

Výskyt posttraumatické stresové poruchy a její prevence u Policie ČR v Brně

Marta Kalová

Bakalářská práce
2011



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií
Ústav pedagogických věd
akademický rok: 2010/2011

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Marta KALOVÁ**
Osobní číslo: **H08471**
Studijní program: **B 7507 Specializace v pedagogice**
Studijní obor: **Sociální pedagogika**

Téma práce: **Výskyt posttraumatické stresové poruchy u policistů ČR.**

Zásady pro vypracování:

Zpracování rešerše a studium odborné literatury.
Vymezení pojmů a teoretických východisek z oblasti psychologie.
Příprava metodiky výzkumné části.
Realizace smíšeného výzkumu pomocí dotazníku a rozhovoru.
Zpracování a vyhodnocení získaných dat, včetně jejich interpretace.
Prezentace výsledků výzkumu, jejich shrnutí a doporučení pro praxi.

Rozsah bakalářské práce:

Rozsah příloh:

Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná/elektronická**

Seznam odborné literatury:

ČÍRTKOVÁ, L. Kriminální psychologie. Praha: Eurounion. 1998. ISBN 80-85858-70-3.

CHRÁSKA, M. Metody pedagogického výzkumu. Praha: Grada. 2007. ISBN 978-80-247-1369-4.

MIOVSKÝ, M. Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu. Praha: Grada. 2006. ISBN 80-247-1362-4.

PRAŠKO, J. Stop traumatickým vzpomínkám. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-811-2.

RŮŽIČKA, J. Psychosomatická přístup k člověku. Praha: Triton, 2006. ISBN 80-7254-750-X.

Vedoucí bakalářské práce:

Mgr. Eva Machů, Ph.D.

Ústav pedagogických věd

Datum zadání bakalářské práce:

20. ledna 2011

Termín odevzdání bakalářské práce:

6. května 2011

Ve Zlíně dne 20. ledna 2011



prof. PhDr. Vlastimil Švec, CSc.
děkan



Mgr. Soňa Vávrová, Ph.D.
ředitelka ústavu

PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

- odevzdáním bakalářské práce souhlasím se zveřejněním své práce podle zákona č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, bez ohledu na výsledek obhajoby ¹⁾;
- beru na vědomí, že bakalářská práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému dostupná k nahlédnutí;
- na moji bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, zejm. § 35 odst. 3 ²⁾;
- podle § 60 ³⁾ odst. 1 autorského zákona má UTB ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- podle § 60 ³⁾ odst. 2 a 3 mohu užít své dílo – bakalářskou práci - nebo poskytnout licenci k jejímu využití jen s předchozím písemným souhlasem Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, která je oprávněna v takovém případě ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které byly Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše);
- pokud bylo k vypracování bakalářské práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tj. k nekomerčnímu využití), nelze výsledky bakalářské práce využít ke komerčním účelům.

Prohlašuji, že

- elektronická a tištěná verze bakalářské práce jsou totožné;
- na bakalářské práci jsem pracoval samostatně a použitou literaturu jsem citoval. V případě publikace výsledků budu uveden jako spoluautor.

Ve Zlíně 20. 4. 2011


.....

1) zákon č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, § 47b Zveřejňování závěrečných prací:

(1) Vysoká škola nevydělečně zveřejňuje disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce, u kterých proběhla obhajoba, včetně posudků oponentů a výsledku obhajoby prostřednictvím databáze kvalifikačních prací, kterou spravuje. Způsob zveřejnění stanoví vnitřní předpis vysoké školy.

(2) *Disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce odevzdané uchazečem k obhajobě musí být též nejméně pět pracovních dnů před konáním obhajoby zveřejněny k nahlížení veřejnosti v místě určeném vnitřním předpisem vysoké školy nebo není-li tak určeno, v místě pracoviště vysoké školy, kde se má konat obhajoba práce. Každý si může ze zveřejněné práce pořizovat na své náklady výpisy, opisy nebo rozmnoženiny.*

(3) *Platí, že odevzdáním práce autor souhlasí se zveřejněním své práce podle tohoto zákona, bez ohledu na výsledek obhajoby.*

2) *zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 35 odst. 3:*

(3) *Do práva autorského také nezasahuje škola nebo školské či vzdělávací zařízení, užije-li nikoli za účelem přímého nebo nepřímého hospodářského nebo obchodního prospěchu k výuce nebo k vlastní potřebě dílo vytvořené žákem nebo studentem ke splnění školních nebo studijních povinností vyplývajících z jeho právního vztahu ke škole nebo školskému či vzdělávacího zařízení (školní dílo).*

3) *zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 60 Školní dílo:*

(1) *Škola nebo školské či vzdělávací zařízení mají za obvyklých podmínek právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla (§ 35 odst.*

3). *Odpirá-li autor takového díla udělit svolení bez věcného důvodu, mohou se tyto osoby domáhat nahrazení chybějícího projevu jeho vůle u soudu. Ustanovení § 35 odst. 3 zůstává nedotčeno.*

(2) *Není-li sjednáno jinak, může autor školního díla své dílo užít či poskytnout jinému licenci, není-li to v rozporu s oprávněnými zájmy školy nebo školského či vzdělávacího zařízení.*

(3) *Škola nebo školské či vzdělávací zařízení jsou oprávněny požadovat, aby jim autor školního díla z výdělku jim dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence podle odstavce 2 přiměřeně přispěl na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložily, a to podle okolností až do jejich skutečné výše; přitom se přihlédne k výši výdělku dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.*

ABSTRAKT

Bakalářská práce je zaměřena na výskyt posttraumatické stresové poruchy a její prevenci u Policie České republiky v Brně. Pozornost je věnována stresu a traumatu, bez nichž by porucha nevznikla. Dále jsem se zaměřila na posttraumatickou stresovou poruchu, její charakteristiku i symptomy. Část práce poukazuje na opatření a preventivní programy, které existují v rámci Policie ČR. Praktická část je zaměřena na vyhodnocení smíšeného výzkumu.

Klíčová slova: stres, trauma, posttraumatická stresová porucha, prevence, Policie České republiky.

ABSTRACT

The thesis is focused on the occurrence of post-traumatic stress disorder and its prevention for Police of the Czech Republic in Brno. Attention is given to stress and trauma, without whom the disorder can't occur. Then I focused on post-traumatic stress disorder, its characteristics and symptoms. Part of the thesis refers to measures and preventive programs that exist within the police. The practical part focuses on the assesment of mixed research.

Keywords: stress, trauma, post-traumatic stress disorder, prevention, Police of the Czech Republic.

Poděkování

Na tomto místě bych ráda poděkovala své vedoucí, Mgr. Evě Machů, Ph.D., za odborné vedení, vstřícnost, trpělivost a cenné připomínky při řešení problémů spojených s vypracováním mé bakalářské práce.

OBSAH

ÚVOD	10
I TEORETICKÁ ČÁST	11
1 TRAUMA A STRES	12
1.1 STRES	12
1.1.1 Reakce na stres	13
1.2 POLICEJNÍ STRES.....	14
1.2.1 Psychická zátěž při vyšetřování násilné trestné činnosti	15
1.2.2 Dopravní nehody z psychologického hlediska	15
1.2.3 Psychologické důsledky použití střelné zbraně.....	16
1.3 TRAUMA.....	16
1.3.1 Vznik traumatu	16
1.3.2 Jiné životní události prožívané jako trauma.....	17
1.3.3 Následky traumatu.....	17
1.3.4 Psychické poruchy a jiná onemocnění vzniklá v souvislosti s problematikou traumatických událostí.....	18
2 POSTTRAUMATICKÁ STRESOVÁ PORUCHA	21
2.1 HISTORIE PTSD	21
2.2 CHARAKTERISTIKA PTSD	22
2.3 SYMPTOMY PTSD	23
2.3.1 Dotírající vzpomínky a sny	23
2.3.2 Ztráta pozitivních emocí.....	23
2.3.3 Vyhýbavé chování	24
2.3.4 Zvýšená psychická a tělesná vzrušivost	24
2.4 DIAGNOSTICKÁ KRITÉRIA PTSD.....	25
2.5 FAKTORY OVLIVŇUJÍCÍ VZNIK PTSD	26
2.5.1 Rizikové faktory ovlivňující vznik PTSD u obětí kriminality	28
3 PREVENCE A LÉČBA POSTTRAUMATICKÉ STRESOVÉ PORUCHY	30
3.1 LAICKÁ POMOC OBĚTEM TRAUMATICKÝCH UDÁLOSTÍ.....	30
3.1.1 Zpracování pocitů viny.....	31
3.1.2 Normalizace následků traumatizace.....	31
3.1.3 Obnova pocitu bezpečí a schopnosti důvěřovat	31
3.1.4 Obnova víry ve vlastní schopnosti	31
3.1.5 Podpora při řešení hlavních problému oběti	32
3.2 PSYCHOTERAPIE	32
3.2.1 Individuální psychoterapie	33
3.2.2 Skupinová psychoterapie.....	34
3.2.3 Kognitivně behaviorální psychoterapie.....	34
3.3 FARMAKOTERAPIE.....	35
3.3.1 Antidepresiva	35
3.3.2 Anxiolytika.....	36

3.4	PREVENCE PTSD V RÁMCI POLICIE ČR.....	36
3.4.1	Protitraumatická sezení	36
3.4.2	Posttraumatická intervenční péče.....	37
3.4.3	Linka pomoci v krizi	37
II	PRAKTICKÁ ČÁST	39
4	VÝZKUM.....	40
4.1	VÝZKUMNÝ CÍL	40
4.2	VÝZKUMNÉ OTÁZKY.....	40
4.3	DRUH VÝZKUMU	40
4.3.1	Kvantitativní část	41
4.3.2	Kvalitativní část	41
4.4	VÝZKUMNÝ SOUBOR	42
5	VÝSLEDKY VÝZKUMU.....	43
5.1	ANALÝZA DAT ZÍSKANÝCH DOTAZNÍKEM A POMOCÍ ROZHOVORŮ	43
5.2	SHRnutí VÝSLEDKŮ VÝZKUMU	69
5.3	DOPORUČENÍ PRO PRAXI.....	73
	ZÁVĚR	74
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....	75
	SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK	77
	SEZNAM OBRÁZKŮ	78
	SEZNAM TABULEK.....	79
	SEZNAM PŘÍLOH.....	80

ÚVOD

V minulosti jsem studovala střední školu policejního charakteru, při výběru tématu pro svoji bakalářskou práci jsem chtěla na předchozí studium navázat, navíc nevylučuji, že bych se touto cestou chtěla ubírat i v budoucnu. Domnívám se také, že jde o velmi aktuální, ale i přesto opomíjenou problematiku. Mluvíme-li o posttraumatické stresové poruše, musíme si uvědomit, že jde o normální reakci na nenormální situaci. V minulosti byli často lidé trpící touto poruchou považováni za zbabělce či simulanti. Jedná se ovšem o onemocnění, které ovlivňuje člověka ve všech sférách jeho života. Dnešní společnost neustále někam spěchá, člověk žije v každodenním stresu, škodlivými následky působení stresu je ohroženo mnoho lidí. Příslušníky Policie ČR jsem zvolila zejména proto, že jsou vzhledem k náplni jejich práce jednou ze skupin ohroženou pracovním stresem a vznikem poruch souvisejících s traumatickými situacemi, tedy i se vznikem posttraumatické stresové poruchy. Cílem mé práce je především zmapovat výskyt této poruchy a zjistit jaká je informovanost o prevenci proti posttraumatické stresové poruše v rámci Policie ČR v Brně.

V teoretické části bakalářské práce vymezuji základní pojmy, jako je stres, trauma, zmiňuji i stresory v policejní práci, dále rozebírám samotnou posttraumatickou stresovou poruchu, zabývám se i její historií, celkovou charakteristikou poruchy, jednotlivými symptomy, možnostmi léčby a prevencí posttraumatické stresové poruchy v organizaci Policie ČR.

V praktické části práce se zabývám výzkumem, který proběhl pomocí dotazníkového šetření a rozhovorů v Brně. Vyhodnocuji míru výskytu posttraumatické stresové poruchy a celkovou informovanost příslušníků Policie ČR v Brně o prevenci.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 TRAUMA A STRES

V první kapitole se budu zabývat traumatem, jeho charakteristikou, vznikem a psychickými poruchami, které vznikají na základě traumatické události. Abychom mohli hovořit o tom, co je to trauma, musíme si nejprve vysvětlit, co je to stres.

1.1 Stres

„Stres je nadměrná zátěž neúnikového druhu, která vede ke stresové reakci. Liší se od reakce, v níž zátěž může být vyřešena únikovým mechanismem. Rozsah psychologických stresorů je individuální a velmi široký, rozdílná je i tolerance na stres.“ (Hartl, 2004, s. 263).

Dalším důležitým pojmem je stresor Hartl (2004). popisuje stresor, jako činitel vnějšího prostředí, jehož dopad na organismus vyvolává stresovou reakci. Nejvýznamnějšími stresory jsou hlad, podvýživa, hluk, konflikty a traumatické životní události.

V teorii stresu lze hovořit nejen o stresorech, ale i o salutorech. Zatímco stresor je negativním životním faktorem, salutor je pozitivní. Jde o faktory, které v náročné životní situaci člověka povzbuzují a dodávají mu sílu, výdrž i odvalu k dalšímu zápasení se stresem. Příkladem salutoru může být pocit smysluplnosti vykonávané činnosti, přesvědčení o hodnotě toho, o co se snažíme, pochvala a uznání lidí, kterých si vážíme (Křivohlavý, 2001).

Stres tedy může mít na člověka pozitivní či negativní dopad. Pojmem stres lze označit jak situace nebo sled události, které vedou ke špatnému stresu (distresu), tak i vypjatou situaci, která vede k pocitu radostné nálady (Joshi, 2007). V této kapitole budeme na stres nahlížet jako na událost ohrožující jedince a podněcující fyziologické a psychologické reakce.

Jak uvádí Brečka (2009), stresové faktory lze rozdělit na vnitřní a vnější:

Vnitřními stresory jsou:

- Tělesné stresory – hlad, bolest, námaha aj.
- Emocionální stresory – obavy, strach, zlost aj.
- Kognitivní stresory – negativní myšlenky, fantazie, postoje aj.

A mezi vnější stresory se řadí:

- Biochemické stresory – alkohol, kofein, léky aj.
- Fyzikální stresory – jasné světlo, tma, chlad aj.

- Komplexní stresory – konfliktní situace, časový tlak, přemrštěné požadavky na výkon aj.

Novák (In Lukeš, 2006) definuje následující škálu zátěže 0 až 100 bodů, kde události hodnocené 100 body jsou nejtěživější. Jde samozřejmě o orientační schéma. Konkrétní situace může mít pro daného jedince mnohem větší význam. Celkově platí, že pokud jedinec nasbírá 200 bodů v kratší době (cca týden až čtrnáct dnů), je vážně ohrožen stresem.

- 100 bodů – smrt partnera, vlastní pocit, smrtelného ohrožení
- 80 bodů – nechtěný rozvod, vězení, únos, přepadení, úmrtí blízké osoby
- 70 bodů – vážný úraz či stav po něm
- 60 bodů – delší nemoc s vědomím následků
- 50 bodů – ztráta zaměstnání, odchod do důchodu, změna zdravotního stavu někoho v rodině
- 40 bodů – těhotenství v rodině, sexuální potíže, přírůstek v rodině, změna zaměstnání, změna finančního stavu.
- 30 bodů – neshody s partnerem, půjčka peněz, změna postavení v práci, odchod dítěte z domu
- 20 bodů – vstup do školy, ukončení školy, změna zvyklostí, konflikt s nadřízeným, změna bydliště, dovolená, vánoce,...

1.1.1 Reakce na stres

Stres slouží k obnovení a znovuzískání vnitřní rovnováhy, která byla narušena vnějšími vlivy. Tento proces se nazývá všeobecný adaptační syndrom. Jde o reakci jedince, díky níž se člověk adaptuje na stresory (Cungi, 2001). Vhodná stresová reakce je zdravou a nezbytnou součástí života. Dochází při ní také k vyplavení noradrenalinu (základní nervový přenašeč vzruchů), který je nezbytný pro vytvoření nových vzpomínek, zlepšuje náladu a díky němu se problémy můžou zdát být výzvami, což stimuluje mozek k tvořivému myšlení (Joshi, 2007). Následky stresových situací mohou být krátkodobé, dlouhodobé či trvalé. Krátkodobé reakce na stres se většinou projevují změnami nálad a časově omezenými poruchami spánku. Většinou odeznívají po skončení stresové situace, změně prostředí nebo po terapii a netrvají déle než několik hodin nebo dní. Dlouhodobé reakce na stres se proje-

vují jako odezva na událost, která byla mimořádně závažná či hrozivá. Mohou trvat několik měsíců i let. (Lukeš, 2006)

Čírtková (2000) rozděluje fungování psychiky ve vypjatých situacích následujícím způsobem:

- a) *Fáze aktivizace (poplachová fáze)* – V této fázi dochází k přesunu fyzických i psychických možností jedince. Jedinec se připravuje k výkonu či se orientuje v nepřehledné situaci. Mobilizují se energetické zdroje, které zajišťují připravenost k motorické svalové reakci. Pokud posléze nedojde k fyzickému výkonu, jde o mobilizaci „naprázdno“, ta může mít pro jedince i škodlivé důsledky.
- b) *Fáze zvládnání psychické zátěže* – Plynule navazuje na předchozí fázi. Chování a prožívání jedince se rozdělí do dvou podob. Pokud nenastane fyzický výkon, dochází k postupnému uklidnění. Pokud pokračuje vzestup aktivace, jedinec je ochromen prožívanými emocemi, jako je strach, obavy, odpovědnost.
- c) *Fáze důsledková* – Navazuje na fázi zvládnání zátěže nebo přímo na fázi aktivizace, a to v případě, že jedince náročná situace zasáhne natolik, že k zvládnání zátěže nedochází. V důsledkové fázi je zřejmé, zda jedinec situaci zvládl či nikoliv. Patří sem proces zotavování, který navrácí jedince do vyváženého stavu. Jedinec pocítuje únavu a vyčerpání.

1.2 Policejní stres

V současné době začíná být překonáván mýtus o tom, že správný policista nesmí projevit slabost a pohnutí ani v situacích, které každým normálním člověkem otřesou. I policisté mohou v mimořádných situacích vykazovat fyzické i psychické příznaky stresové reakce. Traumatizující situací může být postižen každý. U profese, která se zabývá nehodami, katastrofami, kriminalitou aj. je riziko pochopitelně vyšší (Vymětal, 2003).

Jak uvádí Čírtková (2000) policisté jsou tedy jednou ze skupin, která je ohrožena pracovním stresem. Pracovní stres je jednou z nejčastějších příčin pracovní neschopnosti nebo předčasného odchodu z aktivní služby. Pod pojmem policejní stres se rozumí situace, které většina policistů vnímá jako zátěž spojenou s emocionálním a fyzickým vypětím. Policejní stres není důsledkem špatného psychologického výběru policistů. Policejní stres tedy musí být spojován s policistou, který byl vybrán podle moderního výběrového řízení (získal lékařské i psychologické osvědčení), je členem relativně normálního oddělení (dobrá disci-

plína, jasná hierarchie, otevřené vztahy) a který se během služby ocitl v situaci překračující obvyklý rámec zkušeností.

1.2.1 Psychická zátěž při vyšetřování násilné trestné činnosti

Někteří policisté se takřka denně dostávají do kontaktu s tragickou nebo násilnou smrtí. Samotné vyšetřování, jak k úmrtí došlo, nepředstavuje stresovou situaci. Stres vzniká až ve spojení s mimořádnými okolnostmi případu, které mohou vzbuzovat paralely k vlastnímu osobnímu životu, skličující pocity či různé tělesné potíže. Čírtková (2000) uvádí následující momenty, které působí při vyšetřování trestné činnosti stresogenně.

- **Extrémní mrtvoly** – Tímto pojmem se označují stresory vzniklé bezprostředním vnímáním mrtvoly. Obzvláště nepříjemné a náročné jsou případy mrtvol ve stadiu rozkladu či výrazně znetvořené mrtvoly.
- **Smrt dítěte** – Vyšetřování případů smrti dítěte je pro policisty vždy psychicky náročné bez ohledu na komplikovanost případu. Stresovost těchto situací plyne z lidské podstaty, že smrt paří ke stáří. Myšlenka na to, že neštěstí může potkat potomky ve vlastní rodině, vyvolává empatii a soucítění s rodiči je pocíťováno jako bolest.
- **Tragické okolnosti případu** – Jde o komplex souvislostí, které dávají případu krutou tvář. Do této skupiny patří vyšetřování případu, kdy oběť byla policistům osobně známá. Dále také osobní dojetí, které vzniká v situacích, kdy mrtvý zevnějškem někoho známého připomíná. V takových případech se do mysli vtírají asociace s vlastním životem a vzniká pocit ohrožení stejným neštěstím apod.

