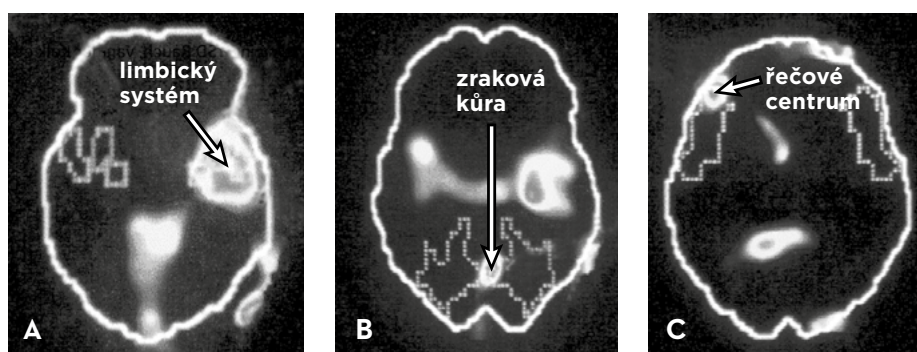


BESSEL VAN DER KOLK

TĚLO SČÍTÁ RÁNY

JAK TRAUMA DOPADÁ
NA NAŠI MYSL I ZDRAVÍ
A JAK SE Z NĚJ LÉČIT

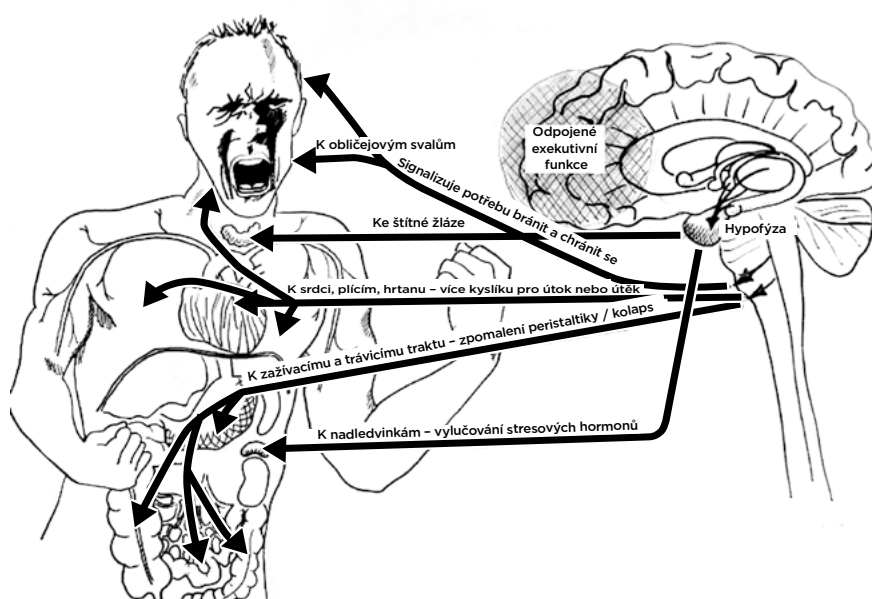
DOPROVODNÉ MATERIÁLY
K AUDIOKNIZE



Zobrazení mozku při traumatu. Světlá místa v (A) limbickém systému a (B) ve zrakové kůře znamenají zvýšenou aktivitu. Na obrázku (C) vykazuje řečové centrum v mozku výrazně sníženou aktivitu.



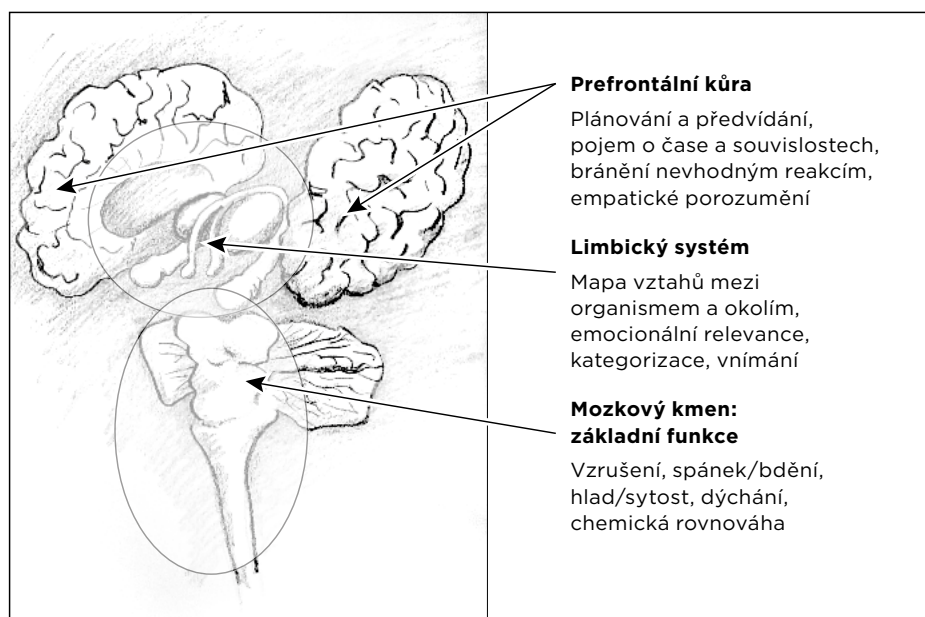
Kresba pětiletého Noama zhotovená poté, co byl 11. září svědkem útoku na Světové obchodní centrum. Reprodukoval obraz, který pronásledoval mnoho přeživších – lidi vyskakující z oken, aby unikli z pekla. Avšak s jedním podstatným doplňkem: u hroučící se budovy nakreslil trampolínu, která měla zachránit lidské životy.



