

# Psychologická podpora duševního zdraví pro krizovou připravenost v rámci Bezpečnostního systému České republiky

Vivienne Soyková

Ústav ekonomiky a managementu fakulty dopravní ČVUT v Praze  
soykova@fd.cvut.cz

## Abstrakt

*Příspěvek se zaměřuje na řešení připravenosti v a po krizových stavech – na preventivní podporu duševního zdraví jako součást Bezpečnostního systému České republiky. Stres a posttraumatická stresová porucha (PTSD - posttraumatic stress disorder) je v biosociopsychologické oblasti frekventovaným tématem jako součást mnoha vědeckých i výzkumných prací a je i součástí analýz krizí, které již proběhly, byly řešeny. Fakt, že jednou z priorit civilizovaných společností je garantovat ochranu – bezpečí svých občanů i své autority, dává předpoklad, že připravované standardizované postupy psychosociální intervence v době mimořádných nebo krizových situací a po jejich odeznění přispějí ke kvalitnímu řešení. Příspěvek v rámci užšího tématu – stresu a reakcí na něj - chce poukázat na problematiku z pohledu připravenosti na řešení krizových situací, ať již jde o neštěstí, katastrofy přírodní nebo zaviněné lidským činitelem včetně terorismu.*

*Klíčová slova:* krizová připravenost, stres, stresové reakce, PTSD / PTSP; prevence, psychosociální intervence.

## 1. Úvodem

Stres je součástí civilizovaného světa. Způsobuje únavu organismu, depresi, přejídání a emoční projevy. Tělo považuje stres za stav nouze, ohrožení. Často se mluví o jeho škodlivých účincích, ale není tajemstvím, že může mít i prospěšné účinky. Určitá míra stresu je potřebná pro zvládnutí běžného napětí života. Stres bychom se měli od mládí učit zvládat, mít jej „pod kontrolou“. Krátkodobě v zásadě neškodí; jen přejde-li do stále opakujícího působení, potom hovoříme o působení toxinů, které se ukládají hluboko v tkáních. Stres (fyzický, emoční a mentální) vytváří napětí, které snižuje prokrvení, a to, pokud organismus zatěžuje v nadměrné intenzitě nebo délce, způsobuje propuknutí nejrůznějších nemocí.

Tento příspěvek je orientován převážně na takový typ stresu, který působí v době mimořádných událostí nebo krizí, při hromadných neštěstích nebo přírodních katastrofách (pro tzv. krizovou připravenost – tj. včetně možného teroristického útoku). Výzkumy i aplikacemi metod ovlivňujícími hladinu a intenzitu prožitku stresu se zabývají převážně pracoviště související se služebními poměry (resorty armády a vnitra), dále v oblasti letectví, kde v návaznosti na standardizaci metod a přístupů

Total Quality Management (TQM) jsou přístupy pro prevenci nadbytečné zátěže stresem samozřejmostí pro dosahování normotvorných postupů, nařízení a příkazů.

V době krizí nebo mimořádných situací jsou pro civilisty v České republice od doby povodní v roce 1997 připraveny metody tzv. psychosociální pomoci; jsou poskytovány malou skupinou dobrovolníků - psychologů, z nichž někteří absolvovali výcvik převážně v metodách CISM (Critical Incident Stress Management). Na přelomu let 2004 a 2005 při katastrofě způsobené tsunami byla psychosociální pomoc poprvé poskytnuta v koordinaci Ministerstva vnitra ČR. Zpětné vazby hovořily vždy o potřebnosti právě takové pomoci civilnímu obyvatelstvu.

Krizová připravenost České republiky by měla respektovat sociologické rozvrstvení populace; tzn. zohlednit psychické rozdílnosti v době mimořádné události nebo krize, a to v základním dělení: malé děti s matkami, předškolní, školní a studentská populace, populace produktivního věku při respektování psychické rozdílnosti v běžném ontogenetickém rozdělení včetně populace starších občanů; dále je třeba zohlednit psychická specifika handicapovaných a celé škály občanů „v domácnosti“ včetně nezaměstnaných. Přitom je třeba liberálně respektovat, že soužití žen a mužů ani formy rodičovství nemusí být vázány na formální stvrzení vztahu sňatkem (zvláště v době, kdy signifikantní nárůst dětí mimo manželství a nezanedbatelná rozvodovost mají stálý početní nárůst – statistiky ČSÚ, Potůček et al, 2005).

## 2. Stručně o psychopatologii stresu

Život člověka na pomezí nebo v extrémních situacích a podmínkách vykazuje vysokou schopnost odolnosti vůči stresu. Tato skutečnost je známa z mnoha studií, které analyzují války včetně koncentračních táborů, katastrofy, ale také ze sportovního prostředí v extrémních podmínkách, např. vysokohorského horolezectví (Schreiber, 1985).

Je rovněž známo, že živé systémy mají nejen komplexní „zařízení“ pro odolávání stresu, ale také pro senzitivitu na zevní stresové podněty. Rezistence vůči stresu je obvykle hodnocena jako podnětový práh, nad kterým je již stres vyvoláván. Je zřejmé, že ke stresu dochází u různých jedinců na různé kvantitativní hladině působícího stresoru. Tím však není potvrzena přímá úměra, že jedinci, reagující stresem již na nižší hladině stresorů, jsou na tom hůře; je nutné zmínit, že metabolicky orientované studie potvrzují kontraindikaci této úměry pro sledovaný aspekt dlouhověkosti. Další možností chápání rezistence vůči stresu je fakt, že vyplavením ACTH<sup>1</sup> a návaznými procesy sice stres vzniká, ale organismus jej dobře nebo dokonce velmi dobře toleruje, tedy adaptuje se na stres. Tyto reakce jsou podmínkou pro přežití organismu za krizových situací, ale i při hraničních výkonech. Je velmi pravděpodobné, že indikátorem, jehož intenzita je nepřímo úměrná stupni adaptace, je metabolická odezva na stres. Opět nelze paušálně tvrdit, jak některé starší studie uváděly (zvláště po 1. světové válce), že z hlediska funkční integrity je nízká nebo nižší odezva na stres lepší než vysoká; ale dá se přijmout fakt, že pro většinu případů tomu tak je (tento fakt je dobré respektovat i pro psychosociální intervenci v krizových situacích, stejně jako pro postupy individuální psychoterapie). Totéž platí i pro dlouhodobé působení stresu a imunologické (lépe psychoneuroimunologické) odezvy na stres.