1.2.2 Dopravní nehody z psychologického hlediska

Z psychologického hlediska je každý účastník dopravní nehody potencionální obětí. Dopravní nehoda je situace, kterou může jedinec zažít, utrpět či způsobit. Vzhledem k subjektivitě lidského vnímání nelze stanovit, který z těchto tří procesů je horší, silnější či více zátěžový. Jaké budou dopady nehody na její účastníky, závisí na závažnosti nehody. Jestliže dojde k závažnější dopravní nehodě, kde je někdo těžce zraněn nebo usmrcen, lze takovou situaci označit za traumatickou. U policisty v takových situacích může dojít k sekundární traumatizaci. Mohou se objevit i pochybnosti, zda mohl udělat něco lépe a sebeobviňování, což má negativní vliv na vyrovnávání se s danou situací (Brečka, 2009).

1.2.3 Psychologické důsledky použití střelné zbraně

Jak uvádí Čírtková (2000) v policejní praxi bývá psychická stresová reakce po použití střelné zbraně též nazývána jako post-shooting trauma. Když policista postřelí druhého člověka nebo přihlíží, jak dochází k zranění či usmrcení jeho kolegy, jde vždy o skutečnost, která přesahuje běžnou lidskou zkušenost, a tudíž představuje psychickou zátěž. Důsledky takové psychické zátěže jsou individuální. Mezi typické příznaky poststresové reakce po použití zbraně patří především nadměrná citlivost na nebezpečí, obavy z budoucích situací, strach ze selhání, problémy se služebními předpisy i s nadřízenými, konflikty v rodině a mezi přáteli, abúzus alkoholu či léků, sebevražedné sklony a sexuální potíže.

1.3 Trauma

Nyní se dostáváme k definici traumatu, které má se stresem mnoho společného. Kinchin (2004) uvádí, že trauma je silný šok, který může mít dlouhotrvající následky. Následky traumatu mohou být okamžité nebo se mohou objevit s odstupem času. Porterfieldová (1996) vnímá trauma jako duševní úraz, který je následkem silného a nezvládnutého stresu.

1.3.1 Vznik traumatu

V našich podmínkách se dle Vizinové a Preisse (1999) vyskytují následky psychického traumatu nejčastěji v souvislosti s nehodou, požárem, sexuálním zneužitím, týráním, přepadením, únosem, pokusem o vraždu nebo jinou násilnou trestnou činností. Ohrožení vznikem traumatu v těchto případech nejsou jen oběti, ale i náhodní svědkové činů. Bez možnosti sdílení je jedinci značně ztížena adaptace na trauma. Psychické trauma může vzniknout na základě jednoho extrémně šokujícího zážitku nebo působením dlouhotrvající stresové situace. Taková událost by měla mít pro jedince vnější a extrémně děsivou příčinu, která znamená pro člověka ohrožení života nebo tělesné integrity a vyvolává v něm pocit beznaděje.

Psychickou traumatizaci lze dle Vizinové a Preisse (1999) obecně rozdělit na tři formy:

- Primární traumatizace – člověk je přímým cílem agrese (př. zabití, zranění, mučení, znásilnění, vyhoštění, aj.)
- Sekundární traumatizace – podnětem je zkušenost jiné osoby s traumatem (př. rodina zabitého, mučeného, vyhoštěného, pohřešovaného, aj.)

- Terciární traumatizace – jedinec není v přímém vztahu s obětí traumatizace, ale je v s ní v kontaktu jako svědek, humanitární pracovník, terapeut aj.

Traumatizaci lze dělit také podle síly a délky působení traumatizujícího podnětu. Krátkodobě působící podněty jsou zejména různé typy neštěstí, přírodní katastrofy, nehody, znásilnění, požáry, aj. Existují i podněty, které působí dlouhodobě. Jedná se třeba o prožitek koncentračního tábora, mučení, zajetí, války. Předpokládá se, že následkem dlouhotrvajících podnětů může být nejen posttraumatická stresová porucha, ale i změna osobnosti (Baš-
tecká a kol., 2005). Obecně lze říci, že lidé mají největší problém se srovnat s traumaty způsobenými člověkem, zejména pokud jsou způsobeny záměrně. U událostí jako jsou přírodní katastrofy, je sounáležitost a lidé si vzájemně pomáhají. Velmi stresující není jen nebezpečná situace, ale také věci, které se stanou po ní. Operace po dopravní nehodě, reakce rodiny, přátel, soudní líčení – to vše může účinek traumatické události zesilovat (Praško, 2003).

1.3.2 Jiné životní události prožívané jako trauma

Traumatická reakce se objevuje, pokud je osoba vystavena události, která je mimo rozsah normální životní zkušenosti. Ve skutečnosti však incident nemusí představovat vážné ohrožení života. Stačí, když je ohrožující natolik, že přesahuje běžnou lidskou zkušenost (Kinchin, 2004). Jsou určité životní události, u kterých nejde přímo o ohrožení života či zdraví, ale i přesto mohou být velmi zraňující. Člověk v těchto situacích zažívá strach, bezmoc a ztrácí kontrolu. I takové události mohou spouštět psychické poruchy jako je posttraumatická stresová porucha. Mezi takové situace patří hlavně náhlé úmrtí blízké osoby, vážné chirurgické operace nebo bolestivé zákroky, rozchod, rozvod, děsivé zážitky při experimentování s drogami nebo třeba i šikana. Poruchy související s ohrožujícími situacemi mohou vzniknout i po těchto zážitcích (Praško, 2003).

1.3.3 Následky traumatu

Čírtková (1998) popisuje trauma jako událost, jež přesahuje obvyklou zkušenost. Tím je myšleno, že vedle aspektu nebezpečnosti zahrnuje traumatická událost i moment šokujícího nepřijemného překvapení. Jde tedy o událost, která je natolik výjimečná, že je vnímána jako těžká rána osudu. Z pohledu jedince je neočekávaná, svévolná a racionálně nepochopi-

telná, tudíž bortí základní životní iluze, ze kterých člověk čerpá sílu pro hodnotný život. Jde zejména o:

- **Iluzi omnipotence** – Kritická událost bortí představu, že svým konáním můžeme ovlivnit průběh událostí, že každou situaci lze vyřešit vlastním přičiněním a bez setkání se smrtí. Traumatická situace likviduje naše vnitřní přesvědčení, že pokud se chováme rozumně a opatrně, nemůže se nám nic zlého přihodit. Důsledkem ztráty této iluze, se jedinec cítí bezmocný, slabý a zranitelný.
- **Iluze důvěry v druhé** – Kritická událost frustruje potřebu bezpečí, ničí iluzi, že svět je celkem přehledné a spravedlivé místo, že má svůj řád a druhým je možné důvěřovat alespoň v otázce zdraví a života. Důsledkem je ochromení důvěry, události kolem se náhle zdají nepředvídatelné a iracionální.

Významnou složkou traumatické reakce bývá vina za přežití nebo chování související s přežitím. Jedinec má pocity viny, za to, co udělal či neudělal, cítí hluboký stud a zahanbení. Tato vina může působit nepochopitelně a nesmyslně. Např. žena, která byla znásilněna, se obviňuje, že sama dala násilníkovi podmět k činu a málo se bránila. Pokud traumatická reakce trvá delší dobu, dochází ke změnám chování. Mění se zejména spánek (někdo spát přestane, jiný spí stále), stravovací zvyklosti (nechutenství, přejídání), sexuální touha (Baštecká, Goldman, 2001).

1.3.4 Psychické poruchy a jiná onemocnění vzniklá v souvislosti s problematikou traumatických událostí

Brečka (2009) uvádí následující poruchy, které se objevují jako následek stresu či traumatu. Porucha by bez existence stresové události či přetrvávající negativních okolností nevznikla. Zde uvedené poruchy jsou vnímány jako maladaptivní reakce na intenzivní či dlouhotrvající stres, tudíž souvisí se schopností úspěšně zvládnout ohrožující situaci a mohou ovlivňovat i sociální fungování.

- ***Akutní reakce na stres***

Jde o krátkodobou přechodnou poruchu, která vzniká v důsledku mimořádného fyzického a psychického stresu. Na její vznik má vliv osobní zranitelnost a schopnost jedince se s nastalou situací srovnat. V prvním stádiu se objevují příznaky jako je snížené vnímání a pozornost, neschopnost přiměřeně reagovat na stimuly a dezorientace. První

fáze se nazývá stádiem „omámenosti“. Následuje druhá fáze, stažení se ze skličující situace nebo naopak přehnaná aktivita. Běžnými tělesnými příznaky jsou pocení, zčervenání a tachykardie. Příznaky se objeví do několika minut po stresovém stimulu a odezní zpravidla do dvou až tří dnů (často však i během několika hodin).

- ***Posttraumatická stresová porucha***

Je prodlouženou či odloženou odpovědí na stresující událost či situaci, která je mimořádně ohrožující nebo má povahu katastrofy, která v jedinci vzbudila silný stres. Posttraumatické stresové poruše se budu věnovat podrobně v další kapitole.

- ***Poruchy přizpůsobení***

Jedná se o stavy subjektivního emocionálního rozrušení, které zasahují i do sociálního fungování a objevují se v čase adaptace na životní změnu či stresující událost. Důležitou roli při vzniku poruchy přizpůsobení hrají osobní predispozice, ale předpokládá se, že by porucha bez vnější příčiny, stresoru, nevznikla. Symptomy mohou být různé, zahrnují depresivní nálady, úzkosti či obavy, různou míru neschopnosti zvládat každodenní úkony. Dále se mohou objevit i poruchy chování a emocí.

- ***Disociativní amnézie***

Jedná se o ztrátu paměti obvykle na nedávnou důležitou událost. Tato ztráta paměti nemá příčinu v organickém poškození a je natolik rozsáhlá, že ji nelze vysvětlit pouhou zapomnětlivostí či únavou. Disociativní amnézie se většinou týká traumatických událostí, jako jsou nehody, náhlá úmrtí nebo katastrofy z války. Většinou je částečná a selektivní, kompletní a celková amnézie se objevuje vzácně. Může se vztahovat na časový úsek trvající minuty až roky. Disociativní amnézie by se neměla objevit jako diagnóza v případě existence organické poruchy mozku, intoxikace nebo při nadměrné únavě.

- ***Disociativní fuga***

Disociativní fuga je velmi vzácné onemocnění. Pacienti se obvykle bezprostředně po traumatu vydávají na dlouhé a necílené cesty po okolí domova. Člověk, který trpí disociativní fugou, se svému okolí může jevit jako zcela normální, své jednání si často neuvědomuje a po skončení fugy bývá zmaten.

- ***Disociativní stupor***

Jde o hluboké snížení nebo dokonce celkové vymizení schopnosti volního pohybu a schopnosti reakce na vnější stimuly, jako je světlo, hluk a dotek. Vyšetření neobjeví žádné známky fyzického poškození, navíc je shledána psychogenní příčina ve formě nedávné stresující situace. Jedná se o vzácnou poruchu.

- ***Trvalá změna osobnosti po katastrofické zkušenosti***

Trvalá změna osobnosti přichází po vystavení extrémnímu stresu, který trvá minimálně dva roky. Jedná se např. o případy pobytu v koncentračním táboře, mučení, zážitek být rukojmím teroristů. Jedinec s trvalou změnou osobnosti má nepřátelský a nedůvěřivý postoj ke světu, stáhne se sám do sebe, trpí pocity prázdnoty a beznaděje, cítí neustálou hrozbu. Trvalé změně osobnosti může předcházet posttraumatická stresová porucha.

Na závěr první kapitoly bych shrnula, že stres a trauma mají mnoho společného, přicházejí mnohdy i bez našeho přičinění a narušují každodenní dění. Je velmi individuální, co jedinec vnímá jako stresující a co ne. Stresogenně může působit celá řada faktorů, jako jsou mezilidské vztahy, pracovní prostředí, kulturní rozdíly a mnohé další. I když si to možná mnozí z nás nepřipouští, těmito situacemi může být ohrožen každý, ovšem ne každý je schopný se s náročným zážitkem vypořádat vlastními silami. Mezi ohrožené skupiny v rámci působení stresu a tíživých událostí patří mimo jiné i policisté a policistky, kteří se s traumatickými situacemi setkávají mnohem častěji. Reakce na stres či na trauma je různorodá u každého člověka, je ovlivňována mnoha aspekty. Prožití náročné životní situace ovšem ještě nutně neznamená, že musí dojít k rozvoji některé z poruch souvisejících s traumatickými událostmi. Je důležité tuto problematiku nepodceňovat a v případě přetrvávajících problému vyhledat pomoc odborníků.

2 POSTTRAUMATICKÁ STRESOVÁ PORUCHA

Ve druhé kapitole je popisována posttraumatická stresová porucha, její historie, symptomy a diagnostická kritéria. Pojem posttraumatická stresová porucha pochází z anglického názvu „posttraumatic stress disorder“ – dále jen PTSD.

Podle Čírtkové (2000, s. 117): je PTSD: „Soubor různých poruch chování a prožívání, včetně fyziologických reakcí, které vznikají jako důsledek extrémního stresového prožitku přesahujícího běžnou lidskou zkušenost.“

2.1 Historie PTSD

Dlouhodobé neblahé účinky silně traumatizujících zážitků na emocionální stabilitu jedince nejsou ničím novým. První odborná pojednání o tomto tématu jsou již z roku 1879, kdy v USA došlo k několika těžkým železničním nehodám. U přeživších obětí i očitých svědků byly následně zaznamenávány poruchy spánku, noční děsy, deprese, výkyvy nálad a řada dalších příznaků, které výrazně ochromovaly pracovní i běžný život postižených jedinců (Čírtková, 2007).

Na sklonku devatenáctého století začal Sigmund Freud vyšetřovat ženy, které byly v dětství obětí znásilnění nebo sexuálního zneužívání. Došel k závěru, že emoční potíže, kterými tyto ženy trpěly, jsou důsledkem traumat, které prožily v dětství. Většina psychoanalytiků té doby si nepřipouštěla názor, že děti byly skutečně znásilňovány a zneužívány, tudíž se k Freudově teorii nepřiklonili. Freud tomuto názoru podlehl a později prohlásil, že ženy trpěly hysterií a zážitky, které popisovaly, byly pouze výplodem jejich fantazie. Skupinu symptomů, které se u těchto žen vyskytovaly, Freud označil jako „neurózu“. I přesto, že postupem času Freud svoji teorii obnovil, ve společnosti stále přetrvával názor, že lidé, kteří po emočním šoku reagují odlišně, jsou nenormální nebo duševně nemocní (Porterfielová, 1996).

První informace o válečných traumatech pocházejí z americké občanské války. Tyto informace byly později doplněny a rozšířeny o studie po první světové válce. Muži, kteří přežili kruté boje, hrůzu a bezmoc v zákopech, se začali chovat hystericky. Mnohdy křičeli, pomůchovali se, nemluvili nebo trpěli poruchami paměti a prožívání. Jejich stav byl dáván do spojitosti s psychickým (nikoli pouze fyzickým) traumatem. I přesto byli vojáci trpící těmito příznaky považováni za zbabělce. S druhou světovou válkou se zájem o problémy vyvo-

lané traumatem vrátil, ale teprve až v sedmdesátých letech, kdy se vrátili veteráni z vietnamské války, se začal provádět systematický výzkum následků války. Traumatické zkušenosti vojáků a vězňů v koncentračních táborech byly souhrnně označeny jako „syndrom přežití“. V prvním vydání Diagnostického a statistického manuálu duševních poruch (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – dále jen DSM) byl traumatický syndrom označen jako „velká stresová porucha“. Pojem posttraumatická stresová porucha se poprvé objevil v druhém vydání DSM v roce 1968 (Vizinová, Preiss, 1999).

Další výzkumy přinesly poznatek, že podobné potíže se nevyskytují jen u válečných veteránů, ale i u ostatních lidí, kteří prožili otřesný zážitek. Jednalo se např. o oběti loupežných přepadení, znásilněné ženy, oběti přírodních katastrof, teroristických útoků, rukojmí aj. Od osmdesátých let je průběh vyrovnávání se s otřesnými zážitky detailně studován. Současné také vznikají první výzkumné projekty, které zkoumají dopad extrémních situací na profesionály. Výsledky těchto výzkumů nasvědčují tomu, že členové záchranářských týmů, pohotovostních útvarů a dalších speciálních jednotek často trpí stejnými příznaky jako ostatní bezprostřední účastníci incidentů (Čírtková, 1998).

2.2 Charakteristika PTSD

Podle desátého nejnovějšího vydání Mezinárodní statistické klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů (2008, s. 213): „PTSD je opožděná nebo protahovaná odpověď na stresovou událost nebo situaci (krátkého nebo dlouhého trvání) mimořádně ohrožující nebo katastrofické povahy, která je s to způsobit silné rozrušení téměř u každého.“ PTSD je popsána jako porucha, která spadá do kategorie poruch přizpůsobení. Je zde uvedena jako samostatná jednotka, která nabízí rozlišení podle různých druhů intenzity traumatu.

Základní znakem PTSD je rozvoj charakteristických symptomů po traumatické události, která byla neobvykle hrozivá nebo katastrofická. Situace, která způsobí PTSD, by mohla vyvolat významné příznaky tísně u většiny lidí. Symptomy se mohou objevit ihned po traumatu, není však neobvyklé, pokud se vyskytnou s latencí měsíců až let po traumatu. Poruchy přizpůsobení jsou velmi diskutovanou kategorií, která leží na rozhraní duševních poruch a normálních adaptačních reakcí a stavů (Vizinová, Preiss, 1999).

Jak je uvedeno ve čtvrtém vydání DSM (1994) PTSD může být **akutní**, **chronická** nebo **s opožděným nástupem**. Akutní PTSD nastává, pokud je doba trvání příznaků méně než

tři měsíce. Chronická PTSD nastává, pokud je doba trvání příznaků tři měsíce a déle. PTSD s opožděným nástupem nastává nejméně šest měsíců po traumatické události.

2.3 Symptomy PTSD

Praško (2003) uvádí, že typické příznaky PTSD se mohou zpočátku jevit jako obvyklá reakce na ohrožující událost. Když tyto příznaky trvají déle než měsíc, lze o nich mluvit jako o příznacích PTSD. Symptomy se mohou objevit ihned po události, většinou se však objevují s odstupem času, výjimečně i za několik let. Symptomy PTSD lze rozdělit do čtyř následujících skupin.

2.3.1 Dotírající vzpomínky a sny

Nejtypičtějším příznakem PTSD je automatické rozpomínání se na trauma. Vzpomínky na traumatickou událost bývají často útržkovité a velmi živé. V jedinci mohou vyvolat záchvaty úzkosti, vzteku, bezmoci, smutku či pocity odcizení a marnosti. Může dojít i k znovuprožívání traumatu, což znamená, že prožitek je tak silný, že postižený jedinec má pocit, jako by se traumatická situace znovu objevila. Traumatická událost se také může objevovat v děsivých snech. Noční můry pak v dotýcném vyvolávají úzkost až děs. Postižený se probouzí zpocení, pociťuje silný tlukot srdce, lapá po dechu. Obsahem snu může být jak traumatická událost jako znovuprožití, tak i trauma schované do symbolů se zlověstným významem (např. útočící vlci). Někdy jedinec znovu prožije hrůzné emoce a vegetativní příznaky bez přítomnosti vzpomínek na trauma. Člověk je náhle zaskočen silnou úzkostí, strachem nebo smutkem, pláčem, tlukotem srdce, lapáním po dechu, bolestí, aj. Tyto záchvaty se opakují.

2.3.2 Ztráta pozitivních emocí

Jedná se o pocit ztráty citlivosti, nemožnosti prožívat radost, zažít příjemné pocity. U postiženého může být přítomen stálý pocit znechucení, nuda, otupělost nebo naštvání. Jedinci schází požitek ze života, může si stěžovat, že necítí vůbec nic, připadá si vyhaslý a chladný. Lidé trpící PTSD nejsou schopni plně vyjádřit silné emoce, které se týkají samotného traumatu. Snaží se je z různých důvodů potlačit. S pokusy potlačit nepříjemné silné emoce však dochází i k potlačení všech ostatních emocí. Jedinec se neustále snaží kontrolovat

okolí a nepodléhat prudkým emocím, které jsou spojeny se vzpomínkami na trauma. To však může vést k únavě, vyčerpání a bezmoci.

2.3.3 Vyhýbavé chování

Lidé, kteří trpí PTSD, se často vyhýbají situacím a činnostem, které jim traumatickou událost připomínají. Vše, co jim připomene tento nepříjemný zážitek, vede k rozvoji nepříjemných pocitů. Typické je i vyhýbání se rozhovorům o traumatické události, filmům s podobným tématem, článkům aj. Úzkost může být vyvolána i náznakem, že by se o něčem podobném mohlo začít mluvit. Dále u jedince dochází k tzv. mentálnímu vyhýbání. Pokud si jedinec spontánně vzpomene na trauma, snaží se tuto vzpomínku potlačit a odvést svoji pozornost jinam. To je pro postiženého velmi vysilující, protože vzpomínky mají tendenci se objevovat stále dokola. Součástí mentálního vyhýbání může být i neschopnost rozpomenout se na některé důležité aspekty traumatu. K vyhýbavému chování patří i vyhýbání se blízkému vztahu. Lidé trpící PTSD se vyhýbají projevování vřelých emocí, bojí se svěřit a otevřít druhým. Ve vztahu propadají nedůvěře a podléhají pocitu, že je někdo zradí. To vede k pocitům odcizení od lidí a k izolaci.

