hodnotit jako obtěžující. Úkolem intervenanta je tyto faktory identifikovat a v rámci intervence zohlednit. S cílem zajistit základní fyziologické potřeby je vhodné nabídnout láhev s vodou, teplý čaj v zimě, základní občerstvení, případně deku apod. Znakem bezpečného místa je především to, že zde nehrozí fyzická újma. Současně by se zde měl klient cítit bezpečně a komfortně. Pro

řadu účastníků je tímto místem jejich vlastní vozidlo, existují však případy, kdy dotyčná osoba nemůže nebo nechce být v blízkosti svého vozidla. Někdy je účinné člověka zasaženého událostí odvést stranou tak, aby místo nehody sledoval pouze minimálně.

- V důsledku traumatické události může u zasažených osob docházet k projevům intenzivních emocí, hyperventilaci, třesu a panickým úzkostem. Aby bylo možné s danou osobou dále pracovat, je důležité se v rámci intervence zaměřit nejdříve na stabilizaci a zvládnutí těchto projevů. První krok při práci s projevy panických úzkostí je tzv. uzemnění. Intervent instruuje klienta k tomu, aby se zastavil, opřel a usadil tak, aby se obě chodidla dotýkala země. V některých případech může být užitečný také fyzický dotyk v podobě uchopení klienta za ramena. Následně se pozornost v rámci intervence přesouvá k práci s dechem. Společně s klientem se intervent několikrát pomalu, zhluboka a soustředěně nadechuje do břicha (Vodáčková, 2002).
- Účastníci dopravních nehod mohou být zmatení ohledně činnosti zasahujících složek IZS. Typická je potřeba informací ohledně procesu vyšetřování, potenciálních dopadů a zdravotního stavu zúčastněných osob. Pokud je intervent schopen na tyto dotazy empaticky a věcně reagovat, může u zasažených osob napomoci redukovat přítomný stres. Existují ale také otázky, na které je obtížné nebo i nemožné odpovědět. V takovém případě by měl intervent přiznat, že na některé otázky nezná odpověď. Vlivem prožívajícího stresu a neznalosti celé situace mohou mít účastníci dopravních nehod problém zastat i relativně snadné úkony, jako je například kontaktování asistenční služby. Úkolem interventa je v tomto ohledu pomoci člověku zorientovat se v dané situaci a podpořit jej v samostatnosti řešení vzniklých problémů.
- Pokud v rámci závěrečné fáze intervent uzná, že zasažená osoba s ohledem na svůj psychický stav vyžaduje následnou formální péči, může v kontextu České republiky nabídnout kontakt na několik institucí. Především se jedná o České sdružení obětí dopravních nehod (ČSODN), které svým klientům poskytuje psycholog-

kou a poradenskou péči. Dále o celostátní síť občanských poraden a krizových center, případně může intervent nabídnout kontakt na soukromého psychoterapeuta, specializujícího se na problematiku traumatických událostí a současně působícího v dostupné vzdálenosti od bydliště zasažené osoby.

Účinnost PPP

Navzdory skutečnosti, že se první psychologická pomoc stala v současnosti jednou z nejrozšířenějších a nejuznávanějších metod krátkodobé péče o osoby zasažené traumatickou událostí, existuje v současnosti pouze malý počet studií dokládající účinnost této metody (Ruzek et al., 2007). Jedním z důvodů je samotná povaha traumatické události, kterou je obtížné predikovat a zkoumat prostřednictvím randomizovaných studií (Uhernik & Husson, 2009).

Výsledky pilotní studie Everlyho a kolegů (2016) nabízejí počáteční empirickou podporu PPP ve vztahu k redukci úzkostných a depresivních projevů. Účinnost intervence ve vztahu k projevům úzkosti a negativních emocí byla zjištěna v rámci studie Despeaux a kolegů (2019). Existují ale i studie, které obecný přínos první psychologické pomoci zpochybňují (Bisson et al., 2010; Deltjens, 2014). Navzdory této skutečnosti zastává většina odborné veřejnosti názor, že limitace kvantifikace účinnosti PPP ve vztahu k dlouhodobému traumatickému vývoji by rozhodně neměla vést k rozhodnutí, že nejlepší formou pomoci lidem zasaženým traumatickou událostí je úplná nečinnost. Podstatné je vyvarovat se formám intervence, které by mohly být potenciálně kontraproduktivní nebo narušovat přirozený proces zotavení.

Řada odborníků doporučuje víceúrovňový systém zpracování traumatu, zvláště pak v situacích, kdy je jednou traumatickou událostí zasažen větší počet lidí. Úvodním krokem v rámci tohoto systému by mohla být První psychologická pomoc, po které by následovala určitá forma monitorování rizikových jedinců (zvýšený akutní stres, zvláště závažná událost, apod). V rámci druhého kroku je následně možné aplikovat SPR (Skills to Psychological recovery, viz dále), nebo na trauma zaměřenou KBT. Existuje určitá část klientů, u kterých intervence

v prvním ani druhém kroku nepovede ke zmírnění dopadů traumatické události a v těchto případech je důležitý zásah specialisty na duševní zdraví.

5.4 Skills to Psychological recovery (SPR)

Jedná se o metodu bezprostřední psychologické intervence, která stojí na šesti pilířích:

1. Navázání kontaktu a reflektující naslouchání – tento bod předpokládá sanaci primárních potřeb zasažené osoby, budování důvěry a bezpečného vztahu. Účinnost reflektujícího naslouchání ze strany intervenanta je podporována i výsledky odborných studií (Tarrier et al., 1999).
2. Identifikace budoucích problémů a formulace plánu jejich řešení – jedná se o významný aspekt intervence u obětí například přírodních katastrof, ale i dopravních nehod, protože řešení praktických dopadů události představuje zpravidla velký stres. Rozložení problému do konkrétních dílčích kroků a společné vybudování i třeba jednoduchého plánu jeho řešení může být účinným způsobem redukce stresu (Cuijpers et al., 2007).
3. Podpora aktivní činnosti (behaviorální aktivace) – souvisí s podporou zasažených osob v oblasti běžných a rutinních činností a v udržování fyzické aktivity.
4. Správa reakcí – v rámci programu SPR se využívá nejrůznějších technik práce s emocemi, jako jsou například techniky práce s dechem apod.
5. Kognitivní přerámování – celkové hodnocení traumatické události ovlivňuje také míru negativních dopadů události na psychiku člověka (Ehlers & Clark, 2000). Z odborných studií vyplývá, že kognitivní přerámování může u obětí traumatických událostí snižovat úzkostné a depresivní příznaky (Gloaguen et al., 1998; Wampold et al., 2002).
6. Obnova sociálních vazeb – cílem SPR je současně nasměrování zasažených osob k využití sociální opory v podobě rodiny, přátel apod.

Na rozdíl od PPP byl tento program strukturován takovým způsobem, že jej bylo možné explicitně vyhodnotit z hlediska schopnosti snižovat depresi, posttraumatický stres, úzkost a související problémy. Dokud ale nebude plně vyhodnocen randomizovanými studiemi, nelze na něj spoléhat jako na účinnou strategii po traumatu.

5.5 B-KBT (brief – tedy stručná terapie kognitivně – behaviorální)

Wu (2014) provedl na účastnících dopravních nehod dvojité slepou studii, kdy část osob podstoupila čtyři sezení ve frekvenci jednou týdně a trvání devadesáti minut. Tato metoda se potvrdila být preventivní vzhledem k výskytu příznaků PTSD. Jejím obsahem byla edukace v oblasti reakcí na stres, identifikace kognitivních zkreslení, expozice vlastního zážitku dopravní nehody, a to imaginativní a in vivo. Nahrávka popisu a její každodenní poslech byl součástí domácího úkolu. V závěru byla zařazena diskuse úspěchů a obtíží.

V jiném případě, kdy byla zkoumána krátká časná KBT, došlo jejím působením k urychlení zotavení z PTSD, ale z dlouhodobého hlediska byl její vliv v porovnání s kontrolní skupinou bez jakéhokoliv zásahu zanedbatelný. Krátká časná kognitivně-behaviorální terapie vykazovala zvýšenou účinnost u pacientů s komorbidní depresí a u pacientů, kteří byli zařazeni do výzkumu jeden měsíc po traumatickém zážitku (Sijbrandij et al., 2007).

Taktéž v případě delšího časového úseku mezi zažitým traumatem a poskytnutou léčbou, v tomto případě skoré TF-KBT (na trauma zaměřená kognitivně behaviorální terapie) a TF-KBT, byl její účinek vyšší u projevů intruzivních myšlenek a deprese (Kliem & Kröger, 2013).

V dalších studiích byly jako metody využívány:

- techniky psaní o událostech nehody (s podporou jedné „face-to-face“ a dvou telefonických konzultací), které se neprokázalo být vhodným nástrojem v léčbě PTSD (Bugg et al., 2009),
- krátká terapie za pomoci virtuální reality jako formy expozice (Freedman et al., 2015),
- metoda strukturování paměti (Gidron et al., 2001, 2007), ve které dochází k detailnímu opisu nehody a všech nuancí s důrazem na následný racionálně- kognitivní komentář terapeuta, která se taktéž prokázala neúspěšnou (mírné zlepšení nastalo u žen, u mužů naopak docházelo k zhoršení),
- kreativní umělecký program, který používal jako nástroje arteterapii a autorské psaní a vycházel z názoru, že trauma je uloženo v paměti ve formě obrazu, a proto budou expresivní techniky pro jeho vyjádření nápomocné, ale neprokázal se rozdíl mezi experimentální a kontrolní skupinou (Wang et al., 2015).

5.6 Farmakoterapie v rámci krátkodobé péče

V kontextu krátkodobé péče o oběti traumatických událostí se více studií zaměřilo na účinnost psychosociálních intervencí než na účinnost farmakoterapie. Je to dáno pravděpodobně tím, že psychologické působení v léčbě chronické PTSD se prokázalo jako jednoznačně účinnější než léčba pomocí medikamentů, a tak i v rámci krátkodobé péče byl důraz kladen na psychoterapeutické strategie (Bryant, 2016). Shalev a kolektiv (2012), autoři jedné z nejrozsáhlejších studií o účinnosti farmakoterapie v rámci krátkodobé léčby traumatu, porovnávali účinnost KBT, escitalopramu (jedno z nejběžnějších antidepresiv ze skupiny SSRI) a placebo. Pacientům byl podáván escitalopram nebo placebo v dávce 10 mg denně v průběhu prvního týdne. Následně

byla dávka zvýšena na 20 mg po dobu 12 týdnů. Po devítiměsíčním vyhodnocení vykazovalo 42 % uživatelů antidepresiv příznaky PTSD. V případě placebo to bylo 47 % a v případě psychoterapie pouhých 22 %. Ukázalo se, že escitalopram nefungoval o moc lépe nežli placebo a jeho indikace v rámci krátkodobé péče, nebyla shledána jako efektivní. Mellman a kolegové (1998) sledovali účinnost indikace temazepamu (benzodiazepam) u čtveřice pacientů krátce po prožitém traumatu. Výsledkem byla snížená četnost poruch spánku i intenzita stresové reakce. Přesto je nutné na tomto místě upozornit, že použití benzodiazepinů v akutní fázi má jistá rizika. Přestože se benzodiazepiny používají již několik let k tlumení traumatické reakce i následných problémů se spánkem, existují podezření, že mohou narušit přirozený proces konsolidace traumatické vzpomínky v paměti. Jedním z významů reakce osy HPA (hypothalamus-hypofýza-nadledviny) je usnadnit produkci kortizolu. Výsledná kaskáda reakcí vede k větší regulaci stresové reakce. Benzodiazepiny mohou ve skutečnosti omezit tuto funkci, a tím zesílit traumatický dopad události a zvýšit riziko rozvoje PTSD (Gelpin et al., 1996; Mellman et al., 2002; Zohar et al., 2011). V poslední době vzniklo také několik studií, které prostřednictvím modulace noradrenergických (přes propranolol) a glukokortikoidních (přes kortizol) systémů směřují ke zmírnění biologických reakcí krátce po traumatické události. Ačkoliv je tento přístup stále v počátcích, je zde potenciál pro zmírnění biologických reakcí na traumatickou událost, které sekundárně zvyšují riziko rozvoje PTSD (Bryant, 2016).

6. Dlouhodobá psychologická péče a účinné terapeutické postupy

Barbora Sulíková, David Červinka

Terapeutická podpora osob zasažených dopravní nehodou, která byla popsána v rámci odborných studií, se zaměřuje na prevenci vzniku a rozvoje PTSD i na její léčbu (Beck & Coffey, 2007). Terapie může probíhat individuální formou, ale také skupinově. Problematickou se zabývají různé terapeutické školy. Nejlépe zmapována je terapie kognitivně behaviorální, v poslední době je velmi úspěšná i terapie EMDR (desenzibilizační terapie využívající pohyb očí).

6.1 Kognitivně – behaviorální terapie (KBT)

Z historického hlediska byla první prací zabývající se léčbou izolované fobie, strachu z řízení, studie Wolpeho, který použil a ověřil svou metodu systematické desenzibilizace (Vybíral & Roubal, 2010), relaxace, hypnózy, imaginativní a in vivo expozice (Wolpe, 1962). Po prokázání těchto metod jako vhodných pro léčbu specifické fobické reakce v souvislosti s dopravní nehodou se v následujícím období staly stěžejními a byly využity v mnohých popsanych případech (Blanchard & Hickling, 1997). Mezi užívanými technikami se dále vyskytovala kombinace expozičních metod (Blonstein, 1988), progresivní svalová relaxace, autogenní trénink a jejich kombinace s následnou expozi-

cí (Fairbank et al., 1981; McCaffrey & Fairbank, 1985), imaginace prostřednictvím audionahrávky připomínající dopravní nehodu (Kuch et al., 1984, 1994, 1995, 1996). Léčba pacienta postupným vystavením konkrétnímu stimulu vyvolávajícímu silnou emocionální reakci může mít i další podoby jako je expozice prostřednictvím obrázků, fotografií, filmu, expozice v hypnóze, ve virtuálním prostředí (in virtuo-expozice) (Walshe et al., 2003).

V současné době již existují výzkumné studie svědčící o vhodnosti KBT jako bezpečné a účinné formy terapie u akutní i chronické formy PTSD jak po rozličných traumatických zážitcích, tak i po dopravních nehodách (Kar, 2011, Taylor et al., 2001). Terapie je účinná u dětí, dospívajících i dospělých. Avšak neúčinnost vůči některým symptomům PTSD může dosahovat až 50 % (s ohledem na faktory jako jsou individuální charakteristiky zkoumaných osob a komorbidita). KBT byla ověřena a používána v mnoha kulturách, je však nutné přizpůsobit ji kulturním specifikům (Kar, 2011).

Techniky KBT pro léčbu traumatu

Jednotlivé přístupy KBT rozličných autorů se mezi sebou mohou lišit v použitých technikách. Ve všeobecnosti nejčastěji zahrnutými technikami jsou edukace o traumatech a reakcích na ně, nácvik relaxace a práce s kognitivními zkresleními. Avšak často bývají použity i specifické prvky, jako expozice imaginativní a in vivo, systematická desenzibilizace imaginativní znovuprožívání, práce s posttraumatickým růstem, práce se stresem a copingovými strategiemi a kognitivní restrukturalizace (Foa & Meadows, 1997; Kar, 2011).

Psychoedukace je ve většině terapeutických programů zařazována v začátcích, v úvodní lekci. Jejím obsahem bývá kromě informací o typických reakcích na trauma také legalizace pocitů klientů (Harvey et al., 2003).

Expoziční techniky, v jejichž rámci jsou léčené osoby konfrontovány se svými obavami, se mohou lišit na základě přítomnosti strach působícího stimulu (imaginační a in vivo), délky expozice (krátká vs. dlou-

há), nabuzení (arrousal) v průběhu expozice (vysoké vs. nízké) (Foa & Meadows, 1997). Metoda systematické desenzibilizace byla hojně používána v minulosti. Je založena na imaginativní expozici obávanému stimulu s použitím relaxace, a to v gradované, hierarchické formě. Prolongovaná expozice (zaplavením) je další, pro klienta náročnější metoda, kdy se dostává do přímé konfrontace s obávaným podnětem (bez hierarchizace) a je mu vystaven po delší dobu, dokud negativní pocity neztratí na své intenzitě. (Foa & Meadows, 1997). Obvyklá délka jejího trvání je 50 minut a bývá podpořena domácím úkolem (například poslech audio nahrávky apod.) (Harvey et al., 2003).

I navzdory úspěchům při užívání těchto metod bylo zjištěno, že model habituace, na kterém je založena expozice, není dostatečný v oblasti práce s emocemi, které jsou spojeny s traumatem, jako je například strach, hněv, vina apod. Přidáním technik zaměřených na kognitivní restrukturalizaci došlo ke zlepšení i v těchto oblastech (Kar, 2011). Cílem je především naučit klienty identifikovat a vyhodnocovat negativní automatické myšlenky, vyhodnocovat přesvědčení o traumatu, o sobě samém i o světě (Harvey et al., 2003).

Management úzkosti zahrnuje relaxační techniky a jeho cílem je pomoci získat jednotlivcům dovednosti pro zvládání úzkosti, ovládnutí strachu, snížit úroveň arousal (Harvey et al., 2003).

Z perspektivy klienta byly jako nápomocné oblasti KBT identifikovány tyto tři: 1. naslouchající terapeut, 2. užitečnost použitých metod, 3. přijetí sebe samého (Clarke et al., 2004). Terapeutický proces obvykle zahrnuje 9 – 12 setkání, kdy každé trvá mezi 60 a 90 minutami (Harvey et al., 2003).

Příklady kognitivně-behaviorálních terapií pro osoby s PTSD po dopravních nehodách

Fecteau a Nicki (1999) náhodně rozdělili 20 osob, které přežily dopravní nehodu, do dvou skupin, jedna z nich podstupovala KBT program a druhá sehrávala roli kontrolní skupiny a byla na tzv. čekacím seznamu. Léčba zahrnovala čtyři dvouhodinová sezení, která se uskutečňovala jednou týdně. Vzhledem k individuálním rozdílům byla doba

jednoho sezení do jisté míry flexibilní a pohybovala se v rozmezí od 112 minut do 3 hodin v souladu s potřebami účastníků na průměrnou expozici, např. aby se mohli během sezení dostatečně adaptovat. Po ukončení léčby bylo u skupiny absolvující program KBT prokázáno snížení výskytu symptomů PTSD (Fecteau & Nicki, 1999).

1. SEZENÍ

- ▷ První sezení poskytlo informace o účelu léčby a poučení o reakcích na trauma. Zahrnovalo nácvik relaxace pomocí techniky bráničního dýchání a tento postup byl nahrán, aby mohl být následně použitý pro plnění domácího úkolu – procvičování dvakrát denně.

2. SEZENÍ

- ▷ Po přezkoumání relaxačních domácích úkolů bylo podrobně probíráno trauma z nehody za účelem zdůraznění podnětů, reakcí a významného kontextu, tedy úzkost vyvolávajících stimulů. Sezení pak pokračovalo imaginativní expozicí a byl vypracován popis nehody a nahrán pro potřeby domácího úkolu (expozice). Domácí praxe mezi druhým a třetím a třetím a čtvrtým sezením zahrnovala jak každodenní relaxaci, tak nahranou reexpozici traumatu.

3. a 4. SEZENÍ

- ▷ Setkání pokračovala imaginativní expozicí a postupně bylo zavedeno kognitivní přehodnocení samotného traumatu. Taktéž proběhla příprava k postupnému sebeřízenému nácviku chování in vivo s cílem snížit úzkost a vyhýbání se specifickým obávaným podnětům. Tyto situace zahrnovaly, jak situace související s konkrétními obavami z řízení nebo jinými traumatickými obavami, tak i s obecnějším vyhýbavým chováním. Dalším cílem závěrečných dvou sezení bylo pomoci klientům při vyjadřování jejich zkušeností, a nakonec při vytváření souvislého vyprávění o jejich zážitku traumatu.
- ▷ Velice rozsáhlé dílo s tematikou terapeutické a výzkumné práce s účastníky dopravních nehod vytvořili Blanchard a Hickling ve svých studiích na univerzitě v Albany (Blanchard & Veazey, 2001). Pokusné osoby byly náhodně zařazeny do dvou skupin – skupiny, která absolvovala KBT program, a kontrolní skupiny, které byla po-

skytnuta podpůrná terapie, případně určili i třetí skupinu, bez terapeutického zásahu (osoby umístěné na tzv. čekací seznam). Výsledky opakovaně ukázaly, že KBT léčba vedla nejenom ke snížení příznaků PTSD, ale také i komorbidní deprese a generalizované úzkostné poruchy (Harvey et al., 2003). Na základě letitých zkušeností vytvořili strukturovaný program (2004), ten byl adaptován i do dalších zemí (např. Maercker et al., 2006).

Protokol programu Blancharda a Hicklinga (Blanchard et al., 2004) uvádíme níže:

1. SEZENÍ

- ▷ Uvítání.
- ▷ Vstupní psychodiagnostika.
- ▷ Edukace v rámci témat: „normální“ reakce na trauma, různé postupy léčby pro různé skupiny symptomů (nástin jednotlivých postupů léčby).
- ▷ Relaxační techniky (relaxace 16 svalových skupin) – pokračovat v domácím cvičení.
- ▷ Verbální popis dopravní nehody a reakcí na ni – do detailu sepsat do příštího sezení.
- ▷ Vyplnění dotazníku o pacientových očekáváních.

2. SEZENÍ

- ▷ Čtení a rozbor dopravní nehody – pokračovat domácím procvičováním.
- ▷ Relaxační techniky (relaxace 16 svalových skupin) – pokračovat v domácím cvičení.
- ▷ Edukace a diskuse v rámci témat: vyhybavé chování, hierarchizace úkolů v rámci desenzibilace – do příštího setkání sepsat možné úkoly.

3. SEZENÍ

- ▷ Čtení a rozbor dopravní nehody – reakce a diskuse, postupné nahrazování negativních výroků výroky sebeřídícími, zaměření na „coping“.
- ▷ Práce s hierarchií vyhybavého chování a souvisejícími úkoly pro desenzibilaci; objasnění významu expozice in vivo a významu asistence významné blízké osoby; objasnění symptomů a léčby manželovi/manželce či partnerovi/partnerce.

- ▷ Relaxační techniky (relaxace 8 svalových skupin) – pokračovat v domácím cvičení.

4. SEZENÍ

- ▷ Čtení a rozbor dopravní nehody – připojení výsledků „copingu“, ověření nahrazování výroků.
- ▷ Relaxační techniky (relaxace 4 svalových skupin).
- ▷ Instrukce pro domácí cvičení – redukce vyhýbavého chování a související úkoly.

5. SEZENÍ

- ▷ Čtení a rozbor dopravní nehody – připojení výsledků „copingu“
- ▷ Postupné odstranění relaxace z programu setkání.
- ▷ Instrukce pro domácí cvičení – redukce vyhýbavého chování a související úkoly.

6. SEZENÍ

- ▷ Čtení a rozbor dopravní nehody – využití řízené relaxace jako „copingové“ strategie, ověření nahrazování výroků.
- ▷ Instrukce pro domácí cvičení – redukce vyhýbavého chování a související úkoly.

7. SEZENÍ

- ▷ Zaměření na psychické otupění, deprese a existenciální otázky.
- ▷ Jak si říct o pomoc (uvědomění si, že nelze „čist“ myšlenky druhého).
- ▷ Plánování příjemných aktivit.
- ▷ Průzkum depresivních schémat a chybné logiky.
- ▷ Připomenutí domácích cvičení (redukce vyhýbavého chování a související úkoly, kontrola negativních výroků).

8. SEZENÍ

- ▷ Plánování příjemných aktivit.
- ▷ Průzkum depresivních schémat a chybné logiky – kognitivní restrukturalizace.
- ▷ Připomenutí domácích cvičení (redukce vyhýbavého chování a související úkoly, kontrola negativních výroků).

9. SEZENÍ

- ▷ Viz. sezení osmé.

10. SEZENÍ

- ▷ Finální setkání – revize procedur, připomenutí nutnosti pokračovat s jejich prováděním doma.
- ▷ Restrukturalizace kognitivních schémat.

Účinnost metody KBT byla ve vztahu k terapii traumatu prověřena i ve formě videokonferenční KBT, kdy mezi dvěma skupinami („face-to-face“ a videokonferenční) nebyly shledány žádné významné rozdíly. Terapie byla v tomto případě adaptovaná na míru potřebám jednotlivých klientů. Délka jejího trvání byla 16 až 25 týdnů (jednoukrát týdně, přičemž videokonferenční pacienti měli v průměru 21 setkání a pacienti naživo 19). Jedno sezení trvalo 60 minut. Jednotlivé moduly byly zaměřeny na psychoedukaci (konceptualizace PTSD a informace o normálních reakcích na stres), trénink zvládání úzkosti (řešení problémů, kognitivní restrukturalizace, progresivní svalová relaxace), imaginativní a in vivo expozice, strategie prevence relapsu (definice relapsu, identifikace rizikových faktorů) (Germain et al., 2009).

V poslední době je možné pozorovat trend online KBT (např. Lenferink, 2020) nebo terapie vycházející z KBT založené na metodě Mindfulness (Liu et al., 2022; Szoke et al., 2021).

6.2 Na trauma zaměřená kognitivně-behaviorální terapie

Na trauma zaměřená kognitivně-behaviorální terapie vychází z klasické koncepce KBT, která dlouhodobě dosahuje v léčbě posttraumatické stresové poruchy velmi dobrých výsledků (Bradley et al., 2005; Foa et al., 2009; Roberts et al., 2009). Na tomto základě vznikala také kratší forma

KBT zaměřená jako raná péče o oběti traumatických událostí. Tato zkrácená forma zaměřená na ranou péči o oběti traumatických událostí se od klasické koncepce KBT liší především počtem setkání (seancí), který je v tomto případě omezen na pět až šest sezení, avšak základní principy terapie zůstávají zachovány.

Kromě léčby osob trpících PTSD z rozličných příčin, včetně dopravních nehod (Kliem & Kröger, 2013), se tato metoda prokázala být vhodnou i u léčby klientů se strachem z cestování, a to v roli řidičů i spolujezdců (de Jongh et al., 2011). Jeví se, že oproti jiným traumatizovaným skupinám jsou to právě oběti dopravních nehod, které z této metody nejvíce benefitují (Kliem & Kröger, 2013).

Základními složkami TF-KBT jsou 1. psychoedukace, 2. zdůvodnění expozice, 3. expozice, 4. domácí úkoly (Kliem & Kröger, 2013).

Stěžejní metodou TF KBT je právě expozice (Ponniah & Hollon, 2009). Traumatický podnět nebo jiný stimul je v případě této metody navozený buď imaginativní anebo in vivo cestou. Typicky je klient požádán, aby popsal traumatický zážitek a znovu jej prožil prostřednictvím své fantazie. V rámci "domácího úkolu" je obvykle instruován, aby denně poslouchal audionahrávku tohoto traumatického zážitku, která byla pořízená v jednom z prvních sezení (Seidler & Wagner, 2006). Opakované vystavení traumatické vzpomínce může být provedeno i prostřednictvím psaní příběhu, dopisu. Expozice probíhá i vystavováním se situacím v reálném životě, které jsou bezpečné, ale u dotčených osob vyvolávají úzkost a spouštějí vyhýbavé vzorce chování nebo maladaptivní hodnocení vycházející z prožité události (například: "Už nikdy nebudu nikomu věřit," "Žádné místo není bezpečné," apod.) (Ponniah & Hollon, 2009). Přítomnost silných emocí jako je například hněv, odpor, stud, mohou negativně ovlivňovat úspěšnost léčby a následné remise, proto je vhodné modifikovat expozici takovým způsobem, aby zahrnovala i práci s negativními emocemi (Kliem & Kröger, 2013). Taktéž se jako prospěšné jeví doplnit kognitivní restrukturalizaci, další významnou metodou užívanou i v souvislosti s postupem TF KBT (Kliem & Kröger, 2013, Ponniah

& Hollon, 2009). Použit se taktéž můžou i techniky jako je metoda sokratovského dotazování anebo rozličné behaviorální experimenty (Ponniah & Hollon, 2009).

Obecně se doporučuje provádění intervence v individuální formě. Stejně jako u jiných programů založených na expozici je účelné, aby relace probíhaly minimálně devadesát minut, protože je nutné ponechat dostatek času pro samotnou expozici (na soustředění se na traumatickou vzpomínku) a také na společnou diskusi, která pomáhá traumatickou zkušenost přerátovat v konstruktivní pojetí (Bryant, 2016).

Načasování léčby, frekvence a četnost

Z odborných studií vyplývá, že počáteční reakce mnoha lidí ustoupí do prvního týdne po expozici traumatu (Solomon et al., 1996), současně příliš brzká intervence může zkomplikovat přirozený proces vyrovnání se s událostí. V otázce načasování terapeutického působení však není klíčový ani tak počet dní uplynulých od události, jako spíše kontext a aktuální / individuální situace klienta. V některých případech může být užitečné počkat i delší dobu - například v situaci, kdy je daná osoba hospitalizována. V tomto případě mohou sehrávat negativní roli faktory jako je nemocniční prostředí, podávání analgetik, omezené soukromí apod., které mohou terapeutický proces znesnadňovat (Bryant, 2016; Shalev et al., 2012). Spiegel a Classen (1995) navrhuji, aby intervence začala co nejdříve po traumatické události. Rothbaum a kolektiv (2012) ve své studii zahájili intervenci bezprostředně na pohotovosti traumatologické kliniky. Naproti tomu, Shalev a jeho kolektiv (2012) nezaznamenali podstatný rozdíl v účinnosti terapie realizované po třiceti dnech a terapií realizované po třech měsících. Bryant (2016) doporučuje s terapeutickým působením počkat alespoň sedm dní.

Bryant (2016) hovoří o tom, že účinnosti bezprostřední psychoterapeutické intervence u obětí traumatických událostí bylo dosaženo při minimálním počtu pěti až šesti sezení při frekvenci jednoho sezení týdně. Pochopitelně i v tomto bodě hrají důležitou roli kontext, celková situace klienta i jeho reakce na samotnou léčbu. Pokud je například kontakt s klientem časově omezený, je možné i každodenní terapeu-

tické působení. Také například v situaci, kdy klient v průběhu expozice nevykazuje znaky adekvátního zvládnutí traumatických vzpomínek, je nezbytné naplánovat další sezení v horizontu nejbližších dnů. Obecně se však doporučuje frekvence jednoho terapeutického sezení týdně tak, aby měl klient dostatek času ke své práci v rámci domácích cvičení. Účinnost KBT terapie byla u traumatizovaných pacientů zaznamenána již po pěti relacích, nicméně účinnost terapie může být významně vyšší, jestliže je možnost v terapii pokračovat. Důvodem k vyššímu počtu terapeutických sezení může být například skutečnost, že traumatizovaný klient se často potýká s přetrvávajícími stresory, které mohou potenciálně brzdit účinnost léčby a vyšší počet sezení by tento deficit mohl kompenzovat. Řada pacientů může dobře reagovat na léčbu, ale pořád u nich hrozí riziko relapsu, protože stále mohou existovat ústřední aspekty traumatu, které nebyly v rámci terapie zpracovány (Bryant, 2016).

Účinnost KBT

Pravděpodobně první studie zkoumající účinnost kognitivně behaviorální terapie v rámci bezprostřední práce s traumatem provedl tým Edny Foa (1995). Ve své práci se zabývali účinností zkrácené formy této terapie (celkem čtyři sezení) u obětí sexuálních útoků. Další studii zkoumající účinnost zkrácené formy KBT u obětí traumatických událostí provedl Bryant s kolegy (1998), jejichž respondenty byli účastníci dopravních nehod nebo nesexuálních útoků, kteří splňovali diagnostická kritéria pro ASD. Práce s respondenty zahrnovala pět sezení, přičemž důraz byl kladen na imaginativní a in vivo expozici a kognitivní restrukturalizaci. Po pěti měsících od události byl u skupiny respondentů po terapii zaznamenán rozvoj PTSD ve 20 %, v případě kontrolní skupiny byl rozvoj poruchy zaznamenán u 67 % respondentů (podpurná terapie). Následující studie potvrdila, že přínos léčby byl zachován i čtyři roky od konce léčby (Bryant a kol., 2003). Kognitivně behaviorální terapie měla také podstatný vliv nejen na četnost PTSD, ale i na četnost depresivních a úzkostných poruch (Bryant a kol., 2008). Shalev se svým týmem (2012) poukázal na to, že intervence prostřednictvím KBT má po pěti měsících od události jednoznačně lepší výsledky oproti indikované farmakoterapii (escitalopram). Účinnost této

formy terapie byla potvrzena také například ve studii Bissona a kolektivu (2004), Ehlers a kolektivu (2003) a Sijbrandita a kolektivu (2007). Tyto studie poukazují na účinnost časných intervencí (do tří měsíců od události) založených na principu kognitivně-behaviorální terapie. Jejich indikace u osob vykazujících symptomy ASD nebo akutní PTSD může být účinným preventivním opatřením proti rozvoji chronické PTSD a souvisejících poruch.

Metodu TF – KBT podpořil i neurovědní výzkum, kdy bylo pomocí zobrazovacích metod zjištěno, že přítomnost a míra symptomů PTSD významně souvisí se stupněm bilaterální aktivity amygdaly při stimulaci před léčbou (prohlížení strach evokujících vs. neutrálních obrázků). Osoby s menší následnou redukcí symptomů se vyznačovaly větší aktivací amygdaly v obou uvedených případech (tj. menší rozlišování hrozby a bezpečí), zatímco adolescenti, u kterých došlo k větší redukci symptomů, se vyznačovali aktivací amygdaly pouze při zobrazení hrozby (Cisler et al., 2015).

TF KBT u dětí

TF KBT je metodou využívanou i v pomoci dětem, které utrpěly nějaký druh traumatické zkušenosti. Jsou přístupné i standardizované verze metody s vysokou mírou strukturovanosti. Typicky se jedná o 12-16 setkání s délkou trvání devadesát minut společných pro děti i jejich rodiče. Zahrnují osm základních oblastí a postupuje se na základě klinické připravenosti klientů. Konkrétně se jedná o psychoedukaci a oblast rodičovských dovedností, relaxaci, afektivní vyjádření a regulaci, kognitivní zvládnutí, rozvoj a zpracování traumatického vyprávění, postupnou expozici in vivo, společná sezení rodičů a dětí, posílení bezpečnosti a budoucího vývoje. Podrobný postup i s protokolem je možné dohledat na internetovém odkazu <https://tfcbt2.musc.edu/>.

6.3 Stručná včasná léčba (intervence) po dopravní nehodě

Včasná krátká intervence přináší mnoho kladů jako například ekonomičnost, co se týče času i finančních aspektů, a to jak pro terapeuta, tak pro klienty a v neposlední řadě i pro stát (vzhledem ke kratší době rekonvalescence postižených) (Hickling et al., 2005). Nejčastěji je poskytována jako krátkodobá péče ve formě debriefingu, psychologické první pomoci, případně dalších druhů intervencí (podrobněji popsáné v předchozí kapitole), ale taktéž se vyskytuje i jako krátkodobá terapie. V literatuře jsou popsány především postupy na bázi KBT (McNally et al., 2003).

V euroamerické kultuře je očekávaným standardem, že se lidé budou cítit dobře, stres je špatný a je vhodné dělat korektivní činnosti pro řešení všech negativních reakcí, i když jsou to reakce normální, adekvátní situaci (Ostrow, 1996).

Ne všechny osoby, které byly vystaveny traumatu, chtějí nebo potřebují profesionální pomoc. V případě těchto osob je vhodné jejich zařazení do sítě rodinných a komunitních vztahů, významným faktorem se jeví být sociální opora. Mnoho zasažených dopravní nehodou je ukotveno v síti dostatečných sociálních vztahů, ale u dalších je vhodné tuto oblast posílit (McNally et al., 2003).

V souvislosti s odolností lidského organismu vyrovnávat se s traumatem a taktéž neúspěchem metody debriefingu vyvstaly snahy o určení cílové skupiny osob z množiny těch, jenž byli vystaveni traumatu, a která je postižena negativními vlivy v nejvyšší míře (McNally et al., 2003). Podobným způsobem postupovali i autoři krátkých včasných intervencí na základech KBT, které měly ve všech popsáných případech individuální formu.

Včasná krátká intervence na bázi KBT

Vzhledem k nepříznivým výsledkům předchozích studií byla další včasná krátká intervence zaměřená pouze na některé vybrané osoby (Hickling et al., 2005), které si uvědomovaly možný přínos terapie a rozuměly tomu, co je cílem intervence a byly motivovány zkusit metodu léčby založené z velké části na sebeřízení. Léčba vycházela z jejich standardizované terapie (Blanchard & Hickling, 1997), která prokázala 70% úspěšnost a byla efektivní i z hlediska času. Byla koncipována jako dvě osobní setkání s terapeutem a telefonické interview mezi nimi (pro účely ověření, jestli všechno probíhá dle instrukcí). Pozůstávala z následujících bodů:

- 1. Edukace** – co se děje, může dítě v ponehodových stavech u některých osob, jak probíhá PTPS GAD, jakým způsobem na tyto jevy působí KBT.
- 2. Relaxační trénink** – jeho nácvik. Nástroj na zvládání úzkostných symptomů.
- 3. Vystupňovaná expozice** – imaginativní i in vivo.

PRVNÍ SEZENÍ

- ▷ Screening pacienta (informace o dopravní nehodě (dále DN): průběh a okolnosti DN, symptomy přítomné po DN apod.).
- ▷ Diskuse s pacientem (Vysvětlení možných způsobů léčby vzhledem k jeho symptomům. Normalizace a kontextualizace pacientových příznaků jako reakce na dopravní nehodu. Vyvíjivé chování, role KBT v tomto procesu.).
- ▷ Edukace ohledně expozice (imaginativní i in vivo), edukace ohledně desenzibilizace.
- ▷ Vytvoření audionahrávky s opisem DN (vytváří pacient), následně je pacient instruován, aby ji v mezech mezi setkáními poslouchal denně, případně každý den opakovaně.
- ▷ Expozice in vivo (řízení vozidla nebo vystavení se situacím souvisejícím s dopravní nehodou).
- ▷ Relaxace jako metoda pro zvládání úzkosti (používání škály SUDS – Subjective units of discomfort pro hodnocení úzkost vyvolávajících situací).

- ▷ Racionálně-emoční terapie (RET) a role kognice (percepce reakce na situaci, Maichenmausův stres modulation training, osobní copingové strategie).
- ▷ Domácí úkoly (zapisování a hodnocení úzkost vyvolávajících situací).
- ▷ Management úzkosti (seberozhovory, svalová relaxace, audionahrávka).

TELEFONICKÁ KONZULTACE

- ▷ 7 až 10 dní po prvním sezení.
- ▷ Ozřejmění, jestli dotýčný pochopil úkoly, zodpovězení případných otázek.
- ▷ Kontrola prováděných úkolů.

DRUHÉ SEZENÍ

- ▷ Přehled a rozšíření první lekce a telefonického rozhovoru.
- ▷ Následoval klient léčebný plán?
- ▷ Zodpovězení otázky, kam se posunul v jednotlivých oblastech intervence.

Hodnocení probíhalo prostřednictvím výpovědí klientů v jednotlivých kazuistikách. Program byl hodnocený kladně a u vybraných osob se jevil být úspěšným.

Další program krátké intervence byl opět založený na metodě KBT (Bryant et al., 1998, 1999) a zařazovacím kritériem pro klienty bylo ASD z důvodu dopravní nehody. Individuální setkání v tomto případě trvala devadesát minut a uskutečnila se jednou týdně v následujících pěti týdnech. Tato setkání zahrnovala edukaci o běžných posttraumatických reakcích, trénink progresivní svalové relaxace, imaginativní expozici traumatické vzpomínky, kognitivní restrukturalizaci zkreslených přesvědčení souvisejících s traumatem a odstupňovanou in vivo expoziční terapii. Po ukončení léčby splňovalo kritéria pro PTSD výrazně méně klientů léčených KBT než osob, kterým bylo poskytnuto poradenství. Klienti v KBT skupině také uváděli významně méně vtíravých, vyhýbavých a depresivních projevů.

Ve své druhé studii Bryant a kolegové (1999) zařadil taktéž třetí skupinu, kde byl kromě kognitivní terapie a expoziční terapie zahrnut i management úzkosti. Tato terapie byla opět úspěšná v porovnání s kontrolní skupinou, které bylo poskytnuto poradenství.

Ehlers a kolegové (2003) vytvořili model PTSD, na základě kterého porucha přetrvává, když jedinci zpracovávají trauma maladaptivním způsobem a je v nich přítomen pocit vážného aktuálního ohrožení. Tento vzniká jako důsledek (1) nadměrně negativního hodnocení traumatu a/nebo jeho následků a (2) narušení autobiografické paměti traumatu, která se vyznačuje slabou elaborací a kontextualizací, silnou asociativní pamětí a silným perцепčním primingem. Cílem léčby je upravení a korekce nadměrně negativních hodnocení, narušené autobiografické paměti a odstranění problematických reakcí (behaviorálních a kognitivních). V jejich programu absolvovali pacienti 12 setkání, vždy jedno týdně, a během následujících tří měsíců další tři posilovací setkání.

6.4 Skupinová psychoterapeutická léčba PTSD

Skupinová léčba traumatu poskytuje zúčastněným kromě ekonomických výhod taktéž zážitky být součástí komunity, působí proti jejich izolaci a umožňuje jim navázat spojení se zdroji odolnosti v sobě i v ostatních (Mendelsohn et al., 2007). Kromě zvládání symptomů vyplývajících z poruchy PTSD a dalších přidružených potíží je potenciálem skupinových terapií i práce na vybudování, případně znovuoobnovení sociálních vazeb. Herman (1992) identifikoval jako ústřední léčivý faktor skupinové terapie zážitky pospolitosti. Zkušenost sdílení podobných problémů je prostředkem k potvrzení jakéhosi nároku na traumatické prožívání a normalizaci traumatických odpovědí. Díky tomuto procesu dochází ke snižování pocitu studu a stigmat (Schwartz et al., 2019).

Rozdíly v traumatické reakci jsou připisovány souhře osobnostních charakteristik, událostí a posléze i faktorů prostředí, které se navzájem ovlivňují a vytvářejí tak individuální rozdíly v posttraumatické reakci

a zotavení. Na základě předpokladů komunitní psychologie je zdůrazňována interakce člověka a jeho prostředí a z tohoto prvku je čerpáno i ve skupinové na trauma zaměřené terapii (Mendelsohn et al., 2007).

Pro PTSD vzniklé z rozličných příčin byly pro skupinovou terapii doposud využívány metody KBT, psychodynamické psychoterapie, interpersonální terapie a terapie orientované na řešení. Na základě nejvyššího množství studií byla ověřena účinnost KBT s expozicí. U dalších přístupů nebyla doposud prověřena jejich účinnost, a to především z důvodu jejich nízkého počtu (Schwartz et al., 2019). Důvod nízkého počtu studií je připisován snaze zvládnout u léčených osob i projevy jako jsou hyperarousal, disociace a sekundární traumatizace. Vzhledem k těmto překážkám je počet výzkumných studií zaměřených na skupinovou terapii u PTSD v průběhu let stále omezený, protože odborníky odrazuje (Skilbeck & Spanton, 2020). Oproti jiným druhům traumatu má zážitek dopravní nehody svá specifika, proto byl vytvořen konkrétní terapeutický program pro účastníky dopravních nehod.

Příklady skupinové terapie u osob po dopravních nehodách

Beck a Coffey (2005; Beck et al., 2009) vycházeli z individuální standardizované KBT léčby Blancharda a spolupracovníků (Blanchard et al.), která je koncipována tak, aby poskytovala řešení na míru pro každého klienta a jeho specifickou symptomatologii. Výraznými prvky, které ji odlišovaly od individuální terapie, byly důraz na skupinovou kohezi, role bolesti, popis nehody písemnou formou, mindfulness, nutnost déle pracovat s depresí a úzkostí.

Ze symptomatiky PTSD vyplývá i výskyt sociální otupělosti a preference izolace postižených osob, proto je zvláště nutné budování skupinové koheze, podpůrné přijímající prostředí a trpělivý přístup i za cenu pomalejšího tempa. I z tohoto důvodu pracují se skupinou dva terapeuti (Beck & Coffey, 2005). Jako významný se jeví pohled na bolest po dopravní nehodě a její roli v životě klienta. Klient by se měl naučit rozeznávat mezi bolestí jako následků fyzického poranění po dopravní nehodě a bolestí vyplývajících z PTSD jako sekundárního důsledku psychického traumatu. Je vhodné poznat fyzický stav každého

klienta, protože z něj může vyplývat například nemožnost setrvalovat delší čas v určité pozici. V úvodu je proto vhodné iniciovat diskusi o individuálním pohodlí, možnostech přizpůsobení, variacích pozic při relaxačních technikách (Beck & Coffey, 2005).

Oproti individuální terapii, kde se klade důraz na expozici prožitých nehody imaginací, je ve skupinové terapii při hromadném sdílení možnost traumatizace ostatních účastníků. Proto je v rámci skupinového sezení účastníky napsán opis dopravní nehody, na který jim terapeut poskytne písemnou zpětnou vazbu (Beck & Coffey, 2005).

Ohledně problematiky komorbidit se prokázalo, že skupinová KBT nemá na léčbu případné deprese a úzkostné poruchy tak příznivý vliv, jak tomu bylo v případě individuální terapie. Z těchto oblastí je tam zařazeno jen pár modulů, což není z hlediska případné léčby dostačující (Beck & Coffey, 2005).

Podrobný program jednotlivých setkání je uveden níže: (dvanáct setkání, každé trvá dvě hodiny, mezi jednotlivými setkáními je kladen důraz na domácí úkoly, především expozičního zaměření) (Beck et al., 2009; Beck & Coffey, 2005).

1. SETKÁNÍ

Edukace a budování skupiny, představení terapeutické skupiny, skupinových pravidel a norem. Pozadí léčebného programu. Edukace ohledně úzkosti a PTSD. Přehled léčby. Představení jednotlivých členů skupiny navzájem a představení principu léčby a edukace ohledně PTSD.

2. SETKÁNÍ

Diskuse o vyhýbání se. Pokračování v budování skupiny. Diskuse o vzpomínkách a vyhýbání. Rozvíjení hierarchie. Mindfulness č.1. Členové skupiny jsou blíže seznámeni s PTSD, především s vyhýbáním se, a začínají budovat hierarchii strachu, která bude použita při léčbě – imaginativní a in vivo expozici.

3. SETKÁNÍ

Mindfulness – řešení vyhýbání. Pokračování v předcházející lekci – Mindfulness č.2., začátek léčby vyhýbavého chování prostřednictvím expozice.

4. SETKÁNÍ

Revize vlastní dopravní nehody. Nácvik relaxace. Napsání opisu zažitě dopravní nehody. Naučení se progresivní svalové relaxaci.

5. SETKÁNÍ

Pokračování v revidování vlastní dopravní nehody – relaxace. Pracování s opisem zažitě dopravní nehody. Učení se relaxaci – progresivní svalová relaxace.

6. SETKÁNÍ

Rozvíjení pozitivních vnitřních rozhovorů – praktikování relaxace. Naučení se zdravému vztahu k sobě. Praktikování progresivní svalové relaxace.

7. SETKÁNÍ

Identifikace a změna logických chyb. Relaxace CUED. Identifikace a korekce logických chyb. Učení relaxace III – relaxační metoda CUED – svalová relaxace kombinovaná s verbální sugescí a břišním dýcháním (zdroj např. <https://www.apa.org/pubs/books/supplemental/integrated-behavioral-health-second-edition/Chapter3CueControlled-RelaxationScript.pdf>).

8. SETKÁNÍ

Porozumění řetězení vašeho myšlení – praktikování relaxace.

9. SETKÁNÍ

Management hněvu I. Relaxace (relaxation by recall). Kognitivní techniky managementu hněvu, relaxation by recall.

10. SETKÁNÍ

Management hněvu II. Praktikování relaxace. Behaviorální techniky managementu hněvu, praktikování relaxace by recall.

11. SETKÁNÍ

Plánování příjemných aktivit. Jak čelit pocitům na dně.

12. SETKÁNÍ

Přestavění sociální podpory. Pocity osamělosti: přestavějte svůj sociální svět.

13. SETKÁNÍ

Generální principy pro čelení stresu (coping): Myslet dopředu do budoucnosti. Obecné principy copingu.

14. SETKÁNÍ

Shrnutí léčby a ukončení. Přehled léčby.

UKONČENÍ: rozloučení se.

