

## Léčení komplexního traumatu u adolescentů: Integrativní přístup založený na fázích pro herní terapeuti.

Eric J. Green

*University of North Texas at Dallas*

Amie c. Myrick

Rodinná a dětská služba, Bel Air, Maryland

*Pochopení jedinečných efektů komplexního traumatu na adolescenty, stejně jako identifikace účinných protokolů léčby, jsou zásadní pro to, aby herní terapeuti, informovaní o traumatu, byli kompetentní k léčbě. V poslední době je fázová léčba jedním z takových postupů, které byly úspěšně aplikovány na dospívající, kteří zažili komplexní trauma (Cohen, Mannarino, & Deblinger, 2006). Jako potenciálně prospěšné (Drewes, 2011) byly navíc prosazovány přístupy založené na hře (integrace konceptů komplexního traumatu, hry a empiricky navržených léčebných protokolů); Zelený, 2012). Autoři tohoto článku proto představují originální model, který je integrativní, založený na hře a vymezený ve 3 fázích, a přitom zůstává citlivý k aktuálním klinickým výsledkům v léčbě traumatu v literatuře.*

---

Termín komplexní trauma zachycuje diagnostické důsledky a související symptomy s dospívajícími (ve věku 13 až 17 let) s mnoha traumatickými zážitky. Konkrétně je komplexní trauma definováno Národní sítí traumatického stresu dětí (2007) jako "vystavení dítěte mnoha traumatickým událostem, obvykle invazivní, interpersonální povahy, s rozsáhlým dlouhodobým dopadem této expozice" (s. 34). Vývojové trauma je další termín, který zahrnuje opakované vystavení dětí a dospívajících potenciálně traumatickým událostem, často spáchaných důvěryhodnou osobou nebo dospělým v životě dětí (van der Kolk, 2005).

V posledních letech se zvýšila frekvence a intenzita situací, kdy jsou dospívající vystavení potenciálně traumatickým událostem, které vyvolávají reakce přeživších (Ogle, Rubin, Berntsen, & Siegler, 2013). Současný výzkum ukazuje, že u dospívajících vystavených více traumatickým příhodám se často vyvinou závažnější duševní a fyzické obtíže než u dospívajících, kteří prožili jeden traumatický incident. Rozmanité vlivy komplexního traumatu u dospívajících, stejně jako účinné léčebné postupy, jsou klíčovými oblastmi, se kterými se musí herní terapeuti seznámit a kompetentně se v nich vyškolit, dříve než s dotyčným začnou pracovat. Longitudinální výzkum, jako je studie nežádoucích dětských zážitků (ACES), ukazuje, že vliv komplexního traumatu na dospívající může být dlouhodobý.

V typickém fungování dospívajícího existuje sedm domén, které mohou být nepříznivě ovlivněny složitým traumatem: a) attachment, (b) biologie, (c) regulace afektů, (d) disociace, (e) kontrola chování, (f) poznávání a (g) sebepojetí (Cook et al.,

2005). Herní terapeuti, kteří radí traumatizované mládeži, mohou zvážit využití fázového přístupu k řešení těchto nesčetných krátkodobých a dlouhodobých obtíží. Proto je cílem tohoto článku: shrnout účinky komplexního traumatu na vývoj dospívajících a nastínit fázový integrační přístup pro herní terapeuti, který mohou využít při poradenství s dospívajícími.

## **VLIVY KOMPLEXNÍHO TRAUMATU NA DOSPÍVAJÍCÍ: ZÁKLADNÍ OBLASTI NARUŠENÍ**

Komplexní trauma dospívajících zahrnuje akutní nebo chronické trauma, jako je zneužívání a zanedbávání, ve spojení s dalšími traumaty: lékařské trauma (např. kritická nehoda, rakovina nebo naléhavá operace); komunitní trauma (násilí se zbraněmi nebo šikana); katastrofické události; nebo napadení; nebo trauma ze zrady (znásilnění nebo incest; Courtois & Ford, 2009). Ačkoli komplexní traumatologie může zahrnovat posttraumatickou stresovou poruchu (PTSD), mnoho dospívajících, kteří zažívají komplexní trauma, nemá na tuto diagnózu nárok; častěji bývají diagnostikováni řadou dalších komorbidních nebo koexistujících diagnóz, které ovšem mohou vést k neúčinné nebo zavadějící léčbě (van der Kolk & Pynoos, 2009). Cílem této části je nastínit některé z problémů a příznaků, se kterými se mohou terapeuti setkat. Díky tomu se mohou zapojit do přesného psychodiagnostického hodnocení a plánování léčby.

