

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE

Pedagogická fakulta

DIPLOMOVÁ PRÁCE

2015

Bc. Vendula SKŘIVANOVÁ

Univerzita Karlova v Praze
Pedagogická fakulta
Katedra speciální pedagogiky

DIPLOMOVÁ PRÁCE

Psychické trauma a jeho vliv na lidský život
Psychological Trauma and its Effects on Human's Life

Autor: Bc. Vendula Skřivanová

Vedoucí práce: PhDr. Monika Mužáková, PhD.

Studijní program: Speciální pedagogika

Studijní obor: N SPPG

Praha 2015

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci na téma Psychické trauma a jeho vliv na lidský život vypracovala pod vedením PhDr. Moniky Mužákové, PhD. samostatně za použití v práci uvedených pramenů a literatury. Dále prohlašuji, že tato práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

Praha, 14. července 2015

podpis

Na tomto místě bych ráda poděkovala PhDr. Monice Mužákové, PhD. za trpělivé a ochotné vedení mé diplomové práce a za poskytnutí nejen cenných rad a kritických připomínek, ale i za podporu při jejím zpracování. Také bych chtěla vyjádřit poděkování dotazovaným respondentkám za poskytnuté informace a za ochotu hovořit o svém životě. Mé díky patří i lidem, kteří mě podporovali i v jiných oblastech života, na základě čehož jsem mohla tuto práci začít psát i dopsat.

ABSTRAKT

Diplomová práce „Psychické trauma a jeho vliv na lidský život“ má za cíl zjistit, jaký vliv na člověka má skutečnost, že do jeho života vstoupí neočekávaný traumatický zážitek.

Teoretická část podává stručnou charakteristiku k tématu psychického traumatu, jeho vzniku, rysům a formám, taktéž pojednává o stresových fenoménech, adaptačních, obranných a zvládacích mechanismech, jejichž pomocí se člověk snaží zvládat zátěž a vyrovnávat se s tíživou životní situací. Stěžejní část se v souvislosti s dopady extrémního stresu věnuje především posttraumatické stresové poruše, jakožto jedné z nejčastějších diagnostických kategorií, vznikající v důsledku nedostatečného zpracování závažné traumatické zkušenosti, projevující se přetrváváním psychických a somatických obtíží, a dalším následkům traumatu v oblasti psychické a sociální včetně posttraumatického rozvoje osobnosti. Rovněž je zde pojednáno o odlišných reakcích na trauma a rizikových a protektivních faktorech ovlivňujících zpracování traumatu resp. reakci na trauma.

Výzkumný projekt (Metodologické šetření) předkládá případové studie a ukazuje průběh, zpracovávání a vyrovnávání se s traumatickým zážitkem. Hodnotí a potvrzuje negativní i pozitivní dopad a vliv psychického traumatu na lidský život.

KLÍČOVÁ SLOVA

psychické trauma, stres, posttraumatická stresová porucha, následky traumatu, posttraumatický rozvoj, kvalitativní výzkum, případová studie

ABSTRACT

The objective of the diploma work „Psychological Trauma and its Effects on Human’s Life“ is to find out the impact of an unexpected traumatic experience which appears in one’s life.

The theoretical background characterizes briefly the topic of psychological traumatic experiences, their origin, features and forms. It also discusses stress phenomenon, adaptation, defence and managing mechanisms, the ones which help people to deal with strain and difficulties. In the context of extreme stress impacts, the main part focuses on posttraumatic stress disorder as one of the most frequent diagnostic categories. This disorder appears as a consequence of insufficient treatment of a serious traumatic experience which manifests itself by persistence of mental and somatic problems. The work also deals with other consequences of trauma in the psychological and social sphere including posttraumatic growth. The thesis also deals with different trauma reactions and risk and protective factors influencing trauma processing and trauma reactions.

The research project (Methodological analysis) provides with case studies and show trauma progress, processing and coping with a traumatic experience. It evaluates and confirms negative and positive impact and influence of psychical trauma on human’s life.

KEYWORDS

psychological trauma, stress, posttraumatic stress disorder, consequences of trauma, posttraumatic growth, qualitative research, case study

Obsah

1	Úvod.....	8
2	Teoretická východiska	10
2.1	Psychické trauma	10
2.2	Adaptace organismu.....	11
2.3	Krize.....	12
2.4	Stres.....	13
2.5	Reakce na stres	14
2.6	Zvládání stresu.....	16
2.6.1	Obranné mechanismy.....	16
2.6.2	Copingové mechanismy (vyrovnávací, zvládací strategie).....	17
3	Psychické trauma, akutní reakce na stres, posttraumatická stresová porucha	21
3.1	Vznik psychického traumatu	21
3.2	Rysy psychického traumatu.....	22
3.3	Formy psychické traumatizace	23
3.4	Reakce na těžký stres jako diagnostická jednotka.....	24
3.4.1	Akutní stresová reakce	25
3.4.2	Posttraumatická stresová porucha.....	28
4	Zpracování a vyrovnávání se s traumatem.....	35
4.1	Reakce na trauma.....	35
4.2	Faktory ovlivňující zpracování traumatu, reakci na trauma - rizikové a protektivní faktory	37
5	Následky traumatu	44
5.1	Následky psychické.....	45
5.2	Následky sociální.....	49
5.3	Trauma ze znásilnění a jeho následky.....	51

5.4	Posttraumatický rozvoj.....	53
6	Metodologické šetření.....	56
6.1	Výzkumná strategie.....	56
6.2	Výzkumné otázky a cíle	57
6.3	Výběr vzorku	58
6.4	Výběr výzkumné metody	59
6.5	Etické aspekty a průběh výzkumného šetření.....	60
6.6	Případová studie č. 1	63
6.7	Případová studie č. 2	72
6.8	Diskuse a doporučení	92
7	Závěr	105
8	Seznam použitých informačních zdrojů.....	109

1 Úvod

V diplomové práci bych se chtěla zaměřit na nejzásadnější jev, prostupující celou práci, kterým je psychické trauma. Doufám, že se mi podaří vnést více porozumění a vzhledu nejen do problematiky psychického traumatu, ale i do možností a způsobů zpracovávání, překonávání a vyrovnávání se s traumatickým zážitkem včetně možnosti posttraumatického rozvoje osobnosti - trauma totiž nemusí zanechat v psychice jen jizvy a šrámy, ale za určitých okolností může být i přínosem.

Na základě sdělených subjektivních zkušeností, prožitků, pocitů, postojů, názorů, postřehů a dalších informací oslovených respondentů seskupených do případových studií, se pokusím ještě více přiblížit a prohloubit zpracované teoretické informace a poznatky. V této věcně zaměřené části bude mým cílem odpovědět na ústřední otázku celé práce: Jaký vliv má psychické trauma resp. traumatický zážitek či událost na lidský život.

Ve své diplomové práci jsem se rozhodla pro téma, se kterým se může za určitých okolností setkat každý z nás. Přesto si myslím, že „obětem“ traumatických zážitků, kteří se potýkají se spoustou negativních a bolestných změn na tělesné, psychické i sociální úrovni, není věnována taková pozornost, kterou by si tito lidé, kteří se ničím neprovinili ani nic nezavinili, zasloužili. V neposlední řadě i má vlastní zkušenost s traumatickým zážitkem byla jedním z podnětů pro výběr tématu.

V průběhu života se lidé setkávají s různými stresovými či zátěžovými situacemi. Přirozenou součástí života každého člověka nejsou jen chvíle štěstí a pohody, ale i určitá míra stresu. Existují však podněty, které mohou být tak intenzivní, nenadálé nebo vlastní silou nezvladatelné, že stojí za vyvoláním traumatické odpovědi, přičemž vpád traumatu je masivní a neočekávaný. K ohrožujícím událostem, které mohou stát za vznikem psychického traumatu, lze zařadit např. smrt blízkého, závažný úraz nebo onemocnění, ale i události, které se vymykají běžné lidské zkušenosti např. různé živelné katastrofy, přepadení, znásilnění, mučení aj.

Dá se říci, že obecně platí, že zkušenost s traumatem do určité míry ovlivní život každého člověka. Některým se podaří s tímto problémem vyrovnat za použití běžných adaptačních mechanismů, u ostatních mohou být potíže spojeny se symptomatikou posttraumatické stresové poruchy, která je projevem nedostatečného zpracování závažné

traumatické zkušenosti, nebo jiných psychických poruch, které často vyžadují odbornou intervenci.

Domnívám se, že přítomnost a zkušenost s traumatickým zážitkem resp. psychickým traumatem, vzniklým působením extrémně intenzivního vnějšího stresoru, narušuje ve většině případů fungování v různých oblastech života. Každá nemoc (somatická i psychická) člověka omezuje, přináší s sebou zátěž a nepříznivě ovlivňuje kvalitu života. Taktéž u každé nemoci duše se vyskytuje řada příznaků a projevů, které ztěžují, znepříjemňují či omezují fungování v osobním i společenském životě. Nejen z těchto důvodů je více než jasné, nebo alespoň velmi pravděpodobné, že přítomnost traumatického zážitku se bude podílet a ovlivňovat život svého nositele.

2 Teoretická východiska

2.1 Psychické trauma

Slovo trauma pochází z řečtiny a znamená „zranění, úraz“ (Baštecká, Goldmann, 2001). Podle Psychologického slovníku (Hartl, 2000, s. 626) je psychické trauma definováno jako „psychické poškození, duševní úraz, který má za následek funkční poruchy, někdy i organické změny“. Vokurka a Hugo (1998 in Baštecká, Goldmann, 2001, s. 252) definují trauma jako „náhlou zevní událost, která svým působením na organismus vyvolá jeho poškození“. Podobně ho popisuje i Vágnerová (2008, s. 52), která uvádí, že „psychické trauma je náhle vzniklá situace, která má pro jedince výrazně negativní význam, vede k určitému poškození nebo ztrátě“ anebo Paulík (2010, s. 74), který psychické trauma chápe jako „silný stres, který na jedince významně zapůsobí a často přináší dlouhodobé či trvalé následky“.

Trauma se projevuje změnami a potížemi v emoční oblasti - člověk ztrácí pocit jistoty a bezpečí, prožívá smutek, úzkost a obavy z budoucnosti, ovlivněno je též uvažování traumatizovaného jedince, které je často neobjektivní, nekritické, nesoudné a ovlivněné citovými prožitky, stejně tak se změny projeví i v chování, kdy člověk bude využívat obranných reakcí - úniku či útěku (Vágnerová, 2008).

Je zřejmé, že tyto neočekávané a bolestné změny v oblasti emocí a jejich prožívání, uvažování i chování budou mít za následek i změnu životní situace, která se může stát zdrojem výrazného stresu - porucha, která v důsledku těchto obtíží může vzniknout je označována jako posttraumatická stresová porucha. Dříve než se však k charakteristice a vymezení této poruchy i k její terapii a léčbě dostanu, chtěla bych následující kapitoly věnovat vysvětlení dílčích pojmů souvisejících a vztahujících se k tématu psychického traumatu, kterými budou pojmy jako stres, stresová reakce, krize, adaptace organismu, obranné a vyrovnávací (copingové) mechanismy a jiné. Často dochází k tomu, že se pojmy jako stres, krize, trauma zaměňují, pokusím se tedy uvedené pojmy osvětlit a nastínit, jak jsou do problematiky psychického traumatu zapojeny ve snaze lepšího uvedení do ústředního tématu práce.

2.2 Adaptace organismu

Adaptaci můžeme chápat jako způsob, jakým se člověk přizpůsobuje prostředí a vyrovnává s určitými úkoly a životními situacemi. Adaptace obecně představuje podle Paulíka (2010, s. 11) „takové chování organismů, které jim umožňuje přizpůsobení se podmínkám (prostředí), v nichž žijí, a tak je nezbytnou podmínkou přežití“. Adaptace je zajišťována schopností organismu neustále se vyrovnávat s nároky v určitém rozmezí a udržovat vnitřní rovnováhu a současně umožňuje hledat nové způsoby chování, využívat i novým podmínkám uzpůsobovat již dříve osvědčené adaptační mechanismy. Za základní funkci adaptačního procesu je možné považovat dosažení a udržení relativně stabilního stavu vnitřní rovnováhy organismu označovaného jako homeostáza, neméně důležitá je i rovnováha psychická, která se dá charakterizovat jako „prožitek vnitřní pohody osobnosti jako biopsychosociálně-duchovní entity“ (Paulík, 2010, s. 12).

Schopnost jedince přizpůsobit se přírodnímu či společenskému prostředí se nazývá adaptabilita. K tomu Hartl (2000, s. 16) doplňuje, že „nedostatečná nebo snížená adaptabilita může vést k řadě psychopatologických symptomů“.

Adaptaci na úrovni osobnosti můžeme podle Smékala (2012) rozdělit na objektivní a subjektivní. Objektivní adaptace je nejčastěji posuzována podle toho, jak se člověk včleňuje do podmínek svého života, jak je zakotven ve své rodině, mezi přáteli, známými, jak zvládá nároky zaměstnání, partnerských vztahů. Do subjektivní adaptace je zahrnuto, jak se člověk přijímá, jak hodnotí vlastní postavení ve světě ostatních lidí, jak se v různých oblastech života cítí spokojený a šťastný, nebo jestli prožívá nespokojenost, napětí, neklid či úzkost. Dobře adaptovaný člověk úspěšně řeší a zvládá různé životní úkoly, sociálně konstruktivním způsobem se vyrovnává s problémy i s požadavky okolí, dokáže přijmout sám sebe takového, jaký je. Opakem adaptace je maladaptace. Neúspěšně či nedostatečně adaptovaný člověk se často dostává do konfliktů, nedokáže přijmout sám sebe, překonávat překážky a přijatelně se vyrovnávat s problémy mu činí potíže, nepřiměřeně reaguje na životní úkoly - „maladaptovaný jedinec nároky svého života, překážky a problémy zvládá jen s obtížemi, případně vůbec - nezřídka trpí nejen sám, ale způsobuje nepříjemnosti i svému okolí“ (Paulík, 2010, s. 13).

Běžné změny v prostředí (včetně změn fyziologických funkcí) narušují adaptaci jen nepodstatně a v přijatelných mezích, avšak výrazné a nevšední změny ve vnějším prostředí nebo i uvnitř organismu adaptační mechanismy oslabují a představují v interakci organismu

s prostředím výjimečný stav, který je označován jako stresová situace (Paulík, 2010). K tomu se podobně vyjadřuje i Smékal (2012), který uvádí, že „v běžných životních podmínkách se adaptační dynamismy většinou projevují v individuálních rozdílech charakteru lidí“. Lze tedy říci, že pokud nedojde v životě jedince k výjimečné situaci, není postaven do náročné životní situace, adaptační mechanismy se projevují jako charakterové vlastnosti toho kterého člověka, nevzbuzují pozornost u ostatních lidí. Autor doplňuje, že nápadněji se adaptační dynamismy začínají projevovat a ovlivňovat prožívání a jednání člověka teprve v obdobích výrazných změn, v situacích zátěže nebo v nových a nevšedních situacích, se kterými se člověk běžně ve svém životě neseťká a když dosavadní způsoby prožívání a jednání přestávají stačit.

Lidská adaptace se tedy uskutečňuje v interakci dvou systémů, kterými jsou osobnost a prostředí - „adaptace je závislá na celé řadě faktorů, včetně genetické výbavy, dovedností naučených v průběhu života a na osobnosti jedince“ (Höschl, 2004, s. 518).

Za příčinu narušení adaptačního procesu lze považovat stres, selhání copingových mechanismů nebo selhání odolnosti. Nejen o těchto fenoménech budu hovořit v následujících kapitolách.

2.3 Krize

Termín krize pochází z řeckého „krisis“ a znamená „rozdělení, svár, rozhodování, rozsudek“ (Špatenková, 2004, s. 107). Krize - na rozdíl od traumatu, který je definován podnětem (tedy tím, co se stalo) - je vymezována jedincem (tedy tím, komu se to stalo). Každý člověk je jedinečný, každý tedy za krizovou situaci považuje něco jiného i ta samá situace může být jednotlivými lidmi vnímána odlišně. Jako příklad uvádí Baštecká a Goldman (2001, s. 275) např. rozvod, přičemž o této situaci nemůžeme předem říci, co pro daného člověka znamená, ale musíme se ho zeptat, protože někdo bude rozvod vnímat jako selhání, jiný jako úlevu a začátek nového života, pro dalšího může znamenat naprostou ztrátu smyslu.

„Podle současných psychologických koncepcí představuje krize přechodný stav vnitřní nerovnováhy způsobený kritickými událostmi, které vyžadují zásadní změny a řešení“ (Špatenková, 2004, s. 15).

Známý a rozšířený systém klasifikace krizí vytvořil Baldwin (Vodáčková, 2002; Špatenková, 2004). Jeho klasifikační systém - Baldwinova typologie krizí - popisuje šest typů krizí, kde kromě asi nejznámějších typů krizí, kterými jsou krize situační (např. ztráta zdraví, rozvod, stěhování aj.), krize přechodové (např. puberta, klimakterium, sňatek, narození

prvního dítěte aj.) či krize vývojové, můžeme najít i krize traumatické, při kterých je krize způsobena mocnými vnějšími stresory, které člověk neočekává a nemá nad nimi téměř žádnou kontrolu, danou událostí se cítí zdrcen a ochromeny jsou i jeho vyrovnávací strategie.

Hloubka a rozsah psychických změn (úzkost, zoufalství, bezradnost, beznaděj, změna uvažování či jednání aj.) vyvolaných krizovou událostí je závislá na intenzitě působícího faktoru, na individuálních vlastnostech jedince i na sociálním kontextu události (Špatenková, 2004).

Podle Vymětala (1995 in Vodáčková, 2002, s. 29) je krize v oblasti psychosociální definována jako „důsledek střetu s překážkou, kterou nejsme schopni vlastními silami, vlastními vyrovnávacími strategiemi, eventuálně za pomoci nám blízkých lidí, zvládnout v přijatelném čase a navyklým způsobem“. Dá se říci, že doposud používané způsoby reagování nejsou dostatečně efektivní, a proto je třeba hledat nové.

„Kritických rozměrů mohou nabývat různé situace, v nichž je člověk konfrontován s vážným rizikem ohrožení, přičemž v pojmu krize je akcentována rozhodující mez, za kterou už nelze zátěž dále zvyšovat bez destruktivních následků. Nutnou podmínkou další existence je dosažení obratu nepříznivého vývoje“ (Paulík, 2010, s. 64). Zvládnout krizi znamená přehodnotit situaci a hledat účelnější a efektivnější způsoby jednání a reagování.

Vodáčková (2002, s. 31) uvádí, že „krize vede obvykle ke změně regulačního vzorce, ke změně regulativních způsobů našeho chování - at' v pozitivním, nebo v negativním smyslu“. Z toho vyplývá, že krize může být nebezpečím ve smyslu možného psychického ohrožení, ale i příležitostí - může být i prvkem procesu zrání.

2.4 *Stres*

Pojem stres poprvé použil kanadský lékař Selye¹ a označoval jím charakteristické fyziologické projevy, kterými organismus reaguje na různé zátěže - stres je podle něj „sumou všech adaptačních reakcí biologického systému, které byly spuštěny nespecifickou noxou“

¹ Hans Selye (1907 - 1982); původem Maďar; autor první systematické teorie stresu zahrnující problematiku adaptace, významný představitel biologického pojetí stresu; v roce 1936 popsal obecný adaptační syndrom (general adaptation syndrome - GAS), kterým popsal biologickou reakci organismu na stres (Baštecká, Goldmann, 2001)

(Schettler, 1993 in Vágnerová, 2008, s. 50). Termín stres má však v současnosti mnohem širší význam a použití.

Z psychologického hlediska lze stres chápat jako „stav nadměrného zatížení či ohrožení“ (Vágnerová, 2008, s. 50). Lazarus (in Vizinová, Preiss, 1999, s. 16) definuje stres jako „ohrožení organismu v důsledku nadměrných požadavků na fyziologické a psychické adaptační rezervy“ a Vodáčková (2002, s. 359) jako „výsledek interakce mezi určitou silou působící na člověka a schopností organismu odolat tomuto tlaku“.

Stresující vliv podnětu či zátěžové situace na konkrétní osobu i v následujících odstavcích popisovaná reakce na stres má vždy individuální charakter, přičemž důležitou roli hrají faktory jako význam události, předchozí zkušenost, obecná kapacita odolávat zátěži, zralost a úroveň kognitivních funkcí, možnost sociální opory i osobnostní charakteristiky jedince (Vodáčková, 2002). „Jestliže se však subjektivní míra zátěže zvyšuje natolik, že se s ní jedinec nedokáže vyrovnat, může působit jako zdroj psychických potíží“ (Vágnerová, 2008, s. 48).

Stres je souhrn fyzických a psychických reakcí organismu, odezvou na dlouhodobou či nadměrnou zátěž nebo ohrožení. V menší míře není stres škodlivý. Pokud ho však člověk zažívá opakovaně, nebo tato zátěž trvá delší dobu, jedinec se s tím vyrovnává o dost obtížněji, což může mít škodlivé důsledky pro jeho tělo i duši.

2.5 Reakce na stres

Reakce na stres probíhá ve třech fázích, které zachycují postupné zvládnání stresové situace (Rahe, 1995 in Vágnerová, 2008, s. 51 - 52). V první fázi dochází k aktivaci obranných reakcí a k uvědomění zátěže, druhá fáze je spojena s hledáním účelných strategií a třetí fáze s rozvojem stresem podmíněných poruch.

První fáze je spojena s aktivací fyziologické a psychické reakce. Při reflexní fyziologické reakci dochází v organismu ke složitým biochemickým změnám, při kterých je do krve vylučován např. adrenalin, glukóza a jiné látky, jejichž cílem je aktivizovat energii a použít ji při zvládnání zátěže. Podle Selyeho se tato automatická fyziologická reakce nazývá reakcí poplachovou a je první fází Obecného adaptačního syndromu². Psychická reakce

² Obecný adaptační syndrom - podle Selyeho biologická reakce organismu na stres probíhající ve třech fázích:

1) fáze poplachová - představuje náhlé narušení vnitřního prostředí organismu

začíná interpretací určité situace jako stresující, prožitek stresu je v této fázi spojen se změnou emočního prožívání (úzkost, napětí, strach, smutek, hněv či apatie) i se změnou kognitivních funkcí (změna uvažování - např. zkratkovitě, změna způsobu zpracování informací a jejich hodnocení či zhoršení koncentrace pozornosti), zátěž aktivizuje psychické obranné reakce, jejichž smyslem je zachování resp. znovuzískání psychické rovnováhy jedince.

Jak již bylo řečeno, druhá fáze reakce na stres je spojena s hledáním účelných strategií, které by mohly vést ke zvládnutí stresu, nebo alespoň přispěly ke zmírnění účinků stresu. Nalezením efektivních strategií v této fázi dochází k tomu, že fyziologické i psychické funkce se vracejí do normálního stavu. Pokud se však nedaří dlouhodobě zátěž zvládnout, nastupuje poslední fáze, kterou je fáze rozvoje stresem podmíněných poruch, kdy dochází k selhání obranných reakcí a nejde už jen o akutní obtíže, ale o závažnější a trvalejší problémy. Vizínová a Preiss (1999, s. 16) k tomu dodávají, že „při dlouhodobé zátěži může dojít k patologickým změnám v psychice i v organismu člověka“.

Dlouhodobý nebo často se opakující stres může mít negativní vliv na fyzickou, psychickou i sociální pohodu. Avšak stres nemusí mít vždy jen negativní význam. Vágnerová (2008, s. 50) k tomu říká, že „přiměřená míra, resp. určitá varianta stresu, může člověka také aktivizovat, stimulovat ho k hledání účelného řešení situace a tím rozvíjet jeho kompetence. Překonání zátěže podporuje pocit růstu vlastních možností a posiluje sebedůvěru“.

Mezi základní způsoby reakce na stres, uskutečňovaných v první fázi výše popisované třífázové reakce a vycházejících z fylogeneticky starých mechanismů, řadíme útok a únik. Jedinec na nebezpečí reaguje agresí nebo útekem. Tyto dvě základní obranné reakce chrání člověka před bolestí z případného zranění a zároveň je jejich cílem rychlá mobilizace sil.

Aktivní reakci na stres či náročnou životní situaci představuje útok, který „vyjadřuje tendenci s ohrožující a nepřijatelnou situací bojovat“ (Vágnerová, 2008, s. 56), přičemž útok může být zaměřen přímo na zdroj ohrožení nebo na náhradní objekt (na někoho nebo něco jiného), ale i přesunutí agrese na vlastní osobu. Tento aktivní způsob zahrnuje různé formy chování od výhrůžné gestikulace, přes verbální ataky až po útok fyzický včetně sebevražedných tendencí. Vágnerová (2008, s. 56) uvádí, že „do této kategorie je možné

-
- 2) fáze rezistence - kdy je adaptace na stres maximální - organismus si na stresující podnět zvyká
 - 3) fáze vyčerpání - nastává, jestliže získaná rezistence je nedostatečná - jejím výsledkem může být celkové selhání adaptační a regulační schopnosti (Vodáčková, 2002, s. 360)

zařadit i tendenci k upoutávání pozornosti, k sebeprosazení, např. odlišným a nápadným chováním či úpravou zevnějšku“.

Opačnou variantou řešení a vymanění se z tíživé situace, vyjadřující „tendenci utéci ze situace, která se zdá neřešitelná“, je únik (Vágnerová, 2008, s. 56). Únik z neřešitelné či neúnosné reality může být faktický (např. útěk z místa tragédie), symbolický (zakrytí obličej rukama), fantazijní. Vyhnutí se prožití nebo řešení náročné situace může být interpretováno jako únik do nemoci. Způsobem, jakým lze uniknout před problémy může být i přenesení odpovědnosti na někoho jiného, popírání existence problému nebo jeho bagatelizace, izolace jedince či jeho regrese, negativismus, nebo denní snění. Únikem lze chápat i uchýlení se k alkoholu a jiným návykovým látkám, nevratným únikem je pak únik ze života (Vágnerová, 2008; Špatenková, 2004).

Shodneme se na tom, že určitá míra stresu je přirozenou součástí života. Avšak v průběhu života se mohou přihodit neočekávané a vlastní silou nezvladatelné situace, které vyvolávají traumatickou odpověď.

2.6 Zvládání stresu

Každý člověk zvládá (vyrovnává se) se zátěží individuálně typickým způsobem. Zvolená strategie může být uvědomovaná i ne plně uvědomovaná.

2.6.1 Obranné mechanismy

Obranné mechanismy patří mezi ty ne plně uvědomované způsoby zvládání a vyrovnávání se se stresem. Slouží k udržení celistvosti a uchování integrace osobnosti i duševní rovnováhy. Jejich používáním bráníme své ego, obraz o sobě i pocit jistoty a také nás chrání před úzkostmi, afekty nebo pocity viny (Vágnerová, 2008). Podrobně se obrannými mechanismy zabýval kromě jiných Sigmund Freud, který jich popsal deset, nebo jeho dcera Anna, která k nim přidala ještě další (Paulík, 2010). Autor také uvádí (s. 77), že „jejich základem je změna (mnohdy zkreslení) hodnocení a prožívání vnímané reality“. Jednotlivé obranné mechanismy se tedy liší mírou zkreslení skutečnosti, způsobem, jakým člověk s informací naloží, tj. jak se v důsledku toho bude chovat i tím, jak jsou účinné, resp. do jaké míry pomáhají či nepomáhají k vyrovnání se s danou zátěží (Vágnerová, 2008). Paulík (2010, s. 78) k tomu doplňuje, že „existují situace, kdy je jejich použití více méně účelné a opodstatněné, mnohdy však je lze považovat spíše za náhradní a neplnohodnotné

způsoby adaptace na zátěž podléhající různým subjektivním zkreslením a klamům“. V této souvislosti se rozlišují obranné mechanismy na nezralé (např. projekce³, izolace, popření⁴, vytěsnění⁵, regresi⁶ aj.) a zralé (sublimace⁷, humor, předjímání a zaměření do budoucnosti aj.) formy obrany (Vágnerová, 2008).

2.6.2 Copingové mechanismy (vyrovnávací, zvládací strategie)

Při zvyšující se tenzi vyvolané eskalující tíživou situací se snažíme hledat a nacházet přirozené cesty a účinné postupy, jak narůstající tenzi zastavit a zvládnout - mluvíme o vyrovnávacích mechanismech. Během života si prostřednictvím procesu učení vytváříme jejich repertoár. V odborné literatuře se setkáváme s pojmem vyrovnávací či zvládací (coping) strategie, přičemž jde o „aktivní a vědomý způsob zvládnání stresu“ (Paulík, 2010, s. 79).

Vodáčková (2002, s. 46) uvádí, že copingem se míní „způsob a forma chování, kterým se přizpůsobujeme nárokům života“. K tomu Paulík (2010) dodává, že je třeba rozlišovat mezi adaptací a copingem, kdy adaptace⁸ se vztahuje ke zvládnání zátěže jako takové a coping „se uplatňuje v případech, kdy je zátěž vzhledem k odolnosti osobnosti nadlimitní nebo podlimitní, a je tedy potřebné vyvinout zvýšené úsilí k vyrovnání se s ní“ (s. 79). Coping tedy představuje zvládnání náročných či stresových situací.

Folkman (1986 in Paulík, 2010, s. 79) charakterizuje coping jako „behaviorální, kognitivní nebo sociální odpovědi související s úsilím eliminovat, zvládat či tolerovat vnitřní nebo vnější tlaky a tenze pocházející z interakce osobnosti a prostředí“. Podle Holahana a Mosse (1990 in Paulík, 2010, s. 79) coping představuje „stabilizující faktor, jenž může pomoci udržovat psychosociální adaptaci během stresuplné epizody“.

³ projekce - promítání svých pocitů a motivů do jiných lidí; přisuzování vlastních chyb druhým, resp. očekávání takového chování, k němuž má člověk sám sklony

⁴ popření - jde o vědomý obranný mechanismus, kdy se člověk brání tím, že přijímá jen takové informace, které pro něho nejsou ohrožující, resp. nepříjemné (např. popření nemoci)

⁵ vytěsnění - jde o nevědomý obranný mechanismus, který je založen na odstranění nepříjemných a nepříjemných pocitů a myšlenek z vědomí (vytěsňovány jsou např. traumatizující zážitky). Vytěsněné obsahy vědomí se projevují i nadále, ale v pozmeněné podobě, ve které nevyvolávají tak intenzivní pocity ohrožení.

⁶ regrese - návrat či únik na vývojově nižší úroveň chování; regresivní projevy se projevují i jako reakce na prožitky traumatu

⁷ sublimace - představuje transformaci nedostupného způsobu uspokojení v jiný, který je dostupný a přijatelný

⁸ viz. kap. 2.2

V literatuře se dále setkáme se styly a strategiemi zvládnání zátěžových situací a jejich rozdíly. Zvládací (copingový) styl představuje globálnější a relativně přetrvávající charakteristiku chování v zátěžové situaci, která je více osobnostně zakotvená a podložená i vrozenými činiteli. Pro copingový styl jsou příznačné „relativně neměnné vzorce prožívání a chování jedince v zátěžové situaci a zejména jeho tendence hodnotit situaci určitým způsobem a reagovat na ni v obecném smyslu“ (Paulík, 2010, s. 81). Určitý styl se projevuje v preferenci jistých strategických postupů.

Zvládací (copingové) strategie reprezentují volby postupů více situačně ovlivňované a přihlížející k daným podmínkám, jsou tedy méně obecné a podmíněny učením konkrétních úkonů než styl zvládnání. Zvládací strategie můžeme chápat jako „prostředek realizace přihlížející v jeho rámci k aktuálnímu psychosomatickému stavu jedince a k vnějším situačním podmínkám“ (Paulík, 2010, s. 81).

Volba vhodné copingové strategie závisí na jedincově hodnocení zátěžové situace, na posouzení vlastních možností i na předcházejících zkušenostech. „Výběr vyrovnávacích strategií ovlivňují i osobnostní rysy konkrétních jedinců - predisponují tak k určitému stylu vyrovnávání se se stresem a mohou být vysvětlením odlišné zranitelnosti různých osob vůči stresu“ (Vizinová, Preiss, 1999, s. 16). Existují dvě základní strategie zvládnání, které se prosazují právě podle výsledků hodnocení situace. Jsou jimi coping zaměřený na řešení problému a coping zaměřený na emoce (Vágnerová, 2008).

Coping zaměřený na řešení problému volí jedinec tehdy, pokud je přesvědčen, že je možno něco dělat, že problém je možné řešit a myslí si, že je schopen takového cíle dosáhnout. Tato strategie spočívá v přímé akci, je to aktivní přístup, zahrnuje v sobě úsilí působit na prostředí, ovlivnit ho a změnit, kdy se jedinec pokouší získat a využít adekvátní informace a uplatnit je ve změnách vlastního chování, přeformulovat a redefinovat problém a najít jiné, alternativní způsoby řešení situace (Špatenková, 2004; Paulík, 2010).

Coping zaměřený na emoce převládne tehdy, pokud jedincovo hodnocení situace vyústí do závěru, že se nic dělat nedá. Zakládá se na snaze o udržení přijatelné subjektivní pohody, na uchování psychické rovnováhy a redukci negativních zážitků. Nepříjemné napětí se pokouší redukovat únikovými mechanismy, např. únik do fantazie, ke vzpomínkám. „Jedinec se zpravidla pokouší vyhnout myšlenkám na ohrožení, mění názor na to, co se děje nebo co se bude dít, dává událostem jiný význam“ (Paulík, 2010, s. 80).

Jak uvádí Baštecká a Goldmann (2001, s. 167) „chováním, kterým zvládáme náročné (zátěžové - stresové) situace, se nárokům prostředí přizpůsobujeme dobře nebo špatně“. Dá se říci, že ve svém výsledku mohou být vyrovnávací strategie adaptivní nebo i maladaptivní odpovědí na vzniklou situaci.

Mezi „zdravé“ a užitečné adaptivní vyrovnávací strategie, jejichž použitím můžeme zvládnout náročnou situaci, lze podle Vodáčkové (2002) zařadit např. schopnost kontaktovat se s vlastními pocity - neskrývat je, neomlouvat se za své emoce, schopnost zorientovat se v ambivalentních pocitech, ulevit si pláčem, schopnost odreagování, vlohu využívat dostupných informací a prostředků k orientaci v situaci, schopnost sdílet a sdělovat své těžkosti s druhými, schopnost využít vlastní starší zkušenost i zkušenosti blízkých lidí nebo schopnost být v kontaktu se svým tělem a vnímat vlastní tělesné prožitky a potřeby a reagovat na ně ve snaze zachytit včas, že se něco děje, než je to opravdu zjevné, protože v zátěžové situaci míváme tendenci vlastní tělesné prožitky a potřeby nevnímat.

