

Jiří Mareš



POSTTRAUMATICKÝ ROZVOJ ČLOVĚKA



GRADA®



Jiří Mareš

POSTTRAUMATICKÝ ROZVOJ ČLOVĚKA

Grada Publishing

Upozornění pro čtenáře a uživatele této knihy

Všechna práva vyhrazena. Žádná část této tištěné či elektronické knihy nesmí být reprodukována a šířena v papírové, elektronické či jiné podobě bez předchozího písemného souhlasu nakladatele. Neoprávněné užití této knihy bude trestně stíháno.

prof. PhDr. Jiří Mareš, CSc.

POSTTRAUMATICKÝ ROZVOJ ČLOVĚKA

TIRÁŽ TIŠTĚNÉ PUBLIKACE:

Vydala Grada Publishing, a.s.
U Průhonu 22, 170 00 Praha 7
tel.: +420 234 264 401, fax: +420 234 264 400
www.grada.cz
jako svou 4881. publikaci

Recenzovali:

MUDr. Radkin Honzák, CSc.
doc. PhDr. Martin Preiss, CSc.

Odpovědná redaktorka PhDr. Dana Pokorná
Sazba a zlom Milan Vokál
Návrh a zpracování obálky Michal Němec
Počet stran 200
Vydání 1., 2012

Vytiskly Tiskárny Havlíčkův Brod, a.s.
© Grada Publishing, a.s., 2012
Cover Photo © fotobanka Allphoto

ISBN 978-80-247-3007-3

ELEKTRONICKÉ PUBLIKACE:

ISBN 978-80-247-8128-0 (elektronická verze ve formátu PDF)
ISBN 978-80-247-8129-7 (elektronická verze ve formátu EPUB)

OBSAH

Úvod	9
------------	---

OBECNÁ ČÁST

1. Dlouhá historie problému	13
1.1 Kořeny hledání	13
1.2 Počátky vědeckého zkoumání problému	14
1.3 Traumatická reakce a posttraumatická stresová porucha	17
2. Posttraumatický rozvoj	20
2.1 Terminologické i věcné obtíže	20
2.2 Přehled novějších teoretických přístupů	23
2.2.1 Model posttraumatického rozvoje Tedeschiho a Calhouna	25
2.2.2 Model Janoff-Bulmanové	25
2.2.3 Dvousložkový model Maerckera a Zöllnerové	27
2.2.4 Hobfollův model skutečného posttraumatického rozvoje	27
2.2.5 Model Josepha a Linleye – rozvoj iniciovaný negativními událostmi ..	28
2.3 Podrobnější charakteristika užívaných proměnných	29
2.3.1 Osobnost před traumatem	29
2.3.2 Exponování traumatu	31
2.3.3 Hodnocení události, její kognitivní zpracování	33
2.3.4 Časová dimenze	34
2.3.5 Sociální opora	36
2.3.6 Posttraumatický rozvoj a osobnostní zvláštnosti	37
2.4 Širší souvislosti rozvoje	43
2.5 Definování základních pojmů: trauma, posttraumatický rozvoj	45
3. Diagnostika posttraumatického rozvoje	51
3.1 Přenositelnost nálezů do našich podmínek	51
3.2 Metodologické problémy	52
3.2.1 Reliabilita a validita měření	58
3.2.2 Požadavky na respondenty	59
3.2.3 Ověřování teorií posttraumatického rozvoje	60
3.2.4 Zjišťování privátní zkušenosti s rozvojem	60
3.3 Kvantitativní přístup	61
3.4 Kvalitativní přístupy	64
3.4.1 Interview	64
3.4.2 Diskuse v ohniskové skupině	65
3.4.3 Vyprávění	65
3.4.4 Psaní o zážitcích	66
3.4.5 Grafické znázornění	66

3.5 Smíšený přístup	70
4. Determinanty posttraumatického rozvoje	71
4.1 Zobecnující přehled dosavadních výzkumů	71
4.2 Metaanalýzy dosavadních výzkumů	73
4.3 Rodina jako jednotka zkoumání	76
4.4 Sociokulturní kontext jako svébytná determinanta rozvoje	78
5. Možnosti intervence	81
5.1 Obecný přístup	81
5.2 Specifický přístup	82
5.3 Implikace	87