---

1 ACTH - Adrenocorticotropic hormon; adrenokortikotropní hormon.

V koncepci stresu přežívá řada nesrovnalostí. Za výchozí rámec je zde zvolena Ganongova studie stresu z roku 1981, která umožňuje jednodušší uchopení široké problematiky, podle níž stresové jsou všechny vlivy, které vedou ke zvýšení sekrece ACTH. Koncepce má tu výhodu, že prokazatelně dává možnost diagnostikovat stres podle hladiny ACTH v krvi; její další výhodou je návaznost na vývoj oboru - je ve shodě s původní Seleyevou koncepcí stresu (1936, 1950, in Seley, 1996). Respektuje i rozlišení eustresu a distresu (Nitsch, 1981; Rheinwaldová, 1995).

Patofyziologické a klinické poznatky o stresu konce 20. století se dají shrnout do sedmi samostatných odkazů, které jsou významné pro současné medicínské bádání i pro samotnou praxi, a to nejen medicínskou. Bude užitečné, aby nové poznatky v jednotlivých podoblastech byly brány v úvahu i pro postupy řešení krizové připravenosti, respektive krizové intervence.

- Stresová analgesie** spočívá v tom, že stresové podněty (například bolest) vyvolávají analgesickou reakci, to znamená, že zvyšují práh pro další působení bolesti. Děje se tak na základě aktivace endogenních regulačních mechanismů pro bolest a na základě sekrece endorfinů. S velkou pravděpodobností existují i neendorfinové formy stresové analgesie, při níž se kromě vasopresinu/adiuretinu uplatňují i enkefaliny z dřene nadledvin, ale také katecholaminy (Schreiber, 1985). Klinický význam stresové analgesie se doposud spíše tuší a je často spojován s se stresovou euforií nebo depresí.
- Stresová hyperfagie** je další významnou oblastí bádání a zároveň samostatným fenoménem; může mít značný fyziologický význam (Charvát, 1973). Nejčastěji bývá v závěrech bádání uváděna souvislost se sekrecí endorfinů a zároveň hormonů nadledvin prostřednictvím hyperglykémie. Hormonální změny při stresu výrazně závisí na tom, zda v době působení stresu jsou přiměřeně hrazeny energetické potřeby jedince. Je proto velmi pravděpodobné, že stresová hyperfagie je kompenzačním „zařízením“ v návaznosti na přítomnost – dostupnost aminokyselin a inzulínu.
- Stresová hyperprolaktinémie** je dalším zajímavým přínosem posledních třiceti let. Byla pozorována jak u zvířat, tak i u lidí. Klinický význam není znám, ale hypoteticky se závěry bádání shodují v tom, že je v pozadí poruch fertility stresovaných žen; suspektně může jít o biologickou reakci bránící početí za nepříznivých životních podmínek.
- Stresová hypertenze** je nepochybně v úzké souvislosti s akutní poplachovou reakcí na stres; není shoda v tom, zda má vliv při vzniku a udržování tak zvané esenciální (lépe idiopatické) hypertenze. Na druhé straně není pochyb o tom, že emoční stres může vést k časně manifestaci hypertenze u těch osob, které mají genetickou predispozici, přispívá ke trvalému zvýšení krevního tlaku. Mechanismus působení není zatím jasný.
- Stresová hyperglukagonémie** je jednou z příčin stresové hyperglykémie a poruchy glykoregulace (rovněž i zhoršení glykoregulace u stresovaných diabetiků). Její vznik je v přímé návaznosti na aktivaci sympatoadrenálního systému při stresu, souvisí tedy se sekrecí inzulínu. Na zhoršování glykoregulace u diabetiků ve stresových situacích se kromě hyperglukagonémie podílejí další stresové hormony (STH) - katecholaminy a kortizon. Při chronickém stresu se u člověka vyvíjí porucha sekrece insulinu a také proto je vliv stresu jedním z klíčových bodů terapie diabetu.
- Stresová imunodeficiencie** je dalším z možných negativních důsledků stresu. Zejména adrenokortikální hyperaktivitou, ale pravděpodobně i jinými mechanismy se alteruje funkce a počet

lymfocytů. Častá debata je vedena nad hypotézou, že chronický stres a z něj vyplývající porucha imunitních mechanismů může snižovat i rezistenci vůči vzniku a proliferaci tumorů. Stres a účinky ACTH na centrální nervovou soustavu jsou důležitou kapitolou bádání v oboru „stresologie“, a to jak pro výrazné stimulační účinky ACTH na chování a učení jedince, tak pro účinky na CNS – „bránění“ morfologickým projevům stárnutí mozku.

Podobně jako v biologickém organismu se vyskytují se stresové jevy i v oblasti psychiky. Obvykle se rozlišuje **akutní reakce** na stres (přechodná situační porucha) v trvání hodin až několika dní a **adaptační reakce** na stres (v trvání týdnů až měsíců). Stresem způsobené psychické poruchy jsou krátkodobé z hlediska časového působení, ale jejich závažnost může být značná. Pro jednoznačnou diagnózu je důležitý předpoklad, že postižený jedinec dříve neprojevoval žádné zřetelné psychické poruchy, jakými jsou neuróza, psychóza nebo povahové anomálie. Stres vyvolává zpravidla mimořádně těžká událost, zdrcující, neočekávaná, život nebo jinou vysoko ceněnou hodnotu ohrožující, tedy takového rázu, že může vyvést z rovnováhy i silnou osobnost.

Je rovněž nutné vzít v potaz, že ve vědách o psychice platí jen málokdy obecně platná určení. Vždy je třeba vzít v úvahu typologické zvláštnosti a odlišnosti, které navíc nevyplývají z fyzikální (kromě konstitučního typu) síly samotného stresoru, ale také z axiologického sledu a významu událostí. Tak zvaní normální lidé jsou vybaveni různou strukturální silou, odolností, vyrovnaností – adaptací na dané životní prostředí. Při lidské fylogenezi nedocházelo k eliminaci slabých jedinců jako v živočišné říši, kde slabí jsou zabíjeni nebo nejsou připuštěni k rozmnožování. V lidském rodu již v pravěku nezaručovala životní uplatnění (realizaci osobnosti) její robustnost, útočnost a mrštnost, ale především zdatnost a užitečnost ve výrobním procesu v nejširším slova smyslu. Civilizovaná lidská společnost chrání své „slabší a křehčí“, jsou-li prospěšní svou tvořivostí, kázní, pílí; zůstává však skutečností, že v tragických, krizových situacích selhávají spíše než silné typy. Ochranná funkce lidské společnosti ve svých sociálních skupinách spočívá i ve stanovení vlastních kulturních, morálních, etických nebo tradičních hodnot; ty také ovlivňují zvládání stresu.