Caplan (in Špatenková, 2004, s. 37) rozlišuje následující efektivní a neefektivní strategie zvládání zátěžové situace:

1) efektivní strategie:

- aktivní přístup k realitě a hledání informací
- ventilování pozitivních a negativních emocí
- aktivní hledání pomoci u jiných
- rozdělení problémové situace na části a jejich postupné řešení
- schopnost rozeznat u sebe symptomy únavy a dezorganizace
- aktivní vyrovnávání se s emocemi a problémy nebo jejich akceptování v případě, že je není možné změnit
- pružnost a ochota změnit sebe samého
- sebedůvěry a důvěra k jiným lidem a naděje v překonání zátěžové situace

2) neefektivní strategie:

- odmítání připustit si problémovou situaci, selektivní uvažování, náladovost, pasivita
- potlačování negativních emocí, jejich vytěsňování nebo naopak projekce a obviňování druhých
- všeobecná dezorganizace, zhoršení pracovní výkonnosti, prudké narušení denního rytmu a každodenních zvyklostí
- neschopnost sebeovládání, výbuchy emocí, rezignace cokoli podniknout
- nehledání nebo neakceptování nabízené pomoci od druhých

Lze shrnout, že proces zvládnání zátěže a adaptace na zátěž se uskutečňuje v podstatě dvěma způsoby či strategiemi, kterými jsou reakce obranné (obranné mechanismy) a reakce zvládací (copingové mechanismy), přičemž u obou způsobů spatřujeme podobnosti - snižují stres i rozdíly - zatímco obranné mechanismy realitu zkreslují, nepředchází jim zhodnocení situace a jejich výsledkem je automatické chování, tak copingové strategie skutečnost respektují, předchází jim zhodnocení situace i vlastních možností a jejich výsledkem je promyšlené chování. Avšak v průběhu života se mohou přihodit neočekávané a vlastní silou nezvladatelné situace, které jsou pro jedince natolik stresující resp. traumatizující, že se s nimi nedokáže běžným způsobem vyrovnat.

3 Psychické trauma, akutní reakce na stres, posttraumatická stresová porucha

Jak uvádějí Vizinová a Preiss (1999, s. 19) „platí jistá hranice, za kterou jsou události obecně považovány za traumatické, jak o tom hovoří i jedno z diagnostických kritérií posttraumatické stresové poruchy“. K ohrožujícím událostem, které mohou stát za vznikem psychického traumatu, lze zařadit např. smrt blízkého, závažný úraz nebo onemocnění, ale i události, které se vymykají běžné lidské zkušenosti např. různé živelné katastrofy, přepadení, znásilnění, mučení aj.

Z hlediska přetrvávání potíží, které byly vyvolány traumatickou událostí je možné diferencovat dva typy. Prvním z nich je akutní reakce na stres, která vzniká bezprostředně po traumatickém zážitku a obvykle odeznívá během několika hodin nebo dnů a druhým typem je posttraumatická stresová porucha, která se objevuje jako protrahovaná reakce na traumatický zážitek (Vágnerová, 2008). Tress shrnuje (2008, s. 300): „Po každé formě traumatizace může vedle akutních zátěžových reakcí docházet také k posttraumatickým zátěžovým poruchám“.

3.1 *Vznik psychického traumatu*

Vizinová a Preiss (1999) říkají, že psychické trauma vzniká působením dlouhotrvající stresující situace nebo jednoho extrémně stresujícího zážitku, jehož příčina je pro jedince vnější, extrémně děsivá, zahrnuje bezprostřední ohrožení života nebo tělesné integrity a vytváří v jedinci pocit bezmocnosti. Působením vnějšího činitele jsou narušeny psychické a biologické adaptační mechanismy jedince a jeho vnitřní psychické zdroje nejsou dostačující k vyrovnání se s ohrožením. Je zde patrný rozdíl mezi stresem⁹ a traumatem, kdy při traumatu „děsivé zážitky zaplavují a paralyzují systém sebeobrany, ničí pocit vnitřní kontroly a kompetence a ve svých důsledcích narušují i důvěru ve smysl, řád a kontinuitu lidského života“ (Vizinová, Preiss, 1999, s. 17).

Jiní autoři ke vzniku psychického traumatu uvádějí následující: „Psychické trauma vzniká jako reakce na závažný a neobvyklý traumatizující zážitek, s nímž se člověk nedovede běžným způsobem vyrovnat, protože tento podnět neodpovídá standardnímu očekávání. Lidé

⁹ viz kap. 2.4

tudíž nemohou být vybaveni potřebnými kompetencemi, které by jim pomohly tyto situace zvládnout“ (Vágnerová, 2008, s. 437). Tress doplňuje (2008, s. 300): „Pod pojmem psychické trauma chápeme intenzivní prožitek ohrožení, jehož kvalita se nachází výrazným způsobem mimo rámec typického lidského prožívání a jehož intenzita překračuje psychické kapacity pro zpracování, které jsou člověku průměrně k dispozici“.

3.2 Rysy psychického traumatu

Paulík (2010, s. 74) uvádí, že „k základním rysům traumatu patří spojitost s prožitkem ohrožení života nebo psychické integrity (obavy, že člověk zešílí), jenž vyvolává extrémní zděšení a pocity naprosté bezmoci“.

Podrobněji se této problematice věnují Vizinová a Preiss (1999), kteří za podstatné rysy traumatu považují nemožnost uniknout, nepochopitelnost, disociace a narušení mezilidských vztahů, přičemž autoři neuniknutelností rozumí znemožnění smysluplné akce v důsledku traumatického zážitku, čímž se člověk ocitá ve stavu totální bezmoci - „dochází k dezorganizaci jednotlivých komponent obvyklé odpovědi lidského organismu na nebezpečí a tyto komponenty ve své bezúčelnosti mají tendenci přetrvávat dlouho po skončení stavu skutečného ohrožení“ (s. 17).

Druhým zásadním rysem traumatu je nepochopitelnost, kdy traumatický zážitek nelze zařadit mezi obvyklé životní zkušenosti, daný jedinec nastalé situaci nerozumí, neumí se jí přizpůsobit - „neschopnost dát smysl zažívanému ničí možnosti adaptace a neúnosně zvyšuje vnitřní aktivaci organismu“, také nemůže k obraně použít dosud známé reakce, není schopen využít své kognitivní funkce k vyřešení dané situace. Traumatická zkušenost ohrožuje jedince základní představy o světě a jeho místě v něm - „traumatická zkušenost ohrožuje vnímání světa jako uspořádaného, smysluplného a bezpečného místa, lidí jako v jádru dobrých, sebe jako integrované, hodnotné a nedotknutelné bytosti. Nepochopitelná zkušenost zůstává obvykle neasimilována a později je nutkavě znovuprožívána“ (s. 18).

Jako třetí rys traumatu je uváděna disociace, kdy některé duševní procesy, které za běžných okolností fungují ve vzájemné integraci, začínají pracovat odděleně. Člověk se tím nevědomě chrání před nadměrným množstvím emocí, jejichž nápor by nejspíše nedokázal udržet pod kontrolou - „symptomy vyvolané traumatem mají tendenci ztrácet vazbu se svým původcem a žijí si dále svým vlastním životem“ (s. 18). Při vybavení vzpomínek, které

obvykle nejsou volně přístupny vědomí, vzniká obrovský emoční tlak, který může za určitých podmínek způsobit nekontrolovatelnou afektivní reakci.

Dalším z hlavních rysů traumatu je narušení mezilidských vztahů. Ve chvílích, kdy jedinec není schopen zvládat ohrožení, stoupá jeho potřeba sdílení a kontaktu s druhými, potřeba jejich pomoci - „stabilní sociální vazby jsou jedním z faktorů, které mají vliv na míru následků traumatu“ (s. 18). Nejhuře se člověk s traumatem vyrovnává v izolaci od druhých - „nejdrtivější dopad má na člověka trauma prožité v izolaci. Bez možnosti sdílení je člověk připraven o jeden z nejdůležitějších zdrojů napomáhajících adaptaci“ (s. 18).

3.3 Formy psychické traumatizace

Arcel (1994) (in Vizinová, Preiss, 1999, s. 19) rozdělil psychickou traumatizaci na tři formy:

- 1) primární traumatizace – člověk je přímým cílem agrese (např. zranění, mučení, znásilnění, nucené pasivní přihlížení vraždě)
- 2) sekundární traumatizace – podnětem je blízká zkušenost s traumatizací jiné osoby (např. rodina zabitého, mučeného, pohřešovaného apod.)
- 3) terciární traumatizace - člověk není v přímém vztahu k oběti traumatizace, ale je v kontaktu s primárně či sekundárně traumatizovanými jako svědek, humanitární pracovník nebo terapeut

Tress (2008) psychické traumatizace rozlišuje podle následujících hledisek:

- 1) zda působí převážně osobně či neosobně - kdy neosobními traumatizacemi jsou např. přírodní katastrofy a těžké úrazy, osobními traumatizacemi je naopak působení násilí v rámci politického pronásledování, při zneužívání dětí, při znásilnění
- 2) zda působí náhle a jednorázově jako je tomu v případě přírodních katastrof, úrazů a ve většině případů také znásilnění, nebo zda se opakují a působí kumulativně jako např. u zneužívání dětí nebo při politickém pronásledování
- 3) zda k traumatizaci dochází skrze důležitou vztahovou osobu, ke které zpravidla existuje vztah závislosti a silná osobní vazba

K uvedeným formám psychické traumatizace autor dodává, že u osobních traumatizací, zvláště pak u těch způsobených blízkými osobami (tělesné, sexuální či emocionální zneužívání), je nutné také počítat se závažnou vztahovou patologií.

3.4 Reakce na těžký stres jako diagnostická jednotka

„Reakce na těžký stres a poruchy přizpůsobení“, jak zní podle MKN-10 celý název dílčího oddílu s označením F43 se řadí - spolu s kategoriemi „Fobické úzkostné poruchy“ (F40) - zahrnující např. diagnózu agorafobie či sociální fobie, „Jiné anxiózní poruchy“ (F41) - obsahující např. diagnózu panická porucha, generalizovaná úzkostná porucha, „Obsedantně - kompulzivní porucha“ (F42), „Disociativní (konverzní) poruchy“ (F44), „Somatoformní poruchy“ (F45) a „Jiné neurotické poruchy“ (F48), kam se řadí např. diagnóza depersonalizace a derealizace - do vyššího celku, do vyššího oddílu duševních poruch, který nese souhrnný název Neurotické, stresové a somatoformní poruchy (F40 – F48).

Neurotické, stresové a somatoformní poruchy (F40 – F48)

- F40 Fobické úzkostné poruchy (zahrnující např. diagnózu agorafobie či sociální fobie)
- F41 Jiné anxiózní poruchy (zahrnující např. diagnózu panická porucha, generalizovaná úzkostná porucha)
- F42 Obsedantně – kompulzivní porucha
- F43 Reakce na těžký stres a poruchy přizpůsobení
 - o F43.0 Akutní stresová reakce
 - o F43.1 Posttraumatická stresová porucha
 - o F43.2 Poruchy přizpůsobení
 - o F43.8 Jiné reakce na těžký stres
 - o F43.9 Reakce na těžký stres, NS
- F44 Disociativní (konverzní) poruchy
- F45 Somatoformní poruchy
- F48 Jiné neurotické poruchy (např. diagnóza depersonalizace a derealizace)

Jak uvádí MKN-10 (in Höschl, 2004, s. 513), poruchy v rámci oddílu F43 - Reakce na těžký stres „vznikají vždy jako přímý důsledek akutního těžkého stresu nebo trvalého traumatu - bez jeho existence by nevznikly a lze je považovat za maladaptivní odpovědi na těžký nebo trvalý stres, kde selhaly mechanismy úspěšného vyrovnání s ním, což vede k narušení sociálního fungování nemocného“.

Z podstaty tématu diplomové práce se v následujícím textu budu podrobněji zabývat dvěma samostatnými kategoriemi z oddílu F43 nazvaného „Reakce na těžký stres a poruchy přizpůsobení“, kterými jsou „Akutní stresová reakce“ (F43.0) a „Posttraumatická stresová porucha“ (F43.1).

3.4.1 Akutní stresová reakce

Pokud člověk zažije výjimečně silný a závažný podnět, který naruší jeho adaptační proces, vyvolá to i u zdravých osob akutní stresovou reakci, která na základě výše uváděných základních způsobů reakce na stres ve smyslu útoku nebo úniku (útěku) může být aktivní, která se vyskytuje častěji, nebo pasivní.

Výčet jednotlivých aktivních nebo pasivních reakcí na zvýšenou akutní zátěž typu útok nebo únik na tělesné, emoční i behaviorální úrovni, jejichž podstatou a cílem je aktivizace energie, resp. rychlá mobilizace sil, nacházíme např. u Vodáčkové (2002, s. 361):

1) Aktivní reakce typu útoku (fyziologicky podložená zvýšenou aktivitou sympatiku):

- zvýšené svalové napětí, třes
- zrudnutí v obličeji, silné pocení, pocity horka
- zrychlení fyziologických projevů (tep, dech aj.)
- výrazná či rychle se měnící mimika
- překotné tempo řeči, zhoršená schopnost komunikace
- psychomotorický neklid (pobíhání, provádění neúčelných pohybů a činností), nesoustředěnost, těkání
- nadměrné sledování okolí z možného ohrožení

- výrazné emoce i jejich projevování (smutek nebo zlostné emoce, křik, nářek) nebo emoce neodpovídající situaci (např. smích v tragické situaci)
- čas se subjektivně zkracuje
- agresivní i autoagresivní projevy a tendence

2) Pasivní reakce typu úniku (fyziologicky podložená zvýšenou aktivitou parasymptiku):

- pohybová pasivita - ztuhlost, strnulost, omezení pohybu
- pokud se jedinec pohybuje, pohyb je nekoordinovaný, nemotorný
- zblednutí, studený pot, chvění se zimou
- zpomalení fyziologických procesů, rozšíření zornic
- minimální mimika, maskovitý výraz obličeje
- výrazně snížená schopnost porozumět verbálním sdělením, neschopnost navázat oční kontakt
- emoce nejsou pociťovány ani projevovány
- omezení vnímavosti a citlivosti k podnětům včetně snížené percepce těla až neschopnost cítit tělo (může vést k záměrnému zraňování s cílem citlivosti dosáhnout)
- prožitky derealizace
- časová distorze - krátký okamžik je prožíván jako nekonečně dlouhý

Akutní reakci na traumatizující zážitek lze chápat „jako přechodné narušení psychických a somatických funkcí, při kterém dochází ke zhroucení adaptačních mechanismů“ (Vágnerová, 2008, s. 429). Tato přechodná porucha jako reakce na situaci, která se vymyká standardní zkušenosti může mít různou formu i intenzitu, přičemž jak uvádí Smolík (2002, s. 268) „na charakter a závažnost akutní reakce na stres mají vliv zranitelnost jedince, jeho adaptační kapacita, trvání stresové okolnosti a vzdálenost a způsob participace jedince na této okolnosti“ a také „je-li stresor dostatečně intenzivní, může porucha vzniknout i u odolného jedince“ (tamtéž, s. 271).

Příznaky se obvykle objevují v průběhu několika minut po dopadu stresového podnětu nebo události. Bezprostředně po traumatizující události se může objevit zúžené vědomí, omezená pozornost, neschopnost pochopit podněty i dezorientovanost. Tento stav může být následován uzavřením se do sebe nebo naopak doprovázen agitovaností a nadměrnou aktivitou. Později mohou do popředí vystoupit další psychické fenomény jako deprese, zoufalství, stáhnutí se, nadměrná aktivita, zloba, úzkost a vegetativní znaky úzkosti (tachykardie, pocení, zčervenání). Celá reakce může být doprovázena částečnou nebo úplnou ztrátou paměti. Porucha zpravidla odezní po několika hodinách, nejpozději však po třech dnech (Smolík, 2002; Tress, 2008). „V extrémním případě se lze setkat s člověkem, který je zcela dezorientovaný a není schopen vzpomenout si na traumatickou událost“ (Tress, 2008, s. 300).

Co se týká prognózy poruchy „vývoj poruchy může být ovlivněn sociální podporou, rodinnou anamnézou, zážitky z dětství, typem osobnosti a předchozími duševními poruchami“ (Smolík, 2002, s. 271). Z pohledu léčby akutní stresové reakce se jeví jako nejvhodnější využít krizovou psychoterapeutickou intervenci, která postiženému umožní porozumět situaci v bezpečném prostředí a pomůže mu ujasnit si, jak situaci řešit. Při nadměrném neklidu mohou krátkodobě pomoci psychofarmaka - především anxiolytika a hypnotika (Höschl, 2004). Tress (2008) doplňuje, že je žádoucí poskytnout jedinci uklidňující a ochraňující prostředí, k remisi symptomatiky se zpravidla doporučuje hospitalizace „zvláště v případech, kdy hrozí, že by jedinec mohl z důvodu stavů dezorientovanosti poškodit sám sebe“ (tamtéž, s. 302).

Lze shrnout, že akutní stresová reakce je přechodná porucha vznikající jako přímý důsledek u lidí exponovaných mimořádnému stresu, zátěži či traumatu, který se vymyká očekávání a standardní zkušenosti. Příznaky, měnící postupem času svůj obraz od zúženého vědomí, neschopnosti chápat podněty, dezorientace, přes emoční otupělost, stažení se, po neklid a nadměrně zvýšenou aktivitu, úzkost, depresi, zoufalství, to vše doprovázené vegetativními příznaky panické úzkosti, se obvykle dostavují během několika minut a vymizí do několika hodin, maximálně několika málo dnů po dopadu stresujícího nebo traumatizujícího podnětu nebo události. Průběh a dopad reakce závisí často na individuální zranitelnosti a obecné schopnosti zvládat zátěž. Pro postiženého je v takovém případě důležité bezpečí, klid a porozumění.

3.4.2 Posttraumatická stresová porucha

3.4.2.1 Historie

Historie posttraumatické stresové poruchy (dále PTSD - z angl. posttraumatic stress disorder) je poměrně bohatá. První pokusy o její popis se objevují z dob americké občanské války (1861 - 1865). Následně byla tato specificky lidská traumatická zkušenost popsána v různých termínech např. jako traumatický šok (Neal 1882), anxiózní neuróza (Freud 1894), psychické trauma (Oppenheimer 1895) či jako traumatická neuróza (Collie 1913, Kardiner 1918) (Malá, 2002).

Jako první byly trauma a jeho psychické následky zkoumány a popisovány u válečných veteránů americké občanské války a obou světových válek. V souvislosti s první světovou válkou se pro popis psychických následků traumatu hovořilo o tzv. „granátovém šoku“, v dalším světovém válečném konfliktu se objevují označení „válečná neuróza“ nebo „bojové únava“ či „válečné vyčerpání“, přičemž míra popisovaných symptomů, jakými byly např. zvýšená úleková reakce, úzkost, noční můry, ochromení otupělost, zvýšená dráždivost, agresivní chování nebo naopak stažení se do izolace, souvisela s mírou vystavení přímým bojům, se zraněním nebo s kontaktem se zraněnými a s těly zabitých. Uvedené symptomy a projevy byly však přesto považovány za morální selhání vojáka (Kohoutek, Čermák, 2009).

Po druhé světové válce se do popředí zájmu kromě válečných veteránů dostávají i vězni z koncentračních táborů, lidé přeživší jaderný útok v Hirošimě, oběti rozsáhlých požárů, povodní a dalších katastrof. Až výzkumy z dalších válek zásadně změnily pojetí psychických symptomů traumatu - byly to především studie „syndromu přežití“ amerických veteránů z vietnamské války (1955 - 1975). V této době přestává být projevům traumatu přikládán morální význam a přestaly být také považovány za výjimečný stav (Kohoutek, Čermák, 2009). Malá (2002) doplňuje, že od 60. let 20. století jsou systematicky zkoumány osoby, které přežily různé katastrofy - jsou vyšetřováni nejen váleční veteráni, ale i lidé, kteří zažili hrůzy koncentračních táborů, také jedinci (včetně dětí), kteří byli týráni, sexuálně zneužíváni, znásilněni, uneseni, šikanováni nebo jiným způsobem traumatizováni.

Do odborné psychologické terminologie začínají pronikat pojmy jako „traumatická neuróza“ objevující se v Diagnostickém a statistickém manuálu Americké psychiatrické asociace v roce 1952, „přechodné situační poruchy“ a „poruchy přizpůsobení“ ukotvené v DSM-II v roce 1968. Z těchto diagnóz se začíná postupně vyvíjet dnešní pojetí PTSD.

K exaktnímu vymezení a samostatnému vyčlenění posttraumatické stresové poruchy došlo v roce 1980 ve třetí revizi DSM (DSM-III). Dá se říci, že trauma přestává být postupně chápáno jako následek válečných či extrémně katastrofických událostí, ale popisuje se i u obětí trestných činů, autonehod, obětí znásilnění, zneužívaných a týraných dětí či žen - „tedy u skupin, u nichž byly dříve příznaky traumatu znevažovány, rafinovaně psychologicky „interpretovány nebo nebyly brány v úvahu“ (Kohoutek, Čermák, 2009, s. 22).

Do Mezinárodní klasifikace nemocí, resp. do její desáté revize, byla diagnóza Posttraumatická stresová porucha zařazena v roce 1992 (Vizinová, Preiss, 1999).

3.4.2.2 Vymezení a vznik PTSD

Termín posttraumatická stresová porucha je používán pro „úzkostnou poruchu, která se typicky rozvíjí po emočně těžké, stresující události, jež svou závažností přesahuje obvyklou lidskou zkušenost a bývá traumatickou pro většinu lidí“ (Höschl, 2004, s. 514).

Vágnerová (2008, s. 431) definuje PTSD jako „prodlouženou nebo oddálenou reakci (až šest měsíců po traumatické události), resp. projev nedostatečného zpracování závažné traumatické zkušenosti, která se projevuje přetrváváním psychických a somatických obtíží“ a doplňuje, že „charakteristické je znovuprožívání a přetrvávání traumatické události ve vědomí, spojené s intenzivním strachem, pocity bezmoci, hrůzy a potřebou vyhnout se podnětům, které mohou být s událostí spojeny“ (tamtéž, s. 425).

PTSD vzniká, „přesahuje-li trauma schopnost jedince adekvátně jej zpracovat, překlenout, zmocí ho, vyrovnat se s ním“ (Malá, 2002, s. 381).

3.4.2.3 Ohrožující události spouštějící (vyvolávající) PTSD

Události, které mohou vyvolat PTSD je možné rozdělit na dvě hlavní skupiny. O první z nich se hovoří jako o přírodních katastrofách, které jsou chápány jako působení přírodních sil (např. povodně, zemětřesení, požáry, vichřice, tajfuny či sopečné výbuchy) a o druhé jako o katastrofách způsobených člověkem, mezi které se řadí různé havárie a všechny druhy násilí jako např. týrání, zneužívání, znásilnění, válečné události, věznění, mučení aj. (Vizinová, Preiss, 1999). Je patrné, že všechny zmíněné skupiny událostí jsou pro člověka zraňující - traumatizující, přičemž, jak autoři dále uvádějí (s. 15), nejvíce traumatizující jsou ty události a zážitky, v nichž hraje roli lidský úmysl, kdy „tragédii člověka tu nezpůsobily neosobní přírodní síly, ale jeho bližní, který ho záměrně zranil. Setkání s lidskou krutostí a brutalitou

zasahuje často základní důvěru člověka v dobro a smysluplnost okolního světa, prožitá bezmocnost a násilné narušení osobní integrity jsou hlubokým zásahem do jeho psychiky“.

Baštecká a Goldmann (2001, s. 252) doplňují, že „podněty působící trauma mohou zasáhnout jedince (pak mluvíme o neštěstí nebo traumatizující události), skupinu nebo větší celky obyvatelstva (pak mluvíme o hromadných neštěstích a katastrofách)“ a Praško (2003, s. 23) přidává, že „traumatickou však událost nemusí být jen pro oběti, ale často také pro svědky událostí, kdy člověk zakouší extrémní strach, bezmoc nebo hrůzu“.

Höschl (2004) uvádí tyto události, které mohou spustit PTSD:

- přírodní a člověkem způsobené katastrofy (záplavy, zemětřesení, výbuch sopky, vichřice, požáry, výbuchy apod.)
- týrání, sexuální zneužívání
- dlouhodobá internace, mučení – syndrom koncentračního tábora
- teroristické útoky
- loupeže a přepadení
- znásilnění
- nehody
- ztráta smrtí (např. přítomnost při suicidiu, zabití či vraždě)
- dramatické změny zdravotního stavu (např. mozková mrtvice, infarkt)
- nezvyklé události (např. děsivý halucinatorní zážitek při intoxikaci)
- přítomnost u takové události

3.4.2.4 Etiologie a prevalence PTSD

Etiologie PTSD souvisí s genetickou i získanou psychologickou výbavou, přičemž predispoziční faktory (např. míra schopnosti odolávat zátěži, osobnostní rysy, síť sociální podpory, stupeň kognitivního rozvoje aj.) mohou zvýšit riziko vzniku poruchy nebo zhoršit její průběh, ale nejsou ani nezbytné, ani dostačující pro její vysvětlení, protože hlavním kauzálním faktorem jsou vnější vlivy (Smolík, 2002).

Obdobně se vyjadřuje Höschl (2004, s. 514), který uvádí, že „porucha nemůže vzniknout bez toho, že by postižený byl vystaven traumatické události. Trauma je tedy nezbytný faktor, ale sám o sobě nestačí. Na rozvoji se podílí také environmentální faktory v době kolem traumatické události a predisponující faktory, které mohou být v premorbidní osobnosti a její biologické výbavě“ (Höschl, 2004, s. 514). Malá (2002, s. 381) doplňuje, že „PTSD je jedna z mála psychiatrických poruch, kde je známa etiologie“.

Odhady prevalence PTSD - tedy celkový počet případů v populaci vyjádřený procentuálně - se v různých publikacích liší, přičemž autoři se shodují (Kohoutek, Čermák, 2009; Smolík, 2002; Vizinová, Preiss, 1999), že výsledek je závislý vždy na populačním vzorku resp. na typu populace, ve které se studie provádí. Hašto a Vojtová (2012, s. 67) dodávají, že „epidemiologické studie národních i mezinárodních institucí pro duševní zdraví prokazují trvalý nárůst incidence i prevalence PTSP“.

Kohoutek a Čermák (2009, s. 24) uvádějí, že „PTSD v běžné populaci mívá prevalenci 1 až 14 %, u osob z rizikových populací bývá prevalence vyšší - 3 až 58 %“. Možný a Praško (1999, s. 198) doplňují: „U znásilněných žen se uvádí prevalence 75 až 100 %“. Höschl (2004, s. 514) konstatuje, že „celoživotní prevalence PTSD je 10,4 až 12,3 % u žen a 5,0 až 6,0 % u mužů v západní populaci“. Dále dodává, že „PTSD může vzniknout v kterémkoli věku. Častěji se však objevuje v mladším věku, kdy je člověk vystaven traumatickým událostem. Nejtypičtějšími traumaty u mužů jsou válečné zážitky a autonehody, u žen znásilnění. Porucha častěji postihuje svobodné, rozvedené, ovdovělé, ekonomicky handicapované anebo sociálně izolované lidi“.

3.4.2.5 Průběh a prognóza poruchy

PTSD se rozvíjí s určitou latencí několika týdnů až měsíců po traumatické události (na rozdíl od akutní stresové reakce, u které se příznaky obvykle objevují v průběhu několika minut po dopadu stresového podnětu nebo události) a její průběh závisí např. na závažnosti vyvolávajícího podnětu, na odolnosti a stabilitě osobnosti postiženého jedince nebo na reakcích okolí, jak bude ještě uvedeno. Koren (in Vágnerová, 2008, s. 437) také dodává, že PTSD se častěji rozvine u lidí, kteří již před touto událostí trpěli nějakými psychickými potížemi.

Jak konstatuje Höschl (2004, s. 516), průběh poruchy bývá proměnlivý - „kolem 30 % pacientů se spontánně v průběhu času uzdraví, u 40 % přetrvávají mírné příznaky, u asi 20 % dojde sice ke zlepšení, ale přetrvávají středně závažné příznaky a u asi 10 % vůbec ke zlepšení nedojde“. U malé části jedinců může mít porucha chronický průběh a trvat mnoho let a vést až k trvalým změnám osobnosti (Smolík, 2002).

3.4.2.6 Klasifikace a diagnostika

PTSD se diagnostikuje na základě kritérií pro diagnostiku, která jsou obsažená a zakotvená jak v 10. revizi Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-10) z roku 1992 vydávané Světovou zdravotnickou organizací (WHO), tak v Diagnostickém a statistickém manuálu, který vznikl a rozvíjí se pod patronací Americké psychiatrické asociace, kdy v současnosti platí verze DSM-V z roku 2013.

Vymezení PTSD v obou, v psychiatrické praxi uznávaných, klasifikacích je velmi podobné. PTSD se zde řadí mezi úzkostné poruchy a diagnostická kritéria obou klasifikací zahrnují krátkodobé a dlouhodobé příznaky poruchy, resp. emocionální, behaviorální a sociální abnormality následující po vystavení se silnému stresoru. V MKN-10 je PTSD uváděna pod kódem F43.1 a vyžaduje splnění pěti kritérií. V DSM-V se vyskytuje pod kódem 309.81.

3.4.2.7 Komorbidita

PTSD se běžně projevuje ve spojení s jinými duševními poruchami. Davidson (1996 in Vizinová, Preiss, 1999, s. 31) uvádí v souvislosti s výzkumnými studiiemi v USA, že „98,8 % osob s PTSD trpělo ve svém životě nejméně jednou jinou psychickou poruchou“, kdy u mužů, jak autor také uvádí, se nejčastěji vyskytovalo zneužívání alkoholu, deprese a generalizovaná úzkostná porucha a u žen byly na prvních místech deprese, generalizovaná úzkostná porucha, zneužívání alkoholu a panická porucha.

Höschl (2004) shrnuje, že komorbidita PTSD je vysoká, přičemž k nejčastěji se vyskytujícím poruchám při PTSD jmenuje jiné úzkostné poruchy (generalizovaná úzkostná porucha, panická porucha, specifické fobie, obsedantně-kompulzivní porucha), depresivní poruchu, závislost či zneužívání návykových látek, dissociativní poruchy nebo poruchy osobnosti (hraniční či histrionská porucha osobnosti). Poměrně časté jsou i suicidální myšlenky a pokusy.

3.4.2.8 Symptomatika

Jak bylo uvedeno, PTSD se rozvíjí po emočně těžké, stresující události, která přesahuje obvyklou lidskou zkušenost a je pro ni charakteristické vyhýbání se okolnostem spojených s traumatickým zážitkem a znovuprožívání a přetrvávání traumatické události ve vědomí spojené s intenzivním strachem, pocity bezmoci a hrůzy.

Kohoutek a Čermák uvádějí, že symptomy PTSD se mohou rozvíjet ihned po traumatické události, nejčastěji k tomu dochází do tří měsíců od události (MKN-10 v diagnostických kritériích pro PTSD uvádí hranici pro splnění diagnózy, kterou je 6 měsíců od stresové události). Autoři však doplňují (s. 28), že „existují lidé, kteří se s příznaky setkávají až po mnoha měsících, či dokonce letech po traumatizující události“.

Příznaky PTSD odborníci (Praško, 2003; Vágnerová, 2008; Vizinová a Preiss, 1999; Vodáčková, 2002) nejčastěji rozdělují do tří hlavních skupin, kterými jsou znovuprožívání traumatického obsahu, vyhýbání se situacím a činnostem spojených s traumatem a zvýšená psychická a tělesná vzrušivost.

3.4.2.9 Terapie a léčba

K léčbě traumat jsou k dispozici speciální terapeutické metody, které jsou schopny účinně ovlivňovat výše popisovanou nanejvýš mučivou symptomatiku.

„Léčba zahájená mezi prvním a třetím měsícem po traumatické události může snížit jinak značné riziko rozvoje poruchy“ (Khouzam a Donnelly, 2002 in Vágnerová, 2008, s. 438).

V léčbě PTSD je nutný komplexní přístup, zahrnující jak psychoterapii, tak farmakoterapii, kdy farmakologická léčba je orientována především na zmírnění akutních příznaků (např. úzkost, poruchy spánku) a psychoterapeutická práce je zaměřena hlavně na zpracování traumatické události jedincem. Terapeuticky pracovat je však vhodné nejen s člověkem s traumatickou zkušeností, ale i se členy jeho rodiny (Vágnerová, 2008).

U lidí, kteří zažili jednorázovou traumatickou událost, před kterou byli z psychického hlediska zdraví a nevykazují žádné další symptomy, může být pomocí terapeutických metod za příznivých okolností dosaženo remise symptomatiky rychleji než u jedinců, kteří utrpěli komplexní traumatizaci (např. dlouhodobé zneužívání) a kromě symptomů PTSD je jejich klinický obraz charakterizován dalšími různými čtenějšími symptomy (Tress, 2008).

„Cílem psychoterapeutické práce je dosáhnout vyrovnání jedince s traumatizujícími zkušenostmi, její integrace do komplexu osobnostních zkušeností a minimalizace jejího negativního vlivu na duševní i tělesný stav postiženého jedince“ (Vágnerová, 2008, s. 443).

Praško (2001, s. 206) za základní léčbu považuje psychoterapii, medikaci přisuzuje roli spíše podpůrnou - v souvislosti s tím však uvádí, že „v případech závažné nebo chronické PTSD může farmakoterapie přinést dostatečný ústup příznaků a tím umožnit jedinci spolupráci v terapii“.

Při práci s lidmi s PTSD je možné využít několik psychoterapeutických přístupů. Mezi nejvíce uplatňované a nápomocné Praško (2001, s. 206) řadí: podpůrnou psychoterapii, psychodynamickou psychoterapii, kognitivně-behaviorální terapii a hypnózu, k čemuž dodává, že „ve všech přístupech je zdůrazněna potřeba rekonstrukce traumatické události, abreakce¹⁰ a podpora klienta, vedoucí k jeho pocitu bezpečí“. Vágnerová (2008) doplňuje, že forma psychoterapeutického působení může být individuální i skupinová.