### **Poškození Attachmentu**

Význam attachmentu na vývoj dospívajících z paradigmatu terapie hrou byl nedávno řešen v literatuře (Green, Myrick, & Crenshaw, 2013). Vědci zjistili, že rané pečovatelské vztahy poskytují kontext, ve kterém dospívající chápou sebe, ostatní a sebe ve vztahu k ostatním. Když je attachment bezpečný, dospívající se považují za milování hodné a svět za pozitivní a předvídatelné místo (Bowlby, 1982). Rozvíjejí pocit zvědavosti, autonomie a důvěry. Pokud je vztah mezi rodičem a dítětem zdrojem traumatu, attachment je narušen. V těchto případech děti zažívají mezilidské vztahy, které jsou nekonzistentní a nepředvídatelné. Tyto vztahy mohou zahrnovat nevhodnou a dotěrnou blízkost, zanedbávání nebo lhostejnost a urážlivé zážitky (Cook et al., 2005). V důsledku toho si mladí lidé vypěstují nízkou toleranci vůči zvládání stresu a často nejsou ochotni přijmout pomoc od ostatních, když jsou vyčerpány jejich vlastní vnitřní zdroje.

Vlivy nejisté vazby se projevují zejména ve vzájemných vztazích. V nedávné studii (Hamby, Finkelhor, & Turner, 2012) bylo týrání v dětství úzce spojeno s násilím v době randění. Podobně jiné studie poznamenaly, že dospívající mají zvýšený potenciál pro zažívání partnerského násilí, když jsou oba dospívající ve vztahu nejistě

připoutání (Orcutt, Garcia, & Pickett, 2005). To platí bez ohledu na mezilidské násilí. Narušený attachment není vždy způsoben traumatem, ale téměř vždy vede k mezilidské nejistotě, problémům s důvěrou a dalším vztahovým obtížím.

## Biologické poškození

Mozky mládeže se během dospívání nadále vyvíjejí a mění se stejně, jako jejich fyziologický stav (Broderick & Blewitt, 2010). Komplexní trauma mění proliferaci nervu v mozku dospívajících a způsobuje fyziologické změny ve struktuře mozku a funkci klíčových nervových sítí souvisejících s reakcemi spojenými se stresem (Green, 2012; Lanius, Vermetten, & Bolest, 2010). Během hrozivé události nebo série událostí v průběhu času mozek iniciuje komplexní, celotělovou reakci na zážitek, obecně známý jako reakce „útok nebo útek“. Perry (2003) zmiňuje, že traumatizovaní adolescenti procházejí stavem klidu, bdělosti, strachu a teroru, jak hrozba sílí. Jiní vědci navrhli prodloužený cyklus odezvy nazývaný reakce „zamrznutí-útek-boj-zděšení-oslabení“ (Schauer & Elbert, 2010). Během komplexního traumatu dospívající (a) na okamžik zažijí inhibiční reakci na výkřiky, (b) pokus o útek nebo boj, (c) zažívají současné vzrušení a fyzickou nehybnost a nakonec (d) zažívají jev "vypnutí", při kterém se mohou odcizovat nebo dokonce omdlít v reakci na ohromující hrozbu, kterou trauma způsobilo mozku a tělu.

U dospívajících, kteří přežili komplexní trauma, mohly jejich mozky a těla tyto cykly zažít mnohokrát, s významnými neurologickými účinky. Studie s dospívajícími zjistily souvislost mezi týráním a sníženým měřením corpus callosum a abnormalitami čelního a prefrontálního laloku. Taková zjištění se shodují s obtížemi ve výkonné funkci a integraci levých a pravých polokulovitých funkcí (Saltzman, Weems, & Carrion, 2006). Fyzické zdravotní problémy byly spojeny se složitým traumatem (např. Brown et al., 2010; Dube et al., 2009) a nedávná epigenetická studie zjistila, že genové exprese nezneužívaných dětí se liší od genových expresí zneužívaných dětí na téměř 3 000 místech (Yang et al., 2013). Podle Perryho (2003) komplexní trauma u dospívajících inhibuje oblast čelního laloku mozku, Brocovu oblast, která ovlivňuje jazykovou komunikaci, a neurologické prořezávání, které může mít vliv na schopnost regulovat autonomní nervový systém.

## Poškození kognice

Vliv traumatu na vyvíjející se dospívající mozek, může také negativně změnit kognitivní funkce, včetně paměti, zaměření pozornosti, koncentrace a vývoje jazyka. Studie prokázaly pozitivní vztah mezi expozicí traumatu a selháváním autobiografického vyhledávání z paměti (Moore & Zoellner, 2007). Tyto kognitivní deficity jsou způsob, jak se mozek vyhýbá negativním emocím souvisejícím s traumatologickými vzpomínkami.