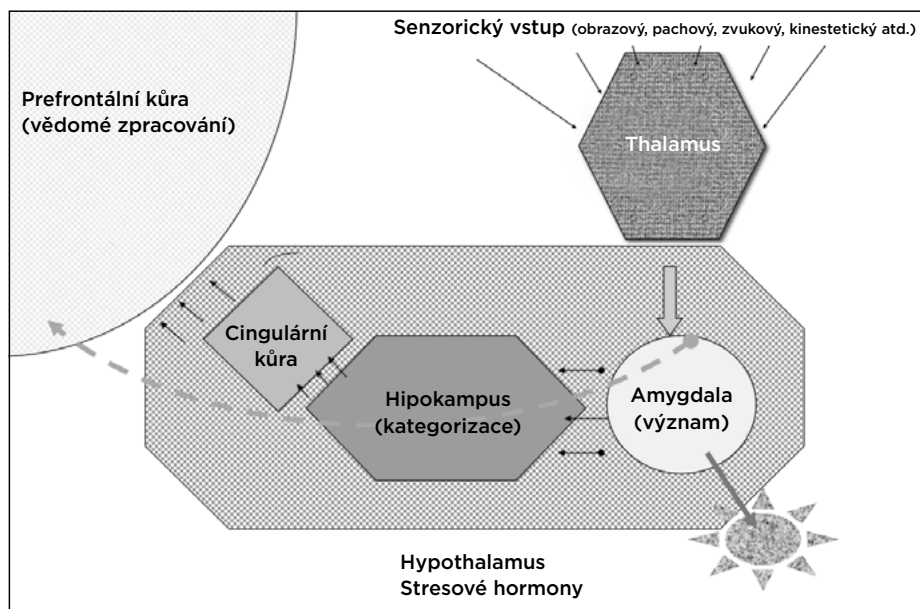
Trauma ovlivňuje celý lidský organismus – tělo, mysl a mozek. Při PTSD se tělo nadále brání minulé hrozbě. Člověk se z PTSD vyléčí v okamžiku, kdy dokáže neustálou stresovou mobilizaci zastavit a uvést celý organismus do klidu.



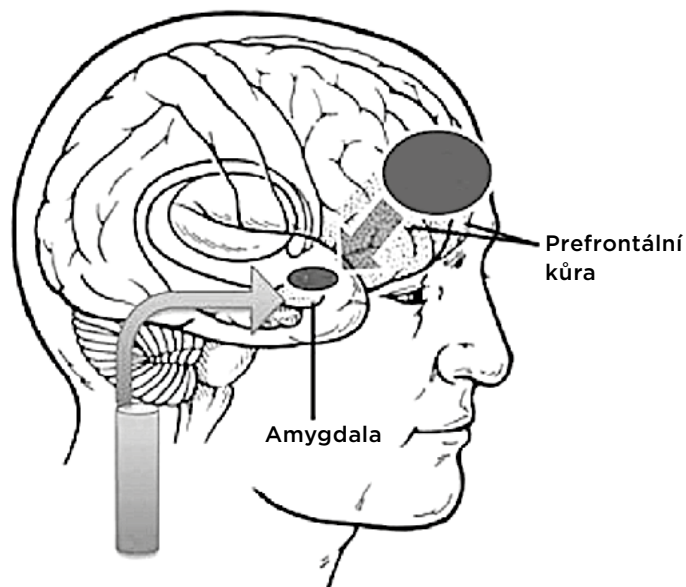
Účinná akce, nebo ochromení. Účinná akce (výsledek útoku nebo útěku) ukončuje hrozbu, ochromení naopak udržuje tělo ve stavu nevyhnutelného šoku a naučené bezmoci. Tváří v tvář nebezpečí lidé automaticky vylučují stresové hormony s cílem zvýšit odolnost a uniknout. Mozek a tělo jsou na-programovány na útěk domů, kde lze znovu nabýt pocitu bezpečí a sekrece stresových hormonů může ustát. U těchto připoutaných mužů, kteří jsou evakuováni daleko od domova po hurikánu Katrina, zůstává hladina stresových hormonů nadále vyšší, což hraje proti nim, neboť v nich neustále stimuluje strach, depresi a hněv a posléze u nich vznikají různá tělesná onemocnění.



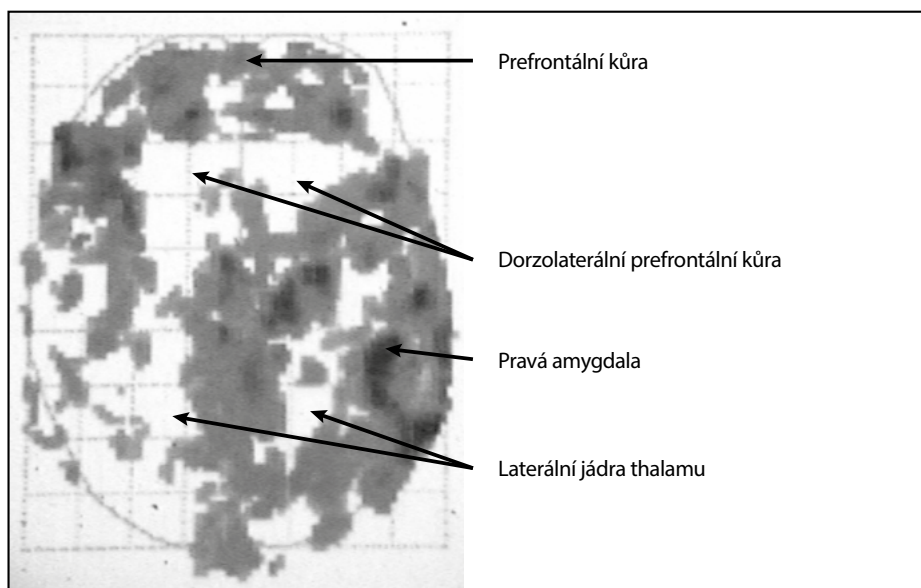
Trojediný mozek (složený ze tří částí). Mozek se vyvíjí zdola nahoru. Ještěří mozek se vyvíjí v děloze a během celého života je mimořádně citlivý na hrozby. Limbický systém se zapojuje v prvních šesti letech života, během celé doby rozvoje člověka se však mění, ačkoli relativně málo. Má sklon měnit se v důsledku traumatu. Prefrontální kůra se vyvíjí jako poslední a v případě ohrožení je velmi náchylná k „odpojení“.



