

UNIVERZITA KARLOVA
LÉKAŘSKÁ FAKULTA V HRADCI KRÁLOVÉ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2021

Patricie Špeldová

UNIVERZITA KARLOVA
LÉKAŘSKÁ FAKULTA V HRADCI KRÁLOVÉ
ÚSTAV NELEKAŘSKÝCH STUDIÍ

POSTTRAUMATICKÝ ROZVOJ ČLOVĚKA

Bakalářská práce

Autor práce: **Patricie Špeldová**

Vedoucí práce: **prof. PhDr. Jiří Mareš, CSc.**

2021

CHARLES UNIVERSITY
FACULTY OF MEDICINE IN HRADEC KRÁLOVÉ
DEPARTMENT OF NON-MEDICAL STUDIES

POSTTRAUMATIC HUMAN GROWTH

Bachelor's thesis

Author: **Patricie Špeldová**

Supervisor: **prof. PhDr. Jiří Mareš, CSc.**

2021

Prohlašuji, že předložená 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 jsou uvedeny v seznamu použité literatury.

V Hradci Králové

Špeldová Patricie

Poděkování

Tímto bych chtěla poděkovat především prof. PhDr. Jiřímu Marešovi, CSc. za vedení mé bakalářské práce, odborný dohled a cenné rady. Dále děkuji všem respondentům, kteří byli ochotni zúčastnit se výzkumu a poskytli mi rozhovory. V neposlední řadě děkuji mé rodině a nejbližším za podporu při psaní práce i po celou dobu studia.

OBSAH

ÚVOD	8
TEORETICKÁ ČÁST	9
1. TRAUMATICKÁ UDÁLOST.....	10
1.1 Vznik traumatu.....	10
1.2 Klasifikace traumatu	11
1.3 Příznaky traumatu	13
1.4 Vliv traumatu na člověka	14
1.5 Typy traumatických událostí.....	15
2. POSTTRAUMATICKÁ STRESOVÁ PORUCHA.....	16
2.1 Příznaky posttraumatické stresové poruchy.....	17
2.2 Průběh posttraumatické stresové poruchy.....	20
2.3 Léčba posttraumatické stresové poruchy	20
2.3.1 Farmakoterapie.....	20
2.3.2 Psychoterapie	21
3. POSTTRAUMATICKÝ ROZVOJ ČLOVĚKA	22
3.1 Historie zkoumání posttraumatického rozvoje člověka	22
3.2 Modely posttraumatického rozvoje.....	23
3.2.1 Model posttraumatického rozvoje Tedeschiho a Calhouna	23
3.2.2 Model Janoff-Bulmanové.....	25
3.2.3 Dvousložkový model Maerckera a Zöllnerové	25
3.2.4 Model Josepha a Linleye – Rozvoj iniciovaný negativními událostmi.....	26
3.3 Diagnostika posttraumatického rozvoje	27
3.4 Metody zkoumání posttraumatického rozvoje	27
3.4.1 Kvantitativní metody zkoumání posttraumatického rozvoje.....	28
3.4.2 Kvalitativní metody zkoumání posttraumatického rozvoje.....	28
3.5 Průběh posttraumatického rozvoje.....	29
3.6 Principy posttraumatického rozvoje.....	30
3.7 Faktory ovlivňující posttraumatický rozvoj	31
EMPIRICKÁ ČÁST	33
4. CÍLE EMPIRICKÉ ČÁSTI.....	34
5. ZKOUMANÝ SOUBOR A POUŽITÉ METODY	35
5.1 Zkoumaný soubor	35

5.2 Použitá výzkumná metoda	35
6. VÝSLEDKY	37
7. DISKUZE.....	47
ZÁVĚR	51
ABSTRAKT.....	52
ABSTRACT.....	53
POUŽITÁ LITERATURA A PRAMENY	54
ELEKTRONICKÉ ZDROJE	56
SEZNAM ZKRATEK.....	57
SEZNAM OBRÁZKŮ	58
SEZNAM TABULEK.....	59
PŘÍLOHY	60

ÚVOD

Traumatické a nepříjemné události v životě potkají téměř každého z nás. Existuje mnoho typů traumatických událostí a každý z nich působí na osobnost člověka jinak. Stejně tak i my, se různě chováme, na nově vzniklou situaci jinak reagujeme a necháváme se jí ovlivňovat. Na někoho má událost negativní dopad a sníží se tím kvalita jeho života. Naopak jiný jedinec si na traumatické zkušenosti dokáže najít něco pozitivního a svůj život tím obohatit. V takovém případě hovoříme o posttraumatickém rozvoji.

Posttraumatický rozvoj je popisován jako důsledek schopnosti člověka využít tragickou životní situaci k dosažení pozitivní životní změny, ke které může dojít v oblasti myšlení, prožívání, jednání, sociálních vztahů nebo v oblasti spirituální (Slezáčková, 2012).

Jednou z nejčastějších traumatických událostí, se kterou se v naší zemi můžeme setkat jsou dopravní nehody. Podle Policejního prezidia ČR došlo v loňském roce, tedy v roce 2020, na území České republiky k 94 794 dopravním nehodám, které byly vyšetřovány policií. To znamená, že v průměru řešila policie každý den 259 dopravních nehod. Přestože počet zemřelých při dopravních nehodách dlouhodobě klesá, v loňském roce na silnicích v České republice zemřelo 460 osob. 1 807 osob utrpělo těžká zranění a 20 880 účastníků dopravních nehod bylo zraněno lehce (Statistika nehodovosti, 2020).

Četnost dopravních nehod jsem si uvědomila, když jsem vykořavala ošetrovatelskou praxi na oddělení traumatologie, kde většina hospitalizovaných byli právě účastníci dopravních nehod. Z tohoto důvodu, jsem se rozhodla mou bakalářskou práci zaměřit na posttraumatický rozvoj u osob, které prodělali dopravní nehodu a zkoumat, jaký dopad na ně tato nepříjemná událost měla.

Cílem teoretické části bakalářské práce je definovat pojmy traumatická událost, posttraumatická stresová porucha a posttraumatický rozvoj člověka. Seznámit čtenáře s příznaky traumatu a posttraumatické stresové poruchy, s principy posttraumatického rozvoje, jeho průběhem a s faktory, které ho ovlivňují.

TEORETICKÁ ČÁST

1. TRAUMATICKÁ UDÁLOST

Traumatická událost je definovaná jako zážitek, který téměř u každého vyvolá v době ohrožení pronikavou tíseň a výraznou stresovou reakci. Jedná se především o události, při kterých jde o ohrožení života, zdraví, tělesné či psychické integrity nebo nejdůležitějších hodnot. Událost se stává traumatickou, pokud ji člověk není schopen emočně zvládnout. Důsledkem působení nepříjemného zážitku se často mění osobnost člověka i jeho pohled na okolní svět. V těžkém traumatu může člověk uvíznout a žije v něm nadále, i po uplynutí mnoha let (Praško a kol., 2003).

Americký psycholog P. A. Levine o traumatu hovoří, jako o nepříjemných příznacích, jimiž lidé trpí po zkušenosti, kterou vnímají jako zahlcující či život ohrožující. Traumatické události jsou pro člověka stresující, ne všechny ale způsobují trauma. Každý z nás vnímáme danou situaci jinak a na každého z nás také jinak působí, pro někoho může být traumatizující, pro jiného naopak pozitivní. Někteří jedinci, především děti, mohou být velice ovlivněni i tím, co většina z nás vnímá jako běžnou událost. Například pro dítě může být zahlcujícím zážitkem i obyčejný pád z jízdniho kola (Levine, 2018).

1.1 Vznik traumatu

Faktorů, které způsobují vznik traumatu, je velké řada. Jako nejtypičtější traumatickou událost je možné popsat šokující událost, která se objeví náhle, jedinec se na ní nemůže připravit a nemůže ji ani ovlivnit. V mnoha případech za vznik události daný jedinec nemůže, je vystaven fyzické či psychické hrozbě, popřípadě se na něm negativní dopady již projevují. Celá situace je pro jedince výjimečná, mimořádná a neznámá, jedinec tak nemusí vědět, jak v dané situaci reagovat a událost mu často přináší dlouhodobé a nevratné problémy (Mareš, 2012).

Psychické trauma vzniká působením jednoho extrémně stresujícího zážitku nebo dlouhotrvající stresující situace. Trauma je reakcí na bezmocnost, vzniká v situacích, při kterých není možný útok ani útek, v takových případech dochází k dezorganizaci jednotlivých komponent obvyklé odpovědi organismu na nebezpečí. Tyto komponenty ve své bezúčelnosti často zůstávají i dlouho po skončení stavu skutečného ohrožení. Dochází tak k hlubokým a trvalým změnám v oblasti fyziologické, kognitivní i emoční (Vizinová, Preiss, 1999).

Mezi konkrétní příklady, způsobující psychické trauma patří dopravní a železniční nehody, požáry, povodně, znásilnění, sexuální zneužití, týrání, přeapadení, únos, pokusy o vraždu nebo jiné násilné trestné činnosti. Traumatem nemusí být postihnuté pouze oběti těchto činů, ale i náhodní svědci. Rizikovou skupinu tvoří lidé cestující do nebezpečných oblastí světa nebo vojáci mezinárodních vojenských jednotek (Vizinová, Preiss, 1999). Velmi zahlcující mohou být i některé životní události, během kterých nedochází k přímému ohrožení života. Jedná se například o náhlé úmrtí blízké osoby, především partnera nebo dítěte, těžké operace a bolestivé zákroky, ztráta zaměstnání, rozchod nebo děsivé zážitky při experimentování s drogami. Stresující nebývá pouze samotná událost, ale také situace, které ji následují a účinek traumatické události dále posilují. Těmito situacemi mohou být operace po nehodě, negativní reakce blízkých, policejní výslech nebo soudní líčení. Pokud při těchto událostech člověk zažívá hrůzu a bezmoc, může dojít k rozvoji posttraumatické stresové poruchy (Praško a kol., 2003).

Kohoutek a Čermák (2009) uvádějí fyzické trauma, jako jednu z častých příčin vzniku psychického traumatu. Fyzické zranění, spojené s narušením funkce organismu, jako je ztráta končetin, omezená pohyblivost, ztráta smyslů nebo omezené sociální fungování, má velký vliv na psychiku jedince. Psychické problémy způsobené zraněním autoři dále dělí podle doby, kdy se objevují. Toto dělení je uvedené v následující kapitole.

1.2 Klasifikace traumatu

Levine (2018) dělí příčiny traumatu do dvou kategorií – zjevné a méně zjevné.

K **zjevným příčinám traumatu** řadí válku, vážné psychické či fyzické týrání nebo pohlavní zneužívání, zanedbávání a zklamání důvěry v dětství, násilí, znásilnění, vážná zranění a onemocnění.

Do **méně zjevných** nebo také potenciálních **příčin traumatu** zařazuje pestrou škálu na první pohled všedních událostí, které však pro někoho mohou být traumatictější, než bychom čekali. Především u dětí se jedná o nečekané hluky, vystavení extrémním teplotám, ponechání o samotě, déletrvající imobilizace nebo invazivní lékařské a zubařské zákroky. Dalšími potenciálními příčinami mohou být lehké automobilové nehody, onemocnění spojená s vysokými horečkami, náhodné otravy, přírodní katastrofy (zemětřesení, tornáda, požáry, povodně) i porodní stres, který působí jak na novorozence, tak i na matku.

Psychické problémy, způsobené zraněním, můžeme dělit podle doby, kdy se objevují (Kohoutek, Čermák, 2009):

Akutní fáze nastává v průběhu zranění a bezprostředně po něm. Při zraněních způsobených důsledkem nehod se často může objevovat agrese. Dalšími projevy je panika, silná úzkost, apatie, postižený popírá zranění nebo nutnost pomoci. Mnoho zraněných ale může reagovat bez těchto projevů, to však neznamená, že by na ně událost neměla žádný dopad. Jedinci se s událostí snaží vyrovnat sami a vnitřní emoční zážitek pro ně bývá velmi zahlcující. Ve všech těchto případech je zúžené vědomí zraněného a je nutné dbát na jeho bezpečnost. Komunikujeme s ním jednoduše a srozumitelně, všechny informace mu znovu zopakujeme po odeznění akutní fáze.

Subakutní fáze nastává hodiny až dny po prodělané traumatické události. U zraněných se mohou projevit známky deliria, které však bývají často skryté, protože se za ně pacienti stydí. To však může vést ještě k větší dezorientaci, protože delirium není léčeno a pacient není informován o souvislostech svých prožitků. Mezi další příznaky subakutní fáze můžeme zařadit poruchy chování, úzkost, zvýšenou úlekovou reakci, depresi a poruchu koncentrace.

Dlouhodobé problémy se projevují různými psychickými poruchami, mezi nejčastější můžeme zařadit depresivní, úzkostné, psychotické, organické a somatoformní poruchy.

Vizinová a Preiss (1999) dělí psychickou traumatizaci do tří forem:

Primární traumatizace nastává v případě, kdy je člověk přímým cílem agrese. To se týká např. zabití, zranění, mučení, znásilnění, vyhoštění nebo nuceného pasivního přihlížení k trestným činům.

Sekundární traumatizace se může projevit u jedince, který má blízký vztah k traumatizované osobě, jedná se například o rodinu zabitého, mučeného nebo pohřešovaného. Praško a kol. (2003) řadí mezi druhotně traumatizující události především negativní reakce blízkých osob, kterými mohou být nezáměr, necitlivost, odmítnutí, kritika a výčitky. Dále uvádí, že k druhotné traumatizaci často vedou problémy ve dříve fungujících vztazích, které vznikají následkem prožité traumatické události.

Terciární traumatizace vzniká u jedince, který není v přímém vztahu k oběti traumatizace, ale je v kontaktu s traumatizovaným jako svědek, humanitární pracovník nebo terapeut (Vizinová, Preiss, 1999).

Sekundární a terciární traumatizaci bych označila jako předané či zprostředkované trauma, o kterém píše Izzová a Millerová (2019). Dělí trauma na **prvotní** a **předané**. Osoby, které přežily dopravní nehodu, přírodní katastrofu, válku, opustil je partner nebo rodič, prožívají trauma prvotní a vlivem jeho působení mohou být postižené posttraumatickou stresovou poruchou. Předanému traumatu jsou vystaveni jedinci, kteří traumatizující událost přímo neprožili, ale jsou na místo přivoláni, aby pomáhali, naslouchali, zasahovali, radili a pečovali. U těchto osob hrozí rozvoj syndromu zprostředkovaného šoku. Předanému traumatu ale nejsou vystavováni pouze pracovníci v pomáhajících profesích. Vlivem různých médií se negativní a traumatizující informace dostávají dennodenně ke každému z nás.

