

Univerzita Palackého v Olomouci  
Filozofická fakulta  
Katedra psychologie

**Posttraumatický růst u lidí s posttraumatickou  
stresovou poruchou**



**Magisterská diplomová práce**

Autor: MUDr. Bc. Kateřina Blažková  
Vedoucí práce: Mgr. Martin Kupka, PhD.

Olomouc  
**2021**

Místopřísežně prohlašuji, že jsem magisterskou diplomovou práci na téma: „Posttraumatický růst u lidí s posttraumatickou stresovou poruchou“ vypracovala samostatně pod odborným dohledem vedoucího diplomové práce a uvedla jsem všechny použité podklady a literaturu.

V Táboře dne 24. 3. 2021

Podpis .....

## **Poděkování**

Tímto bych chtěla poděkovat vedoucímu své diplomové práce panu Mgr. Martinu Kupkovi, PhD. za odborné vedení, cenné rady a doporučení, trpělivost, vstřícnost a laskavý přístup. Dále bych chtěla poděkovat všem respondentům, kteří se zúčastnili výzkumu, za jejich otevřenost, odvahu sdílet svou životní zkušenost a čas.

Velký dík patří mému Muži, bez jeho podpory by tato práce nemohla vzniknout.

## Obsah

ÚVOD.....	7
TEORETICKÁ ČÁST.....	8
1. TRAUMA.....	9
1.1 Typy traumat.....	10
1.2 Adaptace na trauma.....	12
1.3 Duševní poruchy spojené s traumatem.....	13
1.3.1 Akutní reakce na stres.....	14
1.4.2 Poruchy přizpůsobení.....	15
2. POSTTRAUMATICKÁ STRESOVÁ PORUCHA.....	17
2.1 Historie posttraumatických poruch.....	17
2.2 Diagnostická kritéria PTSD.....	19
2.3 Neurobiologické faktory PTSD.....	22
2.4 Prevalence a průběh PTSD.....	23
2.5 Rizikové faktory vzniku PTSD.....	24
2.6 Diferenciální diagnostika, komorbidní poruchy a suicidalita u lidí s PTSD.....	25
2.7 Diagnostické nástroje pro určení PTSD.....	26
3. TERAPIE TRAUMATU.....	29
3.1 Léčba PTSD.....	29
3.1.1 Fáze terapie traumatu.....	30
3.1.2 Kognitivně-behaviorální terapie (KBT).....	31
3.1.3 Podpůrná psychoterapie.....	32
3.1.4 Narativní expoziční terapie (NET).....	32
3.1.5 Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR).....	33

3.1.6	Terapeutické přístupy zaměřené na práci s tělem.....	35
3.1.7	Imaginativní techniky.....	37
3.1.8	Farmakoterapie PTSD.....	39
4.	POSTTRAUMATICKÝ RŮST.....	40
4.1	Modely posttraumatického růstu.....	41
4.1.1	Model Tedeschiho a Calhouna.....	41
4.1.2	Model Janoff-Bulmanové – Teorie rozbitých předpokladů.....	42
4.1.3	Hobfollův model – Akční teorie rozvoje.....	42
4.1.4	Model Josepha a Linleye.....	43
4.1.5	Dvousložkový model Maerckera a Zöllnerové.....	43
4.2	Diagnostické nástroje používané k měření posttraumatického růstu...	44
4.2.1	Dotazník posttraumatického růstu.....	44
4.3	Vztah mezi posttraumatickým růstem a PTSD.....	46
	EMPIRICKÁ ČÁST.....	48
5.	CÍL VÝZKUMU.....	49
6.	METODIKA VÝZKUMU.....	49
7.	SOUBOR.....	51
7.1	Popis souboru.....	52
8.	ETICKÉ ASPEKTY VÝZKUMU.....	54
9.	PŘÍPADOVÉ STUDIE.....	56
9.1	Příběh první – Alena.....	56
9.1.1	Analýza dat.....	57
9.2	Příběh druhý – Petr.....	58
9.2.1	Analýza dat.....	58
9.3	Příběh třetí – Kamila.....	60
9.3.1	Analýza dat.....	60
9.4	Příběh čtvrtý – Marta.....	62

9.4.1 Analýza dat.....	62
9.5 Příběh pátý – Marie.....	64
9.5.1 Analýza dat.....	65
9.6 Příběh šestý – Jiřina.....	66
9.6.1 Analýza dat.....	67
9.7 Příběh sedmý – Lucie.....	68
9.7.1 Analýza dat.....	69
10. VÝSLEDKY.....	71
11. DISKUSE.....	75
11.1 Soubor.....	75
11.2 Realizace výzkumu.....	76
11.3 Interpretace výsledků.....	78
11.4 Praktické implikace.....	82
12. ZÁVĚR.....	84
SOUHRN.....	86
SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ A LITERATURY.....	91
PŘÍLOHY	

# Úvod

Traumatu a jeho terapii je v posledních letech věnována čím dál větší pozornost. Můžeme pozorovat narůstající počet studií, časopiseckých článků a monografií věnovaných traumatu a jeho léčbě. Hovoří se o kolektivním traumatu společnosti, transgeneračních traumatech, psychotraumatologii. Zkoumány jsou různé potenciálně traumatizující události jako přírodní katastrofy, teroristické útoky, různé formy fyzického násilí a nověji také život ohrožující onemocnění, bolestivé lékařské zákroky či těžké chronické stavy. Tradičně byl výzkum v této oblasti orientován na negativní důsledky těchto událostí, na rozvoj psychopatologie. Zhruba od počátku nového milénia dochází ke změnám paradigmatu, pozornost odborníků se přesouvá od nemoci směrem k zotavení. Stále více prací pojednává také o pozitivních následcích traumatu, o tzv. posttraumatickém růstu. Převážná většina prací je orientována na dopady konkrétních traumatických událostí, většinou velkého rozsahu, na skupinu obyvatelstva. Tato diplomová práce obrací pozornost k jednotlivci, jeho chování a prožívání po traumatu, jeho hledání další životní cesty jako možnosti smíření se s nepřízní osudu.

Práce je členěna na část teoretickou a empirickou. Teoretická část obsahuje čtyři kapitoly. První kapitola je stručným úvodem do problematiky traumatu: definuje základní pojmy vztahující se k traumatu, předkládá různá dělení typů traumat, možnosti adaptace na trauma, popisuje duševní poruchy přímo spojené s těžkým stresem a traumatem. Druhá kapitola pojednává o posttraumatické stresové poruše: ukazuje historické souvislosti a zařazení posttraumatické stresové poruchy do Diagnostického manuálu duševních poruch, dále předkládá diagnostická kritéria posttraumatické stresové poruchy, její neurobiologický korelát, prevalenci a průběh poruchy, nastiňuje další psychické poruchy, které mohou být s posttraumatickou stresovou poruchou v komorbiditě, předkládá možnosti diagnostiky posttraumatické stresové poruchy. Třetí kapitola pojednává o terapii traumatu, a to jak psychoterapii, tak farmakoterapii. Závěrečná kapitola teoretické části se zabývá posttraumatickým růstem, seznamuje se základními modely posttraumatického růstu, prezentuje vztah mezi posttraumatickou stresovou poruchou a růstem, zmiňuje diagnostické nástroje použitelné k zaznamenání posttraumatického růstu. Empirická část je věnována výzkumu posttraumatického růstu u osob s posttraumatickou stresovou poruchou.

Hlavním cílem práce je hledat pozitivní aspekty u tak vážné duševní poruchy jakou je posttraumatická stresová porucha. Dalším cílem je uceleně a přehledně prezentovat informace o posttraumatických stavech. Moje motivace taktéž vyvěrá ze snahy propojit psychiatrii a klinickou psychologii v této oblasti, obohatit obory jeden o druh

# **Teoretická část**



# 1. Trauma

Trauma, a s ním spojené změny v chování a prožívání, jsou hlavním tématem této diplomové práce. Na následujících stránkách si představíme základní definici traumatu, neurobiologický korelát traumatu, duševní poruchy přímo spojené s prožitkem těžkého traumatu a komorbidní psychické poruchy.

Trauma je emoční odpověď jedince na událost nebyvale hrozivého charakteru, jejímž působením jsou ochromeny jeho biologické a psychologické adaptační mechanismy (APA, nedatováno). Mezi typické traumatické události patří přírodní katastrofy, boj, týrání, dlouhodobé věznění, mučení, loupeže a přepadení, znásilnění, nehody, ztráta násilnou smrtí (Praško et al., 2003). Traumatizující mohou být ale i náhlé změny zdravotního stavu (např. cévní mozková příhoda, infarkt myokardu), dále bolestivé lékařské zákroky (např. radioterapie, indukce potratu, neurochirurgické zákroky konané při vědomí pacienta, implantace kardiostimulátoru), konfrontace s nepříznivou diagnózou (Praško, Látalová, Ticháčková & Stárková, 2011). Dlouhodobé účinky traumatizujícího stresu postihují jak přímo ohrožené osoby, tak i osoby v roli svědků. Oběti traumatu dělíme na *primární*, jež jsou cílem agrese, *sekundární*, kdy je traumatizovaná blízká osoba, *terciární*, kdy člověk není v přímém vztahu k zasaženému člověku, např. humanitární pracovník, záchranář, hasiči (Vizinová & Preiss, 1999). Při některých traumatických událostech trpí výrazněji psychickými potížemi osoby, které incidentu pouze asistovaly. Čírtková (2004) uvádí výskyt intenzivnějších následků psychického traumatu u vietnamských veteránů, kteří se sami aktivně nezúčastnili masakru na civilním obyvatelstvu, ale pouze pasivně přihlíželi. Tóthová (2011) tento jev vysvětluje jako přetrvávající pocit odpovědnosti za utrpení primární oběti. Terciární traumatizace vzniká dvojitým mechanismem. První mechanismus se týká lidí v první linii. Záchranáři, hasiči, policisté jsou v traumatických situacích nuceni jednat racionálně, prožívají tlak na výkon a potřebu situaci rychle vyřešit. Zároveň při takové situaci dochází k disociaci prožívaných emocí. Pokud po události nemají tyto lidé možnost sdílet svoje emoce a prožité utrpení, může dojít s časovou latencí ke vzniku posttraumatické stresové poruchy. Zranitelnější vůči tomu jsou lidé bez sociální opory a s anamnézou vývojového traumatu (Reddemann, 2009). Druhý mechanismus se týká psychologů, duchovních, zdravotníků a humanitárních pracovníků pracujících v traumatizujícím prostředí. I jediná intenzivní traumatická událost (např. teroristický útok na World Trade Center) zasahuje větší počet civilistů. Lidé pracující v pomáhajících profesích jsou poté exponováni traumatu nepřímou, díky opakovanému vyprávění o traumatické události. Dochází u nich ke

kumulativnímu efektu a vznikají příznaky posttraumatické stresové poruchy i přesto, že trauma sami nezažili (Berceli, 2017).

Psychické trauma vzniká působením buď jediného extrémně stresujícího zážitku, či protrahovanou stresovou situací. Traumatická událost mívá vnější příčinu, je extrémně děsivá, znamená bezprostřední ohrožení života či tělesné integrity a vytváří pocit bezmocnosti (Vizinová & Preiss, 1999). Traumatická události prolamuje obranné mechanismy. Jedinec nemá nad situací kontrolu. Událost přesahuje jeho dosavadní lidskou zkušenost. Během traumatické události dochází ke ztrátě dvou základních životních iluzí: 1.) *iluze omnipotence* – iluze našich schopností ovlivnit průběh událostí; jakákoliv situace je řešitelná naším vlastním přičiněním. Po traumatické události jsou narušeny naše jádrové postoje, náš sebeobraz. 2.) *iluze důvěry v druhé* – traumatická událost atakuje potřebu bezpečí, narušuje iluzi, že svět je přehledné místo s předvídatelným řádem a že druhým je možné důvěřovat. Po traumatických událostech bývá významně a dlouhodobě narušena schopnost důvěřovat (Čírtková, 2004). Traumatické zážitky jsou zaplavující, paralyzující, ničí vnitřní místo kontroly. Traumatická reakce je reakcí na prožívanou bezmocnost. Jedinec je vystaven extrémní hrůze a v daném okamžiku není schopen smysluplné akce. Pokud nedojde k obvyklým obranným reakcím – útoku či útěku – vzniká dezorganizace emočních, behaviorálních, kognitivních komponent traumatu, a ty následně mají tendenci neúčelně přetrvávat i po odeznění stavu ohrožení (Vizinová & Preiss, 1999). Levin a Fredericková (2011) poukazují na to, že pasivita a zamrznutí během traumatizující události jsou faktory potencující vznik posttraumatické poruchy. Zatímco pokud dojde k uplatnění fyziologických reakcí (útok, útek) je dopad traumatu mírnější.

Traumatizující bývá nejen samotná ohrožující událost, ale i okolnosti po traumatu - např. výslech policie, soudní přelíčení, bolestivé operace po autonehodě, devalvující reakce okolí. Pokud se k obětem nepřistupuje dostatečně respektujícím a citlivým způsobem, může dojít k retraumatizaci (Praško et al., 2011). Někteří respondenti prezentovaného výzkumu uvedli, že tyto pozdější důsledky traumatu byly subjektivně více traumatizující než klíčová událost. Traumaticnost situace se zintenzivňuje, je-li ohrožení na životě obětí vnímáno jako nesmyslné, zbytečné, kruté a nespravedlivé (Čírtková, 2004).

## 1.1 Typy traumat

V literatuře se setkáváme s dělením typů traumat podle příčinné události, časového hlediska, dopadů na jednotlivce či společnost.

Praško (2003) rozlišuje 3 kategorie traumatických událostí podle původce:

- (1) **Katastrofy způsobené člověkem** – dopravní nehody, nukleární katastrofy, požáry, výbuchy plynů, kolapsy budov.
- (2) **Přírodní katastrofy** – povodně, zemětřesení, laviny, lesní požáry.
- (3) **Kriminální nebo teroristické činy** (záměrné činy) – přepadení, znásilnění, terorismus, válečné události, mučení.

Terapeuti, zabývající se vývojovými traumaty, rozlišují typ I, II a III dle časového hlediska (např. Hofmann, 2015; Kanaan, Kira, Shuwiekh, Kucharska & Al-Huwailah, 2020):

**Trauma typ I** – ojediněle se vyskytující trauma, které přichází neočekávaně.

**Trauma typ II, komplexní trauma**, opakovaná traumata (domácí násilí, sexuální zneužívání, týrání). Je častější, vyskytuje se v kombinacích s dalšími psychickými obtížemi, je prediktorem pro vznik posttraumatické stresové poruchy. Obvykle obsahuje ztrátu důvěry v primárních vztazích, protože nositelem traumatu je osoba blízká oběti.

**Trauma typ III, kolektivní trauma** (např. genocida, masové násilí) - jedná se o kumulaci traumat a stresorů, která postihují celou společnost nebo její část. Traumatizovaná společnost má narušené prožívání identity, je přítomna existenciální úzkost. Tento typ traumatu velmi vysoce koreluje s posttraumatickou stresovou poruchou.

Pokud se komplexní trauma objeví v kritickém vývojovém období, kdy se vytváří hranice „já“ a sebekontroly, dochází následně u dítěte k neschopnosti seberegulace vlastních pocitů a přesvědčení o sobě. Takový jedinec nedokáže prožívat mezilidské vztahy jako naplňující a spolehlivé. Dochází k patologickému vývoji osobnosti, patrné jsou negativní změny především v oblasti identity (Kačeňák, 2011).

Ruppert (2014) rozlišuje 4 typy traumatu podle úrovně disociace:

- **Existenciální trauma** – v němž jde o holé přežití situace, člověk se ocitá tváří v tvář vlastní smrti. Základním pocitem je smrtelná úzkost. U tohoto typu dochází k disociativním stavům, kdy se vzpomínky na traumatizovanou událost štěpí a ukládají do nevědomí. Výrazným znakem tohoto typu traumatu jsou panické ataky, děsivé sny, sociální stažení a kolapsové stavy při expozici spouštěčům (triggerům).
- **Trauma ze ztráty** – člověk ztrácí subjektivně důležitou vazbu (např. smrtí blízké osoby, smrtí matky v raném věku, rozvod rodičů v raném věku, děti dané k adopci). Základním pocitem je strach z osamělosti, vztek, bolest, smutek. Dlouhodobým

důsledkem jsou deprese, které jsou syceny neustálým strachem prožívat radost ze života, aby nedošlo k opětovné ztrátě toho, co si zamilujeme.

- **Trauma z narušené vazby** – patří k raným vývojovým traumatům z nenaplněné potřeby dítěte mít emocionální vazbu k matce. Dítě prožívá bezmoc a pocity neschopnosti. Dle autora se to děje u matek traumatizovaných, u nichž intenzivnější tělesný kontakt vyvolává potencionální nebezpečí. Pláč a křik dítěte působí jako trigger a vyvolává u matky retraumatizaci, na níž matka reaguje agresí, útekem či nadměrným připoutáním (např. tak silné objetí matky, které může dítě až zadusit). Situace traumatické vazby bývá spojena se zanedbáváním, násilím a sexuálním zneužíváním dítěte. Štěpení na oběť a pachatele vede jak k sadistickému tak i autoagresivnímu chování v dospělosti, včetně sklonů k sebevražednému jednání.
- **Trauma z narušeného systému rodinných vazeb** – trauma, které ovlivní emocionální soudržnost celého rodinného systému (např. zanedbávání dítěte až zemře, incestní vztahy, vražda vlastního dítěte, vícečetné sebevraždy v rodině), vlivem tohoto činu dojde k disociaci v oblasti vlastní identity. U takového člověka přetrvává úzkost z odhalení a morálního odsouzení, nedokáže přijmout odpovědnost za své jednání. Celou rodinou pak prostupuje emocionální chaos, který se projevuje jako citový chlad, strach, nenávisť, pocity viny a studu. Děti rodičů s rozštěpenou identitou jsou, dle autora, zranitelnější a náchylnější k získání psychotického onemocnění.

## 1.2 Adaptace na trauma

Mardi Horowitz (1976, in Joseph 2017) popisuje pět fází adaptace na trauma. Tyto fáze se navzájem prolínají a jejich pořadí není pevně dáno.

1. **Fáze výkřiku** – dochází k ní bezprostředně po traumatu. Traumatizovaný člověk zažívá ochromení, zmatení, či naopak nadměrné puzení k aktivitě. Myšlenky, vzpomínky, výjevy spojené s traumatem se jeví nezvladatelné. Jedinec mobilizuje obranné mechanismy, aby je vytlačil z vědomí.
2. **Fáze otupělosti a popření** – jedinec prožívá pocity derealizace, depersonalizace, snaží se vyhýbat veškerým podnětům, které mu trauma připomínají. Část vzpomínek na trauma je disociováno.

3. **Fáze vtíravého znovuprožívání** – myšlenky, které se snaží člověk potlačit, se stále objevují, expandují. Cílená snaha vytěsnit nechtěné obsahy vede paradoxně k nárůstu jejich výskytu.
4. **Fáze propracování** – člověk se snaží traumatickou událost postupně propracovat a integrovat tak, aby již nebyla ohrožující. Intenzita popření a vtíravých myšlenek se snižuje.
5. **Fáze dokončení** - znepokojující vzpomínky se postupně přesouvají z aktivní paměti do dlouhodobé paměti. Jedinec se vyrovnává s pocity hněvu či viny.

Kořán (2009) uvádí fáze adaptace na trauma včetně časového průběhu:

- 1) **Fáze omráčení a šoku** – 24 až 36 hodin po traumatu.
- 2) **Fáze výkřiku** – do 3 dnů po události.
- 3) **Fáze hledání smyslu traumatické události** – 3 až 14 dnů po traumatu.
- 4) **Fáze popření a znovuprožívání události** – 2 až 8 týdnů po události.
- 5) **Posttraumatická fáze s odloženou traumatickou reakcí** – 1 až 3 měsíce po traumatu.

Lidé po traumatické události nemusejí dospět do fáze integrace a smíření, mohou uvíznout ve fázích výkřiku, vyhýbání či bolestného znovuprožívání (Joseph, 2007). Na schopnosti vyrovnat se s traumatem a integrovat ho jako růstovou zkušenost se podílí odolnost (resilience), otužilost (hardiness), vnitřní místo kontroly, optimismus, prožívání blízkých vztahů, důvěra a podpora okolí. Vyrovnávání se s traumatem také ovlivňuje síla a charakteristiky jedincova self/já, jako např. sebepojetí, sebedůvěra, schopnost autoregulace, vnímaná vlastní zdatnost (self-efficacy), integrita osobnosti (sense of coherence) (Mareš, 2012).

### 1.3 Duševní poruchy spojené s traumatem

Traumatická událost může vést k celé řadě duševních poruch a syndromů. Nejčastěji se setkáváme s okruhem tzv. stresových poruch - *Reakce na závažný stres a poruchy přizpůsobení*. Jedná se o skupinu onemocnění vznikajících těžkým nebo dlouhotrvajícím stresem způsobeným přelomovou životní událostí. Tato onemocnění významně ovlivňují sociální fungování daného člověka (Uhrová, Roth & kol., 2020). V Mezinárodní klasifikaci nemocí (MKN-10, 2020) jsou řazena mezi Neurotické, stresové a somatoformní poruchy (F40 – F48) pro jejich dominantní úzkostné projevy - vnitřní napětí, neklid, intrapsychickou

tenzi, negativní prožívání, vegetativní příznaky. Do skupiny stresových poruch dle MKN-10 řadíme akutní reakci na stres (F43.0), posttraumatickou stresovou poruchu (F43.1), poruchy přizpůsobení (F43.2), jinou reakci na těžký stres (F43.8) a reakci na těžký stres nespécifikovanou (F43.9). Poslední dvě jmenované diagnostické jednotky jsou v praxi využívané zřídka.

### **1.3.1 Akutní reakce na stres**

Akutní reakce na stres je přechodná porucha trvající hodiny až dny. Objevuje se několik minut po traumatické události. Riziko rozvoje poruchy je větší, je-li přítomno fyzické vyčerpání nebo organické faktory. O trvání reakce spolurozhoduje osobnost člověka, jeho dosavadní zkušenost s podobnými událostmi, aktuální životní situace. Příznaky mohou odeznít během několika hodin, pokud nebezpečí vymizelo, jedinec našel schopnost kontroly nad situací nebo pokud mu byla poskytnuta podpora a péče. Při přetrvávajícím ohrožení a vlastní bezmoci situaci řešit může následně dojít k rozvoji posttraumatické stresové poruchy. Individuální vulnerabilita a schopnost zvládat stres ovlivňuje závažnost akutní stresové reakce (Uhrová & Roth, 2020; Praško et al., 2011).

Zpočátku se objevuje stádium „omráčení“. Jedinec má zúžené vědomí, není schopen se orientovat v situaci. Dále následuje uzavření se do sebe, které může mít podobu sociálního stažení, prožívaného zoufalství, beznaděje, až disociačního stuporu. Nebo naopak bývá přítomna neúčelná psychomotorická aktivita, agitovanost, zloba, verbální agresivita, fuga. Je to projev únikové reakce na vzniklé nebezpečí. Bývají přítomny vegetativní příznaky úzkosti (tachykardie, pocení, třes, červenání či zblednutí). Může vzniknout částečná nebo úplná amnézie na prožitou situaci (Praško et al., 2011). V Mezinárodní klasifikaci nemocí (MKN-10, 2020) je rozlišována mírná, středně těžká a těžká akutní stresová reakce dle závažnosti symptomů.

#### **Biologické faktory u akutní reakce na stres**

Emoční odpověď na vzniklou traumatickou událost regulují jádra amygdaly (bazolaterální, centrální, mediální). Aktivací spojení amygdaly s prefrontální kůrou, především orbitofrontálním kortexem a předním cingulárním kortexem, vzniká intenzivní pocit strachu. Dále je prostřednictvím amygdaly aktivován locus ceruleus, modré jádro, jenž reguluje vegetativní nervový systém. Tím dochází k aktivaci sympatiku, na periferii je spuštěna kardiovaskulární reakce (tachykardie, zvýšení krevního tlaku), která připravuje jedince k behaviorální odpovědi na stresový podnět – útěku či útoku. Aktivací spojení

amygdaly a nukleus parabrachialis dochází k hyperventilaci – krátkému a intenzivnímu dýchání. Při akutním stresu dochází přes amygdalu k aktivaci hypotalamo-hypofyzární osy a uvolňování glukokortikoidů (kortizolu a kortikosteronu) z nadledvin. Tato reakce je velmi krátká, trvá v podstatě jen po dobu vnímaného nebezpečí. Glukokortikoidy mají hyperglykemizující efekt a lehce euforizující efekt. Hyperglykemie je opět příprava ke zvýšené svalové činnosti, k možnému útěku či útoku. Zvýšená hladina glukokortikoidů v krevním řečišti působí zpětnovazebně na receptory v hypotalamu, hypofýze a hippokampu. Dojde k uvolnění kortikotropního faktoru z hypotalamu, který ukončuje stresovou odpověď. Hippokampus hraje důležitou roli v inhibici stresové odpovědi. Při chronických stresových situacích dochází k excesivnímu uvolňování glukokortikoidů a následně k atrofii hippokampu, což je jistá obrana těla před inhibicí hypotalamo-hypofyzární osy (Stahl & Grady, 2019). Jádra, která řídí reakci útěku, útoku či zamrznutí, se nachází v periaqueduktální šedé zóně. Je to rozhraní, které hraje dominantní roli v integrovaných behaviorálních reakcích na vnější a vnitřní stresory. Periaqueduktální jádra jsou propojena s amygdalou, prefrontální kůrou, hypotalamem, senzorymi drahami. Podílejí se na řízení kardiovaskulární a respirační odpovědi, moduluji vnímání bolesti, podílejí se na modulaci REM fáze spánku (Benarroch, 2012). Stresová reakce nemusí být vyvolána pouze vnějšími podněty, ale též traumatickými vzpomínkami uloženými v hippokampu, který se nachází v blízkosti amygdaly. Aktivaci amygdaly se spouští komplexní stresová reakce výše popsána (Stahl & Grady, 2010). Tento mechanismus ilustruje znovuprožívání traumatických vzpomínek, které je ústředním příznakem posttraumatické stresové poruchy.

### **1.3.2 Poruchy přizpůsobení**

Porucha přizpůsobení neboli adaptační porucha je další ze stresových poruch. Tato porucha mívá mírnější příznaky i průběh oproti akutní stresové reakci a posttraumatické stresové poruše. Diagnóza poruchy přizpůsobení bývá psychiatry volena poměrně často, a to proto, že je pacienty vnímána jako méně stigmatizující oproti jiným diagnostickým jednotkám. Příznaky tohoto onemocnění vznikají během jednoho měsíce od expozice traumatické události. K rozvoji poruchy vede buď jediná stresující událost, dlouhodobá frustrace nebo kumulace zátěžových událostí. Jedinec se není schopen adaptovat na životní událost, která vyžaduje změnu dosavadního životního fungování. Poruchy přizpůsobení se manifestují příznaky afektivními, úzkostnými a somatoformními. Nejčastěji člověk prožívá pocity tísně, insuficience a změny nálad, především úzkosti, obavy, depresivní náladu a dysforii. Poruchy emocí narušují jeho sociální fungování a výkon důležitých životních rolí.

Adaptační kapacita člověka, tzn. schopnost vypořádat se s určitým druhem problémů, je variabilní v čase a ovlivňována sociálním kontextem (Praško et al., 2011; Uhrová & Roth, 2020).

V Mezinárodní klasifikaci nemocí (MKN-10, 2020) je rozlišováno několik typů adaptačních poruch: 1.) *krátká depresivní reakce*, kdy je přítomna mírná deprese nepřesahující 1 měsíc; 2.) *protrahovaná depresivní reakce* – jedná se o mírný depresivní stav jako odpověď na chronický stresor; 3.) *smíšená úzkostná a depresivní reakce*; 4.) *reakce s převládajícími poruchami emotivity* – střídavé stavy úzkosti, deprese, obav, napětí a zlosti; 5.) *reakce s převládajícími poruchami chování* – objevuje se zejména u adolescentů, reakce na smutek je transformována do agresivního, dramatického, disociálního chování; 6.) *reakce se smíšenou poruchou emocí a chování*. Kromě protrahované depresivní reakce netrvají příznaky jednotlivých typů poruch déle než půl roku. Protrahovaná depresivní reakce vzniká nejčastěji po ztrátě blízké osoby, její symptomy mohou trvat až 2 roky.

Tato diplomová práce se zaměřuje na lidi, kterým byla diagnostikována posttraumatická stresová porucha. Proto je této poruše věnována následující samostatná kapitola.



## 2. Posttraumatická stresová porucha

Posttraumatická stresová porucha (dále jako PTSD z anglického *posttraumatic stress disorder*) je opožděná a protražovaná odpověď na mimořádně traumatizující zážitek. Koncept posttraumatické stresové poruchy vznikl koncem 70. let v souvislosti s návratem veteránů z války ve Vietnamu. Výzkumné práce v té době poukazovali na přítomnost PTSD i u dalších lidí, kteří nebyli ve válce, ale čelili katastrofickým či jinak výjimečně ohrožujícím událostem. V posledních letech se potvrzují příznaky PTSD taktéž u lidí s těžkým průběhem somatického onemocnění anebo u lidí, kteří byli vystaveni bolestivým či traumatizujícím léčebným zákrokům (Hosák, Hrdlička, Libiger et al., 2019; Praško et al., 2011).

### 2.1 Historie posttraumatických poruch

Klinická historie posttraumatických poruch začala okolo poloviny 19. století ve spojitosti s americkou občanskou válkou a prusko-francouzskou válkou (Hunt, 2010). S rozvojem železniční dopravy se objevily vlakové nehody s několika stovkami mrtvých ročně. Lékař John Eric Erichsen v roce 1867 uvedl pojem „železniční páteř“, tzv. *railway spine*. Erichsen popsal u obětí železničních nehod problémy s pamětí, spánkem, nočními můrami a paralýzou. Jednou z těchto obětí byl i spisovatel Charles Dickens, u něhož se později vyvinula fobie z cestování vlakem, a zemřel v den pátého výročí vlakové nehody. Erichsen vycházel z předpokladu, že železniční páteř je způsobena spinálním otřesem, tedy že způsobené obtíže jsou organického původu (Joseph, 2017).

V období první světové války se téma traumatu znovu otevřelo psychiatrickému zkoumání. Mladí muži byli posíláni do armády bez patřičného výcviku a s omezenými představami toho, co je tam čeká. Pro mnohé z nich byly zážitky na frontě otřesné a jejich zpracování bylo nad jejich síly. Vojáci byli posíláni na neurologická oddělení, kde si měli pár dní odpočinout a vracet se zpět na frontu. Řada z nich se pokusila o útěk. Neschopnost plnit válečné povinnosti vlivem strachu byla vnímána jako zbabělost a byla trestána smrtí. Počet vojáků, kteří měli disociační příznaky, třes, noční můry, ztrátu paměti, však narůstal. Vojenský lékař, Charles Myers, uvedl v roce 1915 pojem *shell shock* – posttraumatický válečný šok. Myers, ale i další vojenští lékaři, se domníval, že příznaky válečného šoku jsou zapříčiněny mikrotraumaty v mozku způsobenými atmosférickým tlakem vybuchujících granátů. I přes tato zjištění zůstávala nejasná otázka, zdali je válečný šok způsoben jen mikrotraumaty mozku nebo emočními faktory jako únava, hlad a stres z války. Alternativní vysvětlení nabídl anglický psychiatr W. H. Rivers, který se věnoval rehabilitaci válečných

veteránů a prosazoval humánní metody léčby. Rivers poznamenal, že mnozí vojáci byli vycvičeni příliš rychle a nevybudovali si dostatečné psychické obrany. Rivers poukázal na to, že válečný šok se častěji objevuje u vojáků s vysoce morálním charakterem. Jeho názor byl však v dané době upozaděn, převládalo přesvědčení, že vojáci mají slabou vůli a potřebují tvrdší disciplínu. Léčba posttraumatického šoku byla převážně drsná a nesoucinná (Hunt, 2010). Psychoanalytičtí lékaři, Sigmund Freud a Pierre Janet, přispěli k obratu konceptualizace traumatu. Dle Freuda (1920, in Joseph, 2017) obsedantní myšlenky a děsivé noční sny představují pokusy mít traumatické vzpomínky pod kontrolou a potřebu transformovat traumatické zkušenosti. Janet se zabýval fenoménem disociace. Vyslovil názor, že vědomí se skládá z různých úrovní, z nichž některé mohou být udržované mimo dosah vnímání. Zkoumal souvislost mezi disociací traumatických zážitků a následným prožíváním niterné úzkosti, nočními můrami a znovuprožíváním traumatu (Janet, 1887, in Rothschild, 2015). Léčba představovala konsolidaci vzpomínek. Pacienti byli podporováni ve schopnosti převodu traumatických vzpomínek do vědomí a jejich zařazení do autobiografického vyprávění (Joseph, 2017).

Druhá světová válka potvrdila, že následkům psychického traumatu může podlehnout každý člověk, jenž je vystaven extrémním událostem. Zároveň bylo zaznamenáno, že pevná emoční vazba mezi spolubojovníky působí protektivně před těžkými následky traumatu (Vizinová & Preiss, 1999).

K systematickému zkoumání posttraumatických poruch došlo v 70. letech minulého století v souvislosti s návratem vojáků z války ve Vietnamu. U mnohých veteránů se s časovou latencí rozvinuly vážné psychické problémy – deprese, úzkosti, hypervigilita, neschopnost regulovat své impulzy – které měly vážný dopad na jejich sociální fungování. Americká společnost se válkou ve Vietnamu polarizovala, vzniklo protiválečné hnutí. Vojáci po návratu domů čelili obviňování a protiválečným protestům. Jedním z důsledků vleklých posttraumatických potíží byla tato hostilita, s níž se veteráni setkávali (Hunt, 2010). Veteráni se sjednotili do svépomocných skupin a žádali psychiatrickou pomoc. Vznikla kampaň za uznání podpořená dále feministickým hnutím, hájícím zájmy obětí domácího násilí a sexuálního zneužívání, které vykazovaly podobné příznaky jako váleční veteráni. Na základě četných psychologických výzkumů a konsenzu psychiatrů a akademiků uvedla Americká psychiatrická asociace koncept posttraumatické stresové poruchy a zařadila ho v roce 1980 do třetího vydání Diagnostického a statistického manuálu duševních poruch (Joseph, 2017).

## 2.2 Diagnostická kritéria PTSD

Posttraumatická porucha je opožděnou nebo protražovanou reakcí na neobvykle hroživou či katastrofickou stresující událost, která má potenciál vyvolat pronikavou tíseň téměř u každého jedince (MKN-10, 2020). PTSD se může objevit v jakémkoliv věku po prvním roce života. Příznaky PTSD začínají v prvních 3 měsících po traumatické události. Plně se porucha rozvíjí v řádu několik týdnů až měsíců. Existují důkazy o opožděném propuknutí, kdy se porucha objeví s latencí několika let od traumatu (Praško et al., 2011).

Diagnostika posttraumatické stresové poruchy je v praxi náročná. I přes jasně vymezená diagnostická kritéria bývá tato porucha opomíjena a často mylně zaměňována za jinou duševní poruchu (Praško a kol., 2011). Robert Kačeňák (2011) uvádí některé překážky v diagnostice PTSD. První obtíží je, že se lidem nemluví lehce o svých traumatických zážitcích. Lékaři většinou neradi naslouchají děsivým detailům traumatu. Pro maximální výtěžnost informací během psychiatrického vyšetření je důležité naladění na člověka a schopnost vytvořit atmosféru důvěry a ochoty naslouchat obtížnému vyprávění. Dále může být přítěžující amnézie na trauma. Lékař, který se člověka doptává na detaily traumatu, o nichž traumatizovaný člověk nemůže mluvit, neb si je nepamatuje, pak může nabýt dojmu, že podané informace jsou nevalidní. Další překážkou mohou být intenzivní, zaplavující emoce během psychiatrického vyšetření. Autor doporučuje odborníkům nehodnotící přístup, trpělivé naslouchání a citlivé pokládání otázek.

Charakteristickými symptomy PTSD dle Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-10, 2020):

- epizody znovuprožívání traumatické události ve formě flashbacků, živých vzpomínek, opakujících se snů;
- výrazná úzkost při expozici okolnostem připomínajícím trauma;
- vyhybavé chování, především podnětům, situacím a činnostem připomínajícím trauma;
- emoční oploštělost, stranění se lidem, netečnost vůči okolí, anhedonie;
- suicidální ideace;
- parciální či úplná retrogradní amnézie na období traumatu;
- zvýšená psychická vzrušivost a citlivost na podněty;
- podrážděnost, návaly hněvu;
- poruchy spánku, především obtíže s usínáním a udržením spánku;
- snížená schopnost koncentrace, těkavá pozornost;
- přehnané úlekové reakce, hypervigilita.

Všechna diagnostická kritéria se musí vázat k jednomu traumatu. Zvýšená dráždivost, přehnané úlekové reakce a poruchy spánku jsou dány vegetativní hyperaktivací, jak si dál blíže ukážeme. Lidé s PTSD také prožívají ztrátu pozitivních emocí, jsou emočně otupělí a odcizení, schází jim požitky ze života. Toto se děje na základě snahy potlačit silné nepříjemné prožitky a díky tomu dochází k potlačení i pozitivních emocí. Snaha nepodléhat negativním emocím spojených se vzpomínkami vede k pocitům únavy, bezmoci a vyčerpání. Lidé po traumatu bývají zahlceni automatickými negativními myšlenkami, výčitkami svědomí, sebeobviňujícími myšlenkami. Sebeponižující myšlenky nacházíme u obětí sexuálního násilí (Praško et al., 2011, 2003). Čírtková (2004) uvádí příklady z praxe, kdy se oběť trestného činu identifikuje s pachatelem a přejímá odpovědnost za spáchaný trestný čin. Reddemann (2009) uvádí, že tato identifikace s pachatelem má i ochrannou funkci. Pomáhá oběti, aby se necítila tak bezmocná a opuštěná.

V páté revizi Diagnostického a statistického manuálu duševních poruch (DSM-V) je PTSD zařazena mezi *Traumatické poruchy a poruchy spojené se stresem*. Posttraumatická stresová porucha je diagnostikována na základě následujících kritérií, která platí pro dospělé, adolescenty a děti starší 6 let:

A – Člověk byl vystaven skutečné či hrozící smrti, vážnému zranění nebo sexuálnímu násilí, a to jako oběť traumatické události, nebo osobním svědectvím, nebo dozvěděním se o traumatu osoby blízké, nebo opakovaným zprostředkováním traumatické události (např. policisté, kteří jsou opakovaně vystavováni detailům sexuálního zneužívání dětí).

B – U traumatizovaného člověka je přítomen jeden či více vtíravých příznaků, které se začaly vyskytovat po prožité události:

- opakující se, nechtěné, obtěžující vzpomínky na traumatickou událost;
- opakující se nepříjemné sny, jejichž obsah souvisí s traumatickou událostí;
- disociativní reakce – flashbacky, pocity depersonalizace, derealizace – kdy člověk znovuprožívá traumatickou událost;
- intenzivní či dlouhotrvající distres při expozici podnětům připomínajícím traumatickou událost;
- výrazné fyziologické reakce na vnější či vnitřní podněty připomínajícím traumatickou událost;

C – Perzistující vyhýbání se podnětům spojeným s traumatickou událostí, a to jak vnitřním (stresujícím pocitům, vzpomínkám a myšlenkám) tak i vnějším (lidem, místům, rozhovorům).

D – Negativní změny v kognici a náladě s počátkem nebo zhoršováním po traumatické události projevující se jedním nebo více příznaky:

- disociativní amnézie (neschopnost rozpomenout si na důležité detaily traumatické události);
- negativní názory o sobě samém, druhých lidech a o světě;
- převládající negativní ladění (dysforie, strach, pocity hanby);
- sociální stažení, apatie, odcizení se druhým lidem;
- neschopnost prožívat pozitivní emoce.

E – U jedince dochází ke změnám v dráždivosti a reaktivitě projevující se jedním nebo více příznaky:

- podrážděností, impulzivitou, heteroagresivními sklony vůči lidem či předmětům;
- autodestruktivním chováním;
- nadměrnou bdělostí;
- poruchami pozornosti;
- lekavostí;
- dyssomnií (potížemi s usínáním, přerušovaný a neklidný spánek).

F – Příznaky ze skupiny B, C a D trvají déle než 1 měsíc.

G – Onemocnění s sebou přináší závažnou nepohodu nebo narušení sociálních, pracovních a dalších oblastí života.

H – Výše jmenované příznaky nemohou být přisouzeny užití psychoaktivních látek (drogy, léky, alkohol) nebo vysvětleny jinou somatickou nemocí.

