

Úvod

Rozhodnutí pro téma práce se rodilo velmi pozvolna a vlastně bylo logickým vyústěním a kombinací praktických zkušeností a teoretických poznatků, které ke mně v průběhu mého profesního života přicházely. V mém profesním životě se věnuji dvěma, na první pohled odlišným přístupům, které aplikuji na poli práce s dospělými a dětmi. Je to terapie hrou v práci s dětmi, založená na nedirektivním přístupu a biosyntéza, kterou využívám zejména v práci s dospělými. Nikdy jsem neměla ambici tyto dva přístupy spojovat a integrovat, vnímala jsem je jako hodně podobné ve filozofickém pohledu na člověka, ale používala jsem je odděleně. K propojení přišlo až později a stalo se to nějak pozvolna, bez mé iniciativy. Postupně se začaly přibližovat k sobě, začala jsem chápat, že biosyntéza je hodně hravá, že se často odkazuje na nabídky technik čerpajících z her z dětství, her a aktivit, které jsou spojeny se smíchem a humorem. Také v tom čase jsem si rozšiřovala teoretické a praktické vědomosti v oblasti práce s traumatizovanými dětmi a potkala Theraplay, terapeutický přístup pro děti s poruchou attachmentu. A najednou jsem viděla, jak moc mají biosyntéza a terapeutický přístup zaměřený na poruchy attachmentu společné. A když už byly spolu v tom pomyslném terapeutickém domečku, střechu jsem postavila z poznatků neurověd, které jasně ukazují a potvrzují, proč tenhle přístup je efektivní a proč je vlastně biosyntéza pro traumatizované lidi s poruchou attachmentu vhodná. Říkala jsem si, když to funguje u dětí, podobné přístupy můžeme využít i u dospělých. V mojí práci nabízím jenom inspiraci, která může v biosyntetické práci být pro volbu terapeutických strategií nápomocná. Moc inspirativní pro mě bylo setkání s modelem neurosekvenciálního programování od Perryho, kterému v práci věnuji větší pozornost a prostor. Musím říct, že jeho principy a výstupy do praxe jsou pro mě podnětné, důkazem je rozhodně množství terapeutických přístupů, které se na něj odkazují nebo z něho vychází a například v Americe jsou akceptovány a uznávány jako plnohodnotné metody pro práci s traumatizovanými dětmi i dospělými. Jak už jsem zmínila, ja sama jsem se seznámila s přístupem Theraplay, který z neurosekvenciálního modelu také vychází. Ráda Vám v práci představím jeho principy, které doufám taky nabídnou malou inspiraci.

1 Komplexní vývojové trauma

Když uvažujeme o tématu komplexního vývojového traumatu, otevírá se nám spousta oblastí, které více méně s tímhle pojmem souvisí a pro porozumění komplexnosti pojmu je dobré jim také věnovat pozornost. Je nutné se opřít o definici, neboli popis toho, jaké okolnosti v životě dítěte mohou vést k rozvoji potíží, které pak můžeme nazvat souhrnně jako vývojové trauma. Už zdaleka neplatí, že komplexním vývojovým traumatem označujeme jen extrémní formy vztahu pečující osoby k dítěti - zanedbávání a zneužívání. Naopak, i biosyntéza pracuje s konceptem vývojového traumatu jako s něčím, co vzniká jako důsledek sice ne extrémního, ale doajista neadekvátního zacházení s dítětem – s jeho kognitivním zatížením nebo deprivací. S emocemi, kterými je buď zahlceno, nebo naopak jsou v primárním vztahu nepřítomné. A v neposlední řadě je to o zacházení s vlastní vitalitou a silou a zkušenosti dítěte s ní. V této kapitole se blíže podíváme na proces vzniku a projevy vývojového traumatu.

1.1 Definice komplexního vývojového traumatu

Tenhle termín není v současné době zařazen ani do amerického ani do evropského systému psychiatrických diagnóz. Probíhá rozsáhlá diskuse o tom, aby tomu tak bylo, aby se komplexní vývojové trauma stalo oficiální specifickou diagnózou. Dokud se tak nestane, chápeme tento termín jako název pro *“klinický obraz spojený s vážnými provázanými obtížemi a symptomy, které nacházíme u dětí s historií zneužívání, týrání a těžkého zanedbávání”*.

Je potřeba říct, že tenhle termín se ujal ve vyspělém světě a je používán pro specifické potíže dětí s těžkým začátkem života.

Rozlišujícím kritériem pro „trauma“ a komplexní vývojové trauma je právě faktor času. Vývojové trauma vzniká, pokud se traumatické události opakují, dítě je zažívá jako převažující životní zkušenost a není mu poskytnuta ochrana, podpora a adekvátní pomoc. (Vrtbovská, 2010, str. 52).

Také portál, který se věnuje poruchám attachmentu (www.attachment.cz) zmiňuje, že vedle pojmu porucha attachmentu se často používá pojem “komplexní vývojové trauma”. Pojem komplexní vývojové trauma je pojem o něco širší, který se snaží zahrnout všechny oblasti vývoje dítěte, které jsou zasaženy špatnou péčí v raných stádiích jeho života. Komplexní vývojové trauma vzniká, pokud je dítě vystaveno působení traumatických

událostí opakovaně, po dlouhou dobu a to v období dětství, tj. v době velmi citlivé pro celý jeho další vývoj. Pokud rodiče své dítě dlouhodobě zanedbávali, týrali nebo zneužívali, budou následky nesrovnatelně závažnější, než by byl vliv jednorázového traumatu, které přišlo do rodiny zvenčí (např. nehoda, úmrtí v rodině apod).

1.2 Charakteristika komplexního vývojového traumatu

Komplexní vývojové trauma se dotýká několika oblastí ve vývoji dítěte, které jsou negativně ovlivněny a jejich poškození lze pak sledovat v podobě symptomů, na které se pak v léčbě především zaměřujeme. Na portálu www.attachment.cz jsou zmiňovány tyto oblasti:

1. Vytváření ZDRAVÉHO CITOVÉHO POUTA k jedné blízké a bezpečné osobě, tj. poruchy attachmentu (např. nedůvěra, pocity izolace, problémy s hranicemi ve vztazích)
2. SOMATICKÉ PROBLÉMY
(např. v oblasti senzomotoriky, psychosomatické obtíže, určité typy somatických onemocnění)
3. EMOČNÍ PROBLÉMY
a problémy při regulaci afektů (např. potíže vyjádřit se ve světě emocí, dokázat o nich mluvit a zvládat je)
4. DISOCIACE
(např. změněné stavy vědomí, poruchy paměti)
5. PORUCHY CHOVÁNÍ
(např. impulzivita, agresivita, opoziční chování, neochota ke spolupráci, problémy respektovat hranice a limity, poruchy v příjmu potravy, poruchy spánku, problémy se zneužíváním návykových látek)
6. PORUCHY UČENÍ
(např. poruchy pozornosti, poruchy učení, špatné porozumění řeči a slabá slovní zásoba, problémy se zaměřením se na úkol a jeho dokončením)
7. PROBLÉMY V SEBEHODNOCENÍ
(např. pocity “špatného já”, pocity hanby, nízké sebehodnocení)

Také biosyntéza pohlíží na vývojové trauma jako na něco, co vzniklo v důsledku blokace nebo narušení přirozeného vývoje v rovině potřeb, zejména ve vztahové interakci.