Dolní a horní cesta. Neurovědec Joseph LeDoux nazývá cestu do amygdaly „dolní cestou“, která je extrémně rychlá, a cestu do čelních laloků „horní cestou“, trvající v případě naprosto hrozných situací o několik milisekund déle.

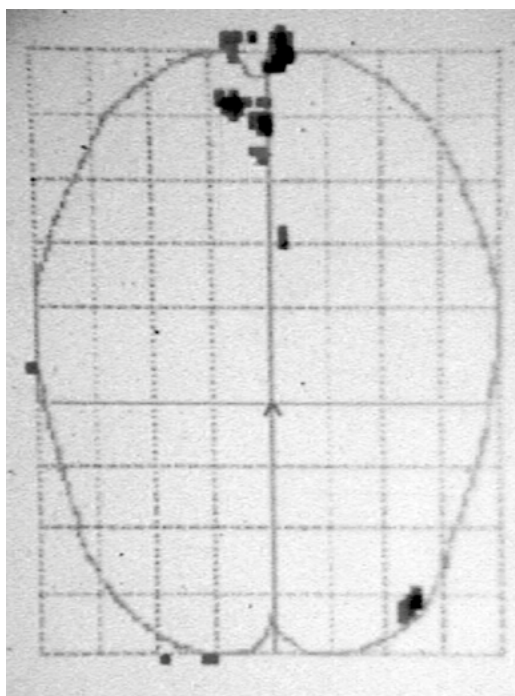


Shora dolů nebo zdola nahoru. Struktury v emočním mozku rozhodují o tom, co považujeme za bezpečné nebo nebezpečné. Systém odhalování hrozeb se mění dvěma způsoby: shora dolů, regulačními vzkazy z mediální prefrontální kůry, nebo zdola nahoru, prostřednictvím ještěřího mozku.



Zachycení flashbacku.

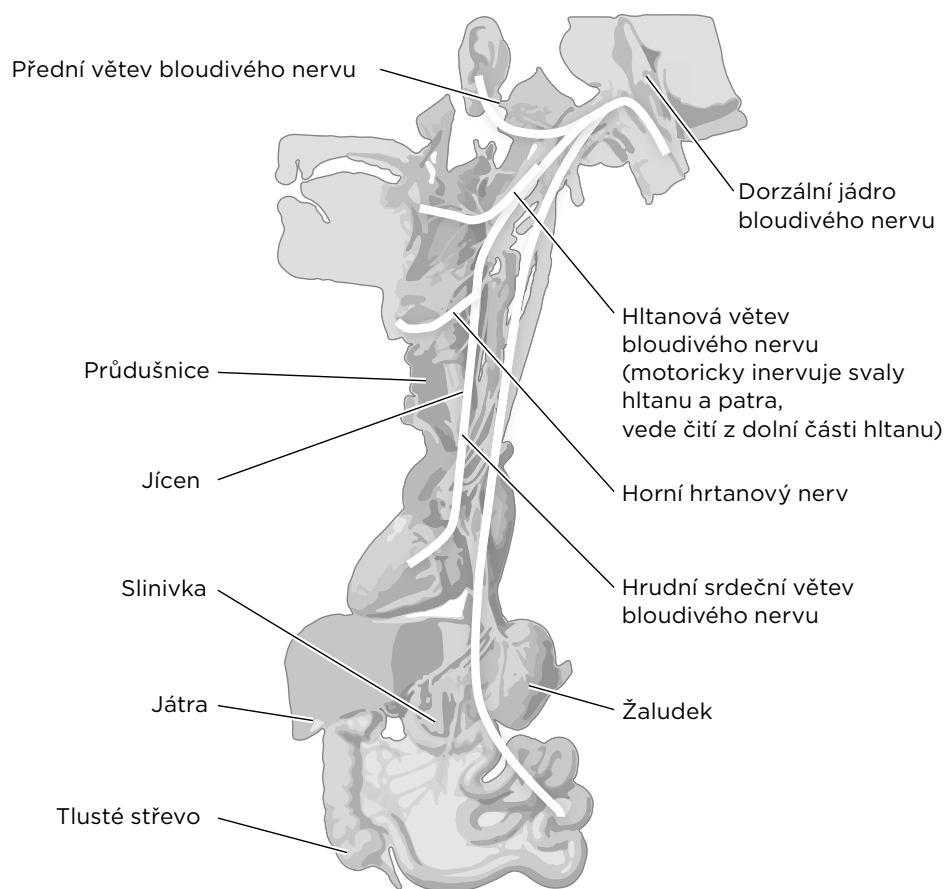
Na tomto snímku jsou aktivované oblasti tmavé.



Prázdnost. Ve stresu je mozek deaktivován.