Výsledky skupinové KBT zaměřené na PTSD po dopravních nehodách korespondují s individuální KBT Blancharda a Hicklinga (Blanchard & Hickling, 1997; Beck et al., 2009). 88 % klientů po absolvování skupinového KBT programu nenaplnělo kritéria pro PTSD, v porovnání k 31 % osob z kontrolní skupiny (Beck & Coffey, 2005).

Skupinové terapie v některé ze svých fází přímo pracují s obsahem traumatu. Následující pojmání krátké TF KBT skupinové terapie se zaměřilo na práci s paměťovými procesy, které ovlivňují symptomy PTSD spíše než traumatická událost (obsah). Východiskem byl předpoklad, že zaměření na proces je v poskytování intervence účinnější než zaměření na obsah (Skilbeck & Spanton, 2020).

Obsah osmi setkání je následující:

1. Představení

(psychoedukace, stanovení cílů).

2. Rekultivace

(vyhýbání se, prožívání, hodnoty, soucit se sebou samým a rekultivace).

3. **Grounding**

(afektivní modulace a zvládnání možné disociace pomocí technik uzemnění a bleskových technik – rychlý přístup k traumatické vzpomínce, paměti).

4. **Znovuprožívání**

(úplný přístup k traumatické paměti včetně asociovaných bodů, hodnocení, použití afektů a emocí při na trauma zaměřeném popisu).

5. **Zpracování informací**

(zpracování traumatické vzpomínky a souvisejících neužitečných hodnocení pomocí kognitivních funkcí, kognitivní restrukturalizace).

6. **Aktualizace**

(aktualizace traumatických vzpomínek zpracovanými informacemi s využitím na trauma zaměřeného trauma - přepisu písemného příběhu).

7. **Zvládnutí in vivo**

(přístup k vyhýbaní se způsobujícím situacím a místům).

8. **Plán terapie**

(spojení všeho dohromady, plánování udržení progresu).

Taylor a kolegové (2001) taktéž vytvořili protokol, který použili při léčbě osob s PTSD po dopravních nehodách. Jednalo se o dvanáctitýdenní program v délce trvání dvou hodin pro každé setkání, která se uskutečňovala jednou týdně. Výsledky byly publikovány ze vzorku jedenácti skupin, každá měla čtyři až šest členů. Program tvořilo pět hlavních modulů, které se částečně překrývaly: 1. edukace, 2. kognitivní restrukturalizace, 3. relaxace, 4. imaginativní expozice, 5. in-vivo expozice. Výsledky naznačily existenci dvou skupin léčených osob dle úspěšné reakce na léčbu na tzv. odpovídajících a částečně odpovídajících. Osoby, které tvořily na základě výsledků léčby druhou skupinu, trpěly v čase před jejím zahájením výraznější emoční otupělostí, numbingem, depresí, bolestí a hněvem v souvislosti s dopravní nehodou a taktéž nižší úroveň celkového fungování (nebyly zjištěny rozdíly v procentuálním podílu účastníků v soudních sporech souvisejících s událostí nehody nebo v přijímání invalidních dávek) (Taylor et al., 2001).

Skupinové přístupy zaměřené na děti a dospívající

Multimodal trauma treatment (MMTT) je strukturovaný léčebný protokol zaměřený na školní děti s PTSD po traumatickém zážitku, a je založený na principu KBT (March et. al, 1998, Amaya – Jackson, 2001). Je sestaven z osmnácti skupinových setkání a byl ověřován především u dětí vystavených jednorázovému traumatickému zážitku. Někdy se tento přístup nazývá i „na trauma zaměřený coping“ a je určený pro skupinky čtyř až dvanácti dětí nebo dospívajících. Tato intervence cílí na PTSD a taktéž další možné negativní projevy jako je deprese, úzkost, hněv a externí LoC (Locus of Control – místo kontroly).

MMTT protokol:

- 1. Setkání:** Začínáme.
- 2. Setkání:** Pojmenování a mapování.
- 3. Setkání:** Trénink zvládání úzkosti 1.
- 4. Setkání:** Trénink zvládání úzkosti 2.
- 5. Setkání:** Třídění pocitů.
- 6. Setkání:** Zvládání hněvu 1.
- 7. Setkání:** Zvládání hněvu 2.
- 8. Setkání:** Trénink kognitivních funkcí 1.
- 9. Setkání:** Kognitivní trénink 2.
- 10.A) Setkání:** Představení prevence expozice a reakce.
B) Setkání: Vytahovací sezení.
- 11.Setkání:** Zkušební expozice.
- 12.Setkání:** Narativní expozice 1.
- 13.Setkání:** Narativní expozice 2.
- 14.Setkání:** Expozice nejhoršího okamžiku 1.
- 15.Setkání:** Expozice nejhoršího okamžiku 2.
- 16.Setkání:** Práva a přesvědčení.
- 17.Setkání:** Prevence relapsu/ zobecnění.
- 18.Setkání:** Absolventský večírek/ukončení.

Další možností skupinové léčby PTSD pro děti a dospívající je program „na trauma a smutek zaměřené skupinové léčby“ pro adolescenty, kteří byli vystaveni násilí a traumatické ztrátě (Saltzman et al., 2001). Tento

přístup vychází se CSIM (Mitchel & Everly, 1995), ale jeho cílovou populací jsou přeživší traumatických událostí s diagnostikovanou PTSD a jeho forma je skupinová psychoterapie. Účinnost tohoto programu byla prověřena i v souvislosti s fatální dopravní nehodou autobusu (Turner, 2000). Jeho cílem je obnovení normálního vývoje u dětí a adolescentů a poskytnutí léčby traumatu. Je koncipován jako setkání malých skupin. Tvoří jej čtyři moduly (Saltzman et al., 2001):

1. Soudržnost skupiny a rozvoj, psychoedukace, dovednosti zvládání.
2. Konstruování příběhu traumatu.
3. Vyrovnávání se s traumatickou ztrátou a zármutkem.
4. Zaměření na přítomnost a budoucí fungování.

6.5 EMDR

Terapeutická metoda Eye Movement Desensitization and Reprocessing (dále EMDR) je založena na desenzibilizaci využívající očních pohybů a jejich přepracování. Klíčová v tomto směru je role mozku a zpracování a integrace informací (Shapiro & Solomon, 2010). Tematika duševních problémů je pojmána jako důsledek nedostatečně zpracovaných traumatických událostí, kdy přetrvávají fyzické symptomy a emoce, které byly prožívány v průběhu události.

Terapie je prováděna prostřednictvím standardizovaných postupů založených na oboustranných vizuálních, auditivních a taktilních stimulech a pohybech. Tato stimulace způsobuje, že se vytvoří vnitřní spojení integrující problematické zkušenosti, objevují se vhlady, pozitivní emoce, přesvědčení a fyzické reakce a buduje se osobnostní odolnost (Shapiro, 2014).

Terapie vznikla v roce 1987, kdy Francise Shapiro zjistila, že rušivý potenciál myšlenek se snižuje spontánně vyvolaným pohybem očí. Taktéž zjistila, že opakované pohyby očí při simultánním soustředění se na rušivou událost vedou ke snížení negativního afektu (Shapiro & Solomon, 2010).

Terapie probíhá podle modelu adaptačního zpracování informací (AIP) (Shapiro & Solomon, 2010, Shapiro, 1994, Shapiro et al, 2007), podle kterého mozek disponuje systémem zpracovávání informací a nové informace jsou asimilovány do paměťových sítí. Pokud jsou tyto vjemy negativní a pocházející z traumatických událostí a zároveň jsou nedostatečně zpracovány, vedou ke vzniku projevů pozorovatelných u posttraumatického stresu. Předpokládá se, že bilaterální stimulace usnadní přepracování špatně zpracovaných informací. Tento mechanismus se pokoušejí vysvětlit 3 typy teorií (Scelles & Bulnes, 2021).

1. Psychologické:

Vychází z pavlovovského fenoménu orientačně – pátracího reflexu. Ve styku s novými anebo ohrožujícími podněty se organismus připravuje na reakci na nebezpečí. Následuje parasympatikální relaxační reakce, která může podle některých autorů desenzitivizovat traumatické vzpomínky tím, že potlačí s nimi spojenou reakci narušení. Provádění EMDR, které spočívá v bilaterální stimulaci, aktivuje orientačně pátrací reflex a vytváří dearousální efekt, kde dochází ke změnám mezi sympatickými a parasympatickými reakcemi. Druhý psychologický model předpokládá procesy v pracovní paměti, kde dochází ke konkurenci mezi živostí traumatických vzpomínek a bilaterální stimulací v důsledku omezení kapacity zdrojů pracovní paměti. Bylo prokázáno, že náročné úkoly během vybavování snižují živost emočních vzpomínek (Engelhard et al., 2010; de Jongh et al., 2013).

2. Psychofyzilogické:

Bilaterální stimulace EMDR může vyvolat specifické změny spojené s desenzitivizací, které se projevují zvýšením dechové frekvence. Další psychofyzický model předpokládá, že oční bilaterální stimulace vyvolává stav podobný REM spánku. Vzhledem k tomu, že REM posiluje konsolidaci paměti prostřednictvím integrace emočně nabitých autobiografických vzpomínek do obecných sémantických sítí, může EMDR podobně pomáhat i při zpracování vzpomínek (Born et al., 2006).

3. Neurobiologické:

Změny ve spojeních v oblasti kůry thalamu a v obvodech mediodorzálního thalamus – superior colliculus – amygdala (Bergmann, 2008; Baek et al., 2019). Trvalá stimulace této dráhy byla potřebná k tomu, aby zabránila vyhasínání strachu. Právě bilaterální stimulace stojí za útlumem negativních pocitů vyplývajících ze zažitého traumatu. Navození parasympatického stavu by mělo vyvolat redukci úzkosti. Předpokládá se, že oční pohyby jako takové tyto stavy navozují (Söndergaard & Elofsson, 2008).

EMDR protokol

Protokol EMDR zahrnuje 8 fází (Scelles & Bulnes, 2021; Shapiro & Solomon, 2010):

1. Anamnéza, plán léčby.
2. Navázání terapeutické aliance, vysvětlení EMDR protokolu.
3. Hodnocení cílů léčby.
4. Desenzibilizace.
5. Inkorporace pozitivních kognicí (nejžádanější pozitivní sebehodnocení je posilováno).
6. Skenování těla (identifikace a zpracování veškerých zbytkových negativních pocitů).
7. Relaxace, uzavření (přesun pozornosti na neutrální anebo pozitivní vzpomínky).
8. Přehodnocení.

V porovnání s KBT a TF KBT vykazuje metoda EMDR porovnatelné nebo dokonce rychlejší výsledky. Z toho plynou značné ekonomické výhody (Jongh et al., 2019; Seidler & Wagner, 2006). Kromě širokého spektra poruch nálady, úzkostných poruch, obsedantně – kompulzivní poruchy, bolesti somatoformních poruch, závislostí, poruch spánku, poruch příjmu potravy a dalších poruch a onemocnění (Scelles & Bulnes, 2021), je účinnost EMDR potvrzena i u osob s traumatických zážitkem dopravní nehody (Ališahovi, 2021).

ASSYST

EMDR se vyskytuje taktéž ve stručné podobě jako The Acute Stress syndrome Stabilization method (ASSYST). Je zařazená mezi metody s tzv. nízkou intenzitou, oproti vysoko intenzivním metodám jako je na trauma zaměřené KBT anebo EMDR. Opět funguje na bázi zapojení patogenních vzpomínek klienta, které jsou zdrojem intruzivních symptomů, zodpovědných za hyperaktivaci sympatiku a změn v sekreci tří hormonů – adrenalinu, noradrenalinu a kortizolu a snížení funkce prefrontálního kortexu. Může být administrována v prvních hodinách, případně i po více než třech měsících po traumatické události. Tvoří ji maximálně šest setkání (Jarero, 2023).

6.6 Léčba PTSD s využitím virtuální reality (VR)

VR je počítačově generovaná realita, která poskytuje vstup do sensorického systému uživatele a interaguje s uživatelem (Diemer et al., 2014). Byla vytvořena Jaronem Lanierem v roce 1989. Terapie za použití VR (VRT) je léčebnou metodou využívající potenciál virtuálního světa (Wiederhold & Wiederhold, 2010) a expoziční terapie virtuální realitou (VRET). Jak napovídá i její název, je založena na principech expoziční terapie (Rigoli & Kristensen, 2014). Tento přístup navazuje na koncept systematické desenzibilizace (Trappey et al., 2020) a jeho účinnost byla dle některých autorů porovnatelná s tradiční KBT (Ougrin, 2011).

VRT našla své využití v léčbě mnohých psychických poruch a onemocnění, například v léčbě PTSD, úzkostných poruch, poruch vnímání těla (Wiederhold & Wiederhold, 2010), ADHD, Alzheimerově nemoci, poranění mozku, zneužívání návykových látek (Rizzo et al., 2021). Taktéž byla využita jako pomocná metoda při terapeutické práci s bolestí, bolestivých procedurách, při neuropsychologickém vyšetření (Wiederhold & Wiederhold, 2010), při léčbě demence, schizofrenie, autismu, mírné kognitivní poruchy (Park et al., 2019) a dalších. Pomocí VRT pacienti interagují s téměř reálnými virtuálními reprezentacemi traumatických podnětů a scénářů, a tak je jim umožněno postupně a účinně snížit například strach (Trappey et al., 2020), nebo agresi (Zinzow et al., 2018).

Tato metoda je nápomocná u osob trpících PTSD jako důsledkem dopravní nehody. Lze navodit téměř reálnou simulaci na míru konkrétního klienta a ten ji prožívá v bezpečném prostředí (Wiederhold & Wiederhold, 2010). Virtuální realita může být upravována dle aktuální potřeb „na míru“ a je možné v ní setrvat libovolný časový úsek, dokud nedojde k redukci úzkosti. Léčená osoba může vystupovat v roli řidiče nebo spolujezdce, přičemž druhou roli zastává terapeut, který je tak přímým aktivním účastníkem simulace (Beck et al., 2007b).

Klíčovým faktorem pro úspěšnost metody VRET je tzv. *imerze*, tedy pocit reálnosti, opravdovosti situace. Z tohoto důvodu je vhodné vytvořit prostředí, které co nejvíce odpovídá skutečným podmínkám. Jsou popsány dva druhy těchto podmínek, a to venkovní prostředí, jako využití skutečného automobilu, věrné kopie simulátoru, navození vibrací použitím subwooferu, sledování scény přes reálné čelní sklo, promítání obrazu ve zpětných zrcátkách atd. A ve druhém řadě reálnost samotné virtuální reality. Osoby, u kterých k ponoření nedošlo, referovaly, že experimentální situaci „nemohly brát vážně“ a vnímaly ji pouze „jako počítačovou hru“ (Walshe et al., 2003, 2005). Udržování pocitu imerze zvyšuje účinnost samotné terapie (Krzystanek et al., 2021).

Na druhé straně je možné snímat fyziologická data, které jsou jednak situačním ukazatelem průběhu expozice (Trappey et al., 2020) a taktéž mohou sloužit pro objektivní hodnocení léčby (Kuch et al., 1985), poskytovat informace o zdrojích strachu, pokroku a habituaci (Wiederhold & Wiederhold, 2010). Z biologických dat, která je možné zaznamenávat, je to tělesná teplota, srdeční frekvence a frekvence dýchání, galvanický odpor (Trappey et al., 2020).

Možným negativním faktorem, který VRET může zcela zhatit, je tzv. *simulátorová nemoc* (simulator sickness). Je to stav diskomfortu podobný kinetóze, který se často objevuje během expozice simulátoru nebo jiné virtuální reality (VR) (Dužmańska et al., 2018).

VRET má proti vystavení imaginativnímu a in vivo mnoho výhod. Překonává závislost na představivosti klienta, která může být nedostatečná (Wiederhold & Bouchard, 2014). Oproti expozici v reálných podmínkách je jejím hlavním přínosem bezpečnost. Předchází i dekompenzacím PTSD v reálném provozu, například při řízení. Taktéž šetří čas terapeuta i klienta, protože je postačující nižší počet setkání. Klient i terapeut jsou aktivními účastníky této léčebné techniky, mají kontrolu nad situací a taktéž se mohou podílet na variaci proměnných v samotné virtuální situaci, na počtu opakování, tempu apod. Může proběhnout například vyšší počet opakování v jednom sezení, případně existuje možnost setrvat v jednom okamžiku a podrobně se věnovat zpracování emocí a technikám jejich zvládnutí. Klient má situaci více pod kontrolou, sám může vystupovat v aktivní roli a přímo ovlivňovat průběh terapie. (Wiederhold & Wiederhold, 2010). Je možné vyzkoušet si rozmanitá prostředí včetně různých povětrnostních podmínek a různou hustotu provozu, denní dobu, počet a druh dalších účastníků. Na VR prostředí se nevztahuje jazyková bariéra (Wiederhold & Bouchard, 2014). Platí transfer schopností získaných ve virtuálním prostředí do reálného světa.

Expoziční terapie pracuje s reakcí na podnět, která je pro zkoumanou osobu citlivá, jedná se o tzv. CET (Cue exposure therapy) založenou na principu klasického pavlovovského podmiňování, tedy systematické desenzibilace postupným snižováním podmíněné odpovědi. Druhou možností je opačný postup, tzv. ACET (action–cue exposure therapy), kdy se v prvním kroku pracuje na vytváření pozitivních návyků, obnovení radosti z jízdy, tréninku řízení apod. Následně po zvládnutí tohoto kroku dojde ke střetu s podnětem vyvolávajícím strach. Může se jednat například o situaci dopravní nehody (Walshe et al., 2005).

Příklad protokolu VRET:

1. Lékařské vyšetření, terapeutické sezení, aplikace diagnostických metod (Kaussner et al., 2020; Trappey et al., 2020).
2. Edukace, seznámení se zařízením, provedení relaxace (Kaussner et al., 2020) učení vhodným copingovým strategiemi (Wiederhold & Bouchard, 2014).

3. Samotná jízda ve VR prostředí. Klient zpravidla postupuje v rozličných stupních náročnosti, jedná se o hierarchickou expozici (Kaussner et al., 2020). Je možné hodnotit míru úzkosti pomocí sebesuposuzovací škály (Kaussner et al., 2020), anebo dotazníku hodnocení strachu z řízení (Trappey et al., 2020).
4. Po zvládnutí všech úrovní následuje závěrečná terapie, ex post měření a zhodnocení, případně jízda v reálném prostředí za účasti instruktora autoškoly (Kaussner et al., 2020).

Další možnosti využití VR v léčbě PTSD

- Webová stránka, kde se klient – uživatel přihlásí, komunikuje s terapeutem a pracuje na jím zadaných úkolech (Freedman et al., 2015).
- Kyberterapie - terapeut a klient se setkávají v kybernetickém prostoru. Je tak možné provádět edukaci, použít animace příkladů, videa s nácvikem například správných dýchacích technik, scénáře VR. To vše může být k dispozici i mezi jednotlivými setkáními „face-to-face“ terapeuta a klienta (Freedman et al., 2015).
- Game reality prostředí je terapie prostřednictvím počítačových her a jejich využití pro expoziční terapii (Walshe et al., 2005).

6.7 Další terapeutické přístupy ve vztahu k práci s traumatem

Z dosavadních poznatků nelze vyvodit, který psychoterapeutický směr je pro klienty po dopravních nehodách ten nejvhodnější. Jeví se, že významným nástrojem psychologické práce s těmito klienty by mohla být terapie zaměřená na tělo. Ať už s ohledem na možná fyzická zranění po nehodě, tak i v souvislosti s posttraumatickými stavy či vzhledem k jejich případnému neprohlubování. Nicméně ne každý klient je přístupný takto orientované terapii a je spíše nakloněn k tradičním postupům. Záleží tedy na osobnostních předpokladech klientů a jejich preferencích.

Psychoterapeutické přístupy

Každý psychoterapeutický směr má svůj vlastní výklad, postoj k psychoterapii a k tomu, jak se má pracovat s klienty. Některé směry nejsou zcela vyhraněny a vzájemně se prolínají s jinými.

Psychoanalýza

Psychoanalýza rozlišuje v psychice vědomí, předvědomí a nevědomí. Předvědomí se skládá z duševních obrazů, které lze do vědomí celkem snadno vyvolat. Nevědomí je však relativně samostatné. Tendence, které jsou zde obsažené, nejsou vědomí přímo dostupné, ale na jednání vliv mají. V psychoanalýze se také pracuje s třemi částmi osobnosti – id, ego a superego. V rámci ucelené osobnosti pracují všechny tyto části proti sobě. Zpracovávání konfliktů mezi nimi je tzv. „hnacím motorem“ člověka. Psychoanalytický proces probíhá v úvodní fázi tak, že klient popisuje události či symptomy ze svého života. Psychoterapeut v této fázi upevňuje celkovou situaci a oslovuje především vědomé obrany klienta. Ve střední fázi se u klienta plně rozvíjí přenos a procesové fantazie. Psychoterapeutovi interpretace se týkají přenosových fenoménů. V závěrečné fázi již u klienta dochází k volné asociaci, reflexi přenosových fenoménů a schopnosti truchlit. Psychoterapeut interpretuje obrany proti truchlení a prožitky ztráty, posiluje klientovu separaci a snahu vymanit se z přenosové regrese (Vybíral & Roubal, 2010).

Existenciální analýza a logoterapie

Tato antropologická teorie doplňovala tehdejší tradiční psychoterapii Freuda a Adlera o dimenzi duchovna jako pramene uvědomění si vlastní zodpovědnosti a schopnosti nacházet a uskutečňovat smysluplné. Smysl je v logoterapii ústředním pojmem a považuje se za nejhodnotnější možnost v dané situaci. Pokud člověk uskutečňuje nějaké hodnoty, může v tom vždy najít smysl. Existenciální analýza a logoterapie vidí člověka jako bytost, která má možnost si svůj život utvářet sama. Základními pojmy jsou proto osoba, existence, hodnoty, svoboda rozhodnutí a zodpovědnost. Směřují člověka k tomu, aby žil s vnitřním souhlasem se svým jednáním a svým bytím. Existenciální analýza vychází také z konceptu tzv. „základních motivací“. *Jsem – ale mohu být?*

Žiji - ale přejí si žít? Já jsem já - smím takový být? Jsem zde – k čemu je to dobré? Významným krokem také bylo vyzdvihnutí fenomenologie jako základní metody poznání v psychoterapeutické praxi. Důraz se klade na pocity a prožívání klienta, což umožňuje v praxi pracovat s psychickými poruchami, traumaty a psychodynamickými konflikty (Vybíral & Roubal, 2010).

Humanistická psychoterapie

Vychází z klienta a podněcuje jeho samostatný rozvoj a nezaměřuje se na interpretativní nebo usměrňující působení. Rogers uvádí, že jedním z významných motivačních faktorů u člověka je tendence k sebeuskutečňování. Je přesvědčen, že člověk je vrozeně dobrý a že nepřátelské, egoistické či neurotické chování se u něj projevuje pouze vlivem vnějších tlaků a nepříznivých životních zkušeností. Rogersovský přístup vychází z předpokladu sebeaktualizace, růstu a pozitivní změny každého člověka. Rogersovský terapeut neinterpretuje a neformuluje vlastními slovy skryté obsahy klientových slov, ale pouze zrcadlí to, co klient říká (Andrlová, 2005). V terapii se užívá důvěrný otevřený rozhovor, při němž se terapeut vcičuje do klienta, plně ho respektuje, podporuje jeho otevřené sebeprojevování. Psychoterapeut může sám autenticky projevit osobní pocity. Působení terapie zaměřené na člověka vede k tomu, že klient si uvědomuje své prožívání, které mohlo být před terapií zkreslené nebo popřené. Pozitivní výsledky mohou být na klientovi vidět již velmi brzy během terapie. Terapie by měla otevírat cestu k existujícím možnostem v klientovi. Léčebný proces pak pokračuje sám. Není zapotřebí interpretací nebo nácviku (Kratochvíl, 2006).

Bioenergetika

Člověk je základně zakotven ve svém těle, tělo je tedy jako životní proces. Pokud se cítíme dobře ve svém těle, můžeme se pak cítit dobře i ve světě. Reich hovořil o představách bránění toku životní energie, skrze tzv. pancíře či svalového krunýře. Při bioenergetické práci s klientem se věnuje pozornost uvolnění těla skrze katarzi. Pracuje se se strukturou charakteru klienta. K osvobození člověka od zafixovaných traumatických zážitků z jeho minulého života, které se projevují ve formě chronického napětí v těle a křečovitostí, je stěžejní zaměřit se na zvyšování

hladiny energie v těle (Lowen, 2000). Hoffman a Gudat (2003) popisují, že v bioenergetickém přístupu se pracuje s přesvědčením, že každý člověk disponuje životní energií, která je však často blokována vnitřními zábranami a chronickým napětím ve svalech, což následně omezuje tělesnou pohyblivost, volné dýchání, vyjadřování emocí a spontánní prožívání pocitů. Terapeuti diagnostikují tělesné projevy klienta a následně popisují původ jeho obtíží. Jde o poměrně rychlý proces. Úkolem klienta je, aby si uvědomil své bloky, ztuhlosti a napětí (Norcross & Prochaska, 1999). S klienty se pak pracuje skrze sérii tělesných cvičení a stresových pozic, které mají za cíl vyvolat u klienta silné emoce. Podle Hoffmana a Gudata (2003) tato cvičení aktivují energetické proudy v těle, uvolňují napětí a "vynášejí" procesy z těla ven "na povrch". Díky této práci dochází u klienta k hlubšímu porozumění sobě samému (Hofman, 2007).

Biosyntéza

Biosyntéza spojuje tři tradice, kdy jedna se koncentruje na proud energie a libida, druhá se zaměřuje na prenatální prožitek a třetí věnuje pozornost vztahu matky s kojencem (Vašina, 1999). Boadella (1987) zmiňuje, že v biosyntéze jde o integraci života. V lidském těle probíhají tři základní proudy, které jsou spojeny s buněčnými zárodečnými vrstvami (ektoderm, mezoderm a endoderm) a tyto tři životní procesy též nazýváme jako pohybový, emocionální a mentální. Integraci těchto tří proudů narušuje stres před narozením, v dětství a v průběhu života. Při práci s klientem se terapeut zaměřuje na emoční centrování, uvolňování dechu, kontaktu těla se zemí, nové formování svalů, na oční kontakt a hlasovou komunikaci. Základem biosyntézy je propojení a integrace myšlení, citů a emocí (Hofman, 2007). Boadella (2006) popisuje, že biosyntéza se spíše než na patologii zaměřuje na vnitřní zdroje klienta. Rozvíjí základní témata lidského života, kterými jsou founding, grounding, centering, bounding, charging, bonding, sounding, facing, crowning and spacing, forming a shaping (www.biosynthesis.org).

Pesso Boyden System Psychomotor

Autoři PBSP, Albert Pesso a Diana Boyden Pesso měli za sebou kariéru špičkových tanečníků a při práci s jinými tanečníky pozorovali, že skrze potlačené emoce nemohou dobře vyjádřit některé tělesné prvky.

To je inspirovalo k vyvinutí terapeutických technik a cvičení, které se staly základem terapeutického přístupu PBSP (Perquin & Pesso, n.d.). Hlavní myšlenkou je uspokojení pěti okruhů základních a přirozených vývojových potřeb člověka (potřeba místa, péče, ochrany, podpory a hranic), a to ve třech stupních - konkrétní podoba, metaforická podoba a uvnitř samotného člověka (Siřínek, n.d.). Vzpomínky na situace, které měly za následek neuspokojení potřeb, vedou k deformaci přístupu k prožívání současnosti a snižují naději na naplnění budoucích životních cílů (Pesso, 1997). Náš růst stagnuje, jestliže cítíme bolest, zoufalství, odcizení, frustraci. Cílem terapeuta v PBSP je přivést "na svět" blokovanou energii klienta (Perquin & Pesso, n.d.). PBSP oživuje neuvědomované emocionální reakce, které jsou uloženy v těle ve formě bolesti, tenze nebo stresu. Jsou to procesy, které se váží k minulým zraňujícím událostem. Skrze symbolickou rekonstrukci událostí se neutralizují negativní důsledky. Nová zkušenost vytváří v klientovi příznivější představu o světě a sobě samém a tělo nechává relativně bez fyzických symptomů (Pesso, 1990). PBSP považuje tělo za aktivní nástroj k vyjadřování, ovládání a případnému potlačování emocí a potřeb. Vnitřní konflikt člověka se projevuje v jeho tělesných pocitech, ve výrazu tváře, neočekávaném chování nebo v nakládání s hlasem. Tělo má svůj vlastní jazyk a paměť a skrze terapeutické interakce může klient objevovat vztah mezi verbálním a neverbálním nebo mezi současností a historií (Hofman, 2007; Perquin & Pesso, n.d.).

Gestalt terapie

Současná gestalt terapie je postavena především na fenomenologii, teorii pole, existenciálním dialogu, kontaktním cyklu jedince a prostředí, gestalt psychologii a teorii vnímání a humanistické psychologii. Podle Mackewn (2004) patří mezi základní prvky gestalt terapie pozornost výchozím podmínkám a počátku terapie; porozumění holistickému poli, v němž terapie probíhá a jeho zkoumání; rozvoj dialogického vztahu nezbytného pro seberozvoj; sledování procesu, rozpoznání různých kontaktních stylů při navazování vztahu; zkoumání a uvědomění kontaktu; propojování tvůrčí, experimentální a transpersonální dimenze; práce s tělem, energií, odporem, impasem; zkoumání podpory a pozadí důležitých procesů a průzkum důležitých životních té-

mat v životě klienta. Polsterová (in Zeig, 2003) popisuje uvědomování, kontakt a experiment jako tři základní terapeutické nástroje gestaltu. Gestalt terapie je dnes široce rozšířeným přístupem v rámci humanistického proudu psychoterapie. Do terapeutického procesu přináší právě i zaměření na tělo a práci s ním.

Nepříjemné zážitky a s tím spojené pocity zařazuje gestalt do celistvosti jedince, stejně tak zážitky příjemné. Pokud klient pocity spojené s traumatem vytěsni a neuvědomuje si je, začíná problém. K životu patří všechny emoce, radost, blízkost a důvěra, stejně jako bolest, smutek, nenávisť, zklamání nebo bezmoc. Během terapeutického sezení je klient v důvěrném vztahu s terapeutem, tzv. dialogickým setkání. Klient tak získává podporu od terapeuta, aby mohl explorovat to, co vytěsnil. K tomu napomáhá princip teď a tady, který zpřítomňuje nepříjemné zážitky, které se odehrály v minulosti, a na které chce klient zapomenout. Když hovoří například klient o smrti svého dítěte, které zemřelo před měsícem, terapeut zpřítomňuje jeho prožívání otázkou: „Jak se cítíte teď, když o tom mluvíte?“ Takto klient zůstává v kontaktu se svým prožíváním a uvědomuje si ztrátu. To napomáhá k přijetí této ztráty a uzavření gestaltu. Lidé s traumatem často nejsou schopni vyjádřit své pocity, protože si je vůbec neuvědomují nebo používají jeden ze šesti způsobů přerušení kontaktu sami ze sebou (Mackewn, 2004).

Tanečně-pohybová terapie

Tanečně-pohybová terapie v sobě propojuje moderní tanec a poznatky psychoterapie. Prvními terapeuty byli učitelé tance bez terapeutického vzdělání. Spolupracovali s psychiatry a využívali tanec a pohyb ke komunikaci s psychiatrickými pacienty, z důvodu jejich větší dostupnosti než při obvyklé verbální terapii. Při tanečně-pohybové terapii se využívá kreativní pohyb a tanec, kdy vztah mezi pohybem a emocemi slouží jako prostředek k dosažení integrace osobnosti. Jde především o to, aby klient poznal své tělo, svůj pohybový styl a jeho souvislost s aktuálním emočním stavem a osobnostními rysy. Tělo je prostředkem, kterého se využívá k vytvoření vztahu k sobě samému (Čížková, 2005). V českém prostředí pak vznikla metoda zapojující tělo,

pohyb a nonverbalitu. Jedná se o psychogymnastiku a psychopantomimu. V rámci terapie mohou klienti prožívat silné abreakce, zažívat emoční korektivní zkušenost a reagovat intenzivními emocemi (Vymětal et al., 2000).

Satiterapie

Satiterapie je integrativní psychoterapií, vedoucí k všímavému a uvědomělému prožívání, které je zakotveno v tělesné skutečnosti. Tento terapeutický směr zplnomocňuje klienta k tomu, aby sám získával vhled do jádra své patologie a odkrýval své vlastní možnosti léčení. Sám tak nalézá vlastní způsob zvládání života a překonávání problémů (Fryba, 1993). Předpoklad satiterapie je respekt ke všemu živému a eticky dovedné pomoci, která je definována samotným klientem (Hájek, 2002). Teorie vychází z etiky abhidhammy, kdy jsou etické zákonitosti vysvětlovány jako odkrývání souvislosti mezi prožíváním štěstí či utrpení a předchozím jednáním. Jedná se o rozlišování toho, co cítí klient jako příjemné, nepříjemné nebo neutrální. Za neetické a zhoubné se v abhidhammě považuje jednání, které způsobuje utrpení sám sobě nebo druhým lidem. To, co je blahodárné a vede k příjemným výsledkům, je považováno za etické. Svobodný a svobodně se rozhodující člověk je šťastný (Němcová, 2002). Zásadním postupem užívaným v satiterapii je všímavé zakotvení v tělesném prožívání neboli uvědomování si tělesného ohniska prožívání. Abhidhammický postup tělesně zaměřené všímavosti (kája gatá-sati) odpovídá do značné míry technice focusing. Principem "tělesně zakotveného prožívání" je plné uvědomování si tělesných prožitků. Kotvení zahrnuje také všímání si všeho ostatního, co uvnitř člověka probíhá "zde a nyní", neselektivní zaznamenávání a uvědomování těchto procesů (Němcová, 2002).

Vegetoterapie a neoreichiánské přístupy

Většina práce je v pojetí výše uvedeného přístupu neverbální, zahrnuje práci s dechem, tělesnými pohyby a přímé manipulace s tělem. Uvolňování tělesného pancíře probíhá v souladu s přístupem Reicha, a to systematicky od hlavy dolů. Využívána je také analýza charakteru. Do popředí vstupuje pojem tzv. Radix, což je označením energie, zdroje, který v těle vyvolává proudění pocitů a pohyb. Radix v ideál-

ním případě pulzuje a může být narušen právě pancířem. Emočním uvolněním se vybíjí i radix. Radix je spojován s blokací strachu, vzteku či bolesti (Smith, 2007). Pracuje se s integrací mysli a těla, uzemňováním, centrováním, posilování ega, nabíjením a vybíjením energie, hranicemi, intimitou a uvědoměním (Rauch, 2005). Jiným přístupem pokračujícím v reichiánské tradici je „Organismic Psychotherapy“ Malcolma Browna, který pracuje s představou proudů energie, svalových napětí, ale také psychodynamických a organismických polarit. Využívá hlubokých masáží, silného tlaku na svalové skupiny, dotyku dlaně na různých částech těla i stresových pozic (Smith, 2007, Hofman, 2007).

Narativní expoziční terapie

Narativní expoziční terapie byla vyvinuta jako terapeutický přístup, který je zaměřený na komplexní posttraumatické stresové poruchy. Klient během terapie opakovaně vypráví do detailu o každém traumatickém zážitku a znovuprožívá emoční, kognitivní, fyziologické, behaviorální prvky a smysl tohoto zážitku. Má tak možnost reintegrovat fragmentované prvky. Metoda vychází z předpokladu, že verbalizace afektů a pojmenování emocí snižuje aktivitu limbického systému, čímž se snižuje afektivní pohotovost. Terapeut klientovi pomáhá verbalizovat, integrovat své emoční reakce a vyjasňovat je, tzv. facilituje jeho vyprávění. Tímto procesem je klient veden k habituaci a časem se pak snižuje jeho reakce strachu. Narativní expoziční terapie využívá vizualizace traumatických událostí, které stimulují proces učení, kdy má klient dojít k tomu, že tyto obrazy jsou už jen vzpomínkami, a ne současnými hrozbami. Traumatické vzpomínky se tak ukotvují v místě a čase. V narativní terapii dochází také ke zpracovávání pozitivních životních zážitků s cílem vytvořit mentální podporu. V závěru terapie je člověk schopen vzpomínat na traumatickou událost bez aktivace silných emočních reakcí, a tím dochází k remisi PTSD. Při terapii je zasahováno do tematických okruhů jako je životopis období před traumatickou událostí, zážitky ohrožení, hrůzostrašné události, útěk z násilných podmínek, život poté, plány, naděje a strachy do budoucna. Zážitky se nemusí nutně řadit hierarchicky. Terapeutický proces je v počtu deset sezení a délka sezení bývá obvykle devadesát minut až dvě hodiny. Na prvním setkání dojde ke zhodnocení duševního sta-

vu klienta a psychoedukaci, při níž terapeut osvětlí povahu poruchy a symptomů. Při dalším setkání dojde ke stručnému náčrtu životopisu. Terapeut přistupuje empaticky a akceptujícím způsobem. Klient má za úkol popsat traumatickou událost co nejpodrobněji, zároveň je veden k vyjádření emocí a vjemů, které během vyprávění prožívá. Terapeut si zapisuje zkrácenou verzi klientova vyprávění. Při následujícím setkání terapeut svůj zápis přečte a požádá klienta o opravu a doplnění. Postupně se do narace přidávají další traumatické zážitky. Postup se opakuje, dokud není vytvořena konečná verze klientova kompletního životopisu. Při posledním setkání terapeut klientovi opět nahlas přečte jeho životní příběh, následně oba dokumenty podepíší. Jedna kopie dokumentu se archivuje, druhou dostává klient (Schauer et al., 2014).

Imaginativní techniky

Imaginativní techniky pro práci s traumatem využívají různé psychotherapeutické směry. Tyto imaginace, které jsou strukturované a speciálně nastavené, pomáhají klientovi v terapii navodit pocit bezpečí, obnovovat kontrolu nad svým prožíváním a mobilizovat jeho vnitřní zdroje. (Vojtová & Hašto, 2012). Reddemann (2009) uvádí, že stabilizační techniky se využívají především ve fázi přípravy na konfrontaci s traumatickým obsahem. Následně se pak aplikují při disociaci klienta, zaplavení bolestnými emocemi anebo na závěr při neúplném zpracování traumatu.

Technika bezpečného místa – terapeut vyzve klienta, aby si představil místo, na kterém se může cítit v bezpečí. Místo může být reálné či fantazijní. Dále terapeut vede klienta, aby se zaměřil na kvality daného místa (senzorické vjemy). Pokud se klient cítí na svém místě bezpečně, je patrné uvolnění. Pokud není jisté, jak se klient cítí, vyzve terapeut klienta k další imaginaci, k posílení bezpečnosti místa. Terapeut klienta podporuje k tomu, aby na bezpečné místo dokázal odejít a odvézt tam i své traumatizované části. Někteří klienti se zkušeností komplexního traumatu nejsou schopni imaginovat bezpečné místo, což nasvědčuje nedostatku bezpečí v jejich dosavadním životě. V tom případě je vhodné přejít k jiné imaginativní technice.

Technika trezoru – klient je veden k tomu, aby si nepříjemný, zneklidňující obsah odložil do trezoru. Pokud jeho negativní myšlenky nemají konkrétní obraz, může je promítnout do symbolu. K nepříjemnému obsahu se může kdykoliv opětovně vrátit.

Technika vnitřních pomocníků – terapeut vybídne klienta k přizvání pomocníků do vnitřního prostoru. Tato technika se využívá při konfrontaci s traumatem. Vnitřní pomocníci mohou být lidé, kteří jsou pro klienta důležití – zvířata, bájná postavy, rádci, podporovatelé. Do vnitřních pomocníků si lidé projikují vlastnosti a schopnosti umožňující jim traumatickou situaci dobře zvládnout. Setkávání s vnitřním dítětem nebo mladším „já“ – klient je vyzván k tomu, aby se postaral o své vnitřní dítě, nebo o tu část osobnosti, která byla přítomna před traumatem. Během techniky dochází k vnitřní duševní regresi, která se však nešíří dál do vztahů. Pokud klient není schopen pečovat o své vnitřní dítě, je vyzván k imaginaci ideálního rodiče, který s laskavostí naplní svou funkci. Práce s vnitřním dítětem je formou distancování.

Technika vnitřního jeviště – klientovi napomáhá vnímat duševní pochody a mít kontrolu nad děním. Na jeviště si klient může pozvat jak dobrotivé bytosti, tak své vnitřní nepřátele. Technika umožňuje mít odstup.

Technika pozorovatele – terapeut vyzve klienta, aby jeho vnitřní pozorovatel popsal traumatickou zkušenost. Postup podporuje sebedistanci, nedochází k přímé konfrontaci s traumatickou vzpomínkou. Technika bývá kombinována s technikou bezpečného místa a týmu pomocníků (Kamarádová et al., 2012).

Dále je možné využít hypnoterapie k vyvolání a odreagování traumatického zážitku, odsugerování psychosomatických příznaků a úzkosti. Ke snížení vnitřního napětí jsou doporučovány relaxační metody – progresivní svalová relaxace a autogenní trénink (Kryl, 2002).

7. Historický pohled na zvládání následků traumat

Martin Kořán

7.1 Historický vývoj pohledu na psychické dopady dopravních nehod

Podle profesora C. Höschla (2004) jsou v ČR dopravní nehody (vedle znásilnění) nejčastějším zdrojem posttraumatických stresových poruch. Dopravní nehody mohou poskytnout dopravním psychologům, ale i dalším odborníkům v oblasti psychoterapie přirozený zdroj subjektů ke zkoumání následků a dopadů závažných zátěžových situací v relativně přirozených podmínkách. Zkoumání těchto psychologických problémů však v naší zemi nemá příliš dlouhou tradici. Např. v zásadní publikaci (Bena et al., 1962) jsou v kapitole o dopravních nehodách podrobně popsány příčiny dopravních nehod, které se dle tehdejších statistik Státní pojišťovny a dopravního inspektorátu téměř neliší od příčin zjištěných v roce 2022 (přílišná rychlost, nedodržení dopravních předpisů, nesprávné předjíždění, vliv alkoholu, nedodržení vzdálenosti, opomenutí bezpečnostních nařízení apod.). V kapitole o následcích dopravních nehod jsou velmi podrobně popsány úrazy, poškození tělesných orgánů různého stupně a závažnosti (jeden z autorů byl fyziolog), včetně rozložení úrazů po jednotlivých částech těla (úrazy hlavy, šíje a krku, hrudníku a hrudní páteře, břicha a pánve, horních a dolních končetin), ale psychickým následkům dopravních nehod nebyla věnována ani sebenepatrnější zmínka. Problematikou

psychických následků dopravních nehod se v tehdejší Československu nikdo nezabýval. Dopravněpsychologická literatura se zaměřovala především na osobnosti řidičů (např. Mikšík, 1974) se sklonem k nehodám a okolnostem předcházejícím nehodě. Problematice bezprostředních a dlouhodobých psychologických dopadů dopravních nehod nebyla věnována dostatečná pozornost. Je na místě upozornit na jedinečnou studii lékařů a psychologů z Psychiatrické kliniky FVL KU (Čechová a kol., 1984), kteří shromáždili údaje od stovky osob zhruba tři až deset měsíců po vážné dopravní nehodě. Popsali z psychiatrického a psychologického hlediska okolnosti předcházející nehodě, bezprostřední a dlouhodobé reakce na nehodu a faktory, které zhoršují psychický stav po nehodě. Závažná automobilová nehoda byla těmito autory zvolena jako model jednorázové, snadno definovatelné zátěžové situace, která postihuje velký počet osob závažným způsobem (např. v letech 1980-1985 u nás došlo každoročně v průměru kolem 75 000 dopravních nehod, při kterých bylo usmrceno cca 1000 osob a těžce zraněno v průměru 4000 osob). Autoři se zaměřili pomocí řízeného rozhovoru na následující údaje:

1. Základní anamnestické údaje, premorbidní osobnost a zdravotní stav,
2. dlouhodobější stresové situace předcházející nehodě,
3. krátkodobé stresové situace bezprostředně předcházející nehodu,
4. okolnosti nehody (usmrcení nebo vážné zranění druhé osoby, vlastní zranění a velká hmotná škoda),
5. krátkodobé reaktivní poruchy bezprostředně související s nehodou,
6. dlouhodobé reaktivní poruchy,
7. eventuální nezávislou stresovou situaci v době po nehodě, dále zhoršení psychického stavu vlivem havárie, aby obtíže bylo možno hodnotit klinickými diagnostickými kategoriemi (dotazník neurotických obtíží KN 5 a dotazník životní spokojenosti ŽIS).

Autoři uvedli, že 36 % vyšetřených osob před nehodou prožívalo dlouhodobější stresovou situaci, 49 % vyšetřených udávalo krátkodobou stresovou situaci bezprostředně předcházející nehodě, řada osob

udávala kombinaci dlouhodobější a akutní stresové situace a pouze 41 % neudávalo žádnou stresovou okolnost před nehodou. V období po nehodě byla zjištěna u 55 % vyšetřených dlouhodobá reaktivní porucha (změna vztahu k okolí, přetrvávající pocity viny, zvýšení konzumace alkoholu a tabáku nebo léků, poruchy spánku a nálady).

Výzkumný ústav dopravní v Žilině se problematikou zkoumání závažných dopravních nehod začal zabývat někdy v roce 1975, kdy v pražské pobočce pracoval na částečný úvazek jako psycholog PhDr. J. Zadražil. Následně převzal odpovědnost za oblast psychologické problematiky dopravních nehod v letech 1976-1977 Kořán (Šulc et al., 1977). Tento výzkum s názvem „Komplexní analýza závažných dopravních nehod přímo na místě“ shromažďoval základní informace o vzniku, průběhu a následcích závažných dopravních nehod systémem týmové práce přímo na místě dopravní nehody. Za pomoci týmu odborníků nejrůznějších profesí (dopravní inženýr, technik, dopravní psycholog, následně pak lékaři a právníci) řešil zákonitosti vzniku a vývoje dopravní nehody dle vlivu lidského činitele, vozidla, dopravního prostředí a legislativy. Poznatky získané z tohoto výzkumu, zejména týkající se příčin dopravních nehod, výběru a výchovy řidičů, následné péče (vedle dalších realizačních výstupů) byly předkládány každoročně ve formě konkrétních návrhů na opatření ke zvýšení bezpečnosti silničního provozu cestou tehdejšího Vládního výboru pro bezpečnost silničního provozu.

K odhalení nehodových jevů v oblasti vlivu lidského činitele je zapotřebí, aby se na zkoumání konkrétní dopravní nehody podílel i dopravní psycholog, který je teoreticky i metodologicky připraven na takový úkol. Jen erudovaný dopravní psycholog může adekvátním způsobem zjišťovat působení vlivu psychologických a psychofyziologických faktorů na vytvoření situace vedoucí bezprostředně ke vzniku dopravní nehody a na základě svých odborných znalostí (a zkušeností) může vybrané dopravní nehody adekvátním způsobem zkoumat.

Po příjezdu výjezdového týmu Výzkumného ústavu dopravního na místo dopravní nehody bylo nejdůležitějším úkolem psychologa –

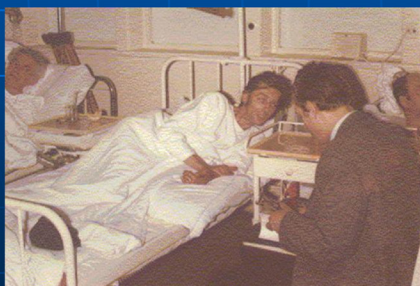
člena tohoto výjezdového týmu – získávání údajů od přímých účastníků dopravní nehody (pokud přežili). Při tom se shromažďovaly jednak poznatky o identifikaci účastníků dopravní nehody (obecné a řidičské), jednak situační údaje, týkající se základních informací o chování řidiče před nehodou, v průběhu nehody a po nehodě, o jeho aktuálním psychickém stavu před nehodou a během nehody pomocí záznamového archu pro krátký polostandardizovaný pohovor s řidičem či jiným účastníkem dopravní nehody. Pomocí dalšího záznamového archu se během rozhovoru současně hodnotily základní projevy chování účastníka dopravní nehody.

Kromě těchto údajů bylo možno získat další informace od spolujezdců či přítomných svědků dopravní nehody, kteří celou událost pozorovali na vlastní oči.

Vedle shromažďování základních údajů o nehodě pomocí výpovědi přímých účastníků nehody (jak řidičů, tak i svědků z místa nehody) se neméně důležitou úlohou jevílo poskytování základní psychologické pomoci přímo na místě těm účastníkům dopravní nehody, kteří byli na první pohled fyzicky nezraněni (na rozdíl od těch, kteří byli s větším či menším poraněním převezeni do nemocnice), nicméně zažili větší či menší psychický otřes či trauma, vznikající jako důsledek samotné nehody, značných materiálních ztrát, zranění či zavinění smrti někoho nebo naopak ztráty nejbližších. V této situaci náhlé a nečekané tragické události bylo z psychologického hlediska nejdůležitější poskytnout účastníkům dopravní nehody kvalifikovanou psychologickou pomoc a podporu.