1.3 Pohled biosyntézy na vývojové trauma

Jak už bylo zmíněno, biosyntéza se u výkladu vývojového traumatu opírá zejména o attachmentové teorie a poznatky z ego psychologie.

Biosyntéza v pohledu na vývojové trauma přináší nové pohledy zejména na druh, nebo narušení ve vývoji a uspokojování potřeb a také podrobně popisuje vliv na tři základní oblasti, které traumatizace narušuje a to myšlení, emoce a tělesné prožitky (ektoderm, endoderm mezoderm). Říká, že pro zdravý vývoj potřebujeme takové interakce, které nejlépe kopírují “tvar” (tedy potřeby, temperament, charakter) dítěte. Pokud je tahle tendence, pak vývoj může probíhat dobrým směrem. Pak ale mohou nastat situace, kdy se tak neděje.

Typy narušení

1. DEPRIVACE - nedostatek vhodných interakcí, absence kontaktu, “něco tam není”

příklad: hospitalizace matky, nebo dítěte, emoční chlad, nedostatek empatie

2. TRAUMATIZACE - protitvar dělá intruzi - proniká dovnitř přes hranice, narušuje integritu. Podněty jsou příliš. Může to být silou nebo neadekvátností (sexuální zneužití), kognitivní traumatizace (informace, které nedokáže dítě zpracovat vzhledem k věku), také přehnaná péče, nerespektování hranic.

Narušení v endodermu, ektodermu a mezodermu

1. ENDODERM

Dítě reaguje na intruzivní podněty zejména emočního charakteru dvěma strategiemi. Hlavní kritérium je “přežít”. První strategie je *zpevnění hranic* - jsem nedobytný, nic nemůže ven ani dovnitř. Takový člověk je emočně stažený, na emoce nereaguje, nerozumí jim, schází schopnost přijmout a vydávat emoce, je to základ pro schizoidní rysy, emoce jsou nebezpečné, mají tendenci se emočně nevázat. Druhá strategie je *“přílišná otevřenost”* - můžeme říct, že je to hlubší tělově emoční intruze (např. sexuální zneužití nebo hrubé bytí). Tito lidé jsou emočně inkoharentní, vyhledávají si partnery, kteří je bijí, jsou emočně neohrazení, všechno co je venku může dovnitř, jsou zaplavováni emocemi druhých, v sociálním kontaktu jsou hodně zaplavující.

2. MEZODERM

V oblasti mezodermu přichází k narušení v uplatnění síly a energie. Dítě si zažívá, jaký protitvar dostává ke své síle, jak ji může uplatnit, použít, jak je síla dítěte vnímaná, blokována. Učí se jak ji využít adekvátně, jak dobře pulzovat mezi aktivitou a odpočinkem. Zažívá také, jak rodiče zachází se svou vlastní silou. Pokud dítě vnímá, že rodičovský vzor sílu nemá, nebo jí má příliš, nastává deprivace. Strategie, které se formují v období dětství, jako reakce na deprivaci jsou: *jsem silný/á - ONE UP* nebo *jsem slabý*.

U první strategie využívá svoji sílu naplno, cítí se silný/á, dominantní/á, svět je pro něj ohrožující a tak půjde do útoku dřív, než přijde rána zvenku. Řídí se heslem, nedůvěřuj světu a buď silný/á. Jsou to extrémně výkonní lidé, kteří nemohou povolit, nemohou selhat. Tento typ traumatizace se může formovat do psychopatických rysů osobnosti (mocenský, ponižující), hrozí nebezpečí omnipotence a narcistického pohledu na svět a sebe.

U druhé strategie je člověk přesvědčený, že mít sílu je špatně, takoví lidé jsou hodní, tiší. V dětství jsou to hodné děti, které nezlobí, neběhají, nekřičí, nedělají nic, jsou slabé a ubohé. Můžou z toho mít sekundární zisk a to zájem.

Obě tyto polohy se můžou střídat, klienti s obtížemi v této oblasti si nedokážou s radostí užít svoji sílu, zážitek, že síla není škodlivá. Většina klientů do terapie přichází s tématy: cítím - necítím, výkon - síla. V terapii se snažíme o pulzaci, protože lidé zůstávají v extrému.

3. EKTODERM

Zahrnuje potřebu dítěte vyznat se, rozumět. Dává střechu pro emoce a tělesné prožitky. K tomu potřebují někoho, kdo bude uspořádaný, kdo jim zvědomí, co vidí, co slyší, který dává slova věcem, co dělají a nedělají, zkrátka reflektuje jejich vnímání. Opak toho je chaos, nejistota, nikdo jim nepomáhá tyto funkce rozvinout. Narušení tak může nastat v důsledku:

1/ zanedbání = nedostatek informací = nedostatek porozumění světu.

Takoví lidé pak myšlení a vnímání používají k úzkostnému prožívání světa, snaží se, aby vše měli v "merku", aby se nemohlo nic stát. Vše mají pod kontrolou, jsou zaměřeni na výkon. Každá informace je pro ně cenná, není pro ně výjimkou, že studují celoživotně, ektoderm je často přetížený. Bojí se chaosu. Zúskostňuje je, když nemůžou předvídat, odhadnout co bude, co přijde. Tito klienti často přicházejí do terapie s panikou a úzkostí.

2/ zmatku (informační traumatizace) - lidi, kteří jdou do pozice “nebýt u toho” - space out. Unikání do imaginace, fantazie, do jiné reality, v běžném životě jsou tito lidé dezorganizovaní, nevyznají se v emocích (Janečková, Lucká, 2018).

2 Attachment a komplexní vývojové trauma

Jak již bylo zmíněno, komplexní vývojové trauma velmi úzce souvisí s attachmentem, tedy se schopností vytvářet citové pouto k blízké osobě.

Z literatury je zřejmé, že tyhle dva termíny můžou být vnímány jako totožné, nebo spíš, že porucha attachmentu je součástí velkého balíků obtíží, které pak jsme schopni v terapii u klienta identifikovat. Já osobně se domnívám, že komplexní vývojové trauma vzniká jako důsledek narušení attachmentového vzorce. Proto v naší práci věnujeme významnou část attachmentové teorii, okolnostem, kdy dochází k narušení a také pohledu biosyntézy na poruchy vztahové vazby.