Na rozdíl od akutní reakce na stres vzniká PTSD jako opožděná nebo protražovaná odpověď na mimořádně emočně těžkou, stresující nebo zdrcující událost, která ohrožuje bezpečnost nebo tělesnou integritu postiženého jedince nebo jeho blízkých osob. Takovou ohrožující událostí mohou být katastrofy přírodní nebo katastrofy způsobené člověkem (např. válečné události, věznění, mučení, havárie, týrání, zneužívání, znásilnění aj.). Lidé, kteří byli vystaveni takovému extrémně děsivému zážitku, přesahujícímu svou závažností obvyklou lidskou zkušenost, se mohou cítit ohroženi, i když už jim žádné nebezpečí nehrozí. Traumatický zážitek vyvolává hluboké rozrušení, událost je opakovaně znovuprožívána při každodenních situacích, ve vzpomínkách, ve snech, člověk se začne vyhýbat místům a situacím, která, byť jen vzdáleně, traumatický zážitek připomínají. To vše je doprovázeno zvýšenou psychickou i tělesnou vzrušivostí. V kontextu těchto potíží člověk není schopen traumatický zážitek adekvátně zpracovat a vyrovnat se s ním. Současně se s PTSD může rozvíjet řada jiných psychických poruch. Za nejvhodnější léčbu lze považovat kombinaci různých psychoterapeutických přístupů a farmakoterapie, avšak léčba musí být často dlouhodobá, někdy celoživotní.

¹⁰ jako abreakci označujeme „sdělení emočně nabitého zážitku tj. traumatické události, doprovázené vyjádřením s ní spojených silných emocí (hněvu, zlosti, viny, bezmoci) a tělesnými příznaky a projevy (bolesti, křeče, obranné pohyby), po kterém následuje emoční úleva“ (Praško, 2001, s. 208)

4 Zpracování a vyrovnávání se s traumatem

„Traumatickou zkušenost nemůžeme chápat jako statickou, okolnostmi vysvětlitelnou jednotku. Abychom mohli hodnotit její vliv na psychický stav jedince, je nutné ji pojímat s dynamickou interakcí jednotlivého člověka a jeho prostředí“ (Kleber, 1995 in Vizinová, Preiss, 1999, s. 19).

V této kapitole se pokusím přiblížit problematiku odlišnosti v reakcích lidí na podobné traumatické zážitky a také odpovědět na otázku, co lidem pomáhá nebo naopak zhoršuje jejich schopnost zvládat emoce spojené s traumatickou zkušeností i na čem závisí závažnost dopadu traumatické události.

4.1 *Reakce na trauma*

Jak bylo řečeno, PTSD kromě kauzálního faktoru, kterým je vystavení traumatické události, souvisí s genetickou i získanou psychologickou výbavou, která může zvýšit riziko vzniku poruchy nebo zhoršit její průběh. Ovšem ne u každého, kdo zažije těžkou traumatickou událost, se rozvine PTSD.

Psychická resp. psychofyziologická reakce na traumatizující zážitek může být různá a může trvat nanejvýš dlouhou dobu, přičemž mnohé z těchto reakcí nelze považovat za poruchu, bylo by vhodnější je chápat jako určitý způsob zpracování a postupného vyrovnávání se s traumatem (Vágnerová, 2008). Kohoutek a Čermák (2009, s. 23) shodně uvádějí, že ne všechny reakce nabývají intenzity a povahy traumatu či posttraumatické poruchy a dále doplňují, že je však nelze podceňovat - „skutečnost, že nedosahují intenzity psychického traumatu nebo že nesplňují kritéria jeho formální diagnostické definice, neznamená, že neohrožují normální fungování osoby“.

Lze shrnout, že traumatické reakce a jevy jsou běžné a neznamenají ještě poruchu - „ke vzniku psychické poruchy dochází tehdy, když se postiženému jedinci nepodaří traumatickou zkušenost zvládnout. Potom přetrvávají různé chorobné příznaky delší dobu a významnějším způsobem narušují jeho prožívání i chování“ (Vágnerová, 2008, s. 426).

Podle Vágnerové (2008, s. 437) reakce na traumatizující zážitek probíhá v pěti fázích:

- 1) fáze šoku a popření - „To není možné, že by se něco takového vůbec mohlo stát“
- 2) fáze přijetí reality traumatu a prožitků s ním spojených - „Něco tak hrozného se mi opravdu stalo“
- 3) fáze postupného vyrovnávání s traumatickým zážitkem spojeného se změnami v rozumovém hodnocení této zkušenosti i citovém prožívání - tuto fázi může charakterizovat postoj „Právě mně se to stalo“
- 4) fáze reflexe a zpracování traumatu - „Musím se s tím nějak vyrovnat“
- 5) fáze zklidnění a vyrovnání - tuto fázi lze souhrnně vyjádřit - „Jsem to pořád já, a i když se mi něco takového stalo, musím žít dál“

Za podobných okolností při různých ohrožujících událostech - závažné onemocnění, konfrontace se smrtí, přepadení, znásilnění, mučení, přírodní katastrofy aj. - nereagují všichni lidé stejně. Schopnost lidí zvládnout zátěž závisí na tom, jak jsou aktuálně disponováni, jaké mají kompetence a zkušenosti. Při hodnocení možných negativních důsledků je třeba vzít v úvahu individuálně rozdílnou míru vulnerability, tj. citlivosti a odolnosti, důležité jsou i okolnosti, za nichž k traumatu došlo, tj. zda takto postižený člověk mohl své zkušenosti s někým sdílet, event. zda se mu dostalo potřebné sociální podpory, bez významu není ani běžné hodnocení traumatické situace společností, k níž jedinec náleží. Reakce na trauma či silný stres může záviset i na tom, zda byl postižen pouze ten jedinec, nebo zda je obětí více (např. v důsledku živelní katastrofy). Dále se reakce na závažné trauma mohou lišit také podle toho, o jakou událost šlo - rozdíl je např. v hodnocení přírodní katastrofy a újmy způsobené lidmi, zejména pokud šlo o úmyslné jednání (Vágnerová, 2008).

Někteří lidé se umí vypořádat s nepřízní osudu bez větších problémů, jiní prožívají v podobné situaci beznaděj a strach. Je nutné podotknout, že každý lidský zážitek je relativní, tedy že všichni lidé nereagují na podobné traumatické zážitky stejně. Psychická zranitelnost člověka je závislá na řadě faktorů, osobnostních i sociálních.

4.2 Faktory ovlivňující zpracování traumatu, reakci na trauma - rizikové a protektivní faktory

Při vzniku traumatu dochází k neúměrnému zatížení. Způsob, jakým bude konkrétní jedinec prožívat symptomy PTSD a jak závažný bude dopad traumatické události závisí a je ovlivněn mnoha okolnostmi. Lze předestřít obecné faktory uváděné Kohoutkem a Čermákem (2009, s. 41), které mohou reakci různým způsobem a různou měrou ovlivnit:

- **vnější faktory působící přímo a příčinně** (např. povaha traumatické události)
- **psychologické faktory** - např. průběh reakce a způsob prožívání a zpracování situace
- **mediátory a moderátory** vzniku psychických následků - skutečnosti, které nemají přímý příčinný dopad, ale mohou reakci výrazně ovlivňovat v pozitivním nebo v negativním směru (např. dostupnost adekvátní pomoci a opory nebo naopak sociální vyloučení obětí)
- **prediktory** - tj. další charakteristiky, podle nichž lze předvídat prevalenci - tj. pravděpodobnost výskytu psychických následků (např. sociodemografické charakteristiky jako pohlaví, věk aj.)

Obecný výčet faktorů ovlivňujících zpracování traumatu uvádí i Vizínová a Preiss (1999, s. 19) - „citlivost člověka vůči traumatické zkušenosti ovlivňují některé obecné faktory. Patří k nim stupeň kognitivního rozvoje, míra schopnosti odolávat zátěži, kvalita mezilidských vztahů a síť sociální podpory, předchozí traumatizující zkušenost a další“.

Konkrétněji se k faktorům ovlivňujícím reakci na trauma a zpracování traumatu vyjadřují Kohoutek a Čermák (2009), kteří mezi tyto faktory řadí: povahu události samotné, psychické zpracování traumatické události jedincem a jeho osobnostní vlastnosti, sociální oporu a rodinné zázemí, autoři se zabývají i souvislostmi se sociodemografickými charakteristikami (věk, pohlaví, ohrožené skupiny).

1) Povaha události samotné

Nejsilnějším prediktorem dopadu traumatu je povaha samotné traumatické události resp. její krutost a závažnost - „čím horší podmínky, s nimiž se postižená osoba setká, tím horší následky, např. v podobě příznaků PTSD, ji budou provázet“ a „čím vyšší je intenzita stresoru, tím menší vliv mají jiné faktory, které mohou rozhodovat o intenzitě symptomů“ (Kohoutek, Čermák, 2009, s. 42). Autoři (tamtéž) shrnují, že „se stoupající závažností stresorů, tedy prožitkem krutosti traumatu, jeho intenzitou, nekontrolovatelností a nepředvídatelností stresující situace, se jiné faktory stávají méně důležitými a velmi drastická situace pak vyvolá PTSD téměř u každého“.

Vztah mezi závažností stresové expozice a rizikem pro rozvoj PTSD popisuje i March (in Höschl, 2004, s. 515), který uvádí spojitost s mírou ohrožení na životě resp. s přítomností či nepřítomností tělesného zranění: „PTSD se třikrát častěji objevila u zraněných veteránů než u těch, kteří zranění v boji nebyli. Podobně PTSD se daleko častěji objevuje u žen, které byly během znásilnění poraněny, než u těch, které poraněny nebyly“ a doplňuje, že „velkou roli dále hraje kognitivní a afektivní reakce. Zážitek intenzivního strachu, bezmoci nebo děsu výrazně zvyšuje pravděpodobnost rozvoje PTSD“.

2) Psychické zpracování události

Mezi mediátory traumatu, které obecně zmírňují nebo naopak zhoršují průběh traumatu, lze zařadit narušení pocitu bezpečí nebo vnímání vlastního ohrožení, které se může zásadně rozcházet s tím, jaké je skutečné riziko - ohrožení jsou lidé, kteří vnímají vysoké ohrožení v případě nízkého rizika a ještě více lidé, kteří vnímají nízké ohrožení v případě rizika vysokého, tyto lidé popírající znaky blížícího se nebezpečí „budou v kritické situaci pravděpodobně jednat více zkratkovitě, budou snadněji propadat šoku a reagovat méně adaptivně než ti, kteří s nebezpečím počítají“ (Kohoutek, Čermák, 2009, s. 45). Dalším významným mediátorem traumatu je kognitivní zpracování a interpretace události, zvláště problematický průběh nastane tehdy, když člověk není schopen událost zařadit, stojí pro něj mimo oblast možných či myslitelných událostí, nepočítá s ní, není informován o rizicích a nemůže se na ni připravit - „dochází-li ke ztrátě pocitu subjektivní nezávislosti a kontroly nad událostmi i nad vlastním prožíváním, pravděpodobnost rozvoje těžších poruch vzrůstá“ (Kohoutek, Čermák, 2009, s. 49). I hodnocení vlastní reakce, zvláště pokud je neobvykle intenzivní, špatně ovlivnitelná vůlí a značně mění chování, může působit jako ohrožující

a může dále posilovat pocity bezmocnosti a úzkosti. Za pozitivní, ochranný faktor, který za určitých okolností může zmírnit průběh traumatu, lze považovat předchozí zkušenost s podobnou ohrožující událostí - „lidé, kteří zažili obdobnou událost, mají tendenci prožívat méně negativních psychických symptomů a úzkostí než lidé, kteří tuto zkušenost nemají“ (Kohoutek, Čermák, 2009, s. 45), ale jak autoři dále upozorňují, neplatí to u všech.

Protože psychické trauma resp. traumatická událost stojí mimo naši obvyklou lidskou zkušenost a nejsme a nemůžeme na ni být připraveni kvůli její náhlosti, neočekávanosti a neznalosti adekvátních postupů pro řešení nastalé situace, je více než pravděpodobné, že člověk se touto událostí bude cítit hluboce zasažen. Může se cítit ohrožen, přestože žádné nebezpečí už nehrozí, může sám sebe obviňovat, pochybovat o vlastní hodnotě nebo ztrácet kontrolu nad svým vlastním prožíváním a uvažováním. Přestože existují i protektivní faktory, které v některých případech mohou zmírnit průběh traumatu, lze proces psychického zpracování traumatické události považovat pro traumatizovaného jedince jako velmi náročný.

3) Sociální opora a rodinné zázemí

Důležitým mediátorem psychických následků neštěstí je sociální opora. Dostupnost sociální opory a pomoci může být spojena s nižším rizikem i výskytem psychických dopadů traumatické události - „včasná a přiměřená „intervence“ (nemusí jít jen o zásah profesionála) může rozhodujícím způsobem ovlivnit celý další průběh reakce na traumatickou událost“, „důležité je samo ujištění, že se člověku dostává trvalého zájmu a účasti ostatních“ (Kohoutek, Čermák, 2009, s. 56).

Důležitou roli v souvislosti s vyrovnáváním se s důsledky traumatu představuje pro lidi zasažené traumatickou událostí dostupná, dosažitelná a účinná pomoc. Přestože okolí je ochotno pomoc poskytnout, postižený nemusí být schopen tyto signály rozpoznat či o pomoc požádat. V opačném případě může oběť traumatu pomoc odmítat např. z důvodu jeho subjektivní nevyjádřitelnosti či nezměrnosti utrpení (Kohoutek, Čermák, 2009).

Nejpřirozenějším zdrojem sociální opory je podpora rodiny. Rizikovým faktorem, který může ovlivnit reakci na trauma a jeho následné zpracování, může být i výskyt psychického onemocnění v rodinné anamnéze a problémy v soudržnosti rodiny a nedostatečná sociální opora (Kohoutek, Čermák, 2009).

Pro jedince, který zažil traumatickou událost, je velmi důležité podporující, chápající a neodsuzující chování lidí v jeho nejbližším okolí. Avšak ne vždy je tato žádaná pomoc

projevující se účastí a zájmem dostupná. Taktéž pocity jako stud, zahanbení, vina mohou znesnadňovat nebo i znemožňovat, aby traumatizovaný jedinec o pomoc požádal. Na druhou stranu kontraproduktivně může působit i chování blízkých lidí k traumatizovanému jedinci, které se může, na základě neporozumění podstaty problému resp. nepochopení reakcí a projevů psychické poruchy, projevovat nejistotou, nadměrným projevováním soucitu, tendencí vyhnout se traumatizovanému jedinci nebo vyhýbáním se komunikaci s ním. Lze shrnout, že reakce okolí mohou fungovat jako zdroj sociální opory, ale i jako další zátěž.

4) Osobnostní charakteristiky

Vliv na rozvoj PTSD, resp. na horší průběh reakce na trauma a vyšší výskyt posttraumatických potíží, mohou mít i některé osobnostní charakteristiky a vlastnosti. Nejčastěji je zmiňována úzkostnost, neuroticismus a introverze - „je zřejmé, že úzkostně prožívající osoba se bude hůře vyrovnávat s následky psychického traumatu a že míra subjektivně pocíťovaného stresu, a tudíž i prožívané symptomy budou mnohem závažnější“ (Kohoutek, Čermák, 2009, s. 63).

S vyšší náchylností k PTSD mohou souviset i předchozí problémy s duševním zdravím (především poruchy zahrnující úzkost a depresi). Naopak protektivně mohou působit ty charakteristiky osobnosti, které mají blízko k jedincově pojetí „já“, např. zdravé sebepojetí či sebedůvěra, roli bude hrát i emoční stabilita před traumatem (Kohoutek, Čermák, 2009).

5) Sociodemografické charakteristiky

Za jeden z prediktorů výskytu PTSD lze považovat příslušnost k ženskému pohlaví (Kohoutek, Čermák, 2009) - jak už bylo uvedeno, u žen je prevalence PTSD dvojnásobná než u mužů, přičemž nejtypičtějsími traumaty u mužů jsou válečné zážitky a autonehody a u žen znásilnění.

Náchylné k rozvoji symptomů PTSD jsou i všeobecně zranitelnější věkové skupiny - děti, dospívající a staří lidé. Tyto ohrožené skupiny jsou vystaveny zvýšenému nebezpečí kvůli zranitelnosti a bezbrannosti a také kvůli snížené schopnosti zpracovat událost v případě menších dětí a seniorů. Co se týká seniorů, závažnější působení stresoru můžeme připočítat komplikovanějšímu hledání perspektivy v budoucnosti a naděje na nový začátek (obzvláště u katastrof spojených se zničením majetku či domu) i menší adaptabilitě, která může být navíc

komplikována nemocí seniora, jeho ekonomickou situací či omezenou soběstačností a zhoršenou orientací (Kohoutek, Čermák, 2009).

Riziko psychických dopadů traumatické události nelze podceňovat ani u dětí, přičemž „reakce na prožité trauma je významným způsobem závislá na aktuální vývojové úrovni dítěte, jeho zkušenostech, intenzitě traumatizace i na emoční opoře poskytované rodinou. Reakci též ovlivňuje schopnost dítěte chápat význam této situace, jeho emoční zralost, dosažený stupeň socializace a schopnost zvládat různé zátěže“ (Vágnerová, 2008, s. 439).

PTSD u dětí má obdobné symptomy jako u dospělých, pouze některé její projevy jsou, v závislosti na vývojové úrovni dítěte, odlišné - „rozdíly mezi dětmi různého věku je možné vysvětlit tím, že mladší děti mají slabší kognitivní zdroje a méně zkušeností se zvládnutím stresu a mohou mít i slabší obranné mechanismy“ (Vizinová, Preiss, 1999, s. 72). „Diagnóza PTSD je častější u dívek, u chlapců se častěji vyskytují symptomy poruch chování“ (Kohoutek, Čermák, 2009, s. 69). Podle Yula (2007 in Kohoutek, Čermák, 2009) k nejčastějším projevům traumatické reakce u dětí patří poruchy spánku, potíže se separací od rodičů, poruchy paměti, nesoustředěnost, intruzivní myšlenky, vyhýbavost, zvýšená pozornost vůči ohrožení, podrážděnost, úzkost a panické reakce, deprese.

Mezi specifické reakce a projevy dětí předškolního věku můžeme zařadit regresi k nižšímu vývojovému stupni (noční pomočování, cucání palce, poruchy řeči aj.), některé příznaky traumatické události se mohou objevit v dětských hrách a kresbách. Děti školního věku, které již více chápou situaci, její možné dlouhodobé následky, reflektují i vlastní roli v situaci a na trauma odpovídají větší šíří kognitivních, emocionálních a behaviorálních reakcí mívají ve škole potíže se soustředěním způsobené rušivými vzpomínkami, jejich výkony se často horší, časté jsou poruchy učení, psychosomatické komplikace a problémy s chováním, náchylnější jsou i k pocitům viny a sebeodsuzování. V mnohém ohroženější následky traumatu, než děti školního věku, jsou adolescenti, kteří jsou už kognitivně zralejší a mají schopnost plně porozumět tomu, jak trauma postihuje jejich život. Ocítají se ve stavech nejistoty, bezradnosti, skepse, pesimismu, frustrace, může být patrný nárůst agresivity, následkem čehož mohou jednat sebedestructivně, mohou se vyskytovat silné pocity viny a abúzus alkoholu i jiných návykových látek (Vizinová, Preiss, 1999). „Bez ohledu na věk se mohou u různě traumatizovaných dětí a dospívajících rozvíjet změny osobnosti, různé formy sebepoškozujícího i sebevražedného chování, deprese nebo další psychiatrické poruchy“ (Kohoutek, Čermák, 2009, s. 69).

Hašto a Vojtová (2012, s. 22) shrnují, že rizikové faktory, kterým jsem věnovala pozornost v předchozích odstavcích, „sice statisticky zvyšují pravděpodobnost vzniku PTSD po traumatu, ale i při jejich výskytu v individuálním případě nemusí PTSD vzniknout a na druhou stranu i premorbidně stabilní osobnost bez rizikových faktorů může mít po těžkém traumatu PTSD“. Autoři (tamtéž) se také zabývají protektivními faktory, které chrání před vznikem PTSD příp. snižují pravděpodobnost chronifikace poruchy, a řadí mezi ně: stabilitu před traumatem, schopnost mobilizovat individuální zdroje a zkušenosti se zvládáním problémů v minulosti, chápat své sebevímání, zachování si pocitu kontroly a smysluplnosti, aktivní čelení zátěžím a ne tendence k vyhubavému chování, schopnost podělit se s těžkostmi. Za důležité také považují, „kolik se osobě, která byla obětí traumatu, dostane úcty a uznání“ (s. 23), což může souviset s možnou sociální stigmatizací.

Reakci na trauma, jeho zpracování a vznik následných nikoli jen psychických potíží, nejen v rámci PTSD, mohou různým způsobem a různou měrou ovlivnit zejména povaha traumatické události - rizikově pro následné zpracování a vyrovnání se s traumatem působí zvláště jeho krutost, intenzita a trvání události, míra ohrožení na životě včetně přítomnosti fyzického zranění, ale i zážitek intenzivního strachu, bezmoci nebo děsu. Průběh traumatu může dále zhoršit skutečnost, jak traumatickou událost postižený jedinec zpracuje, jak hluboce bude zasažen, včetně jeho osobnostních charakteristik a vlastností - hůře se s následky psychického traumatu bude vyrovnávat člověk, který byl už před traumatickým zážitkem např. emočně nestabilní, úzkostný, introvertní nebo mající už zkušenost s předchozími problémy s duševním zdravím, ale i somatickým onemocněním. Podporující a chápat reakce okolí mohou fungovat jako zdroj sociální opory, nepochopení reakcí a projevům traumatizovaného jedince může naopak působit rizikově a způsobovat další zátěž. V neposlední řadě příslušnost k ženskému pohlaví nebo příslušnost ke zranitelnějším věkovým skupinám (děti, dospívající, senioři) představuje zvýšené nebezpečí vlivem vyšší zranitelnosti a bezbrannosti a možné snížené schopnosti traumatickou událost zpracovat.

Dalo by se říci, že všechny výše popisované faktory podílející se a ovlivňující zpracování traumatu (hlavně ty rizikové) mohou mít zásadní roli a rozhodovat o tom, zda traumatická událost bude pro člověka sice zatěžující a stresující, ale bude schopen se s ní vyrovnat za pomoci běžných adaptačních mechanismů a procesů, nebo pro něj bude situace tak mimořádně těžká, ohrožující, pohlcující, zdrcující a traumatizující, na základě čehož dojde

k výraznému narušení nebo selhání adaptačního procesu, v jehož důsledku nebude schopen se s traumatickou událostí sám vyrovnat.

5 Následky traumatu

Není pochyb o tom, že trauma může zanechat dlouhodobé následky v různých oblastech jedincovy existence, jejichž odstraňování může zaobírat značnou část života traumatizovaného člověka. Ve vážných případech může být tento proces i celoživotní a ke zhojení hlubokých jizev na duši stejně nedojde. To, jestli člověk po prožité traumatické události uvízne v negativních symptomech v rámci PTSD, nebo jestli se uzdraví a událost postupně přijme do svého života závisí na mnoha faktorech, kterým jsem věnovala pozornost výše. Baštecká a Goldmann (2001, s. 278) k tomu uvádějí, že „zpracování a dokončení traumatické události se projeví jejím přesunem do nezraňujících vzpomínek. Událost se stane součástí života“. Avšak, jak autoři (tamtéž) dále doplňují, „někteří lidé se nezhojí nikdy, traumatickou událost za celý život nezpracují“.

O'Learyová (1998 in Mareš, 2012, s. 22) rozdělila důsledky prožitého traumatu do čtyř stupňů:

- 1) rezignování - jedinec vzdává své úsilí, kapituluje nebo není schopen účinně fungovat
- 2) přežívání - jedinec funguje sice dál, ale v omezené míře
- 3) návrat k normálu - jedinec projevuje odolnost vůči traumatu, vrací se na původní úroveň fungování, nabývá ztracené rovnováhy
- 4) prospívání - jedinec transformuje trauma do podoby výzvy, úspěšně se s ním vyrovnává a dostává se na vyšší úroveň, než na jaké byl před traumatickou událostí

Povaha dopadů a následků traumatu je však dosti individuální, jak poukazuje Kohoutek a Čermák (2009, s. 28) - „ne u všech lidí se trauma projeví tak výrazně, aby jeho příznaky bránily kvalitnímu sociálnímu a pracovnímu životu. Existují však skupiny lidí, jejichž vnitřní psychický svět je natolik narušen, že nejsou schopni návrat k běžnému životu zvládnout“. I zde se dá určit souvislost s výše popisovanými rizikovými faktory ovlivňujícími reakci na trauma a zpracování traumatu - „následky traumatické události mohou být vyšší u těch jedinců, jejichž odolnost je snížena předchozím traumatem, špatným zdravotním stavem, osamělostí, věkem, neuspokojivými ekonomickými poměry, problémy v rodině či

zaměstnání nebo u těch, kteří byli zasaženi zvláště silně - dramatickým průběhem události, nenahraditelnými ztrátami, újmou na zdraví či ztrátou blízkých“ (Kohoutek, Čermák, 2009, s. 36).

Lazarus (1999 in Kohoutek, Čermák, 2009, s. 41) uvádí, že „základem traumatu je destrukce zásadních významů“ - „zatímco ve stresu jsou tyto významy (např. hodnoty, role, složky sebepojetí) ohroženy či zpochybněny, následkem traumatu bývají těžce narušeny nebo zcela zničeny. Týká se to představ o světě, schopnosti důvěry a možnosti spolehnouti se na oporu a péči a především přesvědčení o vlastní kontrole nad svým životem“.

"Není-li porucha včas diagnostikována a léčena, vede ve velké většině případů k mnohaletému až celoživotnímu zneschopnění v oblastech profesionálních činností i v osobním životě. Nezřídka může způsobit hluboké a nevratné poruchy osobnosti“ (Hašto, Vojtová, 2012, s. 76).

5.1 Následky psychické

Psychické následky traumatu vycházejí a jsou úzce spojeny se symptomatikou posttraumatické stresové poruchy. Jak bylo uvedeno, příznaky PTSD odborníci (Praško, 2003; Vágnerová, 2008; Vizinová a Preiss, 1999; Vodáčková, 2002) nejčastěji rozdělují do tří hlavních skupin, kterými jsou znovuprožívání traumatického obsahu, vyhýbání se situacím a činnostem spojených s traumatem a zvýšená psychická a tělesná vzrušivost.

1) Znovuprožívání traumatického obsahu

Traumatická událost bývá nejrůznějšími způsoby znovu prožívána - dochází ke znovuožívání traumatu v děsivých snech a nočních můrách, v opakujících se myšlenkách a obrazech, které s událostí souvisí nebo v náhlých a neodbytných pocitech a projevech, jako by událost znovu nastala. Tyto bolestné a rozrušující prožitky vyvolávají záchvaty úzkosti, děsu, bezmoci, smutku, vzteku, beznaděje či pocity odcizení (Vodáčková, 2002). „Pod vlivem traumatu došlo ke generalizaci pocitu ohrožení a k vytvoření asociace s určitými, původně neutrálními podněty, které nyní vyvolávají úzkost a pocity ohrožení“ (Vágnerová, 2008, s. 432).

Pro některé jedince může být zážitek natolik traumatický, že se od něho snaží distancovat, oddělit, potlačit resp. vytěsnit ho, což lze chápat jako obranu před možným

dalším utrpením a ochranou před dezintegrací jeho osobnosti - v kontextu toho může u jedince přetrvávat i selektivní amnézie, kdy není schopen vybavit si důležité aspekty traumatizující události. (Vágnerová, 2008). K fenoménu vytěsnění a potlačení traumatického zážitku se vyjadřuje i Röhr (2014, s. 32), který uvádí, že „vytěsnění jako obranný mechanismus se využívá všude tam, kde byl zážitek, podnět, šok apod. tak extrémní, že jej nebylo možné emocionálně zpracovat. Jiní postižení si traumatický zážitek dokážou vybavit, ale popírají jeho význam a dopad. Vytěsnili bolestné pocity, a tak si nemohou představit, jak by mohly jejich stále se objevující symptomy souviset s prožitým traumatem“. Vyskytovat se mohou i disociativní stavy, derealizace a depersonalizace. K disociaci - jakémusi oddělení se od vjemů, od sebe či od světa - dochází tehdy, „když nic jiného nezbyvá, protože tělo, duch a duše jsou přemoženy strachem a bolestí, když ublížení na duši, panika a úzkost jsou tak silné, že oběť musí přehnout do světa zdání“ (Röhr, 2014, s. 34).

Traumatické vzpomínky můžeme rozdělit na tzv. intruzivní (vnucující, vtírající) vzpomínky a na tzv. flashbaky, což jsou pocity, že událost, která byla příčinou poruchy, probíhá znovu právě teď. V souvislosti s intruzivními vzpomínkami je člověku jasné, že jde o vzpomínky, na základě kterých se člověk může rozpomenout např. na různé obrazy, zvuky, myšlenky, pachy nebo tělesné pocity vztahující se k traumatické události. U těchto vnucujících se vzpomínek není přítomen pocit, že se tak děje „jakoby teď“, avšak i bez tohoto pocitu, že traumatická událost je v daném okamžiku znovu zažívána, vedou intruzivní vzpomínky ke spuštění intenzivních emocí (strach, hrůza, smutek, bezmoc apod.) a tělesných příznaků stresové reakce (např. bušení srdce, lapání po dechu, třes, nevolnost aj.). Oproti tomu během flashbacků má člověk intenzivní dojem, že traumatickou událost zažívá znovu, právě teď, v dané chvíli, přičemž flashback se může týkat celé traumatické vzpomínky, nebo jen jejích částí. Postižený může znovu zažívat zvuk, obraz, pohyb, tělesný pocit (dotek, bolest) a tyto pocity jsou velmi živé. Při flashbacku lidé mívají pocit, že nad sebou ztratili kontrolu, přestože vědí, že o opakování události nejde, zároveň intenzivně prožívají, jako by traumatická událost znovu probíhala. Flashbaky přicházejí nečekaně - mohou být spuštěny velmi jemnými podněty připomínajícími trauma, které se nalézají v každodenním prostředí, jako je např. krátký zvuk, tělesný pocit, pach, zmínka o podobné události v televizi, v novinách, podobná činnost (např. řízení auta, milování) - jsou vesměs spojeny s pocity hrůzy a děsu a vedou k ještě výraznější stresové reakci než intruzivní vzpomínky (Praško, 2003).

2) Vyhýbání se situacím a činnostem (myšlenkám či pocitům) spojených s traumatem

Lidé trpící PTSD se typicky vyhýbají situacím a činnostem, které by mohly znovu připomenout traumatický zážitek. Děje se tak z toho důvodu, že vše, co jim traumatický zážitek připomene, vede k rozvoji nepříjemných pocitů, které už nechtějí opět zažívat. Vyhýbání může probíhat vědomě, nebo zcela automaticky a neuvědoměle (Praško, 2003). „Tendence vyhýbat se situacím připomínajícím trauma sice vede k aktuální úlevě, ale zároveň člověku znemožňuje, aby se přesvědčil, že ohrožující nejsou. Stejně tak mu brání, aby v běžném životě adekvátně reagoval“ (Vágnerová, 2008, s. 432). Dochází k vyhýbání se místům a odmítání aktivit spojených s traumatem, k vyhýbání se rozhovoru o traumatu, článkům i filmům s podobnou tematikou, k vyhýbání se blízkému vztahu, kdy lidé mají potíže s projevením emocí nebo mají strach svěřit se a otevřít druhému člověku, ve vztazích mnohdy propadají nedůvěře, snadno podléhají subjektivnímu pocitu, že je někdo zradil nebo jim ublížil. „Nedůvěra a potíže s emocemi ve vztahu vedou k pocitům odcizení od lidí a někdy k izolaci. Druhotně může vzniknout strach vůbec s lidmi mluvit“ (Praško, 2003, s. 35). U někoho dochází i k vyhýbání se doteku druhé osoby - jak uvádí Praško (2003, s. 34), děje se tak zejména tehdy, „pokud byl lidský dotek součástí traumatu. Pak často tito lidé nesnášejí ani dotek člověka, kterého mají rádi nebo kterého si váží“.

U obětí válečného násilí či přírodních katastrof se může vyskytovat vyhýbání se převzetí odpovědnosti za druhé (např. za děti) ze strachu, že jim nedokážou zajistit dostatek bezpečí (Praško, 2003).

Vyhýbáním se - potlačením silných nepříjemných emocí týkajících se samotného traumatu dochází k potlačení emocí vůbec - mluví se o emoční otupělosti či citové oploštělosti. Negativní emoce se ještě více prohlubují a u pozitivních emocí dochází k jejich ztrátě či neschopnosti pozitivní emoce vnímat a prožívat, s čímž je spojen i nápadný úbytek zájmu o dříve oblíbené aktivity, neschopnost získávat nové a používat v minulosti nabyté dovednosti i snížená schopnost předjímat pozitivní možnosti a změny v budoucnosti (Praško, 2003; Vodáčková, 2002).

Množství situací a činností, kterým se konkrétní jedinec vědomě či neuvědoměle vyhýbá, může narůstat, čímž často bývá zasaženo sebevědomí jedince a s nižším sebevědomím se vyhýbavé chování automaticky posiluje, na základě čehož může dojít k tomu, že se i banální situace postupně stanou pro člověka obtížnými. Dalším negativním

dopadem vyhýbavého chování může být osamělost až odcizení se od lidí v důsledku vyhýbání se sociálnímu kontaktu. Na základě pocitů oddělení od ostatních lidí mohou v jedincích přetrvávat prožitky depersonalizace a derealizace. V neposlední řadě vyhýbání se negativním emocím může mít vliv na omezení pozitivního prožívání a ztrátu radosti ze života (Praško, 2003).

3) Zvýšená psychická a tělesná vzrušivost

Přetrvávající projevy zvýšené dráždivosti souvisejí s automatickým očekáváním organismu, že se opět něco zlého může stát. Stálá úzkost a napětí vedou k podrážděnosti - objevuje se výbušnost, prudkost v chování (impulzivita), potíže se spánkem, netrpělivost, psychomotorický neklid, neschopnost spočinout, nesoustředěnost, která může vést k horší výkonnosti. Typická je také nadměrná bdělost či ostražitost projevující se stálým napětím, přemrštěnou úlekovou reakcí na překvapení či nenadálý podnět či přehnanými reakcemi např. na určitý zvuk, hluk, pach. Zvýšená je i tělesná vzrušivost, která se projevuje celou řadou vegetativních reakcí - bušení srdce, tlak na hrudi, zrychlené dýchání, lapání po dechu, třes, brnění v končetinách, pocení, bolesti břicha a hlavy, závratě či nauzea (Praško, 2003). Autor (s. 115) shrnuje, že „tyto projevy zhoršují každodenní fungování, mohou negativně zasáhnout do vztahu s blízkými i v práci, a protože spotřebovávají hodně energie, vedou nakonec k nadměrné únavě až pocitům vyčerpání“.