Existuje velké překrývání mezi příznaky prokázanými u dospívajících s poruchou pozornosti s hyperaktivitou (ADHD) a těmi, kteří mají komplexní traumatickou historii. Například příznaky ADHD, jako je hyperaktivita, nepozornost a dezorganizace, vypadají podobně jako posttraumatické reakce, jako jsou vysoká vzrušivost, rušivé myšlenky a vyhýbání se. Studie zjistily vyšší míru traumatických zážitků, včetně fyzického a sexuálního týrání, u dospívajících s diagnózou ADHD ve

srovnání s dospívajícími bez ADHD (Conway, Oster, & Szymanski, 2011). Jiné studie zaznamenaly zvýšenou pravděpodobnost diagnózy ADHD u přeživších traumat (např. Husain, Allwood, & Bell, 2008).

Rozdíly s pamětí, pozorností a porozuměním se mohou promítnout do potíží s učením, a to jak akademicky, tak v každodenním rozhodování. Mladí lidé postižení složitým traumatem jsou ohroženi nízkou úrovní čtení (Thompson & Whimper, 2010), sníženou školní docházkou a úspěchy (Perlman & Fantuzzo, 2010), sníženou akademickou angažovaností (Badenoch, 2008) a potížemi s plněním domácích úkolů (Slade & Wissow, 2007). Kromě toho týrání u dospívajících předpovídá nižší očekávání vlastních akademických a zaměstnaneckých úspěchů (Thompson et al., 2012).

### **Zhoršení disociace**

Disociace může být normativním mentálním mechanismem (např. sněním) nebo může sloužit jako mentální "vypnutí" reakce na ochromující trauma. Souvislost mezi disociací a traumatem byla nalezena u dospívajících i dospělých (Dalenberg et al., 2012). Pro dospívající, kteří zažili komplexní trauma, disociace automatizuje chování, rozčleňuje bolestivé pocity a vzpomínky a odděluje se od emocí a uvědomění si sebe sama. To znamená, že někteří dospívající jsou odpojeni od myšlenek, pocitů a tělesných pocitů a chovají se bez vědomého vědomí nebo volby. Zkušenosti se zmateností identity, zaujetí vlastními myšlenkami a fantaziemi se zdají být neodmyslitelně spjatý s typickým vývojem dospívajících, a přesto se neliší od zkušeností disociace u přeživších traumat.

Pokud je přítomna patologická disociace, může být hlášen nebo pozorován libovolný počet následujících příznaků: výpadky, amnézie, změny nebo zprávy o změnách identity a depersonalizace a/nebo derealizace.

## Poškození regulace afektů

Komplexně traumatizovaní dospívající mohou mít deficity při rozpoznávání a pojmenování emocí, bezpečném vyjadřování emocí a regulaci svých vnitřních zkušeností s afektivními stavy, zejména ve srovnání s jejich netraumatizovanými vrstevníky (Cook et al., 2005). Emoční (nebo afektivní) dysregulace je především subjektivní konstrukt spojený s neregulovaným, negativním a intenzivním zážitkem různých emocionálních stavů jednotlivce. Neschopnost regulovat emoce se může objevit výrazněji v dospívání, kde kolísá. Ti, kteří bojují s emoční dysregulací, mohou prokázat maladaptivní zvládnání, nedostatek emocionálního uvědomění, potíže s řízením impulzů a nedostatečné strategie regulace emocí. Tento deficit je tak výrazný, že afektivní dysregulace je často uváděna jako charakteristický rys mládí postiženého komplexním traumatem.

Attachment je behaviorální konstrukce, která poskytuje infrastrukturu pro emocionální rozvoj prostřednictvím mezilidských vztahů (Bowlby, 1982). Chronické trauma nepříznivě ovlivňuje schopnost jedince pokračovat v optimálním učení emočního vývoje a zasahuje do již vyvinutých vazeb attachmentu. Účinky chronického traumatu na vztahovou vazbu nejsou zobecnitelné, protože musí být posouzeny podle času nebo nástupu traumatu, jak dlouho trauma trvá a podle kulturního a sociálního kontextu traumatu. V případě zanedbání může být výsledkem omezené emoční spektrum nebo „otupení“. Emoční dysregulace byla spojena se zvýšenou sebevražedností (Rajappa, Gallagher, & Miranda, 2012), vysoce rizikovým sexuálním chováním, nesuicidním sebepoškozováním (NSSI; Muehlenkamp, Rašelina, Claes, & Smits, 2012) a zneužíváním návykových látek (Weiss, Tull, Viana, Anestis, & Gratz, 2012). Úzce související je negativní následek, koncipovaný jako úzkost zahrnující náladu nebo intenzivní stavy hněvu, viny nebo úzkosti. Nedávná studie dospívajících, zapojených do spravedlnosti, zjistila, že negativní následky významně souvisí s násilím a vysoce rizikovým sexuálním chováním, když dospívající měl potíže pochopit své emoce a používat strategie k regulaci svých emocí.