Většina forem stresových reakcí se dá zařadit do tzv. psychických reakcí. Jimi rozumíme nadměrné nebo neobvyklé odpovědi na zátěž – stresor. Mohou být nejrůznějšího druhu, od primitivních – archaických forem až po složité postoje a jednání. Mají však společný aspekt – nepodléhají naší kontrole. U všech primitivních mechanismů reakcí na stresory registrujeme vždy polární jevy: znehybnění, stupor, akinéza, thanatóza; nebo zběsilý útěk – fuga, panika, bezcílné pobíhání. Útlum může být i jen částečný; Baelsův afektivní útlum je typ, kdy je vyřazeno jen emoční prožívání, chování je přiměřené, citová reakce se objeví až s prodlevou. Thanatóza zachrání mnohému živočichovi život, protože nehybný objekt zůstává bez povšimnutí svého pronásledovatele. U člověka tyto reakce bývají často zhoubné – například voják v panice vyběhne ze zákopů nebo zachraňovaný člověk útočí na své zachránce. Do úvahy přicházejí i tzv. „úniky“, archaické chování – zbavování se oděvu; ale také hysterické mráкотné stavy, ve kterých jedinci neprožívají celou hrůzu situace; hrozí jim však často dezorientace při vyvrcholení krize.

Nejčastější lidské reakce jsou na vyšší úrovni. Nejfrekventovanější formou je reaktivní, neboli **psychogenní deprese**; od normálního smutku se liší hloubkou a dlouhým trváním, ale zůstává

srozumitelná, jasná vazba na proběhlou událost; nebezpečí sebevražedných tendencí je velké. Tuto formu psychogenní deprese je nutné odlišit od **deprese endogenní**, která se vyznačuje ranním pesimismem, brzkým probouzením a rovněž velmi vysokou frekvencí tendence k suicidii. Další formou je **agrese**; objevuje se často při situaci znamenající ohrožení, ponížení, zradu, zklamání, útok nebo křivdu. Její primitivní úroveň se projevuje pouze výhrůžnými postoji, gesty nebo mimickými projevy. Pravá agrese vyvěrá ze základní vitální potřeby odstranit ohrožující příčinu, ale její patická forma se projevuje tím, že člověk útočí proti předmětům anebo dokonce proti sobě samotnému, v takových případech se původní poslání agrese mívá. Explosivní osobnosti ve výbuchu zlosti upadají to krátkodobě mráкотného stavu, tzv. patického afektu.

Častá je také **toxikomanická reakce**, kdy alkohol anebo jiné drogy, ale také hráčství tlumí nepříjemné pocity úzkosti, zahanbení, zármutku, strachu. Pokud nejde jen o krátkodobé „ztišení“ vzpomínek a tíživých emocí, hrozí poměrně velké nebezpečí závislosti.

**Autistická reakce** se vyskytuje spíše u introvertních typů, kteří žijí ve svých snech a fantaziích, které nemají nic anebo velmi málo společného s proběhlou událostí; naopak smyslem duševních pochodů je vyhnout se vzpomínkám nebo pocitu viny.

**Reakce paranoidní, kverulativní, hostilní** je taková, kdy jedinec hledá viníka proběhlé události; od doby objevení principu kauzality lidstvo hledá viníka, tento psychický mechanismus byl zdrojem křivd, týrání, poprav, a to hlavně tam, kde bylo třeba najít viníka živelných pohrom, sucha, epidemií, neúrody.

**Hysterická reakce** se vyznačuje velmi pestrými projevy, jejichž smyslem je potlačit nebo zmírnit tenzi, a to buď disociací nebo konverzí. Při disociaci působí hlavní mechanismus jako patické zapomenutí nebo transformace zážitku; nejčastější formou je alternace osobnosti, tj. dočasné popření dosavadní osobnosti a převzetí jiné životní role. Kratší poruchou je hysterická fuga nebo mráкотný stav. Konverze je převod intrapsychické tenze do oblasti hybné – vede zpravidla k různým formám ochrnutí nebo vyrazení čidel. Polaritním projevem je motorická bouře – **hysterický záchvat**. Prospěšnost těchto dějů spočívá v ochraně nervové soustavy před exhaustí psychiky před utrpením, ale přesto může být ohrožena celá osobnost. Chování jedince probíhá bez jeho volní činnosti, bez náhledu, plného vědomí – nelze proto tvrdit, že jde o parazitní anebo asociální tendence. Hlavní příčinou je konstituční slabost nervového systému osobnosti, která vede k nadměrnému útlumu nebo podráždění. Patří sem i **histrionská reakce** bez psychomotorických poruch, ale provázená dramatickým, „ochotnickým“ znázorněním, jak jedinec trpí a jak potřebuje pomoc a pochopení.

**Zkratkové jednání** je velmi časté nejen v krizových situacích, ale také v každodenní životní praxi. Vyznačuje se zbrklostí, vedoucí k úniku ze svízelné situace nebo k jejímu řešení nejkratší cestou, bez uvážení eventuálních následků. Většina takových jednání projde bez vážných komplikací (útěk z místa nehody, urážka nebo inzultace bližního, příležitostná krádež, lež, podvod, atp.; účinek je vážný až tragický – vražda nepohodlného svědka nebo nechtěného novorozence, sebevražda z nešťastné lásky nebo školního nezdaru, útěk od zraněného při autohavárii, atp.). Málokterá psychopatologická jednotka má tak široký rozsah z hlediska posuzování odpovědnosti. Většinou je tomu tak, že se jedinec mohl zdržet nesprávného jednání; jsou však situace, které pramení z nevyzrálé osobnosti nebo ze zdrcujícího zážitku, kdy je nutné přiznat zkratkovému jednání příslušné zmenšení přičetnosti.

**Paradoxní reakce** je charakterizována tím, že jedinec v tíživé nebo v bezvýhodné situaci zdůrazňuje vedlejší, často směšnou stránku děje. Neřeší sice vlastní problém, ale šetří nervovou soustavu jedince před přímým a plným prožitkovým dopadem stresoru; v českém prostředí se takovému chování říká lidově „šibeniční humor“ nebo „švejkování“.