S výše uvedenými příznaky je obvykle spojena úzkost a deprese a nejsou řídké ani suicidální myšlenky a pokusy. Častou složkou PTSD jsou také pocity viny, za to co se stalo nebo například proto, že člověk přežil, zatímco jeho blízký zemřel. Součástí poruchy jsou i změny v hodnocení sebe samého, resp. negativní hodnocení sebe samého, včetně snížení vlastního sebevědomí a sebeúcty či přetrvávající pocity méněcennosti (Vágnerová, 2008).

Dopady závažné traumatické události jsou po stránce psychické spojeny především se skutečností, že traumatická událost, která stála za vznikem psychického traumatu, je nejrůznějšími způsoby znovu prožívána. Jedinec se cítí opakovaně ohrožen, vzrůstá a prohlubuje se jeho úzkost, strach, bezmoc, beznaděj, zoufalství. Děsí ho, že tomuto znovuprožívání traumatického zážitku, ve formě bolestných vnucujících se vzpomínek, děsivých snů, živých obrazů a pocitů vztahujících a odehrávajících se v prožité traumatické

události, nemůže nijak zabránit, že nad tím nemůže mít žádnou kontrolu, protože vzpomínky se mu vybavují bezděčně, aniž si to přeje i při každodenních činnostech a zážitcích, které, byť jen vzdáleně, připomínají okolnosti traumatu. Těmito rozrušujícími a zúzkostňujícími prožitky může být nejednou natolik zasažen a pohlcen, že může pociťovat strach z překročení pomyslné hranice vedoucí k odpojení se od reality a prožívání nereálného, ale děsivého stavu ve formě tzv. flashbacků, kdy má postižený intenzivní dojem, že traumatickou událost zažívá znovu, právě teď, v dané chvíli. Na základě těchto tíživých prožitků, které už jedinec nechce opět zažívat, se může začít vědomě, ale i nevědomě vyhýbat situacím, místům, činnostem, lidem, aktivitám, které má spojené s traumatickou událostí. Dotyčný může v těchto chvílích sice pocítit bezprostřední úlevu, ale dlouhodobé vyhýbání může vést naopak k prohlubování potíží včetně snižujícího se sebevědomí, zvyšujícího se pocitu méněcennosti i narušení, popř. odcizení se sociálnímu prostředí a vztahům. V kontextu všech uváděných potíží a těžkostí může docházet i k výkyvům v chování traumatizovaného jedince - může se objevovat výbušnost, impulzivita, projevy agrese včetně suicidálních myšlenek a tendencí. Tím, že jedinec často prožívá napětí, je jakoby v neustálém napjatém očekávání, v pohotovostním režimu, kdy čeká, že se může znovu něco ohrožujícího přihodit, typické jsou i projevy zvýšené psychické i tělesné dráždivosti - únava, nesoustředěnost, poruchy spánku, neklid, nadměrná bdělost, ostražitost aj.

5.2 Následky sociální

Psychické trauma není jen individuální záležitostí, každý člověk žije v určitém sociálním prostředí, prožité trauma může mít i významné sociální důsledky, které často vyplývají z psychických změn po traumatické události, k čemuž Malá (2002, s. 381) uvádí, že „speciální symptomy vytvářejí maladaptivní reakce, které vedou ke zhoršenému sociálnímu fungování“.

Traumatická zkušenost zanechává obvykle následky i v oblasti mezilidských vazeb a vztahů. Změny v chování traumatizovaného člověka i změny v chování jeho blízkých mohou vést k narušení mezilidských vztahů, event. i k jejich rozpadu. Změny v chování u rodinných příslušníků, přátel a blízkých často pramení z toho, že nerozumí reakcím a projevům traumatizovaného jedince nebo nevědí, jak se k němu chovat - jestli by s ním o jeho traumatickém zážitku měli mluvit, nebo zda by se tomuto tématu měli raději vyhnout. Samozřejmě i pro ně je těžké vyrovnat se s tím, že jejich blízkému se např. stalo něco zlého nebo mu bylo ublíženo a trpí. Mohou se snažit svého blízkého přimět, aby na traumatickou

událost už nemyslel, připomínat mu, že už je všechno pryč a nyní mu nic nehrozí, avšak vzpomínky na traumatickou událost se člověku vrací, i když na traumatický zážitek nemyslí a nadměrná ostražitost či pocit ohrožení je často všudypřítomný - v takovém případě se pak vytrácí důležitá možnost sdílení traumatické zkušenosti s někým blízkým (Vágnerová, 2008).

K deformaci mezilidských vztahů může dojít i kvůli změnám v chování u traumatizovaných lidí, pramenících např. ze získaných pocitů viny nebo nedůvěry k lidem, k níž došlo následkem traumatu. Vztahy mezi traumatizovaným jedincem a druhými lidmi mohou být narušeny jeho sklonem k izolaci, k odtazitosti a odmítání společenských kontaktů, také sklonem k nepřiměřeným a zdánlivě bezdůvodným výkyvům v chování. Zatěžující mohou být i nápadnosti jako citová otupělost, kterou mohou ostatní chápat jako ztrátu zájmu, nadměrná dráždivost na jakékoli běžné projevy blízkosti včetně odmítání tělesné blízkosti či nechuť ke společným, resp. jakýmkoli aktivitám (Vágnerová, 2008). Autorka (tamtéž, s. 439) shrnuje, že „lidé trpící PTSD často oscilují mezi potřebou ochranného vztahu, který by jim poskytl potřebnou oporu a jistotu, a tendencí k úplné izolaci od lidské společnosti, k níž v důsledku prožitého traumatu ztratili důvěru“.

Narušení mezilidských vztahů bylo uvedeno jako jeden z hlavních rysů psychického traumatu¹¹. Vizínová a Preiss (1999, s. 18) se o následcích traumatu na oblast vztahů vyjadřují následovně - „pocit krajní opuštěnosti a bezmoci zasahuje později do všech vztahů, od nejintimnějších, rodinných, až po abstraktní, které charakterizují náboženskou víru a důvěru v určitý systém hodnot. Pokud trauma působí v raném dětství, může poškodit vznik bazální důvěry v blízké osoby, jež je součástí všech dalších životních vztahů a také podmínkou zdravého vývoje osobnosti. Důsledkem traumatu v jakémkoli věku je ztráta důvěry v sebe a ostatní, zranitelnost a stud z prožité bezmoci“. Autoři (tamtéž, s. 19) také doplňují, že „traumatizovaný jedinec často vnitřně osciluje mezi krajní izolací a touhou po silném ochraňujícím vztahu. Výsledkem toho je utváření intenzivních, nestabilních vazeb, které se impulzivně zmítají mezi extrémy“. Je nutné podotknout, že „stabilní sociální vazby jsou jedním z faktorů, které mají vliv na míru následků traumatu“ (tamtéž, s. 18).

V neposlední řadě považuji za důležité uvést, že „traumatický zážitek, zejména pokud je degradující (např. týrání, znásilnění, mučení) může postiženého člověka sociálně stigmatizovat“ (Vágnerová, 2008, s. 438).

¹¹ viz. kap. 3.2

Křivohlavý (2002, s. 173) ještě doplňuje, že „změna životní situace způsobená například nemocí, se projeví výrazně ve změně kvality života“, kterou WHO vymezuje jako „jedincovu percepci jeho pozice v životě v kontextu své kultury a hodnotového systému a ve vztahu k jeho cílům, očekáváním, normám a obavám. Jedná se o velice široký koncept, multifaktoriálně ovlivněný jedincovým fyzickým zdravím, psychickým stavem, osobním vyznáním, sociálními vztahy a vztahem ke klíčovým oblastem jeho životního prostředí“ (Mühlpachr, Vaďurová in Pipeková ed. 2006, s. 87).

Je více než patrné, že následky traumatu (nejen sociální) mohou významným způsobem zvyšovat míru stresu a narušovat prožívání, uvažování i chování traumatizovaného člověka, a tím mohou ohrožovat nejen jeho duševní zdraví, ale i negativně ovlivňovat jeho kvalitu života.

5.3 Trauma ze znásilnění a jeho následky

Protože znásilnění je obecně považováno za nejtypičtější trauma vyskytující se u žen (Höschl, 2004) i za jednu z nejvíce traumatizujících zkušeností ženy (Vizinová, Preiss, 1999), věnuji zde tématu ženských obětí znásilnění pozornost.

Trauma ze znásilnění (angl. rape trauma) je forma posttraumatické stresové poruchy, která se vyskytuje u obětí znásilnění. „Termín nepředstavuje konkrétní diagnostickou nebo nosologickou jednotku, pouze vymezuje skupinu znaků, symptomů a reakcí, která charakterizuje stav po prožitém znásilnění“ (Ptáček, 2009, s. 268).

Ptáček (2009) uvádí, že následky znásilnění se obecně projevují v těchto dimenzích: kognice, emoce, sociální vztahy (často i pracovní výkon), intimita a sex, identita.

Dopad znásilnění je podle Ptáčka (2009) ovlivněn třemi faktory, kterými jsou pretraumatické osobnostní charakteristiky, kdy se za rizikové (prohlubující) faktory traumatizace dají považovat např. psychopatologické znaky ve smyslu zvýšené depresivity, úzkostnosti nebo emoční lability či poruchy nebo potíže spojené s identitou. Roli na tom, jak závažný bude dopad traumatické události mají i okolnosti tohoto odsouzeníhodného trestného činu, kdy největší vliv na míru následků má chování pachatele - míra agrese, vyhrožování, ponižování, zastrasování, způsoby devalvace oběti aj. Posledním faktorem podílejícím se na rozsahu následků po vystavení stresoru, pro ženu extrémně traumatizujícího charakteru, jsou reakce laického i profesionálního okolí, které mohou být zatíženy a ovlivněny různými mýty a předsudky.

Obecně lze následky znásilnění rozdělit na následky bezprostřední, odehrávající se těsně po činu a překrývající se symptomy akutní stresové reakce (změny aktivace, citová zmatenost, paralyzující úzkost, neovladatelný třes, otupělost, oslabené schopnosti vnímání, prožívání a paměti, obsedantní hygienické chování, přecitlivělost na chování druhých aj.) a následky dlouhodobé, objevující se u většiny obětí znásilnění, obvykle charakterizované nejčastěji jako PTSD, dále také jako deprese, anxiózní stavy, fobie, kompulzivní poruchy, disociace atp. (Čírtková, 2002; Ptáček, 2009).

Dlouhodobé následky se do jisté míry překrývají se znaky a projevy PTSD, avšak vykazují i určitá specifika typická pro trauma ze znásilnění. Stejně jako u PTSD se i u traumatu ze znásilnění vyskytuje přetrvávající úzkost, strach, depresivní nálada, poruchy spánku, děsivé sny, neodbytné znovuvybavování či znovuprožívání stresu v podobě tzv. flashbacků, vyhýbání se situacím a činnostem spojených s traumatem, disociativní symptomy, zvýšená psychická a tělesná vzrušivost aj. Specifické následky typické pro trauma ze znásilnění jsou spojeny především s narušeným vztahem k oblasti intimity, sexu a identity - oběti znásilnění v mnoha případech mají potíže obnovit svůj běžný sexuální život, během sexuálního styku se u nich mohou objevovat flashbaky související s prožitým traumatem, v některých případech může naopak docházet ze strany obětí k hypersexuálnímu chování, které je vysvětlitelné jako obranný mechanismus, který vede k znovu získání pocitu kontroly nad svým osobním životem a sexualitou ve vztazích. Výjimkou nejsou obtíže v navazování nových vztahů (zvl. s opačným pohlavím), pocity viny, nízké sebevědomí, nedbalost vůči vlastnímu tělu, znechucení až nenávisť z vlastního těla a tělesných funkcí, odmítání doteků a tělesné blízkosti, vyhýbání se a strach či odpor z jakékoli sexuality (Ptáček, 2009).

Znásilnění má zásadní a masivní dopad nejen na psychiku poškozených, proto delikt znásilnění lze chápat jako trestný čin se zvláště traumatizujícím potenciálem. Není pochyb o tom, že následky nejen tohoto traumatu se nezřídka odstraňují dlouhodobě, často celoživotně.

5.4 *Posttraumatický rozvoj*

Lidé, kteří zažijí či přežijí utrpení v podobě traumatického zážitku, mohou za určitých podmínek z těžkých zážitků vyjít posílení. Závažná životní událost resp. prožité trauma, může kromě negativních následků paradoxně nastartovat i pozitivní změny (Mareš, 2012). Trauma tedy nemusí zanechat v psychice jen jizvy a šrámy, ale za určitých okolností může být i přínosem. Mluvíme o posttraumatickém rozvoji osobnosti (z angl. posttraumatic growth, zkr. PTG).

Někteří čeští autoři (např. Vančura¹²) překládají anglický výraz posttraumatic growth jako posttraumatický růst. Mareš (2012) se domnívá, že vhodnějším překladem anglického výrazu posttraumatic growth do češtiny v psychologickém slova smyslu je však již zmíněný posttraumatický rozvoj. Autor (tamtéž) vysvětluje, že v této otázce jde především o transformaci osobnosti - že výraz „růst“ evokuje spíše představu kvantitativních změn, avšak v této záležitosti dochází především k proměnám kvalitativním v několika dimenzích osobnosti. Osobně se přikláním k termínu posttraumatický rozvoj, který budu v dalších odstavcích používat.

Preiss (2009, s. 12) uvádí obecnou definici posttraumatického rozvoje. Vnímá jím „prožitek pozitivní změny, která pro některé osoby znamená radikální osobní vývoj, vyvstávající ze zápasu jedince s vysoce náročnými životními okolnostmi“. Mareš (2012, s. 37) doplňuje, že „rozvoj zahrnuje pozitivní změny, které se u jedince objevují poté, co se s traumatickou událostí vyrovnal. Některé změny si uvědomuje hned, jiné až s odstupem času“.

Stejně jako jsou patrné rizikové a protektivní faktory ovlivňující reakci na trauma a zpracování traumatu, existují proměnné, které mohou urychlovat nebo zpomalovat i posttraumatický rozvoj osobnosti. Mezi tyto proměnné lze zařadit typ traumatické události, rozdílné způsoby vyrovnávání se jedince s traumatem, rozdílné strategie zvládnání zátěže, dostupnost sociální pomoci a opory či různé osobnostní zvláštnosti a v neposlední řadě také doba, která uplynula od prožitého traumatu (Mareš, 2012).

¹² VANČURA, J. *Zkušenost rodičů dětí s mentálním postižením*. Brno : Barrister and Principal, 2007. 151 s. ISBN 978-80-87029-14-5

Hledání pozitivních důsledků negativních životních událostí není v historii lidstva ničím zásadně novým. Zmínky a úvahy lze najít ve všech velkých světových náboženstvích včetně řady zmínek v Bibli, v různých filozofických textech a v neposlední řadě v několika úslovích či příslovích - např. „všechno zlé je k něčemu dobré“, „co tě nezabije, to tě posílí“ či „co škodí, to učí“ (Mareš, 2012). Exaktně se pozitivní změny negativních událostí začaly zkoumat v období po druhé světové válce. Za duchovního otce konceptu je pokládán vídeňský lékař židovského původu s vlastní zkušeností z několika koncentračních táborů, zakladatel logoterapie, Viktor E. Frankl (1905 - 1997). Podle Frankla se smysl života skrývá i v utrpení - „...právě tam, kde nemůžeme svou situaci změnit, právě tam se po nás žádá, abychom změnili sami sebe, abychom dozráli, dorostli a nakonec přerostli sami sebe“ (Frankl, 2006 in Mareš, 2012, s. 14). Začátkem 90. let 20. století se v zahraničí (o několik let později i v ČR) konstitoval výzkumný proud, který začal zkoumat hlavně pozitivní změny objevující se u lidí po traumatických událostech. První monografii o posttraumatickém rozvoji osobnosti publikovali v roce 1995 američtí autoři Tedeschi a Calhoun (Mareš, 2012).

Zevrubněji je posttraumatický rozvoj definován jako „významná pozitivní změna v jedincově kognitivním a emočním životě, která může mít i své vnější projevy ve změně jedincova chování“ a rozvojem se rozumí „taková změna, při níž se jedinec dostává nad svou dosavadní úroveň adaptace, psychologického fungování a chápání života“. „Rozvoj zahrnuje jak proces, děj, tak jeho výsledek, který se může dostavit až po několika měsících, letech, či dokonce desetiletích“ (Tedeschi, Parková, Calhoun, 1998 in Mareš, 2012, s. 45).

Za důležité považují uvést, že „posttraumatický rozvoj může koexistovat s reziduálním distresem, který byl traumatem vyvolán“, z čehož vyplývá, že existence posttraumatického rozvoje osobnosti neznamená, že u člověka vymizí bolest či jiný distres, nebo že trauma samotné začne považovat nebo na něj bude nahlížet jako na něco příznivého, vítaného, žádoucího - „pouze jisté dobro, které se z těžké životní události nakonec vynoří, má tuto pozitivní podobu“ ((Tedeschi, Calhoun, 2004 in Mareš, 2012, s. 46). K tomu doplňuje Mareš (2012, s. 83): „Posttraumatický rozvoj není „vyprodukován“ traumatickou událostí samotnou, nýbrž klientovou snahou vyrovnat se s traumatickou událostí, najít smysl života a žít dál“.

Preiss (2009, s. 12) ještě doplňuje: „Všimání si pozitivních dopadů traumatu neznamená popření tragických a nevratných změn, které trauma přináší, spíše přiznání si, že navzdory těžkostem se objevují i jiné než výhradně záporné projevy“. Samozřejmě nelze očekávat, že se pozitivní změny objeví u každého člověka - „pro některé osoby může být trauma výhradně negativní a poznamenávající bez možnosti pozitiv“ (Preiss, 2009, s. 12).

Lze vyčlenit pět dimenzí posttraumatického rozvoje. Pozitivní změna se u jedince může projevit v pěti oblastech. První oblastí jsou vztahy s druhými lidmi - rozvoj se může projevit např. větším zapojením druhých lidí do vlastního života, větším porozuměním a empatií, větším pochopením jejich potřeb, lepším vyjadřováním pocitů směrem ke druhým, lidé jsou více altruističtí, vstřícnější a tolerantní, více si váží druhých, také své rodiny a přátel, mají větší pocit sounáležitosti a blízkosti, přikládají a věnují vztahům větší důležitost a pozornost. Druhou oblastí jsou nové životní možnosti, kde se rozvoj projevuje např. zlepšeným nakládáním s časem, objevením nových oblastí zájmů a příležitostí či silnější vůlí k věcem, které je zapotřebí změnit. Třetí oblastí je osobnostní rozvoj (silné stránky jedince) - změny ve vztahu k sobě samým se projevují např. pocitem zvýšené sebedůvěry, lepším zvládnutím životních obtíží, zvýšenou akceptací životního běhu. Čtvrtou oblastí je spirituální změna (změna v duchovní oblasti), v níž se rozvoj ukazuje např. porozuměním duchovním potřebám svých či druhých osob, větším zájmem o duchovní oblast, někdy i zesílením víry či náboženských potřeb, u některých lidí nastává příklon k víře. Poslední, pátou oblastí je ocenění života (porozumění životu, pochopení života), kde se rozvoj projevuje např. úvahou o podstatných věcech v životě, uznáním možností, které nám všem život uděluje, nastupuje hlubší porozumění životu, lidé si více váží života, oceňují každý jeho okamžik (Preiss, 2009; Mareš, 2012).

Lze shrnout, že následky traumatu nemusí být jen nežádoucí a bolestné, ale v některých případech odkrývají i pozitivní přínosy, o kterých je člověk schopen uvažovat až s různě dlouhou časovou latencí, někteří toho však nejsou schopni vůbec. Mluvíme o posttraumatickém rozvoji osobnosti, který se projevuje navenek např. změněným chováním, jinými vztahy s lidmi, nastoupením odlišné cesty životem.

6 Metodologické šetření

Praktická část si klade za cíl odhalit odpověď na otázku patrnou už z názvu diplomové práce, stejně jako zřejmou a prostupující celou zpracovávanou teoretickou částí. Na základě získaných informací a jejich porovnáváním s teorií se pokusím co nejdůležitěji odvětit na níže uvedené a položené výzkumné otázky.

Výsledků nebudu dosahovat pomocí statistických procedur ani jiných způsobů kvantifikace, ale protože podstata zkoumaného problému se týká života konkrétních osob, jejich příběhu, zkušeností s traumatickým zážitkem, jejich prožitků, chování či fungování ve společnosti, zvolila jsem metodu kvalitativního výzkumu, protože dle mého názoru dokáže lépe zachytit a porozumět individuální zkušenosti lidí, kterým do cesty vstoupila nějaká traumatická událost.

Už pouze na základě uváděných příznaků a projevů psychického traumatu vycházejících ze symptomů posttraumatické stresové poruchy a dalších informací předkládaných v teoretické části diplomové práce je patrné, že psychické trauma může vést k narušení různých oblastí jedincova života - přítomnost traumatického zážitku se může podílet a ovlivňovat život svého nositele.

To, zdali a jak je tomu ve skutečnosti, by nám měly potvrdit a přiblížit právě níže uváděné případové studie. Tuto formu jsem si vybrala z toho důvodu, protože věřím, že na základě subjektivních výpovědí samotných respondentek se mi podaří na zmiňované klíčové otázky odpovědět.

6.1 Výzkumná strategie

Jako strategii, druh či typ výzkumného šetření v rámci vybraného kvalitativního výzkumu¹³ jsem zvolila případovou studii, a to za účelem porozumění případu a interpretování událostí přidružených ke zkoumanému objektu.

¹³ Druh pedagogického výzkumu, rozvíjený od 60. let 20. století, aplikující jiné metodologické principy (jiné paradigma) než klasický kvantitativní výzkum. Je nazýván též „postpozitivistický“, „naturalistický“. Hlavní znaky: Je založen na fenomenologické filozofii; zdrojem dat jsou přirozená prostředí; důraz je kladen na výklad zkoumaných jevů očima samotných aktérů; produktem je detailní popis často jednotlivých případů (Průcha, 2003, s. 111).

Případová studie patří ve společenských disciplínách k základním výzkumným designům (Švaříček, 2007). Průcha (2003, s. 188) ji ve svém pedagogickém slovníku definuje jako „výzkumnou metodu v empirickém pedagogickém výzkumu, při níž je zkoumání podroben jednotlivý případ, který je detailně popsán a vysvětlován, takže se dochází k takovému typu objasnění, jehož při zkoumání týchž objektů v hromadném souboru nelze dosáhnout. Výhodou metody je možnost hlubokého poznání podstaty případu, nevýhodou omezenost zobecnitelnosti výsledků“.

Hartlův psychologický slovník (2000, s. 253) ji vymezuje jako „popis jednotlivých případů, např. vznik, průběh a vyléčení duševní choroby či odstranění povahové vlastnosti; slouží jako pomoc a srovnání pro podobné případy; často se sestavuje prostřednictvím rekonstrukce životopisu sledované osoby“.

Objekt výzkumu se pokusím zachytit ve své komplexnosti. Podstatné vždy je, jak uvádí Švaříček (2007), že v mnou zvolené strategii kvalitativního výzkumu badatel usiluje o komplexní porozumění případu v jeho přirozeném prostředí. Případovou studii autor vnímá jako empirickou metodu, jejímž smyslem je velmi podrobné zkoumání a porozumění jednomu nebo několika málo případů, přičemž toto detailní zkoumání a studium je tradičně považováno za jeden z možných způsobů, jak porozumět složitým sociálním jevům a že rozkrýváním vztahů mezi jednotlivými oblastmi dochází k vysvětlování podstaty případu.

6.2 Výzkumné otázky a cíle

Cílem předkládaných případových studií bude, na základě poskytnutých informací a subjektivních zkušeností, prožitků, názorů, postojů, myšlenek i pocitů respondentek, přiblížit a prohloubit výše zpracované teoretické informace a poznatky o problematice psychického traumatu.

V této věcně zaměřené části se pokusím odpovědět na ústřední otázku celé práce: **Jaký vliv má psychické trauma resp. traumatický zážitek či událost na lidský život?** Přičemž mě také bude zajímat: **Jak probíhalo zpracovávání a vyrovnávání se s psychickým traumatem resp. návrat k běžnému životu? K jakým změnám vlivem psychického traumatu (traumatického zážitku) došlo?**

Jedná se mi o co nejširší a dostatečně hluboké zpracování různých oblastí bytí po vystavení se extrémně stresové zátěži, kterou trauma bezesporu je, jeho důsledkům, vlivu i následné cestě životem traumatizovaných jedinců.

6.3 Výběr vzorku

Dostatečná pozornost by měla být podle Švaříčka (2007) věnována správnému výběru případu, který je jedním ze zásadních kroků celého výzkumu. Dále autor doplňuje, že případová studie v rámci kvalitativního přístupu nemůže nikdy spoléhat na náhodný výběr, nýbrž se musí jednat o volbu záměrnou, která je důležitá z toho důvodu, aby vybraný objekt měl ty vlastnosti, které chceme sledovat.

Svoji pozornost jsem tedy z podstaty tématu práce směřovala k lidem, kteří měli zkušenost s psychickým traumatem resp. zažili nějakou traumatickou událost. Protože s traumatickým zážitkem mám také osobní zkušenost, při dosavadních absolvovaných terapiích, stacionářích i pobytech na terapeutických odděleních jsem se za tu dobu seznámila s několika lidmi, kterým do života vstoupil nějaký nečekaný a ohrožující traumatický zážitek. S prosbou o účast ve výzkumu v rámci diplomové práce jsem tedy oslovila několik takto známých lidí. Mimo ně jsem za pomoci dvou blízkých pracovníků ve zdravotnictví (jedním byla psychoterapeutka a druhou psycholožka) navázala kontakt i s několika jejich doporučenými klienty.

Nejen z vlastní zkušenosti jsem předpokládala, že vyprávění o těžkém a citlivém tématu, kterým traumatický zážitek (a následné těžkosti a potíže v nejrůznějších oblastech života) bezesporu je, by s velkou pravděpodobností mohlo být pro možné budoucí respondenty nejen po psychické stránce více náročnější. Snažila jsem se tedy vyhledat a kontaktovat spíše ty osoby, o kterých jsem věděla nebo měla informace, že už mají trauma relativně psychoterapeuticky či jiným způsobem ošetřené či zpracované a integrované a nevadilo by jim tudíž tolik o něm komunikovat a popisovat své těžkosti s ním spojené.

Oslovila jsem tedy šest možných a vhodných budoucích respondentů s prosbou o účast na výzkumu pro potřeby diplomové práce. Při vysvětlení a poskytnutí bližších informací o možném průběhu výzkumného šetření a nastínění, jakými obecnějšími i konkrétnějšími tématy a otázkami bych se v rozhovoru zabývala, spolupráci na výzkumu odmítl jeden jedinec a další tři osoby příslibemou účast po možnosti rozmyšlení se s omluvou odřekly.

Důvodem odmítnutí byl fakt, že dotčený se dle svých slov už nechtěl ke svému traumatickému zážitku a všemu, co s ním souviselo, vracet. Příčinou odřeknutí ponejvíce byly obavy ze zhoršení psychického stavu. Všechny tyto skutečnosti jsem plně respektovala, rozhodně nebylo mým cílem komukoli oživovat bolestné vzpomínky na minulost a nějak jim vybavováním si traumatického zážitku a popisem dalších skutečností s ním souvisejícími

přítížít. S výzkumným šetřením i po poskytnutí bližších informací souhlasili dva jedinci - konkrétně dvě ženy.

6.4 Výběr výzkumné metody

Jak uvádí Švaříček (2007), pro získání relevantních údajů jsou využívány dostupné zdroje i metody sběru dat – „metody sběru dat jsou specifické postupy poznávání určitých jevů, které badatel užívá s cílem rozkrýt a reprezentovat to, jak lidé interpretují a vytvářejí sociální realitu“ (Švaříček, 2007, s. 142).

Pro sepsání případových studií, pro nalezení odpovědí na položené výzkumné otázky a pro získání základních i doplňujících, obsáhlejších, detailnějších a prohlubujících informací jsem využila metodu rozhovoru, kde se respondentky mohly subjektivně vyjádřit k základním i odvozeným tématům a otázkám, které vyplynuly z teoretické části. Rozhovor Švaříček (2007, s. 159) charakterizuje jako „nejčastěji používanou metodu sběru dat v kvalitativním výzkumu“ a dále ho definuje jako „nestandardizované dotazování jednoho účastníka výzkumu zpravidla jedním badatelem pomocí několika otevřených otázek“ (tamtéž, s. 159). „Rozhovor je výzkumný prostředek používaný při dotazování, spočívající v přímé ústní komunikaci výzkumného pracovníka s respondentem“ (Průcha, 2003, s. 203).

Data pro výzkumné zprávy mi poskytl konkrétněji rozhovor polostrukturovaný, který vycházel z předem připravených témat a otázek. Témata rozhovoru jsem si rozdělila na dvě části, první z nich byla věnována např. tématům dětství a rodina, období docházky do školy a další vzdělávání, puberta a její průběh, nebo i charakteristice sebe sama. Tuto část jsem vnímala jako důležitou pro sestavení uceleného příběhu i pro pochopení možných souvislostí s dalším průběhem života, který byl narušen traumatickým zážitkem. Druhá stěžejní část rozhovoru byla zaměřena a týkala se samotného traumatu (jeho vzniku, průběhu, zpracování, vyrovnávání, následků aj.). Abych mohla co nejjednodušeji a nejpřesněji odpovědět na výzkumné otázky, v polostrukturovaném rozhovoru jsem kromě popisu situace, která byla spouštěčem problémů, zaměřila svou pozornost a dotazovala se např. na otázky směřující na příznaky a projevy psychického traumatu, jeho vnímání a prožívání. Věnovala jsem se také tématu zpracovávání a vyrovnávání se s traumatickým zážitkem včetně průběhu léčby či terapie. Nedílnou součástí byly i otázky týkající se následků a dopadu problémů plynoucích z přítomnosti psychického traumatu resp. traumatického zážitku na existenci respondentek ve společnosti. V této souvislosti byly probrány např. otázky zaměřené na změny v osobním,

sociálním či pracovním životě - zajímalo mě, v čem se život respondentek po traumatické události nejvíce změnil, jaké životní oblasti jim to nejvíce narušilo, resp. v jakých oblastech měly či mají největší potíže, nebo jaké vnímaly či ještě vnímají negativní popř. pozitivní důsledky psychického traumatu. To vše účastnice výzkumu popisovaly a posuzovaly prostřednictvím vlastní subjektivní zkušenosti.

Rozhovor měl úvodní, hlavní i ukončovací fázi s předem připravenými ústředními otázkami a pro získání hloubky a detailů jsem použila ještě otázky navazující, doplňující a osvětlující. Na diktafon zaznamenaný rozhovor jsem po získání potřebných dat přepisovala, označovala (např. podle podobných tematických okruhů) a následně kódovala a analyzovala. Hendl (2005, s. 114) se k tomu vyjadřuje následovně – „výzkumník zkoumá data a hledá propojení mezi nimi a výzkumnými otázkami“.

Velmi obecně se dá shrnout, že pokládané otázky byly směřovány k minulosti, přítomnosti, částečně i budoucnosti. Jednalo se o takové vylíčení života od narození po současnost se zaměřením na vliv psychického traumatu na život či změnu života po traumatu, přičemž celkový obraz jsem se snažila zachytit komplexně, v co nejširších souvislostech.

V centru mého zájmu a zkoumání byla témata a otázky na různé více či méně problémové situace a oblasti života dotazovaných, o kterých jsem se na základě poznatků a studia odborné literatury i podle vlastních zkušeností domnívala, že by mohly mít vzhledem k přítomnosti psychického traumatu vliv na lidský život.

6.5 Etické aspekty a průběh výzkumného šetření

Prakticky v každém výzkumu je třeba řešit určité etické otázky - ještě více tehdy, jedná-li se o výzkum kvalitativní, který zkoumá člověka a jeho působení. Etické zásady výzkumu jsou formulovány v obecné rovině, tj. v rovině principů, která mají obecná nikoli přesná pravidla. Pečlivé zvažování všech etických aspektů výzkumu zůstává tedy na každém výzkumníkovi (Švaříček, 2007).

V kontextu etických aspektů výzkumu jsem se řídila především principy důvěrnosti, ochrany soukromí a osobních údajů, anonymity a principem poučeného (informovaného) souhlasu. „Při kvalitativním rozhovoru je mnoho příležitostí, kdy se účastník musí vyjádřit k emočně citlivé záležitosti, proto je nezbytné vytvořit co největší emoční bezpečí“ (Hendl, 2005, s. 156).

Na začátku rozhovoru jsem respondentky znovu ujistila o anonymitě a důvěrnosti informací v tom smyslu, že veškerá získaná data budou použita pouze pro účely této práce. Dotazované ženy mi vyjádřily opětovný souhlas s účastí na výzkumu a svolení s nahráváním rozhovoru na diktafon. Protože některá témata a z nich pramenící otázky měly velmi citlivý charakter, snažila jsem se vytvořit atmosféru a vztah vzájemné důvěry, porozumění, empatie, vstřícnosti, zájmu a pochopení. Citlivé otázky jsem nekladla bez přechodu a přípravy. Míra otevření se a intimity záležela na respondentech. Mým hlavním cílem i přáním v této citlivé oblasti bylo, aby u dotazovaných nedošlo k psychické, fyzické ani jiné újmě, což se, myslím, podařilo. Veškeré osobní údaje byly v rámci zachování anonymity pozměněny nebo vynechány.

Abych mohla odpovědět na položené základní i odvozené výzkumné otázky ve své komplexnosti a integritě, veškeré získané údaje, data a informace, pomocí zmiňovaných metod, jsem musela podrobit zevrubné analýze a interpretaci.

„Při kvalitativní analýze a interpretaci jde o systematické nenumerné organizování dat s cílem odhalit témata, pravidelnosti, datové konfigurace, formy, kvality a vztahy“ (Hendl, 2005, s. 223). Autor dále uvádí, že „výzkumník se snaží dát smysl shromážděným údajům“ (tamtéž, s. 226), a že „kvalitativní analýza je uměním zpracovat data smysluplným a užitečným způsobem a nalézt odpověď na položenou výzkumnou otázku“ (tamtéž, s. 223). Interpretací se potom rozumí „systematický rozbor toho, co kategorizovaná data a nalezená spojení vlastně znamenají“ (Švaříček, 2007, s. 244).