2.3.4 Zvýšená psychická a tělesná vzrušivost

Zvýšená psychická a tělesná vzrušivost souvisí zejména s automatickým očekáváním organismu, že se opět něco zlého stane. Tohle čekání na ohrožení vede k tomu, že vše nové nebo nečekané jedince ruší, rozčiluje a vyvádí ho z míry. Dotyčný je celkově podrážděný. Vzhledem k podrážděnosti se může často dostat do konfliktu s jinými lidmi. Objevit se může i výbušnost, prudkost v chování (impulzivita) a ostražitost. Jako by postižený byl neustále v napjatém očekávání, zda se znovu nepříhoda něco nebezpečného. Nadměrná bdělost (ostražitost) se projevuje lekavostí a stálým napětím. Jedinec má přehnané reakce vůči hluku, nesnášenlivost určitých pachů, zvuků i světla. Pohotovostí k poplašné reakci se projevuje celá řada vegetativních reakcí, jako je bušení srdce, tlak na hrudi, pocení, třes, lapání po dechu, brnění v končetinách, závratě, pocity na zvracení, bolesti břicha, hlavy aj. Tyto příznaky nejsou škodlivé, ale mohou vyděsit a vyvolat strach o tělesné zdraví.

2.4 Diagnostická kritéria PTSD

Ve čtvrtém nejnovějším vydání DSM (1994) jsou uvedeny následující základní kritéria pro stanovení diagnózy posttraumatické stresové poruchy:

- A) Existence traumatické události, pro kterou platí obě následující kritéria:
- Jedinec traumatizující situaci prožil, byl svědkem nebo musel čelit události nebo událostem, kdy došlo k usmrcení někoho jiného, kdy hrozila smrt nebo kdy došlo k těžkému úrazu nebo ohrožení fyzické integrity vlastní nebo jiných.
 - Odpověď jedince na trauma zahrnovala intenzivní strach, beznaděj nebo hrůzu.
- B) Traumatická situace je znovuprožívána jedním nebo více z následujících způsobů:
- Opakované obtěžující vybavování zážitku formou představ, myšlenek nebo vjemů.
 - Opakované nepříjemné sny, které se týkají traumatizující události.
 - Pocity, jako by se traumatická událost vracela formou znovuprožívání, iluzí, halucinací, včetně takových, které se vyskytují při probuzení nebo intoxikaci.
 - Vážné psychické obtíže po vystavení vnitřním nebo vnějším podnětům, které něčím symbolizují či připomínají traumatizující situaci.
 - Somatická reakce na vystavení vnitřním nebo vnějším podnětům, které symbolizují či připomínají traumatickou událost.
- C) Trvalé vyhýbání se podnětům, které jsou spojeny s traumatem a ochromení vnímavosti, které před traumatem nebylo přítomno. Projevují se alespoň tři z následujících kritérií:
- Snaha vyhnout se myšlenkám, pocitům nebo rozhovorům spojeným s tématem traumatizující události.
 - Snaha vyhnout se místům, činnostem či lidem, kteří vyvolávají vzpomínku na trauma.
 - Neschopnost vybavit si některý důležitý moment traumatu.
 - Zřetelné snížení zájmu o důležité činnosti.
 - Pocit odcizení a lhostejnosti k jiným lidem.
 - Omezený rozsah emotivity, např. jedinec není schopen cítit lásku.
 - Pocit omezených možností do budoucna, např. ztráta zájmu o kariéru, rodinu, děti nebo ztráta normální chuti do života.

- D) Trvalé symptomy zvýšené dráždivosti, které před traumatem nebyly přítomny. Projevují se dvě nebo více kritérií.
- Potíže s usínáním nebo spaním.
 - Podrážděnost, ataky hněvu.
 - Problémy se soustředěním.
 - Hypervigilita (nadměrná bdělost či soustředění, neustále kontrolování okolí)
 - Zvýšená lekavost
- E) Porucha (příznaky B, C a D) trvá déle než jeden měsíc.
- F) Porucha způsobuje klinicky významné potíže nebo zhoršení výkonu sociální, pracovním nebo jiných důležitých aktivit.

Pro určení jasné diagnózy PTSD je nutné tuto poruchu oddělit od ostatních zavedených poruch. PTSD se symptomaticky překrývá s některými dalšími diagnózami jako je deprese, panická porucha či prostá fobie. Příznaky, které PTSD sdílí s depresí, jsou sociální stažení, anhedonie (neschopnost se radovat), poruchy spánku, podrážděnost a pocity viny. PTSD se od deprese odlišuje symptomy jako úleková reaktivita, znovuprožívání a fyziologické reakce spojené s traumatem. Existuje i obdobnost mezi PTSD a panickou poruchou. Pro obě poruchy jsou charakteristické příznaky jako chronická úzkost, náhlé rozrušení a strach z příznaků rozrušení. Také poruchy spánku jsou u PTSD podobné jako panické poruchy. Přes tyto podobnosti je PTSD od panické poruchy jasně odlišitelná. U panických pacientů se neobjevuje znovuprožívání situace ani celkové psychické ochromení. U PTSD se objevují tzv. flashbaky, které jsou o hrozbě minulé, zatímco panická ataka je o hrozbě budoucí. PTSD se také podobá i prosté fobii. Obojí je charakterizováno strachem a vyhýbáním se určitým stimulům. Prostá fobie, která vznikla následkem traumatu, může být od PTSD těžko rozlišitelná. Např. autohavárie může vyvolat plnou PTSD i fobii z řízení. Pro fobii je typický úzce ohraničený strach, v případě autohavárie vyhýbání se řízení, ale ostatní symptomy PTSD, jako je např. emoční strnulost, už ne (Vizinová, Preiss, 1999).

2.5 Faktory ovlivňující vznik PTSD

Výskyt PTSD u osob, které byly vystaveny traumatické události, kolísá v rozmezí 5 až 70%. Tento údaj je nutné chápat jako velmi orientační. Četnost výskytu PTSD může být podstatně vyšší nebo naopak podstatně nižší v závislosti na konkrétním případě. Nejčastěji

lze hovořit o průměrném výskytu PTSD na hladině 40% z celkového počtu lidí, kteří prožili traumatickou situaci (Čírtková, 1998).

PTSD se rozvíjí po závažné životní události u zranitelných osob. Zranitelnost je částečně vrozená a částečně naučená zážitky v dětství i dospělosti. Je to tedy kombinace vlivů, nejde jen o jednu příčinu. Je pravděpodobné, že vrozená zranitelnost hraje velkou roli při vzniku PTSD. Další příčinou může být učení v dětství. Předčasné odloučení od matky může pro citlivé děti představovat silný stresor, který vede k nedostatečnému pocitu bezpečí ve světě. Ve výchově pak hraje důležitou roli nápodoba úzkostného rodiče. Dítě si bere matku či otce, kteří často vyjadřují obavy a starosti, jako vzor. K úzkosti může vést i výchova nadměrně trestající, kritizující, odmítající či výchova k perfekcionismu. Taková výchova může u dítěte vést k vytvoření zranitelných postojů k sobě i k druhým. Jedinec se pak v dospělosti bojí udělat chybu, protože se stále obává trestu, odmítnutí nebo nezájmu okolí (Praško, 2003).

Mezi další faktory, které ovlivňují symptomatologii dle Vizinové a Preisse (1999) patří:

- ***Věk a vývojová fáze***

Jde o důležité faktory pro vznik psychických poruch, které jsou způsobené stresem a traumaty. Zejména v období dětství, puberty, adolescence a důchodového věku je zvýšená citlivost a kognitivní procesy nejsou dostatečným zdrojem ke zvládnutí extrémní zátěže. U lidí vyššího věku může docházet k vytvoření depresivní reakce a předčasné demence. U adolescentů a dětí školního věku dochází ke dvěma typům reakce. Buď dojde k uzavřenosti, nebo k hyperaktivitě. U dětí předškolního věku lze pozorovat regresi do předchozích vývojových stádií.

- ***Stav somatického a duševního zdraví***

Psychické reakce na trauma a stres mohou být ovlivněny předchozím výskytem tělesných i duševních onemocnění. Lidé, kteří už byli v péči psychiatra, představují zvláštní skupinu. Projevy předchozího nebo přítomného duševního onemocnění se mísí s následky traumatu. Diagnostika i následná péče je tak ztížena. Původní poruchy mohou být traumatem posíleny. Lidé s původně zhoršeným zdravotním stavem mohou na jedné straně být oslabeni vůči stresu, na straně druhé však mohou být i psychicky silnější.

- ***Osobnost***

Jedinec, který je vybaven silnými kognitivními a adaptačními schopnostmi, se s traumatickou situací vyrovná lépe a snadněji. Dokáže lépe zvládat nové situace a snášet frustraci, je schopný požádat o pomoc. Praxe ukazuje, že u válečných vězňů, kteří byli vystaveni psychickému a fyzickému mučení, nehraje rozhodující roli jejich osobnost před traumatickou událostí, protože míra traumatizace byla extrémní. U některých došlo dokonce k psychotickým reakcím.

- ***Zvládání stresu a krizí v minulosti***

Člověk, který byl již dříve schopen se vyrovnat s krizí a stresem a který má pozitivní zkušenosti s hledáním adekvátních řešení, dokáže lépe zvládat i traumatické události. Platí i naopak, že člověk, který dříve nebyl schopen se vyrovnat s krizí, traumatické události zvládá hůře.

- ***Očekávání od sebe a druhých***

Stres mohou zvýšit i požadavky, které jsou na člověka kladeny nebo které na sebe klade sám. Příkladem jsou ženy, které ztratily manžela a musejí se starat o celou rodinu. Na druhé straně jsou muži, u kterých jsou časté problémy s alkoholem, protože ztratili sebeúctu nebo nebyli schopni nalézt práci a živit rodinu, tedy nesplnili tradiční nároky na mužskou roli.

2.5.1 Rizikové faktory ovlivňující vznik PTSD u obětí kriminality

Příslušníci Policie ČR jsou v rámci své pracovní náplně vystaveni působení kriminality. Čírtková (2007) uvádí následující přehled rizikových faktorů u obětí kriminality.

- ***Typ a délka traumatizace*** – Traumatizace, která je lidmi vzniklá a způsobená, je závažnější a více patogenní než např. přírodní katastrofy. Také zcela překvapivé a náhlé ohrožení, kterému nepředchází varovné signály, zvyšuje riziko vzniku PTSD.
- ***Závažnost (hrubost) traumatu*** – Riziko vzniku PTSD může ovlivňovat i intenzita pocitu ohrožení vlastní existence (psychická bolest), ale také dávka tělesné bolesti, kterou oběť v průběhu aktu přijala.
- ***Peritraumatická disociace*** – Disociací rozumíme rozvazování či oddělování původně spojitě probíhajících procesů. Výsledkem je situace, kdy dva duševní stavy

existují vedle sebe, aniž by došlo k jejich propojení nebo stav, kdy se určité obsahy mysli vydělí z vědomého prožívání (př. disociativní amnézie). Existence peritraumatické disociace při stresové reakci zvyšuje riziko vzniku PTSD. U obětí kriminality může docházet ke ztrátě vzpomínek na určité momenty zločinu.

- **Vztah k pachateli** – Pokud jedinec pachatele zná, může pro něj být ohrožující situace více traumatická.
- **Emocionální reakce blízkých osob** – Emocionální reakce blízkých osob výrazně ovlivňují dopad traumatu na oběť.
- **Existence protektivních faktorů** – K ochranným faktorům patří např. některé osobnostní charakteristiky (temperament), dobré sociální zázemí, vyšší socioekonomický standart. Absence protektivních faktorů zvyšuje riziko PTSD.
- **Dopad traumatu na všední den oběti** – Pokud dojde v důsledku trestné činnosti k rozpadu vztahů či rodiny, ztrátě zaměstnání je pravděpodobnější výskyt PTSD.

V závěru kapitoly připomínám, že člověk trpící PTSD není blázen či zbabělec, ale PTSD je normální reakcí na nenormální situaci. Je důležité PTSD nezaměňovat s jinou poruchou i přesto, že se její symptomy překrývají s některými podobnými psychickými poruchami. Není ničím neobvyklým, že PTSD se začne projevovat až po několika měsících, ojedinele i po několika letech. Symptomy mohou být u každého člověka trochu rozdílné, nejtypičtějším příznakem PTSD je ovšem spontánní se rozpomínání na traumatickou událost, které se projevuje vtíravými myšlenkami a pocity a tzv. flashbaky, při kterých dochází k znovuprožívání nepříjemného zážitku. U některých jedinců s PTSD příznaky časem odezní samy, pokud se tak ovšem nestane, je důležité neodkládat léčbu.

3 PREVENCE A LÉČBA POSTTRAUMATICKÉ STRESOVÉ PORUCHY

V třetí kapitole charakterizují, jak vypadá léčba PTSD, uvádím některé formy laické pomoci a srovnávám psychoterapii a farmakoterapii v rámci odborné pomoci. Prevencí se zabývám především z hlediska ve vztahu k Policii ČR. Uvádím některé programy vzniklé z potřeb policejní praxe, které jsou příslušníkům Policie ČR dostupné po náročných akcích. Nedley (2007) popisuje, že mnoho lidí i přesto, že po prožitém traumatu trpí PTSD, se vyhýbá odborné pomoci. Průměrný odklad léčby u pacientů s PTSD je osm let. Porterfieldová (1996) uvádí, že tito lidé si většinou nechtějí připomínat nepříjemné zážitky, které prožili. Lidé mají někdy pocit, že pokud nebudou o minulosti mluvit, nakonec na ni zapomenou. Současně ale také vědí, že pokud budou chtít získat odbornou pomoc, budou muset na trauma vzpomínat a hovořit o něm. Mnohdy mají tito lidé strach z vtíravých příznaků, které se při tom objeví. Může se objevovat i pocit, že od prožití traumatu se všechno vymklo kontrole a není nikdo, kdo by mohl pomoci. Dále mohou mít strach, že budou z traumatické události obviňováni nebo jim bude něco vyčítáno. K dalším důvodům odmítání léčby patří také pocit jedince, že bude považován za duševně nemocného nebo hloupého nebo také pocit člověka, že by měl mít sám dost sil na vypořádání se s traumatem.

3.1 Laická pomoc obětem traumatických událostí

Ačkoliv je traumatizace celkem běžnou událostí, nejbližší okolí oběti je často bezradné. S jedincem, který prožil trauma, komunikují jako by se nic nestalo, vyhýbá se hovoru o inkriminované situaci nebo jej vybízí, aby na trauma zapomněl. Nevhodné reakce okolí posilují dopad náročné životní situace na oběť. Pravdou ovšem je, že jedinec na traumatickou událost nikdy nezapomene a do návratu k normálnímu životu je třeba se aktivně zapojit. Rodina by měla být místem emocionální podpory. Matoušek (1999) uvádí, že pokud má rodina působit terapeuticky, musí být mezi jejími členy důvěra, zájem, respektování osobnostních zvláštností, pevná koalice mezi rodiči, jasná hierarchie odpovědnosti. Komunikace v rodině probíhá tak, že každý mluví sám za sebe, rozhovory jsou jasné a přímo adresované. Rodina by měla být otevřena novým řešením problémů. Čírtková (2007) uvádí následující formy laické pomoci oběti traumatu:

3.1.1 Zpracování pocitů viny

Téměř každý člověk v různých fázích traumatizace se zabývá otázkou, proč se to přihodilo právě jemu. Snaží se najít racionální vysvětlení události, která logické zdůvodnění ani nemá. Na řadu pak přichází různé obranné mechanismy. Jedinec se často uchyluje k sebeobviňování. Vždy je vhodné jej vyslechnout a nabídnout alternativní pohled. Členové rodiny by měly v komunikaci dát jedinci jasně najevo, že není zodpovědný za to, co se stalo. Toto jasné a srozumitelné sdělení může člověku pomoci při hledání nové sebejistoty.

3.1.2 Normalizace následků traumatizace

Trauma může u postiženého vyvolat nejen PTSD, ale i jiné poruchy prožívání a chování. Je důležité, aby rodina oběti věděla, že takové chování je normální reakcí na nenormální situaci. Pokud je jedinec vystrašený tím, co se s ním děje, je na místě, aby ho rodina uklidnila. Někdy stačí ujištění blízkých či přátel, že potíže jako poruchy spánku, nutkavé vzpomínky, vyhybavé chování, podrážděnost aj., jsou způsobeny otrěsným zážitkem. K osvětě z autoritativnějších zdrojů je vhodné využít jak literaturu, tak i internet. Potíže a příznaky, kterými oběť trpí, by měly slábnout. Pokud přetrvávají nebo dokonce zesilují, je třeba zvážit odbornou psychologickou pomoc.

3.1.3 Obnova pocitu bezpečí a schopnosti důvěřovat

Trauma je silný zážitek, který vyvolává intenzivní emoce. Většinou jde o emoce jako je strach, vztek a smutek. Je nezbytné, aby jedinec o svých zážitcích hovořil. Dochází tak k uvolnění emocí spojených s kritickým zážitkem. V kontaktu s postiženým si můžeme všimnout, že těsně po traumatu není schopen ani celou události vylíčit. Emoce ho přemůžou hned na začátku vyprávění. Při opakovaném popisování už dojde dál, emoce jej zmůžou později. Nakonec je jedinec schopný popsat celé trauma, emoce utichají. To je známka toho, že přijal traumatickou událost jako nezměnitelný fakt.

3.1.4 Obnova víry ve vlastní schopnosti

Duševně vyrovnaný člověk má pocit, že může svůj osud do jisté míry regulovat. Jedná se o iluzi kontroly. Lidé počítají s tím, že jsou schopni ovlivnit dění kolem nich (zda půjdou do konfliktu nebo radši ustoupí aj.). Oběť traumatu o tuto iluzi zpravidla přichází. Dosavadní náhled na sebe i na okolí se rozpadá. V takové situaci může pomoci rodina, která by měla

být místem bezpečí a podpory. K obnově víry ve vlastní schopnosti přispívá i podněcování aktivity (např. zadávání drobných úkolů a činností, které oběť zvládne) a podpora těch aktivit, na které má jedinec chuť.

3.1.5 Podpora při řešení hlavních problému oběti

Pozitivní role blízké osoby může také spočívat v tom, že podporuje dotyčného při řešení problému, které momentálně jedinec vnímá jako hlavní. Může jít např. o asistenci. Blízká osoba může třeba doprovodit oběť trestného činu na policii podat trestní oznámení. Vedle asistence může jedinci výrazně pomoci vyhledávání potřebných informací. Může jít o informace jak k právním službám, tak i k sociálním službám a psychologické intervenci. Chování nejbližších členů rodiny je pro překonání traumatu důležitým faktorem. Blízké osoby mohou fungovat jako podpora jen tehdy, pokud nejsou samy nepříjemným zážitkem traumatizovány. Typickým příkladem nepřímých obětí jsou partneři znásilněných žen. I přesto, že se nestali obětí znásilnění, mají značné problémy zpracovat trauma své partnerky. V případech, kdy trauma nepřímo poškodí i blízké osoby a hrozí krize rodiny, je vhodné vyhledat odbornou péči.

3.2 Psychoterapie

Základem pro léčbu PTSD je dle Praška (2003) psychoterapie. V léčbě akutních stavů je psychoterapie srovnatelná s farmakoterapií, ovšem po ukončení léčby je její efekt trvalejší. Akutní intenzivní psychoterapie trvá 6-12 týdnů a pomáhá hlouběji porozumět, co se s jedincem děje a nalézá v životě události, které souvisí s rozvojem poruchy. Úkolem psychoterapie je pomoci pacientovi naučit se jak kontrolovat své příznaky, aby mu neomezovaly život. Je tedy nutné zpracovat traumatickou událost natolik, aby přestala fungovat v přítomnosti. Psychoterapie postiženému umožňuje se konfrontovat s traumatem v bezpečném a tolerantním prostředí. Díky opakované konfrontaci s traumatickou událostí se pacient učí přijmout trauma jako součást své minulosti, tím ho trauma přestává ovlivňovat v současnosti. Většina lidí má strach se zahloubat do traumatické zkušenosti, nicméně některé aspekty se objevují v děsivých nočních snech, ve vzpomínkách a jsou zdrojem nejistoty a úzkosti, kterou si jedinec není schopen vysvětlit. Je tedy nezbytné vypořádat se s vzpomínkami kompletní příběh. Dalším krokem psychoterapie je zmírnění pocitu viny, trapnosti a studu. Je třeba, aby se jedinec smířil s tím, že nezvládl vše dokonale. Třetím, hlav-

ním úkolem, je pomoci pacientovi překonat současné životní trable. Je pravděpodobné, že postižený nikomu neřekl všechny důležité detaily svého traumatického prožitku. Je důležité, aby byl terapeut trpělivý a netlačil na pacienta předčasně k přílišným detailům. Řada odhalení se pojí s pocity hanby, viny a úzkosti. Terapeut pomáhá klientovi porozumět souvislosti mezi zážitky z minulosti a současnými životními problémy s příznaky PTSD, dále najít způsoby překonání současných životních problémů a především vytvořit pocit bezpečí a kontroly nad svým životem.

Již od dob léčení válečných neuróz se objevuje myšlenka, že trauma by se mělo znovu prožít a při tomto znovuprožití by mělo být odreagováno. Poté by už nebylo škodlivé a zraňující, ale stala by se z něj nepříjemná událost, která je vnímána jako součást minulosti (Růžička, 2006).