**Psychosomatická reakce** doprovází de facto každou psychickou odpověď, a to zvláště ty, které jsou doprovázeny intenzivní emocí. Reakce jsou dvojího druhu; jedna skupina se vyznačuje nadměrným stupňováním nebo prodloužením obvyklých vegetativních projevů na podnět; druhá skupina vyjadřuje hodnocení postoje subjektu: tendence ke zvracení jako výraz znechucení a odporu, pokašlávání jako symbol rozpaků. Obvykle bývají projevy doprovázeny mimikou a pantomimikou – jsou tedy srozumitelné. Disociace je možná v tom smyslu, že se vyskytuje jen vegetativní reakce – zvýšení tlaku krevního, srdeční frekvence, sekrece žaludeční šťávy. Jsou-li tyto projevy organismu mohutné a prolongované, mohou vést k somatickým chorobám s trvalými morfologickými změnami tkání, orgánů; tato onemocnění patří do oblasti psychosomatické medicíny. Při organických poruchách centrálního nervového systému se mohou vyskytnout intenzivní projevy emocí – hněv, strach, úzkost, za nimiž však není subjektivní emoční prožitek; tato onemocnění spadají do oblasti neurologie.

**Diagnóza stresu** se musí opírat nejméně o dva základní faktory: o premorbidně intaktní osobnost a o intenzivní krátkodobou emoční reakci. V případě, že nedojde v příslušné době k očekávané úpravě stavu a že se vyvine chronická neurotická porucha nebo toxikománie, hráčství nebo psychóza, je vždy nutné stanovit diagnózu výsledného stavu.

Prognóza (i příznivá) je již obsažena v pojmu akutního stresu nebo adaptační reakce, nepřejde-li do jiného chorobného stavu; týká se samozřejmě jen samotného psychického stavu. Nebezpečným je jen nevhodné až zhoubné chování, a to hlavně v akutním průběhu krize nebo katastrofy. Z hlediska somatické medicíny jsou nasnadě mnohá rizika: náhlé oběhové selhání, mozková mrtvice, šokové stavy, zhoubné prochlazení při masových katastrofách a řada jiných.

**Terapie** – cílem je zklidnění při nadměrném vzrušení a naopak povzbuzení při útlumových a šokových stavech. Pro léčbu existuje široká paleta psychofarmak (sedativa, hypnotika, anxyolitika, neuroleptika a podobně). Standardizované postupy psychosociální pomoci – intervence – jsou účinným prostředkem podpory duševního zdraví. Psychiatrická péče farmaky pro premorbidně zdravé občany je nadbytečná. Oproti tomu metody „dekontaminace stresu“ (Soyková, 2003) byly a jsou vítány pro příznivější výsledky.

### **3. Role prevence pro psychologické přístupy řešení krizí**

V posledních letech probíhá diskuse o přínosech psychosociální práce po katastrofách. Objevuje se mnoho kritických komentářů – zejména k efektům v oblasti krizové intervence, jmenovitě k psychologickému debriefingu. Z hodnocení těchto kritických studií vyplývá nízká znalost jak této metody, tak celé oblasti psychosociální práce po katastrofách. V souvislosti s tím je nezbytné zaměřit se na kvalitu psychosociální práce, např. na intervenci po katastrofách.

Psychologická práce s oběťmi katastrof klade zvláštní požadavky na znalosti, dovednosti a osobnost psychologů. Vysoké nároky na tuto práci jsou dány také ztíženými vnějšími podmínkami

a vynucovanou improvizací. Z těchto důvodů je nezbytné určit standardy kvality pro psychologickou práci při a po krizích a katastrofách (myšlena zejména hromadná neštěstí).

### **Vymezení okruhu specializace**

Obor psychologie krizí a neštěstí může být rozčleněn do pěti oblastí. Každá z těchto oblastí vyžaduje specifické znalosti a klade důraz na různou profesionální dovednost; v konečném důsledku se tyto oblasti navzájem doplňují a podporují.

Oblasti specializací v psychologii krizí a katastrof:

- vzdělávání, včetně tréninkových a přípravných činností před krizovými událostmi,
- zpracování typových a krizových plánů psychosociální pomoci a služeb při rozsáhlých katastrofách,
- včasná intervence v průběhu krizí a katastrof,
- psychosociální pomoc dětem, seniorům a handicapovaným, respektující všechna specifika,
- intervence u posttraumatické stresové poruchy a terapie traumatu.

Práce s oběťmi krizí a katastrof klade zvláštní požadavky na osobnostní charakteristiky a profesionální profil osobností, které se touto oblastí zabývají. Ne každý psycholog či jiný odborník na duševní zdraví dovede tuto práci kvalitně vykonávat i přes jeho nespornou profesionální erudici.

Všechny zmíněné oblasti by se měly promítnout do standardů kvality. Osobnostní charakteristiky profesionálů jsou předpokladem úspěšné a efektivní práce s lidmi v oblasti krizí, mimořádných situací a katastrof, včetně psychologie traumatu; proto by se měly stát samozřejmou součástí příslušné personální práce, a to v celé oblasti Integrovaného záchranného systému České republiky.

Základními osobnostními požadavky jsou:

- vysoká odolnost vůči stresu,
- odolnost k tomu, že člověk je objektem silných emocionálních reakcí,
- talent či dovednost v usměrňování vlastních emocí,
- koncentrace na akce typu „drive“,
- dobré vedoucí a organizační schopnosti,
- dobré interaktivní dovednosti (nestačí jen komunikativnost).

Psychosociální pomoc – intervence (podpora i služby jsou prevencí duševního zdraví v pravém smyslu toho slova) může být rozdělena do tří stupňů tak, aby každý stupeň měl stanoven kritéria a požadavky na standardy kvality.