SPECIÁLNÍ ČÁST

6. Posttraumatický rozvoj u dětí a dospívajících	91
6.1 Odolnost dětí a jejich rozvoj	91
6.2 Teoretický model posttraumatického rozvoje u dětí a dospívajících	92
6.2.1 <i>Dítě před traumatem: jeho osobnostní charakteristiky a fungování . . .</i>	<i>92</i>
6.2.2 <i>Exponování traumatu</i>	<i>94</i>
6.2.3 <i>Sociální kontext života dítěte</i>	<i>94</i>
6.2.4 <i>Zvláštnosti osoby, která o dítě pečuje</i>	<i>95</i>
6.2.5 <i>Vzájemné vztahy s dítětem a sociální opora poskytovaná dítěti</i>	<i>96</i>
6.2.6 <i>Hodnocení událostí, její kognitivní zpracovávání</i>	<i>97</i>
6.2.7 <i>Kognitivní zdroje: realistický pohled na možnost kontrolovat a řídit běh událostí</i>	<i>97</i>
6.2.8 <i>Fungování jedinceva „já“</i>	<i>98</i>
6.2.9 <i>Posttraumatický rozvoj</i>	<i>98</i>
6.3 Diagnostické metody	99
6.3.1 <i>Kvantitativní metody</i>	<i>99</i>
6.3.2 <i>Kvalitativní metody</i>	<i>101</i>
6.3.3 <i>Smíšené metody</i>	<i>104</i>
6.4 Výzkumy posttraumatického rozvoje u dětí a dospívajících	104
6.4.1 <i>Tematická analýza dosavadních výzkumů</i>	<i>105</i>
6.4.2 <i>Systematická analýza dosavadních výzkumů</i>	<i>106</i>
7. Posttraumatický rozvoj u rodičů dětí a dospívajících	110
7.1 Život s postiženým dítětem	110
7.2 Výzkumy u rodičů postižených dětí	112
7.2.1 <i>Kvantitativní výzkum u rodičů, kteří pečují o děti s mentálním postižením</i>	<i>112</i>
7.2.2 <i>Kvalitativní výzkum u rodičů, kteří pečují o děti s postižením</i>	<i>114</i>
7.3 Výzkumy u rodičů onkologicky nemocných dětí	119
8. Posttraumatický rozvoj u starých lidí	124
8.1 Změny ve staří a možnosti posttraumatického rozvoje	124
8.2 Výzkumy posttraumatického rozvoje u seniorů	127

9. Posttraumatický rozvoj u vybraných skupin nemocných osob	130
9.1 Vážná onemocnění a posttraumatický rozvoj	130
9.2 Hlediska důležitá pro rozvoj pacientovy osobnosti	132
9.2.1 <i>Příznaky nemoci</i>	133
9.2.2 <i>Předpokládaná etiologie nemoci</i>	134
9.2.3 <i>Míra obrožení života</i>	135
9.2.4 <i>Míra narušení života</i>	135
9.2.5 <i>Trajektorie průběhu nemoci, příp. uzdravování</i>	136
9.2.6 <i>Chronicita onemocnění</i>	137
9.2.7 <i>Trvalost změny</i>	138
9.2.8 <i>Širší kontext nemoci</i>	138
9.3 Posttraumatický rozvoj u pacientů po amputaci	139
9.4 Posttraumatický rozvoj u pacientů se sklerózou multiplex	142
9.5 Otevřené otázky pro výzkumy posttraumatického rozvoje v klinických oborech	143
10. Posttraumatický rozvoj u emigrantů a násilně vystěhovaných	145
11. Posttraumatický rozvoj u obětí přírodní katastrofy	150
12. Posttraumatický rozvoj u účastníků vojenských konfliktů	155
13. Posttraumatický rozvoj u příslušníků pomáhajících profesí	160
Závěry	164
Literatura	166
Jmenný rejstřík	187
Věcný rejstřík	192

ÚVOD

Otevíráte publikaci, která je určena pracovníkům pomáhajících profesí – zdravotníkům, psychologům, sociálním pracovníkům, duchovním i všem dalším, kteří se snaží pomáhat lidem v těžkých životních situacích. Práce se věnuje mimořádnému tématu – výjimečným událostem v lidském životě a jejich dlouhodobým *pozitivním* důsledkům.

Je to téma zajímavé nejméně ze tří důvodů: 1. téměř každý z nás dospělých má osobní zkušenost se závažnější negativní událostí; 2. lidstvo o tomto tématu ví už po staletí a své zkušenosti vtělilo do řady úsloví i přísloví; 3. jako svébytné téma vědeckého výzkumu vstoupilo naplno do odborného povědomí teprve v posledních dvaceti letech. Pro české čtenáře dodáváme: naše odborná veřejnost o něm donedávna téměř nevěděla.

Řekli jsme již, že toto téma provází lidstvo odedávna. Už Seneca píše v 67. listu svému příteli Luciliovi: „Ve skutečnosti jsou některá dobra, která mají smutnou tvář...“ (Seneca, 1969, s. 102).

Nehledě na rozsáhlé teoretické bádání i stovky empirických výzkumů, které proběhly v posledních dvaceti letech, je naše porozumění posttraumatickému rozvoji člověka stále ještě ve stavu, který Weissová a Bergerová (2010b, s. 189) označují jako *výzkumné dětství*. To však neznamená, že musíme čekat další desetiletí, až se výzkum propracuje do stadia dospělosti. Mnohé poznatky jsou již opakovaně prověřeny a jsou zralé k praktickému využití. Publikovaná zjištění mohou napomoci jak výzkumníkům, tak kompetentním příslušníkům pomáhajících profesí (psychologům, lékařům, sestřám, sociálním pracovníkům), aby se jimi inspirovali a kriticky (s oporou o zdravý rozum a odborné zkušenosti) s nimi pracovali.