3.2.1 Individuální psychoterapie

Individuální psychoterapie pomáhá klientovi přes zkušenosti s terapeutem postupně nabýt důvěru ke světu a druhým a postupně také k sobě samému. Je důležité, aby klient přijal sám zodpovědnost za svoje chování i mezilidské vztahy. Terapie ho vede k tomu, aby nezůstal v roli bezmocné oběti, ale aby aktivně řešil životní krizi, kterou trauma spustilo. Prvním krokem je postupné získávání pocitu bezpečí. Jde o uklidnění emocí do takové míry, aby bylo možné se začít učit novým dovednostem. Pocit ohrožení je u lidí, kteří trpí PTSD větší než konkrétní strach z nebezpečí. Jejich pocit nechráněnosti spočívá v přesvědčení, že nemohou nijak ovlivnit, co se děje s jejich tělem a pocity. Pokud si terapeut získá důvěru, je možné začít budovat pocit bezpečí. Pacient také může relaxovat. Tím lépe zvládne svoji podrážděnost a nervozitu. Hlavní fází léčby je vzpomínání na detaily traumatické situace a akceptace ztrát s ní souvisejících. Terapeut vede klienta k tomu, aby vyprávěl co nejživěji a přitom si vzpomněl na každou drobnost. Postižený musí popsat nejen to, co viděl, slyšel, cítil, ale také svoji hrůzu, odpor, nevolnost a bezmoc. Smyslem je převést trauma do slov. Hrůzné vzpomínky pak ztrácejí svůj silný emoční náboj, v klientovi roste pocit, že vzpomínky na trauma mohou být prožívány v bezpečí a nemusí je vždy provázet nezvládnutelný strach (Praško, 2003).

3.2.2 Skupinová psychoterapie

Díky skupinové terapii může jedinec sdílet traumatickou událost s lidmi ve skupině. Lidé s PTSD pro sebe mívají velké pochopení a nestydí se před sebou ulevit si v pocitech viny. Traumatická událost často narušuje schopnost prožívat vřelé vztahy a důvěřovat druhým. Skupiny pacientů s PTSD sdílejí společné prožitky a chrání účastníky před pocitem izolace. Podpora skupiny pomáhá jedinci ke změně vnímání významu traumatu a nabízí mu mnohočetné pohledy na problémy v životě. Ve skupině se vytváří vztahy jak směrem k terapeutovi (terapeutům), tak i k jednotlivým členům skupiny. Skupinová terapie se provádí jak ambulantně, tak v rámci denních stacionářů nebo během hospitalizace. Skupina má zpravidla 6-12 účastníků obojího pohlaví, různého věku. Skupiny však mohou být jak homogenní, tak i heterogenní podle různých kritérií (věk, pohlaví, vzdělání, diagnóza, problémy). Vedou ji nejčastěji dva psychoterapeuti, nejlépe muž a žena. Sezení trvají 1,5-2 hodiny, mohou však trvat i déle. Rozlišuje se krátkodobá skupinová psychoterapie (do 24 setkání), střednědobá (kolem 50 setkání) a dlouhodobá (100 setkání a více) (Praško, 2003).

3.2.3 Kognitivně behaviorální psychoterapie

Kognitivně behaviorální přístup lze podle Vizinové a Preisse (1999) vnímat jako terapii zaměřenou na analýzu a modifikaci myšlení a jednání klienta. Vedle vlivu prostředí a zkušeností, je také zdůrazňován způsob, jak člověk vnímá a interpretuje dění kolem sebe. Hlavními rysy kognitivně behaviorální terapie jsou krátkodobost a časová omezenost (max. 20 sezení), jasná struktura a dohodnutý program, aktivita terapeuta v roli experta, zaměřenost na přítomnost a na konkrétní problémy, stanovení si jasných a funkčních cílů, hlavním cílem je soběstačnost klienta. Praško (2003) uvádí, že základními postupy v kognitivně behaviorální terapii jsou vystavení se (expozice) traumatickým vzpomínkám, hledání nového adaptivního pohledu na událost i sebe sama, učení se novým dovednostem (např. jak relaxovat, plánovat čas, jednat asertivně, řešit problémy, aj.).

- **Expozice traumatickým vzpomínkám**

Jedná se o opakované prodloužené vystavení se vzpomínkám na trauma, kterého se člověk postižený PTSD obává. Jedinec popisuje traumatickou událost s postupným upřesňováním podrobností, které budí největší úzkost nebo vegetativní příznaky. Expozice se zpravidla opakuje mnohokrát. Zpočátku klient ze studu řadu věcí zatají a na další si ani nevzpomene. Postupně dochází k rozpomínání, traumatická situace se komple-

tuje. Trauma pak ztrácí svůj silný emoční náboj, přestává zasahovat do všedního života a stává se jen nepříjemnou vzpomínkou. Vzpomínka na traumatickou událost však nikdy nebude úplně neutrální. Existuje i **písemná expozice**. Zadání v takovém případě zní popsat co nejvíce detailů traumatizující události, myšlenky a emoce během ní i po ní. První popis je zpravidla stručný, další bývají obsáhlejší. Zpočátku klienti popisují spíše vnější aspekty (jak se událost stala, kdy a kde), postupně je nutné podrobně popsat myšlenky, emoce a tělesné reakce. Řada lidí prožívá velmi silnou posttraumatickou reakci při sledování filmu s podobnou tematikou. V takovém případě se jedná o **expoziční film s podobným tématem**. Běžně mají postižení tendenci se takovým filmům vyhýbat nebo od scény utéct. Pokud dojde k opakovanému promítání filmu v bezpečném prostředí, dochází ke snížení přecitlivělosti (Praško, 2003).

- **Zpochybňování myšlenek**

Expozice sama o sobě většinou pomůže nejvíce. S delším časovým odstupem dochází u většiny lidí ke změně postoje k sobě, k okolí i k budoucnosti. Stresující automatické myšlenky je třeba zpochybnit a nahradit. Člověk nedokáže myslet realisticky, uvažuje katastroficky a je přesvědčen, že to nelze změnit, že myšlenky přichází spontánně a automaticky. To vede k vystupňování napětí a stresu, zatím co klidné konstatování vede k uvolnění nebo alespoň nestupňuje napětí. Nahrazení starých negativních myšlenek konstruktivními potřebuje pravidelné cvičení a dostatek opakování, aby se vytvořil nový návyk (Praško, 2003).

3.3 Farmakoterapie

K farmakoterapii se přistupuje jen tehdy, když není úspěšný psychologický přístup nebo pokud je porucha příliš těžká. Psychofarmaka v případě PTSD neřeší problém, pouze ho utlumují. Zejména antidepresiva a některá anxiolytika (léky proti úzkosti) jsou účinná ve zmírňování příznaků úzkosti. Pomáhají také proti dotírajícím vzpomínkám, nesoustředěnosti a emoční odpoutanosti (Praško, 2003).

3.3.1 Antidepresiva

Jejich efekt není okamžitý. Začínají působit po třech až šesti týdnech užívání. Tomu může předcházet výskyt některých vedlejších účinků, které mohou pacienta odradit od pokračo-

vání v léčbě, ještě než lék začne působit. Z dlouhodobého hlediska na nich nevzniká závislost ani tolerance. Jsou tedy vhodné pro dlouhodobou léčbu. Pokud se ovšem jejich účinky neprojeví do 10-12 týdnů, doporučuje se s užíváním těchto léků přestat. Léčba PTSD je dlouhodobá, může trvat měsíce. První známky zlepšení se neprojeví dříve než za čtyři až šest týdnů. Potíže ustupují pomalu. Pokud mají antidepresiva na pacienta pozitivní účinek, je vhodné v léčbě pokračovat alespoň 9-12 měsíců (Praško, 2003).

3.3.2 Anxiolytika

Anxiolytika jsou léky proti úzkosti. Užívají se při náhlém vzplanutí příznaků úzkosti, záchvatech paniky a poruchách spánku. Při užívání anxiolytik obvykle dochází k dočasnému snížení pocitů napětí a úzkosti. Mohou být užitečné krátce po prožitém traumatu, ale pro dlouhodobou léčbu PTSD nejsou vhodné, protože na nich rychle vzniká návyk. Vzniká i tolerance k léku, takže je nutné postupně zvyšovat dávku, aby došlo k potlačení úzkosti. Při chybějící dávce se projevují abstinční příznaky. Anxiolytika by se neměly podávat déle než tři až čtyři měsíce. Jejich vysazování by mělo být co nejpomalejší, právě z důvodů abstinčního syndromu (Praško, 2003).

3.4 Prevence PTSD v rámci Policie ČR

V rámci policejní psychologie je usilováno o vypracování praktických zásad pro zdolávání policejních stresujících situací. V některých zemích (např. Německo, Rakousko) probíhají tzv. antistresové výcvikové programy pro policisty v přímém výkonu (Čírtková, 2000).

3.4.1 Protitraumatická sezení

Pro profesionální složky, které mají zvýšené riziko PTSD (policie, záchranářské sbory aj.), existují dnes běžné postupy psychologické protistresové péče po nebezpečných akcích. Jde o tzv. protitraumatická sezení, která jsou povinná pro všechny osoby, které se účastnily nebezpečné akce. Při těchto sezeních dochází k „debriefingu“, tedy k psychologické rekonstrukci traumatizujícího děje. Účastníci mají možnost sdílet zážitky a osobní komentáře. Jsou vedeni k poznání, že individuální reakce je normálním jevem, žádné potíže nejsou nenormální. Dále jsou také posilovány zdravé strategie vyrovnávání se s traumatickou událostí. Základním cílem takového sezení je pomoci ohroženému jednotlivci nebo skupině zpracovat krizovou situaci a začlenit ji do minulosti jako osobní vzpomínku, která nevyvo-

lává stresové stavy. Účinnost protitraumatického sezení souvisí s jeho včasností. Ideální časové rozmezí je od 24 do 72 hodin po prožití traumatu. Protitraumatické sezení se součástí péče instituce (armáda, policie, hasičský sbor) o své pracovníky a představují součást personální koncepce organizace. Probíhají jako součást pracovního režimu, jsou jeho přirozenou částí a nenahrazují léčebné a psychologické aktivity, které se mohou ukázat jako nezbytné pro některé z účastníků (Čírtková, 1998).

3.4.2 Posttraumatická intervenční péče

Schopnost vypořádat se s traumatickou situací je individuální. Z praxe vyplývá, že 2/3 postižených osob se s traumatickou situací dokážou vyrovnat samy. Ovšem 1/3 je ohrožena reálným rozvojem PTSD. Policista, který prošel extrémní situací, by měl mít právo od svého zaměstnavatele bezplatně, rychle a diskrétně čerpat odbornou pomoc. Hlavním smyslem krizové intervence je předejít potížím, které směřují k dlouhodobým následkům psychické traumatizace. Tyto požadavky z praxe vedly k vytvoření systému posttraumatické intervenční péče (dále jen PIP) v rámci Policie ČR. Systém PIP byl v ČR vytvářen od roku 1998 a v roce 2001 byl uveden v praxi. V současnosti je v jejím rámci odborně proškolená téměř stovka intervenčních pracovníků (policisté, policejní psychologové, duchovní), kteří jsou schopni poskytnout odbornou pomoc policistům po výrazné zátěži. Týmy PIP mohou poskytnout individuální krizovou intervenci přímo na místě traumatické události. Pokud přichází intervence později, pracovníci PIP s jednotlivcem provádějí tzv. debriefing (psychologická rekonstrukce traumatizujícího děje). Lze pracovat jak s jednotlivci, tak se skupinou. (Vymětal, 2003) Na každém oddělení Policie ČR by měly být také k dispozici letáky, kde jsou jména členů PIP týmu, jejich fotografie a telefonický kontakt nebo elektronické spojení. Každý člen PIP týmu je vázán etickými principy pomáhající profese. Primárním cílem PIP je pak komplexní péče odborná a ochranná péče o policisty při zvládání náročných a traumatizujících událostí, se kterými se při své práci setkávají. Sekundárně jde o preventivní působení proti vzniku nemocí z povolání (Sotolářová, 2001).

3.4.3 Linka pomoci v krizi

Linka pomoci v krizi je linkou důvěry, která je určena policistům, hasičům a zaměstnancům policie, hasičského záchranného sboru, Ministerstva vnitra i jejich rodinným příslušníkům. Linka je v provozu od 14. listopadu 2002. Důvodem pro její zřízení byl vysoký

počet sebevražd policistů a také to, že většina policistů nevěděla, kam se obrátit o pomoc po setkání s traumatem (tyto informace vyplynuly z výzkumu na Policejní akademii ČR). Telefonní číslo Linky pomoci v krizi je **974 834 688** a cena hovoru je jako místní tarif z celého území ČR. Lze volat v jakoukoliv hodinu, protože linka je v provozu nepřetržitě a je zcela anonymní. Po klientovi se tedy nevyžadují žádné osobní informace a hovory nejsou nahrávány. V hovoru se pak většinou rozebírají okolnosti problému, se kterým jedinec volá. Pracovník linky by měl být schopen klientovi pomoci zorientovat se v situaci, probrat možnosti řešení, případně naplánovat postup do budoucna. Tým, který na lince pracuje, se skládá z pěti stálých pracovníků a pravidelné pomoci psychologů. Linka pomoci v krizi funguje jako součást systému posttraumatické intervenční péče. Z hlediska klientů v roce 2007 tvořili muži 57% a ženy 43% z celkového počtu volajících (Jungvirtová, 2008).

Psychoterapie je základní formou léčby PTSD, její účinek je na rozdíl od farmakoterapie dlouhodobější, ale ne okamžitý. Při léčbě PTSD je třeba být trpělivý, na zotavení v oblasti duševní pohody je potřeba čas. Prevence se v policejní praxi neustále vyvíjí. Dnes již existuje psychologická péče pro policisty, která by měla být k dispozici vždy po nebezpečných či náročných akcích. V provozu je také anonymní telefonní linka důvěry, na kterou se mohou obracet nejen příslušníci Policie ČR, ale i jejich rodinní příslušníci.

II. PRAKTICKÁ ČÁST

4 VÝZKUM

Z teoretické části je zřejmé, že policisté a policistky jsou rizikovou skupinou pro vznik poruch podmíněných traumatickým zážitkem, tedy i pro vznik PTSD. Myslím si, že jde o aktuální, ale i přesto opomíjenou problematiku. Ve svém výzkumu jsem se rozhodla zmapovat situaci ohledně výskytu PTSD a ohledně informovanosti o prevenci proti této poruše u Policie ČR v Brně. Zaměřila jsem se nejen na samotný výskyt jednotlivých symptomů, ale i na stresující faktory policejní práce a prevenci v rámci organizace i u jednotlivých příslušníků Policie ČR.

4.1 Výzkumný cíl

Výzkumným cílem je zmapování výskytu PTSD a zjištění úrovně informovanosti jednotlivých policistů a policistek o prevenci proti PTSD.

4.2 Výzkumné otázky

S ohledem na výzkumný cíl jsem si stanovila následující výzkumné otázky:

- 1) Jaká je míra výskytu PTSD u Policie ČR v Brně?
- 2) Co považují příslušníci Policie ČR v Brně za nejvíce stresující aspekty jejich práce?
- 3) Jak jsou příslušníci Policie ČR v Brně informováni o prevenci proti PTSD?
- 4) Jak se snaží jednotliví příslušníci Policie ČR v Brně předcházet působení pracovního stresu ve svém volném čase?

4.3 Druh výzkumu

Pro svoji práci jsem si zvolila smíšený druh výzkumu. V kvantitativní části jsem použila šetření pomocí dotazníku a v kvalitativní části jsem prováděla rozhovor. Smíšený výzkum jsem si vybrala proto, že mi umožňuje zmapovat situaci ohledně výskytu PTSD díky dotazníkovému šetření a zároveň mi díky němu mohu proniknout do hloubky tématu pomocí rozhovorů. Výzkum probíhal na přelomu února a března 2011.

4.3.1 Kvantitativní část

V této části jsem využila již zmíněný dotazník (viz příloha), který je velmi frekventovanou metodou získávání dat v pedagogickém výzkumu. Gavora (2000, s. 99) charakterizuje dotazník jako „způsob kladení otázek a získávání písemných odpovědí.“ Dotazník je určen především pro hromadné získávání údajů, které vypovídají o velkém počtu respondentů.

Dotazník byl zcela anonymní a dobrovolný. Jak uvádí Chráska (2003), anonymita je zárukou, že dotazníkem zjištěné skutečnosti nebudou zneužity proti respondentům a díky ní je také možné získat pravdivější informace. Na druhé straně anonymita může svádět k neodpovědnému vyplňování či k recesi.

Dotazník je sestaven z třinácti otázek, obsahuje tři uzavřené otázky (5,6,7), tři polootevřené (1,4,8) a čtyři otevřené otázky (2,3,9,10). První tři otázky nejsou očíslované, zjišťují fakta jako je pohlaví, věk a délka praxe. Další otázky jsou zaměřeny na problematiku PTSD, jednotlivé symptomy a její prevenci.

4.3.2 Kvalitativní část

V kvalitativní části jsem s respondenty prováděla polostrukturovaný rozhovor. Jak uvádí Miovský (2006) v polostrukturovaném rozhovoru si vytváříme určité schéma otázek, které je pro nás závazné. Je možné, abychom zaměnili pořadí otázek a doptávali se, abychom maximalizovali efekt. Dle Švaříčka a kol. (2007) jsou prostřednictvím rozhovoru zkoumání členové určitého prostředí, určité specifické sociální skupiny. Cílem rozhovoru je porozumět problému z pohledu jiných lidí, aniž by byl jejich pohled na věc omezen výběrem položek v dotazníku.

Rozhovory jsem prováděla pro doplnění kvantitativní části výzkumu a také pro hlubší proniknutí do tématu. V průběhu rozhovoru jsem se respondentů v případě nutnosti doptávala na nejasnosti, abych jejich názor na věc lépe pochopila a následně interpretovala. Vzhledem k tomu, že respondenti nesouhlasili s pořízením audionahrávky, rozhodla jsem se použít pro zachycení získaných informací záznamový arch. Dle Miovského (2006) záznamový arch slouží výzkumníkovi k zapisování dat, aby si nemusel všechny údaje pamatovat a mohl se k nim v průběhu výzkumné situace vracet. Záznamový arch představuje předem strukturovaný materiál, např. seřazené tematické schéma otázek, případně jevy, na které je třeba se zaměřit. Obvykle je založený na metodě tužka – papír. Vzhledem k tomu, že roz-

hovory slouží pro doplnění kvantitativní části, bylo schéma otázek k rozhovorům (viz příloha) stejné jako otázky v dotazníku.

4.4 Výzkumný soubor

Výzkumným souborem jsou policisté a policistky z Brna. Výzkumný soubor byl vybrán záměrně, na základě určení relevantního znaku, který je důležitý pro dané zkoumání. Relevantním znakem byla příslušnost k Policii ČR s pracovištěm v Brně. Výzkum byl realizován na obvodních odděleních Brno – Bystrc, Brno – Žabovřesky, Brno – Židenice a Brno – Výstaviště. Dotazníků jsem rozdala 140, návratnost byla 78%. Celkem se tedy dotazníkového šetření zúčastnilo 109 respondentů.

V kvalitativní části jsem vedla rozhovory s dvěma respondenty, kteří jsou rovněž zaměstnání v Brně.

- Respondent č. 1 (dále jen R1) – pohlaví: muž, věk: 27 let, délka praxe: 5 let, pracuje na oddělení pořádkové policie.
- Respondent č. 2 (dále jen R2) – tato osoba si nepřála zveřejnit žádné osobní údaje, vzhledem ke specifikaci její práce na kriminálním oddělení.

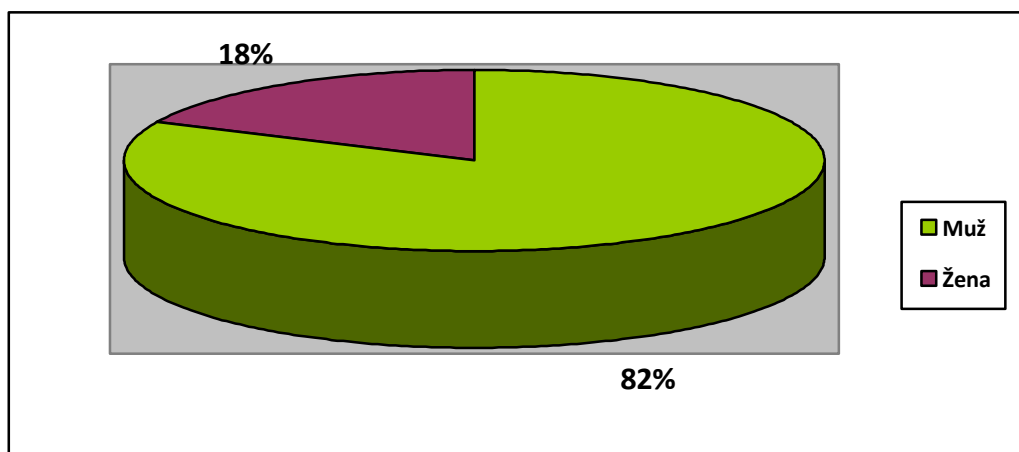
5 VÝSLEDKY VÝZKUMU

5.1 Analýza dat získaných dotazníkem a pomocí rozhovorů

Pro analýzu dat, které jsem získala dotazníkovým šetřením, jsem si zvolila popisný výzkum. Informace o respondentech jsem zpracovala do tabulek a grafů. Tabulky představují vždy absolutní četnost a grafy pak vyjadřují relativní četnost. Informace, které jsem získala díky rozhovorům, jsem vyhodnotila pomocí metody kontrastů a srovnávání. Pomocí této metody upozorňuji na to, co mají rozhovory společného a v jakých názorech se rozcházejí.