2.1 Definice attachmentu

Dle Bowlbyho (in Brisch, 2011) je *tzv. vazebný systém primární, geneticky ukotvený motivační systém, který se po narození aktivuje mezi primární vztahovou osobou a kojencem a má zabezpečovat přežití.*

Kojenec hledá matčinu blízkost, zvláště pokud zažívá strach. To se může stát například tehdy, pokud je od matky odloučený, prožívá neznámé situace nebo lidé jako ohrožující, trpí - li fyzickou bolestí. Od matčiny blízkosti si slibuje bezpečí, ochranu a jistotu. Dítě je v interakci aktivní partner, který sám signalizuje, kdy se u něj objeví potřeby blízkosti a ochrany a chtějí být uspokojeny (Brisch, 2011).

Rané vztahy dítěte s rodiči nebo pečovateli vytvářejí celkový vztahový kontext. U dítěte se v těchto raných a dominantních vztazích vyvíjejí základy pojetí sebe a ostatních a sebe ve vztahu k druhým. Tyto funkční modely tvoří základnu pro rozvoj dalších vývojových schopností dítěte. Jedná se například o schopnost tolerovat a zvládat určitou míru úzkosti a tísně, zlosti a radosti. Bezpečný vztah a pocit jistoty v blízkosti rodiče je také základnou pro hravost, zvědavost, schopnost zvládnout neúspěch. Dalším vývojovým momentem založeným na prvotním vztahu je smysl sdílení s druhým, smysl komunikace a porozumění.

Jestliže je vztah dítěte a rodiče nebo pečovatele zdrojem traumatu, jeho attachmentový vztah nevytváří bezpečí a vývoj schopností spoluvytvářet vzájemný bezpečný vztah je vážně ohrožen. Někteří rodiče nebo primární pečovatelé jsou příliš kontrolující, odtažití, kritičtí nebo jsou sami pod vlivem různých nepříjemných afektů. Pak ovšem nemohou být po většinu času spolehliví, jistí a vnímaví k dítěti. Takové dítě pak snadno sklouzává do pocitu sklíčenosti, marnosti, smutku a izolace. Neučí se spolupracovat s ostatními a zvládnout různé vztahové variace. Vnitřní zdroje takového dítěte jsou totiž neadekvátní – jsou plné strachu a nejistoty a různých strategií, jak získat pozornost nebo nějaké blaho. Tak vzniká půda pro řadu následných problémů, které budou součástí života takového dítěte a jednou dospělého. Vnitřní pracovní model pro jeho vztahy a citový život bude v rozporu se zdravým modelem a následky se objeví velice záhy. U dospělých se může dezorganizovaný attachment projevit v různých formách chování jež vycházejí z nutnosti přežít. Je charakteristické svou rigiditou, extrémností a rozkladností. Projevy chování se týkají témat bezmocnosti, například silný strach z opuštění, zrady, selhání, nebo mají podobu donucovací kontroly, například sebeobviňování, zavržení, dotěrnosti a nepřátelství.

Jestliže je attachment vážně narušen má často za následek riziko somatického onemocnění a psychosociálních dysfunkcí. Toto riziko lze pozorovat ve třech aspektech zhoršení klíčových biopsychosociálních způsobilostí: 1. zvýšená citlivost na stres (potíže při soustředění pozornosti a modulace vzrušení), 2. neschopnost regulovat emoce bez vnější pomoci (například pociťovat převážně intenzivní nebo paralyzované emoce a jednat podle nich) a alterované hledání pomoci (nepřiměřené hledání pomoci a závislost nebo sociální izolace a odpoutání se) (Vrtbovská, 2010).

2.2 Biosyntéza a attachment

Biosyntéza ve své teorii klade důraz na pochopení a mapování toho, co klient v raném dětství zažil. Lépe pak může volit vhodné strategie a mít v terapii větší fokus na oblasti, které je potřeba “léčit”. Attachmentová teorie je biosyntézou respektována, věří, že rané vztahy, nebo nedostatek prožitku vazby výrazně ovlivní, jak se dítě vyvíjí. A jak se vytvoří naše mapa vztahů, s přáteli, partnerem, i s terapeutem. Začíná se vyvíjet velmi brzy, již před narozením. Dle Shuli Sztern by každý terapeut měl nejen znát attachment svého klienta, ale také svůj attachmentový vzorec.

Již v děloze prožíváme vztah s matkou. Po narození vidíme, dotýkáme se, čicháme, smějeme se, miminko se učí o sobě, o druhých a o světě. To je také základ pro systém

regulace. Tenhle vzorec vazby a regulace se bude opakovat v našich dospělých vztazích. Bude se v nich odrážet, jak důvěřujeme druhým. Jak sobě. Jak náročné je pro nás vytváření a bytí ve vztahu s druhým. Jak moc jsme otevření třeba dobrodružství ve vztahu a mnoho dalších aspektů.

Jak již bylo zmíněno, vztahová vazba je platforma, na které probíhá proces seberegulace přes koregulaci. Koregulace probíhá ve vztahu s druhým člověkem, je to, co miminko zažívá od matky - klid, utěšování, důvěru, že to bude dobrý. Na základě toho se rozvíjí seberegulace. Když je maminka zatížená svojí minulostí, může se stát, že koregulace není bezpečná. To může později způsobovat emoční problémy, deprese, poruchy imunitního systému, problémy se srdcem. Také biosyntéza hodně nahlíží na poruchy attachmentu jako na místo, kde jsou jistě přítomny i zdroje. Biosyntéza věří, že klient má v sobě zdravý systém a že může dosáhnout uspořádání a znovu získat bezpečný attachment.

Práci s klientem s narušeným attachmentem neboli vývojovým traumatem nejlépe ilustruje následující tabulka.

Rozdělení typů attachmentu a jejich hlavní charakteristiky pro biosyntetickou práci s klientem (S. Sztern, 2019).

Druh attachmentu	Bezpečný attachment	Vyhýbavý attachment	Ambivalentní/Úzkostný attachment	Dezorganizovaný attachment
Charakteristika	Rodič je přítomný, stabilní, naladěný na dítě, emočně jasný, důvěra	Rodič nenaplnuje emoční potřeby dítěte. Fyzické ano.	Naplnování potřeb je nestabilní, někdy jsou naplněny, jindy ne, dítě neustále hledá vodítka, které by mu pomohli potřebu dosáhnout vždy.	Kdo měl být bezpečný, byl škodlivý. Velký strach.
	Blízkost vytváří ještě větší blízkost.	Nepotřebuj i. Nechci.	Chci, ale nemůžu mít.	Bolest/strach/= láska
Vztahové pole – vzorce vztahování se	Vazebný systém je stabilní a vyvážený. Láskyplné	Tam venku pro mne nikdo není, tak jsem si sám pro	Vazebný systém je neustále aktivní. Touží po lásce a současně má strach z její ztráty. Velmi zaměřený na	Vazebný systém – složitá síť trhlin. Konflikt mezi bondingem a přežitím.