Jiří Mareš

OBEČNÁ ČÁST

1. DLOUHÁ HISTORIE PROBLÉMU

1.1 KOŘENY HLEDÁNÍ

Součástí života každého člověka jsou nejen chvíle pohody a štěstí, přicházejí také nepříznivé události: vážnější nemoci, úrazy, úmrtí někoho z blízkých. Valí se živelné pohromy – povodně, zemětřesení, vichřice, požáry. Také lidská společnost nemívá jen své přívětivé stránky: již od antiky zažívají lidé nepřízeň mocných, nespravedlivé věznění, odsouzení ve vykonstruovaném procesu, vypovězení do vyhnanství. Po celá staletí neutichají války mezi státy, přičemž válečné události v minulém století dosáhly dokonce celosvětových rozměrů. Dodnes se na různých místech světa odehrávají lokální konflikty, v nichž nejen bojují profesionálové proti profesionálům, ale lidé útočí na své sousedy. Ti, kdož se odlišují vzhledem, jazykem, kulturou, majetkem, náboženským vyznáním, jsou přepadáni, vyháněni, mučeni, znásilňováni, ba i zabíjeni.

Tento chmurný výčet lidské nepoučitelnosti má kupodivu jeden pozitivní moment. Ukazuje se totiž, že ti, kdož jsou pronásledováni osudem (a přežijí utrpení), mohou za určitých podmínek z těžkých zážitků vyjít posílení, změnění k lepšímu. Závažná životní událost, prožitá trauma, může paradoxně nastartovat pozitivní změny, přivést člověka na novou cestu životem.

Je to dlouhodobá a všelidská zkušenost, která našla svůj odraz v řadě úsloví, přísloví, moudrých sentencí. Už staří latiníci věděli, že překonávání překážek může člověka zocelit, pozvednout. Říkali přece: *Per aspera ad astra*, tj. „Přes překážky až ke hvězdám“. F. L. Čelakovský ve svém *Mudrosloví národu slovanského ve příslovích* (1949) uvádí mj. tato tři úsloví: „Co škodí, to učí.“ „Neštěstí, bídy, příhody, dobrého často původ.“ „Mnohý moudrý nebývá, až vepsí bývá.“ Běžná lidská zkušenost se zkondenzovala do hutného výroku: „Všechno zlé je k něčemu dobré.“ I v naší době se používá zlidovělý výrok filozofa F. Nietzscheho: „Co mě nezabije, to mě posílí.“ Obdobnou úvahu nalézáme i v kultuře nám vzdálené – v čínském mudrosloví: „Z krajnosti běd se rodí změna, změna otevírá cestu vpřed“ (Hejzlarová, Hejzlar, 1999).

Hledání pozitivních důsledků u negativních životních událostí není tedy v historii lidstva něčím zásadně novým. Tuto linii úvah nalézáme v prohloubené podobě ve všech velkých světových náboženstvích (judaismu, křesťanství, buddhismu, v některých proudech islámu). Zmíněná náboženství učí: teprve velké zkoušky ukáží, co v člověku je; člověk si musí nový život zasloužit, překonat překážky, obstát ve zkoušce.¹ Nakonec samu podstatu křesťanství tvoří idea, že utrpení Krista otevírá cestu k novému životu.

¹ V Pavlově epištole Židům je výzva k opravdové vytrvalosti. V 6. verši se praví: „Koho Pán miluje, toho přísně vychovává, a trestá každého, koho přijímá za syna.“ A ve verších 11. a 12. výklad pokračuje: „Přísná výchova se ovšem v tu chvíli nikdy nezdá příjemná, nýbrž krušná, později však přináší ovoce pokoje a spravedlnost těm, kdo jí prošli. Napřimte proto své zemdlené ruce i klesající kolena a vykročte jistým krokem, aby to, co je chromé, docela nezchromlo, ale naopak se uzdravilo“ (ekumenický překlad).

Změna vykoupená těžkými životními zkušenostmi se objevuje i v krásné literatuře, zejména v ruské. Tamní obyvatelstvo zažívalo krušná údobí jak za carismu, tak za komunismu. Naštěstí se objevili velcí spisovatelé, kteří dokázali umělecky vyjádřit ve svých románových postavách jak vzdorování osudu, tak vnitřní obohacení, jež se rodí z utrpení (zmiňme jen F. M. Dostojevského, A. Solženicyna).

Tuto staletou zkušenost můžeme zhustit do výroku: lidé si uvědomili, že vyšší kvalita života nepřichází sama, že se k ní člověk musí propracovat překonáváním obtíží, ba i protrpět.