Tento přístup se výrazně lišil od profesionálně strohému přístupu vyšetřujících orgánů výjezdových nehodových skupin dopravní složky Veřejné Bezpečnosti (dopravní policie), kteří se především snažili zjistit a zaprotokolovat situaci na místě nehody, zjistit míru zavinění jednotlivých účastníků dopravní nehody, popř. zajistit výpovědi svědků bezprostředně po nehodě. Další následnou psychickou zátěž představovalo vážné zranění účastníků dopravních nehod, se kterými se autor této kapitoly následně setkával v nemocnicích či v domácím ošetřování, často

až delší dobu po nehodě, která do určité míry změnila vzhled či funkce orgánů (např. po amputaci končetin či rozsáhlejším popálení obličeje). S takovými psychickými traumaty se psycholog setkával prakticky vždy, když přicházel zjišťovat informace o dopravních nehodách (dále DN) za postiženým do nemocnice či domů².



Obr. 1 Psycholog vyšetřuje účastníka po dopravní nehodě (na nemocničním lůžku)
Fotografie z osobního archivu PhDr. Kořána, CSc.

2) Zde bylo psychologické vyšetření, potřebné ke zdokumentování příčin dopravní nehody, propojeno s psychoterapeutickým působením, které mělo účastníkovi dopravní nehody pomoci adekvátně zvládat následky nehody, event. za určitou korekci osobnostních reakcí, postojů, hierarchie hodnot. Stejně zásady citlivého a šetrného přístupu platily i pro rozhovory s rodinnými příslušníky a pozůstalými po dopravních nehodách

Vzhledem k tomu, že vyšetřování jednotlivých dopravních nehod probíhalo spíše na kazuistické úrovni a k dispozici byl pouze menší soubor zkoumaných účastníků dopravních nehod, nebyla prováděna statistická analýza dat získaných od jednotlivých účastníků. Nicméně díky použití dotazníků a záznamů polostrukturovaného rozhovoru bylo možno získat určité obecné poznatky o subjektivním prožívání účastníků dopravních nehod, zejména pokud šlo o přednehodové krátkodobé zátěžové situace či o ponehodové stresové reakce či dlouhodobější poruchy.

V závěrečné zprávě tohoto výzkumného úkolu je konstatováno, že profese dopravního psychologa ve výjezdovém týmu při analýze dopravních nehod (nejen při analýze) je nezastupitelná, jednak s ohledem na shromažďování důležitých a psychologicky relevantních údajů o podmínkách vzniku a průběhu dopravní nehody a zejména s ohledem na složku psychoterapeutického působení na účastníky a pozůstalé dopravních nehod (Šulc et al., 1977). Na tento výzkumný úkol následně navázalo Centrum dopravního výzkumu, v. v. i. v Brně výzkumným úkolem HADN – Hloubková analýza dopravních nehod (Andres, 2011; Mikulík, 2011), který se rovněž zabývá vedle studia příčin dopravních nehod i poskytováním psychologické péče účastníkům dopravních nehod.

7.2 Novější historie dopadů dopravních nehod a ponehodové péče v kontextů výzkumných a podporujících organizací

V devadesátých letech se autor této kapitoly příležitostně věnoval obětem dopravních nehod či jejich příbuzným, kteří se na něho individuálně obraceli s ponehodovými problémy. V roce 1993 Kořán zpracoval závěrečnou práci postgraduálního kurzu dopravní psychologie na FF UP v Olomouci, ve které jednak shrnul své zkušenosti z práce

ve Výzkumném ústavu dopravním, jednak zkušenosti, které shromáždil coby klinický psycholog při práci se zraněnými při dopravních nehodách na chirurgickém a neurochirurgickém oddělení v Ústřední vojenské nemocnici, později i v Nemocnici Na Homolce i jako znalec v oboru dopravní psychologie při vyšetřování účastníků nejrůznějších dopravních nehod. Bylo zjištěno, že v období po závažné dopravní nehodě se u většiny účastníků vyskytnou poměrně jasně definované projevy akutní duševní krize (posttraumatické stresové reakce), která může u některých osob přetrvávat i několik let v podobě posttraumatické stresové poruchy (projevující se tenzí, úzkostí, depresí, nespavostí, pocity paniky a nejrůznějšími psychosomatickými potížemi). Tyto poruchy jsou obdobné jak u viníků, tak i u obětí dopravních nehod, a to včetně příbuzných zasažených osob. Vzhledem k výše uvedeným skutečnostem autor předložil možná doporučení k psychotherapeutickému zvládání psychologických následků nejzávažnějších dopravních nehod pro dopravní psychology, kteří se mohou dostávat do kontaktu s osobami v akutní krizi z následků dopravní nehody. Po krizové události spojené s dopravní nehodou, která je účastníkem dopravní nehody hodnocena jako závažná životní událost (např. smrt milované osoby, zejména partnera či dítěte, závažné poranění vlastní či cizí, zavinění smrti někoho apod.) jsou někteří lidé schopni po cca 4-6 týdnech zotavování vyrovnat se sami s následky prožité nehody, takže mohou pokračovat v dalším životě přibližně stejným způsobem jako před nehodou. K odborníkovi se většinou dostaví ti, kteří selhávají při řešení následků této závažné životní události. Někteří účastníci dopravních nehod se s následky nedokázali plně vyrovnat ani po několika letech. Těmto jedincům s dlouhodobou maladaptivní reakcí nabízí psychologie poměrně úspěšný postup zvládání pomocí tzv. krizové intervence. Zde autor představil obecné zásady pro provádění krizové intervence, jak ji prováděl s některými klienty a upozornil dopravní psychology na možnosti zlepšení následné psychotherapeutické péče o oběti dopravních nehod (Kořán, 1993).

V roce 2005 se autor zapojil do aktivit občanského sdružení České sdružení obětí dopravních nehod (ČSODN), jednak jako klinický a dopravní psycholog přímo poskytující péči obětem dopravních nehod,

jednak byl vyzván vedením ČSODN aby vedl kolektiv autorů, kteří by sepsali důležité teoretické a metodické materiály o poskytování následné péče a pomoci obětem a účastníkům dopravních nehod (Kořán et al., 2007a, 2007b), z nichž příloha jedné se dočkala opakované každoroční aktualizace a v roce 2020 dokonce i elektronického vydání (ABC postižených a pozůstalých po obětech dopravních nehod). V metodickém materiálu „Návrh komplexního systému péče o oběti dopravních nehod v České republice“ z roku 2007 jsou jednak popsány psychologické vlivy na dopravní nehodovost a také jsou zde poprvé stručně postulovány zásady pro poskytování psychosociální péče po dopravních nehodách.

Vedle těchto zásadních materiálů ČSODN od počátku své existence vydává letáky určené pro účastníky dopravních nehod a příbuzné obětí, které upozorňují na psychosociální faktory traumatické události a poskytují doporučení a postupy pro zvládání psychických následků dopravních nehod. Podobně i webové stránky (www.csodn.cz) nabízejí zájemcům základní informace o zvládání psychických, sociálních, právních i ekonomických následků dopravních nehod. ČSODN má ve svých řadách jednak jedince, kteří sami prošli ztrátou blízké osoby při DN, jednak psychology, psychosociální pracovníky a laiky s odborným výcvikem, kteří jsou schopni pomoci osobám po dopravních nehodách při zvládání nejrůznějších problémů (Běhanová, 2005; Blatná, 2006, 2007; Kořán, 2007a; Neusarová 2009).

V roce 1997 vznikla při Evropské federaci psychologických asociací (EFPA) pracovní skupina pro krize, katastrofy a trauma (Working Group on Crisis, Disaster and Trauma Psychology, od roku 2005 Standing Committee) (Malíková & Saari, 2009). Tato skupina byla a je zaměřená na intervenční a preventivní práce ve vztahu ke krizovým situacím a katastrofám, zejména na zvládání posttraumatických dopadů nejrůznějších přírodních i člověkem zaviněných katastrof. V této skupině je ČR dlouhodobě zapojena a v minulých letech velmi úzce spolupracovala se členy Stálého výboru dopravní psychologie (Standing Committee on Traffic Psychology- SCTP) při EFPA (Kořán, 2011), protože na začátku tohoto století se v Evropě odehrálo něko-

lik závažných teroristických akcí za použití dopravních prostředků, jako byly např. teroristické útoky na vlakovém nádraží v Madridu v r. 2004, výbuchy v metru a v autobusu v Londýně v červenci 2005 a mnohé další.

Pro závažnější dopravní nehody a zvládání jejich následků je v Evropě od roku 2007 k dispozici Evropská síť pro traumatický stres (The European Network for Traumatic Stress – TENTS – www.tentsproject.eu). Pracovní skupina TENTS, v níž byla zapojena prostřednictvím psychologického pracoviště MV ČR i Česká republika, usilovala o vytvoření široké sítě poznatků o zvládání posttraumatického stresu pro oběti katastrofických událostí, včetně následků dopravních nehod většího rozsahu. TENTS zahrnuje profesionály v oblasti duševního zdraví se zkušeností s traumatickým stresem, kteří jsou schopni postarat se adekvátně o jedince – účastníky či příbuzné těchto katastrof či hromadných dopravních nehod. Jako nejdůležitější se jeví psychosociální intervence založené na důkazech a zaměřené na zvládnutí následků prožitého traumatu. Především jde o identifikaci jedinců s největšími problémy v rodině či v práci následkem prodělaného traumatu po dopravní nehodě, poskytování emoční podpory, povzbuzování vysoce stresovaných jedinců, empatický přístup při poskytování potřebných informací včetně právních, poskytování vzájemné podpory za pomoci svépomocných skupin apod., aby se zabránilo obětem traumat v rozvoji posttraumatických poruch.

Česká republika je prostřednictvím ČSODN též zapojena do nevládní organizace (NGO) Evropská federace obětí silničního provozu – Fédération Européenne des Victimes de la Route (FEVR), která je tvořena národními asociacemi obětí a rodin usmrcených či zraněných obětí dopravních nehod a má napojení na podobné asociace po celé Evropě (fevr.org/post-crash-response). Hlavními cíli FEVR je poskytovat bezplatnou morální, psychickou, emocionální, právní a sociální pomoc obětem a rodinám obětí dopravních nehod převážně prostřednictvím členských organizací, zaměřenou na zvýšení kvality života a životního standardu těchto obětí a jejich rodin. Důležitým dokumentem je materiál o praktické a právní asistenci v případech dopravní

nehody v cizí zemi, včetně seznamu organizací, které mohou poskytnout potřebné informace nebo asistenci obětem dopravních nehod zraněným mimo mateřskou zemi či jejichž příbuzní tam byli při dopravní nehodě usmrcení (Kořán et al. 2007b).

Je potěšitelné, že problematikou poskytování první psychologické péče v podobě krizové intervence obětem dopravních nehod se v posledních deseti letech systematicky zabývají i někteří kliničtí psychologové, kteří si toto velice užitečné téma zvolili jako témata svých závěrečných prací v postgraduálním kurzu Dopravní psychologie na Filozofické fakultě Univerzity Palackého v Olomouci (Nichtburgerová, 2012; Kravcivová 2012; Jančok, 2018; Smolová, 2022).

Kruh odborných studií započatých Kořánem v r. 1977 se uzavírá jednak magisterskou kvalifikační prací (Červinka, 2022) a naposledy i výzkumnou studií (Červinka et al., 2023) o psychologických následcích dopravní nehody (posttraumatické stresové poruchy) a o rizikových faktorech jejího vzniku. Takto pojaté systematické zkoumání psychologických dopadů dopravních nehod je podle autorů klíčovou podmínkou jejich efektivní prevence a následně psychologické péče o účastníky a oběti dopravních nehod. Bylo by určitě zajímavé srovnat tyto výsledky s výsledky studie Čechové a kolegů (1984).

7.3 Historický vývoj systému ponehodové péče v ČR

Historický vývoj systému ponehodové péče v rezortu Ministerstva vnitra ČR začíná v roce 1998, kdy byl vytvářen systém posttraumatické intervenční péče, upravený právní normou (závazným pokynem policejního prezidenta č. 129 ze dne 14.11.2001). V roce 2001 byl zřízen Integrovaný záchranný systém podle zákona č. 239/2000 Sb., o integrovaném záchranném systému v České republice.

V listopadu 2009 byla schválena koncepce poskytování psychologických služeb v Policii České republiky. V červenci 2010 byl vytvořen systém psychologické pomoci obětem mimořádných událostí a od tohoto roku týmy krizové intervence Policie ČR poskytují poškozeným osobám první psychologickou pomoc v etapě krátkodobé a bezprostřední. Policejní psychologové, resp. krizoví interventi poskytují psychologickou podporu přímo na místě, popř. ve zdravotnických zařízeních, dodávají pocit bezpečí, umožňují expresi jejich pocitů, normalizují toto prožívání, zprostředkují následnou psychologickou a sociální pomoc, postupně aktivizují oběti a povzbuzují jejich vlastní energetické zdroje, popř. pomáhají pozůstalým řešit jejich sociální situaci.

Následně vznikl v říjnu 2016 systém krizové intervence (podle pokynu policejního prezidenta č. 231/2016), o psychologických službách, navazující na systém psychologické pomoci obětem mimořádných událostí z termínu VII/2010. Psychologická pomoc a podpora (krizová intervence) je poskytována nepřetržitě a bezprostředně po události. Systém krizové intervence převzal část úkolů, které plnil původní systém poskytování posttraumatické intervenční péče. Krizová intervence po dopravní nehodě je (po suicidii) druhou nejčastější příčinou zásahu krizových interventů Policie ČR, nejen obětem a pozůstalým po usmrcených, ale i domnělým viníkům a svědkům dopravních nehod. Psychologická služba MV vydala pro veřejnost několik informačních letáků a příruček pro případ dopravních nehod, např. „Když zahyne blízký“, „Než se stane vážná dopravní nehoda“ a „Prožili jsme dopravní nehodu. Jak dál?“.

Podobně i Psychologická služba Hasičského záchranného sboru České republiky svými psychology a asistenty psychologů zaštiťuje systém posttraumatické péče osobám zasaženým mimořádnou událostí (tj. i obětem dopravních nehod). V každém kraji je jmenován tzv. tým posttraumatické péče (TPP). Každý člen TPP prochází výcvikem v CISM (Critical Incident Stress Management) a rovněž odbornou přípravou v poskytování první psychologické pomoci, jejímž cílem je stabilizace psychického stavu zasažené osoby tak, aby se situace pro zasaženého již nezhoršovala, byl dodán pocit bezpečí a případné předání do další specializované péče (Hasičský záchranný sbor, 2023).

Zdravotnická záchranná služba (ZZS) poskytuje první psychologickou pomoc prostřednictvím vyškolených interventů, kteří procházejí specifickým typem vzdělávání, které je připraví na poskytování první psychické pomoci zasaženým osobám – v terénu při/po zásahu ZZS po dopravní nehodě, či ve zdravotnickém zařízení. Jako intervenční Systému psychosociální intervenční služby (SPIS) v rámci zajištění psychosociální pomoci po dopravní nehodě působí nejen zdravotničtí intervenční a peeri SPIS, ale i psychologové a odborní garanti SPIS. Intervent provází postižené v jejich nejtěžších chvílích (vyšetření, zákroky, resuscitace...), může být přítomen i v situacích, kdy je rodině sdělena zpráva o úmrtí. Z časového hlediska bývá intervence otázkou někdy jen desítek minut, ale také i několika hodin a odvíjí se od konkrétní situace a potřeb zasaženého, které jsou pro průběh a délku práce intervenční určující. Patronát nad výcvikem a dalším usměrňováním interventů převzal Systém psychosociální intervenční služby (SPIS) v r. 2014, neboť jde o činnost shodnou s původním záměrem a myšlenkou, jež vzešly na půdě MZ ČR v počátku tvorby systému psychosociální podpory (Systém psychosociální intervenční služby, n.d.).

V roce 2013 Centrum dopravního výzkumu, v.v.i., představilo ambiciózní projekt PONEP - Ponehodosvé péče o účastníky dopravních nehod a jejich blízké osoby, zaměřený na vytvoření komplexní metodiky krizové intervence pro osoby postižené dopravní nehodou. Hlavním účelem vytvoření metodiky bylo zlepšení a zpřístupnění psychologické péče účastníkům dopravních nehod, protože kvalitní, brzká a vhodná psychologická péče optimalizuje šance na zotavení účastníků DN a tím snižuje pravděpodobnost výskytu dalších negativních psychopatologických jevů v budoucnosti. Tato metodika měla být výstupem při ukončení projektu v prosinci 2015. Bohužel tento projekt nebyl Grantovou agenturou podpořen, a proto se nerealizoval.

V roce 2021 byl ve spolupráci s Asociací dopravních psychologů ČR (ADP ČR), Českým sdružením obětí dopravních nehod (ČSODN), Českou asociací pro psychoterapii (ČAP) a Integrovaným záchranným

systémem (IZS) zahájen projekt Komplexní systém psychologické ponehodové péče (KOMPLEX) financovaný Technologickou agenturou ČR a realizovaný Centrem dopravního výzkumu, v. v. i. Tento projekt je zaměřený na tuzemský výzkum dopadů dopravních nehod a rizikových faktorů, včetně analýzy stávajícího systému ponehodové péče v ČR. Výstupem projektu je zhodnocení limitů i funkčních aspektů systému, včetně formulace doporučení pro jeho potenciální zlepšení. Jedním z klíčových výstupů projektu je také spuštění informačního webu ponehodovapece.cz, kde jsou uveřejněny relevantní kontakty a praktické informace pro účastníky dopravních nehod a jejich blízké. Tato forma psychologické prevence si klade za cíl podpoření a zlepšení kvality života populace zatížené účastí na dopravní nehodě a jejich blízkým. Autor této kapitoly je v tomto projektu zapojen jednak jako místopředseda Asociace dopravních psychologů ČR, jednak jako spolupracovník ČSODN.

8. Systém péče v rámci Integrovaného záchranného systému ČR

Eva Adamovská, David Červinka, Kateřina Bucsuházy

8.1 Základní složky Integrovaného záchranného systému (IZS)

Integrovaným záchranným systémem (dále IZS) je efektivní (Zákon 239/2000 Sb.) systém vazeb, pravidel spolupráce a koordinovaný postup jeho složek při společném provádění záchranných a likvidačních prací. Základy IZS byly položeny již v roce 1993, neboť efektivní a rychlé řešení větších událostí vyžadovalo a vyžaduje spolupráci na zásahu a koordinaci postupů. Základními složkami IZS jsou Hasičský záchranný sbor České republiky, jednotky požární ochrany zařazené do plošného pokrytí kraje jednotkami požární ochrany, poskytovatelé zdravotnické záchranné služby a Policie České republiky. V závislosti na charakteru mimořádné události pak mohou být zapojeny také další složky IZS jako např. civilní ochrana, havarijní, pohotovostní, odborné a jiné služby, vyčleněné síly a prostředky ozbrojených sil apod. (Zákon č. 239/2000 Sb.).

Hasičský záchranný sbor České republiky a Jednotky požární ochrany zařazené do plošného pokrytí kraje jednotkami požární ochrany (HZS)

Hasičský záchranný sbor ČR je jednotný bezpečnostní sbor. Hlavním cílem HZS je chránit životy a zdraví obyvatel, životní prostředí, zvířata i majetek před požáry, ale také před jinými mimořádnými nebo

krizovými událostmi. Mezi hlavní oblasti činnosti HZS se řadí zásahová činnost (likvidace požárů, následků živelních pohrom, záchranné práce při mimořádných událostech apod.), ochrana obyvatelstva, výkon státního požárního dozoru, preventivně výchovná činnost atd. Jednotkami požární ochrany jsou jednotky HZS kraje, složené z příslušníků HZS, jednotky HZS podniku (zaměstnanci právnických nebo podnikajících fyzických osob), jednotky sboru dobrovolných hasičů obcí a jednotky sboru dobrovolných hasičů podniku. Zřizovatelem HZS kraje je stát (Zákon č. 247/2000 Sb., Zákon č. 320/2015 Sb., Zákon č. 133/1985 Sb.; HZS ČR, 2018).

Zdravotnická záchranná služba (ZZS)

Poskytovatelem zdravotnické záchranné služby jsou příspěvkové organizace zřizované krajem. Základní náplní činnosti ZZS je zajišťování odborné přednemocniční neodkladné péče, řízení a organizace přednemocniční neodkladné péče na místě události, poskytování instrukcí k zajištění první pomoci. Výjezdové skupiny ZZS se člení na výjezdové skupiny rychlé lékařské pomoci (RLP), v níž je lékař, rychlé zdravotnické pomoci (RZP), v níž jsou zastoupeni zdravotničtí pracovníci. Činnost může být také vykonávána v rámci setkávacího systému Rendes-Vous spočívajícího v součinnosti RLP a RZP. Součástí ZZS je také letecká záchranná služba (Zákon č. 374/2011 Sb., Zákon č. 250/2000 Sb.).

Policie České republiky (PČR)

Policie České republiky (PČR) je jednotným ozbrojeným bezpečnostním sborem. Na místě dopravní nehody spočívá činnost PČR zejména v šetření vzniklé události, nezbytné je ohledání místa nehody (včetně vozidel, dalších objektů, případně obětí) a zajištění stop a dalších nezbytných podkladů (topografická a fotografická dokumentace, výpovědi apod.), příslušníci PČR obdobně jako příslušníci HZS poskytují první pomoc do příjezdu ZZS. V případě potřeby regulují/odklánějí dopravu nebo uzavírají místo nehody (Zákon č. 273/2008 Sb.).

Orgány pro koordinaci složek IZS: Operační a informační střediska

Pro aktivaci složek IZS slouží operační a informační střediska.³ Jednotné evropské telefonní číslo tísňového volání 112 zajišťuje HZS ČR prostřednictvím telefonního centra tísňového volání, dále je pomoc zajišťována prostřednictvím národních telefonních tísňových volání 150, 155 a 158. Operační a informační středisko IZS na základě oznámení události vyhodnocuje závažnost, vyhláší odpovídající stupeň poplachy, povolává a nasazuje potřebné síly a prostředky jednotlivých složek IZS a koordinuje složky IZS, podává přehled o všech složkách IZS. Operační střediska základních složek IZS (HZS, PČR i ZZS) si vzájemně vyměňují informace a spolupracují.

Hlavním koordinátorem IZS je HZS ČR. Součinnost složek a koordinaci záchranných a likvidačních prací v místě zásahu (i na místě dopravní nehody) tedy provádí jakožto velitel zásahu příslušník HZS ČR. Nevyžaduje-li situace zásah HZS, pak koordinaci prací na místě a součinnost zasahujících složek řídí velitel složky, jejíž činnost je na místě převažující. Nicméně do příjezdu první jednotky HZS řídí součinnost na místě dopravní nehody velitel složky, která se na místo dostavila jako první (Vyhláška 241/2000 Sb., STČ 08/IZS). V případě nehod s velkým počtem zraněných je doporučeno využívat strategické koordinace záchranných a likvidačních prací. Složky IZS pak mj. zajišťují třídění zraněných na místě, zajištění přednemocniční neodkladné péče a transport do zdravotnického zařízení. Současně vykonávají co nejrychlejší a nejspolehlivější identifikaci zraněných a obětí, s čímž souvisí i zajištění informovanosti blízkých osob (STČ 08/IZS, STČ 09/IZS).

Všechny složky IZS jsou konfrontovány nejen s utrpením obětí, ale také se zoufalstvím okolí, s čímž mohou souviset i pocity vlastní bezmoci. U pracovníků v terénu je také poměrně značné riziko vlastního

3) Úkoly operačního řízení plní: KOPIS – Operační a informační středisko IZS kraje, IOS KŘ PČR - integrované operační středisko místně příslušného krajského ředitelství PČR, OS PP ČR - operační středisko Policejního prezidia ČR, ZOS ZZS - zdravotnické operační středisko poskytovatele zdravotnické záchranné služby a pracovníci místně příslušného Střediska správy a údržby dálnic, resp. pracovníci místně příslušných Správ údržby silnic, kteří vykonávají dispečerské úkoly.

ohrožení během zásahu. Pracovníci IZS jsou tímto událostem vystavováni opakovaně a stres se tak často kumuluje. Musí pod značným časovým tlakem přijímat rozhodnutí, na nichž závisí životy pacientů.

8.2 Psychologická služba

Každá ze základních složek IZS má svoji psychologickou službu. Náplň činnosti psychologické služby je pro všechny tři výše jmenované základní složky IZS do značné míry podobná. Zahrnuje:

- Zabezpečování podkladů pro personální práci a výkon služby včetně provádění psychologických vyšetření pro zjišťování osobnostních předpokladů pro výkon služby.
- Poskytování odborné péče o příslušníky a zaměstnance (posttraumatická péče i další odborné služby v pracovní i osobní problematice jako např. psychologické poradenství, psychoterapie, vedení výcviků komunikačních a psychosociálních dovedností i lektorská činnost).
- Poskytování psychosociální pomoci osobám zasaženým mimořádnou událostí (včetně pomoci účastníkům dopravních nehod).

Jednotlivé psychologické služby IZS mají nicméně i svá specifika. Například PČR nejčastěji ze složek IZS poskytuje psychologickou asistenci při komunikačně náročných situacích jako je vyjednávání, sdělování nepříjemných zpráv apod. Bezprostřední pomoc osobám zasaženým mimořádnou událostí včetně obětí dopravních nehod se však stala důležitým prvkem psychologické služby všech tří základních složek IZS. Jejím konceptuálnímu nastavení u jednotlivých složek IZS se věnuje další část této kapitoly.

Systém psychologické služby Hasičské záchranné služby ČR (HZS)

Psychologická služba HZS ČR funguje od roku 2003 v návaznosti na schválení Koncepce psychologické služby HZS ČR v roce 2002.

Psychologická služba HZS ČR směřuje svou činnost do třech základních oblastí (Dittrichová et al., 2017):

1. Zajišťování podkladů pro personální práci a výkon služby včetně zjišťování osobnostních předpokladů pro výkon služby,
2. poskytování posttraumatické péče hasičům i jejich rodinám,
3. pomoc osobám zasaženým mimořádnou událostí.

U HZS ČR je nastaven Systém řízení stresu při kritických událostech (CISM), jakožto komplexní systém, který zahrnuje fáze před mimořádnou událostí (např. prevence, vzdělávání), během události (psychická pomoc) a po události (např. defusing, debriefing a následná péče). Psychologové sboru vytvářejí, odborně vzdělávají a zaštiťují systém poskytování posttraumatické péče příslušníkům a občanským zaměstnancům i osobám zasaženým mimořádnou událostí. Důležitou část činnosti psychologických pracovišť HZS ČR tedy tvoří odborná pomoc hasičům při zvládání traumatické události a stresu po zvláště psychicky náročném zásahu. Psychologická pracoviště jsou zřízena v každém kraji. Hlavní metodickou podporu, koncepční, školicí, konzultační a kontrolní činnost i supervizi pro všechna psychologická pracoviště pak zajišťuje pracoviště MV – Generální ředitelství HZS ČR (Dittrichová et al., 2017; SIAŘ GR 2014).

V každém kraji je jmenován tzv. tým posttraumatické péče (dále jen „TPP“), jehož koordinátorem je psycholog sboru daného kraje. Členy TPP jsou příslušníci nebo zaměstnanci HZS ČR, kteří mají nad rámec svých běžných pracovních povinností zájem pomoci lidem také touto formou. Člen TPP poskytuje kolegiální psychickou pomoc příslušníkům nebo zaměstnancům, při mimořádné události na místě zásahu poskytuje psychosociální pomoc osobám zasaženým mimořádnou událostí formou první psychické pomoci. Každý člen TPP prochází výcvikem v CISM a rovněž odbornou přípravou v poskytování první psychické pomoci (kurzy odborné přípravy První psychická pomoc I, případně navazující První psychická pomoc II.). Odborná příprava První psychické pomoci je zaměřena na schopnost reagovat na základní psychosociální potřeby lidí a psychicky stabilizovat zasaženého člověka.

Členové TPP (tzv. „peers“)⁴ jsou kontinuálně vzděláváni s využitím teorie i kazuistik a modelových situací. Všem příslušníkům HZS ČR jsou poskytovány výcviky s psychologickou problematikou (Dittrichová et al., 2017; SIAŘ GR 2014).

Psychologové a asistenti psychologů HZS ČR bezprostředně po mimořádné události spolupracují s nestátními neziskovými organizacemi. Pro zajištění kvality návazných služeb poskytovaných především neziskovými organizacemi byly HZS vytvořeny také Standardy psychosociální krizové pomoci a spolupráce zaměřené na průběh a výsledek.⁵ Standardy vymezují psychosociální krizovou pomoc a spolupráci při přímém kontaktu i pro koordinování a vzdělávání (GR HZS ČR, 2010).

Psychologická služba se také odborně podílí na tvorbě řady publikací a metodických pomůcek, např. mobilní aplikace „První psychická pomoc“ pro zefektivnění poskytování psychosociální pomoci lidem při mimořádných událostech, včetně dopravních nehod. Dále byly vytvořeny metodická DVD První psychická pomoc a Komunikace s osobami se zdravotním postižením či metodika pro Asistenční centra pomoci, která se zřizují při mimořádných událostech s velkým počtem zraněných či mrtvých osob. Další aktivity a opatření psychologické služby HZS zaměřené na zlepšení a podporu krátkodobé psychologické pomoci zahrnují vytvoření metodických příruček včetně karet pro komunikaci s neslyšícími u mimořádných událostí (Pančochová et al., 2016). Karty jsou k dispozici ve výjezdových vozidlech HZS ČR, a kromě základních dorozumívacích vět obsahují také piktogramy některých základních pojmů, jako je např. lidské tělo, dům a další, na nichž mohou lidé se sluchovým handicapem ukázat, zda jsou zraněni a kde je něco bolí.

4) Peer je označení pro pracovníka vyškoleného v poskytování specifických metod první psychické pomoci. Koncept vychází z myšlenky, že je snadnější se obrátit pro pomoc a podporu na kolegu (peer – z angličtiny, rovnocenný člověk) než kontaktovat méně známého odborníka.

5) Dostupné na <https://www.hzscr.cz/clanek/standardy-psychosocialni-krizove-pomoci-a-spoluprace.aspx>.

Systém psychosociální intervenční podpory Zdravotnické záchranné služby (ZZS)

Systém psychosociální intervenční podpory (SPIS) je etablován v resortu zdravotnictví již několik let a zaveden a plně využíván je téměř všemi krajskými ZZS. Rozšiřuje se postupně také do lůžkových zdravotnických zařízení. SPIS vychází z principů CISM a má především preventivní charakter. Program zahrnuje dvě složky – peer podporu a intervenční službu.

Peer podpora – představuje psychosociální podporu zdravotníkům, kteří byli vystaveni v rámci své profese nadlimitně zátěžovým situacím, jichž se v praxi vyskytuje značné množství. Peer je zdravotnický pracovník, který získal odbornou způsobilost absolvováním certifikovaného kurzu „Peer program péče a podpory zdravotnickým pracovníkům – strategie zvládnutí psychicky náročných situací“. Peer poskytuje individuální nebo skupinovout podporu zejména po profesně nadlimitní zkušenosti, kterou zdravotnický pracovník prožil. Zachovává mlčenlivost o všech informacích, které se dozvěděl během výkonu své profese. Cílem peer podpory je normalizace akutní stresové reakce, uzavření nadlimitní události a pochopení reakce organismu na stres. Nedílnou součástí této podpory je v indikovaných případech také umožnění vystřídat pracovníky při jejich nadlimitním psychickém zasažení po události mimořádného charakteru.

Intervenční podpora – představuje první psychickou pomoc, kterou poskytují interventi. Interventem je vyškolený zdravotnický pracovník, který získal zvláštní odbornou způsobilost absolvováním certifikovaného kurzu „První psychická pomoc ve zdravotnictví – intervenční péče poskytovaná sekundárně zasaženým“. V potřebných situacích pak poskytuje první psychickou pomoc blízkým pacienta či pozůstalým jevícím známky akutní stresové reakce. První psychická pomoc je poskytována na místě události, kde došlo ke vzniku akutní stresové reakce v souvislosti s poskytováním zdravotních služeb člověku, ke kterému má zpravidla sekundárně zasažený emoční vazbu (příbuzní, pozůstalí pacienta). Může se však jednat také o svědky tragické události, nezraněné účastníky a laické zachránce. Zaměřena je tedy na podporu

sekundárně zasažených při vážné změně zdravotního stavu (včetně umírání a smrti), v první fázi zármutku, v truchlení a na poskytování podpory při dalších traumatických událostech. Pomáhá snižovat rizika nesprávného pochopení situace a vzniku komunikačních bariér mezi blízkými pacienta zdravotnickým týmem v kritických situacích spojených s péčí o pacienta. První psychická pomoc je indikována lékařem či jiným členem zasahujícího zdravotnického týmu, odehrává se v přímé souvislosti s jeho prací nebo zásahem a je poskytována vždy se souhlasem zasaženého.

Podmínky pro nastavení a poskytování psychosociální podpory v resortu zdravotnictví vč. systému vzdělávání pracovníků jsou sjednoceny v *Metodickém doporučení pro poskytování psychosociální podpory ve zdravotnictví*, které vydalo Ministerstvo zdravotnictví ČR.⁶ SPIS je po odborné stránce garantován Asociací zdravotnických záchranných služeb ČR. Na celostátní úrovni ho zastupuje hlavní garant – klinický psycholog, který reprezentuje systém na pracovních jednáních a při komunikaci s odbornými organizacemi (Humpl, 2022). Zasazuje se o propagaci systému a jeho využití ve zdravotnických zařízeních a na záchranných službách. Dále v systému SPIS působí dva odborní garanti, kteří metodicky a odborně vedou krajské koordinátory při organizování a poskytování psychosociální podpory a podílejí se na přípravě a dalším vzdělávání zdravotnických pracovníků. Významnou roli má v celém systému SPIS v rámci každého kraje krajský koordinátor, který vede seznam peerů a interventů ve svém kraji a v případě potřeby psychosociální podpory je na vyžádání nápomocen s jejím organizováním a poskytováním.⁷ V jednotlivých krajích jsou k dispozici různé velké týmy peerů, jež jsou tvořeny vyškolenými zdravotními sestrami, záchranáři, ale i lékaři, či řidiči sanitních vozidel. Systém má k dispozici také vyškolené klinické psychology. SPIS vychází z filozofie kolegiální pomoci, podobně jako je tomu u srovnatelných systémů v HZS, PČR či v zahraničí. Profesionál se mnohem snadněji obrátí na svého vyškole-

6) *Za podpory Společnosti urgentní medicíny a medicíny katastrof České lékařské společnosti JEP, z.s., Asociace zdravotnických záchranných služeb ČR, Asociace klinických psychologů ČR a Národního centra ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů.*

7) *Informace částečně převzaty z: <https://www.azzs.cz/spis>.*

ného kolegu, který je pro něj důvěryhodný. Také vzhledem k tomu, že se v drtivé většině situací jedná o psychicky zdravé profesionály, není potřebné ani žádoucí zdravotníky psychologizovat a péče odborníka na duševní zdraví by byla nadbytečná. Role peerů je tedy ve SPISu nezastupitelná. Psychologové s nimi nicméně úzce spolupracují, podílejí se na jejich vzdělávání a jsou k dispozici pro poskytnutí intervence uživatelům systému, je-li to zapotřebí (Humpl, 2022).

***Systém psychologické služby Policie ČR (PČR)*⁸**

Systém psychologické péče Policie ČR tvoří tři části, které je možné dle různých potřeb samostatně nebo v návaznosti využít. Jedná se o **anonymní telefonní linku pomoci v krizi** (dále jen linka pomoci v krizi), **systém posttraumatické intervenční péče** (dále jen PIP) a **služby policejních psychologů** (dále jen policejní psychologové). Péče je určena zejména policistům a jejich blízkým, dále občanským zaměstnancům Policie ČR a Ministerstva vnitra ČR, případně dalším osobám (Vymětal et al., 2010).

Anonymní telefonní linka pomoci v krizi

Linka pomoci v krizi je rezortní linkou důvěry, která je od roku 2002 provozována v rámci skupiny krizové intervence oddělení vedoucího psychologa Ředitelství řízení lidských zdrojů Policejního prezidia. Je určena policistům, hasičům, zaměstnancům policie, hasičského záchranného sboru, Ministerstva vnitra a jejich rodinným příslušníkům. Linka je k dispozici nepřetržitě 24 hodin denně, 365 dní v roce.⁹ Linka pomoci úzce spolupracuje se systémem posttraumatické intervenční péče pro příslušníky a zaměstnance Policie ČR. Na lince pracují vyškolení odborníci, kteří prošli akreditovaným výcvikem v telefonické krizové intervenci. Tento tým je složen ze stálých pra-

8) Informace částečně převzaty z publikace Vymětal et al. Možnosti psychologické podpory v Policii ČR (2010).

9) Důvodem jejího zřízení byl narůstající počet náročných služebních zásahů i výskyt sebevraždného jednání v řadách policistů. Potřeba této služby byla výzkumem ověřena na Policejní akademii ČR, a to na vzorku osob s různou délkou služby a v různých funkcích. Výsledkem bylo zjištění, že téměř každý se setkal s traumatizující událostí, která nějakým způsobem přechodně nebo trvale ovlivnila jeho život. Pouze malé procento těchto lidí vědělo, kam se obrátit pro účinnou a profesionální pomoc.

covníků a externistů, kteří se střídají ve službách tak, aby byl zajištěn nepřetržitý provoz linky. Stálý tým linky je záměrně různorodý, jsou v něm bývalí policisté z přímého výkonu, policejní psychologové, sociální pracovníci apod.

Systém posttraumatické intervenční péče

Za účelem minimalizace rizik spojených s náročným výkonem policejní služby se začal u policie v roce 1998 rozvíjet systém posttraumatické intervenční péče. Posttraumatický intervenční tým se skládá z interventů z řad policistů, občanských zaměstnanců MV a PČR, policejních psychologů či duchovních, kteří prošli speciálním akreditovaným výcvikem.¹⁰ Systém interventů PIP je založen na principu dobrovolnosti, poskytovaná péče je bezplatná. Členové týmu PIP jsou připraveni poskytnout policistům specifické informace, potřebnou podporu, pomoc či zprostředkovat další odbornou péči (i mimo rezort). Týmy pracují nezávisle a způsobem zachovávajícím maximální diskretnost a anonymitu policisty. O posttraumatickou intervenci může požádat sám policista, jemu blízká osoba, kolega nebo nadřízený. V některých případech, pokud se o závažné situaci dozví, může být tým PIP proaktivní a iniciativně intervenci sám nabídnout. V indikovaných případech by měl nabídku této péče zprostředkovat pracovník operačního střediska. Základní podmínkou realizace je však vždy souhlas policisty (nebo policistů), kterého se intervence týká. V situacích mimořádných událostí (např. povodně, teroristické útoky, vážné dopravní nehody) je systém PIP na vyžádání krizového řízení využitelný také pro pomoc občanům, případně pro přípravu a podporu policistů, kteří s občany dále pracují.

Za metodické řízení systému PIP odpovídá vedoucí psycholog Policie ČR, který navrhuje koordinátory jednotlivých týmů. Garantem etické a odborné kvality systému posttraumatické intervenční péče

10) Interní normy Posttraumatická intervenční péče (včetně postupu pro její vyžádání) je upravena závazným pokynem policejního prezidenta č. 21/2009, který byl dále změněn ZP PP č. 79/2010. Členové týmu PIP jsou jmenováni rozkazem ředitele daného krajského ředitelství policie. Koordinátoři jednotlivých týmů PIP jsou jmenováni ředitelem Ředitelství pro řízení lidských zdrojů Policejního prezidia, stejně jako členové týmu PIP PP.

je psychologické pracoviště MV (oddělení psychologie odboru personálního MV ČR), které zajišťuje odbornou přípravu interventů a spolu s vedoucím psychologem Policie ČR se podílí na koncepci a rozvoji systému PIP.

Služba policejního psychologa

Podstatnou část pracovní náplně psychologů PČR tvoří psychologická péče o policisty (případně i o jejich rodinné příslušníky a blízké). Pomoc psychologa si může vyžádat každý pracovník policie (policista i občan), v některých případech mohou pomoc využít také rodinní příslušníci zaměstnance. Pracovník si může sám vybrat psychologa, za kterým se rozhodne jít. Psychologové jsou obvykle k dispozici na odborech psychologických služeb Ředitelství pro řízení lidských zdrojů KŘP či Policejního prezidia, ale slouží také v zásahových jednotkách, speciálních pořádkových jednotkách a na některých útvarech policie s celostátní působností. Stáli u zrodu výše zmíněné anonymní telefonní linky a stále se na její činnosti podílejí. Mimo to policejní psychologové v rámci psychologické péče mohou poskytnout odborné konzultace, psychologické poradenství, krizovou intervenci, případně psychoterapii. Pokud psycholog, za kterým se policista vydá, není odborníkem na žádanou oblast, snaží se klienta nasměrovat nebo předat jinému psychologovi (uvnitř policie nebo i mimo ni).

8.3 Zásady postupu činnosti na místě události, resp. dopravní nehody

Vážnější dopravní nehody představují jednu z mnoha zátěžových situací, při nichž se systém psychologické pomoci obětem uplatňuje.¹¹ V rámci záchranných a likvidačních prací se poskytuje první psychická pomoc a krátkodobá psychosociální pomoc. Potřeba psychosociální

11) Profesionálové z jednotek IZS, uváděli od 20 % přes 1/3 až k 80 % podílu výjezdů dle typu pracoviště. Oslovené krizoví intervenenti HZS označovali dopravní nehody za typické výjezdy.

pomoci se neodvíví pouze od rozsahu a závažnosti události, ale od aktuálního stavu jedince. Průběh pomoci se řídí *Standardy psychosociální krizové pomoci a spolupráce zaměřené na průběh a výsledek* (vydanými Generálním ředitelstvím Hasičského záchranného sboru ČR) a je také ukotven v *Typové činnosti složek IZS při poskytování psychosociální pomoci*.¹² Jedná se dokument vydaný v roce 2015, který obsahuje jak společnou část týkající se všech složek IZS při poskytování psychosociální pomoci s definicemi základních pojmů, popisem průběhu pomoci apod., tak samostatné části týkající se jednotlivých složek IZS a jejich operačních středisek. Krátkodobou psychosociální pomoc, která je poskytována v rámci záchranných a likvidačních prací osobám na místě nehody, organizuje velitel zásahu.

Zasaženými osobami dle typových činností mohou být nejen přímí účastníci mimořádné události, ale také osoby blízké zasaženým osobám (nemusí být přímo na místě mimořádné události), svědci mimořádné události, v některých případech i poskytovatelé pomoci. Mezi zvláště ohrožené skupiny patří zejména děti, staří lidé, lidé trpící materiální nouzí ohrožující jejich přežití, lidé se zdravotním či duševním postižením, lidé žijící v kolektivních zařízeních, lidé prožívající současně jiné trauma, lidé s psychotraumatem v osobní historii.

Kroky první psychologické pomoci jsou ve zmíněném katalogovém souboru typové činnosti vymezeny následujícím způsobem¹³:

1. Navaž kontakt – Najdi odvahu zasaženou osobu oslovit – „Jsem ha-
sič... Stalo se ... Jak se jmenujete?“ atd. Ujisti, dodej pocit bezpečí –
„Nebojte se, jsem u Vás, budu potřebovat Vaši spolupráci...“
2. Zjisti zdravotní stav – Je zraněný? Ošetři nebo ošetření zprostřed-
kuj! „Slyšíte mě? Bolí Vás něco? Víte, co se stalo? ...“

12) Dokument dostupný zde: <https://www.hzscr.cz/clanek/dokumentace-izs-587832.aspx>

13) Odkaz na dokument zde: <https://www.hzscr.cz/clanek/typova-cinnost-slozek-izs-pri-poskytovani-psychosocialni-pomoci-a-bojovy-rad-jednotek-pozarni-ochrany.aspx>

3. Chraň soukromí – dbej na důstojnost – Chraň zasaženou osobu před zvědavci, případně před médii.
4. Informuj, co se děje, a naslouchej – Podávej reálné informace. Např.: „Jsem tu proto...; Bude se dít...; Lékař je na cestě. Teď uslyšíte ránu, protože...“ Vyslechni. Podpoř. Vyhni se frázím. Mluv jednoduše, v krátkých větách.
5. Zjišťuj a zajišťuj základní potřeby – Zajisti základní potřeby – pět T: teplo, ticho, tekutiny, transport, tišící prostředky. Rovněž o dospělého pečuj jako o dítě. Pil? Byl na záchodě? Je mu dost teplo? Nabídní přikrývku. Je někdo s ním? Postrádá někoho? Má se o co opřít? Posad', podepři, opři, hledej opatrně tělesný kontakt. Má se kde umýt? Zajisti.
6. Hlídej bezpečí – Odved' ho, je-li mu místo nebezpečné nebo nepříjemné. (Využij váš automobil nebo pomoc lidí v okolí). Zabraň pohybu, je-li pro něj nebezpečný. Jinak se můžeš pohybovat s ním. Dběj na vlastní bezpečí. Spolupracuj s druhými na místě (se sousedy, s cestujícími z vozů, kteří zastavili, aby pomohli atd.). Pomoz přemýšlet o dalším postupu (odvoz domů, náhradní ubytování apod.).
7. Řeš situaci tady a teď, případně bezprostřední následující kroky, nehledej dlouhodobá řešení.
8. Předej do péče blízkých osob nebo dalších služeb. Pomoz je kontaktovat. Koho, ať si určí sám. Můžeš využít místní zdroje (sousedy, starostu, místní instituce), další organizace a služby (nestátní neziskové organizace, krizová centra, linky důvěry aj.), telefonické konzultace s psychologem HZS ČR, případně si jej vyžádej na místo.

8.4 Zkušenosti z praxe

Z hlediska systémového a metodického se krátkodobá psychosociální péče v ČR jeví jako dobře ukotvená. Jak ale vnímají a hodnotí současnou praxi odborníci, kteří psychosociální pomoc poskytují? V rámci projektu vedeného v Centru dopravního výzkumu, v.v.i., zaměřeném na komplexní ponehodosvou péči (projekt Komplex) bylo realizováno přes čtyřicet rozhovorů s experty v této oblasti, z nichž šestnáct se týkalo přímo krátkodobé psychosociální pomoci (krizové intervence). Vzory rozhovorových listů, které sloužili jako podklady pro polostrukturované rozhovory, jsou součástí přílohy. Mezi odborníky byli členové integrovaného záchranného systému z různých krajů ČR, kteří poskytují bezprostřední krizovou intervenci včetně psychologů. Výpovědi, které byly v rámci rozhovorů s oslovenými odborníky získány, utvořily komplexní mozaiku o postupech a povaze krátkodobé psychologické pomoci včetně jejich úskalí a osvědčených typů.

Charakter samotné intervence je dle expertů individuální, do značné míry ovlivněn konkrétní situací i osobností zasaženého a jeho potřebami. Ačkoliv existuje jednotné schéma první psychologické pomoci, je na konkrétních interventech, jak pevně tuto strukturu dodržují. Primární jsou potřeby zasažených, postup intervence se přizpůsobuje situaci a nastalým okolnostem. Rozdílná situace nastává při intervenci na místě nehody, v nemocnici nebo doma v rodinách pozůstalých obětí. Jiné možnosti a menší míru flexibility má při poskytnutí první psychické pomoci intervent, který je součástí týmu zasahující jednotky než psycholog přijíždějící na místo nezávisle. V případě, že je intervent součástí zasahujícího týmu, mají záchranné práce časovou prioritu před psychologickou pomocí. Samotnému příjezdu interventa předchází žádost o jeho přivolání, pro které je nezbytná jak spolupráce členů dané záchranné složky s operačním střediskem, tak součinnost týmů jednotlivých složek IZS mezi sebou. Popis jednotlivých fází postupu a způsobu koordinace první psychologické pomoci byl u oslovených expertů víceméně shodný, což ukazuje na jednotně zavedený a funkčně propojený systém krátkodobé ponehodosvé péče.