První tři otázky zobrazují identifikační informace o respondentech. Následující otázky, které jsou číslované, se již vztahují k problematice PTSD.

Pohlaví respondentů



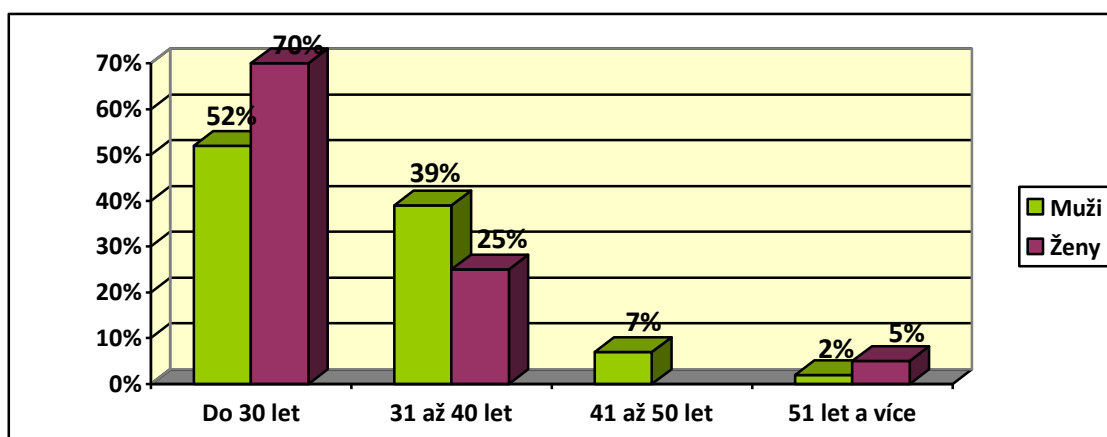
Obrázek 1: pohlaví respondentů

Celkový počet zkoumaných osob je 109. Muži převažují nad ženami. Mužů je 89, což tvoří 82% a žen je 20, což tvoří 18% z celkového počtu zkoumaných osob.

Věk respondentů

tabulka 1: pohlaví a věk respondentů

	Do 30 let	31 až 40 let	41 až 50 let	51 let a více	Celkem
Muži	46	35	6	2	89
Ženy	14	5	-	1	20
Celkem	60	40	6	3	109



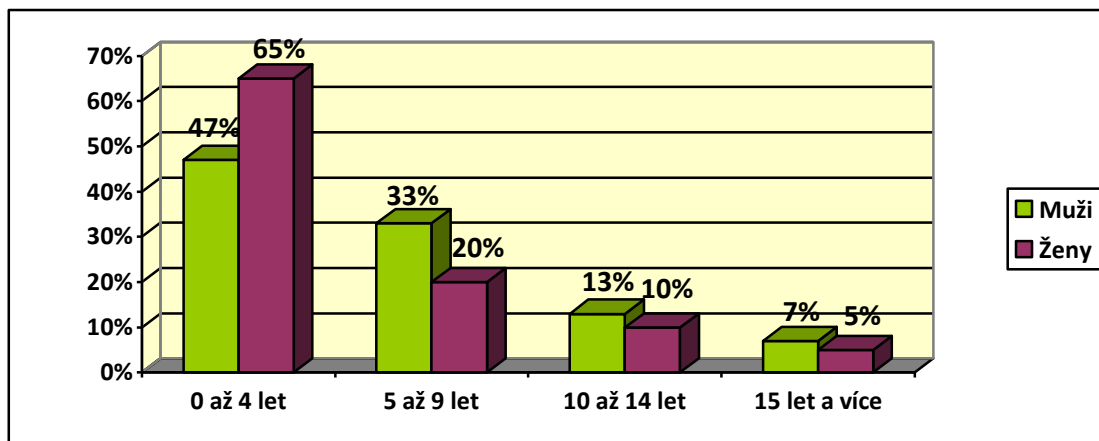
Obrázek 2: pohlaví a věk respondentů

Nejvíce zastoupenou věkovou skupinou je kategorie do 30 let, kde je 52% mužů a 70% žen, ve věkové skupině od 31 do 40 let je 39% mužů a 25% žen, v rozhraní od 41 do 50 let je 7% mužů a žádná žena, ve věku 51 let a více jsou 2% mužů a 5% žen.

Délka praxe respondentů

tabulka 2: pohlaví a délka praxe respondentů

	0 až 4 let	5 až 9 let	10 až 14 let	15 let a více	Celkem
Muž	42	29	12	6	89
Žena	13	4	2	1	20
Celkem	55	33	14	7	109



Obrázek 3: pohlaví a délka praxe respondentů

Ve výzkumu je zastoupeno 47% mužů a 65% žen s praxí do 4 let, od 5 do 9 let je zaměstnáno 33% mužů a 20% žen, 10 až 14 let ve výkonu služby je 13% mužů a 10% žen a 15 let více pracuje 7% mužů a 5% žen.

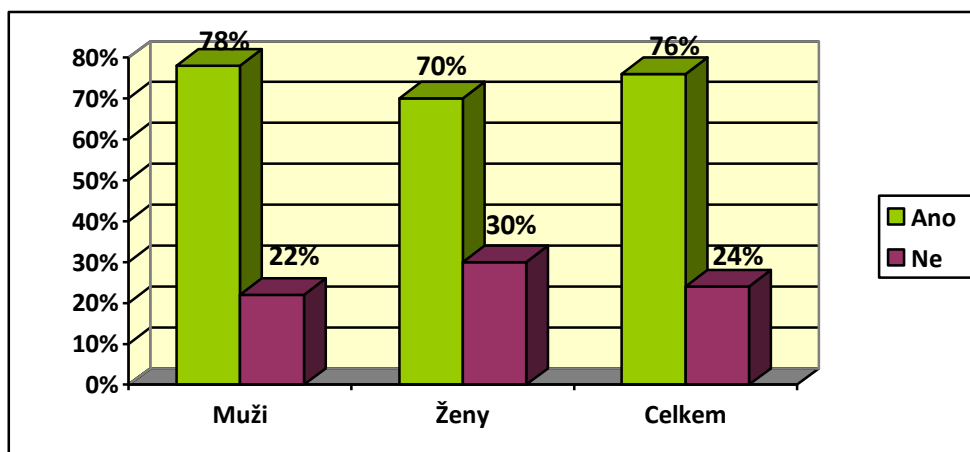
Otázka č. 1: Setkal/a jste se již při výkonu své práce s nějakou traumatizující událostí (např. násilná potyčka, demonstrace, pohled na utrpení aj.)? Pokud ano, popište prosím, o jakou situaci se jednalo.

tabulka 3: traumatická událost - pohlaví a věk respondentů

Věk	Muži		Ženy		Odpovědi celkem	
	Ano	Ne	Ano	Ne	Ano	Ne
Do 30 let	37	9	10	4	47	13
31 až 40 let	25	10	3	2	28	12
41 až 50 let	5	1	-	-	5	1
51 let a více	2	-	1	-	3	-
Celkem	69	20	14	6	83	26

tabulka 4: traumatická událost – pohlaví a délka praxe respondentů

Délka praxe	Muži		Ženy		Odpovědi celkem	
	Ano	Ne	Ano	Ne	Ano	Ne
0 až 4 let	35	7	7	6	42	13
5 až 9 let	21	8	4	-	25	8
10 až 14 let	7	5	2	-	9	5
15 let a více	6	-	1	-	7	-
Celkem	69	20	14	6	83	26

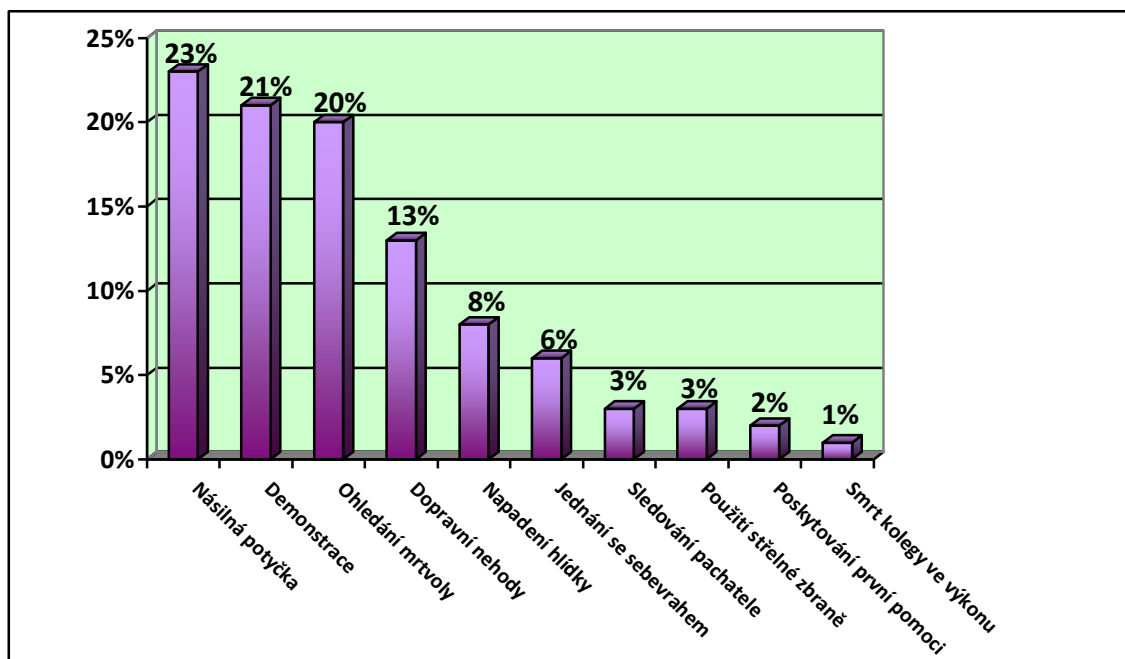


Obrázek 4: setkání s traumatickou událostí

78% mužů a 70% žen se již setkala s traumatickou situací při výkonu profese policisty či policistky, 22% mužů a 30% žen nepříjemný zážitek v podobě traumatu nemá. Celkem 76% zkoumaných osob má prožitek traumatické události, 24% účastníků výzkumu nezažilo traumatickou situaci. Respondenti, kteří odpověděli na tuto otázku kladně, následně uváděli, o jakou událost se jednalo.

Mezi tři nejčastěji uváděné traumatické situace patří násilná potyčka, kterou uvedlo 23% policistů a policistek, 21% zkoumaných osob zmínilo zásah na demonstraci a 20% účastníků výzkumu uvedlo jako traumatickou situaci ohledávání mrtvol. Mezi dalšími uváděnými tíživými událostmi jsou účast při dopravní nehodě, kterou napsalo 13% respondentů, 8% policistů a policistek zažilo napadení policejní hlídky, 6% účastníků výzkumu již vyjednávalo se sebevrahem, 3% respondentů uvedla jako traumatický zážitek sledování

pachatele a použití střelné zbraně, 2% účastníků výzkumu se dostala do situace, kdy poskytovala první pomoc, a 1% osob je traumatizováno úmrtím kolegy ve výkonu služby.



Obrázek 5: typy traumatických událostí v policejní práci

Při rozhovorech respondenti uvedli následující údaje.

R1: Policista uvedl, že se mu při výkonu profese často naskýtá pohled na mrtvá těla. Dostal se i do situace, kdy byl v jeden den celkem třikrát přivolán k případu s mrtvolami. Jako nejintenzivnější uvádí případ, kde našel ohořelé tělo. Když začal pracovat u Policie ČR, měl jisté obavy, jak na něho budou takové zážitky působit. Jako nejvíce traumatický aspekt případů s mrtvolami uvádí nutnost srovnání se s faktem, že jde o reálnou situaci. Někdy má strach, že najde při výkonu práce mrtvého někoho ze svých známých či příbuzných. Jako další nebezpečné situace, se kterými se setkal při výkonu profese, uvádí různé násilné potyčky, které v něm však nevzbuzují strach.

R2: Tento člověk uvedl, že s traumatickými situacemi přichází do styku každý den. Pohybuje mezi velmi nebezpečnými osobami, které sleduje. Respondent se obává, že člověk, v jehož blízkosti se pohybuje, pozná, že je sledován a pak mu ublíží na zdraví či životě. Tato osoba uvádí jako traumatizující aspekt profese práci v neznámém prostředí a nepřítomnost kolegů. Kdyby se něco stalo, nebyl by na blízku nikdo, kdo by pomohl. Kromě obav pociťuje také velkou odpovědnost a snahu nic nezkatit.

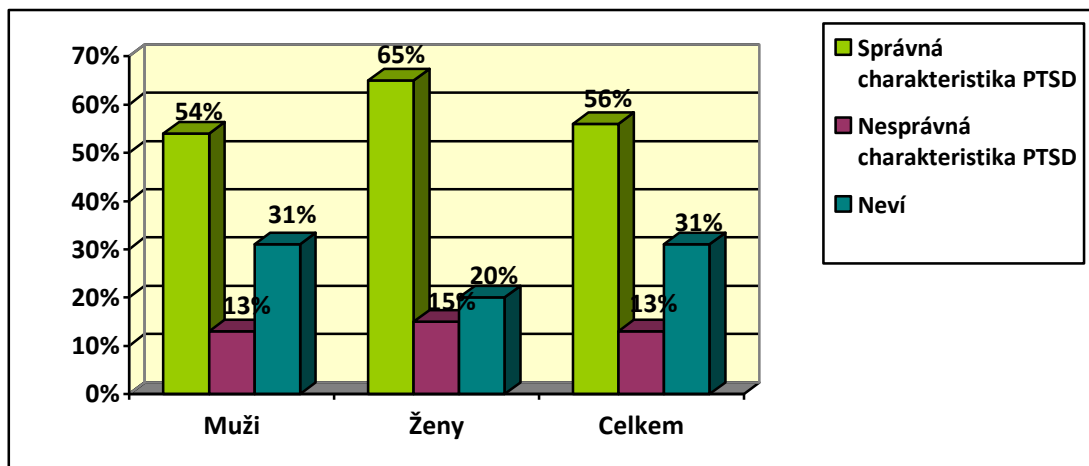
Oba respondenti se shodli na tom, že prožili traumatickou událost. U každého šlo však o jinou situaci. První respondent vnímal negativně situace, kde se setkával s mrtvolami, druhý účastník výzkumu uvedl situace, kdy se obával o svoje zdraví a život.

Otázka č. 2: Charakterizujte prosím, co se představujete pod pojmem posttraumatická stresová porucha.

tabulka 5: charakteristika PTSD

Druh odpovědi	Muži	Ženy	Celkem
Porucha osobnosti způsobená traumatem	18	6	24
Psychosomatické problémy po traumatu	18	3	21
Reakce jedince na traumatickou situaci	12	4	16
Porucha spánku	3	-	3
Deprese	2	1	3
Tíživé pocity	4	2	6
Náladovost	1	-	1
Porucha soustředění	1	-	1
Neví	30	4	34
Celkem	89	20	109

První tři druhy odpovědi (vyznačeny zelenou barvou písma) lze chápat jako správné, zbylých pět typů odpovědi je neúplných a nesprávně formulovaných. To znamená, že 48 mužů a 13 žen má představu o tom, co to PTSD je, 11 mužů a 3 ženy nedokázali pojem PTSD přesně charakterizovat a zbylých 30 mužů a 4 ženy neví, co to PTSD je.



Obrázek 6: charakteristika PTSD

54% mužů a 65% žen dokázalo pojem PTSD vymežit správně, 12% mužů a 15% žen charakterizovalo PTSD nesprávně nebo neúplně a 34% mužů a 20% neví, co si pod pojmem PTSD představit. Celkem 56% respondentů pojem PTSD zná, 13% policistů a policistek nemá o pojmu PTSD správnou představu a 31% účastníků výzkumu se k charakteristice pojmu PTSD nedokázalo vyjádřit.

Při provádění rozhovorů účastníci výzkumu popisovali PTSD následovně.

R1: Účastník výzkumu je s tímto pojmem obeznámen, o PTSD slyšel na školení, kterého se účastnil při vstupu do zaměstnání. PTSD charakterizuje jako poruchu, která se objeví jako následek nějakého hrůzného zážitku.

R2: Pojem PTSD respondentovi není úplně cizí, přesto je pro něj obtížné říct, o co se přesně jedná. Domnívá se, že PTSD je následek na psychickém zdraví, který se objeví, pokud na člověka dlouhodobě působí stres. Dále uvádí, že si netroufá odhadovat, zda sám PTSD trpí, ale sebe popisuje jako nervního člověka, který prožívá stres velmi intenzivně.

Oba respondenti dokázali charakterizovat PTSD. První policista PTSD charakterizuje jako následek hrůzného zážitku. Druhý respondent PTSD popisuje jako následek dlouhodobého stresu. Obě zkoumané osoby tedy mají představu co to PTSD je.

Otázka č. 3: Co považujete ve Vaší profesi za nejvíce stresující?

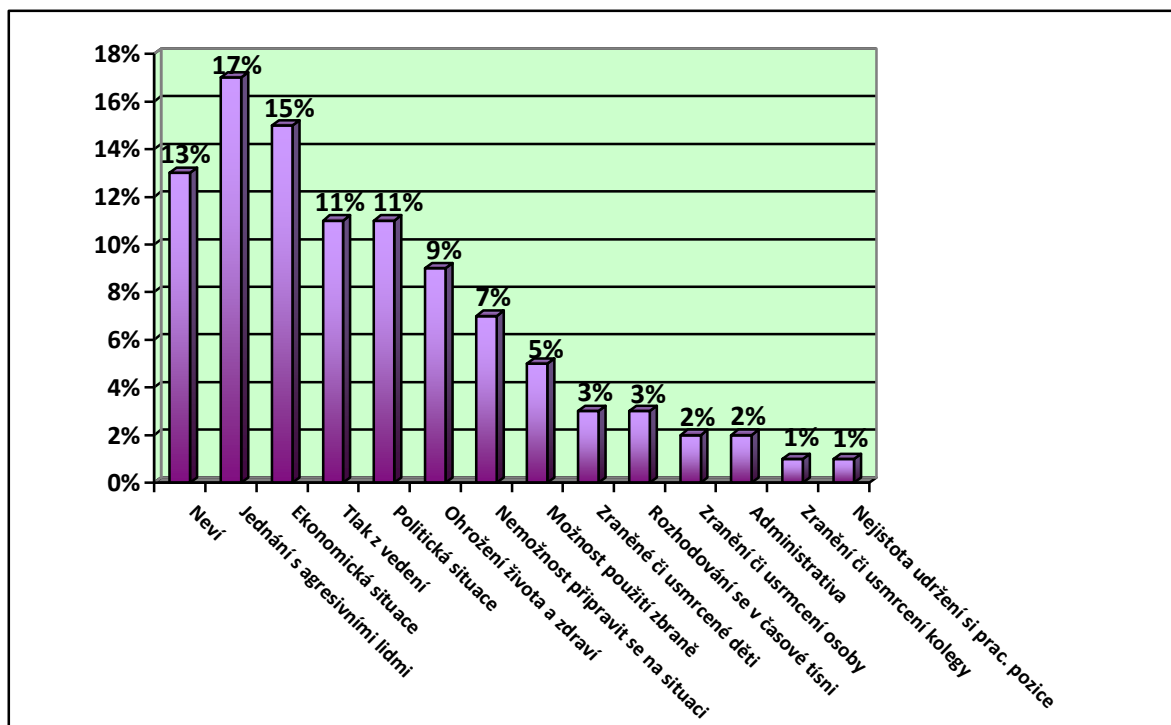
Tato otázka byla otevřená. Respondenti uváděli nejvíce stresující aspekty policejní práce, které jsem seřadila do následující tabulky.

tabulka 6: stresující faktory policejní práce

Stresové faktory v zaměstnání Policie ČR.	Muži	Ženy	Celkem
Neví	15	4	19
Jednání s agresivními lidmi	20	5	25
Současná ekonomická situace	19	3	22
Tlak s vedení	17	-	17
Současná politická situace	15	2	17
Ohrožení života a zdraví	9	5	14
Nemožnost připravit se na situaci	10	2	12
Případy, kdy by bylo nutné použití zbraně	4	3	7
Případy se zraněnými či usmrcenými dětmi	-	4	4
Rozhodování se v časové tísní	2	1	3
Případy s těžkým zraněním či usmrcením osoby	-	2	2
Nadbytečná administrativa	2	-	2
Případy zranění či usmrcení kolegy ve výkonu	1	-	1
Nejistota udržení si pracovní pozice	1	-	1
Celkem	115	31	146

13% respondentů neví, co je v zaměstnání stresuje, 17% zkoumaných osob uvedlo jako nejvíce stresující aspekt policejní práce jednání s agresivními lidmi, 15% policistů a policistek je stresováno současnou ekonomickou situací ohledně situace u Policie ČR, 11% lidí pociťuje tlak z vedení a je stresováno současnou politickou situací ohledně Policie ČR, 9% respondentů nejvíce vadí při práci ohrožení na zdraví a životě, 7% účastníků výzkumu

uvádí jako nejvíce stresující aspekt práce nemožnost připravit se na situaci, 5% osob je stresováno situacemi, kdy by mělo dojít k použití zbraně, 3% policistů a policistek stresují případy, kde jsou zraněné či usmrcené děti a rozhodování se v časové tísni, 2% osob uvádí jako zátěžové případy, kde došlo k těžkému zranění či usmrcení osob a nadbytečnou administrativu, 1% osob pociťuje stres při situacích, kdy je na zdraví či životě ohrožen kolega a nejistotu udržení si pracovní pozice.