1.2 POČÁTKY VĚDECKÉHO ZKOUMÁNÍ PROBLÉMU

Zlomovým obdobím, po němž započal exaktní výzkum pozitivních změn osobnosti, byla druhá světová válka. Přinesla lidstvu jako celku tolik utrpení a poznamenala trvale život tolika lidem, že psychologové, sociologové, lékaři už nemohli zůstat u akademických výzkumů; museli začít lidem v tísní pomáhat.

Na začátku vědeckých přístupů k pozitivním důsledkům negativních událostí stojí patrně práce vídeňského lékaře V. E. Frankla. Na základě *osobních zážitků* z několika nacistických koncentračních táborů, jimiž prošel, totiž dospěl k názoru, že „člověk je právě v mezních situacích vyzván, aby podal svědectví o tom, čeho je schopen“ (Frankl, 2006, s. 167). Smysl života se podle Frankla skrývá i v utrpení. V utrpení může člověk uskutečnit to nejlidštější v sobě samém. Autor říká: „... 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, s. 168). Zjistil, že lidé, kteří našli smysl života, kteří měli proč žít, zvládali nepředstavitelně těžké životní situace dobře. Zformuloval tedy nový směr v psychoterapii a nazval ji **logoterapie** – terapie, která učí lidi hledat a nalézat smysl života.

Další badatel – A. Antonovsky – pracoval s lidmi, kteří se vraceli z koncentračních táborů. Všiml si, že ačkoli všichni byli fyzicky zbědovaní, část bývalých vězňů si uchovávala dobrou psychickou kondici. Zajímalo ho, jak to mohli v nelidských podmínkách dokázat, jaká charakteristika osobnosti jim to umožnila a zda by ji šlo rozvíjet i u jiných lidí. Podařilo se mu ji objevit; nazval ji **soudržnost osobnosti** (*sense of coherence* – SOC). Tvoří ji tři složky: a) srozumitelnost, tedy stupeň předvídatelnosti a chápání situací i sebe sama v těchto situacích; b) zvládnutelnost, tedy dostatečná schopnost člověka reagovat na stresové situace; c) smysluplnost, tj. míra, v níž jedinci stojí za to investovat svou energii a čas do plnění různých požadavků, které život přináší. Jedinci, kteří mají vysoké SOC, chápou svět jako uspořádaný, předvídatelný a zvládnutelný.

Ve svých výzkumech Antonovsky později pokračoval a dospěl k novému pohledu na nemoc a zdraví. UVědomil si, že se medicína po staletí ptala, proč vlastně člověk onemocní, pátrala po původcích nemoci, snažila se nemoc léčit a (pokud byl znám patogenetický mechanismus) i nemoci předcházet. Preferovala však patogenetický pohled. Antonovsky (1987) si položil jinou otázku: „Proč vlastně zůstane člověk zdravý, i když zažívá velké životní stresy?“ a začal pátrat po původcích zdraví. Založil nový směr, který zkoumá psychosomatické zdraví člověka, a nazval ho **salutogenetický pohled** (z lat. *salus* = zdraví). Počátky tohoto směru uvažování lze ovšem vysledovat už dříve, v pracích badatelů Maslowa (1954), Caplana (1964), Dohrevenda (1978) a Yaloma (1980).

V předchozím odstavci jsme použili výraz **stres**. Ten už dávno vstoupil do obecného povědomí. Lidé ho užívají v běžné řeči a jen rámcově tuší, co znamená. Zdravotníci a biologové vědí, že jde o fyziologický děj, který je spojen se jménem lékaře Hanse Selyeho. Odborně vzato existují však nejméně tři teoretické přístupy k vysvětlení stresu: stres jako vnitřní reakce organismu, stres jako vnější podnět pro organismus a stres jako transakce mezi organismem a prostředím. Hlavní charakteristiky jednotlivých přístupů shrnuje tabulka 1.

Historicky první bylo pojetí stresu jako nespecifické reakce organismu na škodlivé účinky (H. Selye a jeho následovníci). Pojetí platí dodnes, ale v určité vymezené oblasti – ve fyziologii a patofyziologii. Přineslo totiž několik problémů:

- definice hovoří o souhrnu *nespecifických reakcí* organismu a tím poněkud zamlžuje specifičtější mechanismy (jinak se fyziologicky projevuje např. úzkost, jinak vztek); panuje nejednotnost v používání pojmů „stresor“ a „stres“;
- důraz na fyziologickou podstatu dějů odsouvá do pozadí *kognitivní faktory*;
- standardní podoba nespecifických fyziologických reakcí neboli GAS neumožňuje vysvětlit *individuální rozdíly* ve vnímání zátěžových situací ani vysvětlit, proč je daný jedinec zvládá unikátním způsobem;
- měření stresu jako závisle proměnné musí být operacionalizováno pomocí *fyziologických proměnných*; přitom se ví, že existuje rozdíl mezi subjektivními pocity jedince a objektivními ukazateli zdravotního stavu jedince (Lyonová, 2000).