Práce na všech úrovních psychosociální pomoci vyžaduje i specifický druh vzdělávání. Standardizace jednotlivých kroků krizové připravenosti, která by zahrnovala oblast duševního zdraví, je samostatnou kapitolou, která je rozpracovávána odborníky a stává v dnešním světě naléhavou potřebou. Tři stupně výcviku (tréninku) i vlastní práce pod supervizí jsou:

1. Poskytování psychologické první pomoci (první stupeň) - úkolem je naučit a obeznámit pracovníky se základními znalostmi o traumatizujících krizových situacích a psychosociální intervenci. Výcvik by měl být zahrnut v základním tréninku všech odborníků-profesionálů, kteří se podílejí na práci s oběťmi krizí a katastrof. Jedná se především o profese: policisté, hasiči, zdravotní sestry, lékaři, sociální pracovníci, duchovní, novináři, a týká se rovněž dobrovolníků v oblasti psychosociální intervence. Jde o praktické dovednosti včetně teorie v rozlišení dítě versus dospělý jako základu, při respektování dalšího nezbytného sociologického rozlišení v krizových situacích. Dále vyžaduje znalosti:

- kritérií traumatických událostí a mimořádných událostí;
- definování „psychologických“ obětí;
- psychologických reakcí a procesů v situacích krizí a neštěstí;
- teoretických základů poznatků o krizových situacích, katastrofách, terorismu, a o jejich jednotlivých fázích; rozlišení procesů stresu a traumatického stresu; smrti a truchlení;
- cílů a principů včasné intervence, tj. metod psychologické intervence (metody včasné a účinné intervence, psychologické podpory, psychologické první pomoci a jiné);
- povědomí z oblasti vývoje nemocí jako jsou disociace osobnosti, rozvoj psychického traumatu, posttraumatická stresová porucha (PTSD/PTSP);
- dlouhodobých reakcí na prožitá neštěstí (krizi, katastrofu, terorismus atp.);
- odborně vedených intervenčních metod, kterými jsou: základy psychologického defusingu a psychologického debriefingu, dlouhodobá skupinová podpora, monitorování potřeb v krizi nebo terapie traumatu, sledování účinků intervencí (nejedná se o aplikaci nebo přenos psychoterapeutických metod).

2. Poskytování mezioborové psychosociální pomoci a služby (druhý stupeň) - experti, kteří pracují s oběťmi neštěstí a mimořádných událostí, pracují převážně s lidmi v akutní krizi, vedou psychologický debriefing a používají psychologické metody. Tato práce je zpravidla organizována mezioborově a z tohoto důvodu je náročnější na teoretické znalosti a praktické dovednosti odborníků. Praktické znalosti a teoretický základ, který je vyžadován pro tento stupeň, zahrnuje v sobě zvládnutí všech požadavků uvedených pro první stupeň.

Dalšími nezbytnými dovednostmi a teoretickým základem pro druhý stupeň jsou:

- znalosti o vzniku a průběhu nemocí: disociace osobnosti, rozvoje psychického traumatu stejně jako posttraumatických stresových poruch;
- znalost dlouhodobé reakce na prožité neštěstí (krizi, katastrofu, terorismus);
- psychologický debriefing;
- znalost metody dlouhodobé skupinové podpory (opět se jedná o metody, které jsou odlišné od psychoterapeutických);
- monitorování potřeb v průběhu krize a terapie traumatu;

- SWOT analýzy jednotlivých intervencí, resp. jejich kroků;
- metody sledování účinků intervencí.

Některé další znalosti z oblasti terapie traumatu: sociální a socio-kulturní faktory traumat; mechanismy a procesy adaptace na traumata; rozvoj psychického traumatu včetně odchylek, které závisejí nejčastěji na kulturně-antropologických hodnotách jedince, rodiny nebo skupiny; diagnostika příznaků psychického traumatu; principy fokusace terapie příčinného traumatu; znalost specifických metod (tzv. „trauma“ seminář; EMDR – desenzibilizace metodou rychlých očních pohybů, KBT – kognitivně-behaviorální terapie, NLP – neurolingvistické programování, hypnóza, atd.).

Nezbytnými schopnostmi a dovednostmi u druhé úrovně jsou: rozpoznání a diagnostika traumatické události a individuální reakce na ni; volba správné metody ve vhodný čas; ovládnutí metod včasné intervence; schopnost spolupracovat se státní nebo veřejnou službou, zaměřenou na duševní zdraví, a humanitárními organizacemi, které jsou zodpovědné za zvládání krizových situací včetně krizové připravenosti v rámci bezpečnostního systému státu; poskytování psychologické podpory, resp. intervence pracovníkům i jejich rodinným příslušníkům, kteří byli činní při zvládání krizových situací, a plnohodnotných služeb, a to i dlouhodobě dle jejich aktuální potřeby; metody práce se skupinovou dynamikou; metody vedení individuální i skupinové psychosociální práce; komunikace s médii.

3. Poskytování speciální expertní práce v psychologii krize, neštěstí (katastrofy nebo terorismu) a traumatu (třetí stupeň): Tento stupeň je nezbytný pro experty, lektory a supervizory v oboru. Jeho úroveň předpokládá zvládnutí předchozích dvou stupňů. Dále je nezbytné zvládnutí těchto oblastí: vzdělávání a komunikace ve smyslu teorie a metody učení; teorie komunikace a vlastních metod práce se sdělovacími prostředky (tréninkovými metodami včetně simulačního výcviku); zvládnutí intervenční terapie posttraumat, sociálních a kulturních faktorů traumat; mechanismů a procesů adaptace na traumata; rozvoje psychického traumatu; diagnostiky psychického traumatu; principů terapie traumatu. Dále jsou to schopnosti a dovednosti:

- ochota pracovat ve vysokém pracovním nasazení a ve ztížených pracovních podmínkách, v časové tísní, na základě neustálého toku analytických závěrů;
- rozpoznání a diagnostikování traumatické události včetně individuálních reakcí;
- vedení a plánování psychosociální pomoci a služeb při velkých katastrofách (dle rámcově zpracované metodiky schopnost zpracovat příslušné aplikace typového, eventuálně krizového plánu);
- učit a vést druhé;
- komunikovat na nejrůznějších sociologických úrovních, včetně všech druhů a úrovní sdělovacích prostředků.

Poskytování psychosociální pomoci a služeb při a po geograficky rozsáhlých krizích, katastrofách a příspěvek k jejich mezinárodnímu zvládnutí by mohly definovat čtvrtý stupeň standardů a jemu odpovídající kvalifikaci nebo by se mohly stát rozšířením třetího stupně s osvědčením pro oblasti mezinárodní specializace.

Akcentováno by mělo být zaměření na rozhodovací procesy v oblasti řízení a plánování psychosociální pomoci a služeb při velkých neštěstích a katastrofách. Nezbytnou součástí je socio-antropo-kulturní empatie. Odborníci, kteří se touto oblastí zabývají, musí mít specifické schopnosti a dovednosti pro náročný výkon profese, vysoký standard teoretických znalostí a praktické zkušenosti s procesy plánování, rozhodování, řízení, a s metodami intervence.