Obrázek 7: Nejvíce stresující faktory policejní práce

Při rozhovorech respondenti uvedli jako stresující níže popsané situace.

R1: Respondent se cítí být nejvíce stresován současnou politickou situací ohledně Policie ČR. Negativně vnímá nejen snížení platu, ale jako horší je pro něj omezení prostředků k vykonávání práci. Jako další stres účastník vnímá události, které by se mohly stát. Přemýšlí o tom, jak by fiktivní situace řešil a jaké by pro něj měly důsledky. Vadí mu nemožnost se připravit na nečekané situace.

R2: Respondent je v práci nejvíce stresován nepředvídatelností situace. Když se pohybuje v blízkosti nebezpečného pachatele, nikdy si nemůže být jistý, zda ho zaregistroval či nikoliv. Jako velmi traumatizující uvádí, že tuto práci vykonává většinou sám, bez přítomnosti

kolegů. Na druhou stranu, když vidí např. ve zprávách, že pachatel z případu, na kterém pracoval, byl usvědčen na základě jím zajištěných důkazů, má z toho naplňující pocit.

Oba účastníci výzkumu jsou stresováni nepředvídatelností situace, se kterými se při výkonu profese setkávají. První respondent navíc pociťuje stres ze současné politické situace ohledně Policie ČR. Druhá zkoumaná osoba dodává ještě jako stresující faktor nepřítomnost kolegů při výkonu profese.

Otázka č. 4: Zaškrtněte uvedené projevy (můžete i více), kterými jste někdy trpěl/a v souvislosti s traumatickou situací ve Vaší profesi. Pokud jste se nikdy s žádným neseťkal/a, otázku přeskočte.

V této otázce měli respondenti zaškrtnout vypsáné symptomy PTSD, pokud jimi trpí nebo někdy trpěli v souvislosti s výkonem profese. V následujících tabulkách (tabulka č. 14 a 15) je popsáno, kteří respondenti neuvedli žádný z příznaků PTSD, kteří zaznačili pouze jeden příznak a kteří zaškrtnuli více než jeden symptom PTSD.

Nic – Respondent neuvedl žádný z příznaků PTSD.

P¹ – Respondent uvedl pouze jeden až dva příznaky PTSD.

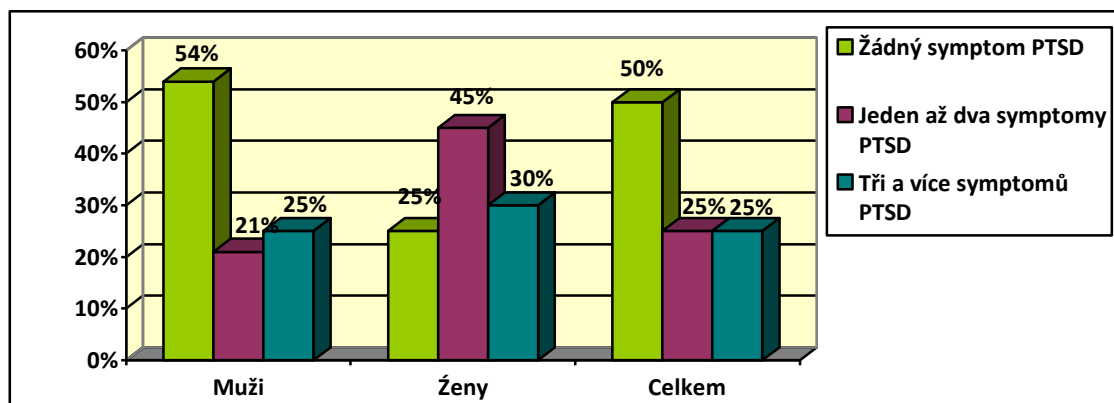
P² – Respondent uvedl tři a více příznaků PTSD.

tabulka 7: symptomy PTSD – pohlaví a věk

Věk	Muži			Ženy			Odpovědi celkem		
	Nic	P ¹	P ²	Nic	P ¹	P ²	Nic	P ¹	P ²
Do 30 let	29	10	7	3	7	4	32	17	11
31 až 40 let	16	7	12	2	1	2	18	8	14
41 až 50 let	2	2	2	-	-	-	2	2	2
51 let a více	1	-	1	-	1	-	1	1	1
Celkem	48	19	22	5	9	6	53	28	28

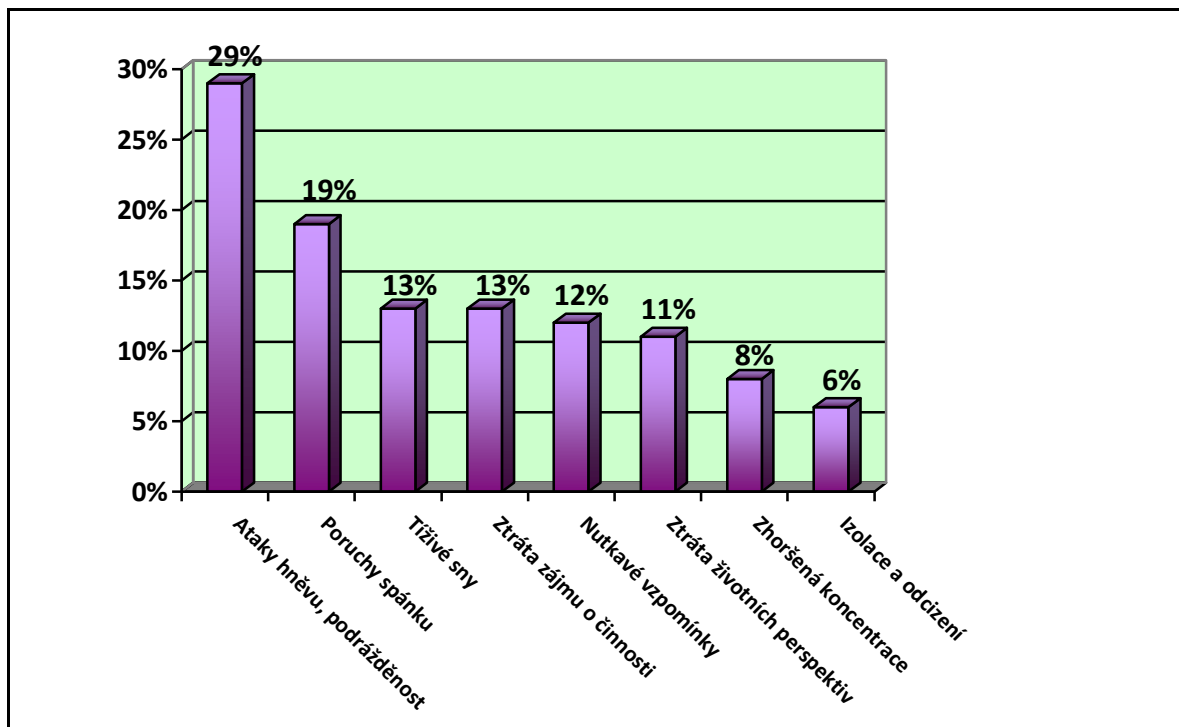
tabulka 8: symptomy PTSD – pohlaví a délka praxe

Délka praxe	Muži			Ženy			Odpovědi celkem		
	Nic	P ¹	P ²	Nic	P ¹	P ²	Nic	P ¹	P ²
0 až 4 let	26	12	4	4	5	4	30	17	8
5 až 9 let	16	2	11	1	3	-	17	5	11
10 až 14 let	5	2	5	-	1	1	5	3	6
15 let a více	1	3	2	-	-	1	1	3	3
Celkem	48	19	22	5	9	6	53	28	28



Obrázek 8: symptomy PTSD

54% mužů a 25% žen nevedlo žádný ze symptomů PTSD, 21% mužů a 45% žen zaznačilo jeden až dva symptomy PTSD. Výskyt jednoho až dvou symptomů PTSD může být způsobem momentální psychickým rozpoložením zkoumaných osob, nemusí se jednat o samotnou poruchu. 25% mužů a 30% žen zaškrtnulo tři a více symptomů PTSD. V těchto případech se může a nemusí jednat o PTSD, výsledek ovšem značí, že respondenti jsou v značné psychické nepohodě. Následující graf zobrazuje četnost jednotlivých příznaků PTSD.



Obrázek 9: zastoupenou jednotlivých symptomů PTSD

Nejvíce zastoupeným příznakem PTSD jsou ataky hněvu a vzteku, zvýšená podrážděnost, které uvedlo 29% osob, poruchy spánku, problémy s usínáním a časté probouzení uvedlo 19% účastníků výzkumu, 13% policistů a policistek prožívá nebo někdy prožilo opakující se tíživé sny (noční můry) a pociťují ztrátu zájmu o činnosti, které dříve považovali za důležité, spontánně se vybavující nutkavé vzpomínky na traumatickou událost z práce uvedlo 12% respondentů, 11% lidí zaškrtnulo pocit ztráty životních perspektiv, zhoršená schopnost soustředit se na úkol byla uvedena u 8% respondentů a pocity izolace a odcizení vůči ostatním zaznamenalo 6% účastníků výzkumu.

V rozhovorech respondenti popsali následující potíže.

R1: Policista uvádí, že měl jisté problémy, když nastoupil do práce u Policie ČR. Toto období pro něj bylo náročné, protože se zde prolíná rozchod s přítelkyní s nástupem do nového zaměstnání. Účastník výzkumu popisuje, že trpěl poruchami spánku, v noci se často probouzel a mívával děsivé noční sny. V noci mu před očima proběhla událost z práce, když se vzbudil, už se mu nedařilo znovu usnout. Respondent pociťoval i jistou ztrátu životních perspektiv a býval velmi podrážděný, to ovšem přisuzuje rozchodu s přítelkyní. Práce mu

v té době byla přínosem, díky ní přišel na jiné myšlenky. Péči odborníků nevyhledal, problémy časem odezněly samy.

R2: Zkoumaná osoba netrpí žádným z projevů PTSD. Při práci pocítuje pouze jistou izolaci, nejedná se však jako důsledek traumatické události. Navzdory tomu, že pracuje s lidmi, nepoznává je osobně, respondent proto cítí odcizení od lidí. Dále uvádí určité akutní problémy, se kterými se setkává před náročnou akcí. Jmenuje zejména silnou nevolnost, svíravý pocit v žaludky, párkrát došlo i ke zvracení.

První respondent měl zpočátku při výkonu profese jisté problémy. Jednalo se poruchy spánku, časté probouzení, tíživé noční sny, býval podrážděný a pocíval ztrátu životních perspektiv. Druhý účastník výzkumu netrpí žádným ze symptomů PTSD, cítí jen jistou izolaci a odcizení od lidí, ne však v souvislosti s traumatickou událostí. Při prožívání stresu prožívá nevolnost, svíravý pocit žaludky, někdy i zvracení.

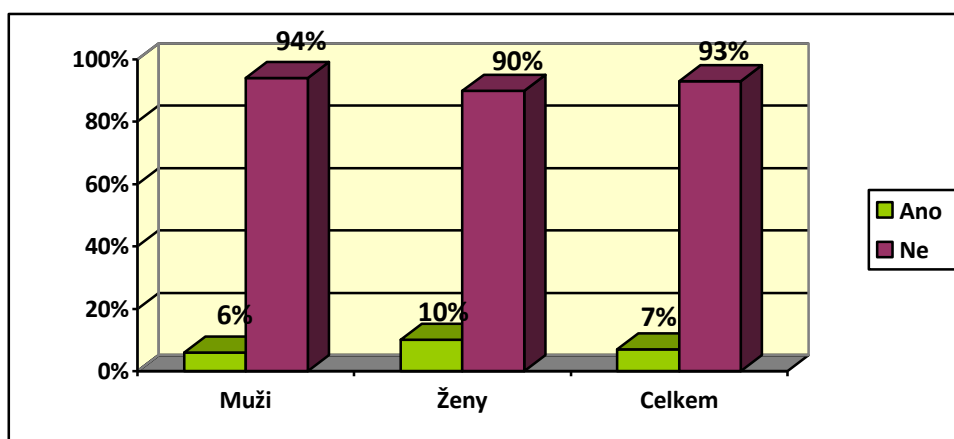
Otázka č. 5: Uvažoval/a jste někdy o odchodu z řad Policie ČR kvůli posttraumatické stresové poruše?

tabulka 9: odchod od Policie ČR – pohlaví a věk

Věk	Muži		Ženy		Odpovědi celkem	
	Ano	Ne	Ano	Ne	Ano	Ne
Do 30 let	5	41	-	14	5	55
31 až 40 let	1	34	1	4	2	38
41 až 50 let	-	6	-	-	-	6
51 let a více	-	2	1	-	1	2
Celkem	6	83	2	18	8	101

tabulka 10: odchod od Policie ČR – pohlaví a délka praxe

Délka praxe	Muži		Ženy		Odpovědi celkem	
	Ano	Ne	Ano	Ne	Ano	Ne
0 až 4 let	2	40	2	11	4	51
5 až 9 let	3	26	-	4	3	30
10 až 14 let	1	11	-	2	1	13
15 let a více	-	6	-	1	-	7
Celkem	6	83	2	18	8	101



Obrázek 10: odchod od Policie ČR

6% mužů a 10% žen uvažuje o odchodu z řad Policie ČR kvůli PTSD, 94% mužů a 90% žen o odchodu kvůli PTSD neuvažuje. Kladně odpovědělo celkem 7% respondentů, záporně 93% zkoumaných osob.

Z rozhovorů vyplynuly následující fakta.

R1: Policista o odchodu od Policie ČR zatím nikdy neuvažoval. Popisuje, že začátku cítil jistý nátlak a stres, ale časem se s tím vyrovnal. Práce policisty ho baví a naplňuje, což je pro něj důležité. Rád pomáhá lidem, dříve byl dobrovolným hasičem. Dokonce uvádí, že PTSD by pro něj nebyla dostatečným důvodem pro odchod ze zaměstnání.

R2: Účastník výzkumu o odchodu z řad Policie ČR uvažuje již delší dobu zejména kvůli stresu, který v práci prožívá. Nechce, aby se intenzivní stres v budoucnu podepsal ještě více na jeho zdraví. Už teď trpí problémy, jako jsou bolesti žaludku, při stresu pociťuje nevolnost. Dalším důvodem k odchodu je pro něj nestálá pracovní doba. Když jde ráno do práce, nikdy neví, kdy přesně se vrátí. Nemůže odejít uprostřed akce, což mu nabořává osobní život. Respondent není schopen se s někým domluvit na konkrétním čase, protože postrádá stereotyp. Uvažuje i o přecházení na jinou, méně náročnou práci v rámci Policie ČR i za cenu menšího platu.

První respondent o odchodu od Policie ČR nikdy neuvažoval, druhý účastník výzkumu o tom přemýšlí, zejména pro intenzivní stres, který v práci zažívá a pro nestálou pracovní dobu, jež mu narušuje soukromý život.

Otázka č. 6: Vyhledal/a jste někdy psychologa v souvislosti s výkonem Vaší profese?

Ne¹ – Ne, nikdy jsem o tom neuvažoval/a

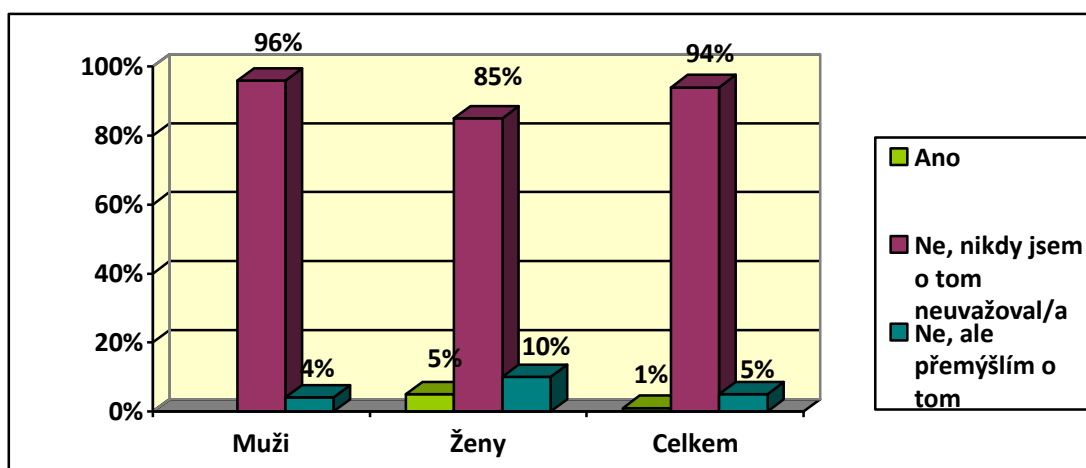
Ne² – Ne, ale přemýšlím o tom.

tabulka 11: návštěvnost psychologa – pohlaví a věk

Věk	Muži			Ženy			Odpovědi celkem		
	Ano	Ne ¹	Ne ²	Ano	Ne ¹	Ne ²	Ano	Ne ¹	Ne ²
Do 30 let	-	44	2	-	12	2	-	56	4
31 až 40 let	-	33	2	-	5	-	-	38	2
41 až 50 let	-	6	-	-	-	-	-	6	-
51 let a více	-	2	-	1	-	-	1	2	-
Celkem	-	85	4	1	17	2	1	102	6

tabulka 12: návštěvnost psychologa – pohlaví a délka praxe

Délka praxe	Muži			Ženy			Odpovědi celkem		
	Ano	Ne ¹	Ne ²	Ano	Ne ¹	Ne ²	Ano	Ne ¹	Ne ²
0 až 4 let	-	40	2	1	11	1	1	51	3
5 až 9 let	-	28	1	-	3	1	-	31	2
10 až 14 let	-	11	1	-	2	-	-	13	1
15 let a více	-	6	-	-	1	-	-	7	-
Celkem	-	85	4	1	17	2	1	102	6



Obrázek 11: návštěvnost psychologa

V souvislosti s výkonem profese policisty či policistky již navštívilo psychologa 5% že, ale žádný muž, o schůzce s psychologem nikdy neuvažovalo 96% mužů a 85% žen, o budoucím vyhledání odborné pomoci u psychologa přemýšlí 4% mužů a 10% žen. Celkem psychologa navštívilo 1% respondentů, 94% zkoumaných osob o tom nikdy neuvažovalo a 5% respondentů nad vyhledáním psychologa přemýšlí.

O návštěvě psychologa jsem se z rozhovorů dozvěděla níže uvedené informace.

R1: Policista psychologa nikdy nevyhledal. Zatím pro něj nenastala situace natolik závažná, aby uvažoval o odborné pomoci. Policejní psychologa zná z některých školení. Psycholog mu i ostatním policistům nabízel možnost kdykoliv prodiskutovat případný problém.

Respondent uvádí, že pokud má pracovní problém, upřednostňuje možnost svěřit se blízké osobě.

R2: Zkoumaná osoba zatím psychologa nevyhledala, ale již delší dobu o tom uvažuje, ne však kvůli profesním záležitostem. S pracovními problémy se nikomu nesvěřuje, je to nevhodné vzhledem k specifické náplni práce, která podléhá utajení. Výjimečně se svěří sourozenci. Dále účastník výzkumu uvádí, že kdyby ji zasáhla závažná událost, vyhledal by odbornou pomoc. Věří, že nevyřešené psychické problémy se časem mohou odrazit na fyzickém zdraví.

Obě osoby zatím psychologa nevyhledaly. Druhý účastník výzkumu o návštěvě psychologa uvažuje, ne však pro pracovní důvody. První respondent uvádí, že preferuje možnost svěřit se blízké osobě, zatímco druhá osoba popisuje, že když by pociťovala problém, vyhledala by odbornou pomoc.

Otázka č. 7: Účastnil/a jste se po nějaké nebezpečné akci nebo zásahu tzv. protitraumatického sezení?

Ne³ – Ne, nikdy jsem o ničem takovém neslyšel/a.