Jako druhý v pořadí se objevil model, který chápe stres jako stimul; stres je to, co se odehrává kolem nás a nepříznivě na nás dopadá v podobě těžkých životních událostí (T. H. Holmes, R. H. Rahe a následovníci). Model sice bere v úvahu psychiku člověka, ale opírá se o předpoklady, které jsou poněkud problematické:

- životní změny, životní události mají *standardní povahu* a každá z nich klade stejné adaptační požadavky na všechny lidi;
- těžké životní události lze seřadit podle jejich náročnosti na psychiku člověka; každé události lze přidělit určitý počet bodů, uspořádat je do žebříčku a pomocí dotazníku či rozhovoru zjišťovat, jak „velké stresy“ jedinec v poslední době zažil (body za prodělané události se sčítají); zjišťuje se, jak dalece je ohroženo jeho psychické i somatické zdraví;
- každá závažnější změna je stresem bez ohledu na to, zda si ji daný člověk přeje nebo ne;
- existuje obecný a pro všechny lidi stejný strop pro adaptaci, po jehož překročení člověk pravděpodobně onemocní.

Jako třetí byl odborné veřejnosti předložen model R. S. Lazaruse a S. Folkmanové. Autoři došli k závěru, že stres není „událostí“, ale spíše výsledkem vzájemného působení, které se odehrává mezi jedincem a jeho prostředím; používají označení „transakce“. V tomto pojetí je stres souborem kognitivních, afektivních a zvládacích proměnných. Dodejme, že z transakčního pojetí stresu čerpá i naše publikace.

Tab. 1 *Stres, zvládání zátěže a důsledky stresu podle jednotlivých teorií stresu (modifikované podle Lyonová, 2000, s. 13)*

Vědecký názor a jeho představitelé	Pojetí stresu v dané teorii	Pojetí zvládání zátěže v dané teorii	Zdravotní důsledky stresu podle dané teorie
Stres jako reakce organismu (Selye, 1956, 1983)	Stres je nespecifická reakce na jakýkoli škodlivý stimul. Fyziologická reakce na škodlivý stimul je vždy táž – všeobecný adaptační syndrom (<i>general adaptation syndrome – GAS</i>).	O zvládání zátěže jako procesu se výslovně neuvažuje. Selyho pojmy „obrana“ a „adaptace“ jsou ovšem pojmu „zvládání zátěže“ konceptuálně podobné. Selye též používá výraz „stadium rezistence“; účelem rezistence je vzdorovat nebezpečí. Tento pojem je součástí GAS.	Každá osoba se rodí s limitovanou kapacitou energie, každé střetnutí se stresorem zmenšuje zásoby energie, které nemohou být obnovovány. Předpokládá se, že stres je příčinou „opotřebování a rozvracení organismu“, což může v závislosti na genetických faktorech vyústit v různá onemocnění.
Stres jako stimulus, podnět (Holmes, Rahe, 1967)	Výraz „stres“ je synonymem pro „životní událost“. Životní událost je „stres“, který vyžaduje adaptační úsilí.	Zvládání zátěže není definováno.	Postupné hromadění ztrát vznikajících adaptačním úsilím (pokud přesáhne určitou mez) činí jedince citlivějším a zranitelnějším vůči somatickému nebo duševnímu onemocnění. To je operacionalizováno jako nemoc. Po dosažení kritické hranice se zvyšuje pravděpodobnost, že jedinec do roka onemocní.
Stres jako transakce (Lazarus, Folkmanová, 1984)	Výraz „stres“ je souhrnným označením pro komplexní sérii nejméně čtyř subjektivních jevů: <ul style="list-style-type: none"> • kognitivního hodnocení (situace je hodnocena jako hrozba nebo nebezpečí či naopak jako výzva); • stresových emocí; • zvládacích strategií; • přehodnocení. <p>Jedinec prožívá stres, když požadavky určité situace výrazně zatěžují nebo přesahují zdroje daného jedince a současně jedinec očekává, že mu hrozí nebezpečí či ztráta.</p>	Zvládání zátěže je definováno jako úsilí jedince snížit vnímané nebezpečí nebo snaha zmírnit emoce vyvolané stresem (jde o dva typy strategií: zvládání zaměřené na problém, zvládání zaměřené na emoce).	Adaptační důsledky bývají rozdělovány na krátkodobé a dlouhodobé. Krátkodobé důsledky zahrnují sociální fungování ve specifických situacích, morální chování během pozitivních a negativních emocí vyvolaných stresorem a somatické zdraví projevující se symptomy, jež byly navozeny stresovou situací. Dlouhodobé důsledky zahrnují sociální fungování, morálku a somatické zdraví. Jak krátkodobé, tak dlouhodobé důsledky jsou provázeny výkonovými, emočními a fyziologickými změnami.