1.3 Příznaky traumatu

Levine (2018) řadí mezi příznaky, projevující se bezprostředně po prožití traumatu, hyperexcitaci, konstrikci, disociaci, popření a pocity bezmoci, ochromení nebo zamrznutí.

Hyperexcitace se projevuje zrychlením srdečního tepu, zvýšeným pocením, studeným potem, obtížným dýcháním a svalovou tensí. Na psychice se projevuje vtíravými myšlenkami, překotným myšlením, úzkostí a ustaraností (Levine, 2018). Tento stav je podle Vizinové a Preisse (1999) označován jako nadměrné vzrušení. Organismus je nepřetržitě připraven k zahájení boje nebo uniknutí z nebezpečné situace. Člověk reaguje podrážděně, snadno se vyleká a často trpí poruchami spánku.

Konstrikce nastává společně s hyperexcitací jako reakce na život ohrožující stav. Dochází ke stažení cév v kůži, perifériích a vnitřních orgánech, tím se dostane více krve ke svalům, které se napnou a připraví k obranné reakci. Trávení se pozastaví a nervová soustava začne veškeré úsilí směřovat k odvrácení hrozby.

Disociace nám pomáhá přetpět zkušenost, která je pro nás v danou chvíli nesnesitelná, chrání nás před zahlcením stupňující se excitací, strachem a bolestí. Méně intenzivní formou disociace je popření, jedinec se snaží nepříjemný zážitek vytěsnit, chová se, jako by se událost nestala nebo nebyla důležitá.

Pocit bezmoci, ochromení nebo zamrznutí působí opačně než hyperexcitace. Nastává pocit zhroucení, ochromení a naprosté nemohoucnosti (Levine, 2018).

Ranými příznaky traumatu také jsou: nadměrná bdělost, rušivé představy, extrémní citlivost na světlo a zvuk, hyperaktivita, přehnané úlekové reakce, noční můry a děsy, náhlé změny nálad, stud a nízké sebevědomí, snížená schopnost zvládat stres a poruchy spánku. Není však podmínkou, že se tyto příznaky projeví okamžitě po prožití nepříjemné události, v některých případech se mohou projevit až po několika letech. K dalším projevům traumatizace patří panické ataky, úzkost a fobie, pocit zastřené mysli, vyhýbavé chování, vyhledávání nebezpečných situací, přejídání se, nadměrné užívání alkoholu, kouření, nadměrná nebo snížená pohlavní aktivita, zapomnětlivost, narušená schopnost tvorby citových vazeb s jinými lidmi, strach ze smrti nebo stárnutí, sebepoškozování a ztráta víry v základní hodnoty. Poslední skupinou jsou symptomy, které se projevují až po určité době, většinou jim předcházejí ranější příznaky. Do této skupiny řadíme nadměrnou plachost, otupělé emoce, chronickou únavu a tělesnou slabost, imunitní poruchy, časté bolesti hlavy, migrény, chronické bolesti, astma, kožní onemocnění, potíže s trávením, deprese spojené s pocitem hrozící smrti. Všechny tyto příznaky mohou přetrvávat stále, mohou se ale také objevovat a zase mizet, to bývá způsobené vlivem stresu. Některé příznaky jsou skryté a objeví se až po mnoha letech (Levine, 2018).

1.4 Vliv traumatu na člověka

Trauma se na člověku může podepsat různým způsobem, u někoho se projeví hned po prožití události, ale u jiného to může trvat řadu let. Záleží nejen na typu osobnosti člověka, ale i na druhu a míře dramatickosti traumatické události, které byl dotyčný vystaven.

Levine (2018) popisuje traumatizaci jako ztrátu kontaktu nejen se svým tělem, sebou samým, ale i s příbuznými, blízkými a celkově s okolním světem. Toto odpojení je často špatně rozpoznatelné, většinou k němu dochází postupně, člověk ho tak nepříliš vnímá a pozvolna se na tyto změny adaptuje. Postupně dochází ke snížení jedincova sebevědomí a sebedůvěry, k narušení pocitu duševní pohody a vztahu k životu. Všechny tyto faktory způsobují ztrátu vitality, schopnosti naplňovat své sny a výrazně snižují kvalitu lidského života.

Rozvoji závažných a trvalých psychických poruch je možné zabránit včasným poskytnutím adekvátní a účinné pomoci. Je nutné věnovat pozornost nejenom

posttraumatickým jevům, které se projevují v důsledku události, ale také jevům peritraumatickým, které krizovou událost doprovázejí. Mezi nejčastější dopady působení nepříjemné události na člověka patří posttraumatická stresová porucha, kterou můžeme definovat jako déletrvající reakci na významně traumatizující událost. Další reakcí na traumatickou situaci je akutní reakce na stres, nastupuje do jedné hodiny od události a podle četnosti příznaků se dělí na mírnou, středně těžkou nebo těžkou. Traumatická událost také způsobuje poruchu přizpůsobení, přetrvávající změnu osobnosti a jiné či nespecifikované reakce na závažný stres (Kohoutek, Čermák, 2009).

Prožitá traumatická událost v nás bezesporu zanechává i traumatizující vzpomínky, které jsou, na rozdíl od běžných vzpomínek, utkvělé a neměnné. Tyto nepříjemné vzpomínky jsou pro člověka zahlcující, nepodléhají změnám ani je nelze o nové informace doplnit. Jedinec tak přežívá ve strachu, fobiích a nemoci (Levine, 2017).

1.5 Typy traumatických událostí

Praško a kol. (2003) dělí traumatické události do tří kategorií. O rozsáhlejších traumatických událostech někdy hovoří jako o katastrofách.

První skupinou jsou **katastrofy způsobené člověkem**, k jejichž zavinění došlo vlivem chyby, nedbalosti nebo selháním techniky, nikoliv však úmyslně. Do této kategorie řadíme dopravní, letecké a lodní nehody, požáry a výbuchy plynů, kolapsy budov a mostů a jaderné katastrofy.

Druhou skupinou jsou **přírodní katastrofy** – povodně, vichřice, lesní požáry, zemětřesení, výbuchy sopky a laviny.

Poslední skupinu tvoří **katastrofy záměrně způsobené člověkem**, mezi ně řadíme kriminální činy, přepadení, znásilnění, sexuální zneužívání, teroristické útoky, válečné události a mučení.

2. POSTTRAUMATICKÁ STRESOVÁ PORUCHA

Posttraumatická stresová porucha (PTSD) se začínala dostávat do podvědomí psychologů v období první světové války. Někteří vojáci po prožitých válečných traumatech trpěli nočními děsy, výbuchy vzteku, úzkostí, otupělostí, zvýšenou podrážděností či agresivním chováním. Často byli kvůli těmto projevům podezříváni ze simulace a trestáni. Tyto příznaky byly označovány jako válečná neuróza, šok ze střelby či bitevní únava. Postupem času byly podobné projevy zjišťovány i u jiných traumatických událostí, podle nichž se měnil i název poruchy, někdy byla označována jako nehodová neuróza, jindy jako syndrom po znásilnění (Praško a kol., 2003). Po druhé světové válce byla pozornost věnována nejenom válečným veteránům, ale také vězňům z koncentračních táborů, lidem, zasaženým jaderným útokem v Hirošimě, přeživším velkých požárů, povodní a dalších katastrof. Pomocí těchto výzkumů bylo zjištěno, že traumatickou poruchou trpí mnohem více lidí, než se předpokládalo. V odborné terminologii se začínaly objevovat názvy „traumatická neuróza“, „přechodná situační porucha“ a „porucha přizpůsobení“. Z těchto diagnóz se postupně vyvinulo dnešní pojetí PTSD (Kohoutek, Čermák, 2009).

Posttraumatická stresová porucha vzniká jako následek extrémně traumatizujícího zážitku, spojeného s bezprostředním ohrožením našeho života nebo vlivem působení dlouhodobého stresu na osobu jedince, což vyvolává v člověku pocit bezmoci a utrpení. Mezinárodní klasifikace nemocí charakterizuje PTSD jako opožděnou reakci na traumatickou událost, která se projevuje četnými změnami na fyzické, emoční i sociální rovině (Slezáčková, 2012). PTSD byla prvotně klasifikována jako soubor symptomů, které vznikly po prožití traumatické nebo život ohrožující události. Jednalo se především o přírodní a válečné katastrofy, zločiny a vážné nehody nebo těžká či smrtelná zranění a úrazy. Posttraumatická stresová porucha oficiálně patří do úzkostných poruch, někteří znalci ji ale spíše řadí mezi disociativní poruchy, jiní jsou názoru, že se jedná o samostatnou kategorii (Izzová, Millerová, 2019). Praško a kol. (2003) PTSD popisuje jako dlouhodobě pozměněnou stresovou reakci na velmi silný stresor. U pacientů trpících posttraumatickou stresovou poruchou dochází k trvalému očekávání traumatické události a neustálé aktivaci stresové odpovědi na podněty, které pro ostatní lidi stresující nejsou.

PTSD nepostihuje pouze toho, kdo traumatickou událost přímo prožil, ale častokrát postihuje i celou jeho rodinu. Přinejmenším tím, že chování postiženého jedince je výrazně změněno, rodina svého blízkého nepoznává a neví, jak s ním komunikovat. V krátké době

po traumatické události mohou být i blízcí velice zasaženi tím, co se stalo, mohou být zmatení, bezmocní, nevědí, zda se k události vracet a mluvit o ní nebo naopak (Praško a kol., 2003).

Prevalence posttraumatické stresové poruchy je v běžné populaci 0,5 – 1 %, dvakrát více jsou postiženy ženy. Toto procento se však mnohonásobně zvyšuje u ohrožených skupin, kterými jsou váleční vysloužilci, oběti přírodních tragédií či trestných činů. V takových skupinách se prevalence pohybuje od 3 % do 58 % (Hosáková, Hosák, 2018). Kohoutek a Čermák (2009) do rizikových skupin dále řadí psychicky labilní jedince, děti a seniory, osoby s nedostatečným sociálním zázemím, jako jsou lidé bez rodiny a matky samoživitelky. Další ohroženou skupinou mohou být osoby na vysokých vedoucích pozicích, pracovníci záchranných složek a nemocnic.

2.1 Příznaky posttraumatické stresové poruchy

Typické symptomy PTSD se zpočátku mohou jevit jako součást běžné reakce na ohrožující situaci. Pokud tyto symptomy přetrvávají delší dobu, než je jeden měsíc, jedná se o příznaky posttraumatické stresové poruchy. U některých jedinců se mohou projevit hned po prožití události, častější je však projevení až po určité době, v některých případech i s odstupem několika let (Praško a kol., 2003).

Slezáčková (2012) píše o třech nejčastějších symptomech posttraumatické stresové poruchy, k jejichž rozvoji dochází nejčastěji do šesti měsíců od prožití traumatické události. Prvním projevem je **nadměrná vzrušivost**, jedinec reaguje podrážděně i na minimální podněty, trpí enormní lekavostí a poruchami spánku. Klesá četnost výskytu kladných emocí a vlivem intenzivnějšího psychického napětí může dojít i k rozvoji některých somatických obtíží. Kohoutek a Čermák (2009) k těmto příznakům řadí i změny v emočním prožívání, jako jsou lhostejnost, pocity bezmoci, emoční oploštělost a neschopnost prožívat radost společně s ostatními kladnými emocemi. Praško a kol. (2003) dále uvádí, že vlivem výše zmíněných příznaků a nadměrné podrážděnosti se jedinec lehce dostane do konfliktu s jinými lidmi, nejenom se svými blízkými, ale například i s kolegy v práci, a přichází tak o své přátele. Důsledkem snížené soustředěnosti je výrazný pokles výkonnosti. Ke změnám dochází i v oblasti tělesné vzrušivosti, tyto reakce připravují organismus jedince na boj nebo útěk, jsou ale nepřiměřeně silné, a to může jedince vyděsit. Jedná se o bušení srdce, tlak na

hrudi, zvýšené pocení, třes, lapání po dechu, zrychlené dýchání, brnění končetin, závratě, nauzea a bolesti břicha a hlavy.

Druhou skupinou jsou **příznaky intruzivní**, jedná se o vtíravé vzpomínky a emoce, které souvisí s prožitou nepříjemnou situací. Častým projevem je opětovné znovuprožívání traumatické události, ty můžeme nazvat tzv. flashbacky, odehrávají se na psychické i tělesné úrovni a často jsou doplňovány o pocity úzkosti. Neméně častý je také výskyt nočních můr a děsivých snů (Slezáčková, 2012). Praško a kol. (2003) považuje znovuprožívání traumatické události jako nejvíce charakteristický projev posttraumatické stresové poruchy, spojený s bolestnými a silnými emocemi. Vtíravé vzpomínky jsou útržkovité, ale velmi živé, způsobují záchvaty úzkosti, vzteku, bezmoci, smutku a odcizení. Většina postižených se tak snaží tyto nepříjemné vzpomínky vytlačit a odvést od nich pozornost.

Poslední skupinou příznaků, o kterých píše Slezáčková (2012), je **stažení se**. Jedná se o následek situace, při které jedinec zažíval naprostou bezmoc, nebyl schopen klást aktivní odpor ani utéci. Tyto symptomy ovlivňují vědomí, myšlení, paměť, spontánní aktivitu i iniciativu jedince a vlivem svého působení výrazně omezují aktivitu a intenzitu emočního prožívání. Četné je rovněž vyhýbavé chování se sklonem vyhýbat se událostem, které by mohly nepříjemnou zkušenost nějakým způsobem připomínat. Dochází ke změnám v jedincově pohledu na život a jeho vlastní budoucnost. Vyhýbavému chování se blíže věnuje Praško a kol. (2003), dělí ho na mentální vyhýbání, kdy se postižený snaží co nejdříve odvést pozornost od vzpomínky na trauma. Vyhýbání se blízkému vztahu, je charakterizováno výrazným omezením v projevování kladných emocí, strachem až neschopností svěřit se a důvěřovat blízké osobě. Tyto jedinci často mají strach, že je někdo zradí, i když k tomu nemají žádný důvod. Vyhýbáním se převzetí odpovědnosti za druhé mohou trpět především oběti válečných událostí nebo přírodních katastrof. Bojí se, že by osobě, za kterou mají převzít odpovědnost, nedokázali zajistit dostatek bezpečí. Osoby trpící vyhýbavým chováním se také velice často vyhýbají rozhovorům nebo i filmům o tématech, které by mohly traumatickou událost jakkoliv připomínat.