U subtypu PTSD s disociativními symptomy jsou splněna diagnostická kritéria a zároveň jedinec v reakci na stresor zažívá trvalé nebo opakující se stavy depersonalizace a/nebo derealizace. Depersonalizace značí pocit odtržení od vlastních duševních procesů nebo těla. Derealizace je prožitek nereálnosti okolí (okolní svět se jeví jako snový, vzdálený, neskutečný). O PTSD s opožděnou manifestací hovoříme, pokud nebyla naplněna veškerá diagnostická kritéria do 6 měsíců od události (APA, 2015).

Disociace a traumatické flashbacy jsou dvěma nejvýraznějšími příznaky PTSD. Disociace částečně plní ochrannou funkci – v průběhu traumatické události může člověk separovat určité elementy prožitku, čímž zmírňuje dopad dané situace. Disociaci lze chápat jako snahu mysli uniknout v situaci, kdy fyzický útěk není možný. Disociace se může projevit jako amnézie, anestezie, ztráta vědomí, nebo formou mimotělních prožitků, otupělosti, neschopností cítit emoce či disociační poruchou identity, kdy dojde k oddělení celé osobnosti od vědomí (Rothschild, 2015). Peter Levin (2019) objasňuje disociaci na modelu SIBAM. Vzpomínka na nějaký prožitek se skládá z pěti prvků: **Sensation** (pocit), **Image** (představa, obraz), **Behavior** (chování), **Affect** (afekt), **Meaning** (význam, smysl). U traumatických vzpomínek dochází k rozpojení jednotlivých prvků. Senzorické obrazy, tělesné pocity, emoce a automatické chování se ukládají do implicitní paměti. Explicitní paměť obsahuje fakta, sekvence a smysl událostí. Disociace se tedy může projevit v mnoha podobách, protože dochází k oddělení různých prvků prožitku. Lidé s vizuálními flashbacy mají v modelu SIBAM silné spojení mezi obrazy a afektem a disociované ostatní prvky. Je tedy pro ně prakticky nemožné cítit své tělo v přítomnosti (**Sensation**), reagovat pohybem (**Behavior**) a umístit vzpomínku do nějakého kontextu (**Meaning**).

Flashbacy jsou opětovným prožíváním části či celé traumatické události. Skládají se z disociovaných, implicitně uložených informací. Nejčastěji dochází k vizuálním a zvukovým flashbackům. Flashbacy mohou být i somatické, do nichž jsou zapojeny proprioreceptory svalových skupin. Při vnímání obdobného tahu či tlaku, který byl přítomen u určité svalové skupiny během traumatické události, dojde ke spuštění nepříjemných prožitků. Flashbacy se projevují hyperaktivací vegetativního nervového systému (Rothschild, 2015).

### **2.3 Neurobiologické faktory PTSD**

Neuroanatomické studie ukazují u lidí s PTSD změny v amygdale a hippocampu. Při expozici vykazuje amygdala zvýšenou aktivitu, což působí na útlum prefrontálního kortexu, především předního cingula a orbitofrontálních oblastí, a útlum Brockova motorického centra řeči. Prefrontální kůra a amygdala jsou dvě hlavní centra podílející se na regulaci úzkosti a utrpení. Hlavní neurotransmitery řídící centra jsou serotonin, noradrenalin, glutamát, kyselina gama-aminomáselná a hormony hypotalamo-hypofyzární osy. Vysoká aktivita amygdaly způsobuje přehnaný strach při expozici stresovému podnětu, poruchy pozornosti, dysregulaci emocí, sníženou schopnost porozumět kontextu událostí. Útlum Brockova centra řeči vede k omezené schopnosti verbalizovat prožitky. (Hašto & Vojtová,

2012; Stahl & Grady, 2019). Williamson a kolegové (2013) zkoumali, zda fyzická trauma mozku, která vedou ke změnám v cytoarchitektuře bílé hmoty prefrontálních oblastí, mohou zapříčinit vznik PTSD. Nebyla prokázána jasná příčinnost mezi traumatickými zraněními mozku a vznikem PTSD. Mikrotraumata prefrontálních oblastí jsou jedním z několika faktorů podmiňujících vznik PTSD.

Zobrazovací vyšetření ukazují zmenšení objemu hippocampu. Menší objem hippocampu může být jedním z genetických rizikových faktorů pro rozvoj PTSD, protože byl nalezen jak u lidí vulnerabilních ke stresu, tak u lidí s rozvinutou posttraumatickou stresovou poruchou. Změny v hippocampu souvisí se vtíravými vzpomínkami, zasahují do porozumění kontextu událostí, způsobují sníženou schopnost vyhasínání paměťové stopy na nepříjemnou událost (Stahl & Grady, 2019).

Další biologické nálezy ukazují zvýšenou aktivitu a reaktivitu vegetativního nervového systému s dominantní funkcí sympatiku. U pacientů byla pozorována dlouhodobě zvýšená hladina cirkulujícího adrenalinu a noradrenalinu. To se projevuje např. hypertenzí, tachykardií, narušenou architekturou spánku, zvýšenou dráždivostí, nabuzením. Vegetativní hyperreaktivita je prediktorem úmrtnosti na kardiovaskulární nemoci. Stimulanty, podávané vojákům ve válce ke zlepšení pozornosti a k vyššímu výkonu, zvyšují adrenergní regulaci, což pravděpodobně přispívá k rozvoji PTSD (Williamson et al., 2013). U hypothalamo-hypofyzární osy dochází ke snižování produkce CRF (= kortiko-releasing faktoru), čímž se snižuje hladina kortikosteroidů. Je to tělesná obrana proti toxickým hladinám kortizolu, který je uvolňován z nadledvin při expozici stresoru či vzpomínkám na trauma. Tento poznatek je využíván v časně terapii traumatu proti rozvoji PTSD, jak si ukážeme v následující kapitole. Fyzická bolest, vzniklá při traumatické události, má přímou souvislost se symptomy PTSD. Bolest může spouštět nepříjemné vzpomínky na trauma, které zase vedou k nabuzení, znovuprožívání a vyhýbání se. Nabuzení je příčinou zvýšeného svalového napětí, které zpětnově působí propuknutí bolesti (Stahl & Grady, 2019).

## **2.4 Prevalence a průběh PTSD**

Roční prevalence PTSD v evropské populaci se udává mezi 0,92 až 1,3%. PTSD může vzniknout v kterémkoliv věku, více se objevuje v mladším věku, kdy je člověk vystaven častěji traumatickým událostem. Poměr mužů k ženám je 1:2 (Wittchen & Jacobi, 2005). Praško (2011) uvádí roční prevalenci PTSD v populaci o něco vyšší: 1 – 2,6%, dalších 15 % lidí v populaci zažije subklinickou formu. U rizikových skupin (veteráni, týrané a sexuálně zneužívané děti, oběti kriminálních činů) dosahuje prevalence vzniku PTSD až 58 %

(McFarlane, 1988, in Praško et al., 2011). Kesslerův rozsáhlý výzkum (1995) na 5877 participantech ve věku 15 až 54 let ukazuje celoživotní prevalenci PTSD 7,8 %. Traumata nejvíce podmiňující vznik PTSD jsou boje a svědectví útoků u mužů a sexuální agrese u žen. Holubová (2016), zkoumala prevalenci PTSD u profesionálních hasičů, kteří procházejí speciálním výcvikem ke zvládnání stresových událostí. U českých hasičů byla relativní četnost zvýšeného rizika PTSD dle celkové míry posttraumatického stresu statisticky významně nižší (1,8%) oproti jejich evropským kolegům (8,1% ). Santiago a kolegové (2013) provedli systematickou review studií z let 1998 – 2010. Zkoumali prevalenci PTSD v závislosti na čase a činiteli traumatu. U úmyslných traumat (terorismus, útok, účast ve válce jako voják nebo civilista) docházelo v čase k nárůstu prevalence PTSD – z 12% v prvním měsíci po traumatu na 23% v prvním roce po traumatu. U neúmyslných traumatických událostí (přírodní katastrofy, vážné zranění vyžadující ošetření v nemocnici, vážný zdravotní stav) došlo k postupnému poklesu prevalence PTSD – z 30% v prvním měsíci po traumatu na 14% v prvním roce po traumatu.

Průběh posttraumatické stresové poruchy je proměnlivý. Přibližně 30% lidí se časem plně zotaví, u 40% přetrvávají mírné příznaky, u 20% středně těžké příznaky a 10% pacientů nezažívá žádné zlepšení v čase. U některých lidí může časem docházet dokonce k prohloubení poruchy (Praško et al., 2011).

## 2.5 Rizikové faktory vzniku PTSD

Velmi významnou úlohu při vzniku PTSD hraje subjektivní pocit selhání kontroly nad situací, předpoklad negativního dopadu na vlastní zdraví a budoucnost, intenzita a délka trvání traumatu, fyzické poranění během traumatu a smrt blízkého člověka. Mezi další rizikové faktory patří nedostatečná sociální opora, ženské pohlaví, fyzické postižení nebo somatické onemocnění v době před traumatickou událostí (Hašto & Vojtová, 2012). Další autoři uvádějí ještě nadměrnou kritiku ve výchově, předčasnou separaci, fyzické týrání a sexuální zneužívání, astenické osobnostní rysy a některý z typů úzkostné poruchy v anamnéze (Hosák et al., 2019; Praško et al., 2011; Havlíková, 2017). V Diagnostickém a statistickém manuálu duševních poruch jsou rizikové faktory členěny na: 1.) **pretraumatické** – mladší věk, ženské pohlaví, předchozí duševní poruchy, nižší socioekonomický status, nižší vzdělání, vystavení předchozím traumatům především ve výchově, status etnika, pozitivní rodinná anamnéza; 2.) **peritraumatické** – závažnost traumatu, násilí, zranění, vnímané ohrožení života, disociace; 3.) **posttraumatické** –



rozvinutí akutní stresové poruchy, nevhodné copingové strategie, následující finanční nebo existenční krize (APA, 2015).

Genderovými rozdíly figurujícími při vzniku PTSD se ve své studii zabývala Foa a Tolin (2006). Výsledky studie ukazují vyšší četnost a vážnost PTSD u žen než u mužů. Nejvyšší signifikantní rozdíly mezi ženami a muži byly patrné u nesexuálních útoků. Naopak u traumat typu válka, terorismus, zanedbávání v dětském věku, nepohlavní zneužívání v dětství, nebyly prokázány signifikantní rozdíly mezi muži a ženami v prevalenci PTSD. Ditlevsen a Elklit (2012) zkoumali genderové rozdíly v závislosti na typu traumatu. Do jejich výzkumu bylo zapojeno 5 220 participantů. Byla vytvořena kategorizace traumat na 5 typů: expozice katastrofě nebo nehodě, ztráta blízkého příbuzného či přítele, zkušenost s maligním či vážným chronickým onemocněním, zkušenost s nemaligním onemocněním, expozice násilí u druhých či u sebe. Výsledky ukázaly, že z výzkumného vzorku trpělo PTSD 1075 respondentů (tedy zhruba 20% lidí exponovaných traumatu), ženy vykazovaly dvakrát vyšší četnost PTSD než muži. Katastrofy a nehody jsou traumata s nejvyšší prevalencí vzniku PTSD (25%), ztráta blízkého a expozice násilí vedlo k PTSD v 19% případů. Nejnižší prevalenci vzniku PTSD vykazovaly osoby s chronickým a maligním onemocněním (7,5%). Největší genderové rozdíly v prevalenci PTSD mezi muži a ženami byly zaznamenány u katastrof a dopravních nehod, kdy u mužů vznikla posttraumatická stresová porucha v 14% případů a u žen v 33% případů. U nemaligních onemocnění a v případech ztráty blízké osoby byly zaznamenány velmi malé statistické rozdíly mezi muži a ženami v prevalenci PTSD. U maligních onemocnění a vážných chronických stavů nebyly zaznamenány žádné statisticky významné genderové rozdíly v prevalenci PTSD.

## **2.6 Diferenciální diagnostika, komorbidní poruchy a suicidalita u lidí s PTSD**

Pro diagnostiku posttraumatické stresové poruchy musí být naplněna diagnostická kritéria dle MKN-10 či DSM-V (viz výše). Po prožití traumatické události však může vzniknout řada jiných psychických poruch. Při stanovování diagnózy bychom měli vyloučit organickou příčinu jako je epilepsie, úrazy hlavy, abúzus alkoholu a jiných návykových látek. Akutní intoxikace a abstinční příznaky mívají podobné příznaky jako PTSD. Po traumatické události může vzniknout specifická fobie. Duševní poruchy, které mají podobné symptomy jako PTSD, jsou obsedantně-kompulzivní porucha, generalizovaná úzkostná

porucha, panická porucha, depresivní porucha, disociativní poruchy. Mezi specifické poruchy osobnosti, které svým obrazem PTSD imitují, patří hraniční porucha osobnosti a histriónská porucha osobnosti. Prožitek traumatu může potencovat preexistující psychickou poruchu (Uhrová & Roth, 2020).

Přítomnost komorbidních psychických poruch u lidí s PTSD je vysoká. Jedinci s PTSD mají o 80% vyšší pravděpodobnost vzniku některé další duševní poruchy oproti zdravým lidem (APA, 2015). Nejčastěji se jedná o depresivní poruchu, generalizovanou úzkostnou poruchu, specifické fobie, panickou poruchu, OCD, antisociální poruchu osobnosti a závislost na návykových látkách. Lékaři vytvářejí u pacientů závislost na benzodiazepinech, což snižuje schopnost zotavení a zhoršuje sociální adaptaci (Praško a kol., 2011).

Suicidální myšlenky u lidí s PTSD se objevují v důsledku prožívaných pocitů viny. Člověk se cítí zahanben, pošpiněn (po sexuálním násilí), prožívá výčitky svědomí, že nepomohl nebo pomohl nedostatečně, cítí se slabý, neschopný, pro společnost nepotřebný. Často se objevují otázky po smyslu traumatické události a smyslu dalšího života. Suicidální ideace bývají spojeny s představou klidu, úniku, vyrovnání se s pocity viny. Posttraumatická stresová porucha mívá devastující dopad na vztahy. I dobře fungující partnerský vztah může po traumatické události dospět k rozpadu. To vše přispívá k suicidálním tendencím. Suicidalitu u lidí s PTSD dále zvyšují přidružené komorbidní poruchy, a to především depresivní porucha a sekundární abúzus návykových látek (Látalová, Kamarádová & Praško, 2015). Nadužívání návykových látek vede ke snížení kontroly nad impulzy a člověk transformuje suicidální ideace v autoagresivní chování. Kromě jasně zřetelných rizikových faktorů suicidálních tendencí, jako je agitovanost, masivní úzkost, těžká depresivní epizoda, figurují i další faktory, které bývají obtížněji detekovatelné – ztráta zaměstnání, finanční potíže, zranění, invalidizace traumatem, životní změna (Stahl & Grady, 2019).

## **2.7 Diagnostické nástroje pro určení PTSD**

Základem diagnostiky PTSD je rozhovor. Během něj zjišťujeme jak premorbidní fungování klienta, tak co nejvíce informací o prožité traumatické zkušenosti. V minulosti užívané nestrukturované rozhovory se ukázaly jako nevhodné, z důvodu značné emoční zátěže pro klienta. Využívané jsou tedy zejména strukturované rozhovory a dotazníky. Výhodou strukturovaných rozhovorů je jejich opakovatelnost administrace v čase a relativní

neutralita otázek. Strukturované rozhovory jsou vhodné především u těžce traumatizovaných osob. Příkladem je *Jackson Structured Interview for PTSD*, který vychází z diagnostických kritérií dle DSM-III. Interview se soustředí na analýzu aktuálních obtíží klienta s ohledem na následné vypracování léčebného plánu. Rozhovor trvá 3 až 4 hodiny, bývá rozdělen do dvou sezení. Původně byl vyvinut pro posouzení válečných traumat (Vizinová & Preiss, 1999). V zahraničí je dále využíván *Posttraumatic Symptom Scale Interview Version for DSM-V (PSS-I-5)*, mající 24 položek, administrace rozhovoru trvá 15-25 minut. Jedná se o polostrukturované interview, které je zaměřeno na závažnost a četnost symptomů PTSD dle definovaných diagnostických kritérií v DSM-V (Foa, 2016). Dále je využíváno strukturované interview *Clinician Administered PTSD Scale (CAPS-5)* a *Clinician Administered PTSD Scale for DSM-5 – Child and Adolescent Version (CAPS-CA-5)*, vytvořené bostonským Národním centrem pro PTSD. Rozhovory obsahují 30 položek, jsou administrovány 45 – 60 minut, mohou být využívány jak terapeuti, tak vědci při výzkumech o PTSD. V rozhovorech jsou kladeny otázky na délku trvání příznaků, subjektivně prožívaný distress, dopad na sociální a pracovní fungování, závažnost PTSD příznaků a specifické otázky na disociativním subtyp PTSD (příznaky derealizace a depersonalizace). Verze pro děti a dospívající může být administrována od dovršených 7 let (National Center for PTSD, 2020). Může být využito i *Structured Clinical Interview for DSM-IV, Axis I: Disorders*, což je interview zaměřené na různé psychiatrické poruchy včetně PTSD, kde jsou jasně uvedena vylučovací kritéria, která napomáhají k diferenciální diagnostice – rozlišení PTSD od jiné neurotické, stresové či somatoformní poruchy (Hašto & Vojtová, 2012).

Dotazníkovou metodu je zapotřebí vybrat podle traumatické zkušenosti, kterou klient prožil. Dotazníky jsou totiž zaměřeny na konkrétní traumatické události, např. dotazníky pro oběti válečných konfliktů, sexuálního zneužívání, přírodních katastrof. Řada zahraničních dotazníků zatím není v České republice standardizována (Vizinová & Preiss, 1999). Uplatňovány jsou především sebesposuzovací škály, které jsou zaměřené na hlavní příznaky dle kritérií DSM. Jednou z užívaných i v České republice je standardizovaná škála *Impact of Event Scale – Revised (IES-R)*, revidovaná škála vlivu událostí. Škála obsahuje 22 položek dotazujících se na prožívání v posledních 7 dnech v souvislosti s traumatickou událostí. Položky jsou rozděleny do 3 subškál popisujících příznaky vyhýbání, zvýšenou dráždivost a znovuprožívání. Bodové skóre je 0-88 bodů, za hranici značící přítomnost PTSD je považováno více jak 35 bodů (Hašto & Vojtová, 2012). Transkulturním dotazníkem je *The Harvard Trauma Questionnaire (HTQ)* k hodnocení traumat a mučení ve vztahu

k masovému násilí, jehož součástí jsou i otevřené otázky k popisu nejtraumatičtějšího zážitku (Preiss & Vizinová, 1999). Mezi další užívané zahraniční dotazníky patří např. *Posttraumatic Stress Diagnostic Scale*, *PTSD Checklist*, *Screen for Posttraumatic Stress Symptoms*, *Davidson Trauma Scale*, *Self-Rating Inventory for PTSD* (Norris & Hamblen, 2004), pro dětskou populaci může být užíváno *Childhood Trauma Questionnaire*, *Child PTSD Symptom Scale*, *Childhood Attachment and Relational Trauma Screen* (International Society for Traumatic Stress Studies, 2021).

Dotazník *Trauma Screeing Questionnaire* (Brewin, 2005) je možné užít k časné intervenci. Doporučuje se administrovat s odstupem 3 až 4 týdnů po traumatické události. Jedná se o screeningovou metodu sestávající z 10 položek, na které se odpovídá souhlasně, pokud se daný jev objevil více jak dvakrát za poslední týden. Položky dotazníku mapují: zneklidňující myšlenky a vzpomínky na traumatickou událost; nepříjemné sny o dané události; pocity, že se událost opět opakuje; zvýšenou nervozitu; tělesné reakce (jako nauzeu, pocení, vertigo, zrychlený dech) při vybavení si události; problematické usínání, neklidný spánek; podrážděnost, výbuchy hněvu; problémy s koncentrací pozornosti; zvýšenou ostražitost vůči možnému nebezpečí; vyděšené reakce na nečekané podněty. Při souhlasné odpovědi na šest a více položek je člověku doporučeno podrobnější vyšetření a specializovaná léčba.

Zobrazovací metody se k diagnostice běžně neužívají. Zatím jsou využívány především ve výzkumu poruchy. Řadí se sem funkční magnetická rezonance (fMRI) a pozitronová emisní tomografie (PET). Tyto metody umožňují zachycení aktivity jednotlivých oblastí mozku po expozici podnětu znovu oživujícího traumatickou zkušenost (Praško et al., 2011; Williamson et al., 2013; Hašto & Vojtová, 2012). Magnetická rezonance (MR) a počítačová tomografie (CT) mohou být užity při diferenciální diagnostice, k vyloučení organického původu obtíží.

### 3. Terapie traumatu

V této kapitole se seznámíme s vybranými psychoterapeutickými technikami a farmakologickými postupy při léčbě traumatu, s bližším zaměřením na posttraumatickou stresovou poruchu.

Léčba traumatu má z časového hlediska dvě fáze. První fází je raná intervence, která je prevencí vzniku posttraumatické stresové poruchy. Druhá fáze léčby se odvíjí od intenzity přetrvávajících obtíží (Hosák et al., 2019). K rané intervenci býval v minulosti užíván Mitchellův *Critical Incident Stress Debriefing* (CISD). Jednalo se o jednorázové setkání s vyškoleným odborníkem, jenž v sedmi krocích dopomáhal oběti traumatu sdílet traumatickou zkušenost, její pocity, myšlenky a chování. Tato metoda však paradoxně vedla k inhibici zotavení a nebyla empiricky prokázána její účinnosti. U části obětí docházelo ventilací traumatické zkušenosti k dalšímu rozrušení, což narušovalo adaptaci. Postupně se od této metody upouští (McNally, Bryant & Ehlers, 2003). Hobfoll a kolegové (2007) vytvořili pět klíčových cílů časné intervence po traumatické události:

- Obnovit pocit bezpečí (ve smyslu zajistit fyzické i emoční pohodlí).
- Zklidnit traumatizované člověka, redukovat jeho prožívanou úzkost a agitovanost.
- Nastolit pocit vlastní kompetence, schopnosti zvládnout danou situaci.
- Zprostředkovat kontakty na zařízení a organizace zajišťující pomoc.
- Podporovat naději.

Obnovení pocitu bezpečí vychází ze zjištění, že jedním z prediktorů PTSD je přetrvávající pocit ohrožení. Dalším cílem je zklidnit traumatizované člověka. Přetrvávající akutní psychické rozrušení vede později ke vzniku PTSD. Velmi důležitým cílem je nastolit pocit vlastní kompetence, který interferuje s pocity bezmoci, jež jsou typické pro PTSD (Hobfoll et al., 2007). Psychologická první pomoc tedy nepodporuje ventilaci traumatických zkušeností, ale zaměřuje se na adaptivní zvládnání a řešení problému, redukcí stresu a napojení člověka na zdroje opory. Hovořit o události je možné, pokud si to traumatizovaný člověk přeje. Psychologická první pomoc by měla vést ke schopnosti vyrovnat se s traumatem a minimalizovat možnost vzniku PTSD (McNally et al., 2003).

#### 3.1 Léčba PTSD

Léčba posttraumatické stresové poruchy se skládá z psychoterapie a farmakoterapie. Délka léčby je individuální, může se pohybovat od několika měsíců až po řadu let.

Psychoterapie má v léčbě dominantní postavení. Během psychoterapie se klient seznamuje se základními poznatky o traumatu a jeho dopadu, učí se užívat relaxaci, rozvíjet schopnost kontroly nad vlastním prožíváním, je veden ke změně svých reakcí na příznaky PTSD (Kryl, 2002). Psychoterapie rovněž pomáhá zpracovávat negativní emoce – pocity viny, studu, zahanbení – a integrovat je do současného života. Farmakoterapie napomáhá zmírňovat příznaky úzkosti a nabuzení. Avšak farmakologicky těžko ovlivnitelné jsou dotírající vzpomínky, flashbacky, nesoustředěnost, emoční odpoutanost. Velmi omezený vliv mají léky na vyhybavé chování (Praško et al., 2003). Léčbu psychofarmaky lze tedy vnímat spíše jako podpůrnou, usnadňující psychoterapeutický proces (Kryl, 2002).

### 3.1.1 Fáze terapie traumatu

Traumaterapie probíhá ve třech fázích (Reddemann, 2009):

1. fáze stabilizace;
2. fáze konfrontace s traumatem;
3. fáze integrace.

**Fáze stabilizace** je považována za nejdůležitější. V jejím průběhu dochází k budování terapeutického vztahu, je stanoven cíl terapie, klient je edukován o traumatu a jeho působení, což mu napomáhá porozumět aktuálnímu fyzickému i psychickému stavu. Během stabilizační fáze se pracuje na neutralizaci děsivých obrazů, jsou posilovány vnitřní zdroje, traumatizovaný člověk se učí zacházet s vlastními emocemi. Ve fázi stabilizace jsou užívané imaginativní techniky, relaxační techniky, stabilizační techniky, techniky mindfulness.

**Fáze konfrontace** s traumatem může probíhat až poté, co je u traumatizovaného přítomen dostatečný pocit bezpečí ve vztahu k sobě i k terapeutovi. Během této fáze klient rekonstruuje a propracovává traumatickou událost, dochází tak k emočnímu přepracování situace a postupně se snižuje její emoční náboj. Člověk se dále učí diferencovat traumatickou událost od podobných situací, aktivit, nebo míst. Traumatická událost se na konci fáze stává ojedinělou událostí v minulém čase a prostoru. Člověk začíná vnímat okolní svět jako vcelku bezpečný. V této fázi se užívají techniky expozice. Náročnost expozice musí být volena s ohledem na možnosti jedince.

**Fáze integrace** bývá spojena s truchlením, odžíváním pocitů bolesti, hněvu, smutku, viny a pokání. Člověk si klade otázky po smyslu. Přijímá traumatickou událost jako součást své minulosti. V této fázi dochází k posttraumatickému růstu (Reddemann, 2009).

Nyní si představíme některé psychoterapeutické přístupy, které se traumaterapií zabývají.

### 3.1.2 Kognitivně-behaviorální terapie (KBT)

Kognitivně-behaviorální terapie se zaměřuje na modifikaci myšlení a neadaptivních vzorců chování klienta. Postupy kognitivně-behaviorální terapie jsou rozděleny do pěti kroků (Praško et al., 2011):

1. **Orientace a emoční podpora** – terapeut napomáhá klientovi najít vztah mezi traumatem a aktuálními potížemi. Toto propojení zlepšuje klientovu orientaci ve stresových příznacích a může vést k redukci polymorfních potíží na několik základních příznaků, což posiluje jeho naději na změnu a zotavení. Emoční podporu terapeut vyjadřuje empatií. Klienti zpočátku prožívají pocity viny a zahanbení. V příběhu se objevují slepá místa jednak způsobena odštěpenými vzpomínkami, jednak klientovou počáteční potřebou podat akceptovatelnou verzi příběhu. Díky empatii a přijetí klient může rozkrývat i ty části příběhu, za něž se hluboce stydí.
2. **Edukace o PTSD a její léčbě** – klienti rozpoznávají souvislosti za pomoci KBT modelu. Terapeut edukuje klienta, jakým způsobem bude působit léčba.
3. **Expozice** – klient je opakovaně a dlouhodobě vystavován spouštěčům. Expozice probíhá buď jako rozpomínání se na traumatickou událost s postupným upřesňováním podrobností, nebo jako postupné vystavování se spouštěčům v bezpečných podmínkách. Expozice může být přímá během terapeutického rozhovoru, nebo nepřímá v imaginaci, prostřednictvím filmu s podobným tématem, pomocí zvuků, pohybů, doteků, pomocí písemného projevu, nebo expozice místům a situacím, kterým se traumatizovaný člověk vyhýbá. Terapeut je povinen proces facilitovat.
4. **Kognitivní restrukturalizace** – terapeut s klientem pracuje na přepracování automatických myšlenek. Klient je veden k uvědomování si vztahu mezi negativními myšlenkami, emocemi a představami, následně zkoumá pravdivost negativních myšlenek, hledá racionální vysvětlení, na závěr je schopen negativní myšlenky nahradit novými konstruktivními. Kognitivní restrukturalizace vyžaduje pravidelné cvičení a dostatek opakování, aby se vytvořil nový návyk.
5. **Řešení problémů** – zaměřujeme se na řešení problémů v klientově rodinném životě, práci, sociálním prostředí, aby nedocházelo k udržování příznaků PTSD.

Součástí terapie by měla být destigmatizace, kterou provádí terapeut nejen s klientem, ale i s rodinnými příslušníky (Praško et al., 2011).

### 3.1.3 Podpůrná psychoterapie

Podpůrná psychoterapie je přístup zaměřený na posílení oslabených prvků psychiky. Jejím cílem je vnitřní stabilizace, zklidnění klienta, symptomatické zlepšení stavu. Toto se děje za pomoci ventilace emočního napětí (Vizinová & Preiss, 1999). Účinným faktorem podpůrné psychoterapie je chování terapeuta ke klientovi. Důležité je především empatické naslouchání, uznání starostí a obav, autenticita, lidsky vřelý projev, schopnost vyjádřit porozumění, pozitivní zpětná vazba k tomu, co klient udělal adaptivně. Úkolem terapeuta je být klientovi oporou a průvodcem na jeho cestě (Praško et al., 2011).

Základní principy podpůrné psychoterapie při práci s traumatem jsou následující (Vizinová & Preiss, 1999):

- **princip kontaktu** – vytvoření terapeutického vztahu pomocí projevované pozornosti, zájmu a respektu;
- **princip vyjasnění** – porozumění traumatickým prožitkům a jejich vlivu na současné obtíže;
- **princip rady** – poskytnutí rady ohledně aktuálních problémů;
- **princip korekce** – přerámování významu traumatické události, s důrazem na pozitivní vnímání sebe i okolí;
- **princip strukturace** – upevnění životní struktury, plánování nejbližší budoucnosti.

### 3.1.4 Narativní expoziční terapie (NET)

Narativní expoziční terapie je terapeutický přístup, který byl vyvinutý k léčbě komplexní posttraumatické stresové poruchy. Ve svých začátcích byl využíván především k terapii obětí organizovaného násilí (oběti holokaustu, mučení, uprchlíci) nebo rodinného traumatu. Pro tato traumata je typické mnohočetné opakování či dlouhodobé přetrvávání stresoru. Během narativní expoziční terapie člověk opakovaně vypráví do detailu o každém traumatickém zážitku a znovuprožívá emoční, kognitivní, fyziologické, behaviorální prvky a smysl tohoto zážitku, což mu pomáhá v reintegraci fragmentovaných prvků. Metoda vychází z předpokladu, že verbalizace afektů a pojmenování emocí snižuje aktivitu limbického systému, čímž se snižuje afektivní pohotovost. Terapeut facilite vyprávění a napomáhá verbalizovat, vyjasňovat a integrovat emoční reakce. Tento proces vede k habituaci a časem se snižuje reakce strachu. Narativní expoziční terapie využívá vizualizace traumatických událostí, které mají stimulovat proces učení, že tyto obrazy jsou už jen vzpomínkami a ne přítomnými hrozbami. Toto pomáhá ukotvovat traumatické



vzpomínky v místě a čase. V narativní terapii dochází také ke zpracovávání pozitivních životních zážitků s cílem vytvořit mentální podporu. V závěru terapie je člověk schopen vzpomínat na traumatickou událost bez aktivace silných emočních reakcí, a tím dochází k remisi PTSD (Schauer, Neuner & Elber, 2014).

### **Základní postup narativní expoziční terapie**

Narativní expoziční terapie zasahuje do tematických okruhů: životopis období před traumatickou událostí; zážitky ohrožení; hrůzostrašné události; útěk z násilných podmínek; život poté; plány, naděje a strachy do budoucna. V narativní terapii není podmínkou hierarchického uspořádání zážitků, vyprávění o životě se děje chronologicky. Terapeutická sezení trvají 90 až 120 minut, podle typu traumatické události. Obvykle celá terapie obsahuje deset sezení. První setkání slouží ke zhodnocení duševního stavu klienta a psychoedukaci, při níž terapeut osvětlí povahu poruchy a symptomů. Při dalším setkání dojde ke stručnému náčrtu životopisu. Terapeut přistupuje empaticky a akceptujícím způsobem. Klient má za úkol popsat traumatickou událost co nejpodrobněji, zároveň je veden k vyjádření emocí a vjemů, které během vyprávění prožívá. Terapeut si zapisuje zkrácenou verzi klientova vyprávění. Při následujícím setkání terapeut svůj zápis přečte a požádá klienta o opravu a doplnění. Postupně se do narace přidávají další traumatické zážitky. Postup se opakuje až do chvíle, dokud není vytvořena konečná verze klientova kompletního životopisu. Při posledním setkání terapeut klientovi opět nahlas přečte jeho životní příběh, následně oba dokument podepíší. Jedna kopie dokumentu se archivuje, druhou dostává klient. Tento poslední krok býval využíván v minulosti jako očitě svědectví porušování lidských práv, nebo může být využíván pro potřeby obžaloby (např. u obětí sexuálního násilí) (Schauer et al., 2014).

### **3.1.5 Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR)**

EMDR, neboli v českém překladu desenzibilizace a přepracování pomocí očních pohybů, je moderní psychoterapeutická metoda určena k léčbě nezpracovaných či traumatických zážitků. Metodu objevila v roce 1987 americká psycholožka Francine Shapiro při procházce parkem, při níž si uvědomila, že rytmické pohyby očí ze strany na stranu zmírňují nepříjemný tlak myšlenek. Svůj poznatek dále ověřila na populaci traumatizovaných lidí, kdy došlo ke zmírnění příznaků taktéž při bilaterální stimulaci akustickými nebo sensorickými podněty. Metoda EMDR umožňuje uspořádat fragmentované traumatické vzpomínky, přepracovat je a kognitivně přehodnotit narušený sebeobraz. K léčbě pomocí

EMDR jsou indikováni všichni lidé mající PTSD či jiné poruchy způsobené traumatem. Léčba je využitelná i při komorbidních poruchách jako je depresivní porucha, úzkostná porucha a somatizační porucha (Hofmann, 2007). Terapeut klientovi napomáhá v rámci strukturovaného postupu si co nejživěji vybavit všechny aspekty traumatické vzpomínky (senzorické, kognitivní, afektivní, somatické). Jakmile je vzpomínka plně ve vědomí klienta a klient začne pociťovat neklid a distres, terapeut zahájí bilaterální stimulaci. Ta se provádí pohybem prstů ve výšce klientových očí, frekvence stimulace je 1Hz, jeden set obsahuje 25 až 60 párových pohybů. Klientovi oči dělají rychlé až sakadické pohyby zprava doleva. Úlohou klienta je nechat volně plynout asociace a být jejich nestranným pozorovatelem. Terapeut do procesu zasahuje pouze minimálně. V průběhu zpracování vzpomínky jen krátce přerušuje bilaterální stimulaci a dotazuje se na změny. Tento proces se opakuje až do vymizení emočního náboje vzpomínky. Následně je klient veden ke spojení původní vzpomínky s novým kognitivním hodnocením, při tom jsou testovány tělní reakce pomocí škály subjektivní míry zátěže (*Subjective Units of Disturbance Scale - SUDS*). Tělové testování vychází z předpokladu, že traumatické vzpomínky jsou nejhloběji uchovávány na úrovni tělesných pocitů (Hašto & Vojtová, 2012).

Hlavní částí EMDR, při níž dochází ke spontánnímu zpracování traumatického obsahu, je tzv. procesování. Dosud bylo popsáno 6 forem procesování, z nichž 3 formy jsou výhodné (asociativní, imaginativní, mírné procesování), 2 formy jsou problematické (zaplavení, zacyklení) a 1 forma může být výhodná nebo problematická podle intenzity a terapeutické situace. Formy se navzájem mohou prolínat jedna do druhé, avšak v praxi se ukazuje, že člověk má tendenci zpracovávat trauma právě jedním typem procesování.

**Asociativní procesování** – klient volně asociuje v rámci traumatické vzpomínky, což probíhá ve formě „sledování filmového příběhu“. Vytváří se tzv. afektivní mosty, kdy klient nejprve zpracovává afektivní část traumatického obsahu. Intenzivní afekty bývají emočně náročné, avšak klient není vystaven riziku ztráty kontroly nad situací. V závěru sezení, po odeznění emoční zátěže, klient spontánně popisuje objevující se myšlenky, nebo části vzpomínek a vět, které se vztahují k sebehodnocení. Pomocí tohoto procesu je možné dosáhnout kognitivní změny.

**Imaginativní procesování** – klient zpracovává svou vzpomínku v symbolicko-metaforické formě. Jedná se o práci s „vnitřním dítětem“, při níž klient prožívá svou kreativitu a pocit síly. Někteří klienti při tomto procesování dokončí dění z traumatického okamžiku, pokud u nich během události došlo ke strnutí.

**Mírné procesování** – traumatická událost bledne s každým setem bilaterální stimulace, což je měřitelné na tělovém testu. Tento proces se může dít i u klientů s těžkými traumatickými zážitky.

**Abreakce** – klient se dostává do kontaktu s afektem, který byl během traumatické události disociovaný. Objevuje se více afektivních mostů, které se projevují vybavováním nevědomých vzpomínek nebo jejich částí. U klienta může dojít ke ztrátě kontaktu s realitou formou flashbacku nebo disociací.

**Zaplavení** – klient ztrácí kontakt s realitou a je zaplaven traumatickými vzpomínkami, emocemi a senzorickými vjemy. Znovuprožívá traumatickou událost. Jedná se o retraumatizaci. Terapeut v tomto případě by měl ukončit kontakt s traumatickými vzpomínkami návratem klienta do reality za pomoci stabilizačních technik.

**Zacyklení** – u klienta v tomto případě nedochází k procesování vzpomínky, ale cyklí se v traumatické síti fragmentovaných emocí, obrazů, kognicí. Objevuje se to u lidí, kteří prošli velmi těžkým kumulativním traumatem. V tomto případě je vhodné buď změnit stimulaci (na auditivní nebo taktilní) nebo technikou vplétání klientovi nabídnout zapojení imaginativního obsahu do jeho příběhu (Hofmann, 2007).

Účinnost EMDR byla prokázána řadou studií (např. Van Etten & Tylor, 1998; Schäfer et al., 2017; Edmond, Rubin & Wambach, 1999; Ironson, Freund, Strauss & Williams, 2002). Její efektivita je srovnatelná s kognitivně-behaviorální terapií, avšak k odeznění příznaků dochází za kratší časový úsek (např. de Roos et al., 2011; Capezzani et al., 2013). K zásadním důkazům o efektivitě metody EMDR patří práce Raucha, van der Kolka a kolegů (1996), kteří provedli sérii studií pomocí pozitronové emisní tomografie (PET). Zjistili, že při expozici traumatizující vzpomínce, došlo k aktivaci oblastí v pravé hemisféře mozku. Aktivita oblastí byla prokázána zvýšenou spotřebou glukózy. Zároveň došlo k významnému poklesu aktivity v levé hemisféře v oblasti Brockova centra řeči. Tato oblast je odpovědná za převod traumatických zkušeností do jazyka. Nález objasňuje, proč pacienti s PTSD mají omezenou schopnost verbalizace traumatu. Psychoterapie tím ztrácí svůj hlavní nástroj, využití řeči. Účinnost EMDR lze tedy odůvodnit nonverbální stimulací s využitím biologických podnětů.

### **3.1.6 Terapeutické přístupy zaměřené na práci s tělem**

V posledních několika letech se techniky zaměřené na práci s tělem dostávají do středu pozornosti. Jedná se o metody, které vycházejí z neurobiologických poznatků o fyziologii

traumatu. V těchto metodách figuruje tělové prožívání. Nezpracované, potlačené emoce jsou ukládány v podobě energetických bloků. Při práci se somatickými symptomy se klient dostává do kontaktu s potlačenými traumatickými obsahy, které se uvolňují v podobě emocí a fragmentů vzpomínek. Terapeut klienta vede k abreakci emocí a integraci kognitivních obsahů (Vizinová & Preiss, 1999). Mezi tyto metody patří bioenergetika Alexandra Lowena, biosyntéza Davida Boadella, satiterapie, Pesso-Boyden motorická psychoterapie, Levinova terapie somatického prožívání (Kryl, 2009; Hofman, 2007). Dále se v literatuře můžeme setkat s přístupy, které jsou na pomezí psychoterapie a dalších oborů a v léčbě traumatu jsou také využívány – např. tanečně-pohybová terapie, Berceho metoda uvolňování traumatu, Sutherlandova kraniosakrální biodynamická terapie a další.