Lazarus s Folkmanovou předpokládali, že člověk subjektivně hodnotí stresující událost ze dvou pohledů: za prvé z hlediska její závažnosti, nebezpečnosti (jde o tzv. primární hodnocení). Jedinec zařazuje událost do jedné ze tří kategorií: je to hrozba (událost se

blíží, ale ještě nenastala, třeba to nebude tak vážné), je to ztráta (událost proběhla a způsobila mi újmu), je to výzva (událost je těžká, ale mohu vyzkoušet své síly, zjistit, co ve mně doopravdy je). Dále situaci hodnotí z hlediska vlastních možností s tím něco udělat (sekundární hodnocení). Jedinec si říká: mám na to, abych se s touto situací vyrovnal sám; je to situace, která zřejmě přesahuje moje síly a možnosti se s ní vypořádat; měl bych se obrátit o pomoc k druhým lidem. Obvykle se v průběhu dění objevuje ještě třetí hodnocení – přehodnocování prvních dvou. Jedinec často zjišťuje, že jeho původní odhad nebyl správný, a proto modifikuje své stanovisko i svůj další postup.

Ani transakční pojetí nezůstalo v té podobě, jak ho uvádí tabulka 1. Původní model zdůrazňoval převážně kognitivní aspekty zvládnání, a proto ho Lazarus (1999) doplnil o emoce, které provázejí zvládnání zátěže. Vyčlenil jich celkem čtrnáct a sdružil je do těchto skupin: negativní emoce (zlost, závist, žárlivost), existenciální emoce (úzkost a strach, pocit viny a zahanbení), emoce vyvolané nepříznivými životními okolnostmi (pocit úlevy, naděje, smutku či deprese), empatické emoce (vděčnost, soucit), emoce vyvolané příznivými životními okolnostmi (radost a štěstí, hrdost, láska).

Součástí transakčního pojetí stresu je též důležitý pojem **zvládnání zátěže** (*coping*). Při jeho definování nepanuje v odborné literatuře shoda. Nejčastěji se uvádí původní definice R. S. Lazaruse a S. Folkmanové (1984): zvládnání je stále se měnící kognitivní a behaviorální úsilí jedince zvládnout, popř. tolerovat nebo redukovat požadavky, jež zátěžují, či dokonce převyšují jeho psychické zdroje. Dříve se předpokládalo, že nejde o jakoukoli zátěž, ale jen o takovou, která se stává pro jedince až *nadlimitní*. Toto pojetí je velmi užitečné pro naše téma, jímž je vyrovnávání se člověka s traumatickými událostmi.

V posledních letech se však spektrum zátěžových situací v teoretických úvahách obohacuje také o drobné, běžné, každodenní nepříjemnosti (*daily hassles*), které jsou sice mírné, ale působí dlouhodobě a jejich účinek se může kumulovat. Lidská zkušenost zná i tyto případy, viz úsloví „Stokrát nic umožilo osla“.

Novější definice zvládnání říká: jde o jedincovo vědomé adaptování se na stresor. Tím se liší od stresové reakce, která bývá neuvědomovaná, probíhá automaticky. Zvládnání zahrnuje buď reagování na bezprostřední stresor (jde o zvládací *reakci*), nebo konzistentní způsob, jímž se jedinec vyrovnává se stresory působícími v různé době a v různých situacích (zvládací *styl*). Stresory zahrnují jak každodenní potíže, tak traumata a závažné negativní události (Kohn, 1996).

Zatím jsme se věnovali životním situacím, negativním životním událostem teoreticky. Ponechávali jsme stranou, co udělají s jedincem, jak je prožívá, jak na ně reaguje.

1.3 TRAUMATICKÁ REAKCE A POSTTRAUMATICKÁ STRESOVÁ PORUCHA

Člověk během svého života zažije řadu složitých událostí, dostane se i do situací, v nichž je ohroženo jeho zdraví, někdy dokonce i jeho život. Zažije trauma a snaží se s ním nějak vypořádat. Může to být trauma, s nímž se ještě nikdy nesetkal, nemá s ním osobní zkušenost a nemá připraven postup, co udělat, jak se zachovat. Může to být i trauma, které už jedinec zažil; ví, co všechno nepříjemné bude následovat. Může být na to lépe připraven intervenčním zásahem. Jde o analogii z medicíny: jedinec už prodělal „očkování

stresem“ a je odolnější (Meichenbaum, Deffenbacher, 1988). Anebo je naopak jedinec frustrován, ochromen; bojí se cokoli podniknout, protože to stejně k ničemu nevede (viz naučená bezmocnost při opakovaném týrání). Traumatická událost mívá negativní dopady na jedincovo somatické i psychické zdraví.

Laická veřejnost je o traumatických reakcích i posttraumatické stresové poruše často informována. Televizní reportéři i novináři pilně zásobují diváky i čtenáře záběry z místa katastrof, snaží se zařazovat aktuální rozhovory se zoufalými a trpícími lidmi, dotazují se příslušníků pomáhajících profesí na další postup záchranných prací. Prolézají trosky budov, přibližují se k havarovaným dopravním prostředkům, pronikají do domů, bytů, nemocnic, aby získali unikátní záběry, a to vše doplňují emočně nabitými komentáři i laickými prognózami. Pořizují rozhovory se členy psychologických intervenčních týmů a přitom zpravidla padne zmínka jak o bezprostřední traumatické reakci, tak o riziku posttraumatické stresové poruchy, která se dostavuje s odstupem od traumatizující události.