	vztahy, integrovaný tok energie. Nebojí se objevovat. Vztahy jako setkání a dialog.	sebe. Vazebný systém se uzavírá. Vzorce deprivace. Spoléhá sám na sebe, aby se reguloval/vybalancoval. Silné zaměření na sebe. Druzí nejsou útočištěm/podporou. Občasné odpojení ve vztazích. Vztahy – těžká disciplína.	druhého. Druhého potřebuje, aby se reguloval/vybalancoval. Dokáže se uklidnit a uspokojit jen skrze druhého. Témata opuštění. Vztahy – těžká disciplína.	Vysoká aktivace. Ve vztazích nenachází žádné bezpečí – postrádá bezpečné vztahové pole. Silové vztahy + strach.
Endoderm: náboj	Emoční jasnost	Emoční potlačování	Emoční acting out	Disociativní, zamrzající
Mezoderm: dechové vzorce, motorická pole	Vycentrovaný a integrovaný dechový rytmus. Lehkost v pohybu a impulsu.	Silně kontrolované, povrchní dýchání.	Dysregulace dechových vzorců. Holding on.	Chaotické dýchání. Obranný mechanismus „přiblížit se + odstrčit“ vyvolává zamrznutí.

<p>Ektoderm: verbální a vizuální formy.</p>	<p>Srozumitelná, poutavá, živá a koherentní řeč. Integrovaný proud energie a informací.</p> <p>Žije plně v přítomnosti.</p>	<p>Chudý emoční jazyk. Řeč je faktická – více orientovaná na levou hemisféru. Méně imaginativní/vizuální pole. Těžko se mu mluví o vztazích.</p> <p>Zaměřený na budoucnost.</p>	<p>Dominuje pravá hemisféra: může se emocemi až zaplavit.</p> <p>Převážně v minulosti.</p>	<p>Nedostatek propojení, uvíznutí v traumatu.</p> <p>Žádný koherentní řád – střídá přítomnost, budoucnost a minulost.</p>
<p>Léčivé věty</p>		<p>Vidím tě. Patříš sem. Tvé potřeby jsou pro mne důležité. Jsi naživu a vítaný. Povolení k existenci.</p>	<p>Jsi důležitý. Zůstávám tu s tebou. Neopustím tě. Jsem tu pro tebe.</p>	<p>Jsi v bezpečí. Smíš... Dovedeš...</p>
<p>Korektivní zkušenost</p>		<p>Cítit a vyjádřit emoce. Trénovat dávání. Práce s uzemněním, když nastane disociace. Zemský dotek. Přivítání do světa –</p>	<p>Držet a kontejnovat emoce. Nácvik přijímání od druhých (jsi tu také). Vytvoření pojetí sebe (Self), aby se tolik neztrácel ve druhých (duální přítomnost). Nácvik seberegulace, rovnováhy, plynutí. Pevný dotyk. Uzemnění, když se objeví úzkost.</p>	<p>Kompetentní ochránce, který dává bezpečí, jasnost, důvěru. Uzemnění. Učení se bezpečnému kontaktu/dotyku.</p>

		být viděn a vítán. Nácvik regulace.		
Zdroje	Bezpečí, zvědavost, uzdravení	Nezávislost . Stabilita. Odolnost. Logika. Výkonnost.	Péče. Srdce.	Přežil jsem – síla. Spiritualita.

3 Poznatky neurověd k narušení attachmentu a vývojovému traumatu

O důsledcích traumatické události nebo dlouhodobého traumatického působení v dětství na vývoj psychiky člověka již dlouhou dobu není pochyb. Také již dlouhou dobu dokážeme přesně popsat oblasti zasažení - potíže s regulací emocí, potíže s navazováním vztahu, nepřátelský vztah k sobě, potíže v důvěře ke světu a lidem. Ale až poslední desetiletí, s rozvojem moderních zobrazovacích metod v medicíně, nám daly jasnou zprávu, že traumatické působení má ukotvení ve změnách struktury a funkce lidského mozku. V posledních letech probíhaly rozsáhlé výzkumné studie, jejichž výsledkem je potvrzení úvah o spojení traumatických zkušeností v dětství a změnami ve vývoji struktur mozku a jeho funkcích.

Mezi nejzávažnější neurobiologické teorie, o které se opírá pak většina terapeutických přístupů, rozhodně patří např. neurosekvenční model B. Perryho, který osobně považuji za nosný pro práci s traumatizovaným klientem a proto se v práci o něm zmiňuji nejpodrobněji a také se domnívám, že při biosyntetické práci bychom mohli být tímto modelem inspirováni pro volbu intervencí ke klientovi. Pojdme se podívat, co se děje s mozkiem, pokud je zasažen opakovaným neadekvátním působením.

3.1 Sekvenční vývoj mozku

Mozek je organizován hierarchickým způsobem, v rámci čtyř hlavních anatomicky odlišných oblastí: Mozkový kmen, mezimozek, limbický systém a kortex. Během vývoje se mozek organizuje odspodu směrem nahoru, od nejjednodušších (mozkový kmen) po ty nejkompexnější oblasti (limbický, kortikální). Každá z těchto oblastí zprostředkovává jiné funkce. Nižší, strukturálně jednodušší oblasti zprostředkovávají řídicí funkce, nejvyšší, ty nejsložitější. Vyvíjejí se, organizují a stávají se plně funkční v různých obdobích dětství. V

různých obdobích dochází v různých mozkových oblastech také v nejvyšší produkci synapsí, od čehož jsou odvozena tzv. "citlivá období".

Proces vývoje mozku je ovlivněn neurotransmitery, neurohormony a neuromodulačními signály. Tyto signály pomáhají mimo jiné zacílit pohyb a diferenciaci buněk a utvářet synaptické spojení. Některé z nejdůležitějších signálů pocházejí z monoaminergních neurálních systémů, které vznikají v nižších oblastech mozku a vstupují do všech částí vyvíjejícího mozku. Vlivem jejich široké sítě napříč mozkem a role v zprostředkovávání a modulaci řady funkcí, může poškození v organizaci nebo fungování těchto systému vyústit v řadu dysfunkcí od nejnižších oblastí mozku až po ty vyšší. Pokud dojde k poškození během raného dětství, tato kaskáda dysfunkcí může narušit normální průběh vývoje. Jednoduše řečeno, organizace vyšších mozkových struktur závisí na vstupních informacích z nižších mozkových struktur. Je zřejmé, že traumatické zkušenosti v různých obdobích života jednoho dítěte ovlivní mozek různými způsoby. Je důležitá doba, ve které dítě získává zkušenosti - stejná traumatická zkušenost ovlivní jinak 18 měsíční dítě a jinak 5 leté (Perry, 2009).