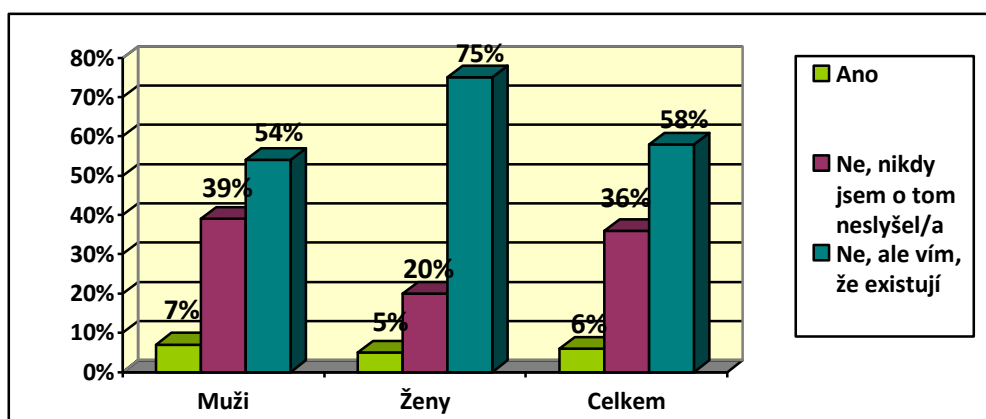
Ne⁴ – Ne, ale vím, že taková sezení existují.

tabulka 13: protitraumatická sezení – pohlaví a věk

Věk	Muži			Ženy			Odpovědi celkem		
	Ano	Ne ³	Ne ⁴	Ano	Ne ³	Ne ⁴	Ano	Ne ³	Ne ⁴
Do 30 let	3	18	25	1	1	12	4	19	37
31 až 40 let	3	15	17	-	3	2	3	18	19
41 až 50 let	-	-	6	-	-	-	-	-	6
51 let a více	-	2	-	-	-	1	-	2	1
Celkem	6	35	48	1	4	15	7	39	63

tabulka 14: protitraumatická sezení – pohlaví a délka praxe

Délka praxe	Muži			Ženy			Odpovědi celkem		
	Ano	Ne ³	Ne ⁴	Ano	Ne ³	Ne ⁴	Ano	Ne ³	Ne ⁴
0 až 4 let	3	11	28	1	3	9	4	14	37
5 až 9 let	3	13	13	-	1	3	3	14	16
10 až 14 let	-	7	5	-	-	2	-	7	7
15 let a více	-	4	2	-	-	1	-	4	3
Celkem	6	35	48	1	4	15	7	39	63



Obrázek 12: protitraumatická sezení

Protitraumatického sezení se zúčastnilo 7% mužů a 5% žen, 39 % mužů a 20% žen uvádí, že se protitraumatického sezení nikdy nezúčastnili a tento pojem nikdy neslyšeli, 54% mužů a 75% žen sice protitraumatické sezení nezažilo, ale vědí, že taková sezení probíhají. Celkem toto sezení zažilo 6% respondentů, 36% policistů a policistek neví, že něco takového existuje a 58% účastníků výzkumu sice protitraumatické sezení na vlastní kůži nezažilo, ale vědí, že taková sezení probíhají.

Z rozhovorů vyplynuly o protitraumatických sezeních následující informace.

R1: Respondent popisuje, že jsou v práci rozděleni do pěti skupin po pěti lidech. Jde vždy o pěti osob, která spolu tráví na pracovišti nejvíce času. V těchto skupinách pak mají možnost diskutovat o tom, co je trápí či zasáhlo. Sezení přispívají ke vzniku důvěry mezi

kolegy a k lepšímu vzájemnému poznání. Tuto možnost otevřené komunikace účastník výzkumu vnímá jako velmi důležitou. Sezení v malé skupině s pěti lidmi považuje za přínosné a pro něj vyhovující. Skupinová sezení s více lidmi dle něj nejsou dobrým nápadem.

R2: Pojem protitraumatické sezení slyší zkoumaná osoba poprvé. Na oddělení, kde pracuje, nic takového neprobíhá. Po náročné akci dochází pouze k zhodnocení případu jako takového, nikdo nesdílí pocity nebo problémy.

První respondent má zkušenost s protitraumatickým sezením, kterého se zúčastnil. Druhá osoba nikdy o ničem takovém neslyšela, na oddělení, kde pracuje protitraumatická sezení neprobíhají.

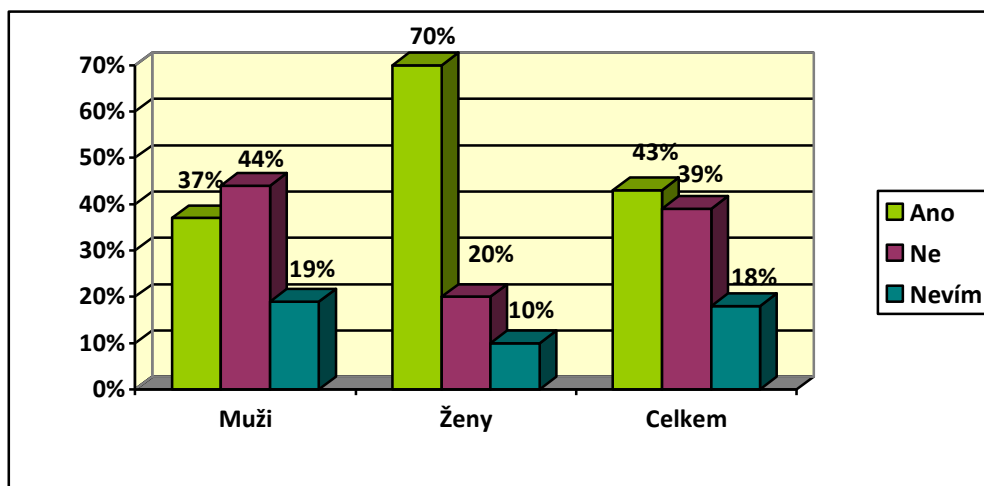
Otázka č. 8: Snaží se organizace zajistit prevence posttraumatické stresové poruchy? Pokud ano, popište prosím jak.

tabulka 15: prevence PTSD – pohlaví a věk

Věk	Muži			Ženy			Odpovědi celkem		
	Ano	Ne	Nevím	Ano	Ne	Nevím	Ano	Ne	Nevím
Do 30 let	12	25	9	11	2	1	23	27	10
31 až 40 let	17	12	6	3	1	1	20	13	7
41 až 50 let	3	1	2	-	-	-	3	1	2
51 let a více	1	1	-	-	1	-	1	2	-
Celkem	33	39	17	14	4	2	47	43	19

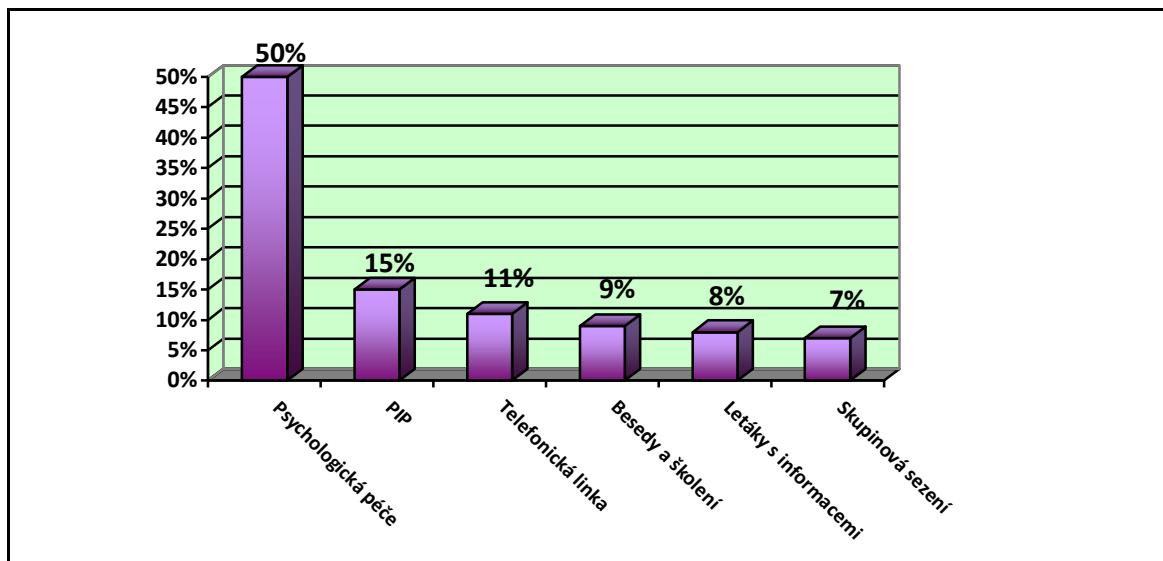
tabulka 16: prevence PTSD - pohlaví a délka praxe

Délka praxe	Muži			Ženy			Odpovědi celkem		
	Ano	Ne	Ne- vím	Ano	Ne	Nevím	Ano	Ne	Nevím
0 až 4 let	11	24	7	11	2	1	22	26	8
5 až 9 let	13	9	7	2	1	-	15	10	7
10 až 14 let	7	4	1	1	1	-	8	5	1
15 let a více	2	2	2	-	-	1	2	2	3
Celkem	33	39	17	14	4	2	47	43	19



Obrázek 13: prevence PTSD

37% mužů a 70% žen uvedlo, že se organizace Policie ČR snaží zajistit prevenci PTSD, 44% mužů a 20% žen se domnívá, že prevence zajišťována není a 19% mužů a 10% žen neví. Respondenti, kteří odpověděli kladně, uvedli následující formy prevence, která je jim poskytována.



Obrázek 14: formy prevence PTSD

50% policistů a policistek uvádí psychologickou péči jako formu prevence PTSD, 15% respondentů zmiňuje posttraumatickou intervenční péči, 11% účastníků výzkumu napsalo možnost telefonické Linky pomoci v krizi, 9% zkoumaných osob uvedlo možnost besed a školení, 8% respondentů zmiňuje letáky s informacemi, 7% lidí uvedlo možnost skupinových sezení.

Při rozhovorech respondenti popsali níže uvedené opatření.

R1: Účastník výzkumu popisuje, že prevence je zajišťována a to díky skupinovým sezením, kdy mají možnost otevřeně diskutovat o tíživých událostech v prostředí důvěry. Jako další preventivní opatření uvádí možnost kdykoliv navštívit policejního psychologa. Takové předcházení PTSD je pro něj dostatečné.

R2: Respondent o žádných preventivních opatřeních neví. Pracuje na utajeném oddělení a ostatní policisté ani netuší, kde sídlí. Chybí zde kontakty zvenčí. Při nástupu do práce sice účastník výzkumu absolvoval pár školení, ale žádná prevence jinak nefunguje, což zkoumaná osoba hodnotí jako závažné. Popisuje, že by preventivní opatření byla určitě vhodná a oceněna více lidmi. Osobně by respondent upřednostnil prevenci formou individuální péče, před větší skupinou lidí by měl problém se otevřít.

První osoba popisuje, že prevence je zajišťována díky skupinovým sezením a psychologické péče, druhý respondent o žádných preventivních opatřeních neví, i přesto že by prevenci PTSD uvítal.

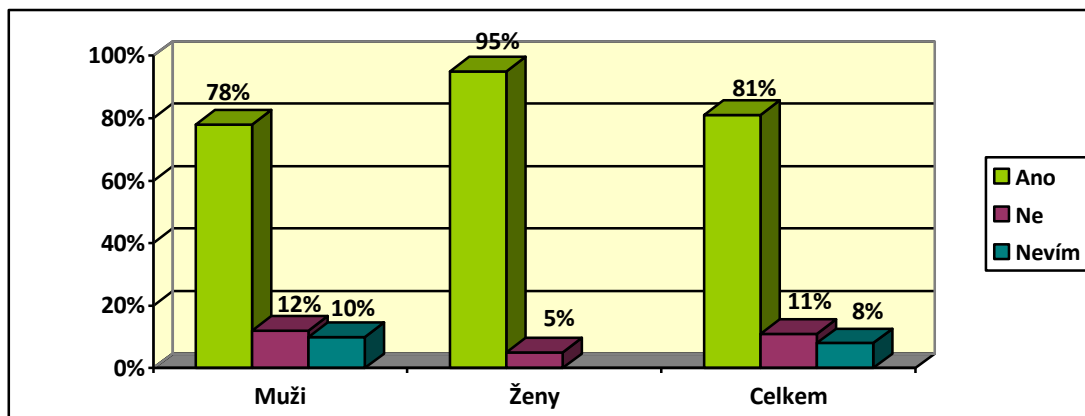
Otázka č. 9: Snažíte se ve volném čase nějak předcházet působení stresu z Vaší profese? Jak?

tabulka 17: předcházení působení stresu – pohlaví a věk

Věk	Muži			Ženy			Odpovědi celkem		
	Ano	Ne	Ne-vím	Ano	Ne	Nevím	Ano	Ne	Nevím
Do 30 let	37	3	6	13	1	-	50	4	6
31 až 40 let	26	6	3	5	-	-	31	6	3
41 až 50 let	5	1	-	-	-	-	5	1	-
51 let a více	1	1	-	1	-	-	2	1	-
Celkem	69	11	9	19	1	-	88	12	9

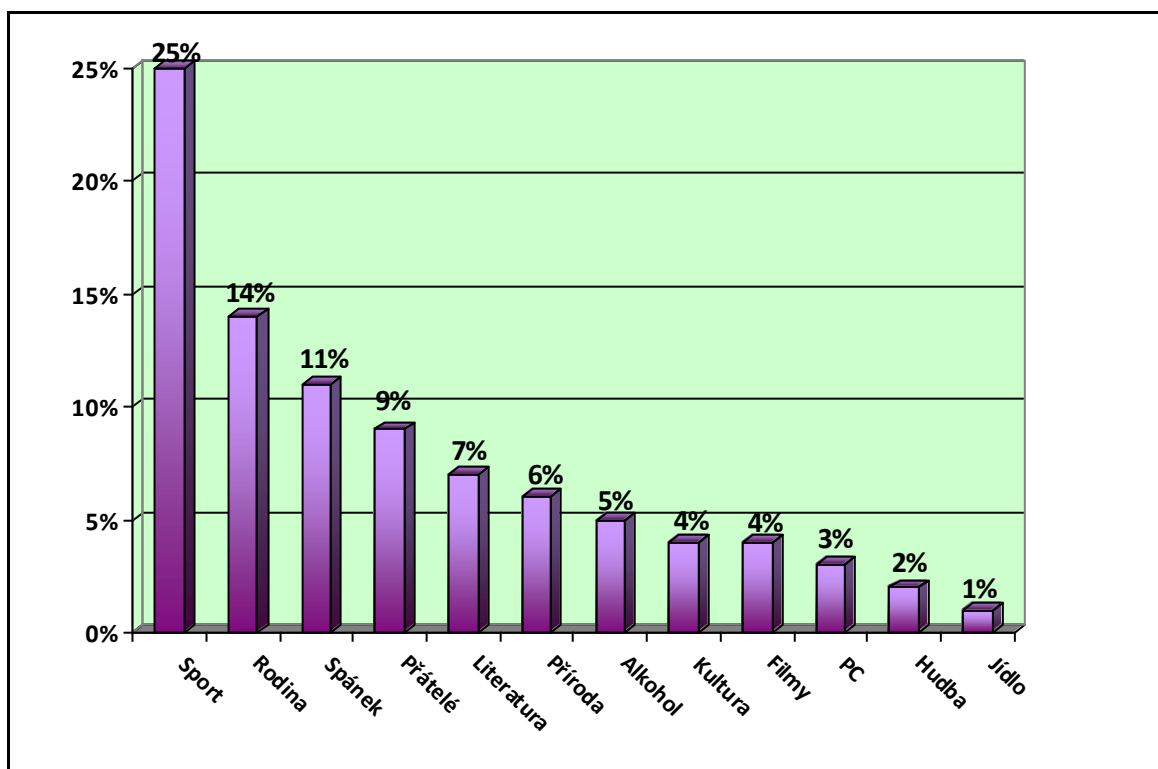
tabulka 18: předcházení působení stresu – pohlaví a délka praxe

Délka praxe	Muži			Ženy			Odpovědi celkem		
	Ano	Ne	Ne-vím	Ano	Ne	Nevím	Ano	Ne	Nevím
0 až 4 let	34	2	6	12	1	-	46	3	6
5 až 9 let	23	4	2	4	-	-	27	4	2
10 až 14 let	8	3	1	2	-	-	10	3	1
15 let a více	4	2	-	1	-	-	5	2	-
Celkem	69	11	9	19	1	-	88	12	9



Obrázek 15: předcházení působení stresu

Ve svém volném čase se 78% mužů a 95% žen snaží přecházet působení stresu, 12% mužů a 5% žen uvedlo, že působení stresu nepředchází a 10% mužů, ale žádná žena neví. Respondenti, kteří odpověděli kladně, uvedli následující formy prevence působení stresu. Celkem 81% policistů a policistek se ve volném čase snaží předcházet pracovnímu stresu, 11% respondentů stresu nepředchází a 8% zkoumaných osob na tuto otázku nedokázalo odpovědět.



Obrázek 16: formy přecházení působení stresu

Formám předcházení stresu dominuje sport, který uvedlo 25% policistů a policistek, dále pak rodina napsaná u 14% zkoumaných osob, 11% respondentů předchází působení stresu

spánkem, 9% účastníků výzkumu relaxuje s přáteli, 7% respondentů uvedlo jako odpočinek literaturu, přírodu pak uvedlo 6% zkoumaných osob, 5% policistů a policistek se uvolňuje užíváním alkoholu, 4% účastníků výzkumu relaxují díky kulturním akcím a sledováním filmů, 3% policistů a policistek odpočívají u počítače, 2% respondentů předchází stresu hudbou a 1% zkoumaných osob relaxuje při jídle.

Účastníci výzkumu uvedli při rozhovorech následující formy přecházení působení stresu ze zaměstnání.

R1: Respondent se ve volném čase snaží předcházet působení stresu, který prožívá v zaměstnání. Rekreačně se věnuje sportu, díky kterému se uvolní a přijde na jiné myšlenky. Uvádí, že práci a soukromý život dokáže oddělit. Ve volném čase se prací vůbec nezabývá, nepřipouští si, aby jej zasáhla. Pokud je to možné, s kolegy některé věci zjednodušují a dělají si z nich legraci, čímž si ulehčují vážné a tíživé okamžiky. Zkoumaná osoba se považuje za pozitivně uvažující, což také považuje za prevenci působení stresu.

R2: Účastník výzkumu má volné jen víkendy, jinak moc volného času nemá. Ve volném čase spí, klidně i 13 hodin denně. Pokud zrovna nespí, tráví svůj volný čas s přáteli. Občas nachází uvolnění i v alkoholu. Z práce pocítuje jistou deformaci. Když jde například s přáteli do hospody, automaticky si sedá na místo, kde bude mít nejlepší přehled o místnosti a uvažuje, přemýšlí, zda nevyčnívá, zda zapadá do davu. Volno a práci těžko odděluje.

Oba účastníci výzkumu se ve svém volném čase snaží předcházet působení stresu ze zaměstnání, ovšem každý jinými prostředky. První policista se věnuje rekreačně sportu, práci a volný čas dokáže bez problému oddělit. Druhý respondent relaxuje s přáteli, spánkem, občas nachází uvolnění v alkoholu. Práci a volný čas odděluje jen těžce.