„Když se člověk někomu posmívá nebo jím pohrdá, vycení špičák na straně obrácené k tomu, koho oslovuje?“ – Charles Darwin, 1872

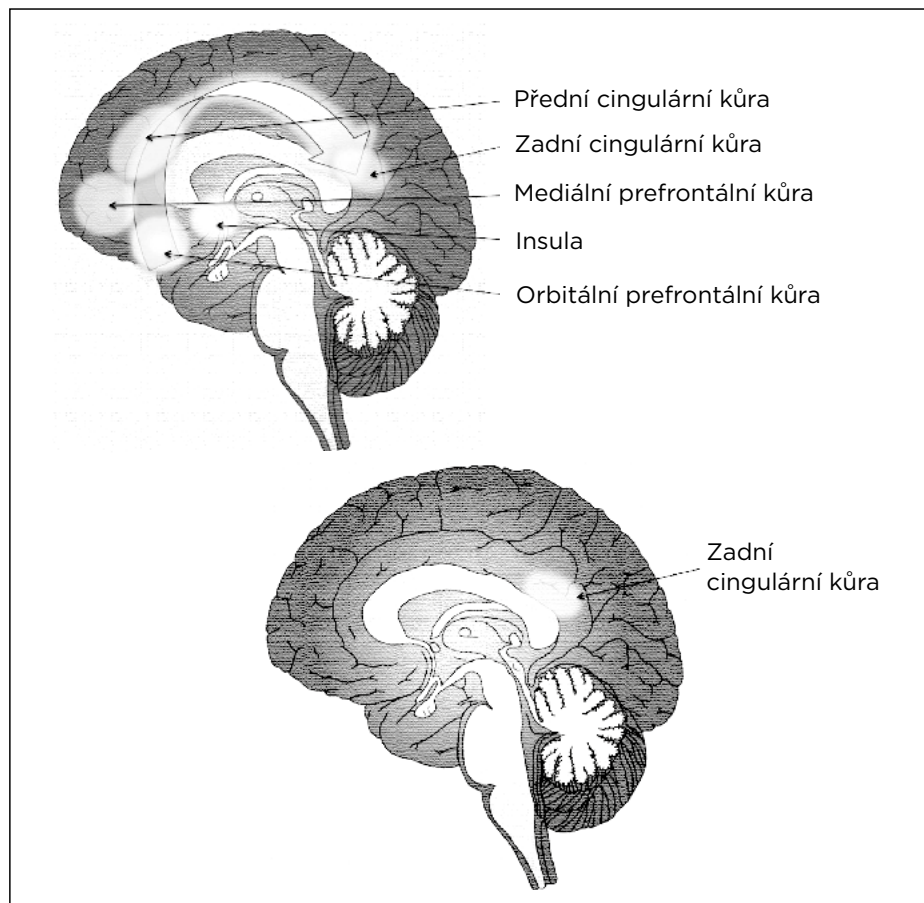


Rozvětvený bloudivý nerv. Bloudivý nerv (který Darwin nazval pneumogastrickým nervem) registruje zármutek a svírání žaludku. Když se rozzlobíme, máme sucho v hrdle, napjatý hlas, srdce nám buší a dýcháme rychle a mělce.

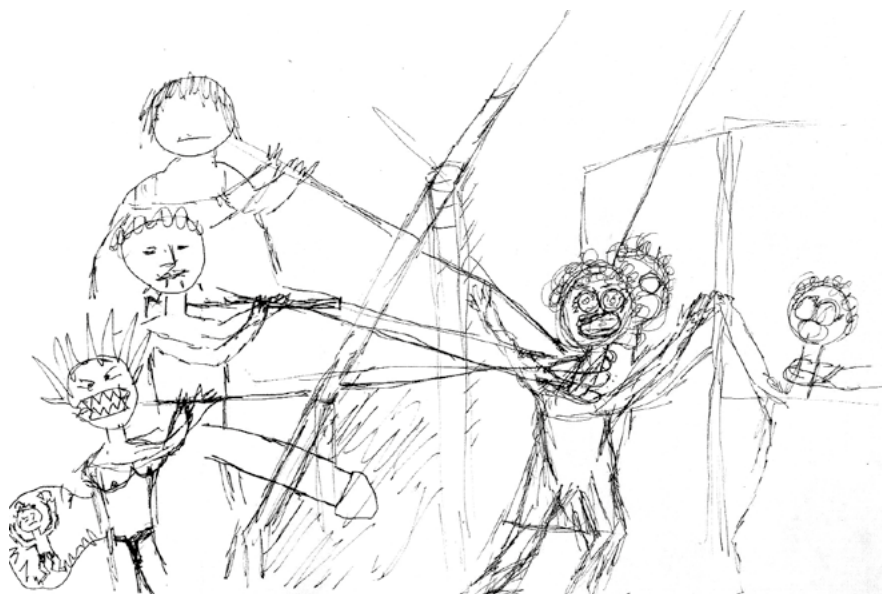


Tři reakce na hrozbu.

1. Systém sociální angažovanosti: vylekaná opice signalizuje nebezpečí a volá o pomoc. Ventrální vagový komplex. 2. Reakce „útok – útěk“ vyceněné zuby, rozzlobený a polekaný výraz. Sympatikus. 3. Zhroucení: tělo signalizuje porážku a stahuje se. Dorzální vagový komplex.



Lokalizace já. Indiánská čelenka sebeuvědomění. Začíná v přední části mozku (napravo) a sestává z orbitální prefrontální kůry, mediální prefrontální kůry, přední cingulární kůry, zadní cingulární kůry a insuly. U jedinců s historií chronického traumatu vykazují tyto oblasti výrazně sníženou aktivitu, což ztěžuje zaznamenávání vnitřních stavů a posouzení osobní relevance přichozích informací.



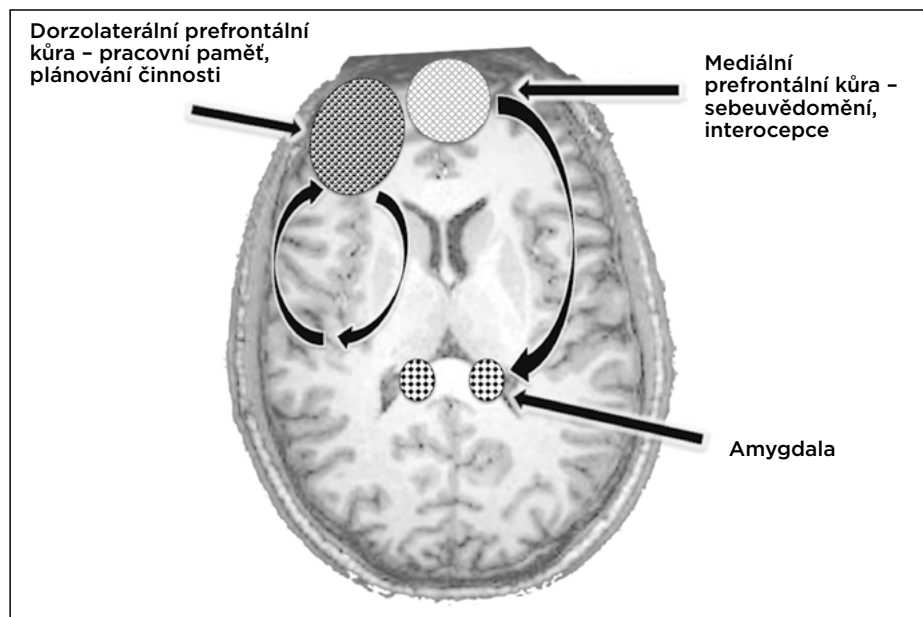
Rodinný portrét nakreslený pacientkou Marylin.