Bassey (1999 in Švaříček, 2007, s. 98) přidává a dále osvětluje, že „výsledky ze všech použitých metod interpretujeme dohromady, neboť naším cílem je vyložit případ jako integrovaný systém, a ne upozornit na jeho dílčí části“. „Výzkumník vyhledává a analyzuje jakékoli informace, které přispívají k osvětlení výzkumných otázek, provádí deduktivní a induktivní závěry“ (Hendl, 2005, s. 50).

Jak uvádí Švaříček (2007), pro případové studie nejsou vyvinuty čistě specifické analytické procedury. Proto jsem si, na základě cílů výzkumu, výzkumné otázky a kontextu výzkumu, za nejvhodnější a nejvyhovující metody analýzy dat, zvolila systematické porovnávání, hledání pravidelností, vzájemností a vztahů, kategorizování a otevřené kódování, tj. rozdělení získaného materiálu na jednotky - kódy.

Rozsáhlejší a nestrukturovaná data jsem průběžně zkoumala, organizovala, zpracovávala, rozřazovala, třídila a hledala mezi nimi a výzkumnou otázkou propojení, přičemž jsem se snažila vyvarovat se subjektivním faktorům a nadměrné interpretaci, které by negativně ovlivnily analytický proces.

Analýzou a interpretací různých druhů dat a informací jsem postupně docházela k výsledkům a závěrům, které jsem se pokusila sumarizovat a následně zachytit a prezentovat ve výsledných výzkumných zprávách tj. případových studiích.

6.6 Případová studie č. 1

Dětství a rodina

Petra se narodila v roce 1978 jako druhé a poslední dítě do rodiny. „*Narodila jsem se trochu předčasně, ve 36. týdnu těhotenství do úplné, dnes z mého pohledu, harmonické rodiny*“. S rodiči a o dva roky starším bratrem bydlela a vyrůstala Petra v obci se zhruba dvěma tisíci obyvatel vzdálené asi deset kilometrů od většího okresního města Plzeňského kraje. „*Bydleli jsme v bytovce, později v paneláku*“. Rodiče pracovali v místních kasárnách - otec jako voják z povolání, matka v kanceláři. Navštěvovala mateřskou školu - „*toto období bylo krásné, ráda na něj vzpomínám*“.

Období docházky do školy

Školní docházku nastoupila v šesti letech - „*do školy jsem šla se svými kamarády ze školky, tak jsem se velmi těšila*“. Vztah k učení měla kladný, učila se velmi dobře, čemuž odpovídal i její prospěch - „*na vysvědčení jsem mívala jedničky a dvojky*“. Avšak na prvním stupni ZŠ se podle slov Petry začala projevovat její citlivější povaha, což dává do souvislosti s častou změnou vyučujících: „*Špatně jsem snášela časté změny učitelek. Každý rok do 4. třídy jsme měli jinou učitelku, třetí třída byla asi nejhorší*“. Popisuje, že vyučující byla velmi přísná a na žáky často křičela. Petra si v důsledku toho začala stěžovat na somatické potíže - „*měla jsem bolesti žaludku a křeče takové, že jsem nebyla schopná vylézt z postele*“. Prodělala několik vyšetření, která však neodhalila žádné onemocnění - „*doktoři řekli, že žaludek je v pořádku, že je to psychosomatické. A tím to končilo*“. Jak Petra dále uvádí, do deseti let trpěla noční enurézou, jejíž příčina byla zjevně psychická. Když bylo Petře sedm let, zemřel její blízký kamarád na leukémii - „*byl to pro mě strašný šok a hrozně jsem se bála, že umřu taky. Často jsem nemohla spát, chodila se mnou mamina, aby mě uklidnila*“.

Na období druhého stupně ZŠ vzpomíná o dost radostněji: „*Na druhém stupni už to bylo super, vše bylo bez problémů*“. V kolektivu byla Petra dle svých slov vždy oblíbená a dodává: „*Vždy jsem se ráda smála a měla jsem kolem sebe spoustu kamarádek a kamarádů*“. Volný čas vyplňovala nejrůznějšími zájmy či kroužky - „*měla jsem spoustu zájmů, hrála jsem volejbal, zpívala, chodila jsem do zdravotnického a dopravního kroužku, bavilo mě malování nebo i recitace, o prázdninách jsem jezdila na tábory nebo jsem hlídala malé děti v okolí, pomáhala babičkám s nákupem*“. Rodinná situace a vztahy s rodinnými

příslušníky byly v tomto období podle slov Petry dobré - „*cítla jsem lásku od obou rodičů, s bratrem to bylo taky v pohodě*“. Petra dodává: „*Myslím si, že jsem byla celkem bezproblémové dítě*“.

Další vzdělání, puberta a adolescence

Když bylo Petře patnáct let, přestěhovala se s rodiči do nedalekého okresního města - „*naši předělávali baráček, kam jsme se v mých patnácti přestěhovali*“. Po základní škole začala Petra studovat střední zdravotnickou školu v novém místě bydliště. Jak uvádí, výběrem a volbou dalšího vzdělávání se nemusela dlouho zabývat: „*Výběr školy a zaměstnání jsem vlastně věděla od první třídy, chtěla jsem být sestřičkou a pomáhat lidem. Měli jsme tam skvělý kolektiv, moc se mi tam líbilo a i celkově jsem byla šťastná*“.

O pubertě - o období změn, které jsou s dospíváním spojeny, se Petra vyjadřuje následovně: „*Puberta u mě byla celkem klidná, občas odmlouvání, nějaký vzdor, ale vše v mezích normy a slušnosti*“. Navštívila první diskotéky - „*když jsem dodržovala pravidla, tak naši byli tolerantní*“. Prožívala první lásky, časem i první sexuální zkušenosti - „*informovaná o sexu jsem byla podle mého dost, vztahy jsem navazovala velmi dobře, ale většinou byly jen krátkodobé. O panenství jsem přišla po šestnáctém roce a bylo to docela hezký*“. Petra vzpomíná, že v tu dobu prožívala krásné období - „*myslím, že jsem si užila spoustu zábavy a srandy i jsem získala spoustu zážitků*“. A doplňuje: „*Snažila jsem se být zodpovědná a myslím si, že naši na mě byli hrdí*“.

V době studií na střední škole se Petra nejvíce skamarádila a rozuměla si se spolužačkou Jitkou, jejich přátelství trvá dodnes. Obě pro sebe hodně znamenaly a dá se říci, že na konci střední školy měly společného mnohem více, než by chtěly. „*Jitka se mi svěřila, že byla v dětství znásilněná. Ten dotyčný byl odsouzen a svůj čin si odseděl. Hodně ji to ovlivnilo*“. Právě tento odsouzeníhodný zážitek se stal na konci střední školy jejich společným tématem. Petra byla v osmnácti letech sexuálně napadena. Dnes se Petra o doposud trvajícím přátelství s Jitkou vyjadřuje následovně: „*Tehdy byla Jitka vlastně i u toho mého zážitku. Byly jsme si a jsme doteď pro sebe velmi důležité. Naše přátelství je pro mě velmi důležité a jsem za něj ráda, sice bydlíme daleko od sebe, ale vidáme se a voláme si... Myslím si, že její zážitek z dětství ji ovlivnil dalekou více, než mě ten můj v dospělosti...*“.

Zaměstnání (popř. další vzdělání)

Po maturitě na SŠ pokračovala Petra ve studiu na vyšší odborné škole - obor porodní asistentka. Stejnou školu, ale jiný zdravotní obor navštěvovala i její kamarádka Jitka, takže i nadále udržovaly své přátelství. *„Na škole se mi líbilo, byla jsem tam spokojená. Studovala jsem bez problémů, ve studiu jsem byla snaživá, moc mě to bavilo, naplňovalo, chtěla jsem něco dokázat. Byly to tři roky studentského života, který jsme se snažily s Jitkou užívat, ale několikrát se jedna z nás vracela k oné události...“*

Partnerství, manželství

Po absolutoriu na VOŠ se Petra seznámila s nynějším manželem - *„seznámila nás jeho sestra. Od prvního okamžiku jsme oba věděli, že budeme spolu. Začátky byly krásné“*. Po ukončení VOŠ začala Petra pracovat jako porodní asistentka na porodním sále - *„práce mě moc bavila, kolektiv byl také perfektní“*. S přítelem bydlela u rodičů v jedné z místností. Po čtyřech letech známosti Petra poprvé otěhotněla, za další čtyři roky podruhé: *„Máme dva kluky - deset a šest let. Obě těhotenství byla riziková, kluci se narodili předčasně - jeden ve 34.t.t. a druhý dokonce ve 32.t.t. Jsem šťastná, že je mám a že jsou bez větších následků, ale musím říct, že jsem si užila spoustu strachu ohledně jejich zdravotního stavu. Mladší je dodnes často nemocný a má oslabené plíce“*. Po deseti letech vztahu se Petra vdala, manželství už trvá pět let. Rodina žije nadále u Petřiných rodičů v rodinném domě, kde mají pro sebe celé přízemí. V soužití manželů se objevují jak radosti, tak občas i starosti: *„Problémy s manželem samozřejmě občas máme (peníze, výchova, můj temperament), zatím jsme však vše dokázali vyřešit“*. Po mateřské dovolené Petra pracovala a pracuje nadále v oboru porodní asistentka, v současné době jen mění nemocnici za soukromý sektor - *„nyní odcházím do soukromého sektoru, hlavní důvod je, že chci být s dětmi a mít na ně čas“*.

Vlastní charakteristika

Sama sebe by Petra charakterizovala následovně: *„Myslím si, že jsem optimistická a snažím se na každém najít něco dobrého, jsem veselá, citlivá, důvěřivá, dobrosrdečná, přátelská, cílevědomá, pracovitá, charakterní, spravedlivá. Jsem i celkem temperamentní, takže, když se někde objevím, je mě všude dost. Snažím se žít tak, abych nikomu vědomě neublížila a snažím se pomáhat druhým, mám ráda lidi a hrozně ráda se směji. Jsem nerada*

sama. Na druhou stranu jsem asi trochu přecitlivělá, vše mě snadno rozbrečí, dojme... Občas jsem i výbušná a občas dřív mluvím než myslím, ale s věkem to trochu eliminuji“.

Vznik traumatu - začátek problémů a jejich další průběh

Jak už bylo naznačeno, Petra v osmnácti letech zažila sexuální napadení (pokus o znásilnění), přičemž pachatelem byl jí známá osoba. *„Bylo to v létě na jedné sportovní akci v obci, kde jsem do patnácti vyrůstala, užívala jsem si krásný pohodový večer, spousta známých a kamarádů... bazén, hudba, zábava, alkohol...“.* Po nádechu a dlouhém výdechu pokračuje: *„Musím říct, že jsem byla ve velmi dobré náladě, měla jsem pár skleniček alkoholu, ale určitě jsem nebyla opilá, ale dobře jsem se bavila“.* Mezi účastníky akce byl i budoucí agresor: *„Potkala jsem tam velmi dobrého kamaráda mého tatky, který, když jsem bydlela ještě na vesnici, bydlel vedle nás s manželkou a se svými dcerami, které byly moje velmi dobré kamarádky. Chvíli jsme se bavili o životě, o tatkově a on poté nadhodil, že mi ukáže, kde tatka s ním celé roky dělal - bylo to v areálu, kde jsme byli na akci... a já naivně šla... Navrhl, že si tam dáme panáka... Došli jsme až do budovy, kde spolu dělali, vyndal z lednice alkohol a nalil malého panáka...“.*

Po chvíli odmlčení přistupuje Petra k popisu traumatického zážitku, který se vymyká standardní zkušenosti. Při vyprávění je na Petře viditelné mírné rozrušení: *„V tom se na mě vrhl, roztrhal tílko, kalhotky a sexuálně mě napadl... Sundal si kalhoty, pak mám taková chvilková okna... Začala jsem se s ním prát, chvíli mě držel v šachu... Nejsem si jistá, jestli došlo nebo nedošlo k pohlavnímu styku... Pak si vzpomínám, že jsme se prali u skříně, upadla jsem na roh, bolela mě neskutečně hlava... Pak jsem se mu nějak vytrhla a utíkala jsem a ječela směrem zpět... U dveří mě chytil, já hrůzou ječela... Prosil mě, ať jsem zticha, vytrhla jsem se mu a už jsem jen běžela... Uviděla jsem mladý vojáky, běžela jsem k nim, ať mě pustí pryč... Utíkala jsem přes roury, asi parovod, za hlukem z akce, cestu si již nevybavím... Doběhla jsem tam, brečela jsem, hledala Jitku a vše jí řekla, jen to jméno jsem zatím tajila... On se pak vrátil na akci a dělal, že se nic nestalo, když jsem mu slíbila, že nic neřeknu“.*

Dá se říci, že vlivem psychického šoku a akutní stresové reakce si Petra následující okamžiky už moc nevybavuje - *„zhroutila jsem se a moc si toho nepamatuju. Odjela jsem pryč s dvěma kamarády a s Jitkou a byla jsem u ní až do noci...“.* V prvních chvílích, bezprostředně po traumatickém zážitku byla Petra značně úzkostná a v šoku, neschopná

normální komunikace, „*jen jsem brečela a klepala se*“. Na těle byla patrná fyzická zranění: „*Měla jsem boule na hlavě, modřiny a škrábane*“.

Dnes popisuje, co se jí při napadení honilo hlavou a co v osudné chvíli pociťovala: „*Měla jsem hrozný strach, při té rvačce jsem měla strach i o život, bojovala jsem s ním, cítila jsem se bezmocně, bušilo mi srdce, nebyla jsem schopná se nadechnout a v klidu dýchat... hnus... bylo to odporný, nechutný... On se choval jako prase... jako nechutný prase...*“.

Petra byla přesvědčená, že to nemůže kromě kamarádky Jitky nikomu dalšímu říct, oznámení na policii nejen z toho důvodu odmítla: „*Nic jsem neohlašovala, nemohla jsem, už kvůli jeho dcerám, měly jsme spolu moc hezký vztah, s tou starší jsme spolu na škole hrály volejbal, nechtěla jsem, aby na malé vesnici si na ně ukazovali, že mají otce úchyla... Ale často jsem si říkala, jestli to někdy neudělal jim... Poté, co se mu narodily samé vnučky, moje úzkost se stupňovala*“.

Příznaky traumatu a jeho prožívání, zpracování a postupné vyrovnávání

Po nějakém čase se u Petry začaly objevovat příznaky posttraumatické stresové poruchy. Traumatický zážitek se jí opakovaně vracel v myšlenkách a přetrvával ve vědomí, znovu při tom prožívala pocity strachu, bezmoci, hrůzy, záměrně i nezáměrně se vyhýbala situacím a okolnostem souvisejícími s traumatem. „*Myšlenky se mi často vracely... Nejhorší bylo, když se naši o tom člověku třeba bavili, že si přijede pro káru, nebo, že půjde s tatškou pro dřevo... To jsem prožívala neskutečnou úzkost, abych ho nepotkala, což se mi ale několikrát stalo... Byl s manželkou, která si se mnou chtěla povídat, dnes nechápu, jak jsem se mohla tak přetvařovat, že nikdo nic nepoznal... Slušně jsem ho ještě pozdravila... a pak mi bylo na zvracení... Přestala jsem jezdit do té vesnice i k známým, kteří tam žili*“.

Traumatický zážitek se začal projevovat a negativně zasahovat do Petřina běžného života a měl vliv na fyzickou, psychickou i sociální pohodu. Často byla Petra úzkostná, depresivní, podrážděná, impulzivní, nesoustředěná, častěji se objevovaly i somatické potíže. Sebevražedné myšlenky ani tendence si ublížit neměla. Občas však trpěla pocity viny a hovoří i o negativním vztahu k sobě samé: „*V tu dobu jsem se neměla moc ráda... Na čas jsem propadla bulimii...*“.

Potíže se u Petry projevovaly tělesně, emočně i v chování. Traumatický zážitek postupně negativně narušoval a ovlivňoval různé oblasti Petřina života. Patrné byly změny v oblasti chování a vztahů v rodině. Petra se však se svým trápením rodičům nesvěřila.

„Myslím, že to rodiče v té době se mnou neměli vůbec lehké, moc jsem si s nima tehdy nerozuměla, byla jsem drzá, paličatá, úzkostná, nervózní, plačtivá, hádala jsem se s rodiči, oni ale nevěděli, čím si procházím. Naši moji vzdorovitost a výbušnost přisuzovali asi pubertě“. Po čase se Petra světila bratrovi: „Řekla jsem to bratrovi, ale jen okrajově, podrobnosti nevěděl... Ten mu chtěl jet hned rozbít hubu, bála jsem se, aby se to nějak nerozkřiklo, hlavně jsem se bála, aby se to nedoneslo tatškovi“. Dodává také jeden z možných důvodů, proč se rodiče Petry o traumatickém zážitku dcery nedozvěděli: „Nejvíc mě asi ranilo, když mi mamina říkala, ať se oblékám jinak, že si koleduju o znásilnění... To mě tak přivádělo k šílenství. Vždy jsem nosila a nosím výstřihy, ale doted' si myslím, že výstřih za mé znásilnění přece nemohl. Možná to byl i důvod, proč se naši o tom nikdy nedozvěděli, ani nedozví. Fráze - mohla sis za to sama - tu jsem od nich určitě slyšet nechtěla“.

Traumatický zážitek Petru pronásledoval a negativně ovlivňoval a narušoval i oblast partnerskou a sexuální. *„Nebyla jsem schopná najít si dlouhodobý vztah. Asi jsem ani nechtěla, chlapům jsem nevěřila“.* Narušený vztah k oblasti intimity a sexu se projevoval různorodě. *„Prošla jsem si různými stádii. Bylo to jako na houpačce“.* Strach i odpor z tělesné blízkosti, doteků, znechucení z vlastního těla vystřídal sklon k hypersexuálnímu chování, což se dá vysvětlit jako obranný mechanismus, kterým se Petra mohla snažit získat ztracený pocit kontroly nad svým životem a sexualitou ve vztazích. *„Po čase jsem hodně pila, začala jsem kouřit, nezřízeně jsem si „užívala“ života. Kluky jsem dráždila, balila, „užila si“ a odkopla a chovala jsem se k nim jako ke kusu hadru, vztahy jen krátkodobé nebo na jednu noc. To byla moje msta, tak jsem to asi cítila. Někdy jsem to obřečela, a jindy jsem byla ledově chladná...“.*

Průběh léčby, terapie - vyrovnávání se s traumatem (znovuzískání psychické rovnováhy)

Petra nevyhledala v souvislosti s traumatickým zážitkem a následnými potížemi žádnou odbornou pomoc, nepodstoupila žádnou odbornou terapii nebo léčbu. S těžkou životní situací se vyrovnávala především sama. *„Žádnou léčbu jsem neproděla, sama jsem se s tím vyrovnávala, byly dny, kdy to člověk vytěsnil a dny, kdy mu to něco připomnělo“.*

Svou zkušenost, pocity a myšlenky sdílela jen s kamarádkou Jitkou, která Petře dle jejích slov v těžkých chvílích nejvíce pomáhala. Jejich přátelství se vlivem společného traumatického zážitku ještě více posílilo. Měla jedna pro druhou pochopení, obě moc dobře věděly, jaké je to, zažít něco tak stresujícího a traumatického. *„Nemohla jsem se nikomu*

svěřit jen kamarádce, která prodělala to samé v dětství, hodně nás to spojilo a neustále jsme o tom hovořily. Co jsme měly udělat jinak a tak“.

Petra přiznává, že nejhorší pro ni byly první dva roky po traumatickém zážitku. Při znovuzískávání psychické rovnováhy jí ze začátku nejvíce pomáhalo studium. *„Studovala jsem zdrávku, později vyšší odbornou školu, později bakaláře ošetřovatelství, měli jsme tam psychologii, často jsme debatovali, zkoušeli i různé psychoterapeutické hry... Myslím, že mi to stačilo, o psychologovi jsem neuvažovala. Tihla jsem spíše k esoterice - začala jsem se zajímat o energie, rodinné konstelace, regrese, kineziologii a prvotně jsem si nakoupila knihy o tom, jak mít ráda sebe sama, čtení knihy Miluj svůj život od Louise L. Hay to byla moje psychoterapie...“.* Petra uvádí, že se postupně učila mít ráda sama sebe a doplňuje, že *„některé osudy, které viděla jsem v nemocnicích, mi ukázaly, co je opravdu důležité a co od života chci“.*

Následky (důsledky) traumatického zážitku viděné s odstupem času

Není pochyb o tom, že traumatický zážitek může zanechat stopy v různých oblastech života. Odstraňování následků a potíží spojenými s traumatickým zážitkem je u každého individuální. Dnes už však pro Petru vzpomínky na traumatický zážitek nejsou tak zraňující jako kdysi. Myslí si, že traumatický zážitek jí do nynějšího života už nezasahuje a negativní příznaky prožívá jen minimálně - přiznává jen, že v určitých situacích se jí dřívější potíže občas připomenou: *„Když potkám někoho z jeho rodiny, tep se mi zvýší a srdce rozbuší nebo když vidím ve filmu znásilnění, tak si na to vždy vzpomenu, ale jinak se mi to nevrací“.*

Událost se postupně stala součástí jejího života: *„Myslím, že jsem tuto událost přijala a vyrovnala jsem se s tím“.* Konkrétněji se vyjadřuje: *„Nyní je to pro mě uzavřená kapitola, jsem s tím myslím vyrovnaná, dokážu se o tom bavit, nestydím se za to. Nikdy jsem mu nepřála nic hrozného - ani jemu a už vůbec ne jeho rodině. Uzavřela jsem to v sobě, že ho ten nahoře potrestá sám... Onen pán před dvěma lety zemřel na nádor na mozku. Shodou okolností jsem přebírala od jeho dcery parte, které přinesla mému tatkově. Kondolovala jsem jí a to byla tečka, která to za celou mojí minulostí uzavřela“.* Dále přiznává obdivuhodný čin - útočníkovi odpustila: *„Dokážu odpouštět, po letech jsem mu odpustila“.*

Petra uvádí, že jí trvalo téměř čtyři roky, než byla schopná navrátit se k „běžnému“ životu - podobnému tomu, který žila před tím, než jí do cesty vstoupil onen traumatický zážitek: *„Tři až čtyři roky to trvalo... Co jsem studovala a hledala se...“.* Vlivem

traumatického zážitku se Petře změnil jak pohled na sebe a na druhé - „*přestala jsem být naivní a ve všech vidět jen to dobré, nedám na první dojem, ráda si dělám obrázek o lidech, až je poznám*“, tak i celkový pohled na život - „*uvědomovala jsem si, co od života chci, co je důležité, jaké mám hodnoty...*“.

Po absolvování vyšší odborné školy se Petra seznámila s nynějším manželem, což pro ni byla jedna ze situací, které jí postupně pomáhaly a upevňovaly návrat k běžnému životu: „*Zamilovala jsem se, poté jsem nastoupila do zaměstnání, to mě naplňovalo a bavilo, porodila jsem dva syny - mateřství mě naplnilo a užívám si každý den, který s nimi jsem a moc je miluji*“.

Traumatický zážitek, který Petru potkal, nyní s odstupem několika let, hodnotí následovně: „*Myslím si, že vše, co nás potkala a mělo potkat, má v našem životě nějaký význam*“.

Trauma nemusí zanechat v psychice člověka jen jizvy a šrámy, ale za určitých okolností může, ale nemusí, být i přínosem. Jak tomu bylo u Petry? Dá se říci, že jí ona prožitá událost a cesta životem po traumatickém zážitku dala i něco pozitivního? „*Myslím, že to nasměrovalo celý můj život jiným směrem, neřeším kdejakou malichernost, vážím si zdraví, rodiny, vztahů kolem sebe a jsem šťastná, že žiji*“. Petra svůj život přehodnotila, více si ho váží. Oceňuje kvalitu mezilidských vztahů včetně rodinných. Je patrná její silná vůle a odhodlání. Došlo ke změně duchovních potřeb, u Petry vznikl větší zájem o duchovní a náboženskou oblast: „*Zaměřila jsem se hodně na duchovno. Můj zážitek mě asi více posunul směrem k esoterice, práci s energií a tak podobně, kde jsem hledala pomoc s vypořádáváním s tímto zážitkem. Věřím, že to, co dávám druhým, se mi vrátí. Jsem věřící, víru mám v sobě... Moje víra čerpá jak z buddhismu, tak z křesťanství, věřím v dobro, Boha, dobré lidi, snažím se žít, abych nikomu neublížila a přeji lidem jen to dobré. Věřím v pozitivní energii, vnímám energie a pracuji s nimi*“.

Závěr

Petra na závěr shrnuje, jak traumatický zážitek ovlivnil její život: „*Myslím, že jak pozitivní, tak negativní věci v mém životě se udály tak, jak měly, každá událost mi něco do života přinesla. Prodělala jsem opakovaně rodinné konstelace, regresi do minulých životů a další různé metody, které mi pomohly se se vším vyrovnat*“.

V současné době je Petra se svým životem spokojená, cítí se šťastná: „S manželem se máme oba rádi, taktéž milujeme své děti“. Spokojena je i sama se sebou - „mám se ráda a jsem se sebou spokojená, protože si myslím, že kdo se nemá rád, nemůže milovat jiné. Samozřejmě mi vadí nějaké to kilo navíc, nějaká ta vráska atd., ale jsem spokojená“. Nejvíce jí záleží na rodině - „abychom byli všichni zdraví a spokojení“. Za nejdůležitější a nejcennější v životě považujete zdraví, lásku, spokojenost, vnitřní klid a pocit naplnění. Do budoucna si přeje: „Aby se nám všem dařilo, jak po stránce rodinné, mít hezké vztahy v rodině, tak i po stránce pracovní. Chci změnit zaměstnání, jít do soukromého sektoru, být hodně s dětmi a celou mojí rodinou“.

6.7 Případová studie č. 2

Dětství a rodina

Radka se narodila v roce 1981 jako druhé dítě do rodiny, má o dva roky starší sestru. Prvních sedm let svého života žila Radka se svou rodinou v domě u otcových rodičů v jedné z okrajových městských částí Prahy: „*Po mém narození jsme bydleli v domě tátových rodičů. Z vyprávění vím, že prarodiče měli s mojí matkou neshody, obzvlášť právě po mém narození. Proto také rodiče měli zažádáno o byt*“. Zmiňované neshody pramenily i ze skutečnosti, že prarodiče neschvalovali další dítě v rodině jejich syna: „*Vím, že s druhým dítětem tátovi rodiče zásadně nesouhlasili, proto byl také táta jedináček, a přemlouvali rodiče k potratu*“.

Radka ještě doplňuje informace vztahující se k období jejího narození a o související rodinné situaci: „*Co mi říkali rodiče o mém porodu, tak jsem prý byla moc ošklivé dítě. Vypadala jsem prý jako stažený králik a maminka to v porodnici také oplakala. Měla jsem být kluk, rodiče si ho po narození sestry moc přáli. Říkali mi, že prováděli všechny finty, které „zaručují“ zplození syna. Nepovedlo se a to, myslím si, bylo prvním bodem, který odstartoval řadu problémů v mém životě. Také jsem měla zachránit manželství, což se taktéž nepovedlo, i když rodiče jsou stále spolu, jejich společná cesta byla trnitá. Možná i proto jsem se vždy cítila nechtěná a okolo 13-ti let jsem byla přesvědčená, že jsem adoptovaná*“.

Radka dle svých slov uvádí, že na rozdíl od své starší sestry byla prý neposedné dítě - „*než se rodiče stačili otočit, někam jsem se sápara. Proto moje dětství provázela spousta lehkých úrazů a nehod. K tomu všemu jsem byla „chcípáček“, měla jsem od dětství časté bronchitidy a později jsem jezdila do ozdravoven*“. Radka shrnuje: „*Dětství bych ale hodnotila velice kladně, bylo bezstarostné*“. A doplňuje: „*Záliby jsem měla z velké části klučičí, tatínek mě v nich vždy podporoval - chtěl přeci chlapa - a maminka úzkostně říkala: Jsi jako kluk... Vypadáš jako kluk... Tohle si nemůžeš vzít, budeš vypadat jako kluk... To je má největší zátěž z dětství, která mě pronásleduje do dnes...*“.

Období docházky do školy

Do školy Radka nastoupila v pěti letech - „*to, že je to brzy jsem pocítila až na střední škole a při maturitě*“. Protože Radky maminka pracovala celé roky jako vedoucí školní jídelny, přechod do školy nebyl pro Radku nikterak náročný - „*na prostředí i učitele jsem*

byla zvyklá, když jsem nemohla jít do školky, často jsem pomáhala mamce v práci“. Na začátku druhé třídy se Radky rodina přestěhovala z rodinného domu otcových rodičů do panelového domu blíže k centru hlavního města, s čímž byla spojena i změna školy: „Z menší příměstské školy jsem začala chodit do obrovské školy pro dvě sídliště. Cítím to dnes jako náročnou změnu, tehdy mi to však nepřišlo“. Místo v kolektivu a vztah se spolužáky hodnotí následovně: „Ve škole jsem nikdy nepatřila do velké party, ale nebyla jsem ani outsiderem. Měla jsem vždy dvě až tři kamarádky, se kterými jsem držela po delší dobu. Nikdy jsem neměla konflikty s chlapeckou částí třídy, i s nimi jsem vždy velice dobře vycházela. Nevím, jestli to bylo mou přizpůsobivostí, anebo „klučičí“ částí mojí osobnosti“.

Učení Radce šlo, ale doplňuje: „Bič jsem nad sebou měla já sama. Rodiče se nikdy neptali, co, kdy a jak umím, zajímali je jen známky. Obyčejně jsem měla ve škole - na základce, střední i později na vošce - pár dvojek, občas vyznamenání“. Mimo školní lavice trávila Radka volný čas hodně venku a aktivně a dodává: „Dnes by se řeklo, že jsem byla dítě s ADHD, které postupně unavovalo všechny členy rodiny. Celé dětství jsem tak slýchala: „Ovládej se“, „Co zase?“, „Ty fakt nejsi normální“, „Ty jsi nešikovná“ - to když jsem někde něco rozbila, což se mi vzhledem k mé roztržitosti stávalo více než často“. Prázdniny obyčejně trávila se setrou na táborech, na chalupě a u prarodičů: „Když jsme byly malé, rodiče s kamarády pořádali letní tábory u Sázavy. Takže jsem se u ohně s ešusem a s kytarou cítila jako doma. Přes rok jsme jezdili na chalupu, kde se sešlo několik rodin s dětmi - kytara, tlupa dětí, hry, které nám dospělí vymýšleli a vtipky. Když se takhle koukám zpět, uvědomuji si, že tato pohodová atmosféra mezi námi v rodině byla většinou právě ve skupině. Občas jsme sami vyjeli na výlet, ale snad pokaždé to končilo hádkou nebo uraženým tichem“.

Radka od dětství tíhla ke sportu, od první třídy sportovala závodně: „Nejdřív jsem hrála volejbal, po pár letech házenou a v 18ti letech jsem přesedlala na kolo. Tréninky byly nejdřív dvakrát v týdnu, pak čtyřikrát plus zápasy a turnaje. O prázdninách soustředění a při přechodu na cyklistiku se jednalo o hodiny denně na kole a víkendy na závodech. Ročně to bylo cca deset tisíc kilometrů“. Sport se stal její vášní, ale i prostředkem, jak utéci od problémů, včetně napjaté rodinné atmosféry - hádky rodičů byly téměř na denním pořádku: „Rodiče už od mých deseti let skloňovali neustále a dokola slovo rozvod. Máma často mluvila o tom, že s ní táta nespí, anebo že jí je nevěrný. O to větší bylo moje překvapení, když si moje máma později našla na nějaký čas milence“. Radka se pozastavuje i u narušujícího se vztahu se sestrou. „To, že jsme rozdílné, bylo jasné už v raném dětství, v tomto věku se však vše prohloubilo, neměly jsme společné zájmy a jedna o druhé jsme nic nevěděla, to také proto, že

jsme se spolu nebyly schopné bavit o ničem“. Radka se zmiňuje i o možných důvodech sestřina odměřeného až nenávislného chování: *„Kolikrát mě zfackovala jen proto, že byla frustrovaná, celý den doma ležela v knížkách a studovala, celý den tak trávila s rodiči v napjaté atmosféře. Takový typický příklad za všechny: po tréninku přijíždím domů v cca 20 hodin, otevřu dveře a dostanu od sestry facku se slovy: „A tebe taky nenávidím“. Jednou mi plivla do obličeje a několikrát shodila na zem. Neberu to jako újmu nebo trauma, беру to jako fakt, prostě jsme k sobě nikdy nenašly cestu“.* Radka zpětně shrnuje rodinné vztahy následovně: *„Jednou jsem naši rodinu popsala tak, že každý z nás je samostatná jednotka, dohromady máme spojené jen depo“.*

Sport a její, jak uvádí, fyzická změna spojená s pravidelnými tréninky vyvolávala dle Radky lavinu situací, kdy si ji lidé pletli s klukem a dodává, že s tím má problémy do současnosti a téměř denně. V souvislosti s tímto pro ni doposud tíživým tématem vzpomíná: *„Táta mi vždycky říkal: „Chlapi nebrečej!“, anebo se mnou naoko boxoval, protože: „To přeci chlap musí umět“. V obchodě, na WC a všude možně si mě lidé pletli. Jednou mě hajzlbabka v Turecku honila s koštětem na pánské záchody, jindy mi máma vyhrnula tričko, aby tak „vtipně“ ukázala, že patřím na ženské toalety. Když si mě ve třinácti s náušnicemi, culíkem a v sukni spletla nějaká padesátnice na ulici, a zeptala se: „Chlapečku, kolik je hodin?“, byla jsem už zoufalá... Nevěděla jsem, kdo vlastně jsem“.*

Další vzdělání, puberta a adolescence

Od školních let Radka snila o povolání veterinářky a doplňuje: *„Komunikace se zvířaty pro mě je a byla vždy srozumitelnější. Totiž lidé kolem mě říkali a dělali věci, které spolu nekomunikovaly, a to mě mátl“* a doplňuje, že její sociální dovednosti se nejen kvůli tomu v té době dle jejích slov dost utlumily a došlo k prohloubení její introvertní povahy. Radka však na doporučení Pedagogicko-psychologické poradny začala studovat střední průmyslovou školu, přičemž konkrétní obor, kterým byl Provoz a ekonomika letecké dopravy, jí vybral otec, jakožto vášnivý fanoušek letectví. Když bylo Radce patnáct, její sestra se od rodičů odstěhovala: *„Sestra v sedmnácti třískla dveřmi a už s námi nebydlela. Rodiče jí ze začátku finančně podporovali, pak se osamostatnila. Po maturitě a nepovedených začátcích na dvou vejškách odletěla do USA, kde založila rodinu“.*

Radka se vrací i k rodinné situaci a atmosféře v tomto období, která se stávala více a více napjatější a vyhrocenější. Když bylo Radce patnáct, matka jí jednoho dne seznámila

s cizím mužem: „*Dal mámě pusu a v jeho autě jsme někam odjeli trávit odpoledne. Byla jsem šokovaná a došlo mi, že je to její milenec*“. Dále Radka popisuje, jak se tento asi pětiletý mimomanželský vztah vyvíjel, včetně jeho dopadu nejen na ni, ale i na celou rodinu: „*Nikdo to nevěděl a já v tom byla několik let jako rukojmí, věděla jsem to jenom já, mně se máma svěřovala, co dělali, kde byli atd. Bylo to nefér... A tak to vidím dodnes... Neměla mě do toho zatahovat. Ztratila jsem své iluze, máma lhala, kudy chodila a já byla uprostřed, jako mlýnské kolo*“. I po celou dobu trvání tohoto matčina paralelního vztahu se v rodině odehrávaly pravidelné hádky. Radka taktéž vypráví o matčině neadekvátním chování: „*Máma ráda nacvičovala zasebevražďování - otevřením okna, chozením s nožem po bytě a několikahodinovými odchody z bytu, kdy o sobě nedala vědět*“. Radka pokračuje: „*Kolem mojí maturity s námi táta několik měsíců nebydlel, také proto, že začal pít. Milenky nejspíš měl, máma ho „honila“ tak, aby ho usvědčila a byla na koni. Měla jsem v tu dobu hrozný strach, podle situace, buď o mámu, nebo o tátu. Oba se mě snažili přinutit ke koalici proti tomu druhému a to všemi možnými prostředky...*“. Radka vzpomíná, jak na všechno byla sama, nikomu se nemohla svěřit, sestra tou dobou už v rodině nežila.