Rotschildová (2015) uvádí některé techniky při práci s traumatem: 1. **práce se zdroji** – funkčními (materiální zabezpečení, ochranné dohody terapeutické práce), fyzickými (hbitost, fyzická síla), psychickými (kreativita, zvědavost, smysl pro humor, obranné mechanismy), sociálními (sociální síť kolem klienta), spirituálními. Ke spojení se zdroji napomáhá technika, kdy se terapeut dotazuje na to, co lidem pomohlo přežít jejich traumata a jejich život a kde v těle vnímají tyto zdroje.; 2. **pevný bod (pozitivní vzpomínka myslí i těla)** – tento nástroj je užíván ke zpomalení, pokud se terapie dostane do bodu, kdy hrozí hyperpodráždění autonomního nervového systému klienta nebo disociace.; 3. **technika všímavosti, uvědomování si těla** – prostřednictvím otázek se terapeut snaží klienta ukotvit v přítomném okamžiku, technika umožňuje oddělení minulých vzpomínek od současného prožívání; 4. **identifikace traumatických spouštěčů** v těle, pochopení významu traumatické události, což vede k integraci traumatu do životního příběhu člověka a k vymizení somatických příznaků.

Metoda uvolňování traumatu Davida Berceho (2017) vychází z předpokladu nedostatečného emočního odreagování v momentě traumatu a hromadění napětí ve flexorech v oblasti beder a pánve. Tyto oblasti jsou v traumatických situacích nejvíce exponovány zátěží. Jeho technika spočívá v sérii cviků, při kterých dochází k vyplavování traumatických obsahů a třesu. Během cvičení dojde k uvolnění hluboce uloženého napětí a dokončení fyzické odpovědi na trauma. Autor uvádí, že oproti jiným lokomočním technikám u jeho metody vychází pohyb z hlubokých svalů pánve, zatímco jiné techniky pracují pouze s povrchovými svaly.

Levinova (2011) terapie traumatu vychází ze znovuprožití traumatu se zapojením fyziologických reakcí. Traumatická událost vyvolává v lidech velký nárůst energie. Pokud

energie není vybita anebo mobilizována dochází k tzv. zamrznutí – znehybnění, spojeným s pocitem bezmoci a panickým strachem. Při léčení traumatu terapeut vede klienta k transformaci traumatického zážitku, tzv. znovuvyjednání. Klient je nejprve propojen se svými vnitřními zdroji zvládnání zátěže, je ukotven ve svém sociálním prostředí a veden k napojení na své somatické prožívání. Dále spolu s terapeutem prochází v imaginaci traumatický zážitek. Emoce úzkosti a prožívané bezmoci jsou transformovány v instinktivní reakce – aktivitu, agresivitu. Potvrzení vlastní síly, schopnosti orientace v dané situaci a osobní moci nad situací vedou k uzdravení.

### 3.1.7 Imaginativní techniky

Různé psychoterapeutické směry (EMDR, psychodynamická imaginativní terapie traumatu, KBT, katatymně imaginativní psychoterapie) využívají při práci s traumatem stabilizační techniky. Jedná se o speciálně volené a strukturované imaginace, které pomáhají člověku v terapii navodit pocit bezpečí, mobilizovat jeho vnitřní zdroje uzdravení a obnovit kontrolu nad vlastním prožíváním (Vojtová & Hašto, 2005). Stabilizační techniky se využívají především ve fázi přípravy na konfrontaci s traumatickým obsahem a dále pak při disociaci klienta, zaplavení bolestnými emocemi anebo na závěr při neúplném zpracování traumatu (Hofmann, 2007).

Využívané imaginativní techniky (Reddemann, 2009):

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

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

**Technika vnitřních pomocníků** – terapeut vybídne klienta k přizvání pomocníků do vnitřního prostoru. Tato technika se využívá při konfrontaci s traumatem. Vnitřní pomocníci

mohou být lidé, kteří jsou pro klienta důležití, zvířata, bájně postavy, rádci, podporovatelé. Do vnitřních pomocníků si lidé projikují vlastnosti a schopnosti umožňující jim traumatickou situaci dobře zvládnout.

**Setkávání s vnitřním dítětem nebo mladším „já“** – klient je vyzván k tomu, aby se postaral o své vnitřní dítě, nebo o tu část osobnosti, která byla přítomna před traumatem. Během techniky dochází k vnitřní duševní regresi, která se však nešíří dál do vztahů. Pokud klient není schopen pečovat o své vnitřní dítě, je vyzván k imaginaci ideálního rodiče, který s laskavostí naplní svou funkci. Práce s vnitřním dítětem je formou distancování.

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

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

V KBT terapii se používá tzv. **reskripce traumatu**, tedy přepis traumatické vzpomínky v imaginaci. Principem přepisu traumatické vzpomínky je postupné zpracovávání prožitého traumatického zážitku v imaginaci tak, že dojde ke změně jeho vnitřního významu a emočního zpracování. Děje se tak v několika krocích: 1. vytvoření terapeutické atmosféry; 2. popis traumatické události; 3. vyjádření afektů k agresorovi či osobám, které neuměly ochránit; 4. vyjádření potřeb dítěte k dospělé osobě; 5. zážitek dobrého konce – reskripce příběhu; 6. zklidnění. Imaginativní techniky v KBT jsou vědecky ověřeny jako účinné, a to díky změně afektivního náboje vzpomínky a dále pro zpracování vzpomínek a konsolidaci paměti (Kamarádová, Praško & Bareš, 2012).

Terapií traumatu se zabývají i další psychoterapeutické směry. Psychodynamická psychoterapie vychází z Freudova traumatického modelu a pracuje s abreakcí a interpretací přenosu (Vizinová & Preiss, 1999). Dále je možné využít hypnoterapie k vyvolání a odreagování traumatického zážitku, odsugerování psychosomatických příznaků a úzkosti. Ke snížení vnitřního napětí jsou doporučovány relaxační metody – progresivní svalová relaxace a autogenní trénink. Existenciální terapie a logoterapie pracuje s hledáním smyslu života v prožívaném psychickém utrpení (Kryl, 2002).

### 3.1.8 Farmakoterapie PTSD

Pro léčbu posttraumatické stresové poruchy jsou nejvíce doporučovaná SSRI antidepresiva, a to především citalopram, fluoxetin, paroxetin a sertralin (Mohr, Kopeček, Brunovský & Páleníček, 2017). Dle americké agentury FDA (*Food and Drug Agency*) jsou v léčbě PTSD schváleny paroxetin a sertralin. U ostatních preparátů nebyla jasně prokázána pozitivní účinnost a mohou být používány pouze off-label (Jeffreys, Capehart & Friedman, 2012). SSRI antidepresiva mimo jiné vedou ke zvýšené expresi genu pro růstový faktor BDNF (*brain-derived neurotrophic factor*), který je po expozici extrémnímu stresu redukován, což v důsledku vede k atrofii hippocampu. BDNF je v mozku odpovědný za neurogenezi, synaptogenezi a neuroplasticitu (Stahl & Grady, 2019). Atypická antipsychotika se v léčbě využívají k ovlivnění hypervigility a vtíravých představ. Nejvyšší účinnost byla prokázána u risperidonu a quetiapinu (Ahearn a kol., 2011). Stabilizátory nálady jsou v léčbě užívány okrajově, a to u lidí, kde dominuje impulzivita a agrese (Kryl, 2002).

V souvislosti s PTSD probíhá výzkum o zavedení látek, které nejsou řazeny mezi psychofarmaka, do praxe. Mezi ně patří MDMA, hydrokortizon, propranolol.

MDMA (3,4-methylenedioxyamfetamin) se v experimentálních studiích ukázal jako prostředek k vyhasínání podmíněných podnětů. Tento efekt je způsoben prostřednictvím útlumu aktivity amygdaly a zvýšení aktivity ventromediální oblasti prefrontální kůry. Dále je mediátorem působícím uvolnění kortizolu a noradrenalinu a nepřímo zvyšuje hladinu oxytocinu. MDMA není vhodný u lidí s komorbidní depresí, po požití MDMA může dojít k prohloubení depresivní rozlady (Havlíková, 2017). Hydrokortizon vede k inhibici emocionální paměti. Zohar (2011) výzkumně prokázal, že časně nitrožilní podání bolusu hydrokortizonu (100-140mg) lidem po traumatické události vedlo ke snížení rizika vzniku PTSD a mělo významný ochranný vliv na kardiovaskulární systém. Autor doporučuje toto využívat u vulnerabilních jedinců jako prevenci rozvoje chronické PTSD. Propranolol je antihypertenzivum ze skupiny beta-blokátorů. Má prokázané anxiolytické účinky. U lidí s PTSD se používá při expozičních terapiích ke snížení strachu na podmíněný podnět (Havlíková, 2017).

## 4. Posttraumatický růst

Trauma nemusí vždy znamenat jen bolest a fyzické či duševní utrpení, ale může mít i určitý pozitivní přínos. Vyrovnávání se s následky traumatu může vyvolat negativní, pozitivní, avšak nejčastěji smíšené prožitky. Kladná změna, která u lidí po traumatu s časovým odstupem nastává, se nazývá posttraumatický růst (Preiss, 2009). Trauma vede k bilanci dosavadních životních hodnot. Důsledkem toho je opuštění dosavadních způsobů bytí a přijetí nových hodnot, priorit, motivů (Joseph, 2017).

Počátky výzkumu v této oblasti jsou datovány do období II. světové války v souvislosti se zážitky lidí, kteří přežili holocaust. Zájem výzkumníků zesílil počátkem 90. let dvacátého století, kdy přibýlo výzkumných studií zacílených na pozitivní dopad prožitých traumatických událostí. Teroristický útok na World Trade Center v září roku 2001 byl dalším klíčovým bodem ve výzkumech týkajících se traumatu, zotavení a transformace. Zájem o posttraumatický růst koreluje s rozvojem nového paradigmatu charakterizovaného posunem zaměření pozornosti odborníků od nemoci směrem k zotavení (Joseph, 2017; Mareš, 2012). Posttraumatický růst (*posttraumatic growth*) je definován jako významná pozitivní změna, která se projeví po prožití traumatické události, při níž se člověk dostává nad svou dosavadní úroveň fungování a chápání života. Klíčovým prvkem je rozpad dosavadního světa daného člověka. Lidé mluví o životě před traumatem a po něm. Posttraumatický růst je patrný na emocionální a kognitivní úrovni, může se však projevit i v chování jedince. Růst může být přítomen i přes přetrvávající distres, který vyvolala traumatická událost (Tedeschi & Calhoun, 2004). K posttraumatickému růstu nedochází u všech lidí vystavených traumatu. Zpracování traumatické události může mít podobu: *rezignování* – člověk není schopen se znovu zapojit a účinně fungovat; *přežívání* – trauma omezilo člověka v hlavních životních aspektech, člověk dál funguje pouze v omezené míře; *návrat k původní úrovni (recovering)* – u člověka se postupně projeví odolnost, je schopen se zapojit, nabývá ztracené rovnováhy; *prospívání* – člověk trauma zpracovává jako životní výzvu, dostává se na vyšší úroveň, než na které byl před traumatickou událostí (O'Leary, 1998). Schopnost vyrovnat se s traumatickou událostí záleží na osobnostních charakteristikách jedince, jeho copingových strategiích, typu traumatu, kognitivním zpracování situace, míře sociální opory, schopnosti převzít odpovědnost za směřování vlastního zotavení, schopnosti sebeurčení (Mareš, 2012; Frankl 1985, in Joseph, 2017). Jak si dále prakticky ukážeme, posttraumatický růst nemusí probíhat kontinuálně ve všech oblastech života člověka. Např. lidé fyzicky invalidizovaní traumatem obtížně nacházejí uplatnění na trhu práce, a tedy se nedostanou na svou původní



funkční úroveň před traumatem. Zároveň ale mohou zažít spirituální změnu a osobnostní růst, které odpovídají definici posttraumatického růstu. Z hlediska časové dimenze lze posttraumatický růst chápat jako kontinuální proces, kdy různé složky vývoje se rozvíjí v odlišném čase. K posttraumatickému růstu dochází s časovou latencí minimálně jednoho roku po traumatické události. Změna, která díky růstu nastane, je trvalá, jelikož se jedná o transformaci sebepojetí, pojetí světa a vlastní identity (Mareš, 2012). Manne spolu s kolegy (2004) prováděla longitudinální výzkum posttraumatického růstu u 162 žen s rakovinou prsu. Do výzkumu zařadila i jejich partnery. Posttraumatický růst byl měřen dotazníkem PTGI (*Posttraumatic Growth Inventory*). Dotazník byl administrován ve 4. měsíci po oznámení diagnózy, dále v 9. měsíci a v 18. měsíci. Posttraumatický růst byl potvrzen jak u žen, tak u jejich partnerů. Vliv na posttraumatický růst měl věk (mladší respondentky a jejich partneři vykazovali výraznější růst), kognitivní procesy (ženy, které hledaly smysluplnost závažné diagnózy, vykazovaly výraznější růst; jejich partneři, kteří situaci pozitivně přehodnotili, vykazovali výraznější růst) a emoční zpracování (jedinci s výraznější schopností exprese emocí, dosahovali vyššího posttraumatického růstu). Bylo prokázáno, že posttraumatický růst sílí v čase.

## **4.1 Modely posttraumatického růstu**

Problematikou posttraumatického růstu se zabývalo několik autorů a je popsána řadou teorií, z různých perspektiv. Společným základem všech pojetí je rozvoj jedince po prožité traumatické události. Jednotlivé modely se odlišují v tom, jsou-li orientovány na růstový proces či na výsledek, dále v počtu oblastí změny a v různých projevech posttraumatických změn.

### **4.1.1 Model Tedeschiho a Calhouna**

Model posttraumatického růstu byl poprvé autory představen v roce 1995. Původní model obsahoval tři složky posttraumatického růstu: změnu v sebepojetí; změnu ve vztahu k ostatním; změnu v životní filozofii. Model byl postupně ověřován a doplněn do dnešní podoby pěti-složkového modelu. Posttraumatický růst je autory vnímán jako proces. Vzniká na podkladě traumatické události, která doslova otřese a/nebo zničí jedincovy dosavadní představy o světě. Tato událost může být chápána i jako výzva. Traumatická událost v člověku vyvolá potřebu kognitivního zpracování. Člověk opakovaně přemýšlí o události (tzv. myšlenkové ruminace), čímž se snaží snížit prožívané napětí. Postupně se nutkavé myšlenky na událost stávají konstruktivními, jedinec zvažuje dopad události na svůj život.

Dochází k přerámování zážitku a hledání jeho smyslu, což je pro posttraumatický růst klíčové (Tedeschi & Calhoun, 2004). Na základě faktorové analýzy autoři dospěli k těmto pěti oblastem růstu: 1. **vztahy s druhými lidmi** (větší soucit s druhými, prohloubení pocitu sounáležitosti, prožívání blízkosti, větší vyjadřování pocitů směrem k druhým lidem); 2. **nové životní možnosti** (objevení nových zájmů a příležitostí, lepší nakládání s časem, větší ochota a úsilí změnit to, co je zapotřebí změnit, změna životní cesty); 3. **osobnostní růst** (nabytí sebedůvěry, vyšší akceptace životního běhu, nabytí osobnostní síly při zvládnutí obtížných životních situací); 4. **spirituální změna** (posílení víry, nalezení smyslu života); 5. **ocenění života** (je provázáno úvahami o důležitých věcech v životě, změnou hodnotové orientace, vyjádřením vděčnosti životu) (Preiss, 2009).

#### 4.1.2 Model Janoff-Bulmanové – Teorie rozbitých předpokladů

Model Američanky Janoff-Bulmanové popisuje změnu v základních životních předpokladech. Lidé v západním světě žijí se třemi zakořeněnými přesvědčeními. První přesvědčení je, že okolní svět je shovívavý. Lidé mají tendenci podceňovat míru své zranitelnosti vůči neštěstí, nehodám a nemocem. Druhé přesvědčení je, že svět je smysluplný, kontrolovatelný, předvídatelný a spravedlivý. Přesvědčení se týká životních zásluh. Třetí přesvědčení popisuje tendenci pozitivního sebehodnocení. Tato přesvědčení utvářejí životní předpoklady. Člověku se po traumatu rozpadá jeho dosavadní pohled na svět, přichází o pocit, že svět je předvídatelný a kontrolovatelný. Hledá smysl prožité traumatické události, snaží se pochopit význam prožitku. Předpoklady určují emoční dopad traumatu. K posttraumatickému růstu dochází, pokud jedinec akomoduje své dosavadní fungování, zvolí vhodnou copingovou strategii a přes trauma se přenesou. Díky tomuto procesu dochází u člověka k novému porozumění světu. Posttraumatický růst je přítomný ve třech oblastech: 1. jedinec získává **vnitřní sílu** skrze utrpení; 2. dochází u něj k **existenciálnímu přehodnocení** dosavadního života; 3. člověk je **odolnější**, připravenější čelit dalším negativním událostem (Janoff-Bulman, 2006).

#### 4.1.3 Hobfollův model – Akční teorie rozvoje

Hobfollův model poukazuje na význam akce. Kognitivní zpracování a přerámování traumatické události je dle autora jen copingovým mechanismem, jedinec zažije jen iluzorní růst. Skutečný růst je přítomný v chování jedince, v jeho činnosti, realizaci, zhmotnění myšlenek do činů. Prostřednictvím akce člověk může najít smysl traumatické události. Posttraumatický růst může fungovat protektivně, proti rozvoji psychopatologie – zejména

PTSD a deprese. Snížení psychických obtíží je důkazem skutečného růstu (Johnson, Hobfoll, Hall et al., 2007).

#### 4.1.4 Model Josepha a Linleye

Model Josepha a Linleye, v literatuře označovaný jako *Growth following adversity* (růst následující po ráncích osudu), nebo *Organismic valuing theory of growth through adversity* (teorie růstu organismu prostřednictvím osudové události), vychází z kognitivního zpracování traumatické události. Dle autorů jsou lidé vnitřně motivováni zvětšovat svou osobní psychickou pohodu (well being) – být nezávislí, přijímat sami sebe, zvládat a rozvíjet své vztahy stejně jako svůj růstový potenciál. Ačkoliv se změna vnějším pozorovateli může jevit jako negativní, je poháněna stejnými růstovými pohnutkami k dosažení osobní psychické pohody. Traumatická událost může být kognitivně zpracována třím způsobem: 1. dojde k **asimilaci traumatu**, člověk ho zařadí do svého dosavadního způsobu fungování, z traumatu se zotaví, vrací se na svoji pretraumatickou úroveň; 2. dojde k **negativní akomodaci**, člověk nedokáže najít vhodný adaptační způsob na prožitou traumatickou událost, dochází u něj k negativnímu přebudování dosavadního fungování, rozvíjí se u něj psychopatologie – deprese, změny osobnosti, naučená bezmocnost; 3. **pozitivní akomodace** – člověk přebuduje svůj model světa pozitivním směrem, dochází u něj k posttraumatickému růstu (Joseph & Linley, 2006).

#### 4.1.5 Dvousložkový model Maerckera a Zöllnerové

Model německých autorů Maerckera a Zöllnerové předpokládá dvě tváře posttraumatického růstu – jedna je iluzorní, druhá funkční. Funkční tvář je konstruktivní, sebezpřesahující, přináší zisky v podobě růstu. Druhá tvář je sebeobelhávající – pozitivně zkresluje skutečnost i sebehodnocení. Iluzorní tvář může krátce po traumatu tlumit dopad traumatu a sloužit jako copingová strategie. Postupem času se iluzorní tvář dostává do pozadí a narůstá funkční tvář, což vede k posttraumatickému růstu. Pokud se u jedince více projevují maladaptivní vzorce chování, kognitivní vyhýbání a popření, tak k transformaci iluzorní tváře ve funkční nedojde (Zöllner & Maercker, 2006).

Uvedený výčet modelů představuje soudobé stěžejní teorie posttraumatického růstu. Další modely viz Mareš (2012).

## 4.2 Diagnostické nástroje používané k měření posttraumatického růstu

Diagnostika posttraumatického růstu může probíhat kvalitativně i kvantitativně. Při kvantitativním hodnocení jsou využívány především sebeposuzovací škály. Nejpoužívanější je dle Mareše (2009) těchto 5 dotazníků: *Posttraumatic Growth Inventory* (Tedeschi & Calhoun, 1996), *Stress-Related Growth Scale* (Park, Cohen & Murch, 1996), *Benefit Finding Scale* (Tomich & Helgeson, 2004), *Change in Outlook Questionnaire* (Joseph a kol., 2006), *Perceived Benefit Scale* (McMillen & Fisher, 1998). *Posttraumatic Growth Inventory* a *Stress-Related Growth Scale* jsou ve výzkumech užívány nejčastěji. Dotazníky poskytují rychlý přehled o schopnosti člověka vyrovnat se s traumatem.

Kvalitativní metody jsou založeny na rozhovoru. Nejčastěji bývá používáno interview, kdy jsou pokládány otevřené otázky, odpovědi respondentů jsou nahrávány či jinak zaznamenávány a dále analyzovány a kategorizovány dle předem stanovených kritérií. Další možností jsou diskuse v ohniskové skupině. Tato metoda je výhodná u traumatických událostí, které postihnou větší skupinu lidí, ne jen jednotlivce. V ohniskové skupině dochází k otevření tématu, sdílení zkušeností, názorové výměně. Ohnisková skupina by měla být facilitována výzkumníkem. K zachycení posttraumatického růstu může sloužit narativní rozhovor nebo psaní příběhu, a to buď formou jednotlivých dílčích životních epizod, nebo převyprávění celého příběhu klientova života (Mareš, 2012).

### 4.2.1 Dotazník posttraumatického růstu

Dotazník posttraumatického růstu je českou verzí dotazníku *Posttraumatic Growth Inventory* (PTGI) Tedeschiho a Calhouna. Původní dotazník měl 34 pozitivně formulovaných položek. Byl zkušebně zadán americkým univerzitním studentům, kteří byli vybráni na základě sdělované vlastní zkušenosti s traumatem. Po vyhodnocení dotazníku byla provedena analýza hlavních komponent a faktorová analýza. Z původních 34 položek vybrali Tedeschi a Calhoun 21 položek, které reprezentují 5 oblastí posttraumatického růstu. Dotazník byl uveden v roce 1996. Z výzkumů vyplývá, že ženy vykazují v průměru více pozitivních odpovědí, než muži (Tedeschi & Calhoun, 1996).

V této diplomové práci je použit český standardizovaný překlad dotazníku od pana docenta Marka Preisse, Jana Krutiše a profesora Jiřího Mareše z roku 2008. Důvodní instrukce, při vyplňování dotazníku, je: „Každý člověk zažije ve svém životě něco těžkého, velmi vážného, co ho přiměje, aby se trochu změnil.“ Poté respondent upřesní událost výběrem z nabídky a následně je zaznamenána doba, která uplynula od dané události. Odpovědi jsou zaznamenávány na šestibodové Likertově škále, kdy 0 znamená „nepocítil

jsem žádnou změnu v důsledku této krize“ a nejvyšší stupeň je 5 – „prožil jsem změnu ve velmi značné míře v důsledku této krize.“ Položky dotazníku jsou rozděleny do 5 oblastí:

1. **Vztahy s druhými** – tato oblast je mapována tvrzeními:

- 6.) Přesvědčil/a jsem se, že se mohu na lidi spolehnout i v horších časech.
- 8.) Mám teď větší pocit sounáležitosti s druhými lidmi.
- 9.) Jsem teď ochotnější dát najevo své city.
- 15.) Víc soucítím s druhými lidmi než dříve.
- 16.) Ve vztazích k ostatním lidem se teď více snažím.
- 20.) Hodně jsem se poučil/a o tom, že lidé jsou bezvadní, skvělí.
- 21.) Teď už chápu, že k životu potřebuji i jiné lidi.

2. **Nové životní možnosti** – oblast je mapována tvrzeními:

- 3.) Mám teď nové zájmy a rozvíjím je.
- 7.) Rozhodl/a jsem se pro nový způsob života, novou cestu.
- 11.) Teď už dokážu lépe naložit se svým životem.
- 14.) Objevily se nové příležitosti, které by za jiných okolností asi nenastaly.
- 17.) Víc se teď snažím změnit ty věci, které je potřeba změnit.

3. **Silné stránky jedince, osobnostní růst** – do této oblasti patří tvrzení:

- 4.) Víc si teď důvěřuji, věřím si.
- 10.) Teď už vím, že umím zvládat obtíže.
- 12.) Teď už dokážu přijímat události tak, jak v životě dopadnou.
- 19.) Zjistil/a jsem, že jsem mnohem silnější, že vydržím více, než jsem si předtím myslel/a.

4. **Spirituální změna** – oblast je mapována dvěma tvrzeními:

- 5.) Lépe rozumím tomu, že má člověk také duchovní potřeby.
- 18.) To, co jsem zažil/a, posílilo mou víru; jsem opravdu věřící člověk.

5. **Ocenění života** – tato oblast je mapována následujícími tvrzeními:

- 1.) Změnil/a jsem názor na to, co je v mém životě důležité; změnil/a jsem své priority.
- 2.) Uvědomil/a jsem si hodnotu vlastního života, více si ho vážím.
- 13.) Umím si více vážit každého dne.

V závěru dotazníku je ještě přítomno doporučení, aby si klient všechny položky znovu prošel a provedl kontrolu jejich vyplnění.

Dotazník Posttraumatic Growth Inventory byl v roce 2017 rozšířen o čtyři nové položky, které zachycují existenciální a spirituální proměnu. Revidovaný dotazník nese označení **PTGI-X** a byl testován na populaci v Japonsku, Turecku a ve Spojených státech amerických (Tedeschi, Cann, Taku, Senol-Durak & Calhoun, 2017).

Nově přidané položky jsou:

- Smysl života je pro mě jasnější („*I have greater clarity about life's meaning.*“)
- Lépe čelím otázkám o životě a smrti. („*I feel better able to face questions about life and death.*“)
- Cítím se více spjatý s bytím. („*I feel more connected with all of existence.*“)
- Mám větší smysl pro harmonii se světem. („*I have a greater sense of harmony with the world.*“)

### 4.3 Vztah mezi posttraumatickým růstem a PTSD

Studii, zabývajících se vztahem mezi posttraumatickým růstem a PTSD, v průběhu let přibývá díky narůstajícímu zájmu o problematiku. Mnoho studií deklaruje **lineární vztah** mezi PTSD a posttraumatickým růstem, tedy čím vyšší výskyt symptomů PTSD, tím vyšší míra růstu (např. Morill et al., 2008; Chopko, Palmieri & Adams, 2018; Mally & Avital, 2017; Nishi, Matsuoka & Kim, 2010). Některé jiné studie prokazují **kvadratický vztah** ve tvaru obráceného U. V těchto studiích je prokázáno, že maximální růst byl zaznamenán při střední míře posttraumatického stresu (Shakespeare-Finch & Lurie-Beck, 2014; Kleim & Ehlers, 2009; Whealin et al., 2020; Kanaan et al., 2020). Solomon a Dekel (2007) toto objasňují tím, že existuje optimální míra traumatického stresu, při níž dochází k růstu. Tedy, že je zapotřebí určitá dávka distresu, aby k růstu došlo. Avšak příliš vysoká míra distresu, kdy je jedinec ochromený, růst blokuje. V České republice se tomuto tématu věnovali např. Holubová (2016), která zkoumala vztah mezi posttraumatickým růstem a posttraumatickým stresem u profesionálních hasičů, dále Tanzerová (2018) zkoumala posttraumatický růst u obětí holocaustu a jejich rodin, Slezáčková (2010) se zabývala posttraumatickým rozvojem u rodičů onkologicky nemocných dětí, Krutiš, Mareš a Ježek (2011) zkoumali posttraumatický růst u vojáků, kteří se vrátili ze zahraniční mise. Mareš (2012) uvádí

obtížnou přenositelnost zahraničních studií do českých podmínek z důvodu nízké incidence mimořádných traumatických událostí v České republice v posledních několika desetiletích.

# **Empirická část**



## 5. Cíl výzkumu

Cílem tohoto výzkumu je prozkoumat, zda u lidí, kteří mají diagnostikovanou posttraumatickou stresovou poruchu, se objevil nějaký pozitivní aspekt prožitého traumatu v podobě posttraumatického růstu. V pojetí posttraumatického růstu vycházím z odborných prací psychologů R. G. Tedeschiho a L. G. Calhouna, kteří definovali růst jako významnou pozitivní změnu na úrovni emoční a kognitivní, k níž dochází následkem prožitého traumatu, po kterém se jedinec dostává nad svou dosavadní úroveň fungování (Tedeschi & Calhoun, 2004). Posttraumatická stresová porucha (PTSD) je dle Mezinárodní klasifikace nemocí definována jako opožděná nebo protrahovaná reakce na nebývale hroživou či katastrofickou událost, která má potenciál vyvolat pronikavou tíseň téměř u každého (MKN-10, 2020). Lidé, kteří se účastnili výzkumu, v minulosti byli nebo stále jsou v psychiatrické péči a diagnostiku PTSD u nich prováděli jejich ošetřující lékaři. Pro zmapování jednotlivých oblastí posttraumatického růstu byl použit standardizovaný Dotazník posttraumatického růstu (PTGI-CZ).

### Výzkumná otázka:

**Jaké atributy posttraumatického růstu můžeme identifikovat u osob s diagnózou posttraumatická stresová porucha?**

## 6. Metodika výzkumu

Vzhledem k charakteru výzkumného problému byl zvolen **kvalitativní přístup**. V rámci tvorby ideového plánu výzkumu proběhla konzultace s několika odborníky – lékaři, klinickými psychology, psychoterapeuty. Odborná konzultace sloužila k prvotnímu zmapování cílové populace, její dosažitelnosti, charakteristik a k odborné diskuzi ohledně rizik vyplývajících z výzkumné situace (rizika retraumatizace, disociace, zaplavení negativními prožitky). Dále byl zvolen typ výzkumu - **případová studie**. Tento typ výzkumu vychází z předpokladu variability výzkumného souboru - různé traumatické zkušenosti, vyvolávající posttraumatickou stresovou poruchu; různé copingové strategie a kognitivní zpracovávání traumatu jednotlivcem; různé vnější vlivy a faktory (sociální, materiální, existenciální) přispívající k zotavování anebo k chronifikaci posttraumatické stresové poruchy; různý časový odstup od traumatické události. Vzhledem k heterogenitě zkoumaného vzorku jsou případové studie zpracovány jako jednotlivé kauzuistiky.

Ke sběru dat bylo zvoleno **polostrukturované interview**. Vytvořila jsem dotazník mapující sociodemografické údaje. Podle tvrzení v dotazníku PTGI-CZ byl navržen koncept doplňujících a naváděcích otázek k hlubšímu probádání dané problematiky. Doplňující otázky byly prokonzultovány s vedoucím diplomové práce. Metoda polostrukturovaného interview byla vybrána s ohledem na náročnost zkoumaného problému, potřebě osobního kontaktu a možnosti citlivě reagovat na emoční změny participantů v průběhu rozhovoru. V přípravné fázi před interview byl domluven neutrální prostor k rozhovoru – terapeutická místnost. V rámci přípravy byly také stanoveny protikrizové techniky, v případě náhlých psychických obtíží participantů. Jednalo se především o stabilizační techniky – ukotvení v čase a prostoru, záměrné zpomalování rozhovoru, zpomalování dechové frekvence (v případě rozvíjející se panické ataky). Bylo domluveno i případné ošetření pomocí krizové intervence z řad mých kolegů, odborně školených v této metodě.

Samotné interview probíhalo s každým participantem individuálně, a to následujícím způsobem: nejprve jsem se představila, informovala potencionální respondenty o účelu setkání, časovém rámci setkání, krátce prezentovala výzkumnou práci a požádala je o souhlas s pořízením audiozáznamu z rozhovoru. Po udělení jejich verbálního souhlasu s provedením interview a audionahrávkou, byl jimi podepsán informovaný souhlas. Dále byl společně vyplněn dotazník mapující demografická data. Poté jsem je požádala o nastínění jejich traumatického zážitku. Participantů byli informováni o možnosti pouze stručného výkladu, bez popisu oživujících, bolestivých detailů. Postup jsem zvolila s ohledem na možnou retraumatizaci a zaplavení negativními emocemi při oživení traumatické vzpomínky. Tato část interview probíhala narativně, kdy jsem se záměrně snažila nevstupovat do jejich toku vyprávění. Respondenty jsem pouze podporovala a povzbuzovala především souhlasnými citoslovci „hm“, krátkými reflexemi řečeného obsahu, poskytování prostoru a času technikou odmlčení. Samotné jádro interview bylo tvořeno společnou administrací dotazníku **PTGI-CZ** a následným **inquiry** – upřesněním a vysvětlením odpovědí za pomoci předem formulovaných otázek. Ne vždy bylo vhodné použít veškeré nachystané otázky. U některých respondentů jsem dotazování uzpůsobila hovor, např. pokud nějaké téma zdůraznili již na počátku rozhovoru, opakovaně se k němu vraceli, nebo byl znát silný emoční náboj daného tématu, tak jsem žádala o bližší ozřejnění dané problematiky. Metoda byla zvolena s ohledem na potřebu propojit podávané informace s konkrétní zkušeností, k objasnění motivů a zasazení informace do životního kontextu (Miovský, 2010). Odpovědi jsem do záznamového archu zaznamenávala osobně. V případě

potřeby jsem záznam doplňovala psanými poznámkami. Kontakt s participanty byl ukončen ve chvíli, kdy jejich duševní stav se jevil stabilizovaný, a na základě společné domluvy. Interview proběhlo za jedno setkání. Celé šetření trvalo přibližně jednu až dvě hodiny.

Následně byly audionahrávky transkribovány do textové podoby a proběhlo zpracování dat a jejich systematizace pomocí deskriptivní **obsahové analýzy**. Data byla kategorizována do pěti oblastí podle modelu posttraumatického růstu Tedeschiho a Calhouna (1996): 1.) vztahy s druhými lidmi; 2.) osobnostní růst; 3.) nové životní možnosti; 4.) vyšší ocenění života; 5.) spirituální změny. Dotazník PTGI-CZ nemá hraniční skór nebo minimální bodovou hranici, od kdy je možné mluvit o posttraumatickém růstu. Získané údaje byly interpretovány na základě kvalitativní analýzy subjektivních výpovědí.

U některých participantů disponuji částí jejich zdravotnické dokumentace. Dokumentaci jsem obdržela od jejich ošetřujících lékařů na základě udělení souhlasu se sdílením informací. Sdílení zdravotnické dokumentace bylo iniciativou ošetřujících psychiatrů, z mé strany nebyl vznesen požadavek. Dokumentace je zdrojem dat dokreslující terapeutický proces, nebo též pohled třetí strany, ale jen minimálně vypovídá o naplňování atributů posttraumatického růstu.

Sběr dat probíhal od podzimu 2016 až do jara 2018, analýza dat probíhala průběžně v letech 2017 až 2021.

## 7. Soubor

Soubor využitý v této práci vychází z populace lidí se zkušeností s posttraumatickou stresovou poruchou. Prevalence PTSD v evropské populaci se udává mezi **0,92 až 1,3%**. PTSD může vzniknout v kterémkoliv věku, více se objevuje v mladším věku, kdy je člověk vystaven častěji traumatickým událostem. Poměr mužů k ženám je 1:2 (Wittchen & Jacobi, 2005). Dalších 15% lidí zažije subklinickou formu, kdy nejsou naplněna veškerá diagnostická kritéria (Praško et al., 2011). Výběr participantů byl **prostý záměrný**. Vzhledem k velmi nízké prevalenci PTSD v populaci byl cílový vzorek obtížně dosažitelný. Základním kritériem pro zařazení do výzkumu byla diagnóza a léčba posttraumatické stresové poruchy a minimálně roční odstup od traumatické události. Časový odstup byl zvolen s ohledem na poznatky, že k posttraumatickému růstu dochází až po určité časové proluce. Změna, která díky růstu nastane, je trvalá, a tedy výzkumně objektivizovatelná.

K zajištění reprezentativního vzorku jsem oslovila a požádala o pomoc 11 ambulantních psychiatrů, 3 psychiatrické nemocnice (PN Šternberk, PN Kroměříž, PN Opava), 2

psychiatrické kliniky (FN Olomouc, FN Brno) a 2 psychosociální centra (PSC Přerov, Psychocentrum Zlín). U lůžkových zařízení jsem komunikovala s vedoucími lékaři psychoterapeutických oddělení. Lékařům jsem zaslala průvodní dopis s popisem a charakterem výzkumu a spolu s ním zvací dopis pro lidi s posttraumatickou stresovou poruchou. Ve zvacím dopise byl na mě uveden telefonický a emailový kontakt. Část respondentů mě prostřednictvím telefonu sama oslovila. U dalších lidí lékaři domluvili, že jim mohu zavolat, poskytli mi jejich telefonní číslo a já je oslovila. Rozhovor probíhal u části respondentů v místě mého pracoviště v neutrálním prostředí. 4 respondenti pocházeli ze vzdálenosti 30 až 60km od mého pracoviště. V tomto případě jsem žádala ošetřující lékaře o poskytnutí prostoru k zajištění rozhovoru. Rozhovor nemohl být prováděn na veřejných místech z důvodu jeho značné citlivosti a nepředvídatelných reakcí respondentů v průběhu výzkumného šetření.

### **7.1 Popis souboru**

Výzkumný vzorek čítá 7 účastníků. Respondenti pocházejí z Moravskoslezského, Jihomoravského a Zlínského kraje. Všichni účastníci v době výzkumu byli ambulantně léčeni pro posttraumatickou stresovou poruchu, nikdo z nich v daném čase nebyl hospitalizován. Soubor obsahuje 6 žen a 1 muže, ve věku 34 až 55 let, průměrný věk byl 44 let. Nejčastěji bylo zastoupené nejvyšší dosažené vzdělání středoškolské s maturitou (N=3; 43%), dále následovalo vysokoškolské vzdělání (N=2; 29%), středoškolské bez maturity (N=1; 14%) a základní (N=1; 14%). Z hlediska rodinného stavu byla většina participantů v manželském stavu (N=5; 71%), jeden byl svobodný (14%), jeden ovdovělý (14%). Všichni participanté měli děti. Většina účastníků byla zařazena v pracovním procesu na částečný nebo plný pracovní úvazek (N=6; 86%), jedna účastnice byla na rodičovské dovolené (14%). Délka psychiatrické léčby (zahrnující farmakoterapii a/nebo psychoterapii) se pohybovala od 1 měsíce až k 16 letům, průměrná délka psychiatrické léčby za pomoci farmakoterapie je necelých 7 let, průměrná délka psychoterapeutické léčby jsou 3 roky. Tři účastnice navštěvují skupinovou psychoterapii pro lidi zasažené domácím násilím, tři účastníci v minulosti docházeli na individuální psychoterapii. Tři účastníci v souvislosti s traumatem museli být hospitalizováni na psychiatrickém lůžku. Nejčastěji se vyskytující komorbidní poruchy - škodlivé užívání alkoholu a tabáku (N=3; 43%), úzkostné poruchy (N=2; 29%). Nikdo z participantů nemá ve své historii pokus o sebevraždu. Tři participanté mají zkušenost s traumatem I. typu (ojedinělá traumatizující událost), tři participanté mají

zkušenost s komplexním traumatem typu II (dlouhodobá, opakující se traumatizace), jedna účastnice má zkušenost s oběma typy traumatu.

Výše uvedené základní charakteristiky výběrového souboru přehledněji ilustrují následující tabulky 1, 2.

Tabulka 1. Základní sociodemografické charakteristiky výzkumného souboru.

	N	%
<b>POHLAVÍ</b>		
Muži	1	14
Ženy	6	86
<b>VZDĚLÁNÍ</b>		
Základní	1	14
SŠ bez maturity	1	14
SŠ s maturitou	3	43
Vysokoškolské	2	29
<b>RODINNÝ STAV</b>		
Svobodný/á	1	14
Ženatý/Vdaná	5	71
Vdova	1	14

Tabulka 2. Základní charakteristiky výzkumného souboru. Časový přehled léčby.