Ilustrace Marilyn symbolizující uvíznutí ve vztazích.



Jean-Martin Charcot informuje o případě pacientky s hysterií. Charcot přeměnil La Salpêtrière, bývalý útulek pro chudé Pařížany, na moderní nemocnici. Povšimněte si dramatického postoje pacientky. Obraz Andreho Brouilleta.



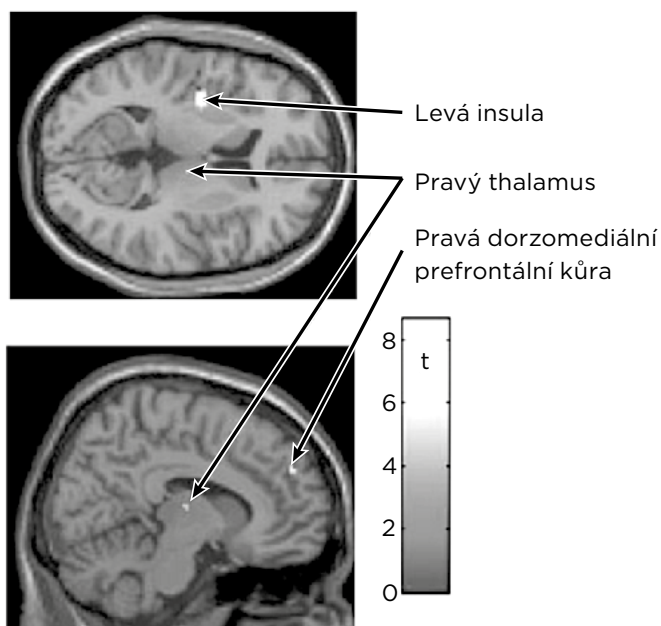
Přístup k emočnímu mozku. Racionální, analyzující části mozku nemají přímé spojení s emočním mozem, v němž se nachází většina otisků traumatu, ale má k němu přístup mediální prefrontální kůra, centrum sebeuvědomování. Zdroj: Joseph LeDoux, upraveno s jeho svolením



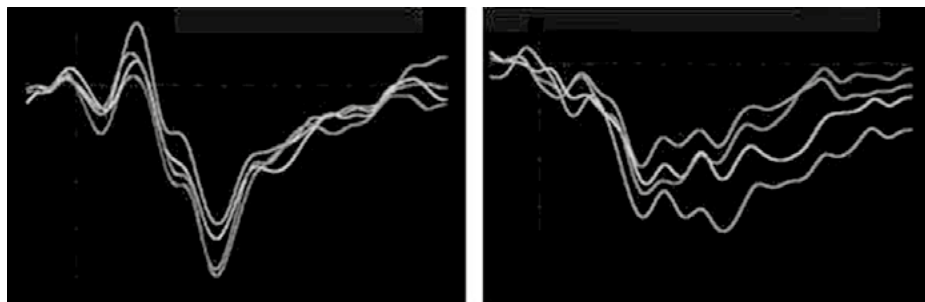
Rembrandt van Rijn: Kristus uzdravuje nemocné.

Gesta útěchy jsou všeobecně rozpoznatelná a odrážejí léčivou moc empatického doteku.

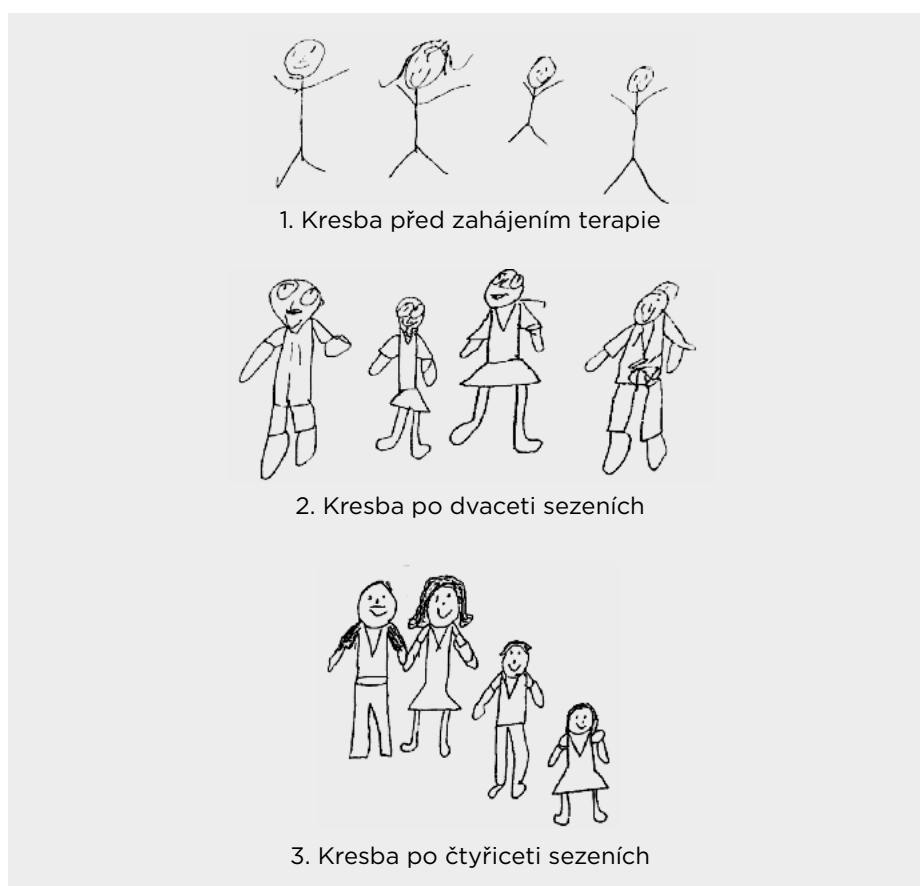
Účastníci jógy (n = 6). Vyšší aktivace základního systému utvářejícího já než u kontrolní skupiny (n = 2). Po józe se aktivace tohoto systému zvýšila.