Koordinační činnost před zásahem a příjezdem na místo dopravní nehody

Psychologové/interventi jsou na místo povoláni prostřednictvím operačního střediska IZS, které je kontaktuje, poskytne první informace a sdělí místo intervence. Operační důstojník určuje, která jednotka na místo události pojede a s jakou technikou. Následně podnět k zaslání dalších posil včetně psychologické pomoci přichází zpravidla od velitele zásahu, který je za poskytnutí psychosociální pomoci odpovědný. Obvykle, pokud má velitel zásahu v zasahující jednotce člena týmu posttraumatické péče (vyškolený hasič), pověří k výkonu této činnosti jeho, případně na místo nechá přivolat psychologa. Výkonem psychosociální pomoci lze pověřit i příslušníka, který má absolvovaný kurz první psychické pomoci. V případech typicky mimo běžnou pracovní dobu na místo vyjíždí místo psychologa krizový intervent – člen posádky vyškolený v první psychologické pomoci, který buď vyjíždí také samostatně, nebo jako součást zasahující jednotky. Služba krizové intervence je dostupná nepřetržitě po celých 24 hodin denně, buď přímo z pracoviště, nebo na telefonické pohotovosti.

U dopravních nehod, pokud nedošlo k úmrtí, se psychologická pomoc nenabízí automaticky a vždy závisí na posouzení situace. V tomto ohledu je pro adekvátní vyhodnocení situace (zda je potřeba na místo přivolat psychologa) zásadní koordinace a spolupráce mezi zasahující posádkou či hlídkou na místě, operačním důstojníkem a interventem/psychologem. Indikací zásahu by měl být psychický stav zasaženého či zasažených (ne vážnost dopravní nehody z pohledu škod majetku či zdraví). Úskalí lze v některých případech spatřovat v limitaci dostupných údajů pro vyhodnocení situace. Ne vždy má hlídka na místě či operační důstojník patřičné povědomí o symptomech, ne vždy se potřebné zprávy dostanou ke koordinátorovi krizové intervence. V této souvislosti někteří experti v rozhovorech přiznávají problém správného vyhodnocení situace. Zasažení na místě jsou informováni o možnosti čerpání psychologické péče, tudíž požadavek na psychologickou pomoc může také vzejít přímo od nich samotných.

„Pokud mají pochybnosti policisti i operační středisko, tak volají nám a nějak se dohodneme, jestli by ten výjezd měl smysl, neměl smysl, případně jak dál.“

„Nám se neosvědčuje a neděláme to, že by indikací k zásahu interventa a poskytnutí pomoci byla událost samotná nebo její razance, řekněme, a tou indikací za nás je ta fyzická přítomnost zasaženého nebo zasažených, s jasnými známkami reakce, kterou učíme ty zasahující posádky rozlišovat.“

Pro rychlé přivolání interventa je důležitá propojenost a funkční komunikace mezi jednotlivými složkami IZS, jak na místě, tak na úrovni operačních středisek. Koordinace probíhá na úrovni centrálního krajského operačního střediska pomocí propojeného komunikačního kanálu. Pokud to nastalá situace vyžaduje, funguje zástupnost interventů. Operační středisko disponuje seznamem interventů napříč směry a v případě větších hromadných událostí mohou povolát intervnty bez ohledu na to, k jaké záchranné složce přísluší. Zároveň bylo v rozhovorech zmíněno, že při povolávání interventů mohou být v jednotlivých krajích rozdílné přístupy. Někteří experti v rozhovorech uvádějí, že jde především o domluvu mezi jednotlivými složkami IZS. Při komunikaci pomáhá osobní znalost a sdílené zkušenosti z předěšlých zásahů. Někde je pro zefektivnění komunikace využívána i komunikace prostřednictvím mobilní aplikace mezi vedoucími týmů, a to nejen složek IZS, ale např. i krizového centra, Červeného kříže apod. Dále funguje sdílený protokol záznamu tísňového volání mezi policií a hasiči. Úmrtí v rodině jezdí oznamovat nejčastěji policejní psycholog či intervent.

V případě intervence v nemocnici systém funguje na podobném principu – lékař či ošetřující personál vyhodnotí situaci a dle potřeby nabízí zasaženým první psychickou pomoc, a to buď okamžitě, nebo v řádu dnů od hospitalizace. Pokud zasažení souhlasí, povolají na příslušné oddělení nemocničního psychologa či krizového interventa, případně externího pracovníka, pokud nemocnice nedisponuje vlastními zaměstnanci tohoto zaměření. Dle výpovědi psychologů z ne-

mocničního prostředí se stává, že sítím propadávají případy, kde by poskytnutí první psychologické pomoci bylo adekvátní a potřebné, nicméně ošetřující personál, který o přivolání interventa rozhoduje, situaci tímto směrem nevyhodnotí.

„Takže pokud s tím ta rodina souhlasí, my jsme na místě, v nemocnici aktivovaní přímo personálem té kliniky nebo toho oddělení (...) ty týmy jsou tady obrovské, když to tak řeknu, a i tak mi přijde, že kolikrát ne vždycky jsme třeba aktivovaní jako k případům, kde bychom mohli být. Jenomže to je zase na rozhodnutí ošetřujícího personálu, že v tom my nic moc jako nezmůžeme, no.“

Koordinace a orientace interventa na místě

Bezprostředně po příjezdu na místo je pro interventa nezbytné získat co nejvíce informací od velícího důstojníka, který řídí záchranné práce, popř. od dalších členů zasahujícího týmu. To je důležité, jak pro zorientování se a prioritizaci nasměrování psychologické pomoci, tak i pro následné informování zasaženého o průběhu události. Vzhledem k tomu, že mezi nahlášením události a příjezdem na místo uplyne zpravidla pár desítek minut, aktuální situace již nemusí odpovídat původnímu popisu. Intervent následně sám zmapuje a vyhodnotí potřebnost psychické pomoci či krizové intervence.

„Takže úplně to první je zjistit co se vlastně děje a co se odehrálo, než jsem přišla. Často se stává, že je to na místě jinak než dle původních informací, že se to týká jiných osob, nebo že pomoc potřebuje někdo jiný než ten, kterého jsme původně označili. Nebo je těch lidí víc. Takže vždy počítám s tím, že informace z operačního střediska jsou jen takový základ.“

Jako zcela zásadní se v tomto ukazuje součinnost a koordinace všech složek IZS, zejména pak v případě dopravních nehod většího rozsahu, kdy činnost jednotlivých složek IZS podléhá jasné struktuře dané krizovými plány. V těchto případech vznikají asistenční centra pomoci „kde bychom se měli my všichni v rámci psychosociální pomoci koordinovat, tam bychom měli mít nějaké stanoviště“. Koordinace prací probíhá na základě výše zmíněné Typové činnosti složek IZS při poskytování psycho-

sociální pomoci. Kdo přijede na místo události jako první, zahajuje a řídí pomoc. Z rozhovorů vyplývá, že jde většinou o hasičský záchranný sbor. Pokud se sejde více zástupců psychosociální péče z různých složek IZS, intervenci koordinuje psycholog složky velící zásahu – koordinaci celé intervence tedy v těchto případech řídí psycholog HZS.

„Pokud se třeba na místě sejdeme, že jsem tam já se záchrankou jako intervent, může tam být policejní intervent nebo hasičský psycholog, tak v tom případě se prostě domlouváme na tom, jak budeme postupovat, kdo koho ošetří a jakým způsobem. Třeba v průběhu toho zásahu se sejdeme všichni a řekneme si, co budeme dělat dál, nebo jak budeme pokračovat.“

Přímá práce se zasaženými

Samotné zahájení intervence a prvotní navázání komunikace se zasaženým není dle některých účastníků rozhovorů vždy lehký úkol. Při oslovení a kontaktu nicméně platí proaktivní přístup. Intervent vysvětlí svoji úlohu a zjišťuje potřeby zasažených. Právě otázka na potřeby zasažených je často využívána pro prvotní navázání komunikace. Důležitým krokem následujícím po navázání komunikace je prvotní objasnění rolí a možností první psychologické péče, které může usměrnit nadnesená či nereálná očekávání a představy ze strany zasažených i některých zasahujících:

„Někdy mají fantazie o nějakém zázraku, že teď přijde psycholog a bude to všechno skvělé, zalitý sluncem. Dost často mají takové představy i ty ostatní, ty policisté, že od chvíle, co přijdeme bude všechno v pořádku. Což by bylo super.“

Většina zasažených po dopravní nehodě vč. případů, kdy při nehodě někdo zemře, se při kontaktu s interventem nachází ve fázi akutní stresové reakce. Ta se obecně projevuje dvojím způsobem: šokovou reakcí typu *alfa*, projevující se aktivací, a reakcí označovanou za *beta*, kdy je zasažený ve stavu ustrnutí či letargie, často nevnímá a je odpojený od emocí (více viz kapitola 1.2). Základem doporučovaných postupů je vždy na nastalou situaci a zejména na potřeby zasažených reagovat flexibilně, tedy s ohledem na reakci zasaženého. Mezi hlavní

potřeby zasažených dle zkušeností expertů patří potřeba být informován, a to jak o proběhlé události, tak i o tom, co bude dále následovat, co je potřeba dále zařídit, na koho je možné se dále obrátit – kontakty, které můžou v případě potřeby dále využít. Mezi další nejčastější potřeby zasažených patří zajistit bezpečný prostor a klidné zázemí, kde bude mít zasažený dostatek času pro ventilaci emocí. Intervent pomáhá toto prožívání a s ním spojené projevy normalizovat. Nalezení klidného a bezpečného místa souvisí se zajištěním základních potřeb jako je teplo, ticho, doplnění tekutin apod. Zasažení ve stavu akutního psychického šoku nejsou schopni tyto základní potřeby vnímat a často je úplně opomíjí, proto tyto základní potřeby jako je bezpečné prostředí zajišťuje v případě potřeby intervent. Zasažení také potřebují přítomnost člověka, který je schopen poskytnout podporu a pomoci při zklidnění situace. Intervent působí v roli podporující osoby, pomáhá zasaženému zorientovat se a představuje opěrný bod v nepřehledné situaci. Snahou intervenanta je aktivizovat zasaženého, resp. přirozené zdroje opory. Velmi důležité je pro zasažené rychlé propojení s blízkými (rodina, přátelé apod.).

„Ti lidi potřebují mít nejdříve pokryty základní potřeby, aby se cítili bezpečně. Nejdříve tedy musí mít pocit bezpečí. Proto se tyto základní potřeby zajišťují bez ptaní. Oni neříkají, že to potřebují. Je potřeba jim toto poskytnout jako první. Pokud se necítí v bezpečí, tak ta psychologická práce stejně nemůže pokračovat.“

„Celkově potřebují klidný a bezpečný prostor pro všechny emoce a všechny druhy chování, které by jinde neakceptovali. My to nehodnotíme. Je to jejich reakce.“

Důležitá potřeba, které členové zasahujících jednotek ze své pozice ne vždy přikládají patřičný význam, je možnost kontaktu se zraněným či rozloučení s tělem zemřelého. Dramatičnost situace a zásadní význam této potřeby popisuje psycholožka hasičského záchranného sboru:

„A další, co je, co trochu narážím a občas se musím hádat i s policií i třeba se zdravotníky, je ta blízkost blízké osoby. Dovolit tomu člověku jít k tomu

zraněnému, být třeba u něj, a hlavně třeba k tomu mrtvému, protože se setkávám s tím, že čím víc je ten člověk zraněný, tím míň jsou ochotni k němu pustit tu blízkou osobu jo a argumentují tím, ten pán je na tom tak špatně, že umírá, že zemře, a vždycky říkám, že právě proto byste tam měli pustit tu manželku, protože to může být naposledy, kdy s ní může mluvit. (...) toto je strašně důležité, pokud to jde těm lidem umožnit a někdy jenom se přiblížit, někdy oni ani nechtějí, když jim řeknu těm lidem, víte váš syn, manžel utrpěl velmi těžká zranění, byly smrtelné a jako je to vidět třeba i na obličejích a tak, tak oni ti lidi sami to nechtějí vidět (...) kolikrát mi řekli, ale já ho nechci odkrývat, já jenom potřebuji jít k němu. Takže tohle (...) je strašně důležité a mockrát jsem slyšela výpovědi, kdy lidi byli hrozně vděční za to, když se jim to umožnilo, a naopak i po deseti, patnácti letech o tom mluví jako o velké újmě, že se jim to nedovolilo.“

Povaha a postupy přímé psychologické práce, které intervenenti při práci se zasaženými volí, vycházejí z výše uvedeného typu a fáze stresové reakce a s nimi souvisejících potřeb a projevů. Většina oslovených odborníků spíše flexibilně používá vybrané techniky krizové intervence či první psychologické pomoci, které jim osobně vyhovují a jsou vhodné pro danou situaci, než by se pevně drželi určitého celistvého modelu či schématu. Protože postupům psychologické pomoci se věnuje již 5. kapitola, zde snad pouze zmíníme to, že nejčastěji využívanými postupy bylo provázení zasažených v jejich reakci, kterou, pokud není nebezpečná pro samotné zasažené či pro jejich okolí, je vždy důležité umožnit a nechat proběhnout.

Ukončení intervence

Ukončení intervence je zpravidla výsledek oboustranné dohody mezi interventem a zasaženým. K ukončení intervence obecně dochází, pokud je situace zklidněná, základní potřeby zasaženého saturovány a je v přítomnosti blízkého člověka. Zasažený člověk je zorientovaný, je schopen kontrolovat své chování, má základní krátkodobý plán na následující dny. Někteří experti hovoří o intuici, podle které okamžik, kdy intervenci mohou ukončit, poznají. Někdy si sami zasažení o ukončení intervence řeknou, jindy to ze situace samo vyplyne. Pokud zasažení přejíždí z místa zahájené intervence do nemocnice, jsou o tom zpra-

vidla informování nemocniční intervenční, kteří mohou s daným člověkem dále pracovat. Pokud je intervent součástí zasahující jednotky a nemá tedy možnost se zasaženým zůstat potřebně dlouhou dobu či do příjezdu blízké osoby, povolává dalšího intervenční (psychologa) nebo jej předává policejní hlídce, která v intervenci dále pokračuje. V rozhovorech jednomyslně zaznělo, že je zcela zásadní nenechávat daného člověka o samotě.

Většina oslovených expertů na závěr předává infomateriály dle vlastního uvážení, jejichž obsahem jsou mimo psychoedukace také kontakty na návaznou péči. Některé infomateriály jsou univerzální, nicméně někteří intervenční si vyrábí vlastní s informacemi dle toho, co ze své zkušenosti považují za užitečné. Menší část oslovených expertů infomateriály nepředává – buď je nemají k dispozici, nebo jim v dané situaci předání letáku přijde nevhodné.

8.5 Limitace stávajícího systému péče o oběti dopravních nehod v ČR a případná doporučení

V rámci projektu Komplexní ponehodosvé psychologické péče v ČR, bylo realizováno mimo jiné několik desítek rozhovorů s experty v oblasti psychologické péče o osoby zasažené dopravními nehodami. Kvalitativní analýza získaných dat poukázala na funkční aspekty stávajícího systému ponehodosvé péče a současně odkryla jeho nedostatky. Z výsledků studie vystupuje jako vysoce funkční a systémově propojená krátkodobá ponehodosvé péče v podobě činnosti integrovaného záchranného systému poskytujícího bezprostřední psychologickou pomoc, jehož fungování bylo popsáno v jedné z předchozích kapitol. Ve značném kontrastu k tomu vystupuje situace ve středně a dlouhodobém typu ponehodosvé péče, kde znatelně chybí systémově ukotvená nabídka návazných služeb. Dlouhodobá péče je nesystematizovaná, celkově obtížně dostupná a s absencí přímé návaznosti na péči akutní. Právě mezirezortní spolupráce je v otázce systémové pomoci účastníkům dopravních nehod klíčová.

Navzdory jejímu významu se zdá, že její zajištění je opakovaným problémem nejen v České republice, ale také v řadě dalších evropských zemí (Herbert et al., 2015). Inspirací pro řešení absence jednotného, centrálně spravovaného a vzájemně provázaného systému všech složek ponehodosvé péče mohou být národní iniciativy fungující v Nizozemsku (Slachtofferhulp Nederland), Francii (Le Conseil national de l'aide aux victimes - CNAV) a vlámském regionu Belgie (Staten-Generaal voor een betere opvang en begeleiding van verkeersslachtoffers), rozvíjející mezirezortní pomoc obětem dopravních nehod na politické úrovni (Červinka et al., 2023; FEVR, Report of good practices).

Druhé naše doporučení ve vztahu ke stávajícímu systému psychologické ponehodosvé péče v ČR, se týká způsobu předávání kontaktů na služby následné péče ze strany zasahujících složek IZS. Ze současných studií vyplývá, že klíčový je v tomto ohledu způsob komunikace relevantních kontaktů. Pouhé informování obětí o tom, kam se mohou obrátit v případě potřeby, často nestačí. V důsledku prožité dopravní nehody se lidé často cítí být zahlceni pocity, což u nich způsobuje spíše pasivní postoj k vyhledání následné pomoci. Z hlediska předání kontaktů na služby následné péče zasaženým osobám po dopravní nehodě, můžeme rozlišit mezi evropskými zeměmi dva typy přístupů. Prvním z nich je tzv. opt-in model, kdy zasahující orgán individuálně vyhodnotí danou událost i užitečnost návazné péče pro zasažené osoby, které musí následně samy iniciovat kontakt (Victim Support Europe, 2015). Jako opt-in model by se dal označit také stávající systém v České republice, kdy policista nebo hasič na místě nehody pouze předává zasaženým osobám leták s potřebnými kontakty. Druhým typem přístupu je tzv. opt-out model, který z výzkumů vyplývá jako efektivnější způsob (Christie et al., 2007). V tomto případě se zasahující orgán dotáže zasažených osob, jestli může předat jejich kontakt pomáhajícím institucím, které kontakt následně sami iniciují. Například v Nizozemsku bylo 89 % kontaktů mezi oběti trestných činů (včetně vážných dopravních nehod) a pomáhajícími organizacemi zajištěno prostřednictvím systému opt-out (Booms, 2018).

9. Psychosociální ponehodová péče z pohledu Českého sdružení obětí dopravních nehod

Jana Neusarová

Pojem péče obecně lze definovat jako *“činnost zaměřenou k ochraně a pomoci”* lidem nebo také jako vytváření podmínek, především sociálních a psychických pro existenci člověka (Palán, 2002, s. 148; srovnej Veteška, 2016).

Ponehodovou péči pak lze definovat jako soubor různých činností, reakcí a služeb zaměřených na ochranu a pomoc lidem, kterým vážná dopravní nehoda zasáhla do života ať už v přímé nebo nepřímé roli (přímý účastník, pozůstalý, svědek události či blízký oběti). Má a měla by mít tedy národní mezioborový a systémový charakter a je podstatnou součástí péče o dospělé i děti a mládež. Pojem „péče“ je přiléhavý zejména v rámci akutního a krátkodobého časového horizontu od události.

Koncept péče o dospělé vychází do značné míry nejen z psychologického, ale například také z andragogického pojetí. Samotný pojem „péče“ však evokuje často dojem, že je příjemce pomoci závislý na tom, kdo mu pomáhá, a že je bez kontroly nad svým životem, což odporuje zásadě zplnomocňování klienta v situaci, která patří mezi základní principy při sociální i psychosociální práci.

Takové pojetí práce patří mezi rizika práce s pozůstalými a účastníky nehod, protože pracovník pak může mít dojem, že je to právě on, kdo ovládá proces spolupráce s klientem, který si neví se situací rady, a toto východisko pak může do značné míry ovlivnit způsoby práce s účastníkem nebo s pozůstalým. Partnerský postoj je tedy při pomáhání tohoto typu velmi důležitý.

Na druhou stranu je třeba uznat, že po dopravních nehodách účastníci řeší závažné dopady těchto událostí a mohou potřebovat ze strany lidí i pomáhajících organizací dočasně intenzivnější podporu, a v takovém případě je pojem „péče“ na místě a je možné jej používat také v kontextu práce s oběťmi dopravních nehod a pozůstalými. Poradenská práce s účastníky dopravních nehod a zejména pak s pozůstalými v Českém sdružení obětí dopravních nehod (dále ČSODN) vychází předně z východisek psychosociální krizové pomoci a spolupráce. Čerpá však také z poznatků psychologie, sociální práce, pastoračního poradenství a práva. Při práci s novináři a při podpoře klientů v participaci na osvětových a vzdělávacích akcích se inspiruje také sociální a kulturně-osvětovou andragogikou a public relations. Řídí se však hlavně Standardy psychosociální pomoci ČSODN, které se opírají předně o Standardy psychosociální krizové pomoci a spolupráce zaměřené na průběh a výsledek z roku 2010. Práce v ČSODN má být v souladu s těmito standardy, příp. i etickým kodexem psychosociálního pracovníka, přičemž nejdůležitější složkou a pilířem standardů jsou zásady a hodnoty psychosociálního poradenství.

Závažná dopravní nehoda totiž dopadá vždy na řadu lidí, ačkoliv by se mohlo zdát, že jde o neštěstí individuální. Zasažení jsou ti, kteří přímo „viděli, slyšeli, hmatali, cítili“ (byli na místě nehody, a to včetně viníků a přihlížejících), jejich blízcí (případně pozůstalí) – rodina, přátelé, kolegové, zasažení mohou být i sousedé a také záchranáři a pracovníci pomáhajících profesí (GŘ HZS MV ČR, 2008). Být zasažen znamená mj. mít změněný způsob vnímání a zpracování informací, informační „vstup“ je dočasně zúžený a přetížený (Pracovní skupina pro tvorbu standardů Psychosociální krizové pomoci při GŘ HZS MV ČR, 2008, srovnej Booms, 2018). Ale také to znamená mít specifickou

životní zkušenost, se kterou se dá dále v životě pracovat a slouží jako cenný zdroj učení pro jednotlivce, organizace i celou společnost (Neusarová, 2009).

9.1 Vymezení Psychosociální pomoci

Psychosociální pomoc (PsP) je v ČSODN poskytována obětem z řad přímých účastníků dopravních nehod a pozůstalým po zemřelých obětech dopravních nehod či příbuzným anebo blízkým zasažených. V určitých případech je pomoc v ČSODN (kromě právní podpory) poskytována i viníkům dopravních nehod, má však specifickou podobu (Neusarová & Kučerová, 2009).

V mimořádných situacích a ve spolupráci s dalšími organizacemi je spoluposkytována krizová psychosociální pomoc mimo pracoviště poradny, obvykle pak v místě vztahujícímu se k mimořádné události (obvykle formou spolupřípravy na rozpravách s občany, ekumenických bohoslužbách a jiných vzpomínkových setkáních). Pro účely standardů je používán pojem zasažený, příp. klient.

PsP v rámci činnosti ČSODN je souborem reakcí, činností a služeb, které navozují v době zvládání důsledků dopravní nehody v zasažených lidech přesvědčení „nejsme na to sami“, „i my můžeme předávat svou zkušenost a pomoc druhým“ a „společně to zvládneme“ (příp. sami to zvládneme za přispění druhých). Dále vychází z předpokládaných a vyjádřených potřeb a hodnot zasažených lidí v oblastech sociální, psychické, duchovní a tělesné a aktivně povzbuzuje zacházení s vlastními silami a zdroji¹⁴ se zdůrazněním primárních (= neformálních) zdrojů sociální opory (GŘ HZS MV, 2010).

14) Zjišťování sil (= spíše vnitřních možností člověka) a zdrojů (= možností vycházejících spíše z jeho okolí) tvoří další pilíř Psychosociální krizové pomoci.

Postavení PsP mezi ostatními typy pomoci je z historického hlediska relativní novinkou a dá se říci, že se setkáme s různými typy definic. Pro účely praxe v ČSODN je PsP považována nejčastěji za mezioborový a multidisciplinární typ podpory (kde se uplatňují nejčastěji tyto hlavní oblasti pomoci, které se často vzájemně prolínají a doplňují: právní, pomoc vyplývající ze systému sociálního zabezpečení, pojišťovnická, morální a psychologická podpora), která si klade za cíl podpořit zasaženého či jeho rodinu (případně komunitu) v různě dlouhém období od dopravní nehody. Mohou být použity nejednotlivější způsoby (podle typu zakázky). Důležité místo má také právní pomoc v kombinaci s psychickou, resp. morální podporou, v některých případech zprostředkovaně též pomoc finanční přes Nadaci Ferrari Owner's Club for Children (nebo v dřívější době Dětskou dopravní nadaci či jiné nadace v ČR). Z pohledu uznávaných hodnot se PsP často kombinuje či překrývá s Psychosociální krizovou pomocí a spoluprací (PsKP), viz níže.

Postavení PsKP mezi ostatními typy pomoci není doposud zcela ujasněno a není dosaženo jednoznačného celosvětového souhlasu ani v názvosloví. Někteří tvrdí, že psychosociální krizová pomoc je podmnožinou pomoci humanitární (jak části krizové, tak rozvojové); jiní naopak řadí ostatní typy pomoci (časnou a krizovou intervenci, humanitární pomoc) pod pomoc psychosociální krizovou. Od roku 2010 se v tuzemských podmínkách používá souhrnný pojem psychosociální krizová pomoc a spolupráce (který terminologicky respektuje dobový i významový posun od pomoci ke spolupráci se zasaženými) (GŘ HZS MV ČR, 2008).

PsP v ČSODN a PsKP by se však hodnotami, o které se opírají, příliš lišit neměly.

„Při pomáhání nejde jen o to, co je poskytováno, ale též, jak je to poskytováno. Někteří teoretici PsKP prosazují, že tím psychosociálním je na informacích a na podpoře obecních rituálů především slušné (uctivé a uznalé) chování, navozující klid, řád, solidarizující ohleduplnost a naději.“ (GŘ HZS MV ČR, 2008).

Společným základem PsP, PsKP a také humanitární pomoci je dobrá sociální práce, která umožňuje podpořit zasažené včasnými a vhodnými informacemi, které orientují zasaženého v neznámé situaci, podporou jeho práv a zájmů a zprostředkováním vhodných odborných služeb.

Standardy PsP popisují úroveň činnosti, kterou je nutné zachovávat, aby pomoc mohla být považována za kvalitní, a abychom mohli určit, zda děláme dobrou práci (GŘ HZS MV ČR, 2008).

PsKP naplňuje následující základní cíle (Neusarová, Kučerová In GŘ HZS MV ČR, 2008):

- Začlenění lidí do společenství při co nejvíce zachované soběstačnosti,
- otevření se budoucnosti včetně obnovy života prospěšných iluzí ve vztahu k sobě, druhým a světu, posílení odvahy k životu a pocitu životního smyslu,
- zvládnutí sebe a nároků života: obnovení řádu a struktury (včetně infrastruktury).

Velmi podobné jsou cíle i PsP, včetně orientace zasaženého v situaci.

Zásady a hodnoty psychosociálního poradenství účastníkům nehod a pozůstalým

Poradenství je společná práce zasaženého a poradce směřující k naplňování společně domluvené zakázky a cíle mezi oběma stranami (nejčastěji se jedná o společné hledání možných variant řešení situace zasaženého). Konkrétní typ poradenství vychází vždy ze zakázky zasaženého a možností a nabídky organizace. Poradenství vychází z přesvědčení, že zasažený sám je největším odborníkem na svůj život a při společné práci s poradcem je rovnocenným partnerem (platí princip zplnomocnění klienta).

Poradce v poradenské kanceláři vytváří bezpečný prostor, ve kterém se zasažený může zorientovat ve své situaci, objevit své silné a slabé stránky, pojmenovat obavy a najít varianty dalšího postupu, ze kterých si sám vybere.

V oblasti psychosociální pomoci je důležité si uvědomovat, co nás k pomáhání motivuje a jaká přesvědčení a hodnoty zastáváme, neboť nejčastějším zdrojem problémů bývá hodnotový konflikt mezi pomáhajícím a tím, komu se pomáhá (Baštecká & kol., 2013).

Při poradenství v situaci dopravní nehody je potřeba si tyto věci uvědomovat o to více, že pomoc obětem dopravních nehod a pozůstalým může představovat jednu z psychických obran: odděluje pomáhající od těch, kterým se pomáhá (oběťmi jsou „ti druzí, ne já osobně“), a vytváří dojem moci v situaci reálné bezmoci (pomáháním sice nenapravíme, co se stalo, ale udržujeme si dojem, že je možné se situaci nějak naložit) (GR HZS MV, 2010).

Standardy se opírají o následující přesvědčení, vycházející z přesvědčení PsKP a spolupráce (Neusarová & Kučerová, 2009):

- Neštěstí potkávalo lidi od nepaměti a oni je od nepaměti umějí zvládat. Vycházíme z toho, co neštěstím zasažený člověk (rodina, obec) sám pro zvládnutí dělá a umí udělat.
- Pomoc je nejčastější reakcí na mimořádnou událost, pomáhání pomáhá. Je třeba podpořit i přímé zasažené, aby mohli v budoucnu pomáhat druhým lidem s podobnou zkušeností.
- Člověk si obvykle dokáže pomoci sám, zvláště pokud ho ostatní podpoří. Účinnou podporou může být i uznání jeho sil a respekt k jeho potřebám a hodnotám.
- Oporu při neštěstí představuje společenství a jeho zdroje včetně rituálů. Neštěstí má tedy společenskou povahu. Vycházíme z předpokladu, že individualizovat a psychologizovat pomáhání je na obecné rovině chybné. V poradenské praxi ČSODN se sice s prací s komunitou nesetkáváme tak často, ale je potřebné na společenství a jeho zdroje při práci vždy myslet.

- Pomáhat znamená spolupracovat v týmu a s ostatními – uvnitř organizace i mimo ni.
- Hodnotami se lišíme, ale potřeby máme podobné (například potřebu být/nebýt informován, orientovat se v situaci, být podpořen druhými v prosazování práv a zájmů apod.).
- Pomáhající mají do situace vnášet klid, řád, uznání, zájem a vnímání rozdílných potřeb a hodnot, aby podpořili totéž u ostatních při zvládnutí situace a jejích následků. (GR HZS MV, 2010).
- Výsledkem neštěstí je mj. zkušenost a s ní související lepší připravenost na příští událost.

9.2 Psychosociální poradenství pro pozůstalé po zemřelých obětech a účastníky dopravních nehod

Poradenství pro účastníky dopravních nehod a pozůstalé má vzhledem k okolnostem, které účastníci i pozůstalí lidé řeší po nehodové události, nutně mezioborový a ideálně i mezirezortní charakter. Účastníci nehod řeší často fyzické, psychické, sociální i ekonomické následky dopravních nehod. Pozůstalí jako nepřímí účastníci s vážnými následky na rodinu řeší také novou, silně stresovou situaci, která bývá spojena s hlubokou psychickou a emocionální újmou a dalšími nároky řešit různé praktické dopady na běžný život (jako je kontakt s pojišťovnami, úřady, s policií, soudy, pohřební službou, notářem apod.).

Pro účelnou pomoc je tedy zapotřebí kombinace a multioborový přístup v pomáhání. A také vědomí, že pozůstalí stejně jako přímí účastníci nehod mají vlastní vnitřní síly a využívají mechanismy, kte-

rými se vypořádávají se situací. Jak již bylo uvedeno výše, tento postoj bývá při pomáhání klíčový. Psychosociální poradenství by tak mělo být dle potřeb dotyčného pozůstalého kombinováno zejména s právní pomocí, místy je však potřebná i psychologická či psychiatrická pomoc.

Pojem poradenství zastřešuje dále také následující pojmy: podpora a spolupráce. Podpora je výraz označující nejčastěji morální, psychosociální, právní či praktickou oporu lidem v nepříznivé životní situaci v souvislosti s vážnou dopravní nehodou (na občanské i profesionální úrovni). Pojem spolupráce vyjadřuje aktivní typ práce s účastníkem nehody či s pozůstalým, který využívá své silné stránky k podpoře druhých a zapojuje se do společensky žádoucích reakcí na událost dopravní nehody. Pracovník ho ke spolupráci vybízí a podporuje ho. Předchozí pojmy do větší míry zastřešuje pojem poradenství, které lze definovat opět různě. Blízké pojetí sociální práce popisuje poradenství v Matouškově podání jako *„poskytování informací, které si klient vyžádá a jež potřebuje k řešení svého problému. V širším smyslu dává klientovi příležitost k tomu, aby prozkoumal svoje přednosti, resp. slabá místa, a našel strategie ke zlepšení kvality svého života.“* (Matoušek, In Chmelík a kol., 2009, s. 169).

Ve výkladovém slovníku Lidské zdroje je poradenství (angl. counselling) specifikováno jako *„informační a konzultační činnost směřující k orientaci tazatele v oblasti jeho zájmu. Poradenská činnost je důležitá součástí péče. V souvislosti s péčí o dospělé můžeme hovořit o poradenství zdravotním, právním, sociálním, ekonomickém, manželském, výchovném“* (Palán, 2002, s. 159 – 160; Veteška, 2016; aj).

V případě dopravních nehod jsou přílehlavé obě zmíněné definice, přičemž mezi klíčové patří nejen zdravotní poradenství, ale také právní, psychosociální či psychologické. Toto poradenství se vztahuje bezprostředně k události dopravní nehody a jejím následkům v krátkodobé, střednědobé i dlouhodobé perspektivě a týká se přímých účastníků i pozůstalých.

9.3 Možnosti svépomoci pro účastníky nehod a pozůstalé a jejich copingové strategie

Konkrétní reakce člověka na dopravní nehodu závisí na souhře duševních a tělesných faktorů, věku, na jeho předchozích životních zkušenostech, reakcích okolí na událost apod. Po prožitku prvotního ochromení ve většině případů pomohou lidem v kritických chvílích vlastní vyrovnávací postupy, jimiž se navracejí do normálního života (Neusarová, 2009). Obvykle volí určité svépomocné postupy, které se osvědčily v minulosti v zátěžových situacích. Současně některé z nich patří mezi postupy společensky i pro jedince osobně spíše nežádoucí či přímo rizikové. Jedná se nejčastěji o únikové tendence typu:

- Náhlý abúzus alkoholu (nadužívání a zneužívání alkoholu) nebo jiných omamných látek (marihuany) nebo léků (psychofarmak), případně kombinace,
- hyperaktivita či workoholismus ve snaze přijít na jiné myšlenky,
- únik do světa fantazie (počítačové hry, pornografie atd.),
- rychlá změna partnera,
- změna prostředí – cestování,
- v naší společnosti přehlíženou, ovšem podstatnou tendenci bývá i touha po mystice, náboženské angažovanosti, ezoterice,
- únik do nemoci,
- sebevražedné fantazie či tendence (Kubíčková, 2001; Neusarová, 2009).

Mezi další, spíše žádoucí postupy, patří:

- Volnočasové pohybové aktivity – například sport a kondiční cvičení, tanec, jóga,
- tvůrčí aktivity – práce s hlinou, malování, zpěv,
- práce na zahradě, v přírodě a pobyt na čerstvém vzduchu,
- vyhledávání lidí s podobnou zkušeností,
- sdílení příběhů,
- sledování a vyhledávání tragických událostí,
- černý humor (Kubíčková, 2001; Neusarová, 2009).

Mezi společensky žádoucí reakce a možnosti patří pomáhání druhým lidem s podobnou zkušeností, zapojení v dobrovolné preventivní a osvětové činnosti aj.

Při náhledu do odborné literatury je možné jmenovat také vybrané úlevné copingové postupy z roku 1998 dle Hodgkinsona a Stewarta:

- Upnout se na přesvědčení a víry/u,
- Vyjádřovat a sdílet své pocity s důvěryhodnými lidmi,
- opřít se o společenství a svoji roli v něm,
- odvést pozornost jinam prostřednictvím denních snů a fantazií,
- zaměřit se na získávání informací a na hledání řešení,
- zbavit se stresové zátěže pomocí tělesné činnosti (Baštecká, 2005).

Poradce má zasažené podporovat ve společensky i osobně žádoucích copingových strategiích, rozšiřovat nabídku možností služeb a normalizovat momentálně využívané nežádoucí strategie, ale i upozorňovat na jejich rizika a současně je verbalizovat jako dočasné. Pomáhají i příklady dobré praxe a hledání individuálnosti vlastní cesty v práci se zkušeností dopravní nehody v přímé roli účastníka nebo v nepřímé u pozůstalých v práci se zármutkem. Záleží samozřejmě také na věku. Do významných vyrovnávacích postupů u dětí patří hra (příčemž s dětským traumatem po ztrátě rodiče nebo jiného člena rodiny pracují v Poradně Vigvam) (Neusarová, 2009).

Situace se u účastníků dopravních nehod a pozůstalých často liší, i když újmu zažívají obě tyto skupiny.

Účastníci nehod se potýkají s různými následky na zdraví (v různé formě a závažnosti) a v různých rolích (například poškozený, viník nehody, svědek) a také s psychickou újmou, ke které došlo následkem nehody. Byli tedy bezprostředně účastni události, vnímali ji smysly, v čemž se jejich zkušenost liší od zkušeností pozůstalých, kteří často u události nebyli přítomni a dovídají se o úmrtí svých blízkých jinou než přímou cestou (nejčastěji od policie, z médií, od sousedů apod.). Situace je krajně citlivá u zraněných účastníků nehod, kteří jsou současně i v roli pozůstalých, zátěž je v takovém případě závažnější a zvyšuje se riziko vzniku PTSD a dalších psychických poruch. Nicméně riziko vzniku PTSD samozřejmě existuje také u výše jmenovaných skupin.

Tělesná újma při nehodě zasažené traumatizuje, zejména jedná-li se o těžké následky na zdraví. Fyzická omezení týkající se léčení (např. omezenost v pohybu, v příjmu potravy apod.), jsou ovšem zvládána lidmi lépe, domnívají-li se, že se jedná o dočasný stav, který se brzy změní k lepšímu. Čerstvě zdravotně znevýhodnění lidé se nacházejí ve fázi, která je typická nedostatečnou informovaností, a tím ne zcela reálnou představou zasaženého, že docílí úplného zdraví. Jestliže však dotyčný postupně zjišťuje, že se jeho zdravotní stav nelepší anebo je mu řečeno lékařem, že se může jednat o trvalé postižení, pak se

mohou objevit fáze postupného pochopení nežádoucí reality, kterou je trvalé postižení následkem úrazu vyplývajícího z dopravní nehody (Neusarová et. al., 2020, Vágnerová, 2004).

I když je každý člověk originální v tom, jak prožívá, myslí, jedná i jak se chová, může následující fáze prožívat v různé podobě:

Jde obvykle o fázi počátečního ochromení (resp. šoku), která bývá rychlou, intenzivní a brzy odeznívající reakcí (člověk se cítí mimo dění a teprve psychicky zpracovává, co se stalo).

Po této fázi záhy může následovat popření, typické větou: „To není pravda, já se uzdravím!“ V této fázi dochází k mobilizaci vlastních sil, které mají vést k původnímu životu.

Následně člověk obvykle prožívá silné, špatně ovladatelné emoce – hlavně zlost, vztek, za kterým bývá žal nad ztrátou zdraví. Jedná se o fázi hněvu, která bývá také velmi náročná pro okolí zdravotně postiženého člověka, který nenávidí celý svět. Svou agresí útočí i na své blízké. Někdy fáze hněvu až splývá s fází hledání viníka za vzniklou situaci (ať už účastníka nehody nebo někoho ze zdravotníků – „Oni za to můžou, nepomohli mi včas, proto jsem na tom takhle špatně.“ apod.).

Postupně se může objevovat fáze smlouvání, která je typická přehodnocováním svých postojů, smlouváním sám se sebou a slevováním ze svých původních cílů dosáhnout opět plného zdraví. Typický je například výrok „Aspoň abych mohla chodit o berlích.“ (Neusarová et. al., 2020, Vágnerová, 2004).

Z pohledu poskytování pomoci jde o velmi důležitou fázi. Vágnerová (2004) uvádí, že po následující fázi deprese, kdy ještě člověk po úrazu prožívá žal nad ztrátou zdraví, dochází buď ke smíření, a tím k postupné adaptaci na nově získané postižení, anebo k rezignaci, která znamená přeměnu osobnosti (bohužel často k horšímu). Získané zdravotní znevýhodnění následkem úrazu po nehodě představuje

silné emoční trauma. Zásadním způsobem zasáhne do identity člověka. Osobnost zasaženého člověka nejenže může trpět posttraumatickou reakcí (resp. poruchou), ale zároveň je vystavena úkolu zvyknout si na zcela novou, nenadálou roli postiženého.

Rychlá a náhlá ztráta zdraví tak neznamená okamžitou změnu v myšlení účastníka nehody. Postižený nejdříve uvažuje jako zdravý a teprve postupně se přizpůsobuje realitě. Člověk, který byl postižen později v průběhu života, musí překovávat řadu úskalí a záleží jen na něm samém, jaký smysl pro něho budou mít (Vágnerová, 2004).

S tím souvisí i hledání nového životního směřování, cíle a změna došavadních hodnot. Nejdůležitější je pro člověka s trvalými následky na zdraví vybudování nové sebedůvěry, a to i přes závislost na ostatních. Sociální role člověka se získaným postižením najednou výrazně proměňuje (postiženým lidem jsou ve společnosti připouštěny některé výhody, např. právo na ohledy, trpělivost a toleranci, ale nejsou považováni za rovnocenné partnery).

V nabytí nové sebedůvěry mu napomáhá (anebo naopak brání) jeho emoční a sociální zázemí, tedy podpora rodiny a dalších blízkých lidí. Jestliže dojde k přijetí vlastního postižení a nových omezení, je to známka zvládnutí handicapu. Zatížena je však i rodina zdravotně znevýhodněného člověka, obzvláště jedná-li se o dospělého po úrazu, který měl již vybudovanou profesní, partnerskou (resp. manželskou) i rodičovskou roli a vykonával v rodině důležité funkce (například živatele rodiny) (Neusarová et. al., 2020; Vágnerová, 2004).

V rámci poradenské praxe je podstatné podporovat člověka se zdravotním znevýhodněním na postupnou adaptaci. Kromě první psychologické pomoci je důležité jemu i rodině vypomáhat s praktickými záležitostmi nebo doporučovat služby, které mohou být v této situaci užitečné (a to nejčastěji v blízkosti bydliště vzhledem k dostupnosti služeb).

V následující podkapitole jsou jmenovány vybrané neziskové organizace, které mohou lidem se zdravotním znevýhodněním následkem úrazu po dopravní nehodě nabídnout své služby.

9.4 Občanská a profesionální podpora účast­níků dopravních nehod a pozůstalým

Občanská podpora může vyplývat z podobné zkušenosti s nehodou, ale také s obecnou občanskou touhou pomoci druhému v případě nouze. Tato podpora tak může proudit například přes sousedskou, komunitní (resp. komunální) i náboženskou cestu.

Důležitou spojkou mezi společností a jedincem plní nejen neziskové organizace jako je ČSODN či občanská hnutí (například Psychosociální intervenční tým ČR) nebo charity církví, ale též média, jejichž úloha je při poskytování občanské podpory nezastupitelná. (Nutno podotknout, že při necitlivém postoji a chování médií může být kontakt s novináři naopak dalším zdrojem viktimizace, tj. druhotného poškození pozůstalých či účastníků nehod, viz kazuistika paní Š.). Podobně důležitou úlohu plní místní obecní úřady, komunita žijící v sousedství a v blízkosti zasažených.

Příkladem vzájemné podpory může být spojení mezi zakladateli ČSODN, kdy se dva spřátelené manželské páry spojily intenzivně v době, kdy se jejich dětem přihodila vážná dopravní nehoda, při které přišly o život. Jejich setkávání bylo natolik intenzivní a současně provázáno neúspěšným hledáním organizací zaměřených na ponehodo­vou péči v ČR, že se rozhodli založit neziskovou, občansky zaměřenou organizaci, která bude přímo zaměřená na oběti dopravních nehod a bude podporou těm, kteří to potřebují při vyrovnávání se s událostí vážné dopravní nehody.

Profesionální podpora pro pozůstalé může být rozdělena na zdravotní (včetně psychiatrické, rehabilitační a další), psychosociální (psychická podpora, orientace v nové situaci včetně nároků vyplývajících ze systému sociálního zabezpečení ČR a zprostředkování kontaktů na pomáhající organizace), psychologickou podporu a právní podporu, která má v případě dopravních nehod zvláštní místo.

Nabídky služeb různých dalších organizací stojí na pomezí mezi profesionální a občanskou podporou. Právní profesionální podpora se však v případech dopravních nehod ukazuje hned po zdravotní pomoci jako jedna z nejdůležitějších. Pomineme-li profesionální služby advokátů, kteří poskytují specializované služby v oblasti náhrady škody a v trestním řízení, a jejichž úloha je určitě podstatná, bude následující text zaměřen zejména na vybrané organizace, které jsou lidem po nehodě finančně dostupné a jejichž odborné služby a konzultační činnost jsou poskytovány zdarma. Nízkoprahovost (dostupnost služeb) je totiž významná zásada při poskytování poradenství pro účastníky nehod a pozůstalé. Jedná se kromě ČSODN také o občanské poradny, o Ligu lidských práv ČR, Pro bono alianci. Je třeba zmínit třeba i Veřejného ochránce práv a Probační a mediační službu.

Občanské poradny plní úlohu center pro poskytování informací občanům v náročné životní situaci a o dostupných službách a pomoci (Arnoldová, 2004). Pracovníci občanských poraden informují občany o právních předpisech z různých oblastí života – z hlediska sociální problematiky, lidských práv, pracovně-právních předpisů, bydlení apod. Zřizovány bývají obvykle při nestátních neziskových organizacích a jejich posláním je být k dispozici všem občanům, kteří řeší různé krize ve svém životě, a to při dodržování zásad bezplatnosti, nezávislosti, důvěrnosti a nestrannosti. V týmu občanských poraden jsou nejčastěji k tomuto účelu vzdělaní a trénovaní sociální pracovníci anebo vycvičení dobrovolníci z řad veřejnosti (Chmelík a kol., 2009).

Ombudsman neboli veřejný ochránce práv je v právní úpravě ČR institutem ochrany práv občanů. Ombudsman je vnější, nezávislý, bezplatný institut, jehož funkcí je především zajištění ochrany práv a zájmů v oblastech, kdy se občan ocitá ve střetu s úřady státní správy, pakliže je takové jednání v rozporu s právem, demokratickými hodnotami a zvyklostmi dobré správy (Chmelík a kol., 2009). Institut veřejného ochránce práv má hájit občany před nečinností úřadů a institucí. Na Kancelář veřejného ochránce práv se mohou obrátit i fyzické osoby (jak je současně patrné i z kazuistiky o paní Š., nachází se v podkapitole 14.3).

Liga lidských práv (dále LLP) vznikla v roce 2002 a usiluje o ochranu lidských práv v takovém rozsahu, v jakém je garantuje Listina základních práv a svobod a závazné mezinárodní úmluvy. Ochrana lidských práv patří k základnímu demokratickému uspořádání společnosti, která má zájem na zvyšování úrovně, kvality života a lidské důstojnosti občanů. Liga využívá vzdělávání, výzkumu, vedení strategických právních případů a předkládá návrhy řešení odborné i širší veřejnosti (<https://llp.cz/temata>). LLP se sice v posledních letech věnuje v největší míře ochraně práv pacientů, dětí, postižených či občanům, kteří zažili násilí od policie, ale obrátit se na ni mohou i občané v jiné situaci, včetně účastníků dopravních nehod či pozůstalých. LLP byla v několika případech také konzultantem při řešení kauz klientů ČSODN a spolupodílela se i na tvorbě tiskové zprávy v případě klientky figurující v kazuistice (paní Š., podkapitola 14.3 a paní M., podkapitola 14.4).

Pro bono aliance podobně jako LLP usiluje o zvýšení účinnosti právního systému při ochraně lidských práv v ČR, veřejného zájmu a dalších demokratických hodnot. V právní oblasti usiluje o důraz na praxi a uplatnění etiky při rozhodování právníků. Nabízí tři projekty využitelné také pro účastníky nehod a pozůstalé: Bezplatná právní pomoc, Pro bono centrum a Poradna dostupnosti odborné pomoci (více na <http://www.probonoaliance.cz/cz>).

Probační a mediační služba (dále jen "PMS") je zřízena zákonem č. 257/2000 Sb. o Probační a mediační službě. Spadá formálně i svou působností pod Ministerstvo spravedlnosti. PMS nabízí a zprostředkovává řešení konfliktu mezi poškozeným a obviněným při vyšetřování trestného činu. Jednání v PMS se odehrává v podobě setkání obviněného a poškozeného za účasti mediátora, který má plnit roli prostředníka. Cílem mediačního jednání je přispět ke zmírnění následků trestného činu pro poškozeného a motivovat obviněného k nápravě a žádoucímu chování ve vztahu k poškozenému. Mediátor plní roli zprostředkovatele a dává prostor k vyjádření potřeb, názorů a zájmů obou stran v rámci daného trestního případu (zpravidla nejdříve vyveze k jednání každého účastníka zvlášť, následně se setkají společně). Také informuje obě strany o jejich právech a povinnostech. Ideálním

řešením je vyústění jednání ve společnou dohodu o urovnání konfliktu, a s tím spojené náhrady škody (Chmelík a kol., 2009). PMS v ČR plní nezastupitelnou roli a s ČSODN dlouhodobě spolupracuje nejen v rámci klientské praxe, ale nově také při přípravě osvětových akcí pro veřejnost. Podstatnou úlohu má pro viníky dopravních nehod, kteří z praxe ČSODN hodnotí služby PMS jako velmi užitečné, protože její pracovníci účinně reagují i na potřeby pachatelů trestných činů.