Radka dále vypráví, že v tomto věku, tedy v patnácti letech, zničehonic onemocněla - podstoupila spoustu vyšetření, ale lékaři žádnou konkrétní diagnózu nevyřkli: „*Nikdo si přesně nevěděl rady, jenže od nádoru na mozkou po únavový syndrom se žádná diagnóza nepotvrdila. Spala jsem i patnáct hodin denně, bolela mě hlava, několikrát jsem doma omdlela. Stačilo mi asi pět měsíců a „záračnou“ nemoc jsem překonala*“. Radka až dnes ví, že v tu dobu prožila první těžkou depresi ve svém životě.

Těžkosti zažívala Radka i v osobním životě - hlavně ve vztahu k druhému pohlaví: „*Zájem o chlapce jsem, na rozdíl od mého okolí, neměla. Všichni mi hledali chlapa a připovídka: „Tak co sportáku, už máš chlapa?“ mi naháněla husí kůže. Vůbec jsem si nedokázala někoho blízkého vedle sebe představit. Ale na domluvená, často domluvená jinými lidmi, rande jsem chodila. Nic mi to neříkalo, nelákalo, nic to se mnou nedělalo*“.

Největší náplní téměř veškerého volného času byl pro Radku i nadále sport. O to horší pro ni bylo, když v sedmnácti letech musela se sportem (tehdy hrála hlavně závodně házenou) na nějaký čas přestat: „*V této době mi hrozila operace kolene, kvůli přetěžování ve vývoji jsem je neměla zdravě vyvinuté. Můj fyzický vývoj v mých sedmnácti odpovídal 14,5 roku. Proto jsem musela skončit se sportem na půl roku... Vývoj se pak po několika měsících dotáhl*“. Také doplňuje, že možná i kvůli sportování dostala první menstruaci až v osmnácti letech - „*menstruovat jsem začala hodně pozdě - až v 18ti letech - a při následných náročných*

trénincích jsem cyklus měla nepravidelný, obvykle se dostavil dvakrát za rok“. Po nedobrovolné půlroční pauze už se k házené nevrátila, ale začala postupně jezdit a následně i závodit na kole. Radka dnes shrnuje svůj tehdejší vztah ke sportu následovně: „Dnes to vnímám také jako vytvořenou závislost - neměla jsem žádné koníčky, kamarády, úlety. Pilně a plně jsem se věnovala sportu“. Tíhnutí ke sportu byl pro ni i jakýmsi útekem z dlouhodobě napjaté rodinné atmosféry - „samozřejmě přičtete-li vyplavené endorfiny, tyto pocity jsem už nikdy jindy, nikde jinde, nezažívala. A tak se můj útek ke sportu stal jediným prostředkem k přežití“.

Zaměstnání (popř. další vzdělání)

Střední školu dokončila Radka s vyznamenáním, i si postupně ke studovanému oboru našla cestu. Ihned po maturitě byla přijata na vysokou školu na Slovensku, zde se ale projevil dle Radčiniých slov její nízký věk, nedospělost a velká změna prostředí: „*Bylo mi sedmnáct a po vytržení od sportu jsem se vůbec nezvládla zařadit mezi dospělé studenty. Tehdy to byl strašný šok, v tom světě jsem se vůbec nebyla schopná zorientovat*“. Vysokou školu po nějaké době opustila a dodává: „*Po neúspěšném pokusu o studium na VŠ jsem si dodělala absolutorium v oboru Obchodník v dopravě*“.

Po dokončení VOŠ se Radka ještě pokusila o studium na VŠE - přiznává, že to bylo jen proto, aby mohla dále závodit: „*Ženské profesionální týmy v ČR v podstatě neexistovaly, ale moje výkonnost šla nahoru*“. Školu ukončila po dvou semestrech, studium jí moc nebavilo, byla hlavně ráda, že může závodit. Důvodem ukončení byl hlavně fakt, že v té době dostala díky své zvyšující se výkonnosti a umístování se na závodech nabídku nastoupit do jediného ženského profesionálního týmu v ČR, kterou přijala: „*Výkonnost rostla, byla to posedlost, třířázový trénink, vše jsem podřizovala cyklistice, krásně to vykompenzovalo moje komplexy a trápení v osobním životě, byl to krásný ventil a čistící mechanismus. Bylo to jako sen, vše šlo jako na drátkách*“. Radka vrcholově závodila, šlo jí to a bavilo, skrze sport nacházela sama sebe... Avšak jeden ze závodů v roce 2004 se jí stal pro budoucí život osudným... Byla svědkem dramatické smrtelné nehody jedné ze svých týmových spoluzávodnic a zároveň kamarádky. Tento traumatický zážitek odstartoval vleklé problémy - jak somatické, tak psychické, se kterými se v menší či větší míře potýká a ovlivňují její život dodnes.

Jak Radka uvádí, po několikaměsíční těžké depresi (tehdy ještě neléčené), somatických potížích a vracejících se myšlenkách na nehodu a vzdalujícím se vidinám návratu k profesionální cyklistice, nastoupila v roce 2005 do první práce jako asistentka mezinárodní logistické společnosti. Tuto pozici zanedlouho opustila a další rok působila ve spediční firmě jako dispečerka mezinárodní přepravy, k čemuž uvádí: *„Cítala jsem, že se potřebuji posunout, ale ve firmě na moje vzdělání či školení nebyl čas. Trápila jsem se tím, ale práce byla dobře placená, byla nedaleko domova a tam i zpět jsem jezdila na kole. Takže vlastně dobrý, moc dobrý. Jenže ten pocit, že mám potenciál a chci jít dál, ale není cesta, ve mně uzrál a já dala výpověď“*. Fyzicky už se cítila o dost lépe, a tak si v roce 2006 udělala kurz instruktora lyžování a rok a půl strávila v Harrachově v lyžařské škole a také v internetovém obchodě se sportovním zbožím, kde se jí líbilo, ale zároveň doplňuje: *„Ani tady, v partě mladých lidí, jsem „nepovolila“ a neúčastnila se večírků a párty. Tentokrát bych vše připsala sociální fóbii, přes den při práci bylo lidí až až“*.

Také kvůli rodinné situaci, kdy jí matka představila dalšího muže, se kterým měla mimomanželský vztah, si Radka sbalila pár věci do batohu a odletěla na Nový Zéland - *„já musela vypadnout... Až tam jsem si uvědomila, že jsem utekla... a i dnes bych to nazvala ne útekem ale úprkem“*. Na Zélandu zůstala devět měsíců, pracovala zde i cestovala, byla tam dle svých slov šťastná, začala si užívat života, poznala jiný životní styl... *„Konečně jsem měla pocit, že vím, co v životě chci, dokázala jsem se o sebe postarat a dostala se na novou cestu, tedy tak jsem to cítila. I přesto, že jsem byla několik měsíců bez kola, neměla jsem „abstinenční“ příznaky“*.

Z Nového Zélandu se vrátila na konci roku 2008 a o pár měsíců později, začátkem roku 2009 jí dle vlastních slov spadla do klína práce snů - *„místo prodávání v obchodě jsem dostala na starost rozjezd a dotažení e-shopu se sportovním zbožím... Můj perfekcionismus a potřeba stoprocentně odvedené práce odvedla své, moji nadřízení byli více než spokojeni... Pracovala jsem s partou sportovců, se kterými jsem si rozuměla“*. Pro firmu pracovala asi šest měsíců, když, jak říká, ze dne na den nevstala z postele: *„Neskutečná únava mě na několik týdnů doslova přibila k posteli. Prošla jsem si klasickými somatickými problémy a vyšetřeními, až jsem na vlastní žádost podstoupila návštěvu psychiatra. Když vše začalo vyplouvat, a já si začala uvědomovat souvislosti, zůstala jsem na krizové intervenci. Deprese mě omráčila, vše zpochybnila a sebrala mi kus mojí osobnosti. Byla jsem na dně, několik měsíců, a přála si zemřít. Měla jsem zemřít tehdy a tenkrát, všem by se ulevilo“*. V průběhu času kvůli opakovaně se zhoršujícím stavu následovaly další hospitalizace v psychiatrických

nemocnicích (některé včetně elektrokonvulzivní terapie) i několik denních stacionářů a v roce 2012 přechod do invalidního důchodu. Od dubna 2015 nastoupila Radka na tréninkové pracovní místo, kde se stará o zvířata: „Práci mám na jeden den v týdnu na tréninkovém místě, tak snad to zvládnou“.

Partnerství, manželství

První vztah a prvního přítele měla Radka ve dvaceti letech a doplňuje: „Už od období mé adolescence jsem cítila tlak okolí na to „mít chlapa“, který mě ze všeho dostane, a já zapomenu na „blbosti“. Pár inzerátů jsem si tedy podala, na pár jsem odpověděla. Asi jsem jim všem věřila, když mi to říkali. Na několika rande jsem byla, ale nikdy nic nepřeskočilo. První vztah s Tomášem, který mě první oslovil, trval přes rok“. Radka se pozastavuje nad tím, že intimní záležitosti, obzvláště doteky, jí dělaly velké problémy a taktéž uvádí, že v této době se na povrch dostal problém s přijetím vlastního těla - „nebyla jsem schopná mé tělo (ani dnes) přijmout. Jediné přijetí pro mě je, když funguje jako namazaný stroj, tak, jak jsem se ho v tréninku naučila používat a akceptovat“. Druhý vztah trval něco málo přes půl roku - „přítel byl také vrcholový sportovec a se zkušenostmi na tom byl hůř než já. V obou vztazích jsem sbírala své první sexuální zkušenosti, ale k pohlavnímu styku nedošlo. Potřebovala jsem čas, kluci mě do ničeho netlačili“. Radka shrnuje: „Měla jsem dva delší vztahy, ale teď vím, že to rozhodně nebyla láska“.

Na další a stále aktuální vztah si Radka počkala až do roku 2013 a vypráví: „Někdy si říkám, že to je zázrak. Končilo jaro roku 2013, mně zabrala poslední hospitalizace s elektrošoky. Po několika letech jsem si, pamatuji si to jako dnes, všimla, že voní kvetoucí květy, slyšela jsem také zpívat ptáky, zkrátka se mi snáz na světě dýchalo. Kamarádka, která znala všechna má zpochybnění, mi doslova řekla: „Hele, furt někde lítáš, chlap ti pod kolo nescočí. Ze seznamky nikdy nic nekáplo, tak si podej inzerát, že hledáš ženu a aspoň budeš vědět, jak na tom jsi“. Druhý den, moje nynější žena, na inzerát odpověděla a den třetí jsme se poprvé viděly. Strávily jsme spolu jedenáctihodinové rande, a jak jsme se shodly ještě ten večer, přeskočilo to... Zamilovala jsem se, skutečně a opravdově. Už jsem nevěřila, že jsem schopná milovat, a teď jsem v tom lítala až po uši. Poprvé jsem cítila sexuální přitažlivost a mnoho věcí šlo najednou snáz. I když problémy při sexu mám stále, ale cítím se milovaná, tak přijetí a fyzická blízkost dělají divy“.

Protože Radky přítelkyně, která sama trpí bipolární poruchou, pracuje z domova a Radka je v invalidním důchodu, tráví spolu téměř 24 hodin denně 7 dní v týdnu, čímž jejich vztah a partnerství dle Radčinych slov akcelerovalo a rok po seznámení uskutečnily registrované partnerství. Radka s velkou láskou popisuje jejich partnerské soužití: *„I když jsme naprosto odlišné, a často v soužití narážíme, to, co ta první přináší, druhou nesmírně obohacuje. Dokážeme si hodiny povídat snad o všem. Po registraci jsme měly docela krizi, která byla důsledkem zhoršení našich psychických obtíží, ale jsme z ní poučené, a shodujeme se v tom, že jedna tu druhou teď milujeme ještě víc a jinak. Naučily jsme se správně a včas komunikovat, jedna druhou více chápeme. Obě se shodneme, že nás to spolu zkrátka baví. Jsem šťastná, ne, musím se opravit, jsem nejšťastnější v mém životě. Miluju svoji ženu, je mi s ní krásně a chci celý zbytek života prožít s ní. Ať nás vítr zavane kamkoli“.*

Vlastní charakteristika

Sebe sama by Radka charakterizovala jako introvertního melancholika a pokračuje subjektivně vnímanými kladnými i zápornými vlastnostmi: *„Jsem narozená ve znamení panny a jsem její typickou představitelkou. Jsem citlivá, úzkostná, empatická, pečlivá, realistická, pracovitá, perfekcionalistická, systematická, přátelská, hravá, pečující, pesimistická, přecitlivělá, kritická a někdy podrážděná, vtipná, vášnivá či vztahovačná“*, přičemž shrnuje, že někdy je to její předností a jindy nedostatkem. Dále pokračuje: *„Před propuknutím nemoci jsem bývala cílevědomá, emancipovaná a energická. Jsem často naivní, uzavřená až stranící se společnosti. Mám nízké sebevědomí, komplex z výšky a z toho, že si mě lidé pletou s klukem. Nenávidím otázku, jestli hraju basket a kolik měřím. Mám problémy v komunikaci s lidmi, hůře rozeznávám, co říkají a co si myslí, takže bývám často zmatená“.*

Vznik traumatu - začátek problémů a jejich další průběh

Jak už bylo naznačeno, Radku v roce 2004 zasáhl traumatický zážitek, který zapříčinil spoustu potíží a problémů v jejím následujícím životě. Radka vypráví, co se v osudný den stalo: *„Při závodě mistrovství Prahy v Kamenném Přívoze, v květnu roku 2004, nám do protisměru, i přes žádost pořadatelů, aby jel po směru závodu, což byla zajižďka cca 2 kilometry, vjel kamión, který měl návěs plně naložený kmeny. My jsme byly na své půlce, v našem pruhu, i když najeté k prostředku silnice. Kamión jsme potkaly v zatáčce, která byla téměř serpentinou“.* Radka doplňuje, že závodníci samozřejmě ví, že auto v protisměru

mohou kdykoliv potkat, a jsou zvyklí z tréninků se taky tak na silnici chovat: „I když jsou některé závody uzavřené policií, to, že je v protisměru auto, se prostě někdy stává. Řidič se však, jak mi řekl můj tehdejší přítel, choval dole, kde ho pořadatelé prosili, aby jel po směru závodu, jako ignorant. Začal na ně najíždět a křičet, že po směru nepojede, že jim: „na to sere!“.

Dle Radky si řidič kamionu v té zatáčce musel trochu najet, čímž si jeho návěs zkrátil jízdní dráhu: „Podle mě už zasahoval do našeho pruhu, ale těžko říct, takové detaily a vše, co následovalo potom, zmizely z paměti“. Radka se ve vyprávění dostává k tragické nehodě: „Jela jsem jako poslední, protože jsem nahoře na rovině, jako největší, táhla naši skupinku v protivětru a před sjezdem jsem odstřídala. První jela Aneta, která je o pár let mladší než já, ale v tu dobu jsme závodily asi tak stejně dlouho. Uprostřed jela Bára, mladší holčička, která závodila necelé dva roky. Znaly jsme se, jezdila v týmu, ve kterém jsem před pár lety začínala. Kamion jsme potkaly v rychlosti okolo 50 km/h, Aneta na první pozici zareagovala stejně jako já, obě jsme totiž kolo víc v zatáčce položily (naklonily), a tím jsme její poloměr snížily, sice o půl metru nebo metr, ale návěsu jsme se, řekla bych, že i v rámci možností, bezpečně vyhnuly. Samozřejmě bylo to překvapení, ale zareagovaly jsme vyježděně, jak se v cyklistice říká. Bára zareagovala, mockrát jsem o tom přemýšlela a tohle je ta racionální verze, přirozeně, chtěla zabrzdit. V té rychlosti však přidržela víc brzdu přední než zadní, k tomu všemu dostala smyk a spadla přímo pod tři kola naloženého návěsu, která ji přejela. To jsem viděla“.

Radka popisuje, jak v dané chvíli zareagovala, i jak se tragická situace dále vyvíjela: „Co nejrychleji jsem se snažila zabrzdit... Když jsem se naposledy ohlédla, Báry tělo „válelo sudy“ a mně bylo jasné, že je šíleně zdeformované. Dobrzdila jsem asi po čtyřiceti metrech a běžela směrem k ní. Do toho skončilo skřípění brzd, které trvalo strašně dlouho, otevřely se dveře kamionu a ten řidič řval: „Ty píčo jedna zkurvená, co tu děláš!“ To je to, co si nejvíc pamatuju, jeho řev. Za námi ale jelo doprovodné auto, vyskákali ven a křičeli na nás, i když už jsme běžely (no v silničních tretrách to moc nejde) k ní, ať jedeme pryč. Byly jsme v šoku a tak jsme prostě odjely, celé rozklepané se srdcem v krku, jsme jely nevěřicně pryč. Do pěti minut jsme byly v cíli a říkaly rozhodčímu, ať zavolá vrtulník, že je to fakt průser. S ledovým klidem nám nadřazeným tónem řekl, že doktor už tam jede a zavolali i sanitku, ať tedy pokračujeme v závodě. Myslím, že jsme opravdu byly v šoku, v závodě jsme pokračovaly, jely jsme spolu a pomalu, celou dobu jsme si povídaly, už vůbec nevím o čem. Na konci kola se už nejelo po silnici, ale po poli, a nám bylo jasné, že je to opravdu tak vážné, jak si myslíme“.

Radka popisuje, jak a co v osudné chvíli cítila: „Byla jsem vyděšená a šoková, z té situace jako takové, z toho, jak jsem Báru viděla padat pod kola, a jak už nevstala. Ve chvíli kdy řidič řval, by se ve mně krve nedořezal, byl to hrozný řev, horší než v hororu a už nikdy takový nechci slyšet. Když někde slyším mužský řev, dodnes mě poleje studený pot a zastaví se mi srdce. Jakoby to trvalo celou věčnost, bylo to celý hrůzostrašný, jak neuvěřitelný zpomalený film. U mě téměř hned ale nastoupilo racionální zpracovávání. Jak jsem položila kolo a popobíhala v tretrách nahoru, necítila jsem vůbec nic, byla jsem jak robot. Hned nás z doprovodného vozidla poslali pryč, poslechla jsem, doted' si to hrozně vyčítám“.

V prvních chvílích, bezprostředně po tragické události prožívala Radka psychický šok: „Byla jsem ráda, když mi řekli, co máme dělat – ať odjedeme, zpětně to tak vidím. Na druhou stranu mě dohánějí i dnes výčitky svědomí. Řekla bych, že se dostavila derealizace a depersonalizace. Všechno bylo jako z dálky, před očima se mi pořád dokola točila ta scéna. Ztratila jsem taky dost pojem o čase“.

Když jsem se zeptala, jestli proběhlo nějaké vyšetřování smrtelné nehody, Radka rozrušeně odpovídá: „To je jedna z věcí, která mě trápí. Nikdo mimo mě neviděl, co se stalo. Aneta jela před Bárou, doprovodné auto jelo docela za námi a nemohli vidět, co se stalo v zatáčce. Nejspíš nikdo ani nevyšetřoval řidičovo neuposlechnutí dobrovolníka ve vestičce, policie tam, z finančních důvodů, neasistovala. Nikdo se mě vůbec nikdy neptal, co se stalo a jak. Ani rozhodčí, ani pořadatelé, ani policisté. Po závodě jsem odjela domů, a zůstala s tím sama. Ani nevím, jestli proběhlo nějaké vyšetřování a jak dopadlo“. Radka cítila potřebu si o tom s někým promluvit, vypovídat se, ale jak uvádí: „Nikdo - přítel ani rodina - o tom nechtěl mluvit, asi aby mě ochránili. Já to cítila naopak, nikdo tu ale nebyl“.

Příznaky traumatu a jeho prožívání, zpracování a postupné vyrovnávání

Traumatický zážitek má ve většině případů negativní vliv na fyzickou, psychickou i sociální pohodu, nejinak tomu bylo u Radky, u které se nejdříve objevily somatické potíže - tím, že sportovala, pocítila nejprve pokles výkonnosti, do tří týdnů následovala velká únava (jako jeden ze symptomů později diagnostikované deprese) projevující se nadměrnou trvajícím spánkem (16 až 18 hodin), apatií a neschopností vstát z postele, párkrát doma omdlela: „Vše se dělo z nevysvětlitelných příčin, zkrátka a dobře podle doktorů jsem byla v pořádku. Takže byla rozvinuta teorie přetrénování, ačkoliv jsem základní znaky přetrénování neměla. Po třech měsících přišli s teorií přechozené klíčové encefalidity“. Přestože Radka dávala vše do

souvislosti s tragickou nehodou, k odborníkovi přes lidskou duši ji nikdo neodeslal - „pravda je, že z mého chování deprese ani posttraumatická reakce zřejmá nebyla. Vše se odehrávalo uvnitř mě“. Radka sama (tři měsíce od nehody) požádala obvodního lékaře o doporučení k psychiatrovi. Na své první setkání s odborníkem tohoto typu vzpomíná však negativně: „U psychiatra v ordinaci jsem strávila pět minut a odcházela jsem s receptem na antidepresiva. Tehdy jsem si léky nevyzvedla“. Doplňuje, že tehdy stála hlavně o možnost se vypovídat, sdílet své trápení a pochopení, že i deprese se může projevovat fyzicky: „Neměla jsem vůbec pocit pochopení, tato nedůvěra mě stála pět let života“.

Později, když únava ustoupila, začala Radka pociťovat tenzi (někdy silnější, někdy slabší). Negativní emoce, vzpomínky a myšlenky vynořující se a vztahující se k tragické události nedokázala zpracovat ani prožít, držela je uvnitř sebe - jak uvádí, už z dětství si nesla „zákaz“ prožívání: „Myslím, že veškeré prožívání bylo namířeno dovnitř. Držela jsem to a po propuknutí deprese jsem cítila, že už nemůžu, a že už to neudržím. Velice nepříjemná byla moje vnitřní tenze a nepříjemné pocity v těle. Protože prožít emoce jsem zkrátka nemohla, snažila jsem se to skousnout“. Proto, aby byla i přes všechny ty nepříjemnosti schopná existence, aby se nezhroutila, dělala dle vlastních slov jediné, co uměla, čímž bylo podávání výkonu v jakékoli podobě. Snažila se odpojit své tělo od zahlcujících myšlenek: „Vzhledem k tomu, že sportování už nebylo jako dřív, i když jsem se později o návrat k profi sportu pokoušela, bylo to hlavně kvůli mým somatickým projevům deprese těžší a těžší, až nemožný, vrhla jsem se do práce a různého dalšího zaměstnávání. Nedala jsem si chvíli pokoj - to proto, aby to zase všechno nepřišlo a neznehynilo mě to... Nemohla jsem sama se sebou být. Troufám si říct, že jsem se nevědomě zahlcovala a dělala i několik věcí najednou“. Radka přiznává, že tato „taktika“ jí vydržela do roku 2009, kdy se zhroutila a začala léčit: „Vše vygradovalo v roce 2009, kdy jsem musela být, pro těžké deprese, totální útlum, oploštělost a sebevražedné dotírající myšlenky, poprvé hospitalizovaná. Mezi lety 2009 až 2012 v podstatě nedošlo k remisi, to vím teď zpětně z lékařských zpráv“.

Traumatický zážitek negativně zasahoval do Radčina života. Potíže se projevovaly nejen tělesně (hlavně zmiňovanou únavou, která když přišla, znemožňovala jí téměř cokoli dělat), ale i emočně a také v chování. Psychické problémy se začaly demonstrovat vnitřní tenzí, úzkostmi, depresemi, uzavřeností i postupným odcizením od rodiny a přátel. „Nebyla jsem schopná se radovat nebo něco prožívat, tato emoční plochost mě z větší části opustila až v roce 2012. Cítila jsem se prázdná a moje myšlenky mě vedly k pocitům beznaděje“.

Traumatická událost přetrvávala v Radčině vědomí, traumatický zážitek se jí vracel, opakovaně ho znovuprožívala - „*myšlenky se mi vracely a vrací dodnes. Situace se mi odehrávala v hlavě... Neustále jsem si tu situaci v hlavě přehrávala a analyzovala, co by se stalo kdyby...*“. Tyto bolestné myšlenky spolu s vnucujícími se flashbacky byly opakovaně provázeny intenzivními emocemi a nepříjemnými tělesnými příznaky. „*Vrací se mi dodnes flashbacky... hlavně v autě nebo dřív na kole*“. Radka hovoří o svých konkrétních vtíravých myšlenkách: „*Když proti mně jel na silnici kamion, hned mě lákala myšlenka na vjetí do protisměru*“. Radka však vysvětluje, že z těchto vtíravých myšlenek se postupně stávaly dle jejích slov „*lákavé nabídky*“: „*Roky jsem si pak přála, aby se mi to stalo také, jen jsem k tomu neuměla přispět svým chováním*“. Radka doplňuje: „*Občas tyhle myšlenky, i když mě nyní děsí, trvají dodnes*“.

Radku též trápila citová oploštělost - své emoce potlačovala, nedokázala je prožívat. Negativní emoce se tak ještě více prohlubovaly, ty pozitivní nedokázala ani vnímat. Objevovaly se i projevy zvýšené tělesné i psychické dráždivosti - Radka měla potíže se spánkem, který byl někdy provázen nočními můrami: „*Měla jsem problémy s usínáním a probouzením se několikrát za noc*“. Další zásadní věcí, která Radce začala komplikovat život po tragické události, byla a je její přecitlivělost na zvuky: „*Ve chvíli, kdy slyším hluk nebo skřípění brzd, mám pocit jakoby se mi zastavilo srdce a polije mě studený pot. Panikařím, když nějaký muž kdekoli křičí. Podráždění je už dnes i díky lékům mnohem menší*“.

Také trpěla výčitkami svědomí a pocity viny nejen za to, co se stalo, ale dá se říci, že i za to, že tragickou nehodu přežila, zatímco jí blízký člověk zemřel: „*Cítila jsem vinu, že jsem se měla zachovat jinak, a to i před nehodou. Byla jsem přesvědčená, že by bylo pro všechny lepší, kdybych tenkrát zemřela já, než ona*“. Radka také hovoří o prohlubujícím se negativním vztahu k sobě samé: „*Extrémně se zvýšil můj nepříjemný pocit bytí v mém těle, bylo to nesnesitelné*“. Všechny tyto uváděné těžkosti měly také vliv na to, že do Radčina života se vkrádaly i suicidální myšlenky a tendence: „*Měla jsem sebevražedné myšlenky, ale hlavně virtuální realistické představy, jak se to už děje. Tendence jsem měla při té nejhlubší depresi. Vymýšlela jsem „nejlepší“ způsob, jak to udělat, aby ublížil co nejméně... Vymyslela jsem ho... a stále dokola pilovala. Několikrát jsem se přemlouvala ke konání. Jednu dobu jsem musela být kvůli tomu hospitalizována na uzavřeném oddělení. Mé představy byly nejčastěji na silnici pod kamionem, anebo na trati pod vlakem*“.

Situace byla pro Radku ztížena skutečností, že téměř s nikým nemohla sdílet své pocity vztahující se k traumatickému zážitku. Lidé v Radčině okolí věděli, co se stalo, co ji potkalo, ale s Radkou to neřešili: „*Nebavili se se mnou, i když jsem tu potřebu a tendence měla*“. Radka k tomu uvádí, jak si tuto ne-komunikaci vysvětlovala: „*Asi abych na to nemusela myslet, chtěli mě ochránit a stal se opak. Tedy tak to cítím dnes. Nebyl tu nikdo, s kým bych mohla sdílet pocity a pochybnosti, hrůzu i bezmoc. S mým tehdejším přítelem jsme se bavili jen o tom, jak ta situace vznikla, a jak se řidič zachoval na základě žádosti pořadatele... že najížděl do lidí a byl vulgární*“. Radka smutně shrnuje: „*Byla jsem na to sama*“ a přidává, že ani v rodině nenašla pochopení: „*Rodiče se chovali, jako by se nic nestalo. Tak trošku ale i našlapovali po špičkách. Nikdy komunikace u nás v rodině nefungovala, a tak ani tehdy se zkrátka nekomunikovalo. Když jsem o tom začala, říkali mi něco ve smyslu, už na to nemysli... A pokud si dobře pamatuji, snažili se mě rozveselit*“.

Průběh léčby, terapie - vyrovnávání se s traumatem

Odbornou pomoc vyhledala Radka až v roce 2009, pět let po traumatickém zážitku. Do té doby se s těžkou životní situací snažila vyrovnat sama, avšak neúspěšně. „*Mimo té první pětiminutové návštěvy psychiatra následně po nehodě v září 2004 jsem se k léčení dostala až v roce 2009, já tvrdím, že do té doby jsem to přecházela jako chřipku*“.

K první hospitalizaci v Psychiatrické nemocnici Bohnice (tehdy Psychiatrická léčebna Bohnice) ji dovedla hlavně hluboká deprese provázená ztrátou nálady a prožívání, únavou a somatickými obtížemi včetně suicidálních myšlenek: „*Byla jsem zmatená a na všechno jsem byla sama. Do toho moje workoholičení přineslo vyčerpání. Nemohla jsem už takhle dál*“. Radka ale ještě doplňuje, že v té době také vrcholily její pochybnosti s vnímáním sebe sama resp. její komplexy z výšky a z toho, že si ji lidé často pletou s klukem: „*Kdykoli a kdekoli si mě lidé pletou s klukem a často i prohlíží... Ano vím, že částečně je to moje paranoia... Snad každé představování se nese v duchu: „Dobrý den, vy jste ale vysoká, hraje basket?“. Je to unavující, zraňující, nepříjemné a ve vtip se to opravdu už nedá otáčet. Tehdy jsem si říkala, že ti lidé říkají, co vidí, že chyba je ve mně. Ptala jsem se, kdo jsem, kým jsem, jsem žena v mužském těle, jsem muž v ženském těle, jsem homosexuál?“. I s těmito otázkami se Radka dostala v sedmadvaceti letech do psychiatrické léčebny. „*To bylo pět let po té nehodě. Pět let trvala katarze mého života zrychlená tím traumatem, dnes si říkám, ještěže přišla*“.*

Radka dle svých slov toužila a hledala po pětiletém marném boji úlevu, cítila se už velmi unavená, potřebovala sdílet všechny své nahromaděné niterné otázky a pochyby. Důležité pro ni bylo i zjištění, že všechny její fyzické obtíže jsou z velké části psychosomatické.

Radka vypráví a popisuje, jak léčba probíhala, a jak ji ze začátku prožívala: *„Nejdřív bylo těžké si tu myšlenku připustit, poté přišlo pochopení a vyslechnutí. Smíření s tím, že jsem v „blázinci“ šlo nakonec snáz, než jsem čekala, protože se mi zkrátka při hospitalizaci ulevilo, všechno jsem mohla pustit ven. S první medikací přišla možnost odpočinku a postupně přicházela síla čelit sama sobě. Po prvních hospitalizacích jsem si položila všechny otázky a rozhodla se hledat odpovědi“*. Radka doplňuje, že zprvu pro ni bylo těžké ustát reakce jejích rodičů - *„povídali: Neposlouchej, co ti říkají... Neber hlavně ty léky, co ti dávají...“*. Radka také přiznává, že v tomto období ztratila několik přátel, kteří se nejspíše raději přiklonili ke svým přesudkům. Radka shrnuje své začátky léčení: *„Konečně už jsem nebyla tak zmatená. Je to možná s troškou nadsázky, ale konečně jsem někam patřila a cítila jsem, že v tom blázinci jsem zkrátka správně. Určitě k tomu přispěl i ten pocit, že se někdo o mě stará, že mě poslouchá, že mě přijímá. Prožívala jsem sebeobjevování“*.