#### 4. Pojmosloví související s krizovou připraveností

Je s podivem, že ani první ani druhá světová válka nepřivedla editory encyklopedií k zahrnutí pojmu krize ve smyslu „neštěstí“.

krize (angl.: crisis, franc.: crise, něm.: Krise) - náhlý projev porušení rovnovážného stavu;

připravenost (preparedness, préparation, Bereitstellung) – systémově zabezpečený stav umožňující rychlé zahájení odborně cílených činností;

krizová připravenost (crisis preparedness; préparation aux situations de crise; Krise Bereitschaft) je systém postupů – pokud možno standardizovaných - pro zvládání všech druhů i etap krize - krizových stavů; ve zdravotnictví jde o poskytování nezbytné zdravotní péče graduovanými odborníky (včetně tréninku) v relevantních medicínských odvětvích. Respektuje základní zájmy státu, které jsou prioritně ochraňovány (životy a zdraví lidí, majetek, životní prostředí). Kromě zdravotnictví krizovou připravenost zabezpečují resorty: vnitra (integrováný záchranný systém – IZS), obrany, financí a další. Krizová připravenost je schopnost čelit dopadům vzniklých krizových stavů a tím zmírnit jejich následky – a to vždy odbornými přístupy; jde o stav adekvátní reakce, která je předem systémově zabezpečena pro určitou specifickou etiologii krize a je trénována; připraveností se rozumí stav „být způsobilý bez časových prodlev k pracovnímu výkonu“ v příslušné odbornosti v rámci IZS.

krizová připravenost resortu zdravotnictví - jde o stav schopnosti poskytovatelů zdravotnických služeb zajistit v době krize nezbytnou zdravotní péči obyvatelstvu, a to v rámci medicínských zásad pro poskytování odborné zdravotní péče; nezbytná je provázanost plánů - havarijního, traumatologického, typového a krizového v rámci havarijního plánu příslušného (vyššího) správního celku. Zpracování typového plánu kraje (v rámci havarijního plánu) koordinují útvary krajských zdravotnických úřadů (zahrnují střediska zdravotnické záchranné služby a zdravotnická zařízení) tak, aby bylo plně zajištěno poskytování péče. V současné době ve všech plánech zatím chybí systémově zapracované postupy při poskytování preventivních opatření pro oblast metod „dekontaminace stresu“ – psychosociální intervence (např. Baštecká a kol., 2005).

Lidský život je od narození do smrti provázen řadou krizí, které souvisejí jak s vývojem ontogenetickým, tak i s vývojem okolního světa. Osoby jsou během života vystaveny takovým situacím, ve kterých jsou způsoby, kterými v minulosti zvládaly podobné situace, neúčinné; metody, které dříve byly úspěšné, jsou v nových situacích neefektivní. Krize zahrnují i stavy frustrace a úzkosti. Osoby jsou „ve slepé uličce“; to je považováno za základ pro vznik krize osobnosti (Seynaveve, 2001). Ve Webster's Dictionary (1983) je krize definována jako prožívaná „významná emocionální událost“ (significant emotional event) nebo jako taková změna v životě člověka, která má rozhodný vliv na stav věcí, způsobující významný rozdíl vývoje k lepšímu nebo horšímu. „Krizе je pojímána jako rozhodná

doba, náhlá změna, náhlý obrat v průběhu ...“ (Kábrt, Valach, 1985). Všeobecně krize v psychologii, psychiatrii a psychoterapii je výrazem pro extrémní psychickou zátěž, životní událost, nebezpečný stav.

Krizová připravenost je v současnosti více předmětem odborných diskusí než systémově zpracovaných krizových plánů připravenosti. Pojem *stres* zavedl H. Selye v roce 1936 - jde o stav organismu, který v hrozbě ztráty rovnovážnosti ovlivňuje jeho homeostatické procesy. S krizovou připraveností souvisejí metody psychosociální intervence (Baštecká a kol., 2005); fokusované pojetí pro takové situace, které vznikají v době krizí a mimořádných událostí – „dekontaminace stresu“ (Soyková, 2003), nebo metody Critical Incident Stress Management (Mitchell, Everly, jr., 2003), krizové intervence, debriefingu a defusingu a další metody podpory duševního zdraví.

Krizová intervence, jejímž průkopníkem je Gerald Caplan (Caplan, 1964, 1986), je pojímána jako vztah mezi krizí, duševním zdravím a potřebou poskytnout systémovou podporu ve dvou strategiích, které snižují negativní dopady krize na osobnost. V širším spektru pěti druhů krizí je rozpracována R. H. Moosem v knize „Coping with Life Crises“ (Moos, 1986). Intervence (z latiny: *interventio*, *intervenire* - vejít mezi) je jednání s cílem odstranit nebo změnit stav; krizová intervence a poradenství mají být poskytovány výhradně odborníky. Krizová opatření za krizových stavů jsou určena výhradně k řešení krizových situací; jde o činnosti ke zmírnění nebo odstranění následků způsobených krizovou situací.

K jejich realizaci je zpravidla nezbytné omezit některá základní lidská práva a uložit konkrétní povinnosti. Jsou uskutečňována v rámci platné zdravotní i krizové legislativy: *Listina základních práv a svobod* - ústavní předpis ČR schválený usnesením ČNR 2/1993Sb. a ústavním zákonem č. 162/1998Sb., ústavní zákon č. 110/1998 Sb., o bezpečnosti ČR; zákon č. 239/2000Sb., o integrovaném záchranném systému; zákon č. 240/2000Sb., o krizovém řízení; zákon č. 20/1966Sb., o péči o zdraví lidu; zákon č. 258/2000Sb., o ochraně veřejného zdraví, a další související předpisy. Zákonnou povinností jsou krizové plány a v jejich rámci i psychosociální model pro řešení krizových situací. Řada současných problematik jako jsou zdravotní péče, vzdělávání včetně tréninku, ale i nejrůznější druhy násilí by měly být viděny také z úhlu krize, tedy i krizové připravenosti. Rychle se rozvíjející technologie, které nás obklopují, stále se rozšiřující kulturní diversita našeho bezprostředního životního prostředí i stylu života mohou být zdrojem dalších krizových stavů. Výzkum i následné analýzy krizových stavů vedou ke stále dopracovávaným sofistikovaným řešením a tak iniciují jak přístupy krizové prevence, tak i krizových řešení. Ty jsou již součástí bezpečnostního systému České republiky.