Z ostatních neziskových organizací lze jmenovat pro účastníky nehod, kteří mají následky na zdraví nebo pozůstalé, například:

- Cerebrum – Sdružení osob po poranění mozku (více na: www.cerebrum2007.cz).
- Bílý kruh bezpečí, který poskytuje pomoc obětem trestné činnosti, tedy účastníkům nehod i pozůstalým, více na www.bkb.cz.
- Centrum Paraple, o.p.s. nabízí pomoc lidem ochrnutým po poškození míchy v důsledku úrazu (www.paraple.cz).
- Dlouhá cesta, z.s. poskytuje pomoc pro všechny, kteří přežili své děti (více na www.dlouchacesta.cz).
- Poradna Vigvam Praha poskytuje poradenství a terapii pro pozůstalé rodiny s dětmi (www.poradna-vigvam.cz).
- Krizové centrum nebo linka důvěry v daném kraji (například RIAPS – Regionální institut ambulantních psychosociálních služeb - více na www.mcssp.cz).
- Asociace poradců pro pozůstalé (sít v rámci ČR) – www.poradci-pro-pozustale.cz.
- Klára pomáhá, z.s. z Brna nabízí pomoc pečujícím a pozůstalým, včetně dětí a mládeže (www.klarapomaha.cz) (Neusarová et. al., 2020).

9.5 Pozůstalí jako nepřímí účastníci nehod

Na tomto místě je třeba blíže přiblížit další pojmy jako je oběť dopravní nehody, poškozený a pozůstalý.

Oběť dopravní nehody (z angl. victim) je pojem, který lze definovat různými způsoby. Obětí dopravní nehody je míněn nejčastěji jedinec, který se účastnil nehody a bez vlastního zavinění utrpěl újmu na zdraví – lehkého, středně těžkého či těžkého stupně, psychickou, emocionální, materiální, případně i újmu na životě, v příčinné souvislosti s nehodovou událostí (Neusarová, 2009).

S pojmem oběť souvisí také pojem poškozený (právní výraz pro ty, jimž bylo ublíženo trestným činem na zdraví, případně jim byla způsobena majetková nebo nemajetková újma) nebo pozůstalý (je nepřímou obětí nehody, vzhledem k tomu, že přišel v souvislosti s nehodou o blízkého člověka). Jedná se o děti, rodiče, manžela/manželku, sourozence a blízké osoby žijící ve společné domácnosti s usmrceným v době vzniku nehody, která byla příčinou jeho ublížení na zdraví s následkem smrti. (Pracovní skupina pro tvorbu standardů psychosociální krizové pomoci při MV, 2009).

Prožitky pozůstalých, jejich možné reakce na ztrátu blízkého a základy intervence

Prožitky pozůstalých a jejich možné reakce na ztrátu blízkých lidí (resp. blízkého člověka) lze dovodit z předpokládaných potřeb, které máme společné. Ztráta blízkého člověka obecně je pro pozůstalé traumatizující událostí, zvláště přijde-li ve vteřině a nečekaně, jako je tomu v případě dopravních nehod. Pozůstalí si často kladou otázku, jak s touto zkušeností vůbec dál žít. A mnohdy nevidí odpověď ani východisko. Pak mají před sebou novou cestu objevování toho, co pomáhá a co jim naopak ubližuje. Smutek přináší intenzivní pocity, které jsou pozůstalým často neznámé a mohou se různit, nabývat různé intenzity a protichůdnosti. Podstatné je ale podotknout, že jsou normální odpovědí na tragickou událost a součástí procesu vyrovnávání se s obrovskou bolestí a žalem (Blatná in Neusarová et. al., 2020).

V oblasti psychických reakcí se jedná nejčastěji například o pocit bezmoci a beznaděje, pocity osamělosti, neskutečnosti, poruchu vnímání času, pocit nejistoty, problémy se soustředěním, podrážděnost až po výrazné emoční projevy jako pláč, křik či smích.

V oblasti tělesných příznaků se často objevují bolesti zad, napětí svalstva, bušení srdce, zrychlený dech, nadměrné pocení, zažívací potíže, nespavost, nechut k jídlu, snížený sexuální zájem (častěji u žen), zvýšený sexuální zájem (častěji u mužů), neopodstatněná únava, ovšem může dojít i k celkovému vyčerpání organismu (zhroucení, kolabování) (Blatná in Neusarová et. al., 2020).

V oblasti chování a reagování se vyskytují například ztráta zájmů, odmítání společenských kontaktů, snížená pracovní výkonnost nebo naopak nadměrná aktivita, hledání pozůstalého, či hovor se zemřelým. Jedná se v každém případě u všech těchto projevů o normální proces a také normalizace pocitů patří k hlavním procesuálním doporučením při kontaktu s pozůstalými.

Pozůstalí se totiž často ptají: „...je to normální, že ještě po dvou letech od smrti mého syna, partnera... jsem na tom stále stejně?“ nebo: „...je to půl roku od pohřbu a já se hroutím.“ Smutek nebo také zármutek jako proces vyrovnání se se ztrátou blízkého člověka je někdy zaměňován s depresí nebo poruchou přizpůsobení, a to hlavně v případě, když se pozůstalí obrátí na psychiatra. Jedná se však o přirozený proces truchlení. Ve velké většině pozůstalí sdělují, že psychiatr smutek označí depresí, předepíše antidepresiva a příliš se nezajímá o pocity pozůstalého - ať už z časových důvodů nebo jiných. Měl by však pozůstalému věnovat čas na vyslechnutí a doporučit podpůrnou terapii či poradenství. Prožívání v době zármutku je velmi podobné příznakům deprese, ale nejedná se o depresi v pravém slova smyslu. Obecně je mezi odborníky diskutované podávání léků (například antidepresiv). Záleží samozřejmě na konkrétním případě. Nepříjemné pocity a projevy se užíváním léků možná potlačí, ale bolest ze ztráty nezmizí. Zármutku je však každopádně potřeba dát průchod a odžít ho (Blatná in Neusarová et al., 2020).

Pro účely této knihy je vhodné pojednat o rozdílech mezi depresí a zármutkem. Toto rozdělení je klíčové, protože deprese se za zármutek zaměňuje někdy i v psychologické praxi.

Depresi provází pláč, váhový úbytek, snížené libido, nespavost, podrážděnost, zhoršené soustředění, sociální stažení, ale také sebeobviňování, snížené sebevědomí, pocity špatnosti a bezcennosti. Časté jsou sebevražedné myšlenky, patologická identifikace se zesnulým, popř. podvědomá agrese vůči němu. Příznaky se nezmenšují, mohou se naopak zhoršit a přetrvávat po letech, nepomáhá podpůrná terapie a ujišťování, dochází často k odmítání sociálních kontaktů, léčba antidepresiv je však účinná.

Oproti tomu zármutek bývá spojován s pláčem, váhovým úbytkem, sníženým libidem, nespavostí, podrážděností, zhoršeným soustředěním, sociálním stažením, sebeobviňováním – pocit viny, že bylo možné ztrátě zabránit (např. Měl/a jsem tam jet já, ale na poslední chvíli se situace změnila. Proč jsem ji/je nezdržel? atp.). Pocity zbytečnosti mohou a nemusí být přítomny (záleží na vztahu k zemřelému a okolnostech úmrtí; pocit zbytečnosti a zmaru silně prožívají pozůstalí rodiče). Sebevražedné myšlenky se také vyskytují, ale v dlouhodobé perspektivě jsou vzácnější, může pomoci psychická podpora, sdílení se stejně zasaženými pozůstalými a sociální kontakty. Léčba antidepresiv sice zármutek často konzervuje, ale některým pozůstalým může pomoci běžně fungovat a naplnit role v zaměstnání, společnosti a v domácnosti (Blatná in Neusarová et. al., 2020).

Jak už bylo uvedeno výše, zármutek je proces, a tento proces obvykle prochází určitými stádii. V literatuře se uvádí několik dělení; v následujícím textu je přiblíženo dělení podle Parkese:

1. Otupělost – člověku je vše jedno. Není proč jíst, není proč vstávat, dobré by bylo vše zaspat.
2. Touha po hledání a popírání trvalosti ztráty – člověk může mít pocit, že s ním zesnulý je, že chodí po pokoji, slyší jeho hlas, zahlédne

ho na ulici, zdají se mu o něm živé sny. Pozůstalí se zde často vyjadřují, „jestli se snad už docela nezbláznili?“

3. Rozvrat (dezorganizace) – zesnulý chybí prakticky. Jeho role v domácím a pracovním provozu nemá kdo zastat. Přítomná může být ochablost a pocit bezmoci či rezignace.
4. Nový řád, obnova – zesnulý dostává své nové místo ve vzpomínkách a vyprávění. Důležité je však upozornit, že tento proces je u každého jiný s ohledem na okolnosti úmrtí blízkého. U pozůstalých po obětech nehod nelze jednoznačně stanovit žádný časový limit (Blatná in Neusarová et. al., 2020; Kubíčková, 2001).

Z pohledu intervence bývá po poskytnuté první psychické pomoci a krizové intervenci užitečná podpora v dodržování denního řádu a praktická pomoc pozůstalým při řešení následků události na úřadech, pojišťovnách, soudech, při dalších jednáních apod. (doprovod na úřad, odvoz či jiná pomoc s transportem, hlídání dětí, nabídka teplého jídla apod.). Řadu z nich může poskytnout blízký, známý či soused pozůstalého, s jinými specializovanými činnostmi může pomoci specializovaný pracovník různých pomáhajících organizací (dle místních podmínek organizace a dle kontraktu s klientem). Zvláště důležitá je normalizace u výše uvedených pocitů, se kterými neměli dosud pozůstalí zkušenost a obávají se o své psychické zdraví. Pomoci může také účast pozůstalých na pietních a vzpomínkových akcích na zeměřelé, narativní přístup ve vztahu k práci se zármutkem (vyprávění příběhů, ať mluveným nebo psaným slovem), osvětové a preventivní akce.

Přesnější vymezení prvních občanských pomoci – jako je první zdravotní, psychosociální (resp. první psychická a první sociální pomoc), právní a duchovní pomoc – je možné shlédnout ve Standardech psychosociální krizové pomoci a spolupráce zaměřené na průběh a výsledek z roku 2010 (s. 44–49).

Pokud jde o poradenství, jeho zásady a hodnoty, jsou detailněji rozvedeny například v publikaci *Dopravní nehody* (Chmelík a kol., 2009), postupy a doporučení krizové intervence ve stejnojmenné publikaci *Krizová intervence* (Vodáčková a kol., 2002) a v další odborné literatuře věnované těmto tématům.

10. Péče o osoby s trvalým postižením

Katarína Brummerová

Osoby se zdravotním postižením mohou využívat tři základní druhy sociálních služeb: sociální poradenství, služby sociální péče a služby sociální prevence. Podle formy poskytované péče pak rozlišujeme služby pobytové, ambulantní nebo terénní.

10.1 Služby sociální péče

Služby sociální péče pomáhají zajistit osobám jejich fyzickou a psychickou soběstačnost s cílem podpořit život v jejich přirozeném sociálním prostředí a umožnit jim v nejvyšší možné míře zapojení do běžného života společnosti. V případech, kdy toto jejich stav vylučuje, je cílem zajistit jim důstojné prostředí a zacházení. (Tevasopo, 2023; Osobní asistence, 2023; Ministerstvo práce a sociálních věcí České republiky, 2023). Do služeb sociální péče patří osobní asistence, pečovatelská služba, tísňová péče, průvodcovské a předčitatelské služby, podpora samostatného bydlení, centra denních služeb, denní a týdenní stacionáře, domovy pro osoby se zdravotním postižením a chráněné bydlení.

10.2 Sociální poradenství

Sociální poradenství poskytuje osobám v nepříznivé sociální situaci potřebné informace přispívající k řešení jejich situace. Základní sociální poradenství je součástí všech druhů sociálních služeb. Odborné sociální poradenství zahrnuje občanské poradny, manželské a rodinné poradny, sociální práci s osobami společensky nepřizpůsobenými, poradny pro oběti trestných činů a domácího násilí, sociálně právní poradenství pro osoby se zdravotním postižením a seniory. Služba obsahuje poradenství, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, terapeutické činnosti a pomoc při uplatňování práv a oprávněných zájmů. Tato služba se poskytuje bez úhrady (Ministerstvo práce a sociálních věcí České republiky, 2023).

10.3 Služby sociální prevence

Služby sociální prevence pomáhají zabránit sociálnímu vyloučení osob, které jsou ohroženy izolací od společnosti z důvodu krizové sociální situace, životních návyků, způsobu života, který vede ke konfliktu se společností a z důvodu sociálně znevýhodňujícího prostředí a ohrožení práv a zájmů trestnou činností jiné osoby. Cílem služeb sociální prevence je pomáhat osobám k překonání jejich nepříznivé sociální situace a chránit společnost před vznikem a šířením nežádoucích společenských jevů. Služby sociální prevence jsou raná péče, telefonická krizová pomoc, tlu- močnické služby, azylové domy, domy na půli cesty, kontaktní centra, kri- zová pomoc, nízkoprahová denní centra, nízkoprahová zařízení pro děti a mládež, noclehárny, služby následné péče, sociálně aktivizační služby pro rodiny s dětmi, sociálně aktivizační služby pro seniory a osoby se zdravotním postižením, sociálně terapeutické dílny, terapeutické komu- nity, terénní programy, sociální rehabilitace (Osobní asistence, 2023).

V České republice funguje několik organizací, které se zaměřují na po- moc handicapovaným a jejich rodinám a doplňují tak stát tam, kde je jeho pomoc nedostatečná nebo zcela chybí.

V roce 2000 byla založena celostátní organizace Národní rada osob se zdravotním postižením ČR (NRZP ČR) sdružující spolky osob se zdravotním postižením. Aktuální a aktualizovaný seznam organizací je součástí webu projektu (<https://www.ponehodovapece.cz/>).

11. Specifika ponehodové péče u profesionálních řidičů

Eva Jurčáková

11.1 Otázka vyšší psychické odolnosti u profesionálních řidičů

Pohyb v každodenním provozu, velký počet „skoro nehod“, monotónnost, nutnost pravidelných profesních školení, kontroly zdravotní a psychické způsobilosti. Toto jsou některé ze společných faktorů práce profesionálního řidiče. Jedná se o náročnou profesi, kde už samotný výběr je zkouškou, která by měla do pozice řidiče předurčovat člověka s predispozicemi pro zvládání zátěžových situací, jakými jsou i dopravní nehody (Havlík, 2005).

V analýze expertních rozhovorů z oblasti psychologické ponehodové péče se uvádí, že profesionální řidiči jsou skupina, která psychickou zátěž spojenou s účastí na dopravní nehodě snáší obecně lépe bez závažnějších obtíží (Adamovská et al., 2022). Jedním z potenciálních důvodů je, že profesionální řidiči podléhají náročnému výběru, kde se v rámci testové baterie testuje i jejich osobnostní struktura. Součástí výběru je i ověřování psychické odolnosti vůči náročným stresovým situacím, se kterými se budou ve své profesi potkávat.

Dopravně psychologické vyšetření ověřuje psychickou výkonnost z hlediska kvantity a kvality, dále zahrnuje vyšetření osobnostních vlastností zejména vyšetření odolnosti vůči zátěži, emocionální stability, lability a impulsivity, přizpůsobivého chování, tendence k riskování a psychopatologické symptomatiky (Vyhláška č. 75/2016 Sb.). Dopravně psychologické vyšetření a zmiňovaný předpoklad o vyšší psychické odolnosti platí jen u vybrané skupiny profesionálních řidičů, kterou definuje silniční zákon. V České republice mají tedy povinnost absolvovat před zahájením své činnosti dopravně psychologické vyšetření tyto skupiny řidičů:

- (1)** *Dopravně psychologickému vyšetření je povinen se podrobovat*
- a) držitel řidičského oprávnění pro skupinu C1+E, C nebo C+E, pokud řídí nákladní automobil o největší povolené hmotnosti převyšující 7 500 kg nebo speciální automobil o největší povolené hmotnosti převyšující 7 500 kg nebo jízdní soupravu, která je složena z nákladního automobilu a přípojného vozidla nebo ze speciálního automobilu a přípojného vozidla a jejíž největší povolená hmotnost převyšuje 7 500 kg,*
 - b) držitel řidičského oprávnění pro skupinu D1+E, D nebo D+E, pokud řídí motorové vozidlo zařazené do některé z těchto skupin vozidel.*
- (2)** *Dopravně psychologickému vyšetření je držitel řidičského oprávnění uvedený v odstavci 1 povinen se podrobit před zahájením výkonu činnosti uvedené v odstavci 1, a dalšímu dopravně psychologickému vyšetření nejdříve šest měsíců před dovršením 50 let a nejpozději v den dovršení 50 let a dále pak každých pět let (Zákon č. 361/2000 Sb.).*

V diagnostické příručce Vienna test systému, který je určený přímo pro psychodiagnostiku řidičské způsobilosti, je tato skupina řidičů označována jako řidiči se zvýšenou zodpovědností. Řadíme sem řidiče městské hromadné dopravy, řidiče autobusů a řidiče nákladních vozidel s nebezpečnými a nadrozměrnými náklady (Schuhfried GmbH, 2020).

Pravidlům psychologického výběru v České republice dle § 8 vyhlášky 101/1995 Sb. drážního zákona podléhají i žadatelé o vydání licence strojvedoucího a strojvedoucí řídící drážní vozidlo na dráze celostátní a regionální.

Vyhláška 101/1995 Sb. uvádí: *Součástí dopravně psychologického vyšetření osob podle § 1 odst. 1 písm. a) je zejména posouzení*

- a) anamnestických údajů,*
- b) intelektových schopností,*
- c) percepčních a psychomotorických schopností,*
- d) osobnostních vlastností a*
- e) sociálně-psychologických předpokladů.*

Dopravně psychologické vyšetření není ze zákona povinné pro žadatele o vydání průkazu způsobilosti k řízení drážního vozidla a fyzické osoby řídící drážní vozidlo na dráze tramvajové. Řidiči drážních vozidel v dopravních podnicích přitom vykonávají stejně náročnou profesi jako ostatní řidiči městské hromadné dopravy. Dle rozhovorů s psychology z dopravních podniků v České republice plyne, že povinnost vyšetření u uchazečů o řízení tramvaje je ošetřena vnitropodnikovou směrnicí. Uchazeči na pozici řidiče tramvaje absolvují dopravně psychologické vyšetření před nástupem. Pravidelné kontroly však probíhají dle nastavení směrnice v konkrétním podniku. Fakt, že drážní zákon neošetřuje oblast dopravně psychologického vyšetření u řidičů tramvají, způsobuje nejednotnost postupu přijímání uchazečů a jejich pravidelných kontrol psychické způsobilosti.

Poslední skupina řidičů, která podléhá povinnosti absolvovat dopravně psychologické vyšetření, jsou učitelé autoškoly (Zákon č. 247/2000 Sb.). Existuje tedy předpoklad, že vybrané skupiny profesionálních řidičů, které podléhají povinnosti absolvovat dopravně psychologické vyšetření, budou psychicky odolnější vůči zátěžovým situacím a budou používat funkčnější strategie zvládání stresu neboli copingové strategie než většinová populace. Tento předpoklad zatím nebyl podpořen žádnou výzkumnou studií. Prokazatelným faktem je, že povolání profesionálního řidiče patří mezi vysoce stresující zaměstnání s negativními dopady na tělesnou i psychickou stránku řidiče (Horáková, 2020), a že existuje skupina řidičů, kteří na vysoce zátěžové situace, kterými jsou i dopravní nehody, reagují maladaptivním způsobem (Machin & Hoare, 2008; Matthews, 2002).

V rámci projektu KOMPLEX bylo zjištěno, že krizovou intervenci po nehodách neboli ponehodosvé péči ročně vyhledá jen malé procento profesionálních řidičů. Tato informace vyplynula z rozhovorů s vybranými psychology z dopravních podniků a s psychology z Dopravně vzdělávacího institutu v České republice. Kromě uváděného předpokladu o vyšší psychické odolnosti analýza uvádí i další důvod, a to obavy řidičů, aby po vyhledání pomoci nepůsobili nekompetentně a neohrožilo to jejich další pokračování v zaměstnání (Adamovská et al., 2022). Dalším důvodem může být i stigmatizace povolání psychologa, kterého si profesionální řidiči často pletou s psychiatrem (Holek, 2021).

Posledním faktorem, o kterém bychom mohli uvažovat, je nedostačkové systémové nastavení v oblasti ponehodosvé péče u jednotlivých zaměstnavatelů. U většiny podniků zaměstnávajících profesionální řidiče je společným jmenovatelem hledání toho „ideálního“ postupu. Hledání důvodů nízkého počtu poskytnutých krizových intervencí u profesionálních řidičů by mohlo být předmětem dalšího výzkumu v oblasti ponehodosvé péče. U jednotlivých firem se liší systémové nastavení ponehodosvé péče, příklady konkrétních postupů budou obsahem další kapitoly. Jeden jmenovatel je však společný, a to neustálá snaha o zlepšování dostupnosti psychologické péče pro profesionální řidiče i strojvedoucí a hledání cest, jak proces dostupnosti a vyhledání této péče zefektivnit.

11.2 Rizikové symptomy u profesionálních řidičů

U profesionálních řidičů se dle aktuálních studií objevuje mnoho symptomů, které souvisí s vyšší pracovní zátěží. Řidič je denně vystaven velkému počtu stresorů, se kterými je nucen se vyrovnávat. Mezi stresory související s vyšší pracovní zátěží řadíme práci v časovém tlaku, nepravidelnou pracovní dobu, zvýšené množství krizových situací

v dopravním provozu, dlouhou dobu řízení, vysokou enviromentální stimulaci, nedostatek přestávek, sedavé zaměstnání, nedostatek sociální opory a problematické interakce s dalšími účastníky dopravního provozu (Horáková, 2020; Šucha et al., 2013; Useche et al., 2018). To, jestli profesionální řidič na stresovou zátěž zareaguje maladaptivně, ovlivňuje mnoho faktorů. Dle teorie řidičského stresu založeném na transakčním přístupu jsou to hlavně osobnostní predispozice a způsob, jakým jsou řidiči zvyklí stresové situace vyhodnocovat a reagovat na ně (Machin & Hoare, 2008; Matthews, 2002). Prokazatelně tedy existuje skupina profesionálních řidičů, kteří na stresovou zátěž reagují maladaptivním způsobem a jsou potenciálně vhodnými klienty pro nabízenou ponehodosvé péči. Součástí střednědobé a dlouhodobé ponehodosvé péče je i část, kde psycholog klientovi vysvětluje mechanismus fungování stresu a možný dopad stresu na fyzický i psychický stav jedince. Dále je součástí i posilování již existujících a hledání nových pozitivních strategií zvládání stresu (Daňková et al., 2014). „*Právě identifikace používaných copingových strategií a nácvik jejich adaptivních verzí je z našeho úhlu pohledu vhodným nástrojem k tomu, jak lze pozitivním způsobem ovlivňovat řidiče z povolání směrem k jejich vyšší odolnosti ve stresových situacích*“ (Horáková, 2020, s. 43).

Symptomy, které souvisí s vyšší pracovní zátěží u skupiny profesionálních řidičů, bychom mohli rozdělit na somatické, psychické a behaviorální. Do somatických symptomů řadíme všechny zdravotní komplikace. U profesionálních řidičů se nejčastěji setkáváme s onemocněním pohybového aparátu, konkrétně se jedná o bolesti zad a krční páteře, dále kardiovaskulární onemocnění, infarkt myokardu, obezitu a endokrinologické onemocnění (Pokorný et al., 2022; Useche et al., 2018). Dalšími uváděnými somatickými symptomy jsou bolesti hlavy (Horáková, 2020).

Data z projektu o mapování pracovní schopnosti řidičů MHD, kterého se zúčastnilo 278 respondentů, potvrzují, že nejčastějšími somatickými symptomy jsou onemocnění pohybového aparátu. Téměř každý druhý zaměstnanec uvádí problémy v oblasti zad a horních končetin. Další četnou diagnózou je vysoký krevní tlak. K triádě onemocnění

tzv. „špatného životního stylu“ se přidává obezita. Všechny tři uvedené somatické symptomy lze částečně kompenzovat vhodnými opatřeními ze strany zaměstnavatele na individuální i skupinové úrovni (Pokorný et al., 2022).

Mezi psychické symptomy můžeme zařadit vyšší míru stresu, únavu, apatii, problémy se spánkem, vyšší úzkostnost. Behaviorální symptomy souvisí hlavně s chybnými návyky v oblasti zdraví a stravování. Patří sem všechny negativní strategie zvládání stresu (kouření, přejídání), dále nepravidelné stravování, nedostatek pohybu. Řadíme sem i symptomy projevující se přímo u výkonu práce, a to zvýšenou neohotovost řidiče, nižší výkonnost, nechuť k řízení a vyšší absence v práci (Horáková, 2020; Useche et al., 2018).

Obecně by se u profesionálních řidičů mělo dbát na pravidelnou osvětlu a vzdělávání v oblasti fyzického i duševního zdraví. Konkrétnější návrhy v oblasti fyzického zdraví přesahují tuto publikaci. V oblasti ponehodosvé péče chybí edukace a motivace na straně potenciálních zájemců. Ti potom nemusí být schopni identifikovat potřebu vyhledání odborné pomoci. Neschopnost identifikace této potřeby spolu s nedostatečnou motivací může vyústit v odložení problému (Vondráčková, 2022a). *“Mezi nejdůležitější preventivní opatření na snížení míry stresu patří eliminace nebo modifikace situací vytvářejících stres, přizpůsobení organizace práce individuálním charakteristikám řidičů a posílení osobní odolnosti řidičů vůči stresu.”* (Horáková, 2020, s. 39).

Existuje řada proběhlých programů pro profesionální řidiče, jejichž obsahem bylo hlavně zabývání se problematikou stresu, hledání pozitivních copingových strategií, nácvik relaxačních technik a zvládání agrese na silnicích. Ponehodosvé péče jako samostatné téma nebyla v těchto programech ukotvena (Horáková, 2020). Stálo by za zvážení zařadit téma ponehodosvé péče do dalšího preventivního vzdělávání profesionálních řidičů a posílit tak destigmatizaci roli psychologa a zmírnění obav z vyhledání pomoci po dopravní nehodě. Aktuálně je vyhledání psychologické pomoci u této skupiny řidičů jedna z méně využívaných forem chování. Nejčastějšími copingovými strategiemi

u profesionálních řidičů, které uvádí aktuální studie, jsou kontrola, pozitivní sebeinstrukce, sebemotivace, vyhýbání se stresové situaci, odmítání viny a podhodnocení (Horáková, 2020).

Je důležité, aby zaměstnavatel podporoval vzdělávání profesionálních řidičů v oblasti psychických problémů a psychologické péče a snažil se o destigmatizaci povolání psychologa. Součástí vzdělávání v této oblasti by mělo být i téma akutní reakce na stres a vysvětlení pojmu ponehodosvé péče. Možnost navštívit psychologa po nehodě a zpracovat potenciálně traumatickou událost je jedna z vhodných forem chování, která by u profesionálních řidičů měla být posilována. V současnosti neexistuje obecný postup v oblasti ponehodosvé péče u profesionálních řidičů, který by se uplatňoval stejně u všech zaměstnavatelů. V další části je popsán problém dvojí role psychologa ve firmách zaměstnávajících profesionální řidiče a aktuální postupy poskytování ponehodosvé péče, které jsou uplatňovány na úrovni jednotlivých podniků. Tyhle postupy by do budoucna mohly sloužit jako inspirace k jednotnějšímu, ucelenějšímu systému ponehodosvé péče u této specifické skupiny řidičů.

Dvojí role podnikového psychologa

Z kvalitativního šetření projektu Komplexní psychologická ponehodosvé péče vyplynulo, že psychologové v podnicích, které zaměstnávají profesionální řidiče a řidiče drážních vozidel, řeší otázku dvojí role. Na jednu stranu je zaměstnanci potkávají v situaci psychologického vyšetření, kde posuzují jejich psychickou způsobilost, na druhou stranu by je měli vyhledat jako někoho, kdo jim je schopný pomoci v zátěžové situaci. Ze zkušenosti dopravních psychologů v dopravních podnicích se ukazuje, že zaměstnanec může mít důvěru i v psychologa, který ho posuzuje, pokud jsou dodrženy zásady empatické komunikace a psycholog nevystupuje pouze v roli diagnostika, ale i člověka, který dokáže v řidiči vzbudit důvěru. Posilování důvěry mezi zaměstnancem, resp. řidičem a podnikovým psychologem je možné i prostřednictvím pravidelných školení na téma psychické kondice, popřípadě prevence stresu a otevřenou vnitropodnikovou komunikací. Další důležitou cestou je povědomí řidičů o tom, kde pomoc hledat

prostřednictvím letáků, nástěnek a spolupráci psychologa se závodním lékařem. Dopravní psychologové v rámci analýzy expertních rozhovorů z oblasti ponehodové péče uváděli, že existují případy, kdy se jim profesionální řidič otevřel i během dopravně psychologického vyšetření a bylo potřebné poskytnout krizovou intervenci (Adamovská et al., 2022). I když se jedná o ojedinělé případy, lze předpokládat, že zvyšování důvěry mezi psychologem a zaměstnancem bude mít za důsledek zvýšený počet poskytnutých intervencí po nehodách.

11.3 Existující programy ponehodové péče pro profesionální řidiče a strojvedoucí v ČR

Ucelené programy pro řidiče a účastníky dopravních nehod, které poskytuje například Česká společnost pro oběti dopravních nehod, jsou předmětem dalších kapitol této publikace. Jedná se o další existující postupy ponehodové péče pro profesionální řidiče, které fungují napříč Českou republikou v jednotlivých institucích a jejich konkrétní podobu.

Dopravní podnik města Prahy

Psychologické pracoviště Dopravního podniku města Prahy má ve své směrnici ukotvenou krizovou intervenci po nehodách, která je řidičům (zaměstnancům) poskytována zdarma. Dle rozhovoru s vedoucím psychologického pracoviště dostanou řidiči po nehodě kontakt na psychologa od svého vedoucího a mohou se obrátit na psychologické pracoviště. Ve většině případů se jedná o jedno, maximálně dvě sezení. Psychologové v Dopravním podniku města Prahy mají komplexní výcvik v krizové intervenci. Počet intervencí, které psychologové poskytují přímo po dopravních nehodách, se pohybuje kolem 3-5 sezení měsíčně.

Dopravní podnik města Brna

V roce 2021 otevřel Dopravní podnik města Brna Centrum psychologických služeb a rehabilitace UNITY. Cílem centra je nabídka služeb této oblasti, která by měla přispívat k fyzickému i duševnímu zdraví

řidičů i ostatních zaměstnanců. Psychologické služby centra jsou pro zaměstnance podniku zdarma. Rehabilitační služby jsou poskytovány za výhodnější cenu. V nabídce centra je i ponehodová péče. Psycholožky pracující v centru absolvovaly školení krizové intervence a školení v metodě ASSYST (Stabilizace akutního stresového syndromu). Řidiči vyhledávají pomoc po nehodě na základě vlastního rozhodnutí. Kontakty jim předávají vedoucí provozoven a dispečeri, kteří jsou v součinnosti s centrem. Pomoc přímo po nehodě vyhledá velmi malé procento řidičů - jedná se o pět až šest řidičů ročně. Ponehodová péče trvá obvykle tři až pět sezení a účastníci mají možnost navázat dlouhodobější terapii. Řidiči v centru vyhledávají častěji pomoc psychologa z jiných důvodů osobnějšího charakteru. Aktuálně se v dopravním podniku uvažuje o dalších systémových krocích, které by měly zvýšit počet zaměstnanců, kteří využijí možnost ponehodové péče.

Programy pro strojvedoucí DVI Centrum psychologických služeb Praha Olomouc

Krizovou intervenci po mimořádných událostech pro strojvedoucí a vlakový doprovod (průvodčí, vlakvedoucí) poskytuje Centrum psychologických služeb, které spadá pod Dopravní vzdělávací institut, a.s. (dceřinou společností Českých drah, a.s.). Centrum má pobočky v Praze a v Olomouci a poskytuje psychologickou pomoc napříč celou Českou republikou. Psychologická pomoc je pro zaměstnance bezplatná. Psychologové centra mají komplexní výcvik v krizové intervenci a poskytují pomoc i po mimořádných událostech. Ve většině případů se jedná o telefonickou krizovou intervenci. Psychologové jsou vedoucími Českých drah informováni o mimořádných událostech vážnějšího charakteru, t.z. události u kterých došlo k úmrtí nebo zranění, a telefonickou formou iniciují kontakt se strojvedoucími a vlakovým doprovodem s nabídkou první psychologické pomoci. Měsíčně poskytnou okolo patnácti až dvaceti intervencí. Dle vedoucí centra se ve většině případů jedná o jednorázovou pomoc, jen malé procento klientů má zájem o další hodinu krizové intervence.

11.4 Shrnutí

Profesionální řidiči jsou zranitelná skupina, a to hlavně z důvodu nepříznivých pracovních podmínek a vysoké míry stresu, kterou v práci opakovaně zažívají. V rámci ponehodové péče by tato skupina neměla být opomíjená. Z analýzy expertních rozhovorů z oblasti psychologické ponehodové péče plyne, že profesionální řidiči vyhledávají pomoc po dopravních nehodách pouze výjimečně. Jako možný důvod analýza uvádí vyšší míru odolnosti vůči zátěži, která je předurčena náročným výběrem a dopravně psychologickým vyšetřením, které předchází přijetí do profese. Dopravně psychologické vyšetření je dle zákona v České republice povinné pro velkou skupinu profesionálních řidičů. Analýza uvádí i jiné potenciální důvody nevyhledání pomoci, konkrétně strach ze ztráty zaměstnání v případě vyhledání podnikového psychologa a nutnost přiznání profesního selhání (Adamovská et al., 2022). Dalším z uváděných důvodů je stigmatizace povolání psychologa a dvojí role podnikového psychologa, který je řidičem vnímán jako někdo, kdo rozhoduje o jeho psychické způsobilosti (Vondráčková, 2022).

Hypotéza o zvýšené odolnosti vůči stresu a používání funkčních strategií zvládání stresu u této skupiny není dle tuzemských i zahraničních výzkumů aktuálně prokazatelná, mohla by však být předmětem dalšího zkoumání. Co však prokazatelné je, že existuje skupina řidičů s maladaptivním způsobem zvládání vysoce stresových situací, jakými jsou dopravní nehody (Machin & Hoare, 2008; Matthews, 2002). Právě tato skupina řidičů by mohla být vhodným kandidátem pro poskytnutí krátkodobé, střednědobé i dlouhodobé ponehodové péče. V České republice neexistuje jednotné nastavení ponehodové péče pro profesionální řidiče. Jednotlivé podniky hledají cestu, jak systémově nastavit poskytování psychologické pomoci po nehodě tak, aby bylo funkční, a aby ho profesionální řidiči využívali. Jednou z cest, jak zvýšit povědomí o ponehodové psychologické péči v této skupině, je zařadit toto téma do pravidelného vzdělávání profesionálních řidičů, vysvětlit jeho význam a podpořit destigmatizaci povolání psychologa. Neméně důležité je posilovat důvěru mezi psychology a zaměstnanci pravidelnými setkáními na různá psychologická témata, podporovat

interní komunikaci psycholog vs zaměstnanec a šířit informace o nabídce psychologické pomoci distribucí letáků na všech dostupných místech jako je podnikový intranet, nástěnky na jednotlivých střediscích a u závodního lékaře (Vondráčková, 2022).

Důvěra a kvalitní terapeutický vztah mezi psychologem a klientem se dle více výzkumů ukazuje jako jeden z nejúčinnějších nástrojů terapie (Becková, 2018). Hledání dalších konkrétních řešení, jak posílit důvěru profesionálních řidičů v to, že jim psycholog může pomoci v náročné životní situaci, by mohlo být jedním z nejefektivnějších řešení otázky nízkého počtu poskytnutých intervencí po dopravních nehodách i obecně.

12. Poskytování laické první pomoci u akutních život či zdraví ohrožujících stavů jako zdroj traumatické zkušenosti

Veronika Kurečková

V roce 2022 bylo v České republice šetřeno 98 460 nehod. Mnohé z nich se neobešly bez ztrát na zdraví či na životech – 22 546 osob bylo zraněno lehce, 1 734 těžce, nehody si vyžádaly 454 úmrtí (Policie ČR, 2023a). Nehody, zvláště pokud při nich dochází ke zraněním či dokonce úmrtím, jsou stresující událostí nejen pro účastníky a zasahující složky integrovaného záchranného systému, ale také pro náhodné svědky, z nichž velmi specifickou skupinu tvoří osoby, které na místě poskytují laickou první pomoc.

Dobře vyškolení a připravení laičtí zachránci jsou jedním z významných činitelů, které pomáhají redukovat dopad dopravních nehod (Kurečková et al., 2017). Odhaduje se, že včas poskytnutá první pomoc u dopravních nehod má potenciál zabránit až 10 % úmrtí či vážných následků zranění. Na připravenost laických zachránců je proto kladen vysoký důraz. Vzdělávání poskytovatelů první pomoci se však v minulosti zaměřovalo především na technické aspekty a konkrétní zdravotnické úkony, důraz byl kladen na vědomosti a dovednosti. Řada výzkumů (např. Müller, 2008) však ukázala, že znalosti a standardní

nácvik dovedností nedostačují k tomu, aby byli laičtí zachránci schopni adekvátně reagovat v reálné situaci, která je na rozdíl od nácviku nestrukturovaná, často složitá a samozřejmě také emočně zatěžující. Na významu tak nabývají moderní zážitkové metody výuky, s důrazem na simulované situace dopravních nehod, které mají reálný potenciál vybavit laické zachránce nejen znalostmi a dovednostmi, ale také schopností rychle a efektivně zasáhnout v reálné situaci. Zcela na okraji zájmu v oblasti urgentní medicíny však i dnes zůstávají specifické potřeby poskytovatelů první pomoci, především fakt, že i poskytování první pomoci může být zdrojem traumatické zkušenosti, a to zejména u vážných akutních stavů, k nimž zranění u dopravních nehod bezpochyby patří (Kurečková et al., 2020; Kurečková et al., 2021). Studie zabývající se subjektivním prožíváním první pomoci přinášejí často rozporuplné výsledky (např. Davies et al., 2008; Skora & Riegel, 2001) – laičtí zachránci prožívají pochybnosti o vlastních schopnostech, reflektují rozdíl mezi tréninkem a reálnou situací, prožívají strach i smutek, ale také pocit radosti a hrdosti v souvislosti s vlastním výkonem. Axelsson a kolegové (2000) provedli řadu kvalitativních rozhovorů s laickými zachránci, kteří popisovali pocity bezmoci, nejistoty a obav, zda postupují správně. Riegel a kolegové (2006) zkoumali subjektivní výpovědi laických zachránců a zaznamenali, že většina z nich se necítila být ve stresu. Meron a kolegové (1996) analyzovali záznamy volání na tísňových linkách a konstatovali, že většina volajících se chovala zcela klidně. Naopak Ranse a Burke (2015) vnímají stres jako jeden z klíčových problémů.

Dosavadní výzkumy ukazují širokou škálu pocitů, které mohou laičtí zachránci zažívat v průběhu akutní situace – pocity derealizace, nejistoty, bezmoci, osamělosti, silný subjektivní stres nebo naopak žádný stres, obavy z toho, že zraněnému naopak ublíží, naděje nebo pocit povinnosti (Kurečková, 2020). Dlouhodobějšímu prožívání a možným dlouhodobým dopadům poskytování první pomoci na laické zachránce však nebyla věnovaná téměř žádná pozornost. Explorativní studie této problematiky na deseti osobách byla provedena Centrem dopravního výzkumu, v. v. i. (Kurečková, 2020) a přinesla následující zjištění:

V porovnání se subjektivním popisem situace při dopravní nehodě byly pocity a myšlenky účastníků méně intenzivní, ale všeobecně více negativní.

Silně přetrvávajícím pocitem byl pocit viny a pochyby, zda všechno bylo provedeno správně. Na pocit provinění a nejistoty neměl zásadní vliv ani fakt, že většina zachránců postupovala při poskytování první pomoci zcela správně. Projevovaly se pocity osobního selhání, při nichž dotazované osoby výrazně přeceňovaly i drobné chyby. V jednom konkrétním případě (viz podkapitola 14.1, kazuistika Roman) byly pocity viny indukovány přítomnými zdravotníky, kteří na místě zcela neadekvátně komentovali postup první pomoci. Zdrojem pocitu viny byly i silné emoce, které někteří zachránci v průběhu pociťovali, a které zejména s odstupem vnímali jako neadekvátní. Naopak v jiném případě se stalo zdrojem pocitů viny to, když zachránce v průběhu žádné emoce nevnímal.

Zachránci pociťovali silnou emoční vazbu k zachraňovaným, a to i v případě, že šlo původně o zcela cizí osoby. Objevovala se také potřeba dozvědět se o zachraňovaných více informací. Je zcela běžné, že se poskytovatelé laické první pomoci chtějí dozvědět, jaký je další osud zachraňovaných, a zda poskytnutá první pomoc byla úspěšná, a vnímají jako velmi traumatické, že na tuto informaci nemají nárok.

K dalším symptomům, které dotazované osoby popisovaly, patří běžné příznaky situačního traumatu – příznaky PTSD, především stále se vracející vzpomínky, tendence vyhýbat se stimulům, které situaci připomínají, výpadky paměti – dotazovaní si nejsou schopni vybavit některé časové úseky situace první pomoci, popřípadě i některé události, které následovaly. U mnohých po zážitku první pomoci nastoupily somatické obtíže, které dříve nepociťovali. Někteří laičtí zachránci měli silnou potřebu o situaci mluvit ihned nebo krátce poté, někteří se odhodlali svěřit se se svými pocity teprve s velmi dlouhým (někdy mnohaletým) časovým odstupem, přičemž uváděli, že jejich diskomfort s časem spíše narůstal.

Lze předpokládat, že část populace je schopná se se situací poskytování první pomoci vyrovnat s využitím běžných mechanismů zvládnutí. U některých osob však samotná zkušenost laického zachránce může vyvolat trauma, které přetrvává někdy i řadu let. Individuální či situační faktory, které to ovlivňují, dosud nejsou přesně popsány, stejně jako nemáme k dispozici ověřené systémové nástroje, jak těmto traumatům předcházet či je řešit.

Jedním z důležitých nástrojů prevence je jistě další zdokonalování metod výuky první pomoci. Již samotná zážitková metoda výuky je ze své podstaty více zaměřena na oblast prožívání, a to jak prožívání ze strany obětí dopravních nehod, tak i ze strany zachránců. Na rozdíl od tradičních metod konfrontují zážitkové metody účastníky nejen s přítomností zraněných, ale také s přítomností psychicky traumatizovaných osob na místě nehody. Většina metod zážitkové výuky nicméně nezahrnuje detailní přípravu v poskytnutí krizové intervence a rozšíření tréninku tímto směrem je potenciálně přínosnou inovací. Nedílnou součástí vzdělávání laických zachránců by se však do budoucna měla stát také reflexe jejich vlastních potřeb v procesu poskytování první pomoci i v procesu následného vyrovnávání se s tímto zážitkem, stejně jako podpora individuálních mechanismů zvládnutí. Nezbytná jsou do budoucna i další systémová opatření, jako je například informování laických zachránců přítomných na místě dopravní nehody o možnostech psychologické a psychoterapeutické péče, a především zajištění její reálné dostupnosti. Situaci v některých případech komplikuje skutečnost, že traumatizovaní poskytovatelé první pomoci nevědí, že mohou využít psychologické pomoci na místě (ze strany IZS) nebo i s odstupem. Současně mnozí akutně nevykazují závažnější příznaky stresové reakce, respektive traumatizace, takže je jako potenciálně rizikové neidentifikují ani složky IZS.

Dopravní nehoda je traumatickým zážitkem nejen pro účastníky, ale také pro náhodné svědky, zvláště ty, kteří na místě poskytují první pomoc. Poskytovatelé první pomoci mohou zachránit život, snížit následky zranění, ale mohou také zajistit první laickou krizovou intervenci. I pro ně samotné však může jít o silně traumatizující zkušenost,

která zasluhuje pozornost i adekvátní péči a podporu, ať již na místě, nebo se středně či dlouhodobým odstupem. Proto, hovoříme-li o ponehodové psychologické péči, patří náhodní kolemjdoucí, jež poskytují laickou první pomoc, k důležitým cílovým skupinám, a to ať již jako potenciální krizoví intervenenti nebo jako klienti.

13. Socio-ekonomické dopady dopravních nehod na jejich účastníky

Lenka Tomešová

13.1 Socio-ekonomické dopady dopravních nehod na jejich účastníky

Dopravní nehody způsobují účastníkům újmu hned v několika rovinách - v rovině zdravotní, sociální a finanční. Cílem této kapitoly je popsat socio-ekonomické dopady dopravních nehod na jejich účastníky. V první části kapitoly je tato problematika popsána v kontextu celospolečenských ztrát z dopravních nehod, v druhé části kapitoly jsou pak prezentovány výstupy z dotazníkového šetření projektu KOMPLEX.

Celospolečenské ztráty z dopravních nehod

Centrum dopravního výzkumu, v. v. i., se dlouhodobě zaměřuje na výpočet celospolečenských ztrát z dopravních nehod na pozemních komunikacích v České republice. Tyto ztráty představují celkové vynaložené a budoucí náklady související s dopravními nehodami a stejně tak obsahují i subjektivní ztráty oceněné ve finančních jednotkách (v případě zraněných osob se jedná o finanční vyčíslení ztráty kvality života v důsledku dopravních nehod). Pro účely výpočtu socioeko-

nomických ztrát jsou použity následky nehod do 30 dnů po nehodě. Všechny položky, které vstupují do výpočtu, jsou zobrazeny v následujícím schématu (Obrázek 2). Tyto náklady jsou kalkulovány na základě aktualizované Metodiky ocenění externalit z dopravy z roku 2022 (Daňková & Tomešová et al., 2022). Metodika vznikla na základě dlouhodobé výzkumné činnosti v dané oblasti.

SOCIOEKONOMICKÉ ZTRÁTY Z DOPRAVNÍCH NEHOD								
ZTRÁTY Z OSOBNÍCH NÁSLEDKŮ					ZTRÁTY Z DOPRAVNÍCH NEHOD			
ZDRAVOTNÍ NÁKLADY	ZTRÁTA PRODUKTIVITY	LIDSKÉ ZTRÁTY	DALŠÍ NÁKLADY	SOCIÁLNÍ VÝDAJE	HMOTNÉ ŠKODY	ADMINISTRATIVNÍ NÁKLADY	DALŠÍ NÁKLADY	
ZDRAVOTNÍ PÉČE	ZTRÁTY NA PRODUKCI	BOLESTNÉ, SMUTEK	POHŘEBNÉ	NEMOCENSKÁ	VOZIDLA	HASIČI	KONGESCE	
	FRIKČNÍ NÁKLADY	ZTRÁTA KVALITY ŽIVOTA		DŮCHODY	INFRASTRUKTURA, SOUKROMÝ MAJETEK	POLICIE		
		ZTACENÉ ROKY ŽIVOTA				PRÁVNÍ SOUDY		
						ADMINISTRATIVNÍ NÁKLADY POJIŠTOVEN		

Obrázek 2: Schéma nákladových položek pro výpočet ztrát z dopravních nehod
(Zdroj: Tomešová et al., 2022)

Při dopravních nehodách je v České republice ročně usmrceno přibližně 500 osob, více než 1 600 osob je zraněno těžce a přes 20 000 osob zraněno lehce (Policie ČR, 2003a). V roce 2021 činily celospolečenské ztráty z dopravních nehod přibližně 114,7 miliard Kč. Nutno poznamenat, že některé náklady/ztráty se promítají do budoucnosti (invalidní důchody) nebo nejsou finančně kompenzovány (již zmíněná ztráta kvality života).