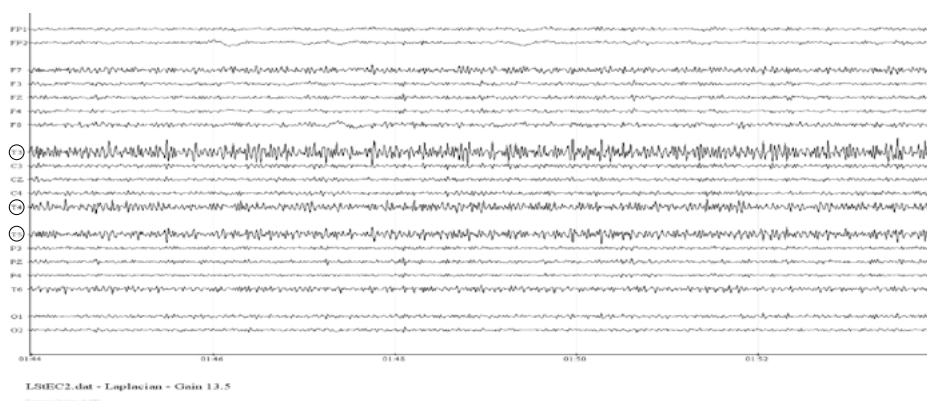
Účinky jedné lekce jógy týdně. Po dvaceti týdnech vykazovaly ženy s chronickým traumatem vyšší aktivaci mozkových struktur hrajících důležitou roli při seberegulaci: insuly a mediální prefrontální kůry.



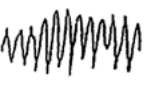
Normální versus PTSD. Vzorce pozornosti. Milisekundy po obdržení vstupu začne mozek vyhodnocovat význam příchozích informací. Normálně všechny oblasti mozku synchronizovaně spolupracují (obrázek nalevo), zatímco mozkové vlny u osob s PTSD jsou méně koordinované; mozek má problém vyfiltrovat nepodstatné informace a věnovat pozornost danému stimulu.



Od jednoduchých postavíček k jasně vypracovaným lidským bytostem. Po čtyřech měsících neurofeedbacku odpovídá posun v kresbičkách desetiletého chlapce zobrazujících jeho rodinu šesti letům mentálního vývoje.



Elektroencefalograf (EEG). Přestože se u nich neprojevují žádné známky typické pro PTSD, mnoho traumatizovaných lidí vykazuje výrazně zvýšenou aktivitu v oblasti spánkových laloků, jako tomu je například u tohoto pacienta (T3, T4, T5). Pomocí neurofeedbacku lze tyto abnormální vzorce mozkové aktivity uvést do normálního stavu, a tím pádem posílit emoční stabilitu dané osoby.

DELTA Méně než 4 Hz	THETA 4-8 Hz	ALFA 8-12 Hz	SMR 12-15 Hz	BETA 15-18 Hz	VYSOKÉ BETA Více než 19 Hz
Spánek	Dřímání	Klidné soustředění	Klidné přemýšlení	Aktivní myšlení	Vzrušení
					
Deprese, ADD a záchvatová aktivita se nacházejí v tomto rozmezí.			Trénujeme mozek, aby se přesunul do tohoto pásma s cílem změnit příznaky deprese a ADD a zlepšit záchvatovou aktivitu.		

Frekvence mozkových vln souvisí se stavem nabuzení.

— PODĚKOVÁNÍ —

Tato kniha je výsledkem třicetileté snahy porozumět tomu, jak se lidé vyrovnávají s traumatickými zážitky, jak je přežijí a jak se z nich vyléčí. Třicet let klinické práce s traumatizovanými muži, ženami a dětmi, nesčetných diskusí s kolegy a studenty a spolupráce na zkoumání způsobu, jakým se mysl, mozek a tělo vypořádávají se zdrcujícími prožitky a jak je překonávají.

Dovolte mi začít u lidí, kteří mi pomohli tuto knihu napsat a nakonec vydat. Toni Burbanková, má editorka, s nímž jsem během dvou let mnohokrát týdně hovořil o rozsahu, uspořádání a konkrétním obsahu knihy. Toni opravdu chápala, co je klíčovým sdělením této knihy, a toto porozumění zásadně ovlivnilo formu a obsah knihy. Moje agentka, Brettne Bloomová chápala důležitost této práce, zajistila vydání knihy v nakladatelství Viking a v kritických okamžicích poskytovala důležitou podporu. Rick Kot, můj redaktor v nakladatelství Viking, mi poskytoval neocenitelnou zpětnou vazbu a redakční vedení.