Praško a kol. (2003) doplňuje výše popsané příznaky o čtvrtou skupinu, kterou pojmenoval **ztráta pozitivních emocí**. Jedinci, kteří trpí posttraumatickou stresovou poruchou, na sobě mohou pozorovat ztrátu citlivosti, neschopnost zažívat příjemné pocity a radovat se ze života. Může u nich přetrvávat pocit znechucení, nuda, otupělost a naštvání, cítí se chladní až vyhaslí. Tito jedinci mají problém s dostatečným vyjádřením emocí,

týkajících se samotné traumatické události, snaží se nepříjemné emoce potlačit, tím však potlačují všechny emoce, nejvíce postiženy jsou především emoce pozitivní. Postižení často bojují s úzkostí, potlačováním vzpomínek a enormní potřebou hlídat okolí, to vše může vyvolávat pocity bezmoci, vyčerpání a únavy.

V případě, že tyto obranné mechanismy jsou neúspěšné a napětí je velmi silné, může u jedinců postižených posttraumatickou stresovou poruchou docházet k nadměrnému pití alkoholu, zvýšené konzumaci uklidňujících léků či k užívání drog (Praško a kol., 2003).

Nejčastější příznaky posttraumatické stresové poruchy shrnul Praško a kol. (2003):

- opětné a vtíravé vzpomínky na traumatickou událost
- děsivé sny, v nichž se nepříjemná událost objevuje
- znovuprožívání události v podobě útržků
- vzpomínky na minulost
- vyhýbání se myšlenkám a pocitům souvisejícím s traumatickou událostí
- vyhýbání se činnostem, které by mohly trauma připomínat
- nezájem o důležité činnosti
- pocit odcizení
- omezení pozitivních emocí
- ztráta smyslu života
- problémy s usínáním a se spánkem
- zvýšená podrážděnost a snížená soustředěnost
- nadměrná ostražitost
- nepřiměřená lekavost
- příznaky úzkosti při situacích, které by mohly nepříjemnou událost připomínat
- zvýšené pití alkoholu

Podle délky trvání příznaků se PTSD dělí na tři typy. Pokud příznaky vymizí do 3 měsíců, jedná se o akutní typ. Příznaky přetrvávající déle, než tři měsíce jsou charakteristické pro chronickou posttraumatickou poruchu. Posledním typem je PTSD s odloženým začátkem, příznaky se u tohoto typu objevují za dobu delší než 6 měsíců po prožití traumatické události (Slezáčková, 2012).

2.2 Průběh posttraumatické stresové poruchy

Posttraumatická stresová porucha může vzniknout v jakémkoliv věku a má různý průběh. U některých jedinců příznaky odeznějí po určité době sami, u jiných mohou přetrvávat mnoho let, v ojedinělých případech i celý život. Průběh poruchy je ovlivňován velkým množstvím faktorů, kterými jsou například osobnost člověka, pomoc blízkých, prostředí, ve kterém se jedinec nachází a životní podmínky. Častým problémem, který průběh posttraumatické stresové poruchy komplikuje, je propadání depresím, zvýšená konzumace alkoholu a v některých případech i užívání drog (Praško a kol., 2003).

2.3 Léčba posttraumatické stresové poruchy

Léčbu posttraumatické stresové poruchy můžeme rozdělit do dvou částí, na časnou léčbu a na léčbu rozvinuté posttraumatické poruchy. Časná léčba slouží jako prevence vzniku PTSD a zahajuje se okamžitě po prodělané traumatické události. Postiženého je třeba přesunout na místo, kde bude v bezpečí a nebude nepříjemným vlivům nadále vystavován. Dále je nutné zahájit krizovou intervenci v podobě emoční podpory, možnosti vyličení události a vyjádření emocí. V případě rozvinuté posttraumatické poruchy dochází k léčbě pomocí kombinace farmakoterapie a psychoterapie. Velkou roli v úspěšné léčbě má i podpora od rodiny a sociálního okolí (Hosáková, Hosák, 2018).

2.3.1 Farmakoterapie

Z léčiv se nejčastěji užívají antidepresiva. Jejich účinek není okamžitý, projevuje se s odstupem několika týdnů, měl by se však projevit nejdéle do 10 týdnů. V opačném případě se doporučuje lék vyměnit za jiný. Léčba je dlouhodobá a trvá v řádech měsíců, ústup potíží je pomalý, první známky zlepšení se mohou objevit nejdříve po čtyřech týdnech. K léčbě také mohou být použita anxiolytika, která zmírňují pocit úzkosti, napětí, a pomáhají při záchvatech paniky a poruchách spánku. Častěji se používají v období krátce po prožití traumatické události, nejsou však vhodná k dlouhodobé léčbě, lehko na nich může vzniknout závislost (Praško a kol., 2003).

2.3.2 Psychoterapie

Neméně důležitým typem léčby je psychoterapie, která je stejně účinná jako farmakoterapie, po ukončení léčby je ale její efekt dlouhodobější. Při psychoterapii se pacient učí zacházet se svými příznaky a problémy, které se v jeho životě vyskytují, učí se je kontrolovat a předcházet problémům novým. Postižený se postupně snaží vnímat traumatickou událost jako součást své minulosti, která ho nijak neovlivňuje v současném životě. Při vzpomínkách na nepříjemnou situaci se u postiženého již neobjevují pocity úzkosti, dochází ke snížení pocitu viny a studu (Praško a kol., 2003).

Existuje několik typů psychoterapie. Pomocí individuální psychoterapie si pacient znovu nachází důvěru k okolnímu světu, druhým osobám, a nakonec i k sobě samému. Pacient je odpovědný za své chování a aktivně dokáže řešit svoji životní krizi. Skupinová psychoterapie postiženému poskytuje možnost podělit se o traumatickou událost s ostatními lidmi ve skupině. Pokud jsou všichni jedinci ve skupině postiženi posttraumatickou stresovou poruchou, mají pro sebe navzájem pochopení, nestydí se a jsou si jeden druhému oporou. Dalším typem je kognitivně-behaviorální terapie, která se zaměřuje na upravení bolestných a vnucujících se vzorců chování. Snaží se toho dosáhnout pomocí vystavení se traumatickým vzpomínkám, najítí nového pohledu na události a osvojení si nových dovedností, jako je například relaxace, rozvržení času, asertivní jednání a řešení problémů (Praško a kol., 2003).

3. POSTTRAUMATICKÝ ROZVOJ ČLOVĚKA

Posttraumatický rozvoj můžeme definovat jako výraznou pozitivní změnu v kognitivním a emočním životě daného jedince, která se také může projevit ve změně jedincova chování (Mareš, 2012). Člověk má schopnost využít tragickou nebo náročnou životní situaci a dosáhnout tak pozitivní životní změny (Slezáčková, 2012). Aby mohla být změna označena rozvojem, musí jedince posunout nad jeho dosavadní úroveň adaptace, psychologického fungování a chápání života (Mareš, 2012). Ke zvýšení kvality života dochází po aktivním vyrovnávání se s těžkými životními situacemi, během něhož nacházíme jiný směr životní cesty, než byl ten dosavadní (Slezáčková, 2012). Některé změny si jedinec uvědomuje okamžitě po traumatické události, jiné až po nějakém čase. Také mohou nastat změny, které na sobě pozoruje pouze jedinec a pro jeho okolí nejsou patrné. Je možné se setkat i s opačným případem, kdy si změn nejprve všimne okolí a až poté si je připustí sám jedinec (Mareš, 2012).

3.1 Historie zkoumání posttraumatického rozvoje člověka

Životem nás provázejí nejenom chvíle pohody a štěstí, ale střídají je i nepříjemné okamžiky, kterými mohou být vážné nemoci či úrazy, úmrtí někoho blízkého, živelné pohromy nebo války. Tak tomu bylo i v dávných dobách, již tehdy si lidé začali všimnout, že těžké životní chvíle nastartovaly u člověka pozitivní změny. To se odrazilo i v mnoha příslovích, které používáme dodnes, například „Všechno zlé je k něčemu dobré“ nebo „Co tě nezabije, to tě posílí“ (Mareš, 2012).

K samotnému výzkumu pozitivních změn osobnosti dochází po druhé světové válce. Vídeňský lékař V. E. Frankl začal první pozitivní změny vnímat sám na sobě, poté co prošel několika nacistickými koncentračními tábory. Postupně zjistil, že lidé, kteří objevili smysl svého života, zvládali velice obtížné životní situace až neuvěřitelně dobře. Vytvořil terapii, která pomáhá lidem hledat smysl života, a pojmenoval ji logoterapie (Mareš, 2012). Trauma ve Franklově pojetí obsahuje tzv. transformační hodnotu, která může vést k hlubšímu uvědomění si skutečných hodnot života. Velkou váhu také přikládá postoji, který člověk zaujímá ke svému utrpení (Slezáčková, 2012).

Sociolog A. Antonovsky se věnoval práci s lidmi, kteří se vrátili z koncentračních táborů. Pozoroval, že i přes fyzické zubožení, byla část bývalých vězňů v dobré psychické kondici. Zkoumal, jak to v nelidských podmínkách, ve kterých v koncentračních táborech

žili, mohli dokázat. Nalezl charakteristiku osobnosti, která jim to umožnila a pojmenoval ji soudržnost osobnosti. Později se také věnoval psychosomatickému zdraví člověka, a založil nový směr, který nazval salutogenetický pohled (Mareš, 2012).

Rozvoji následujícím po prožitém neštěstí se britský psycholog S. Joseph začal věnovat po tragické námořní nehodě britského trajektu v roce 1987. Přeživším, kterých byly dvě třetiny ze všech cestujících, poskytoval psychologickou pomoc. Po třech letech poslal těmto osobám dotazníky, v nichž se ptal, zda se po nehodě nějak změnil jejich přístup k životu. Téměř polovina dotázaných osob odpověděla, že se jejich život změnil k horšímu, ale 43 % dotázaných uvedlo, že se jejich život po nehodě posunul nějakým způsobem k lepšímu. Díky těmto výsledkům se vzbudil velký zájem o otázky pozitivních změn, které následují po prožité traumatické události (Slezáčková, 2012).

3.2 Modely posttraumatického rozvoje

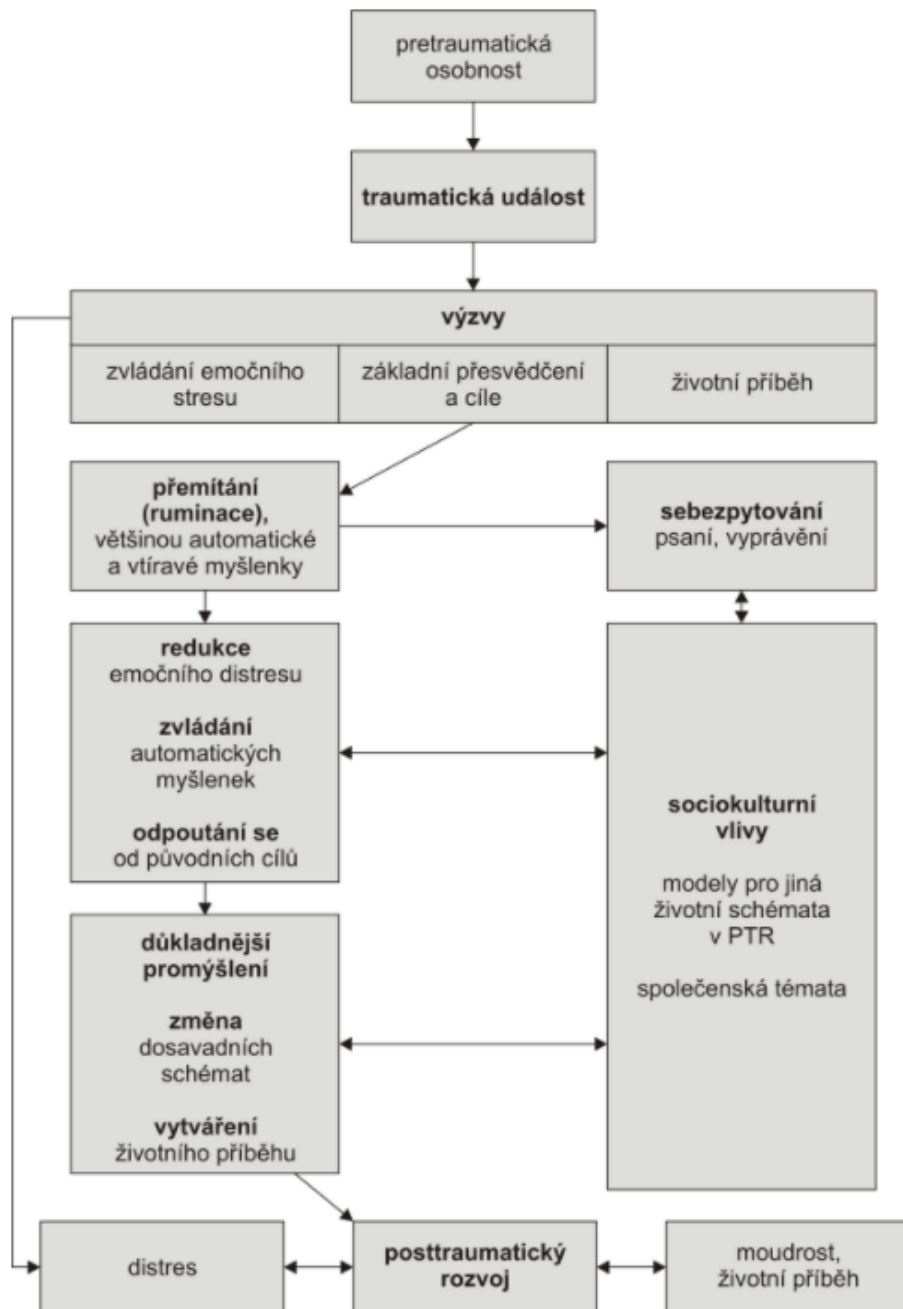
V současné době se setkáváme s poměrně velkým množstvím modelů, které se věnují posttraumatickému rozvoji. Mnohdy pracují s osobnostními zdroji, které podporují posttraumatický rozvoj. Těmito zdroji může být hledání smyslu prožité události, obracení se k minulé zkušenosti, využívání nezdolnosti a používání zvládacího cyklu. Modely můžeme rozdělit podle toho, na co se zaměřují. Jednou skupinou mohou být modely, které kladou důraz na výsledek procesu vyrovnávání se s traumatem, druhou skupinu tvoří modely, které se zaměřují na průběh tohoto procesu (Mareš, 2012).

3.2.1 Model posttraumatického rozvoje Tedeschiho a Calhouna

Američani Tedeschi a Calhoun vypracovali jeden z nejdůležitějších modelů, ve kterém definují posttraumatický rozvoj člověka jako významnou pozitivní změnu v kognitivním a emočním životě daného jedince. Tuto změnu je možné pozorovat i v jedincově chování (Mareš, 2012). Posttraumatický rozvoj však není automatickým výsledkem traumatické události, naopak je to proces porozumění, který vychází z vědomého a záměrného úsilí (Dursun, Söylemez, 2020).