Celospolečenské ztráty z dopravních nehod za zraněné osoby podrobněji

Z celkových socioekonomických ztrát z dopravních nehod představují ztráty za zraněné osoby zhruba 27 %. Například za rok 2021 činily celkové ztráty za zraněné osoby přibližně 31,1 miliard Kč, z toho 19,3 miliard Kč za těžká zranění a 11,8 miliard Kč za lehká zranění. V těchto částkách jsou zahrnuty v první řadě náklady na zdravotní péči zraněných osob, pro rok 2021 činily 275 000 Kč na jednu těžce zraněnou osobu a 21 000 Kč na jednu lehce zraněnou osobu (Tomešová et al., 2022). Jedná se o náklady na zásah jednotky Zdravotnické záchranné

služby (ZZS) u nehody a bezprostřední ošetření zranění v nemocnici. V částkách nejsou zahrnuty náklady na následnou zdravotní péči jako rehabilitace, psychologická pomoc apod. Významné položky ve výpočtu tvoří ztráty na produkci a ztráta kvality života. Ztráty na produkci představují ztráty na hrubém domácím produktu v důsledku zranění osoby, protože tato osoba nemůže po celou/dočasnou dobu přispívat k tvorbě domácího produktu (po dobu rekonvalescence, tedy pracovní neschopnosti, nebo do dosažení důchodového věku v případě, že daná osoba již nemůže být v důsledku zranění práce schopná a pobírá invalidní důchod). Ztráty na produkci jedné těžce zraněné osoby v roce 2021 činily 2,8 milionu korun, lehce zraněné osoby pak 80 000 Kč. Ztráta kvality života představuje subjektivní ztrátu vnímanou lidmi, která byla způsobena snížením kvality života v důsledku dopravní nehody (typickým příkladem jsou útrapy/nepohodlí spojené s trvalými následky zranění, díky kterým už se osoba nemůže plnohodnotně vrátit k původnímu způsobu života jako před dopravní nehodou). Tyto ztráty činily v roce 2021 přibližně 8,5 milionu korun na jednu těžce zraněnou osobu a 464 000 Kč na jednu lehce zraněnou osobu. Další společnou položkou jsou nemocenské dávky, které byly zraněným osobám v době pracovní neschopnosti vypláceny (pokud se nejednalo o důchodce nebo nezletilé osoby). Další dvě položky už figurují pouze u těžce zraněných osob - jsou to frikční náklady (náklady související s hledáním nových zaměstnanců za osoby, které v důsledku svých zranění a trvalých následků již nemohou vykonávat původní zaměstnání) a invalidní důchody (přibližně 25 % těžkých zranění končí trvalými následky, kvůli kterým nejsou osoby práce schopné a pobírají invalidní důchod) (Daňková & Tomešová et al., 2022, Tomešová et al., 2022).

Z výše uvedeného je patrné, že dopravní nehody mají na zraněné účastníky široké socioekonomické dopady. Rovněž výčet všech nákladových položek není konečný, a jak již bylo v textu zmíněno, neobsahuje náklady na následnou zdravotní péči včetně psychoterapeutické oblasti. Pro tyto údaje nejsou k dispozici relevantní data a bylo by vhodné tuto problematiku podpořit dalším výzkumem. Část dat byla získána prostřednictvím průzkumu v rámci projektu KOMPLEX a výstupy z analýzy těchto dat jsou součástí další podkapitoly.

Data z průzkumu systému psychologické ponehodové péče

V rámci dotazníkového šetření byli přímí účastníci nehod dotazováni, zda zaznamenali ekonomické dopady v souvislosti s dopravní nehodou (výpadek příjmů, ztráta zaměstnání apod.). Z celkového počtu 2 319 respondentů, kteří byli účastníky dopravní nehody, jich 524 (přibližně 23 %) tyto dopady zaznamenalo. Dopady se výrazně lišily dle toho, zda byla daná osoba při dopravní nehodě zraněna a jak moc vážně. Následující grafy tyto rozdíly demonstrují. Zatímco v případě respondentů, kteří při dopravní nehodě nebyli zraněni, zaznamenal ekonomické dopady v souvislosti s dopravní nehodou 20 % z nich, v případě vážně zraněných respondentů to bylo výrazně více, 65 % (Vondráčková, 2022b).

Uvedené souvisí i s průměrnou dobou hospitalizace a pracovní neschopnosti zraněných osob, u kterých je díky těmto okolnostem očekáváno snížení příjmů. Respondent, který byl při dopravní nehodě lehce zraněn, byl v průměru hospitalizován 6 dní a 33 dní byl v pracovní neschopnosti. U respondenta, který byl při nehodě zraněn těžce, byly tyto počty dní řádově vyšší, v průměru 42 dní byl hospitalizován a 124 dní byl v pracovní neschopnosti. Ekonomické dopady v souvislosti s dopravní nehodou zaznamenala nejvíce věková skupina respondentů 45 až 59 let (24,8 %, 143 osob) a 60 a více let (22,8 %, 165 osob). Z hlediska respondentů, kteří byli při dopravní nehodě zraněni, tak nejvyšší podíl respondentů, kteří ekonomické dopady zaznamenali, byl opět u věkové kategorie 45 až 59 let (51,7 %, 30 osob). Zajímavé je i srovnání ekonomických dopadů z pohledu genderu. Procentuální zastoupení žen a mužů, kteří pocítili ekonomické dopady v souvislosti s dopravní nehodou, je velmi podobné – 44 % žen a 42,5 % mužů. Data se však liší v intenzitě dopadů. Zatímco u žen byla odpověď „rozhodně ano“ zastoupena ve 27 %, v případě mužů to bylo jen 15 % (Vondráčková, 2022b).

Značné rozdíly v ekonomických dopadech v souvislosti s dopravní nehodou byly patrné v závislosti na tom, zda byla respondentovi poskytnuta nebo respondent sám vyhledal nějakou formu psychologické pomoci. Z dat vyplývá, že více ekonomických dopadů zaznamenali

respondenti, kterým byla poskytnuta nějaká forma psychologické pomoci (55 %). Respondenti, kteří psychologickou pomoc nevyužili nebo ji nepotřebovali, zaznamenali ekonomické dopady v souvislosti s dopravní nehodou pouze ve 20,6 % případů. Ve skupině respondentů, kterým byla poskytnuta nějaká forma psychologické pomoci, byly ve srovnání se skupinou respondentů bez psychologické pomoci ve větší míře zastoupeny zraněné osoby. Zatímco zastoupení osob se zraněním činilo ve skupině respondentů, kterým byla poskytnuta psychologická pomoc, 34 %, ve druhé skupině respondentů bylo nižší, 11 %. Jedním z důvodů, proč osoby, kterým byla poskytnuta psychologická pomoc, zaznamenaly ve větší míře ekonomické dopady, může být právě závažnost nehody a zranění, které při nehodě utrpěly (čím závažnější nehoda, tím vyšší hmotné škody, závažnější zranění a psychologická trauma). Uvedené může souviset s tím, že psychologickou pomoc vyhledávají zejména osoby, které si uvědomily dopady dopravní nehody na jejich ekonomickou situaci (vysoká hmotná škoda na vozidle, dočasná ztráta příjmů, náklady na rekonvalescenci) a vyhodnotily, že bez odborné psychologické pomoci tuto náročnou situaci nezvládnou. Z poskytnutých dat není možné tuto kauzalitu ověřit nebo potvrdit, v rámci další výzkumné činnosti by bylo vhodné se na tuto problematiku více zaměřit (Vondráčková, 2022b).

13.2 Shrnutí

Cílem této kapitoly bylo popsat socioekonomické dopady dopravních nehod na jejich účastníky. Tato problematika je velmi komplexní, a proto byla nejprve popsána v obecné rovině z pohledu celospolečenských ztrát z dopravních nehod. Při každé dopravní nehodě vznikají účastníkům i jiným subjektům náklady, které souvisejí například se zásahem u dopravní nehody, škodou na vozidlech a se zdravotní péčí o zraněné osoby. Kromě těchto zjevných nákladů je však nutné zohlednit i další náklady a ztráty, které s dopravní nehodou souvisejí (ztráta kvality života pro zraněné osoby, sociální výdaje státu atd.). Centrum dopravního výzkumu, v. v. i., na základě

aktualizované Metodiky ocenění externalit z dopravy každoročně kalkuluje celospolečenské ztráty z dopravních nehod na pozemních komunikacích za předchozí ukončený rok (Daňková & Tomešová et al., 2022). V celkových nákladech na zraněné osoby však nejsou zahrnuty náklady na následnou zdravotní péči – rehabilitace, psychologická pomoc apod. Pro určení těchto nákladů v podmínkách ČR chybí datová základna a bylo by vhodné se na tuto problematiku v rámci další výzkumné činnosti zaměřit.

V rámci projektu KOMPLEX byli přímí účastníci dopravních nehod dotazováni, zda v souvislosti s dopravní nehodou zaznamenali ekonomické dopady (výpadek příjmů, ztráta zaměstnání apod.). Z průzkumu vyplynulo, že z celkových 2 319 respondentů tyto dopady zaznamenal přibližně 23 % účastníků. Ekonomické dopady více zaznamenaly osoby, které byly při dopravní nehodě zraněny, a to čím závažněji, tím častěji dopady zaznamenaly. Větší intenzitu ekonomických dopadů v souvislosti s dopravní nehodou zaznamenaly ženy oproti mužům. Z dat také vyplývá, že více ekonomických dopadů zaznamenali respondenti, kterým byla poskytnuta nějaká forma psychologické pomoci, v této skupině respondentů byly ve větší míře zastoupeny právě zraněné osoby (Vondráčková, 2022b).

Každá dopravní nehoda představuje pro účastníky negativní zážitek, který je nezřídka spojen s materiální škodou na vozidlech a se zraněním samotného účastníka. Účastník dopravní nehody si s sebou může po takovém zážitku nést psychické trauma, které se neobejde bez odborné pomoci. Přičemž nejde jen o samotné trauma z události, ale také z toho, do jaké životní situace se kvůli dopravní nehodě dostal (zdravotní následky a související ztráta příjmů, obtížné začlenění do běžného života apod.). Dopravní nehody mají široké spektrum socioekonomických dopadů na jejich účastníky i na celou společnost a z kontextu je patrné, že mohou trvat dlouhodobě. Je proto velmi důležité věnovat ponehodosvé péči náležitou pozornost, aby tyto negativní dopady zasahovaly účastníky co nejméně.

14. Případové studie

Veronika Kurečková

V následující části uvádíme několik případových studií, které slouží jako příklady práce s osobami po dopravních nehodách a v případě kazuistik Českého sdružení dopravních nehod (ČSODN) také jako příklady práce s pozůstalými. Všechny práce byly vytvořeny odborníky z rozličných oblastí dané problematiky na základě reálných událostí. Z důvodu ochrany osobních údajů a z etických důvodů byla jména a místa identifikující popisované události v kazuistikách změněny a anonymizovány.



14.1 Roman

(krátkodobá terapeutická péče – krizová intervence)

Popis události

Skupina přátel ve věku kolem dvaceti let jela ve dvou autech, oba vozy jely velmi rychle. Předpokládá se, že se řidiči na silnici předháněli. Řidič prvního z vozů nezvládl zatáčku a narazil ve vysoké rychlosti do stromu. Řidič i spolujezdec byli těžce zraněni. Posádka druhého vozu zavolala tísňovou linku Záchrané zdravotnické služby.

Dva z mužů se řídili instrukcemi operátorky a pokoušeli se řidiči a spolujezdci pomoci. Spolujezdec z vozu chrčel (příznak srdeční zástavy), a proto jej na základě instrukcí vytáhli z vozu a pokusili se o resuscitaci (uvolnění dýchacích cest záklonem hlavy, stlačování hrudníku a pokus o umělé dýchání, který se vzhledem k devastujícím zraněním obličeje nedařil). Záchranáři, kteří dorazili na místo, konstatovali u spolujezdce smrt a své stanovisko doplnili komentářem: „Beztak jste mu při tahání z auta zlomili vaz.“ Později po nehodě bylo pozůstalým potvrzeno, že spolujezdec již při nehodě utrpěl velmi závažná zranění neslučitelná se životem, takže by mu již nebylo možné žádným způsobem pomoci.

Popis potíží

O nehodě se následně v komunitě (v rámci skupiny přátel, v rodinách i v obci) často hovořilo. O průběhu pokusu o záchranu však už nikdo nemluvil. Oba záchránci nicméně i s časovým odstupem od události vykazovali příznaky psychického traumatu. Jeden z nich, mladý muž ve věku dvaceti let, měl stavy úzkosti, noční můry, které se s časem spíše zesilovaly, a to i přesto, že se „pokoušel na vše zapomenout a žít jako dřív“. Trpěl také poruchami soustředění, které mu komplikovaly studium, současně omezil komunikaci s blízkými, rozešel se s přítelkyní a vyhýbal se kontaktu s přáteli. K psychickým obtížím se přidružily také psychosomatické obtíže (zhoršení astmatu, které mohlo být ve skutečnosti spíše manifestací panické ataky), na jejichž základě praktický lékař doporučil vyhledat psychologa nebo psychiatra.

Průběh intervence

Blízcí, kteří se domnívali, že by obtíže mohly mít spojitost s nehodou, dohodli konzultaci v Centru dopravního výzkumu v rámci psychologické ponehodosvé péče. Klient se tak do terapeutické péče dostal téměř 8 měsíců po nehodě. Stručně popsal své obtíže a uvedl, že podle jeho názoru s nehodou nesouvisejí. V první fázi bagatelizoval celou situaci, nehodu i své vlastní obtíže a bylo vidět, že se těší na konec sezení. Na druhé sezení bylo vyčleněno více času. Prvních cca 40 minut klient hovořil o svých obtížích a postupně přešel k popisu somatických příznaků, zejména problémů s dýcháním. Náhle, zdánlivě zcela

bez souvislosti, začal hovořit o chrčení zraněného kamaráda a celé situaci pokusu o jeho záchranu, o které do té doby nemluvil ani se svými nejbližšími. Popis byl velmi emotivní a s katarzním účinkem. Klient barvitě popisoval drastické detaily postupu záchrany, mluvil o pocitech strachu a viny a zmínil se o komentáři zachránce, který navzdory následnému oficiálnímu lékařskému stanovisku pokládal za jasný důkaz svého selhání. Byl přesvědčen, že kdyby býval s kamarádem nehýbal, mohl ještě žít.

Intervence u klienta byla v tomto případě velmi krátká. Na základě dalšího doptávání (jak jinak bylo možné postupovat, co by se stalo, kdyby nezasáhli vůbec) a současně ujištění, že jejich postup byl správný (terapeutka je současně instruktorkou první pomoci, což zvýšilo její důvěryhodnost) si klient uvědomil, že v procesu poskytování první pomoci nemohl jednat jinak. Zvláště úlevně reagoval na komentář: „Dali jste mu (resuscitaci) aspoň šanci. To, že to nakonec přesto nevyšlo, jste už nemohli ovlivnit.“ Usoudil, že komentář záchranáře byl motivován spíše pohoršením nad okolnostmi vzniku nehody než objektivním zhodnocením nesprávnosti postupu resuscitace, což jej uklidnilo, i když současně vnímal svoji spoluzodpovědnost za vznik nehody.

Závěr

Případ zahrnuje hned několik problematických bodů: 1. Rizikové chování v dopravě, typické pro mladé začínající řidiče, které často bývá ještě znásobeno působením vrstevnické skupiny. Nebezpečné chování spojené se špatným odhadem rizika a obecněji nedostatkem zkušeností je hlavním důvodem, proč je právě kategorie mužů do 25 let pokládána za nejrizikovější skupinu řidičů vůbec. 2. Traumatická zkušenost spojená se ztrátou blízké osoby, zde ještě podpořená pocitem spoluzodpovědnosti za vznik nehody. 3. Traumatická zkušenost spojená se samotným poskytováním první pomoci, zesílená faktem, že šlo o osobu blízkou a pokus o záchranu skončil neúspěchem. Pocity viny a selhání, které jsou v dané situaci obvyklé, byly navíc neúměrně zesíleny necitlivým komentářem personálu Záchrané zdravotnické služby.

Ke vzniku psychického traumatu u poskytovatelů první pomoci často stačí samotný zážitek poskytování první pomoci, zvláště pak v případě, že pomoc končí neúspěchem nebo její konečný výsledek není znám. Uvedený případ je specifický tím, že traumatizace poskytovatelů první pomoci mohla být zesílena dalšími faktory (blízký vztah se zachraňovanými, pocit spoluzodpovědnosti za vznik nehody). Klíčovým zdrojem traumatu byla bezprostřední zkušenost s manipulací se zraněnými a zážitek neúspěchu resuscitace, ale především stanovisko odborníka, které pocity viny zesílilo. Přesto, že se odborný lékařský personál zasahující u nehod zpravidla chová profesionálně, nejsou nevhodné poznámky, které zesilují trauma laických zachránců, úplně ojedinělé. Pouhé věcné vysvětlení, proč nebylo možné postupovat jinak a ujištění, že postup záchrany byl správný, vedlo u tohoto konkrétního klienta k výraznému ústupu úzkostných příznaků a celkovému zlepšení psychického i fyzického stavu. Další terapeutická intervence nebyla nutná.



14.2 Hynek

(krátkodobá péče – krizová intervence)

David Červinka

Popis události

Jedná se o popis události přímo na místě dopravní nehody, bezprostředně poté, co se udála. V den dopravní nehody vezl Hynek svoji ženu z porodnice společně se synem, kterému byli čtyři dny. Na rychlostní komunikaci došlo k nezaviněnému střetu s nákladním vozidlem, v jehož důsledku začalo Hynkovo vozidlo rotovat a narazilo do svodidel. Jako zázrakem se nikomu nic nestalo, žena i dítě byli odvezeni k preventivnímu ošetření a Hynek čekal na konec šetření dopravní nehody Policií ČR.

Popis potíží

Hynek byl po příjezdu interventa ve velkém psychickém šoku, střídaly se u něj intenzivní emoce od strachu, lítosti až po vztek. Prožíval obavy o zdraví a život své rodiny, ale také obavy o svůj vlastní život. Celá událost mu připadala nereálná jako z hrůzného snu. Hynek se snažil porozumět tomu, jak je možné, že k události došlo, ačkoliv neudělal nic špatně.

Průběh intervence

Hynek seděl na zadním sedadle svého vozidla a celý se chvěl. Po krátkém seznámení intervent nabídnul Hynkovi láhev s vodou a zeptal se jej, zdali si může přisednout. Psychický šok a intenzivní emoce znemožňovali Hynkovi zajistit odtah zničeného vozidla. Intervent přistoupil ke stabilizační technice – požádal Hynka, aby společně dýchali, a přitom tlačil jeho kolena směrem k zemi. V důsledku této techniky došlo k ústupu hyperventilace i zalykavého pláče. Prostřednictvím reflexe a normalizace prožívaných emocí došlo k prohlubování vzájemné důvěry. Následně se intervent zeptal Hynka, co by v tuto chvíli potřeboval, zdali by mu například pomohlo, kdyby společně zavolali asistenční službu. Hynek souhlasil a v souvislosti s edukací ohledně přirozeného vývoje a potenciálních dopadů traumatické události mu byl doporučen kontakt i na místní krizové centrum. Kontakt se zasaženým byl jednorázový, proto nebylo možné zhodnocení psychického stavu s časovým odstupem, taktéž nebylo možné získat od zasaženého zpětnou vazbu.

České sdružení obětí dopravních nehod (ČSODN)

Následující tři kazuistiky ilustrují možnosti práce s pozůstalými osobami v rámci aktivit Českého sdružení obětí dopravních nehod a vycházejí z dizertační práce paní Jany Neusarové (2009).



14.3 Paní Š.

(dlouhodobá péče – psychosociální podpora)

Jana Neusarová

Délka intervence: přibližně 2 roky (několik telefonických i osobních rozhovorů, e-mailová komunikace, komunikace s experty ze spolupracujících organizací a komunikace s novináři, doprovod k soudu a facilitace komunikace s novináři v rámci reportáže, peer podpora podobně zasažené matky).

Věk: 50 let v době rozhovoru (s časovým odstupem v roce 2023 64 let).

Osobní anamnéza

Paní Š. byla v době rozhovoru vdaná za manžela pana Š., podle jejího sdělení ve funkčním manželství. Měla původně tři děti, členové rodiny se mezi sebou podporovali. Paní Š. navíc byla úspěšná manažerka a jednatelka své vlastní firmy. Byla fyzicky zdráva.

O jednoho syna z trojčat a talentovaného sportovce však v roce 2006 následkem vážné dopravní nehody přišla. Její syn zemřel při nehodě, kterou nezavinil a vůz neřídil. Jeho kamarád, který vůz řídil, však požil před jízdou alkohol, naboural a auto se následně vzňalo. Syn při této nehodě zemřel a jeho tělo ohořelo. To byl enormní zásah do života celé rodiny. Navíc v tomto případě došlo dále k necitlivému zásahu do osobního života i možnosti vyrovnat se s úmrtím syna ze strany novinářů, kteří byli na místě nehody a detailní fotografie syna zveřejnili na titulní stránce svého bulvárního periodika.

Popis tehdejších potíží

Paní Š. se následkem zveřejnění fotografií ohořelého těla svého syna na veřejnosti léčila u své psychiatricky pro posttraumatickou stresovou poruchu, potýkala se však současně se sekundární viktimizací ze strany médií.

Nicméně i přes své psychické problémy chránila pověst a důstojnost syna a své rodiny podáním žaloby na ochranu osobnosti v soudním sporu s vlastníkem deníku.

V době prvního kontaktu s poradnou ČSODN už soudní spor přibližně 8 měsíců trval (manželům se dostalo v té době určitého zastání u okresního soudu v Českých Budějovicích, když soud manželům přiznal každému částku 100 tisíc Kč jako náhradu nemajetkové újmy, nicméně protistrana podala odvolání proti tomuto rozsudku, takže případ směřoval k dalšímu jednání u vrchního soudu v Praze).

Paní Š. působila citlivě, ale současně i silně a odhodlaně v soudním sporu pokračovat dál. A to hlavně pro účely prevence podobného nevhodného chování médií vůči zesnulým i pozůstalým v obdobných případech.

Důvod vyhledání pomoci poradny ČSODN, doporučení

K doporučení propojit paní Š. s poradnou ČSODN došlo ze strany hašičské psycholožky Zlínského kraje v roce 2006, která sledovala dění okolo jednání paní Š. a médií. Kontaktovala na základě předchozí zkušenosti poradnu ČSODN a ptala se na možnosti podpory pro tuto matku. Následně předala paní Š. kontakt na psychosociální pracovníci ČSODN.

Cíl intervence

Po společné domluvě bylo cílem především konzultačně, psychicky i právně podpořit matku v dalším soudním jednání u vrchního soudu v Praze (včetně spolupráce s dalšími odborníky a organizacemi).

Sekundárním cílem bylo rehabilitovat důvěru rodiny k médiím nabídkou spolupráce s Českou televizí jakožto veřejnoprávním médiem, které o případu informovalo v den jednání u vrchního soudu v Praze pro osvětu veřejnosti a prevenci podobného jednání ze strany bulvárních médií do budoucna.

Popis události, poznámky k vysvětlení k případu

Společnost, která vlastnila předmětný deník, popisovala dopravní nehodu a zveřejnění ohořelého těla syna paní Š. jako preventivní aktivitu, která měla za účel veřejný zájem, protože řidič byl pod vlivem alkoholu a jel nepřiměřenou rychlostí. Paní Š. opakovaně poukazovala na to, že její syn vůz neřídil, takže preventivní důvody jako argument pro zveřejnění detailních fotografií nebyly na místě, dále na porušení Listiny základních práv a svobod, některých částí Etického kodexu Syndikátu novinářů, zajistila si vyjádření ombudsmana a institucí, které se vyjádřily v její prospěch. Napětí mezi odvoláváním se na prevenci a veřejný zájem ze strany uvedeného bulvárního média a porušením práv uvedených v Listině základních práv a svobod pozůstalých manželů Š. zde bylo významné (Neusarová, 2009).

Z psychologického hlediska došlo k tzv. sekundární viktimizaci obětí, resp. druhotnému poškození pozůstalých rodičů, které nastalo necitlivým zveřejněním inkriminovaných fotografií.

Vzhledem k tomu, že vrchní soud v Praze se v dubnu roku 2007 přiklonil na stranu novinářů a neuznal zásah ze strany médií do práv manželů, podali manželé Š. dovolání k Nejvyššímu soudu v Brně pro nesprávné právní posouzení celé věci.

Nejvyšší soud v Brně se následně v lednu 2008 vyjádřil ve prospěch manželů a nařídil záležitost vrátit zpět k přezkoumání vrchnímu soudu v Praze. To byla příležitost pro vydání společné tiskové zprávy ČSODN a Ligy lidských práv s pozvánkou pro novináře, aby se tohoto soudního jednání zúčastnili. V den konání soudu přijeli novináři z České televize a případ koordinovaně zveřejnili s ohledy na pozůstalou rodinu.

Použité metody:

- e-mailová komunikace,
- telefonický a osobní rozhovor,
- konzultace v právních i psychologických záležitostech (v právních, pokud šlo o žalobu na ochranu osobnosti a scénářích vývoje po právní stránce a v psychosociálních, pokud byla řeč o sekundární

viktimizaci, normalizaci pocitů, ocenění klientky v pokračování soudního sporu pro podporu práv svých i zesnulého syna i pro účely možné prevence podobných případů do budoucna, podpora při nedůvěře klientky ve spravedlnost v tuzemském systému soudnictví v ČR a v média jako celek),

- osobní doprovody pracovnice poradny v den soudního jednání,
- osobní podpora při reportáži s veřejnoprávním médiem,
- nabídka vzájemné pomoci pro podobně zasaženou matku.

Poznámka

Výhodou byly pro celou rodinu pevné rodinné vazby a otevřená, partnerská komunikace mezi rodinnými příslušníky i přáteli, dále aktivní pracovní život obou manželů, které jim umožnily životní tragédii zvládnout.

Velký podíl na zvládnání celé situace měl ovšem aktivní přístup rodiny, hlavně paní Š., a to, že se o záležitost zajímala a aktivně ji řešila za podpory různých organizací i odborníků. Pozůstalí jako čeští spoluobčané takto výrazně zasáhli do české judikatury (Neusarová, 2009).

Zpětná vazba klientky

Klientce vyhovovalo spojit se s organizací, která je přímo specializovaná na podobnou problematiku a spojit se i s dalšími organizacemi (například Ligou lidských práv ČR pro účely přípravy společné tiskové zprávy k případu, který měl výrazně precedenční charakter), dále klientce pomohlo oslovit odborného garanta ČSODN za oblast právní pro účely nezávislé konzultace vývoje případu a spolupracovat s ním jako s externím konzultantem v průběhu probíhajících soudů. Vyhovovalo jí i propojení s poradnou ČSODN, lidský a věcný přístup.



14.4 Paní M.

(dlouhodobá péče – psychosociální podpora)

Jana Neusarová

Délka intervence: přibližně 3 roky (několik telefonických i osobních rozhovorů, e-mailová komunikace, zastoupení odborným garantem ČSODN za právní oblast, komunikace s expertkou ze spolupracující neziskové organizace, setkání s pozůstalými při vzpomínkových akcích).

Věk: 63 let v době rozhovoru (s časovým odstupem v roce 2023 77 let).

Osobní anamnéza:

Paní M. byla v době rozhovoru rozvedená, po autonehodě svých jediných dvou synů z roku 2002 již bezdětná důchodkyně. Její situace byla finančně náročná, protože měla velmi malý důchod. Navíc žila sama, vídala občas svého bratra se švagrovou, své vnučky a bývalé partnerky svých zesnulých synů. Měla několik kamarádek, ovšem kontakt s nimi omezovala z důvodu opakované sekundární viktimizace jen na povrchní sociální komunikaci (bez možnosti mluvit o synech a probíhajícím soudním řízení, které probíhalo od roku 2002 do roku 2008). Sama zažila autonehodu jako zraněná účastnice v roce 2007, ze které měla dlouhodobé zdravotní následky.

Popis tehdejších potíží

Od tragické nehody synů se potýkala s nespavostí, psychické strádání mělo vliv i na fyzické zdraví klientky (zhoršení cukrovky, vysoký krevní tlak). Prožívala bezmoc při dlouhém a stále se protahujícím soudním jednání souvisejícím s nehodou synů, nestandardním chováním soudkyně a povýšením chování viníka nehody.

Po vlastní dopravní nehodě, které se účastnila jako poškozená v roce 2007, měla zdravotní následky (zhoršenou pohyblivost a bolestivost kloubů i pánve). Komunikace s viníkem této nehody (kde měla však spoluúčast za to, že nešla po přechodu pro chodce) byla ovšem z je-

jího popisu bezproblémová. Mladík, který ji srazil, se od počátku zajímal o její zdravotní stav a projevovat lítost nad tím, že k nehodě došlo. Psychicky po této nehodě tedy subjektivně významněji nestrádala. I přestože měla z nehody fyzické následky.

Důvod vyhledání pomoci poradny ČSODN, doporučení

Utrpěná psychická újma v důsledku úmrtí dvou jediných dospělých synů při dopravní nehodě, kterou nezavinili. Paní M. vyhledala právní a psychosociální podporu poradny až několik let po události (4 roky od nehody), což bohužel způsobilo také to, že její finanční nároky jako pozůstalé matky nemohly být již právně uplatněny z důvodu promlčení.

Doporučení na služby ČSODN získala paní M. od své švagrové, která sehnala (pravděpodobně přes webové stránky ČSODN) kontakt na místopředsedu ČSODN, pana Vondrušku.

Cíl intervence

Po společné domluvě bylo cílem především konzultačně, psychicky a právně podpořit paní M. v probíhajících soudních jednáních u okresního a následně po odvolání viníka nehody také u krajského soudu (včetně spolupráce s dalšími odborníky a organizacemi) a pokusit se podpořit práva a zájmy paní M. v co nejvyšší míře.

Sekundárním cílem bylo sdílet s paní M. její zármutek vyplývající ze ztráty synů a umožnit jí setkání s lidmi s podobnou zkušeností pro účely normalizace jejich pocitů.

Popis události

Na jaře v roce 2002 jeli synové paní M. do Pardubic s kamarádem Josefem ze sousedství. Jeden ze synů jel pro výuční list, aby mohl nastoupit do místní automobilové firmy, kde si našel práci. Paní učitelka z příslušného učiliště, kde studoval, neměla vysvědčení k dispozici, tak syna paní M. odkázala na 12:00, aby si pro vysvědčení přijel. V mezidobí se stavili ve městě u kamaráda, kde se zdrželi, takže paní učitelku již nestihli. Při návratu do rodného města řídil opět kamarád obou synů, který překročil nejvyšší povolenou rychlost o 20 km/h na úseku, kde

bylo 90 km/h. Naproti jel řidič tiráku s tahačem, který chtěl na přehledném úseku předjet. Rychle se však v protisměru objevilo vozidlo, které řídil pan Josef, takže řidič tahače začal couvat zpět, aby nedošlo ke srážce. Pan Josef měl podle popisu paní M. na své straně místo, ale zareagoval nesprávně, přejel bílou čáru a vjel mezi dvě auta v protisměru v domnění, že mezi nimi projede, což se ale nestalo. Následně došlo ke srážce s tragickými následky. Pan J. vyvážl s drobným poraněním krční páteře, ale oba synové paní M. na místě nehody zemřeli (Neusarová, 2009).

Poznámky na vysvětlení k případu

Vzhledem k finančnímu deficitu se klientka zastupovala u soudu první čtyři roky sama a měla podezření z průběhu soudního řízení a vlastního pozorování na nestandardní a podjaté chování zejména ze strany paní soudkyně.

Z psychologického hlediska došlo v průběhu řízení také k sekundární viktimizaci pozůstalé, resp. druhotnému poškození klientky, které nastalo necitlivým chováním a způsobem dotazování na adresu pozůstalé matky v průběhu soudního řízení.

Použité metody:

- e-mailová komunikace,
- telefonické a osobní rozhovory,
- edukace v právních i psychologických záležitostech (v právních, pokud šlo o průběh trestního řízení po právní stránce a ocenění klientky v pokračování soudního sporu pro podporu práv svých i zesnulých synů a v psychosociálních, pokud byla řeč o psychické stabilizaci, edukaci v oblasti průběhu zármutku, sekundární viktimizaci, normalizaci pocitů),
- skupinová práce s pozůstalými.

Poznámka

Nevýhodou byl pro paní M. určitý deficit pevných rodinných vazeb a otevřené komunikace mezi rodinou a přáteli. Devastujícím způsobem na paní M. působí ignorance a povýšenost viníka nehody, pana

Josefa, kterého vídá společně s jeho matkou ve svém sousedství. Výhodou jsou naopak pro paní M. vnitřní síly, o které se opírá, zejména její vysoká odolnost vůči psychické zátěži a také ráda vede dialog sama se sebou.

Zpětná vazba klientky

Klientce vyhovovalo spojit se s lidmi s podobnou zkušeností, kteří by ji podpořili svou účastí i tím, že může být přirozená ve svých pocitech a emocích bez předstírání. Současně ocenila kontakt s organizací, která je přímo specializovaná na problematiku právní i psychosociální podpory pro oběti nehod a pozůstalé, a možnost se spojit i s dalšími organizacemi (například se zástupkyní Ligy lidských práv ČR při konzultaci rozsudku z krajského soudu). Dále klientce pomohlo oslovit odborného garanta ČSODN za oblast právní pro účely pravidelných konzultací vývoje případu a spolupráce s ním v jeho právním zastoupení v průběhu probíhajících soudů.

Klientka ocenila i propojení s poradnou ČSODN, účast na vzpomínkových akcích a lidský přístup členů ČSODN.

Bohužel se však nepodařilo dosáhnout finanční, ani trestně-právní satisfakce pro tuto klientku, pokud jde o nehodu jejích synů. A to zejména z toho důvodu, že byly její nároky většinou promlčené, a navíc v roce 2002 ještě nebyly v tehdejší občanském zákoníku právně zakotveny pevné částky pro pozůstalé, na které by o dva roky později měla jako pozůstalá matka paní M. nárok (Neusarová, 2009).

Současně nebyla spokojena s výsledkem posledního soudního jednání z roku 2008, kde soudkyně na základě nového soudně znaleckého posudku u nerenomovaného ústavu překvapivě rozhodla, že v případě této nehody nedošlo k trestnému činu ani přestupku. Členové ČSODN sice pomohli paní M. formulovat společně stížnost na Ministerstvo spravedlnosti s podezřením na podjatost soudkyně a průtahy soudního řízení, pokud šlo o poslední rozsudek krajského soudu, ale bez většího výsledku pro klientku.

Paní M. měla jako poslední právní možnost podat prostřednictvím podnětu státní zástupkyni dovolání k Nejvyššímu soudu v Brně, na což však již neměla sílu, což členové týmu ČSODN respektovali. Také právní zástupce a odborný garant ČSODN tehdy potvrdil podezření klientky na podjatost soudu, kdy soudkyně zamítla jeho návrh vypracovat nový soudně znalecký posudek u renomovaného ústavu, který by doplnil dva zcela protichůdné soudně znalecké posudky. Chování paní soudkyně označil za silně nestandardní (Neusarová, 2009).



14.5 Pan H.

(dlouhodobá péče – psychosociální podpora)

Jana Neusarová

Délka intervence: přibližně 5 let (několik telefonických i osobních rozhovorů, e-mailová komunikace, skupinová práce, setkání s pozůstalými při pietních setkáních, zapojení do osvětových a vzdělávacích projektů pro mládež s využitím narativního principu práce s vlastní zkušeností, podpora dalších viníků nehody, asistovaná i samostatná účast v médiích).

Věk: 46 let v době rozhovoru (s časovým odstupem v roce 2023 60 let).

Osobní anamnéza

Pan H. je ženatý, žije ve spokojeném manželství se třemi dětmi, má stabilní práci ve firmě, je křesťansky založený člověk. Účastnil se v roce 2004 vážné dopravní nehody dvou osobních automobilů při předjíždění ve tmě. Přestože patří mezi zkušené řidiče, měla nehoda tragické následky, zemřeli při ní dva lidé (starší manželský pár). Při vyšetřování okolností nehody byl pan H. obviněn z trestného činu ublížení na zdraví s následkem smrti a těžkého ublížení na zdraví (druhý z manželů a účastníků nehody následně podlehl zraněním v nemocnici o necelý rok později). Pan H. byl potrestán podmíněným trestem a zákazem řízení na tři roky.

O pár měsíců později se přihodila vážná dopravní nehoda také jeho dceři, byla sražena autobusem na přechodu pro chodce. Pan H. se vzhledem ke své vlastní předchozí zkušenosti vyrovnal lépe s událostí a nehněval se na řidiče autobusu, který nehodu zavinil. Dcera se po operaci hlavy nakonec po nehodě zotavila (Neusarová, 2009).

Popis tehdejších potíží

Pan H. měl potřebu sdílet své tíživé pocity po nehodě s někým, kdo ho vyslechne a porozumí jeho situaci. Vzhledem k tomu, že je pan H. věřící člověk (křesťan), bylo pro něj náročné se vyrovnat se zabitím dvou lidí nejen po psychické a sociální stránce, ale také po duchovní. Zažíval také zvláštní prázdnotu při soudním jednání, měl současně obavy z toho, co jeho i jeho rodinu čeká. Litoval toho, že někomu ublížil.

Důvod vyhledání pomoci poradny ČSODN, doporučení

Důvodem bylo psychické strádání v důsledku úmrtí dvou lidí, manželů, kteří byli účastníky popisované dopravní nehody. Pan H. vyhledal morální podporu poradny brzy po události. Napadlo ho obrátit se na ČSODN a promluvit si o své vině, trestu, zodpovědnosti za to, co se stalo, se zakladateli ČSODN a následně i s pracovníci poradny. Předtím hledal pomoc mezi odborníky i lidmi ze svého okolí.

Většinu záležitostí řešil se svým právním zástupcem, později vyhledal pomoc psycholožky z diakonie pro sebe a svou rodinu. Tuto službu hodnotil jako užitečnou (narozdíl od kontaktu s duchovním z jeho farnosti, kde se setkal naopak s nepochopením). Nicméně pátral dál po specifické pomoci. Služeb Probační a mediační služby nevyužil, protože se o ní dozvěděl relativně pozdě.

Potřeboval přemýšlet společně se členy ČSODN nad tím, jak se zkušeností vážné dopravní nehody dále pracovat, aby pro něho měla hlubší smysl.

ČSODN si vyhledal sám.

Cíl intervence

Společně reflektovat událost, kterou sice nelze vzít zpět, ale lze ovlivnit jednání pana H. do budoucna, kterým může přispět ke zvládnutí následků nehod na obecné rovině.

Vytipovat a zapojit pana H. do osvětových projektů a kampaní, které mají za cíl posílit prevenci vzniku dopravních nehod, tedy podpořit jeho občanskou angažovanost a najít nový smysl celé události.

Popis nehody

K nehodě došlo na konci prosince roku 2004 odpoledne nedaleko výjezdu z Hradce Králové. Pan H. jel na chatu s celou svou rodinou. Dojel první auto, jednalo se o cisternu s přívěsem, která jela podle sdělení pana H. velmi pomalu (podle tachografu se jednalo o rychlost 37 km/h), proto se rozhodl vůz předjet. Nechal projet několik aut v protisměru, a pak začal vůz na úseku s přerušovanou čarou předjíždět (ve zhruba 100 kilometrové rychlosti, nicméně na uvedeném úseku byla nejvyšší povolená rychlost 90 km/h). Další protijedoucí vůz byl až na horizontu ve vzdálenosti asi půl km. Při předjíždění však najednou spatřil málo znatelné světlo při levém kraji vozovky s domněnkou, že se jedná o cyklistu. Začal sice rychle brzdit, ale vozidlo už bylo blízko, až zjistil, že se jedná o osobní vůz se špatně fungujícím pravým obrysovým světlem. Panu H. se nepovedlo se zpět zařadit za cisternu a došlo k čelní srážce. Manželský pár z protijedoucího vozu (a účastníci nehody) nebyli připoutáni a následkům této nehody nakonec oba podlehli. První z nich na místě a druhý po necelém roce v nemocnici. Pan H. s rodinou měli minimální zdravotní následky (poranění nosu, zubu apod.) (Neusarová, 2009).

Použité metody:

- e-mailová komunikace,
- telefonické a osobní rozhovory se členy a odbornými garanty ČSODN,
- skupinová setkání s pozůstalými,
- zapojení do osvětových projektů a kampaní pro veřejnost (zejména pro mládež – například Nezvratné osudy, Dožij se dvaceti nebo pro

veřejnost jako Nemyslíš-zaplatíš, 13 minut), někdy prostřednictvím komunikace s médii (včetně účasti na tiskových konferencích či v publicisticky zaměřených pořadech).

Poznámka

Výhodou je pro zvládnutí události od počátku pro pana H. pevnost rodinných vazeb a otevřená komunikace v rodině, dále aktivní pracovní život pana H. a stabilní zázemí, jeho víra a občansky aktivní postoj, který k události zaujal.

Zpětná vazba pana H.

Pan H. se spojil s pozůstalými lidmi s opačnou zkušeností, než kterou měl on sám, což zpětně ocenil. Expozice pocitů viny v této cílové skupině mu umožnila lepší sebepřijetí a nalezení smyslu své zkušenosti v účasti na osvětových a preventivních akcích pro mládež a veřejnost. Do těchto aktivit se zapojuje dodnes a vnímá je jako své životní poslání. Participace na těchto akcích mu umožňuje svou zkušenost lépe začlenit do života. Poslal také před několika lety ČSODN finanční dar na jeho činnost a je jeho dlouholetým spolupracovníkem.



14.6 Jaroslava

(dlouhodobá ponehodová péče)

Eva Jurčáková

Věk: 42 let

Důvod vyhledání psychologické pomoci: úzkostné stavy spojené s řízením auta po dopravní nehodě.

Osobní anamnéza

Jaroslava je vdaná, má jednu devítiletou dceru. Vystudovala střední školu podnikatelskou. Pracuje jako asistentka. Manžel pracuje jako řidič DPMB, a. s. Rodiče jsou v důchodovém věku. Vychovávali

jí společně s mladší sestrou. Dětství popisuje jako bezproblémové. V soukromém životě je aktuálně průměrně spokojená. Řeší problémy v komunikaci s tchýní. Jinak svojí rodinnou i finanční situaci považuje za stabilní.

Zdravotní stav

Po nehodě v dubnu 2022 má potíže s krční páteří. Neužívá žádné léky. Pravidelně dochází na rehabilitace.

Délka psychologické pomoci: 4 sezení, červen – červenec 2022

Popis nehody

V dubnu 2022 měla Jaroslava zaviněnou nehodu s osobním automobilem. Na poslední chvíli přijala pozvání na narozeniny kamarádky. Jak sama popisuje, měla toho v té době moc, ale nedokázala ji odmítnout. Na oslavu spěchala. Vzpomíná si, že vyjížděla z parkovacího domu a na levé straně viděla jen zaparkované vozidlo. Za ním jelo auto, které přehlídla. Její poslední myšlenka byla: „Nejsou tady žádné auta, můžu bezpečně vjet do silnice.“ Najížděla do silnice s klidem a sebevědomím. Moment nárazu si nepamatuje. Probrala se až po nehodě. Byla zmatená, bála se vystoupit z auta. První, na co si vzpomíná, je pán z druhého auta, který si nehodu fotil. Nezajímal se o to, jestli je zraněná. Když si na to vzpomene, je naštvaná. K nehodě byly přivolány jednotky IZS. Na místě nehody nebyl přítomný krizový intervent a nebyla poskytnuta první psychická pomoc.

Popis aktuálních potíží

Klientka u řízení popisuje pocity úzkosti a strachu. Vidí až příliš mnoho možností, co by se mohlo stát. Objevují se myšlenky, že někomu ublíží. V těle cítí napětí v oblasti hrudníku a stažený žaludek. U řízení se to projevuje až přehnanou opatrností. Aktuálně aktivně řídí a snaží se pocity překonat. Je to pro ni nekomfortní. Někdy se stane, že se řízení raději vyhne a řídí za ní manžel. Přítomnost posttraumatické stresové poruchy aktuálně vyloučena.

Cíl: Naučit se zvládat pocity strachu a úzkosti spojené s řízením.

Použit  metody

A) Mapování zdrojů. (V těžších chvílích jí pomáhá čas strávený s rodinou a dcerou. Její nejbližší rodina pro ni představuje pevné zázemí, drží spolu. Věnuje se sportu, kvůli úrazu musela sport omezit. Chodí ráda do přírody, ráda čte beletrii a dívá se na filmy.)

B) Použit  metody dle Metodiky individuální práce s řidiči MHD po účasti na dopravní nehodě (Daňková et al., 2014):

- Rozhovor,
- edukace o fungování mechanismu stresu,
- otázka na zázrak,
- expozice v představách,
- nácvik zklidňujícího dýchání,
- škála subjektivní pocíťované zátěže.

Terapeutická práce

Jaroslavě byla poskytnuta psychologická podpora pro zvládání úzkostných stavů spojených s dopravní nehodou, kterou zažila v dubnu 2022. V prvním sezení klientka popisovala celou událost, vnášely jsme společně do situace strukturu a definovaly si cíl pomocí techniky otázka na zázrak.

V druhém sezení byla klientka edukována o fungování mechanismu stresu a další část sezení jsme věnovaly nácviku relaxačních cvičení, konkrétně nácviku dechových cvičení při akutní úzkosti.

Ve třetím sezení byla provedena expozice nehody formou imaginace, kdy se s klientkou řízeně prošlo situací nehody v relaxovaném stavu.

Čtvrté sezení bylo věnováno mapování zdrojů a zpětné vazbě klientky.

Pokroky klientky byly v jednotlivých sezeních zanášeny na škálu subjektivního vnímání zátěže spojené s řízením kde 1 je nejnižší subjektivně pocíťovaná zátěž a 10 je nejvyšší subjektivně pocíťovaná zátěž. Na začátku byla míra subjektivně pocíťované zátěže 8, v posledním sezení byla míra subjektivně pocíťované zátěže 3.

Zpětná vazba klientky

Klientce nejvíc pomohlo, že si mohla nehodu v sezeních opět „odžít“. Dále jí pomohla dechová cvičení, která začala aktivně používat před tím, než nasedne do auta. Emoce u řízení pořád pociťuje, nejsou však tak intenzivní a dokáže je dostat pod kontrolu. Sezení bylo ukončeno po vzájemné dohodě a byla jí nabídnuta možnost objednat se na další sezení v případě zhoršení aktuálního stavu.



14.7 Martin

(dlouhodobá ponehodoová péče)

Eva Jurčáková

Věk: 28 let

Důvod vyhledání psychologické pomoci: potažení cestující, akutní reakce na stres

Osobní anamnéza: Martin je svobodný bezdětný muž. Byl vyučen jako kuchař číšník. Vyrůstal v kompletní rodině spolu se starším bratrem. Aktuálně žije s rodiči v multigeneračním domě. Vztah nemá. Pracuje na plný úvazek jako řidič tramvaje od roku 2019. Před událostí byla jeho životní i finanční situace stabilní.

Zdravotní stav: Aktuálně subjektivně zdravý. Neužívá žádné léky.

Délka psychologické pomoci: 4 sezení během února 2023

Doporučení: od kolegyně, která vyhledala pomoc po nehodě v minulosti a měla dobrou zkušenost

Popis nehody

Klient zastavoval ke konci své služby na zastávce, vše zkontroloval v zrcátku. Poté pokračoval ve službě, zaparkoval tramvaj do vozovny.

Při cestě domů na hlavním nádraží mu zavolala policie. Údajně potáhl paní, která teď leží v nemocnici se zraněním. Potažení si nebyl vědom. Čeká ho výslech, událost si v téhle chvíli nedokáže vysvětlit. Je si jistý, že vše zkontroloval.

Popis aktuálních potíží

Klient vyhledal pomoc hned druhý den ráno po události. Celou noc nespál. Nedokáže přestat myslet na událost. Je skleslý, má strnulý výraz v obličeji bez zjevných emočních projevů. Jeho emocionalita je spíše oploštěná. Před očima si pořád přehrává rozjezd ze zastávky, na které došlo k potažení cestujících. Cítí se bezmocně, neví, jestli bude pokračovat v práci. Cítí nejistotu. Dále cítí tlak na hrudi, stažení v oblasti hrudníku. Má velkou potřebu informací o tom, co bude dál.

Cíl: stabilizace akutního stresového syndromu

Použité metody byly:

A) Metodika individuální práce s řidiči MHD po účasti na dopravní nehodě (Daňková et al., 2014):

- Rozhovor,
- edukace o fungování mechanismu stresu,
- nácvik zklidňujícího dýchání,
- škála subjektivní pociťované zátěže,

B) Individuální postup stabilizace akutního stresového syndromu (ASSYST – I)

Terapeutická práce

V úvodním sezení proběhl s klientem rozhovor o události, společně jsme strukturovali situaci. Poskytla jsem mu všechny dostupné informace o tom, co se bude dít dál. Proběhla edukace o akutní reakci na stres a informovala jsem klienta o možném průběhu této reakce. Snažila jsem se o normalizaci příznaků. S klientem jsem v sezení dělala nácvik jednoduchého dechového cvičení na akutní úzkost. Dále jsem mu doporučila dovolenou a trávení času v přítomnosti rodiny nebo blízkých, než se jeho stav stabilizuje.