Kolegové a studenti z Kliniky pro léčbu traumatu této práci poskytli živnou půdu, laboratoř a podpůrný systém. Celá tři desetiletí mi neustále připomínali syrovou realitu naší práce. Nemohu je vyjmenovat všechny, významně však přispěli Joseph Spinazzola, Margaret Blausteinová, Roslin Mooreová, Richard Jacobs, Liz Warnerová, Wendy D'Andreaová, Jim Hopper, Fran Grossmanová, Alex Cook, Marla Zuckerová, Kevin Becker, David Emerson, Steve Gross, Dana Mooreová, Robert Macy, Liz Rice-Smithová, Patty Levinová, Nina Murrayová, Mark Gapen, Carrie Pekorová, Debbie Kornová a Betta de Boer van der Kolková. A samozřejmě Andy Pond a Susan Wayneová z Justice Resource Institute.

Mými nejdůležitějšími společníky a průvodci při poznávání a výzkumu traumatického stresu byli Alexander McFarlane, Onno van der Hart, Ruth Laniusová a Paul Frewen, Rachel Yehudová, Stephen Porges, Glenn Saxe, Jaak Panksepp, Janet Ostermanová, Julian Ford, Brad Stolback, Frank Putnam, Bruce Perry, Judith Hermanová, Robert Pynoos, Berthold Gersons, Ellert Nijenhuis, Annette Streeck-Fisherová, Marylene Cloitreová, Dan Siegel, Eli Newberger, Vincent Felitti, Robert Anda a Martin Teicher, jakož i mí kolegové, kteří mě poučili o citové vazbě: Edward Tronick, Karlen Lyons-Ruthová a Beatrice Beebeová.

Peter Levine, Pat Ogdenová a Al Pesso četli v roce 1994 mou stať o důležitosti těla při traumatickém stresu a poté mi nabídli, že mě o těle poučí. Učím se od nich stále stejně, jako se v tomto ohledu dále obracím na učitele jógy a meditace Stephena Copeho, Jona Kabat-Zinna a Jacka Kornfielda.

Od Sebern Fisherové jsem se dozvěděl o neurofeedbacku. Svě poznatky jsem později prohloubil díky Edu Hamlinovi a Larrymu Hirshbergovi. Richard Schwartz mě informoval o terapii vnitřních rodinných systémů (IFS) a pomáhal mi při psaní kapitoly o IFS. Kippy Deweyová a Cissa Championová mě přivedly k divadlu, Tina Packerová se mě snažila naučit, jak se dělá, a Andrew Borthwick-Leslie se se mnou podělil o důležité detaily.

Adam Cummings, Amy Sullivanová a Susan Millerová mi poskytovali nezbytnou podporu, bez níž by mnoho projektů uvedených v této knize nebylo realizováno.

Licia Skyová vytvořila podmínky, v nichž jsem se mohl soustředit se na psaní této knihy; ke každé kapitole mi poskytla neocenitelnou zpětnou vazbu; k mnoha ilustracím přispěla svým uměleckým nadáním a přispěla rovněž k částem věnovaným uvědomování vlastního těla a ke zpracování klinických studií. Moje věrná sekretářka, Angela Linová vyřešila mnohé krize a postarala se, aby to nikde nevázlo. Ed a Edith Schonbergovi mi často poskytovali útočiště; Barry a Lorrie Goldensohnovi fungovali jako literární kritici a inspirace a mé děti, Hana a Nicholas, mi ukazovaly, že každá nová generace žije ve světě, který se zcela liší od světa té předchozí, a že každý život je jedinečný — tvůrčí akt, který se vzpírá výkladům pomocí genetiky, prostředí či samotné kultury.

A konečně jsou to mí pacienti, jimž věnuji tuto knihu (přál bych si, abych vás mohl uvést všechny jménem) a kteří mě naučili většinu toho, co vím – neboť byli mou skutečnou školou a důkazem životní síly, která nás lidské bytosti vede k vytvoření smysluplného života navzdory překážkám, jimž čelíme.

— DODATEK —

NAVRHOVANÁ KONSENZUÁLNÍ KRITÉRIA VÝVOJOVÉ TRAUMATICKÉ PORUCHY

Na základě předpokladu, že k pochopení a léčbě celého spektra koherentních příznaků u dětí vystavených interpersonálnímu násilí a nefunkční péči je zapotřebí alternativní diagnóza, navrhl van der Kolk (2005) vytvoření diagnózy vývojové traumatické poruchy a popsal široké oblasti narušení a potíží, které tyto děti a adolescenty charakterizují. Cílem zavedení diagnózy vývojové traumatické poruchy je zachytit realitu klinických projevů u dětí a mladistvých vystavených dlouhodobému interpersonálnímu traumatu, a tudíž umožnit klinickým pracovníkům vyvinout a uplatňovat účinné intervence a výzkumníkům zkoumat neurobiologii a přenos neustálého interpersonálního násilí. Bez ohledu na to, zda vykazují příznaky PTSD, či nikoli, stávající diagnostický systém dětem, jejichž vývoj je poznamenán neustálým nebezpečím, špatným zacházením a nevhodnými systémy péče, nevyhovuje, neboť často nevede k žádné diagnóze nebo naopak ke stanovení několika nesouvisejících diagnóz, klade důraz na kontrolu chování, aniž by bral v potaz interpersonální trauma a nedostatek bezpečí v etiologii symptomů, a nevěnuje dostatečnou pozornost zlepšení vývojových poruch, od nichž se příznaky odvíjejí.

Navrhovaná konsenzuální kritéria vývojové traumatické poruchy vypracovala a v únoru 2009 předložila pracovní skupina přidružená k Národní síti pro traumatický stres u dětí (NCTSN) vedená MUDr. Besslem A. van der Kolkem a MUDr. Robertem S. Pynoosem. Dalšími členy pracovní skupiny byli Dante Cicchetti, Ph.D., Marylene Cloitreová, Ph.D., Wendy D'Andreaová, Ph.D., Julian D. Ford, Ph.D., Alicia F. Liebermanová, Ph.D., MUDr. Frank W. Putnam,

MUDr. Glenn Saxe, Joseph Spinazzola, Ph.D., Bradley C. Stolbach, Ph.D. a MUDr. Martin Teicher, Ph.D.