## Narušení kontroly chování

Nekontrolovatelné chování se často vyvíjí v důsledku komplexního traumatu. Dospívající se naučili inhibovat chování, které by mohlo být spojeno se zneužíváním, a vyhovět požadavkům na snížení pravděpodobnosti zneužívání. Mohou být náchylní k úzkosti nebo poruchám osobnosti, které si cení rigidity, dodržování předpisů a nepružnosti (Finkelhor et al., 2007; Ford, Elhai, Connor, & Frueh, 2010).

### *Internalizace chování*

Úzkost a depresivní poruchy se často vyskytují spolu s příznaky souvisejícími s traumatem. Příznaky odpovídající PTSD jsou často vidět u této populace, i když ne všichni komplexně traumatizovaní dospívající budou splňovat diagnostická kritéria. Další úzkostné poruchy jsou také časté; v jedné studii u dospívajících postižených válkou hledalo 26,8 % pacientů služby duševního zdraví pro generalizovanou úzkost (Betancourt et al., 2012). Týraní adolescenti sami hlásí vyšší míru depresivních příznaků než jejich neléčení vrstevníci a byly nalezeny souvislosti mezi traumatem v dětství a sebevražedným chováním (Bruffaerts et al., 2010).

## *Externalizace chování*

Časté jsou také externalizační problémy, jako je nepřátelství, vzdor, impulzivita, agrese a vysoce rizikové chování. Traumatizovaní dospívající mohou být diagnostikováni s ADHD, poruchou chování, opoziční vzdorovitou poruchou, poruchami užívání návykových látek a prozatímními poruchami osobnosti. Ford, Chapman, Connor a Cruise (2012) poznamenávají, že ačkoli profily mohou ospravedlňovat diagnózy, mnoho přeživších komplexních traumatů reaguje reaktivně na rozdíl od zlomyslného pokusu o obranu. Kromě toho mohou mladí lidé, kteří zažívají hyperarousal ve chvílích strachu, projevovat odpor, vzdor a agresivitu, jak jejich strach sílí (Perry, 2003).

NSSI je často hlášena u dospívajících, kteří zažili potenciálně traumatické události ve svém životě (Zetterqvist, Lundh, & Svedin, 2013). NSSI často slouží jako chování ke snížení napětí nebo prostředek k poskytnutí dočasného rozptýlení nebo úlevy (Briere & Spinazzola, 2005). Vysoce rizikové sexuální chování a zneužívání návykových látek byly také kategorizovány jako chování snižující napětí. Jak dospívající muži, tak ženy s anamnézou komplexního traumatu se s větší pravděpodobností zapojí do časného sexuálního chování, je méně pravděpodobné, že budou používat antikoncepci, a s větší pravděpodobností zažijí nezamýšlené těhotenství než netraumatizovaní vrstevníci. Podobně existuje významný výzkum spojující komorbiditu mezi zneužíváním návykových látek a komplexním traumatem (např. Dass-Brailsford & Myrick, 2010). A konečně, dospívající, kteří zažívají komplexní trauma jsou náchylní k reviktimizaci (stát se znovu obětí).

## **Poškození vlastního sebepojetí**

Kognitivní hodnocení potenciálně traumatických událostí je úzce spjata s posttraumatickými výsledky. Když jsou dospívající opakovaně vystaveni fyzické a emocionální újmě, odmítnutí, zanedbávání a porušování osobní bezpečnosti a integrity, mohou sami sebe zažít jako bezmocné, bezcenné a nemilovatelné. Taková přesvědčení přispívají k nízké sebeúctě, která byla také spojena s výše uvedenými behaviorálními výsledky, jako je agrese a kriminalita (Donnellan, Trzesniewski, Robins, Moffitt, & Caspi, 2005).

Dospívající, kteří zažívají komplexní trauma, se mohou cítit izolovaní a věří, že jejich zkušenosti jsou jedinečné (Broderick & Blewitt, 2010). Mohou uvádět, že se cítí odlišní od svých vrstevníků nebo se obávají, že jsou trvale poškozeni (Meiser-Stedman et al., 2009). Mohou mít potíže spojit se s ostatními a rozhodnout se distancovat se od rodiny a vrstevníků (Eckes & Radunovich, 2007), mít nízká očekávání ohledně své budoucnosti (Thompson a kol., 2012) nebo vidět svět jako nebezpečný a nespravedlivý. Interpretace posttraumatických příznaků může také ovlivnit názory dospívajících na sebe sama. Kromě zvýšení pocitů ztráty a nedostatku kontroly, vidí přeživší traumatu někdy rušivé příznaky (např. flashbacky) jako známku toho, že se "zblázní". Mohou také interpretovat emocionální necitlivost jako znamení, že jsou navždy poškozeni a už nikdy nebudou moci zažít blízkost s ostatními.