Hlavními body, kterými se model zabývá jsou: osobnost před traumatem, exponování jedince traumatu, kognitivní restrukturační – přemítání, sociokulturní vlivy, posttraumatický rozvoj, pohoda a životní spokojenost. Dále se Calhoun a Tedeschi věnovali pěti oblastem,

ve kterých předpokládali, že dochází k pozitivním změnám. První oblastí je jedinec objevující stránky své osobnosti, o kterých doposud nevěděl. Ve druhé oblasti se mění jedincovo vnímání vlastního „já“. Třetí oblast se věnuje změně ve vztazích jedince k jiným lidem, jedinec je vstřícnější. Jedincovo chápání života, přeskupení jeho životních hodnot a hlubší porozumění životu patří do čtvrté oblasti. Poslední oblastí, ve které dochází ke změnám je oblast duchovní (Mareš, 2012).



Obr. 1 Model posttraumatického rozvoje Tedeschiho a Calhouna (Slezáčková, 2012)

Naposledy byl model Tedeschiho a Calhouna upravený v roce 2018. Vychází ze stejných principů, jako model výše uvedený, ale věnuje větší pozornost tématům sociální podpory, sebeodhalení a sebeanalýzy. Větší důraz také klade na emoční stres, který hraje spouštěcí roli v každé fázi modelu. V novější verzi modelu je období po traumatické události vysvětlené komplexněji i s cyklickými vazbami (Dursun, Söylemez, 2020).

3.2.2 Model Janoff-Bulmanové

Americká psycholožka Ronnie Janoff-Bulmanová pozorovala tři výrazné změny způsobené traumatickým rozvojem. První změnou je, že jedinec působením traumatu získává vnitřní sílu a odolnost, zvyšuje se jeho statečnost a sebedůvěra. Jako další u jedince dochází k existenciálnímu přehodnocení života. Poslední změna, která se u jedince podle tohoto modelu vyskytuje je psychologická připravenost na špatné události. Pokud k nějakým takovým událostem dojde, jedinec je jimi méně traumatizován. Vlivem působení předchozího traumatu si totiž vybudoval určitou psychickou odolnost, naučil se získat respekt a uznání od okolí (Mareš, 2012).

3.2.3 Dvousložkový model Maerckera a Zöllnerové

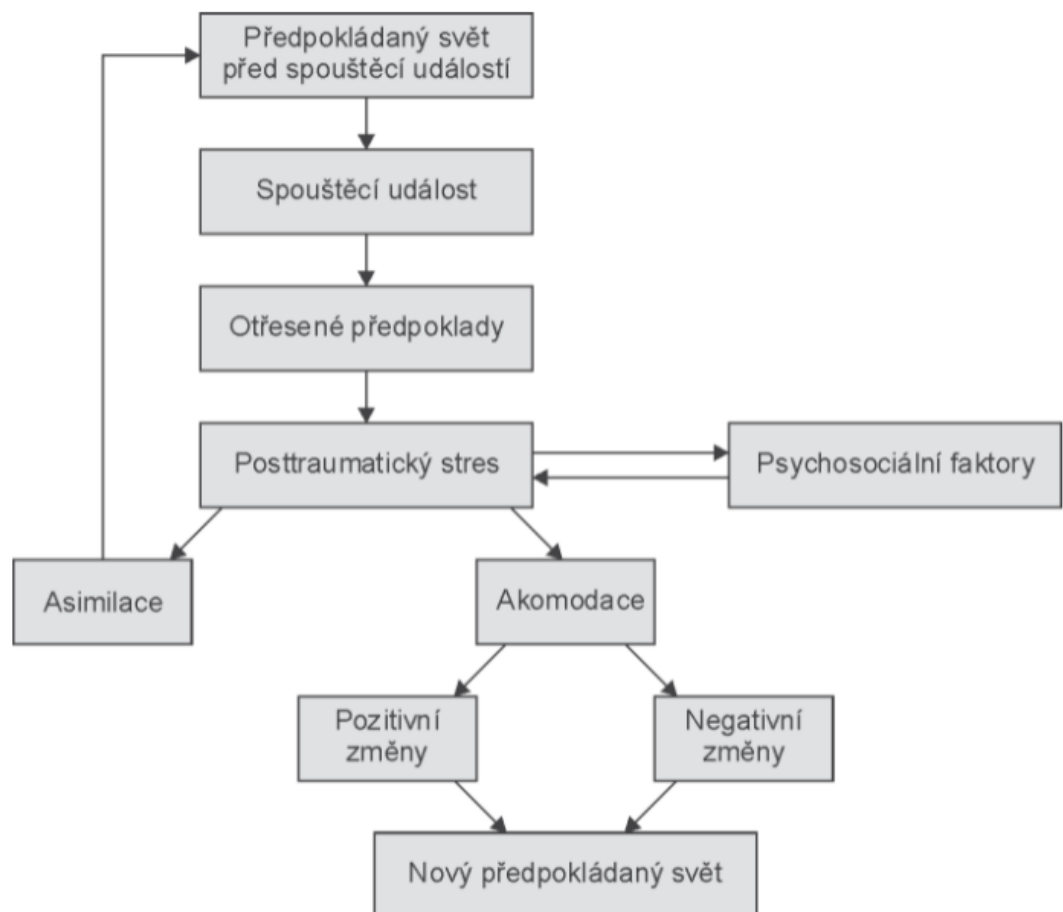
Posttraumatický rozvoj má podle těchto německých autorů dvě složky. Jednu, která je konstruktivní, sebepřesahující, funkční, přináší jedinci benefit a rozvíjí ho. Druhá složka je sebeobelhávající, dysfunkční a pozitivně zkresluje skutečnost. Ač by se mohlo zdát, tato složka není negativní, naopak je žádoucí. Jedná se totiž o pozitivní iluzi, k níž si jedinec dospěje sám, pomáhá mu tak smířit se se sebou samým a zmírňuje negativní vliv traumatu (Mareš, 2012).

Předpokládá se, že tyto dvě složky mají různé časové průběhy a každá z nich souvisí s přizpůsobením se k nové situaci odlišně. Konstruktivní stránka je ve vzájemném vztahu se zdravým přizpůsobením a projevuje se dlouhodobě. Naproti tomu je stránka iluzorní, která může souviset s popřením v krátkodobém nebo dlouhodobém horizontu (Zoellner, Maercker, 2006).

3.2.4 Model Josepha a Linleye – Rozvoj iniciovaný negativními událostmi

Tato teorie, kterou uvádějí britští autoři S. Joseph a P. A. Linley, předpokládá, že jedinec během života prochází určitým cyklem. Cyklus začíná hodnocením obtížných událostí, které se v jedincově životě vyskytují, postupuje přes prožívání určitých emočních stavů ke snaze události zvládnout a poté opět nastává hodnocení. Informace o traumatu jsou tímto modelem kognitivně zpracovány dvojitým způsobem. Údaje přizpůsobuje do svého, již vzniklého modelu světa nebo upravuje existující model světa podle nových skutečností a tím mění svůj pohled na svět, který může být změněn jak negativně, tak i pozitivně (Mareš, 2012).

Jedinec je podle nich vnitřně motivován k přizpůsobení svého vnitřního světa tak, aby odpovídal nově získaným zkušenostem a informacím (Slezáčková, 2012).



Obr. 2 Model Josepha a Linleye (Slezáčková, 2012).

3.3 Diagnostika posttraumatického rozvoje

K diagnostice posttraumatického rozvoje je často používán dotazník autorů Tedeschiho a Calhouna PTGI (Posttraumatic Growth Inventory), který je přeložen do mnoha světových jazyků a byl testován na různých kulturách. Ve výsledcích se ale odrážejí odlišné sociokulturní návyky i odlišné typy traumatických událostí (Mareš, 2012).

Jinou variantou, jak posttraumatický rozvoj diagnostikovat, je využití výzkumů kvality života. Tam se setkáváme se třemi možnostmi, jak dále pokračovat. První možností je sekvenční přístup, jedná se o dotazník, který vznikne v jedné kultuře a v jedné zemi. Poté je kvalitně překládán do jiných jazyků a využíván v jiných zemích. Problémem ale může být, že zásadní hodnoty jedné kultury se dotazníkem přenesou do jiné kultury, jejíž žebříček hodnot je odlišný. Druhou variantou je paralelní přístup, ten probíhá v mezinárodním týmu, jehož základem je dotazník vzniklý v jedné zemi, data jsou ale sbírána od rozdílných jedinců, v rozdílných kulturách a jazycích. Nejzásadnější kulturní odlišnosti jsou prodiskutovány před vytvořením určitých položek dotazníku. Dotazník je poté sestaven tak, že jeho nejdůležitější položky jsou kulturně neutrální. Simultánní přístup je třetí možností. Opět se jedná o mezinárodní spolupráci badatelů, nicméně v tomto případě dotazník vzniká najednou ve více jazycích a data jsou získávána od osob mluvících různými jazyky. Stejně jako u předešlého případu, i zde jsou hlavní kulturní problémy nejprve prodiskutovány a až poté se tvoří konkrétní položky dotazníku. Stavba dotazníku je upravena tak, že zásadní pojmy jsou společné pro různé země a jsou kulturně neutrální. Pro každou kulturu je následně vybraná nejvhodnější formulace jednotlivých položek dotazníku (Mareš, 2012).

3.4 Metody zkoumání posttraumatického rozvoje

Posttraumatický rozvoj můžeme zkoumat jak pomocí kvantitativních, tak i kvalitativních metod. Hodně významné jsou také dlouhodobé studie, díky kterým můžeme získat důležité poznatky z odvětví porozumění faktorům předcházejícím a napomáhajícím rozvoji (Slezáčková, 2012). Další formou zkoumání posttraumatického rozvoje je smíšený přístup, kdy dochází ke kombinaci kvalitativních a kvantitativních metod (Mareš, 2012).

3.4.1 Kvantitativní metody zkoumání posttraumatického rozvoje

Mezi kvantitativní metody řadíme dotazníky a škály. Právě dotazníky jsou nejčastější formou zkoumání posttraumatického rozvoje, existuje jich velká řada, níže je uvedeno pět nejpoužívanějších (Mareš, 2012).

PTGI – Posttraumatic Growth Inventory (autoři: Tedeschi a Calhoun)

SRGS – Stress-Related Growth Scale (autor: Parková a kol.)

BFS – Benefit Finding Scale (autorky: Tomichová a Helgesonová)

CiOQ – Change in Outlook Questionnaire (autor: Joseph a kol.)

PBS – Perceived Benefit Scale (autoři: McMillen a Fisher).

Většina těchto dotazníků klade velký důraz na prokázání pozitivních změn, ale již neumožňuje respondentovi uvést negativní vliv traumatické události. Mohlo by se tedy zdát, že takto postavené dotazníky neumožňují uvést i jiné změny, než ty v dotazníku obsažené a že mohou svádět respondenty k falešným výpovědím. To však nebylo žádným výzkumem potvrzeno (Slezáčková, 2012).

3.4.2 Kvalitativní metody zkoumání posttraumatického rozvoje

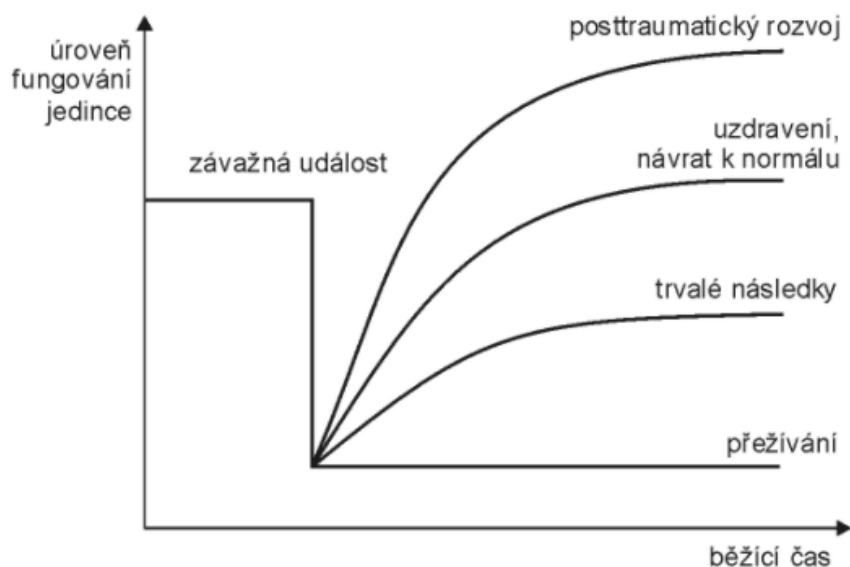
V porovnání s kvantitativními metodami je kvalitativní výzkum náročnější, pro osoby po prožití traumatické události je ale přirozenější. Další výhodou je, že pojme větší množství oblastí, ve kterých dochází ke změnám, a také umožňuje podívat se na problematiku z širšího úhlu pohledu (Mareš, 2012).

Nejčastější kvalitativní metodou výzkumu posttraumatického rozvoje je interview. Rozhovor může probíhat pouze s jedním respondentem nebo ve skupině několika respondentů. V takovém případě hovoříme o tzv. diskusi v ohniskové skupině. Jedná se o skupinu tvořenou z 5 – 7 osob, které prožily podobnou traumatickou událost. Účastníci popisují své zážitky, ale také diskutují mezi sebou. Touto formou se badatel většinou dozví větší množství informací, než kdyby vedl rozhovory jednotlivě. V obou případech je rozhovor nahráván, přepsán do protokolu a detailně analyzován. Dalšími metodami zkoumání posttraumatického rozvoje je vyprávění, psaní o zážitcích nebo grafické znázornění (Mareš, 2012).

3.5 Průběh posttraumatického rozvoje

K posttraumatickému rozvoji nedochází automaticky u všech jedinců, kteří prodělali nějakou stresující událost. Zda posttraumatický rozvoj u dospělého nastane, záleží na typu traumatické události, sociálních souvislostech a na jejich jednotlivých charakteristikách. Dětský pohled na svět je oproti tomu dospělému sice plastičtější a pružnější, ale o to více také zranitelnější. Proto je především u malých dětí velice důležitá ochrana a pomoc od dospělé osoby (Paulík, 2017). Pokud posttraumatický rozvoj nastane, může se objevit pouze v některých oblastech, a zároveň se může projevovat společně s přetrvávajícími projevy traumatu. Negativní prožitky a vzpomínky většinou nezaniknou okamžitě po projevení pozitivních změn, ale nějakou dobu se vyskytují společně. Postupem času člověk přestane negativním prožitkům přikládat takovou důležitost a odsune je do pozadí (Kohoutek, Čermák, 2009). Prožité trauma ovlivňuje vnímání sebe sama tím, že způsobuje trvalé změny v emočních, behaviorálních a kognitivních funkcích daného jedince. Proces posttraumatického rozvoje způsobuje změny osobnosti především v oblasti osobní síly (Dursun, Söylemez, 2020).