3.2 Organizace mozku v závislosti na používání synaptických spojení

Mozek se organizuje "na používání závislým způsobem". Nediferencované neurální systémy jsou závislé na podnětech z prostředí a mikroprostředí. Používaná synaptická spojení se udržují a zesilují, nepoužívaná vyhasínají a ztrácí se. Zkušenosti z raného dětství vytvářejí vzorce neurální aktivity, které se stávají jakousi šablonou pro neurální sítě a vzorce, skrze něž budou vnímány a internalizovány budoucí zkušenosti. Aby se mohl vyvinout motorický systém, dítě musí lézt, chodit běhat a tancovat. K organizaci kortikálních oblastí musí mít dítě zkušenosti se symbolickými informacemi, tj. někdo na něj musí mluvit.

Věk, ve kterém dítě získává zkušenosti, je zásadní. Sekvenční vývoj vyžaduje, aby tyto zkušenosti přicházely ve "vhodném" pořadí, odpovídající věku dítěte (Perry, Pollard, 1998 in Perry 2009).

3.3 Stresová teorie

V životě člověka zažíváme různé výzvy, stresy, nepředvídatelné události a často i trauma. Je velmi individuální, jakým způsobem člověk reaguje na stres a trauma. Jedno z pozorování, které bylo učiněno, je, že odolnost a způsob zvládnání stresu a traumatu je ve zdravých vztazích a vztahování se. Takhle schopnost zvládnání stresu je ovlivněna dvěma vzájemně

propojenými systémy v lidském mozku: systém stresové odezvy a neurální síť spojená s attachmentem, bondingem, sociální komunikací.

Při narození se systém stresové odezvy v mozku rychle organizuje a vyvíjí. Neurobiologické systémy zprostředkovávají tyto reakce lokalizované v mozkovém kmeni a mezimozku.

Hlavní zdroj, který zabezpečuje rozvoj systému odpovědného za zvládání stresu je pečující osoba. Hlavní rolí tohoto systému je vycítit nepohodu (hlad, zima, hrozba...) a vyslat signál homeostáze na podporu přežití. Děti nejsou schopné rozpoznat své potřeby, dělají tak přes své pečovatele, kteří jsou vnějšími (externími) regulátory stresu. Konzistentním, vyživujícím a předvídatelným způsobem nabízí opakovanou neurální stimulaci dítěti (uplatňující se systémem používání synaptických spojení zmiňovaný výš), která napomáhá budování adaptivní a flexibilní stresové odpovědi (buduje se seberegulace), stejně tak se buduje zdravá vztahová vazba. Pokud by pečující osoba byla depresivní, ve stresu, nekonzistentní, nebo nepřítomná, tyhle dvě "sítě" se vyvíjí abnormálně (Perry, 2009).

Existují dva základní vzorce neurálních reakcí na stres u traumatizovaných dětí: hyperarousalové kontinuum a disociativní kontinuum. (Perry, 1995 in Vrtbovská, 2010).

Hyperarousalové kontinuum

Při setkání se zdrojem ohrožení je aktivován sympatikus, tj. dochází k zvýšení frekvence srdečního tepu, krevního tlaku, dýchání, uvolňování uloženého cukru, zvýšení svalového tonusu, zbystrění vnímání a nedůležité informace jsou upozadovány. Všechny tyto akce připravují tělo k obraně či útěku. Pokud čelí dítě ohrožení, prudce stoupá aktivita neurobiologických systémů zprostředkovávajících reakci útok - útěk. Postupem času ale stejnou aktivaci nevyvolá pouze přímé ohrožení, ale také připomínka traumatu a někdy také myšlenka nebo sen o traumatické události. I když dítě není vystaveno původnímu traumatu, stresové odpovědi v mozku jsou opakovaně aktivovány. Tato aktivace vede ke zvyšování citlivosti neurobiologických systémů (v mozkovém kmeni a mezimozku), což vede k zvyšování citlivosti dalších funkcí mozku zprostředkovaných těmito systémy (fyziologických, kognitivních, emočních a behaviorálních) a dochází tak k jejich dysregulaci. Traumatizované dítě tak může být hyperaktivní, úzkostné, impulzivní, může mít potíže se spánkem, vysokým tlakem. Každodenní stresory, které dříve nevyvolávaly žádnou reakci, začnou vyvolávat "přehnané" reakce - děti jsou hyperaktivní, přecitlivělé, neboť se nacházejí v permanentním stavu strachu (stav se v důsledku popsanych procesů stane rysem). Přetrvávající ohrožení

může v závislosti na věku dítěte a charakteru ohrožení vést ke změně reakce z hyperarousalového kontinua do disociativního.

Disociativní kontinuum

Malé děti nejsou dobře vybaveni k reakci útok - útek. V úvodní fázi pocíťovaného distresu pláčou, aby pečovateli věděli o jejich ohrožení. Pokud pečovatel přijde, jedná se o adaptivní reakci. Pokud však nevhodně zareaguje, dítě nakonec přestane plakat a je nuceno aktivovat jiné adaptační vzorce. Je-li dítě dost staré, aktivuje vzorec v rámci hyperarousalového kontinua (dětská verze reakce útok - útek). Kojenci však aktivují disociativní adaptaci na neuspokojování potřeb. Čím mladší jedinec je, tím spíše používá disociativní vzorec než hyperarousalový (Perry, Pollard, 1998 in Burianová, 2017).

Vrtbovská (2010) zmiňuje odlišnost ve struktuře pravé mozkové hemisféry, která je zodpovědná za regulaci afektu a zodpovídá za různé aspekty vztahové vazby. Opakovaná traumatická zkušenost je také kumulativní chronická nevypočitatelná stresová zkušenost, jež je spojena s interakcí s blízkou lidskou bytostí. Opakovaný dlouhodobý chronický stres v dětství vede k dlouhodobému rozvoji reaktivní autonomie, jež vyplývá ze strukturálních změn neuronové sítě, a to zejména v pravé hemisféře, kriticky zapojené do rozvoje dyadické vztahové zkušenosti. Pravá hemisféra se intenzivně rozvíjí dříve než levá a je hluboce propojena s autonomním limbickým systémem odpovědným za vzrušivost organismu. Je dominantně odpovědná za zpracování informací spojených se sociálními kontakty, emocionálními stavy a tělesnými impulzy a pocity s nimi spojenými. Nejde jen o pravoemisférovou dominanci v oblasti prercepcce, vyjadřování a komunikace emocí, ale podle nejnovějších výzkumů také o kontrolu spontánně vzniklých reakcí a moderaci základních emocí.

Také se ukazuje, že špatná sociální interakce vede k poškození vývoje mozku, sociální stresory mají větší vliv na špatný vývoj než stresory jiného druhu (Vrtbovská, 2010, str. 54).

Rané zkušenosti s pečovateli budují asociace a "šablony" v mozku, o tom, jací lidé jsou. Jsou bezpeční? Předvídatelní? Jsou zdrojem obživy, komfortu a potěšení? Nebo jsou zdrojem nepředvídatelnosti, strachu, chaosu, bolesti a ztráty? Tyhle šablony vytvořené v dětství tak dávají podklad pro budoucí vztah, jak jsme o tom mluvili již u attachmentu (Perry, 2009).