## FÁZOVÁ, INTEGRATIVNÍ HERNÍ TERAPIE S ADOLESCENTY

Potenciální problémy, ke kterým dochází napříč vývojové oblasti, zdůrazňují potřebu léčby, která se bude zabývat komplikovanou povahou komplexního traumatu. Komplexní traumatologická literatura popisuje tři zastřešující fáze léčby: (A) stabilizace a bezpečí, (B) zpracování traumatu a (C) opětovného připojení. V první fázi zahrnují cíle léčby zvýšenou kontrolu symptomů, budování dovedností impulzivních a emočních kontrol, psychoedukaci týkající se příznaků a léčby a vytvoření terapeutické aliance. Kromě toho mohou klienti začít chápat roli, kterou historie traumat hraje v sebedestruktivním chování. Jakmile jsou klienti dostatečně stabilní, mohou začít zpracovávat traumatické vzpomínky, zkoumat kognitivní zkrslení a vyjadřovat dříve vyhýbané emoce. Právě v této fázi klienti rozvíjejí soudržný příběh své minulosti, vítězí nad svými emocemi a začnou se vidět reálněji a méně negativně (Courtois & Ford, 2009). Závěrečná fáze léčby zahrnuje opětovné propojení pacientů s aspekty sebe sama a práci na životních cílech, jako jsou zdravé vztahy a produktivní činnosti. Fáze nemají být lineární; většina výzkumných pracovníků tvrdí, že bezpečnost a spojenectví jsou řešeny ve všech fázích komplexní traumatologické léčby (Brand et al., 2012; Zelený, 2012). Teprve nedávno bylo doporučení pro fázovou léčbu rozšířeno na dospívající, kteří zažili komplexní trauma (Cook et al., 2005). Například autoři kognitivní behaviorální terapie zaměřené na trauma (TF-CBT; Cohen, Mannarino, & Deblinger, 2006) diskutovali o způsobech, jakými lze reorganizovat léčebné složky tak, aby řešily potřeby komplexně traumatizované mládeže (Cohen, Mannarino, Kliethermes, & Murray, 2012).

Integrační herní terapeuti mohou do empiricky podporovaných přístupů k psychoterapii (Zelená, 2012) začlenit přístupy založené na vhladu a věku (tj. Jungian play therapy). Hraná terapie poskytuje dítěti nebo dospívajícímu vývojově vhodné prostředky ke zlepšení regulace afektů, sebeovládání, řešení problémů a vytváření důvěry v terapeutický vztah. Terapie hraním může být užitečná jako adjunktivní psychoterapie při řešení narušeného vývoje dospívajících, konkrétně po traumatu, kvůli výsledným neurofyziologickým změnám, které brání verbálnímu vyjádření a vyžadují neverbální přepravění jejich traumatického vyprávění prostřednictvím neverbální hry (Badenoch, 2008). Pro léčbu traumatizovaných dospívajících byla doporučena integrace herní terapie s kognitivními behaviorálními protokoly. Umožňuje jako ústřední cíl pečovat o empatický, terapeutický vztah. Integrace herní terapie s léčbou založenou na fázích navíc může lékařům umožnit rozšířit repertoár intervencí na podporu bezpečnosti, řešení traumatického materiálu a zdravého přechodu do budoucího života. Herní terapeuti jsou povzbuzováni, aby při léčbě komplexního traumatu spolupracovali v multidisciplinárním týmu lékařských a duševních odborníků. Terapeuti v oblasti duševního zdraví by měli v ideálním případě vytvořit přístup ke spolupráci, který se bude řídit osvědčenými postupy a bude úzce sladěn s lékařskými, pediatrickými, psychiatrickými a neurofyziologickými aspekty péče.

### Fáze 1: Bezpečí a stabilizace

První fáze léčby zahrnuje u dospívajících (a) snížení jejich sebedestruktivního chování, (b) pochopení a řízení příznaků, (c) zapojení do péče o sebe sama, (d) rozvoj pracovního spojenectví s terapeutem a (e) regulaci bolestivých emocí a destruktivních impulzů. Traumatologická literatura uvádí, že první způsob intervence pro



traumatizované dospívající začíná relaxací (Badenoch, 2008). Autonomní nervový systém musí být zklidněn, než může být provedena další léčba v rámci fázového přístupu. Konkrétně, herní terapeuti by měli obvykle začít svou léčbu s aktivitami k uklidnění a relaxaci dospívajícího, jako jsou řízené obrazy, progresivní svalová relaxace nebo meditace. Tuto práci nelze podceňovat a je třeba citlivě postupovat, aby příliš brzy nedošlo k zahlcení dospívajícího prací s hustým, traumatickým materiálem. Kognitivní řešení potenciálně traumatických událostí vytvořením "traumatického příběhu" není psychologicky bezpečné. Bezpečnost a stabilizace tak není jen první fází léčby, ale také ústředním, probíhajícím aspektem v rámci celku léčby.