Pokud zůstaneme u obětí traumatu, jde o osoby, které prošly mimořádnou událostí, jež u nich vyvolala extrémní zážitek, vzniklo psychické trauma. Podle Vizinové a Preisse (1999) je u traumatizované osoby narušen pocit, že má událost pod kontrolou, že je kompetentní se s ní vyrovnat; hroutí se jí smysl, řád dění, kontinuita života. Objevují se u ní změny fyziologické, emoční i kognitivní. Osoba je událostí zaskočena, nemá možnost uniknout; nechápe v plném rozsahu, co se vlastně stalo a proč se to stalo právě jí. Traumatickou zkušenost nemůže vřadit do svých dosavadních představ o světě, a proto je u ní narušen základní pohled na svět, najednou jsou zrelativizovány její základní hodnoty.

Zpravidla se u jedince dostavuje **stresová reakce** na trauma, která je (oproti zvládacím reakcím) vývojově starší. Má povahu připraveného programu, který organismus „automaticky spouští“ v situaci vážného ohrožení. Projevuje se například snahou někam utíkat či naopak ztuhnutím, neschopností se pohnout, „zamrznutím“. Jedinec zpravidla ztrácí kontrolu sám nad sebou, chová se úplně jinak než obvykle. Mění se jeho vnímání průběhu události, času, prožívání tělesných pocitů; střídají se emoce typu strach, bezmoc, zoufalství, vztek. Někdy se dostavuje pocit odcizení, jako by se ho to všechno vůbec netýkalo, jako by to vše probíhalo odděleně od něj, „za sklem“. Jindy je zase jedinec úplně „ponořen do dění“, na vše mnohem citlivěji reaguje, vyvíjí přehnanou aktivitu, nedokáže přestat.

Vyrovňávání se s traumatem mívá svůj předpokládaný průběh. Různí odborníci stanovují různé etapy i různý časový průběh. My se přidržíme členění M. Kořána (2009), který rozlišuje pět fází:

1. fáze omráčení a šoku (začíná bezprostředně po traumatické události a trvá 24–36 hodin);
2. fáze výkřiku „co se to stalo?“ s pocity přítomnosti mimo realitu, ochromení aktivity či naopak puzení k nadměrné aktivitě (trvá do 3 dnů od začátku traumatické události);
3. fáze hledání smyslu události – „proč mě to potkalo?“ (přibližně 3–14 dnů po traumatické události);
4. fáze popření a zase znovuprožívání události (přibližně 2–8 týdnů po traumatické události);
5. posttraumatická fáze (přibližně 1–3 měsíce po traumatické události).

Je pochopitelné, že se jedná o obecné schéma, které u konkrétních jedinců může mít jiný časový průběh, některé etapy se mohou vracet.

Existují i případy jedinců, kteří v traumatické, tedy nenormální situaci vykazují dál své normální chování, jako by se jich neštěstí vůbec nedotklo. Přitom jejich nejbližší i pomáhající profesionálové očekávají, že by tito jedinci měli projevit „normální“ negativní emoce vázané na těžké situace. Zmínění jedinci jsou však osobnostně vybaveni jinak; jsou odolnější než ostatní a dokážou se s traumatem sami vyrovnat, „ustát ho“. Ostatní lidé je ovšem mohou považovat za necitlivé a takové chování se pak okolí jeví jako situačně nevhodné, ba „patologické“.

Po určité době od traumatické události se u řady osob může objevit **posttraumatická stresová porucha**. Z medicínského pohledu jde o klinickou jednotku, která se vyznačuje tím, že u člověka dochází k znovuožívání traumatu v neodbytných vzpomínkách. Dostávají se pocity otupělosti, emoční oploštěnost. Jedinec se straní lidí, je netečný vůči okolí. Objevují se u něj pocity úzkosti, depresivní stavy, občas dokonce i suicidální myšlenky. Tento negativní stav trvá zpravidla několik týdnů až měsíců, mívá kolísavý průběh a většinou se po čase upraví. Někdy však může přejít až v chronický stav s trvalou změnou osobnosti.

Podle Mezinárodní klasifikace nemocí (10. revize) má tato klinická jednotka označení F 43.1, podle americké psychiatrické klasifikace DSM-IV pak označení 309.81. V běžné populaci mívá posttraumatická stresová porucha prevalenci 1–14 %, přičemž záleží na použité diagnostické metodě i na populačním vzorku. U osob v riziku bývá prevalence vyšší, činí 3–58 %. Dodejme, že posttraumatická stresová porucha má svá specifika u dětské populace. Může se projevovat např. dezorganizovaným chováním, hrou, v níž se vyskytují některé aspekty traumatu, dítě mívá děsivé sny (Šmolík, 2002).