### **Kompetence krizové připravenosti a oblast obranné politiky v rámci OSN (WHO), EU, NATO; České republiky (Bezpečnostní systém ČR):**

Instituce kompetentní v oblasti branné politiky jsou: Úřad OSN pro koordinaci humanitárních otázek (UNOCHA), DPKO (Department of Peace Keeping Operations) a World Health Organization, resp. WHO Europe.

Ministři obrany států EU se v Bruselu (24. 11. 2004) dohodli na vytvoření tzv. bojových skupin - sil rychlého nasazení, které by měly být schopné zasáhnout do 15 dnů kdekoliv na světě od roku 2010. Evropská unie by v roce 2010 měla mít asi 15 000 vojáků. Projekt evropské obrany dostal po bruselské schůzce jasnější podobu. EU vybuduje 13 bojových skupin působících v krizových oblastech. Skupiny

budou tvořeny vojáky z několika států. Česká republika se rozhodla pro bojové skupiny vyčlenit 350 vojáků a spojila se s Německem a Rakouskem, přičemž tato skupina bude funkční od roku 2007. Cílem je připravenost Unie na krizové situace kdekoliv na světě (nejedná se o společnou armádu). Společná obranná politika EU se opírá o strategickou doktrínu, která spočívá kromě jiného na kolektivní obraně v případě napadení jednoho člena tak, jak to stanovuje článek 5 Washingtonské smlouvy NATO. Podle této doktríny musí Unie aktivně stabilizovat krizové oblasti. Bojové skupiny - síly rychlého nasazení - jsou další etapou budování obranné politiky EU; v případě konfliktu a nutnosti vyslat na místo stabilizační síly se setkají ministři obrany EU a jednomyslně rozhodnou, kolik vojáků a skupin se akce zúčastní; každá země přitom bude mít právo veta.

Výborem pověřeným celkovou koordinací aktivit souvisejících s civilním nouzovým plánováním v rámci Aliance je Vyšší výbor pro civilní nouzové plánování NATO SCEPC (North Atlantic Treaty Organization, Senior Civil Emergency Planning Committee; Le Haut Comité pour l'étude des plans d'urgence dans le domaine civil).

Bezpečnostní rada států (BRS ČR) a její stálé pracovní orgány (dle usnesení vlády ČR č. 813 ze dne 22. srpna 2001) jsou tyto:

- Výbor pro civilní nouzové plánování (VCNP) koordinuje plánování opatření, která zajišťují ochranu vnitřní bezpečnosti státu, obyvatelstva a ekonomiky, a požadavky na civilní zdroje, které jsou nezbytné pro zajištění bezpečnosti ČR; má vazbu na civilní nouzové plánování NATO CEPC (Civil Emergency Planning Committee).
- Výbor pro koordinaci zahraniční bezpečnostní politiky (VKZBP) vnitrostátně koordinuje zahraniční bezpečnostní politiku ČR s důrazem na mezinárodní postavení ČR a na vztahy s mezinárodními bezpečnostními organizacemi (The Committee for Foreign Security Policy Co-ordination; Comité de coordination pour la politique extérieure de sécurité)
- Výbor pro zpravodajskou činnost (VZČ) koordinuje činnosti zpravodajských služeb ČR a plány opatření zajišťujících zpravodajskou činnost a spolupráci státních orgánů, které získávají, shromažďují a vyhodnocují informace nezbytné pro bezpečnost ČR (Committee for Intelligence Activities; Comité des activités de renseignement).

Standardizace v tomto kontextu je vytváření a uplatňování koncepcí, doktrín, postupů a modelů pro dosažení a udržování požadovaných úrovní kompatibility v operačních, procedurálních, technických a administrativních oblastech s cílem dosáhnout interoperability.

Transkulturní a morální aspekty by měly být nezbytnou součástí systémového přístupu ke krizové připravenosti (Caplan, 1969).

Včasným varováním (early warning) je souhrn takových technických a organizačních opatření, která zabezpečují včasné upozornění obyvatelstva veřejnou správou na hrozící nebo nastalou krizovou situaci, vyžadující realizaci opatření na ochranu obyvatelstva a majetku. Jde zejména o varovný signál, po němž je bez časové prodlevy obyvatelstvo informováno o povaze nebezpečí a o opatřeních k ochraně života, zdraví a majetku. Systém včasného varování je specifickým oborem lidské činnosti, který se zabývá systémově propracovanými měřeními s takovým zaměřením, aby bylo možné v dostatečném časovém předstihu varovat obyvatelstvo před nejrůznějšími nebezpečími, která by vedla

k vyvolání krizových stavů (meteorologie, epidemiologie, toxikologie, seismologie a podobně). Systémy jsou vesměs globálně propojeny a jednotlivé ústavy a vědecké laboratoře spolu komunikují online; jejich provoz je zabezpečen i pro dobu krizové situace v jejich lokálním umístění.

V souvislosti s mnoha výsledky výzkumů stresu, dvěma povodněmi v ČR (1997 a 2002), hromadnými dopravními haváriemi a vývojem situace po teroristickém útoku 11. 9. 2001 a následných teroristických akcích (Londýn, Madrid atd.) je žádoucí, aby odborníci systémově přispívali i v oblasti připravenosti na krize; zvláštní pozornost zasluhuje oblast civilního obyvatelstva. Metody sociálně psychologické intervence a „dekontaminace stresu“ jsou již osvědčeným přístupem v době krizí jak pro postižené, tak pro jejich rodinné příslušníky a rovněž pro všechny účastníky záchranných prací. Metody by se měly stát součástí systémového řešení prevence duševního zdraví - syndromu posttraumatické stresové poruchy (PTSD – Post Traumatic Stress Disorder), syndromu vyhoření a jiných, a to nejen v návaznosti na Deklaraci WHO a Akční plán duševního zdraví pro Evropu, podepsané v Helsinkách v lednu 2005 (dokumenty EUR, 2005). Systém Integrovaného záchranného systému (IZS) i jednotlivé krizové plány připravenosti v oblasti duševního zdraví čekají na systémové dopracování.