Vývoj psychologicky zdravého terapeutického vztahu s dospívajícím je rozhodující během této první fáze léčby. Takový vztah s dospívajícím může poskytnout příležitost pro nápravný emocionální zážitek (Green, Myrick, & Crenshaw, 2013); a pro dospívající postižené traumatem je to jádro psychoterapeutické změny (Cohen a kol., 2012). Jedna studie zjistila, že traumatizovaní dospívající zařadili a) dlouhodobé pracovní terapeutické aliance, b) otevřené diskuse s důvěryhodnými dospělými a c) přístup k neodsuzujícím, pečujícím jedincům jako nejprínosnější léčebné strategie. Vzhledem k tomu, že terapeutický vztah může být jednou z prvních pozitivních vazeb traumatizovaných dospívajících, péče může mít formu stanovení a posílení hranic terapeutickými, nekritickými způsoby. Odborníci v oblasti komplexního traumatu navrhují reagovat na obavy o bezpečí klidně, věcně a vážně a zároveň jemně tlačit klienta ke změně. Pochopení obtížnosti dospívajícího při zvládnání traumatických vzpomínek, zatímco stanovujeme pevné limity nebezpečného chování, má prvořadý význam.

Péče o sebe sama je důležitým aspektem stabilizace. V aktivitě "Moje tělesné potřeby" (Myrick, 2010) dospívající kreslí své obrázky a identifikují části, o které se starají nebo projevují péči. Například klient může kreslit nebo psát o výživě v blízkosti žaludku, nakreslit bundu na výkresu, aby odrazil oblékání vhodně pro počasí, a nakreslit hřeben v blízkosti vlasů. Značky péče (Smith, 2008) podporují porozumění a zdravé vyjádření potřeb, myšlenek a pocitů. Adolescenti vytvářejí značky, které obsahují následující prohlášení: "Když prožívám \_\_\_\_ [chování, akci nebo situaci], cítím se \_\_\_\_\_ a potřebuji\_\_\_\_\_.". .

Mnoho traumatizovaných dospívajících nebude mít dostatečné sebeuvědomění, aby zvládli tuto aktivitu v rané fázi léčby; může to být probíhající proces v terapii. Někteří dospívající budou potřebovat terapeuta, aby položil přímé otázky, jako například: "Co bych viděl, když jste se cítil naštvaný?" nebo "Co pomáhá hněvu odejít?" Tyto otázky mohou dospívajícím pomoci při identifikaci a vyjádření vnitřního nebo emocionálního zmatku.

„Bezpečnostní smlouvy“ jsou konkrétním způsobem, jak stanovit limity nebezpečného chování a zároveň podpořit odpovědnost. Někteří dospívající rádi píší svůj plán, který může zahrnovat volání na sociální podporu, využití relaxačních nebo obrazových dovedností naučených při sezeních, zapojení do příjemné aktivity a cestu na bezpečné místo (tj. místní pohotovost), pokud se pocity stanou nezvladatelnými. Ostatní dospívající vytvářejí krabici s rozptýlením, která zahrnuje oblíbené aktivity, "karty zvládnání" a uklidňující objekty. Megan trpěla sexuálním zneužíváním svým

nevlastním otcem a několika pobyty u různých pěstounů. Líbilo se jí udělat krabici na rozptýlení, která byla "jen pro ni". Do ní zahrnula kámen, který představoval procházky venku, koření na vaření, relaxační CD, filmové hlášky, karty zvládání s pozitivními self-prohlášeními. Postupem času přidala děkovné přání od učitele a fotky s novými přáteli.

## **Fáze 2: Zpracování traumatu**

Stabilizační a bezpečnostní fáze léčby se u dospívajících liší a terapeutům se opět připomíná, aby pečlivě zvážili tempo léčby a založili ji na rozhodnutí jednotlivých dospívajících. Stabilizace se může pohybovat kdekoli od několika týdnů léčby až po mnoho měsíců zaměřených na snižování nebezpečného chování a zvládání krizí. Jakmile jsou však dospívající dostatečně stabilizováni, mohou se posunout směrem k další fázi léčby, zpracování traumatu nebo integrace traumatologických zkušeností (Blaustein & Kinniburgh, 2010; Green, 2012), kde jsou dospívající vyzváni, aby uplatňují své nově naučené stabilizační dovednosti (Cohen a kol., 2012). Zpracování traumatu již není primárním cílem posttraumatické léčby, ani to není očekáváno nebo příliš podporováno terapeutem. Příprava na intenzitu této fáze léčby je důležitá před zahájením jakékoli diskuse o traumatickém materiálu a neexistují žádná očekávání ohledně dospívajícího, pokud jde o tempo nebo téma. Dospívající vede svou vlastní cestu k léčení, a proto určuje, zda se rozhodne sdílet svůj traumatologický příběh nebo ne. Pokud se dospívající dobrovolně, a bez subjektivního nebo nepřímého přesvědčování, chce podělit o traumatický příběh, Cohen a kolegové (2012) doporučují terapeutovi rozvíjet životní příběh, jehož prostřednictvím mohou dospívající začít se svými nejranějšími vzpomínkami a pokračovat v zpracování způsobu, jakým bylo trauma začleněno do jejich života, než aby dospívajícímu pomáhal identifikovat ústřední téma mezi traumatickými zážitky, které je možné zpracovat.