<b>Věk</b>		
Průměrný věk - SD	44	8,4
Min – Max	34	55
<b>Délka psych. léčby</b>		
Průměrná délka - SD	7 let	6,4
Min – Max	1 měsíc	16 let
<b>Délka psychoterapie</b>		
Průměrná délka - SD	3 roky	4,0
Min – Max	0	12 let

Z výzkumu byly vyřazeny 2 účastnice. Jedna účastnice procházela psychoterapeutickým pobytem, při němž vyplynulo, že v minulosti byla obětí sexualizovaného násilí. Tato traumatická událost se odehrála před více jak 15 lety. Žena tuto skutečnost potlačila a v životě dál fungovala tak, aby zajistila důstojný život sobě i svým dětem. Do léčby se dostala pro vleklé somatizace bez jasné etiologie (bolesti hlavy, únavový syndrom, opakující se gynekologické obtíže, poruchy zažívacího traktu). Ženu mi do výzkumu doporučila paní psycholožka daného psychoterapeutického oddělení. Se ženou jsem provedla narativní interview, během něhož bylo jasně patrné, že je zaplavená traumatickými obsahy, událost znovuprožívala, proces traumatizace dosud nebyl zpracován, u ženy nedošlo ke smíření a vyrovnání se s traumatem. Vzhledem k tomu, že trauma bylo zveřejněno teprve v nedávné době, tak si teprve zvědomovala bolestivé prožitky. Tato žena spíše vykazovala příznaky akutní stresové reakce. Nebylo u ní možné zkoumat posttraumatický růst. Druhá účastnice byla vyřazena z důvodu, že nenaplnovala diagnostická kritéria pro PTSD. Jednalo se o starší ženu, která byla účastna dokonáního suicidia svého syna (oběšením). Za pomoci svého muže syna sundala z oprátky a zavolala rychlou záchrannou službu v naději na záchranu syna. Pohotovostní lékař konstatoval smrt. Po této traumatické události byla opakovaně hospitalizovaná v psychiatrické nemocnici pro dominující depresivní symptomatiku. Ošetřující lékař mi ženu doporučil, ačkoliv jí vedl pod diagnózou F33.2 (těžká periodická depresivní porucha, bez psychotických symptomů), z důvodu možné komorbidní depresivní poruchy při PTSD a z důvodu subjektivního hodnocení závažnosti traumatické události. Strukturu výzkumu jsem v tomto případě pozměnila a rozhovor zahájila souborem otázek mapujících symptomy PTSD dle MKN-10. U této ženy nebyly přítomny příznaky typické pro PTSD – vyhýbání se místům a lidem spojeným s traumatickou událostí; děsivé noční sny, flashbacky; zvýšená dráždivost, pohotovostní úlekové reakce, hyperaktivace vegetativního nervového systému (MKN-10, 2020). Se ženou jsem výzkumné šetření citlivě ukončila, nenaplnovala základní výběrová kritéria.

## **8. Etické aspekty výzkumu**

Každý účastník výzkumu byl na začátku plně seznámen se záměry výzkumu, postupem sběru dat a průběhem výzkumného šetření. Účastníci byli požádáni o souhlas s pořízením audiozáznamu interview. Všichni respondenti podepsali informovaný souhlas s účastí na výzkumu. Účast na výzkumu byla dobrovolná, účastníci mohli kdykoliv od výzkumu odstoupit, a to i zpětně po ukončení výzkumného šetření. Veškerá data byla anonymizována,

jména účastníků výzkumu jsou pozměněna, identifikační údaje vynechány. Účast na výzkumu nebyla honorována. Během celého výzkumu jsem zachovávala neutralitu, ke zjištěným skutečnostem jsem přistupovala s respektem, bez hodnocení. Během výzkumu nedošlo ke střetu zájmů, nejsem ošetřující lékařkou nikoho z účastníků výzkumu.

## 9. Případové studie

Výzkumnou část diplomové práce tvoří sedm rekonstrukcí traumatických událostí. Tyto události vedly k rozvoji posttraumatické stresové poruchy. A dále předkládám detailnější analýzu oblastí posttraumatického růstu.

### 9.1 Příběh první – Alena

Alena je 51 letá žena, k traumatu došlo v roce 1991.

Alena měla 12 let trvající vztah s Jaromírem, začali spolu chodit v jejích 15 letech. Alena si Jaromíra velmi vážila, byl inteligentní, zručný, společenský. Byl to vztah naplněný hlubokou láskou. Jaromír, když se napil, byl hodně žárlivý, dokázal být i zlý. První zmínka o Jaromírově záchvatu přišla Aleně z vojny, kdy vzal na svého spolubydlícího nůž. Alena tomu nepřikládala význam. Po vojně se Alena s Jaromírem vzali. *„Byla to taková ta absolutní láska, kdy jeden den vám líbá prsty na nohou a druhý den vás musí vidět se plazit po zemi, jako že mu patříte.“* Nálady se u Jaromíra střídaly, býval hrubý, i když se nenapil alkoholu, postupně se zkracoval interval jeho záchvatů vzteku. V nejhorších momentech Jaromír Aleně vyhrožoval podřezáním a největší jejich nůž jí přikládal k břichu. Druhý den si většinou na událost nepamatoval, omlouval se. V té době již měl manželský pár malé děti. Děti byly událostí přítomny a Alenu bránily. Po incidentu, kdy Jaromír na Alenu řval, že jí ureže hlavu a dá si jí na kuchyňskou linku, kde si připravil všechny domácí nože, se Alena rozhodla od Jaromíra odejít k rodičům. Podala si žádost o rozvod. Po dvou týdnech děti začaly prosit, že by rády Vánoce strávily doma spolu s tatínkem. Alena se tedy na Vánoce spolu s dětmi vrátila domů. 21. prosince Jaromír odešel s kamarádem na pivo, po návratu již Alena viděla, že má záchvat. Křičel a vyhrožoval. Alena vzala děti a běžela se schovat do ložnice, kde se zamkla. Děti usnuly. Kolem půlnoci začala mít Alena starost o svého muže a volala jeho kamarádovi. Ten přijel za ní domů, společně hledali manžela. Našli ho oběšeného ve sklepě. Alena po traumatu prožívala hluboký pocit viny. Vyčítala si, že se s mužem neusmířila, že zavinila jeho smrt. Po traumatické události byla Alena tři týdny hospitalizovaná na uzavřeném psychiatrickém oddělení, při hospitalizaci se dívala z okna na pitevnu, kde ležel její muž. Během hospitalizace proběhl Jaromírův pohřeb, kterého se Alena nemohla zúčastnit (nebyla puštěna ošetřující lékařkou). I toto si Alena dosud vyčítá – nemohla se rozloučit se svým mužem. S Jaromírovou smrtí se nesmířila. *„Stále se mě vrací ve snech. Vždycky se mně zdá, že se vrátí z nějaké ciziny, kde žije, že to byla náhoda, že jenom někam zmizel.“* Ze smrti Jaromíra jí vinili i Jaromírovi rodiče. Alena si potřebovala



smrt svého milovaného muže nějak zdůvodnit: „*Tím, co provedl, se snažil ochránit nás. Už měl takový strach sám ze sebe!*“ Tento pohled jí částečně pomohl sejmout ze sebe tíhu viny.

### 9.1.1 Analýza dat

**1. Vztahy s druhými lidmi** – v oblasti vztahů Alena zažila zlepšení a zkvalitnění vztahů k blízkým lidem ve velmi vysoké míře. Trauma jí především sblížilo s lidmi v její primární rodině, byla najednou odkázána na dopomoc rodičů s výchovou a péčí o své děti. Důvody, kvůli kterým docházelo v minulosti ke konfrontacím s matkou, se ve světle událostí jeví jako nicotné, nepodstatné. Prohloubil se její vztah s bratrem, u něhož nacházela útěchu. Ve vrstevnických vztazích Alena zažila odklon přátel. „*Z padesáti přátel zůstali tři.*“ Tuto selekci vysvětluje tím, že její vrstevníci nevěděli, jak se s ní mají po traumatu bavit, byla pro ně jiná, neunesli její smutek, začali se jí vyhýbat. Část přátel se odklonila z důvodu, že pro ně Alena smrtí manžela přestala být sociálně atraktivní, nemohla jim nabídnout služby, které přátelství podmiňovaly. „*Jaromír dělal stolařinu, hrál se tam kulečnick, všichni haha, chichi... už za jeho života jsem cítila, že ho lidi využívali na práci a na všechno... A najednou nebyla potřeba (mě vidět).*“

**2. Nové životní možnosti** – v této oblasti Alena zažila průměrnou změnu. Po smrti manžela Alena napřímila svou vůli k výchově dětí. Snažila se je vychovat tak: „*aby Jaromír byl na ně pyšný.*“ Osobním zájmům se nevěnovala, svůj život naplňovala prací a péčí o děti. Nově vzniklá situace jí přiměla osvojit si technické dovednosti v péči o dům. Alena po své životní zkušenosti se rozhodla pomáhat psychicky nemocným lidem. Její zkušenost jí dala nový životní směr a profesní zralost: „*Všechno, co tady na psychiatrii vidím, jsem svým způsobem zažila sama. To pochopení mám kolikrát větší (než ostatní zdravotníci).*“

**3. Osobnostní růst** – Alena vnímá svůj osobnostní růst jako výraznou změnu. Traumatická událost posílila její rozhodnost, vnitřní jistotu, schopnost zvládat životní obtíže: „*Někdy mám pocit, že jsu jak z oceli.*“ Zároveň Alena uvádí, že člověk nikdy není dost nachystaný na další životní těžkosti. Tento názor vychází z dalších traumatizací, kterými si v životě prošla - po smrti manžela byl její syn hospitalizován na psychiatrii, po pár letech náhle zemřel její bratr, v posledním roce se Alena potýká s rakovinou.

**4. Spirituální změna** – v této oblasti Alena zaznamenala velmi výraznou změnu. V prvních týdnech po úmrtí manžela prožívala naštvání, odmítnutí víry, uzavřela se do sebe. Dnes věří ve znovushledání s manželem, cítí se jím stále doprovázená, obklopená. Alena věří v osudovost dané události, ale zároveň nenalézá smysl. „*V tom smysl žádný nebyl!! Kdybych si to měla prožít znovu, já bych to znovu zažila. Protože já jsem ho opravdu milovala.*“

**5. Ocenění života** – zde došlo u Aleny k průměrné změně. Svého života si po traumatické události nejprve zcela přestala vážit, prožívala marnost, byla zahlcená bolestí ze ztráty, jednotlivé dny přežívala. Její mateřství ji vrátilo zpět do aktivního života. *„První rok se zastavil čas a já si říkala ‚Co já tady?‘... Děti mě donutily vstát, abych začala fungovat.“* Změnu priorit Alena připisuje jednak traumatu, kdy před traumatickou událostí pro ni bylo důležité materiální zabezpečení rodiny a atraktivní vzhled, po traumatu se orientovala na rodinné klima a výchovu dětí, jednak osobnímu zranění.

## 9.2 Příběh druhý – Petr

Petr je 55 letý muž, k jeho traumatu došlo v roce 2010.

Petr byl úspěšný podnikatel. Svou práci často dokončoval v nočních hodinách. Práce pro něj byla nejdůležitější hodnotou. V okruhu známých byl pověstný svou ochotou nezištně pomáhat, vyjít každému vstříc. Byl obklopen lidmi, kteří profitovali z jeho majetku, nechávali se hostit, Petr je finančně podporoval. Neuměl odmítnout žádost o pomoc. *„Před tím jsem neuměl říkat ne... Se všema jsem se snažil vyjít po dobrém, všem pomáhat, rozdat se.“* Jeho pracovní i osobní nasazení vedlo k vyčerpání: *„Přišel jsem domů, lehl jsem si a začalo mi hrozně bušit srdce, říkám si: ‚Mám infarkt!‘ Tak mě vezla rychlá. V nemocnici zjistili, že jsou jen přetažený.“* V roce 2010 půjčil kamarádovi na měsíc značný obnos peněz, půjčka byla právně ošetřena. Zanedlouho u něj doma zazvonila policie, provedla domovní prohlídku. Následně Petra zatkli, byl obviněn z členství v organizovaném zločinu a v poutech odvezen na vyšetřovnu. Zde byl vyslečen, donucován k doznání. V cele předběžného zadržení byl vězněn 2 dny, mezitím opakovaně vyslýchán. Po dvou dnech byl propuštěn bez vysvětlení, bez omluvy. Petr po této události přestal klidně spát, zvuk domovního zvonku v něm evokoval prožitek zatčení, při konfrontaci s tématem policie či kriminalistiky (např. v televizi, na veřejných místech) prožíval velké napětí, pocity nespravedlnosti. *„Nikdo mě neodsoudil, nikdo se ani neomluvil. Byl jsem úplně v šoku, že se toto může stát... Nevěřím (už) tady té naší spravedlnosti.“* Petr přišel o většinu svého firemního majetku, ve svém podnikání musel začít od začátku.

### 9.2.1 Analýza dat

**1. Vztahy s druhými lidmi** – Petr začal po traumatu prožívat větší blízkost ve vztazích s manželkou a dětmi: *„Mělo to smysl, uvědomil jsem si, co je důležité. Že není jen to materiálně, ale je to o těch vztazích. A to je daleko víc... S manželkou si rozumím víc, jak*

*kdykoliv předtím. Po třiceti letech se mi vlastní žena líbí čím dál víc. To je nádhera!*“ Je všímavější k druhým lidem (rodině, zaměstnancům), dokáže ocenit jejich silné stránky, snaží se působit pozitivně na své okolí: *„Snažím se všechno přehodit ve srandu, to je taková moje obrana... Snažím se, aby ti lidé nebyli zašknůření, ale aby se na svět dívali pozitivně. Najednou jsem pochopil, že můžeme ze sebe rozdávat radost. Někdo to musí začít.“* Petr prožívá větší soucit s trpícími a nemohoucími, zvýšila se u něj citlivost vůči bezpráví: *„Dneska, když vidím, jak se ubližuje dětem nebo zvířatům, tak jsem daleko víc citlivější.“* Ve vztazích k ostatním lidem došlo u Petra k oslabení důvěry a většímu osvobození se od sociálních předpokladů a závazků: *„Důvěru mám menší...je hodně falše. Oni (druzí lidé), když něco potřebují tak jsou velice přátelští. Jenom když potřebují! Po určitých zkušenostech jsem opatrnější... Já lidi nepotřebuju. Dřív jsem potřeboval pořád někde být, potřeboval jsem ty lidi (kolem sebe), ale hrozně jsem se spálil, tak mám spíš odstup. K životu potřebuju tu nejbližší rodinu, ale bez ostatních bych se celkem obešel.“*

**2. Nové životní možnosti** – v této oblasti Petr zaznamenal změnu ve větší míře. Před traumatem měl Petr v sobě velkou pracovní odpovědnost, byl orientován na výkon: *„Já jsem jel hodně... že musím dělat víc jak ostatní, že musím jít první a poslední z práce.“* Nyní rozvolnil své pracovní tempo, pravidelně se věnuje sebekéčce, změnil životosprávu, věnuje pozornost svému zdraví – cvičí, medituje, dopřává si pravidelný odpočinek. Naučil se odmítat pracovní i společenské nabídky: *„Občas se mně objeví: ‚Měl bys!‘, ale dokážu to zahnat. Naučil jsem se říct: ‚Ne!‘ i svým kamarádům.“* Petr pocítil změnu i v tom, že nepříjemné záležitosti se snaží vyřešit: *„Dřív jsem nepříjemné setkání různě odkládal, omlouval. Teď ty věci dotahuji.“*

**3. Osobnostní růst** – v této oblasti došlo u Petra k velmi výrazné změně. Petr se cítí pevnější, jistější sám sebou, posílila se jeho schopnost asertivního sebeprosazení. *„Dneska už si dokážu i říct, když se mi něco nelíbí, nebojím se jít za tím svým.“* Stále se potýká s vlastními výčitkami ohledně traumatu: *„Říkám si: ‚Proč ses nebránil?‘ ‚Proč jsi to vůbec pustil k sobě?‘ ‚Proč jsi je neodpálil? Máš čisté svědomí, tak proč...?‘* Má v sobě přesvědčení, že by podobné zkušenost dnes dokázal lépe čelit: *„Už bych se nenechal zahnat do kouta. Asi bych už dneska víc bojoval. Dneska bych se postavil.“*

**4. Spirituální změna** – během traumatu se Petr přiklonil k víře, věřil ve vyšší spravedlnost. Jeho víra se prohloubila, stala se osobnější. *„Dřív jsem chodil do kostela, ale nebyla tam ta meditace. Člověk se pomodlil a myslel při tom na třicet věcí. Dneska se dokážu soustředit. A pomáhá mi to.“*

**5. Ocenění života** – u Petra došlo po traumatu ke změně priorit, svou pozornost napřímil ke vztahům s blízkými lidmi, váží si své svobody, dokáže se těšit z každodenního života. *„Srovnal jsem si hodnoty. Kdysi jsem byl nesmírně do aut, líbil se mě Mercedes, Audi, chtěl jsem to mít. Teď mě to vůbec nic neříká. Nepotřebuju se někde ukazovat...Mám velkou radost z děcek, což je pro mě neskutečná věc. Vycházím s nima, mám z toho radost. Vážím si maličkostí, mám radost ze sluníčka, i když prší, když jdu se psem, když si s manželkou sedneme a pokecáme. To jsou věci nezaplacitelné.“*

### **9.3 Příběh třetí – Kamila**

Kamila je 34 letá žena, k traumatizaci u ní dochází kontinuálně od roku 2006 až dosud.

V roce 2005 Kamile tragicky zemřel bratr, tato těžká situace zasáhla celou její rodinu. Kamila byla vdaná. Smrt bratra jí vnukla myšlenku, že by rodině prospělo narození dítěte. Kamilin manžel již v té době ji ponižoval a křičel na ni, ale Kamila po jedné ztrátě nechtěla přijít i o oporu svého manžela. Početí dítěte (rok 2008) bylo usmiřovacím aktem po prvním velkém fyzickém útoku na Kamilu. Fyzické útoky a psychické týrání se opakovalo i celé těhotenství. *„Fyzická stránka věci nebyla tak strašná, jako ta psychická.“* Manžel omlouval svou agresi žárlivostí a přesvědčoval Kamilu o své lásce. Kamila o sobě začala pochybovat, hledala v sobě vinu, snažila se napravovat domnělé chyby, ztratila lidskou důstojnost. Od manžela se rozhodla odejít ve 4 letech dítěte poté, co její malá dcera se postavila mezi ní a otce, aby bránila matku před jeho útokem. Pět let po odchodu od manžela Kamila dosud není rozvedená, manžel velmi usiluje o získání dítěte do péče, Kamilu nadále týrá a trýzní, posílá na ni udání, ponižuje ji, vyhrožuje a zastrahuje i její původní rodinu (podal trestní oznámení na otce Kamily), snaží se Kamile škodit prostřednictvím jejich dcery (zakazuje zájmové aktivity a lékařská vyšetření, které matka povolí; nerespektuje dohody, dítě stále psychicky týrá). *„To je mučení jí i mě, když se dívám na to, jak ona trpí.“* Kamilina dcera prochází psychoterapií pro syndrom týraného a zneužívaného dítěte.

#### **9.3.1 Analýza dat**

**1. Vztahy s druhými** - ve vztahové oblasti došlo u Kamily ke sblížení a prohloubení vztahů se svou původní rodinou: *„On narušil životy nás všech, ty útoky byly tak velké, že nás to kompletně zasáhlo, bere nám to radost ze života... Přimkli jsme se k sobě, náš vztah je pevnější... A pomáhají mi, bez toho by to nešlo.“* Změna nastala v uvědomění vlastních hranic a kvalit partnerského vztahu a přátelských vztahů: *„Více si vážím kvality nynějšího*

*partnerského vztahu, důsledněji dbám na absolutní detaily partnerství...aby nedošlo k překročení nějaké normy, která by mně byla nepříjemná. Já jsem v tom předchozím vztahu dělala chyby, protože jsem dovolila, aby se ke mně někdo takto choval... Dnes jsem na přátele náročnější a umím přátelství i třeba ukončit, to jsme dřív nedokázala.“* Podporu Kamila zažívá, kromě svých rodičů, také od své právničky a psychoterapeutky, díky nim nachází svou důstojnost a vlastní hodnotu. Ve vztahu k širšímu okolí Kamila zažila ztrátu důvěry: *„Dneska si mnohem víc uvědomuji, kolik zlých lidí je. Při řešení náročných životních situacích narážím na lidi, kteří jsou v mých očích slabí, zlí, podlí, sobečtí, nestateční, nepomůžou... Před vztahem jsem měla růžové brýle, svět byl pro mě báječné místo. Dnes vím, že to tak není a v tomto smyslu připravuji i svoji dceru... Dřív jsem byla se srdcem na dlani, pro každého rozdat se. Dnes jsem taková ostražitá, vždycky čekám, kdy přijde stinná tvář toho člověka.“*

**2. Nové životní možnosti** – v této oblasti Kamila zaznamenala spíše negativní změnu. Její život je sevřen nejistotou, obavami, opakovanou traumatizací. Nedochozí k naplnění její potřeby dalšího mateřství, opustila veškeré pozitivní aktivity, kterým se věnovala před traumatem. *„Pět let se soudím o dceru, po těch pět let jsem blokována pro svůj další život ve smyslu manželství, další rodina... Mně stačí jakýkoliv připomenutí a nejsem v pořádku (pláče)! Že prý od psychopatické osoby by se člověk měl držet co nejdál. Když nemůžete a nutí vás zákon naopak, abyste komunicovala a byla v pravidelném kontaktu, tak je to mučení na druhou!!“*

**3. Osobnostní růst** – v této oblasti Kamila prožívá výrazný nárůst osobní síly, sebedůvěry, jistoty ve vlastní schopnosti: *„Ta životní zkušenost člověka zocelí, jsem silnější, posilněná tím, čím jsem si prošla... Nikdy bych neřekla, že tohle všechno dokážu!“*

**4. Spirituální změna** – zkušenost s domácím násilím u Kamily nevedla k posílení víry či spirituálním změnám. Kamila reflektuje transcendentní prožitky ve spojitosti s tragickým úmrtím bratra.

**5. Ocenění života** – v této oblasti Kamila reflektuje minimální změnu. Vysoce si cení hodnoty vlastního života, její priority zůstaly neměnné v porovnání s obdobím před traumatem. Uvědomuje si vzácnost každého dne, zároveň však negativně prožívá, že dny nedokáže naplnit dle svých představ: *„Až jsem na sebe kolikrát naštvaná, říkám si: ‚Tady jsme zase promarnili den.‘ Musím žít tady a teď, nic jiného nám nezbylo.“*

## 9.4 Příběh čtvrtý – Marta

Marta je 53 letá žena, k traumatické události došlo v roce 2001.

Marta byla spolu se svými malými dětmi (5 a 6 let) a manželem u vody na dovolené. Bydleli v karavanu v kempu. Tu osudnou noc její muž musel odjet do práce. Strhla se velká bouřka, zvedl se silný vítr, z nebe padaly přivaly vody. Vítr strhnul tyčky, které podpíraly venkovní plachtu, jež tvořila stříšku nad vchodem do karavanu. Marta se vydala ty tyčky opravit, ale vítr přitisknul mokrou plachtu ke dveřím. Marta se snažila plachtu od dveří odtrhnout, ale plachta byla těžká. Děti na ni zevnitř karavanu tloukly, křičely, aby jim otevřela, ona nemohla. Pod přivalovým deštěm se začal trhat svah, na němž karavan stál. Marta si všimla, že zpod karavanu se uvolnila cihla. Hrozilo nebezpečí, že se karavan spolu s dětmi skutálí ze svahu do blízké vody. Marta se v zoufalství zapřela proti svahu a začala karavan jistit. Stála tam v hrozné bouřce a dešti čtyři hodiny. Z blízkého okolí na ni pokřikovali muži, ať ten karavan pustí, nevěděli, že má Marta uvnitř děti. Nikdo jí v tu chvíli nepomohl. *„Řvala jsem a modlila se furt dokola! Nikdo nepřišel, nikdo nepomohl, tolik lidí tam bylo!!“* Kolem ní vzduchem lítaly věci jiných lidí, některé karavany vítr odnesl do blízké vody. *„Nikdo si toho nevšímal. Ať to odplave! Ta búrka byla strašná.“* Na sousední karavan spadnul strom, prorazil okno. Když se Marta po tom všem šla podívat dovnitř, byl uvnitř mrtvý muž s rozseklou hlavou, jeho žena ho držela v náručí. Po traumatu se Marta začala celá třást, neovládala nohy, měsíc ležela v nemocnici s podezřením na roztroušenou sklerózu. Po návratu domů zatloukla okna, nechtěla pouštět děti ven, když bylo horší počasí, mívala panické ataky se ztrátou vědomí. Nejstarší syn chodí dosud spát do sklepa, jakmile začne bouřka.

### 9.4.1 Analýza dat

**1. Vztahy s druhými** – u Marty došlo po traumatu k odcizení ve vztazích s blízkými. Manžel neshledal vážnost situace, zlehčoval její trápení: *„Prostě nechápal to, smál se mně, že jen zapršelo. Když jsem ho tam nejvíc potřebovala, tak se na mě vykašlal. Zhnusil se mě v ten moment.“* Marta dlouho odkládala moment, než vyhledala odbornou pomoc, manžel ji stigmatizoval psychiatrickými vulgaritami. Ze strany širší rodiny zažívala nepochopení, nezáměr. Marta se přesvědčila, že se v těžkých chvílích nemůže spolehnout na druhé lidi. Nemůže odpustit druhým jejich lhostejnost a bezcitnost v okamžiku smrtelné hrůzy: *„Nechali mě tam stát! Jednu jedinou! Já jim to trošku vyčítám těm lidem, že mě nedošli pomoci, že to nemuselo vůbec být toto.“* Marta je po traumatu více citlivá k utrpení druhých, soucítí s druhými, je ochotná komukoliv přispěchat na pomoc: *„Já už automaticky vystřelím,*

*že třebaš nějakú pomoc, nebo poradit. Nedělá mně to problém.*“ S vděkem prožívá vztah se svou ošetřující lékařkou, kde se mohla poprvé o svém traumatu svěřit, našla zde pochopení a podporu: *„Když jsem to mohla poprvé říct, já cítila takovou úlevu, všechno povolilo, ať ty záda celá jsem se prostě uvolnila.“*

**2. Nové životní možnosti** – v této oblasti Marta zaznamenala změnu v malé míře. Svou životní cestu po traumatu přizpůsobila okolnostem – pečovala o svou umírající matku, stará se o mentálně retardovaného syna. Snaží se změnit důležité věci. Výraznější změnu v této oblasti zaznamenala v souvislosti s další traumatickou událostí v nedávné době, kdy jí tragicky zemřel synovec spolu se svou rodinou. Její bratr tuto skutečnost neunesl a oběsil se. *„Tenkrát jsem nebyla tak silná, jak teď. Před tím jsem se nedokázala ozvat, teď jo.“*

**3. Osobnostní růst** – Marta se po traumatu cítí silnější, odolnější, samostatnější. *„Teď už se umím víc s tím vypořádat, nepotřebuju tych ostatních. Už se umím ať prosadit. Před tím ne, před tím jsem si nechala srát na hlavu.“* Reflektuje, že na její cestě k obnovení vnitřní síly jí pomáhaly lázeňské a terapeutické pobyty, domácí prostředí jí spíš oslabuje: *„Tenkrát jsem si říkala, že jenom já jsu ta špatná a kde jsem udělala chybu. Teď si říkám: „Je to tvůj názor.““* Marta se cítí se životem smířená, tuto změnu začala prožívat až s odchodem svých rodičů a náhlým úmrtím bratra.

**4. Spirituální změna** – na základě traumatické události Marta našla cestu k víře. *„Když se to tenkrát stalo, já jsem se furt modlila. Měla jsem křeče v rukách, potom došlo to třesení... Strašně mi to pomohlo a pomáhá.“* Duchovní potřeby druhých lidí respektuje, sama se obává výsměchu: *„Jen nechcu, aby to on (manžel) nebo kluci viděli, aby se mně nikdo nasmál (pláče). Ale já to prostě potřebuju.“*

**5. Ocenění života** – během traumatické události si Marta intenzivně zvědomila hodnotu života svých dětí, bojovala o jejich záchranu. Po traumatu došlo u ní k řadě zdravotních obtíží, uznala hodnotu svého zdraví. Vztah s manželem, který měla položený ve svém hodnotovém žebříčku vysoko, zaznamenal po traumatu devaluaci. Marta prožívá vděk za každý nový den: *„Každé ráno poděkuju!“*, dokáže se s lehkostí povznést nad konflikty: *„Třeba když jsem něco udělala špatně, tak se začnu smát: „No co, tak mě zaplešti!“*, žije dneškem *„Teď je teď, na co plány. Já jsu ten nejspokojenější člověk na světě, nic mně nechybí.“*

## 9.5 Příběh pátý – Marie

Marie je 48 letá žena, během života byla traumatizovaná opakovaně (dětství a dospívání, rok 1997, léta 2002 - 2005).

Marie se narodila jako nechtěné dítě. Matka jí v dětství často fyzicky trestala, pracovně přetěžovala, Marie nezažila v dětství pochvalu či ocenění. *„Jako dítěti mně neustále vykládala, že mě měla chytnout už v kočárku za ty nohy a praštit se mnou jak s králíkem. Kolikrát mně to ukázala, jak se to má správně dělat a potom mně připomínala, že to se mnou měla udělat taky.“* Marie se snažila získat si matčinu náklonost a o to usilovněji pracovala, matku poslouchala, snažila se zavděčit. V Mariiných 6 letech se rodiče rozvedli. Matka si našla nového partnera, který Marii začal sexuálně zneužívat. To trvalo až do jejích 16 let. V té době se matka s partnerem bouřlivě rozcházela, hlasitě se hádali, rozbíjeli věci, Marie v tom období zhubla 20kg. *„Já jsem chodila jak mátoha, to se tam nedalo vydržet! A nikdo se mě nezeptal: ‚Není ti něco? Nepotřebuješ pomoci?‘ Nikoho to nezajímalo!“* Po střední škole Marie toužila jít na vysokou, ale matka jí to nedovolila. V 19 letech se seznámila se svým budoucím manželem Jáchymem. Vztah se zpočátku jevil jako idylický, mladý pár se sestěhoval do domku po prarodičích, měli spolu 2 děti, Marie dobře vycházela s otcem manžela, chodila do práce, cítila se dobře. V roce 1997 přišla povodeň. Velká voda vytopila domek, vzala jim veškerý majetek. *„To byla rána jak z děla! Až ta voda opadla, tak tam chodil statik a křížkoval... Všechny domy v řadě shrnul buldozer.“* Marie se po povodni nastěhovala spolu s dětmi a manželem ke tchýni do třípokojového bytu. Jáchym začal na původním pozemku stavět nový dům. Domů chodil opilý, narůstaly konflikty mladých manželů i mezi Marií a tchýní. Soužití nakonec skončilo po 5 letech prodejem bytu. Marie se spolu s Jáchymem nastěhovala do hrubé stavby, bez zajištěného sociální zařízení, bez sítí. Děti si u sebe nechala tchýně. V té době (2002-2005) už bylo manželství v rozkladu. Jáchym pil, zadlužoval se, lhal, Marii bil, psychicky ji trýznil, kontroloval jí peníze a osobní věci, omezoval ji v pohybu. *„Párkrát jsem dostala, párkrát mě chtěl zabít, podřezat. Chodívala jsem do práce nevyspalá, zbitá, neumytá...“* Po dokončení stavby domu začaly přicházet exekuční příkazy. V Jáchymovi to vzbuzovalo další vlny agrese. *„Byl strašně zlej, nepřičetnej! Třeba naházela věci do obýváku, polil je benzinem a zapálil... Spálil úplně všecko. Děckám všecko spálil, zničil, prodal... Všecko porozbíjel.“* V zimě 2005 před Vánoci přišel další exekuční příkaz. Jáchym přišel domů opilý a byl agresivní: *„Říkal, že nás zabije, že nepřežijeme noc.“* Marie poslala děti zadními dveřmi ke tchýni. Sama se snažila utéct z domu, Jáchym nastartoval vůz a začal do ní najíždět autem. *„Bylo minus deset a on mě honil po dědině jen v ponožkách a v tričku...ten zvuk toho motoru, jak to začal túrovat,*



*ten ve mně zůstane až do smrti.*“ Marie se s Jáchymem rozvedla poté, co začal vyhrožovat jejím dětem. Bála se o jejich život. *„Syn si jednou stoupnul mezi nás a řekl, ať mě nechá. Jáchym mu začal vyhrožovat, že ho zmrzačí tak, že mu nebude stačit ani kolečkový křeslo! Což byla opravdu poslední kapička.“* Po rozvodu a prodeji domu musela Marie splácet statisícové dluhy, které z manželství zbyly, dál čelila výhrůžkám, pronásledování a nočním telefonátům Jáchyma, potýkala se s chudobou. Oporu našla u svého současného partnera a v pravidelných psychoterapeutických návštěvách.

### **9.5.1 Analýza dat**

**1. Vztahy s druhými** – ve vztahové oblasti Marie zažívá větší pocit sounáležitosti, je soucitnější, vnímá potřeby druhých a je ochotná pomáhat. Potřebu druhých lidí má spojenou s kvalitou blízkosti, bezpečí, rodinného zázemí. Díky prožitku domácího násilí a sexuálního zneužívání není ochotna dávat své city otevřeně najevo. Marie zároveň reflektuje zklamání ve vztazích, neochotu druhých jí pomoci ve chvílích strachu a zoufalství: *„Jáchym na mě najížděl autem, ty lidi za tím oknem byli!! Záclony se hnuly, ale nikdo, NIKDO ty policajty nezavola!“*; odcizení a ztrátu důvěry mezi lidmi po povodních: *„Závist byla po té vodě šílená! To si nedovedete představit, co ta závist a ta nelidskost s tou vesnicí udělaly!. Ti, co to potřebovaly, ti se k humanitární pomoci vůbec nedostaly. Co se tam tenkrát dělo!!“*

**2. Nové životní možnosti** – v této oblasti Marie zaznamenala průměrnou změnu. Začala se věnovat samostudiu, snaží se doplňovat znalosti a vědomosti. V otázce nakládání s vlastním životem prožívá vděk za klid, mír. *„Já nedělám nic a užívám si ten klid, to bezpečí.“* Potýkání se s chudobou jí dalo životní moudrost, Marie se již nepřepočítává jako v minulosti, netouží po majetku, je skromná a vděčná za to, co má. *„K tomu, abyste byla šťastná a spokojená, tak nepotřebujete věci.“* Odpovědný přístup k životu měla i v minulosti, před traumatizací. *„Vždycky jsem se snažila, aby kdybych zítra umřela, abych ty důležité věci měla v pořádku. Žít s čistým štítem.“*

**3. Osobnostní rozvoj** – Marie je na cestě v budování sebedůvěry, sebejistoty. Má obavy o budoucnost svých dětí, nesmířila by se s tím, kdyby i oni procházely partnerským násilím. *„Já mám strašnej strach, jestli už jsem vyčerpala všechny ty rány od života, nebo jestli musím dostat ještě nějakou.“* Trauma jí ukázalo její silné stránky, především vůli. *„Já jsem vůbec netušila, co vydržím. Kolik toho zvládnou. Já si poručím, že to zvládnou!“* Marii posílilo trauma v oblasti sebeúcty, uvědomění si vlastních hranic: *„Už nikdy nedovolím, aby mě chlap jakkoliv omezoval! Aby mně někdo zakazoval, kontroloval... Ani mě nikdo už nepraští! Už nikdy nedopustím, aby mě někdo zahnal do kouta!“*

**4. Spirituální změna** – v této oblasti Marie prožívá pochybnosti. Cítí se být zkoušena, pracuje s domnělou vinou, otázkou trestu: „*Ríkám si: ‚Proč tohle všechno dopustíš?‘ Pokud jsem se nějak neprovinila, nebo nenaběhla si... Já musela být v minulém životě hrozná potvora, že si to teďka musím takhle...*“

**5. Ocenění života** – v této oblasti Marie prochází výraznou změnou, cítí hluboký vděk a úctu k životu. Úctu k životu projevuje prostřednictvím péče o sebe, o své tělo. Musela se vypořádat s neláskou k tělu (po sex. zneužívání), sebevražednými myšlenkami, nyní si svého života váží. Přeorientovala si své priority. Původní potřeba být sociálně přijímaná se pozměnila poté, co jí nebyla poskytnuta pomoc. Je svobodnější, nesnaží se druhým zavděčit. „*Jsou mi vyloženě jedno.*“ Marie přijímá i svou historii: „*Některý roky svého života bych úplně vymazala...ale potom by mně moc těch roků nezůstalo (pronáší uvolněně, se smíchem).*“

## 9.6 Příběh šestý – Jiřina

Jiřina je 39 letá žena. Byla traumatizována od roku 2007 do roku 2016.

Jiřina byla 11 let vdaná. Zpočátku se vztah jevil jaké běžný, manžel byl žárlivý, Jiřina to vnímala jako důkaz lásky. Po dvou letech od uzavření sňatku se narodil syn Jakub. Tehdy byl manžel často pracovně mimo domov, po návratu jí vyčítal, že není dostatečně uklizeno či navařeno jídlo dle jeho chuti. V té době začaly první fyzické ataky a verbální agrese. „*Zfackoval mě. U toho křičel, že jsu neschopná, jen se doma válím a nevydělávám.*“ Poté manžel odjel na zahraniční misi, během toho jí neustále kontroloval, posílal sms, telefonoval. Po jeho návratu vznikaly další konflikty, hádky, výčitky. Hlavním tématem byla finanční situace rodiny a manželovo podezření z nevěry. Jiřina nabyla dojmu, že se nechová dle manželova očekávání, objevovaly se pocity studu, že je neschopná, viny, že situaci nezvládá, strachu, z manželovy zloby. V roce 2011 se narodil druhý syn, situace se částečně zlepšila. Jiřina toužila po seberealizaci a udělala si masérský kurz. To se manželovi nelíbilo, začal ji podezírat z promiskuity, ověřoval si data z jejího počítače a mobilního telefonu. Po nalezení zpráv od přátel došlo k fyzickému napadení, vyhodil ji z domu. Jiřina podala na manžela trestní oznámení. On ji uprosil, aby ho odvolala. Vyvíjel na ni nátlak, aby se vrátila. Jiřina věřila manželovým slibům, omlouvám, věřila v jeho změnu, chtěla zůstat v manželství kvůli dětem. K manželovi se vrátila. Situace se však hned vrátila do původního stavu. Manžel Jiřině nainstaloval do počítače program, který zaznamenával data, ta potom používal k psychickému teroru: „*Data mám nahananá, podvádíš mě!!*“ Psychické i fyzické násilí

v manželství eskalovalo, přidaly se sexuální útoky. Situace vygradovala v roce 2016, kdy došlo k brutálnímu napadení Jiřiny manželem v přítomnosti dětí, a Jiřina odešla. Celou situaci shrnuje takto: „*Ten vztah smysl neměl, ale jsou z něho děti, které jsou fajn...*“

### 9.6.1 Analýza dat

**Vztahy s druhými** – traumatická událost posílila vztahy Jiřiny v primární rodině. Během domácího násilí Jiřinu rodiče finančně a materiálně podporovali, podíleli se na péči o děti. Manžel jí to vyčítal a zakazoval jí kontakt s rodinou. „*Bez rodičů by to nešlo! Jsme si blíží!*“ Podporu zažila Jiřina od několika žen, které také měly zkušenost s domácím násilím. Jedna z nich Jiřinu ubytovala poté, co jí manžel vyhodil z domu. Jiřina u sebe vnímá nárůst empatie, soucitu, shovívavosti k druhým lidem: „*Už chápu líp problémy druhých... Jsem schopná pochopit, že někdo třeba nemůže, nechce...*“; snížila se u ní ochota dávat své city otevřeně najevo, cítí se zranitelnější vůči druhým lidem, obává se další traumatizace. Jiřina vlivem traumatu přišla o většinu přátel, manžel jí velmi omezoval ve stycích a trestal ji za neuposlechnutí, zároveň se přátelé báli Jiřinu navštěvovat, kvůli domácí atmosféře, nechtěli, aby jejich děti se kamarádili s Jiřininými. Jiřina toto zjištění reflektuje jako negativní změnu.

**2. Nové životní možnosti** – v této oblasti Jiřina zaznamenala změnu ve větší míře. Za svou novou životní cestu považuje odchod od manžela, odchod ze zaměstnání, do kterého byla manželem donucena, věnuje se budování nového domova: „*Snažím se přebudovat domeček a baví mě to. Je to dobré se něco naučit, když se něco stane, tak je člověk stejně na to sám.*“

**3. Osobnostní růst** – Jiřina v této oblasti zaznamenala pozitivní změnu, kterou připisuje vlivu traumatu a psychoterapie. Cítí se samostatnější, rozhodnější, postupně znovu získává vlastní důstojnost. „*Dřív jsem nebyla schopná říct věci tak naplno, jako jsem teď. Bála jsem se o sebe a o děti. Musela jsem držet hubu a krok... Jsou teď zvyklá poradit si tak jak to je, s podmínkami, který jsou.*“

**4. Spirituální změna** – ve spirituální oblasti došlo u Jiřiny k posílení víry. V nejtěžších životních chvílích spoléhala na svou víru, vyšší moc a obrat situace pozitivnějším směrem. „*Tam, kde končí lidský schopnosti, tam začínají ty od Boha.*“

**5. Ocenění života** – Jiřina změnila svou hodnotovou orientaci: „*Dřív jsem se snažila stále něčeho dosáhnout, něco vylepšovat, furt něco spravovat. Teď už vím, že něco řešit nejde. Přestala jsem být kvůli některým věcem nervózní. Důležitější je udělat to, co člověk chce, jak nejlíp to jde. Hlavně pohodu a klid!*“; je všímavější, dokáže ocenit drobné radosti: „*Takové ty pěkné chvílky, ty mě držely, taková ta radost z maličkostí.*“; prožívá vděk za každý nový den, je ráda, že to přežila.

## 9.7 Příběh sedmý – Lucie

Lucie je 34 letá žena, k traumatu došlo v roce 2011.