Možné varianty reakcí na traumatickou událost zaznamenal Mareš v níže uvedeném obrázku (obr. 3).



Obr. 3 Průběh reakce na traumatickou událost (Mareš, 2012)

Na schématu můžeme pozorovat, že traumatická událost způsobí prudký pokles úrovně dosavadního psychického fungování jedince. To v případě extrémního stresu a

vážných existenčních dopadů může zapříčinit prosté přežívání jedince. V případě, že se jedinci povede traumatickou událost alespoň zčásti překonat, kvalita jeho života se zlepší nad úroveň přežívání, ale stále zůstává zatížena trvalými následky, které mohou být jak psychické, tak i fyzické. Uzdravení a návrat duševní rovnováhy jedince nastává pomocí zdárného zapojení účinných strategií zvládnání. Aby došlo k posttraumatickému rozvoji, musí jedinec přesáhnout hranice dosavadního psychického fungování (Slezáčková, 2012).

Tedeschi a Calhoun jmenují pět hlavních dimenzí, ve kterých během posttraumatického rozvoje dochází ke změnám: osobní síla, nové možnosti, ocenění života, vztah k ostatním lidem a změna v duchovní oblasti. Osobní síla se projevuje jako pozitivní změna ve vnímání vlastního já, jedinec má vyšší sebeúctu, cítí se silnější a odvážnější, zároveň si ale uvědomuje lidskou křehkost a zranitelnost. Nové možnosti spočívají ve stanovení si nových cílů, poznávání jiných, dosud nepoznaných, možností, posouvání osobních hranic a znovuobjevení smyslu života. Ocenění života je spojené s vyšší úctou ke zdraví a životu a s uvědoměním si, že zdraví není samozřejmostí. Další oblastí, ve které dochází ke změně jsou mezilidské vztahy. Jedinec si uvědomuje důležitost kvalitního vztahu se svými blízkými a zároveň se stává více empatickým a citlivějším k jiným osobám. Je připraven přijmout nabízenou pomoc od druhých a často se i on sám přidává k pomáhajícím aktivitám. Poslední dimenzí je duchovní změna, která částečně souvisí s oblastí ocenění života. Jedinec nalézá smysl života a stanovuje si své priority. Zároveň může dojít k prohloubení nebo naopak ztrátě náboženské víry (Dursun, Söylemez, 2020).

3.6 Principy posttraumatického rozvoje

Tedeschi a Calhoun měli snahu podrobněji pochopit, jak vlastnosti osobnosti a strategie zvládnání stresu daného jedince souvisejí s jeho posttraumatickým rozvojem. Tuto problematiku zpracovali v sedmi principech posttraumatického rozvoje.

1) Lidé si aktivně tvoří určité představy o skutečnosti. Tyto představy nazývají schémata, která jsou podle nich vcelku stabilní, ale nejsou neměnná. Traumatická událost způsobí narušení procesu vytváření schémat a pokud dojde ke tvorbě schémat nových, můžeme říci, že došlo k posttraumatickému rozvoji.

2) Některá schémata jsou odolnější vůči přerušení, to pomáhá jedinci lépe překonat traumatickou událost. Zároveň ale výrazně klesá pravděpodobnost, že dojde k posttraumatickému rozvoji, protože nedochází k pozměnění původních schémat.

3) Aby mohlo dojít k posttraumatickému rozvoji, je nutný pozitivní přístup k sobě samému i k okolnímu světu.

4) Odlišné druhy traumatických událostí vedou k různým typům posttraumatického rozvoje. Pokud je traumatická událost způsobena špatným jednáním daného jedince, může u něho dojít k rozvoji v oblasti větší zodpovědnosti. Naopak pokud je traumatická událost zaviněna jinou osobou, často dochází k výčitkám a obviňování, což snižuje pravděpodobnost vzniku posttraumatického rozvoje.

5) Posttraumatický rozvoj je spojen s osobnostními charakteristikami jedince.

6) Rozvoj osobnosti nastává v případě, že traumatická událost zabírá centrální místo v životním příběhu.

7) Důsledkem posttraumatického rozvoje je moudrost (Slezáčková, 2012).

3.7 Faktory ovlivňující posttraumatický rozvoj

Jedním z hlavních faktorů, které hrají důležitou roli v procesu přizpůsobení se, jsou **osobnostní rysy** jedince. Mezi ně řadíme například optimismus, naději a úzkostnost (Slezáčková, 2012). Větší pravděpodobnost, že posttraumatický rozvoj nastane, je u osob otevřených novým zkušenostem. Takoví jedinci jsou nápavití a intelektuálně zvědaví, proto dokáží na negativní události najít něco pozitivního. Mnoho teoretiků zastává názor, že pozitivní přehodnocení je základní pro úspěšnou adaptaci na traumatickou událost a je nezbytnou podmínkou pro osobní růst. Stejně tak je důležitá schopnost přijímat situace, které není možné změnit (Zoellner, Maercker, 2006). Naopak menší pravděpodobnost, že dojde k posttraumatickému rozvoji je u neurotických jedinců, kvůli jejich nižší schopnosti zvládat stres (Henson a kol., 2021).

Neméně důležitými okolnostmi k úspěšnému zvládnutí stresové situace je kvalitní **sociální zázemí** a opora, dostatečné **fyzičné zdraví** jedince a **schopnost kognitivně situaci zvládnout** natolik, aby se z ní mohl poučit. Významným faktorem je také **čas** uplynulý od události. Člověk je na traumatu schopen nalézt pozitivní stránky až poté, co se s událostí alespoň částečně vyrovná. To může trvat v rádech několika měsíců až let. Také bylo zjištěno, že na vznik posttraumatického rozvoje má vliv **pohlaví i věk**. Více se objevuje u mladých lidí a častěji u žen než u mužů (Slezáčková, 2012). Pozitivní vliv na posttraumatický rozvoj má i ventilace negativních emocí (Henson a kol., 2021).

Dalším faktorem ovlivňující vznik posttraumatického rozvoje je **vzdělání**. Výsledky v této problematice jsou ale nejednoznačné. Některé výzkumy ukazují, že vyšší úroveň vzdělání je pozitivně spojena s rozvojem osobnosti, protože jedinci pocházející ze vzdělaného okolí mají širší škálu možností k zvládnání stresových situací. Jsou ale i výzkumy, které prokazují, že posttraumatický rozvoj je spojen s nižší úrovní vzdělání, takoví jedinci mají totiž větší prostor pro osobnostní růst (Henson a kol., 2021).

Někteří psychologové uvažovali, zda má vliv na vznik posttraumatického rozvoje povaha daného situace, výsledky výzkumů ale ukázaly, že charakteristika traumatické události nehraje příliš velkou roli. Ukázalo se tedy, že mnohem důležitější je osobní prožitek z traumatu než samotný druh traumatické události (Slezáčková, 2012).

Byly prováděny také výzkumy, které hledaly vztah mezi posttraumatickou stresovou poruchou a posttraumatickým rozvojem. Žádný systematický vztah ale nebyl nalezen a závěrem bylo, že PTSD a posttraumatický rozvoj na sebe nemají žádný vliv. Co ale bylo vyzorováno, je negativní vliv deprese na rozvoj posttraumatického rozvoje. Depresivní nálada je často doprovázena negativním myšlením, které snižuje schopnost vnímání pozitivních stránek situace (Zoellner, Maercker, 2006).

EMPIRICKÁ ČÁST

4. CÍLE EMPIRICKÉ ČÁSTI

Jak již bylo uvedeno v úvodu práce, jednou z nejčastějších traumatických událostí, se kterou se může člověk v naší republice setkat je dopravní nehoda. Podle volně dostupných informací Policejního prezidia České republiky se nejvíce dopravních nehod událo v roce 1999, od té doby docházelo k postupnému poklesu nehodovosti, až do roku 2009, v té době došlo na území republiky k 74 815 dopravním nehodám, které byly řešeny policií. Poté měla četnost dopravních nehod opět vzrůstající tendenci. V roce 2020 byl sice zaznamenán pokles nehodovosti oproti předešlému roku o téměř 12 %, to můžeme ale přisuzovat nouzovému stavu spojenému s omezením pohybu osob, který byl v loňském roce na území České republiky vyhlášen (Statistika nehodovosti, 2020).

Vzhledem k četnosti výskytu dopravních nehod jsem se rozhodla svoji bakalářskou práci věnovat posttraumatickému rozvoji u osob, které prodělaly vážnou dopravní nehodu. Cílem této práce je zjistit, zda nehoda ovlivnila životy respondentů, v jakých oblastech došlo ke změnám, a zda u osob po dopravní nehodě nastal posttraumatický rozvoj. Zajímalo mě, jestli má vliv na posttraumatické zlepšení typ nehody, věk a pohlaví respondenta, jeho vzdělání nebo doba uplynulá od traumatické události. Dále jsem zjišťovala, v jakých oblastech u dotazovaných došlo ke změnám a zda změny byly pozitivního nebo negativního rázu.

5. ZKOUMANÝ SOUBOR A POUŽITÉ METODY

5.1 Zkoumaný soubor

Součástí výzkumu se mohl stát kdokoliv, kdo prodělal vážnou dopravní nehodu, a od nehody uplynula doba alespoň jednoho roku. Charakter nehody, způsob zavinění ani věk dotazovaného nebyl kritériem pro výběr účastníků výzkumu.

Dobrovolníky, kteří by se mohli zúčastnit výzkumu jsem našla přes lidi v mém okolí, hodně z nich totiž vědělo o někom, kdo těžkou dopravní nehodu prodělal. S případnými respondenty jsem se spojila přes společného známého nebo jsem je oslovila pomocí e-mailu. Každého osloveného jsem nejprve informovala o účelu výzkumu a o formě, kterou bude prováděn. V případě, že souhlasili s účastí na výzkumu, domluvili jsme se na termínu rozhovoru. Poskytnutí rozhovoru bylo čistě dobrovolné s možností kdykoliv odstoupit. Od svých známých jsem dostala kontakty na čtyři osoby, jedna z nich rozhovor odmítla, ostatní souhlasily s účastí ve výzkumu. S jednou osobou, která prodělala dopravní nehodu se znám já sama. Další dvě osoby jsem kontaktovala na jejich blogu, kde o své nehodě píší. Z těchto dvou osob mi odpověděla pouze jedna. Celkem jsme měla pět dobrovolníků, ochotných poskytnout mi rozhovor. Jednu ženu a čtyři muže. Na jednom dobrovolníkovi jsem vyzkoušela správnost formulace otázek. Chtěla jsem zjistit, zda otázkám dobře rozumí a zda jeho odpovědi nebudou pouze povrchní. Tento pilotní rozhovor není zařazen do výsledků výzkumu.

Samotného výzkumu se tedy účastnili celkem 4 respondenti ve věku 50 let, 52 let, 33 let a 28 let. Průměrný věk dotazovaných je 40,8 let. Jeden z nich měl střední odborné vzdělání, dva měli střední vzdělání s maturitou a jeden byl vysokoškolsky vzdělaný. Od dopravní nehody, kterou dobrovolníci prodělali uplynulo průměrně 2,6 roku. Jeden z respondentů byl v době nehody řidičem osobního automobilu, dva jeli na kole a jeden na motorce. Za viníka nehody byli označeni 3 dotazovaní, jeden z dotazovaných nehodu nezavinil.

5.2 Použitá výzkumná metoda

Pro výzkum jsem zvolila kvalitativní metodu formou polostrukturovaného rozhovoru. Kostru rozhovoru tvořily pevně dané otázky a podle odpovědí respondentů jsem pokládala doplňující otázky. Rozhovor jsem zvolila z toho důvodu, že umožňuje zajít do větší hloubky, dotazovaným poskytuje lepší možnost vyjádřit se, naopak tazatel má možnost se doptat,

popřípadě nějaké otázky dovysvětlit. Také jsem považovala za důležité být v osobním kontaktu s respondentem. Myslím si, že v případě, kdy se nám povede získat respondentovu důvěru se od něho můžeme dozvědět více informací, než kdyby výzkum probíhal například formou dotazníku. Otázky použité pro rozhovor částečně vycházejí z dotazníku PTGI (Posttraumatic Growth Inventory), jehož autory jsou Tedeschi a Calhoun.

Rozhovory probíhaly v červnu 2020, a to osobně nebo formou videohovorů. Všichni dotazovaní byli před rozhovorem ujištěni, že veškeré údaje budou anonymizovány. Z toho důvodu nejsou v následujícím textu uváděna jména ani jiné osobní údaje dotazovaných osob. Zároveň všichni respondenti souhlasili s nahráváním rozhovoru, pro možnost následujícího přepsání rozhovoru do protokolu.

Na úvod jsem každého z respondentů poprosila, aby mi stručně popsal nehodu, uvedl, jak dlouhá doba od nehody uplynula a aby uvedl svůj věk. Další otázka se týkala charakteristických rysů jeho osoby před traumatem. Ptala jsem se, jak nehoda změnila respondentův dosavadní život, jestli se vlivem traumatické události změnily vztahy v rodině, jedincův pohled na zdraví, nastavení jeho hodnot a priorit nebo jestli došlo ke změnám v duchovní oblasti. Také mě zajímalo, zda dotazovaný něčím překvapil sám sebe, zda dokáže na nehodě nalézt něco pozitivního, co mu nehoda přinesla, a jestli má po nehodě nové zájmy nebo se věnuje nějakým jiným aktivitám než dříve. Jedna z otázek byla zaměřená na psychologickou pomoc, zda bylo nutné ji po nehodě vyhledat a jak dotyčnému pomohla. Poslední otázka se týkala toho, jak by dotazovaný popsal svoji osobnost po traumatu, jestli se v něčem změnila.

6. VÝSLEDKY

Respondent č. 1

Prvním dotazovaným byl padesátiletý muž se středním odborným vzděláním. Dopravní nehodu prodělal před čtyřmi lety, tedy v jeho 46 letech. Při jízdě na kole z kopce se srazil s protijedoucím automobilem. Náraz ho odhodil několik metrů daleko do louky a upadl do bezvědomí. Policií bylo vyhodnoceno, že viníkem nehody je cyklista, protože jel nepřiměřenou rychlostí a vjel do protisměru. S tím však dotazovaný nesouhlasí. Říká, že v místě, kde k srážce s automobilem došlo byl zákaz vjezdu pro motorová vozidla a z toho důvodu nepředpokládal, že by se tam mohl automobil objevit. Cyklista se z bezvědomí probрал asi po pěti minutách, byl převezen do nemocnice, kde byl hospitalizován pro krvácení do mozku a zlomeninu nosu. V dnešní době pociťuje, že se mu hůře dýchá nosem, ale žádné jiné následky po nehodě nemá.

Svoji osobnost před traumatem popsal jako klidnou, vyrovnanou, spíše introvert, který má rád svůj klid. Zároveň se popsal jako ochotný pomoci jiným a vcelku přátelský. Nemyslí si, že by vlivem nehody došlo k nějakým změnám v jeho životě, sportuje stále stejně a cyklistice se věnuje i nadále. V době, kdy byl hospitalizovaný i v období rekonvalescence mu byla velkou oporou manželka a děti. Vztahy v rodině ale zůstaly stejné jako před nehodou. Nyní si více uvědomuje hodnotu svého života a také přiznává, že přilba, kterou měl tehdy na hlavě, mu asi zachránila život. Před nehodou přilbu nosil jen občas, od té doby s ní ale jezdí na kole pravidelně. Nemyslí si, že by něčím sám sebe překvapil, ani že by došlo ke změně priorit v jeho životě, na nejvyšších příčkách uvádí rodinu, sport a psa. Před nehodou nevyznával žádné náboženství, tak tomu zůstalo i po nehodě. Na otázku, zda mu nehoda přinesla něco pozitivního, odpověděl, že je nyní opatrnější, více si uvědomuje rizikové situace a snaží se jim předcházet. Naopak negativního mu toho přinesla více. Především zranění, ze kterého se ale poměrně brzy zotavil, a zničené kolo. „*Vím, že je to jenom věc, a můžu být rád za to, jak jsem dopadl já, ale stejně to auto v zákazu nemělo co dělat,*“ cítí stále zášť k řidiči automobilu a nesouhlasí s tím, že celou nehodu zavinil pouze on sám. Za svůj život nikdy nepotřeboval vyhledat pomoc psychologa. Svoji osobnost po traumatu popisuje stejně, jako svoji osobnost před ním. Pouze uvádí, že je nyní možná více rozvážný a opatrný.

Respondent č. 2

Druhým respondentem byla žena se středoškolským vzděláním zakončeným maturitou. Rozhovor proběhl formou videohovorů. Nyní je ženě 52 let, v době traumatické události jí bylo 50. K dopravní nehodě došlo v prosinci 2019, tedy před 1,5 lety. Ten den byla venku námraza, žena řídila osobní automobil, dostala smyk a srazila se s protijedoucím vozidlem. V autě zůstala zaklíněná a dostat se ven jí museli pomoci záchranáři. Při autonehodě si žena zlomila několik žeber a také měla mnohonásobnou zlomeninu dolní končetiny. S nohou podstoupila již tři operace a další jí ještě čeká, momentálně je na rehabilitačním pobytu v lázních.

Sama sebe popisuje jako typického extroverta, je hodně společenská, přátelská, komunikativní, tvůrčí, ochotná pomoci, ráda se baví a má ráda legraci. Život po nehodě se jí změnil celkem zásadně, především v oblasti pohybu. Téměř celý rok a půl se pohybovala převážně pomocí invalidního vozíku, na nohu nesměla došlapovat. Nyní již zvládá chodit o berlích, což hodnotí jako velice pozitivní změnu. Pohybová omezení a také opatření spojená s pandemií ji neumožnily setkávat se s lidmi a měla pocit, že je sociálně izolovaná. Vídala se pouze s maminkou, která se k ní nastěhovala, aby jí mohla pomáhat a s dětmi, které občas přijely na návštěvu. I přes to, že se s dětmi nemohla stýkat tak často, jak by si přála, jí je rodina velkou psychickou oporou. Říká, že bez nich by celou situaci zvládala mnohem hůř. Z důvodů imobility nemůže vykonávat své zaměstnání a je v invalidním důchodu. Její pohled na zdraví se nezměnil, celou situaci přijala tak, jak to je. Je optimistická a věří, že brzy začne chodit, říká, že pro to udělá vše. To je také jedním z jejích hlavních cílů, společně s užíváním si života a tvořením nových věcí. Své zájmy přizpůsobila svému zranění, dříve často chodila do lesa a za muzikou. Nyní se více věnuje tvoření, vyrábí různé ozdoby, peče dorty a zákusky a začala vyrábět zmrzlinu, v tom se jí daří, a to jí dělá radost. Na celé situaci ji překvapila délka rekonvalescence, s tím nepočítala. Myslela si, že léčba potrvá kratší dobu, ale nenechala se tím odradit, a stále je odhodlaná udělat vše pro to, aby mohla chodit. Vlivem nehody sice přišla o práci, ale nechce se tím nechat ovlivňovat, protože ví, že nyní to už stejně změnit nemůže. Díky nehodě si uvědomila, že by měla zpomalit, trochu se zklidnit, věnovat nějaký čas i sama sobě, protože není potřeba zvládat všechno to, co zvládala před tím. Jak sama říká: „*Předtím jsem byla hrozně rozlitaná, nezastavila jsem se a lítala jsem sem a tam, od jednoho k druhému.*“ Věnovala se dvěma zaměstnáními, po večerech tvořila výrobky na zakázku, když měla chvíli času, byla se svými přáteli, snažila se toho stihnout více než bylo možné a neměla žádný prostor sama pro sebe. Ke změně

v duchovní oblasti u respondentky nedošlo, stále je ateistka. Psychologickou pomoc vyhledat nepotřebovala. Svoji osobnost po traumatu hodnotí jako klidnější, optimistickou ale stále komunikativní, společenskou, přátelskou, ochotnou pomoci a pozitivně naladěnou.

Respondent č. 3

Třetím dobrovolníkem, který se zúčastnil mého výzkumu byl 33 let starý muž s vysokoškolským vzděláním. Traumatickou událost zažil ve věku 31 let, tedy před dvěma lety, v létě 2019. S manželkou jel na motorce a v protisměru se najednou objevil osobní automobil s vozíkem, který byl naplněný čerstvě namíchaným betonem. Vozík byl přetížený, nebrzdil a způsobil rozkolíbání automobilu, který se v tu chvíli stal neovladatelný, dostal se do protisměru a tam srazil respondenta s jeho manželkou na motorce. Muž přišel následkem nehody o dolní končetinu, která mu musela být amputovaná v polovině stehna. Podobný osud hrozil i jeho manželce, té se nohu nakonec, po dlouhé léčbě, podařilo zachránit.

Svoji osobnost před traumatem popisuje jako introverta, který rád vtipkuje a dělá si legraci sám ze sebe. Je přátelský, ale delší dobu mu trvá, než se někomu dokáže otevřít a získá si jeho důvěru. Často cestoval a byl hodně spontánní, nad ničím moc nepřemýšlel, předem nic neplánoval a žil hlavně přítomností. Nehoda jeho život změnila zásadně. Nad každou činností, kterou předtím dělal automaticky, teď musí přemýšlet. Sám říká: „*Musím přemýšlet, jestli tenhle kousek cesty ujdu a jestli tam na cestě není nějaká překážka, jestli budu potřebovat jinou nohu nebo třeba pomoc od někoho jiného.*“ Jinou „nohou“ měl na mysli jinou protézu, má jich totiž více a střídá je podle dané aktivity. Všechno si musí předem naplánovat a zorganizovat. „*To asi nesu ze všeho nejhůř, že se prostě nemůžu na dva týdny sebrat a někam si odjet, jen s batohem a tam blbnout,*“ popisuje. Další výrazná změna, která u něho po nehodě nastala, byl rozvod s manželkou. Po dobu léčby si sice byli oporou a podporovali se, zároveň si ale uvědomili, že mají výrazně jiné priority. Dotazovaný si nemyslí, že by za rozvodem stála pouze sama nehoda. Problémy v jejich vztahu byly již delší dobu a tato událost to celé jen uspíšila. Jeho nejbližší rodinu, jako rodiče a sourozence, to ale hodně semklo. Říká, že spolu byli vždy za dobře, ale nyní se spolu scházejí a baví mnohem častěji. Rodina mu po nehodě byla největší oporou. Jeho vlastními slovy: „*To bylo alfa a omegou toho, jak jsem to celý zvládl, když mě vlastně týden po amputaci pustili z nemocnice a já ani neuměl stát na berlích.*“ Svůj pohled na zdraví po nehodě nezměnil,

váží si ho stále stejně a připadá si zdravý stejně tak, jako tomu bylo i předtím. Ví, že nehodu nezavinil, tím pádem si ani nevyčítá, že by mohl být lepší řidič, nebo že by tomu mohl jakkoliv předejít. Před nehodou měl ve svých prioritách vysoko postavenou práci, to se nyní ale změnilo. Chce se naplno věnovat věcem, které ho baví a dělají ho šťastným. To neznamená, že by byl v práci nespokojený, ale už jí nevěnuje tolik času. Má mnoho nových koníčků, vše je pro něj výzva. Na věci, které byly dříve rutinní, samozřejmé a svým způsobem i nudné, nyní nahlíží jinak a baví ho to. Jak říká: „*Jít jen do lesa na houby je pro mě teď challenge a je to sranda.*“ Chce vyzkoušet, co všechno dokáže s protézou dělat a baví ho teď mnohem větší množství aktivit. Stal se členem spolku amputářů, se kterými sdílí své zážitky, podniká výlety a zkouší nové aktivity. Tento spolek mu také hodně pomohl se s celou situací vyrovnat, viděl, že není jediný, koho něco takového potkalo, od ostatních členů dostal mnoho cenných rad, hodně ho to vnitřně uklidnilo a povzbudilo a také zde našel mnoho nových přátel. To je také jedna z věcí, kterou by rád poradil někomu v podobné situaci, najít si skupinu osob se stejným problémem a s nimi to sdílet. Nemusí se jednat pouze o amputaci, ale o jakékoliv zdravotní omezení či nemoc. Ještě v nemocnici si začal psát poznámky o tom, co ho daný den potkalo a co zrovna prožil. Postupem času začal tyto poznámky psát na svůj blok a vznikl z toho jeho deníček přístupný veřejnosti. Tím sám sebe hodně překvapil, nikdy si totiž nemyslel, že by dokázal takto veřejně vystupovat a později vydat i vlastní knihu. Díky nehodě poznal spoustu nových přátel a život se mu pootočil jiným směrem a za to je rád. Přestože kvůli nehodě přišel o nohu a došlo k velkému množství změn v jeho životě, bere to z té pozitivní stránky a nesnaží se na nehodě najít nic negativního. Bezprostředně po nehodě nepotřeboval vyhledat pomoc psychologa, byl hodně povzbuzován rodinou a cítil se po psychické stránce v pořádku. Přibližně půl roku od nehody, se ale necítil moc dobře, neviděl žádný výrazný posun v léčbě, měl větší bolesti a obtížněji se mu chodilo. Z toho byl smutný, ve stresu a cítil, že ztrácí motivaci k léčbě. Tou dobou vyhledal odbornou pomoc, navštívil psychiatra i psychoterapeuta. Na otázku, jak mu tyto návštěvy pomohly odpověděl: „*No samotné povídání mi moc nepomohlo, ale spíš ty antidepressiva.*“ Přibližně po měsíci, byl opět vidět posun v léčbě, lépe se mu chodilo a celkově se cítil dobře. Poté už nepotřeboval užívat ani dané léky. Změnu na své osobnosti pozoruje v lepším navazování kontaktů a zvýšené sebedůvěře. To přičítá hlavně psaní blogu a vydání knížky, kdy byl občas nucen veřejně vystupovat. Jiné změny vlastností na sobě nepozoruje.

Respondent č. 4

Posledním respondentem byl muž, středoškolsky vzdělaný s maturitou. Nyní je mu 28 let, dopravní nehodu prodělal před třemi lety, v té době mu bylo 25 let. K nehodě došlo v noci, když jel pod vlivem alkoholu na kole, nedal přednost vozidlu jedoucímu po hlavní silnici, a to ho srazilo. Při nehodě utrpěl mnohočetnou zlomeninu dolní končetiny a několik drobných oděrek po těle. Během hospitalizace mu byla noha dvakrát operovaná.

Sám sebe před traumatem popisuje jako extroverta, který rád tráví čas ve společnosti, zároveň má ale rád i svůj klid, je hodně pracovitý, cílevědomý, zodpovědný a občas trochu sobecký. Bezprostředně po nehodě byl v šoku, myslel si, že se mu tím převrátil život vzhůru nohama, bál se o své podnikání a celkově o to, co bude dál. Nyní si ale myslí, že po nehodě nedošlo k žádným výrazným změnám v jeho životě, nemá žádné následky, které by ho omezovaly například v práci nebo v jeho zájmech. Vztahy v rodině se utužily, lépe teď vychází s rodiči, ti mu v době po nehodě hodně pomáhali a byli mu oporou. Především v jeho podnikání, kterému se nějakou dobu nemohl plně věnovat. Jak sám říká: „*Bez nich bych to mohl, jak se říká, pověsit na hřebík*“. Za to si jich hodně váží, že po své práci byli ochotní se ještě věnovat té jeho. Respondentův pohled na zdraví se po nehodě nezměnil, uvědomuje si, že nehodu zavinil on sám, a je rád, že nedošlo ke zranění ještě někoho jiného, to by si vyčítal. Ke změně priorit a životních hodnot u respondenta po nehodě nedošlo, má je nastavené stále stejně. Na první místo řadí práci a rodinu, na další pak zábavu. Mezi jeho zájmy nově patří rybařina, na ryby chodil už jako malý se svým dědou, nyní si ale rybářský lístek obnovil. Není si však jistý, zda to bylo vlivem nehody, myslí si že spíše ne. Ke změně v duchovní oblasti u dotazovaného nedošlo, je stále bez náboženského vyznání. Sám sebe v období rekonvalescence ani po nehodě ničím nepřekvapil. Díky celé této události se seznámil se svojí přítelkyní, kterou by jinak nepoznal, proto je vlastně rád, že k nehodě došlo. Pomoc psychologa nepotřeboval vyhledat. Myslí si, že se jeho osobnost po traumatu trochu změnila. Je více ohleduplný vůči ostatním, uvědomuje si rizika, která by mohl způsobit svým jednáním a snaží se takovému chování vyhýbat a možná je o trochu více opatrnější. Jeho hlavní vlastnosti ale zůstali stejné jako před nehodou.

Pět dimenzí posttraumatického rozvoje

V teoretické části jsem se v podkapitole 3.5 Průběh posttraumatického rozvoje, věnovala pěti dimenzím, ve kterých podle Tedeschiho a Calhouna dochází během posttraumatického rozvoje ke změnám. V krátkosti si je zde připomeneme, protože s nimi budeme v následujícím textu pracovat. První dimenzí je osobní síla, v jiných publikacích se můžeme setkat s názvem změny v sebepercepci. Druhou kapitolou je uvědomění si nových možností, díky kterým jedinec rozvíjí své zájmy a posouvá osobní hranice. Ocenění života, jinde jmenováno také jako úcta k životu, je třetí dimenzí. Nesmíme zapomenout na oblast mezilidských vztahů, ve které během posttraumatického rozvoje může dojít k výrazným změnám. Poslední dimenzí je duchovní změna (Slezáčková, 2012).

Nyní podrobně rozeberu všech pět oblastí, ve kterých během posttraumatického rozvoje může docházet ke změnám, a budu porovnávat výpovědi jednotlivých respondentů mezi sebou. Pod každou dimenzí můžete najít tabulku, ve které budou shrnuty změny, které u každého jedince nastaly.

Osobní síla

Změny v sebepercepci se u respondentů projevíly pouze částečně. Vlastní křehkost si neuvědomil žádný z dotazovaných, pouze respondenti č. 1 a č. 4 uvádějí, že jsou od nehody trochu opatrnější, jak sami na sebe, tak i na ostatní a více si uvědomují rizikové situace a snaží se jim předcházet. Nutno podotknout, že oba výše zmínění se nehody zúčastnili z pohledu cyklisty a oba byli označeni za viníky nehody. Přestože dotazovaný č. 1 s tím nesouhlasí. Jediná žena, která se zúčastnila mého výzkumu, si uvědomila své limity. Respondentka č. 2 pomocí nehody pochopila, že se hodně přetěžovala, chtěla toho zvládat víc, než bylo v jejích silách. To se teď rozhodla změnit a ve svém životě zvolnit. Traumatická událost nejvíce posílila respondenty č. 2 a č. 3. Oba uvádějí, že nyní mají větší odhodlání něco dokázat. Žena č. 2 je rozhodnutá udělat vše pro to, aby mohla co nejdříve opět chodit. Muži č. 3 nehoda dodala odhodlání zkoušet nové věci, zvýšila se mu chuť k životu a také má teď větší sebevědomí. K posílení osobnosti došlo u respondentů, kteří mají v době rozhovoru trvalé následky z nehody. Na další straně jsou všechny výše uvedené změny zaznamenány v tabulce (tab. č. 1).

	Resp. č. 1	Resp. č. 2	Resp. č. 3	Resp. č. 4
Uvědomění si vlastní křehkosti				
Větší opatrnost	+			+
Uvědomění si vlastních limitů			+	
Posílení osobnosti		+	+	

Tab. č. 1 Změny u respondentů v oblasti osobní síly

Vysvětlivky:	(nevyplněno)	beze změny
	+	pozitivní změna
	-	negativní změna

Uvědomění si nových možností

Nejvýraznější změnu v této oblasti můžeme pozorovat u respondenta č. 3, u kterého se po nehodě změnil téměř všechny zájmy a aktivity. Je odhodlaný zkusit, co vše s protézou dokáže a vnímá to jako jednu velkou výzvu. Věnuje se psaní blogu a vydal knížku, to si před nehodou nedokázal ani představit, v tom došlo k velkému posunutí jeho osobních hranic. Výrazně se u něho také změnil jeho hlavní životní cíl, a tím je být šťastný a užívat si života v maximální míře. K poměrně velkým změnám došlo také u respondentky č. 2. U ní sice nedošlo k nalezení nových zájmů, ale jejich přizpůsobení, aby se jim mohla věnovat i s pohybovým omezením. Postupem času si svými koníčky začala i přivydělávat a uvědomila si, že není nutné trávit většinu dne v zaměstnání, jak tomu u ní bylo dříve. I její hlavní cíl se změnil a tím je, uzdravit se co nejdříve a začít chodit. Všimněme si, že stejně tak jako v předchozí dimenzi, i v této došlo k hlavním změnám především u respondentů č. 2 a č. 3. U zbývajících dvou respondentů nedošlo v této oblasti k žádné větší změně.

	Resp. č. 1	Resp. č. 2	Resp. č. 3	Resp. č. 4
Nové zájmy		+	+	
Posunutí vlastních hranic			+	
Změny životních cílů		+	+	

Tab. č. 2 Uvědomění si nových možností

Ocenění života

Ač by se mohlo zdát, že těžká životní situace v podobě dopravní nehody způsobí změnu pohledu na život a povede k větší úctě k životu, opak je pravdou. Jediný, kdo v této oblasti uvádí nějakou změnu, je respondent č. 1. Říká, že si nyní více uvědomuje hodnotu svého života a je na sebe opatrnější. O větší opatrnosti mluví také respondent č. 4, u něho ale nedošlo ke změně pohledu na zdraví. Stejně tak tomu je i u zbývajících respondentů č. 2 a č. 3, oba se shodují, že jejich pohled na zdraví se vlivem nehody nezměnil a života si váží stále stejně.

	Resp. č. 1	Resp. č. 2	Resp. č. 3	Resp. č. 4
Hodnota života	+			

Tab. č. 3 Změna pohledu na život

Mezilidské vztahy

Ukázalo se, že pro všechny čtyři respondenty byla velice důležitá rodina, která jim byla velkou oporou a hodně jim pomáhala. Posílení vztahů v rodině uvedli především respondenti č. 3 a č. 4, kteří se řadí k mladším účastníkům mého výzkumu. Ani jeden z nich nemá vlastní děti, ale došlo k utužení vztahů s rodiči. Respondenti č. 1 a č. 2 se shodují, že rodina pro ně byla a stále je, velmi důležitá, nemyslí si ale, že by došlo ke změně vztahů mezi jednotlivými členy rodin. Jediným, u koho měla nehoda částečně negativní dopad na rodinné vztahy, je respondent č. 3. U něho asi rok po nehodě došlo k rozvodu s manželkou. Celkově ale hodnotí, že i v této oblasti ho nehoda ovlivnila spíše pozitivně. Potkal mnoho nových lidí,

ke spoustě z nich si vytvořil i přátelský vztah a společně s nimi se učí překonávat nové překážky. Respondent č. 4 uvedl, že je od nehody více ohleduplný vůči jiným lidem a také, že se díky nehodě seznámil se svojí přítelkyní, kterou by jinak nepotkal.

	Resp. č. 1	Resp. č. 2	Resp. č. 3	Resp. č. 4
Rodina byla oporou	+	+	+	+
Změna vztahů v rodině			+/-	+
Vztah k ostatním			+	+

Tab. č. 4 Změna v mezilidských vztazích

Duchovní změna

Ukázalo se, že nikdo z respondentů před nehodou nevyznával žádné náboženství a nehoda nikoho z nich v této oblasti neovlivnila. I nadále zůstali všichni dotazovaní ateisty.

	Resp. č. 1	Resp. č. 2	Resp. č. 3	Resp. č. 4
Duchovní změna				

Tab. č. 5 Změna v duchovní oblasti

Shrnutí porovnání respondentů v jednotlivých dimenzích

Nejvíce změn u respondentů nastalo v oblasti mezilidských vztahů, tam všichni uvedli, že jim byla rodina velkou oporou a u dvou z nich došlo i ke zlepšení rodinných vztahů, stejně tak i vztahů s ostatními lidmi. Oblast osobní síly také zaznamenala změnu každého respondenta alespoň v jedné podoblasti. Nové možnosti si uvědomili a využili dva respondenti, ti změnili i své priority a životní hodnoty. Více vážit života a zdraví si začal pouze jeden z respondentů, ostatní dotazovaní svůj pohled na zdraví nezměnili. V duchovní oblasti nedošlo ke změně u žádného z respondentů.

Můžeme si všimnout, že nejvíce pozitivních změn nastalo u respondenta č. 3 a to jak v oblasti osobní síly, uvědomění si nových možností tak i v oblasti mezilidských vztahů.

Shodný počet změn jsem zaznamenala u respondentů č. 2 a č. 4. Oba uvádějí změny v oblasti osobní síly a mezilidských vztahů. U respondentky č. 2 jsem také pozorovala změny v oblasti nových možností, své zájmy přizpůsobila tak, aby se jim mohla věnovat i s pohybovým omezením. Nejméně změn proběhlo u respondenta č. 1, tam nastala změna v oblasti osobní síly, mezilidských vztahů a jako u jediného také v oblasti ocenění života.

7. DISKUZE

Porovnání výsledků se zahraničním výzkumem

Autoři S. Turner a H. Cox (2004) z australské univerzity se věnovali výzkumu posttraumatického rozvoje u osob po dopravní nehodě. Výzkumu se účastnilo 13 jedinců, ve věku 18 – 34 let, jejichž rekonvalescence po nehodě probíhala pomocí rehabilitace. Od nehody uplynula doba v rozmezí 1 – 4 roky. Výzkum probíhal kvalitativní metodou, formou rozhovoru, stejně jako v případě mé bakalářské práce.

Hlavní změny probíhaly ve dvou oblastech, které autoři pojmenovali jako sílu vůle a změněnou perspektivu. Sílu vůle pozorovali téměř u všech účastníků, kteří se zamýšleli nad tím, jak nehoda změnila jejich životy. Většina z nich uvedla, že se stali jinými lepšími osobami, mají větší potřebu pomáhat druhým, našli motivaci k životu, jsou odhodlaní těžkou situaci překonat a vyhrát, někteří z nich to vnímají jako výzvu (Turner, Cox, 2004). Téměř totožnou odpověď jsem dostala i já, od respondentů č. 2 a č. 3, u kterých jsem pozorovala, že došlo k posttraumatickému zlepšení. Respondentka č. 2 uvedla, že získala velké odhodlání a motivaci k tomu, aby mohla co nejdříve opět chodit. Pro respondenta č. 3 byl po nehodě takřka každý pohyb nový, měl velké odhodlání zkusit nové věci a vše pro něj byla a stále je výzva.

Druhou oblastí, ve které se změny vyskytly také téměř u všech účastníků, pouze se měnily jejich intenzitou, je změněná perspektiva. Týká se především změny pohledu na sebe sama, ale i na okolní svět. Tuto oblast autoři dále rozdělili na dvě podoblasti, sebepochopení a vztah k ostatním lidem. Někteří jedinci uváděli, že po nehodě na sebe začali nahlížet z lepšího úhlu pohledu, stali se trpělivějšími, tolerantnějšími, empatičtějšími a někteří dokonce moudřejšími. Začali lépe přistupovat k životu, více si ho vážit a našli jeho smysl (Turner, Cox, 2004). V mém výzkumu se ukázalo, že jiný přístup a vztah k životu, se projevil pouze u respondenta č. 1, který uvedl, že po nehodě si začal života více vážit. Stal se opatrnější a začal jednat s větší rozvahou. U zbývajících třech respondentů se změny projevíly pouze na charakterových vlastnostech jejich osobností. Došlo ke zklidnění, získání větší sebedůvěry, optimistického vnímání, ohleduplnosti a opatrnosti.

Změnu mezilidských vztahů pozorovala také velká většina účastníků zahraničního výzkumu. Více si začali vážit přátel a rodiny, začali s nimi trávit více času a jsou si bližší. U některých jedinců došlo ke změně priorit a na přednější přičky se tak dostala rodina, na kterou dříve neměli tolik času a raději upřednostňovali například práci. Pro jiné bylo

zpočátku náročné přijmout pomoc od ostatních a připustit si tak, že jsou na někom závislí. To se na nich později odrazilo tím, že jsou otevřenější cizím lidem (Turner, Cox, 2004). Já jsem pozitivní změnu v mezilidských vztazích pozorovala především u respondenta č. 3, u kterého se nejenom prohloubily a utužily vztahy v nejbližší rodině, ale změnil se i jeho vztah k ostatním lidem. Dříve mu dlouho trvalo s někým navázat kontakt a seznámit se. Po nehodě poznal mnoho nových lidí a přátel, především ve skupině amputářů, jejíž se stal členem. Stal se ale i více otevřenější a již pro něho není takovým problémem navázat vztahy s ostatními. Pozitivní změny v podobě utužení rodinných vztahů jsem zaznamenala také u dotazovaného č. 4. Zbývající dva respondenti sice uvedli, že pro ně rodina byla po dobu léčby velkou oporou, nemyslí si ale, že by se jejich vztahy zlepšily.

Zhodnocení dalších oblastí

Z rozhovorů dále můžeme posoudit, že dopravní nehoda způsobila výraznou změnu v životech respondentů č. 2 a č. 3, tyto změny jsou spojeny převážně se zdravotními následky po nehodě. Respondenti č. 1 a č. 4 netrpí žádnými trvalými následky a neuvádějí ani žádnou životní změnu. Můžeme si všimnout, že stejně tak je tomu i v oblasti priorit, k jejichž změnám také došlo pouze u respondenta č. 2 a č. 3. Nejvíce pozitiv na nehodě vnímá respondent č. 3, který jako jediný ze všech respondentů navštěvoval psychoterapeuta. Nikdo z dotazovaných na sobě nepozoruje, že by se nějak výrazněji změnila charakteristika jejich osobnosti. Hlavní charakterové vlastnosti byly u všech zachovány, ale byly obohaceny o další kladné vlastnosti. Respondent č. 1 je více rozvážný a opatrný, respondentka č. 2 se stala klidnější a optimističtější. Větší sebedůvěra obohatila 3. respondenta a poslední respondent se stal více ohleduplný vůči ostatním lidem.

Po zhodnocení všech výše uvedených oblastí jsem dospěla k výsledku, že posttraumatický rozvoj se nejvíce projevil u respondenta č. 3. U něhož jsem pozorovala změny téměř ve všech oblastech, s výjimkou duchovní oblasti a změny pohledu na život. V porovnání s ostatními účastníky výzkumu dosáhl nejvyššího vzdělání, jako jediný nebyl označen za viníka nehody a také jako jediný navštěvoval psychoterapeuta, který mu mohl pomoci na svoji situaci nahlížet ze správného úhlu. Dovolím si také tvrdit, že si z nehody odnesl největší následky.

Dalším dotazovaným, u kterého nastal posttraumatický rozvoj je respondentka č. 2. I ona si z nehody odnesla poměrně velké trvalé následky, je ale optimistická a odhodlaná udělat

vše pro to, aby znovu chodila. Největší pozitivní změnu jsem u ní pozorovala v oblasti nových možností. Přestože přišla o práci, nevzdala se, změnila své životní priority a uvědomila si, že by měla zvolnit. Zároveň se ale lehko dokázala situaci přizpůsobit a i přes skutečnost, že se mohla dlouhou dobu pohybovat jen s pomocí invalidního vozíku neztrácela, naději a byla optimistická. Vymyslela, jak se doma zabavit, více se věnovala tvorbě dekorací a tím si začala i přivydělávat.