V této fázi léčby je důležité jemné zpochybnění kognitivních zkreslení nebo chybných přiřazení dospívajících, jak je uvedeno v TF-CBT a dalších kognitivních - behaviorálních terapiích (CBT). Ačkoli tato kognitivní práce často začíná ve fázi bezpečnosti a stabilizace, je to častěji během tvorby životního příběhu, kdy poznávání může být častěji diskutováno a zpochybněno. Obavy z pocitu bezmocnosti a například pohledy na sebe jako na ze své podstaty "špatné" mohou také přispět ke způsobu, jakým je vytvářena životní linie dospívajícího. Tato komplexní přesvědčení lze řešit v bezpečném prostoru léčby herní terapií tempem, které může dospívající regulovat.

Pro některé dospívající je méně nebezpečné vyjadřovat se prostřednictvím nevratného expresivního umění, na rozdíl od tradiční talk terapie. Dospívající, kteří hovoří o traumatických zážitcích v psychoterapii, navíc nemají tolik prostoru, aby mysl a mozek integrovaly obrazy a poznání do jednotného celku (Green, 2012; van der Kolk & d'Andrea, 2010). Zack se rozhodl vytvořit svůj traumatický příběh o zanedbávání rodičů a několika umístěních v podobě série komiksů. Jeho sestra Shannon raději napsala píseň, kterou hrála na její kytaru.

Van der Oord, Lucassen, Van Emmerik a Emmelkamp (2010) diskutovali o tom, jak kognitivně - behaviorální terapie psaní (CBWT) kombinuje osobní sebevyjádření prostřednictvím kreativního a narativního psaní. CBWT navíc integruje postupy CBT

(česky KBT), jako je psychoedukace, kognitivní restrukturalizace, podpora adaptivního zvládnání a sdílení sociálních sítí (Green, 2012).

Autoři využili terapii hraním, zejména s pískovými tácy a miniaturami, jako prostředek pro dospívající, aby sdíleli a vizualizovali své vnitřní pocity. Missy rozdělila podnos s pískem na dvě části, pomocí miniatur vytvořila rodinu, kterou si přála mít na jedné straně, a symboly traumatu umístila na druhou stranu podnosu. Tento pískový obraz sloužil Missy jako jemný katalyzátor k diskusi o jejích emocích, jako je to, že si myslí, že si nezaslouží milující rodinu, a vidí se jako uvízlá v křečích složitostí, které jsou v traumatu obsaženy. Kreslení a malování mohou v této fázi používat i herní terapeuti; Andrew zjistil, že ho uklidní malovat abstraktně a symbolicky vyjadřovat své pocity spojené s pocity spojenými s roky fyzického zneužívání. Faith kreslila "před" a "po" obrázky, které vedly k jejím emocím ohledně trvalého poškození, slabosti a odlišnosti. Traumatický narativní proces představuje pro dospívající příležitost vytvořit soudržný příběh o svém životě a traumatických zážitcích prostřednictvím tvůrčích procesů, které zdůrazňují zdravé vyjádření prostřednictvím verbálních nebo neverbálních prostředků.

### **Fáze 3: Opětovné připojení a opětovné začlenění**

Jakmile dospívající dokončí svůj životní příběh, zpracovávají poznání a pocity spojené s jejich zkušenostmi, závěrečná fáze léčby zahrnuje opětovné připojení a opětovné začlenění do světa a zdravé neterapeutické vztahy. Účinná psychoterapie traumatu u dospívajících zvyšuje zkušenosti s tělesným vzrušením v přítomném okamžiku, na rozdíl od přísného dodržování namáhání traumatologického vyprávění. Terapeuti tento proces částečně usnadňují tím, že pomáhají dospívajícím s úkoly.