Navrhovaná konsenzuální kritéria vycházejí z rozsáhlého přehledu literatury, odborných klinických znalostí, šetření klinických pracovníků sítě NCTSN a předběžné analýzy údajů od tisíců dětí z mnoha klinik a zařízení systémů služeb pro děti, včetně léčebných center sítě NCTSN, státních systémů péče o dítě, psychiatrických léčeben a nápravných zařízení pro mladistvé. Tato navrhovaná kritéria by se neměla považovat za oficiální diagnostickou kategorii, která má být zařazena do příručky DSM v podobě, v jaké je zde uvedena, neboť je třeba ověřit jejich platnost, prevalenci, prahové hodnoty příznaků nebo klinickou využitelnost. Tato kritéria mají spíše popsat klinicky nejvýznamnější symptomy u mnoha dětí a mladistvých postižených komplexním traumatem. Těmito navrhovanými kritérii se bude řídit systematická prospektivní terénní studie týkající se vývojové traumatické poruchy, která bude zahájena koncem roku 2009 a potrvá po celý rok 2010.

Navrhovaná konsenzuální kritéria vývojové traumatické poruchy

- A. Vystavení traumatu. Dítě či adolescent zažili nebo byli opakovaně či dlouhodobě svědkem negativních událostí po dobu nejméně jednoho roku. Tyto události se začaly odehrávat v jejich dětství nebo rané adolescenci, přičemž zároveň platí, že:
 - A.1. Dítě mělo přímou zkušenost s opakovanými a závažnými epizodami interpersonálního násilí či bylo jejich svědkem a zároveň
 - A.2. došlo k závažnému narušení vztahů s pečující osobou v důsledku opakovaného střídání se primárních pečujících osob, opakovaného odloučení od primární pečující osoby, nebo vystavení závažnému a dlouhodobému emočnímu zneužívání.
- B. Afektivní a fyziologická dysregulace. Dítě vykazuje narušené normativní vývojové kompetence týkající se regulace vybuzení (arousal), k čemuž se přidružují alespoň dva následující symptomy:

- B.1. Neschopnost regulovat, snášet či se zotavit z extrémních afektivních stavů (např. strach, vztek, stud), včetně dlouhodobých a extrémních záchvatů vzteku nebo stavů znehybnění
- B.2. Poruchy regulace tělesných funkcí (např. přetrvávající poruchy spánku, přijímání potravy a vylučování; přecitlivělost nebo netečnost vůči dotekům a zvukům; dezorganizace při běžných životních změnách)
- B.3. Snížené uvědomování si / disociace počitků, emocí či tělesných stavů
- B.4. Narušená schopnost popsat emoce nebo tělesné stavy
- C. Dysregulace pozornosti a chování. Dítě vykazuje narušené normativní vývojové kompetence týkající se udržení pozornosti, učení nebo zvládání stresu, přičemž jsou přítomny alespoň tři následující symptomy:
 - C.1. Nadměrná ostražitost vůči ohrožení nebo narušená schopnost vnímat ohrožení, včetně neschopnosti rozlišit známky bezpečí či nebezpečí
 - C.2. Narušená schopnost ochrany sebe sama, včetně podstupování extrémního rizika či vyhledávání vzrušení
 - C.3. Maladaptivní pokusy o sebeuklidnění (např. kývání a jiné rytmické pohyby, kompulzivní masturbace)
 - C.4. Navyklé (záměrné či zautomatizované) nebo reaktivní sebepoškozování
 - C.5. Neschopnost započít a vytrvat v cíleném chování
- D. Dysregulace vztahu k sobě a k ostatním. Dítě vykazuje narušené normativní vývojové duševní kompetence ve smyslu osobní identity a zapojení se do vztahů, přičemž jsou přítomny alespoň tři následující symptomy:
 - D.1. Silná obava o bezpečí pečující osoby nebo jiných blízkých osob (včetně předčasného zaujetí pozice pečující osoby) nebo obtíže navázat vztah při opětovném setkání s těmito lidmi po odloučení
 - D.2. Dlouhodobé negativní vnímání sebe sama, včetně nenávisti k sobě, pocitů bezmoci, bezcennosti, neschopnosti a nedostatečnosti

- D.3. Silná či přetrvávající nedůvěra, vzdor či neschopnost spolupracovat v blízkých vztazích s dospělými či vrstevníky
 - D.4. Reaktivní fyzická či verbální agrese vůči vrstevníkům, pečujícím osobám nebo jiným dospělým
 - D.5. Nepřiměřené (excesivní nebo promiskuitní) pokusy o vytvoření intimního kontaktu (včetně ale nikoliv výhradně sexuální či fyzické intimity) nebo excesivní hledání opory, bezpečí a útěchy u vrstevníků nebo dospělých
 - D.6. Narušená schopnost řídit empatické vybuzení (empathic arousal), která se projevuje nedostatkem schopnosti vcítit se do druhých nebo netolerancí jejich projevů nepohody, nebo nepřiměřená reaktivita na jejich nepohodu
- E. Spektrum posttraumatických symptomů. Dítě vykazuje alespoň jeden symptom minimálně ve dvou ze tří klastrů (B, C, D) PTSD.
- F. Délka trvání symptomů vývojové traumatické poruchy uvedených v kritériích B, C, D a E je nejméně 6 měsíců.
- G. Funkční narušení. Výše uvedené symptomy vyvolávají kliniky závažný distres či narušení alespoň ve dvou následujících funkčních oblastech:
- škola
 - rodina
 - vrstevníci
 - právní oblast
 - zdraví
 - práce (pracovní uplatnění mládeže, která hledá zaměstnání, dobrovolné aktivity či praxi)

B. A. van der Kolk, „Developmental Trauma Disorder: Toward A Rational Diagnosis For Children With Complex Trauma Histories“, *Psychiatric Annals*, 35, č. 5 (2005), 401–408.