Lékaři se po čase shodli, že Radka trpí periodickou farmakorezistentní depresivní poruchou bez psychotických příznaků, při hospitalizacích fáze těžká. Radka byla následně hospitalizována ještě několikrát a opakovaně. Léčba a terapie probíhá do současnosti, přičemž Radka shrnuje: *„Vše začalo na podzim 2009 třídním pobytem na Centru krizové intervence a pokračovalo jejich stacionářem. Můj stav se zhoršil a na přelomu roku jsem byla dva měsíce hospitalizovaná v bohnické léčebně. Následovaly čtyři dvouměsíční hospitalizace v PCP¹⁴, z toho dvě byly s ECT¹⁵. Jednou desetkrát a podruhé osmáctkrát, tedy aspoň myslím. Moje paměť z tohoto období není vůbec spolehlivá. Mezi hospitalizacemi jsem většinou pro udržení navštěvovala stacionáře - jednou na Psychosomatické klinice, dvakrát v PCP a jednou v nemocnici na Karlově náměstí“*. Poslední hospitalizace proběhla u Radky na podzim roku 2012, začátkem roku 2015 si zopakovala denní stacionář v NÚDZ. Od roku 2009 pravidelně dochází na psychoterapii (s občasnými přestávkami při hospitalizacích a docházkách na stacionáře). K tomu doplňuje: *„Už šest let pracuji se svojí psycholožkou, sezení máme pravidelně jednou týdně, občas častěji, když se zhorším“*. Radka také popsala,

¹⁴ Psychiatrické centrum Praha - dnes Národní ústav duševního zdraví (NÚDZ)

¹⁵ ECT - elektrokonvulzivní terapie

jaké terapie a terapeutické aktivity nebo techniky byly součástí hospitalizací či stacionářů: „Při prvních hospitalizacích v Bohnicích v roce 2009 a 2010 se jednalo o udržovací individuální sezení jedenkrát týdně s psycholožkou, kdy jsem se učila o vnitřních věcech mluvit a pojmenovávala jsem je. Plus samozřejmě terapeutické aktivity v léčebně - arteterapie, bodyterapie, relaxace, práce na dílnách - dřevařské a košíkářské mě bavily nejvíc. Samozřejmě z mého života nevymizel sport, takže i v léčebně jsem se snažila minimálně obden chodit běhat. Při hospitalizacích a stacionářích v PCP pro mě byla důležitá edukace. A to jak formou individuálního pohovoru s lékařem cca jednou týdně, tak i edukačních a jiných skupin. To bylo samozřejmě nejprínosnější v momentech, kdy jsem se dostala z těžkých fází mé deprese a byla schopná pracovat na sobě“.

Následky (důsledky) traumatického zážitku viděné s odstupem času

Radka přiznává, že i v současné době, tj. deset let od tragické události, jsou pro ni vzpomínky na traumatický zážitek stále zraňující, sice ne tak zraňující jako kdysi, ale přesto negativní příznaky prožívá stále. „Bohužel vzpomínky jsou pro mě zraňující dodnes. Mám totiž pocit, že jsem se měla zachovat jinak... A že by to mohlo zachránit Báře život. Provází mě výčitky“. Uvádí obecné i konkrétní momenty, ve kterých se jí nepříjemné vzpomínky vracejí, i situace, ve kterých se její potíže ještě objevují popř. zhoršují: „Obecně mám problém v hlasitějším prostředí nebo mezi hodně hlučnými lidmi (muži) v restauraci, kde se mi třeba ještě nedaří se zorientovat. To cítím velkou stísněnost až úzkost a mám pocit, že musím utéct. I dnes, když se ve mně nehoda přehrává, zastaví se mi srdce a projede mnou nepříjemný nůž. Ten ve mně vyvolává také situace, když slyším skřípění brzdících pneumatik. Často při běžných činnostech, když mi tu situaci něco připomene, hodně i v autě při řízení, se mi objevují před očima obrazy z té nehody. Vybavuje se mi křik řidiče, zvuk brzd, pohled, jak se tělo válí na silnici... Ale co se týče těchto obrazů, to už je mnohem lepší, někdy si na nehodu třeba týden nevzpomenu“. Radka ještě doplňuje: „Stále mám několikrát ročně relapsy, ale už naštěstí netrvají tak dlouho. Také jsem přesvědčená, že většina mých somatických obtíží, se kterými jsem se potýkala a potýkám i dnes, jsou také důsledkem toho zážitku“.

Dá se říci, že Radka se stále snaží s traumatem vyrovnat, stále to pro ni není uzavřená kapitola: „Bohužel si nemyslím, že bych se s tím doposud vyrovnala. Ovlivnilo to celý můj život, hlavně jeho základnu, a ještě jsem to nezvládla přebudovat. Zatím jsem se nedokázala

vymanit pocitu tlaku, který na sebe ale vyvíjím nejvíc sama. Ten z okolí se daří zpracovávat a filtrovat, ten můj vlastní je tak zvnitřnělý, že to jde pomalu“.

Jak lze vidět, traumatický zážitek zasahuje Radce i do současného života a k úplnému přesunu do nezraňujících vzpomínek ještě úplně nedošlo. Radka se velmi snaží navrátit se k „běžnému“ životu, ale jsou patrné překážky, které se jí neustále staví do cesty: *„Cítím, že jsem v životě selhala, a nedaří se mi vykročit a znovu se vydat na cestu. I když mám spoustu možností, nedaří se mi odlepit se ode dna“.*

Dá se říci, že přetrvávající negativní příznaky ji omezují dodnes. Radka přemýšlí nad otázkou, v čem se její život po traumatické události nejvíce změnil a jaké oblasti byly v jejím životě nejvíce zasaženy a narušeny. Co se týká oblasti sociální, Radka přiznává: *„Mám problémy v komunikaci s lidmi a vztahy s nimi. Vadí mi doteky, křik nebo nedorozumění. Mám opravdu problém s vulgárními muži, kteří křičí své nadávky na všechny strany. To pak mívám pocit zvířete zahnaného do kouta a volím útěk. To mě potom zahálí úzkost s projevy jako je zvýšený tep, opocení, rozmazané vidění, chvění rukou potažmo celého těla, bolest žaludku... Mívám obecně velký strach, že neporozumím nějaké situaci, špatně se zachovám a kvůli tomu někomu ublížím a třeba i zemře. Mám strach, že se špatně rozhodnu“.* Tyto uváděné potíže i jiné ztěžují Radce i znovuzařazení se do plného nebo i částečného pracovního procesu - v současné době jeden den v týdnu pracuje na tréninkovém pracovním místě a dodává: *„I když zůstávám v invalidním důchodu, nevzdávám se“.* Vlivem traumatu došlo i k narušení v oblasti rodinné: *„Určitě jsem se mnohem víc uzavřela, hlavně proto, že jsem se neměla komu svěřit. A učila jsem se s věcmi vypořádávat sama uvnitř někde v koutě a ideálně tak, aby nikdo nic nepoznal. Aby mě hlavně nerozveseloval, neříkal: proč se mračím, ať na to nemyslím, ať jsem ráda, že žiju apod. Došlo jednoznačně k prohloubení nekomunikace s mými rodiči“.*

Vlivem traumatického zážitku došlo ke změně Radčina pohledu na vrcholový sport a profesionální kariéru sportovce, s čímž souvisí změna pohledu na sebe sama, změna v hodnocení sebe sama, zpochybnění a narušení představ o sobě, o světě i o životě. Radka uvádí, že vlivem traumatické události se změnilo vše: *„I když to nebylo ze dne na den, tou nehodou nastal proces, který svým způsobem uvnitř mě trvá dodnes. Opravdu mám pocit, že jsem si několik let po nehodě na ni vzpomněla, nebo si ji vybavila před očima, snad denně. Hodně to ustoupilo poslední dva roky, kdy již nesportuji a zásadně se mi změnil životní styl. Ale i přesto, mám pocit, že vzpomínky na tu nehodu mě provázejí často i dnes, tj. po deseti letech“.* V kontextu toho Radka přiznává, že vlivem traumatu se zásadně změnil její pohled

na vlastní vrcholové úsilí, potažmo na vlastní život i na sebe sama. „Zásadně se změnil můj pohled na vrcholový sport, bylo mi čtyřicet a najednou jsem se probudila ze snu. Nedostudovala jsem kvůli vidině profesionálního sportu, neměla jsem mimo kolo kamarády nebo jiné aktivity. Vše jsem podřídila sportu a najednou jsem si uvědomila tu pomíjivost, které jsem obětovala všechno, včetně pomíjivosti lidského života, strašně jsem se styděla za to, že jsem vše obětovala sportu. Poté, co jsem si uvědomila svoji zaslepenost, začala jsem vnitřně hledat smysl mého života. Protože ten, který jsem cítila a naplňovala, byl najednou jako spadlý domeček z karet. Nefungoval a hlavně mi už nedával smysl. Byl to šok, něco, čemu jsem věřila a hodně obětovala, zmizelo a nemělo cenu. A to si myslím, je to největší narušení, to je to, co mě pronásleduje dodnes. To, co stále hledám a nenacházím. Není to o rozhodnutí, cítím, že mnohem víc je to o tom, zkusit nebo dovolit si zase se do něčeho zapálit, pro něco vzplanout. To se mi od té doby nepovedlo, jako bych si zakazovala, aby ke mně takové pocity vůbec přicházely. Ano, samozřejmě, jedinou výjimkou je moje zamilování, kterému ani dnes skoro nemůžu věřit...“. Radka rekapituluje: „Shrnula bych to tak, že jsem od té doby hledající a nenaplňující se...“. Radka nyní už dva roky kvůli ortopedickým problémům nemůže sportovat téměř vůbec: „Už druhý rok, mimo venčení psa, nemůžu sportovat, mám problémy s koleny a nyní jsem čekatelkou na operace obou kolen“. Radka přiznává: „I to, že teď nemůžu sportovat, je důvod mých psychických problémů, které se nabalují na ty traumatické“.

Radka na závěr v několika větách shrnuje, jakou stopu zanechal - jak ovlivnil traumatický zážitek její život: „Ovlivnil ho zásadně... Což vlastně nemusí být tak překvapující, když o tom přemýšlím... Co mě ale teď udivuje, je, jak dlouhodobě a komplexně. I po tolika letech cítím sílu toho zážitku a společně s výčitkami svědomí je to síla, která mě prostě dokáže poslat i dnes do kolen. Malé a nepatrné vnější každodenní věci (hluk, zatáčka, řev, náhlé ticho, jízda na kole...) dokážou celkem snadno uvnitř mě znova vyvolat sevření. Ty pocity bezprostředně po nehodě a na to nasedající úzkost jsou, i dnes, snad stejné a stejně silné jako tehdy“. Po chvíli ještě dodává: „Myslím, že ten zážitek se vkradl do mého života víc, než bych si dokázala tehdy představit... A dnes připustit. Když to přijde, musím se zhluboka nadechnout a zase vstát a jít“.

Znamenal pro Radku traumatický zážitek, který ji potkal a hluboce zasáhl, jen změny a ovlivnění jejího života v negativním směru, nebo došlo v Radčině životě vlivem traumatu kromě negativních následků i k nějakým změnám nebo ziskům pozitivním - tzn. k posttraumatickému rozvoji osobnosti? I tímto směrem se Radka pomocí kladených

otázek zamýšlí a snaží se retrospektivně si uvědomit, jestli a k jakým případným změnám, v kontextu dlouholetého vyrovnávání se s prožitou traumatickou událostí, došlo.

Po delším váhání a přemýšlení Radka sděluje, co ji k tomuto tématu napadá. Přiznává, že dle jejích slov nejspíše došlo ke změně v mezilidských vztazích: „*Myslím, že jsem více tolerantnější a určitě všímavější k ostatním lidem*“, ale zároveň si lze na doplňujícím Radčině vyprávění všimnout, že tato subjektivně vnímaná změna je doprovázena spíše jejími obavami a strachy, které plynou a vztahují se k traumatickému zážitku, protože dále svá slova doplňuje: „*Zajímám se o první pomoc, nepodceňuji různé situace - nosím s sebou v batohu malou lékárníčku. Také mnohem víc předvídám a někdy mám potřebu vzít na sebe odpovědnost - třeba kde budeme přecházet silnici, upozorním druhé na schod nebo snížený strop a podobně*“. Ale co lze jednoznačně říci, Radka si velmi váží blízkých vztahů, zvláště vztahu se svou partnerkou, kterému přikládá a věnuje velkou důležitost a pozornost. Co se týče možné změny vnímání sebe sama - o té Radka hovoří spíše v negativním směru než v pozitivním, přesto konstatuje: „*Určitě mnohem více zvažuji svá rozhodnutí, a naučila jsem se mnohem více předvídat situace a mám asi tendence k přebírání odpovědnosti v nich*“. Změnu duchovních potřeb, projevující se v posttraumatickém rozvoji např. větším zájmem o duchovní či náboženskou oblast, zesílením popř. příklonem k víře, si Radka také neuvědomuje: „*Neřekla bych, že by se v této oblasti u mě cokoli změnilo. Možná jen při prvních hospitalizacích jsem si začala číst knížky o psychologii, některé už byly na rozhraní s esoterikou a vírou... v cokoliv*“. Radka však konstatuje: „*Nejsem duchovně založený člověk*“. Možný pozitivní zisk a změnu vlivem traumatu lze u Radky spatřit v tom, že si, dle vlastních slov, uvědomila cenu lidského života, více si života váží, přehodnotila ho i se změnily její životní hodnoty, k čemuž doplňuje: „*Vše mi tak nějak otevřelo oči, profesionální sport mi najednou přestal dávat smysl. Konečně jsem dospěla a začala čelit „normálnímu“ životu, který jsem do té doby, v záplavě tréninků a závodů, neznala. Do té doby pro mě cyklistika byla vším a jediným. Poté mi cena lidského života ukázala, jaké ty hodnoty ve skutečnosti jsou*“. Taktéž hovoří o objevení nových oblastí zájmů: „*Zásadně se změnil můj přístup k jednostrannému zaměření. V mém případě v utopení v cyklistice. Začalo mě bavit cestování a objevování i v tomto směru*“.

Závěr

Radka i přes všechny popisované těžkosti a vleklé fyzické a hlavně psychické potíže, které jí zasahují do života už několik let, konstatuje, že i přesto by se dalo říci, že v současné době prožívá nejšťastnější období svého života: *„Řekla bych, že po tom všem (nehoda, neúspěch, zklamání, nemoci...) jsem dospěla do nejšťastnější fáze svého života. I když se musím smířit a smířovat se (bez sportu) neustále s omezeními, i přesto má můj život najednou dveře otevřené a snad postupně získává i směr“.*

Cení si především zdraví, za důležité v životě považuje lásku, prožívání, klid, vzdělání, naplnění, což upřesňuje: *„Důležité je pro mě naplnění. Snažím se o naplnění (ne vyplnění) mého života a snažím se v tomhle pomáhat i ostatním. Víím, že důležitá je podpora, snažím se být oporou pro ostatní, když to potřebují“.*

Radka se svěřuje i se svými plány a cíli do budoucna, i tím, čeho by ráda dosáhla: *„Chtěla bych dostudovat, protože studium беру také jako jednu z fází „vyřikání si to“ se sportem. Doufám, že se mi povede začlenit se do pracovního života, i když víím, že to bude muset být pomalu a postupně. Teď se mi otevřela možnost na tréninkové pozici, která dovoluje individuální přístup. Mým vysněným cílem je provozovat se svými psy canisterapii v psychiatrických léčebnách, protože mám vlastní zkušenost a věřím, že ji můžu předat a pomoc lidem, kteří mají stejné pocity jako já. Víím, že to funguje“.* Neopomene se zmínit i o partnerském vztahu, na kterém jí moc záleží: *„Samozřejmě jsou moje další plány směřovány i k našemu vztahu s partnerkou. Plánujeme definitivně vyřešit bydlení, bavíme se o našich společných plánech do budoucnosti a svým způsobem denně opečováváme náš vztah“.*

Co si Radka přeje do budoucnosti? *„Přála bych si, abych se necítila od života odtržená, abych si sama sebe mohla vážit a být klidná a spokojená mezi lidmi, protože tam je to pro člověka přirozené. Chtěla bych se přestat izolovat a ukryvat uvnitř sebe. Potřebovala bych přestat pochybovat o sobě, o svých možnostech a schopnostech, o nebezpečí okolí a neznámého světa, o mých citech a pocitech, o lásce mé partnerky ke mně“.* Radka shrnuje: *„Chtěla bych opravdu a skutečně prožívat život“.*

Přestože traumatický zážitek Radce zasahuje i do nynějšího života, je vidět, že se nevzdává, svým potížím se staví čelem, a i přes nepřízeň osudu s nimi bojuje. Na úplný závěr konstatuje: *„Do roku 2009 jsem se vším bojovala marně, sama uvnitř sebe, nevědomky... Do roku 2013 jsem pracovala vědomě, ale neměla jsem se o co opřít, přestože jsem se snažila*

a měla návody. Za ty poslední dva roky je pokrok, myslím, hrozně znát. Mám totiž partnerku, která mě miluje a také se tak ke mně chová, přijímá mě takovou, jaká jsem, což je pro mě nová zkušenost. Moje zamilování a vztah k partnerce je silným lékem. Máme dva psy a také proto věřím canisterapii... Konečně jsem po několika dlouhých letech pocítila, že opravdu zase žiju. Po odeznění všech těch nejtěžších depresí zkouším nové věci a získávám nový život, takový, jaký chci a dělám věci, pro které se rozhodnu. Jsou tu sice pořád „ups and downs“, ale snad vše spěje k dobrému konci... I když zůstávám v invalidním důchodu, nevzdávám se. Chci se koukat dopředu a čelit plnohodnotnému životu se vším, co přináší“. Doplňuje však: “Vím, že jsou všechny ty mechanismy naučené, ale nedaří se mi to změnit, jak bych si přála, a to ani teď, když se spousta věcí v mém životě změnila a odhalila... Je to ještě cesta na delší trať“.

6.8 *Diskuse a doporučení*

Na tomto místě bych se ráda vrátila k primárním poznatkům a informacím z teoretické části a uvedla je do souvislosti nynějšího novějšího poznání. Jsem si vědoma, že výsledky mého výzkumného šetření jsou, kvůli práci s omezeným počtem jedinců, částečnému vlivu subjektivních dojmů a jiných, méně zobecnitelné, ale na druhou stranu si troufám tvrdit, že na hodnověrnosti výzkum získává díky popisování a vysvětlování případu v jeho komplexnosti i díky hloubkovému a subjektivnímu popisu případu, na základě kterého můžeme porozumět podobným případům v dílčích vztazích i v globálních souvislostech.

Případové studie velmi dobře ilustrují vznik psychického traumatu v důsledku extrémně stresující události, jeho průběh a prožívání, včetně symptomů a projevů, na jejichž základě, i v souvislosti zejména rizikových faktorů, které měly vliv na následné zpracování a vyrovnávání se s psychickým traumatem, docházelo k postupnému ovlivňování života. V kontextu případových studií jde především o potvrzení těchto skutečností:

Psychické trauma představovalo výjimečně stresující událost nebezpečného i katastrofického charakteru, která byla extrémně děsivá a zahrnovala v sobě bezprostřední ohrožení života i tělesné integrity. Reakce na tento traumatický zážitek byla spojena s intenzivním prožitkem strachu, bezmoci, hrůzy. Traumatická událost byla natolik stresující, ohrožující a stojící mimo obvyklou lidskou zkušenost, že nebylo v silách respondentek se s takto nečekaným, bolestným a tíživým zážitkem vyrovnat za pomoci běžných adaptačních mechanismů a doposud používaných vyrovnávacích strategií, což se projevilo dezintegrací psychických funkcí - narušena byla složka emoční, kognitivní i behaviorální. Bezprostředně po traumatickém zážitku došlo k přechodnému narušení psychických a somatických funkcí - respondentky prožívaly příznaky akutní reakce na stres. Avšak i po odeznění akutní stresové reakce přetrvávaly u dotazovaných dlouhodoběji psychické i somatické obtíže, které byly projevem nedostatečného zpracování traumatické události - traumatický zážitek jim přetrvával ve vědomí, opakovaně ho znovuprožívaly, cítily potřebu vyhnout se podnětům, které byly se zážitkem spojeny - to vše bylo provázeno zvýšenou psychickou i tělesnou vzrušivostí, pocity bezmoci, strachem, úzkostí, výjimkou nebyly ani pocity viny a suicidální myšlenky. Zpracování a vyrovnávání se s traumatem probíhalo individuálně. Průběh, dopad a následky psychického traumatu byly ovlivněny řadou osobnostních i sociálních faktorů, zejména těmi rizikovými, které průběh a následné zpracovávání a vyrovnávání se s traumatem zhoršovaly, ale i těmi protektivními, které průběh a následky zmírňovaly. Psychické trauma mělo v různé

míře vliv na běžné fungování v osobním i sociálním životě, způsobilo hluboký zásah do psychiky. Popsány byly změny v různých oblastech bytí po vystavení se extrémně stresové zátěži, kterou trauma bezesporu je, i následná cesta životem traumatizovaných osob. Psychické trauma se projevilo změnami a potížemi nejen v emoční oblasti, ale i v chování, narušena byla i oblast kognitivních funkcí, oblast rodinná i sociální. V procesu vyrovnávání se s traumatem bylo možné u respondentek, kromě negativních následků psychického traumatu, spatřit i pozitivní změny v rámci posttraumatického rozvoje osobnosti.

Jaký vliv má psychické trauma resp. traumatický zážitek či událost na lidský život? Jak probíhalo zpracovávání a vyrovnávání se s psychickým traumatem resp. návrat k běžnému životu? K jakým změnám vlivem psychického traumatu (traumatického zážitku) došlo? Toto byly mé stěžejní výzkumné otázky před začátkem celé práce. Na tomto místě se na ně pokusím, v kontextu výpovědí respondentek sepsaných do případových studií, odpovědět konkrétněji vlastním reflektujícím a zhodnocujícím pohledem a názorem.

Je patrné, že naše životní historie v nás zanechává nerasmazatelné stopy - ještě více, jedná-li se o zážitky a zkušenosti traumatické, které jsou neočekávané, náhlé, nelze se na ně připravit a stojí mimo hranice obvyklé lidské zkušenosti. Z vlastní zkušenosti vím, že na tyto závažné stopy nejde v žádném případě zapomenout, ale jde se s nimi naučit žít resp. vyrovnat se s nimi a přijmout je jako součást sebe a své minulosti. Někdy se vám to může jevit jako nemožné a často i beznadějně - jako boj s větrnými mlýny, kdy jste přesvědčeni, že vaše situace, váš život po traumatickém zážitku se nemůže už nikdy změnit k lepšímu, že jste odsouzeni k neustále se vracejícím vzpomínkám na událost, které ve vás opakovaně vyvolávají psychické i fyzické obtíže projevující se změnami v osobním i sociálním životě. Za určitých okolností můžeme však z tohoto niterného boje vyjít posílení, ale mnohdy je to běh na hodně dlouhou trať. Příběhy respondentek na mě působí obdobným dojmem - i jejich cesta po nedobrovolném vystavení se traumatickému zážitku byla trnitá, bolestná a plná překážek, ale i přes nepřízeň osudu se vyskytujícími potížemi stavěly čelem a boj s pomyslným nepřítelem nevzdávaly, naopak bojovaly resp. bojují i nadále. Dá se říci, že první respondentka se s traumatem už vyrovnala, přijala ho jako součást své minulosti, do nynějšího života jí už nezasahuje, resp. negativní příznaky prožívá jen minimálně, a byla schopná navrátit se k „běžnému“ životu. U druhé respondentky sice v průběhu několika let sice došlo ke zlepšení, ale vzpomínky na trauma jsou pro ni zraňující dodnes, taktéž jiné negativní

příznaky se u ní objevují doposud, s traumatem se snaží stále vyrovnat, stále to pro ni není uzavřená kapitola. Avšak i přesto se nevzdává a věří, že se jí to v budoucnosti podaří změnit.

K psychické traumatizaci u respondentek a vzniku potíží na tělesné, psychické i behaviorální úrovni došlo na základě nedobrovolného a nečekaného vystavení se děsivé, ohrožující a extrémně stresující události. Konkrétními ohrožujícími událostmi se staly pokus o znásilnění a tragická smrt blízkého člověka.

Tyto závažné traumatické události, se kterými se člověk běžně ve svém životě nesečkává, se staly příčinou narušení jejich adaptačního procesu a vnitřní rovnováhy. Traumatický zážitek resp. pocit ohrožení, bezmoci a strachu byl tak silný, že nebylo v jejich silách, v jejich schopnostech se s touto nadměrnou zátěží vyrovnat za pomoci doposud nabytých repertoárů adaptačních a vyrovnávacích strategií. Protože traumatický zážitek byl natolik stresující a ohrožující a překračoval psychické kapacity a zdroje pro jeho zpracování, dotazovaným se nedařilo své bolestné prožitky unést, neuměly si s nimi poradit a zvládnout je, což se projevilo nástupem různorodých fyzických a hlavně psychických potíží.

Traumatická událost resp. psychické trauma u dotazovaných naplňovalo všechny základní rysy. Událost, která je potkala, pro ně byla nepochopitelná, neočekávaná, vymykající se standardní životní zkušenosti, byla spojena s prožitkem ohrožení života, fyzické i psychické integrity. Dotazované se ocitly ve stavu zděšení a totální bezmoci, pod obrovským emočním tlakem. Došlo k dezintegraci psychických funkcí, k narušení pocitu vlastní kontroly včetně důvěry v bezpečnost, smysl a řád života.

Bezprostředně po traumatickém zážitku respondentky prožívaly příznaky přechodné psychické poruchy tj. akutní reakce na stres, která u nich probíhala jak aktivním typem reakce ve smyslu útoku, tak pasivním typem reakce ve smyslu úniku resp. v jejich kombinaci. Dotazované zažívaly výrazné změny na tělesné, emoční i behaviorální úrovni.

Obě v osudné chvíli prožívaly velký strach (včetně strachu o život), zděšení, šok, bezmoc, zoufalství. Krátce po traumatickém zážitku se začaly objevovat další reakce na mimořádně těžké emoční zranění jako zúžené vědomí, určitá dezorientace, úzkost i deprese - vše doprovázené nepříjemnými vegetativními projevy jako třes, zrychlený tep, bušení srdce, zrychlený dech až nemožnost dýchat. U první dotazované se dále objevil neklid, nesoustředěnost, pláč, zhoršená schopnost komunikace, reakce byla doprovázena i částečnou ztrátou paměti. Kromě hlubokého zásahu do psychiky byla Petra zraněna i na těle. Reakce

druhé respondentky po traumatickém zážitku zahrnovala především emoční otupělost až ztrátu emocí, prožitky derealizace a depersonalizace, byla patrná časová distorze, kdy krátký okamžik byl prožíván jako nekonečně dlouhý. Zatímco Petra se mohla a dokázala svěřit nejlepší kamarádce, Radka takovou možnost neměla, přestože o ni stála, na což reagovala uzavřením a stáhnutím se do sebe. Tato důležitá možnost s někým sdílet svůj zážitek, včetně vyjádření pochopení a porozumění, mohl být také jeden z možných faktorů ovlivňujících reakci na trauma a jeho následné zpracování v budoucnosti.

Každý člověk je jiný, každý na traumatický zážitek reaguje a vyrovnává se s ním individuálně typickým způsobem. V životě obou respondentek se vyskytovaly různé faktory, které se mohly podílet na zvýšení rizika vzniku proměnlivých obtíží či psychických poruch, nebo které mohly mít vliv na průběh, zpracování a vyrovnávání se s traumatem. Co respondentkám pomáhalo nebo naopak zhoršovalo jejich schopnost zvládat emoce spojené s traumatickou zkušeností a na čem závisela závažnost dopadu traumatické události resp. míra následků? Podle mého názoru se na tomto mohly podílet následující zejména rizikové (ale i protektivní) faktory. Obě respondentky se v rámci traumatické události setkaly s intenzivními prožitky strachu, děsu i bezmoci, zážitek byl pro ně nepochopitelný - stál mimo oblast možných či myslitelných událostí, vnímaly ohrožení i narušení pocitu bezpečí a kontroly nad vlastním prožíváním, což samo o sobě mívá primární vliv na vznik různorodých potíží i na míru následků traumatu. Dalšími proměnnými, které měly u dotazovaných vliv (negativní i pozitivní) na zpracování a vyrovnávání se s traumatem, byly osobnostní charakteristiky a vlastnosti a sociální opora a rodinné zázemí včetně možnosti sdílení traumatického zážitku.

U první respondentky (Petry) by se za rizikové faktory, které průběh a následné zpracovávání a vyrovnávání se s traumatem mohly zhoršit, daly považovat především tyto skutečnosti: Trauma mohlo Petru zasáhnout o to více, protože se jednalo o úmyslné jednání pachatele, kterého ještě ke všemu znala a takové jednání od něj nečekala, čímž mohla a byla narušena její základní důvěra v člověka jako v jádru dobrého i důvěra v okolní svět, který by měl být bezpečný. Také mohla být zranitelnější i díky své citlivější povaze a nižšímu věku, ve kterém ji traumatická událost postihla. Vliv mohl mít i prožitek ohrožení života a přítomnost fyzického zranění při traumatu. Protektivně mohl působit fakt, že před vznikem traumatu se u Petry projevovala ve větší míře emoční stabilita, zdravé sebevědomí i sebepojetí a neměla žádné psychické problémy. Ochranný vliv před hloubkou a rozsahem následků traumatu mohlo mít i stabilní rodinné prostředí a uspokojivé rodinné i sociální vztahy včetně toho, že se

dotazovaná mohla a dokázala svěřit nejlepší kamarádce - mohla s ní sdílet svou bolestnou zkušenost. Přestože Petra před traumatem měla dlouhodobou zkušenost se stabilním rodinným prostředím, po traumatu podpora rodiny chyběla - rodičům se svěřit nedokázala.

V případě druhé dotazované (Radky) jsem shledala větší převahu faktorů rizikových, kam bych zařadila její osobnostní charakteristiky a vlastnosti před traumatem - její introverzi, větší emoční zranitelnost a jakési narušené vnímání sebe sama. Dále její předchozí zkušenost s problémy v oblasti duševního zdraví včetně somatických (psychosomatických) obtíží. Na charakter a závažnost dopadu traumatické události mohly mít vliv i předchozí problémy v soudržnosti rodiny, napjatá rodinná atmosféra i vztahy nebo praktická nedostupnost sociální opory po traumatu a nemožnost s někým sdílet svou bolestnou zkušenost, přestože o to stála - zůstávala se svými tíživými pocity povětšinou sama, na což reagovala uzavřením a stáhnutím se do sebe. Také dlouhá doba (v řádu let), než se Radce dostalo náležité a odpovídající pomoci, mohlo mít vliv na míru následků traumatu v budoucnosti. Za protektivní faktory, které se mohly podílet na zmírnění následků v budoucnosti, ale které se však dostaly do popředí až několik let po vzniku traumatu, bych označila absolvované terapie a léčbu a poslední dva roky trvající vztah s partnerkou.

Psychické trauma, které respondentky zažily, přesahovalo i nadále jejich schopnost se s ním vyrovnat, což mělo za následek přetrvávání psychických i somatických obtíží. Dá se říci, že v rámci klinického obrazu se následky traumatu u dotazovaných projevovaly v symptomech posttraumatické stresové poruchy, dále jako jiné úzkostné poruchy, deprese včetně suicidálních myšlenek i tendencí zejména u Radky. U Petry se dopady traumatu manifestovaly nejen v symptomech PTSD, ale i v symptomech jiných úzkostných poruch, ale i jako porucha příjmu potravy nebo zneužívání návykových látek. Emocionální, behaviorální i sociální abnormality a obtíže, související s vystavením se silnému a neobvyklému stresoru, se u respondentek začaly objevovat s odlišnou časovou latencí po traumatické události.

První respondentka se ze začátku snažila vytěsnit vše z paměti. Možná i zapomenout. Ale zapomenout na něco, co se opakovaně vracelo ve formě živých vzpomínek, živých pocitů přítomnosti v traumatické situaci, šlo velmi obtížně, vzpomínky se jí totiž vybavovaly, aniž si to přála. To vše u ní posilovalo a prohlubovalo pocity strachu, úzkosti, bezmocnosti. Za to, co se jí stalo, si přičítala vinu (musela udělat něco špatného, kvůli čemu ji traumatická událost potkala). Vlivem traumatu byl narušen její pocit sebejistoty i pocit bezpečí, došlo ke

generalizaci pocitu ohrožení. Aby se ochránila před nepříjemnými pocity, které nechtěla zažívat znovu a znovu, vyhýbala se situacím, lidem i místům, která by mohla připomenout a vyvolat vzpomínky na trauma. Traumatický zážitek jí negativně zasahoval do běžného života, docházelo k výkyvům jejího chování - často byla podrážděná, impulzivní, nesoustředěná, neklidná, úzkostná i depresivní. Protože trauma bylo spojeno s násilným sexuálním útokem, narušena byla její integrita a celistvost, což se projevilo obtížemi i v oblastech intimity, sexu i identity - pochybovala o hranicích vlastního těla, cítila se ponížená, méněcenná, odmítala doteky a tělesnou blízkost, prožívala znechucení z vlastního těla, svoji sexualitu nechápala jako přirozenou součást života, ale jako něco nenormálního, zakázaného, nebezpečného. Vyhýbání se a strach až odpor z jakékoli sexuality vystřídal sklon k hypersexuálnímu chování, což se dá vysvětlit jako obranný mechanismus, kterým se Petra mohla snažit získat ztracený pocit kontroly nad svým životem a sexualitou ve vztazích. Vlivem traumatu byl narušen a zpochybněn její hodnotový systém, došlo ke snížení jejího sebevědomí i sebeúcty, bojovala s negativním sebehodnocením i negativním vztahem k sobě samé.

U druhé dotazované nebyla psychická traumatizace ze začátku až tak očividná a nápadná - skrývala se spíše za řadou zejména somatických příznaků. Později se následky traumatu začaly projevovat i emočně a také v chování. V jejím okolí nebyl nikdo, s kým by mohla své těžkosti sdílet, čím dále více se uzavírala do sebe. Traumatická událost se Radce opakovaně znovuoživovala v náhlých a neodbytných myšlenkách, vzpomínkách, v obrazech, v nočních můrách, často spolu s živými prožitky - flashbaky, což vedlo ke znovuprožívání intenzivních emocí. Hluboce ji zasahovaly výčitky svědomí a pocity viny - nejen za to, co se stalo, ale i z důvodu toho, že tragickou událost, která byla spojená se smrtí jí blízkého člověka, přežila. V důsledku ztráty kontroly nad vlastním prožíváním a uvažováním a subjektivní neúnosnosti prožívané psychické bolesti a ochrany před dezintegrací její osobnosti i před zahlcujícími myšlenkami na trauma docházelo často u Radky k jakémusi potlačení nebo oddělení se od vjemů, od sebe i od světa v rámci disociativních stavů. Neprožité a nevyjádřené emoce se projevovaly zvýšenou psychickou i fyzickou dráždivostí - napětím, úzkostí, podrážděností, nesoustředěností, únavou, depresiemi, potížemi se spánkem, nočními můrami, neklidem, přecitlivělostí na hluk a zvuky připomínající trauma včetně celé řady vegetativních reakcí. Potlačováním a vyhýbáním se nepříjemným emocím docházelo v jejím případě k potlačení emocí vůbec - trápila ji emoční oploštělost a otupělost. Ztrácela pocit vlastní integrity, byla jí velmi nepříjemná až nesnesitelná existence ve vlastním těle,

prohluboval se její negativní vztah k sobě samé - kladla si otázku, kdo je a jaký smysl má její budoucí pobyt na světě, prožívala pocity prázdnoty, ztrátu motivace a zájmu a pocity beznaděje, s čímž souvisely i suicidální myšlenky i tendence. Objevovala se obrovská míra nejistoty a pochybností o sobě samé, o vlastní hodnotě, ale i o druhých lidech a o světě.