Lucie žila tři roky s Janem. Partner byl k ní pozorný, všímavý, zahrnoval jí dárky, ale zároveň k ní přistupoval majetnický, vše jí zakazoval, byl velmi impulzivní, vzteklý, stačilo málo k jeho rozčilení. Lucie to tiše snášela, ustupovala, nebránila se. Po opakovaných brachiálních útocích na veřejnosti se Lucie rozhodla vztah ukončit. Odstěhovala se. Jan jí i po rozchodu nadále kontaktoval, pronásledoval, v nestřežených okamžicích si k ní nasedal do auta, bral jí klíče od bytu, mobilní telefon, vyhrožoval, že jí zabije psa, jestli se k němu nevrátí. Už byla sama bezradná. Lucie začala chodit s Ondřejem, který se jí snažil před expřítelem chránit. Pro Jana to byl signál úplného zániku vztahu a ještě víc Lucii škodil. Vyhrožoval jí, že jí úmyslně způsobí nehodu, aby měla pocity viny, že zavinila něčí nebo jeho smrt. Dne 30. 6. 2011 si Jan k ní opět přisedl do auta (Lucie se živila rozvozem tiskovin) s žádostí, že by chtěl odvézt na hřbitov do sousední vesnice. Lucie v minulosti Jana na hřbitov vozila. Byl zde hrob Janovy expřítelkyně, která zemřela při autonehodě, kterou Jan způsobil. Jan sliboval, že to je jejich poslední společná cesta. „*Tak já pod vidinou toho, že je to fakt naposledy, že budu mít už od něj pokoj, jsem svolila.*“ V kritický okamžik se Jan zeptal, zda budou spolu, Lucie mu na to neodpověděla, on pronesl: „*Tak sbohem!*“ a strhnul řízení. V daném úseku jeli cca 100km/hod, pak letěli vzduchem přímo proti velkému stromu, do něhož narazili. Po nárazu se Lucie probrala, nemohla se pohnout, byla ve voze zaklíněná. „*Pak se ve mně něco zlomilo, strašně jsem se naštvála a dobila ho... Mydlila jsem ho pěštma, dávala jsem mu neskutečně.*“ Lucie zavolala policii, byla v šoku, nemohla dát dohromady celou větu. Policista, který s ní hovořil, se domníval, že si z něj dělá srandu. Z auta se kouřilo, viděla před sebou jen hromadu šrotu, chtěla ven, ale dveře byly zaklíněné. Pak zavolala Ondřejovi, ten na místo nehody dorazil dřív než policie. Bolesti začala vnímat, až když přijela rychlá záchranná služba, v té chvíli ztratila vědomí. Lucie byla v nemocnici vyšetřována kriminální policií pro obvinění z úmyslného zavinění dopravní nehody a ublížení na zdraví s následkem smrti spolujezdce. Hrozilo jí šest let nepodmíněného trestu. Opakovaná předvolávání na policii a několikahodinové výslechy u Lucie způsobily, že se jí traumatická událost oživovala. Dále televize odvysílala reportáž z nehody spolu s fotografiemi Lucie i Jana. V reportáži byla označena za možnou vražedkyni. Televize se jí snažila tajně natáčet i po propuštění do domácího léčení. Lucie se s PTSD potýkala 5 let.

### 9.7.1 Analýza dat

**1. Vztahy s druhými** – Lucie po autonehodě zažila velkou blízkost a zkvalitnění vztahů ve své původní rodině. Po propuštění z nemocnice byla celá polámaná, bez pomoci bližních se nenajedla, neumyla, neobsloužila se na toaletě. Nejsilnější emoční podporu jí poskytnul její partner. Ve vztazích k rodinným příslušníkům se více snaží, odpustila dávné křivdy, témata, která pro ni měla v minulosti konfrontační náboj, nyní přechází s lehkostí. *„Mezi mnou a otcem je určitý blok, celý život jsem se cejtala odstrkovaná, leta jsme se nebavili...ted' se s ním snažím vyjít. On sám řekl, že je vidět obrovská změna v mém chování po té nehodě.“* Lucie je výrazně citlivější k utrpení druhých, i k těm, kteří sdílejí podobný osud. Nabízí sdílení známým po autonehodě nebo jejich rodinným příslušníkům: *„Člověk cítí s těma lidma, protože ví jaký to je. Vím, jak se cítí.“* Negativně prožívala přehnaný zájem okolí o její problematiku po zveřejnění reportáže v médiích: *„Hrnulo se to na mě ze všech stran! To bylo strašný! Lidi jsou šťouraví, škodolibí, přiživující se na cizím neštěstí! Oni si ani neuvědomujou, jak vám tou otázkou ublíží...“* Po nehodě Lucie zažila zklamání z vrstevnických vztahů, odcizení: *„Po tom všem jsem zjistila, že nemám žádný kamarády. Všechno je to přetvářka!“*

**2. Nové životní možnosti** – v této oblasti Lucie zaznamenala výraznou změnu. Krátce po nehodě přišla do jiného stavu. I přes negativní odezvu zdravotníků si mateřství prosadila (byla po nehodě polámaná v oblasti pánve, stehenní kosti, v kostech měla kovové výtzuhy, lékaři nedoporučili zatížení nosného systému tak brzy po nehodě). Mateřství je pro ni naplňující, prožívá smysluplnost svého života. Změnu zaznamenala v nakládání s časem: *„Já už ted' nic neodkládám, snažím se to řešit hned. Málokdy si řeknu, že to počká třeba na další den. Protože život je vrtkavej, ted' tady jste a za hodinu už tady nemusíte být.“*

**3. Osobnostní růst** – Lucie se po nehodě cítí silnější: *„Když jsem přežila tohle, tak už přežiju všechno! Já dřív myslila, že jsu slabčák, který se položí při nějaké vážnější situaci, a zjistila jsem, že zas takový slabčák nebudu.“*; smířenější se životem: *„Člověk si myslí, že je nesmrtelnej!“*; sebejistější, osvobozená od hodnocení okolí: *„Je mi úplně jedno, co si o mně každý myslí! Se sebou už nenechám zametat! To je to pozitivum, který mi to dalo.“*

**4. Spirituální změna** – Lucie zaznamenala posílení ve své duchovní oblasti: *„Já jsem člověk, co věří v dobrou osud... Někde tam, mezi nebem a zemí, něco musí být, jinak bych tady už asi nebyla.“*; prožívá víru ve spravedlivý běh života: *„Já myslím, že on zaplatil za to, co všechno udělal a mně se taky to dobrý všechno vrátilo.“*; prožívá vděk za svůj život: *„Já jsem šla jednou poděkovat tomu stromu, že mě zachránil, že jsem tady zůstala. Já jsem byla fakt vděčná!“*

**5. Ocenění života** – v této oblasti došlo u Lucie k výrazné změně. Po traumatu si více váží svého zdraví: „*Zdraví je to nejdůležitější, co je, a to všechno ostatní jsou prkotiny.*“; žije přítomným okamžikem: „*Myslím, že nemá cenu plánovat... (Dřív) jsem si myslela, že budu mít velkej barák, auto, čtyři děti. Tak taková už dávno nejsem! Já žiju dneškem, co bude zítra, mi je jedno.*“; prožívá pokoru a úctu k životu: „*Díky za každý nový ráno! Člověk se ráno vzbudí, zjistí, že je zdravěj, že i děti jsou zdravý. Tak je hezkej den!*“; ve svém hodnotovém žebříčku zaznamenala posun od materiálních k duchovním potřebám: „*Nemusíme mít všechno, nekupujeme ty nejdražší věci. Nechci lítat od nevidím do nevidím do práce. Pro mě je důležitý klid a pokoj doma, v rodině.*“

## 10. Výsledky

V narativní rekonstrukci představují jednotlivé traumatické události, které vedly ke vzniku posttraumatické stresové poruchy, v jejich časové ose. Traumatickými událostmi bylo dokonané suicidium manžela, křivé nařčení z trestného činu a policejní vyšetřování, domácí násilí, dopravní nehoda, přírodní katastrofa – povodeň, přívalový déšť. Traumatické události ve většině případů souvisely s násilím páchaném na dotyčné osobě či osobě blízké, omezováním svobody, s ohrožením života člověka či osoby blízké. To všechno jsou vysoce zátěžové situace. Jejich zvládnutí vyžaduje intenzivní zapojení vnitřních i vnějších zdrojů. I přes různorodost traumatických událostí došlo k podobnému procesu zpracování traumatu, a též poznání, které na základě tohoto prožitku vzniká, je srovnatelné. Toto poznání, myšlenkový a hodnotový obrat je to, co příběhy spojuje.

Atributy posttraumatického růstu jsou přítomny u všech zúčastněných respondentů, jak ukazuje níže uvedená tabulka.

Tabulka č. 3: Shrnutí výsledků posttraumatického růstu

Kategorie růstu/respondenti	Alena	Petr	Kamila	Marta	Marie	Jiřina	Lucie
Vztahy s druhými	++	+	++	+	++	++	++
Nové životní možnosti	++	++	-	+	++	+++	+++
Osobnostní růst	+++	+++	+++	+++	+++	++	+++
Spirituální změna	+++	+++	0	+++	+	++	++
Ocenění života	++	+++	0	+++	+++	++	+++

Vysvětlivky: - negativní změna

0 žádná změna

+ malá změna

++ průměrná změna

+++ větší až výrazná změna

Ve **vztahové oblasti** respondenti rozlišovali změnu ve vztazích s blízkými (v primární rodině, v partnerství) a ve vztazích s širším okolím. S blízkými zažívali po traumatu zkvalitnění vztahů, větší intimitu, prožitek hlubšího porozumění vztahům, odpuštění minulých křivd, pochopení a přijetí limitů svých bližních. Sblížení a zlepšení vztahů

v primární rodině se pojí s vděčností. Traumatizovaní lidé byli po svém traumatu odkázáni na finanční, materiální, nebo zdravotní pomoc svých blízkých. Prohloubení vztahů se pojí s emoční podporou, pochopením, přijetím, poskytnutím bezpečného prostředí, kde mohli poškození lidé ventilovat své prožitky. Významný byl aspekt naděje, kterou jim bližní v době po traumatu vnášeli do života. Vědomí vlastní konečnosti a vrtkavosti životního běhu traumatizovaným lidem dává úctu k blízkým vztahům a posiluje u nich potřebu kvalitně o vztahy pečovat. Ve vztazích k širšímu okolí došlo u všech respondentů k narušení původní sociální sítě, ve které figurovali před traumatem. Výrazně se u nich snížil počet dosavadních přátelských vztahů. Tato změna se pojí jednak se změnou v hodnotové orientaci u respondentů, jednak ve změně aktivit a zájmů respondentů. Objevuje se ztráta důvěry v druhé lidi, uzavřenost a neochota projevovat otevřeně své city, pocity zklamání a odcizení. Lidé po traumatu se cítí více zranitelní, obávají se dalších traumatizací. Negativní prožitky směrem k širšímu okolí se pojí s omezeným poskytnutím pomoci v momentě traumatizace. U všech respondentů došlo po traumatu k posílení asertivního sebeprosazení, schopnosti hájit své zájmy, vymezit se při tlaku či nepříjemným požadavkům okolí. Tento aspekt se pojí s osobnostní změnou – s nárůstem vlastní hodnoty, důstojnosti, vnitřní síly. Všichni respondenti udávali výraznou změnu v otázce soucitu s druhými lidmi s podobnou zkušeností (soucit ve smyslu pochopení ale i vyšší míra citlivosti v tělovém prožívání). Citlivost ve smyslu pochopení se pojí s prohloubením morálního cítění u lidí po traumatu. Tělové prožívání pravděpodobně vyplývá z biologického korelátu traumatu, kdy při expozici podnětu připomínající trauma dochází k opětovné aktivaci amygdaly a hypotalamo-hypofyzární osy. Expozice traumatické zkušenosti, byť zprostředkovaná, tedy působí zvýšenou dráždivost a aktivaci vegetativního systému – připravenost k instinktivní reakci na stresor.

V oblasti **nových životních možností** respondenti uváděli realizaci svých přání a snů, které si v době před traumatem nebo během traumatizace nemohli dovolit (studium, změna zaměstnání, změna životního stylu, zdravější životospráva). Nové směřování bylo vázáno jednak k pomíjivosti lidského života, jednak to v některých případech byla životní nutnost (např. rekonstrukce objektu, ve kterém respondentka chtěla žít, změna zaměstnání z důvodu značné finanční zátěže pro rodinu nebo nevyhovujících podmínek). U dvou respondentek byla přítomná transformace vlastní životní zkušenosti do pomoci druhým lidem. Všichni respondenti uváděli lepší nakládání s časem, a to formou snahy řešit podstatné věci zavčasu (příjemné i nepříjemné).



V otázkách **osobnostního růstu** zaznamenali všichni respondenti výraznou pozitivní změnu. Byl přítomen nárůst osobní síly, sebedůvěry, rozhodnosti, samostatnosti, vnitřní jistoty, nezávislosti na hodnocení okolí, sebeúcty. Téma sebeúcty a sebedůvěry dominovalo u žen traumatizovaných při domácím násilí. V otázce smíření se s událostí (tvrzení číslo 12) respondenti podávali ambivalentní odpovědi. Traumatická událost měla pro respondenty dalekosáhlý dopad do všech jejich životních oblastí – psychické, sociální, zdravotní, materiální. Došlo u nich ke ztrátám životních rolí (manželka, sestra, podnikatel). Traumatickou událost většina z nich nepovažovala za smysluplnou, ale spíš devastační. Respondenti měli problém s přijetím traumatické události. Převládal názor, že by traumatické okamžiky raději ze života zcela odstranili. Zároveň sdělovali větší připravenost čelit jakýmkoliv dalším životním obtížím.

V otázkách **spirituality** zažívali respondenti různou míru změny. Objevovalo se téma vyšší spravedlnosti a nespravedlnosti života. Opakoval se prvek domnělé viny a trestu, odpykávání zásluh z minulého života. Respondenti, kteří zaznamenali růst v této oblasti, se v momentě traumatizace spoléhali na vyšší moc a věřili v obrat situace pozitivnějším směrem. Zajímavým prvkem přesahu bylo mateřství. Traumatizované ženy, které po traumatu musely pečovat o malé děti, sdělovaly naplnění života mateřstvím. Mateřství a výchova dětí jim v tu chvíli dávaly jediný smysl života. Svůj život nevzdaly. Sítila potřeba vychovat své děti tak, aby byly připravené do života, odolné, schopné si samostatně poradit. Děti v tomto případě jsou prezentovány jako otisk života své matky.

V oblasti **ocenění života** respondenti vykazovali hluboký vděk a úctu k životu. Tváří v tvář smrti více uznali hodnotu vlastního zdraví, života, svobody, klidu a míru, vztahů (zdraví/život/svoboda není samozřejmost). U části respondentů došlo k posunu priorit od materiálních k duchovním. Tyto změny jsou saturovány vědomím vlastní zranitelnosti, konečnosti, nepředvídatelnosti běhu životních událostí. Opakovalo se téma vděku za každý nový den, zvýšené všímavosti a ocenění drobných radostí.

Jednotlivé oblasti posttraumatického růstu jsou vzájemně provázané. Toto se projevilo při podrobnější analýze výroků jednotlivých respondentů, které se v daných oblastech opakovaly, nebo doplňovaly. Kategorie ‚spirituality‘ a ‚ocenění života‘ se navzájem překrývají. Dále se objevovaly podobné výroky v kategoriích ‚ocenění života‘ a ‚nové životní možnosti.‘ Kategorie ‚vztahů s druhými‘ korelovala prakticky se všemi ostatními kategoriemi.

Posttraumatický růst je třeba chápat jako proces neustálého navracení se k tomu, co se stalo, a proces obnovování duševní rovnováhy. Kombinace narativního přístupu a kategoriálního vymezení zachycuje posttraumatický růst v jeho momentální podobě, neboť i reflexe posttraumatického růstu se v průběhu času mění pod vlivem nových událostí a dalších krizí.

## 11. Diskuze

Závěrečná kapitola empirické části je věnována limitům studie v jejích jednotlivých krocích, interpretaci výsledků a nastínění možností využití získaných poznatků pro praxi.

### 11.1 Soubor

Snaha zajistit reprezentativní soubor se ukázala jako velmi náročná. Na počátku výzkumu byli osloveni ambulantní psychiatři ve spádové oblasti a psychiatři a kliničtí psychologové psychiatrické nemocnice v jednom kraji. Ukázalo se, že psychický stav lidí s PTSD hospitalizovaných v lůžkových zařízeních není dostatečně stabilizovaný a provedení výzkumu by v jejich případě bylo neetické z důvodu možného zhoršení jejich příznaků. Od ambulantních psychiatrů jsem dostávala zprávu o výrazné vulnerabilitě jejich klientů, či chronickém průběhu PTSD. Nechtěli své klienty exponovat výzkumné situaci a spolupráci odmítali. Část oslovených klientů sama odmítla výzkumné šetření podstoupit, cítili se stigmatizovaní traumatem. I přes přislíbenou anonymitu nechtěli být v diplomové práci nijak uvedeni z důvodu možného rozpoznání svým okolím. Dále pro ně bylo ohrožující otvírat staré rány. Zaměřila jsem se tedy na psychoterapeutická oddělení a psychosociální zařízení s vizí, že zde budou přítomni lidé s mírnějším průběhem PTSD, a tedy do výzkumu zařaditelní. Z těchto stanic přišla zpráva o nevhodnosti narušování skupinové dynamiky prací s jednotlivcem. Absolvovat výzkumné šetření nebo zařadit své klienty do výzkumu byl požadavek, který kladl vysoké nároky jak na psychiatry, tak na samotné respondenty. Psychiatři museli unést míru nejistoty, že se duševní stav jejich klientů po výzkumném šetření nezhorší. U klientů se ukázala stěžejní odvaha, schopnost exponovat se traumatických vzpomínkám a jistá míra smíření se s životní událostí. Nabízí se možné vysvětlení, že posttraumatická stresová porucha je opravdu velmi vážné onemocnění, které u většiny svých nositelů působí celkovou devastaci psychického a fyzického zdraví, ztrátu majetku, sociální opory, narušení důvěry ve spravedlivý svět a přirozený životní běh. Lze se tedy domnívat, že respondenti, kteří se zúčastnili výzkumu, patří k procentu zotavených pacientů. Tvoří špičku ledovce. U jiných lidí jsou důsledky posttraumatické stresové poruchy natolik vážné a ničivé, že jim je znemožněn důstojný život a expozice stresu v podobě výzkumu by mohla působit retraumatizaci či destabilizaci psychického stavu. Rekrutace respondentů se tedy časově protáhla na dva a půl roku. Z mého hlediska by bylo vhodné při dalším obdobném výzkumu zaměřit se pouze na ambulantně léčené klienty, u nichž můžeme předpokládat časový odstup od traumatické události a částečné či úplné

zpracování traumatické zkušenosti. V akutní fázi jsou lidé hospitalizováni na somatických či psychiatrických odděleních a výzkum v jejich případě není etický a/nebo proveditelný.

Samotný výběrový soubor čítá 6 žen a 1 muže. Toto zastoupení respondentů neodpovídá rozložení PTSD v populaci. Wittchen a Jacobi (2005) dospěli při svém výzkumu na evropské populaci k dvakrát vyšší incidenci PTSD u žen oproti mužům. Vyšší zastoupení žen v této práci odpovídá jednak charakterům traumatu (domácí násilí, dopravní nehoda; nehodovost je z hlediska incidence mezi traumaty poměrně vysoce zastoupená, ovšem u mužů má nižší traumatizující potenciál oproti ženám), jednak ženy spíše vyhledávají psychiatrickou pomoc oproti mužům. Mezi lidmi je stále přítomna vysoká míra stigmatizace oboru i klientů, kteří navštěvují psychiatrické služby. Lze tedy předpokládat, že u mužů převládají jiné zvládací strategie při vzniku potíží. Studie ukazují v populaci lidí s PTSD vysokou incidenci komorbidních poruch z oblasti závislosti na alkoholu či jiných substancích (Kofeoad, Friedman & Peck, 1993; Woodward et al., 2006; Stewart et al., 1998). V předkládaném souboru bylo u dvou respondentů zjištěno vyšší užívání tabáku po traumatu, u jednoho misúzus alkoholu. Nikdo z nich však nedospěl k závislosti na alkoholu či jiných psychoaktivních látkách. Nabízí se možnost při příštím výzkumu hledat respondenty např. ve svépomocných skupinách (anonymní alkoholici), v nízkoprahových službách zaměřených na uživatele návykových látek, nebo mezi mladými dospívajícími pobývajících v nápravných zařízeních a diagnostických ústavech. Zajímavé by bylo realizovat výzkum posttraumatických jevů u skupiny etnických menšin a imigrantů. Tito lidé nevyhledávají psychiatrické služby z důvodů jazykové bariéry či ilegálního pobývání na území ČR a přitom lze předpokládat, že u řady z nich se objevuje trauma III. typu (kolektivní trauma, masové násilí vedoucí ke ztrátě identity).

Dalším limitem přenositelnosti výsledků na populaci je malá velikost výběrového vzorku. Větší výzkumný soubor by mohl vést k vytvoření obecnějších principů přístupu k traumatizovaným osobám tak, aby byl podpořen růst a nikoliv chronifikace PTSD.

## **11.2 Realizace výzkumu**

Samotný výzkum byl realizován během jednoho setkání. Dopředu nebyla stanovena horní ani dolní časová hranice. U části respondentů po první části interview došlo k otevření a bolestivému prožívání traumatizující události s tělesnými reakcemi. Při následném vyplňování dotazníku PTGI-CZ se pak projevovala psychická únava respondentů a omezená schopnost reflektovat jednotlivá tvrzení z dotazníku. Vhodné by bylo výzkumné šetření rozdělit na 2 samostatné celky – první část by sloužila ke vzájemnému seznámení

respondenta s examínátorem, navázání důvěry, vyplnění dotazníku mapujícího sociodemografické údaje a k narativnímu interview; ve druhé části by došlo k vyplnění dotazníku PTGI-CZ s následným inquiry.

Ke zvýšení validity výzkumu by bylo vhodné u participantů provést dotazníkové šetření k ověření přítomnosti symptomů posttraumatické stresové poruchy a potvrzení jejich diagnózy. Limitací takového šetření je však fakt, že škály na měření závažnosti PTSD (IES-T, PCL-C, TSQ), které jsou v této problematice výzkumně nejrozšířenější, vycházejí z přítomnosti příznaků v posledních několika týdnech. Další škály jsou přizpůsobeny konkrétnímu typu traumatu. Klinické vyšetření k diagnostice PTSD se jeví jako nezbytné. Při realizaci dalšího výzkumného šetření bych vzhledem k podobnému klinickému obrazu s jinými psychiatrickými jednotkami (OCD, GAD, specifické poruchy osobnosti) doporučovala úzkou spolupráci s psychiatrem, nebo vytvoření multidisciplinárního výzkumného týmu tvořeného klinickým psychologem, psychiatrem a studentem psychologie. Mně se ne zcela dařilo navázat spolupráci s kolegy psychiatry, především z důvodu jejich velkého pracovního vytížení.

Část respondentů svou traumatickou událost prodělala před více jak 10 lety. Atributy posttraumatického růstu byly hodnoceny retrospektivně a mohou podléhat případné interferenci paměťového procesu či zapomínání. Co se týče hodnocení posttraumatického růstu, mohlo u části participantů dojít k určitému zkreslení ve smyslu pozitivní iluze (Hobfoll et al., 2007; Zöllner & Maerckner, 2006). Pozitivní iluze spíše než skutečný posttraumatický růst se může objevit krátce po traumatu a nedá se v sebeposuzovacích dotaznících příliš odlišit. Výpověď o vlastním růstu může být iluzorní pod vlivem tendence hodnotit změnu sebe sama a vlastní situaci pozitivněji, než ve skutečnosti je. K rozlišení iluzorního růstu od skutečného by mohlo přispět objektivní posouzení další osobou anebo longitudinální výzkum založený na opakované administraci dotazníku PTGI s různým časovým odstupem od traumatu.

Dotazník PTGI zahrnuje pět oblastí změn. Jednotlivé oblasti v dotazníku nejsou rovnoměrně zastoupeny. Nejvíce otázek mapuje oblast interpersonální a oblast životních možností, v těchto oblastech bylo možné zachytit kauzalitu mezi PTSD a posttraumatickým růstem. Oproti tomu dimenze spirituality je v dotazníku zastoupena pouze dvěma otázkami, odpovědi respondentů byly značně variabilní, nelze z této oblasti vyvozovat jednoznačné závěry. Tato komplikace může být ošetřena použitím nové verze dotazníku PTGI-X, která je obohacena o další 4 položky zachycující spirituální a existenciální proměny (Tedeschi et al., 2017). Dotazník PTGI vychází z předpokladu pozitivní změny po traumatu a je

formulován unipolárně. Zjišťování pouze pozitivních změn může vést k pozitivnímu zkreslení výpovědí, což bylo patrné u některých respondentek. Tedeschi a Calhoun (2004) uvádějí, že při použití dotazníku mapujícího i negativní dopad traumatu, by k pozitivnímu zkreslení odpovědí nemělo docházet. Odpovědi administrované jako *žádná změna* (na bodové stupnici hodnocené ,0‘) mají dvojnásobný význam. U části respondentů toto znamenalo negativní změnu oproti předchozímu stavu před traumatem a u další části to znamenalo, že svoje schopnosti a dovednosti měli vysoce rozvinuté již před traumatem, a tedy nedošlo k žádnému posunu. Tvzení formulovaná v dotazníku byla pro některé respondenty obtížně pochopitelná. Doptávali se na jejich smysl, žádali vysvětlení na konkrétních příkladech. Náročné byly především ty body, které se dotýkají abstraktního myšlení, vyžadují hlubší míru sebereflexe, schopnost analytického a kritického myšlení. Jako examinátor jsem nechtěla ovlivňovat odpovědi respondentů a snažila jsem se vyhnout konkretizaci či specifikaci jednotlivých bodů. Nepochopení jednotlivých bodů v dotazníku pak bylo přítomné v odpovědích respondentů. Dotazník byl lépe přijímán respondenty s vyšším vzděláním. U respondentů se často objevovala polarizace odpovědí – absolutní souhlas nebo absolutní nesouhlas s daným tvrzením. Někteří respondenti projevovali značnou míru vnitřní nejistoty při určování míry změny na pětibodové škále. Polarizace odpovědí je zajímavým jevem. Při výpočtu celkového skóre dané oblasti se poté pozitivní změna jeví jako průměrná, ačkoliv při bližším průzkumu odpovědí je zřejmé, že v některých aspektech dané životní oblasti lidé zaznamenali výraznou pozitivní změnu a v jiných žádnou či negativní.

Zvolený narativní přístup a podrobnější prozkoumání odpovědí na jednotlivé položky dotazníku PTGI se jeví jako vhodně zvolená metodika. Umožňuje to examinátorovi pochopit hlubší souvislosti a porozumět žité zkušenosti respondenta. Larrabee (2003) uvádí, že narativní přístup je nezbytným přístupem k pochopení posttraumatického růstu v časové ose životního příběhu. Bez tohoto přístupu nelze hovořit o plném vhledu do problematiky fenoménu posttraumatického růstu.

### **11.3 Interpretace zjištěných výsledků**

Výsledky u jednotlivých respondentů se značně liší. Rozdílnost je pravděpodobně způsobena různou mírou traumatizace, časovým odstupem od traumatu a premorbidními osobnostními charakteristikami.

Výsledky ukazují vyšší míru posttraumatického růstu u respondentů s pozitivním rodinným klimatem a sociální oporou širšího okolí (zaměstnavatelé, rodina, přátelé, terapeuti, úředníci). Pozitivní vztah mezi sociální oporou a posttraumatickým růstem

předkládá ve své studii i polská autorka Ogińska-Bulik (2018), která zkoumala posttraumatický růst u rodičů po ztrátě dítěte. Ten, kdo u jedince facilituje růst a je pro něj oporou, by se měl vyznačovat životní zralostí, empatií, citlivým vedením jedince, projeveným respektem k jedincově autonomii a zkušeností s řešením problémů (Mareš, 2012). Tyto charakteristiky respondenti uváděli u svých psychoterapeutů. Při administraci dotazníků reflektovali prožívanou sociální oporu od svých psychoterapeutů především v odpovědi na tvrzení číslo 21 *„Ted' už chápu, že k životu potřebuji i jiné lidi.“* V bezpečném prostředí terapie jednotlivci zpracovávali své výčitky svědomí, pracovali s domnělou vinou, získávali náhled na problematiku. Ti respondenti, kteří v úvodu uvedli, že prošli individuální systematickou psychoterapií, během následného narativního interview nebyli tolik zaplaveni negativními prožitky a bolestí. Bylo patrné určité smíření s traumatem, odpuštění sobě i svému okolí, menší míra prožívané viny. Lze předpokládat, že důvěrný terapeutický vztah hraje důležitou roli ve facilitaci posttraumatického růstu.

U všech respondentů se objevoval větší soucit s druhými, větší ochota pomáhat druhým, menší naivita. Traumatická událost tedy může vést k zesílení altruismu, empatie, životní moudrosti. U respondentů s výraznějším posttraumatickým růstem byla zřejmá také větší snaha pracovat v pomáhajících profesích.

Mezi dalšími atributy posttraumatického růstu se objevovala změna hodnotové orientace. Trauma nutí člověka zamyslet se nad dosavadními životními prioritami a motivy. Tváří v tvář smrti, utrpení, ztrátě svobody došlo u respondentů k transformaci priorit, přijetí nových životních hodnot. Jejich žitá zkušenost se promítala i do chování. Respondenti uváděli, že nepotřebují vynakládat tolik času a úsilí ve své profesní roli, že nepotřebují rozšiřovat své materiální statky, obklopotovat se novými věcmi. Najednou nebyli tolik svázaní se svým dosavadním majetkem. Opakovalo se téma – *„Zdraví/život není samozřejmost!“* *„Svoboda není samozřejmost!“* *„Klid a mír ve vztahu není samozřejmost!“* Uvědomění si těchto hodnot a změna životního směřování vedla u respondentů k větší skromnosti, pokoře vůči životu. Posttraumatický růst v tomto aspektu nese společné znaky s buddhismem. V buddhismu se objevuje myšlenka, že utrpení je cesta učení, která vede člověka k uvědomění základních charakteristik lidské existence (Dalajlama, 1997).

V dimenzi spirituality u respondentů převládalo téma domnělé viny a trestu, prožívané nespravedlnosti nebo zkoušky od Boha. Tři respondenti uvedli, že traumatická událost posílila jejich víru. Tento příklad ilustruje model posttraumatického růstu dle Janoff-Bulmanové. V životě před traumatem se u člověka vyskytují přesvědčení, že svět je smysluplný, kontrolovatelný, předvídatelný, spravedlivý. Když však přijde traumatická

událost, člověk si klade otázku: „Co jsem udělal? Čím jsem si to zasloužil?“ Traumatická událost rozbíjí dosavadní životní předpoklady, přináší nové informace o životním běhu (Janoff-Bulman, 2006). U části respondentů byla patrná akomodace, opustili svůj dřívější pohled na život, své sebepojetí nezranitelnosti, hledali nový způsob porozumění světu, nový význam. Během akomodace u nich docházelo k existenciální transformaci, verbalizovali větší osobní sílu, připravenost na další negativní události. U části respondentů přetrvávalo sebeobviňování, nebo hledání viníka, výčitky, že mohli traumatické události zabránit, potřeba získat zpět pocit kontroly nad spravedlností a svým osudem. V tomto případě převládala asimilace nebo negativní akomodace, zvýšená zranitelnost vůči dalším možným traumatizacím, celková křehkost.

Vyšší míru posttraumatického růstu vykazovali respondenti s traumatem typu I, kdy k rozvoji PTSD dochází po jedné velmi vážné životní události. Respondentky s komplexním traumatem typu II (v těchto případech bylo nejvíce zastoupeno domácí násilí) hodnotily posttraumatické změny méně pozitivně. Tento fakt si vykládám mechanismem vzniku traumatu. Trauma I. typu přichází náhle, jako blesk z čistého nebe, zasahuje jedince v okamžiku plného zdraví, kdy jsou zachované obranné mechanismy organismu, vnitřní zdroje, odolnost organismu, opěrná sociální síť. Takový jedinec po zotavení z nejtěžší fyzické či psychické bolesti může ve svém životě navázat na původní hodnoty a vybudované základy. Komplexní trauma vstupuje do života plíživě. Zákeřnost komplexního traumatu tkví v jeho kumulativním efektu. Respondentky uváděly postupnou ztrátu kontroly nad situací, postupné posouvání jejich hranic, postupnou ztrátu vlastní důstojnosti, osobní síly, schopnosti vymanit se z tenat násilníka. Respondentky nebyly schopné situaci kriticky zhodnotit a včas ji opustit. U všech respondentek s komplexním traumatem docházelo k fyzickému, psychickému, sociálnímu a finančnímu týrání. Komplexní trauma bylo v těchto případech o to vážnější, že jeho ničivé síle podléhaly i děti respondentek. Některé děti, dle klinických zpráv, také vykazovaly příznaky posttraumatické stresové poruchy. Respondenty byly nadále traumatizovány vyvíjeným psychickým nátlakem na ně samotné a na jejich děti. Byly nuceny čelit pasivní agresivitě násilníka (v podobě porušování stanovených úmluv, falešných trestních oznámení na policii, falešných udání na OSPOD). Je otázkou, kdy takové trauma končí. V tomto výzkumu se ukázala velká míra přetrvávajícího distresu i při snaze o rozvázání kontaktu s násilníkem, a to prostřednictvím úředně nařízeného kontaktu otce s dítětem. Vyrovnání se s tímto typem traumatu je nesmírně náročné. Komplexní trauma zasahuje všechny aspekty lidského života. Oběti komplexního traumatu potřebují značnou míru podpory od zdravotního a sociálního systému. Nezřídka



budují svůj život od základů. Kira s kolegy (2012) zaznamenali posttraumatický růst pouze u lidí s traumatem typu I. U lidí s kumulativním traumatem (typ II) a kolektivním traumatem (typ III) nebyl zaznamenán posttraumatický růst. Růst byl měřen kvantitativně pomocí dotazníku SRGS (*Stress-Related Growth Scale*). V mém výzkumu respondentky vykazovaly pozitivní změnu v oblasti osobnostního růstu. Pozitivně hodnotily nárůst sebejistoty, vnitřní síly, obnovení samostatnosti, schopnosti se rozhodovat. Ve vztahové oblasti sdělovaly větší ocenění pozitiv nově vzniklých vztahů, projevovaly vděk za nově vzniklé zázemí, bezpečí, klid ve vztahu. Měly potřebu o vztahy pečovat, detailně střežit vlastní hranice ve vztahu, prožívaly prohloubení vztahů v primární rodině. Posttraumatický růst se u nich projevoval v pozitivní transformaci jejich identity, v uvědomění si svých silných stránek a v postupné obnově vnitřních i vnějších zdrojů podpory.

Pět respondentů uvádělo životní obrat pozitivním směrem po prožitém traumatu. Respondenti referovali o radosti ze života, pozitivní afektivitě, otevřenosti a lehkosti v komunikaci s druhými lidmi, potřebě pozitivního působení na své okolí. Posttraumatický růst koreluje s extravertí a optimismem (Tedeschi & Calhoun, 1996), otevřeností, přívětivostí, svědomitostí a zralostí copingových mechanismů (Shakespeare-Finch, Gow & Smith, 2005). Je otázkou, které osobnostní charakteristiky byly u respondentů přítomny již před životní událostí a díky traumatu se zvýraznily a které se zrodily po traumatu jako vděk životu, prožívané nové životní šanci.

U všech respondentů byl přítomen rozvoj morálního citění. Linley (2003) uvádí názor, že prožitek traumatické životní události facilituje rozvoj moudrosti, která se projevuje v podobě morálního citění. Všichni respondenti odpovídali výrazně pozitivně na tvrzení číslo 19 - *„Zjistil/a jsem, že jsem mnohem silnější, že vydržím více, než jsem si předtím myslela.“* Svou odpověď deklarovali na praktických příkladech ze své traumatické zkušenosti. V dimenzi osobnostního růstu se objevila u všech respondentů nejintenzivnější míra změny. Pozitivní změna byla spojená s úlevou, že daný jedinec přežil traumatickou událost, s představou, že nic horšího už ho v životě snad nemůže potkat, s oceněním sebe sama. Jistou osobní sílu, sebeuvědomění a sebedůvěru člověk získává již během traumatické události, kdy je nucen zaujmout postoj a událost řešit. V ostatních oblastech se změny objevují až s časovým odstupem.

Část respondentů si při odpovědích nebyla jistá, zda-li pozitivní změna je způsobena traumatem či životním během a zráním. Park (2004) předkládá názor, že posttraumatický růst může být zaměněn za přirozený adaptační proces. V průběhu života se u lidí objevuje potřeba hledání smyslu vlastního života tváří v tvář životním obtížím. Osobnostní zrání a

potřeba smysluplnosti k vývoji náleží. Tedeschi a Calhoun (1996) porovnávali růstové schopnosti u lidí, kteří prožili traumatickou událost, s lidmi, kteří žádné trauma neprožili. Lidem v kontrolní skupině byla položena otázka, aby se zamysleli nad změnami, jimiž v předchozím roce prošli. Osobnostní růst byl přítomen u obou skupin. Avšak lidé po traumatu vykazovali vyšší stupeň růstu. Trauma má tedy potenciál procesy růstu zesilovat a zároveň určitý stupeň psychického růstu je přítomný u všech lidí i bez traumatizace. Myšlenka, že člověk se neustále snaží naplňovat svůj růstový potenciál, dosahovat vyššího stupně nezávislosti, osobní pohody, sebepřijetí, zlepšovat vztahy s druhými lidmi, je také zakotvena v humanistické psychologii. Tato hnací síla je Rogersem nazývána sebeaktualizační tendence (Rogers, 2014). Posttraumatický růst může být formou sebeaktualizační tendence.

Nejnižší míra posttraumatického růstu byla přítomna u respondentky, která stále měla intenzivní příznaky posttraumatické stresové poruchy – vyhýbání, znovuprožívání, zvýšenou dráždivost. Hagens a van Minnen (2010) ve své studii na klinických pacientech deklarují negativní vztah mezi jednotlivými symptomy a posttraumatickým růstem. Negativní vztah mezi PTSD a posttraumatickým růstem lze interpretovat tak, že v daný okamžik převládá intenzita posttraumatické stresové poruchy nad růstem. Psychopatie je natolik floridní, že ochromuje adaptační mechanismy jedince, a ten v daný okamžik nemá pro růst kapacitu. Z těchto zjištění vyplývá, že další výzkum u klinických pacientů je vhodné realizovat až po zotavení z nejtěžší fáze PTSD, kdy jsou pacienti vcelku stabilizováni, případně při přetrvávání mírných chronických příznaků PTSD.

#### **11.4 Praktické implikace**

V teoretické části práce byla zmiňovaná psychologická první pomoc obětem traumatických událostí. Respondentům zařazeným do tohoto výzkumu nebyla nabídnuta krizová intervence či psychologická pomoc v momentě jejich nejvýraznější traumatizace, ačkoliv v té chvíli na místě byli přítomni pracovníci záchranného systému. Dovolila bych si tímto vyslovit přání většího zapojení psychologů záchranného systému u případů dopravních nehod, přírodních katastrof, náhlých úmrtí v rodině (suicidium). Navrhuji poskytnout výcvik v krizové intervenci záchranářům, policistům i hasičům, protože se domnívám, že ne všechny záchranné sbory disponují psychologem. Včasné poskytnutí psychologické první pomoci po traumatu může zmírnit dopad traumatu a zabránit vzniku PTSD.

Během výzkumného šetření se u respondentek objevovaly nepříjemné vzpomínky na vyšetřování kriminalisty. Detaily a okolnosti traumatu byly prošetřovány v momentě jejich

zdravotní indispozice na jednotce intenzivní péče nebo na akutním psychiatrickém lůžku. Vyšetřování kriminální policií krátce po traumatu se mi jeví jako nemorální a vnímám zde pochybení ze strany ošetřujících lékařů. Lékař by měl především chránit zdraví pacienta. Pokud je pacient v akutním stavu, tak je na místě policejní výslech zcela odklonit. Taktéž několikahodinové kriminalistické vyšetřování krátce po propuštění z nemocnice se mi jeví jako naprosto nevhodné. Navrhovala bych kontakt s policií ‚dávkovat‘, aby nedocházelo k viktimizaci a retraumatizaci.

Ze strany respondentů během výzkumného šetření nejednou vzešel apel na náš zdravotní, sociální a policejní systém. Jedna z respondentek byla během transportu do nemocnice ze sanity přeložena do vrtulníku a odvezena do vzdálenější nemocnice, aniž by kdokoliv z jejích blízkých dostal o tom zprávu. Informovanost rodinných příslušníků považuji za základ. Participace blízkých na léčbě pacienta může mít pozitivní dopad v podobě rychlejšího zotavení. Navázání spolupráce však může probíhat jen za předpokladu, že je s rodinou pacienta počítáno a pokud je rodina v dostatečné míře informována o zdravotním stavu a o dalších postupech léčby. Nasnadě je další palčivá otázka: ‚Jaká je společenská ochrana obětí domácího násilí?‘ Zajištění klidu, bezpečí, fyzické vzdálenosti od stresoru je nezbytnou podmínkou k nastolení růstových mechanismů. Naproti tomu přetrvávající kontakt a sekundární traumatizace prostřednictvím dětí má devastační transgenerační dopad. Ve výzkumu se opakovalo téma neposkytnutí první pomoci obětem traumatu z řad spoluobčanů. Domnívám se, že v širší veřejnosti je např. domácí násilí stále chápáno jako problém jednotlivce. Ale není tomu tak. Je to problém celé naší společnosti, že jsme ochotni to tolerovat nebo dokonce tomu pasivně přihlížet. Nabízí se možnost posílit informovanost širší veřejnosti o traumatizaci a mechanismech vedoucích ke zmírnění jejího dopadu. Zvýšení informovanosti bych realizovala preventivními programy na školách nebo prostřednictvím médií.

Závěrem bych chtěla uvést, že práce s traumatizovanými lidmi je víc než náročná. Během výzkumného šetření ve mně vyvstávaly otázky, jakou míru utrpení člověk je schopen unést. Prožívala jsem pochopení s těmi, kteří se rozhodli svůj život vzdát. Psychickou bolest respondentů, marnost, bezmocnost jsem cítila ve svém těle. Realizace výzkumného šetření s podobným tématem tedy vyžaduje určitou profesní zkušenost, zařazení duševní hygieny, případně psychoterapeutickou podporu výzkumníka.

## 12. Závěr

Cílem předkládané diplomové práce bylo rozšířit dosavadní výzkumné poznatky v oblasti posttraumatických stavů u klinických pacientů. Práce byla zaměřena na zjištění, zda u lidí s diagnostikovanou posttraumatickou stresovou poruchou dochází k posttraumatickému růstu. Fenomén posttraumatického růstu byl zkoumán za pomoci kvalitativní analýzy kategorií dotazníku PTGI-CZ. Atributy posttraumatického růstu se objevily u všech účastníků výzkumu. Jednotlivci se lišili v celkové míře posttraumatického růstu. Celková míra růstu je ovlivněná závažností traumatizace a časovým odstupem od traumatu. Vyšší míru růstu vykazovali jedinci s jedinou traumatickou událostí, která vedla ke vzniku posttraumatické stresové poruchy. Nejnižší míru růstu vykazovala účastnice, která měla stále přítomny závažné symptomy posttraumatické stresové poruchy. Individuální psychoterapie vedla u jednotlivců k facilitaci růstu. Výraznější růst byl přítomen u jedinců s pozitivním rodinným klimatem a oporou širšího sociálního okolí.

Ve **vztahové oblasti** respondenti zažili prohloubení a zkvalitnění vztahů v primární rodině. Referovali prožitek hlubšího porozumění vztahům, odpuštění minulých křivd, pochopení a přijetí limitů svých bližních. Ve vztazích k širšímu okolí došlo u všech respondentů k narušení původní sociální sítě, ve které figurovali před traumatem. Objevila se ztráta důvěry ve druhé lidi, uzavřenost a neochota projevovat otevřeně své city.

V oblasti **nových životních možností** dominovalo lepší nakládání s časem, a to formou snahy řešit podstatné záležitosti zavčasu (příjemné i nepříjemné). U dvou respondentek došlo k transformaci vlastní životní zkušenosti do pomoci druhým lidem.

V oblasti **osobnostního růstu** zaznamenali všichni respondenti výraznou pozitivní změnu po traumatu. Byl přítomen nárůst osobní síly, sebedůvěry, rozhodnosti, samostatnosti, vnitřní jistoty, nezávislosti na hodnocení okolí, sebeúcty.

V oblasti **spirituality** byl růst přítomen nerovnoměrně. Část respondentů prožívala domnělou vinu a trest. Část respondentů referovala, že se v okamžicích traumatu spolehla na vyšší moc a následně u nich došlo k prohloubení jejich víry po traumatu.

V oblasti **ocenění života** respondenti vykazovali hluboký vděk a úctu k životu, uznali hodnotu vlastního zdraví, života, svobody, klidu a míru. U části respondentů došlo k posunu priorit od materiálních k duchovním. U všech respondentů byla přítomna radost z každodenního života.

Z výsledků vyplývá nejmarkantnější negativní dopad traumatu na sociální oblast a naplnění růstového potenciálu v oblasti Self. Výsledky nejsou přenositelné na populaci pacientů, kteří jsou traumatem více invalidizováni fyzicky či duševně.

Praktickým výstupem této práce by mohlo být otevření diskuze ohledně poskytování časných psychologických intervencí obětem traumatu ke zmírnění dopadu traumatu a zabránění rozvoje či chronifikace PTSD, posílení psychosociální podpory obětem traumatu, využití poznatků při práci s traumatizovanými lidmi v psychoterapii nebo při hospitalizaci na psychiatrických a somatických odděleních.

# **Souhrn**

Vážná životní událost může vést ke vzniku posttraumatických poruch. Mezi tyto poruchy řadíme akutní reakci na stres, poruchu přizpůsobení a posttraumatickou stresovou poruchu. Posttraumatická stresová porucha je opožděná nebo protrahovaná reakce na nebývale hroživou či katastrofickou událost, která má potenciál vyvolat pronikavou tíseň téměř u každého. Mezi její charakteristické příznaky patří flashbacky, disociativní reakce, přetrvávající distres při expozici podnětům připomínajícím trauma, změny nálad, vyhýbavé chování. Z neurobiologického hlediska dochází u PTSD k hyperaktivaci vegetativního systému s dominantní funkcí sympatiku, k vysoké aktivaci amygdaly a útlumu Brockova centra řeči. Prevalence PTSD v evropské populaci je 1%, vyskytuje se dvakrát častěji u žen oproti mužům. 30% pacientů se zotaví, u zbývajících 70% pacientů přetrvávají příznaky doživotně. U lidí s PTSD bývají přítomné další komorbidní poruchy, zejména depresivní porucha, úzkostné poruchy, závislost na psychoaktivních látkách. Posttraumatická stresová porucha má devastující dopad na vztahy. To vše přispívá k vysoké míře sebevražednosti u pacientů s PTSD. Diagnostika posttraumatické stresové poruchy je založena na klinickém rozhovoru a sebeposuzovacích škálách. Experimentálně jsou využívány zobrazovací metody (fMR, PET).

Léčba posttraumatické stresové poruchy se skládá z psychoterapie a farmakoterapie. Psychoterapie probíhá obecně ve třech fázích: fáze stabilizace, fáze konfrontace s traumatem, fáze integrace. Kognitivně-behaviorální terapie je založena na edukaci o PTSD, expozici traumatu, kognitivní restrukturalizaci automatických myšlenek, řešení sociálních problémů. Podpůrná psychoterapie napomáhá ventilaci emočního napětí, zklidnění pacienta, vnitřní stabilizaci. Při narativní expoziční terapii klient opakovaně vypráví svůj traumatický příběh, znovuprožívá emoční, kognitivní a fyziologické prvky traumatu. To mu napomáhá v reintegraci fragmentovaných prvků. Během EMDR dochází k bilaterální stimulaci za pomoci rychlých očních pohybů, všechny aspekty traumatické vzpomínky vstupují do vědomí a jsou procesovány. Tento proces se opakuje až do vymizení emočního náboje traumatické vzpomínky. Terapeutické přístupy zaměřené na práci s tělem pracují s nezpracovanými emočními obsahy uloženými ve svalových a orgánových systémech. Imaginativní techniky jsou využívány u různých přístupů ke stabilizaci a expozici traumatické vzpomínce. Nejčastěji využívané jsou: technika bezpečného místa, technika trezoru, technika vnitřních pomocníků, technika vnitřního jeviště. Tyto techniky umožňují klientovi navodit pocit bezpečí, mobilizovat vnitřní zdroje, opětovně získat kontrolu nad vlastním prožíváním. Pro farmakoterapii PTSD jsou doporučována antidepressiva ze skupiny SSRI. Atypická antipsychotika se v léčbě využívají k ovlivnění

hypervigility a vtíravých představ. V souvislosti s PTSD probíhá výzkum o zavedení nových látek, které nejsou řazeny mezi psychofarmaka. Mezi ně patří MDMA, hydrokortizon, propranolol.

Traumatické zkušenosti mohou mít i rozvojový potenciál. Posttraumatický růst je definován jako významná pozitivní změna, která se projevuje po prožití traumatické události, při níž se člověk dostává nad svou dosavadní úroveň fungování a chápání života. Zájem o posttraumatický růst koreluje s rozvojem nového paradigmatu ve zdravotnictví – odklonem pozornosti odborníků od nemoci směrem k zotavení. Posttraumatický růst je patrný na emocionální a kognitivní úrovni, může se projevit i v chování jedince. Změna, která díky rozvoji nastane, je trvalá. Jedná se o transformaci sebepojetí, pojetí světa a vlastní identity. Posttraumatický růst je popsán řadou teorií z různých perspektiv. Model Tedeschiho a Calhouna růst chápe jako proces, při kterém dochází ke kognitivní restrukturační traumatického zážitku, přerámování situace a hledání jejího smyslu. Model Janoff-Bulmanové představuje rozpad dosavadních předpokladů o světě i sobě samém a akomodaci jedincova fungování. Růst se dle autorky projevuje v existenciálním přehodnocení života a nabytí vnitřní síly skrze utrpení. Hobfollův model klade důraz na zhmotnění růstu v chování jedince. Model Josepha a Linleye prezentuje kognitivní zpracování traumatu. Za pomoci asimilace a akomodace jedinec přebuduje svůj model světa pozitivním směrem. Model německých autorů Maerckera a Zöllnerové předpokládá dvě tváře posttraumatického růstu – iluzorní a funkční. Iluzorní tvář je sebeobelhávající, funkční tvář je sebezpřesahující. Iluzorní tvář krátce po traumatu tlumí dopad traumatu, funkční tvář je konstruktivní, přináší zisky v podobě růstu. K detekci přítomnosti posttraumatického růstu jsou využívány sebesopuzovací škály a rozhovor. V ČR je standardizovaný dotazník autorů Tedeschiho a Calhouna – PTGI-CZ. Tento dotazník patří i ve světě k nejpoužívanějším metodám k měření růstu. Dotazník obsahuje pět dimenzí – ocenění života, vztahovou oblast, osobnostní růst, nové životní možnosti, spirituální oblast. Jednotlivá tvrzení jsou v dotazníku formulována pozitivně a vyjadřují míru prožité změny.

Cílem práce bylo zmapovat atributy posttraumatického růstu u osob s diagnózou PTSD. Růstové změny byly hodnoceny z hlediska konceptu Tedeschiho a Calhouna. Základním kritériem pro zařazení jedince do výzkumu byla diagnóza a léčba posttraumatické stresové poruchy a minimálně roční odstup od traumatické události. Výběr participantů byl prostý záměrný. K rekrutaci participantů do výzkumu byli osloveni ambulantní i lůžkoví psychiatři, kliničtí psychologové, psychoterapeuti. Sběr dat proběhl pomocí polostrukturovaného interview. První část interview sloužila k rekonstrukci traumatické události. V druhé části



byl spolu s respondenty vyplněn Dotazník PTGI-CZ s následným inquiry. Rozhovory s klienty byly nahrávány, následně transkribovány a hodnoceny za pomoci obsahové analýzy. Výroky klientů byly kategorizovány podle jednotlivých oblastí Dotazníku posttraumatického růstu. Vzhledem k heterogenitě výchozích dat (různé traumatické události, různá délka časového odstupu od traumatu) bylo k souboru přistupováno z hlediska případových studií jednotlivců. Analýza rozhovorů sloužila k hledání společných témat mezi participanty a zároveň k hledání a porozumění významu žité zkušenosti jednotlivce. Výběrový soubor činí 6 žen a 1 muž, ve věkovém rozpětí 34 až 55 let. Všichni participanti prošli ambulantní a/nebo lůžkovou psychiatrickou péčí. Tři participanti prožili trauma I. typu (ojedinělá traumatická událost), tři participanti prožili trauma II. typu (komplexní trauma – opakovaná traumatická událost s kumulativním efektem), jedna participanta prožila trauma I. i II. typu. Traumatickými událostmi bylo dokonané suicidium manžela, křivé nařčení z trestného činu a policejní vyšetřování, domácí násilí, dopravní nehoda, přírodní katastrofa. Traumatické události ve většině případů souvisely s násilím páchaném na dotyčné osobě či osobě blízké, omezováním svobody, s ohrožením života člověka či osoby blízké. I přes různorodost traumatických událostí došlo k podobnému procesu zpracování traumatu.

Z výsledků výzkumu vyplývá, že atributy posttraumatického růstu byly přítomny u všech respondentů. Ve vztahové oblasti došlo u respondentů k prohloubení a zkvalitnění vztahů v primární rodině, odpuštění minulých křivd, pochopení a přijetí limitů svých blízkých. Ve vztazích k širšímu okolí došlo u respondentů k odcizení, ztrátě důvěry ve druhé lidi, narušení sociální sítě, ve které fungovali v období před traumatem. Negativní prožitky směrem k širšímu okolí se pojí s omezeným poskytnutím pomoci v momentě traumatizace. V oblasti nových životních možností respondenti uváděli lepší nakládání s časem, naplnění svých přání a snů, transformaci své životní zkušenosti do pomoci jiným lidem. Tato oblast koreluje s vědomím konečnosti a pomíjivosti života. V oblasti osobnostního růstu uváděli všichni respondenti výraznou pozitivní změnu. Byl přítomen nárůst osobní síly, sebedůvěry, rozhodnosti, samostatnosti, vnitřní jistoty, nezávislosti na hodnocení okolí, sebeúcty. Téma sebeúcty a sebedůvěry dominovalo u žen traumatizovaných při domácím násilí. V oblasti spirituality zažívali respondenti různou míru změny. Objevovalo se téma vyšší spravedlnosti a nespravedlnosti života. Opakoval se prvek domnělé viny a trestu. Respondenti, kteří zaznamenali růst v této oblasti, se v momentě traumatizace spoléhali na vyšší moc a věřili v obrat situace pozitivnějším směrem. V oblasti ocenění života respondenti vykazovali hluboký vděk a úctu k životu. Po traumatu více uznali hodnotu vlastního zdraví, života,

svobody. U části respondentů došlo k posunu priorit od materiálních k duchovním. Opakovalo se téma vděku za každý nový den, nárůstu všímavosti a ocenění drobných radostí.

Výraznější posttraumatický růst byl přítomen u osob s traumatizací I. typu a u jedinců s pozitivním rodinným klimatem a oporou širšího sociálního okolí. Individuální psychoterapie vedla u jednotlivců k facilitaci růstu.

Část respondentů svou traumatickou událost prodělala před více jak 10 lety. Atributy posttraumatického růstu byly hodnoceny retrospektivně a mohou podléhat případné interferenci paměťového procesu či zapomínání. Při hodnocení posttraumatického růstu, mohlo u části participantů dojít k určitému zkreslení ve smyslu pozitivní iluze. Dotazník PTGI vychází z předpokladu pozitivní změny po traumatu a je formulován unipolárně. Zjišťování pouze pozitivních změn může vést k pozitivnímu zkreslení výpovědí. Dalším limitem studie je výběrový soubor. Výzkumu se zúčastnili převážně lidé zotavení z traumatu, do jisté míry vyrovnání s traumatickou událostí, doporučení svými ošetřujícími lékaři. Předpokládám nepřenositelnost výsledků na populaci pacientů, u nichž je přítomna floridní psychopatologie.

Tato studie je v českých podmínkách ojedinělá, a to jednak výzkumným souborem (pestrost a vážnost traumatických událostí), jednak svým provedením. Její výsledky mohou být obohacující pro odbornou veřejnost. Výsledky studie přinášejí zprávu o existenci pozitivních aspektů u tak vážné poruchy jakou je PTSD. Dokazují přítomnost pozitivních změn u osob, u nichž traumatická událost působila devastálně na jejich fyzické i psychické zdraví, sociální oblast a materiální hodnoty.

## Seznam použitých zdrojů a literatury

- Ahearn, E. P., Juergens, T., Cordes, T., Becker, T., Krahn, D. (2011). A review of atypical antipsychotic medications for posttraumatic stress disorder. *International Clinical Psychopharmacology*, Volume 26(4), 193-200. doi:10.1097/YIC.0b013e3283473738
- American Psychiatric Association (2015). *DSM-5. Diagnostický a statistický manuál duševních poruch. První české vydání*. Editoři české verze: Jiří Raboch, Michal Hrdlička, Pavel Mohr, Pavel Pavlovský, Radek Ptáček. Praha: Hogrefe – Testcentrum.
- American Psychological Association (n.d.). *Trauma*. Získáno 20. ledna 2021 z <http://www.apa.org/topics/trauma/index.aspx>
- Benarroch, E. E. (2012). Periaqueductal gray: An interface for behavioral control. *Neurology*, 78 (3), 210-217. doi: 10.1212/WNL.0b013e31823fcdee
- Berceli, D. (2017). *Revoluční metoda uvolňování traumat. Překonej své nejtěžší krize*. Praha: Maitrea.
- Brewin, C. R. (2005). Systematic review of screening instruments for adults at risk of PTSD. *Journal of Traumatic Stress*, 18(1), 53-62. doi: 10.1002/jts.20007. PMID: 16281196
- Bryant, A. R. (2010). Treating the full range of posttraumatic reactions. In G. M. Rosen & B. Ch. Frueh (Eds.), *Clinician's guide to posttraumatic stress disorder* (97-116). Získáno 10. ledna z Google Books.
- Capezzani, L., Ostacoli, L., Cavallo, M., Carletto, S., Fernandez, I., Solomon, R.,..., Cantelmi, T. (2013). EMDR and CBT for Cancer Patients: Comparative Study of Effects on PTSD, Anxiety, and Depression. *Journal of EMDR Practice and Research* Vol 7(3). doi: 10.1891/1933-3196.7.3.134
- Čírtková, L. (2004). *Forezní psychologie*. Praha: Aleš Čeněk, s.r.o..
- Dalajlama, J. s. (1997). *Cesta ke svobodě. Základní učení tibetského buddhismu*. Praha: Pragma.
- Ditlevsen, D. N., Elklit, A. (2012). Gender, trauma type, and PTSD prevalence: a re-analysis of 18 nordic convenience samples. *Ann Gen Psychiatry*, 11(1), 26. doi: 10.1186/1744-859X-11-26
- Edmond, T., Rubin, A., Wambach, K. G. (1999). The effectiveness of EMDR with adult female survivors of childhood sexual abuse, *Social Work Research*, 23(2), 103–116. doi: 10.1093/swr/23.2.103
- Foa, E. B., Tolin, D. F. (2006). Sex differences in trauma and posttraumatic stress disorder: a quantitative review of 25 years of research. *Psycho Bulletin*, 132(6), 959 – 992. Získáno 20. ledna 2021 z <https://www.apa.org/pubs/journals/releases/bul-1326959.pdf>

- Foa, E. B., McLean, C. P., Zang, Y., Zong, J., Rauch, S., Porter, K., ...& Kauffman, B. (2016). Psychometric properties of the Posttraumatic Stress Disorder Symptoms Scale Interview for *DSM-5* (PSSI-5). *Psychological Assessment*, 28, 1159-1165. doi:10.1037/pas0000259
- Hagenaars, M. A., van Minnen, A. (2010). Posttraumatic growth in exposure therapy for PTSD. *Journal of traumatic stress*, 23(4), 504-508. doi: 10.1002/jts.20551
- Hašto, J., Vojtová, H. (2012). *Posttraumatická stresová porucha, bio-psycho-sociálne aspekty EMDR a autogénny tréning pri pretrvávajúcom ohrození, prípadová štúdia*. Trenčín: Vydavateľstvo F.
- Havlíková, P. (2017). Aktuální a potenciální farmakologické možnosti léčby posttraumatické stresové poruchy, *Psychiatrie pro praxi*, 18(2), 56-58.
- Hobfoll, S. E., Watson, P., Bell, C. C., Bryant, R. A., Brymer, M. J., Friedman, M. J.,..., Ursano, R. J. (2007). Five essential elements of immediate and mid-term mass trauma intervention: empirical evidence. *Psychiatry*, 70(4), 283-315; discussion 316-69. doi: 10.1521/psyc.2007.70.4.283.
- Hofman, M. (2007). *Trauma a jeho léčba v psychoterapeutických přístupech zaměřených na tělo*. Diplomová práce. Masarykova univerzita.
- Hofmann, A. (2007). *EMDR. Terapie psychotraumatických stresových syndrómov*. Trenčín: Vydavateľstvo F.
- Holubová, M. (2016). Posttraumatický stres a posttraumatický růst u profesionálních hasičů. *Psychosom* 2016, 14 (1-2), s. 21 – 30.
- Hosák, L., Hrdlička, M., Libiger, J., Bažant, J., Bažantová, V., Bušková, J., ... Žirková, I. (2019). *Psychiatrie a pedopsychiatrie*. Praha: Karolinum.
- Hunt, N. C. (2010). *Memory, war, and trauma*. Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- Chopko, B. A., Palmieri, P. A., Adams, R. E. (2018). Relationships among traumatic experiences, PTSD, and posttraumatic growth for police officers: A path analysis. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 10(2), 183–189. doi: 10.1037/tra0000261
- International Society for Traumatic Stress Studies (14. 2. 2021). *Trauma Assessment*. Získáno z <https://istss.org/clinical-resources/assessing-trauma>.
- Ironson, G., Freund, B., Strauss, J. L., Williams, J. (2002). Comparison of two treatments for traumatic stress: a community-based study of EMDR and prolonged exposure. *Journal of Clinical Psychology*, 58(1), 113-28. doi: 10.1002/jclp.1132
- Janoff-Bulman, R. (2006). Schema-change perspectives on posttraumatic growth. In L.G. Calhoun & R. G. Tedeschi (Eds.), *Handbook of posttraumatic growth. Research and Practice* (pp. 81-99). Získáno 21. 2. 2021 z Google Books.

Jeffreys, M., Capehart, B., Friedman, M. J. (2012). Pharmacotherapy for posttraumatic stress disorder: Review with clinical applications. *Journal of Rehabilitation Research & Development*, 45(5), 703-716. Získáno dne 18. 2. 2021 z <https://www.rehab.research.va.gov/jour/2012/495/pdf/jeffreys495.pdf>

Johnson, R. J., Hobfoll, S. E., Hall, B. J., Canetti-Nisim, D., Galea, S., Palmieri, P. A. (2007). Posttraumatic Growth: Action and Reaction. *Applied Psychology*, 56: 428-436. doi: 10.1111/j.1464-0597.2007.00296.x

Joseph, S., Linley, A. P. (2006). Growth following adversity: Theoretical perspectives and implications for clinical practice, *Clinical Psychology Review*, 26 (8), 1041-1053, doi: 10.1016/j.cpr.2005.12.006

Joseph, S. (2017). *Co nás nezabije... Možnosti posttraumatického růstu*. Praha: Portál.

Kačeňák, R. (2011). Posttraumatická stresová porucha – diagnóza a diagnostika. In *Posttraumatická stresová porucha u dospělých a dětí ohrožených domácím násilím; práce s osobami ohroženými domácím násilím s psychiatrickou diagnózou*, (7-20). Získáno 6. 1. 2021 z Google.

Kamarádová, D., Praško, J., Bareš V. (2012). „Maminko, odpusť, že jsem se za tebe styděla!“ *Psychiatrie pro praxi*, 13(3): 125–129.

Kanaan, A., Kira, I. A., Shuwiekh, H., Kucharska, J., Al-Huwailah, A. H. (2020). The dynamics behind low posttraumatic growth in victims of Type III traumas: The case of Syrians and Palestinians. *Traumatology*, 26(2), 205–214. doi: 10.1037/trm0000229

Kessler, R. C., Sonnega, A., Bromet, E., Hughes, M., Nelson, C. B. (1995). Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry*, 52(12), 1048-60. doi: 10.1001/archpsyc.1995.03950240066012

Kira, I. A., Aboumediene, S., Ashby, J. S., Odenat, L., Mohanesh, J., Alamia, H. (2013). The dynamics of posttraumatic growth across different trauma types in a Palestinian sample. *Journal of loss and trauma*, 18(2), 120-139, doi: 10.1080/15325024.2012.679129

Kleim, B., Ehlers, A. (2009). Evidence for a curvilinear relationship between posttraumatic growth and posttrauma depression and PTSD in assault survivors. *Journal of traumatic stress*, 22(1), 45-52. doi: 10.1002/jts.20378

Kofoed, L., Friedman, M. J., Peck, R. (1993). Alcoholism and Drug Abuse in patients with PTSD. *Psych Quart* 64, 151–171. doi: 10.1007/BF01065867

Kořán, M. (2009). Zkušenosti s poskytováním psychologické péče. In T. Kohoutek & I. Čermák (Eds.). *Psychologie katastrofické události* (231-252). Praha: Akademia.

Kryl, M. (2009). Komplexní léčba posttraumatické stresové poruchy. *Psychiatrie pro praxi*, 1, 31-34.

Krutiš, J., Mareš, J., Ježek, S. (2011). Posttraumatický rozvoj u vojáků AČR po návratu ze zahraniční mise. *Čs. Psychologie*, 55 (3), 245-256.

- Larrabee, M., Weine, S., Woolcott, P. (2003). "The Wordless Nothing": Narratives of Trauma and Extremity. *Human Studies*, 26, 353–382. doi: 10.1023/A:1025706628725
- Látalová, K., Kamarádová, D., Praško, J. P. (2015). *Suicidalita u psychických poruch*. Praha: Grada Publishing.
- Levine, P. A., Frederick A. (2011). *Probuzení tygra. Léčení traumatu*. Praha: Maitrea.
- Levin, P. A. (2019). *Němé zpovědi. Jak se tělo zbavuje traumatu a obnovuje harmonii*. Praha: Maitrea.
- Linley, P. A. (2003). Positive adaptation to trauma: wisdom as both process and outcome. *Journal of Traumatic Stress*. 16(6), 601-610. doi: 10.1023/B:JOTS.0000004086.64509.09
- Mally, S. B., Avital, L. (2017). PTSD and PTG among Israeli mothers: Opposite facets of exposure to terrorism. *Stress & Health*, 33(5), 676-683. doi.:10.1002/smi.2754
- Manne, S., Ostroff, J., Winkel, G., Goldstein, L., Fox, K. Grana, G. (2004). Posttraumatic growth after breast cancer: patient, partner, and couple perspectives. *Psychosomatic Medicine*, 66(3), 442-454. doi: 10.1097/01.psy.0000127689.38525.7d
- McNally, R. J., Bryant, R. A., Ehlers A. (2003). Does Early Psychological Intervention Promote Recovery From Posttraumatic Stress? *Psychological science in the public interest*, 4(2), 45 – 79. doi: 10.1111/1529-1006.01421
- Mareš, J. (2009). Posttraumatický rozvoj: Výzkum, diagnostika, intervence. *Československá psychologie*, 53 (3), 271-290.
- Mareš, J. (2012). *Posttraumatický rozvoj člověka*. Praha: Grada Publishing.
- Mezinárodní klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů: desátá revize*. MKN 10. Aktualizované vydání k 1. 1. 2020. Získáno 10. 12. 2020 z <https://mkn10.uzis.cz/>
- Miovský, M. (2010). *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada Publishing.
- Mohr, P., Kopeček, M., Brunovský, M., Páleníček, T. (2017). *Klinická psychofarmakologie*. Praha: Maxdorf.
- Morrill, E. F., Brewer, N. T., O'Neill, S. C., Lillie, S. E., Dees, C. E., Carey, L. A., Rimer, B. K. (2008). The interaction of post-traumatic growth and posttraumatic stress symptoms in predicting depressive symptoms and quality of life. *Psycho-Oncology*, 17(9), 948-953. DOI: 10.1002/pon.1313
- National Center for PTSD (14. 2.2021). *Clinician-Administered PTSD Scale for DSM-5 (CAPS-5)*. Získáno z <https://www.ptsd.va.gov/professional/assessment/adult-int/caps.asp>

Nishi, D., Matsuoka, Y., Kim, Y. (2010). Posttraumatic growth, posttraumatic stress disorder and resilience of motor vehicle accident survivors. *Biopsychosocial Medicine*, 4,(7). Získáno 21. 2. 2021 z <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2914073/>

Norris, F. H., & Hamblen, J. L. (2004). Standardized Self-Report Measures of Civilian Trauma and PTSD. In J. P. Wilson & T. M. Keane (Eds.), *Assessing psychological trauma and PTSD*, p. 63–102. Získáno 20. 1. 2021 z <https://www.ptsd.va.gov/professional/articles/article-pdf/id18638.pdf>

Ogińska-Bulik, N. (2018). Posttraumatic positive changes among parents who have experienced the loss of a child – the role of social support. *Health Psychology Report*, 6(2), 118–125. doi: 10.5114/hpr.2018.72410

O'Leary, V. E. (1998). Strength in the face of adversity: Individual and social thriving. *Journal of Social Issues*, 54(2), 425–446. doi: 10.1111/0022-4537.751998075

Park, C. L. (2004). The notion of growth following stressfull life experiences: Problem and prospects. *Psychological Iquiry*, 15(1), 69-75. Získáno 14. 3. 2021 z <https://www.jstor.org/stable/20447205>

Praško, J., Hájek, T., Pašková, B., Preiss, M. Šlepecký, M., Záleský, R. (2003). *Stop traumatickým vzpomínkám*. Praha: Portál.

Praško, J., Látalová, K., Ticháčková, A., Stárková, L. (2011). *Klinická psychiatrie*. Praha: Tigis.

Preiss, M. (2009). Trauma a posttraumatický růst. *Psychiatrie pro praxi*, 10(1), 8-11.

Rauch, S. L., van der Kolk, B. A, Fisler, R., Alpert, N. M., Orr, S. P., Savage C. R., ..., Pitman, R. K. (1996). A symptom provocation study of posttraumatic stress disorder using positron emission tomography and ccript-driven imagery, *Arch Gen Psychiatry*, 53(5), 380-387. doi:10.1001/archpsyc.1996.01830050014003

Reddemann, L. (2009). *Léčivá síla imaginace. Na vnitřní zdroje zaměřená terapeutická práce s následky traumatu*. Praha: Portál – edice Spektrum.

de Roos, C., Greenwald, R., den Hollander-Gijsman, M., Noorthoorn, E., van Buuren S., de Jongh, A. (2011). A randomised comparison of cognitive behavioural therapy (CBT) and eye movement desensitisation and reprocessing (EMDR) in disaster-exposed children. *European Journal of Psychotraumatology*, 2(1). doi: 10.3402/ejpt.v2i0.5694

Rogers, C. R. (2014). *Způsob bytí. Klíčová témata humanistické psychologie z pohledu jejího zakladatele*. Praha: Portál.

Rothschild, B. (2015). *Tělo nezapomíná. Psychofyziologie a léčba traumatu*. Praha: Maitrea.

Ruppert, F. (2014). *Trauma a rodinné konstelace. Duševní štěpení a jejich léčba*. Praha: Portál – edice Spektrum.

Schäfer, I., Chuey-Ferrer, L., Hofmann, A., Lieberaman, P., Mainusch, G., Lotzin, A. (2017). Effectiveness of EMDR in patients with substance use disorder and comorbid PTSD: study protocol for a randomized controlled trial. *BMC Psychiatry* 17, 95. Získáno 23. 2. 2021 z <https://bmcp psychiatry.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12888-017-1255-9#citeas>

Santiago, P. N., Ursano, R. J., Gray, Ch. L., Pinoos, R. S., Spiegel, D., Lewis-Fernandez, R.,..., Fulerton, C. S. (2013). A systematic review of PTSD prevalence and trajectories in DSM-5 defined trauma exposed populations: intentional and non-intentional traumatic events. *PloS one*, 8(4), získáno 5. 1. 2021 z <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3623968/>

Shakespeare-Finch, J., Gow, K., Smith, S. (2005). Personality, coping and posttraumatic growth in emergency ambulance personnel. *Journal of health psychology*, 11(4), 325-334. doi: 10.1177/153476560501100410

Shakespeare-Finch, J., Lurie-Beck J. (2014). A meta-analytic clarification of the relationship between posttraumatic growth and symptoms of posttraumatic distress disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 28(2), 223-229. doi:10.1016/j.janxdis.2013.10.005

Schauer, M., Neuner, F., Elbert, T. (2014). *Narativna expozičná terapia (NET). Krátkodobá terapia pre traumatické stresové poruchy*. Trenčín: Vydavateľstvo F.

Slezáčková, A. (2010). *Posttraumatický rozvoj u rodičů onkologicky nemocných dětí v kontextu pozitivní psychologie* (Disertační práce). Masarykova univerzita.

Stahl, S. M., Grady, M. M. (2019). *Stahl's illustrated. Anxiety, stress, and PTSD*. New York: Cambridge University Press.

Stewart, S. H., Pihl, R. O., Conrod, P. J., Dongier, M. (1998). Functional associations among trauma, ptsd, and substance-related disorders, *Addictive Behaviors*, 23(6), 797-812. doi: 10.1016/S0306-4603(98)00070-7

Solomon, Z., Dekel, R. (2007). Posttraumatic stress disorder and posttraumatic growth among Israeli ex-pows. *Journal of Traumatic Stress*, 20(3), 303-312. doi: 10.1002/jts.20216

Švaříček, R., Šedřová, K., Janík, T., Kaščák, O., Miková, M., Nedbálková, K., ... Zounek, J. (2014). *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Praha: Portál.

Tanzerová, A. (2018). *Posttraumatický stres a růst u přeživších holocaustu a jejich rodin* (Diplomová práce). Univerzita Karlova.

Tedeschi, R. G., Calhoun, L. G. (1996). The posttraumatic growth inventory: Measuring the positive legacy of trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 9(3), 455 – 471. doi: 10.1007/BF02103658

Tedeschi, R. G., Calhoun, L. G. (2004). Posttraumatic Growth: Conceptual Foundations and Empirical Evidence. *Psychological Inquiry*, 15(1), 1-18. Získáno 10. 1. 2021 z <https://www.jstor.org/stable/20447194?seq=1>



Tedeschi, R. G., Cann, A., Taku, K., Senol-Durak, E., Calhoun, L. G. (2017). The Posttraumatic Growth Inventory: A Revision Integrating Existential and Spiritual Change. *Journal of Traumatic Stress*, 30(1), 11-18. doi: 10.1002/jts.22155.

Tóthová, J. (2011). *Úvod do transgenerační psychologie rodiny: transgenerační přenos vzorců rodinného traumatu a zdroje jeho uzdravení*. Praha: Portál.

Uhrová, T., Roth, J., Anders, M., Baborová, E., Baláž, M., Balážiová, E.,...Zvěřová, M. (2020). *Neuropsychiatrie. Klinický průvodce pro ambulantní nemocniční praxi*. Praha: Maxdorf.

Van Etten, M. L., Taylor, S. (1998). Comparative efficacy of treatments for post-traumatic stress disorder: a meta-analysis. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 5, 126-144. Získáno 23. 2. 2021 z <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK67406/>

Vizinová, D., Preiss, M. (1999). *Psychické trauma a jeho terapie (PTSD). Psychologická pomoc obětem válek a katastrof*. Praha: Portál.

Vojtová, H., Hašto, J. (2005). Stabilizační techniky a EMDR v psychoterapii posttraumatické stresové poruchy. *Psychiatrie pro praxi*, 4, 198-200.

Whealin, J. M., Pitts, B., Tsai, J., Rivera, C., Fogle, B. M., Southwick, S., Pietrzak, R. H. (2020). Dynamic interplay between PTSD symptoms and posttraumatic growth in older military veterans. *Journal of Affective Disorders*, 269, 185-191. doi: 10.1016/j.jad.2020.03.020

Wittchen, H. U., Jacobi, F., Rehm, J., Gustavsson, A., Svensson, M., Jönsson, B., ..., Steinhausen, H., C. (2011). The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010, *European Neuropsychopharmacology*, 21(9), 655-679. doi: 10.1016/j.euroneuro.2011.07.018

Williamson, J. B., Heilman, K. M., Porges, E. C., Lamb, D. G., Porges, S. W. (2013). A possible mechanism for PTSD symptoms in patients with traumatic brain injury: central autonomic network disruption. *Frontiers in Neuroengineering*, 6(13), 1-9. doi: 10.3389/fneng.2013.00013

Woodward, S. H., Kaloupek, D. G., Streeter, Ch. C., Kimble, M. O., Reiss, A. L., Eliez, S., ... Arsenault, N. J. (2006). Hippocampal Volume, PTSD, and Alcoholism in Combat Veterans. *American Journal of Psychiatry*, 163, 674-681. doi: 10.1176/ajp.2006.163.4.674

Zohar, J., Yahalom, H., Kozlovsky, N., Cwikel-Hamzany, S., Matar, M.A., Kaplan, Z.,..., Cohen, H. (2011). High dose hydrocortisone immediately after trauma may alter the trajectory of PTSD: interplay between clinical and animal studies. *European Neuropsychopharmacology*, 21(11), 796-809. doi: 10.1016/j.euroneuro.2011.06.001

Zöllner, T., Maercker, A. (2006). Posttraumatic growth in clinical psychology — A critical review and introduction of a two component model. *Clinical Psychology Review*, 26(5), 626-653. doi: 10.1016/j.cpr.2006.01.008

# **Přílohy**

**Příloha č. 1:** Formulář zadání diplomové práce – volně vloženo

**Příloha č. 2:** Abstrakt diplomové práce

**Příloha č. 3:** Informovaný souhlas

**Příloha č. 4:** Doplnující otázky k dotazníku PTGI-CZ

**Příloha č. 5:** Přepis nahrávky výzkumného šetření

## **Příloha č. 2: Abstrakt diplomové práce**

**Název práce:** Posttraumatický růst u lidí s posttraumatickou stresovou poruchou

**Autor práce:** MUDr. Bc. Kateřina Blažková

**Vedoucí práce:** Mgr. Martin Kupka, PhD.

**Počet stran a znaků:** 97, 215 357

**Počet příloh:** 5

**Počet titulů použité literatury:** 95

Vážná životní událost může vést k rozvoji posttraumatických poruch. Traumatické zkušenosti však mohou mít i rozvojový potenciál. Cílem práce bylo zmapovat atributy posttraumatického růstu u osob s diagnózou PTSD. Růstové změny byly hodnoceny z hlediska konceptu Tedeschiho a Calhouna. Výběrový soubor činili ambulantní pacienti léčící se pro PTSD. Sběr dat proběhl pomocí polostrukturovaného rozhovoru. První část interview sloužila k rekonstrukci traumatické události. V druhé části byl spolu s respondenty vyplněn Dotazník PTGI-CZ s následným inquiry. Výsledky ukázaly výrazně pozitivní změnu v oblasti osobnostního růstu, zlepšení a zkvalitnění vztahů k blízkým osobám v interpersonální oblasti a pozitivní ocenění každodenního života. Výzkumná práce potvrdila přítomnost posttraumatického růstu u osob, u nichž traumatická událost působila devastačně na jejich fyzické i psychické zdraví, sociální oblast a materiální hodnoty.

**Klíčová slova:** posttraumatická stresová porucha, posttraumatický růst, kliničtí pacienti

### **Abstract of thesis**

**Title:** Posttraumatic growth in people with posttraumatic stress disorder

**Author:** MD. Kateřina Blažková

**Supervisor:** Mgr. Martin Kupka, PhD.

**Number of pages and characters:** 97, 215 357

**Number of appendices:** 5

**Number of references:** 95

A serious life event can lead to the development of stress related disorders. However, traumatic experiences can also have development potential. The aim of the study was to map the attributes of posttraumatic growth in people diagnosed with PTSD. Growth changes were evaluated in terms of Tedeschi and Calhoun concepts. The sample was made up of outpatients treated for PTSD. The data collection was performed using a semi-structured interview. The first part of the interview was used to reconstruct a traumatic event. In the second part, the PTGI-CZ questionnaire was completed with the respondents, followed by an inquiry. The results showed a significantly positive change in the area of personal growth, improvement and enhancement of relationships with loved ones in the interpersonal area and a positive appreciation of everyday life. Research has confirmed the presence of posttraumatic growth in people whose physical and mental health, social area and material values have been devastated by the traumatic event.

**Key words:** posttraumatic stress disorder, posttraumatic growth, clinical patients

### **Příloha 3: Informovaný souhlas**

Název práce: Posttraumatický růst u lidí s posttraumatickou stresovou poruchou

Autor práce: MUDr. Bc. Kateřina Blažková

Vedoucí práce: Mgr. Martin Kupka, Ph.D.

Termín realizace: 11/2015 - 3/2017

Prohlašuji, že jsem byl/a seznámena/a s podmínkami účasti na výzkumu "Posttraumatický růst u lidí s posttraumatickou stresovou poruchou", a že se jej chci dobrovolně zúčastnit.

Beru na vědomí, že údaje poskytnuté pro účely tohoto výzkumu jsou anonymní a nebudou použity jinak, než k interpretaci výsledků v rámci diplomové práce.

Rovněž беру на vědomí, že mohu z výzkumu kdykoli, podle svého vlastního uvážení, vystoupit.

Dne: .....

Jméno a příjmení: .....

Podpis: .....

## **Příloha č. 4: Doplnující otázky k dotazníku PTGI-CZ**

### **1.) Změnil/a jsem názor na to, co je v mém životě důležité. Změnila jsem své priority.**

Jak se daná změna projevila?

Jaké byly vaše původní priority? Co je pro Vás důležité nyní?

Byla změna patrná i navenek? Jak?

### **2.) Uvědomil/a jsem si hodnotu vlastního života, více si ho vážím.**

Mohl/a byste mi o tom říct něco bližšího?

### **3.) Mám teď nové zájmy a rozvíjím je.**

Čeho se Vaše nové zájmy týkají?

Jak je rozvíjíte?

Sdílíte své zájmy s někým dalším?

### **4.) Více si teď důvěřuji, věřím si.**

V jakých oblastech se projevuje nárůst Vaší sebedůvěry?

Jak se Vaše sebedůvěra projevuje navenek?

### **5.) Lépe rozumím tomu, že má člověk také duchovní potřeby.**

Jak tomu rozumíte?

### **6.) Přesvědčil/a jsem se, že se mohu na lidi spolehnout i v horších časech.**

Byl Vám někdo v těžkých chvílích oporou?

### **7.) Rozhodla jsem se pro nový způsob života, pro novou cestu.**

Jak vypadá Vaše nynější cesta?

O co je váš život obohacen? V čem vnímáte novost?

Je něco, z vašeho života, co zůstalo stejné, nezměněné?

### **8.) Mám teď větší pocit sounáležitosti s druhými lidmi.**

Jak se to projevuje?

### **9.) Jsem teď ochotnější dát najevo své city.**

Jak se tato změna projevuje navenek?

**10.) Ted' už vím, že umím zvládat své obtíže.**

Můžete mi o tom říct něco bližšího?

**11.) Ted' už dokážu lépe naložit se svým životem.**

Můžete mi o tom říct něco bližšího?

**12.) Ted' už dokážu přijímat události tak, jak v životě dopadnou.**

V čem se tato změna, oproti dřívějšímu, projevila?

**13.) Umím si více vážit každého dne.**

V čem vnímáte tu změnu?

**14.) Objevily se nové příležitosti, které by za jiných okolností nenastaly.**

Jaké životní výzvy se Vám v životě objevily?

**15.) Více soucítím s druhými lidmi, než dříve.**

Jak se Váš soucit projevuje?

**16.) Ve vztazích k ostatním lidem se ted' více snažím.**

Jak se Vaše snaha projevuje?

**17.) Víc se ted' snažím změnit ty věci, které je potřeba změnit.**

Jak se tato změna u Vás projevila?

**18.) To co jsem zažil/a, posílilo mou víru, jsem ted' opravdu věřící člověk.**

Jak tuto změnu vnímáte, prožíváte?

**19.) Zjistil/a jsem, že jsem mnohem silnější člověk, že vydržím více, než jsem si předtím myslel/a.**

Můžete mi to nějak přiblížit?

**20.) Hodně jsem se poučila o tom, že lidé jsou bezvadní, skvělí.**

Jaké máte zkušenosti s druhými lidmi?

Změnil se nějak Váš pohled na lidi obecně?

Změnil se Váš pohled na vaše blízké?

**21.) Teď už chápu, že k životu potřebuji i jiné lidi.**

Pomohl Vám někdo v překonání Vašich nesnází?

Jak vnímáte společnost druhých lidí?

Změnila se nějak Vaše potřeba společnosti?



## Příloha č. 5: Přepis nahrávky výzkumného šetření

V – výzkumník

R – respondent

V1: Mohla byste mi v krátkosti popsat okolnosti Vašeho traumatu?

R1: To co jsem prožila do té doby... Můj život je jak na houpačce, chvílku je hezkej, pak dostanu pořádnou facku od života, pak je zase chvílku klid. Byl! Pak jsem zase dostala ránu, potom jsem jich dostala několik pořádných za sebou. Ono je to od začátku špatný jako (*s ironickým zasmáním*).

Já jsem se narodila svojí matce. Některý ženský nemají mít děti! Jenže dřív to bylo tak, že pokud jste ženská, vdáte se a za určitou dobu máte mít děti. Moje matka mě nechtěla, já jsem byla omyl! Prostě nedá se nic dělat. Prostě si našla partnera, vzali se, tenkrát ji bylo dva a dvacet a to už byl nejvyšší čas, tak si mě pořídila. Několikrát, když jsem byla ještě malá, nebo tak... Já jsem odjakživa bývala jedničkářka, takový to akorát. Všecko akorát (*ironický úsměv*), aby jsem úkoly a všecko jako... Nikdy to nebylo dobrý! V naší rodině jsem se narodila jako holka, i když nechtěná a ještě k tomu holka. Úplně špatně! Protože moje matka pochází z gruntu, oni vždycky chlapeci byli ti, co dědili majetek, a holky byly ty levný pracovní síly. Tak od té doby, co jsem se narodila, jsem byla ta pracovní síla a pokud jsem dost dobře nepracovala nebo tak, tak moje matka hodně používala fyzický tresty. Já jsem materiál a moje matka je ještě větší materiál, takže ta její rána je prostě taková! Tenkrát to tak bývalo. Teďka se děti moc nebijí, teďka se vychovávají jiným způsobem. Dřív se vychovávalo cukr - bič, prásk, a je to! Já mám ještě o dva roky mladšího bratra. Potom, když se bratr narodil a měl čtyři roky, tak se matka rozvedla. Já jsem nastoupila do školy a ona se rozvedla. Vina byla na naší straně s bratrem, protože ona se musela starat o nás a neměla čas na manžela, kterej si myslel asi... Do toho vztahu šel s něčím jiným než ona. Řeči, že kdyby nebyla těhotná se mnou, tak už by se s ním dávno rozvedla. A ona mě neustále... Když dostanete pořádnou facku od života, tak se vám některý věci z dětství vrací, jak kdyby se staly nedávno. Jako dítěti mně neustále vykládala, že mě měla chytnout už v kočárku za ty nohy a praštit se mnou jak když s králíkem nebo s kotětem. Víte, jak se zabíjí koťata? Když jsou nechtěný, se s nima mrští! Kolikrát mně to ukázala, jak se to má správně dělat a potom mně připomínala, že to se mnou měla udělat taky. Tak jsem si myslela vždycky, že jsem

nějaká... že něco dělám špatně už jako dítě. Tak jsem se snažila být ještě lepší. A čím víc se snažíte, tím je to špatně, protože na vás nabalují té práce a tak. Takže nemáte žádné kamarády, jste jenom doma, pracujete, staráte se o toho brácha a tak a pořád vám to dětství běží a běží. A potom, když máma zjistila, že jsem dobrá na učení, tak jsem získala nějaký plusový bodík. Sice nepatrný, ale získala. Jste na vesnici rozvedená se dvěma dětma a tak je na čase, abyste si někoho našla. A mojí matku nenapadlo nic jinýho, než si najít přítele na inzerát. Což je podle mě největší blbost, kterou ženská může udělat. Když ten chlap vás nevidí, nefunguje takový to... A co čert nechtěl, tak si našla vdovce se dvěma dětma, který byly mladší než my. Až pokaď to bylo dobrý, jenže oni se moc neznali a řekli si, že půl roku známosti stačí k tomu, aby se sestěhovali. Takže se sestěhovali. Matka měla dům patrový, takže problém s místem nebyl. Ten dům měla spravený ještě před tím, než se vdávala, ten zůstal jí, ten byl její. Můj biologický otec odešel středem (*s viditelným odporem*) a nechal jí tam v tom domě, nějaké vyplácení nebo tak tenkrát nebylo asi. No, a natrefila na hajzlíka, který neměl nic na práci než začít se zneužíváním. Takže potom jsme se překousli až k mým šestnácti, kdy oni se hádali. To byla taková italská domácnost. No, a v šestnácti letech ho konečně vyhodila z domu i s těma dětma. Se odstěhovali sem do (...). Já jsem byla vždycky taková oplácaná, takovej materiál. Moje matka za mnou nešla ani jednou do tanečních, ani ty třídní schůzky ji nezajímaly... Ona neměla ani tolik slušnosti, aby šla do tanečních na závěrečnou, na maturitní stužkovací ples, ne nikdy. Od ní jsem nikdy neslyšela, že mi to sluší, že jsem hezká. Máš to pěkný! Nic. Hezky jsi uklidila! Nic, prostě ne!! Pochvaly se u nás nikdy nedávaly. No a tak jsem odmaturovala, na výšku jsem nemohla, protože mi řekla: „Kdo mě bude živit?!“ Zaláskovala jsem se, já blbec, ve čtvrtém ročníku ekonomky.

Můj první manžel se jmenuje (...). Tenkrát jsme spolu nežili, tenkrát buď jste bývala u rodičů, nebo jste se vdala. Žítí na hromádce neexistovalo, pokud jste byla mladá. Tak jsem se vdala a myslela jsem si, že jak budu mít tu svoji domácnost, že tomu uteču, co bylo předtím. A tomu jsem jako utekla! Asi jsem správně nezavřela tu skříňku. Ale nevadí, utekla jsem tomu. Já jsem s nikým tak navážno nechodila (*s nikým jiným neměla pohl. styk*), jenom se dvouma klukama, jenom tak do kina nebo tak, a potom teda s tím (...), kterej byl slušnej, normální, solidní, nechlastal, měl mě rád. Takovej prostě chlap, se kterým potom chcete zestárnout a krmit ty ptáčky v tom parku. Tak jsme se vzali. Když jsme spolu chodili, tak zemřeli jeho prarodiče, v (...) měli malinký domek, jenom 1+1, takže abychom měli kde bydlet, tak jsme se mohli nastěhovat tam. Tenkrát žádný plynový topení, pěkně kamna. Tak nám to 1+1 jako mladým stačilo, co víc si přát. Jsme se nastěhovali. Já jsem těhotná nebyla,

že bysme se museli brát, což jsem byla ráda, protože jsem si říkávala, jak spousta těch kamarádek se muselo vdávat a to a já jsem měla strach, aby mi jednou nevyčítal, že mě nechtěl. Tak si mě vzal. Máme syna a potom ještě máme za 4,5 roku dceru. Syn se narodil v roce (...), pořád jsme měli hezký manželství, někdy jsou bouřky, tak to má být. Pořád ten život byl takovej normální. V (...) zemřel tchán. To jsme špatně nesli, protože tchyně zůstala sama. A on byl takovej hodnej člověk. Já, jak jsem nepoznala normálního otce, tak to byl takovej ten starostlivej děda, co byl nadšenej, že má vnoučka. Tchán zemřel a v tom roce jsem přišla do jinýho stavu. A protože to bylo brzo, a tak jsem si říkala, že bych mohla jít aj do práce, tak prostě jsem šla na potrat. Chtěla jsem si to rozmyslet v poslední chvílce, ale pak jsem si řekla, že ne. Zase jsme tak normálně žili, takovým normálním způsobem. Já jsem byla u soukromníka, dělala jsem účetnictví. Tak jsem si říkala: ‚Tak dobrý, normální život,‘ tak že bychom mohli mít druhý. Tak jsem přišla do jinýho stavu, měla jsem rizikový těhotenství, tak jsem ležela. Ležela jsem doma. Pořád to manželství bylo takový normální. Bývalý manžel občas měl nějaký kamarády a zašel si s nima na pivo nebo tak. Zase si myslím, že je špatně, když toho chlapa moc držíte doma, když mu nedopřejete, aby si šel postěžovat, jak to má doma hrozný a musí pracovat. Oni si povykládají a vrátí se na základnu. Si myslím, že to dělá skoro každej chlap. Málokterej je takovej... Jdou si teďka na bowling, teď se chodí na bowling, na squash, nebo něco. Oni si dají dvě tři pivka, povykládají si. Ty ženský jsou v podstatě všechny stejný megery, tak to zhodnotí, vyjdou z toho úspěšně... Tak jsem ho prostě pouštěla. Jsem si říkala, tak co! Vždycky se vrátil. Vydělával pěkný peníze, tak nemůže být pořád v práci. Měli jsme celkem dost peněz. Jak tchán zemřel, tak nám odkázali zahradu v (...). Tak že bysme si místo té zříceniny, ve které jsme bydleli... ten domek by potřeboval pořádnou rekonstrukci. A manžel, že si postavíme novostavbu, že si vezmeme půjčku a budeme tam. Tak jsem byla těhotná, narodila se mi dcera. Po porodu jsem na tom byla celkem mizerně, protože exmanžel má ještě bratra, kterej jednu dobu měl takový období, a to bylo zrovna, když jsem byla těhotná, že nepracoval. Nepracoval hrůzu let, a co mohl, to zastavil. Jsem byla v porodnici a oni jezdili s matkou po těch zastavárnách vybírat, co kde zastavil. A nějak se mi to tam žvejkló. Jsem si říkala: ‚Ty nemáš nic jinýho na starosti, jenom takhle...‘ Dcera byla zdravá, v pořádku, tak jsme pokračovali v tom našem životě. Pořád to bylo celkem dobrý.

No a potom přišel ten červenec 1997 a ta voda. A to byla rána jak z děla! V (...) některé ty baráky popadaly. A jak jste v nesprávný čas na nesprávném místě, tak zachráníte ty děti a naloží vás do toho auta vojenskýho, no, a pak, když přijдете domů, tak zjistíte, že nic nemáte.

Že sice vám věci až tak moc nevadí. Vadí vám takový ty – peřinka po miminku, fotky z vítání občánků, maturitní fotka, jo? Takový ty, tak to vám vadí.

*V2: Odněsla to všechno voda? Celý dům byl zatopený?*

R2: Nám se to vytopilo. A potom prostě, jak ty baráky byly v řadovce, tak jsme dopadli jak v těch Troubkách v ulici Na drahách. To tam popadalo skoro všechno. Ty baráky byly lepený, to byly takový ty cihly uplácáný z hlíny. A oni jsou bezvadný, oni drží teplo, ale nesmí na ně voda. Až ta voda opadla, tak tam chodil statik a křížkoval... ten se shodí, a že to spadne. Takže to prostě shrnul buldozer. Já jsem to neustála, ale můj první manžel to neustál víc. Vždycky jsem si myslela, že on je ve vztahu ten silnější, kterej to prostě zvládne. Ten chlap, kterej to prostě dá. Ale nějak to nedal. S tím, že já jsem alespoň navštívila paní doktorku, která mě poslala úplně špatně, napsala mi prášky asi taky úplně špatně. Aspoň jsem se snažila! Něco! Ale on ne. Začal si ty kamarády hledat, změnil práci. Protože v tom roce měl jiný starosti, má malý děcka a spadne mu všechno. Spoustu věcí se muselo vyřídit, tak odešel z práce, kterou měl dobře placenou. Našel si jen nějakýho takovýho toho dealera šílenýho a začal se chytat partyje kamarádů, které jsem vůbec neznala. Začal jezdit... Postupně jsme se nastěhovali do třípokojáku ke tchýni, což byla první moje velká chyba. Tenkrát jsem si měla dupnout a říct, že půjdeme do podnájmu a půjdeme pro sociální dávky, ať nám pomůžou. A já blbec jsem si říkala, ušetříš těch šest sedm tisíc, to našetříš mezi tím. Ted'ka syn byl z toho vystresovanej, ten měl jít do první třídy. Ted'ka jsme ho přesáčkovali do města, kde vůbec nikoho neznal. Ted'ka jsem musela vyřídit tu první třídu v červenci. Paní ředitelka našťestí byla vstřícná žena. Jsem jí říkala, ať mi ho pohlídá, že nikoho nezná, že se bojí, že ho někde zapomenou, nebo že se něco stane z ničeho nic. Dcera byla malá, když se to stalo, ta měla dva a půl roku. Tak jsme to nějakým způsobem... A čím dál tím víc jsme se odcizovali. On si začal nacházet výmluvy, že je na té „stavbě“, že se musí dát do pořádku, což bylo pravidelný, jenže mezitím se zdržel s těma kamarádama. A já jsem čím dál tím víc zůstávala s tou tchýní, se kterou jsme se pomalu neznaly. Tak jsem zůstala tam. No a byli jsme tam až do roku (...). Tam kde jsme bydleli, tam si postavila dům moje tchýně, protože ona měla nějaký peníze, s tím že prodá ten byt a půjde za náma do (...). A my teda, tak jak jsme chtěli, budeme stavět na té zahradě. Začaly první konflikty, mezi všema kolem dokola. Do třípokojáku se najednou veřete se dvěma dětma, který jedno chodí do školy a mělo by mít trošku nějaký zázemí. Druhý, který je neřízená střela. Dcera byla hodně hyperaktivní dítě. Sice jsem se držela hesla paní doktorky „Unavit!“, ale s tím jste byla unavená i vy, co

si budeme nalhávat. Do toho ta tchyně, která byla zvyklá na ten svůj klid, že když přišla z práce, pustila si televizi, nebo si šla pomalinku do obchodu nebo tak. Do toho ten manžel, kterej byl nekontrolovatelně v tom (...), teďka jste nevěděla, co dělá nebo nedělá a začal vám lhát! A začal lhát neskutečným způsobem! Tak jsme se pomalinku odcizovali a odcizovali, ale stavěli jsme. Stavěli jsme svoje z těch peněz, co jsme měli a vzali jsme si půjčku. Tenkrát se dávaly výhodně po povodních půjčky. A protože my jsme na tom spadlým měli trvalý bydliště, a i když jsme nestavěli na stejném místě, tak jsme mohli. A pořád nechtěl do podnájmu. A čím dál víc začal chodit, že míval tak jako připitý. Vždycky jsem se držela hesla, že když je chlap připitej, tak nepřilívat do ohně, nechat to na ráno, až vystřízliví. Stejně ho bolí hlava, tak si to užijete, co si budem nalhávat. No a tchyně se jednoho hezkého dne rozhodla, když měla svůj domek úplně postavený, ale my jsme ho ještě dodělaný neměli, že byt prodá, půjde tam a nám dá třeba 200 000, což byly tenkrát ještě dobrý peníze na dodělaní. Prostě že to prodá a půjde tam a my půjdeme tam. Proti tomu jsem se, blbec, neohradila. A měla jsem pořád trvat na tom podnájmu a já jsem na tom netrvala. Oni vás semelou ty argumenty, který v tom životě pořád máte. 'Aby děcka byly v pořádku.' Vždycky jsem je měla na prvním místě. 'Aby se to nedotýkalo těch děcek' Ale my jsme... Tchyně pořád bydlela v tom bytě s tím druhým synem. Takže vzala si syna do toho domku, sebe a vzala si děcka, protože my jsme to neměli dodělaný. A teďka. Čím jste starší, tím jste blbší, a ono to někdy funguje. Furt jsem si říkala, že děcka jsou v tý vedlejší ulici, tak to dám. Takže děcka spávaly tam a byly tam, úlohy jsem chodila dělat tam. A dcera nastoupila do první třídy. Tak jsem si je dala k (...) do první třídy, je to po cestě do mé práce. Syn tam taky chodil. Nějak mi uniklo, v tu chvíli, kdy ten život žijete, vám některý věci unikají mezi prstama, a to cítíte opravdu až potom, že toho syna jsem ztrácela, i když jsem nechtěla. Protože jsem měla tolik starostí a vydávala tolik úsilí, abychom to dodělali a mohli bydlet. Ona nám prostě prodala střechu nad hlavou bez toho, abychom měli alespoň funkční záchod a koupelnu (*hovoří důrazně*)! My jsme tam neměli podlahy, elektriku, voda tam taky nebyla zavedená v domě, jenom před domem. Takže my jsme se tam nastěhovali s tím manželem. Moc věcí jsme neměli, všechno nám stejně uplavalo. Když jsem bývala v tom bytě, tak tam jsem si nic koupit nemohla, postýlku jsme si koupili, jinak tam všechno bylo. Postel tam byla po tchánovi. Tak prostě děcka jste dala do toho bezpečí, do toho pěknýho, novýho a vy jste tam docházela. My jsme měli 2 + 1 a snažili jsme se to dodělat, aby koupelna fungovala, aby tam byly koberce, aby v kuchyni byl přiveden plyn a byl tam sporák. Jak to bylo, tak jsem děcka nastěhovala k nám.

To už to manželství bylo prostě v rozpadu. Zjistila jsem, že jak mi ten manžel lže, tak že si nejenom rád přihne, ale že si k tomu i něco dá. Když s někým žijete tolik let, tak poznáte, že je opilej a on začal být jinak opilej. Buď si k tomu dával nějaký léky a i hodně kouřil, to už poznáte marijánku... V kombinaci s alkoholem začal být agresivní, začal být vzteklej na celý svět. No... Párkrát jsem dostala, párkrát mě chtěl zabít, podřezat. Chodívala jsem do práce nevyspalá, zbitá, neumytá, ale jako čistá... Vystresovaná, protože ty děcka byly u té babky a tam jsem nechtěla, aby byly. Jsem si říkala, že než ať jsou v takovém prostředí, tak ať jsou radši v klidu tam. Naštěstí moje děti, to je jediný hezký, co z toho manželství mám, jsou obě hezký a chytrý. No co, třeba mi je pánbíček dal za odměnu. A najednou mě začal srážet a dávat úplně do kouta. Že prostě jsem byla na psychině, že jsem blázen... Začne vás takhle srážet a začnete tomu věřit, že jste, s prominutím, úplnej debil! Že mimo uklízení a vaření vůbec nic neumíte. Neumíte se pořádně postarat o děcko! Syn nikdy nebyl sportovní typ. Syn byl děcko, který si jde s klukama začutat, jezdí po té vesnici na tom kole, párkrát si zahrajou volejbal nebo něco, ale že by to vyhledával, to ne! Pomalinku začínal jít do puberty, začínal být drzkatej. Manžel dycky na něho...táta na něho byl hnusnej a zlej. Si myslel, že ho najednou musí poslouchat, když tolik let byl v zajetí babky. Když babičky, co si budeme nalhávat, mají takovou benevolentnější výchovu. Vnoučata jsou něco jinýho než děti. Já budu taky taková. Tak to byla první pořádná rána, když jsem zjistila, že když se tam sestěhováváme, tak ty děcka tam stejně nechcous být. Že prostě utíkají, kam můžou. Že jdou ven, ke kamarádovi. Já jsem byla hromádka neštěstí, protože jsem nevěděla, co mám dělat. Stejně vám nikdo nepomůže. Manžel mi začal vyměřovat peníze a chtěl po mně, abych to měla vyúčtovaný do koruny, jo! Kde máš padesát korun! To si nedovedete představit, co dělal kvůli padesátikoruně?! Přitom on kouřil, užíval si. Děckám nadával, že jsem koupila každému děcku jednu ruskou zmrzlinu. Tenkrát ta hádka, jaká byla!! A to jim stačila jedna na půl. Ještě jsem chodila normálně do práce, žádná finanční hitparáda! Pořád jsem normálně platila složenky a tak. A ten hajzl začal dělat dluhy! Přestával chodit do práce. Říkal, že jak dělá toho dealera... A jak vy odejdete v šest z domu, tak vlastně nezjistíte, jestli je doma nebo tak, protože jezdíval normálně pozdějc. A vy, když jste přijela v ty čtyři hodiny, tak buď byl doma, nebo přijel po vás, nebo přijel a odjel, protože řekl, že potřebuje pryč. Rozpočítával ty peníze a neustále mě kontroloval. Bylo období, kdy jsem nemohla jít ani ke kamarádce na kafe! Neustále mi prohledával věci.

Potom šel syn na průmyslovku sem, měl těch patnáct. A já nevím, jak jsem zjistila, že máme exekuci na domě. Potom začaly chodit exekuční příkazy. On to začal paradoxně

omlouvát, že to je nesmysl, úplná blbost a kdesi, cosi. A jednou, když teda byla hádka opravdu, že nás zabije všechny a tak... Nejdřív nás chtěl vystřílet, potom nám chtěl... To bylo opravdu hnusný. Ani nechtějte vědět, co všechno nám chtěl udělat a co všechno se nám pokoušel udělat... Tak v roce (...) před Vánoci jsem přestěhovala svoje děti opět k tchýni. Já jsem je nepřestěhovala dobrovolně, poněvadž se strašně opil, byl kvůli něčemu vzteklý, a co čert nechtěl, přišla další exekučka a já jsem ji položila v kuchyni na stůl. A říkal, že nás teda zabije, že nepřežijeme noc. Tenkrát byla hrozná zima (*hovoří velmi těžce, pomalu, plačtivě, velké trauma*). A tak jsem poslala svoje děti zadem, zahradama, aby teda šly k babičce. Jsem jí zavolala, ať si nechá děcka a manželovi ať v žádném případě neotvírá. Syn prostě řekne, co se děje. Bylo minus deset a on mě honil po dědině jen v ponožkách a v tričku. A to jsem se rozhodla, že se rozvedu, i kdyby mě to mělo stát cokoliv, že nezabije moje děti. Začal být takový agresivní, mít takový sklony. Třeba naházela věci do obýváku a poslal tam kanystry. Když začal, tak začal s tím, že to udělá jako v garáži, a to už měl ty hromady věcí polité (*mluví z ní velký strach*). Strašně zlej, nepříčetnej! To nebyl opilej, to vypadalo, že si něco šlehnul, něco si prostě dal. Protože kdyby byl opilej, tak by tak strašně agresivní nebyl. A potom, jak měl syn těch patnáct, se začal stavět a začal mě bránit, jo. A ten manžel, jednou si stoupl mezi nás a řekl, ať mě nechá, začal synovi vyhrožovat, že ho zmrazí tak, že mu nebude stačit ani kolečkový křeslo! Což byla opravdu poslední kapička, aby to přeteklo. Tak bydlely u té tchyně. Já jsem se pokoušela rozvést, což byl oříšek, protože na baráku byly exekučky. Tak jsem sháněla realitku, která by ten dům koupila. A snažila jsem se, dokud ty exekuce nebyly tak vysoký, aby alespoň pokryly tu novostavbu. Chyba (*řečeno temně*). Já jsem vůbec netušila, co je můj první manžel za hajzla. Protože exekuce byly síla. Nedostávala jsem poštu tak, jak normální lidi dostávají. Manžel si hlídal vždycky pošťačku, aby tu poštu přebral. Tak jsem poprosila naší pošťačku na poště, aby mě napsala smsku, že tam mám doporučený dopis, že prostě manžel mi poštu nedává, že jestli to mám nějakým úředním šimlem prohnat, aby mi bylo oznámeno, že mám úřední poštu, ale že tohle pošta nedělá. A protože to byla známá a udělala to pro mě, tak mi vždycky napsala smsku a já už jsem ten den dopracovala. No a poslední exekuce, která byla, než to ta realitka začala vyřizovat, s tím že to odkoupí i s těma dluhama za výhodnou cenu, tak přišla poslední exekuce na 550 000,-. A když vyděláváte nula, nula nic, peníze vám žádný nedává, nic neplatí, nechá vám odpojit elektriku, plyn, tam se netopilo vůbec v tom domě, tam se nesvítilo, tak jsem jezdila domů a hlídala jsem ten barák, protože to byla jediná (*šance*), když ho pohlídám, a ta realitka ho odkoupí, tak je to vysvobození, abych mohla fungovat dál. Takže z celé novostavby a z pěkného balíku peněz, které jsme za dobu, co jsme byli

manželé, měli, mně zbylo 15 000,- na vystěhování a on dostal taky 15 000,-, s tím, že mně ještě zůstaly dluhy, které nebylo možné pokrýt tou nemovitostí. Byla jen jedna jediná možnost, že si dluhy nechám napsat na sebe a udělám v ten okamžik tu tlustou čáru. Tak teda jsem si sedla a udělala jsem tu tlustou čáru. Jsem blbá (*tichým šeptem*). Ten hňup, když jsme žádali svěřeni dětí do péče, tak ještě synovi namluvil, že ho strašně chce! Že dceru ne, ale že jeho strašně chce do péče! Takže ho postavil mezi mě. Já jsem ho chtěla, aby vystudoval, aby normálně fungoval. A celou tu dobu ty děcka byly u té babky. A zvládla jsem to. Do péče ho nedostal, protože se nedostavil vůbec k řízení.

Já jsem si požádala, u nás v (...) jsou bytovky 1 + 1, oni tomu říkali startovací byty, které udělali po povodních pro lidi, kteří přišli o všechno. Tak jsem konečně ten byt dostala, předala jsem klíče do realitky, nastěhovala jsem se do toho bytu a nastěhovala jsem se jenom s dcerou, protože syn s náma jít nechtěl. Babička mu nabídla, že může zůstat u ní, což bylo „úžasný“, protože chtěla peníze, aby tam mohl bydlet, i když mu to nabízela. No (*s hořkostí*)! Když jsem si sedla do toho bytu, my jsme dostali nejdřív jenom garsonku, byla jenom garsonka volná, buď chceš, nebo nechceš. Jsem si říkala, než jít k mojí matce, tak půjdu tam, sedla jsem si a celý večer jsem probřečela. Ten hajzl mi telefonoval několikrát za hodinu v noci, zvonil na mě, vyhrožoval mi. Já jsem se bála sama chodit po ulici, nikde vůbec. Já jsem chodívala jenom přes vesnici. Zadem, že bychom šli, tak to ne. Bylo období, kdy jsem se bála jezdit autobusem, že jsem se začínala bát lidí. Bylo to hrozný!! Potom přestal, protože jsem několikrát navštívila policii. Jenže tenkrát před těma deseti rokama to nebylo, jak je to teď. Teď ta ženská může požádat o pomoc. Tenkrát nic takovýho jako „domácí násilí“ se nevyslovovalo. Něco jako, že by ho vyhodili z domu, nebo mu k vám zakázali přístup, to taky vůbec neexistovalo. Jsem byla několikrát nahlásit na policii, že už, jo?! Musela jsem vždycky podat trestní oznámení, že neplatí výživný. Vždycky jste tam byli braní jak někdo, kdo něco provedl, něco chce. Když jste byla požádat o nějaký příspěvek nebo tak, na sociálce vám paní řekne, že jste si měla rozmyslet, s kým si pořídíte děti!! Sebrali mi příspěvek na bydlení, protože jsme v práci dělali přesčasy a mě to přesahovalo o 150,-, tak mě sebrali příspěvek na další čtvrt rok (*mluví hořce, vnímá křivdu, nespravedlnost*). Když jsem si snažila legálně si vydělat peníze, tak mi okamžitě sebrali sociální dávky! Dcera byla premiantka třídy. Když se dostala na gympl, byla jsem si požádat. První, co mi řekla paní, jestli si nemůže vybrat státní školu, já jí řekla, že na státní škole je, jako chce být. Jsem jí ukázala, že náklady prvního ročníku jsou čtyři tisíce, jestli bych nemohla dostat nějaký příspěvek, nebo tak. Tak vám řeknou, že ne, že ať si vybere něco, co je méně finančně



náročné (*hovoří plačtivě, zlomená*). Tak vás ten život semílá a semílá. Když už jsem se odstěhovala z toho domu šílenýho, z domu hrůzy... Já třeba do teďka, když nemusím, tak tou ulicí nejdu. Několik let jsem se nepřibližovala, ani k té ulici, ani k tomu místu, tak jsem si to pro klid zakázala. Když jsem tenkrát poprvé probřečela večer v té garsonce. Tak dcera teda, že se mnou půjde. A teď najednou zjistíte, že nemáte vůbec nic. Můj bývalý manžel když pořádal ohnivé orgie, tak nám spálil úplně všechno...povlečení, úterky, všechno porozbíjel. Když jsme se odstěhovali, tak se mu 15 000,- nelíbilo, že je to málo. Já jsem požádala tu paní z reality, jestli by nějakýho chlapa, že on po nás...nebo jestli mám požádat policii, že ne, tak tam měla manžela a ještě nějakýho kamaráda. Oni ten dům musí projít a prohlídnout si ho. Děckám, co si neodnesli, všechno zničil, spálil, prodal. My jsme měli televizi, on řekl, že si ji vezme. Říkám: „Tak to je společná televize. Na co se děcka budou dívat?“ „Nedáš mi ji?“ Otevřel okno. „Já ji vyhodím.“ Říkám: „Se s ní udav!“ Vyhodil pračku takhle z okna. Všechno možný prodal, zastavil, zničil tak, aby když jsem přišla do toho bytu, jsem neměla ani ten blběj hrnek. Jsem neměla ani stůl, ani židli. Kamarádka mi dala po babičce takový rozvrzaný židle, takovej stůl. Si nedovedete ani představit s kolika penězi jsme žili. Tehdá moje matka, že teda když ji pomůžu, levná pracovní síla, že mi dá aspoň ty brambory s těma vajíčkama. Takže jsem chodila do práce, starala se o děcka, dělala na poli.

Jsem měla babičku a v sousední ulici bydleli (...). (...), můj současnej manžel, chudák, si mě vzal. Kdyby věděl, co si bere, by si mě možná nevzal. On je taky takový zemědělec, má zahrádku, má to jako koníčka... Jsem se mu zdála asi výhodná partyja. V roce (...) mě poprvé pozval na Slovensko s partou dospělých lidí na chatu, kde nebyla voda, nic. Oni tam všeci chodili po těch lesích kolem dokola, něco nenáročnýho si uvařili. Ten chlap, co mě vůbec neznal, mě pozval na to Slovensko. To bylo lepší než nějaká terapie někde v lázních. Jela jsem s úplně cizím člověkem, kterého jsem znala jen od vidění, s lidma, který jsem vůbec neznala, bez dětí, což podle bývalýho manžela, který mi volal několikrát denně, jsem si dovolila hodně. Když mě pozval, tak jsem mu říkala, že nemám nic a nemám ani peníze. Tak mi koupil alespoň botasky, abych mohla jet, a bundu. Si nedovedete představit, kolik let jsem chodila v zimě, v mrazu, v botaskách a v ponožkách, protože jsem neměla jiné boty. Jsem s ním jela na to Slovensko mezi cizí lidi, on mě představil jako kamarádku a mně se poprvé po těch letech ulevilo, protože se vás na nic nikdo neptal. Jen se vás zeptali, jestli máte děti, tak řeknete, že máte dvě, že máte dva pubertáky, protože to bylo šílený. Dcera tenkrát měla necelých třináct, což je kritickej věk. A syn měl osmnáct. Takže tam jsem si

odpočinula. Tam jsme se s (...) dali dohromady, že bychom mohli si spolu někam vyjít a u něho vyjít není nikdy do restaurace. U něho vyjít tam někam do polí, do lesa, což na moje nervy úplný balzám. Nikdo vás neočumuje nebo tak, jo... Děckám jsem teda řekla, že jdu na procházku s mužem, ať vědí, ať se to nedoví od někoho jinýho. Bývalýmu manželovi tomu se to vůbec nelíbilo, ten mně volal několikrát na Slovensko, jako že se kurvím a takový ty sprostý ty... On jako by nás nechtěl pustit. Nechtěl žít s náma, ale ani nechtěl, abychom si žili svůj život. On třeba, když jsme měli soud o neplacení výživnýho, paní soudkyně, chudera, nemohla pochopit... Když byly prázdniny a dcera měla těch deset jedenáct, nemůže být sama doma, tak že bude u babičky, jo? Prostě jsem ji zavedla k babičce, i když se mi to moc nelíbilo, ale jsem si říkala, tam má všechno. Prostě se na mě přišla podívat vřdycky odpoledne a potom v pátek přišla na víkend domů. A co on dělal!! Že se kurvím, že se nestarám o děcka, protože celý prázdniny je u babičky. Paní soudkyně, že teda co se mu na mojí matce nelíbí. Nemohla pochopit, že to není moje matka, že to je jeho matka! Tak toto. Tak jsme si prošli těžším obdobím. Potom když jsem s tím (...) začala chodit, tak jsem měla problém, aby na mě vůbec sáhnul, abychom k něčemu v té posteli došli. Protože po tom hnusným exmanželovi, kterej dělal to, co dělal, kterej se vás neštítel znásilnit kdykoliv. Já vím, že to byl manžel, ale odsud posud. Když zažijete jako dítě zneužívání, tak nějak to vypadá, nějaký to je, má to něco. A jak jsem se z toho dostala, to manželství bylo dobrý, tak jsem to zavřela. Potom ten exmanžel, když nastavil laťku se svým terorem dost vysoko, tak jsem měla problém s tím (...), abych si nechala na sebe sáhnout a nějakým způsobem sáhnout. Některý věci má prostě zakázaný, některý polohy má zakázaný, některý věci prostě nedělá. Spousta párů některé věci nedělají, některé věci jsou normální a my je taky neděláme. Takže zhruba máme takovej bezvadnej život. Po terapii s paní doktorkou (...) jsme to nějak jako uhňácaly a začaly fungovat. Někaký detaily vám radši říkat nebudu, protože ty jsou ještě hnusnější než to, co jsem vám řekla.

*V3: Největší trauma byl život s manželem a domácí násilí nebo ta povodeň?*

R3: Ta povodeň, ano, možná bychom se rozvedli, nebyli spolu, ale prostě ten den se to všechno sesypalo. Možná, kdybychom reagovali společně, ten exmanžel by byl s náma a snažil se být s náma, prostě se od nás neodtrhnout, tak bychom třeba spolu byli, taky bychom se mohli rozejít. Ta povodeň nám úplně do toho sekla a už to nešlo zpátky. Vůbec! Od té doby prostě všechno pryč! To je jako byste přestoupila na úplně jinou loď.

V4: *Jste s bývalým manželem dosud v kontaktu?*

R4: My se potkáme občas u obchodu. Pokaždý, když ho vidím, že tam někde je, jsem zbabělec. Neutíkám úplně z obchodu, držím se na základně, ale nevyhledávám ho, abychom se potkali. V momentě, kdy se potkáme, to je většinou u těch vozíků, nebo tak, tak mi řekne, že jsem... Sprostý slova má takový oblíbený. Do teďka mi je říká! Před několika rokama jsem nemohla vůbec ustát to, abych nepřešla na jinou stranu ulice. Já jsem několik let spávala s mobilem a s taškou u postele, abych mohla utýct, abych ty základní doklady měla v té tašce. Tohle mě drželo několik let. Je to hnusný, tu kabelku u té postele mám pořád, ale ona tam má svý místo! Zkoušela jsem ji přemístit a pak jsem ji vrátila tam. Ten mobil u té postele mám taky. Necítím se v ohrožení. Museli jsme postele dát tak, abych viděla na dveře. (...), chudák. Říkám: „Některý věci... Nechtěj to pochopit. Prostě musím vidět na dveře, tečka, konec.“ Je to těžký se mnou žít, protože mám... Hrozně těžký bylo přijmout dceru jako holku. Když se mi narodila dcera, tak jsem to nemohla říct, to zklamání... Jste strašně šťastná, že po rizikovým těhotenství máte zdravý dítě, ona byla hezká, ona je taková snědá, když se opálí, vypadá jak romský spoluobčan, ona za to nemůže (*se smíchem*), to má po dědovi, má velký hnědý oči, ona je fakt hezká holka. Ale přijmout ji jako holku! Bylo dobrý, dobrý, do té doby, než exmanžel začal bláznit. Byla jsem ráda, že ta holka je se synem tam, protože synovi vyhrožoval vším možným, když si vypil. Ne, že by někdy měl nějaký, jo (*pokusy o sexuální týrání dítěte?*). Už nikdy nejste normální matka! Nikdy jsem nebyla normální matka, abych nesledovala, že by se mohlo něco. Vždycky jsem byla asi víc úzkostlivější, když začala s holkama chodit na mejdany, jo?! Nikdy se mi netoulala, ale víc jsem ji držela. Měla jsem strach, aby se jí náhodou něco nestalo. A bezpečí mojich dětí za každou cenu!!! Je taky pravda, že se synem moc dobrý vztah nemáme. Jde nám to tak jako ztuha navázat, i když je dospělej. Možná to chce čas. On bydlí sám. Se mnou nikdy nebydlel. Když jsme bydlely s dcerou, tak jsme to měli domluvený, že u té babičky zůstane s tím, že Štědrý den stráví s náma. A o víkendu bude chodit sobota neděle na oběd, abych ho viděla. To prostě fungovalo, to tak bylo. Teď občas taky přijde na oběd. Když jsme se nastěhovali k (...), tak chodil... Já jsem tomu říkala průzkumná část. On tam seděl v kuchyni a sledoval, jestli se něco děje, jestli náhodou nejsme v ohrožení. Díval se na toho partnera, jak s náma mluví. A dlouho mu trvalo, než zkousnul toho jinýho chlapa vedle nás. Když jsme se s partnerem sestěhovali, tak dcera tam bydlela ještě o měsíc... Kdyby dcera řekla, že se k němu nestěhuju, tak neexistuje. On bydlí ještě s matkou, to je takovej ten mládenec svobodnej (*směje se tomu*). Kdyby ho moje děti neskously, tak bych tam nešla. Tak možná

chodíme do polí na procházku nebo někde tam na večeri, nebo taky spolu nejsme. Ale protože ho moje děti přijaly a protože partner zaplatil, když začal vědět, jak na tom jsme, nenápadně plíživě to věděl, tak začal platit moje dluhy. První když zaplatil x,-, jsem mu řekla, že je to pro mě šílená částka a kdybychom se rozešli, tak mu to nemůžu vrátit a nemám z čeho vrátit. No, a když zaplatil dalších xxx,-, tak jsem si říkala, že kdyby nás neměl rád, tak to prostě neudělá. Potom zaplatil další dluhy.