## **Závěrem**

Referát je příspěvkem k definici krize ve smyslu ztráty hodnot souvisejících s bezpečností a zároveň podkladem pro dobudování krizové připravenosti v rámci připravenosti ČR. Krizi lze pojímat jako stav, který v určitém čase nastává za přispění (útoky s nejružnějším podtextem včetně teroristických), ale také i bez zapříčinění lidským faktorem (přírodní katastrofy). Jde o stav v bezprostředním okolí jednotlivce nebo skupiny, který nelze překonat obvyklými metodami řešení podobných stavů. Krizí nastává období takové dezorganizace bezprostředního okolí, která není řešitelná obvyklými postupy. Na stavy krize lze profesionálními programy připravit jak veřejnost, tak i profesionální záchranáře a laické dobrovolníky. Vzdělávací projekt by měl zahrnovat pracovníky státní správy i samosprávy. Vzdělávací programy by měly obsahovat převahu cíleného tréninku a simulačních prověřovacích cvičení.

Pro krizí postiženou populaci je třeba zajistit primární životní potřeby; poté je vhodné poskytnout postiženým podporu duševního zdraví a to metodami, které souhrnně lze nazvat metodami „dekontaminace stresu“ (Soyková, 2003, 2004); jsou to modifikované metody psychosociální pomoci - intervence se specifickými přístupy pro jednotlivé sociologicky a sociálně psychologicky pojímané skupiny obyvatelstva (dětská, školní a studentská populace, populace žijící v domácnostech včetně nezaměstnaných, populace seniorů a handicapovaných a konečně populace zaměstnaných v produktivním věku). Neméně důležitými skupinami jsou jednotlivě profesně orientovaní záchranáři, včetně dobrovolníků.

## Literatura

- Baštecká B. a kol. *Terénní krizová práce, psychosociální intervence*. Praha: Grada, 2005.
- Caplan G. *Principles of Preventive Psychiatry*, N.Y. – London: Basic Books, 1964.
- Caplan G. *Recent Development in Crisis Intervention*. N.Y., Basic Books: 1986.
- Caplan R. B., Caplan G. *Psychiatry and the Community in Nineteenth-Century America*. N.Y.-London : Basic Books, 1969.
- Everly, G. S. Jr. *A Clinical Guide to the Treatment of the Human Stress Response*. N.Y. : Plenum Publisher, 2002.
- Everly G. S. Jr., Mitchell, J. T. *Critical Incident Stress Management: New Era and Standard of Care in Crisis Intervention*. Elliot City, MD: Chevron, 1999.
- Everly G. S. Jr., Mitchell, J. T. *Critical Incident Stress , Management: Advanced Group Crisis Intervention, Workbook*. ICSF, Maryland 2002.
- Charvát, J. *Život, adaptace a stress*, Praha: Avicenum, 1973.
- Kábrt J., Valach V. *Stručný lékařský slovník*. Praha : Avicenum, 1985
- Moos R. H. *Cooping with life crisis*. N.Y.: Basic Books, 1986.
- Mitchell, J.T., Everly, G. S., Jr. *Critical Incident Stress Debriefing: An Operational Manual*. Elliot City, MD: Chevron, 3. vydání, 2001.
- Mitchell, J.T., Everly, G. S., Jr. *Critical Incident Stress Management, Basic Group Crisis Intervention*. ICISF, Inc., USA, 2003.
- Nitsch, J. R. (ed.). *Stress*. Bern-Stuttgart-Wien : H. Huber, 1981.
- Potůček M., a kol. *Jak jsme na tom. A co dál?* Praha: Slon, 2005.
- Rheinwaldová, E. *Dejte sbohem distresu*. Praha : Skarabeus, 1995
- Schreiber V. a kol. *Stres*. Praha : Avicenum 1985.
- Seley, H. *Život a stres*. Bratislava : Obzor, 1996.
- Seynaveve G. J. R.(ed.) *Psycho Social Support in Situations of Mass Emergency*. Brussels, Ministry of Public Health, 2001.
- Soyková, V. *Krize a její řešení, v rámci realizace EU projektu UJEP, ČASP, Olomouc*: 2004.
- Soyková, V. *Psychosociální pomoc v období posttraumatického stresu* . Příspěvek na konferenci Víme o sobě, pořádané MV ČR a nadací ADRA. 2004.
- Soyková, V. *Psychology and Crises Management*. [Příspěvek, 5. Kongress für Wirtschaft Psychologie, Sektion BDO Psychologie, Hamburg, 2004].
- Soyková, V. *Psychological Support of Mental Health as a Contribution for Crisis Management*. [Příspěvek, 6. European WOP Conference, Leipzig, 2006].
- Webster's New Universal Unabridged Dictionary. New York, Simon and Schuster, 1983.

### Doporučené prameny

- OSHA–1996-Guidelines for Preventing Workplace Violence for Healthcare and Social Service Workers  
Dokumenty EUR/04/5047810/6 + EUR/04/5047810/7, podepsané dne 14. ledna 2005 při příležitosti  
Evropské konference ministrů zdravotnictví k otázkám duševního zdraví, Helsinky, Finsko; (*Deklarace  
o duševním zdraví pro Evropu a její Akční plán*).
- Appley, M. H., Trumbull, R. (eds.). *Dynamics of stress. Physiological and social perspectives*. Plenum  
Press, New York, 1985.
- Caplan, G. *Duševné zdravie v rodine a spoločnosti*. Bratislava : SAV, 1970.
- Caplan, G. *Emotional Problems of Early Childhood*. N.Y. : Basic Books, 1955.
- Cimický J. *Našinec v ohrožení*. Praha : MAGNET-PRESS, 1994.
- Cungi Ch. *Jak zvládat stres*. Praha : Portál, 2001.
- Černý V. *Jak překonat stres*. Praha : Computer Press, 1999.
- Frej D. *Stres*. Praha : TRINITO, 2004.
- Helus, Z. *Psychologie*. Praha : Fortuna, 1995.
- Hošek V. *Psychologie odolnosti*. Praha : Karolinum, Praha 1999.
- Charvát J. *Člověk a jeho svět*. Praha : Avicenum, 1975.
- Chromý K. *Sociologie duševních poruch*. Praha : ILF, 1984.
- Irmiš F. *Nauč se zvládat stres*. Praha : Alternativa, 1996.
- Lukeš, V. *Antistresový program (obrazová příloha)*. Pedagogické centrum v Č. Budějovicích, 2001.
- Mikšik O. *Člověk a svízelné situace*. Praha : Naše vojsko, 1969.