Odborná veřejnost (tj. lékaři, psychologové, sociální pracovníci) si je vědoma rizik posttraumatické stresové poruchy, a proto se tyto problémy stávají klíčovým tématem odborných publikací (Vizinová, Preiss, 1999) i standardní součástí učebnic pro pomáhající profese (Vágnerová, 2004). Odborná literatura se tomuto tématu věnuje po mnohá desetiletí, takže prevence, diagnostika i léčba jsou relativně dobře propracované.

Současně s tím se začátkem devadesátých let minulého století objevil nový výzkumný proud, který začal vědecky studovat (kromě negativních stránek traumatických událostí) také jejich **pozitivní stránky**. Proč se vědecký zájem vynořil až tak pozdě? Domníváme se, že důvody jsou přinejmenším tři:

- zvýšený zájem laické veřejnosti o negativní události (zemětřesení, tsunami, únosy rukojmích, věznění lidí, válečné události, občanské války, teroristické útoky, dopravní katastrofy) přiměl odborníky, aby se těmito jevy zabývali mnohem důkladněji;
- s nástupem pozitivní psychologie (Seligman, Csikszentmihalyi, 2000; Mareš, 2001; Snyder, Lopez, 2002; Peterson, Seligman, 2004; Křivohlavý, 2004; Joseph, Linley, 2008 aj.) se cíleně vyhledávají pozitivní jevy;
- zkvalitňuje se výzkumná metodologie: přibývá longitudinálních šetření a kvalitativních výzkumů, které pátrají v minulosti lidí nikoli s odstupem dnů a týdnů, nýbrž roků a desetiletí; tak vyplouvají na světlo i jevy, které v krátkodobých výzkumech nebyly dobře postizitelné.

2. POSTTRAUMATICKÝ ROZVOJ

Už v roce 1998 si Z. Matějček a Z. Dytrych uvědomili, když uvažovali o *odolnosti* člověka vůči negativním vlivům, určitou jednostrannost mnoha dosavadních bádání. Konstatovali následující: Když přehlížíme nálezy z výzkumných studií, na nichž jsme se v posledních třiceti letech sami podíleli (a které se týkaly dětí, jež procházely nepříznivými životními podmínkami), zjišťujeme, že jsme si kladli za úkol hledat, co všechno může negativně ovlivnit dítě a ohrožovat další vývoj jeho osobnosti. Jen málo a okrajově jsme věnovali pozornost těm faktorům, které působí příznivě, kompenzují negativní vlivy a vedou k pozitivním výsledkům, především v oblasti psychosociální adaptace jedince (Matějček, Dytrych, 1998, s. 97).

V zahraničí se začátkem devadesátých let 20. století konstituoval výzkumný proud zkoumající **pozitivní změny**, které se objevují u lidí po traumatických událostech. Cílený výzkum pod relativně novými názvy uskutečnili příslušníci mnoha profesí: psychologové, poradenští pracovníci, psychiatři, sociální pracovníci. Mezi zakladatele tohoto směru patří J. Schaeferová a R. Moos (1992), kteří napsali kapitolu o krizi a osobním rozvoji, V. O'Learyová a J. Ickovicsová (1995) psaly o resilienci (odolnosti) a rozkvetu člověka jako odpovědi na náročné výzvy. C. Parková, L. Cohen a R. Murch (1996) publikovali své nálezy o rozvoji, který byl navozen distresem, a zavedli metodu pro měření tohoto rozvoje. Tedeschi a Calhoun (1995) publikovali první monografii o posttraumatickém rozvoji osobnosti.

Jaký byl další vývoj? O posttraumatickém rozvoji jako důležitém konstruktu proběhly dvě významné odborné diskuse, jedna v roce 2004 v čísle 1 časopisu *Psychological Inquiry*, druhá v roce 2007 v čísle 3 časopisu *Applied Psychology: An International Review*. V prvním případě byl východiskem článek Tedeschiho a Calhouna (2004), ve druhém článek Hobfolla, Halla, Canettiho-Nisima et al. (2007). V současné době se dosavadní výzkumné poznatky shrnují a hlouběji propracovávají. Vyšla řada speciálních monografií, na nichž se podílejí odborníci z celého světa (Tedeschi, Parková, Calhoun, 1998; Calhoun, Tedeschi, 2006; Joseph, Linley, 2008; Parková, Lechnerová, Antoni, Stantonová, 2009; Weissová, Bergerová, 2010), vycházejí stovky článků v odborných časopisech.

2.1 TERMINOLOGICKÉ I VĚCNÉ OBTÍŽE

Pro svou zdánlivě paradoxní povahu jsou *pozitivní* důsledky *negativních* životních událostí zajímavým tématem bádání. K pojmenování změny k lepšímu, která se s člověkem po prožití závažné události stane, se v literatuře používají různé termíny. V jejich pozadí stojí rozdílné vysvětlující teorie. Nalezli jsme nejméně osmnáct různých termínů, ale nejčastěji se objevují tyto: