

UNIVERZITA JANA AMOSE KOMENSKÉHO PRAHA

MAGISTERSKÉ KOMBINOVANÉ STUDIUM

2019-2021

DIPLOMOVÁ PRÁCE

Andrea Květoňová

**Přístupy k posttraumatickému stresu jako zdroji pro
osobnostní růst jedince**

Praha 2021

Vedoucí diplomové práce:

PhDr. Jindra Stříbrská, Ph.D.

JAN AMOS KOMENSKY UNIVERSITY PRAGUE

MASTER COMBINED STUDIES

2019-2021

DIPLOMA THESIS

Andrea Květoňová

**Approaches to Posttraumatic Stress as a Personality
Growth Source**

Prague 2021

The Diploma Thesis Work Supervisor:

PhDr. Jindra Stříbrská, Ph.D.

Prohlášení

Prohlašuji, že předložená diplomová práce je mým původním autorským dílem, které jsem vypracovala samostatně. Veškerou literaturu a další zdroje, z nichž jsem při zpracování čerpala, v práci řádně cituji a uvádím v seznamu použitých zdrojů.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své práce v univerzitní knihovně.

V Praze dne 8. února 2021

Jméno autorky: Andrea Květoňová

Poděkování

Děkuji paní PhDr. Jindře Stříbrské, Ph.D. za odborné vedení práce, za její čas, cenné a podnětné rady a připomínky, metodickou a odbornou pomoc a profesionální, současně také velmi lidský pracovní přístup. Její ochota se vedení této diplomové práce věnovat mi byla významnou motivací a podporou.

Anotace

Diplomová práce je prací teoretickou. Ústřední téma práce je fenomén traumatických událostí, posttraumatické stresové poruchy, její terapie a možnosti následného posttraumatického růstu jedinců. Vysvětluje typy traumatických událostí a analyzuje jejich možné dopady na člověka na úrovni emocionální, kognitivní, behaviorální, tělesné a neurobiologické. Popisuje a vyhodnocuje hlavní typy terapeutických přístupů, které pomáhají odstraňovat následky posttraumatické stresové poruchy. Tímto způsobem zároveň podporují posttraumatický růst a další rozvoj jedince. Práce odpovídá na otázku, jaké faktory mohou růst jedince po traumatické události podpořit.

Klíčová slova

Metoda, pocity, posttraumatická stresová porucha, posttraumatický růst, psychoterapie, strach, stres, symptomy, terapeutická práce, terapeutický přístup, terapie, trauma.

Annotation

The Diploma Thesis is a theoretical work. The main theme of the thesis is the phenomenon of traumatic events and posttraumatic growth possibilities of individuals. It deals with the definition of posttraumatic stress disorder. It explains the types of traumatic events and analyzes their possible impacts on human beings on the emotional, cognitive, behavioral, physical and neurobiological levels. It describes and evaluates the main types of therapeutic approaches that help to eliminate posttraumatic stress disorder consequences. In this way, they also support posttraumatic growth and further development of the individual. Finally, the thesis answers the question of what factors can support growth after a traumatic event.

Keywords

Emotions, fear, method, posttraumatic growth, posttraumatic stress disorder, psychotherapy, stress, symptoms, therapeutic approach, therapeutic work, therapy, trauma.

OBSAH

ÚVOD.....	9
1. TRAUMA A JEHO ASPEKTY.....	11
1.1. Definice traumatu	11
1.2 Historický vývoj terapeutické práce s traumatem.....	13
1.3 Typologie traumatických situací.....	16
1.4 Společné charakteristiky traumatizujících událostí	20
1.5 Symptomy posttraumatické stresové poruchy	22
1.5.1 Paměť a kognice lidí s diagnózou PTSD	24
1.5.2 Chování lidí s diagnózou PTSD.....	25
1.5.3 Pocity lidí s diagnózou PTSD	27
1.5.4 Tělesné prožívání lidí s diagnózou PTSD.....	28
1.5.5 Neurobiologické symptomy lidí s diagnózou PTSD	31
Shrnutí první kapitoly	36
2. POSTTRAUMATICKÝ RŮST	37
2.1 Vymezení pojmu posttraumatický růst	37
2.2 Vývoj a současný stav vědění o posttraumatickém růstu	42
2.3 Metodologická a jiná specifika výzkumu PTG.....	45
2.4 Faktory pro a proti posttraumatickému růstu.....	46
2.4.1 Faktory podporující posttraumatický růst.....	48
2.4.2 Faktory znesnadňující posttraumatický růst	52
2.5 Životní postoje a jejich vliv na posttraumatický růst.....	55
2.5 Oblasti života měnící se vlivem posttraumatického růstu	56
Shrnutí druhé kapitoly	59
3. TERAPEUTICKÁ PRÁCE K PODPOŘE RŮSTU	60
3.1 Terapeutické přístupy k PTSD.....	60
3.1.1 Psychodynamická terapie a její pomoc skrze léčivý vztah	61
3.1.2 Kognitivně – behaviorální terapie.....	64
3.1.3 Podpůrná psychoterapie	67
3.1.4 Psychoterapeutická práce s tělem	69
3.1.5 Desenzibilizace pomocí očních pohybů	72
3.1.6 Technika pro podporu PTG „Empatické cvičení mysli“	74
3.2 Shodné znaky terapeutických přístupů k PTSD	75
Shrnutí třetí kapitoly	79

ZÁVĚR	80
SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ.....	83
SEZNAM ZKRATEK	89
SEZNAM OBRÁZKŮ, GRAFŮ A TABULEK	90
SEZNAM PŘÍLOH.....	91

ÚVOD

Diplomová práce s názvem „**Přístupy k posttraumatickému stresu jako zdroji pro osobnostní růst jedince**“ je prací teoretickou.

Ústřední téma řešené v diplomové práci bude **fenomén traumatických událostí v životě jedince a možnosti posttraumatického růstu**. Traumatická událost v sobě nese výjimečný nárok jak na psychické, tak na fyzické síly člověka. Proces léčby posttraumatické stresové poruchy je propojen také s možným procesem osobního posttraumatického růstu jedince. Může nabídnout potenciál změny života a osobnosti člověka, impuls k transformaci. Takovýto hybatel směrem k dalšímu růstu jedince v jeho osobním a/nebo pracovním životě může být dobře podpořen pomocí vhodného průvodce (psychoterapeuta) a zvolením vhodné psychoterapeutické metody. Práce bude popisovat způsoby terapeutického zacházení s posttraumatickou stresovou poruchou, a to z hlediska různých psychoterapeutických přístupů, včetně shrnutí jejich hlavních rysů a jejich rozboru.

Diplomová práce si klade za **cíl pojmenovat, popsat a vyhodnotit terapeutické metody vedoucí k úzdavě z posttraumatické stresové poruchy a zároveň k podpoře rozvoje a k posttraumatickému růstu jedince**. Diplomová práce si klade také za **cíl specifikovat faktory, které posttraumatický osobnostní růst mohou ještě více podpořit**.

Ve své práci krizové interventky se opětovně setkávám s příběhy lidí, kteří čelí nebo čelili závažnému, nebo i smrtelnému onemocnění, ztrátě blízkého člověka, děsivé přírodní katastrofě, konkrétně například povodním a záplavám a s nimi souvisejícím životním ztrátám, ztrátám majetku nebo pocitu bezpečí a jistoty v životě, ztrátě vztahu nebo nejruznějším hrůzám způsobeným jiným člověkem. Přicházejí pro podporu někdy právě v okamžiku, kdy náročnou situací procházejí, někdy však také mnoho let, i desítky let, poté. Zabývám se otázkou, jaký přístup pro podporu těchto lidí použít, aby svou zkušenost s životní nepříznivou událostí mohli pro sebe využít co nejlépe, a to při ponechání důležitosti osobní odpovědnosti jedinců za zpracování dopadů toho, co prožili.

Teoretickými východisky pro diplomovou práci jsou jednak obory studia andragogiky při Univerzitě J. A. Komenského v Praze, jednak studium odborných zdrojů (odborných publikací, článků z odborných časopisů, relevantních internetových zdrojů) ve vztahu k tématu diplomové práce. Diplomová práce tedy bude vycházet ze sekundární analýzy dat z vybraných odborných zdrojů vztahujících se k tématu práce s lidmi prožívajícími post-traumatický stres a možnosti jejich návazného osobního růstu. Teoretická práce bude zpracována na základě rešerše odborných pramenů, bude provedena jejich deskripce, analýza.

Dalším teoretickým východiskem pro diplomovou práci je **absolvování pětiletého sebezkušenostního a teoretického psychoterapeutického výcviku** (hlubinně-dynamický analytický výcvik směru SUR) organizovaného při společnosti REMEDIUM Praha o.p.s. a **absolvování akreditovaného výcviku „Práce s lidmi po traumatu“** v rámci celoživotního vzdělávání pracovníků v pomáhajících profesích.

1. TRAUMA A JEHO ASPEKTY

Motto: „Ve způsobu, jakým člověk na sebe bere svůj nezvratný osud a také všechna utrpení s ním spojená, se i v těch nejtěžších situacích a až do poslední minuty života otevírá nepřehledná řada možností, jak smysluplně utvářet vlastní život. Podle toho, zda člověk zůstane odvážný, statečný, důstojný a nesobecký, anebo zda ve vyhroceném boji o přežití zapomene na své lidství a stane se plně oním stádním zvířetem, které nám vylíčila psychologie lágrového vězně, lze určit, zda člověk uskutečnil, anebo promarnil ty hodnotové možnosti, které mu poskytla jeho bolestná situace a jeho těžký osud, čili zda byl „tohoto utrpení hoden“, nebo ne.“ (Frankl, 2006a, s. 79)

Ve své první kapitole bude tato práce definovat fenomén traumatu a popíše historický vývoj výzkumu psychického traumatu a jeho léčby. Vysvětlí základní typologii traumatických situací a shrne charakteristické znaky, které jsou pro traumatizující situace typické. Osobní zkušenost s traumatem může v jedinci vyvolat posttraumatickou stresovou poruchu. Ta vykazuje škálu pro ni typických průvodních jevů a symptomů, které mohou být na úrovni kognitivní, behaviorální, emocionální, tělesné, ale také neurobiologické. Budou specifikovány v rámci podkapitoly 1.5. **Ačkoliv je bezprostřední dopad traumatu na kvalitu života a zdraví člověka negativní, případně může být až fatálně destruktivní, je to stále stejné trauma, které může dát vznik posttraumatickému osobnímu růstu jedince.**

1.1. Definice traumatu

Pojmy **trauma**, traumatická událost a stres jsou pojmy, pro které existuje v odborné literatuře řada definic. Původ výrazu trauma je v řečtině, ve které toto slovo znamená „ránu“, „zranění“, „úraz“. Z pohledu neurobiologického je trauma popisováno jako specifický stav v mozku, který vzniká za určitých podmínek a může přetrvávat i dále během života jedince. V lékařství se výrazu trauma užívá v souvislosti s nečekanou

zevní událostí, která vedla k poškození celistvosti a neporušenosti organismu. Nejspíš poprvé bylo v lékařství slovo trauma uplatněno již v sedmáctém století, kdy se jím označilo propichování a zraňování těla. (Atkinson, 2003, s. 486-492)

O tři sta let později, ve 20. století, využil termínu „trauma“ lékař a psychiatr S. Freud. Popsal jím poškození psychologických hranic člověka vnějšími událostmi. Metaforicky se toto slovo v psychologii užívá dodnes, pro označení událostí, které prorazí naši psychologickou ochrannou vrstvu, jakousi „psychologickou kůži“ a způsobí tak emoční zranění. (Joseph, 2017, s. 39-42)

Traumatickými událostmi jsou takové stresové situace, které jsou vnímány jako silně nebezpečné a které přesahují lidskou schopnost přizpůsobení se životu. Děsivé události, které postižené osoby zažívají, je vystavují extrémnímu strachu a ztrátě kontroly nad svým životem. **Traumatická zátěž** může nicméně být tak masivní, že může vést k posttraumatické stresové poruše nebo i k jiným poruchám v důsledku traumatu (např. k depresím). Jedná se o zátěž, způsobenou okolnostmi nebo událostmi, které obsahují některé nebo všechny z následujících **základních charakteristik**:: jejich nepředvídatelnost, neovlivnitelnost a vysoká intenzita nebo míra, ve které představují výzvu pro hranice schopností a možností konkrétního člověka a jeho hodnot a sebepojetí. (Národní zdravotnický informační portál, online, cit. 2020-10-31)

Mezi **traumatizujícími okolnostmi** zcela jistě patří války, genocidy, hladomory, terorismus, politické násilí, dopravní a průmyslové nehody, ale také přírodní katastrofy jako tornáda, hurikány, povodně a další děsivé události, které ohrožují šance na přežití nebo zdraví a také duševní pohodu miliónů lidí na světě. K traumatizujícím okolnostem řadíme také „osobní traumata“, kam patří například nehody a úrazy lidí, smrtelné nemoci, ztráty blízkých, ať již úmrtím nebo rozchodem či rozvodem, zneužívání dětí nebo seniorů, sexuální zneužívání, kriminální a sexuální delikty a další. Všechna tato neštěstí mají moc otrávit s každým z nás v našich samotných základech. Když k těmto událostem dojde, říkáme jim trauma. Odborníci uvádějí, že většina lidí během svého života zažije přinejmenším jednu takovou událost, která má na ně traumatizující efekt. (Phoenix Australia, online, cit. 2020-10-31)

Pro pochopení významu psychického traumatu se jeví jako užitečné vymezit také pojem **stres**. Význam tohoto slova není v současné době chápán jednotně. Souhrnně lze

popsat, že se jedná o subjektivní odpovědi (ve smyslu reakce) na různé předměty odporu nebo na výrazně nepříjemné situace. Jedná se o odpovědi fyziologické, behaviorální, emocionální a další, které zprostředkují kontakt jedince se zátěží. Stav stresu se projevuje v symptomech tzv. adaptační reakce, což je generalizovaná odpověď na stresor (na zátěž). (Vizinová a Preiss, 1999, s. 15)

1.2 Historický vývoj terapeutické práce s traumatem

Mezi nejranější záznamy o traumatu patří epický popis v sumerském „Eposu o Gilgamešovi“, který vznikl zápisem na hliněných tabulkách před pěti tisíci let. Zaznamenává vyprávění o utrpení babylonského krále, kterého zdrtila nečekaná smrt nejbližšího přítele Enkidua: „...nikde má tvář se nenasytila spánkem sladkým, trápil jsem se žalem, mé údy se hořem naplnily...“. (Joseph, 2007, s. 43)

V průběhu staletí následovalo mnoho dalších popisů traumat samotných i jejich dopadů na člověka. Tyto záznamy nám dokládají, že lidé vždy trpěli na nespavost nebo noční můry, úzkostné stavy a panické záchvaty, znepokojivé myšlenky, „předtuchy“ nebo stále se opakující vtíravé vzpomínky.

Historicky má výzkum o psychickém traumatu, jeho léčbě a možnostech využití pro osobnostní rozvoj v rámci post-traumatické práce svůj časově přerušovaný vývoj. Celý výzkum byl opakovaně na různě dlouhé časové úseky utlumován nebo zcela ukončován, a to z důvodů zejména společensko-politických. K nejčastějším takovým důvodům patří nedostatečná věrohodnost záznamů. Popisy traumatických událostí mohou působit při jejich studiu až jako přehnané nebo dokonce i zcela nevěrohodné; potom se může zdát být „výhodnější“ je zasunout v zapomnění.

Veškeré traumatické události se také vždy dotýkají lidské zranitelnosti, nevyzpytatelnosti lidské psyché a nepředvídatelnosti událostí jako takových. Z tohoto pohledu se může zdát **přístup „nezabývat se tím“** pro člověka krátkodobě výhodnější než připustit si, že tyto „katastrofy“, o kterých mj. i tato práce pojednává, se mohou přihodit každému z nás.

U katastrof způsobených člověkem je situace také složitá, nastává zde **konflikt mezi zločincem a obětí**. Svědek katastrofy, nebo ten, kdo jí chce porozumět, pak může jen stěží zůstat nestranným. Studie o traumatu mohou být provázeny tendencemi obětí zneviditelnit nebo zdiskreditovat, jindy s tendencí chápat a relativizovat vinu zločince. V minulosti se řešila otázka, zda pacienti s posttraumatickým syndromem jsou „hodni péče“, zda nesimulují, zda záměrně či nevědomě nelžou.

Na konci 19. století vznikaly již první vědecké studie a výzkumy, zabývající se problematikou traumatu. Koncem 19. století a na počátku 20. století byl analyticky vědecky zkoumán jev tehdy zvaný hysterie, tzv. „velká neuróza“. Vědci, mezi které se řadí mimo jiné přední psychoanalytici Freud a psychoanalytik a lékař Janet, došli nezávisle na sobě ke stejnému závěru, že se jedná o stav způsobený právě psychickým traumatem. Nesnesitelné emocionální vypětí způsobené traumatizujícími okolnostmi způsobují změněný stav vědomí, který vzápětí vyvolává hysterické příznaky. Janet nazýval tuto změnu vědomí jako „disociaci“, Freud jako „změněný stav vědomí vyvolaný psychickým traumatem“.

Okolo roku 1895 právě tito badatelé také zjistili, že příznaky hysterie je možné zmírnit, když se ke vzpomínkám na traumatické události, stejně jako k pocitům s nimi spojenými, oběti „vrátí“, když o nich mluví, zformulují své zážitky do slov a sdílí je. Tato léčebná metoda se stala základem novodobé psychoterapie. (Herman, 2001, s. 24-36) Freud došel k poznání, že afekt spojený s traumatem zůstává uvězněn „v psychické oblasti“ a je symbolizován v těle, případně se projevuje formou různých somatických onemocnění. Tehdy se jedná o projev nezpracovaných emočních prožitků prostřednictvím tělesných symptomů. Jedinec tak nevědomě využije oblast svého těla k odvedení psychického napětí, se kterým není schopen se na psychické úrovni vyrovnat. Cílem katarzní očišťující metody je zpětně převést rozrušení z tělové oblasti do oblasti psychické, aby se následně nastolila rovnováha v první fázi myšlenkovou prací klienta a poté odvedením emocionální zátěže skrze „lечение mluvením“ pryč. (Jakubů a Mahler, 2017, s. 83-87)

První informace o válečných traumatech pocházejí z americké občanské války, následně byly rozšířeny studiemi po první světové válce. Muži, kteří přežili válečné období v boji, v zákopech, zažili obrovské vlny pocitů bezmoci, strachu, nevyzpytatelnost

ohrožení na životě, nervové otřesy od výbuchů granátů, se po návratu z války začali chovat hystericky. Křičeli nebo naopak nemluvili, ztráceli sebekontrolu, pomočovali se, trpěli poruchami paměti i prožívání, poruchou nálad a dalšími symptomy. Přesto byli takoví bývalí vojáci považováni za zbabělce a morální invalidy. Válečná neuróza se však projevovala zejména u vojáků s vysoce morálním charakterem, jak bylo popsáno psychoanalytickým lékařem W. H. R. Riversem. (Vizinová a Preiss, 1999, s. 25)

Vědecký zájem o válečná psychická traumata a jejich léčbu se vrátil spolu s druhou světovou válkou. Vědci tehdy došli k zjištění, že zmírnění následků traumat je možné pevnou emoční vazbou mezi spolubojovníky. Léčení bylo v té době prováděno nejčastěji za pomoci hypnózy anebo látek, které chemicky mění stav vědomí.

V „Diagnosticém a statistickém manuálu duševních poruch“, tedy v mezinárodně používané příručce Americké psychiatrické společnosti (APA) pro klasifikaci a statistiku mentálních poruch, vydané v roce 1952, byl traumatický syndrom označen jako „**velká stresová porucha**“.

Výzkum byl obnoven v 70. letech 20. století ve spolupráci s veterány z války ve Vietnamu. Začaly vznikat svépomocné skupiny těchto veteránů. Žádali si psychiatrickou pomoc. Jejich zhoršený psychický a zároveň fyzický zdravotní stav a intenzita dožadování se psychiatrické nebo psychické pomoci podpořily vznik mnoha výzkumů. Traumatické zkušenosti a změny v chování a prožívání veteránů byly souhrnně popsány jako posttraumatická stresová porucha, pro kterou se používal název „**syndrom přežití**“.

Později se poruchy popsané vojáky začaly používat i ve spojení s psychickými poruchami vyvolanými i jiným traumatickým zážitkem než válečným. Například znásilněním, zneužíváním, domácím násilím v rodině. Zjistilo se, že obrazy psychických reakcí obětí domácího násilí nebo znásilnění nebo i přírodních katastrof se v mnohém velmi podobají potížím amerických veteránů. (Vizinová a Preiss, 1999, s. 24-25) **Posttraumatická stresová porucha** (dále též zkratka PTSD, odvozena z anglického termínu Posttraumatic Stress Disorder) jako samostatná diagnóza je obsažena v „Mezinárodní klasifikaci duševních poruch“ **od roku 1968**. (Herman, 2001, s. 40–54)

Konkretizace a specifikace pojetí PTSD se zpracovávala až do roku 1991, kdy došlo k vydání evropské „**Mezinárodní klasifikace nemocí**“ (**10. revize**), zahrnující **PTSD jako samostatnou diagnózu** s označením F 43.1 – Posttraumatická stresová porucha. Podle americké psychiatrické klasifikace má posttraumatická stresová porucha v „Diagnostickém a statistickém manuálu duševních poruch“ (revize IV) označení 309.81. (Mareš, 2012, s. 19) Klasifikace F43.1 se převzala také do českého lékařství. (Raboch et al, 2015, s. 608) Dušek a Večeřová-Procházková PTSD a klasifikaci této nemoci přibližují české odborné, ale i ne-lékařské čtenářské obci více ve své knize Diagnostika a terapie duševních poruch z roku 2015. (2015, s. 254-256)

Podle statistik je celoživotní prevalence PTSD asi 1-3 %, nicméně porucha postihuje např. až 30 % obětí živelných katastrof. Přibližně u třetiny postižených dojde k návratu k původnímu fungování před vypuknutím nemoci. Jedná se o dosažení bezpříznakového období, a to spontánním způsobem, tedy k vymizení příznaků posttraumatické stresové reakce bez specifické léčby (např. bez využití psychoterapie nebo bez užití léků). Dojde k tzv. spontánní remisi obtíží. U 40 % postižených přetrvávají mírné a u 20 % středně závažné příznaky nemoci PTSD. U 10 % postižených symptomy PTSD zůstávají ve své těžké formě. Stav postižených PTSD se žel může komplikovat jinými přidruženými duševními poruchami nebo tělesnými postiženími vzniklými například také jako následek traumatizující události. (Raboch, Pavlovský a Janotová, 2012, s. 141-142)

1.3 Typologie traumatických situací

Události, které mohou způsobit duševní poruchy, lze zjednodušeně rozdělit na **dvě hlavní skupiny**. Jsou jimi:

- **přírodní katastrofy**, kterými rozumíme události vzniklé působením přírodních sil a živlů;
- **ničivé události vytvořené člověkem**, kam řadíme jak industriální katastrofy (např. havárie jaderné elektrárny a další), tak všechny druhy násilí (např. války, mučení, koncentrační tábory, politický teror, znásilnění, zneužívání a další). (Vizinová a Preiss, 1999, s. 27)

Neméně destruktivní dopad na psychiku člověka a následný vznik PTSD onemocnění může být také vlivem **dlouhotrvající expozici stresovým situacím**. Konkrétně tak bývá PTSD diagnostikováno například **u dětí** traumatizovaných vleklými konflikty rodičů. **Opakovaně zažívané trauma v dětském věku osobnost přímo formuje a deformuje**. Zároveň platí, že opakovaně zažívané trauma i v dospělosti může narušit strukturu již zformované osobnosti. Dítě, které vyrůstá v prostředí, kde je týrané, zneužívané, vystavené nepřátelskému chování, které je nasměrované vůči jemu nebo je mezi jemu nejbližšími lidmi navzájem, nutně čelí obrovským problémům adaptace. Instinktivně hledá stále znovu cestu, jak si uchovat pocit důvěry k pro něj nedůvěryhodným lidem. Opakovaně hledá způsoby, jak zvládat život v prostředí rodiny, které je nevyzpytatelně hroživé a pocitově nebo i tělesně pro něj zničující. Hledá v sobě v rámci nevědomých procesů sílu, která mu umožní přežít, a to i přes pocity bezmoci a nejistoty. (Benda, online, 2021-01-04) Díky ranému období dětství, v jakém děti těmito stresujícími situacím mohou být vystaveny, dochází v mozku dítěte k trvalému poškození. O dopadech dlouhodobé stresové zátěže na myšlení a paměť se věnuje tato práce více v podkapitole 1.5.1.

Pomoc si dítě poskytuje samo skrze nerozvinutý systém své psychické ochrany. Psychický vývoj dětí a jejich věk samotný jim ještě neumožňuje využít vědomě ani ty nejjednodušší obranné mechanismy, nemohou například ani odejít z místa konfliktu. Nejsou ke své obraně vybaveny psychicky, fyzicky, verbálně ani sociálně. Díky konfliktu přímo u svých nejbližších má dítě pocit velkého ohrožení, doslova na životě, skrze hrozbu ztráty lidí, na kterých jsou přímo závislé v základních životních potřebách. (Herman, 2001, s. 139-150)

Podobně destruktivní pro člověka mohou být jeho **vnitřní konflikty**. Vnitřní rozpory, nevyřešené důležité, ať již vztahové, majetkové či jiné, události, které mohou být vědomé nebo nevědomé, mohou také přivodit jak dlouhodobý stres, tak trauma. K vnitřním konfliktům dochází, když se člověk musí rozhodnout mezi neslučitelnými nebo vzájemně se vylučujícími cíli nebo postupy jednání, nebo také tehdy, když proti sobě stojí dva vnitřní motivy nebo potřeby. (Atkinson, 2003, s. 492)

Zmíněné události jsou pro člověka zraňující, traumatizující. Nejvíce destruktivní dopad na psychické zdraví mají ty, které byly způsobeny vědomě a/nebo i úmyslně (záměrně),

případně těmi, kteří byli oběti emočně anebo vztahově blízko (např. rodina, učitel apod.). Takovéto životní zkušenosti zasahují často základní důvěru člověka v dobro a smysluplnost okolního světa.

Tabulka 1: Formy psychické traumatizace

Formy psychické traumatizace	
Přírodní katastrofy:	zemětřesení, sopečné výbuchy, povodně a záplavy, tsunami, tajfuny, požáry, a další.
Neosobní, vytvořené člověkem:	industriální katastrofy, hromadné dopravní havárie, těžké úrazy.
Osobní, vytvořené člověkem:	koncentrační tábory, války, mučení, politické pronásledování, znásilnění, zneužívání dětí, dlouhodobá expozice stresové situaci, dlouhodobý vnitřní konflikt.

Zdroj: Tress, Kruse a Ott, 2008, s. 299. Upraveno autorkou.

Pomocí četných výzkumů sestavili vědci tzv. „**Škálu životních událostí**“, která měří úroveň stresu prožívanou v situacích konkrétních životních změn a událostí. Škálu původně sestavili badatelé Holmes a Rahe, kteří ji v roce 1967 představili pod názvem „Posuzovací škála sociálního přizpůsobení“. Životní události jsou v této jejich tabulce seřazeny v pořadí od nejvíce stresující situace (smrt partnera) po nejméně stresující (drobné porušení zákona). V následující Tabulce 2 jsou životní události jsou seřazeny sestupně od nejvíce stresujících (skóre 100) po stresující nejméně (skóre 13).

Tabulka 2: Výše stresu z pohledu životních událostí

Životní událost	Skóre	Životní událost	Skóre
1. Smrt partnera	100	23. Syn/dcera opouští domov	29
2. Rozvod	73	24. Neshody s tchýní/tchánem	29
3. Rozchod manželů	65	25. Mimořádný osobní úspěch	28
4. Pobyt ve vězení	63	26. Manželka začala/přestala pracovat	26
5. Smrt blízkého příbuzného	63	27. Zahájení/ukončení školy	26
6. Vlastní zranění nebo nemoc	53	28. Změna životních podmínek	25
7. Sňatek	50	29. Změna osobních zvyklostí	24
8. Výpověď z práce	47	30. Spory s nadřízeným	23
9. Umíření s partnerem	45	31. Změna pracovních podmínek	20
10. Odchod do důchodu	45	32. Změna bydliště	20
11. Nemoc člena rodiny	44	33. Změna školy	20
12. Těhotenství	40	34. Změna trávení volného času	19
13. Sexuální potíže	39	35. Změna činností v církevní oblasti	19
14. Nový člen v rodině	39	36. Změna ve společenské činnosti	18
15. Změna pracovního zařazení	39	37. Půjčka méně než 50.000 Kč	17
16. Změna finanční situace	38	38. Změna návyků ve spánku	16
17. Smrt blízkého přítele	37	39. Změna četnosti rodinných setkání	15
18. Změna zaměstnání	36	40. Změna návyků v jídle	15
19. Přibývání hádek partnerů	35	41. Dovolená	13
20. Půjčka nad 50.000 Kč	31	42. Vánoce	12
21. Větší dluhy	30	43. Nepatrné přestupky zákona	11
22. Změna odpovědnosti v práci	29		

Zdroj: Slavík et al, 2012, s. 58. Upraveno autorkou.

Autoři při sestavování této škály zkoumali tisíce rozhovorů a dotazníků, aby takto zjistili, které druhy událostí jsou pro lidi stresové a jak moc stresové je lidi vnímají. Vycházeli z tvrzení, že každou životní změnu nebo událost, která od člověka vyžaduje četnější adaptaci a přizpůsobení, je potřeba vnímat jako stresovou. Je potřeba ji vnímat jako součást celkové stresové zátěže pociťované člověkem v daný časový okamžik, například v určité životní období. (Atkinson, 2003, s. 491-492)

Tabulka 3: Pravděpodobnost onemocnění vlivem výše stresové zátěže

Celková hodnota skóre	Pravděpodobnost onemocnění	Síla odolnosti proti stresu
150-199	nízká 9-33 %	vysoká odolnost
200-299	průměrná 0-52 %	hraniční odolnost
300 a více	vysoká 50-86 %	nízká odolnost

Zdroj: Slavík et al, 2012, s. 58.

Uvědomění si široké škály různých zátěžových životních situací a také přijetí a pochopení síly jejich dopadu na každého z nás je základním kamenem k dobré péči o sebe, může být motivací k uspořádání si života podle svých potřeb, hodnot a představ a může tak vést k významné prevenci zbytečné nebo nadměrné stresové zátěže.

1.4 Společné charakteristiky traumatizujících událostí

Za vznikem traumatu stojí působení vnějšího činitele (stresoru), kterým jsou poničeny psychické a biologické struktury jedince. Dochází k němu, když vnitřní a vnější zdroje jedince již nemají kapacitu pro vyrovnání se s ohrožením. Nelze uvažovat v rámci kontinua, že situace přechází od lehce stresující až k traumatizující. Traumatická reakce vzniká v okamžiku, kdy se člověk vystaven traumatizující situaci ocitá ve stavu totální bezmoci. Trauma je ve své podstatě reakcí na bezmocnost. (Vizinová a Preis, 1999, s. 17-19)

Situace a události, které lidé **nejčastěji vnímají jako traumatizující**, vykazují dále popsané charakteristiky:

- **jedná se o situace, které nelze ovlivnit.** Jsou to situace, nad nimiž nelze mít kontrolu, a není tedy možno jim zabránit. Platí zde přímá úměra, tedy čím méně vlivu na situaci lidé mají, tím více ji vnímají jako zatěžující, traumatizující. Mezi situace bez možnosti vlivu patří například úmrtí blízkého člověka, ztráta práce, vážná nemoc. Pro vyhodnocení úrovně stresové zátěže u každé jedné události je náš subjektivní pocit neovlivnitelnosti události stejně důležitý jako skutečná neovlivnitelnost konkrétní události. Stejně tak platí, že přesvědčení, že můžeme ovlivnit průběh události, snižuje naši úzkost, i když tuto možnost nevyzkoušíme. (Atkinson, 2003, s. 489);
- **jedná se také o situace, které nelze ani předvídat.** Možnost předvídat výskyt traumatizující události, i když jej člověk nemůže ovlivnit, obvykle snižuje intenzitu zátěže. Některé profese jsou plné nepředvídatelných situací a jsou považovány za vysoce stresující, např. profese hasičů, lékařů, krizových interventů. Dokonce i tak výrazně negativní událost, jako je mučení, může být různě vnímána na základě toho, zda oběť vnímá týrání jako předvídatelné. Oběti, které mohou předvídat okamžik výskytu a druh týrání, se posléze uzdravují rychleji než jedinci, kteří se v tomto ohledu nacházejí ve zcela nepředvídatelné situaci. (Atkinson, 2003, s. 490);
- **jedná se o takové situace**, které představují výzvu pro hranice našich schopností. Některé situace jsou poměrně snadno ovlivnitelné a předvídatelné, přesto jsou prožívány jako stresové, protože nás **tlačí až na hranice našich schopností** a představují výzvu pro náš pohled na sebe samé. Týden před závěrečnou zkouškou může být dobrým příkladem. Většina studentů během tohoto týdne pracuje mnohem více hodin než během zbývajících částí roku. Tuto fyzickou a intelektuální námahu prožívají někteří lidé jako stresovou. Někteří studenti zkoušky prožívají tak, že musí jít až na hranice vlastních vědomostí a intelektových schopností. Možnost selhání může být výzvou pro jejich sebepojetí jako kompetentních osob a pro jejich rozhodnutí vykonávat určitou profesi. (Atkinson, 2003, s. 491);

- mezi další charakteristiky a rysy traumatizující události patří **neuniknutelnost a nepochopitelnost**. Stupeň vnímání a prožívání traumatické události je velmi individuální. Odlišnosti vznikají jak v míře, v jaké lidé hodnotí tutéž událost jako neovlivnitelnou, nepředvídatelnou a kladoucí velké nároky na jejich sebepojetí a schopnosti, tak v délce trvání vystavení traumatu, případně v četnosti opakování. Dopad na člověka také ovlivňují jiné faktory, jako je existence a kvalita sociální podpory pro člověka, jeho mezilidské vztahy, rodinný systém a další. (Atkinson, 2003, s. 488-489).

Traumatizující zážitky zcela zaplavují a paralyzují mechanismy obrany, jsou destruktivní pro pocity vlastní kompetence a kontroly nad vlastním životem.

1.5 Symptomy posttraumatické stresové poruchy

Traumatické události způsobují zranění, která mohou být jak tělesná, tak emocionální a mohou také představovat destruktivní změny v životě, v prožívání i chování jedince a v jeho kognitivních procesech. Naneštěstí jedna skupina souvisí s druhou. Vznik posttraumatické stresové poruchy a jejích symptomů představuje jakýsi uzavřený bludný kruh jednotlivých příznaků této poruchy. Na jeho „udržování“ se podílejí vtíravé a stále se opakující vzpomínky a myšlenky, připomínající traumatickou událost. Ty vedou k rozvoji strachu, úzkosti, napětí, pocitům bezmoci, oddělenosti, nedůvěry, depresím. Takto těžké pocity bývají doprovázeny tělesnými reakcemi, vegetativními příznaky. Všechny tyto symptomy společně (tj. myšlenky, emoce a tělesné reakce) se navenek projevují v chování jedince: ten se vyhýbá jak určitým místům, tak vztahům, straní se, potřebuje se neustále ujišťovat, neumí vydržet na jednom místě, neustále hledá podporu a pomoc; ačkoliv se cítí velmi osamělý a opuštěný, sám se separuje a izoluje, jeho chování je často protichůdné, může být i velmi impulzivní a nečekaně agresivní ve svém chování. (Národní zdravotnický informační portál, online, 2020-12-21)

Zároveň je důležité neopomenout skutečnost, že každá traumatická událost by měla být posuzována nejen podle „objektivních“ okolností, za kterých vznikla, ale i podle toho, jak ji subjektivně vnímali ti, kdo ji zažili. Některé události mohou být subjektivně

posuzovány různě, například účast na dopravní nehodě, rozvod, diagnóza nemoci, a další události mohou někoho vést k PTSD a někoho jiného ne.

Základním diagnostickým kritériem pro PTSD je skutečnost, že byl klient vystaven situaci neobvykle hrozivého nebo katastrofického rázu, která by pravděpodobně vyvolala pronikavou tíseň téměř u každého. Klíčovým faktorem je zde skutečnost, že jednak musí být klient nebo pacient sám osobně obětí nebo očitým svědkem traumatizující události, jednak je její extrémnost v dopadu na jedince posuzována tak, že „téměř každý by následně onemocněl“. (Hosák, Hrdlička a Libiger, 2015, s. 399)

Lidé, kteří zažili psychické trauma, popisují své prožívání jak na úrovni kognitivní, tak na úrovni emocionální, tělesné a také v rovině chování a paměti. Jsou to příznaky, které se tyto lidé následně v rámci své posttraumatické léčby učí dostat pod kontrolu.

Jedná se o **symptomy PTSD**, které se dělí do těchto pěti základních skupin:

1. Traumatická **kognice** – vzpomínky, myšlenky a představy.
2. Úzkostné, vyhýbavé a zabezpečovací **chování**.
3. Negativní **emoce** a/nebo útlum vnímavosti jedince.
4. Příznaky **tělesné**.
5. **Neurobiologické** symptomy.

V souvislosti s jejich vyjmenováním je užitečné také vědomí, že intenzita jejich prožitku nebo projevu se může lišit od mírné až po velmi těžkou. (Praško, 2003, s. 37)

To, co prožitkově odděluje lidi, kteří psychicky nestrádají, od lidí s psychickým onemocněním, je nemožnost si představit utrpení lidí psychicky nemocných. Stejně jako je nepřenositelný nebo velmi těžce představitelný prožitek lidí nemocných depresí, prožívajících panické ataky nebo trpících bludy, stejně tak těžké je představit si čirou hrůzu, beznaděj a prožitky fatální bezmoci lidí trpících PTSD, pokud tyto nemoci a útrapy člověk sám neprožije. Symptomy PTSD mohou být tak zatěžující, že se u lidí jimi trpících vynořují myšlenky na sebevraždu.

1.5.1 Paměť a kognice lidí s diagnózou PTSD

Jak uvádí doktor O. Matoušek, není možné vyhodnotit míru traumatizace jedince skrze paměťové stopy po traumatu. Ve své práci rozlišuje dva paměťové typy, implicitní a explicitní paměť. (Matoušek, 2017, s. 17)

Implicitní paměť v sobě obsahuje vzpomínky a zkušenosti, které se uložily ve vývojově starých oblastech mozku. Tedy v limbickém systému. Zde se ukládají i mj. traumatické zážitky z dětství. Ty jsou později, například v dospělém věku, těžko vybavitelné.

Explicitní paměť oproti tomu obsahuje vědomě uložené vzpomínky a zkušenosti. Například vzpomínky na místa, situace, ale i obsahy knih, osoby a další. Zde se ukládají „vstupy“ postupně během dospívání dítěte. Doktor Matoušek uvádí, že pokud jde o vzpomínky spojené s traumatem, je i tato explicitní paměť méně spolehlivá. Je totiž ovlivnitelná aktuální situací, aktuálními prožitky, zájmy. Určitý druh psychické obrany je vytěsnění příliš těžkých nebo traumatizujících zážitků. Právě v explicitní paměti mohou být tíživé a nepříjemné vzpomínky tzv. „vymazány“ nebo transformovány do jiné podoby, která již není tak zraňující. (Matoušek, 2017, s. 17)

Za běžných okolností (tedy ne za situace traumatizující události) zpracovává a ukládá vzpomínky **hipokampus**. Je spojován s vědomou, **explicitní**, verbální cestou k učení a ukládání informací a vzpomínek. Během traumatu se ale aktivita hipokampu potlačí a díky tomu naše vzpomínky z okamžiků traumatu nemají detaily nebo jsou útržkovité. Za normálních okolností se informace ukládají do souvislostí minulých zkušeností a dřívějších informací.

Po traumatu zůstávají vzpomínky jakoby stále „živé a přítomné“, a tak neustále vplouvají znovu a znovu do přítomnosti. Zároveň není možné o nich souvisle mluvit, protože jim scházejí zmiňované detaily. Jsou často jen útržkovité. Odtud je **posttraumatická stresová porucha nazývána také jako porucha zpracování informací**. (Joseph, 2017, s. 73–77)

Mezi symptomy lidí trpící PTSD často uvádějí **opakující se vtíravé vzpomínky** na traumatizující událost, spojené se znovuprožíváním hrůz dříve proběhlých. Do životů těchto lidí pak stále znovu přicházejí pocity, myšlenky a představy, které souvisí

s událostí již proběhlou a nekorespondují s aktuálním životem jedince. Vpadají náhle do vědomí a spouštějí v člověku velmi intenzivní a pro okolí člověka zcela nečekané emoční reakce, jako jsou děsy, hluboké zármutky, zoufalství, paniky. Jedná se jakoby o opakované ožívování traumatu v dotírajících vzpomínkách nebo přicházejí v podobě „záblesků“, útržků, obrazů, a to po i zcela nepatrných spouštěčích. Trauma se takto znovu odehrává v podobě buďto zmíněných vzpomínek, nebo v podobě snů a nočních můr anebo nočních děsů, jindy v podobě flashbacků a halucinací přicházejících v bdělém stavu. Tyto **přetrvávající opětovné prožitky jsou pro člověka samy o sobě extrémně vyčerpávající**. Vyvolávají většinou bouřlivou emoční reakci. (Praško a Látalová, 2015, s. 280)

Lidé často ani nejsou schopni rozpoznat, že jde o sen nebo vzpomínku a místo toho prožívají a jednají, jako by se daná situace odehrávala v „aktuálním čase“. Zároveň jsou tato **znovuprožívání velmi matoucí pro okolí jedince**, které jeho chování, jakožto ani chování lidí se symptomy PTSD obecně, nemusí vůbec rozumět. Destrukčnímu dopadu na vztahy lidí s PTSD se věnuje tato práce dále v podkapitole 1.5.2. Dokonce i zdánlivě neutrální vnější podněty, jako jsou zvuky, pachy, místa nebo obdoba ve vnějším projevu chování okolních lidí mohou vést k opětovnému vybavení si traumatické události, a tím i souvisejících prožitků a následně posttraumatickému chování člověka. (Joseph, 2017, s. 55-57)

1.5.2 Chování lidí s diagnózou PTSD

Symptom snahy se **záměrně vyhnout** právě podnětům, které traumatizující situaci připomínají, prvkům, které jsou s touto událostí nějak spojeny nebo situacím traumatické zkušenosti podobným, patří také mezi velmi časté projevy lidí trpících PTSD. Mohou to být například „místa činu“, kde se trauma odehrálo a kam se lidé po traumatu jen s velkými obtížemi mohou vracet, nebo místa, která jsou v něčem hodně podobná. Post-traumatickou reakci mohou vyvolat podobné situace v mezilidských vztazích nebo také jen lidé fyzicky podobní těm, kteří dřívější trauma způsobili. Mohou to být podobné zvuky, které traumatizující vzpomínky znovu přivolají, a proto se jim

lidé po PTSD záměrně mohou chtít vyhnout. Zároveň i neschopnost (nemožnost) lidí po PTSD si přesně vybavit určité aspekty traumatické události se rozumí jako cílená, byť nevědomá“ snaha vzpomínky potlačit, jako součást vyhýbání se.

Vedle příznaku vyhýbání se vztahům a druhým lidem může být dalším typickým projevem chování naopak **neustálé vyhledávání pomoci a ujištění**. Lidé trpící PTSD hledají neustálé ujišťování, péči a pomoc buď u blízkých z rodiny nebo z okruhu přátel, nebo také u lékařů a různých specialistů. Bohužel zde funguje pravidlo, že uklidnění má většinou jen krátkodobý efekt. Častým je paradox, že s množstvím ujištění téměř vždy narůstá úzkost, obava a strach.

Dalším a stále velmi zásadním symptomem PTSD je **narušení schopnosti mít vztahy s druhými lidmi**. I takové vztahy, které před traumatizující událostí kvalitně fungovaly, má člověk trpící PTSD potřebu ukončit, přerušit i velmi silná citová pouta, i rodinné „pokrevní“ vztahy. Traumatické události ničí základní důvěru člověka ve svět jako „bezpečné místo“, ve svět, do kterého patří, jako prostředí příznivé pro lidský život, ničí víru v pozitivní hodnotu svého „Já“ a ve smysluplné navazování na kontinuum života. Traumatizovaní lidé se cítí úplně osamoceni, opuštěni, vyvrhnutí z lidského systému péče a ochrany, který je nicméně základem pro pokračování v životě. Traumatizovaní lidé popisují pocit, že patří více k mrtvým než k živým. V této souvislosti se nabízí výraz „celková vnitřní devastace člověka“. (Herman, 2001, 79-107)

Hádavost, vyčítání a obviňování druhých, kterými úzkostný člověk vyjadřuje svůj „boj“ jako jednu z možných reakcí na traumatizující událost. Naneštěstí se takovéto ventilace napětí a úzkosti nejčastěji dějí v nejbližších vztazích. Úzkostný člověk nejčastěji vstupuje do hádek se svými partnery, dětmi, rodiči, sourozenci. Sám zažívá silné pocity nejistoty, proto může mít abnormální potřebu ujišťování a jistoty a péče od okolí. Pokud to nefunguje, snadno začíná vyčítat, obviňovat, důvody své nejistoty spatřuje v chybách druhých a hledá důvody pro hádky a spory.

1.5.3 Pocity lidí s diagnózou PTSD

Společnými jmenovateli psychických traumat jsou **v emocionální úrovni** pocity intenzivního strachu, odcizení, beznaděje, úzkosti, opuštěnosti nebo obráceně až citová otupělost. Pocity bezmoci souvisejí s prožitkem absence jakékoliv kontroly nad tím, že se událost děje a také nad tím, jak dopadne. Pocity, že se člověk neustále nachází na nějaké pomyslné hraně, jejíž druhá strana je velmi blízko fatálnímu zániku a zkáze, velkému ohrožení rovnému téměř jistému zániku (ve smyslu smrti) jedince.

Jedinci s PTSD diagnózou často popisují stavy jakéhosi **pocitového útlumu**, který může i silně kontrastovat s emočně vypjatým znovuprožíváním traumatu. Útlum vnímavosti nebo emoční otupělost tito lidé popisují jako pocity **oddělení se, nepropojenosti s ostatními**, pocity odcizení, neschopnosti se začlenit, zařadit se k ostatním, aktivně a se zájmem se spolu-podílet na aktuálním životě. Lidé často popisují ztrátu zájmu o dění okolo nich. Jako by okolní dění neexistovalo. Sice se odehrává, například interakce v běžných lidských činnostech, v rodině, ale lidé s PTSD je jakoby nemohou spoluprožívat. Jen je pozorují bez jakékoliv emocionální účasti.

V emocionální úrovni se u lidí s posttraumatickým syndromem objevuje nejen pocit ztráty vnímavosti a citlivosti, ale také celkově nemožnosti prožívat radost a potěšení. Mohou se například monotónně věnovat rutinním činnostem, ale nezbývá jim kapacita ani chuť nebo myšlenky se věnovat příjemným aktivitám. Nedostavuje se u nich požitek ze života. Cítí se často vyhaslí, chladní, opuštění, odcizení, nezařaditelní a podobně. Boj s úzkostí, potlačování intruzivních vzpomínek na trauma, snaha kontrolovat své výbušné a prudké emoce, prožívání nedůvěry a abnormální potřeba své okolí neustále kontrolovat, to vše vede k pocitům bezmoci, vyčerpání, únavy. Všechny tyto pocity, zvláště jsou-li intenzivně prožívané a silné, vedou k depresi.

Přetrvávající symptomy **zvýšeného nabuzení**, jakési **neustálé ostražitosti**, bývá velmi typickým symptomem lidí s PTSD. Tito lidé bývají stále ve střehu, hlídají ve vnějším okolí bez ustání jakékoliv známky ohrožení nebo nebezpečí. Hrozba, kterou vidí, je generalizovaná. Kromě tělesných projevů, jako je bušení srdce, rychlé, ale ne hluboké dýchání, pocení rukou nebo celého těla, pocit studeného potu po těle, zrychlený srdeční tep, bývají tyto symptomy spojené také s pocity vzteku, podrážděnosti, jakési nenávisti

vůči okolnímu světu, výbuchy zlosti. Mnozí lidé uvádějí potíže se sebeovládáním. Už jen samotné ovládní emocí bývá popisováno jako skutečný boj.

Spolu s neustálou ostražitostí a také vysokou mírou chronické úzkosti lidé trpící PTSD vykazují **vyšší úroveň podrážděnosti**. Ustavičné prožívání strachu, vysoká reaktivita lekavostí, byť na sebenepatrnější vjem (tj. přehnaná úleková reakce), prožívání silného a intenzivního rozrušení i při velmi slabých podnětech a další. Všechny tyto typy reakcí můžeme chápat jako důsledek chronického podráždění autonomního nervového systému. Zvýšená podrážděnost a nespavost se pojí s občasnými a zcela nepředvídatelnými výbuchy agresivního chování po velmi malé nebo i žádné provokaci. Tito lidé jako by byli neustále v napjatém očekávání, zda se něco ohrožujícího opět nepříhoda. Toto napětí pro ně znamená také chronické vyčerpání. Odtud může být jen malý krok k impulzivité, prudkosti v chování a výbušnosti bez vnějšímu okolí zjevné příčiny. Časté může být i impulzivní chování jako náhlé změny životního stylu, místa bydliště, zaměstnání, náhlé toulky. (Vizinová a Preiss, 1999, s. 27)

Ne zanedbatelným dalším průvodním jevem posttraumatické stresové poruchy jsou často **deprese a úzkosti**. V některých případech bývá diagnostikována depresivní nebo úzkostná porucha, které si vyžadují systematickou léčbu. (Vizinová a Preiss, 1999, s. 27)

1.5.4 Tělesné prožívání lidí s diagnózou PTSD

V běžném životě jsou známá **pojmenování tělesných reakcí**, která výstižně zachycují mechanismy, jimiž traumatizovaný jedinec reaguje na dráždivý podnět, například: „zatnout zuby“ nebo „sevrýt pěsti“ jako výraz pro zablokování agresivní reakce, „nemoci popadnout dech“ jako reakce na šok nebo nečekanou zprávu či „zadržet dech strachem nebo úzkostí“. Známe také rčení „krve by se v něm nedořezal, jak se polekal“, „zbledl nebo zkameněl strachy“ a řadu dalších. Ačkoliv potlačení tělesných reakcí může být zprvu záměrné a účelné, vedoucí například k odklonu účasti na násilí a konfliktech, pokud se tělesné impulzy a s tím související projevy emocí potlačují dlouhodobě, dopady na těle i duši se stávají chronickými.

V těle se chronické, dlouhodobé potlačování projevů tělesných reakcí projevuje například jako křeče, přetrvávající svalové napětí, které se projevuje nejčastěji ve svalech krku, brady, ramen, hrudníku, zádovém svalstvu, ve svalech pánevní oblasti, jako ustrnutí v šíji, zablokování páteře, jako neschopnost uvolněně dýchat nebo řadou dalších projevů.

Chronické potlačení projevů emocí se zobrazí také **na duševním stavu** klientů, například sklonem k depresivním náladám, úzkostnými poruchami, afektivními poruchami a dalšími projevy.

Důsledkem chronického napětí jsou také **funkční poruchy**, například bolesti hlavy, bolesti zubů, různá onemocnění projevující se na kůži, bolesti břicha, nespavost, potíže s trávením, průjmy nebo zácpy, neschopnost se soustředit, poruchy paměti, přetrvávající únava a řada dalších. (Vizinová a Preiss, 1999, s. 64)

Velmi efektivní psychickou obranou proti potenciálně ničivým účinkům vnějších vlivů (např. traumat) je **disociace**. Je to určitý „trik“, který psychika člověka používá sama na sebe. Zjednodušeně lze disociaci popsat jako rozdělení nesnesitelné zkušenosti člověka a rozstrkání jejích jednotlivých částí do různých míst mysli a těla. Jak uvádí Jung, zejména do nevědomých aspektů mysli a těla. Tím umožní člověku se zdrcující traumatickou zkušeností nebo po utrpení extrémní bolesti pokračovat v životě dál. (Kalsched, 2011, s. 28) Následné vzpomínky po ochranné disociaci bývají uloženy v podobě **tělově afektivního prožitku**. Přestože nebývají slovně dostupné, významně ovlivňují chování jedince, jeho imunitní systém, nastavení vegetativního nervového systému. V úrovni těla se disociace projevuje také například jako snížená nebo zvýšená citlivost určitých částí těla. (Stackeová D. et al., 2020, s. 106)

C. G. Jung ve svém pojednání, které je výlučně zaměřeno na trauma, k disociaci uvedl: „Traumatický komplex způsobuje disociaci duše. Komplex (trauma) není ovládán vůlí. Má tedy povahu duševní autonomie. Ta tkví v tom, že se dokáže projevit zcela nezávisle na vůli člověka, dokonce i v přímém protikladu k vědomým záměrům člověka. Disociace agresivně doráží na vědomou mysl a představuje pro jedince skutečnou vnitřní invazi.“ (Jung, 1966, s. 135-138)

Znamená to, že prvky vědomí – jak kognitivní bdělost, tak pocity, představivost, vjemy, které za normálních okolností existují a fungují v jednotě a provázanosti – se po

disociaci nemohou vzájemně propojit. Konkrétně to znamená, že se například představivost odštěpí od pocitů, nebo fantazie se oddělí od vědomého poznání, vzpomínky na vlastní život mohou být roztržité nebo útržkovité. Běžně se v terapeutické praxi ukazuje, že člověk po traumatické události nedokáže popsat svou minulost uceleně. (Kalsched, 2011, s. 29)

Situace vysokého nebezpečí a ohrožení, ze kterých není možno uniknout fyzicky, mohou v člověku vyvolat pocity hněvu a hrůzy, zloby, ale paradoxně taky nezúčastněný postoj, ve kterém se tyto emoce jakoby rozplývají. Člověk sice i nadále při plném vědomí vnímá reálnou situaci a tzv. ví, co se děje, zároveň ale jako kdyby tyto události byly oddělené od svého původního účelu. Vnímání reality může být narušené, deformované, dokonce se k tomuto změněnému stavu vědomí může přidat i částečná anestezie anebo ztráta vjemu bolesti. Také vnímání času se může změnit na pocit velmi pomalého plynutí. Člověk má pocit, jako kdyby se ta událost týkala někoho jiného, jako by on sám ji jen pozoroval mimo své tělo nebo jako by celý ten zážitek byl jenom zlým snem, ze kterého se člověk probudí. Tyto oddělené stavy vědomí se podobají stavům hypnotického transu. Vyznačují se rezignací na to, co se děje, absencí jakékoliv iniciativy, absencí kritického náhledu na situaci, znecitlivěním nebo snížením vnímání bolesti, depersonalizací a derealizací toho, co se skutečně děje. (Kožinová, online, cit. 2020-10-27)

V lehčích případech se jedná se o formu zvládacího (tzv. copingového, obsahujícího biologické a psychické adaptační mechanismy) nebo obranného mechanismu v reakci na zátěž, například stres. V závažnějších případech jde o odštěpení se (vymezení se) od reality, odštěpení se od fyzického nebo emocionálního vnímání reality a vlastního prožívání.

Mezi typické **vegetativní reakce** patří příznaky jako bušení srdce, pocity dušnosti, dechové nedostatečnosti, nemožnost popadnout dech, pocity tíhy nebo tlaku na hrudi, pocity svírání v hrudníku, třes rukou, třes celého těla a pocení, nechut' k jídlu, bolesti v břiše, bolesti páteře, závratě a motání hlavy, pocity na omdlení, poruchy menstruace a další příznaky. Dochází často k tomu, že si někteří nemocní vysvětlují potíže tělesné jako projev somatického onemocnění, a vyhledávají proto odborníky různých lékařských oborů.

Dalším rysem na tělesné úrovni bývá vysoká **úroveň tělesného napětí a nervozity**. Důsledkem toho se pak dostavuje často nedostatek energie a pocit únavy. To může vést k netečnosti, odkládání složitějších úkolů, k polehávání. Odtud se jakoby v bludném kruhu opět posilují pocity strachů a obav, starostí. Obavy a starosti následně brání usínání nebo dobrému spánku celkově. Návazně nedostatek spánku vede k vyčerpání, obavám, starostem, depresím. Takový člověk jako kdyby nemohl najít východisko z těžké situace.

Psychoterapeuté pracují s klienty jejich podporováním, aby se dostali zpět do kontaktu s vlastními vnitřními prožitky a obsahy, které byly potlačeny do nevědomí. Záměrem je, aby sami porozuměli souvislostem mezi například prožitkem traumatické události nebo jakékoliv jiné minulé situace a projevy svého těla. Terapeutické práci s tělem se věnuje tato diplomová práce více v podkapitole 3.1.4.

1.5.5 Neurobiologické symptomy lidí s diagnózou PTSD

Posttraumatická stresová porucha není jen prožitkově, emočně podmíněnou poruchou. Diagnostické a výzkumné metody odhalily **zásadní biologické změny**, ke kterým při PTSD u člověka dochází. Přítomnost posttraumatické stresové poruchy lze díky tomu prokázat také na základě právě biologických parametrů. Špatně snášené pocity, tzv. negativní pocity, vyvolávají **vylučování katecholaminů, hormonů adrenalinu a noradrenalinu**, produkovaných buňkami dřeně nadledvin, která je vlastně zvláštním sympatickým gangliem. Hladiny těchto hormonů se při duševní zátěži zvyšují, jejich zvýšená úroveň je snadno ověřitelná při analýze vzorku krve. (Vizinová a Preiss, 1999, s. 30-31) Při stresu se mimo uvolnění adrenalinu a noradrenalinu uvolňují z nadledvinové kůry další důležité hormony, tzv. **glukokortikoidy**, přesněji **kortizol a hydrokortizol**. Tento proces uvolnění je veden z částí mozku zvaných hypotalamus a hypofýza. Někdy je tato část řízení reakcí označována jako **hypotalamo-hypofýzo-nadledvinková osa**. (Praško, 2003, s. 57)

Lidské tělo se za normálních okolností vyskytuje v rovnováze a normalitě úrovně srdečního tepu, dechové frekvence, tvorbě energetických zásob a také uvolňování

glukózy pro pokrytí reálných potřeb těla v každý okamžik. Zevní vlivy, tzv. stresory, mohou tělo z této rovnováhy vychýlit. Organismus jednak vnímá vliv stresorů, reaguje na ně zvýšením určitých biologických parametrů, například právě zvýšením hladiny konkrétních hormonů v těle. Zároveň se snaží dostat vše v těle zpátky do rovnováhy. V této souvislosti vědci hovoří o **stresové reakci**.

Posttraumatická stresová reakce těla představuje mimo jiné dlouhodobě (nebo i chronicky) **pozměněnou stresovou odezvu** na velmi silný stresor nebo na silný stresor působící po dlouhou dobu nebo opakovaně. Následně dochází v těle člověka k trvalému očekávání traumatické události a v souvislosti s „přípravou těla“, tedy přemrštěnou aktivací stresové odpovědi těla na vnější podněty, které ovšem pro ostatní lidi stresující nejsou, k trvale vyšší úrovni hladin tzv. „stresových hormonů“, o kterých se píše výše v rámci této podkapitoly.

Stresová reakce sama o sobě má člověka a jeho organismus chránit. Má zvýšit jeho šance na přežití ve světě plných nástrah. Jednak člověka přímo upozorňuje na vnější hrozbu nebo nebezpečí, dále přiměje tělo i mysl k aktivaci a stavu pohotovosti, dokud nebezpečí nepomine. Reakci člověka se říká buď **boj (útok), nebo útěk**. Když je stres příliš intenzivní (trauma) nebo probíhá dlouhodobě (chronické trauma), pak zvyšování stresu nad určitou hranici organismus začíná poškozovat. Následně může dojít k různým poruchám z důvodů přetížení organismu. Například dochází k poruchám na úrovni somatické (např. žaludeční vředy, imunitní poruchy, dermatologické problémy, kardiovaskulární choroby, změny metabolismu, například se zastaví některé energeticky náročné metabolické pochody, jako je tvorba bílkovin aj.) anebo také na úrovni psychické (deprese, PTSD, úzkostné poruchy a další). **Schopnost včas „vypnout“ stresovou odpověď v těle je stejně důležitá jako schopnost jedince na stres pohotově reagovat.**

Stresové hormony mohou způsobit **poškození nervových buněk v mozku** a mohou je vést až k jejich odumření. Je prokázáno, že například pacienti s PTSD mají až o 10 % menší objem hipokampu než zdravé osoby. Platí zde nepřímá úměra, tedy čím je hipokampus menší, tím větší jsou poruchy mozku. V hipokampu se ukládají paměťové stopy. Lidé s poškozeným hipokampem si nejsou schopni zapamatovat nové informace.

Dlouhodobý anebo velmi intenzivní stres vede takto k poškození paměti. (Praško, 2003, s. 61)

Profesor psychiatrie, ředitel Trauma Centra v Bostnu v USA, Van der Kolk provedl se svým týmem výzkum mozku lidí po traumatech. Zjistil, že krom jiného se traumatická stresová porucha projeví v mozku také zmenšením centra řeči, tzv. Brocova centra. Brocova oblast mozku bývá často zasažena například při mrtvici, kdy se přeruší přísun okysličené krve do této oblasti. Když dojde k nefunkčnosti Brocova centra, člověk ztrácí schopnost formulovat své myšlenky a pocity do slov. Při výzkumu doktora Van der Kolka se díky moderní zobrazovací diagnostice prokázalo, že u lidí s PTSD dochází k tzv. odpojení Brocova centra například při zmínce o traumatu, kterému byl jedinec dříve vystaven, a to bez ohledu na časovou vzdálenost traumatické události. Vědci takto prokázali, že vlivem traumatizujících události může dojít k trvalé změně v mozku. Vliv traumatu na mozek a jeho činnost tedy nemusí být odlišný například od dopadů, které má na mozek mrtvice, při které k odpojení řečového centra také často dochází. Zjištění Van der Kolkova týmu také pomáhá pochopit, proč pro řadu lidí po traumatu zůstává nemožné popsat, co v okamžiku traumatizující události sami prožívali. Proč ani po letech není pro některé PTSD pacienty možné verbalizovat své emoce, které v době traumatu cítili. (Van der Kolk, 2015, s. 39-41)

Zároveň výzkum Van der Kolka ukázal, že vedle odpojení Brocova centra dochází v mozku např. při vzpomínkách nebo tzv. flashbaccích k aktivaci tzv. Brodmannovy oblasti mozkové kůry č. 19, které se říká také asociativní vizuální kůra. Tato oblast mozku si pamatuje vizuální obraz události tak, jak ji mozek vnímal v okamžiku dění. Tedy i před lety nebo desítkami let. Obraz události zůstává v mozku stále stejný. Jak se výzkumem prokázalo, jiné netraumatizující zážitky se v Brodmannově oblasti nejprve uloží také. Poté, co jim mozek dodá „jejich význam“, předá je dál do dalších částí mozku a více si je není schopen vybavit nebo jen s velkými potížemi. (Van der Kolk, 2015, s. 42-44)

Z výzkumů profesora Van der Kolka také vyplývá, že to, zda si konkrétní událost budeme pamatovat více, a také to, jak přesně si ji případně zapamatujeme, závisí do značné míry na tom, jak významná sledovaná událost pro konkrétního jedince je a jak intenzivní pocity v souvislosti s událostí jedinec cítí. Klíčovým faktorem je úroveň

osobního vzrušení, které událost v jedinci vzbuzuje. Příkladně můžeme uvést, že každý z nás si nejspíše vybaví nějaké vzpomínky spojené s konkrétními lidmi, vůněmi, písňemi nebo místy, se kterými jsme byli v kontaktu po nějakou dlouhou dobu. Zároveň platí, že většina lidí si zcela přesně vzpomene, kde zrovna byli a co dělali v úterý 11. září 2001. Jen menší část z nás si nicméně vybaví, co konkrétně dělala 10. září 2001. (Van der Kolk, 2015, s. 175)

Celý autonomní nervový systém (ANS) má dvě větve: sympatický nervový systém (SNS) a parasympatický nervový systém (PNS). Zatímco SNS působí v lidském těle jako určitý akcelerátor, PNS funguje spíše ztlumením organismu. Více k funkci ANS v rámci reakcí na trauma se tato práce věnuje v závěru této podkapitoly.

Při traumatické události naše tělo reaguje nejen zvýšením tvorby „stresových hormonů“, popsané v na začátku této podkapitoly, ale také odpovídá dalšími projevy: rychlejším tlukotem srdce, zrychlením průtoku krve, zároveň však zúžením cév v kůži (aby tělo při zranění nekrvácelo), kůže zchladne, zbledne odkrevním se, zrychlením dechu, rozšířením zorniček, zvýšením napětí kosterního svalstva a jeho zvýšenému zásobení krví pro větší svalový výkon. Oproti tomu reaguje také snížením napětí hladkého svalstva trávicího traktu. Rychleji proudící krev je určena především svalům, které tak podporuje v rychlém a silném pohybu a výkonu. Zásoby tuku se začnou intenzivně využívat pro výrobu energie, která se odvrací od trávicích orgánů a směřuje ke kosternímu svalstvu. Tělo je připraveno konat, jak je již popsáno v rámci této podkapitoly výše: **bud' bojovat, nebo utéct.**

Lidské tělo nabízí ještě třetí vysoce automatickou reakci, kterou je **ustrnutí**. V okamžiku, kdy není možno ani utéct, ani bojovat, člověk reaguje „poddáním se“. V silně vypjatých situacích někteří jedinci tzv. „ztuhnou“, nehýbou se. V tomto stavu, ačkoli vědí, co se děje, vidí vše, co se kolem nich děje, případně co se děje s jejich tělem, vše pozorují, aniž by však cokoliv cítili nebo prožívali a vnímali. Dostanou se do stavu tzv. **tonické nehybnosti**. V tomto změněném stavu vědomí člověk například necítí bolest, necítí strach, čas jako kdyby běžel výrazně pomaleji. Výzkum prokazuje, že takováto reakce těla představuje také obranný mechanismus, který se v traumatických nebo stresových situacích spouští tehdy, když není pro člověka jiná možnost. Například ve chvíli, kdy vyhodnotí, že samotný zápas (boj) by pro něj mohl

být výrazně více nebezpečný. Tonická nehybnost je instinktivní adaptivní reakcí. A je zcela normální reakcí na traumatizující okolnosti, které člověk v dané situaci neumí „vyřešit“ jinak.

Autonomní nervový systém (ANS) je řízen limbickým systémem, evolučně nejstarší částí lidského mozku, a funguje jako **centrum kontroly traumatu**. Má na starosti dva základní procesy, které jsou pro reakci člověka na traumatizující událost zcela zásadní. Prvním je regulace podmiňování strachu, druhým pak ukládání vjemů do paměti. Tyto procesy jsou řízeny dvěma částmi limbického systému, a to **amygdalou a hipokampem**.

Jednou z funkcí amygdaly je řízení emoční paměti, řízení strachu a úzkosti. To znamená, že vjemy přicházející z vnějšku vyhodnocuje hlavně z pohledu jejich emočního významu pro člověka. Lidé, u kterých je amygdala narušena, nemají schopnost posuzovat emoční význam různých událostí. Např. při setkání s ohrožující situací zůstávají neteční. Za běžných okolností jsou z amygdaly informace předávány do frontální kůry mozkové, kde nastupuje vyšší myšlení. V případě ohrožujících, traumatizujících okolností je potřeba velmi rychlé reakce, která může rozhodnout o přežití, nebo smrti. Amygdala využívá „zkratku“ a alarmuje hypothalamus přímo. Hypothalamus uvolní chemikálii, kortikotropní hormon. Umožní tak vylučování adrenokortikotropního hormonu z hypofýzy. Tento hormon způsobí v nadledvinkách uvolnění kortizolu, ten aktivuje sympatikus a připravuje tělo na útěk nebo útok. Pokud však vnější situace neumožňuje ani útěk, ani útok, limbický systém tuto vnější situaci vyhodnotí také a aktivuje naopak parasympatikus, který vede tělo do tonické nehybnosti.

Jinými slovy se dá říci, že **v krizové situaci přebírá kontrolu amygdala**, která dělá rozhodnutí a přiměje nás jednat určitým způsobem dříve, než máme čas myslet. Reakce vedené amygdalou jsou automatické a reflexivní.

Citlivost člověka vůči stresu je velmi variabilní. Na základě raných traumatických zkušeností může být citlivost i významně zvýšena. Je nicméně závislá na řadě dalších faktorů, například na postojích člověka a významu, který traumatizujícím zážitkům přisuzuje, stejně jako na osobnosti konkrétního člověka, jeho sebevědomí a uvědomění, že může stres zvládnout vlastními silami. (Rüegg, 2020, s. 105-123)

U klientů s PTSD je tedy možno identifikovat řadu biologických nálezů. Jsou mezi nimi výše zmiňované **změny sympatického nervového systému, hypotalamo-hypofýzo-nadledvinkové osy, změny neuronových buněk a mozku.** (Praško, 2003, s. 62) Vlivem dlouhodobého přetížení psychického systému a takto i mozku, ve kterém se neustále oslovuje a stimuluje ta jeho část, která odpovídá za ochranu před hrozbou, dochází **dlouhodobě k vytvoření traumatického obrazu** a k poškození hypofýzy, a tím **ke zmenšení hipokampu.** (Pöthe, online, cit 2020-10-24) Dále jsou popisovány u klientů s PTSD také možné další neurobiologické změny jako například **abnormality v regulaci neuro-přenašečů serotoninu a noradrenalinu, které významně ovlivňují náladu, moduluji naše chování a prožívání.** Jejich dlouhodobě velká zátěž nebo aktivace mohou vést k depresivním onemocněním, některým úzkostným poruchám nebo právě ke vzniku posttraumatické stresové poruchy. Výsledkem chronického působení stresu mohou být i **somatické poruchy** jako například určité typy žaludečních vředů, poruchy imunity, kardiovaskulární choroby, dermatologické nemoci a další. (Praško, 2003, s. 56-61)

Shrnutí první kapitoly

První kapitola této práce provedla **rozběr fenoménu traumatu a traumatických událostí.** Samotné trauma může mít na život člověka protichůdné dopady. Ačkoliv přímý vliv na kvalitu života a zdraví člověka může být až fatálně destruktivní, je to právě totéž trauma, které **může dát vznik posttraumatickému osobnostnímu růstu jedince.** Z toho důvodu první kapitola nejen definovala pojem trauma a traumatická událost, ale vysvětlila také vznik posttraumatické stresové poruchy a pojmenovala, rozčlenila a popsala její různé možné dopady na jedince. Rozlišila symptomy traumatické poruchy projevující se v paměťových a kognitivních funkcích, v emocionálním prožívání, v chování, v tělesných reakcích a v neurobiologické a hormonální rovině. **Porozumění symptomům je základním kamenem pro hledání správného druhu terapie určené pro podporu a efektivní pomoc lidem po traumatech a odtud zároveň klíčem k volbě efektivní podpory jejich návazného posttraumatického růstu.**

2. POSTTRAUMATICKÝ RŮST

Motto: „...právě tam, kde nemůžeme svou situaci změnit, právě tam se po nás žádá, abychom změnili sami sebe, abychom dozráli, dorostli a nakonec přerostli sami sebe.“ (Frankl, 2006b, s. 168)

Ve druhé kapitole diplomová práce analyzuje **fenomén posttraumatického růstu**. **Definuje a popíše vývoj jeho zkoumání**; od prvních výzkumných impulsů až po současný stav poznatků o tomto fenoménu. Současný stav vědění o posttraumatickém růstu bude ilustrovat informacemi ze dvou odborných mezinárodních diskuzí, které na toto téma proběhly v 21. století.

V podkapitole 2.3 vysvětlí metodologická specifika výzkumu posttraumatického růstu a pojmenuje různé úrovně celkových **dopadů** traumatické události **na úroveň kvality života jedince**. V podkapitole 2.4 specifikuje **faktory, které mohou posttraumatický růst více podpořit**. Na posttraumatický růst mají velký vliv také životní postoje společnosti a dotčeného jedince. Tyto vlivy budou rozebrány v podkapitole 2.5.

V závěru druhé kapitoly práce rozliší různé životní oblasti, které se vlivem posttraumatického růstu mohou zkvalitňovat.

2.1 Vymezení pojmu posttraumatický růst

Tato diplomová práce uvádí v podkapitole 1.1, že většina lidí během svého života zažije nejméně jednu takovou událost, která na ně má traumatizující efekt. Zároveň vědecké výzkumy potvrzují, že u většiny lidí, kteří zažili traumatické události, se posttraumatická stresová porucha nevyvinula. Lékaři, psychoterapeuti a psychologové nicméně pracují právě s těmi, kteří traumatickou událost nepřekonají a vyhledají pomoc. Řeší tak s nimi v prvé řadě nežádoucí a bolestné důsledky traumatu. **Negativní dopady** jsou díky této skutečnosti také zkoumány mnohem častěji. (Preiss, 2009, s. 8) Tato práce je popisuje v podkapitole 1.5.

Zároveň je prokázáno, že vyrovnávání se s následky traumatické události může vyvolat i růstové, **pozitivní dopady na život jedince**. Nejčastěji je tomu tak, že jedinec vykazuje směsici obou prožitků, negativních i pozitivních, následujících po zkušenosti s traumatem. (Calhoun a Tedeschi, 2004, s. 95)

Studium pozitivních dopadů traumatických událostí nijak nepopírá tragické a někdy i nevratné změny, které s sebou stejná událost může přinést. Jde spíše o objevení a o přiznání, že navzdory převažujícím těžkostem se objevují i jiné než výhradně záporné projevy. Někteří z přeživších traumatické události s odstupem času od této události doplňují výpovědi o svém stavu v tom smyslu, že právě ona událost nějakým způsobem jejich životům také na hodnotě přidala, a to právě díky nezbytným změnám, které musely nastat, aby byli schopni opět žít plnohodnotnými životy. **Trauma je přímělo ke změně. Kladná změna je označována jako prorůstová, jako posttraumatický růst.** Samozřejmě je spousta takových, kteří si navždy přejí, aby se ony „události“ nikdy nestaly. Odborníci došli ke zjištění, že dokonce i v případech jedinců, u kterých nevídané příznaky posttraumatické stresové poruchy dlouhodobě přetrvávají, se může posttraumatický rozvoj dostavit. **Posttraumatický růst představuje „život měnící“ psychologické procesy a následně posuny v myšlení a ve vztahu ke světu, k druhým lidem, ale i k sobě samému, které přispívají k osobnímu procesu změn, které jsou hluboce smysluplné.** Podle Tedeschiho a Calhouna je posttraumatický rozvoj teoretickým modelem shrnujícím změny v kognitivních schématech, interpersonálních vztazích, životní filozofii a spirituálních postojích po zátěžových událostech". (Calhoun a Tedeschi, 2004, s. 95-100)

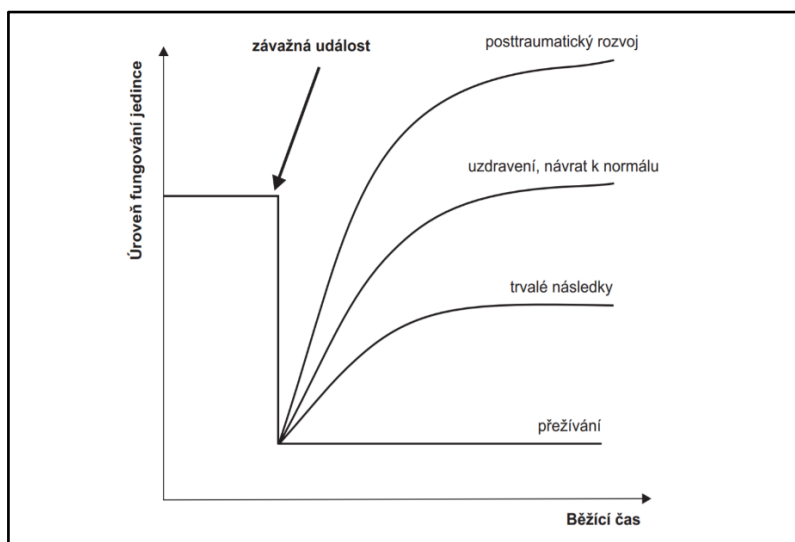
Za duchovního otce a zakladatele moderního konceptu posttraumatického růstu je rozuměn V. Frankl. O jeho práce v souvislosti právě s posttraumatickým růstem se opírá tato práce více v podkapitole 2.2. Samotný termín „**posttraumatický růst**“ (v originále „posttraumatic growth“) vymysleli psychologové z University of North Carolina v Charlotte. Podle Tedeschiho až 89 % přeživších nějakou traumatickou životní zkušenost uvádí alespoň jeden aspekt posttraumatického růstu, jako je například obnovené nebo prvně v životě jedinci vědomě uznané ocenění pro život. Posttraumatický růst (dále též jako zkratka PTG, odvozena z anglického termínu **Posttraumatic Growth**) nebo zjištění přínosu traumatu jsou pozitivní psychické změny, ke kterým dochází v důsledku protivenství a dalších výzev, aby se zvýšila úroveň fungování a kvalita bytí. Je

výsledkem nebo následkem procesu zpracování extrémně náročných životních událostí. (Tedeschi a Calhoun, online, cit. 2020-11-02)

Toto „zpracování“ představuje významné výzvy pro adaptivní zdroje jednotlivce a představuje také významné výzvy pro jeho způsob chápání světa a jeho místo v něm. Může dojít k dosažení vyšší úrovně odolnosti, ke změnám postojů k životu a dalším změnám. (Moergeli, Wittmann a Schnyder, online, cit. 2020-11-02).

Při definování termínu **posttraumatický růst** profesor Tedeschi napsal, že **osoby, které zažívají posttraumatický růst, se mohou rozvíjet i nad svou předchozí adaptační úroveň, nad své dosavadní psychologické fungování**. Rozdílné důsledky prožité traumatické události na úroveň fungování jedince v jeho životě po traumatu jsou znázorněny také v Obrázku 1. Profesor Tedeschi konstatuje, že tyto osoby nejen změnilly svůj dosavadní pohled na svět, ale celkově dospěly, osobnostně vyzrály, přičemž tato změna je skutečná, nejen iluzivní, fiktivní nebo domnělá. U těchto lidí dochází k transformaci jejich osobnosti. (Mareš, 2012, s. 21-22)

Obrázek 1: Rozdílné důsledky prožitého traumatu a posttraumatického růstu



Zdroj: Mareš, 2012, s. 22

Daný jev „posttraumatického růstu“ je možno ještě více přesněji definovat. Nachází se totiž v několika různých úrovních. V odborné literatuře se uvádí škála, která popisuje různé úrovně důsledků prožitého traumatu. Jedná se o tyto stupně kombinace dopadů

traumatu a vlivů posttraumatického růstu na **celkovou úroveň fungování jedince po prožitém traumatu**:

- **rezignování**: jedinec po prožitém traumatu vzdá své úsilí, buď kapituluje, nebo u sebe nenalézá schopnosti účinně fungovat ve svém dalším životě;
- **přežívání**: jedinec po traumatu sice funguje dál, ale v omezené míře;
- **návrat k normálu**: jedinec projevuje odolnost vůči traumatické události, najde v sobě schopnost se vrátit na svou původní (předtraumatickou) úroveň fungování v životě a nabývá ztracené rovnováhy;
- **prospívání**: jedinec přepracovává trauma do podoby výzvy k pozitivní změně, úspěšně se s traumatem vyrovnává a dostává se ve svém fungování na vyšší úroveň, než v jaké fungoval před traumatickou událostí. (Mareš, 2012, s. 22-23)

Výzkumem diagnózy PTSD a následně i **posttraumatického růstu** se zabýval také profesor S. Joseph. Díky spolupráci lidí, přeživších jednu z nestrašnějších námořních katastrof 20. století, sestavil a vyhodnotil se svým týmem výzkum formou dotazníků. Jednalo se o havárii, ke které došlo březnu 1987 na lodi Herald of Free Enterprise. Na palubě bylo 5080 lidí a zboží o váze 1100 tun. Kvůli technické závadě se loď bez varování během pouhých 45 vteřin zcela převrátila dnem vzhůru. Zemřelo tehdy 193 lidí.

Při výzkumu škodlivých účinků a destruktivních dopadů PTSD se výzkumníkům podařilo objevit zajímavý úkaz. Mnozí lidé, kteří trauma přežili a překonali také PTSD onemocnění, se vyjadřovali nejen o negativních dopadech celé tragédie na jejich životy, ale také o **pozitivních změnách ve svých životech, ke kterým rovněž došlo v souvislosti s prožitou katastrofou**.

Konkrétně výsledky výzkumu přeživších výše uvedenou námořní katastrofu ukázaly, že na otázku, položenou výzkumníky tři roky po tragédii, zda se respondentovi změnil od katastrofy pohled na život, a když ano, pak zda v kladném nebo záporném směru, byly velmi překvapivé. 46 % respondentů odpovědělo, že se jejich život změnil k horšímu. Vedle toho 43 % respondentů uvedlo, že se jejich pohled na život změnil k lepšímu. V dalších již volných odpovědích pak tito respondenti konkretizovali, jaký pozitivní dopad ve svých životech vnímají. (Joseph, 2017, s. 13-38)

Nečekaně pozitivní výsledky tohoto výzkumu se následně potvrdily i v dalších výzkumech a studiích. Konkrétně například při výzkumu s přeživšími další lodní katastrofy, ke které došlo v říjnu 1988 v Řecku na lodi Jupiter. V dotazníku byly pro přeživší dvě možné extrémní odpovědi: jedna se souhrnem všech negativních dopadů a změn a druhá se souhrnem všech pozitivních změn, přičemž na škále pozitivních změn může být nejnižší skór 11 a nejvyšší 66. **Procento těch, kteří alespoň částečně souhlasili se všemi z jedenácti pozitivních tvrzení, je uvedeno v Tabulce 4.**

Tabulka 4: Procento osob souhlasících s pozitivními změnami

Výrok	Procento lidí
Neberu už teď život jako samozřejmost.	94 %
Cením si teď mnohem víc svých přátel.	91 %
Už neberu lidi ani věci jako samozřejmost.	91 %
Víc si teď cením druhých lidí.	88 %
Mám pocit, že toho teď vím o životě víc.	83 %
Každý den teď vnímám jako bonus.	77 %
Každý den teď žiji naplno.	71 %
Je teď ze mě mnohem více chápající a tolerantnější člověk.	71 %
Mám teď větší víru v lidskou přirozenost.	54 %
Jsem teď více odhodlán/a v životě uspět.	50 %
Nemám už vůbec strach ze smrti.	44 %

Zdroj: S. Joseph, 2017, str 27. Upraveno autorkou.

Myšlenku na **trauma jako na potenciální zdroj osobního rozvoje a růstu** rozvinul také předseda Českého institutu pro analytickou psychologii, pan **Martin Skála**. Na trauma nahlíží jako na **iniciální zkušenost, která má potenciál vést zasaženého jedince k transformaci lidského psyché ze zjednodušeného stavu nevědomosti k hlubokým lidským hodnotám.** (Skála, 2017, s. 27) Zdůrazňuje, spolu se svými psychoanalytickými kolegy s dlouholetou praxí s traumatizovanými jedinci, transformační hodnotu traumatu,

keré, je-li dobře zpracováno, může vést traumatizovaného jedince například k prohloubení jeho schopnosti empatie, k hlubšímu porozumění sebe sama a návazně pak i ostatním lidem, k většímu soucitu, nebo třeba i ke spirituální zkušenosti. Tito lidé po procesu transformace pak často žijí v užším napojení na svou vlastní přirozenost a v bližším kontaktu s okolním světem, což nicméně v konečném důsledku může být mnohdy bolestivé, zraňující, syrovější než žít se světem v kontaktu zabezpečeném našimi obranami. (Tamtéž, s. 22)

Posttraumatický rozvoj je také studován z důvodu hledání další podpory pro zvládání mimořádně náročných onemocnění pacienty a pro zvládání extrémně exponovaných a náročných profesí nejrůznějšími specialisty, ať už z řad lékařů, záchranářů, hasičů a dalších skupin. (Lečbych, 2014, s. 72)

2.2 Vývoj a současný stav vědění o posttraumatickém růstu

Sledováním mnoha skupin lidí s PTSD víme, že nepříznivé životní události jsou spouštěčem těžce prožívaných symptomů. Těm se tato diplomová práce věnuje v podkapitole 1.5. Současně díky vědeckým výzkumům a bádáním a sledováním mnoha skupin lidí s PTSD bylo ověřeno, že nepříznivé životní události jsou nejen spouštěčem řady těžkých duševních nemocí, ale prožitý posttraumatický stres může být naopak i motorem transformace osobnosti člověka. Trauma může mít jak negativní, tak i pozitivní dopady na jeho život. Posttraumatický stres lze také využít jako přirozený a normální zdroj pro proces adaptace jedince na nepříznivé okolnosti, který se stane počátkem transformace jedince. Posttraumatický stres lze z tohoto pohledu chápat jako začátek pro hledání významu a smyslu traumatické zkušenosti, začátek pro snahu naučit se využít tohoto stresu jako zdroje energie pro vyrovnání se s nově nastalou situací, která se stane novou součástí jednotlivého životního příběhu. (Joseph, 2017, s. 17-30)

Historicky se pro-růstovým pohledem na traumatické události začal zabývat vídeňský lékař a psychoterapeut, profesor psychiatrie **V. Frankl**. Na základě osobní zkušenosti z několika nacistických koncentračních táborů, kterými prošel a ve kterých také přišel a své nejbližší z kruhu rodiny i přátel, dospěl k tomu, že: „člověk je právě v mezních

situacích vyzýván, aby podal svědectví o tom, čeho je schopen“. (Frankl, 2006b, s. 167) Po druhé světové válce se mimo jiné věnoval pojmenování kvalit a schopností lidí k přežití traumat a životních tragédií. Došel k závěru, že lidé, kteří jsou pro pozitivní přežití traumatické události vybaveni nejlépe, jsou nejlépe vybaveni **nalézt v životě smysl navzdory všemu, co život přináší**, například nalézt v životech smysl navzdory děsům, které prožili v nacistických vyhlazovacích táborech. Smysl života se podle něj nechá nalézt i v utrpení. Pro jeho pohled na život se v oboru psychologie ustálil výraz „**tragický optimismus**“. Na jeho práci je vystavěna celá větev psychoterapeutické práce s lidmi, **existenciální analýza a logoterapie**. Podle V. Frankla lidé, kteří najdou smysl svého života, kteří mají proč žít, zvládnou dobře i nepředstavitelně těžké životní situace. (Mareš, 2012, s. 14)

Také další badatel **A. Antonovsky** se zabýval zkoumáním skutečnosti, že část vězňů přeživších koncentrační tábory, si uchovala dobrou psychickou kondici, často navzdory velmi zbědovanému tělesnému stavu. Zjistil, že se to podařilo díky charakteristice osobnosti, kterou nazval „**soudružnost osobnosti**“. Tu tvoří: **smysluplnost**, tedy míra, v jaké jedincům stojí za to investovat „sami sebe“ (svou energii a čas) do plnění různých životních nároků, dále pak zvládnutelnost vnějších okolností měřená **schopností člověka reagovat na stresové podněty a srozumitelnost situace i sebe sama** v dané situaci. Návazně založil také tzv. **salutogenetický pohled** (z lat. salus = zdraví) jakožto nový směr, který zkoumá psychosomatické zdraví člověka, hledá odpovědi na otázku, proč někteří lidé zůstávají zdraví, i když zažívají velké životní stresy. (Mareš, 2012, s. 14)

V. Frankl byl následován dalšími významnými psychology a terapeuti, např. **Abrahamem Maslowem, Irvinem Yalomem a dalšími existenciálními psychology**. Díky jejich práci se vyvinula nová větev v psychologii a psychoterapii zvaná „**pozitivní psychologie**“. Věnuje se porozumění toho, co vede k pocitům naplnění, štěstí, spokojenosti a smysluplnosti v životech lidí. Zkoumá nejen to, jak postavit lidi trpící nejrůznějšími psychickými zraněními a nemocemi tzv. zpátky do života nebo alespoň zmírnit jejich psychické utrpení, pozitivní psychologie se zabývá podporou lidí v tom, aby svůj život žili plnohodnotně a s pocitem štěstí. Pozitivní psychologie přišla s programem psychologického výzkumu osobní pohody, tzv. well-being výzkum. Došla k závěrům, že **psychické zdraví není definováno výhradně absencí utrpení**. Zabývá

se tím, co opravdu činí lidi šťastnými a proč v některých lidech vzniká pocit, že „stojí za to žít“ a v jiných ne, bez ohledu na prožitá nebo neprožitá utrpení. Tématem pozitivní psychologie je zaměření pozornosti na to, co lidé ve svých životech dobře zvládají, a ne to, co nezvládají. Jde jim o studium toho, co „činí život dobrým“. Zakladatelem hnutí **pozitivní psychologie**, „vědy o lidské síle, ctnostech, štěstí a o tom, proč stojí za to žít“ se stal **M. Seligman** v roce 1999, kdy byl také prezidentem Americké psychologické asociace. Pozitivní psychologie tak přináší komplexní náhled na **život, jenž zahrnuje negativní i pozitivní aspekty prožívání a širokou škálu pocitů a myšlenku, že usilovat o štěstí můžeme tehdy, když se současně učíme žít i s nepřízní osudu a snažíme se z této nepřízně poučit.**

Během **90. let 20. století** se v zahraničí vytvořil **výzkumný směr zaměřený na tzv. pozitivní změny u lidí po traumatických událostech**. Mezi jeho zakladatele patří J. Schaeferová a R. Moos, kteří se věnovali tématu krize v životě člověka a jeho osobnímu rozvoji, dále také V. O'Learyová a J. Ickovicsová, které se věnovaly zejména tématu odolnosti – resilienci a rozvoji člověka jako reakci na náročné životní události. Psychologové L. Cohen, R. Murch a C. Parková se také zabývali bádáním ohledně životního stresu a následném rozvoji člověka, zároveň zavedli metodu, jak tento rozvoj měřit. Badatelé Tedeschi a Calhoun publikovali monografii o posttraumatickém růstu a rozvoji osobnosti.

Na téma „posttraumatický růst a rozvoj osobnosti“ proběhly **v 21. století také dvě významné odborné diskuze**. Jedna v roce 2004 v čísle 1 časopisu Psychological Inquiry, druhá v roce 2007 v čísle 3 časopisu Applied Psychology: An International Review. V současné době se výzkumy dále prohlubují, potvrzují průzkumy, propracovávají a shrnují. Na této práci se podílejí odborníci z celého světa. Vychází také řada monografií, jejichž autory jsou například badatelé Tedeschi, Parková, Calhoun, Joseph, Linley, Lechnerová, Stantonová, Weissová, Bergerová a další. (Mareš, 2012, s. 14 a 20)

2.3 Metodologická a jiná specifika výzkumu PTG

Díky své zdánlivě paradoxní povaze jsou kladné dopady negativních životních zkušeností zajímavým tématem bádání. Ke specifickým problematiky výzkumu posttraumatického růstu patří také skutečnost, že se terapeuti a psychologičtí vědci předně zaměřovali na důsledky negativní, na jejich léčbu a nápravu zatěžujících symptomů vzniklých v důsledku traumatické události. Odborníci si předně kladli otázku, co vše může negativně ovlivnit člověka a ohrožovat další vývoj jeho osobnosti. Pouze okrajově se investoval čas na výzkum faktorů, které působí příznivě, které naopak mohou vést k pozitivním výsledkům. (Matějček a Dytrych, 1998, s. 97)

Další složitostí ve výzkumu posttraumatického rozvoje a růstu je skutečnost, že se dopředu neví, kterého jedince traumatická zkušenost postihne (např. úmrtí nejbližšího člověka, závažná nemoc vlastní nebo vlastního dítěte, přepadení, havárie apod.). Proto také nejsou k dispozici popisy jeho osobnosti před traumatickou událostí. Z toho důvodu komparace jeho psychického stavu a charakterových a osobnostních rysů ve stavu „před“ a „po“ traumatu nejsou většinou k dispozici. Údaje o stavu „před traumatem“ se získávají od oběti samotné její popisem, který je samozřejmě zcela subjektivní, nebo subjektivním popisem získaným od blízkých osob. (Mareš, 2012, 51-52)

Další složitostí jsou skutečnosti, že změny po traumatické události jsou změnami opět subjektivně prožívanými a subjektivně hodnocenými a dále že tyto posttraumatické rozvojové změny probíhají v dlouhém časovém horizontu. Otázkou je, jakou dobu od proběhlé traumatické události zvolit pro výzkum osobnostního posttraumatického rozvoje jako správnou. Zjišťuje se, že hodnoty, které respondenti výzkumu uvádějí v rámci svých odpovědí, se v čase proměňují. Nedá se přesně určit, ve který časový okamžik je posttraumatický rozvoj u jedince ukončen a kdy ještě probíhá. (Tamtéž, s. 53) Význam faktoru času v posuzování dopadů traumatické události znázorňuje také Obrázek 1 uvedený v kapitole 2.1.

V současnosti se také mezi badateli řeší, kolik dimenzí posttraumatického rozvoje existuje, kolik z nich se má pro výzkum zjišťovat, které jsou pro život a kvalitu života člověka klíčové. Dalším významným metodologickým problémem výzkumu

posttraumatického rozvoje bývá, že některé změny mohou v rámci výzkumných dotazníků zcela chybět. Vědci tedy získají informace jen o těch změnách, které dotazník předpokládá a na které se konkrétně ptá. (Mareš, 2012, 54-59)

2.4 Faktory pro a proti posttraumatickému růstu

Tato práce se zabývá mj. skutečností, že ze dvou lidí, které potkají nepříznivé okolnosti, jeden začne prospívat, zatímco druhý jim může podlehnout. S. Joseph vidí jako zásadní pro pochopení využití potenciálu posttraumatického růstu přijetí skutečnosti, že na traumatu jako takovém vskutku nic pozitivního není. **Pozitivní změna se může zrodit z úsilí vyrovnat se s následky traumatické události, ke které došlo.** Ve své knize Joseph (2017, s. 13) píše: „Naše jediná šance spočívá v tom, jak žít s tím, co se stalo.“ Zjišťuje také, že pozitivní transformace jedince vlivem traumatu se netýká jen několika výjimečných osobností, u nichž se transformace zdařila. Týká se mnoha lidí ze všech společenských a sociálních vrstev. V téže knize dále Joseph (Tamtéž, s. 13) píše: „Nechci tím říct, že by si měli lidé přát, aby v životě prožili trauma, tragédii nebo neštěstí. Snažím se jen poukázat na to, že musíme brát neštěstí jako součást života“.

Na mnoha příkladech je možno dokumentovat, že lidé, kteří přežijí traumatickou událost, se mohli tvářit v tvář tragédii zhroutit nebo mohli i zemřít. Zároveň u těchto lidí platí, že za určitých podpůrných podmínek a předpokladů se v těchto lidech naopak, pakliže traumatickou situaci přežijí, může **probudit nová síla a/nebo také nová moudrost.** Psychologické studie na jedné straně dokazují, že nepříznivé životní události jsou spouštěčem řady těžkých duševních nemocí, jako například úzkostí, panických atak, depresí nebo posttraumatického stresu a dalších. Zároveň ale také platí, že nepřízeň osudu často žene lidi k tomu, aby byli sami k sobě pravdivější, aby se postavili novým výzvám a vnímali život v širší perspektivě, aby nacházeli hlubší smysl svých životů. Mnozí lidé dojdou k zásadním proměnám ve svých životních hodnotách. Začnou se zabývat hlubšími tématy. (Joseph, 2017, s. 9-15)

Americká psychologická asociace vytvořila **seznam** takových **aktivit, které poskytují pomoc lidem, jež potkala nepříznivá okolnost.** Jsou jimi tyto:

- navazovat spojení s druhými lidmi;
- učit se nevnímat krizi jako nepřekonatelnou;
- směřovat od drobných každodenních úkolů k větším záměrům a cílům;
- pěstovat v sobě pozitivní sebepojetí;
- odhodlaně jednat;
- ocenit se za vše, co člověk zvládl, čeho již dosáhl;
- pečovat o sebe;
- učit se z minulosti a další. (Folkman a Lazarus, 1985, s. 154)

Psychologové Tedeschi a Calhoun, následováni též profesorem T. Kasserem, došli k potvrzení závěru, že i když trauma nebude nejspíš cestou k životu plnému radosti a potěšení, může přesto vést k dobrému životu v jiných ohledech. Prof. Kasser spolu se svými kolegy ve studii, která se zabývala tím, **co určuje pocit osobní pohody**, popsali **dva typy cílů a hodnot**. Jeden **typ** označili jako „**externí**“: zde zařadili ty typy cílů a hodnot, které souvisí s konzumní kulturou, s uspořádáním života lidí tak, aby získali peníze, majetek, image, postavení, popularitu. Toto směřování je zaměřeno na získávání vnějších odměn a ocenění, proto je nazváno „externí“. Druhý **typ** byl označen jako „**interní**“, kam byly zařazeny cíle jako osobní růst, intimita, přispívání komunitě. Výzkumem prof. Kassera se potvrdil závěr, že větší pocit životního naplnění se nachází skrze hledání smyslu ve vnitřních spíše než ve vnějších hodnotách a cílech. (Joseph, 2017, s. 30-33)

Návazně pak s tímto zjištěním souvisí **náhled na trauma, ve kterém traumatická událost může nabídnout jakýsi alarm pro jedincovo zastavení se a zamyšlení nad tím, k čemu upíná svou mysl, co je pro něj skutečně důležité, čemu si přeje svůj životní čas a energii opravdu věnovat, co právě jemu dává pocit smysluplně prožitého života**. Bez popírání velké a často velmi dlouho trvající psychické bolesti, která je s prožitými traumatickými událostmi úzce spjata, lze po traumatu nacházet i nové pohledy na život, které jsou pro přeživšího cenné, včetně nalezení vlastních

předností, navázání spokojenějších a hlubších kontaktů s ostatními lidmi a nalezení skutečného životního smyslu.

2.4.1 Faktory podporující posttraumatický růst

Pojem posttraumatický růst zavedli v polovině devadesátých let profesori R. Tedeschi a L. Calhoun. Ve svých výzkumech se zabývali dále tím, jak i trauma může někdy znamenat výchozí bod pro následnou větší osobní životní spokojenost a pohodu. Upozornili na skutečnost, že rozvoj může být podněcován **stresem**, nicméně pouze v jeho určité úrovni. Tedy ani ne příliš slabým stresem, ani ne jeho příliš intenzivní verzí. Zároveň také záleží na **typu traumatické události, na sociální síti jedince**, jeho vztazích s nejbližším, ale i vzdálenějším okolím, **na osobnostních charakteristikách jedince** a také **na věku**. Za obzvláště zranitelné traumatem jsou chápány děti a mladí lidé. Právě tyto skupiny potřebují výraznější podporu dospělých, včetně efektivních postupů zvládnutí extrémních situací a následné zátěže. (Tedeschi a Calhoun, online, cit. 2020-11-02)

Právě v tomto bodě „**faktoru věku**“ se jak Tedeschi a Calhoun, tak ostatní psychologové a výzkumníci shodují bez ohledu na terapeutický směr, který v psychoterapii zastupují nebo který určuje a řídí jejich přesvědčení. Konkrétně například profesor S. Joseph ve své knize uvádí, že citlivost vůči PTSD, tedy i určitou **vyšší náchylnost** vůči posttraumatické stresové poruše, **vidí v raném stádiu života člověka, v jeho dětství**. Jedná se o fázi života, kdy se mozek stále formuje. V tomto období může nedostatek rodičovské péče, jejich pozornosti anebo lásky nebo další stresory změnit nervový systém. Ten je odpovědný za kognitivně-emoční zpracování traumatických zkušeností. A může vést k redukci objemu hipokampu. Vyšší zranitelnost nejrůznějšími následujícími stresujícími událostmi v dospělosti tak pro tyto lidi vzniká hned ve dvou úrovních. Nejenže díky zmenšenému objemu hipokampu tito lidé ukládají své vzpomínky méně efektivně (více o tom viz podkapitolu 1.5.5), ale jejich traumatizující vzpomínky z dětství jsou znovu a znovu aktivovány pozdějšími událostmi v dospělosti, prožívají se tak opakovaně na úrovni vysokého stresové

zatěžujícího prožitku, včetně vyvolané tělesné, emoční a duševní únavy až vyčerpání. Tímto se vysvětluje skutečnost, že někteří lidé prožívají stavy nepohody a dezorientace, které nejsou schopni rozumově přiřadit ke konkrétním událostem ve svém životě, což zpětně vede k potížím se zpracováním i současné nové stresující situace. U některých lidí také proto poplachová fáze stresové reakce trvá i výrazně déle: jejich „poplašný systém strachu“ zůstává zapnutý déle, než je obvyklé. (Joseph, 2017, s. 75)

Oproti tomu jiní badatelé doplňují k faktoru věku další skutečnost. Potvrzují sice, že dětmi předpokládaný svět je citlivější, ale dodávají, že to nemusí být pouze nevýhodou. Je totiž také otevřenější všem podnětům, nejen těm negativním a traumatizujícím, ale jsou také otevřenější vůči podnětům potenciálně adaptivním a otevírajícím možnosti dalšímu vývoji dítěte. (Mareš, 2012, s. 94) Profesor Joseph shledává **tři existenciální témata jako podstatná pro posttraumatický růst**. Jsou jimi:

- **uvědomění a přijetí, že život je nejistý**, že věci a okolnosti v něm se proměňují. Toto přijetí vede k toleranci vůči nejistotě, která současně odráží schopnost přijmout nejistotu jako základní princip lidské existence;

- **vědomá všímavost**, známá pod pojmem mindfulness, která odráží uvědomění si sebe sama v kontextu bytí součástí s okolním světem, odráží flexibilní postoj k osobní změně; - **uznání a aktivní přijetí osobní odpovědnosti**, která zahrnují také přijetí vlastní odpovědnosti za rozhodnutí již učiněná, včetně důsledků, které z nich plynou. (Joseph, 2017, s. 35-38)

Život s vědomím těchto **tří existenciálních předpokladů** vyvolává následné změny ve způsobu, jakým lidé o sobě mluví, jak se svým životem a zdravím dále nakládají, jaký pocit ze života získávají a jakým směrem svůj život dále vedou.

Dalším společným znakem těch, kterým se daří dosáhnout posttraumatického růstu, je jejich umění **přijmout nevyhnutelnost pocitů, jako je lítost, smutek, zklamání nebo stres, které s sebou život přináší**. (Tedeschi a Calhoun, online, cit. 2020-11-02)

Psychiatrička a psychoterapeutka Dagmar Křížová podtrhuje význam premorbidní osobnosti klientů léčících se s PTSD. Vnímá osobnostní nastavení za velmi významné, na rozdíl například od spirituality, která některé klienty může naopak nechávat v dezorientaci, pakliže se například zabývají otázkou, jak mohl Bůh traumatizující

událost (např. smrt dítěte, mladého člověka nebo jinou tragédii, kterou si člověk nezpůsobil vlastní vinou) dopustit. (Křížová, 2011, s. 17)

Ve své knize profesor Joseph uvádí: „Ti, kterým se daří v důsledku traumatu růst, jsou realističtí ve vztahu k sobě, objektivní ve svém pohledu na věci, jsou schopni prožívat hluboké a smysluplné vztahy, ve svém přístupu k životu jsou nematerialističtí a nedogmatictí a mají zdravý rozum stejně jako smysl pro humor.“ (Joseph, 2017, s. 38)

Ve vědecké studii profesorka **O’Learyová shrnula** dosavadní snahy o vystižení podstaty a popsání **hlavních determinant posttraumatického rozvoje a růstu**. Pracovala s modely osmi různých badatelů, kteří tyto determinanty podmiňující PTG zkoumali, a došla k následujícímu závěru.

Tzv. obecné determinanty (vycházející z původních, „starších“ výzkumů PTSD a PTG) rozdělila do dvou hlavních skupin: zdroje určované osobností jedince a zdroje externí, z okolního prostředí. Do první skupiny osobnostních zdrojů, které napomáhají posttraumatickému růstu, uvedlo šest z osmi výzkumných modelů jako osobnostní zdroj **„schopnost a záměr hledání smyslu traumatické události a její hodnocení, promýšlení, přehodnocování pro život jedince“**. Čtyři modely z osmi došly k závěru potřeby těchto osobnostních determinant: využívání osobní **„nezdolnosti“**, využívání a **„obracení se k minulé předchozí zkušenosti“**, používání **„vlastního stylu zvládnání velmi obtížných situací, vlastní vyrovnávací strategie“**. Tři modely z osmi uvedly jako pro-růstové osobnostní determinanty také **„optimismus jedince“** a **„osobně vnímanou vlastní zdatnost“**.

Z druhé skupiny **tzv. externích zdrojů** je nejčastěji uváděna **sociální opora** jako zdroj, který napomáhá posttraumatickému růstu. Uvádí ji čtyři modely z osmi. (Mareš, 2012, s. 22-23)

Mezi specifické determinanty výsledků posttraumatického růstu zařazuje výzkumnice V. O’Learyová například tyto: sebedůvěru, sebekontrolu, zdravotní stav, temperament, schopnost soustředění se na vnitřní procesy, smysl pro humor, víru, pohlaví, věk, flexibilitu, tendenci riskovat, terapeutický vztah, schopnost vhledu a další. (Mareš, 2012, s. 24)

Zobecnující přehled výzkumů faktorů, které posttraumatickému růstu a rozvoji napomáhají, provedli profesori S. Joseph a P. A. Linley. Vycházeli z období let 1992-

2003, v němž zkoumali celkem 39 prací, které splňovala zvolená kritéria pro výzkum posttraumatického růstu. Mezi jejich kritéria pro analyzované práce patřily například tyto: muselo se jednat o originální empirické výzkumy (ne přehledové nebo teoretické studie) a těžiště výzkumu spočívalo ve zkoumání posttraumatického růstu, a to jak kvalitativním, tak kvantitativním způsobem. Další podmínkou bylo, že doba od prožitého traumatu se pohybovala v rozmezí od dvou týdnů do osmi let. Výsledný medián byl půl roku.

Faktory, které statisticky významně **souvisejí s posttraumatickým růstem, a to podporujícím způsobem** (výjimky jsou uvedeny v závorce s vysvětlením, že mají negativní vliv na PTG), jsou podle profesorů Josepha a Linleyho následující:

- **sociodemografické faktory**: věk (jenž ovlivňuje PTG jak pozitivně, tak ale i negativně, viz podkapitulu 2.4.1 a 2.4.2), vzdělání, gender (ženy), ekonomická situace;
- **religiozita**: existenciální otevřenost, vnitřní náboženské přesvědčení, účast na náboženských obřadech;
- **osobnostní zvláštnosti a specifika**: nezdolnost, přívětivost, svědomitost, zodpovědnost, extraverte, otevřenost vůči zkušenosti, optimismus, vnímaná osobní zdatnost, sebedůvěra, negativním způsobem pak neuroticismus;
- **afektivní proměnné**: pozitivní afektivita a oproti tomu negativní afektivita s negativním dopadem na růst;
- **kognitivní hodnocení a zpracování události**: uvědomování si, kontrola a sebeřízení;
- **strategie zvládání zátěže**: zvládání zaměřené na emoce, zvládání zaměřené na problém, religiózně podložené zvládání;
- **sociální opora**: obdržaná sociální podpora, subjektivní spokojenost se sociální podporou;
- **psychologický distres**: deprese a úzkost (obě tyto proměnné mají negativní vliv na posttraumatický růst). (Linley a Joseph, 2004, s. 15)

Z údajů vyplývá, že **celé skupiny faktorů a jejich proměnných statisticky významně souvisejí s posttraumatickým růstem**. Rozvoji tedy napomáhají některé sociodemografické proměnné, náboženské založení jedince, některé osobnostní rysy, kognitivní zpracování a kognitivní hodnocení události traumatu, sociální opora a některé strategie zvládání zátěže. Jako proměnné negativních faktorů

v posttraumatickém rozvoji se pak jeví: věk, neuroticismus, deprese a úzkost a negativní afektivita. (Linley a Joseph, 2004, s. 15)

Tabulka 5: Faktory podporující posttraumatický růst

Faktory podporující posttraumatický růst
<ul style="list-style-type: none">- Typ traumatizující události (vědomě způsobená pachatelem vs. přírodní katastrofa, opakující se vs. jednorázová událost a další faktory),- terapeutický vztah,- osobnostní dispozice jedince: např. sebedůvěra, sebekontrola, zdravotní stav, temperament, smysl pro humor, optimismus, flexibilita, tendence riskovat, schopnost vhledu a hledání smyslu traumatické události,- schopnost přijetí existenciálních témat: uvědomění a přijetí, že život je nejistý, uznání a aktivní přijetí osobní odpovědnosti za svůj další život,- religiozita a spiritualita jedince,- existence a dobrá funkčnost sociální sítě jedince,- sociodemografické faktory: vzdělání, věk, pohlaví, ekonomická situace.

Zdroj: Tress, Krusse a Ott, 2008, s. 299. Upraveno autorkou.

O faktorech, které znesnadňují posttraumatický růst, pojednává tato práce v kapitole 2.4.2.

2.4.2 Faktory znesnadňující posttraumatický růst

Při hledání odpovědi na otázku, proč někteří lidé po překonání PTSD symptomů umí využít posttraumatického stresu pro svůj další růst a někteří nikoliv, došlo na hledání faktorů, které mohou být **překážkou na cestě k růstu**.

Podle výsledku výzkumu psychologa S. Josepha a shodně se závěry dalších studií čelí lidé na svých cestách k léčbě PTSD, zotavení a následnému možnému růstu těmto **dvěma největším překážkám: nedostatku sociální podpory a možným dalším těžkým životním událostem**, se kterými se tito lidé musí také vyrovnat.

Současně jejich rekonvalescenci a možný růst silně ovlivňují také jejich **pocity ve vztahu k traumatizující události**. Bylo zjištěno, že pravděpodobnost výskytu psychické nepohody bývá vyšší u lidí, u nichž se objevovaly **pocity viny a studu** (zahanbení). Toto sebeobviňování (pocity provinilosti) se může například týkat výčitek, že právě oni přežili, zatímco jiní ne, cítí se provinile za to, co během neštěstí nepodnikli, anebo naopak za to, co podnikli pro to, aby přežili, a za další věci. (Joseph, 2017, s. 21-23)

Zároveň je ovšem nezbytné poukázat na skutečnost, že současně se studii o možnosti posttraumatického růstu a jejich optimistickými a povzbudivými závěry existují také zprávy méně pozitivní. Ve vědeckém výzkumu v roce 1994 byl zkoumán dopad vlivu dříve prožitých traumat na současný psychický stav lidí. Z archivu památníku Yad Vashem v Izraeli bylo vybráno 103 osob, které přežily holocaust jako **děti ve věku do 13 let**. Závěrem této studie bylo potvrzení, že ještě 50 let od ukončení války většina přeživších osob psychicky trpí. Toto utrpení bylo způsobeno jak intenzitou prožitého traumatu, tak délkou trvání traumatické události a zároveň také velmi mladým věkem, v jakém k tomuto utrpení docházelo. Vědci se domnívají, že **následky těžkého a prodlouženého traumatu prožitého v dětství mohou přetrvávat po celý život**. (Robinson, Rapaport-Bar-Sever a Rapaport, online, 2020-10-30)

Vlivem věku jako faktoru znesnadňujícího post-traumatickou léčbu se zabývala také profesorka J. L. Herman na Lékařské fakultě Harvardské univerzity. Ve své knize uvádí: „Opakovaně zažívané trauma v dospělém věku narušuje strukturu již zformované osobnosti, ale trauma opakovaně zažívané v dětství osobnost formuje a deformuje. Dítě vyrůstající v prostředí, kde je týrané, psychicky nebo fyzicky, musí čelit obrovským problémům adaptace. Musí najít cestu, jak si zachovat pocit důvěry k nedůvěryhodným lidem, jak najít pocit bezpečí v nejisté situaci, jak zvládat situaci, která je hrozivě nepředvídatelná, jak najít sílu v situaci bezmoci. Musí kompenzovat nedostatek péče a

ochrany ze strany dospělých, a to za pomoci jediného prostředku, který má k dispozici – za pomoci nevyvinutého systému psychické obrany.“ (Herman, 2001, s. 138)

Vědci dále došli k názoru, že PTSD je cyklického charakteru, v průběhu let mohou projevy PTSD měnit svůj charakter i intenzitu. Oběti, postižené osoby, uvádějí problémy jak v sociálních vztazích, tak ve vztazích pracovních, uvádějí obtíže s kontrolou a regulací vlastních emotivních projevů a další složitosti. (Robinson, Rapaport-Bar-Sever a Rapaport, online, 2020-10-30)

Tyto závěry potvrzují i jiné studie. Posttraumatická stresová porucha byla sledována u veteránů z války ve Vietnamu. Závěry studií potvrzují výskyt PTSD u 15 % sledovaných a testovaných jedinců, její projevy se u nich shledávají ještě po 10 až 15 letech. (Vizinová a Preiss, 1999, s. 92)

Tabulka 6: Faktory znesnadňující posttraumatický růst

Faktory znesnadňující posttraumatický růst
<ul style="list-style-type: none">- Dlouhodobá expozice traumatizující zkušenosti,- nízký věk oběti, dětský věk,- důvěrný, blízký nebo přímo závislý vztah oběti vůči pachateli traumatu,- předchozí ztráta, předchozí trauma, deprese nebo polytrauma,- nedostatek sociální opory,- pocity ve vztahu k traumatizující události (pocit viny, studu).

Zdroj: Tress, Krusse a Ott, 2008, str. 306. Upraveno autorkou.

Pro mnoho lidí je osobní zkušenost s výrazným násilím, týráním, válkou a podobně tak silnou zkušeností, že ovlivní jejich chování a prožívání na celý život. Studie se zabývají přenosem tohoto změněného maladaptivního chování vlivem prožité PTSD také mezigeneračně, na potomky obětí. Výzkum je komplikován nejen psychickou náročností pro oběti, ale také skutečností, že posttraumatická stresová porucha a celá

traumatická zkušenost obětí a její důsledky jsou těžko sdělitelné. Lépe jim lze rozumět a následně i vyhodnocovat v kontextu individuálního vyprávění životního příběhu člověka – oběti a jeho vzpomínek. (Vizinová a Preiss, 1999, s. 92)

Psychoterapeut S. Joseph vychází ve své knize „Co nás nezabije...“ ze svých výzkumů a výzkumů svého vědeckého týmu a také současně z inspirace ze základního postulátu C. Rogerse o tom, že **jako lidé máme přirozenou schopnost růstu**. Tyto zdroje a podpory pro jeho zkoumání ho vedou k teorii osobního posttraumatického růstu. Tvrdí, že ačkoliv přímo v době traumatu nemusí být vidět vůbec žádná naděje pro další kvalitní život, existují přirozené způsoby, jak se s traumatem vyrovnávat a nalézat cestu k vytvoření smyslu celé události. Je přesvědčen, že **lidé mají přirozenou schopnost psychicky růst a také přirozenou tendenci k tomuto růstu**. Tato tendence však může být přerušena nebo i zcela zmařena. Například traumatickou událostí. Pokud má dojít k posttraumatickému růstu, je nezbytné se na vytváření nového života aktivně podílet. **Síla vlastní motivace** má velmi významný vliv na následný růst. Posttraumatický stres je tedy z tohoto pohledu jakýmsi „zážehovým motorem“ pro posttraumatický růst, nicméně není automatizmem, že se díky němu člověk, personifikovaně „stroj“, rozjede. (Joseph, 2017, s. 9-15)

2.5 Životní postoje a jejich vliv na posttraumatický růst

Výzkum věnovaný porozumění účinkům nepříznivých okolností na psychický i tělesný systém lidí zjistil, proč jsou někteří lidé vůči důsledkům prožitého traumatu zranitelnější než jiní. Vůdčím principem a vodítkem k smysluplně prožívanému životu je doporučení zaměřit se na to, co si myslíme a co děláme, rozumět tomu a cíleně nad tím převzít kontrolu. Takové zaměření může i lidi po neštěstí posouvat dále.

V rámci výzkumu se zjistilo, že dopad na reakci člověka na traumatizující událost závisí nejen na intenzitě a délce prožívaného neštěstí a na dalších pro a proti-růstových faktorech, které tato diplomová práce specifikuje v podkapitole 2.3. Hlubším zkoumáním se ukazuje, že na reakci jedince mají také velký vliv následující tři životní přesvědčení a postoje.

Jedním z nich je potvrzení dopadu fenoménu tzv. **sebenaplňujícího proroctví**. Jedná se o zjištění, že pokud budete lidem tvrdit, že jsou zranitelní nebo jsou již zranění a potřebují pomoc, stanou se tyto předpoklady realitou. Zároveň nám výzkum dává zprávu, že většina lidí je odolná vůči tragédiím, neštěstí a traumatickým událostem, které je potkají.

Druhým fenoménem je návazné zjištění, že lidé jsou většinou nejen „odolní“ vůči traumatům, ale že v prožité hrůze nacházejí i přínos, který se může stát startovacím polem pro vyšší úroveň fungování v životě. Jedná se o pojmenování **sebe-ozdravné schopnosti lidí**, tedy že lidé jsou schopni najít způsob, jak zvrátit destruktivní dopady traumatu, ale jsou schopni jej také obrátit ve svůj prospěch a **využít k růstu osobnosti**. Posttraumatickou reakci je tedy třeba vidět v jejím plném spektru. Nejen vnímat aspekt nepohody a stresu, ale také potenciál růstu.

Třetím důvodem, proč různí jedinci reagují na prožité trauma různě, je rozdílný fenomenologický přístup k traumatu. Ukazuje se jako zatěžující, že se na trauma v řadě kultur začalo pohlížet jako na nemoc, kterou by měl diagnostikovat a také léčit lékař. Oproti tomuto pasivnímu přístupu k pojetí traumatu a jeho významu pro život každého jedince se nabízí postoj, že **lidé musí být schopni sami převzít odpovědnost za své vyléčení**, ale také za to, jaký význam a hodnotu své zkušenosti s traumatem dají. Lékaři nebo přesněji vyjádřeno terapeuti musí být schopni nabídnout odborné a podpůrné vedení na další cestě po traumatu, co je ale velmi důležité, je převzetí odpovědnosti za svůj stav, zdraví a další kroky každým jedním člověkem. (Joseph, 2017, s. 14-19)

2.5 Oblasti života měnící se vlivem posttraumatického růstu

Tato práce ve svých podkapitolách 2.4 až 2.6 vysvětluje, že vlivem různých faktorů reagují lidé na prožité trauma různým způsobem. Lidé, kteří prožili traumatizující událost, často hovoří o jisté „transformaci“ nebo „proměně“, kterou následně po události ve svých životech prošli. Takováto transformace zahrnuje mnohé aspekty změny v životech lidí, nejčastěji se však uvádějí následující tři.

Nejčastěji uváděnou oblastí změn je, jakým způsobem lidé po traumatech prožívají a cení si své **vztahy**. Například si začínají cenit více své rodiny, svých přátel, ale také dobrých kolegiálních vztahů v práci a dalších typů vztahů. Vztahy začínají lidé často prožívat mnohem vědoměji a aktivněji se podílejí na jejich tvorbě a rozvoji. Z výzkumů vyplývá, že si mnozí lidé díky posttraumatickému růstu začali **cenit lidského pouta** jako jedné z nejdůležitějších stránek života. Mnozí z těch, kdo přežili trauma, také uvádějí, že jsou otevřenější intimitě a že se u nich nezměrně prohloubila schopnost soucítit s druhými lidmi.

Druhou nejčastěji uváděnou pozitivní změnou jsou **osobní změny**. Patří mezi ně například nalezení **nové vnitřní síly**, **posílení sebevědomí** a utvrzení se ve schopnosti zdolávat překážky, dosažení **větší moudrosti**, nalezení **větší schopnosti soucítu** a další proměny.

Další změnou, která je často uváděna, jsou **změny životní filosofie**. Lidé po traumatech často nalézají ve svých životech nové smysly svého bytí, nové hodnoty a cítění pro to, co je v životě skutečně důležité. (Joseph, 2017, s. 93-94)

V jedné z vědeckých studií z raných dob výzkumu traumatu a posttraumatického růstu, z devadesátých let dvacátého století, badatelé systematicky zkoumali změny v pohledech na život u posttraumatických jedinců. Dotazovali se respondentů v časovém horizontu sedm let po prožité traumatické události, kam řadili například náhlou ztrátu životního partnera, smrt blízké osoby, osobní zkušenost z vážné motoristické nehody, přepadení spojené s trvalými následky a další události, zda se u těchto osob nějak změnil pohled na život, zda začali některé věci dělat jinak, zda se nějak změnil jejich životní cíle, vztahy, jejich životní filosofie. Většina respondentů uvedla nejméně jednu pozitivní změnu ve svém životě. Nejčastěji uváděná byla zvýšená sebedůvěra (uvedlo ji 35 % z dotazovaných), záměr užívat si přítomnosti (26 %), větší přijetí smrtelnosti (23 %), větší ocenění života (23 %), větší důraz na rodinu (19 %), prohloubení spirituálního cítění (15 %), větší zájem o druhé (7 %). (Joseph, 2017, s. 95)

Tyto závěry potvrzuje jedna z vědeckých studií, která reagovala na vliv traumatu teroristických útoků na New York 11. září 2001. Během tří let od této tragické události bylo zkoumáno 1382 dospělých z široké populace. Studie zjistila, že 58 % respondentů uvádělo nejméně jeden pozitivní přínos, který traumatická událost měla. Prosociální

přínos uvedlo 9 % z dotazovaných, bezpečnostní přínos 8 % a filozofický přínos 7 % z dotazovaných.

V jiném výzkumu profesorky P. Frazierové bylo dotazováno 1500 studentů. Ti z nich, kteří prožili traumatickou událost, měli v průměru vyšší skóre psychické osobní pohody než před traumatizující událostí. 25 % bylo více spokojeno se životem, 8 % prožívalo větší vděčnost, 12 % vnímalo život jako smysluplnější, u 7 % došlo k prohloubení náboženského cítění, 5 % uvedlo posílení vztahů. (Joseph, 2017, s. 97 a 103)

Další výzkumy potvrzují, že růst mohou v jedinci spustit i události, které znamenaly utrpení ostatních lidí, zejména našich blízkých. Existují studie dcer žen s rakovinou prsu, manželů přeživších tuto nemoc, žen bývalých válečných veteránů nebo zajatců, pracovníků pomáhajících při katastrofách apod. Jako klíčové pro posttraumatický růst se jeví tzv. existenciální ohrožení. Po takové zkušenosti k lidem přichází silné uvědomění, že život je nejistý, nekontrolovatelný, že člověk je zranitelný a křehký a další. (Joseph, 2017, s. 98)

V neposlední řadě je třeba v souvislosti s bádáním a zjištěními o posttraumatickém stresu a růstu uvést jedno ze zjištění. Lidé, kteří uvádějí největší posttraumatický růst, nejsou ti, kteří jsou vůči účinkům traumatu relativně dobře odolní, ale spíše lidé, kteří byli traumatickou událostí psychicky otřeseni a kteří vykazují posttraumatický stres. Posttraumatický růst je tedy spjat s posttraumatickým stresem. Studie dokonce ukázaly, že vyšší hladiny posttraumatického stresu jsou často spojeny s vyššími hladinami růstu. Přínos nepříznivé události se vztahuje k silnější zkušenosti vtíravosti myšlenek nebo potřebě vyhýbavého chování po traumatu. Vychází se z úvahy, že vtíravé myšlenky, a tedy intenzivní přemýšlení o traumatu může být projevem toho, že lidé se s dopady traumatu vyrovnávají právě přemítáním, kognitivním zpracováváním celé události. Toto opakované přemýšlení se pak následně stává motorem k osobnímu růstu. Existují vědecká tvrzení, že období přemýšlení a vtíravých myšlenek o traumatu a jím způsobeném stresu je pro posttraumatický růst nutné. (Helgeson, Reynolds a Tomich, 2006, s. 810)

Shrnutí druhé kapitoly

Druhá kapitola definovala pojem posttraumatický růst. Posttraumatický růst je v této kapitole popsán jako „život měnící“ psychologický proces, umožňující posuny v osobnostních charakteristikách, v myšlení a ve vztahu ke světu, k druhým lidem, ale i k sobě samému.

Jako zásadní myšlenku určila překonání přemýšlení o traumatu jako o události, která má jednoznačně a pouze destruktivní dopad na život člověka. Růst je chápán jako výsledek zápasu s traumatem a stresem.

Podkapitola 2.1 rovněž reprodukovala výsledky dotazníkového šetření provedeného s oběťmi traumatických katastrof minulého i současného století ohledně pozitivního či negativního dopadu traumatických událostí na kvalitu jejich života.

Vznik nové vědecké oblasti zkoumající posttraumatický růst se datuje přibližně do přelomu 20. a 21. století a je stále ve své vývojové fázi. Práce ve své podkapitole 2.2 popsala, jakým způsobem se odvíjela věda a výzkum posttraumatického růstu i činitelů, které na růst a rozvoj mají vliv. Doplnila informace o současném stavu vědění, a to popsáním dvou vědeckých diskuzí, které na toto téma proběhly v letech 2004 a 2007.

V podkapitole 2.3 práce popsala metodologická a další specifika výzkumu posttraumatického růstu. Podkapitola 2.4 popsala, že je vnímavost člověka a jeho citlivost vůči traumatické události ovlivněna řadou faktorů. Ty podrobně přiřadila mezi skupiny „prorůstových faktorů“ a „faktorů růst brzdících“. Podkapitola 2.5 objasnila vliv životního přesvědčení jedince a také jeho osobní zainteresovanost a proaktivitu na jeho případný osobní posttraumatický růst.

V závěrečné podkapitole 2.6 práce pojmenovala ty oblasti života, ve kterých se případný dopad posttraumatického růstu nejpravděpodobněji projevuje. Jsou to například možnosti zvýšení subjektivně vnímané kvality života, změny dosavadního náhledu na svět a život v něm, nalezení smyslu života a vlastního bytí. Může vést k posílení osobních vztahů, ocenění významu rodiny pro člověka a k řadě dalších aspektů. Jedinci zažívající tento jev se mohou rozvíjet dokonce až nad svou předchozí adaptační úroveň, nad své předchozí psychologické nastavení a fungování.

3. TERAPEUTICKÁ PRÁCE K PODPOŘE RŮSTU

Motto: „Ve skutečnosti jsou některá dobra, která mají smutnou tvář.“

(Seneca, 67. list Lucilioví)

Třetí kapitola naváže na kapitoly předchozí, konkrétně na pojmenování vzájemné propojenosti mezi posttraumatickou stresovou poruchou (PTSD) a posttraumatickým růstem (PTG). Konstatování existence **možnosti posttraumatického růstu** radikálně proměňuje přemýšlení o traumatech a posiluje ještě více terapeutickou práci s klienty trpícími PTSD. Třetí kapitola popíše, **jak terapeuticky podpořit** klienty s PTSD, aby dokázali více než zmírnit dopady traumatického narušení a více než jen opravit vzniklé dysfunkčnosti jejich života.

Ve své první části bude **sumarizovat a analyzovat různé metody psychoterapeutické práce** podporující léčbu PTSD, a takto podporující posttraumatický růst. Ve své další části vybere ty **znaky** analyzovaných terapeutických přístupů, které jsou pro porovnávané přístupy **společné a efektivně prorůstové**.

3.1 Terapeutické přístupy k PTSD

Motto: „Smysl není něco tam venku, co dostaneme; je to něco, co dáváme sami sobě.“

(Joseph, 2017, s. 159)

Děsivé události mohou být traumatizující. Oběti díky nim zažívají extrémní strach a ztrátu kontroly nad vnějším děním a následně i nad dalším svým osudem. Traumatická zátěž je někdy tak masivní, že může vést k posttraumatické stresové poruše nebo jiným poruchám v důsledku traumatu, např. k depresím. **Psychoterapie pomáhá zvládnout to, co člověk nedokáže uchopit. Psychoterapie** je odborníky chápána jako **nejdůležitější prostředek léčby PTSD**. (Praško, 2003, s. 73) V léčbě akutních stavů jsou její účinky obdobné jako účinky farmakoterapie. Odborníky je **farmakoterapie** pro léčbu PTSD vnímána jako nedostatečná, i přestože v příznacích PTSD uleví. (Praško, 2003, s. 69) Zároveň platí, že léky mohou působení psychoterapie výrazně podpořit.

Jsou potřebné při depresi, při nespavosti, při těžkém, dlouhodobém nebo jinak nesnesitelném průběhu PTSD s předrážděností. (Praško et al, 2011, s. 366) Po ukončení léčby je efekt psychoterapie trvalejší, dlouhodobější. (Národní zdravotnický informační portál, online, cit. 2020-10-29)

Záměrem podpory je **obnova osobní integrity člověka, také korekce jeho vztahu a možnosti důvěřovat lidské společnosti a „světu“ v nejširším smyslu.**

Terapeut se může stát dobrým průvodcem klienta do nové budoucnosti. **Záměrem terapie je zmenšení nebo odstranění negativního vlivu traumatu na duševní a tělesný stav člověka.** Specifickým cílem je pak **růst osobnosti, například pomocí katalytického vztahu s terapeutem.** (Vojtová a Hašto, 2012, s. 31)

3.1.1 Psychodynamická terapie a její pomoc skrze léčivý vztah

Mezi hlavní prožitkové zkušenosti lidí, kteří přežili psychické trauma, patří pocity bezmoci a izolovanosti od ostatních lidí. Uzdravování takového člověka s **podporou dynamické psychoterapie** je založeno **na posílení jeho osoby a na vytváření jeho nových vztahů.** Nikdo se z psychického traumatu nemůže „vyléčit“ skrze izolaci sebe sama od okolního světa. (Herman, 2001, s. 185-206).

Psychodynamická psychoterapie se ve svém léčení zaměřuje na porozumění člověku a zdrojům jeho psychopatologických projevů, nezaměřuje se na léčení symptomů klienta. Zaměřuje se na **hodnoty jedince** a to, jak byly traumatickou událostí ohroženy nebo poškozeny. Cílem je vyřešení konfliktů, ať již vědomých nebo nevědomých, které byly poškozením hodnot vytvořeny. (Praško et al, 2011, s. 360-361) Ústředním záměrem psychodynamického přístupu je intrapsychické zpracování traumatu. Cílem je přeměnit traumatizující zážitek ve vzpomínku, která není pro člověka opětovně pocitově zraňující, která se promění v psychicky integrovanou součást životní historie klienta. (Vizinová a Preiss, 1999, s. 50)

Hlavními prostředky po zahájení terapie jsou rekonstrukce traumatické události s abreakcí a katarzí. Dále se během terapie klient informuje o tom, jak jeho zážitky a zkušenosti z dětství zvyšují jeho citlivost nebo zranitelnost k rozvoji příznaků PTSD.

V průběhu terapie je klient seznamován se svými maladaptivními postoji a způsoby chování k sobě a ke světu. Vede se k pochopení, jak si tyto postoje během svého života vytvořil, k čemu mu byly užitečné a prozkoumává, zda i v současnosti jsou potřebné nebo spíše vedou k obtížím. Díky korektivní zkušenosti s terapeutem nalézají postupně nové postoje, dochází k posilování jeho sebevědomí, ale také sebekontroly, k uvědomování si své hodnoty, hrdosti, nezávislosti a důvěry ve svět jako „bezpečné místo pro život“. (Praško et al, 2011, s. 361)

V rámci psychoanalytického dynamického přístupu rozlišujeme ve vztahu mezi klientem a terapeutem tři části: skutečný vztah dvou lidí, pracovní dohodu a spojenectví, přenos a protipřenos. Nutno doplnit, že právě **přenos a protipřenos** u klientů s PTSD mají určitá specifika. Klienti po těžkých traumatech mají tendenci vytvářet v terapeutickém vztahu charakteristický přenos. Jejich pocitové reakce na osobu v pozici autority jsou velmi často poznamenány zkušeností extrémního strachu. Podle některých autorů přenos v takovéto terapii neodráží jednoduchý dvoustranný vztah, ale přinejmenším **vztahovou triádu**. Třetí „přenosovou osobou“ se ve vztahu klienta a terapeuta stává „činitel zločinu“, „viník“. V rámci protipřenosu je důležitý a pro terapeuta potenciálně i velmi náročný proces projektivní identifikace. (Vizinová a Preiss, 1999, s. 51-54)

Odborná literatura uvádí jako nezbytnost začít „terapeuticky léčit“ skrze **posílení osoby** jedince po traumatu. Právě a jen tato osoba totiž může být iniciátorem terapie a zároveň určující osobou pro zajištění adekvátní péče pro sebe samu. Proto tito lidé potřebují být jasně směřováni k uvědomění si a přijetí skutečnosti, že jen oni sami jsou odpovědní za svou další cestu k novému uspořádání života a novým vztahům v něm.

Pro úspěch dynamické terapie je zcela zásadní kvalitní vztah s terapeutem. Od něj je mimo jiné vyžadována velmi vysoká úroveň empatických schopností, stejně jako schopnost klienta přijmout se vší zátěží, se kterou přichází a nabídnout mu pochopení, porozumění. Lidé, kteří v terapii mohou pocítit, že si jich terapeut váží, přijímá je a rozumí jim, se otevřou mnohem snáze a rychleji. Mohou pak upřímně sdílet své potíže a mohou nabýt pocitu, že jsou autory svého dalšího života. Lidé, kteří se necítí dosti přijati, mají potřebu svou osobnost a svůj vnitřní svět skrývat, obávají se odsouzení a zahanbení.

Dalším záměrem dynamické psychoterapie je **posilování odpovědnosti klienta za svůj další život**. To podporuje **znovuzískání sebekontroly nad sebou a svým životem**, který jde ruku v ruce se skutečným **odezněním pocitů bezmoci**, odevzdanosti a izolovanosti, **směřuje k obnovení autonomie**, skládající se z pocitu samostatnosti, flexibility a schopnosti sebeovládání. (Herman, 2001, 185-195)

Terapeutova úloha je v úrovni podpory a provázení, vytváření prostoru podporujícího u klienta pocity bezpečí a přijetí, posilování klienta také skrze důvěru, že jsou jeho traumatická zkušenost a veškeré klientovo prožívání skutečné a pravdivé. Terapeutický vztah, který je vybudován na empatickém porozumění a přístupu terapeuta, odvozeném od emocionálního pochopení jeho samého a jeho přenosové identifikace s klientem, a jeho starostlivosti a péči o klienta, obsahuje **prvky, které jsou společné s empatií „ideální matky, jaká by měla být vůči jejímu dítěti“**. Zároveň tento vztah nabízí také **kognitivní, zcela racionální až téměř asketický aspekt práce** terapeuta s klientem, který dodává tomuto vztahu právě jeho speciální terapeutickou kvalitu a schopnost léčit a navracet zpět do zdravého plnohodnotného života. (Herman, 2001, s. 188-189)

Další velmi důležitou léčebnou složkou terapeutického vztahu je **morální stanovisko terapeuta**. Procesy jako „komise pravdy“, „odškodnění“ nebo vyřízené stížnosti podané k soudu nebo k „etickým komisím“ v případech traumat např. ze zneužití moci, jsou **mocnými nástroji k uzdravení**. Jako představitelé „nastolení spravedlnosti“ pomáhají traumatizovaným lidem získat posílení pro jejich osobu, získat zpět důstojnost, získat zpět chuť a sílu se znovu integrovat do společnosti.

Dynamická psychoterapie pomáhá také hlouběji porozumět, co se s člověkem trpícím úzkostí a stresovou poruchou děje. Pomáhá nalézt události v životě jedince, které s rozvojem jeho posttraumatické stresové poruchy mohou souviset. Stejně tak může pomoci identifikovat a následně proměnit vztahy, které se na rozvoji nebo udržování úzkosti nebo stresové poruchy podílejí. (Praško, 2003, s. 73)

Zároveň platí, že nakolik je **psychodynamická psychoterapie** účinnou, ve své teorii velmi propracovanou a v praxi výborně ověřenou léčebnou metodou, dosahující u klientů dlouhodobě přetrvávající kvalitní výsledky, **pro svou komplexitu a náročnost a dlouhodobý charakter nebývá při těžké aktuální traumatizaci klientů většinou první volbou**. Mohou ji také praktikovat jen odborníci se speciálním dlouhodobým

výcvikem a přípravou. (Vizinová a Preiss, 1999, s. 55) Dynamická terapie je vhodná pouze v mírových podmínkách, což její využití pro posttraumatickou práci limituje, a za podmínky dlouhodobé péče. V krizových situacích je „odkrývající“ přístup dynamické terapie spíše potenciálně traumatizující. (Tamtéž, s. 90)

3.1.2 Kognitivně – behaviorální terapie

Behaviorální terapie je souhrnný název, kterého se užívá pro psychoterapeutické směry, které pracují se změnou konkrétního chování konkrétního člověka. Behaviorální terapie je definována jako „snaha měnit lidské chování v optimálním, pozitivním směru pomocí použití zákonitostí teorie učení“. (Vizinová a Preiss, 1999, s. 55) Behaviorální terapie se zabývá léčbou a změnou aktuálního chování klienta. Nehledá nevědomé příčiny, nezabývá se jejich interpretacemi. (Tamtéž, s. 55)

Mezi jednu z nejpoužívanějších metod pro práci na posttraumatickém růstu je **kognitivně-behaviorální terapie** zaměřená na trauma (dále též jako KBT). Zjednodušeně řečeno jde v této metodě o **analýzu a změnu způsobu myšlení a jednání člověka**. Hledá u každého člověka jeho osobní individuální způsoby, jimiž jsou u něj provázány jeho myšlenky, pocity, tělesné reakce a návazně pak **i jeho chování a reakce**. Užitečný zdroj pro vývoj této metody položil mimo jiné skotský filosof D. Hume. Zpozoroval, že **naše reakce nejsou určovány tím, co se nám stalo, ale spíš tím, jak posuzujeme to, co se nám stalo**. Styl našeho myšlení pak návazně ovlivňuje naše prožívání a pocity a díky tomu pak následně i naše chování. Zároveň platí, že změnou chování můžeme ovlivnit naše myšlení, ale návazně také to, jak se cítíme. (Joseph, 2017, s. 15 a 64)

Je zde zdůrazňován způsob, jakým člověk vnímá a interpretuje to, co se děje v něm samotném a také v jeho okolí. Změny v přesvědčení se projeví změnou chování. Hlavní rysy KBT jsou:

- krátkost a časová omezenost, obvykle od 1 do 20 sezení;
- strukturovanost a direktivnost, v této terapii je psychoterapeut často aktivní a zaujímá roli experta;

- zaměření na přítomnost;
- zaměření na konkrétní, jasně definované a vymezené problémy;
- pracuje se s „pozorovatelným“ a „vědomým“.

Skrze dopad traumatické události, například různých forem násilí, existenciálním ohrožením, zneužitím apod. vznikají určité symptomy, přesněji behaviorální reakce jedince, protože lidé, kteří přežili např. násilí, nejsou nemocní, jsou ale nuceni reagovat na extrémní životní zkušenost.

Vzpomínky na událost, s ní spojené myšlenky, představy, reakce, vyhýbavé chování, mohou v jedinci vytvořit složitý psychický komplex. V KBT se pracuje s těmito oblastmi:

- s popisem vlastní traumatické události, včetně všech detailů, myšlenek, pocitů, reakcí těla, chování;
- s kognitivním významem traumatické události (automatické myšlenky), který se odráží v postojích k sobě, okolí, světu a budoucnosti;
- s chronickými důsledky a problémy, kam se řadí např. panické ataky, deprese, abusus, suicidální myšlenky, sexuální dysfunkce, manželské problémy apod.

V rámci **KBT** se při práci s oběťmi násilí a **klienty po traumatech pracuje s některými z následujících terapeutických přístupů** nebo s jejich kombinací:

- se zajištěním orientace klienta a emoční ventilace, emoční podporou;
- s abreakcí;
- s edukací;
- s expozicí podnětům – spouštěčům stresové reakce;
- s kognitivní rekonstrukcí významu traumatické události;
- s relaxací, s nácvikem autogenního tréninku;
- s nácvikem dovedností, které pomáhají překonat situace spojené s traumatem nebo předcházet novým problémům;
- a s dalšími. (Vizinová a Preiss, 1999, s. 56-57)

V rámci kognitivně-behaviorální terapie může docházet také **k tréninkům (tzv. nácvikům) dovedností, které umožňují předcházet novým problémům.** KBT je

takovou formou léčby, která je zaměřená na úpravu bolestných a vnucujících se vzorců myšlení a chování.

K postupům v KBT patří také **vystavení se traumatickým vzpomínkám**. Cílem této terapie totiž je umožnit klientovi pochopit, že traumatická stresující událost zapříčinila jeho psychologické uvíznutí v určitém bodě jeho života. Aby se klient mohl smysluplně uvolnit do přítomného okamžiku a vykročit do budoucnosti, je potřeba se nejprve s traumatickou událostí a jejími dopady vyrovnat. Nejjednodušším způsobem, jak se lidé trpící PTSD mohou vědomě v zájmu svého uzdravení vystavit traumatizujícím vzpomínkám, je **popisovat traumatickou událost s postupným upřesňováním podrobností**, které vzbuzují nejsilnější tělesné nebo vegetativní příznaky a vyvolávají v člověku největší tíseň, **jako by se traumatická událost prožívala znovu a naplno**. Expozice se zpravidla opakuje několikrát. Zpočátku postižený ze studu i řadu informací zatají, na jiné si nevzpomene. Postupně však dochází k rozpomínání, odplavení pocitů studu před terapeutem a ke kompletaci traumatické události v paměti. Při opakovaném popisu události postupně dochází k uvolnění nejtěžších emocí a celá událost se dostává do stále více neutrálních vzpomínek, které už nevedou k výbuchu silných pocitů a které se stávají méně a méně zraňujícími.

Vzpomínka na traumatickou událost nicméně nikdy úplně emočně neutrální nebude. Traumatickou událost nelze ani zcela zapomenout. Lze ji však zpracovat tak, aby už nezasahovala do vztahů postiženého jedince, do jeho práce nebo volného času a koníčků. Důležité je, aby nejprudší emoce byly odreagovány a nemusely se stále znovu vracet. Odborníci uvádějí, že v průměru je k tomu potřeba 8 až 20 popisů události terapeutovi. (Praško, 2003, s. 79-81)

Pro takový rozhovor je nezbytně nutné vytvořit adekvátní terapeutický prostor a vztah. Je naprosto nezbytné, aby postižený klient zažíval jistotu, že ho terapeut (nebo člověk, který mu naslouchá) nebude soudit ani hodnotit za to, co se stalo anebo naopak za to, co postižený možná mohl udělat jinak a neudělal, že bude stát na straně klienta, vyslechne ho i opakovaně s trpělivostí a opravdovým zájmem, že ho vyprávění nebude nudit, ani ho nebude proti klientovi popuzovat. Zároveň je nezbytné, aby klient věděl, že terapeut jeho vyprávění unese, že se z něho nesesype. (Praško, 2003, s. 91)

V následných fázích po expozici klienta traumatickým vzpomínkám se s pomocí terapeuta hledá nový, adaptivnější náhled na traumatickou událost i na sebe sama. Klient se postupně učí novým dovednostem, například relaxaci, autogennímu tréninku, plánování aktivit a času, asertivnímu chování a řadě dalších dovedností. Expozice zpravidla pomůže nejvíce tehdy, je-li možné ji provést v relativně krátké době po traumatické události. V delším časovém odstupu postižený většinou mění postoj k sobě, k životu samotnému, k budoucnosti. Práce s klientem, který má delší časový odstup od traumatické události, je v rámci KBT také možná, je nicméně pravděpodobné, že bude vyžadovat delší dobu nebo se KBT techniky doplní ještě jinou terapeutickou prací s klientem, například hlubinnou dynamickou psychoterapií. (Praško, 2003, s. 78 a 83)

3.1.3 Podpůrná psychoterapie

Podpůrná (suportivní) psychoterapie je metodou používanou **k posílení oslabených prvků psychiky**. Na rozdíl například od hlubinné dynamické psychoterapie, kterou tato práce analyzuje v kapitole 3.1.1, podpůrná psychoterapie pracuje s klientem **bez hlubšího průniku do jeho osobnosti**.

Toto se ukazuje jako velmi praktické právě při práci s traumatizovanými lidmi. Léčebného účinku se dosahuje **zejména skrze chování terapeuta vůči klientovi a jejich vztah**. Terapeut využívá své schopnosti naslouchání, podpory, vedení klienta, podání informací a vysvětlení, povzbuzování a umožnění vyjádření všech pocitů, které klient prožívá. Poskytuje ale také realistický pohled na situaci, který je podáván citlivě, bez konfrontace nebo kritiky. (Praško et al, 2011, s. 363) V této terapii jde o terapeutovy schopnosti empatie, autenticity, vřelosti a schopnosti vyjádřit klientovi porozumění a přijetí. (Vizinová a Preiss, 1999, s. 63)

Podpůrnou terapii se doporučuje využít například v případě, že klientova inteligence nedosahuje průměru, nebo v situacích, kdy se jedná o poškození mozku klienta, kdy se jedná o psychickou dekompenzaci po prožitém traumatu, když jsou ve hře drogy nebo závislost na alkoholu nebo jiných návykových látkách nebo když z různých příčin,

například časových omezení, nelze aplikovat jinou terapeutickou metodu. (Vizinová a Preiss, 1999, s. 63)

Hlavními principy, na kterých tato metoda zakládá svou terapeutickou práci, jsou:

- princip kontaktu: tento princip vyjadřuje základní potřebu navázání vztahu s klientem na základě projevené pozornosti, respektu, zájmu a ohleduplnosti;
- princip ventilace: klientovi je nabízen prostor pro sdílení všech jeho prožitků a emocí, které v něm po traumatické události vznikají. Záměrem není jim plně porozumět a analyzovat je, ale projevit je, sdílet je v jejich plném rozsahu a síle. Tímto dochází u klienta jednak k určité pocitové úlevě, ke snížení napětí a otevření prostoru pro další vnitřní práci se sebou;
- princip identifikace zdrojů: psychoterapeut s klientem probírá postupně jeho „zdroje“, jeho možnosti další opory v nejširším slova smyslu. Skrze rozhovor si klient zvědomuje, o co vše se ve svém životě může opřít, co vše mu i přes prožitou traumatizující událost v životě zůstává. Jedná se o zdroje jak lidské (rodina, přátelé, blízcí lidé, terapeuti, odborníci atd.), tak zdroje institucionální (např. zapojení organizací a služeb, které jsou pro účely situace nebo zdravotního stavu klienta vhodné) a také další klientovy vlastní zdroje, jako např. duchovní (víra, spiritualita, rituály), práce, koníčky, sport a další;
- princip vyjasnění: klient si s pomocí psychoterapeuta vyjasňuje své traumatické prožitky a rozkrývá jejich vliv na svou současnou situaci, na své současné problémy a potřeby;
- princip korekce: tento princip přináší možnost tzv. „přerámování si“ významu traumatické události pro klienta, přináší důraz na sdílení pozitivního vidění světa, sebe i druhých lidí;
- princip strukturace: psychoterapeut pomáhá klientovi najít pevnou strukturu v jeho životě, pomáhá s ním postupně naplánovat řešení nově vzniklé situace nebo jeho nejbližší budoucnost.

Ačkoliv suportivní psychoterapie **není postavena na analýze hlubší osobnostní struktury klienta, i v této terapii terapeut zdůrazňuje potřebu rekonstrukce traumatické události.** Klient postupně skládá informace, doplňuje detaily a rozpomíná

se na stále více podrobností celé události. Tato fáze je obvykle spjata s intenzivní emoční a vegetativní reakcí klienta.

V další fázi terapie si klient ujasňuje, co na své současné situaci může změnit a s čím se musí smířit. Terapeut **podporuje klienta v aktivním přístupu, v přemýšlení a vymýšlení vlastního řešení**. Může klientovi nabídnout možnosti řešení, nepřebírá však žádnou zodpovědnost za rozhodnutí. Psychoterapeut se také zaměřuje **na zproštění nebo alespoň snížení pocitů viny klienta** a na **ocenění formou pozitivní zpětné vazby** ke všemu, co udělal klient správně. (Vizinová a Preiss, 1999, s. 62-64)

3.1.4 Psychoterapeutická práce s tělem

Terapeutická práce s tělem nabízí další perspektivu, jak lze řešit a uzdravovat duševní problémy. Jde o psychoterapeutické přístupy, které se dobře hodí právě pro práci s lidmi po traumatu a pro léčbu následků traumatu. Ve své základní rovině se nesoustředí na narativní sdílení příběhu s klientem, ale na práci s dechem, svalovým napětím klienta a na tzv. energetické bloky, které mohou vznikat v různých částech těla.

Ačkoliv se tato podkapitola věnuje **terapeutické práci s tělem**, je důležité konstatovat, že i v tělově orientovaných psychoterapiích **je jejich srdcem opět terapeutický vztah**, v jehož kvalitách klient může na tělesně emoční úrovni rozvíjet tzv. koherentní narativ. Jejich součástí je, kromě terapeutického vztahu a práce na úrovni těla, také podporující emoční komunikace a reflektující, respektující rozhovor. Pokud se podaří vytvoření bezpečné báze pro klienta, posilující jeho důvěru a uvolnění, může u něj dojít k vyladění neuronální sítě do stavu, kdy se aktivuje hledání nového, zvědavost, zájem o další život. Klientova ochota zkoumat, co a jak se v jeho životě bude měnit, když díky pohybům svého těla, včetně řeči, začne dělat konkrétní věci jinak. Tehdy může dojít k flexibilnější seberegulaci a mentální integraci, které díky neuroplasticitě a díky soucitnějšímu postoji vůči sobě i druhým vede k přímé úpravě neuronálních map. (Stackeová D. et al., 2020, s. 130)

Psychoterapeuti jsou v práci s tělem vybaveni **řadou postupů a metod**. Před přímou prací s tělem je v první fázi terapie užitečné upřednostnit práci s tělem bez dotyku.

Například v podobě expresivních technik (kresba, zpěv, tanec, modelování) nebo zaujímání pozic groundingu, nácviku relaxace nebo imaginativní práce. (Stackeová D. et al., 2020, s. 106) **Pesso Boyden psychomotorická terapie** pracuje s navozováním korektivních emočních zkušeností pomocí scénických, dramatických a tělově kontaktních postupů. (Tamtéž, s. 138)

Biosyntéza, jako samostatný psychoterapeutický systém a metoda, vznikla díky svému zakladateli Davidovi Boadellovi jako přímá odezva na téma psychického traumatu. Trauma biosyntéza chápe jako narušení duševní rovnováhy a fungování člověka. Systém člověka biosyntéza nechápe jako „poničený“ nebo „poškozený“. Vnímá ho jako systém vyvedený z rovnovážného stavu, jako systém, který jako kdyby „zamrzl“ v boji o přežití, zamrzl ve vysoké aktivaci všech svých život zachraňujících funkcí, reakcí a energií. Podstatu tohoto systému vidí biosyntéza tak, že není zničená. Došlo u ní k vratné poruše jejich funkcí. Ty je potřeba „opravit“ a uvést „systém“ zpátky do jejich normality fungování. Odtud zakladatel Boadella odvodil uchopení **traumatu jako stavu, který je vratný zpátky do rovnovážné polohy**. Biosyntéza pracuje na „dokončení zastavené traumatizující akce“. Společně s klientem biosyntéza vytváří takové podmínky v terapeutickém prostoru, ve kterých je dokončení traumatizující události a návrat zpět do normálního fungování a života možné. (Lucká a Janečková, 2017, s. 120-123)

Mezi základní „bezdotykovou“ techniku práce s tělem patří **práce s dechem**, kdy například při hlubokém a vědomém prodýchání může dojít k odstranění bloků a napětí v oblasti hrudníku a břicha, bránice a podklíčkové oblasti. Odstranění napětí je často doprovázeno intenzivním pocitem úlevy, která bývá doprovázena dlouhým, úlevu přinášejícím plácem a také často uvědoměním, s čím konkrétní napětí nebo strnulost či blok v těle souvisel, čím byl vyvolán.

Klienti také mohou být podpořeni v **tělesném projevu svých emocí**, při zajištění bezpečí pro klienty i okolí. Může dojít k uvolnění agrese, vzteku, hněvu, touhy po pomstě, pocitu ponížení a řadě dalších emocí, a to například bušením do matrací, polštářů, hlasitým vykřičením se do okolí. Takto může dojít jak k uvolnění bolestí a tenzí například v zádech, v ramenou, šíji, zároveň se tím také uvolní cesta k vyplavení vzpomínek, emočních obsahů a potlačených bolestí vzniklých v klientově minulosti.

Vlastní kontakt klienta s jeho emocemi mu umožní často nejen dosáhnout abreakce, ale i lépe si porozumět. Integrace odštěpených obsahů je doprovázena znovu nalezeným pocitem vlastní kompletnosti a celistvosti.

Častou metodou terapeutické práce s tělem jsou také **masáže a práce s dotykem**. Ty se hodí pro řadu symptomů, například jsou vhodné pro klienty trpící dotykovou deprivací nebo pro klienty ve velké tenzi. Pro klienty s posttraumatickou poruchou, tedy při práci s následky traumatu, se osvědčuje i metoda tzv. baby-masáž. Jedná se o jemné masážní dotyky celého povrchu těla, které umožňují uvolnění a prožití pocitu bazálního bezpečí. Opět i tato metoda otevírá přístup k emocím, které se nejčastěji pojí k dětství, rodičům apod., například jako uvolněná vzpomínka na psychické či fyzické týrání a traumatizování.

Často je způsob práce s klientem po traumatu založen na jeho povzbuzení k plnému **vyjádření impulzů z těla**. Toto může proběhnout formou pohybu, například tance nebo akce, často doprovázené i hlasovým vyjádřením, například křikem, řevem, pláčem.

Zcela základní podmínkou pro jakoukoliv terapeutickou práci, a terapeutickou práci s tělem zejména, je **odbornost na straně psychoterapeuta**, podložená patřičným výcvikem a vzděláním, doprovázená jeho dostatečnou zkušeností a citlivostí. Je zcela nezbytné, aby terapeut měl pod svou kontrolou celý terapeutický proces, zajistil pro klienta plné bezpečí například při klientových abreakcích, předcházel sexualizaci jakékoliv situace a zajistil pro klienta plné bezpečí.

Odborníci vnímají jako další velmi důležitý aspekt práce s tělem skutečnost, že se tato práce stává začátkem, prvním krokem **k samo-uzdravujícímu procesu**. Celý tento terapeutický přístup vychází z klientovy vlastní síly, která je terapeutem pozitivně směřována, posilována. (Vizinová a Preiss, 1999, s. 65-67)

Úspěšná tělově orientovaná psychoterapie vyústí v klientovu schopnost lépe sám sobě rozumět, lépe se orientovat ve čtení sebe sama, vědomí napětí a uvolnění ve svém těle, v souvislosti s aktuální situací a zároveň s vědomím toho, co a jak v těle souvisí se starými vzorci, případně s možností je opustit. Tělesně sebevědomý člověk se lépe orientuje ve svých potřebách a pocitech, je si vědom své kapacity, síly, využívá svou kreativitu a hravost a své chování vede k etickému naplňování svých potřeb. (Stackeová D. et al., 2020, s. 130)

3.1.5 Desenzibilizace pomocí očních pohybů

U osob s traumatickou zkušeností je zcela obvyklé vyhýbání se místům, myšlenkám, činnostem nebo lidem, kteří jim jejich zkušenost připomínají. Vyhýbavé chování může mít své místo jako ochrana lidské psyché časově bezprostředně po traumatu. Zároveň však stejnou silou člověku brání v dalším rozvoji v jeho životě a omezuje jej.

Pro léčbu vyhýbavého chování vyvinuli vědci řadu metod, k nejčastěji používaným patří **metody expozice**. Klienti bývají po velmi malých krůčcích vystavováni věci, která u nich spouští strach a které se vyhýbají. Toto vystavování se (expozice) může probíhat i jen v představách klienta. Postupem času a za naplnění podmínky, že se během představ nebo reálných vystavení se obávanému objektu, místu, situaci apod., klientům nic nestane, spojení mezi obávaným objektem a pocitem nebezpečí, ohrožení, paniky, strachu v mysli klientů vyhasne. (Joseph, 2017, s. 171-172)

Jedna z nejnověji objevených technik expozice je známa jako **metoda desenzibilizace pomocí očních pohybů** (dále též jako **EMDR**, Eye Movement Desensitization & Reprocessing). Jedná se o poměrně novou a stále hodně diskutovanou metodu, objevenou americkou psycholožkou F. Shapiro v roce 1989. (Vizinová a Preiss, 1999, s. 88-89) Navzdory stále v současnosti běžícím kontroverzním polemikám se EMDR stala akceptovaným terapeutickým přístupem pro léčbu PTSD v rámci směrnic mnoha zemí a institucí, včetně Světové zdravotnické organizace a Americké psychiatrické organizace. (Vojtová, 2017, s. 112)

Po traumatické události se stresory (traumata) pevně vloží do neuronových sítí emocionální (implicitní) paměti. Plastická neuronová síť centrálního nervového systému se tak stává patologicky propojenou, a tím jakoby „zakotvenou v „paměti“. Bolestivé traumatické zážitky jsou takto uloženy v implicitní, uvědomění nepřístupné emoční paměti. Vzpomínky na traumatickou událost uložené částečně i v explicitní paměti, tedy přístupné vědomí, jsou naproti tomu obvykle nesouvislé a roztržité. Normalizace implicitní paměti, tedy normalizace patogenní neuronové sítě, by se měla ideálně „normalizovat“ zapomenutím (extinkcí), přeucením nebo psychoterapií. Tím by se měly odstranit i mnohé patologické příznaky člověka. (Katona, 2015, s. 463)

Právě postup EMDR pravděpodobně zasahuje do fungování pracovní paměti, a tím nechá vybavené děsivé vzpomínky více či méně vyblednout. Díky této metodě si mohou klienti svou traumatickou zkušenost dobře uvědomit a ve své představivosti se s ní znovu setkat, aniž by znovu museli prožít veškeré těžké utrpení té doby. Toto znovuprožití, osvobozené od averzních pocitů, může patologické vzpomínky odstranit. Traumatizovaní jedinci jsou takto EMDR metodou do určité míry desenzibilizováni. (Rüegg, 2020, s.181-182)

Samotný postup a proces této metody není procesně ani časově nijak významně náročný. Probíhá v individuálním kontaktu mezi psychoterapeutem a klientem. Ten popisuje jak své traumatické vzpomínky, tak i tři zásadní aspekty celé události; tělesné, emoční i kognitivní, které se mu ke vzpomínkám vážou. Na úrovni tělesné popíše veškeré své tíživé fyzické (tělesné) příznaky, které se pojí s prožitým traumatem. Klient také označí své pocity, které se mu vybaví v souvislosti se vzpomínkami. Bývá to strach, stud, znechucení, bezmoc, vina, hněv, deprese a další. Na úrovni kognitivní uvede, jaké myšlenky se mu s událostí vybavují. Bývá to často v úrovni sebeobviňování, sebekritiky. Např. „Můžu si za to sám.“, „Měl jsem reagovat jinak.“, „Byla to moje chyba.“. Potom klient vysloví přesný opak toho, co si myslel. Například: „Nemůžu za to.“, „Za těchto okolností jsem reagoval správně.“, „Nebyla to moje chyba“.

V konečné fázi celého procesu terapeut vysvětlí klientovi, že bude pohybovat prsty tam a zpět v jeho zorném poli, přibližně dvacetkrát až čtyřicetkrát, asi 30 cm před klientovýmá očima. Mohou na klienta také klepat nebo použít světlo nebo jinou stimulaci. Klient má sledovat prsty jen očima, nemá hýbat hlavou. Zároveň si má za úkol vybavovat traumatickou událost tak jasně, jak je to možné, včetně vlastních pocitů, fyzických projevů, myšlenek. (Joseph, 2017, s. 170)

Tyto vzpomínky samy o sobě neublíží, protože už dříve byly součástí paměti. Pomocí této EMDR metody budou uvolněny a stanou se minulostí. (Vizinová a Preiss, 1999, s. 88-89) V zásadě přináší EMDR spojování vzpomínek a následných znepokojivých pocitů s opakovanými rytmickými pohyby očí. To vede k desenzibilizaci nebo alespoň ke snížení stresu vyvolaného vzpomínkami. Trvání setkání může být v rozmezí od několika minut do přibližně dvou hodin. (Sýkorová et al, 2014, s. 52)

3.1.6 Technika pro podporu PTG „Empatické cvičení mysli“

Škála terapeutických technik k podpoře posttraumatického růstu se stále rozšiřuje. Jednou z nich je **empatické cvičení mysli**, vyvinuté klinickým psychologem, profesorem Paulem Gilbertem. Je určena zejména těm jedincům, kteří čelí přílišné sebekritice a pocitům studu. Oba tyto syndromy bývají v rámci poruchy PTSD běžné. Při terapii „empatickým cvičením mysli“ se klienti učí být sami k sobě vnímavější, citlivější. Porovnávají například, jak reagují sami na sebe s tím, jak by reagovali na někoho známého nebo přítele v obdobné situaci. Vede je to k uvědomění, že jsou sami k sobě mnohem více přísní než k ostatním. (Calhoun a Tedeschi, 1999, s. 9-11)

V pojetí P. Gilberta se empatie skládá z emocionální složky a schopnosti porozumět tomu, proč a co cítíme, myslíme a činíme. **Empatii** chápe jako způsobilost vnímat emoce druhého člověka a schopnost předvídat působení našeho chování ve vztahu k sobě nebo ostatním. **Soucit** definuje Gilbert jako citlivost na utrpení v sobě a ostatních s odhodláním ho zmírnit nebo mu předejít. Je toho názoru, že soucit působí prostřednictvím pomáhání a ošetřování. Dle Gilberta je soucit v mysli vyvolán vzájemným vztahem šesti aspektů: sympatie, nehodnocení a nesouzení, vzájemného porozumění, citlivosti, péče o subjektivní pohodu a tolerance k tísní. Gilbertův přístup k soucitné mysli je postaven na výcviku ke specifickým schopnostem, které vedou k prohlubování soucitu se sebou samým. Toto učení nazývá autor **soucitným výcvikem mysli**. (Gilbert, 2013, s. 219).

Nesouzení v tomto kontextu znamená přijmout a uznat bolest a jiné nepříjemné stavy, ať už své nebo druhé osoby, a nalézt způsob jejich řešení, vypořádat se s nimi a zůstat empatický. (Pospíšilová, 2017, s. 40-42)

Technika „empatické cvičení mysli“ a s ní úzce související cvičení „**empatie zaměřené na sebe**“ má pozitivní vliv na osobní pohodu klientů a skrze tento pocit pohody pak návazně na vytvoření vnitřního prostoru pro další pro-růstové psychické procesy. K podobnému zjištění došel například také americký lékař, psychiatr M. Epstein. Ten popisuje ve své práci o posttraumatickém růstu jistý „bod zlomu“, který v okamžicích post-traumatické poruchy nebo osobní krize jedince nastává v momentě, kdy k sobě samému začne být člověk vědomě laskavější a soucitnější, když o sebe začne vědomě více pečovat. M. Epstein konstatuje trauma jako obecnou, univerzální

zkušenost, která se neřídí lidskou logikou a která nemusí nositele nezbytně zničit. Naopak vidí v traumatu potenciál pro lidi naučit se nově vztahovat se k okolí i k sobě samému, naučit se být vnímavý vůči utrpení svému i utrpení druhých. V traumatu vidí velký transformační potenciál, který nás může učinit lidštějšími, laskavějšími a moudřejšími. (Epstein, 2016, s. 69-75)

3.2 Shodné znaky terapeutických přístupů k PTSD

Motto: „Naděje je tajná ingredience psychoterapie“. (Joseph, 2017, s. 219)

Pro podporu a pomoc **v dosažení posttraumatického růstu** přichází v úvahu (stejně jako při pomoci a léčbě posttraumatické stresové poruchy) **využití pomoci profesionální psychoterapie**. I když se po traumatu mohou zdát další životní cesty směrem vzhůru „zarostlé“, ne-li nemožné, existují terapie, které se podporou právě posttraumatického růstu zabývají a které mohou tyto „zarostlé cesty“ uvolnit.

Bez ohledu na typ psychoterapeutické školy je pro práci s traumatizovaným klientem kladen nárok především na terapeutovu **schopnost vcítit se, na jeho schopnost přijetí klienta a na jeho opravdovost ve vztahu** (kongruenci). Odborník – terapeut, který vstupuje do vztahu s klientem s posttraumatickou stresovou poruchou, by měl v co největší míře přinášet do tohoto vztahu svou profesionalitu, zároveň ovšem zcela nezbytně také lidskost a pokoru, se kterou při plném respektu k druhému nabízí pomocnou ruku, aniž by to představovalo povýšený nebo nadřazený způsob chování, ani postoj povrchního soucitu nebo spasitelství. Naopak je potřeba přistupovat ke klientovi jako k rovnocenné lidské bytosti. Základem profesní etiky je zde přístup ke klientovi jako k nenahraditelnému a za všech okolností obrovsky hodnotnému jedinci, se základním přesvědčením, že destrukce individua znamená vždy tragédii. (Vizinová, 1999, s. 42-44)

Vztah mezi klientem a terapeutem není jediným a ani vždy nejlepším vztahem, skrze který probíhá proces postupného uzdravování. Je však **specifický svým zaměřením na**

pomoc klientovi, na jeho dlouhodobý prospěch. Vstupem do takového vztahu se terapeut zavazuje, že bude a zůstane neutrální. Nebude se přidávat na žádnou stranu v klientových vnitřních konfliktech, nebude se pokoušet klienta směřovat v jeho životních rozhodnutích. Je zcela nezbytné zdůrazňovat, že za svůj život si je klient zodpovědný zcela a plně jen on sám. Tato „technická“ neutralita ovšem neznamená totéž, co morální neutralita. Práce s oběťmi násilí nebo zneužití, mučení a podobně vyžaduje **pevný morální postoj terapeuta.** Jeho úkolem je, mimo jiné, **zcela jasně a jednoznačně potvrdit solidaritu s obětí, potvrdit nespravedlivost traumatické události a nutné potřeby řešení.** Tento terapeutův postoj podporuje obnovení klientovy schopnosti a smyslu pro spravedlnost. Během rozhovorů s klienty se terapeut stává svědkem emočně vypjatých a silně zátěžových situací, které během terapie vyplouvají na povrch v rámci rozhovorů s klientem. Za všech okolností musí zachovat neutralitu a nerušit klientův proces. (Zeig, 2005, s. 328)

Pro všechny psychoterapeutické přístupy je rovněž důležitým základním kamenem pro následnou úspěšnou terapii **přijetí určité paradoxní nespravedlnosti obětí traumatické události.** Konkrétně jde o paradox, že ačkoliv oběť není zodpovědná za to, co se jí přihodilo, je nicméně plně zodpovědná za kvalitu svého zdraví. Přijetí této skutečnosti je důležitým předpokladem pro nalezení vnitřní síly potřebné k procesu léčby oběti.

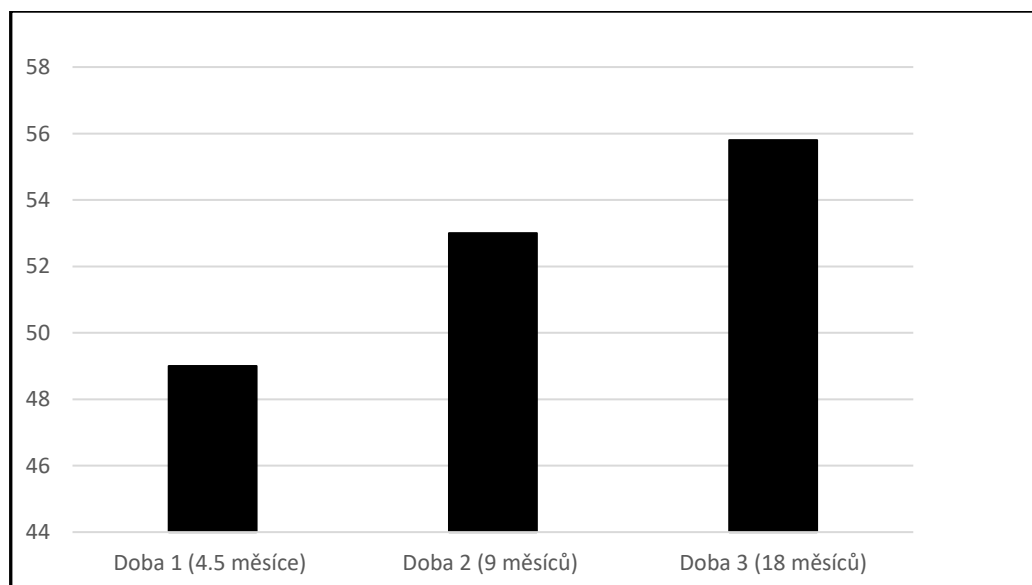
Neexistuje jediná, nejlepší a vysoce efektivní forma terapie posttraumatického stresového syndromu. Je mnohem více potřeba **aplikovat přístup co nejvíc komplexní, zahrnující více možností práce s klientem.** Záměrem je pomoci klientovi obnovit jeho schopnost radovat se z každodenního života, udržet trvalé vztahy, orientovat se v životě na jeho přítomnost a budoucnost, místo strachu na schopnost prožívat reálné naděje, tužby, přání a očekávání. Při plném uvědomování si své obyčejnosti, zranitelnosti a vázanosti na druhé si klient vybuduje nový vztah sám k sobě. (Vizinová a Preiss, 1999, s. 41-49)

Myšlenku komplexního přístupu k práci s klientem potvrzují zjištění a závěry výzkumu profesora Van der Kolka z Univerzity v Bostonu. Uvádí mj., že po traumatu se energie přeživšího člověka zaměřuje na zklidnění „niterného“ nebo též „vnitřního“ chaosu. Tím pádem ale nezbyvá energie například na rozvoj stávajícího života, na prožívání

každodennosti a přijímání nových podnětů a vjemů v rámci vlastního života. Pokusy udržet si kontrolu nad nejrozličnějšími a často velmi intenzivními fyziologickými reakcemi těla může vyústit v celou řadu fyzických symptomů, jako jsou například fibromyalgie (revma měkkých tkání), chronická únava nebo jiné autoimunitní onemocnění. To také vysvětluje, **proč je pro léčbu PTSD důležitý tzv. celostní přístup, který zahrnuje celý organismus, tedy tělo, mysl a mozek.** (Van der Kolk, 2015, s. 53)

Stejně jako výskyt a různorodost jednotlivých symptomů PTSD je velice individuální záležitostí, tak i intenzita prožívání symptomů se liší u každého jedince a také časová náročnost jednotlivých fází vyrovnávání se s traumatem a časová náročnost léčby symptomů je velmi individuální. Psychoterapeuti různých směrů se shodují, že by terapeut vždy měl plně respektovat jedincovo **vlastní tempo a vlastní načasování** jeho připravenosti pro jednotlivé vyrovnávací fáze s traumatem a pro jejich případný růst. Terapeut by měl klienta povzbuzovat, podporovat, motivovat, nikoliv na něj spěchat nebo naléhat, ani být aktivní tzv. „za něj“. Jak se pociťované **skóre posttraumatického růstu proměňuje v čase, jak se zvyšuje se s rostoucím časovým odstupem** od traumatické události, ukazují závěry dotazníkového šetření prezentované v Grafu 1.

Graf 1: Bodové skóre pociťovaného posttraumatického růstu v čase



Zdroj: Joseph, 2017, s.101

Jakmile se těžkosti lidí související s PTSD začnou odplavovat a související syndromy se zmírní nebo zcela odejdou, začnou se části mozku takových lidí jakoby „aktivovat“, lidé mohou pozvolna myslet „jasněji“. Většinou jsou tyto procesy spojeny také s pocitem úlevy na straně klientů. Jejich psychické potíže již nejsou tak velké jako dříve, a ačkoliv mohou stále prožívat stres související s PTSD, mohou již ve vlastních životech fungovat výrazně lépe. V tomto okamžiku začíná být **prostor pro pojmenování smyslu celé traumatické události nebo i řady událostí**, dochází ke změně myšlení směrem k usnadnění posttraumatického růstu. (Folkman a Lazarus, 1985, s. 154)

Terapie sama o sobě může pomoci naučit způsoby a techniky, jak velmi náročné situace zvládat. Zároveň platí, že terapie nikoho nemůže „naučit smysl“ ani nikomu nemůže „smysl nadiktovat nebo doporučit“. Smysl je individuální záležitostí, pro každého člověka zcela jedinečný. Terapeuti mohou své klienty podporovat a doprovázet během jejich vlastního hledání. Klást vhodné otázky pro prověření anebo potvrzení klientových vlastních kroků, myšlenek, záměrů a zjištění. Poskytovat reflexi toho, co klienti sami do terapie přinášejí. Pomoci klientům zkoumat smysl a účel, který svým životům chtějí dát.

V čem se profesori psychoterapeutických směrů rovněž shodují při práci na posttraumatickém růstu klientů, je závěr, že **nejúčinnější forma podpory posttraumatického růstu je v pozici terapeuta jako zkušeného průvodce na cestě klienta**. Je to právě klient, kdo je zodpovědný za to, jakou cestou se půjde. Je to právě klient, kdo je nejlepším odborníkem na svůj další život. Přínosem terapie pro klienta je spíše kvalita vztahu mezi klientem a terapeutem, ve kterém by klient měl mít možnost zažít **zkušenost, že si ho druhý ve vztahu cení a váží, naslouchá mu bez hodnocení a soudů, přijímá ho a rozumí mu**. Klient se tak mnohem spíše otevře tomu, aby hovořil o svých obtížích, ale také veškerých jiných pocitech, záměrech, tužbách. Vytváří takové podmínky, ve kterých podpoří klientovy **základní psychické vztahové potřeby kompetence, vztahovosti a autonomie**. Ve vztahu těchto kvalit má potom klient dostatek bezpečného prostoru, ve kterém se může jeho vnitřní motivace k vlastnímu růstu volně a dobře rozvíjet. (Joseph, 2017, 167-178)

Shrnutí třetí kapitoly

Třetí kapitola zdůraznila význam vědomí, že **existuje vzájemná propojenost mezi negativními dopady na člověka skrze utrpení posttraumatickou stresovou poruchou a skutečností, že tato porucha přináší potenciální možnost pozitivního posttraumatického růstu a rozvoje jedince.**

Podkapitola 3.1 pojmenovala a popsala základní myšlenky a podstatu práce **šesti významných terapeutických směrů a metod.** Na základě jejich pochopení usoudila na jejich použitelnost právě pro práci s PTSD a PTG.

Ve své závěrečné části kapitola seřadila hlavní **shodné znaky terapeutických přístupů,** použitelných pro podporu posttraumatického růstu. Mimo jiné uvedla, že **je pro všechny terapeutické směry a přístupy zásadní a důležité rozvíjet v rámci terapie léčebný vztah a pro klienta pocit bezpečí.** Způsoby, jakým je toho dosahováno, se nicméně mezi jednotlivými terapeutickými směry liší.

ZÁVĚR

Diplomová práce je prací teoretickou. **Tématem práce** jsou terapeutické přístupy k posttraumatickému stresu jako zdroji pro osobnostní růst jedince.

Jedním ze dvou cílů této diplomové práce bylo **specifikovat faktory, které mohou posttraumatickému rozvoji a osobnostní růst** ještě více podpořit. Podle rešerše odborných pramenů tato práce objasňuje, že posttraumatický stres a posttraumatický rozvoj a růst jedince spolu skutečně souvisejí. Výzkumy řady badatelů, z nichž tato práce čerpá, a výsledky jejich studií, jež rekapituluje, jasně ukazují, že **posttraumatický stres je potenciálním spouštěčem posttraumatického růstu**.

Mezi **faktory, které mohou vznik, intenzitu, případně i rozsah posttraumatického růstu a rozvoje ovlivnit**, například patří některé **sociodemografické proměnné** jako vzdělání, věk, ekonomická situace oběti. Významným faktorem je také **sociální podpora** oběti, určité **osobnostní rysy**, například optimismus, nedogmaticnost a ne-materialismus jedince, smysl pro humor, realističnost, celkové hodnocení události a **schopnost hledání smyslu traumatické události** jedincem. K dalším faktorům s pozitivním dopadem na rozvoj a růst náleží **spiritualita** a náboženské založení jedince a také osvojené **umění některé ze strategií zvládnání zátěže**. Jako proměnné negativního vztahu k posttraumatickému rozvoji se ukazují například nízký věk, neuroticismus, depresivita a úzkostnost jedince.

Druhým cílem diplomové práce bylo pojmenovat, popsat a vyhodnotit terapeutické metody vedoucí k úzdavě z posttraumatické stresové poruchy a k podpoře rozvoje a posttraumatického růstu osobnosti po traumatu. Tomuto cíli se diplomová práce věnuje ve své třetí kapitole, ve které popisuje, analyzuje a shrnuje postupně **šest** zcela odlišných **terapeutických přístupů** k posttraumatickému stresu a k podpoře posttraumatického rozvoje a růstu. Práce tyto přístupy vyhodnocuje z pohledu jejich vhodnosti nebo nevhodnosti pro použití v posttraumatické práci. Diplomová práce ukazuje, že některý terapeutický přístup se může jevit jako vhodnější pro daný záměr než přístup jiný, např. pro jeho časovou nenáročnost nebo pro jeho nezasahování do hlubších osobnostních vrstev jedince, a tím i jistou jednoduchost. Zároveň ona „jednoduchost“ některého z přístupů se v dlouhodobém horizontu, a zejména s ohledem

na podporování záměru dlouhodobého posttraumatického růstu, může jevit jako relativně limitující.

Vzhledem k tomu, že posttraumatický stav a růst jsou velmi komplexními záležitostmi, **je potřeba také komplexního přístupu k jeho léčbě a řešení.** Díky porovnání terapeutických prvků, které každý jednotlivý terapeutický směr z šesti analyzovaných ve své praxi aplikuje, tato diplomová práce vyvozuje **závěr, že existují určité nároky na kvality terapeutických metod a nároky na schopnosti terapeuta,** které jsou **pro všechny terapeutické přístupy společné a pro posttraumatickou práci zcela zásadní.**

Práce pojednává o terapii obětí traumatických událostí, to znamená mj. obětí trestných činů, obětí násilí, zneužití nebo mučení, patří mezi společné nezbytné prvky **pevný morální postoj terapeuta.** Jeho úkolem je, mimo jiné, zcela jasně a jednoznačně potvrdit solidaritu s obětí, potvrdit nespravedlivost traumatické události. Dále mezi společné nároky na terapeutický přístup patří především **nárok na kvalitu vztahu mezi klientem a terapeutem.** Více než terapeutická technika se jeví vedle podpůrného vztahu důležitá terapeutova schopnost vcítit se, přijmout klienta a schopnost terapeutovy opravdovosti ve vztahu. Pro všechny psychoterapeutické přístupy pracující na podpoře posttraumatického rozvoje klientů je rovněž z důležitých základních kamenů **přijetí určité paradoxní nespravedlnosti obětí traumatické události.** Jde o přijetí nespravedlivé skutečnosti, že i když oběť není zodpovědná za to, co se jí přihodilo, **je plně zodpovědná za kvalitu svého zdraví.** Přijetí „osobní odpovědnosti klienta za vlastní cestu k novému uspořádání života“ je důležitým předpokladem pro nalezení vnitřní síly potřebné k procesu léčby a osobnostního růstu oběti. Z tohoto úhlu pohledu je možno traumatickou událost a terapeutickou práci s posttraumatickou stresovou poruchou vidět jako hledání smyslu, potřebu dát traumatické události smysl, vyrovnat se s novou realitou a pojmout ji jako součást životního příběhu.

Domnívám se, že diplomová práce zcela naplnila oba své cíle.

Závěrem diplomová práce shrnuje, že existuje řada terapeutických přístupů k posttraumatickému stresu a k podpoře posttraumatického růstu. Každý nabízí své kvality a také své nároky. Díky provedené rešerši odborné literatury a monografií lze konstatovat, že **neexistuje jediná, efektivní a magická forma terapie pro léčbu**

posttraumatické stresové poruchy a pro podporu posttraumatického rozvoje a růstu jedince.

Na základě zjištění získaných rešerší a rozbořem odborné literatury a výzkumů ze stran psychologických odborníků tato diplomová práce popisuje, **jakých oblastí života jedince se může posttraumatický růst týkat.**

Možné **další směřování bádání k tématu diplomové práce** by se mohlo zabývat možnostmi a zkoumáním způsobů podpory de-stigmatizace duševních nemocí, kam se mimo jiné řadí také posttraumatická stresová porucha. Pro některé lidi je vyhledání odborné pomoci až ta nejzazší možnost, vnímají ji jako projev své slabosti či neschopnosti nebo se případně za traumatickou zkušenost viní či stydí, a proto chtějí „své trauma“ udržet v tajnosti. Dalším prostorem pro bádání a výzkum se nabízí hledání efektivních způsobů podpory osvěty v oblasti možností, které může nabídnout psychoterapeutická práce s klienty. Třetím okruhem pro další směřování může být výzkum týkající se přenositelnosti zahraničních přístupů a metod v práci s posttraumatickou stresovou poruchou a posttraumatickým růstem a jimi získaných poznatků do českého prostředí.

SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

Seznam použitých českých zdrojů

ATKINSON, R. L., R. C. ATKINSON, E. E. SMITH, D. J. BEM a S. NOLEN-HOEKSEMA, 2003. Psychologie. 2. vyd. Praha: Portál. 751 stran. ISBN 80-7178-640-3.

DUŠEK, K. a A. VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ, 2015. Diagnostika a terapie duševních poruch. 2. vyd. Praha: Grada Publishing. 648 stran. ISBN 978-80-247-4826-9.

EPSTEIN, M., 2016. Trauma každodenního života: Cesta k dosažení vnitřního klidu. 1. vyd. Brno: Emitos. 199 stran. ISBN 978-80-87171-50-9.

FRANKL, V.E., 2006a. A přesto říci životu ano. Psycholog prožívá koncentrační tábor. 3. vyd. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství. 175 stran. ISBN 978-80-7192-866-9.

FRANKL, V.E. 2006b. Vůle ke smyslu. 3. vyd. Praha: Cesta. 213 stran. ISBN 80-7295-084-3.

HOSÁK, L., M. HRDLIČKA, J. LIBIGER et al., 2015. Psychiatrie a pedopsychiatrie. 1. vyd. Praha: Univerzita Karlova v Praze, nakladatelství Karolinum. 647 stran. ISBN 978-80-246-2998-8.

JAKUBŮ, J. a M. MAHLER, 2017. Člověk, trauma a psychoanalýza. Psychoterapie. Praxe – Inspirace – Konfrontace. Roč. 11., č. 2, s. 83-97. ISSN 1802-3983.

JOSEPH, S., 2017. Co nás nezabije... Možnosti posttraumatického růstu. 1. vyd. Praha: Portál. 312 stran. ISBN 978-80-262-1240-9.

KALSCHED, D., 2011. Vnitřní svět traumatu. 1. vyd. Praha: Portál. 344 stran. ISBN 978-80-7367-877-7.

KŘÍŽOVÁ, D., 2011. Práce s traumatem v psychiatrické ordinaci. Dialogos. 1. vyd. Praha: SLEA - Společnost pro logoterapii a existenciální analýzu. 40 stran. ISBN 978-80-904307-4-7.

- LEČBYCH, M., 2014. Z klinické praxe. Rorschachova metoda při posuzování dopadů psychologického traumatu. Československá psychologie. Roč. LVIII, č. 1, s. 72-81. Praha: Psychologický ústav AV ČR. ISSN 0009-062X.
- LUCKÁ, Y. a B. JANEČKOVÁ, 2017. Trauma z pohledu biosyntézy: od fragmentace k integraci. Psychoterapie. Praxe – Inspirace – Konfrontace. Roč. 11., č. 2, s. 120-131. ISSN 1802-3983.
- MAREŠ, J., 2012. Posttraumatický rozvoj člověka. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s. 200 stran. ISBN 978-80-247-3007-3.
- MATĚJČEK, Z. a Z. DYTRYCH, 1998. Riziko a resilience. Československá psychologie. Praha: Psychologický ústav AV ČR. Vol. 42, no. 2, s. 97-105. ISSN 0009-062x.
- MATOUŠEK, O., 2017. Dítě traumatizované v blízkých vztazích: manuál pro profesionály a rodiny. 1. vyd. Praha: Portál. 208 stran. ISBN 978-80-262-1242-3.
- POSPÍŠILOVÁ, V., 2017. Soucit v ošetrovatelství. České Budějovice. Bakalářská práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. Zdravotně sociální fakulta. 72 stran. Vedoucí bakalářské práce: Věra Stasková.
- PRAŠKO, J. et al., 2003. Stop traumatickým vzpomínkám. Jak zvládnout posttraumatickou stresovou poruchu. 1. vyd. Praha: Portál. 184 stran. ISBN 80-7178-811-2.
- PRAŠKO, J. a K. LÁTALOVÁ et al., 2015. Psychiatrie v somatické medicíně. 1. vyd. Praha: Mladá fronta. 534 stran. ISBN 978-80-204-3739-6.
- PRAŠKO, J., K. LÁTALOVÁ, A. TICHÁČKOVÁ a L. STÁRKOVÁ, 2011. Klinická psychiatrie. 1. vyd. Praha: Tigris. 515 stran. ISBN 978-80-87323-00-7.
- PREISS, M., 2009. Trauma a posttraumatický růst. Psychiatrie pro praxi. Roč. 10., č. 1, s. 8-11. ISSN 1803-5272.
- RABOCH, J. et al., 2015. DSM-5®: diagnostický a statistický manuál duševních poruch. Praha: Hogrefe - Testcentrum. 1032 stran. ISBN 978-80-86471-52-5.
- RABOCH, J., P. PAVLOVSKÝ a D. JANOTOVÁ, 2012. Psychiatrie. Minimum pro praxi. 5. vyd. Praha: Triton. 239 stran. ISBN 978-80-7387-582-4.

- RÜEGG, J. C., 2020. Mozek, duše, tělo. Neurobiologie psychosomatiky a psychoterapie. 1. vyd. Praha: Portál. 311 stran. ISBN 978-80-262-1581-3.
- SKÁLA, M., 2017. Pojetí a terapie traumatu v analytické psychologii. Psychoterapie. Praxe – Inspirace – Konfrontace. Roč. 11., č. 1, s. 18-28. ISSN 1802-3983.
- SLAVÍK, M. et al., 2012. Vysokoškolská pedagogika. Pro odborné vzdělávání. 1. vyd. Praha: Grada Publishing. 256 stran. ISBN 978-80-247-4054-6.
- STACKEOVÁ, D. et al., 2020. Psychosomatická medicína 2020 - Nástroje psychosomatické medicíny. 1. vyd. Praha: Palestra. 313 stran. ISBN 978-80-87723-60-9.
- SÝKOROVÁ, J. et al., 2014. Nové terapeutické směry. 1. vyd. Praha: Plot. 173 stran. ISBN 978-80-7428-212-6.
- TRESS, W., J. KRUSSE a J. OTT, 2008. Základní psychosomatická péče. 1. vyd. Praha: Portál. 400 stran. ISBN 978-80-7367-309-3.
- VIZINOVÁ, D. a M. PREISS, 1999. Psychické trauma a jeho terapie. 1. vyd. Praha: Portál. 158 stran. ISBN 80-7178-284-X.
- VOJTOVÁ, H., 2017. EMDR v psychoterapii traumy. Stretnutie neurovied a psychoterapie. Psychoterapie. Praxe – Inspirace – Konfrontace. Roč. 11., č. 2, s. 109-119. ISSN 1802-3983.
- ZEIG, J. K., 2005. Umění psychoterapie. 1. vyd. Praha: Portál. 712 stran. ISBN 80-7178-972-0.

Seznam použitých zahraničních zdrojů

- CALHOUN, L. G. and R. G. TEDESCHI, 1999. Facilitating Posttraumatic Growth: A Clinician's Guide. University of North Carolina, Charlotte. New York: Routledge: Taylor & Francis Group. Chapter 1 (Trauma & Growth). Pages 1-21. ISBN-13: 978-0805824124.
- CALHOUN, L. G. and R. G. TEDESCHI, 2004. The Foundations of Posttraumatic Growth: New Considerations. Journal of Traumatic Stress. Psychological Inquiry. Vol. 15. No. 1. Pages 93-102. ISSN 1573-6598.

FOLKMAN, S. and R. S. LAZARUS, 1985. If it changes it must be a process: Study of emotion and coping during three stages of a college examination. *Journal of Personality and Social Psychology*. Vol. 48. No. 1. Pages 150-170. PMID: 2980281. DOI: 10.1037//0022-3514.48.1.150.

GILBERT, P., 2013. *The Compassionate Mind: A New Approach to Life's Challenges*. 2nd ed. London: Constable. Pages 592. ISBN 978-1-84901-098-6.

HELGESON, V. S., K. A. REYNOLDS and P. L. TOMICH, 2006. A Meta-Analytic Review of Benefit Finding and Growth. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. American Psychological Association. Vol. 74. No. 5. Pages 797-816. PMID 17032085. DOI: 10.1037/0022-006X.74.5.797.

HERMAN, J. L., 2001. *Trauma a uzdravenie. Násilie a jeho následky – od týrania v súkromí po politický teror*. 1. vyd. Bratislava: Aspekt. 342 stran. ISBN 80-85549-24-7.

JUNG, C. G., 1966. *The Collected Works of C.G. Jung. Volume 16. The Practice of Psychotherapy. The Therapeutic Value of Abreaction*. 2nd Edition. USA, New Jersey, Princeton: Bollingen Series XX, Princeton University Press. Pages 131-141. ISBN 0-691-09767-4.

KATONA, L., 2015. Možnosti využitia EMDR terapie v klinickej praxi – prehľad výskumných zistení. *Československá psychologie: časopis pro psychologickou teorii a praxi*. Praha: Academia. Psychologický ústav Akademie věd České republiky. Roč. LIX. Č. 5. Strany 462-474. ISSN 0009-062x.

LINLEY, P. A. and S. JOSEPH, 2004. Positive Change Following Trauma and Adversity: A Review. *Journal of Traumatic Stress*. Vol. 17. No. 1. Pages 11–21. PMID: 15027788. DOI: 10.1023/B:JOTS.0000014671.27856.7e.

VAN DER KOLK, B., 2015. *The Body Keeps The Score. Mind, Brain and Body in the Transformation of Trauma*. Penguin Random House UK. Pages 443. ISBN 978-0-141-97861-1.

VOJTOVÁ, H. a J. HAŠTO, 2012. *Posttraumatická stresová porucha. Bio-psycho-sociálne aspekty. EMDR a autogenný tréning při pretrvávajúcim ohrození*. 2. vyd. Bratislava: Vydavateľstvo F. 190 stran. ISBN 978-80-88952-71-8.

Seznam použitých internetových zdrojů

BENDA, J., 2017. Nevyhnutelné trauma jako výzva k sebezpřesazení [online]. [cit. 2021-01-04]. Dostupné z:

https://www.researchgate.net/publication/317844308_Nevyhnutelne_trauma_jako_vyzva_a_k_sebepresazeni

KOŽINOVÁ, D., 2017. Co s člověkem udělá trauma [online]. [cit. 2020-10-27]. Dostupné z: <https://psychologie.cz/co-s-clovekem-udela-trauma/>

MOERGELI, H., L. WITTMANN and U. SCHNYDER, 2012. Quality of Life after Traumatic Injury. [online]. [cit. 2020-11-02]. S. Karger AG Zürich: Psychotherapy and Psychosomatics. Vol. 81. No. 5. Pages 305–311. Dostupné z: https://www.jstor.org/stable/pdf/48515691.pdf?ab_segments=0%2Fbasic_search_solr_c_loud%2Fcontrol&refreqid=fastly-default%3A7460f97a8de4825b50b6b668d4518f5f

Phoenix Australia, 2020. Traumatic events are common, and most people will experience at least one during their lives. [online]. [cit. 2020-10-31]. Dostupné z: https://www.phoenixaustralia.org/recovery/?gclid=EA1aIQobChMI242e1-Lf7AIV1YTVCh3JhAedEAMYASAAEgKrV_D_BwE

PÖTHE, P., 2020. Mozek zamrzlý v bolesti [online]. [cit. 2020-10-24]. Dostupné z: https://psychologie.cz/mozek-zamrzly-v-bolesti/?utm_source=Psychologie.cz

ROBINSON, S., M. RAPAPORT-BAR-SEVER and J. RAPAPORT, 1994. The present state of people who survived the holocaust as children [online]. [cit. 2020-10-30]. Dostupné z <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1600-0447.1994.tb01508.x>

TEDESCHI R. G. and L. G. CALHOUN, 2004. Posttraumatic Growth: Conceptual Foundations and Empirical Evidence. *Journal of Traumatic Stress. Psychological Inquiry*. Vol. 15. No. 1. Pages 1-18. [online]. [cit. 2020-11-02]. Dostupné z: https://www.researchgate.net/publication/247504165_Tedeschi_RG_Calhoun_LGPosttraumatic_growth_conceptual_foundations_and_empirical_evidence_Psychol_Inq_151_1-18

Národní zdravotnický informační portál (NZIP), 2020. Duševní trauma: co to je? [online]. [cit. 2020-10-31]. Dostupné z: <https://www.nzip.cz/clanek/708-dusevni-trauma-zakladni-informace>

Národní zdravotnický informační portál (NZIP), 2020. Jak překonat duševní trauma [online]. [cit. 2020-10-29]. Dostupné z: <https://www.nzip.cz/kategorie/97-dusevni-trauma>

Národní zdravotnický informační portál (NZIP), 2020. Posttraumatická stresová porucha: diagnóza [online]. [cit. 2020-12-21]. Dostupné z: <https://www.nzip.cz/clanek/709-posttraumaticka-stresova-porucha-diagnoza>

SEZNAM ZKRATEK

- ACTH - Adrenokortikotropin
- ACTH - Adrenokortikotropin
- ANS - Autonomní nervový systém
- APA - Americká psychiatrická společnost
- EMDR - Desenzibilizace pomocí očních pohybů (Eye Movement Desensitization and Reprocessing)
- KBT - Kognitivně - behaviorální terapie
- PNS - Parasympatický nervový systém
- PTG - Posttraumatický růst (Posttraumatic Growth)
- PTSD - Posttraumatická stresová porucha (Posttraumatic Stress Disorder)
- SNS - Sympatický nervový systém

SEZNAM OBRÁZKŮ, GRAFŮ A TABULEK

Seznam obrázků

Obrázek 1: Rozdílné důsledky prožitého traumatu a posttraumatického růstu ... 39

Seznam grafů

Graf 1: Skóre pocíťovaného posttraumatického růstu v čase..... 77

Seznam tabulek

Tabulka 1: Formy psychické traumatizace 18

Tabulka 2: Výše stresu z pohledu životních událostí 19

Tabulka 3: Pravděpodobnost onemocnění vlivem výše stresové zátěže..... 20

Tabulka 4: Procento osob souhlasících s pozitivními změnami 41

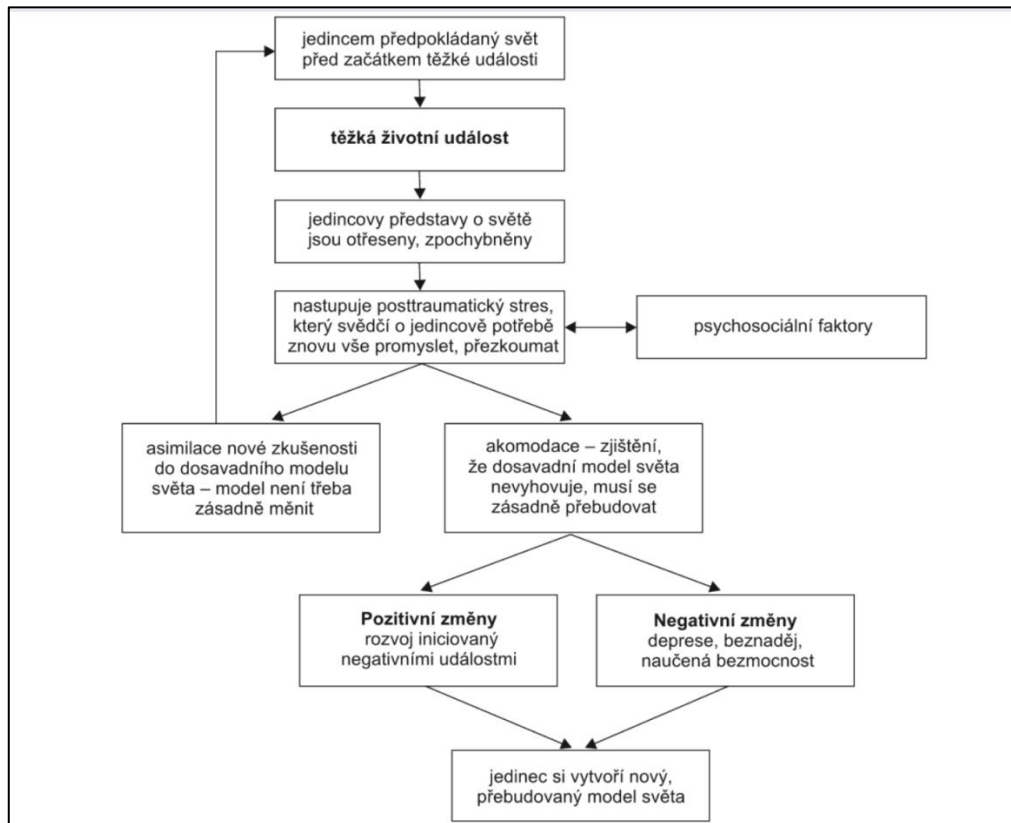
Tabulka 5: Faktory podporující posttraumatický růst 52

Tabulka 6: Faktory znesnadňující posttraumatický růst 54

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha A - Model teorie rozvoje osobnosti iniciované negativními událostmi.....	I
Příloha B - Prorůstové změny vnímané po traumatické události	II
Příloha C - Dotazník psychické pohody a posttraumatických růstových změn	III
Příloha D - Souhrnný model posttraumatického rozvoje osobnosti	IV

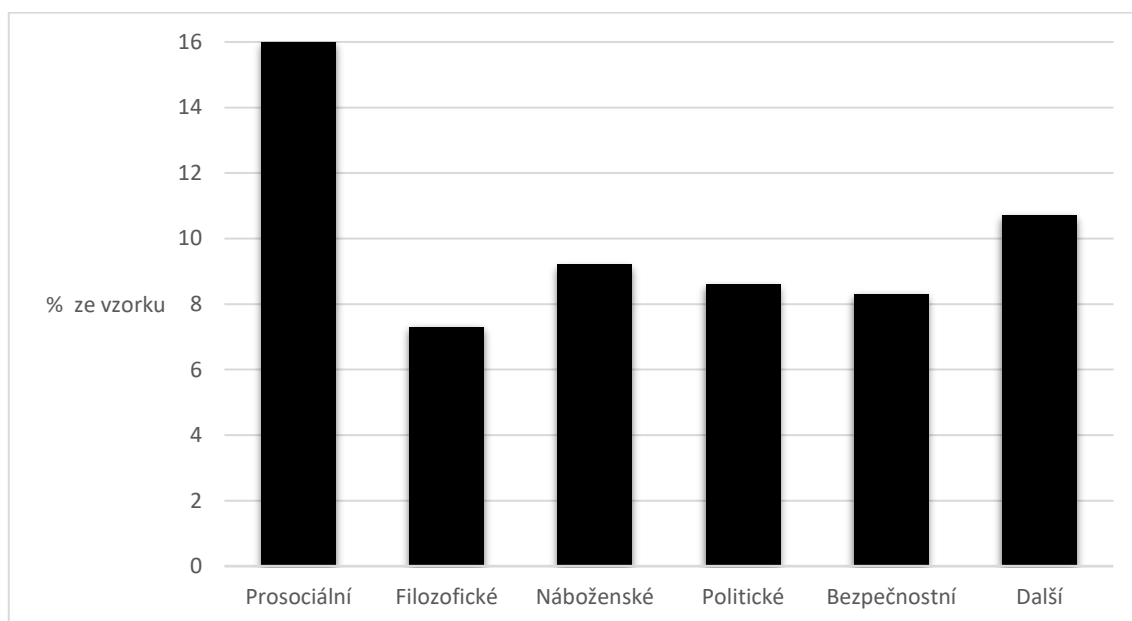
Příloha A: Model teorie rozvoje osobnosti iniciované negativními událostmi



Zdroj: Mareš, 2012, s. 28. Upraveno autorkou.

Příloha B - Prorůstové změny vnímané po traumatické události

Ze studie, zkoumající vnímaný přínos teroristického útoku, ke kterému došlo 11. září 2001 v New Yorku, vznikl graf, který ukazuje procento respondentů uvádějících různé typy přínosu dva měsíce po traumatické události.



Zdroj: Joseph, 2017, s. 97. Upraveno autorkou.

Příloha C - Dotazník psychické pohody a posttraumatických růstových změn

Zamyslete se nad pocitem, který máte sami ze sebe v současné době a ohodnoťte, jak vnímáte, že jste se v důsledku posttraumatického vývoje změnili.

Hodnoty: 5 = Nyní mnohem více. 4 = Nyní o něco více. 3 = Mám stejný pocit jako dřív. 2 = Nyní o něco méně. 1 = Nyní mnohem méně.

1. Mám se rád/a.	10. Jsem empatický a štědrý člověk.
2. Jsem si jistý/á svými názory.	11. Dobře zvládám svou životní odpovědnost.
3. Mám životní cíl(e).	12. Snažím se lépe poznat sám/sama sebe.
4. V životě mám silné a blízké vztahy.	13. Respektuji sám/sama sebe.
5. Mám pocit, že svůj život zvládám.	14. Vím, co je pro mě důležité, a stojím si za svým, i když ostatní nesouhlasí.
6. Jsem otevřený/á novým zkušenostem, které jsou pro mě výzvou.	15. Můj život stojí za to, abych ho žil/a a mám ve svých záležitostech důležitou roli.
7. Přijímám sám/sama sebe se svými silnými i slabými stránkami.	16. Jsem vděčný/á, že mám ve svém životě lidi, kterým na mně záleží.
8. Nestarám se o to, co si o mně myslí druzí.	17. Jsem schopný/á vypořádat se s tím, co mi život přinese.
9. Můj život má smysl.	18. Mám naději do budoucnosti a těším se na nové možnosti.

Zdroj: Joseph, 2017, s. 181-182. Upraveno autorkou.

Hodnocení: Čím vyšší hodnocení, tím pozitivnější změny prožíváte. Součet bodů **nad 54** naznačuje přítomnost pozitivních změn. Součet bodů **nad 72** naznačuje vysokou úroveň pozitivních změn. Jak jste se změnili v různých oblastech psychické osobní pohody, to ukazuje součet bodů v každé ze šesti oblastí:

Seběpřijetí (tvrzení 1, 7 a 13).

Osobní růst (tvrzení 7, 12 a 18).

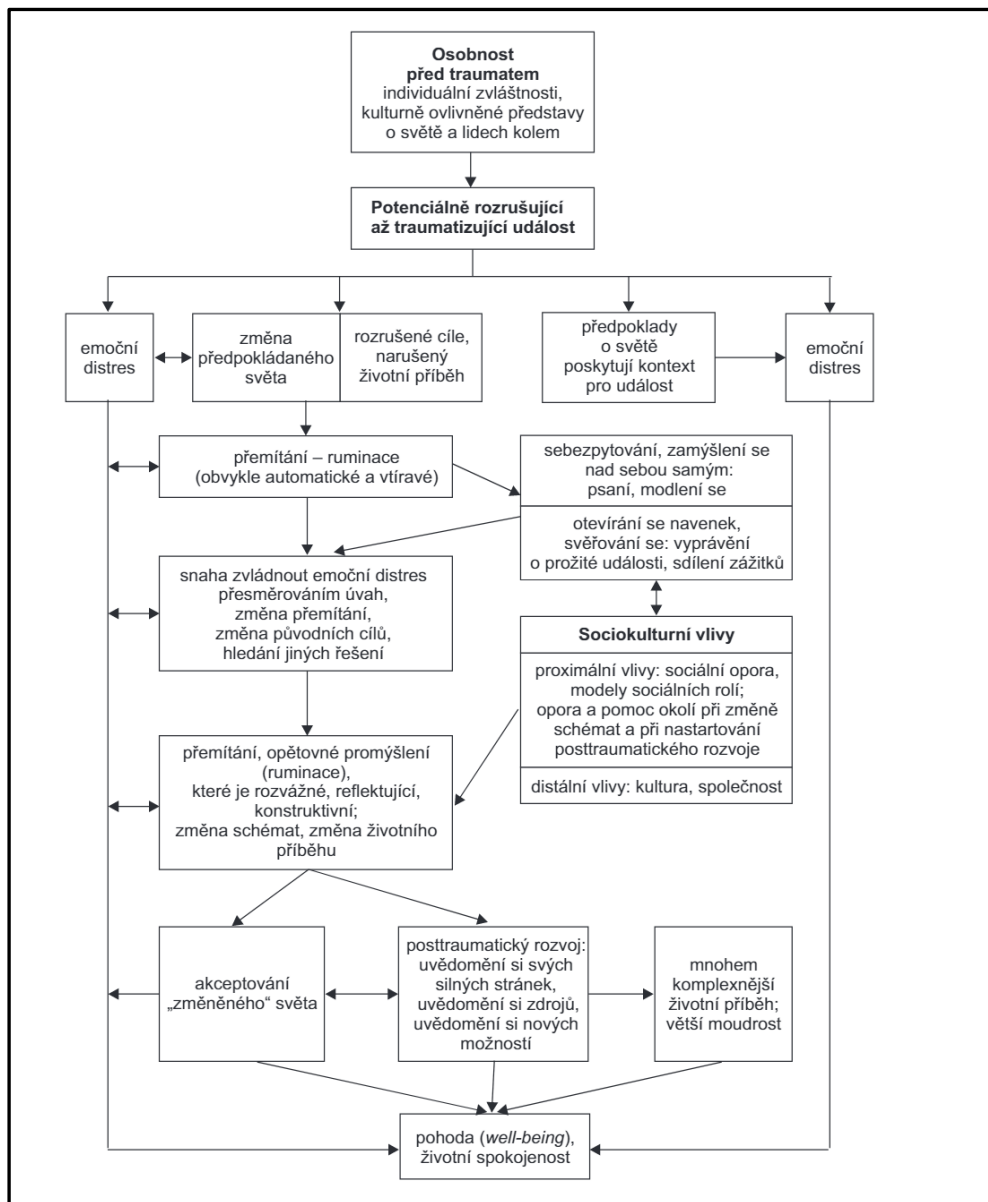
Autonomie (tvrzení 2, 8 a 14).

Mistrovství (tvrzení 5, 11 a 17).

Životní cíl (tvrzení 3, 9 a 15).

Vztahy (tvrzení 5, 11 a 17).

Příloha D – Souhrnný model posttraumatického rozvoje osobnosti



Zdroj: Mareš, 2012, s. 26. Upraveno autorkou.

BIBLIOGRAFICKÉ ÚDAJE

Jméno autora: Andrea Květoňová

Obor: Andragogika

Forma studia: Magisterské kombinované studium

Název práce: Přístupy k posttraumatickému stresu jako zdroji pro osobnostní růst jedince

Rok: 2021

Počet stran textu bez příloh: 74

Celkový počet stran příloh: 4

Počet titulů českých použitých zdrojů: 31

Počet titulů zahraničních použitých zdrojů: 11

Počet internetových zdrojů: 10

Vedoucí práce: PhDr. Jindra Stříbrská, Ph.D.