V druhém a třetím sezení jsem postupovala dle individuálního postupu stabilizace akutního stresového syndromu (ASSYST – I), který využívá škálu subjektivní zátěže (v rozmezí 0-10), a techniku motýlího doteku a zklidňujícího dýchání.

Během prvních třech sezení, které klient absolvoval s rozestupem dvou dnů, se snížila jeho subjektivně prožívaná zátěž z 8 na 3.

V posledním čtvrtém sezení jsme mapovali zdroje klienta a probírali další možnosti jeho pracovního zařazení.

Zpětná vazba klienta

Klient uvádí, že pro něho bylo na začátku důležité dostat informace o tom co se bude dít a jak odlišit, jestli je jeho reakce na celou situaci v rámci normy. Dále mu pomohla technika motýlích křídel a dechové cvičení, které bude využívat i do budoucna. Rozhodl se, že bude řídit dál ale zvažuje změnu pracovního úvazku z HPP na DPČ. Společně jsme se domluvili na ukončení spolupráce a bylo mu doporučeno vyhledat pomoc, pokud by se jeho stav zhoršil.

15. Přílohy



Příloha č. 1: Okruhy otázek pro polostrukturovaný rozhovor dlouhodobé péče



Příloha č. 2: Okruhy otázek pro polostrukturovaný rozhovor krátkodobé péče



CENTRUM
DOPRAVNÍHO
VÝZKUMU

KOMPLEX

**Komplexní systém psychologické ponehodové péče v ČR
TL05000424**

Níže je uvedeno několik dotazů, které se týkají Vaší práce s klienty. Cílem je zmapovat, jak pracují profesionálové v oblasti psychologické ponehodové péče v ČR. Co vnímají jako dobré. Jaké vnímají nedostatky a co považují za vhodné v současném systému psychologické ponehodové péče změnit, zlepšit. Prosím odpovídejte co nejkonkrétněji.

Respondent:

.....

VAŠE PRACOVÍŠTĚ A VAŠI KLIENTI

Co je náplní práce Vaší pozice a Vašeho pracoviště?

Prosím doplňte...

Jaký je podíl klientů po dopravní nehodě (na pracovišti i osobně)?

Prosím doplňte...

S klienty po jak vážných DN pracujete?

Prosím doplňte...

Jak Vás klienti vyhledávají? Kdo je iniciátorem návštěvy?

(Oni sami, jejich blízcí apod.)

Prosím doplňte...

1.

Jaké jsou obtíže klientů, se kterými se ve své praxi setkáváte?
Respektive co Vaše klienty po DN přivádí? *(Důsledky fyzických zranění, zlé sny, ztráta chuti do života apod.)*

Prosím doplňte...

S jakým časovým odstupem po DN klienti přicházejí? A jaký počet sezení v průměru míváte? *(Bezprostředně po DN nebo po delším časovém odstupu.)*

Prosím doplňte...

Je něco, co Vaše klienty po DN spojuje? Co mají společného?

Prosím doplňte...

Pozorujete nějaké druhy komorbidit u klientů po DN?

Prosím doplňte...

Setkáváte se u těchto klientů s abúzem?

Prosím doplňte...

Setkáváte se u těchto klientů s psychosomatickými obtížemi? Případně chronifikací?

Prosím doplňte...

Jsou kvůli řešeným obtížím tito Vaši klienti v péči lékaře, případně jsou medikováni psychofarmaky?

Prosím doplňte...

VAŠE POSTUPY PŘI PRÁCI S KLIENTY

Jaké postupy při práci s klienty po DN používáte? Je něco, co se stabilně osvědčilo a co naopak ne?

Prosím doplňte...

1.

Jak moc je pro významná osobní historie a osobnost klienta při psychologické ponehodové péči?

Prosím doplňte...

Používáte při své práci s klienty po DN psychodiagnostické metody?

Prosím doplňte...

Provádíte diagnostiku PTSP při práci s klienty po DN?

Prosím doplňte...

Liší se Váš přístup, jsou-li přítomny PTSP/fobie/deprese/psychosomatické obtíže? Jestli ano, tak jak?

Prosím doplňte...

SYSTÉMOVÝ PŘÍSTUP

Co v ČR chybí/není dobré v oblasti psychologické ponehodové péče – „slepá místa“ systému?

Prosím doplňte...

Co je v ČR dobré?

Prosím doplňte...

Představa, jak systém psychologické ponehodové péče propojit, zefektivnit

Prosím doplňte...

Co je třeba ještě doplnit?

Prosím doplňte...



KOMPLEX

**Komplexní systém psychologické ponehodosvé péče v ČR
TL05000424**

Níže je uvedeno několik dotazů, které se týkají Vaší práce s účastníky dopravních nehod. Cílem je zmapovat, jak pracují profesionální v oblasti psychologické ponehodosvé péče v ČR. Co vnímají jako dobré. Jaké vnímají nedostatky a co považují za vhodné v současném systému psychologické ponehodosvé péče změnit, zlepšit. Prosím odpovídejte co nejkonkrétněji.

Respondent:

.....

VAŠE PRACOVNÍ POZICE A PRACOVISTĚ

Co je náplní práce Vaší pracovní pozice a Vašeho pracoviště?

Prosím doplňte...

Popište prosím, jak funguje systém péče o oběti dopravních nehod v kontextu Vašeho pracoviště, jakým způsobem a na základě jakých kritérií jste jako psychologický pracovník přivolán na místo dopravní nehody.

Prosím doplňte...

Jak velký podíl v rámci Vaší pracovní činnosti, představují dopravní nehody, u kterých je zúčastněným osobám poskytnuta psychologická intervence.

Prosím doplňte...

Jakým způsobem funguje koordinace a komunikace mezi Vámi a ostatními zasahujícími složkami na místě dopravní nehody.

Prosím doplňte...

VAŠE POSTUPY PŘI PRÁCI S KLIENTY

Popište prosím postup psychologické intervence u osob zasažených dopravní nehodou.

- ▷ Jakým způsobem zahajujete intervenci?
- ▷ Řídíte se v rámci intervence určitou koncepcí či schématem?
- ▷ Co je z Vašeho pohledu cílem intervence a na základě kterých indikátorů či okolností intervenci ukončujete?
- ▷ Kde intervenci provádíte, jak vytváříte vhodné podmínky a jaká je průměrná délka intervence?
- ▷ Předáváte účastníkům nějaké informační materiály?
- ▷ Navazujete účastníka případně do systému následné péče?

Prosím doplňte...

Je něco, co se Vám v praxi osvědčilo a co nikoliv?

Prosím doplňte...

S jakými emočními a behaviorálními projevy se jako intervent u obětí dopravních nehod nejčastěji setkáváte? Jak s těmito projevy pracujete?

Prosím doplňte...

Jaké jsou nejčastější potřeby těchto osob?

Prosím doplňte...

Zařazujete do intervence také určitou formu psychoedukace, respektive informace o možných dopadech stresové události?

Prosím doplňte...

Jaké jsou z Vašeho pohledu aspekty a okolnosti dopravní nehody, které jsou účastníky vnímány jako velmi zatěžující a které faktory podle Vás, zvyšují riziko traumatizace/psychopatologického vývoje?

Prosím doplňte...

Jakým způsobem je zabezpečena následná péče o účastníky, existuje možnost opakovaného kontaktu / intervence? Dostává se Vám někdy zpětná vazba o tom, jak se danému člověku dále daří a zdali byla intervence přínosná?

Prosím doplňte...

V rámci psychologické intervence pracujete pouze s primárními účastníky?

Prosím doplňte...

SYSTÉMOVÝ PŘÍSTUP

Co v ČR chybí/není dobré v oblasti psychologické ponehodové péče – „slepá místa“ systému?

Prosím doplňte...

Dostává se podle Vašeho názoru obětem dopravních nehod dostatečná míra psychologické péče? (zranění účastníci v nemocnicích apod.)

Prosím doplňte...

Co je v ČR dobré?

Prosím doplňte...

Jakým způsobem by bylo možné podle Vašeho názoru systém ponehodové péče zefektivnit?

Prosím doplňte...

Co je třeba ještě doplnit?

Prosím doplňte...

16. Seznam zkratek

ADHD	→ porucha pozornosti s hyperaktivitou
ADP	→ Asociace dopravních psychologů České republiky
AIP	→ model adaptačního zpracování informací
ASD	→ Akutní stresová porucha
ASSYST	→ stručná podoba EMDR, z anglického „The Acute Stress Syndrome Stabilization Method“
B-KBT	→ Brief – KBT, stručná kognitivně – behaviorální terapie
CISD	→ psychologický debriefing
ČR	→ Česká republika
ČSODN	→ České sdružení obětí dopravních nehod, občanské sdružení
DN	– dopravní nehoda
EFPA	– pracovní skupina pro krize, katastrofy a trauma (anglicky „Working Group on Crisis, Disaster and Trauma Psychology“, od roku 2005 Standing Committee)
EMDR	– z anglického „Eye Movement Desensitization and Reprocessing“, terapeutická metoda založena na desenzibilizaci využívající očních pohybů a jejich přepracování.
EU	→ Evropská unie
FEVR	→ Evropská federace obětí dopravních nehod (orig. „Federation Européenne des Victimes de la Route“)
HADN	→ Hloubková analýza silničních dopravních nehod, výzkumný projekt
HPA	→ osa hypothalamus-hypofýza-nadledviny

HZS	→ hasičský záchranný sbor
IZS	→ integrovaný záchranný systém
KBT	→ kognitivně – behaviorální terapie, terapeutický směr
KOMPLEX	→ Komplexní systém ponehodosvé péče v ČR, výzkumný projekt centra dopravního výzkumu, v.v.i., podpořen TAČR
KŘP	→ Krajské ředitelství policie
LLP	→ liga lidských práv
MD	→ Ministerstvo dopravy
MHD	→ městská hromadná doprava
MMTT	→ Multimodal trauma treatment, strukturovaný terapeutický protokol
MV	→ Ministerstvo vnitra
NRZP ČR	→ Národní rada osob se zdravotním postižením ČR
PBSP	→ Pesso Boyden System Psychomotor
PČR	→ Policie České republiky
PEER	→ označení pro pracovníka vyškoleného v poskytování specifických metod první psychické pomoci, koncept vychází z myšlenky, že je snadnější se obrátit pro pomoc a podporu na kolegu (peer – z angličtiny, rovnocenný člověk) než kontaktovat méně známého odborníka
PIP	→ Systém psychosociální intervenční pomoci PČR
PMS	→ Probační a mediační služba
PPP	→ první psychologická pomoc
PsKP	→ psychosociální krizová pomoc a spolupráce
PSP	→ psychosociální pomoc
PTG	→ posttraumatický růst
PTH	→ posttraumatická bolest hlavy
PTSD	→ posttraumatická stresová porucha
PTSS	→ posttraumatický stresový syndrom
REM	→ z anglického „Rapid eye movement“, fáze spánku, charakterizovaná právě rychlými pohyby očí
RET	→ racionálně–emoční terapie
SPIS	→ systém psychosociální intervenční služby
SPR	→ Skills to Psychological recovery, metoda bezprostřední psychologické intervence
SSRI	→ Selektivní inhibitory zpětného vychytávání serotoninu (z anglického „selective serotonin reuptake inhibitors“), novější skupina léků proti depresi

TAČR	→ Technologická agentura České republiky
TENTS	→ Evropská síť pro traumatický stres anglicky „The European Network for Traumatic Stress“
TF-KBT	→ Trauma focused KBT, na trauma zaměřená kognitivně – behaviorální terapie
TPP	→ tým posttraumatické péče
VR	→ virtuální realita
VRET	→ expoziční terapie ve virtuálním prostředí
VRT	→ terapie virtuální realitou
ZZS	→ zdravotní záchranná služba

17. Seznam použitých literárních zdrojů

Adamovská, E., Vondráčková, L., & Sulíková B. (2022). *Současný systém psychologické péče v ČR. Analýza expertních rozhovorů z oblasti psychologické ponehodosvé péče*. Centrum dopravního výzkumu v. v. i.

Alharbi, R., Mosley, I., Miller, C., Hillel, S., & Lewis, V. (2019). Factors associated with physical, psychological and functional outcomes in adult trauma patients following road traffic crash: A scoping literature review. *Transportation research interdisciplinary perspectives*, 3, <https://doi.org/10.1016/j.trip.2019.100061>.

Ališahović-Gelo, E., & Hasanović, M. (2021). The effectiveness of treating a traffic accident trauma with EMDR after failed psychofarmacological treatment-a case report. *Psychiatria Danubina*, 33(1), 88-90. <https://hrcak.srce.hr/file/382684>

Amaya-Jackson, L., Reynolds, V., Murray, M. C., McCarthy, G., Nelson, A., Cherney, M. S., Lee, R., Foa, E., & March, J. S. (2003). Cognitive-behavioral treatment for pediatric posttraumatic stress disorder: Protocol and application in school and community settings. *Cognitive and Behavioral Practice*, 10(3), 204–213. [https://doi.org/10.1016/S1077-7229\(03\)80032-9](https://doi.org/10.1016/S1077-7229(03)80032-9)

Andres, J. (2011, listopad). *Zkušenosti s hloubkovou analýzou dopravních nehod v ČR*. [přednáška na mezinárodní konferenci, Kongresové centrum BVV Brno].

Arnoldová, A. (2004). *Vybrané kapitoly ze sociálního zabezpečení*. Karolinum.

Arora, D., Belsiyal, C. X., & Rawat, V. S. (2021). Prevalence and determinants of posttraumatic stress disorder and depression among survivors of motor vehicle accidents from a hilly Indian state. *Indian journal of psychiatry*, 63(3), 250-257. https://doi.org/10.4103/psychiatry.IndianJPsychiatry_1059_20

Axelsson, Å., Herlitz, J., & Fridlund, B. (2000). How bystanders perceive their cardiopulmonary resuscitation intervention; a qualitative study. *Resuscitation*, 47(1), 71-81. [https://doi.org/10.1016/S0300-9572\(00\)00209-4](https://doi.org/10.1016/S0300-9572(00)00209-4)

Baek, J., Lee, S., Cho, T., Kim, S. W., Kim, M., Yoon, Y., et al. (2019). Neural circuits underlying a psychotherapeutic regimen for fear disorders. *Nature* 566, 339–343. doi: 10.1038/s41586-019-0931-y

Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. W. H. Freeman.

Baštecká, B. (2005). *Terénní krizová práce: Psychosociální interveční týmy*. Grada.

Baštecká, B. (2013). *Psychosociální krizová spolupráce*. Grada.

Beck, J. G., & Coffey, S. F. (2005). Group cognitive behavioral treatment for PTSD: Treatment of motor vehicle accident survivors. *Cognitive and Behavioral Practice*, 12(3), 267-277. [https://doi.org/10.1016/s1077-7229\(05\)80049-5](https://doi.org/10.1016/s1077-7229(05)80049-5)

Beck, J. G., & Coffey, S. F. (2007). Assessment and treatment of posttraumatic stress disorder after a motor vehicle collision: Empirical findings and clinical observations. *Professional Psychology: Research and Practice*, 38(6), 629-639. <https://doi.org/10.1037/0735-7028.38.6.629>

Beck, J. G., Coffey, S. F., Foy, D. W., Keane, T. M., & Blanchard, E. B. (2009). Group cognitive behavior therapy for chronic posttraumatic stress disorder: An initial randomized pilot study. *Behavior Therapy*, 40(1), 82-92. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2008.01.003>

Beck, J. G., Palyo, S. A., Winer, E. H., Schwagler, B. E., & Ang, E. J. (2007). Virtual reality exposure therapy for PTSD symptoms after a road accident: An uncontrolled case series. *Behavior therapy*, 38(1), 39-48. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2006.04.001>

Becková, J. S. (2018). *Kognitivně behaviorální terapie. Základy a něco navíc*. Triton.

Běhanová, J. (2005). *Psychosociální a právní pomoc obětem dopravních nehod*. [Magisterská diplomová práce, Husitská teologická fakulta UK Praha].

Bena, E., Hoskovec, J., Štikar, J. (1962). *Psychologie a fyziologie řidiče*. Nakladatelství dopravy a spojů

Bensimon, M. (2012). Elaboration on the association between trauma, PTSD and posttraumatic growth: The role of trait resilience. *Personality and Individual Differences*, 52(7), 782-787. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2012.01.011>

Bergmann, U. (2008). The neurobiology of EMDR: exploring the thalamus and neural integration. *J. EMDR Pract. Res.* 2, 300-314. doi: 10.1891/1933-3196.2.4.300

BESIP. (2020). *Národní strategie bezpečnosti silničního provozu 2011-2020*. Ministerstvo dopravy. – nutno zkontrolovat v textu, protože původní citace je Národní strategie bezpečnosti silničního provozu 2011-2020. Ministerstvo dopravy, www.ibesip.cz

Biggs, A., Brough, P., & Drummond, S. (2017). Lazarus and Folkman's psychological stress and coping theory. In C. L. Cooper, & J. C. Quick (Eds.), *The Handbook of Stress and Health* (s. 349-364). John Wiley & Sons. <https://doi.org/10.1002/9781118993811.ch21>

Bisson, J. I., & Lewis, C. (2009). Systematic review of psychological first aid. *Commissioned by the World Health Organization*.

Bisson, J. I., McFarlane, A. C., Rose, S., Ruzek, J. I., & Watson, P. J. (2009). Psychological debriefing for adults. *Effective treatments for PTSD: Practice guidelines from the International Society for Traumatic Stress Studies*, 2, 83-105.

Bisson, J. I., Shepherd, J. P., Joy, D., Probert, R., & Newcombe, R. G. (2004). Early cognitive-behavioural therapy for post-traumatic stress symptoms after physical injury. *The British Journal of Psychiatry*, 184(1), 63-69.

Bisson, J. I., Tavakoly, B., Witteveen, A. B., Ajdukovic, D., Jehel, L., Johansen, V. J., ... & Olff, M. (2010). TENTS guidelines: development of post-disaster psychosocial care guidelines through a Delphi process. *The British Journal of Psychiatry*, 196(1), 69-74.

Blanchard, E. B., & Hickling, E. J. (1997). *After the crash: Assessment and treatment of motor vehicle accident survivors*. American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/10237-000>

Blanchard, E. B., & Hickling, E. J. (1998). Motor vehicle accident survivors and PTSD. *PTSD Research Quarterly*, 9(3), 1-6.

Blanchard, E. B., & Veazey, C. H. (2001). Mental disorders resulting from road traffic accidents. *Current Opinion in Psychiatry*, 14(2), 143-147. <https://doi.org/10.1097/00001504-200103000-00008>

Blanchard, E. B., Hickling, E. J., Barton, K. A., Taylor, A. E., Loos, W. R., & Jones-Alexander, J. (1996). One-year prospective follow-up of motor vehicle accident victims. *Behaviour Research and Therapy*, 34(10), 775-786. [https://doi.org/10.1016/0005-7967\(96\)00038-1](https://doi.org/10.1016/0005-7967(96)00038-1)

Blanchard, E. B., Hickling, E. J., Freidenberg, B. M., Malta, L. S., Kuhn, E., & Sykes, M. A. (2004). Two studies of psychiatric morbidity among motor vehicle accident survivors 1 year after the crash. *Behaviour Research and Therapy*, 42(5), 569-583. [https://doi.org/10.1016/S0005-7967\(03\)00162-1](https://doi.org/10.1016/S0005-7967(03)00162-1)

Blanchard, E. B., Hickling, E. J., Vollmer, A. J., Loos, W. R., Buckley, T. C., & Jaccard, J. (1995). Short-term follow-up of post-traumatic stress symptoms in motor vehicle accident victims. *Behaviour Research and Therapy*, 33(4), 369-377. [https://doi.org/10.1016/0005-7967\(94\)00067-T](https://doi.org/10.1016/0005-7967(94)00067-T)

Blatná, M. (2006). *Desatero psychologické pomoci obětem dopravních nehod – pozůstalým*. ČSODN

Blatná, M. (2007). Psychologická pomoc pro pozůstalé. ČSODN.

Blonstein, C. H. (1988). Treatment of automobile driving phobia through imaginal and in vivo exposure plus response prevention. *Behavior Therapist*, 11, 70-86.

Boadella, D. (1987). *Lifestreams – an introduction to Biosynthesis*. London: Routledge & Kegan Paul.

Boadella, D. (2006). Interview with David Boadella.(by Esther Frankel). Energy and Character. *The USA Body Psychotherapy Journal*. [https://www.ibpj.org/issues/usabpj-articles/\(5\)_Boadella__D._The_Historical_Development_of_the_Concept_of_Motoric_Fields._USA-BPJ_5.1__2006.pdf](https://www.ibpj.org/issues/usabpj-articles/(5)_Boadella__D._The_Historical_Development_of_the_Concept_of_Motoric_Fields._USA-BPJ_5.1__2006.pdf)

Booms, M. (2018). *Victims of Road Traffic Offences: A summary of existing knowledge*. KU Leuven.

Born, J., Rasch, B., and Gais, S. (2006). Sleep to remember. *Neuroscientist* 12, 410–424. doi: 10.1177/1073858406292647

Bradley, R., Greene, J., Russ, E., Dutra, L., & Westen, D. (2005). A multidimensional meta-analysis of psychotherapy for PTSD. *American journal of Psychiatry*, 162(2), 214-227.

Breslau, N., & Davis, G. C. (1992). Posttraumatic stress disorder in an urban population of young adults: risk factors for chronicity. *The American journal of psychiatry*, 149(5), 671-675.

Breslau, N., Kessler, R. C., Chilcoat, H. D., Schultz, L. R., Davis, G. C., & Andreski, P. (1998). Trauma and posttraumatic stress disorder in the community: the 1996 Detroit Area Survey of Trauma. *Archives of General Psychiatry*, 55(7), 626-632.

Brewin, C. R., Dalgleish, T., & Joseph, S. (1996). A dual representation theory of posttraumatic stress disorder. *Psychological review*, 103(4), 670. <https://doi.org/10.1037/0033-295x.103.4.670>

Brom, D., Kleber, R. J., & Hofman, M. C. (1993). Victims of traffic accidents: Incidence and prevention of post-traumatic stress disorder. *Journal of clinical psychology*, 49(2), 131-140. [https://doi.org/10.1002/1097-4679\(199303\)49:2<131::AID-JCLP2270490202>3.0.CO;2-2](https://doi.org/10.1002/1097-4679(199303)49:2<131::AID-JCLP2270490202>3.0.CO;2-2)

Brown, T. M., Pullen, I. M., Scott, A. I. F. (1992). *Emergentní psychiatrie*. Jan Kocourek.

Bryant, B., Mayou, R., Wiggs, L., Ehlers, A., & Stores, G. (2004). Psychological consequences of road traffic accidents for children and their mothers. *Psychological medicine*, 34(2), 335-346. <https://doi.org/10.1017/s0033291703001053>

Bryant, R. A. (2016). *Acute stress disorder: What it is and how to treat it*. Guilford Publications.

Bryant, R. A., & Harvey, A. G. (1999). The influence of traumatic brain injury on acute stress disorder and post-traumatic stress disorder following motor vehicle accidents. *Brain Injury*, 13(1), 15-22. <https://doi.org/10.1080/026990599121836>

Bryant, R. A., Harvey, A. G., Dang, S. T., Sackville, T., & Basten, C. (1998). Treatment of acute stress disorder: a comparison of cognitive-be-

havioral therapy and supportive counseling. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66(5), 862-866. <https://doi.org/10.1037//0022-006x.66.5.862>

Bryant, R. A., Mastrodomenico, J., Felmingham, K. L., Hopwood, S., Kenny, L., Kandris, E., ... & Creamer, M. (2008). Treatment of acute stress disorder: a randomized controlled trial. *Archives of General Psychiatry*, 65(6), 659-667.

Bryant, R. A., Moulds, M. L., & Nixon, R. V. (2003). Cognitive behaviour therapy of acute stress disorder: a four-year follow-up. *Behaviour Research and Therapy*, 41(4), 489-494.

Bryant, R. A., Sackville, T., Dang, S. T., Moulds, M., & Guthrie, R. (1999). Treating acute stress disorder: an evaluation of cognitive behavior therapy and supportive counseling techniques. *American journal of Psychiatry*, 156(11), 1780-1786. <https://doi.org/10.1176/ajp.156.11.1780>

Brymer, M., Layne, C., Pynoos, R., Ruzek, J. I., Steinberg, A., ... & Watson, P. (2006). *Psychological first aid. Field operations guide*. National Child Traumatic Stress Network.

Bugg, A., Turpin, G., Mason, S., & Scholes, C. (2009). A randomised controlled trial of the effectiveness of writing as a self-help intervention for traumatic injury patients at risk of developing post-traumatic stress disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 47(1), 6-12. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2008.10.006>

Carlier, I. V., Voerman, A. E., & Gersons, B. P. (2000). The influence of occupational debriefing on post-traumatic stress symptomatology in traumatized police officers. *British Journal of Medical Psychology*, 73(1), 87-98. <https://bpspsychub.onlinelibrary.wiley.com/doi/pdfdirect/10.1348/000711200160327>

Cisler, J. M., Sigel, B. A., Kramer, T. L., Smitherman, S., Vanderzee, K., Pemberton, J., & Kilts, C. D. (2015). Amygdala response predicts tra-

jectory of symptom reduction during trauma-focused cognitive-behavioral therapy among adolescent girls with PTSD. *Journal of psychiatric research*, 71, 33-40. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2015.09.01>

Clarke, H., Rees, A., & Hardy, G. E. (2004). The big idea: Clients' perspectives of change processes in cognitive therapy. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 77(1), 67-89. <https://doi.org/10.1348/147608304322874263>

Conlon, L., Fahy, T. J., & Conroy, R. (1999). PTSD in ambulant RTA victims: A randomized controlled trial of debriefing. *Journal of Psychosomatic Research*, 46(1), 37-44.

Craig, A., Elbers, N. A., Jagnoor, J., Gopinath, B., Kifley, A., Dinh, M., ... & Cameron, I. D. (2017). The psychological impact of traffic injuries sustained in a road crash by bicyclists: a prospective study. *Traffic Injury Prevention*, 18(3), 273-280. doi: 10.1080/15389588.2016.1248760

Cromer, L. D., & Smyth, J. M. (2010). Making meaning of trauma: Trauma exposure doesn't tell the whole story. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 40, 65-72. <https://doi.org/10.1007/s10879-009-9130-8>

Cuffe, S. P., Addy, C. L., Garrison, C. Z., Waller, J. L., Jackson, K. L., McKeeown, R. E., & Chilappagari, S. (1998). Prevalence of PTSD in a community sample of older adolescents. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 37(2), 147-154.

Cuijpers, P., van Straten, A., & Warmerdam, L. (2007). Problem solving therapies for depression: a meta-analysis. *European Psychiatry*, 22(1), 9-15.

Čechová, A., Černý, M., Filip, V., Hellerová, P., Pavlát, J., & Srnec, L. (1984). Autohavárie jako zátěžová situace. *Československá Psychiatrie*, 80(4), 270-273.

Červinka, D. (2022). *Klíčové faktory rozvoje posttraumatické stresové poruchy u obětí vážných dopravních nehod*. [Magisterská diplomová práce, Univerzita Palackého Olomouc].

Červinka, D., Vondráčková, L., Sulíková, B., Adamovská, E. (2023) Posttraumatic stress disorder after a car accident in the Czech population: Prevalence and risk factors for its development. *Transactions on Transport Sciences*, in press.

Čížková, K. (2005). *Tanečně – pohybová terapie*. Praha: Triton.

Dai, W., Liu, A., Kaminga, A. C., Deng, J., Lai, Z., Yang, J., & Wen, S. W. (2018). Prevalence of acute stress disorder among road traffic accident survivors: A meta-analysis. *BMC psychiatry*, 18, 1-11.

Daňková, A., & Tomešová, L. et al. (2022). *Metodika ocenění negativních externalit z dopravy*. Centrum dopravního výzkumu, v. v. i.

Daňková, L., Paráková K., Böhmová K., Snopek M., & Řezáč P. (2014). *Metodika individuální práce s řidiči MHD po účasti na dopravní nehodě*. Centrum dopravního výzkumu, v. v. i.

Davies, E., Maybury, B., Colquhoun, M., Whitfield, R., Rossetti, T., & Vetter, N. (2008). Public access defibrillation: psychological consequences in responders. *Resuscitation*, 77(2), 201-206.

de Jongh, A., Holmshaw, M., Carswell, W., & van Wijk, A. (2011). Usefulness of a trauma-focused treatment approach for travel phobia. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 18(2), 124-137. <https://doi.org/10.1002/cpp.680>

Despeaux, K. E., Lating, J. M., Everly Jr, G. S., Sherman, M. F., & Kirkhart, M. W. (2019). A randomized controlled trial assessing the efficacy of group psychological first aid. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 207(8), 626-632.

Dickov, A., Martinović-Mitrović, S., Vučković, N., Siladji-Mladenović, D., Mitrović, D., Jovičević, M., & Mišić-Pavkov, G. (2009). Psychiatric consequences of stress after a vehicle accident. *Psychiatria Danubina*, 21(4), 483-489.

Dieltjens, T., Moonens, I., Van Praet, K., De Buck, E., & Vandekerckhove, P. (2014). A systematic literature search on psychological first aid: lack of evidence to develop guidelines. *PloS one*, 9(12), e114714.

Diemer, J., Mühlberger, A., Pauli, P., & Zwanzger, P. (2014). Virtual reality exposure in anxiety disorders: Impact on psychophysiological reactivity. *The World Journal of Biological Psychiatry: The Official Journal of the World Federation of Societies of Biological Psychiatry*, 15(6), 427–442. <https://doi.org/10.3109/15622975.2014.892632>

Dittrichová, Z., & Wolf-Čapková, M. (2017). *Koncepce psychologické služby HZS ČR pro období 2017-2025*. MV GR HZS ČR.

DSM. (2023, srpen). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5-TR)*. <https://www.psychiatry.org:443/psychiatrists/practice/dsm>

Dužmańska, N., Strojny, P., & Strojny, A. (2018). Can simulator sickness be avoided? A review on temporal aspects of simulator sickness. *Frontiers in Psychology*, 9, 2132. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.02132>

Ehlers, A., & Clark, D. (2003). Early psychological interventions for adult survivors of trauma: A review. *Biological Psychiatry*, 53(9), 817–826.

Ehlers, A., & Clark, D. M. (2000). A cognitive model of posttraumatic stress disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 38(4), 319–345.

Ehlers, A., & Steil, R. (1995). An experimental study of intrusive memories. In *World Congress of Behavioural and Cognitive Therapies*.

Ehlers, A., Clark, D. M., Hackmann, A., McManus, F., Fennell, M., Herbert, C., & Mayou, R. (2003). A Randomized Controlled Trial of Cognitive Therapy, a Self-help Booklet, and Repeated Assessments as Early Interventions for Posttraumatic Stress Disorder. *Archives of General Psychiatry*, 60(10), 1024–1032. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.60.10.1024>

Ehlers, A., Mayou, R. A., & Bryant, B. (1998). Psychological predictors of chronic posttraumatic stress disorder after motor vehicle accidents. *Journal of Abnormal Psychology*, 107(3), 508. <https://doi.org/10.1037//0021-843x.107.3.508>

Ehlers, A., Mayou, R. A., & Bryant, B. (2003). Cognitive predictors of posttraumatic stress disorder in children: Results of a prospective longitudinal study. *Behaviour Research and Therapy*, 41(1), 1-10.

Ehring, T., Ehlers, A., & Glucksman, E. (2006). Contribution of cognitive factors to the prediction of post-traumatic stress disorder, phobia and depression after motor vehicle accidents. *Behaviour Research and Therapy*, 44(12), 1699-1716. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2005.11.013>

Elbers, N. A., Akkermans, A. J., Lockwood, K., Craig, A., & Cameron, I. D. (2015). Factors that challenge health for people involved in the compensation process following a motor vehicle crash: a longitudinal study. *BMC public health*, 15(1), 1-10. <https://doi.org/10.1186/s12889-015-1694-5>

Ellis, A., Stores, G., & Mayou, R. (1998). Psychological consequences of road traffic accidents in children. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 7(2), 61-68. <https://doi.org/10.1007/s007870050048>

Endler, N. S., & Parker, J. D. (1990). Multidimensional assessment of coping: A critical evaluation. *Journal of Personality and Social Psychology*, 58(5), 844-854. <https://doi.org/10.1037//0022-3514.58.5.844>

Engelhard, I. M., van Uijen, S. L., and van den Hout, M. A. (2010). The impact of taxing working memory on negative and positive memories. *Eur. J. Psychotraumatol.* 1:5623. doi: 10.3402/ejpt.v1i0.5623

Everly Jr, G. S., & Lating, J. M. (2017). *The Johns Hopkins guide to psychological first aid*. JHU Press.

Everly Jr, G. S., Lating, J. M., Sherman, M. F., & Goncher, I. (2016). The potential efficacy of psychological first aid on self-reported anxiety and mood: A pilot study. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 204(3), 233-235.

Everly Jr, G.S., 2020. Psychological first aid to support healthcare professionals. *Journal of Patient Safety and Risk Management*, 25(4), 159-162.

Fairbank, J. A., DeGood, D. E., & Jenkins, C. W. (1981). Behavioral treatment of a persistent post-traumatic startle response. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 12(4), 321-324. [https://doi.org/10.1016/0005-7916\(81\)90071-9](https://doi.org/10.1016/0005-7916(81)90071-9)

Fecteau, G., & Nicki, R. (1999). Cognitive Behavioural Treatment of Post Traumatic Stress Disorder after Motor Vehicle Accident. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 27(3), 201–214. <https://doi.org/10.1017/S135246589927302X>

Foa EB, Hearst-Ikeda D, Perry KJ. (1995). Evaluation of a brief cognitive-behavioral program for the prevention of chronic PTSD in recent assault victims. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 63: 948-55. DOI: 10.1037//0022-006X.63.6.948

Foa, E. B., & Hearst-Ikeda, D. (1996). Emotional dissociation in response to trauma: An information-processing approach. *Handbook of dissociation: Theoretical, empirical, and clinical perspectives*, 207-224. https://doi.org/10.1007/978-1-4899-0310-5_10

Foa, E. B., & Meadows, E. A. (1997). Psychosocial treatments for posttraumatic stress disorder: A critical review. *Annual Review of Psychology*, 48(1), 449-480. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.48.1.449>

Foa, E. B., Keane, T. M., Friedman, M. J., & Cohen, J. A. (2009). ISTSS-Treatment Guideline no. 4. Cognitive-behavioral therapy for adults. *Effective treatments for PTSD*, 549-558.

Foa, E. B., Zinbarg, R., & Rothbaum, B. O. (1992). Uncontrollability and unpredictability in post-traumatic stress disorder: an animal model. *Psychological Bulletin*, 112(2), 218.

Fort, A., Collette, B., Evennou, M., Jallais, C., Charbotel, B., Stephens, A. N., & Hidalgo-Muñoz, A. (2021). Avoidance and personal and occupational quality of life in French people with driving anxiety. *Transportation research part F: Traffic Psychology and Behaviour*, 80, 49-60. <https://doi.org/10.1016/j.trf.2021.03.019>

Freedman, S. A., Dayan, E., Kimelman, Y. B., Weissman, H., & Eitan, R. (2015). Early intervention for preventing posttraumatic stress disorder: An Internet-based virtual reality treatment. *European Journal of Psychotraumatology*, 6(1), 25608. <https://doi.org/10.3402/ejpt.v6.25608>

Frissa, S., Hatch, S. L., Fear, N. T., Dorrington, S., Goodwin, L., & Hotopf, M. (2016). Challenges in the retrospective assessment of trauma: comparing a checklist approach to a single item trauma experience screening question. *Bmc Psychiatry*, 16(1), 1-9. <https://doi.org/10.1186/s12888-016-0720-1>

Fryba, M. (1993). *Principy satiterapie*. Velká Bíteš: Ateliér satiterapie.

Gabbe, B. J., Simpson, P. M., Cameron, P. A., Ekegren, C. L., Edwards, E. R., Page, R., Liew, S., Bucknill, A., & de Steiger, R. (2015). Association between perception of fault for the crash and function, return to work and health status 1 year after road traffic injury: a registry-based cohort study. *BMJ open*, 5(11), e009907. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2015-009907>

Gallo, A. D., Barton, J., & Parry-Jones, W. L. (1997). Road traffic accidents: early psychological consequences in children and adolescents. *The British Journal of Psychiatry*, 170(4), 358-362.

Gelpin, E., Bonne, O., Peri, T., Brandes, D., & Shalev, A. Y. (1996). Treatment of recent trauma survivors with benzodiazepines: A prospective study. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 57(9), 390-394.

Generální ředitelství a HZS ČR (2018). *Hasičský záchranný sbor České republiky*. Ministerstvo vnitra. – potřeba zkontrolovat citaci v textu, původní znění citace: MV GR HZS ČR (2018). Časopis 112. MV-generální ředitelství HZS ČR, ISBN 978-80-87544-63-1

Gerald Matthews (2002): Towards a transactional ergonomics for driver stress and fatigue, *Theoretical Issues in Ergonomics Science*, 3:2, 195-211. <http://dx.doi.org/10.1080/14639220210124120>

Germain, V., Marchand, A., Bouchard, S., Drouin, M.-S., & Guay, S. (2009). Effectiveness of cognitive behavioural therapy administered by videoconference for posttraumatic stress disorder. *Cognitive Behaviour Therapy*, 38, 42-53. <https://doi.org/10.1080/16506070802473494>

Gidron, Y., Gal, R., Freedman, S., Twiser, I., Lauden, A., Snir, Y., & Benjamin, J. (2001). Translating research findings to PTSD prevention: Results of a randomized-controlled pilot study. *Journal of Traumatic Stress*, 14(4), 773-780. <https://doi.org/10.1023/A:1013046322993>

Gidron, Y., Gal, R., Givati, G., Lauden, A., Snir, Y., & Benjamin, J. (2007). Interactive effects of memory structuring and gender in preventing posttraumatic stress symptoms. *The Journal of nervous and mental disease*, 195(2), 179-182. <https://doi.org/10.1097/01.nmd.0000254676.11987.5d>

Giummarra, M. J., Black, O., Smith, P., Collie, A., Hassani-Mahmooei, B., Arnold, C. A., ... & Gabbe, B. J. (2018). A population-based study of treated mental health and persistent pain conditions after transport injury. *Injury*, 49(10), 1787-1795.

Gloaguen, V., Cottraux, J., Cucherat, M., & Blackburn, I. M. (1998). A meta-analysis of the effects of cognitive therapy in depressed patients. *Journal of affective disorders*, 49(1), 59-72.

Gopinath, B., Jagnoor, J., Elbers, N., & Cameron, I. D. (2017). Overview of findings from a 2-year study of claimants who had sustained a mild or moderate injury in a road traffic crash: prospective study. *BMC research notes*, 10(1), 1-7. <https://doi.org/10.1186/s13104-017-2401-7>

GŘ HZS MV ČR. (2008). *Standardy psychosociální krizové pomoci lidem, obcím a organizacím zasaženým mimořádnou událostí nebo krizovou situací*. HZS ČR.

GŘ HZS MV ČR. (2009). *Leták Prožili jsme dopravní nehodu. Jak dál? Informace a praktická vodítka pro nás - občany, které zasáhla dopravní nehoda*. OS ADRA, GŘ HZS ČR.

GŘ HZS MV ČR. (2010). *Standardy psychosociální krizové pomoci a spolupráce zaměřené na průběh a výsledek*. GŘ HZS MV ČR

Guest, R., Tran, Y., Gopinath, B., Cameron, I. D., & Craig, A. (2018). Prevalence and psychometric screening for the detection of major depressive disorder and post-traumatic stress disorder in adults injured in a motor vehicle crash who are engaged in compensation. *BMC Psychology*, 6(1), 1-12. <https://doi.org/10.1186/s40359-018-0216-5>

Hagenaars, M. A., & van Minnen, A. (2010). Posttraumatic growth in exposure therapy for PTSD. *Journal of Traumatic Stress*, 23(4), 504-508. <https://doi.org/10.1002/jts.20551>

Hájek, K. (2002). *Satiterapeutické kotvení ve skutečnosti*. Praha: Atelier Satiterapie.

Hakamies-Blomqvist, L., & Wahlström, B. (1998). Why do older drivers give up driving? *Accident Analysis & Prevention*, 30(3), 305-312. [http://doi.org/10.1016/S0001-4575\(97\)00106-1](http://doi.org/10.1016/S0001-4575(97)00106-1)

Hanson, T. R., & Hildebrand, E. D. (2011). Can rural older drivers meet their needs without a car? Stated adaptation responses from a GPS travel diary survey. *Transportation*, 38(6), 975-992. <http://doi.org/10.1007/s11116-011-9323-3>

Harvey, A. G., Bryant, R. A., & Tarrier, N. (2003). Cognitive behaviour therapy for posttraumatic stress disorder. *Clinical Psychology Review*, 23(3), 501-522. [https://doi.org/10.1016/S0272-7358\(03\)00035-7](https://doi.org/10.1016/S0272-7358(03)00035-7)

Hasičský záchranný sbor (2023). *Psychologická služba*. <https://www.hzscr.cz/clanek/psychologicka-sluzba-o-nas.aspx?q>

Hasičský záchranný sbor ČR (2010). Standardy psychosociální krizové pomoci a spolupráce. <https://www.hzscr.cz/clanek/standardy-psychosocialni.krizove-pomoci-a-spoluprace.aspx>

Hasselberg, M., Kirsebom, M., Bäckström, J., Berg, H. Y., & Rissanen, R. (2019). I did NOT feel like this at all before the accident: do men and women report different health and life consequences of a road traffic injury?. *Injury Prevention*, 25(4), 307-312. <https://doi.org/10.1136/injuryprev-2017-042673>

Havlík K. (2005). *Psychologie pro řidiče*. Portál.

Herbert, F., Kinable, H., Aeron-Thomas, A., & Westland, G. (2015). Survey of the transposition and the implementation of the European Directive 2012/29/EU on the rights, support and protection of victims of crime in different Member States of the EU from the point of view of road victim associations. European Federation of Road Traffic Victims: <https://fevr.org/wp-content/uploads/2017/11/FEVR-report-EU-directive-final-draft.pdf>

Herman, J. L. (1992). Complex PTSD: A syndrome in survivors of prolonged and repeated trauma. *Journal of traumatic stress*, 5(3), 377-391. <https://doi.org/10.1002/jts.2490050305>

Herrera-Escobar, J. P., Al Rafai, S. S., Seshadri, A. J., Weed, C., Apoj, M., Harlow, A., ... & Nehra, D. (2018). A multicenter study of post-traumatic stress disorder after injury: mechanism matters more than injury severity. *Surgery*, 164(6), 1246-1250. <https://doi.org/10.1016/j.surg.2018.07.017>

Hickling, E. J., Blanchard, E. B., & Kuhn, E. (2005). Brief, early treatment for ASD/PTSD following motor vehicle accidents. *Cognitive and Behavioral Practice*, 12(4), 461-467. [https://doi.org/10.1016/S1077-7229\(05\)80073-2](https://doi.org/10.1016/S1077-7229(05)80073-2)

Hjorthol, R. (2013). Transport resources, mobility and unmet transport needs in old age. *Ageing and Society*, 33(7), 1190-1211. <http://doi.org/10.1017/S0144686X12000517>

Hodgson, R.C. and Webster, R.A., 2011. Mediating role of peritraumatic dissociation and depression on post-MVA distress: path analysis. *Depression and Anxiety*, 28(3), 218-226.

Hoffmann, R., Gudat, U. (2003). *Bioenergetická cvičení*. Praha: Portál

Hofman, M. (2007). *Trauma a jeho léčba v psychoterapeutických přístupech zaměřených na tělo*. [Magisterská diplomová práce, Masarykova univerzita].

Holbrook, T. L., & Hoyt, D. B. (2004). The impact of major trauma: quality-of-life outcomes are worse in women than in men, independent of mechanism and injury severity. *Journal of Trauma and Acute Care Surgery*, 56(2), 284-290. doi:10.1097/01.ta.0000109758.7540

Holbrook, T. L., Hoyt, D. B., & Anderson, J. P. (2001). The importance of gender on outcome after major trauma: functional and psychological outcomes in women versus men. *Journal of Trauma and Acute Care Surgery*, 50(2), 270-273. <https://doi.org/10.1097/00005373-200102000-00012>

Holbrook, T. L., Hoyt, D. B., Coimbra, R., Potenza, B., Sise, M., & Anderson, J. P. (2005). High rates of acute stress disorder impact quality-of-life outcomes in injured adolescents: mechanism and gender predict acute stress disorder risk. *Journal of Trauma and Acute Care Surgery*, 59(5), 1126-1130. <https://doi.org/10.1097/01.ta.0000196433.6142>

Holek J. (2021) *Daniela Dudová: Pečujeme o duševní zdraví našich zaměstnanců. Železničář*. <https://zeleznicar.cd.cz/zeleznicar/rozhovor/daniela-dudova--pecujme-o-dusevni-zdravi-nasich-zamestnancu/-28232/>

Horáková, M. (2020). Stres u profesionálních řidičů se zaměřením na řidiče autobusů, preventivní opatření a protistresové programy. *E-psycho-logie*, 14(1), 39-54. <https://doi.org/10.29364/epsy.365>

Horowitz, M. J. (1976). Diagnosis and treatment of stress response syndromes: General principles. In *Emergency and disaster management: A mental health sourcebook* (pp. 259-69).

Höschl, C., Libiger, J., & Švestka, J. (2004). *Psychiatrie*. Tigris.

Hours, M., Chossegros, L., Charnay, P., Tardy, H., Nhac-Vu, H. T., Boisson, D., ... & Laumon, B. (2013). Outcomes one year after a road accident: results from the ESPARR cohort. *Accident Analysis & Prevention*, 50, 92-102. <http://doi.org/10.1016/j.aap.2012.03.037>

Humpl, L. (2022, únor). Systém psychosociální intervenční služby v ČR. <https://www.zzsmk.cz/Default.aspx?clanek=20361>

HZS ČR (2014). *Sbírka interních aktů řízení generálního ředitele hasičského záchranného sboru České republik – Pokyn generálního ředitele Hasičského záchranného sboru ČR ze dne 25.8.2014, o psychologické službě Hasičského záchranného sboru České republiky*. HZS ČR.

Chmelík, J. (2009). *Dopravní nehody*. Vydavatelství a nakladatelství Aleš Čeněk.

Chossegros, L., Hours, M., Charnay, P., Bernard, M., Fort, E., Boisson, D., ... & Laumon, B. (2011). Predictive factors of chronic post-traumatic stress disorder 6 months after a road traffic accident. *Accident Analysis & Prevention*, 43(1), 471-477. <http://doi.org/10.1016/j.aap.2010.10.004>

Christie, N., Simmons, R., Sleney, J., & Bowyer, E. (2007). Evaluation of the development of support services for victims of road traffic incidents. Ministry of Justice.

Jakovljević, M., Brajković, L., Jakšić, N., Lončar, M., Aukst-Margetić, B., & Lasić D. (2012). Posttraumatic Stress Disorder (PTSD) from Different Perspectives: A Transdisciplinary Integrative Approach. *Psychiatria Danubina*, 24(3.), 246-255

Jakšić, N., Brajković, L., Ivezić, E., Topić, R., & Jakovljević, M. (2012). The role of personality traits in posttraumatic stress disorder (PTSD). *Psychiatria Danubina*, 24(3.), 256-266.

Jančok, M. (2018). *Psychologická péče o primární a sekundární oběti dopravních nehod*. [Závěrečná práce postgraduálního kurzu dopravní psychologie]. Univerzita Palackého v Olomouci.

Jarero, I. N. (2023). ASSYST treatment intervention procedures explanation. (PDF) ASSYST TREATMENT INTERVENTION PROCEDURES EXPLANATION (researchgate.net)

Jeavons, S., Greenwood, K. M., & de L. Horne, D. J. (2000). Accident cognitions and subsequent psychological trauma. *Journal of Traumatic Stress: Official Publication of The International Society for Traumatic Stress Studies*, 13(2), 359-365. [https://doi.org/ 10.1023/A:1007797904536](https://doi.org/10.1023/A:1007797904536)

Jones, R. W., & Peterson, L. W. (1993). Post-traumatic stress disorder in a child following an automobile accident. *Journal of Family Practice*, 36, 223-225.

Kamarádová, D., Praško, J., Bareš V. (2012). *Maminko, odpusť, že jsem se za tebe styděla*. *Psychiatrie pro praxi*, 13(3)

Kar, N. (2011). Cognitive behavioral therapy for the treatment of post-traumatic stress disorder: A review. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 7(1), 167-181. <https://doi.org/10.2147/NDT.S10389>

Kassam-Adams, N., & Winston, F. K. (2004). Predicting child PTSD: The relationship between acute stress disorder and PTSD in injured children. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 43(4), 403-411.