4 Psychoterapeutické možnosti práce s poruchami attachmentu a vývojovým traumatem

Terapie dospělého s poruchou attachmentu patří mezi velmi obtížné a emocionálně náročné. Dospělý s vážnější poruchou attachmentu se bude jevit jako nemotivovaný, egocentrický, manipulující a v odporu. Vyhýbavý attachment je v extrémní poloze u dospělého vnímán jako bezcitnost. Ambivalentní attachment je patrný jako přecitlivělost, paranoidní vnímání, zahlcení sebou a svými emocemi. Allan Schore in Vrtbovská (2010) říká, že pokud klient vykazuje poškození vědomí sebe sama, jedná se o rané trauma attachmentu.

Pro takového člověka je kontakt s druhými lidmi průběžným stresem, od něhož není úleva. Druzí lidé se mu jeví jako ohrožující a nebezpeční. Klient často zažívá na základě minimálních signálů a indicií v interakci s druhými stud a ponížení, jež vedou k dysregulaci afektu, protože očekává a pak na základě minimálních signálů či indicií zažívá odmítnutí, což vede k odpojení se od kontaktu a interakce a emocionálnímu zamrznutí (disociace). Klient trvale a průběžně zažívá nebezpečí a ohrožení ve vztahu s druhým člověkem. Pocitové prožívání také zahrnuje jistotu, že tohle tak bude navždy, nikdy to nepřejde a nemůže se to změnit. Je důležité si uvědomit, že intenzita těchto prožitků je na úrovni síly afektu spojených s ohrožením života. Neděje se tak na vědomé úrovni, ohrožení je nevědomé a odehrává se v oblasti afektivních procesů v pravé hemisféře. Pokud signál vyvolá pocit ponížení nebo zastrášení, reakcí je vzrušení a deregulace, v chování pak následně vzrušená reakce, agrese, snaha o kontrolu. Pokud signál vyvolá pocit odmítnutí, nebo stud, reakcí je disociace nebo odpojení. Fyzicky může jít o ztuhnutí, zmražení, vymizení emocí.

U lidí s poruchou attachmentu je prokázáno, že verbální terapie zahrnující logickou práci, rozhovor, nejsou účinné. Pokud trauma nastalo v období před rozvojem jazyka, je uloženo v implicitní emocionální paměti pravé hemisféry. Ta se projevuje tělesně a psychomotoricky. Tedy pocity se navenek realizují emocionálně motivovanými pohyby těla, pohledem, hlasem, výškou a tónem, gestem. Pokud je systém dysregulován, jsou dysregulovány i tato tělesná a psychomotorická vyjádření. Tento fakt je velmi významným pro terapeutickou práci s raně vývojově traumatizovaným člověkem. Neverbální regulace afektů na úrovni pravé hemisféry musí být součástí každé efektivní terapie. Významným prvkem v terapii lidí s raným traumatem je schopnost empatie - vcítění se, a skutečný hluboký kontakt s prožíváním klienta (Vrtbovská, 2010, str. 76).

4.1 Praktické výstupy sekvenčního modelu do terapeutické praxe

Výše popsané principy organizace mozku mají výstup do terapeutické praxe. Perry (2009) dokonce říká, že jsou klíčové pro efektivní terapii.

Terapie se snaží změnit strukturu mozku. Všechny snahy o změnu mozku nebo jeho systému musí poskytovat zkušenosti, které poskytují opakovanou aktivaci neurálního systému, který mění jeho funkčnost nebo dysfunkčnost. V mnoha případech je cílem intervencí změnit inervaci neurálního systému, ne symptom nebo oblast potíží. Mnohé děti, které zažily špatné zacházení, jsou léčeny tím, že se pracuje s jejich neokortexem nebo limbickým systémem, ale ony mají potíže s oblastí, která odpovídá za stresovou reakci, které je ale uložena níž (Perry, 2009).

Na základě svých poznatků sestavil Perry model, který doporučuje volbu terapeutických strategií na základě podrobné analýzy potíží klienta a také na základě znalosti z oblasti neurobiologie. Tedy která část mozku byla traumatem zasažena.

Neurosekvenční model terapie

Neurovědec Bruce Perry podporuje použití různých terapeutických metod dle úrovně vývoje mozku - neurosekvenční programování. Po narození dolní, nebo primitivnější část mozku (mozkový kmen a mozeček), která ovládá dýchání, požívání potravy, spánek nebo reakci útěk/útok/zamrznutí, dozrává a získává organizaci. Na této úrovni potřebuje dítě hodně doteků a rytmu, aby dozrálo normálním způsobem. Je potřeba si uvědomit, že nejpokročilejším sensorickým systémem novorozence je hmat. Miminko nejčastěji konejšíme dotekem (zvednutí a obejmutí) a rytmem (houpáním).

Střední mozek, jinak nazývaný emocionální (limbický systém) je téměř zralý. Dítě potřebuje pečovatele, který je naň naladěný, aby se rozvinula schopnost regulovat stres.

Vyšší mozek (mozková kůra) který je zodpovědný za logické myšlení a uvažování dozrává naposled. Dítě na rozvoj této oblasti potřebuje intelektuálně stimulující činnosti řešení problémů apod. Každá část mozku závisí na předcházející, nižší úrovni mozku. Kůra tedy závisí na uspořádání středního mozku, který závisí na zralosti dolní části mozku.

Perry navrhuje, aby se terapeuti řídili úrovní zralosti mozku klienta, a ne jeho chronologickým věkem.

Znamená to, že pokud klient prošel po narození špatným zacházením, je potřeba nejdříve stimulovat a uspořádat nižší mozkové funkce pomocí aktivit, které zahrnují dotek a rytmus (tanec, hudba, pohyb, bubnování) a také pomocí masáží, aktivit Theraplay a senzomotorických aktivit. Postupem léčby se klade důraz na emocionální vyjádření, např. prostřednictvím arteterapie a terapie s písní, psychodrama, terapie hrou.

Závěrečné fáze terapie zahrnují verbálnější terapie jako je kognitivní terapie nebo psychoterapie. Také se v poslední době uplatňuje dyadická vývojová terapie.

Důležitým poznáním v práci s traumatizovanými lidmi je tedy potřeba léčit prostřednictvím neverbálních druhů terapie (Munns, 2019).

V interview, které poskytl australské rodinné terapeutce, Bruce Perry vysvětluje principy svého modelu a zdůrazňuje vztahový rámec používaných aktivit. Např. somatosenzorické aktivity je vždy dobré provádět vzájemně s druhým člověkem (rodičem, pečovatelem, terapeutem). Příkladem může být vzájemná masáž rukou, sport, tančení a zpívání.