U zbývajících dvou respondentů sice došlo k uzdravení, návratu do normálu a u obou můžeme pozorovat i drobné pozitivní změny v podobě větší opatrnosti a posílení mezilidských vztahů. Nemyslím si ale, že v těchto případech můžeme mluvit o posttraumatickém rozvoji. Příčinou, proč k rozvoji nedošlo může být poměrně krátká doba rekonvalescence a brzký návrat do běžného života. U respondenta č. 1 je také jednou z možných příčin křivda, kterou cítí vůči řidiči osobního automobilu, a nechce se smířit s tím, že byl policií za viníka označen on.

Jak píše P. A. Levine (2018) trauma je individuální a pouze velmi obtížně se setkáme se dvěma jedinci, kteří by prožili naprosto totožné trauma. Události a skutečnosti, které mohou mít na jednoho člověka dlouhodobě negativní dopad, mohou být pro jiného posilující. Jedinec může být traumatizován vším, co vnímá jako život ohrožující, každý z nás tedy vnímá trauma jinak. Tato skutečnost může být ovlivněna věkem, životními zkušenostmi nebo vrozeným temperamentem. U některých může vlivem prožitého traumatu dojít k rozvinutí posttraumatické stresové poruchy, u jiných naopak k posttraumatickému zlepšení nebo pouze k uzdravení a návratu do normálu. S poslední možností jsem se setkala u respondentů č. 1 a č. 4, můžeme se domnívat, že jejich trauma bylo příliš malé k tomu, aby je dokázalo něčím obohatit. Naopak ani moc velké trauma nemá na osobnost pozitivní dopad, aby k rozvoji došlo, musí být dosaženo optimálního rozmezí. Dalšími důležitými body, které výrazně ovlivní, zda k rozvoji dojde, či nikoliv, je čas a přemýšlení daného jedince.

Ačkoliv je dopravní nehoda považována za typickou traumatickou událost, ne vždy musí mít za následek způsobení psychického traumatu. Důležitým faktorem je osobní odolnost a vnímání jedince, závažnost nehody a zranění, která si účastník z nehody odnese. To můžeme pozorovat u respondentů č. 1 a č. 4, jejich zranění nebyla natolik vážná, aby jim způsobila psychická traumata, popřípadě výrazněji ovlivnila jejich osobnost.

Faktory ovlivňující posttraumatický rozvoj

Těmto faktorům se věnuji v teoretické části v podkapitole 3.7 a níže posoudím, jestli ovlivnily posttraumatický rozvoj i u respondentů, kteří se účastnili mého výzkumu.

Ukázalo se, že některé osobnostní rysy skutečně mohou napomoci ke vzniku posttraumatického rozvoje. Oba respondenti, u kterých jsem posttraumatický rozvoj pozorovala se popsali jako optimisté, mající rádi legraci a zábavu. Naopak respondent, u kterého se posttraumatický rozvoj neukázal, cítí určitou křivdu a negativní emoce vůči řidiči automobilu, se kterým se srazil.

Kvalitní sociální zázemí a oporu v rodině měli všichni dotazovaní, což jim určitě přispělo k lepšímu zvládnutí celé situace. Většina z respondentů dokonce v rozhovoru uvedla, že bez opory rodiny by to nezvládli.

Čas uplynulý od nehody byl v případě respondentů, u kterých došlo k rozvoji, kratší (2 a 1,5 roku) než v případě respondentů u kterých k rozvoji nedošlo (4 a 3 roky).

Pohlaví ani věk se v mém výzkumu neukázaly jako významné faktory. Můžeme si ale všimnout, že u dvou mladších respondentů č. 3 a č. 4, kteří jsou v době rozhovoru svobodní a bezdětní, došlo ke zlepšení a utužení vztahů s rodiči a se sourozenci.

Z výsledků je možné tvrdit, že úroveň vzdělání souvisí se vznikem posttraumatického rozvoje. Jeden z respondentů, u kterého jsme rozvoj zaznamenali má vzdělání vysokoškolské, druhý středoškolské s maturitou. K tomu, aby toto tvrzení mohlo být považováno za relevantní, by ale bylo zapotřebí širšího vzorku zkoumání.

ZÁVĚR

V teoretické části jsem se věnovala problematice traumatické události a jejímu působení na osobnost člověka. Přiblížila jsem pojem posttraumatická stresová porucha, popsala jsem její příznaky, průběh i možnosti léčby. Také jsem definovala pojem posttraumatický rozvoj člověka, uvedla jsem modely posttraumatického rozvoje, možnou diagnostiku a metody zkoumání, jeho průběh a principy a na závěr také faktory, které ho mohou ovlivnit.

Empirická část je zaměřena na posttraumatický rozvoj u osob, které prodělali dopravní nehodu. Výzkum probíhal prostřednictvím rozhovoru, který mi poskytli celkem čtyři respondenti, jedna žena a tři muži. Zkoumala jsem, jaký dopad na ně nehoda měla, zda u nich došlo k posttraumatickému rozvoji a jaké faktory posttraumatický rozvoj pravděpodobně ovlivnily. Změny, ke kterým u respondentů došlo jsem rozdělila do pěti dimenzí podle Tedeschiho a Calhouna a porovnávala jsem je mezi sebou. Dále jsem výsledky porovnávala s výsledky zahraničního výzkumu.

Zjistila jsem, že se posttraumatický rozvoj projevil u dvou respondentů, jimž nehoda výrazně ovlivnila život a z nehody si odnesli trvalé následky, díky nim ale museli přistoupit k určitým změnám, které jim v rozvoji pomohly. Ani jeden z těchto dotazovaných nevedl, že by nehoda jeho život ovlivnila negativním směrem. Oba to vnímali jako věc, na které už stejně nemohou nic změnit a snažili se na situaci nahlížet pouze z té pozitivní stránky. Dalším faktorem, který u respondenta č. 3 pomohl k osobnostnímu rozvoji, může být návštěva psychoterapeuta.

Zbylí dva jedinci si z nehody neodnesli žádné nápadně negativní dopady, ale ani výrazně pozitivní změny, proto si nemyslím, že by u nich došlo k posttraumatickému rozvoji. Mezi drobné pozitivní změny patří větší opatrnost, uvědomění si hodnoty života a lepší vztah s rodinou.

ABSTRAKT

Autor:	Patricie Špeldová
Instituce:	Univerzita Karlova Lékařská fakulta v Hradci Králové Ústav nelékařských studií
Název práce:	Posttraumatický rozvoj člověka
Vedoucí práce:	prof. PhDr. Jiří Mareš, CSc.
Počet stran:	60
Počet příloh:	1
Rok obhajoby:	2021
Klíčová slova:	Posttraumatický rozvoj člověka, posttraumatická stresová porucha, traumatická událost, trauma, dopravní nehoda

Bakalářská práce pojednává o posttraumatickém rozvoji u osob, které prodělaly vážnou dopravní nehodu. Práce se skládá ze dvou částí. Teoreticko-přehledová část se postupně věnuje těmto tématům: traumatická událost, posttraumatická stresová porucha a posttraumatický rozvoj člověka. Všímá si především dělení traumatu, jeho vzniku a jeho vlivu na osobnost člověka, příznaků, průběhu a léčby posttraumatické stresové poruchy. Dále se zaměřuje na principy a průběh posttraumatického rozvoje a na faktory, které ho mohou ovlivnit. Empirická část je koncipována jako kvalitativní sonda u 4 osob, které zažily dopravní úraz. Jednalo se o 3 muže a 1 ženu. Základní použitou metodou byl polostrukturovaný rozhovor a obsahová analýza výpovědí klientů. Výsledky ukázaly, že pouze u dvou klientů lze mluvit o skutečném posttraumatickém rozvoji. Projevil se v oblasti osobní síly, nových možností a ve změně mezilidských vztahů. U zbývajících klientů se jednalo o méně závažný dopravní úraz, který nevyvolal výraznější psychické změny v osobnosti klientů.

ABSTRACT

Name and surname of the author: Patricie Špeldová

Institution: Charles University
Faculty of Medicine in Hradec Králové
Department of Non-medical Studies

Title: Posttraumatic human growth

Supervisor: prof. PhDr. Jiří Mareš, CSc.

Number of pages: 60

Number of appendices: 1

Year of defense: 2021

Keywords: Posttraumatic human growth, Posttraumatic Stress Disorder, traumatic event, trauma, traffic accident

The bachelor thesis deals with posttraumatic growth in people who have suffered a serious traffic accident. The work consists of two parts. The theoretical and overview part gradually deals with the following topics: traumatic event, posttraumatic stress disorder and posttraumatic human growth. It pays particular attention to the division of trauma, its origin and its effect on a person's personality, symptoms, process and treatment of posttraumatic stress disorder. It also focuses on the principles and process of posttraumatic growth and the factors that may affect it. The empirical part is conceived as a qualitative survey of 4 people who experienced a traffic accident. There were 3 men and 1 woman. The basic method that was used was a semi-structured interview and content analysis of clients' statements. The results showed that only two clients can be said to have real posttraumatic growth. It manifested itself in the field of personal strength, new possibilities and a change in interpersonal relationships. The remaining clients had a less serious traffic accident, which did not cause significant psychological changes in the clients' personalities.

POUŽITÁ LITERATURA A PRAMENY

- 1) DURSUN, P., SÖYLEMEZ, I. Posttraumatic Growth: A Comprehensive Evaluation of the Recently Revised Model. *Turkish Journal of Psychiatry*, 2020, roč. 31. č. 1, s. 59-69. ISSN 1300-2163
- 2) HENSON, Ch., TRUCHOT, D., CANEVELLO, A. What Promotes Post Traumatic Growth? A Systematic Review. *European Journal of Trauma & Dissociation*, 2021, roč. 5., č. 2, 1001195. ISSN 2468-7499.
- 3) HOSÁKOVÁ, J., HOSÁK, L., a kol. *Ošetrovatelská péče v psychiatrii*. 2. vyd. Opava, 2018. 192 s. ISBN 978-80-7510-281-2
- 4) IZZOVÁ, E., a MILLEROVÁ, C. V. *Předané trauma: druhotný traumatický stres, zprostředkovaný šok: jak pomoci sobě a druhým*. 1. vyd. Praha: Triton, 2019. 193 s. ISBN 978-80-7553-662-4
- 5) KOHOUTEK, T., ČERMÁK, I. *Psychologie katastrofické události*. 1. vyd. Praha: Academia, 2009. 362 s. ISBN 978-80-200-1816-8
- 6) LEVINE, P. A. *Trauma a paměť*. 1. vyd. Praha: Maitrea, 2017. 181 s. ISBN 978-80-7500-253-2
- 7) LEVINE, P. A. *Léčba traumatu*. 1. vyd. Praha: Maitrea, 2018. 82 s. ISBN 978-80-7500-404-8
- 8) MAREŠ, J. *Posttraumatický rozvoj člověka*. 1. vyd. Praha: Grada, 2012. 200 s. ISBN 978-80-247-3007-3

- 9) PAULÍK, K. *Psychologie lidské odolnosti*. 2. vyd. Praha: Grada, 2017. 368 s.
ISBN 978-80-271-9577-0
- 10) PRAŠKO, J., a kol. *Stop traumatickým vzpomínkám*. 1. vyd. Praha: Portál, 2003.
184 s. ISBN 80-7178-811-2
- 11) SLEZÁČKOVÁ, A. *Průvodce pozitivní psychologií*. 1. vyd. Praha: Grada, 2012.
304 s. ISBN 978-80-247-3507-8
- 12) TURNER, S., COX, H. Facilitating Posttraumatic Growth. *Health and Quality of Life Outcomes*, 2004, vol. 2, no. 34, 9 s. ISSN 1477-7525
- 13) VIZINOVÁ, D., PREISS, M. *Psychické trauma a jeho terapie*. 1. vyd. Praha: Portál, 1999. 160 s. ISBN 80-7178-284-X
- 14) ZOELLNER, T., MAERCKER, A. Posttraumatic Growth in Clinical Psychology: A Critical Review and Introduction of a Two Component Model. *Clinical Psychology Review*, 2006, roč. 26, č. 5, s. 626-653. ISSN 0272-7358

ELEKTRONICKÉ ZDROJE

POLICEJNÍ PREZIDIUM ČR. *Statistika nehodovosti 2020*. [online]. [cit.2021-06-14].

Dostupné na:

<https://www.policie.cz/clanek/statistikanehodovosti900835.aspx?q=Y2hudW09Mg%3d%3>

SEZNAM ZKRATEK

BFS	Benefit Finding Scale
CiOQ	Change in Outlook Questionnaire
č.	číslo
ČR	Česká republika
kol.	kolektiv
např.	například
obr.	obrázek
PBS	Perceived Benefit Scale
PTGI	Posttraumatic Growth Inventory
PTSD	Posttraumatic Stress Disorder
resp.	respondent
SRGS	Stress-Related Growth Scale
tab.	tabulka
tzv.	tak zvaný

SEZNAM OBRÁZKŮ

Obr. 1	Model posttraumatického rozvoje Tedeschiho a Calhouna	str. 24
Obr. 2	Model Josepha a Linleye	str. 26
Obr. 3	Průběh reakce na traumatickou událost	str. 29

SEZNAM TABULEK

Tab. č. 1	Změny u respondentů v oblasti osobní síly	str. 43
Tab. č. 2	Uvědomění si nových možností	str. 44
Tab. č. 3	Změna pohledu na život	str. 44
Tab. č. 4	Změna v mezilidských vztazích	str. 45
Tab. č. 5	Změna v duchovní oblasti	str. 45

PŘÍLOHY

Příloha č. 1 – Otázky použité při rozhovoru

Stručně popište dopravní nehodu.

Jak dlouhá doba od nehody uplynula?

Kolik je Vám let?

Charakterizujte svoji osobnost před traumatem.

Jak nehoda změnila Váš dosavadní život?

Došlo ke změně vztahů v rodině?

Změnil se Váš pohled na zdraví?

Změnily se Vaše priority a hodnoty po nehodě?

Došlo u Vás ke změnám v duchovní oblasti?

Máte nějaké nové koníčky, zájmy, aktivity?

Překvapil jste něčím sám sebe?

Přinesla Vám nehoda něco pozitivního?

Bylo po nehodě nutné vyhledat pomoc psychologa?

Charakterizujte svoji osobnost po traumatu.