*V5: Ulevilo se vám po tom? Nebo je to pro vás znamení, že máte být stále ostražitá?*

R5: Ulevilo se mi, jak se ty dluhy odmazávaly. Já si nepouštím k sobě chlapy nikdy (*mluví temně*)!! Já jsem si nikdy nepouštěla. Protože já jsem takovej zmatkař na chlapy. Já to mám s nima takový zvláštní. Když normální holky randily, tak já jsem nerandila, protože jsem měla doma to, co jsem měla do nějakých šestnácti sedmnácti. Potom to přestalo, tak jsem byla ráda, že... No, a potom jsem natrefila na manžela, tak jsem chodila s manželem. No, a já jsem si k sobě žádnýho chlapa takhle nepustila, protože když jsem se z toho trošku (*zmátořila*), tak se objevil (...). A ne že by byl jako.... Je ta jistota, to zázemí. Už nikdy nedovolím, aby mě chlap jakkoliv omezoval! Tak aby mně zakazoval: „Nesmíš chodit za kamarádkou na kafe!“ K ní domů. Kde vlastně nejdete nikde, že byste šla flámovat tam do baru. Aby mě zakazoval, kontroloval, v kolik jsem skončila v práci, jestli jsem stihla první autobus, kterej jel! Jestli jste se náhodou nestihla podívat, že jste potřebovala děckám něco koupit nebo tak! Nikdy už mi nebude někdo říkat, že musím si psát peníze, každou korunu, kterou jsem vydala. Nikdo už to takhle prostě neudělá. Ani mě nikdo nepraští!! Já vždycky říkám, že nejhorší, co se mně může stát, že skončím někde na ubytovně, což já neberu jako nejhorší řešení ve svém životě. Ale nikdy nedopustím, aby mě někdo zahnal do toho kouta! I kdybych měla tři práce a tu ubytovnu si měla třema pracema zaplatit (*pronáší to velmi důrazně, klade důraz na jednotlivá slova*).

Největší svou chybu cítím vůči dětem, že to dětství neměly takový, jako jsem chtěla. A taky že hrozně brzo dospěly. Syn od patnácti si musel na všechno vydělávat na brigádách, protože jsem neměla peníze. Kolikrát jsem chodila a brečela, když jsem chodívala v sobotu k mojí matce si to odpracovat. A on chudák pracoval už těch sedm hodina na brigádě, aby si přivydělal korunu. Přitom jeho spolužáci a vrstevníci teprve po flámu měli půlnoc. Čekali, až matka jim navaří a dostanou jíst. On sobota neděle chodíval na brigády, aby si přivydělal. Protože viděl, že já mu víc dát nemůžu. Moje dcera taky věděla že... začala hrát florbal a

florbalka za pětistovku je šílená pálka, kterou prostě jí dát nemůžu. Přitom ti, kteří tam párkrát byli v tom kroužku a začínali, měli dresy za dva tisíce. Ona když měla něco za pětistovku, tak pro ni to byly šílený peníze. Partner, když jí tenkrát něco koupil nebo zaplatil šaty do tanečních, tak ta brečela celej víkend štěstím, že má šaty do tanečních, že jí zaplatil taneční...jo?! Cizí holce! (*lítostivě*). No jo, no, měla jsem štěstí na druhého muže. Třeba jsem se narodila úplně špatně osobě, nebo já nevím. Třeba si to ten nahoře v poslední chvíli rozmyslel.

Když to tak vezmete, tak i ta doba byla jiná, než je teď. Teďka se lidi, kterým se něco děje, můžou ozvat. Když už to nemůžou vydržet. A nejsou jediný a můžou se ozvat. Ty ženský, když chodí to... tak se taky můžou ozvat. A teďka je doba internetu, všude máte přístup. Jenže tenkrát to tak nebylo. To co jsem dělala vždycky, když ten život běžel, tak jsem dělala, protože takhle to je správně! A myslela jsem si, že ty děti si zaslouží tu normální rodinu, že nemůžou za to, co se stalo. Nejhorší na tom je, že zjistíte, kolik vám je, že některý roky svýho života byste úplně vymazala a potom když bych některý chtěla vymazat, tak moc těch roků mýho života by mně nezůstalo (*se smíchem*). S mojí matkou jsem se několik let vůbec nebavila. Když jsem se s ní přestala bavit... Ona manžela moc nemusela, se jí... Ona chtěla nějakýho zemědělce, nějakýho pracovníka, on na to zemědělství nebyl, ale jinak byl zručnej, že si uměl udělat. Syn, když se narodil, měl novorozeneckou žloutenku, sice byl pod tím světlem s těma zavázanýma očenkama, ale i když jsme přišli po deseti dnech domů, tak pořád byl žlutej jak citrón. Paní doktorka říkala, že některý děti to tak mají a že na světle budou zase normální. A protože byl světlej, blondák je, tak prostě byl žlutej. Jsme měli křtiny a tenkrát se dělaly křtiny, že se pozvaly obě dvě rodiny, všeci si pojedli, popilo se a šlo se. Moje matka mi říkala, že co to mám za chud'atko, co se mi to narodilo! Syn, když se narodil, měl tři kila deset, to je normální váha, žádná hitparáda, ale normální váha!! A tak pěkně přibíral. Ale vypadal hrozně, takovej nažloutlej byl. A věčně se jí něco nelíbilo a chodila mě kontrolovat, jestli tu domácnost mám dle její představy. Což bych nikdy nedělala. Je mi to jedno (*s hořkostí v hlase*)! Pokud nejsou ohroženy děti, děcko prospívá, chodí v čistým, tak nevidím důvod, proč bych chodila kontrolovat domácnost svojí vdané dcery. Tak jsme se pohádaly několikrát, ledasco se jí nelíbilo, tak jsem jí říkala, že k nám nemusí chodit, když se jí věčně něco nelíbí. Brácha ten měl taky dvě děcka. Tak ona mi říkala, ať si svoje děcka nechám, že ona bude mít bráchovy. Což je pravda, že vždycky byla babička pro ně. Taky k těm mým dětem nemají žádněj vztah jako babička a vnoučata. Oni jí pomůžou, když potřebuje, nebo tak. Ale ten vztah tam nikdy nebude, protože tam nikdy nebyl.

Vždycky jsem se snažila dělat to nejlepší, pak ale zjistíte za několik let, že to rozhodnutí bylo úplně špatný. Ale úplně špatný! Já vím, že nikdy nevíte, jak to dopadne. Já jsem od toho života asi moc hezkýho nedostala, no. Ale mám ty děti a budu mít jednou vnoučata. A to mi stačí. Já mám teďka chlapa, kterej je normální, kterej mě bere takovou, jaká jsem, a má rád moje děti. Což je výhra. Tak si říkám, co víc si od života přát. Mám dvě zdravý, normální děti a chlapa, na kterýho se můžu spolehnout (*hovoří odlehčeně a vděčně*).

V6. Byl vám někdo v těžkých chvílích oporou?

R6: Moje kamarádka. Já mám kamarádku, se kterou nás seznámili chlapi, chlapi se znali – manžel s jejím manželem se znal. Už to bude příští rok třicet let, co se kamarádíme. Ona je obyčejná ženská, a to je ta jistota, která prostě je. Prošla si se mnou celej ten život takhle jak to... Ona neví, co se dělo předtím, neví všechno, co se dělo u nás doma.

A potom teda, co mi pomohlo, je paní doktorka (...). Bez ní bych to teda... Já tomu říkám, že je to taková skříňka, co jsme zavřeli. Ona není úplně zavřená, občas to... My kdybychom tady spolu seděly a začaly probírat moje období života opravdu dopodrobna, co se stalo, tak to těžko budu zavírat, ale zavřu to. Když jsem sem začala chodit, tak to vůbec nějaký víko nemělo. Nejhorší bylo, že se to objevovalo, jak kdyby se to stalo včera (*flashback*). O tom jsme spolu mluvili a teďka normálně můžu odejít domů, aniž bych... Večer moc spát nebudu, nevadí, ale zítra budu moci normálně fungovat. Normálně budu s tím žít. Taky, co mně pomohlo, že jsem nikdy nepřestala chodit do práce. Já mám takovou povahu, já si sama sobě poručím. Prostě, jak těch peněz jsme nikdy s děckama moc neměly a jak ty děcka mám na prvním místě, já si poručím, že to zvládnou. Takže já jsem i v těch rozbitých, rozmočených botech v minus patnácti v tom sněhu prostě šla do té práce, i když jsem se bála těch lidí, bála jsem se, že potkám exmanžela, byly to ty nejhnusnější doby, který byly, tak jsem si poručila, že do té práce půjdu, že to zvládnou, budu fungovat. Aby si na mě nikdo neukazoval prstem a neřešil mě, nebo tak. Na vesnici vás dost řeší i tak. Vždycky jsem prostě fungovala, prostě jsem si říkala, že musím. K paní doktorce jsem vždycky pravidelně chodila, neexistovalo, že bych nepřišla! Měla jsem termín, tak jsem přišla (*hovoří odhodlaně, schopnost nevzdávat se*)! A tak, jak jsme to po těch termínech spolu pořešily, tak to víko od té truhly jsme našly a pokoušely jsme se to tam nějak uhňácet a zavřít. Ten můj život je jedna pecka za druhou. Některým ženským by stačil jen ten začátek, už by nemusel mít pokračování. Nebo jenom ten prostředek. Když se moje matka rozcházela s tím partnerem, se kterým žila a měla dvě děti, já jsem během půl roku, co jsem byla na střední,

zhubla 20kg. Já jsem chodila jak mátoha. To se tam nedalo vydržet. Oni po sobě házeli všeckým možným. Tam byla itálie! Nikdo se vás nezeptal: „Není ti něco? Nepotřebuješ pomoc?“ Nikdo! Nikoho to prostě nezajímalo! Ani v té vesnici. Lidi si šuškali, jaká je itálie, jak matka to má hrozný s tím, ale nikdo se nezeptal: 'Co děcka?'. Že se ztrácím před očima, protože za půl roku když zhubnete tolik, to nemusí s váma ani žít, ani být. Jedinej, kdo se zajímal, byla ředitelka na ekonomce, že se jí nějak ztrácím, protože mě používala jako náhradu sekretářky, když tam sekretářka nebyla. Jinak to nikoho nezajímalo! U nás, když jsem lítala v těch ponožkách, šílený, a ten manžel na mě najížděl autem, ty lidi za tím oknem byli (*hovoří přerývaně, pravděpodobně nejhorsí zážitek*)!!! Záclony se hnuly, ale nikdo, nikdo ty policajty nezavolaal!!! A v té vesnici to já dám, žiju tam pořád, ale přehodnotíte si tak žebříček těch hodnot a přehodnotíte si vztah k těm lidem. Jsou mi vyloženě jedno! Pokud vyloženě někdo někoho nebije. Já bych se nezdráhala zavolat... Nebo nějaké dítě, když poznáte, když s ním jezdíte... Ale jinak je mi život každého úplně jedno!! To jsou dobrá, že jsem teda v té vesnici zůstala, já jsem tam původně zůstat nechtěla, jenže děcka nechtěly od tama pryč a ten byt v tom (...) bylo nejlevnější řešení, které se mi nabízelo. Platila jsem poctivě, měla jsem jistotu, že mě nikdo nevyhodí. Ve městě, když půjdete do podnájmu, tak nevíte...jo, a půjdete za jednou takovou cenu.

## **PTGI-CZ**

### **1. Změnila jsem názor na to, co je v mém životě důležité. Změnila jsem své hodnoty.**

R7: Úplně, jo.

V7: Jaká je to změna ve vašem životě?

R8: Razantní!

### **2. Uvědomila jsem si hodnotu vlastního života, více si ho vážím.**

R9: Jo, taky. Já jsem vždycky celkem zodpovědně chodila na všechny prohlídky, protože jsem si říkala, že nemůžu vypadnout z toho (*z pracovního koloběhu*)... Abych splatila ty dluhy. Protože tam se to potom překulí na vaše děti a ty už tak nic neměly. A tohle jim nemůžu udělat!

V8: Takže zdraví si vážíte a celkem opečováváte...

R9: No, protože jsem ho huntovala několik let, tak musím trošku.

V9: Dalo by se i říct, že si ho vážíte víc?

R10: No, snažím se to dát trošku dohromady. Bylo období, kdy můj jídelníček kdyby viděla nějaká výživová poradkyně... Paradoxně já jsem nikdy jako (*nebyla hubená*)... Víte, jak někdo omezí ten svůj jídelníček na některé potraviny nebo tak, tak moje tělo nefunguje jako ostatní, čím víc jsem ve stresu, tím víc začínám kynout. Takže já takhle jak vypadám, vypadám několik let plus minus. Nehubnu, jak některý ženský, když jsou vystresovaní, mají doma nějaký šílenosti nebo tak, se začnou ztrácet. To moje tělo nedělá. Mu stačí ten chleba. Jsme několik let žili tak pozvláštěně, kalorická hodnota nebyla tak velká a přitom já jsem nehubla (*sama se nad tím podivuje*)?! Takže to moje tělo je asi zvyklý se nějak bránit.

### 3. Mám teď nové zájmy a rozvíjím je.

R11: No, tam dáme čtverku.

V10: Jaké zájmy jste předtím dělala a jaké rozvíjíte teď?

R12: Já mám takovou vášeň. Já mám ráda internet. Já jsem nemohla (*dřív*), tam ten přístup k datům byl omezený. Já nehledám bulvární zprávy, mě to nezajímá. Takhle kam se věda dopátrala něčeho, nějaký zajímavý článek o něčem skutečným.

V11: Učíte se přes internet.

R13: Jo, jo. Ale v žádném případě to není takový.... Třeba kolegyně v práci ten bulvár vezmou, vaření nebo tak. Mě to nezajímá! Já občas, když potřebuju nějaký recept, tak si ho najdu, stejně vaříme pořád to samý (*s úsměvem*).

V12: A to předtím nebyvalo?

R14: Ne. To předtím vůbec nebylo (*šeptem*).

### 4. Více si důvěřuji, věřím si.

R15: (*delší pomlka, zvažuje odpověď*) Trošku se to snaží, ale asi než se to vyklube. Tak ta trojka tam je.

### 5. Lépe rozumím tomu, že člověk má také duchovní potřeby.

R16: Jo, určitě jo.

V13: Jak jste přistupovala k víře před tou traumatickou událostí?

R17: Já to mám s tou vírou tak zvláštěně, já nejsem nevěřící, ani nejsem takový ten křesťan, co v neděli ráno vyrazí směr kostel nebo tak, jo?! Ale nejsem nevěřící. Současný partner ten je věřící, jeho sestra je praktikující katolík, to já nemám ráda, to se mně přičí tady tohle, a babička ta si z toho vybere, co jí tak pasuje. Moje děti jsou nevěřící, obě



dvě jsou pokřtěný. Kdybych se musela rozhodnout, jestli jsem nebo nejsem, tak asi jsem. My jsme byli vychovávaní babičkou, vesměs jak jsme u ní pracovali, tak jsme... Protože moje matka, když mohla, tak zadala práci a vyhnula se nám. Tak s babičkou. A babička byla to samý, co já, jo? Věřila, ale neměla tu potřebu, když začnou bimbát, do kostela a šílíme (*hovoří pohrdavě*). Ona se pomodlila jednou za čas a občas nám předávala takhle z toho to, co si myslila, že by ženská měla vědět. Ne jen ženská. Můj bratr si z toho nevzal vůbec nic, bohužel. Já třeba věřím na to, že dítě má být pokřtěný. Moje babička vždycky říkala, že všechny děti, co se narodí, mají být pokřtěný, kdyby se něco stalo, aby ten nahoře je přijal. A ona to řekla tak něžně, nenásilně, pro to dítě, že to tak má být, že to ve mně zůstalo. Prostě to tak má být. O svatbě v kostele si myslím zase svoje, ale o tom pokřtění, o tom prvním vstupu, a že to dítě si potom vybere, co chce nebo nechce.

V14: Mění se nějak Vaše duchovní potřeba tím, jak jste si procházela těmi těžkými situacemi?

R18: Ne. Je konstantní.

## 6. Přesvědčila jsem se, že se na lidi mohu spolehnout i v horších časech.

R19: Vůbec ne.

V15: Spíš jste mluvila o opaku...

R20: Nejhorší je, že to bylo od lidí, od kterých bych to vůbec nečekala!! Ty záclony byly vidět několikrát, to nebylo jednou! Bylo to slyšet!!! Asi jako spoluobčanku ve vesnici, asi by mně bylo podezřelý, že ta ženská, když je minus deset, minus patnáct, je jen tak v tričku a líce po tym (*běhá po tom*), a nedělat nic (*hovoří s pláčem*). Nemusíte zasáhnout, ale můžete se ozvat! Můžete vytočit, ať se někdo zodpovědný na tohle jde podívat!! Maximálně vám řeknou, policie, že mi po tom nic není, ale radši ať mi tohle řeknou než kdybych tam tak za tím závěsem byla.

V16: Nikoho se to netýkalo, jenom vás.

R21: Ano. Jo. Nesnáším...nikdy... Nikdy to moje děti nedělají, manžel ten to taky nikdy nedělá, abych stála ve vratech a začali startovat auto! Nikdy!!! Zamávám, odcházím. Ten zvuk toho motoru nastartovaného, jak to začne túrovat, který je proti vám, ten mně zůstane asi až do těch sta, až mě tam pohrbí. Některý věci ve mně zůstanou prostě... Nikdy nejdu v zimě, víte jak, někdy vyšlápnete ze dveří v ponožkách. Nikdy ne!!! Úplně se mi to blokuje. Bohužel, to mám v sobě. Některý věci taky nikdy nedělám (*pláče*).

V17: Ráda bych vám stiskla ruku, ale vím, že to nemáte ráda (*řečeno mimo nahrávání*). Tak pomyslně vám ji tisknu.

R22: Já málokdy na sebe nechám sáhnout. Třeba problém je jít ke kadeřnici. Chodila jsem k jedné, potom mě blbě ostříhala, tak jsem u ní skončila. Chodím k druhé, já si na ní počkám, jdu k ní... Je to hnusný, ale je to tak! Je to strašný! Je to prokletí, tady tohle (*hovoří temně*)!! Některá ženská si u kadeřnice odpočine. Nechá si nadělat hlavu, masáž a tak. Začala jsem chodit na kosmetiku, protože jsem si řekla, že už jsem dávno za horizontem, že je nejvyšší čas s tím obličejem něco udělat. Jak roky jste tam nic nepatlala, tak ono se to... Tak si alespoň obočí nechám. To si nedovedete představit, celou dobu, co jsem tam ležela, jsem si říkala: „Neutečeš, neutečeš, neutečeš!“ Dekolt? Ne. Pomalinku, nenápadně nechat na sebe sáhnout. Je to ženská, jo?! Si nedovedete představit a teďka všechny ženský si vykládáte o tom, jak je to úžasný, jak si odpočnete a zrelaxujete. A přitom ta hodina toho utrpení, si nedovedete představit! Ted'ka tam ležíte, ta ženská na vás není zlá, hrubá, že by byla nesympatická, jo?! To co dělá ona, jsou všechno plusy a vy to nedokážete na sebe nějak...

V18: Ten pocit bezmoci byl tak silný, že jste se vůbec neuvolnila.

R23: Ne. Ale udělám to, příště jsem se objednala zas! To jsou já! Já si poručím a pak to splním (*schopnost sebezpřekonání*).

V19: Pořád to se sebou zkoušíte.

R24: Jestli nepodlehnu (*se smíchem*).

## **7. Rozhodla jsem se pro nový způsob života, pro novou cestu.**

R25: To jo.

V20: Je to výrazná změna ve vašem životě?

R26: Je.

V 21: Je to vědomé rozhodnutí, chcete to tak?

R27: Jo. Chci to tak.

## **8. Mám teď větší pocit sounáležitosti s druhými lidmi.**

R28: Tohle...

V22: Cítíte s druhými?

R29: S druhými ano. Já se nedívám v televizi na některé pořady. Nemám ráda... a proto musím změnit kolektiv, protože ty slepice se dívají na ty svoje, jak si stáhnou z internetu filmy různý. Ted' se dívají na film, jo, až poad' je to dobrý. Dokážou si celou pracovní dobu vykládat třeba o zneužívání a vy tam celou pracovní dobu s nima jste, jo?! Nebo mají téma znásilnění, domácí násilí. Dokážou to ty tři ženský rozebírat dopodrobna a

pitvat se v tym osm hodin, jo?! A ted'ka ty dve to vidí, protože se kamarádi a ta třetí jenom přizvukuje a rozebírají to. Se snažím. Můj pracovní výkon, ať se pan majitel nezlobí, stojí za houby. Já nedokážu prostě některý věci ani poslouchat. Já se nepřipojuju. Nebo najdou na internetu nějaký článek a dovedou si o něm povídat třeba dvě hodiny... o nějakým týráním. A já to nemůžu, já tohle nemám... Ony se dívají na nebezpečné vztahy, různý ty životní příběhy, co jsou opravdový a velice je to zajímá. Možná je to zajímá ze zvědavosti, nebo tak, mě by to možná taky zajímalo, kdybych to neprožila.

V23: Zdá se, že cítíte víc s trpícími lidmi.

R30: Jo.

V24: Cítíte, že je to výrazný posun?

R31: Je. Mně to dřív také nechávalo lhostejnou, ale ted'ka si nedovedu představit, že takhle někdo žije.

V24: Aniž byste zasáhla a nabídla pomoc.

R32: Ano, no.

## **9. Jsem ted' ochotnější dávat najevo své city.**

R33: Ne to vůbec ne.

V25: Raději se bezpečně skrýt.

R34: (*lehce se tomu směje*).

## **10. Ted' už vím, že umím zvládat obtíže.**

R35: No, to jo. Já si poručím.

V26: Poznala jste své silné stránky?

R36: Já nevím, dalo by se říct, že jo. Něco z toho mě posílilo. Tak třeba ty moje kolegyně, které jsou přes 20 let vdané, si za svůj život, ted' je nechci nějak snižovat, vůbec nedokážou představit, co všechno jsem si musela vyřídit. Srážka s úředním šimlem je neskutečná, a když nejste... Když máte za sebou to zázemí, že doma byste si pobrbala, že ta baba, to bylo hrozný, že byste ji nejradši uškrtila. A ted'ka vy nemáte peníze, nemáte zázemí, jste, s prominutím ve sračkách až po uši, řeknu to hnusně, a ted'ka se střetnete s úředníkem s velkým U, tak to vás teda posílí. A určitě bych se nebála si říct o pomoc, jakoukoliv. Moje matka mě toho v životě moc nenaučila, ale jednu větu, aby se nás zbavila, nám říkala: „Líná huba, hotový neštěstí!“ Tou větou jedinou, kterou ona mi dala pro život, jsem se řídila několikrát. Slušně se zeptat. Problém je ten, jak ten člověk odpoví.

V27: Vnímám, že jste několikrát v životě musela začít od nuly...

R37: No, to jo. Vždycky když se mi ten život vyrovná, tak potom dostanu pecku. Teďka, když jsem vyrovnaná, tak mám strašnej strach, jestli už jsem vyčerpala všechny ty rány od života, nebo jestli musím dostat ještě nějakou (*nedošlo ke smíření se životem – přetrvávají obavy, strach, nejistota*). Já jsem musela být v minulým životě hrozná potvora, že si to teďka musím takhle (*vyžrat*). Jediný štěstí, který já v životě mám, že to nemám napsaný na sobě. Že tohle, co říkám vám, neví o mě skoro nikdo (*stydí se za to, bere si to za vinu*).

V28: To byste se cítila moc zostuzená. Berete to jako velkou ostudu?

R38: Jo. Jo, jako ostudu a nepotřebuju, aby tohle nikdo řešil. Protože nikdo to nezažil a nikdo nemá právo! To nemluvím o vás, o paních doktorkách. Já mluvím o někom cizím, kdo projede na kole přes vesnici. Nemá právo do toho zasahovat, rozebírat, cokoli!! Kdyby ty děti nechtěly být v (...), tak tam nejsem. Kdybych měla nějaký peníze, tak bych šla do (...), aby děti alespoň tu školu mohly dodělat. Ale oni chtěly být s tou babičkou, tak jsem je nechtěla ještě vyrvat násilím a taky jsem nechtěla, aby se mi nestalo, že i ta dcera bude chtít zůstat u babičky a nebude chtít jít se mnou. No, a kdybych nepotkala svého současného muže, tak bych v (...) už nebyla. Dcera už studuje vysokou. Asi bych se posunula za ní i s tím, že bych si našla práci tam. Já cítím takový... Já sama sebe nemám ráda! Někdy si připadám, ale teďkon je to lepší, že bych nejradši fungovala bez obalu, jenom jako vnitřek. Já nemám ráda svoje tělo! Jednu dobu jsem vůbec měla problém v práci, aby se ke mně někdo přiblížil. Nedej Bože se mě dotknul! Když jste v práci a jednáte s lidma, někteří mají tendenci se k vám přibližovat. Byly doby, kdy jsem měla hrozný problém s tím, stát, než to napíšu, a neutíkat s tím papírem. Zůstat na základně. On se mě ten člověk nechtěl dotknout, prostě se stane, že se vás někdo dotkne. No autobusy, to bylo to samý, když si k vám někdo přisednul. Naučit se přijímat ty lidi normálně. Neprechnout.

## **11. Teď už dokážu lépe naložit se svým životem.**

R39: Jo. Nedělám nic a užívám si ho. Já si užívám ten klid. Syn nebydlí s náma a dcera studuje. Manžel je rád, jemu stačí, když s ním jsem v tom domě, on nepotřebuje, abych s ním seděla u stolu. Já si to prostě tak jako užívám, ten klid a ten pocit toho bezpečí. Nikdo nezazvoní, nebudete muset nic řešit, žádná exekuce se na vás nic neřítí, nikdo vás nezbije, nenapadne, nebo vám něco nesebere. Ten klid! Jít do práce, být doma. Třeba je to takový přízemní. Ale mně to v tenhle okamžik stačí. Třeba to bude jiný za nějakou

dobu, ale teďka mi to opravdu stačí. Ono to strašně dráždí okolí, paní doktorko. Dráždí okolí, že můžete mít... Třeba já mám kabelku, pokud je funkční a vypadá normálně, třeba předtím jsem měla ani nechtějte vědět kolik a za kolik, já jsem měla... V tom svetr, dokud bude vypadat, já budu chodit... Ne, že by mě to nevadilo, ale netrápím se tím, že nemám 2-3 ve skříni.

V28: Netrápí vás závist.

R40: Vůbec. Já můžu jít k doktorovi s pocitem, že se vysvěču, mám na sobě podprsenku za 59,- od Vietnamce, protože je nová a vypadá dobře. Já nemusím mít tu z toho katalogu za 2000,-. A tady tenhle pocit, když někteří zjistí, že dokážete takhle žít...

V29: Skromnost.

R41: Skromnost, jo, že nepotřebujete k tomu, abyste byla šťastná a spokojená, tak nepotřebujete nic jako... (*němé gesto rukama*). To hrozně lidi dráždí, ale neskutečným způsobem.

## **12. Teď už dokážu události přijímat tak, jak dopadnou.**

R42: Jo.

V30. Můžete mi o tom říct něco bližšího?

R43: Mám někdy strašný strach z toho, co bude. Mám strach o svoje děti. Ty děti jsou prostě... O muže se taky bojím, ale to je zase jiný. Já vím, že si vyberou partnera, že budou žít nějakým životem, který si oni vyberou, nebo tak, ale prostě, aby se jim něco nestalo. Ale asi bude to horší a horší, jak budou starší a starší.

V31: Schopnost přijímat události – byla to ve vašem životě změna?

R44: Byla velká.

V32: Byla velká, dobře.

## **13. Umím si vážit každého dne.**

R45: No to jo! (*hovoří důrazně*)

V33: Chcete k tomu něco dodat? (*hlavou vrtí nesouhlasně*)

## **14. Objevily se nové příležitosti, které by za jiných okolností asi nenastaly.**

R46: No, já nevím. Možná ty příležitosti byly jako špatný, než dobrý. Tak napůl, některé ano, některé ne.

### **15. Více soucítím s druhými lidmi, než dříve.**

R47: Jo, jo. S rodinou, i s cizími...

### **16. Ve vztazích k druhým lidem se teď více snažím.**

R48: Jo, ale ty, co znám a na kterých mi záleží. Kdyby leželi a potřebovali by pomoci, teda pokud by spadli z kola. Tak jako nenechám je tam ležet. Ale jinak je mi to v podstatě jedno, protože proti pomluvě stejně nic neuděláte. Pokud Vás oni budou chtít pomluvit a očernit, tak si to prostě najdou, i kdyby to nebyla pravda, a vy proti tomu stejně nic neuděláte (*dává důraz na stejně nic*).

### **17. Více se teď snažím změnit ty věci, které je potřeba změnit.**

R49: Udělat si pořádek v osobních věcech. Víte co, já nechci, abych... Teďka to bude znít hnusně. Vždycky, když už jsem se dostávala z těch problémů, tak vždycky se snažím, aby kdybych zítra umřela (*hořký posměšek, klade důraz na jednotlivá slova*), aby moje děti nemusely za mě, s prominutím, řeknu to hnusně, sračku, kterou jsem já nedořešila do konce, řešit. To, že tam bude mít nezaplacené obědy, nebo já nevím co, to je něco jiného, než vyřešený něco, co jsem si měla vyřešit sama. Abych ty důležité věci měla v pořádku.

V34: Uzavřené.

R50: Ano.

V35: Žít s čistým štítem.

R51: Tak, no. Já nemám ráda takový to, ale to jsem nevěděla, co ten potěšek dělá. Protože já jsem se snažila řešit to co se...od zaplacených složenek, přes to, co se má udělat, co víte, že se má v tom vztahu a v té domácnosti udělat, aby všechno bylo nachystaný, udělaný a v pořádku (*poslední 3 slova pronáší důrazně a klepe si na rameno*). Musím se pochválit, k povinnostem jsem vedla i svoje děti. Bohužel, i tak brzo dospěly. Ta povinnost tam je.

V36: Takže ty důležité věci jste řešila i předtím prvotně?

R52: Jo i předtím, neodkládám nic.

### **18. To, co jsem zažila, posílilo mou víru, jsem teď opravdu věřící člověk.**

R53: To já právě nevím. Víte co, mně se to tam láme v tom, jak se říká: ‚Každý si nese svůj kříž,‘ jo. Ale... A taky se říká: ‚Bože! Proč tohle všechno dopustíš?‘ Že jo, že už stačilo. Pokud jsem se nějak neprovinila, nebo nenaběhla si. Chápu, že když 16-letá

holka tam bude lítat jen v košilce na tym a bude tam pár blbců, tak jako se jí může něco stát, jo. Ale pokud tomu nedáte příležitost... Tak tady se mi láme, ta víra s tím, co jsem prožila.

V37: Cítíte nějakou změnu ve své víře?

R54: Spíš pátrám, snažím se pochopit tu víru jako takovou, i když spousta věcí se mi tam nevejdou. Prostě jsem taková, jaká jsem. To třeba mám problém doma s tím, ne se svým mužem, ale s jeho mámou. Ta to hned řekla svoji dceři, protože ona je ta praktikující katolička, tak ona to vůbec nemůže (*pochopit*), protože jsem kdysi řekla, když jsme tam začínali žít, tak ona měla takový ten problém, byl článek v novinách, ona čte noviny od začátku do konce i s těma drbama, já některý věci nemusím, tam byl článek o homosexuálech, no a já... Ona se mě zeptala na tu větu, jakej k tomu mám vztah. A já jsem jí odpověděla, že pořád jako, těch 40 let stejnej. Ona: „Jakej?“ Říkám: „No takovej, jakej mají moje děti.“ Ona jakej mají? „No, já jsem jim vždycky říkala, že je mi to jedno, jestli budou žít s mužem nebo s ženou, pokud budou šťastný. A že je mi to jedno, jestli ten nedělní řízek udělám příteli nebo přítelkyni.“ (*hovoří důrazně, klade pomlky mezi jednotlivá slova*) Dva dni se se mnou nikdo nebavil, jo! Protože oni si vyberou... Jo? Tyhle věřící nemám ráda. Oni si vyberou to, co je v tom Písmu napsané. Některé ty fráze. Takovou tu náboženskou poslušnost!

### **19. Zjistila jsem, že jsem mnohem silnější, že vydržím víc, než jsem si předtím myslela.**

R55: Tak tam mám přímo desítku. Já jsem vůbec netušila, když jsem se do toho pustila, co vydržím. Kolik toho zvládnou... Já si poručím! Je to hrozný to takhle říct (*hovoří se smíchem, úlevně*). Asi jsem to já, taková.

### **20. Hodně jsem se poučila o tom, že lidé jsou skvělí.**

R56: Jenom někteří. V lidech jsem se hodně zklamala. Ta povodeň udělala tu čistku, první síto. To si nedovedete představit! Protože vy jste mladá na to, abyste to zažila. Si nedovedete vůbec představit, co ta povodeň udělala s tou vesnicí (*zvyšuje hlas*)! Jako takovou, která do té doby žila pohromadě, všichni jsme žili pohromadě vždycky. Co udělají peníze s lidma a takový neštěstí! Jak ty lidi se prostě v momentě změni a jak reagují na věci, který byste do nich vůbec neřekla... Že zrovna tenhle člověk bude reagovat takhle.

V38: Začali být víc draví?

R57: No, a ta závist!! Já nevím, jestli to je jen naše vlastnost a ta závist s tím, s tou možností přijít k něčemu jen tak!! Jo?! I když to tak moc nepotřebuju, jako ten druhý, protože ten druhý tu teďka stejně není. Tak co! To si nedovede vůbec představit!! (*hovoří s hořkostí*) My třeba, jak nás odvezli tím autem na to letiště, jak jsme byli na tom letišti, já jsem měla malý dítě, tak jsme byli na tom letišti, do té doby, než voda opadne a než nám dovolí tam jít. Potom charitativní organizace zorganizovala pro děti a matky s dětma pobyt na horách, někde v Čechách to tam je, tam jsme jeli, myslím na 14 dní nebo na 10 dní. Prostě nás naložili do autobusu, vzala jste si jenom základní věci, a ZDARMA nás tam zavezli takovým hrkacím autobusem, špatně mi bylo hned za městem, nevádí! Jo! (*mluví důrazně*) A tam jsme byli v takovém ubytovacím zařízení, prostě něco jako tábor, ale normálně zděná budova. Tam jsme dostali najíst, nějaký výlety a děcka...prostě aby zapomněli na to, co se stalo, tak tam byli. Ale mezi tím (*důrazný posměšek*) jiné humanitární organizace začaly navázat první pomoc pro lidi postižený tou povodní. Nedovedete si představit, paní doktorko, co se tam tenkrát dělo! (*opovržlivě*) Začali vozit od nových NOVÝCH kyblíků, teďka se nebavím o vodě, která byla potřebná pro všechny, nového nádobí, různých věcí, které potřebujete na úklid té domácnosti. Moja kamarádka, která tam byla, řekla: „Nedovedeš si představit, kdo tam všechno byl první!“ Ti, co to nejmíň potřebovali, si pořídili nový domácnosti z toho vlastně. Dostali přístup k nábytkům, jenom takový ty části těch nových nábytků. A ti, co to potřebovali, to nemyslím, že jsme byli jenom my, ne, vůbec! To bylo spousta i starých lidí, kterým to spadlo, a neměli vůbec nic, že, tak ti se k tomu vůbec nedostali!! Těm šli jen věci z humanitárních akcí, tak se to přerozdělovalo podivným způsobem, který vyplynul na povrch až potom. A mezi těma lidma, jak to zjistili a jak všichni si všechno řeknou, to donde k vám dycky, si nedovedete představit, co s tou vesnicí udělala ta závist a ta nelidskost!! A teďka. Někteří měli peníze na to, aby si to rychle postavili a rychle zařídili. Někdo se v tym plácal dlouho podle toho jak tak. Tu vesnici to úplně rozhodilo, úplně jí to rozprsklo. Nejhorší na tom byl ten, kterej nebyl závistivej. Tuto vlastnost já bohužel nemám. Já závidím lidem, kteří mají spokojenej život, kteří si jdou třeba i po dvaceti letech manželství na večeri a tak. To není závist, jako že bych je chtěla zabít a zaškrtit nebo tak, ale že jsem tohle nedokázala a nemám to. Se současným manželem asi ani moci jít nebudu. Ale že jim to štěstí závidím, ne jako opravdově, ale že jsou tak šťastný po tolika letech a že se jim to povedlo, že jdou s těma dětma, s jejich partnerama na večeri. Tohle je ta závist. Ale ta závist při té vodě byla šílená (*hovoří temně a pomalu*).

V39: Taková majetnická.



R58: ‚Ty sis to postavil. A za co sis to postavil?‘ No nedovedete si...Ta voda byl ten základní problém asi, to se začalo nabalovat úplně neskutečně, a k tomu se mi začal připlácat ten bonus toho začátku.

## 21. Teď už chápu, že k životu potřebuju jiné lidi.

R59: No. Potřebuju. Nezvládám to sama. Potřebuju to zázemí (*říká téměř plačtivě, zázemí = blízkost, sounáležitost*), a já nepotřebuju... potřebuju to zázemí, ale není to o penězích. Kdybyste k nám přišla na návštěvu, tak byste viděla, že ta kuchyň už má třicet let, ale je to dobrý. Že ten starej gauč v kuchyni, ten tam bude, protože babička (*ho nechce vyhodit*) přes to nejede vlak. Všecko už má svůj čas odžitéj, ale není to jako hnusný, poškrábaný, rozbitý. Ale není to o penězích!

V40: Je to o pocitu blízkosti. A o tom bezpečí.

R60: Jo.

V41: Jaká to byla změna ve vašem životě?

R61: Hrozná, jo. Protože dřív jsem si myslela, že bych to měla mít tak, jako to mají ostatní ženský. Znáte to, takový ty pitominky. A toto jsem mívala, když jsem se vdávala (*najednou její hlas přibývá na intenzitě*), blbosti na prach, což potom zjistíte, že to je nejlepší, když to schováte do krabice, aby se na to neprášilo. Jo?! Pak zjistíte, že byste si měla vyměnit tu sedačku, protože ta sedačka už je 30 let stará, že byste si měla pořídit novou jako ostatní... Teďka si to nemyslím.

V41: A ty potřeby, tu blízkost, to bezpečí, tu dostáváte od jiných lidí? Jaké to bylo, když jste byla sama?

R62: Já jsem měla ty... Já jsem byla ráda, že ta dcera chce být se mnou v tom bytě, že ten syn chce jít za mnou, i když potom nemusel. Že ta dcera se mnou zase šla za tím novým mužem. Myslím si, že kdyby to bezpečí u mě neměli, že by se se mnou takhle jako netoulali a nepřemísťovali. Je pravda, že když máte takhle dospělý děti, syn bude mít x let na jaře, dcera má xx. Nedonutíte dospělý dítě, aby za váma přišlo na návštěvu, pokud nechce. To je můj osobní názor. A není to o tom, co na tom talíři má. Jestli tam má řízek s bramborem, nebo jestli tam má drahou svíčkovou. On prostě přijde, zavolá mi, jestli může přijít, nebo já mu zavolám, jestli má něco, tak přijde. Ale kdyby nechtěl, tak nepřijde nikdy. Jo? A dcera taky prostě... Je pravda, že se mi nesvěřuje dcera, to jsme si taky s paní doktorkou rozebrali (*hovoří s lítostí v hlase*), asi mě nikdy nechtěla zatěžovat těma svýma... Tak ona si žije ten svůj život pomalinku a říká mi jenom to důležitý, co bych měla vědět. A syn taky vlastně, jenom to důležitý, co by, jo... Svoji

přítelkyni mi nepředstaví, pokud si není jako (*jistý*). Jednu mi představil, protože tamto byli jen takový letný známosti. A když mi ju představil, tak se rozešli, škoda taky. Takže všeci máme svoje trápení.

**Děkuji Vám za rozhovor.**