Také na základě neurobiologických zjištění o systému “na aktivitě a používání závislých synaptických spojení” zdůrazňuje potřebu nutnosti opakovaných aktivit pro změnu v mozku. Například pokud chceme zabezpečit změnu dysregulovanou anebo slabě organizovanou mozkovou síť zapojenou do stresové odpovědi, musíme provádět opakované rytmické senzomotorické aktivity. Běžné aktivity života jako je hudba, tanec, bubnování, jízda na koni, skákání na trampolíně, plavání a masáže nám mohou také výrazně pomoci. Opakované senzomotorické aktivity evokují pocit bezpečí. Rytmus je regulace (MacKinnon, 2012).

Rytmus neboli pulzace také biosyntéza považuje za léčivé, využívá k tomu rytmické dýchání, rytmické pohyby, nebo cokoliv co rytmické opakování navozuje. Je rozhodně pozitivní konstatovat, že to podporují výzkumy neurobiologie mozku.

4.2 Přístup biosyntézy v léčbě vývojového traumatu

Biosyntetická terapie přistupuje k léčbě akutního traumatu a vývojového traumatu odlišně.

Šokové trauma je spojené s vybitím, vychází z poznání, že velká energie se v systému zadrží a je potřeba ji vybit, aby se tělo mohlo vrátit k regulaci. U vývojového traumatu se nejedná o vybití, jde o uspořádání energie. Pomocť klientovi, aby měl energii na to říct, co

chce říct, udělat něco, říct ne, hýbat se. Pracujeme taky s energií hněvu, která je pro klienta nebezpečná, vytváříme pro ni dobrý kontejnment (Sztern, 2019).

Shuli Sztern také zdůrazňuje, že je důležité pracovat se všemi složkami, nejen s tělem.

Dokonce se zdá být důležité ze všeho nejvíc sytit ektoderm, protože tam přetrvává chaos.

Pro práci s traumatem se ukazuje být užitečné zachovat přístup nebo pravidlo tři třetin.

1. **EDUKACE** - vysvětlit souvislosti, co se stalo, propojování minulé zkušenosti s tou aktuální. Cílem je také normalizace, vysvětlit, že je to obvyklé chování v neobvyklých situacích. Edukace pomáhá uspořádat chaos, posiluje ektoderm.
2. **TĚLOVĚ EMOČNÍ PRACOVÁNÍ** - podporovat emoce, zrcadlení, nepracovat s abreakcí, spíš malé podněty vyhnout se zahlcení. Dávat názvy chaotickým prožitkům.
3. **ZÁJEM O KAŽDODENNÍ ŽIVOT** - zajímat se o to, jak člověk skutečně žije.

Cílem terapie tak je znovu propojování ektodermu, endodermu a mezodermu a obnovení pulzace.

Z praktických intervencí se jeví být prospěšná zejména relaxace, která svým obsahem směřuje k celistvosti u fragmentovaného těla a mysli. Jedná se o řízenou relaxaci s imaginací s výraznými prvky zakotvení a bezpečí. Také podporuje sebevědomění a kompetence. Důležitým prvkem u relaxace s traumatizovanými klienty je poloha, relaxaci realizujeme vždy v sedě, s otevřenýma očima. Jde o vědomé zaměstnávání mysli úkoly. Příkladem může být: uvědomte si, jak dýchání zvětšuje a zmenšuje vaše tělo... zatlačte do chodidel, do zad...obkreslování tělesného schématu, představa a obraz místnosti, pozornost na zvuky (Janečková, Lucká, 2018).

4.3 Jiné terapeutické přístupy léčby vývojového traumatu

Jak již bylo zmíněno, přístupů pro nápravu vztahové vazby je spousta, a z důvodu omezeného rozsahu práce uvádíme jen některé, které se nám z pohledu praktického uplatnění v jiných terapeutických přístupech zdály srozumitelné, dostupné a dobře přenositelné do práce s klienty, třeba i v biosyntetické práci. Zejména attachmentové hry jsou dobrým námětem pro práci biosyntetického terapeuta v kontaktu s traumatizovaným klientem.

Theraplay - zakládá se na teorii vztahové vazby. Cílem je posílit vztahovou vazbu mezi pečovatelem a dítětem, posílit sebevědomí dítěte a rodiče, zvýšit důvěru mezi nimi a

pomoci dítěti k autoregulaci. Je to krátkodobá terapie, přesně strukturovaná. Terapeutický model je v souladu s novými výzkumy fungování mozku. Aktivity v rámci Theraplay stimulují pravou hemisféru. Zaměřuje se na stimulaci střední emocionální části mozku a dolní části, do které patří kmen a mozeček (Munns, 2019).

Sezení probíhá tak, že se ho účastní rodič, nebo náhradní rodič, dítě a terapeut. Terapeut nejdřív učí rodiče, jakým způsobem jednotlivé aktivity realizovat. Cílem všech aktivit a her je pomoci dítěti prožívat lásku a radost v blízkém a bezpečném vztahu. Na každém setkání je dobré zařadit minimálně jednu hru z každého níže popsaného okruhu.

Aktivity jsou voleny ze 4 okruhů, každý okruh podporuje rozvoj a potřebu z jiné oblasti. Jsou to základní stavební kameny Theraplay.

1. **Jasná STRUKTURA:** zaměřená na řád, bezpečí, pevná pravidla. Pravidla dítě učí sebekontroly, pokud vyrůstali v chaotickém prostředí, pro děti hyperstimulované, impulzivní a hyperaktivní. Také aktivity z této skupiny jsou vhodné pro extrémně kontrolující děti.
2. **Soustředěná POZORNOST:** Vzájemné napojení, naladění se jeden na druhého, sdílení pozitivních emocí. Cílem aktivit je aby se dítě cítilo "viděno" a "vnímáno". Vhodné pro děti, které jsou stažené, vyhýbají se kontaktu.
3. **Láskyplná PÉČE:** Vytvoření bezpečné základny pro zkoumání světa, potvrzování hodnoty, pomoc při zvládnutí vnitřních stavů. Děti mají pocit, že se o nich někdo stará, že je někdo přijímá. Naplňují potřeby dítěte z mladšího věku.
4. **Zajímavá VÝZVA:** Podpora kompetence, sebedůvěry, pomoc při zkoumání světa. Jedná se o aktivity, které jsou zábavné, podporují pocit šikovnosti a sebedůvěry (www.theraplay.org).

Dyadická vývojová psychoterapie (DDP) - cílem terapie je znovuobnovení schopnosti dítěte vstupovat do blízkých a bezpečných vztahů (www.attachment.cz).

Dyadická vývojová psychoterapie pracuje s celou rodinou (rodič a dítě). DDP se využívá v biologických a náhradních rodinách, kde dítě prožilo rané trauma, které vedlo k disharmonickému vývoji. Pro takové děti bývá obtížné zvládat běžné sociální a emoční situace přiměřeně jejich věku (jsou agresivní, lžou, vyhýbají se kontaktu, uzavírají se do sebe, manipulují s okolím apod.). Cílem terapie je obnovit a budovat v dětech víru v blízký a bezpečný vztah, podpořit jejich sebedůvěru a v neposledním řadě podpořit nebo obnovit důvěru v lidi a svět.