Ačkoli první dvě fáze jsou poněkud specifické, pokud jde o cíle a dovednosti, třetí je méně vymezená nebo strukturovaná. Pro většinu komplexně traumatizovaných dospívajících je budování dovedností, rozvoj léčebné aliance a zpochybňování traumatem naplněných přesvědčení, nutností léčby, zatímco potřeby v závěrečné fázi jsou individualizovanější. Cíle léčby se mohou změnit tak, aby řešily konkrétní otázky, jako je identita, spiritualita a budoucnost. Jeden dospívající klient, Johnny, pracoval na otázkách sexuality a rozvíjení zdravých romantických vztahů, zatímco jiný klient, Sammy, pracoval v jeho pozdějších sezeních na zvýšení nezávislosti a stanovení kariérních cílů. Oba zažili několik urážlivých a zanedbávaných vztahů s pečujícími dospělými. Společným faktorem obou terapií bylo tedy zaměření na odolnost a silné stránky. Dospívající často během této závěrečné fáze aplikují své nové dovednosti a testují nápady spontánně.

Zvýšení pozitivních emocí je další důležitou složkou třetí fáze léčby a zahrnuje zaměření na sebeúctu dospívajícího a osobní úspěchy. To lze řešit prostřednictvím kooperativních herních intervencí. Například terapeutické deskové hry mohou umožnit pozitivní sociální interakce mezi dospívajícím a terapeutem. Další výhodou zapojení do konkurenčních, ale kooperativních her prostřednictvím deskových her je pokračující rozvoj sociálních dovedností. Těchto typů cvičení založených na výchově a dovednostech lze dosáhnout při poslechu hudby, se kterou se dospívající ztotožní, což mu umožní vyjádřit se a rozvíjet pozitivní, realističtější pohled na sebe (Green, 2010, 2012).

Barvení mandal je expresivní arteterapie, která se skládá z barvení kruhových vzorů a které lze použít s různými terapeutickými cíli (Green, Drewes, & Kominski, 2013). Autoři tohoto článku použili mandaly jako expresivní aktivity arteterapie, ve kterých každá použitá barva představuje charakteristiku, kterou má dospívající na sobě rád (dospívající si vybírá barvy a rozhoduje o tom, co znamenají). Tyto mandaly mohou být probíhajícími "projekty" v terapeutickém sezení a slouží jako metafora pro celé já, které se skládá z mnoha částí. Výzkum také prokázal, že mandaly jsou účinné při snižování úzkosti (Curry & Kasser, 2005; van der Vennet & Serice, 2012). Pro začlenění pohybu, cvičení a jedinečnosti do integrační herní terapie mohou dospívající vytvářet tance na své oblíbené písni a používat terapeuta jako publikum. Všechny tyto zkušenosti, i když méně specifické pro trauma, zdůrazňují pokračující cíle léčby a podporují odolnost. Jedna dospívající dívka se pokusila o školní hru poté, co si uvědomila, jak moc si užívala hraní loutkových představení během svých herních terapií.

A konečně, dospívajícím by měla být poskytnuta příležitost zahrnout své pečovatele do procesu fázové terapie, kdykoli je to možné. Herní terapeuti mohou usnadnit rodinné sezení u pískoviště (Green & Connolly, 2009) nebo povzbudit pečovatele, aby se v případě potřeby připojili k rodinným kresbám, hrám nebo cvičením. Zahrnutí pečovatelů do závěrečné fáze léčby povzbuzuje dospívajícího, aby začal přenášet svůj vztah důvěry z terapeuta na pečujícího, a podporuje postupné sdílení komunikace o traumatu (Cohen a kol., 2012, str. 538).

### **Závěr**

Znalost vlivů, které může mít komplexní trauma na typický vývoj dospívajících, je nedílnou součástí herní terapie při poradenství této jedinečné populaci. Komplexně traumatizovaný dospívající může vyžadovat větší flexibilitu a zaměření se na terapeutický vztah s empiricky podporovanou léčbou než netraumatizovaní nebo jednotlivě traumatizovaní mládí. Třífázový přístup nastíněný v tomto článku umožňuje adaptabilitu podle potřeb klienta, stejně jako bezpodmínečné teplo a přijetí herního terapeuta. Kvalita neodsuzujícího terapeutického vztahu je nejvýznamnějším faktorem třífázového léčebného procesu, protože jeho prostřednictvím mohou dospívající začít věřit ve svou vlastní hodnotu. Kromě toho mohou začít prokazovat zlepšení ve svém zvládnání spolu se zvýšeným pocitem připoutanosti, který vyplývá z pečujícího vztahu s důvěryhodným dospělým. Terapeutický vztah může dospívajícím pomoci nahlédnout do konstruktivních příkladů bezpečnosti a stability. Možná poprvé uvidí pozitivní potenciální budoucnost, v němž začnou vidět svůj současný svět a možná i svůj budoucí, v nadějnějších a pozitivnějších pojmech (Zelená, 2012).