Katalog typových činností integrovaného záchranného systému, typová činnost složek IZS při společném zásahu, katalogový soubor, STČ 08/IZS. 2020.

Katalog typových činností integrovaného záchranného systému, typová činnost složek IZS při společném zásahu, katalogový soubor STČ 09/IZS. 2015.

Kaussner, Y., Kuraszkiewicz, A. M., Schoch, S., Markel, P., Hoffmann, S., Baur-Streubel, R., ... & Pauli, P. (2020). Treating patients with driving phobia by virtual reality exposure therapy—a pilot study. *PLoS One*, 15(1), e0226937. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0226937>

Keppel-Benson, J. M., Ollendick, T. H., & Benson, M. J. (2002). Post-traumatic stress in children following motor vehicle accidents. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 43(2), 203-212. <https://doi.org/10.1111/1469-7610.00013>

Kessler, R. C., Sonnega, A., Bromet, E., Hughes, M., & Nelson, C. B. (1995). Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, 52(12), 1048-1060.

Khodadadi-Hassankiadeh, N., Nayeri, N. D., Shahsavari, H., Yousefzadeh-Chabok, S., & Haghani, H. (2017). Predictors of post-traumatic stress disorder among victims of serious motor vehicle accidents. *International Journal of Community Based Nursing and Midwifery*, 5(4), 355-364.

Kliem, S., & Kröger, C. (2013). Prevention of chronic PTSD with early cognitive behavioral therapy. A meta-analysis using mixed-effects modeling. *Behaviour Research and Therapy*, 51(11), 753-761. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2013.08.005>

Koch, W. J. (2002). Post-traumatic stress disorder and pain following motor vehicle collisions. *British Columbia Medical Journal*, 44(6), 298-302.

Kořán, M. (1993). *Úloha psychologa při zvládání následků dopravních nehod*. [Závěrečná práce postgraduálního kurzu dopravní psychologie, FF UP Olomouc]. Univerzita Palackého v Olomouci.

Kořán, M. (2011). Stálá komise pro dopravní psychologii při Evropské federaci psychologických asociací – činnost a výhledy. *E-psychologie*, 5(1), 78-80.

Kořán, M. et al. (2007a). *Návrh komplexního systému péče o oběti dopravních nehod v České republice*. ČSODN.

Kořán, M. et al. (2007b). *Přehled systému péče o oběti dopravních nehod v evropských zemích*. ČSODN.

Kovacevic, J., Miskulin, M., Degmecic, D., Vcev, A., Leovic, D., Sisljagic, V., Simic, I., Palenkic, H., Vcev, I., & Miskulin, I. (2020). Predictors of mental health outcomes in road traffic accident survivors. *Journal of Clinical Medicine*, 9(2), 309. <https://doi.org/10.3390/jcm9020309>

Kratochvíl, S. (2006). *Základy psychoterapie*. Praha: Portál.

Kravciová, N. (2012). *Psychologická péče obětem dopravních nehod*. [Závěrečná práce postgraduálního kurzu dopravní psychologie, FF UP Olomouc]. Univerzita Palackého v Olomouci.

Kryl, M. (2009). *Komplexní léčba posttraumatické stresové poruchy*. Psychiatrie pro praxi

Krzystanek, M., Surma, S., Stokrocka, M., Romańczyk, M., Przybyło, J., Krzystanek, N., & Borkowski, M. (2021). Tips for effective implementation of virtual reality exposure therapy in phobias – A systematic review. *Frontiers in Psychiatry*, 12, 737351. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2021.737351>

Kubíčková, N. (2001). *Zármutek a pomoc pozostalým*. ISV nakladatelství.

Kuch, K., Cox, B. J., & Drenfeld, D. M. (1995). A brief self-rating scale for PTSD after road vehicle accident. *Journal of Anxiety Disorders*, 9(6), 503-514. [https://doi.org/10.1016/0887-6185\(95\)00029-N](https://doi.org/10.1016/0887-6185(95)00029-N)

Kuch, K., Cox, B. J., & Evans, R. J. (1996). Posttraumatic Stress Disorder and Motor Vehicle Accidents: A Multidisciplinary Overview. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 41(7), 429-434. <https://doi.org/10.1177/070674379604100707>

Kuch, K., Cox, B. J., Evans, R., & Shulman, I. (1994). Phobias, panic, and pain in 55 survivors of road vehicle accidents. *Journal of Anxiety Disorders*, 8(2), 181-187. [https://doi.org/10.1016/0887-6185\(94\)90015-9](https://doi.org/10.1016/0887-6185(94)90015-9)

Kuch, K., Swinson, R. P., & Kirby, M. (1985). Post-Traumatic Stress Disorder after Car Accidents. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 30(6), 426-427. <https://doi.org/10.1177/070674378503000610>

Kunst, M. J. J. (2011). Affective personality type, post-traumatic stress disorder symptom severity and post-traumatic growth in victims of violence. *Stress and Health*, 27(1), 42-51. <https://doi.org/10.1002/smi.1318>

Kunst, M. J. J., Bogaerts, S., & Winkel, F. W. (2011). Type D personality and posttraumatic stress disorder in victims of violence: A cross-sectional exploration. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 18(1), 13-22. <https://doi.org/10.1002/cpp.698>

Kupchik, M., Strous, R. D., Erez, R., Gonen, N., Weizman, A., & Spivak, B. (2007). Demographic and clinical characteristics of motor vehicle accident victims in the community general health outpatient clinic: a comparison of PTSD and non-PTSD subjects. *Depression and Anxiety*, 24(4), 244-250. <https://doi.org/10.1002/da.20189>

Kureckova, V., Gabrhel, V., Zamecnik, P., Rezac, P., Zaoral, A., & Hobl, J. (2017). First aid as an important traffic safety factor–evaluation of the experience–based training. *European Transport Research Review*, 9, 1-8.

Kurečková, V., Risser, R., Pokorná, A., & Trepáčová, M. (2021). The role of lay first aid providers – A complex psychological problem. *Traffic Forum*, 5(1), 99-107.

Kurečková, V., Řezáč, P., Trepáčová, M., & Zámečník, P. (2022). Lay first aid giving as a specific traumatic experience. *Psychologie pro praxi*, 55(2), 107-113.

Landolt, M. A., Vollrath, M., Ribi, K., Gnehm, H. E., & Sennhauser, F. H. (2003). Incidence and associations of parental and child posttraumatic stress symptoms in pediatric patients. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 44(8), 1199-1207.

Landolt, M. A., Vollrath, M., Timm, K., Gnehm, H. E., & Sennhauser, F. H. (2005). Predicting posttraumatic stress symptoms in children after road traffic accidents. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 44(12), 1276-1283. <https://doi.org/10.1097/01.chi.0000181045.13960.67>

Li, G., Braver, E. R., & Chen, L. H. (2003). Fragility versus excessive crash involvement as determinants of high death rates per vehicle-mile of travel among older drivers. *Accident Analysis & Prevention*, 35(2), 227-235. [https://doi.org/10.1016/s0001-4575\(01\)00107-5](https://doi.org/10.1016/s0001-4575(01)00107-5)

Lin, W., Gong, L., Xia, M., & Dai, W. (2018). Prevalence of posttraumatic stress disorder among road traffic accident survivors: A PRISMA-compliant meta-analysis. *Medicine*, 97(3). <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000009693>

Liu, Q., Zhu, J., & Zhang, W. (2022). The efficacy of mindfulness-based stress reduction intervention 3 for post-traumatic stress disorder (PTSD) symptoms in patients with PTSD: A meta-analysis of four randomized controlled trials. *Stress and Health*, 38(4), 626-636. <https://doi.org/10.1002/smi.3138>

Lowen, A. (2000). *Bioenergetika*. Praha: Portál.

Mackewn, J. (2004). *Gestalt psychoterapie. Moderní holistický přístup k psychoterapii*. Praha: Portál.

Maercker, A., Zöllner, T., Menning, H., Rabe, S., & Karl, A. (2006). Dresden PTSD treatment study: Randomized controlled trial of motor vehicle accident survivors. *BMC Psychiatry*, 6(1), 29. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-6-29>

Machin, M. A., & Hoare, P. N. (2008). The role of workload and driver coping styles in predicting bus drivers' need for recovery, positive and negative affect, and physical symptoms. *Anxiety, Stress, & Coping*, 21(4), 359-375. <https://doi.org/10.1080/10615800701766049>

Malikova, J., & Saari, S. (2009). (I98) Standing Committee on Crisis, Disaster, and Trauma Psychology: Goals within the European and Worldwide Network. *Prehospital and Disaster Medicine*, 24(S1), 137. <https://doi.org/10.1017/S1049023X00056557>

March, J. S., Amaya-Jackson, L., Murray, M. C., & Schulte, A. (1998). Cognitive-behavioral psychotherapy for children and adolescents with posttraumatic stress disorder after a single-incident stressor. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 37(6), 585-593. <https://doi.org/10.1097/00004583-199806000-00008>

Mather, F. J., Tate, R. L., & Hannan, T. J. (2003). Post-traumatic stress disorder in children following road traffic accidents: a comparison of those with and without mild traumatic brain injury. *Brain Injury*, 17(12), 1077-1087. <https://doi.org/10.1080/0269905031000114045>

Matoušková, I. (2013). *Aplikovaná forenzní psychologie*. Grada Publishing.

Matsuoka, Y., Nishi, D., Nakajima, S., Kim, Y., Homma, M., & Otomo, Y. (2008). Incidence and prediction of psychiatric morbidity after a motor vehicle accident in Japan: The Tachikawa Cohort of Motor Vehicle Accident Study. *Critical Care Medicine*, 36(1), 74-80. <https://doi.org/10.1097/01.CCM.0000291650.70816.D6>

Mavroudis, I., Ciobica, A., Luca, A. C., & Balmus, I. M. (2023). Post-Traumatic Headache: A Review of Prevalence, Clinical Features, Risk Factors, and Treatment Strategies. *Journal of Clinical Medicine*, 12(13), 4233. <https://doi.org/10.3390/jcm12134233>

Mayou, R. A., Ehlers, A., & Bryant, B. (2002). Posttraumatic stress disorder after motor vehicle accidents: 3-year follow-up of a prospective longitudinal study. *Behaviour Research and Therapy*, 40(6), 665-675. [https://doi.org/10.1016/s0005-7967\(01\)00069-9](https://doi.org/10.1016/s0005-7967(01)00069-9)

Mayou, R. A., Ehlers, A., & Hobbs, M. (2000). Psychological debriefing for road traffic accident victims: Three-year follow-up of a randomised controlled trial. *The British Journal of Psychiatry*, 176(6), 589-593. <https://doi.org/10.1192/bjp.176.6.589>

Mayou, R., & Bryant, B. (2001). Outcome in consecutive emergency department attenders following a road traffic accident. *The British Journal of Psychiatry*, 179(6), 528-534. <https://doi.org/10.1192/bjp.179.6.528>

Mayou, R., Bryant, B., & Duthie, R. (1993). Psychiatric consequences of road traffic accidents. *British Medical Journal*, 307(6905), 647-651. <https://doi.org/10.1136/bmj.307.6905.647>

McCaffrey, R. J., & Fairbank, J. A. (1985). Behavioral assessment and treatment of accident-related posttraumatic stress disorder: Two case studies. *Behavior Therapy*, 16(4), 406-416. [https://doi.org/10.1016/S0005-7894\(85\)80007-1](https://doi.org/10.1016/S0005-7894(85)80007-1)

McDermott, B. M., & Cvitanovich, A. (2000). Posttraumatic stress disorder and emotional problems in children following motor vehicle accidents: an extended case series. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 34(3), 446-452. <https://doi.org/10.1080/j.1440-1614.2000.00753.x>

McNally, R. J. (2003). Psychological mechanisms in acute response to trauma. *Biological Psychiatry*, 53(9), 779-788.

McNally, R. J., Bryant, R. A., & Ehlers, A. (2003). Does early psychological intervention promote recovery from posttraumatic stress?. *Psychological Science in the Public Interest*, 4(2), 45-79. <https://doi.org/10.1111/1529-1006.01421>

Mellman, T. A., Bustamante, V., & Fins, A. I. (2002). Hypnotic medication in the aftermath of trauma. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 63(12), 8400.

Mellman, T. A., Byers, P. M., & Augenstein, J. S. (1998). Pilot evaluation of hypnotic medication during acute traumatic stress response. *Journal of Traumatic Stress: Official Publication of The International Society for Traumatic Stress Studies*, 11(3), 563-569.

Mendelsohn, M., Zachary, R. S., & Harney, P. A. (2007). Group therapy as an ecological bridge to new community for trauma survivors. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, 14(1-2), 227-243. https://doi.org/10.1300/J146v14n01_12

Meron, G., Frantz, O., Sterz, F., Müllner, M., Kaff, A., & Laggner, A. N. (1996). Analysing calls by lay persons reporting cardiac arrest. *Resuscitation*, 32(1), 23-26. [https://doi.org/10.1016/0300-9572\(96\)00963-X](https://doi.org/10.1016/0300-9572(96)00963-X)

Meyer, C., & Steil, R. (1998). Posttraumatic stress disorder after motor vehicle accidents. *Der Unfallchirurg*, 101(12), 878-893. <http://doi.org/10.1007/s001130050354>

Mikšík, O. (1974). *Osobnost řidiče a bezpečnost silničního provozu. Psychologická a fyziologická způsobilost pro řízení motorových vozidel*. ČSVTS.

Mikulík J. (2011, říjen). *Úloha a poslání hloubkové analýzy dopravních nehod*. Přednáška na mezinárodní konferenci v Kongresovém centru BVV Brno.

Mirza, K. A. H., Bhadrinath, B. R., Goodyer, I. M., & Gilmour, C. (1998). Post-traumatic stress disorder in children and adolescents following road traffic accidents. *The British Journal of Psychiatry*, 172(5), 443-447.

Mitchell, J. T., & Everly Jr, G. S. (1995). Critical incident stress debriefing (CISD) and the prevention of work-related traumatic stress among high risk occupational groups. In *Psychotraumatology: Key papers and core concepts in post-traumatic stress* (pp. 267-280). Springer US.

Mitchell, J. T., & Everly Jr, G. S. (2000). Critical incident stress management and critical incident stress debriefings: Evolutions, effects and outcomes. In B. Raphael & J. P. Wilson (Eds.), *Psychological debriefing: Theory, practice and evidence* (pp. 71-90). Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1017/CBO9780511570148.006>

Muldoon, O. T. (2003). Perceptions of stressful life events in Northern Irish school children: A longitudinal study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 44(2), 193-201. <https://doi.org/10.1111/1469-7610.00113>

Müller, M. U. (2008). Notfall im Ohrensessel. *Der Spiegel*, 15(152).

MV ČR. (2002). *Terénní příručka pro pracovníky psychosociálních a humanitárních služeb*. MV ČR.

National Institute of Mental Health. (2002). Mental health and mass violence: Evidence-based early psychological intervention for victims/survivors of mass violence: A workshop to reach consensus on

best practices (No. 2). National Institute of Mental Health. U.S. Government Printing Office.

Němcová, M. (2002). *Úvod do satiterapie*. Praha: Ateliér satiterapie.

Neusarová, J (2009). Dopravní nehodosvosť a její následky na životy zasazených lidí. Prevence úrazů, otrav a násilí. *Zdravotně sociální fakulta Jihočeské univerzity v Č. Budějovicích*, 2, 179-184.

Neusarová, J. (2009). *Poradenství a osvěť v rámci problematiky dopravních nehod*. [Dizertační práce]. Praha

Neusarová, J. (Ed.). (2020). *ABC poškozených a pozůstalých po obětech dopravních nehod*. ČSODN, Platforma VIZE 0, Autoklub ČR.

Neusarová, J., & Kučerová, M. (2009). *Standardy psychosociální pomoci Českého sdružení obětí dopravních nehod – Interní materiál organizace*. ČSODN.

Nichtburgerová, D. (2012). *Psychologická péče o účastníky dopravní nehody a blízké osoby*. [Závěrečná práce postgraduálního kurzu Dopravní psychologie, FF UP Olomouc]. Univerzita Palackého v Olomouci.

Nishi, D., Matsuoka, Y., & Kim, Y. (2010). Posttraumatic growth, posttraumatic stress disorder and resilience of motor vehicle accident survivors. *BioPsychoSocial Medicine*, 4(1), 7. <https://doi.org/10.1186/1751-0759-4-7>

Norcross, J. C. , & Prochaska, J. O. (1999). *Psychoterapeutické systémy: průřez teoriemi*. Praha: Grada.

O'Donnell, M. L., Creamer, M., & Pattison, P. (2004). Posttraumatic stress disorder and depression following trauma: understanding comorbidity. *American Journal of Psychiatry*, 161(8), 1390-1396. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.161.8.1390>

Olf, M., Langeland, W., Draijer, N., & Gersons, B. P. R. (2007). Gender differences in posttraumatic stress disorder. *Psychological Bulletin*, 133(2), 183–204. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.133.2.183>

Olofsson, E., Bunketorp, O., & Andersson, A.-L. (2009). Children and adolescents injured in traffic – associated psychological consequences: A literature review. *Acta Paediatrica*, 98(1), 17–22. <https://doi.org/10.1111/j.1651-2227.2008.00998.x>

Orel, M. (2012). *Psychopatologie: Nauka o nemocech duše*. Grada.

Ostrow, L. S. (1996). Critical incident stress management: Is it worth it? *JEMS: A Journal of Emergency Medical Services*, 21(8), 28–32, 34, 36.

Ougrin, D. (2011). Efficacy of exposure versus cognitive therapy in anxiety disorders: Systematic review and meta-analysis. *BMC Psychiatry*, 11(1), 200. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-11-200>

Ozer, E. J., Best, S. R., Lipsey, T. L., & Weiss, D. S. (2003). Predictors of posttraumatic stress disorder and symptoms in adults: a meta-analysis. *Psychological bulletin*, 129(1), 52. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.129.1.52>

Palán, Z. (2002). *Výkladový slovník – Lidské zdroje*. Academia.

Pančochová, S., Polášek, R., & Tylová, M. (2016). *Karty pro komunikaci s neslyšícími u mimořádných událostí, metodická příručka*. Hasičský záchranný sbor České republiky.

Papadakaki, M., Ferraro, O. E., Orsi, C., Otte, D., Tzamalouka, G., Vonder-Geest, M., ... & Chliaoutakis, J. (2017). Psychological distress and physical disability in patients sustaining severe injuries in road traffic crashes: Results from a one-year cohort study from three European countries. *Injury*, 48(2), 297–306. <https://doi.org/10.1016/j.injury.2016.11.011>

Park, M. J., Kim, D. J., Lee, U., Na, E. J., & Jeon, H. J. (2019). A literature overview of virtual reality (VR) in treatment of psychiatric disorders: recent advances and limitations. *Frontiers in Psychiatry*, 10, 505. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2019.00505>

Perquin, L., Pessa, A. (n.d.). *Pessa Boyden System Psychomotor Therapy*. Specializace v psychoterapii. <http://www.pbsp.cz/texty/txtprq1.htm>

Pessa, A. (1990). *Moving Psychotherapy: Theory and Application of Pessa System/Psychomotor Therapy*. Brookline Books.

Pessa, A. (1997). *Pessa Boyden System Psychomotor*. In Caldwell, Ch. (Ed.) *Getting in Touch: A Guide to Body-Centered Therapies*. Wheaton. Theosophical Publishing House.

Pires, T. S. F., & Maia, Â. D. C. (2013). Posttraumatic stress disorder among serious motor vehicle accident victims: analysis of predictors. *Archives of Clinical Psychiatry (São Paulo)*, 40, 211-214. <https://doi.org/10.1590/S0101-60832013000600001>

Pokorný, B., Harvanková, K., Žižkovská, D., Štorová, I., Janeba, F., & Štverka, I. (2022). *Mapování pracovní schopnosti pro Dopravní podnik města Brna, a. s.* Age Manangement.

Polders, E., Brijs, T., Papadimitriou, E., Yannis, G., Leopold, F., Durso, C., Diamandouros, K., & Vlahogianni, E. (2015). ElderSafe – Risks and countermeasures for road traffic of elderly in Europe. European Commission.

Police České republiky (2023a). *INFORMACE o nehodovosti na pozemních komunikacích v České republice v roce 2022*. file:///C:/Users/Sulikova/Downloads/Informace_o_nehodovosti_-_prosinec_2022.pdf

Police České republiky (2023b). *Psychologické dopady trestných činů*. <https://www.policie.cz/clanek/psychologicke-dopady-trestneho-cinu.aspx>

Polsterová, M. (2005). *Gestalt terapie: vývoj a využití*. In Zeig, J. *Umění psychoterapie*. Praha: Portál.

Ponniah, K., & Hollon, S. D. (2009). Empirically supported psychological treatments for adult acute stress disorder and posttraumatic stress disorder: A review. *Depression and Anxiety*, 26(12), 1086-1109. <https://doi.org/10.1002/da.20635>

Příručka Fitness to drive standard and fitness to drive plus. (2020). Schuhfried GmbH.

Psychological First Aid: Field Operations Guide (2006, červenec) www.nctsn.org, www.ncptsd.va.gov

Raboch, J., & Zvolský, P. (Eds). (2001). *Psychiatrie*. Galén.

Ranse, J., & Burke, B. (2015). Exploring the volunteer first aider's experience post-resuscitation. *Australasian Journal of Paramedicine*, 4(3), 1-10. <http://dx.doi.org/10.33151/ajp.4.3.380>

Rauch, S. L. (2005). A Descriptive Study on the Differences between Body Psychotherapists and traditional Counselors. (doctoral Dissertation). Charlotte: University of North Carolina.

Reddemann, L. (2009). *Léčivá síla imaginace*. Praha: Portál.

Riegel, B., Mosesso, V. N., Birnbaum, A., Bosken, L., Evans, L. M., Feeny, D., ... & PAD Investigators. (2006). Stress reactions and perceived difficulties of lay responders to a medical emergency. *Resuscitation*, 70(1), 98-106.

Rigoli, M., & Kristensen, C. (2014). Virtual Reality exposure for PTSD (Post-Traumatic Stress Disorder): A systematic review Virtual Reality PTSD. *Psychology Research*, 4(1), 1-10. <https://doi.org/10.17265/2159-5542/2014.01.001>

Rizzo, A. S., Hartholt, A., & Mozgai, S. (2021). From combat to COVID-19 - Managing the impact of trauma using Virtual Reality. *Journal of Technology in Human Services*, 39(3), 314-347. <https://doi.org/10.1080/15228835.2021.1915931>

Roberts D Clin Psy, N. P., Kitchiner, N. J., Kenardy, J., & Bisson, J. I. (2009). Systematic review and meta-analysis of multiple-session early interventions following traumatic events. *American Journal of Psychiatry*, 166(3), 293-301. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2008.08040590>

Rose, S. C., Bisson, J., Churchill, R., Wessely, S., & Cochrane Common Mental Disorders Group. (1996). Psychological debriefing for preventing post traumatic stress disorder (PTSD). *Cochrane Database of Systematic reviews*, 2010(1). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD000560>

Rosenbloom, S. (2006). Is the driving experience of older women changing? Safety and mobility consequences over time. *Transportation Research Record*, 1956(1), 127-132. <http://doi.org/10.3141/1956-16>

Rothbaum, B. O., Kearns, M. C., Price, M., Malcoun, E., Davis, M., Ressler, K. J., ... & Houry, D. (2012). Early intervention may prevent the development of posttraumatic stress disorder: a randomized pilot civilian study with modified prolonged exposure. *Biological psychiatry*, 72(11), 957-963. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2012.06.002>

Ruzek, J. I., Brymer, M. J., Jacobs, A. K., Layne, C. M., Vernberg, E. M., & Watson, P. J. (2007). Psychological first aid. *Journal of Mental Health Counseling*, 29(1), 17-49.

Saltzman, W. R., Pynoos, R. S., Layne, C. M., Steinberg, A. M., & Aisenberg, E. (2001). Trauma- and grief-focused intervention for adolescents exposed to community violence: Results of a school-based screening and group treatment protocol. *Group Dynamics: Theory, Research, and Practice*, 5(4), 291-303. <https://doi.org/10.1037/1089-2699.5.4.291>

Scelles, C., & Bulnes, L. C. (2021). EMDR as treatment option for conditions other than PTSD: A systematic review. *Frontiers in Psychology*, 12, 644369. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.644369>

Seidler, G. H., & Wagner, F. E. (2006). Comparing the efficacy of EMDR and trauma-focused cognitive-behavioral therapy in the treatment of PTSD: A meta-analytic study. *Psychological medicine*, 36(11), 1515-1522. <https://doi.org/10.1017/S0033291706007963>

Shakespeare-Finch, J., & Lurie-Beck, J. (2014). A meta-analytic clarification of the relationship between posttraumatic growth and symptoms of posttraumatic distress disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 28(2), 223-229. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2013.10.005>

Shalev, A. Y., Ankri, Y., Israeli-Shalev, Y., Peleg, T., Adessky, R., & Freedman, S. (2012). Prevention of posttraumatic stress disorder by early treatment: Results from the Jerusalem Trauma Outreach And Prevention study. *Archives of General Psychiatry*, 69(2), 166-176. <https://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2011.127>

Shapiro, F. (2014). The Role of Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) therapy in medicine: addressing the psychological and physical symptoms stemming from adverse life experience. *Perm. J.* 18, 71–77. doi: 10.7812/TPP/13-098

Shapiro, F., Kaslow, F. W., & Maxfield, L. (2007). *Handbook of EMDR and family therapy processes* (s. xxxiii, 470). John Wiley & Sons Inc.

Shapiro, F., & Solomon, R. M. (2010). *Eye movement desensitization and reprocessing. Encyclopedia of Psychotherapy*. <https://doi.org/10.1002/9780470479216.corpsy0337>

Schäfer, I., Barkmann, C., Riedesser, P., & Schulte-Markwort, M. (2006). Posttraumatic syndromes in children and adolescents after road traffic accidents—a prospective cohort study. *Psychopathology*, 39(4), 159-164. <https://doi.org/10.1159/000092676>

Schauer, M., Neuner, F., Elbert, T. (2014). *Naratívna expozičná terapia*. Neografia.

Schwartz, D., Barkowski, S., Strauss, B., Knaevelsrud, C., & Rosendahl, J. (2019). Efficacy of group psychotherapy for posttraumatic stress disorder: Systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Psychotherapy Research*, 29(4), 415-431. <https://doi.org/10.1080/10503307.2017.1405168>

Sijbrandij, M., Olf, M., Reitsma, J. B., Carlier, I. V., de Vries, M. H., & Gersons, B. P. (2007). Treatment of acute posttraumatic stress disorder with brief cognitive behavioral therapy: a randomized controlled trial. *American Journal of Psychiatry*, 164(1), 82-90. <https://doi.org/10.1176/ajp.2007.164.1.82>

Singh, H., Awayz, H., & Murali, T. (2017). An Unusual Case of Phobia: Hodophobia. *International Journal of Indian Psychology*, 4(2), 79-81. – původní citace Singh, D. H., & Awayz, H. (b.r.). An Unusual Case of Phobia: Hodophobia

Siren, A., & Hakamies-Blomqvist, L. (2006). Does gendered driving create gendered mobility? Community-related mobility in Finnish women and men aged 65+. *Transportation Research Part F: Traffic Psychology and Behaviour*, 9(5), 374-382. <http://doi.org/10.1016/j.trf.2006.06.010>

Siřínek, J. (n.d.). *PBSP-úvodní text, určený zájemcům o metodu*. <http://www.pbsp.cz/texty/txtsir1.htm>

Skilbeck, L., & Spanton, C. (2020). Primary care community engagement–delivery of an enhanced and brief homogeneous group TF-CBT intervention for trauma from a single-incident road traffic accident: a case study. *The Cognitive Behaviour Therapist*, 13, e21. <https://doi.org/10.1017/S1754470X20000227>

Skora, J., & Riegel, B. (2001). Thoughts, feelings, and motivations of bystanders who attempt to resuscitate a stranger: a pilot study. *American Journal of Critical Care*, 10(6), 408.

Smith, W. L. E. (2007). *Tělo v psychoterapii*. Praha: Portál.

Smolová, M. (2022). *Úzkost u vodičů po dopravní nehodě a možnosti psychologické intervence* [Závěrečná práce postgraduálního kurzu dopravní psychologie]. Univerzita Palackého v Olomouci.

Solomon, S., Laor, N., & McFarlane, A. (1996). Acute posttraumatic reactions in soldiers and civilians. In B. A. Van der Kolk, A. C. McFarlane, & L. Weisa-eth (Eds.), *Traumatic stress: The effects of overwhelming experience on mind, body and society* (pp. 102-114). New York: Guilford Press

Söndergaard, H. P., & Elofsson, U. (2008). Psychophysiological studies of EMDR. *J. EMDR Pract. Res.* 2, 282–288. doi: 10.1891/1933-3196.2.4.282

Spiegel, D., & Classen, C. (1995). Acute stress disorder. In. G. O. Gabbard (Ed.), *Treatments of psychiatric disorders* (pp. 1521-1535). American Psychiatric Press.

Stallard, P., Salter, E., & Velleman, R. (2004). Posttraumatic stress disorder following road traffic accidents. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 13(3). <https://doi.org/10.1007/s00787-004-0399-6>

Stallard, P., Velleman, R., & Baldwin, S. (1998). Prospective study of post-traumatic stress disorder in children involved in road traffic accidents. *Bmj*, 317(7173), 1619-1623. <https://doi.org/10.1136/bmj.317.7173.1619>

Stallard, P., Velleman, R., & Baldwin, S. (1999). Psychological screening of children for post-traumatic stress disorder. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 40(7), 1075-1082. <https://doi.org/10.1111/1469-7610.00525>

Stallard, P., Velleman, R., Salter, E., Howse, I., Yule, W., & Taylor, G. (2006). A randomised controlled trial to determine the effectiveness of an early psychological intervention with children involved in road traffic accidents. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 47(2), 127-134. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2005.01459.x>

Stein, D. J., Karam, E. G., Shahly, V., Hill, E. D., King, A., Petukhova, M., ... & Kessler, R. C. (2016). Post-traumatic stress disorder associated with life-threatening motor vehicle collisions in the WHO World Mental Health Surveys. *BMC psychiatry*, 16(1), 1-14. <https://doi.org/10.1186/s12888-016-0957-8>

Stephens, A. N., Collette, B., Hidalgo-Munoz, A., Fort, A., Evennou, M., & Jallais, C. (2020). The impacts of anxiety over driving on self-reported driving avoidance, work performance and quality of life. *Journal of Transport & Health*, 19, 100929. <https://doi.org/10.1016/j.jth.2020.100929>

Stephens, J. (2021). Treating post-accident vehophobia – The fear of driving. – stránku nelze dohledat <https://www.stephenslaw.com/blog/treating-post-accident-vehophobia-the-fear-of-driving/>

Suresh, C., Nyemeesha, V., Ravikanth, M., Regatte, S. R., & Vesangi, S. (2022, December). An Interactive Application for Detection and Treatment of Phobias Using Virtual Reality and Machine Learning. In *2022 International Conference on Recent Trends in Microelectronics, Automation, Computing and Communications Systems (ICMACC)* (pp. 281-287). IEEE. <https://doi.org/10.1109/ICMACC54824.2022.10093580>

Systém psychosociální intervenční služby (n.d). *První psychická pomoc sekundárně zasaženým SPIS*. <https://spis.cz/prvni-psychicka-pomoc-sekunderne-zasazenym/>

Szoke, D., Putnam, A., & Hazlett-Stevens, H. (2022). Mindfulness-based interventions for traumatic stress. *Biopsychosocial Factors of Stress, and Mindfulness for Stress Reduction* (pp. 177-200). Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-030-81245-4_8

Špatenková, N. (Ed.). (2017). *Krizová intervence pro praxi*. Grada.

Šucha M., Rehnová V., Kořán M., & Černochová D. (2013). *Dopravní psychologie pro praxi. Výběr, výcvik, rehabilitace řidičů*. Grada.

Šulc, J., Grametzbauerová, Z., & Kořán, M. (1977). *Komplexní analýza závažných dopravních nehod přímo na místě*. [Závěrečná zpráva výzkumného úkolu P-13-127-203-01/E 02]. Výzkumný ústav dopravní, Praha.

Tarrier, N., Sommerfield, C., Reynolds, M., & Pilgrim, H. (1999). Symptom self-monitoring in the treatment of posttraumatic stress disorder. *Behavior Therapy*, 30(4), 597-605.

Taylor, S., & Koch, W. J. (1995). Anxiety disorders due to motor vehicle accidents: Nature and treatment. *Clinical Psychology Review*, 15(8), 721-738. [https://doi.org/10.1016/0272-7358\(95\)00043-7](https://doi.org/10.1016/0272-7358(95)00043-7)

Taylor, S., Fedoroff, I. C., Koch, W. J., Thordarson, D. S., Fecteau, G., & Nicki, R. M. (2001). Posttraumatic stress disorder arising after road traffic collisions: Patterns of response to cognitive-behavior therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69(3), 541-551.

Tedeschi, R. G., & Calhoun, L. G. (1996). The Posttraumatic Growth Inventory: Measuring the positive legacy of trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 9(3), 455-471. <https://doi.org/10.1007/BF02103658>

Tedeschi, R. G., & Calhoun, L. G. (2003). Routes to posttraumatic growth through cognitive processing. In D. Paton, J. M. Violanti, & L. M. Smith (Eds.), *Promoting capabilities to manage posttraumatic stress: Perspectives on resilience* (pp. 12-26). Charles C Thomas Publisher.

Tedeschi, R. G., & Calhoun, L. G. (2004). "Posttraumatic growth: conceptual foundations and empirical evidence". *Psychological inquiry*, 15(1), 1-18. https://doi.org/10.1207/s15327965pli1501_01

Terr, L. (1988). What happens to the memories of early childhood trauma. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 27(1), 96-104.

Terr, L. C. (2003). Childhood traumas: An outline and overview. *Focus*, 1(3), 322-334. <https://doi.org/10.1176/foc.1.3.322>

Tessler, J., & Horn, L. J. (2023, leden). *Posttraumatic Headache*. StatPearls Treasure Island. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK556134/>

Thomassen, Å. G., Hystad, S. W., Johnsen, B. H., Johnsen, G. E., & Bartone, P. T. (2018). The effect of hardiness on PTSD symptoms: A prospective mediational approach. *Military Psychology, 30*(2), 142-151. <https://doi.org/10.1080/08995605.2018.1425065>

Thompson, A., McArdle, P., & Dunne, F. (1993). Psychiatric consequences of road traffic accidents. Children may be seriously affected. *BMJ: British Medical Journal, 307*(6914), 1282-1283.

Tolin, D. F., & Foa, E. B. (2008). Sex differences in trauma and posttraumatic stress disorder: A quantitative review of 25 years of research. *Psychological Bulletin, 132*(6), 959-992. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.132.6.959>

Tomešová, L., Tecl, J., Daňková, A., (2022). *Metodika Ocenění negativních externalit z dopravních nehod za rok 2021*. Centrum dopravního výzkumu, v. v. i. - nepublikováno

Trappey, A., Trappey, C. V., Chang, C. M., Tsai, M. C., Kuo, R. R., & Lin, A. P. (2020). Virtual reality exposure therapy for driving phobia disorder (2): System refinement and verification. *Applied Sciences, 11*(1), 347. <https://doi.org/10.3390/app11010347>

Turner, A. L. (2000). Group treatment of trauma survivors following a fatal bus accident: Integrating theory and practice. *Group dynamics: Theory, research, and practice, 4*(2), 139-149. <https://doi.org/10.1037/1089-2699.4.2.139>

Turpin, G., Downs, M., & Mason, S. (2005). Effectiveness of providing self-help information following acute traumatic injury: Randomised controlled trial. *The British Journal of Psychiatry, 187*(1), 76-82. <https://doi.org/10.1192/bjp.187.1.76>

Uherník, J. A., & Husson, M. A. (2009). Psychological first aid: An evidence informed approach for acute disaster behavioral health response. *Compelling counseling interventions: VISTAS*, 200(9), 271-280.

Ursano, R. J., Fullerton, C. S., Epstein, R. S., Crowley, B., Kao, T. C., Vancce, K., Craig, K. J., Dougall, A. L., & Baum, A. (1999). Acute and chronic posttraumatic stress disorder in motor vehicle accident victims. *American Journal of Psychiatry*, 156(4), 589-595. <https://doi.org/10.1176/ajp.156.4.589>

Useche, S. A., Cendales, B., Montoro, L., & Esteban, C. (2018). Work stress and health problems of professional drivers: a hazardous formula for their safety outcomes. *PeerJ*, 6, e6249. <https://doi.org/10.7717/peerj.6249>

Vágnerová, M. (2004). *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Portál.

Van der Kolk, B. A., & Fisler, R. (1995). Dissociation and the fragmentary nature of traumatic memories: Overview and exploratory study. *Journal of traumatic stress*, 8, 505-525. <https://doi.org/10.1007/BF02102887>.

Van Emmerik, A. A., Kamphuis, J. H., Hulsbosch, A. M., & Emmelkamp, P. M. (2002). Single session debriefing after psychological trauma: A meta-analysis. *The Lancet*, 360(9335), 766-771.

van Meijel, E. P., Gigengack, M. R., Verlinden, E., van der Steeg, A. F., Goslings, J. C., Bloemers, F. W., ... & Lindauer, R. J. (2019). Long-term posttraumatic stress following accidental injury in children and adolescents: results of a 2-4-year follow-up study. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 26, 597-607. <https://doi.org/10.1007/s10880-019-09615-5>

Vašina, Lubomír. *Sanoterapie*. 1. vyd. Brno: Vydavatelství MU, 1999.

Veteška, J. (2016). *Přehled andragogiky. Úvod do studia vzdělávání a učení se dospělých*. Portál.

Victim Support Europe. (2014). *Handbook for Implementation of Legislation and Best Practices for Victims of Crime in Europe*. Victim Support Europe.

Vodáčková, D. (Ed.). (2002). *Krizová intervence: Krize v životě člověka, formy krizové pomoci a služeb*. Portál.

Vojtová, H., Hašto, J. (2012). *Posttraumatická stresová porucha*. Vydavatelstvo F.

Vondráčková L. (2022a). *Analýza focus groups z oblasti psychologické ponehodo­vé péče*. Centrum dopravního výzkumu, v. v. i. – nepublikováno

Vondráčková L. (2022b). *Průzkum prevalence ponehodo­vých jevů v populaci České republiky*. Centrum dopravního výzkumu, v. v. i. - nepublikováno

Vybíral, Z., & Roubal, J. (2010). *Současná psychoterapie*. Portál.

Vymětal, J. a kol. (2000). *Speciální psychoterapie. Úzkost a strach*. Praha: Psychoanalytické nakladatelství.

Vymětal, Š., Voska, V., Toman, O., Jungwirthová, J., & Urban, K. (2010). *Možnosti psychologické podpory v Policii ČR*. Themis. – nutno zkontrolovat správnost citace v textu knihy

Walshe, D. G., Lewis, E. J., Kim, S. I., O'Sullivan, K., & Wiederhold, B. K. (2003). Exploring the use of computer games and virtual reality in exposure therapy for fear of driving following a motor vehicle accident. *CyberPsychology & Behavior*, 6(3), 329-334. <https://doi.org/10.1089/109493103322011641>

Walshe, D., Lewis, E., O'Sullivan, K., & Kim, S. (2005). Virtually Driving: Are the Driving Environments „Real Enough” for Exposure Therapy with Accident Victims? An Explorative Study. *Cyberpsychology & behavior: the impact of the Internet, multimedia and virtual reality on behavior and society*, 8, 532–537. <https://doi.org/10.1089/cpb.2005.8.532>

Wampold, B. E., Minami, T., Baskin, T. W., & Tierney, S. C. (2002). A meta-(re) analysis of the effects of cognitive therapy versus 'other therapies' for depression. *Journal of affective disorders*, 68(2-3), 159-165.

Wang, X., Lan, C., Chen, J., Wang, W., Zhang, H., & Li, L. (2015). Creative arts program as an intervention for PTSD: a randomized clinical trial with motor vehicle accident survivors. *International journal of clinical and experimental medicine*, 8(8), 13585-13591.

Wang, Y., Chung, M. C., Wang, N., Yu, X., & Kenardy, J. (2021). Social support and posttraumatic stress disorder: A meta-analysis of longitudinal studies. *Clinical psychology review*, 85, 101998 <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2021.101998>

Whetstone, J. P., Cernovsky, Z., Tenenbaum, S., Poggi, G., Sidhu, A., Istasy, M., & Dreer, M. (2020). Validation of James Whetstone's Measure of Amaxophobia. *Archives of Psychiatry and Behavioral Sciences*, 3(1), 23-33.

Wiederhold, B. K., & Bouchard, S. (2014). Virtual Reality for posttraumatic stress disorder. In B. K. Wiederhold & S. Bouchard (Ed.), *Advances in Virtual Reality and Anxiety Disorders* (s. 211-233). Springer US. https://doi.org/10.1007/978-1-4899-8023-6_10

Wiederhold, B. K., & Wiederhold, M. D. (2010). Virtual reality treatment of posttraumatic stress disorder due to motor vehicle accident. *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking*, 13(1), 21-27. <https://doi.org/10.1089/cyber.2009.0394>

Winston, F. K., Kassam-Adams, N., Vivarelli-O'Neill, C., Ford, J., Newman, E., Baxt, C., ... & Cnaan, A. (2002). Acute stress disorder symptoms in children and their parents after pediatric traffic injury. *Pediatrics*, 109(6), e90-e90. <https://doi.org/10.1542/peds.109.6.e90>

Wolpe, J. (1962). Isolation of a conditioning procedure as the crucial psychotherapeutic factor: A case study. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 134(4), 316-329. <https://doi.org/10.1097/00005053-196204000-00003>

World Health Organization (1. ledna 2023). ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics (ICD-11 MMS). <https://icd.who.int/browse11/l-m/en#/http://id.who.int/icd/entity/505909942>

Wrenger, M., Lange, C., Langer, M., Heuft, G., & Burgmer, M. (2008). Psychiatric disorders after an accident: Predictors and the influence of the psychiatric condition prior to an accident. *European Psychiatry*, 23(6), 434-440. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2008.02.001>

Wu, K. K., Li, F. W., & Cho, V. W. (2014). A randomized controlled trial of the effectiveness of brief-CBT for patients with symptoms of post-traumatic stress following a motor vehicle crash. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 42(1), 31-47. <https://doi.org/10.1017/S1352465812000859>

Yohannes, K., Gebeyehu, A., Adera, T., Ayano, G., & Fekadu, W. (2018). Prevalence and correlates of post-traumatic stress disorder among survivors of road traffic accidents in Ethiopia. *International Journal of Mental Health Systems*, 12, 1-8. <https://doi.org/10.1186/s13033-018-0229-8>

Young, B. H., Ford, J. D., Ruzek, J. I., Friedman, M. J., & Gusman, F. D. (1998). *Disaster mental health services: A guidebook for clinicians and administrators*. National Center for Post-Traumatic Stress Disorder.

Zink, K. A., & McCain, G. C. (2003). Post-traumatic stress disorder in children and adolescents with motor vehicle-related injuries. *Journal for Specialists in Pediatric Nursing*, 8(3), 99-106. <https://doi.org/10.1111/j.1088-145x.2003.00099.x>

Zinzow, H. M., Brooks, J. O., Rosopa, P. J., Jeffirs, S., Jenkins, C., Seeanner, J., McKeeman, A., & Hodges, L. F. (2018). Virtual reality and cognitive-behavioral therapy for driving anxiety and aggression in veterans: A pilot study. *Cognitive and Behavioral Practice*, 25(2), 296-309. <https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2017.09.002>

Zoellner, T., Rabe, S., Karl, A., & Maercker, A. (2008). Posttraumatic growth in accident survivors: Openness and optimism as predictors of its constructive or illusory sides. *Journal of Clinical Psychology*, 64(3), 245-263. <https://doi.org/10.1002/jclp.20441>

Zoellner, T., Rabe, S., Karl, A., & Maercker, A. (2011). Post-traumatic growth as outcome of a cognitive-behavioural therapy trial for motor vehicle accident survivors with PTSD. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 84(2), 201-213. <https://doi.org/10.1348/147608310X520157>

Zohar, J., Yahalom, H., Kozlovsky, N., Cwikel-Hamzany, S., Matar, M. A., Kaplan, Z., Yehuda, R., & Cohen, H. (2011). High dose hydrocortisone immediately after trauma may alter the trajectory of PTSD: Interplay between clinical and animal studies. *European Neuropsychopharmacology*, 21(11), 796-809. <https://doi.org/10.1016/j.euroneuro.2011.06.001>

Vyhlášky a zákony

Vyhláška 241/2000 Sb.

Vyhláška č. 75/2016 Sb., kterou se mění vyhláška Ministerstva dopravy a spojů č. 31/2001 Sb., o řidičských průkazech a o registru řidičů. 9.3.2016. Dostupné online. ISSN 1211-1244 ve znění pozdějších předpisů.

Vyhláška Ministerstva dopravy č. 101/1995 Sb., kterou se vydává Řád pro zdravotní a odbornou způsobilost osob při provozování dráhy a drážní dopravy. 27.5.1995. Dostupné online. ISSN 1211-1244 Ve znění pozdějších předpisů.

Zákon č. 133/1985 Sb.

Zákon č. 239/2000 Sb., o integrovaném záchranném sboru a o změně některých zákonů

Zákon č. 247/2000 Sb.

Zákon č. 247/2000 Sb., o získávání a zdokonalování odborné způsobilosti k řízení motorových vozidel a o změnách některých zákonů. 30.6.2000. Dostupné online. ISSN 1211-1244 Ve znění pozdějších předpisů.

Zákon č. 250/2000 Sb.

Zákon č. 273/2008 Sb.

Zákon č. 320/2015 Sb.

Zákon č. 361/2000 Sb., o provozu na pozemních komunikacích a o změnách některých zákonů (zákon o silničním provozu). In: Sbírka zákonů. 14.9.2000. Dostupné online. ISSN 1211-1244 Ve znění pozdějších předpisů.

Zákon č. 361/2003 Sb., o služebním poměru příslušníků bezpečnostních sborů, ve znění pozdějších předpisů.

Zákon č. 374/2011 Sb.

Internetové odkazy

Terapeutická metoda biosyntéza: www.biosynthesis.org

České sdružení obětí dopravních nehod - <http://www.csodn.cz>

Druhy a formy sociálních služeb. Tevasopo.cz [online]. 2023 [cit. 2023-09-13]. Dostupné z: <https://www.tevasopo.cz/socialni-sluzby-a-prispevek-na-peci/druhy-a-formy-socialnich-sluzeb/>

European traffic psychologists working for safe and sustainable transportation. <http://traffic.efpa.eu>

Evropská síť pro traumatický stres. <https://estss.org/tents-ents/>

<http://www.probonoalliance.cz/cz>

Liga lidských práv: <https://llp.cz/temata>

Pomoc pro ty, kteří přežili své děti nebo sourozence - <http://www.dlouhacesta.cz>

Projekt KOMPLEX (2021): <https://ponehodovapece.cz/akce-a-aktivity/>

Psychosociální intervenční tým ČR - <http://pit-cr.info>

Sociální služby. <https://www.mpsv.cz/> [online]. 2023 [cit. 2023-09-13]. Dostupné z: <https://www.mpsv.cz/socialni-sluzby-1>

Sociální služby. Osobniasistence.cz [online]. MC 2009-2021 [cit. 2023-09-13]. Dostupné z: <https://www.osobniasistence.cz/?tema=1&article=5&detail=13>

Název:

Komplexní systém ponehodosvé péče v ČR

Autoři:

Mgr. David Červinka, Mgr. Barbora Sulíková,
PhDr. Martin Kořán, CSc., Mgr. Jana Neusarová, Ph.D.,
Mgr. Katarína Brummerová, Mgr. Eva Jurčáková,
Bc. Denisa Machálková, Ing. et Ing. Kateřina Bucsuházy, Ph.D.,
Mgr. Veronika Kurečková, Mgr. Eva Adamovská,
Ing. Lenka Tomešová

Recenzent: PhDr. Mgr. Michal Walter

Fotografie: Osobní archiv PhDr. Martina Kořána, CSc.

Odborná korektura: Mgr. Martina Trepáčová

Jazyková korektura: Mgr. Jana Mazálková

Grafická úprava: Mgr. Radek Dočkal

Vydalo:

Centrum dopravního výzkumu, v. v. i.,
Lišeňská 33a Brno, Česká republika

Číslo vydání: 1. vydání

Rok, místo: 2023, Brno

ISBN 978-80-88655-03-9 (Pdf.; online)