Principy DDP:

- PACE - hravost, přijetí, zvědavost, empatie
- Intersubjektivita - napojení se na sebe
- A-R dialog - problémové události, se kterými rodina přichází, nezajímají terapeuta tolik, jako to, jak je jednotliví členové rodiny prožívali a jak jim rozuměli
- Náprava vztahu - ochota znovu navazovat vztah.

Trust- Based Relational Intervention (TBRI)

Nejedná se o terapeutický přístup ale spíš o intervence, které může vykonávat pečovatel v přirozeném prostředí dítěte. Intervence se opírají o tři základní pilíře a to jsou: rozvoj bezpečí, zážitek uzdravujícího vztahu a učení se zvládacím strategiím a seberegulaci.

Z toho pak vychází principy, které se ve vztahu k dítěti uplatňují:

1. zplnomocnění - důraz na fyzické potřeby, aktivity podporují primitivní systém (možnost jídla každé dvě hodiny, sensorické aktivity, rituály a rutina - před spaním, nebo ráno).
2. spojení - důraz na vztahové potřeby - rozvíjejí přijímání péče, hledání péče, vyjednávání potřeb, být autonomní (čtení, povídání, chození, tulení, děláni domácích prací spolu, aktivity zaměřené na zábavu a čas spolu s rodinou).
3. korekce - důraz na behaviorální potřeby - učí děti být svými vlastními manažery (Purvis a kol., 2013).

Využití attachmentových her

Nejedná se ucelený terapeutický přístup, ale o nabídku her, které může realizovat ve vztahu s dítětem kdokoliv, může to být pečovatel, učitel, nebo terapeut. Tady jsou základní charakteristiky her, které lze použít pro léčbu nebo korekci poruch attachmentu:

- jedná se o interaktivní hry, které prohlubují vztah s dítětem,
- hry obsahují smích, ten redukuje tenzi, strach a úzkost,
- nepotřebují žádné speciální pomůcky,
- můžeme je provádět na různých místech a kdekoliv,

Formy: hry a aktivity na rozvoj spolupráce, aktivity s dotekem, regresivní hry, hry s výzvou, nedirektivní volná hra, hry na podporu separace (Solter, 2013).

Závěr

Cílem práce bylo poskytnout drobný exkurz do neurobiologie vývojově traumatizovaných dětí a dospělých a seznámit čtenáře s novými, aktuálně využívanými postupy na poli terapeutické práce s attachmentem a jeho narušením. Také nabídnout jistou inspiraci pro biosyntetickou práci, která rozhodně může být prospěšná v nazírání na klienta a volbě terapeutických strategií. Ráda bych shrnula nejdůležitější výstupy, které práce pro praktickou oblast má.

1. Do kontaktu s vývojově traumatizovaným člověkem je dobré vstupovat se základním porozumění neurobiologickým aspektům traumatu. Již zmíněno, mozek člověka s historií špatného zacházení (a to jak deprivace, tak traumatizace) je odlišný ve svém fungování než je mozek zdravého člověka s bezpečným attachmentem.
2. Dobrým vodítkem nám může být Perryho neurosekvenci model, který říká, že mozek se vyvíjí postupně, od nižších struktur po ty vyšší. Je dobré znát, v jakém období mohlo k traumatizaci dojít a na základě toho volit vhodné terapeutické strategie.
3. Pokud se jedná o rané trauma, které zasáhlo do života člověka v čase vývoje neurální sítě, která odpovídá za regulaci, je dobré k léčbě využít rytmus a dotek. Léčba traumatu by měla mít také vztahový rámec, tedy provádět třeba dotykové aktivity s druhým člověkem.
4. Pro léčbu je vhodné využít neverbální druhy terapie, protože jsou cíleny na části mozku, které neprošly adekvátním vývojem. Verbální terapie tak nejsou účinné.
5. Inspirací nám mohou být také attachmentové hry, kterých je nespočet a také naše vlastní fantazie, s respektem k výše uvedeným poznatkům.

A co dodat na úplný závěr? Psaní této práce mě obohatilo o poznatky, které jsou jistě pro praxi významné. Do této chvíle se mi nepovedlo je aplikovat do praxe, což vyžaduje delší čas a přesahuje rozsah této práce. Je ale výzvou pro další zkoumání a ověřování, jak nové poznatky z neurovědy pomáhají psychoterapeutické praxi v léčení traumatizovaných klientů.

Použitá literatura:

- Attachmentové centrum ATTA [online], ©ATTA 2018. Dostupné na www.attachment.cz.
- Brish, K.H.: Poruchy vztahové vazby, Od teorie k terapii, Portál, Praha, 2011, ISBN: 978-80-7367-870-8.
- Buriánová, V.: Vybrané výzkumy a poznatky o vlivu ranní institucionalizované výchovy na vývoj, Středisko náhradní rodinné péče, 2017, dostupné z https://www.nahradnirodina.cz/sites/default/files/vybrane_vyzkumy_a_poznatky_o_vlivu_rane_institucionalni_vychovy_na_vyvoj_ditete_0.pdf.
- Janečková, B., Lucká, Y: Důvěra ve změnu: Trauma v kontextu biosyntézy [přednáška]. Praha: Institut Biosyntézy v Praze, listopad 2018.
- MacKinnon, L.(2012): The Neurosequential Model of Therapeutics: An Interview with Bruce Perry [online]. *The Australian and New Zealand Journal of Family Therapy*. Volume 33, Number 3, 210 - 218. Dostupné z https://7079168e-705a-4dc7-be05-2218087aa989.filesusr.com/ugd/aa51c7_da2aced67e4a418d8f5f546fbb529535.pdf.
- Munns, E.: Pomoc deťom s poruchou vzťahovej väzby pomocou Theraplay [přednáška], Bratislava: Inštitút terapie hrou, Bratislava, září 2019.
- Perry, B.(2009): Examining child maltreatment through a neurodevelopmental lens: clinical application of the Neurosequential Model of Therapeutics [online]. *Journal of Loss and Trauma*, 14 (4), 240–255. Dostupné z: <http://www.informaworld.com/openurl?genre=article&doi=10.1080/15325020903004350&magic=crossrefCrossRef> | Google Scholar.
- Purvis, K. B., Cross, D. R a kol (2013): Trust- Based Relational Intervention (TBRI): A systemic Approach to Complex Trauma [online]. *Child & youth services*. Vol 34, str. 360 - 396. dostupné z <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3877861/>.
- Solter, A. J.: Attachment play, Shining Star Press, California, 2013, ISBN: 978-0-9613073-8-7.
- Sztern, S: Aspekty traumatu v kontextu terapeutického vztahu [přednáška]. Praha: Institut Biosyntézy v Praze, říjen 2019.
- Vrtbovská P.: O ztraceném dítěti & cestě do bezpečí, vydavatelství Natama Tišnov, 2010 ISBN 80-86620-20-4.