Psychické obtíže a změny se u obou dotazovaných začaly projevovat i významnými důsledky v oblasti sociální. Důvodem byly nejen změny v chování respondentek, ale i změny v chování jejich blízkých, kteří většinou změnám v chování dotazovaných nerozuměli nebo nevěděli, jak se k nim mají chovat resp. chovali se nevhodně.

U první respondentky se vlivem traumatu objevily obtíže s důvěrou - nejen ve vztahu k sobě, ale i k druhým lidem (zvláště k mužům) i ke světu obecně, také problémy s navazováním a udržováním vztahů - kamarádských a hlavně partnerských a intimních. Rodina jejím projevům a změnám v chování nerozuměla i z toho důvodu, že se jim Petra nikdy nesvěřila, protože se bála, aby jí za to, co se jí stalo, nepřičítali vinu, kterou už tak nadmíru pociťovala sama.

Změna v chování u druhé dotazované, zastoupená a vyjádřená pocity viny, emoční oploštělostí, ztrátou motivace i zájmu, pochybnostmi a nedůvěrou v sebe, negativním sebehodnocením i narušením představ o sobě, o světě i o životě, měla taktéž vliv na narušení sociální oblasti, projevující se postupným prohlubujícím se uzavíráním do sebe a straněním i odcizením se přátelům, společnosti i rodině včetně problémů s navazováním a udržováním vztahů nových. Situace byla pro Radku ztížena i skutečností, že téměř s nikým nemohla sdílet své pocity vztahující se k traumatickému zážitku. Vlivem traumatické události a změny pohledu na vrcholový sport po tragické nehodě (ale i vlivem zdravotních problémů a omezení) taktéž nebyla schopná navrátit se ke sportu, který vždy tak milovala a pomáhal jí ventilovat různé emoce.

U druhé respondentky došlo vlivem traumatu - vlivem psychických i sociálních následků i k výraznému snížení až nemožnosti plného pracovního uplatnění. Psychickým traumatem byla negativně ovlivněna i kvalita života obou respondentek - byla narušena důvěra ve vytvořený systém hodnot, v jejich cíle a očekávání i vnímání jejich pozice v životě.

Je patrné, že zpracování traumatické události lze považovat za velmi náročný proces a také není pochyb o tom, že psychické trauma může mít výrazné dopady na různé oblasti traumatizovaného člověka a jejich odstraňování může zaobírat značnou část jeho života.

Zpracování, přijetí a vyrovnávání se s traumatem probíhalo u respondentek nesterjně dlouhou dobu. Podle mého názoru na to, jestli a za jak dlouho se respondentky uzdraví a událost postupně přijmou do svého života - vyrovnají se s ní a hluboké jizvy na duši se zhojí, měly vliv i uváděné rizikové a protektivní faktory, kdy u Radky jsme mohly spatřit nadměru a převahu těch rizikových - také její reakce a následné zpracovávání a vyrovnávání se s traumatem trvalo podstatně delší dobu resp. trvá dodnes, její vnitřní psychický svět se zdá být natolik narušen, že její schopnost navrátit se k běžnému životu je komplikovanější, na rozdíl od Petry, u níž byly přítomny kromě faktorů rizikových i faktory protektivní, která se s bolestným zážitkem vyrovnala cca po čtyřech letech od jeho vzniku, kdy byla schopná navrátit se k „běžnému“ životu podobnému tomu, který žila před tím, než jí do cesty vstoupil traumatický zážitek.

Petra se s psychickým traumatem a jeho následky vyrovnávala především sama, žádnou odbornou pomoc nevyhledala. Svou zkušenost sdílela jen s nejlepší kamarádkou, od které se jí však dostalo pomoci, porozumění, pochopení, podpory. Náročnou a obdivuhodnou prací na sobě se její vzpomínky na traumatický zážitek stávaly méně zraňujícími, postupně ztrácely na síle a intenzitě i pocity viny a stud za to, co se jí stalo. Trvalo čtyři roky, než jí trauma v průběhu času přestalo znesnadňovat a ovlivňovat život. Událost se postupně stala součástí jejího života, její minulosti, traumatický zážitek krok za krokem přijala a vyrovnala se s ním. Nejdříve studium, pak láska k budoucímu manželovi a dětem byla pro ni největším hnacím motorem, který jí pomáhal znovuzískat psychickou rovnováhu a upevnit návrat k běžnému životu. V průběhu času se jí podařilo najít opět vlastní cenu, vlastní hodnotu. Změnil se její pohled na sebe, na druhé i na svět - začala více důvěřovat sobě i druhým, svět už pro ni nebyl tak nebezpečným místem. Obnovila se její sebeúcta, sebevědomí, postupně se znovu naučila mít se ráda. Znovuzískala pocit ztraceného vnitřního klidu, spokojenosti a naplnění, uvědomila si, co od života chce a co je opravdu důležité. Má cíle a sny do budoucnosti, radost do života.

Druhá respondentka se s následky psychického traumatu vyrovnávala a vyrovnává podstatně delší dobu. Pět let se snažila s traumatickým zážitkem a jeho následky vyrovnat sama, avšak víceméně neúspěšně. Změna životní situace pro ni byla natolik tíživá a subjektivně neúnosná, že se psychicky i fyzicky zhroutila a musela být hospitalizována. Až v tomto období se jí dostalo odborné pomoci. Po letech marného boje měla konečně možnost s někým sdílet svou bolestnou zkušenost, své nahromaděné tíživé emoce, pocity, myšlenky, vzpomínky. Dostalo se jí tolik touženého vyslechnutí a pochopení. Prožívala velkou úlevu.

Už nemusela být na všechno sama. Vždy, když se dostala z nejtěžších fází deprese, byla viditelná její snaha na sobě pracovat. Postupně se učila o tíživých vnitřních věcech mluvit a pojmenovávat je, přemýšlet o všech věcech jinak - objektivněji a racionálněji. Postupně nacházela sílu čelit svým potížím. Přijímala návody, jak se svou traumatickou zkušeností resp. s nepříjemnými vzpomínkami a myšlenkami pracovat, jak vlastními silami bojovat s negativními příznaky a dopady traumatické události. Během dlouholeté a doposud trvající terapie a léčby porozuměla více sama sobě, svému chování, prožívání i uvažování. O něco se zlepšilo její negativní sebehodnocení, nedůvěra v sebe i v okolní svět, o něco méně intenzivní přestaly být její pocity viny, zlepšila se její emoční oploštělost, své emoce dokáže lépe a více prožívat a pracovat s nimi, o něco zeslábly její pochybnosti o sobě samé, začala znovunabývat ztracenou motivaci a zájem, více se otevírat světu a méně uzavírat do sebe. Myslím si, že psychické trauma ovlivnilo její život více, než by si přála, více, než dokázala unést, než by si kdy dokázala představit. U dotazované dodnes přetrvávají některé negativní příznaky a důsledky psychického traumatu - např. zraňující vzpomínky, občasné flashbaky, výčitky a pocity viny, pochybnosti o sobě, o své hodnotě, o svých možnostech a schopnostech, o nebezpečí okolí a neznámého světa, obtíže v sociálním životě. S traumatem a jeho následky se snaží stále vyrovnat, její vnitřní psychický svět byl natolik narušen, že se jí doposud nepodařil úplný přesun traumatu do nezraňujících vzpomínek.

Ne samotnou traumatickou událostí, ale snahou vyrovnat se s traumatickým zážitkem, snahou získat ztracenou psychickou rovnováhu i snahou znovunalézt smysl života a chuť i radost ze života se u respondentek s různě dlouhou časovou latencí a v různé míře vynořovaly a odkrývaly i pozitivní změny a přínosy v rámci posttraumatického rozvoje osobnosti. Navzdory těžkostem se postupně objevily i jiné než čistě negativní, nežádoucí a bolestné projevy a následky. Psychické trauma se stalo i prvkem procesu zrání.

Dá se říci, že u první respondentky došlo k určitým pozitivním změnám ve všech pěti dimenzích posttraumatického rozvoje. Dotazovaná se přijetím a vyrovnáním se s psychickým traumatem dostala nad svou dosavadní úroveň adaptace, existence i chápání života. Ze svého niterného a náročného boje vyšla posílena pozitivní změnou ve vnímání sebe sama, jiným vztahem k lidem, k životu i k duchovní oblasti. Změnily se její životní hodnoty i názory, objevila své silné stránky, vlastnosti i nové možnosti.

Protože pro druhou respondentku bylo trauma hluboce zasahující a poznamenávající její vnitřní psychický svět a s psychickým traumatem a jeho negativními následky se ještě úplně nevyrovnala, pozitivních změn v rámci posttraumatického rozvoje osobnosti se u ní objevilo méně než v případě první dotazované. Je patrné, že k nějakým pozitivním změnám vlivem traumatu došlo, ale část z nich je ještě doprovázena a spojena s jejími obavami, vracejícími se vzpomínkami, nepříjemnými myšlenkami i pocity a celkově prožitým traumatem. Dá se však říci, že ze svého boje vyšla nejvíce posílena jiným vztahem k lidem a k životu - větším zapojením druhých lidí do svého života, lepším vyjadřováním pocitů směrem ke druhým, větší tolerancí a vstřícností, přikládáním větší důležitosti a pozornosti blízkým vztahům, větším vážením si života nebo změnou životních hodnot. Ve zbývajících oblastech nejsou změny až tak patrné.

Podle mého názoru, u první respondentky, i přes hluboký a bolestný zásah psychického traumatu, došlo k plnohodnotnému (znovu)zapojení do společnosti i k znovuzískání ztracené psychické rovnováhy, což si zaslouží velký obdiv a uznání.

Přestože se druhé dotazované stále do cesty staví nejrůznější překážky související s dopady psychického traumatu, které musí opakovaně zdolávat, zlepšení a pokrok, který za ta léta udělala, ve snaze vyrovnat se s traumatickým zážitkem a jeho následky, je patrný a obdivuhodný. Taktéž její odvaha stavět se a čelit svým potížím a bojovat s nimi i přes nepřízeň osudu zaslouhuje uznání. Silným lékem je pro ni láska a vztah s přítelkyní a také láska ke zvířatům. Přestože návrat k „běžnému“ životu se zdá být v tomto případě o něco komplikovanější a více znesnadněný, než tomu bylo u první respondentky, věřím, že dotazovaná je na velmi dobré cestě to zvládnout. Její život postupně získává dlouho hledaný smysl a směr, má větší radost do života i ze života. Nevzdá-li svůj vnitřní boj, má, podle mého názoru, velkou naději a šanci nad objevujícími se těžkostmi a následky psychického traumatu zvítězit a vyrovnat se se vším do té míry, že psychické trauma, které ji potkalo a hluboce zasáhlo, jí už nebude ovlivňovat a znesnadňovat život, resp. bude schopná žít spokojený, plnohodnotný, kvalitní a naplněný život.

Na základě poznatků o problematice psychického traumatu a jeho následků, i v kontextu výpovědí respondentek, včetně mé vlastní zkušenosti, bych se ještě chtěla pozastavit nad otázkou, jak k lidem s traumatickou zkušeností přistupovat, resp. co bychom mohli a měli udělat ve snaze pozitivně ovlivnit a alespoň trochu ulehčit jejich mnohdy náročný a bolestný boj související s procesem zpracovávání a vyrovnávání se s psychickým traumatem.

Traumatický zážitek může bohužel potkat každého z nás. Je důležité si uvědomit, že každý člověk je rozdílný - každého by traumatická událost zasáhla a vyrovnával by se s ní odlišným způsobem. V souvislosti s problematikou psychického traumatu (a nejen s ní) je potřeba vnímat a přijímat každého člověka takového, jaký je, s ohleduplností, respektem, úctou, uznáním a zachováním důstojnosti.

Po vystavení se neobvykle těžkému traumatickému zážitku je pro zasaženého jedince nejdůležitější uklidňující a ochraňující prostředí, pocit jistoty a bezpečí, který je vlivem traumatické události často značně narušen. Jistota člověka se mění v nejistotu, důvěra v nedůvěru a pochybnosti o sobě, o druhých i o světě, druzí lidé či svět je vnímán jako ohrožující a nebezpečný. Člověk, kterému do života neočekávaně a náhle vstoupil ochromující traumatický zážitek, potřebuje cítit bezpečí, jistotu, ale také porozumění a podporu - hlavně tu emocionální. Potřebuje cítit, že je i navzdory traumatickému zážitku, přijímán.

V případě závažnějších a nezvladatelných příznaků je žádoucí vyhledat odbornou pomoc, protože příznaky a projevy traumatu samy o sobě jen tak nezmizí, naopak se budou ještě více prohlubovat, ovlivňovat a znesnadňovat život. Důležitou roli v souvislosti s vyrovnáváním se s dopady a následky traumatu představuje pro lidi zasažené traumatickou událostí dostupná, dosažitelná a účinná pomoc, čím dříve je vyhledána a zahájena, tím větší šance je, že bude úspěšnější a kratší. Tato důležitá možnost s někým sdílet svůj zážitek, včetně vyjádření pochopení a porozumění, může být jedním z možných faktorů ovlivňujících reakci na trauma a jeho následné zpracování v budoucnosti.

Může se stát, že jedinec není schopen o pomoc požádat nebo se brání nabízenou pomoc využít např. z důvodu zahanbení, studu, pocitů viny, strachu z nepochopení, odsouzení, zavržení, z důvodu subjektivní nevyjádřitelnosti prožívané duševní bolesti nebo i subjektivního pocitu vlastní „nenormálnosti“. V tomto případě je vhodné traumatizovaného člověka informovat a dostatečně ujistit, že to, co prožívá, se nikterak nevymyká běžným

reakcím a projevům - že jeho projevy a chování jsou zcela normální reakcí na nenormální a výjimečnou (traumatickou) událost. To samé by mělo být vysvětleno i blízkému okolí traumatizovaného jedince.

Kvůli obavám i možné úzkosti z neznámého, je dobré traumatizovanému jedinci poskytovat dostatek vysvětlujících, popisných, uklidňujících, ujišťujících informací např. o tom, co bude následovat, jak bude určitá situace, které se má traumatizovaný člověk vystavit nebo zúčastnit, probíhat, co v ní může očekávat, jaká bude její náplň, kdo se jí bude účastnit apod. To vše za účelem, aby se dotyčný necítil danou situací ohrožený, aby se předešlo možné zbytečně zatěžující anticipační úzkosti a strachu z neočekávaného, z neznámého, z cizího.

Pro samotné okolí traumatizovaného jedince může být také těžké vyrovnat se se změnami, ke kterým u jejich blízkého či známého člověka dochází vlivem obzvláště náročné životní zkušenosti. Sami mohou cítit bezmoc, zoufalství, někdy i vinu, že své blízké nedokázali ochránit, nevědí, zda a jakým způsobem s ním komunikovat, zda se k traumatickému zážitku vracet nebo se tvářit, jako by se nic nestalo. Nechtěně a neúmyslně mohou dělat vážné chyby. V tomto případě se jeví jako nejlepší řešení, aby se blízkým dostalo dostatek informací o možných výkyvech a změnách v chování, o projevech a příznacích traumatu i o tom, jak je traumatizovaný jedinec může prožívat. Nepochopení a nepochopení reakcím a projevům traumatizovaného jedince může působit rizikově a způsobovat další zátěž.

Nevhodné chování a reakce okolí, často neúmyslné, mohou posilovat negativní dopad traumatu. Jak by se okolí chovat nemělo? Traumatizovaného člověka a jeho projevy by okolí nemělo ignorovat. Nemělo by se chovat tak, jako by se nic nestalo, nemělo by se vyhýbat komunikaci a hovoru o bolestné zkušenosti, pokud o ní chce traumatizovaný mluvit, nemělo by vybízet k tomu, aby dotyčný na traumatický zážitek zapomněl, aby se vzchopil nebo více snažil - to vše u něj může vést k prohlubování výčitek i pocitů viny, kterých už má i tak mnoho. Okolí by se také mělo vyvarovat zlehčování potíže nebo znevažování jeho pocitů. Takovéto nevhodné chování a reagování blokuje mechanismy vyrovnávání se s traumatem. Okolí by se taktéž mělo vyhnout nadměrné lítosti, soucitu, přemíře ochrany i přehnané péči, což může u traumatizovaného jedince vést ke zhoršení či prohloubení pocitů viny, úzkosti i k pocitu selhání.

Okolí traumatizovaného jedince může napomoci snazšímu průběhu vyrovnávání se s traumatem vhodným chováním, reagováním a komunikací. Jak by se okolí mělo chovat? Za

nejdůležitější považují emocionální podporu. Traumatizovanému jedinci projevovat porozumění, zájem a účast, být trpěliví, chápající, citliví, otevření, empatičtí, laskaví, ohleduplní, zajímat se o jeho pocity a prožívání. Naslouchat, ale i respektovat, když traumatizovaný člověk nechce o zážitku a věcech s ním spojených mluvit, nenutit ho, nepřemlouvat. Někdy může být pro traumatizovaného jedince obtížné se svěřit a sdílet svou zkušenost i se svými nejbližšími - často v tomto hraje roli např. strach z nepochopení, z odsouzení, stud, vina, zahanbení, na druhé straně i možná snaha své blízké ochránit před silnými emocemi. Vhodné je podporovat i narušené oblasti traumatizovaného jedince (sebehodnocení, sebevědomí, sebedůvěra, sebeúcta, tendence vyhýbat se společenským kontaktům aj.). Snažit se traumatizovaného člověka povzbuzovat k obnově víry ve vlastní schopnosti, k obnově důvěry v sebe, k druhým i ke světu, posilovat naději ve zlepšení a překonání traumatu, podporovat a motivovat při znovuzařazování se do běžného života.

Za důležité také považují, aby chování a reakce především laického okolí, se kterým se traumatizovaný jedinec střetává, nebyly zatíženy a ovlivněny různými mýty a předsudky, na základě kterých může být jedinec stigmatizován a negativně vnímán. Protože se tak děje hlavně na základě neznalosti a nepochopení podstatě obtíží, poruchy nebo nemoci, vhodným řešením se mi jeví především osvěta a šíření informací vedoucí k transformaci postojů a názorů i tendencí ke generalizaci.

7 Závěr

Každý z nás se při své cestě životem nesetkává a nezažívá jen chvíle, situace a události radostné, příjemné či šťastné, ale střetává se a je vystaven i určité míře stresu, méně příjemným životním událostem, řadě životních zlomů, peripetií a dalším nepříznivým podnětům, na které musí reagovat a vyrovnat se s nimi. Některé podněty a události se však mohou naprosto vymykat běžné lidské zkušenosti a neodpovídat standardnímu očekávání. Mohou být natolik zátěžové, extrémně intenzivní a vlastní silou nezvladatelné, že u dotyčných dochází k oslabení vnitřních psychických zdrojů, nemohou unést bolestné psychické prožitky, neumí si s nimi poradit a zvládnout je za pomoci běžných adaptačních mechanismů a doposud nabytých vyrovnávacích strategií. Zažitá děsivá, náhlá, neočekávaná a ohrožující událost se pro ně stává traumatickou. Dochází ke vzniku psychického traumatu.

Ve své diplomové práci jsem se věnovala široké problematice psychického traumatu, kterou jsem se snažila uchopit především ve vztahu k jeho dopadům, následkům a vlivu na lidský život.

V teoretické části jsem se, ve snaze o lepší a srozumitelnější uvedení do ústředního tématu práce, zabývala nastíněním základních pojmů souvisejícími a vztahujícími se k problematice psychického traumatu - osvětleny byly pojmy jako adaptace organismu, krize, stres, reakce na stres, včetně adaptačních, obranných a vyrovnávacích mechanismů a strategií, jejichž pomocí se člověk snaží zvládat zátěž a vyrovnávat se s tíživou životní situací. V rámci ústředního tématu práce, tedy psychického traumatu, jsem pozornost věnovala jeho vzniku, rysům a formám. Protože psychická poškození v důsledku traumatu se nejčastěji vyskytují v diagnostické kategorii posttraumatická stresová porucha, zabývala jsem v kontextu toho i jejím vymezením a charakteristikou a především její symptomatikou v rámci psychických následků traumatické události projevujících se dezintegrací a narušením psychických funkcí.

Dále bylo pojednáno o tom, že reakce na trauma a způsoby zpracovávání a vyrovnávání se s traumatickou zkušeností, jsou u každého člověka jiné, rozdílné a individuální. Není pochyb o tom, že psychické trauma působí často hluboký zásah do psychiky člověka. Psychické trauma zraňuje, přičemž psychická zranitelnost konkrétního člověka (citlivost jedince vůči traumatické zkušenosti) je závislá na řadě osobnostních i sociálních faktorů, o kterých bylo v práci také pojednáno. V kontextu toho byly uvedeny okolnosti a faktory, které případně mohou ovlivňovat reakci na trauma a jeho následné

zpracovávání i mít podíl na rozsahu a hloubce emočního zranění ve směru negativním (rizikové faktory), ale i pozitivním (protektivní faktory). Ve zbývající teoretické části jsem se zabývala dopady traumatu na život člověka v podobě jeho následků a narušení různých oblastí života. Pozornost v souvislosti s následky traumatu byla věnována i posttraumatickému rozvoji osobnosti, protože navzdory útrapám a těžkostem se u člověka, který byl vystaven traumatické události, mohou objevit i jiné než výhradně negativní projevy a následky, resp. že trauma nemusí být jen nežádoucí a bolestné, ale za určitých okolností mohou jeho nositelé vyjít z tohoto těžkého zážitku posílení.

Protože podstata zkoumaného problému se týkala života konkrétních jedinců, jejich příběhů, resp. zkušenosti s psychickým traumatem, jeho prožíváním, zpracováváním a vyrovnáváním, fungováním ve společnosti po vystavení se extrémně zátěžové situaci a především následků, vlivu a změn v různých oblastech života, zvolila jsem metodu kvalitativního výzkumu. Rozhovorem s dvěma respondentkami jsem získala poměrně hluboký vhled do jejich světa a jejich životních příběhů, na jejichž základě jsem zpracovala případové studie. Doufám, že se mi, v souvislosti se snahou o co nejvístižnější odpovědi na výzkumné otázky, podařilo hlouběji poznat a zprostředkovat podstatu případu a komplexněji mu porozumět včetně mého vlastního reflektujícího a zhodnocujícího pohledu a názoru.

Respondentky se setkaly se zátěží, kterou si člověk, který něco podobného nezažil, nedovede ani představit. Psychickým traumatem byla bolestně testována jejich schopnost vyrovnat se s mimořádnou a výjimečně těžkou událostí, která se vymykala standardnímu očekávání i běžné lidské zkušenosti. Psychické trauma resp. traumatický zážitek se stal nesmazatelným zásahem do života respondentek, do jejich osobní integrity i do osobnosti jako celku, došlo k ovlivnění a změně jejich života. Nejen na základě uváděných případových studií je zřejmé a lze konstatovat, že psychické trauma negativně ovlivňuje lidský život, narušuje a znesnadňuje fungování v různých oblastech, má za následek změnu životní situace. Působením traumatu se mění pohled traumatizovaného člověka na sebe, na druhé i na svět. Narušení a změny jsou patrné a projevují se v oblasti psychické, v osobním, sociálním, rodinném, často i v pracovním a partnerském životě. Odstraňování následků a vyrovnávání se s tíživou životní situací zaobírá značnou část života traumatizovaného člověka, avšak s různě dlouhou časovou latencí se můžeme setkat i s pozitivními dopady traumatického zážitku v rámci posttraumatického rozvoje osobnosti.

Aby se tito lidé snáze vyrovnali a přijali trauma jako součást svého života, své minulosti, je zapotřebí intenzivní podpory a pomoci. V praktické části jsem věnovala pozornost i možnostem a doporučením, jak bychom se mohli a měli (i neměli) chovat k lidem, do jejichž života zasáhla traumatická událost, resp. co můžeme udělat, aby se tito lidé se svým bolestným zážitkem a jeho následky vyrovnávali o něco snadněji, abychom jim alespoň trochu ulehčili jejich náročný boj.

Přestože ale traumatizovanému člověku můžeme nabídnout podporu a pomoc, a tím snížit dopad traumatu na jeho život nebo usnadnit jeho souboj s nerovným protivníkem, z velké části záleží na samotném člověku, jak se s neočekávaným a hluboce zasahujícím a ochromujícím traumatickým zážitkem vyrovná a zda ho zpracuje a integruje ve své psychice, resp. do svého života, nebo to pro něj bude tak silný a hluboký zásah, že se traumatem nechá natolik nedobrovolně pohltit a uvízne v něm, že cesta ven bude už jen těžší a těžší.

Ona cesta vedoucí k přijetí a vyrovnání se s extrémně zátěžovou situací, kterou psychické trauma bezesporu je, bývá, jak jsme poznali, velmi náročná, bolestná a trýznivá, mnohdy protkaná pocity marnosti, oslabováním odhodlání a síly snášet opakovaně se vracející vzpomínky na traumatickou událost, pocity beznaděje ve zlepšení. Aby se s tím člověk vyrovnal, rozhodujícím krokem k postupnému návratu do plnohodnotného a kvalitního života je, podle mého názoru, změna přístupu a postoje. Své tíživé potíže plynoucí a vycházející ze zkušenosti s psychickým traumatem by měl přijmout jako fakt, jako něco, co je možné v nemalé části případů změnit, zlepšit i překonat. Myslím si, že když se člověku něco zlého v životě stane, neměl by se ptát, proč se to přihodilo zrovna jemu, ale měl by se spíše zamyslet nad tím, k čemu je mu to dobré, co mu tím někdo nebo něco (ať už je to pro někoho Bůh, osud, vesmír apod.) chce říct. Přesah vedoucí do lepšího světa dává, dle mého názoru i zkušenosti, v těžkých chvílích naděje a víra ve zlepšení, v budoucnost. Smysl toho, co se stalo, co člověka znenadání potkalo a zasáhlo, mu může při setkání se s traumatickou situací unikat a často může cítit a prožívat hněv, zlobu, nespravedlnost, beznaděj. Ne hned, ale s odstupem času, však může najít nit vedoucí ke smyslu prožité zkušenosti a významu životních těžkostí a prožité utrpení může začít vnímat jako zákonitou cestu vedoucí k vyšší kvalitě bytí.

Protože i má vlastní zkušenost s traumatickým zážitkem byla jedním z podnětů pro výběr tématu, průběžné psaní, studium literatury, rozhovory s respondentkami a v neposlední řadě i samotné dokončení práce mi přineslo i jakýsi osobní posun v nahlížení na problematiku psychického traumatu. A ještě více mi to pomohlo si připomenout, že pokud člověk má víru a naději, může se jeho nepříznivý stav zlepšit a pokud se nevzdá, může nad vším i zvítězit a z náročného boje vyjít i obohacen a posílen v různých oblastech.

Nikomu to nepřeji, ale vzhledem „k trvalému nárůstu incidence i prevalence posttraumatické stresové poruchy“ (Hašto, Vojtová, 2012, s. 67) a nejen jí, i s přihlédnutím k dnešní často hektické době plné stresu, přibývajícím kriminalitě a násilí ve společnosti, stoupajícím teroristickým útokům i přírodním katastrofám a prudkým klimatickým změnám, se za určitých okolností s traumatickým zážitkem nebo událostí může setkat každý z nás. I z tohoto důvodu považuji za důležité, že jsem pozornost věnovala právě problematice psychického traumatu a jeho následkům a lidem, kteří se stali obětí traumatické události.

Doufám, že se mi podařilo popsat a pochopit život člověka, kterému do cesty vstoupil nějaký traumatický zážitek. Taktéž vnést více vhledu a porozumění nejen do problematiky psychického traumatu, jeho příznaků, prožívání, ale i do niterných bojů lidských duší traumatizovaných jedinců ve snaze traumatický zážitek zpracovat, překonat a vyrovnat se s ním, včetně možnosti posttraumatického rozvoje osobnosti. Stejně tak doufám, že se mi podařilo nalézt odpovědi na výzkumné otázky týkající se vlivu psychického traumatu na lidský život, podpořit nebo napomoci lidem s podobnými zážitky nebo v podobné situaci, alespoň trochu přispět k uvědomění, že přítomnost psychického traumatu v životě člověka a zkušenosti s ním není znakem hanby ani provinění. Jestliže se mi těchto cílů podařilo dosáhnout, pak práce splnila svůj záměr a měla smysl.

8 Seznam použitých informačních zdrojů

BAŠTECKÁ, B.; GOLDMANN, P. *Základy klinické psychologie*. Praha : Portál, 2001. 440 s. ISBN 80-7178-550-4

ČÍRTKOVÁ, L. Oběti znásilnění. *Kriminalistika*. 2002, roč. 35, č. 3, s. 61 - 70. ISSN 1210-9150

HARTL, P.; HARTLOVÁ, H. *Psychologický slovník*. Praha : Portál, 2000. 776 s. ISBN 80-7178-303-X

HAŠTO, J.; VOJTOVÁ, H. *Posttraumatická stresová porucha, bio-psycho-sociální aspekty EMDR a autogénny trénink při pretrvávajícím ohrožení : případová štúdia*. Olomouc : Univerzita Palackého v Olomouci, 2012. 186 s. ISBN 978-80-244-2944-1

HENDL, J. *Kvalitativní výzkum : základní metody a aplikace*. Praha : Portál, 2005. 408 s. ISBN 80-7367-040-2

HÖSCHL, C.; LIBIGER, J.; ŠVESTKA, J. *Psychiatrie*. 2. dopl. a opr. vyd. Praha : Tigris, 2004. 883 s. ISBN 80-900130-7-4

KOHOUTEK, T.; ČERMÁK, I. *Psychologie katastrofické události*. Praha : Academia, 2009. 364 s. ISBN 978-80-200-1816-8

KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie nemoci*. Praha : Grada, 2002. 200 s. ISBN 80-247-0179-0

MALÁ, E. Posttraumatická stresová porucha. *Remedia*. 2002, roč. 1, č. 6, s. 381-396. ISSN 0862-8947

MAREŠ, J. *Posttraumatický rozvoj člověka*. Praha : Grada, 2012. 200 s. ISBN 978-80-247-3007-3

MOŽNÝ, P.; PRAŠKO, J. *Kognitivně – behaviorální terapie : úvod do teorie a praxe*. Praha : Triton, 1999. 312 s. ISBN 80-7254-038-6

MÜHLPACHR, P., VAĐUROVÁ, H. Vymezení, dimenze a měření kvality života. In PIPEKOVÁ, J. (ed.) *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. 2. rozšíř. a přeprac. vyd. Brno : Paido, 2006. s. 85 – 93. ISBN 80-7315-120-0

PAULÍK, K. *Psychologie lidské odolnosti*. Praha : Grada, 2010. 240 s. ISBN 978-80-247-2959-6

- PRAŠKO, J. a kol. Posttraumatické stresové poruchy - II. díl : léčba. *Psychiatrie pro praxi*. 2001, roč. 2, č. 5, s. 206 - 210. ISSN 1213-0508
- PRAŠKO, J., aj. *Stop traumatickým vzpomínkám : jak zvládnout posttraumatickou stresovou poruchu*. Praha : Portál, 2003. 184 s. ISBN 80-7178-811-2
- PREISS, M. Trauma a posttraumatický růst. *Psychiatrie pro praxi*. 2009, roč. 10, č. 1, s. 12-18. ISSN 1213-0508
- PRŮCHA, J.; WALTEROVÁ, E.; MAREŠ, J. *Pedagogický slovník*. 4. aktualiz. vyd. Praha : Portál, 2003. 322 s. ISBN 80-7178-772-8
- PTÁČEK, R., ČÍRTKOVÁ, L., ŽUKOV, I. Rape trauma - klinické a forenzní souvislosti. *Psychiatrie pro praxi*. 2009, roč. 10, č. 6, s. 268 - 271. ISSN 1213-0508
- RÖHR, H.-P. *Zneužití : léčba následků sexuálního či emočního násilí*. Přel. Petr Babka. Praha : Portál, 2014. 152 s. Přel. z.: Missbrauch überleben. ISBN 978-80-262-0601-9
- SMÉKAL, V. *Pozvání do psychologie osobnosti : člověk v zrcadle vědomí a jednání*. 3. opr. vyd. Brno : Barrister & Principal, 2012. 523 s. ISBN 978-80-87029-62-6
- SMOLÍK, P. *Duševní a behaviorální poruchy : průvodce klasifikací, nástin nozologie, diagnostika*. 2. revidované vyd. Praha : Maxdorf, 2002. ISBN 80-85912-18-X
- ŠPATENKOVÁ, N. a kol. *Krize : psychologický a sociologický fenomén*. Praha : Grada, 2004. 132 s. ISBN 80-247-0888-4.
- ŠPATENKOVÁ, N. a kol. *Krizová intervence pro praxi*. 2. aktualiz. a dopl. vyd. Praha : Grada, 2011. 200 s. ISBN 978-80-247-2624-3
- ŠVAŘÍČEK, R.; ŠEĐOVÁ, K. a kol. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách : pravidla hry*. Praha : Portál, 2007. 384 s. ISBN 978-80-7367-313-0
- TRESS, W.; KRUSSE, J.; OTT, J. *Základní psychosomatická péče*. Přel. Lubor Špis. Praha : Portál, 2008. 400 s. Přel. z.: Psychosomatische Grundversorgung. ISBN 978-80-7367-309-3
- VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 4. vyd. Praha : Portál, 2008. 872 s. ISBN 978-80-7367-414-4
- VIZINOVÁ, D.; PREISS M. *Psychické trauma a jeho terapie : psychologická pomoc obětem válek a katastrof*. Praha : Portál, 1999. 160 s. ISBN 80-7178-284-X
- VODÁČKOVÁ, D. a kol. *Krizová intervence*. Praha : Portál, 2002. 544 s. ISBN 80-7178-696