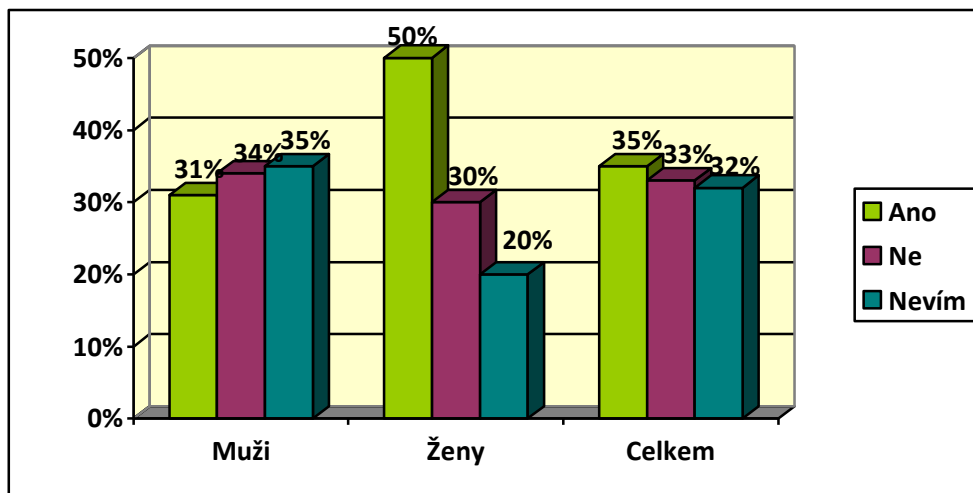
**Otázka č. 10: Přispívá Vám organizace nějakými benefity na trávení volného času?
Jaké formy výhod Vám nabízí?**

tabulka 19: poskytování benefitů – pohlaví a věk

Věk	Muži			Ženy			Odpovědi celkem		
	Ano	Ne	Ne- vím	Ano	Ne	Nevím	Ano	Ne	Nevím
Do 30 let	15	14	17	7	4	3	22	18	20
31 až 40 let	11	12	12	3	1	1	14	13	13
41 až 50 let	2	3	1	-	-	-	2	3	1
51 let a více	-	1	1	-	1	-	-	2	1
Celkem	28	30	31	10	6	4	38	36	35

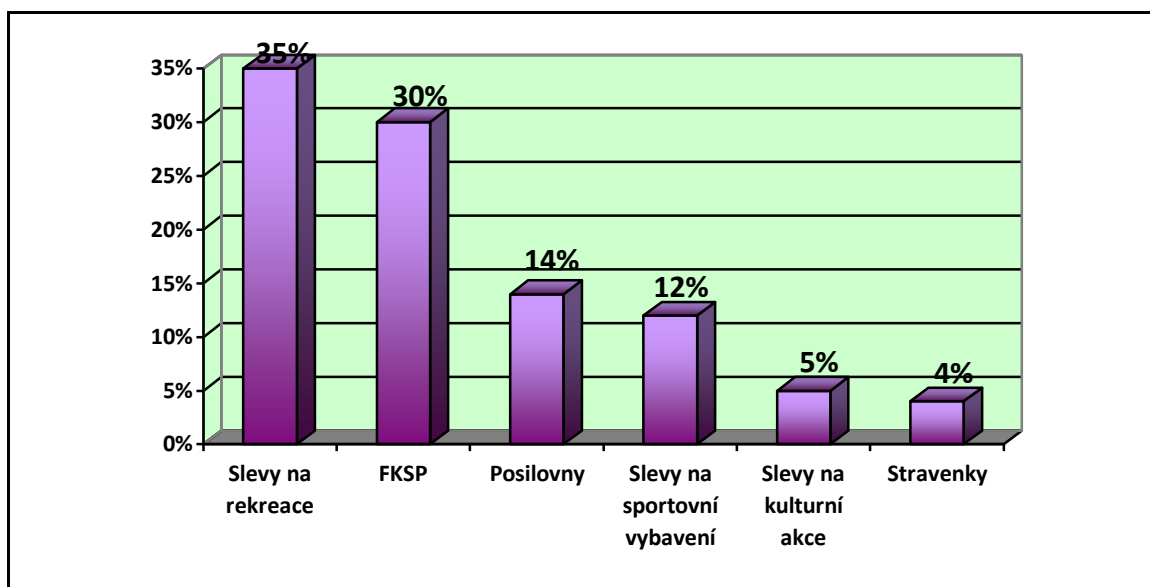
tabulka 20: poskytování benefitů – pohlaví a délka praxe

Délka praxe	Muži			Ženy			Odpovědi celkem		
	Ano	Ne	Ne- vím	Ano	Ne	Nevím	Ano	Ne	Nevím
0 až 4 let	13	12	17	6	3	4	19	15	21
5 až 9 let	8	9	12	2	2	-	10	11	12
10 až 14 let	4	7	1	1	1	-	5	8	1
15 let a více	3	2	1	1	-	-	4	2	1
Celkem	28	30	31	10	6	4	38	36	35



Obrázek 17: poskytování benefitů

31% mužů a 50% žen uvedlo, že jim organizace Policie ČR poskytuje výhody na trávení volného času, 34% mužů a 30% žen uvedlo, že jim žádné benefity poskytovány nejsou, 35% mužů a 20% žen neví, zda jsou nějaké výhody na trávení volného času poskytovány. Celkově jsou odpovědi respondentů ve všech kategoriích poměrně vyrovnané. 35% zkoumaných osob uvádí, že benefity dostávají, 33% účastníků výzkumu naopak uvedlo, že výhody jim poskytovány nejsou a 32 % policistů a policistek neví. Respondenti, kteří odpověděli kladně, uvedli následující formy benefitů, které jsou jim poskytovány.



Obrázek 18: formy benefitů

35% policistů a policistek uvedlo, že jsou jim poskytovány slevy na rekreace, 30% respondentů napsalo, že Policie ČR má fond kulturních a sociálních potřeb, ze kterého je možné čerpat různé výhody, 14% účastníků výzkumu využívá možnosti posiloven na pracovišti,

12% zkoumaných osob napsalo, že dostávají slevy na sportovní vybavení u vybraných prodejců, 5% respondentů uvedlo, že jsou jim poskytovány slevy na vybrané kulturní akce a 4% policistů a policistek napsala možnost stravenek.

K otázce poskytování benefitů se respondenti v rozhovorech vyjádřili následovně.

R1: Účastník výzkumu uvádí, že určité výhody mu poskytovány jsou, ale dříve bylo benefitů více. Organizace stále nabízí výhody jako je užívání posilovny zdarma, tuto možnost respondent využívá. Dále popisuje slevy u vybraných prodejců na sportovní náčiní a stravenky v hodnotě 20,- Kč. Tuto částku považuje za nedostatečnou a směšnou. Co se benefitů týče, uvádí ještě rekreační střediska pro policii, kam se však dostávají jen lidé z vedení. Rekreační pobyty respondent považuje za nejefektivnější formu odpočinku a uvítal by, kdyby byla taková možnost pro všechny policisty. Jinak považuje zaměstnanecké výhody za adekvátní.

R2: Jisté benefity respondent popisuje. Jde např. o možnost cvičení v posilovně, kterou však nevyužívá. V létě účastník výzkumu jezdí v rámci zaměstnání jedenkrát měsíčně na odpolední relax, do areálu, kde je k dispozici hřiště, bazén a různé možnosti sportovního vyžití. Policisté zde odpočívají jedno odpoledne a druhý den jdou normálně do práce. Dále tento člověk uvádí, že dostávají stravenky v hodnotě 20,- Kč. Stravenky s touto hodnotou mají pouze policisté. Takže pokud respondent platí touto stravenkou, vystavuje se riziku odhalení, což je pro práci v utajení paradoxní.

Obě osoby uvádí, že benefity jim poskytovány jsou. Jedná se o možnost využívání posiloven, stravenky v hodnotě 20,- Kč. První respondent uvádí ještě slevy na sportovní náčiní a uvítal by možnost pobytu v rekreačních střediscích. Druhý účastník výzkumu má možnost pobytu v rekreačních střediscích, kterou využívá.

5.2 Shrnutí výsledků výzkumu

Při plánování výzkumu jsem si vymezila čtyři výzkumné otázky, na které jsem se snažila najít odpověď vyhodnocením dotazníkového šetření a rozhovorů.

Vyhodnocení výzkumné otázky č. 1: Jaká je míra výskytu PTSD u Policie ČR v Brně?

PTSD vzniká na základě traumatické události. Většina respondentů, a to 76%, uvedla, že se již setkala s traumatickou situací při výkonu profese. Nejčastěji šlo o násilné potyčky, demonstrace, ohledání mrtvoly, dopravní nehody, napadení hlídky, vyjednávání se sebevrahem, sledování nebezpečného pachatele, použití zbraně, poskytování první pomoci i smrt kolegy ve výkonu služby. Účastníci výzkumu, se kterými jsem provedla rozhovory, mají rovněž traumatizující zážitek z práce, konkrétně jde o bezprostřední vnímání mrtvých těl a sledování nebezpečného pachatele, při kterém je ohrožen život a zdraví.

Provedený výzkum ukázal, že 50% policistů a policistek netrpí žádným ze symptomů PTSD. 25% účastníků výzkumu uvedlo v dotazníkovém šetření, že trpí jedním až dvěma příznaky PTSD. Výskyt jednoho až dvou příznaků může poukazovat na momentální psychické rozpoložení, nemusí značit PTSD. 25% respondentů v dotazníku zaškrtnulo, že u sebe pozorují tři a více symptomů PTSD. Nelze s jistotou tvrdit, že zkoumané osoby se třemi a více symptomy trpí PTSD. U některých se o PTSD jednat může, u jiných nemusí. Výskyt tří a více příznaků však poukazuje, že jsou respondenti v psychické nepohodě. Při rozhovorech jeden respondent uvedl, že dříve trpěl některými příznaky PTSD, nešlo však o nic vážného a tyto symptomy časem vymizely.

Nejčastěji uváděným příznakem PTSD byly ataky hněvu a zvýšená podrážděnost, tento symptom uvedlo 29% policistů a policistek, 19% účastníků výzkumu uvedlo poruchy spánku, problémy s usínáním a časté probouzení, 13% osob pak zažívá tíživé noční sny a stejný počet respondentů také uvádí, že ztratilo zájem o činnosti, které dříve považovali za důležité, 12% účastníků výzkumu trpí nutkavými vzpomínkami na traumatickou událost, se kterou se setkali při výkonu profese, 11% policistů a policistek pociťuje ztrátu životních perspektiv, 8% respondentů má zhoršenou schopnost se soustředit na úkol a 6% osob cítí odcizení od ostatních lidí a izolaci. I přes tyto příznaky PTSD drtivá většina policistů a policistek, a to 93%, neuvažuje o odchodu z řad Policie ČR. Z rozhovorů pak vyplynulo, že jeden respondent uvažuje o odchodu od Policie ČR kvůli intenzivnímu stresu, který při výkonu profese zažívá.

Vyhodnocení výzkumné otázky č. 2: Co považují příslušníci Policie ČR v Brně za nejvíce stresující aspekty jejich práce?

Výzkum ukázal, že nejvíce stresující aspekt policejní práce je jednání s agresivními lidmi, což uvedlo 17% respondentů, 15% policistů a policistek je stresováno současnou ekonomickou situací ohledně situace u Policie ČR, 11% lidí pociťuje tlak z vedení a je stresováno současnou politickou situací ohledně Policie ČR, 9% respondentů cítí při práci ohrožení na zdraví a životě, 7% účastníků výzkumu uvádí, jako nejvíce stresující aspekt práce nemožnost připravit se na situaci, 5% osob je stresováno situacemi, kdy by mělo dojít k použití zbraně, 3% policistů a policistek stresují případy, kde jsou zraněné či usmrcené děti a rozhodování se v časové tísní, 2% osob uvádí jako stres případy, kde došlo k těžkému zranění či usmrcení osoby a nadbytečnou administrativu, 1% osob pociťuje stres při situacích, kdy je na zdraví či životě ohrožen kolega a nejistotu udržení si pracovní pozice a 13% dotázaných nedokázalo na tuto otázku odpovědět.

Při rozhovorech se pak oba účastníci shodli na tom, že je stresuje nepředvídatelnost situací, se kterými se při práci setkávají. První respondent navíc považuje za stresující současnou ekonomickou situaci ohledně Policie ČR, kdy pocítil snížení platu i prostředků pro vykonávání práce. Druhá osoba navíc pociťuje ohrožení na zdraví a životě, jako traumatizující vidí i fakt, že pracuje o samotě, tudíž se obává, že kdyby došlo k problému, nebyl by na blízku nikdo, kdo by pomohl.

Vyhodnocení výzkumné otázky č. 3: Jak jsou příslušníci Policie ČR v Brně informováni o prevenci proti PTSD?

V první řadě mě zajímalo, zda respondenti vědí, co to PTSD je. PTSD dokázalo správně charakterizovat 56% policistů a policistek, 13% účastníků výzkumu vymezilo tento pojem nesprávně a 31% zkoumaných osob uvedlo, že neví co to PTSD je. Z dotazníkového šetření vyplývá, že 43% respondentů uvedlo, že se organizace Policie ČR snaží zajišťovat prevence proti PTSD a to formou psychologické péče, k dispozici jsou i členové týmu posttraumatické intervenční péče, telefonní Linka pomoci v krizi, probíhají různé besedy, školení a skupinová sezení, obvodní oddělení disponují letáky s informacemi. 18% z dotázaných uvádí, že o prevenci neví, někteří respondenti připsali, že se po způsobech předcházení PTSD nikdy nepátrali a tato problematika je nezajímá. 39% policistů a policistek

uvedlo, že v rámci Policie ČR žádná forma prevence proti PTSD neexistuje. I odpovědi osob z rozhovorů se liší. Zatímco první policista popisuje, že prevence zajišťována je formou skupinových sezení a psychologické péče, druhý respondent uvádí, že žádná preventivní opatření neprobíhají i přesto, že by to bylo dle jeho názoru vhodné.

Protitraumatického sezení se účastnilo pouhých 6% z dotazovaných, 58% policistů a policistek uvedlo, že vědí o existenci těchto sezení, ale zatím se jich nikdy neúčastnili a 36% respondentů uvedlo, že se protitraumatického sezení nikdy neúčastnilo a tento pojem je pro ně neznámý. V rozhovorech pak první účastník výzkumu uvedl, že se protitraumatického sezení zúčastnil, druhá osoba tento pojem nikdy neslyšela a protitraumatického sezení se nikdy nezúčastnila.

Psychologa navštívilo jen 1% účastníků výzkumu, většina respondentů, konkrétně 94%, o vyhledání psychologa nikdy neuvažovalo a 5% policistů a policistek psychologa sice nevyhledalo, ale o konzultaci s psychologem přemýšlí. Při rozhovorech mi první policista sdělil, že psychologa nikdy nevyhledal, ani o tom neuvažuje, druhý respondent o návštěvě psychologa přemýšlí, ne však pro profesní důvody.

Vyhodnocení výzkumné otázky č. 4: Jak se snaží jednotliví příslušníci Policie ČR v Brně přecházet působení pracovního stresu ve svém volném čase?

Dotazníkové šetření ukázalo, že většina respondentů, a to 81%, se ve svém volném čase snaží přecházet působení stresu, který zažívají v práci. Nejvíce uváděnou formou odpočinku byl sport, dále trávení času s rodinou či přáteli, spánek, literatura, procházky v přírodě, navštěvování kulturních akcí, sledování filmů, uvolnění u počítače, při hudbě či jídle, ale i odreagování pomocí alkoholu. Při rozhovorech oba účastníci výzkumu uvedli, že se ve svém volném čase snaží předcházet působení pracovního stresu, ovšem každý jinými prostředky. První policista se věnuje rekreačně sportu, práci a volný čas dokáže bez problému oddělit. Druhý respondent relaxuje s přáteli, spánkem, občas nachází uvolnění i v alkoholu. Práci a volný čas odděluje jen těžce.

Zajímalo mě také, zda organizace Policie ČR svým zaměstnancům přispívá nějakými benefity na trávení volného času. Zhruba třetina respondentů napsala, že jim organizace přispívá výhodami na trávení volného času, další třetina uvedla, že jim žádné benefity poskytovány nejsou a poslední třetina neví. Respondenti, kteří odpověděli kladně, uváděli jako výhody

na trávení volného času možnost získání slev na rekreace, užívání posilovny zdarma, slevy na sportovní náčiní u vybraných prodejců a slevy na vybrané kulturní akce a stravenky. Při rozhovorech mi obě osoby sdělily, že jim benefity poskytovány jsou, jmenovaly možnost využívání posiloven a stravenky v hodnotě 20,- Kč. První respondent doplnil ještě slevy na sportovní náčiní. Druhý účastník výzkumu má možnost pobytu v rekreačních střediscích, kterou využívá.

5.3 Doporučení pro praxi

Studiem odborné literatury a vzhledem k výsledkům výzkumu mezi příslušníky Policie ČR v Brně jsem dospěla k závěru, že policisté a policistky jsou ohroženi PTSD. Existující prevence v oblasti přecházení PTSD má odborný charakter, ale je nutné zvýšit informovanost o možných službách, které organizace Policie ČR poskytuje. Z dotazníkového šetření vyplývá, že více jak polovina zkoumaných osob neví o existenci prevence nebo se dokonce domnívá, že prevence v oblasti problematiky PTSD není. Tento fakt mi potvrdil i jeden z rozhovorů, kdy respondent uvedl, že o možnostech prevence PTSD neví i přesto, že by určitá opatření uvítal. Z dotazníkového šetření také vyplynulo, že téměř polovina respondentů nemá úplnou představu co to PTSD je. Vzhledem k tomuto zjištění bych jako hlavní doporučení pro praxi vyzdvihla větší důraz na prevenci v oblasti předcházení PTSD. Za důležité považuji i častější kontakt mezi psychology a policisty, který by vedl k prohloubení důvěry, aby vyhledání psychologa bylo považováno za přirozené. Přínosné by mohlo být také užívání modelových situací při přípravě policistů a policistek na ohrožující situace. Pro přiblížení problematiky PTSD a možné prevence v rámci Policie ČR by byl efektivní nárůst školení a besed zabývajících se touto tematikou.

ZÁVĚR

Bakalářská práce pojednává o výskytu a prevenci posttraumatické stresové poruchy u Policie ČR v Brně. V první části práce předkládám teoretická východiska práce, zahrnuty jsou jednotlivé kapitoly o posttraumatické stresové poruše. Začínám vymezením pojmů stres a trauma, bez kterých by samotná porucha nevznikla, zmíněny jsou stresory policejní práce, pokračuje samotnou posttraumatickou stresovou poruchou, její historií, charakteristikou, jednotlivými symptomy a teoretická část končí kapitolou, kde jsou uvedeny jednotlivé možnosti léčby a také prevence, která existuje v rámci Policie ČR. Teoretická část pomáhá se lépe orientovat a porozumět problematice spojené s posttraumatickou stresovou poruchou z odborného hlediska.

Praktická část ukazuje smíšený výzkum, kterým byl zaměřen na zjištění míry výskytu posttraumatické stresové poruchy a informovanosti příslušníků Policie ČR v Brně ohledně možností prevence. Jednotlivé kapitoly uvádějí výsledky dotazníkového šetření i rozhovorů. Další kapitola shrnuje výsledky výzkumu. Informace získané pomocí dotazníků a rozhovorů mi poskytly odpovědi na výzkumné otázky, čím došlo k naplnění výzkumného cíle.

Výzkum prokázal, že čtvrtina policistů a policistek z Brna, zažívá dlouhotrvající stav psychické nepohody, který souvisí s výkonem jejich profese. Zda se jedná přímo o posttraumatickou stresovou poruchu nebo ne, nelze posoudit. Každý člověk je individuum, tudíž se i posttraumatická stresová porucha objevuje individuálně. Za znepokojující fakt považuji fakt, že více jak polovina respondentů neví o prevenci v rámci organizace nebo se dokonce domnívá, že prevence proti posttraumatické stresové poruše u Policie ČR neexistuje. Je tedy možné, že někteří respondenti by ani nevěděli, že se mohou obrátit o pomoc u svého zaměstnavatele v případě problémů s posttraumatickou stresovou poruchou. Troufám si tvrdit, že bakalářská práce přináší zajímavé poznatky k tomuto tématu.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- BAŠTECKÁ, B. a kol. *Terénní krizová práce: Psychosociální intervenční týmy*. Praha: Grada, 2005. ISBN 80-247-0708-X.
- BAŠTECKÁ, B., GOLDMAN, P. *Základy klinické psychologie*. Praha: Portál, 2001. ISBN 80-7178-550-4.
- BREČKA, T. A. *Psychologie katastrof: Vybrané kapitoly*. Praha: Triton, 2009. ISBN 978 - 80-7387-330-1.
- CUNGI, CH. *Jak zvládat stres: Metody a praktická cvičení*. Praha: Portál, 2001. ISBN 80-7178-465-6.
- ČÍRTKOVÁ, L. *Kriminální psychologie*. Praha: Eurounion, 1998. ISBN 80-85858-70-3.
- ČÍRTKOVÁ, L. *Policejní psychologie*. Praha: Portál, 2000. ISBN 80-7178-475-3.
- ČÍRTKOVÁ, L. *Pomoc obětem (a svědkům) trestných činů: Příručka pro pomáhající profesí*. Praha: Grada Publishing, 2007. ISBN 978-80-247-2014-2.
- Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Fourth Edition. Washington, DC: American psychiatric association, 1994.
- GAVORA, P. *Úvod do pedagogického výzkumu*. Brno: Paido, 2000. ISBN 80-85931-79-6.
- HARTL, P. *Stručný psychologický slovník*. Praha: Portál, 2004. ISBN 80-7178-803-1.
- CHRÁSKA, M. *Metody pedagogického výzkumu: Základy kvantitativního výzkumu*. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-147-1369-4.
- JOSHI, V. *Stres a zdraví*. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-211-9.
- JUNGVIRTOVÁ, J. Krize není konec, krize je příležitost. *Policista*. 2008, 4. ISSN 1211-7943.
- KINCHIN, D. *Posttraumatic stress disorder: The invisible injury*. Great Britain: Success Unlimited, 2004. ISBN 0952912147.
- KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie zdraví*. Praha: Portál, 2001. ISBN 80-7178-774-4.
- LUKEŠ, V. Policista a stres. *Policista*. 2006, 11. ISSN 1211-7943.

- MATOUŠEK, O. *Potřebujete psychoterapii?: O duševním zdraví, jeho poruchách a možnostech psychotherapeutické pomoci*. Praha: Portál, 1999. ISBN 80-7178-314-5.
- Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů*. 10. vyd. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2008. ISBN 978-80-904259-0-3.
- MIOVSKÝ, M. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada Publishing, 2006. ISBN 80-2471-326-5.
- NEDLEY, N. *Život bez deprese*. Praha: Advent – Orion, 2007. ISBN 978-80-7172-023-2.
- PORTERFIELDOVÁ, K. M. *Jak se vyrovnat s následky traumatu*. Praha: Nakladatelství Lidové noviny, 1996. ISBN 80-7106-262-6.
- PRAŠKO, J. *Stop traumatickým vzpomínkám: Jak zvládnout posttraumatickou stresovou poruchu*. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-811-2.
- RŮŽIČKA, J. *Psychosomatický přístup k člověku*. Praha: Triton, 2006. ISBN 80-7254-750-X.
- SOTOLÁŘOVÁ, M. Posttraumatická intervenční péče o policisty. *Policista*. 2001, 6. ISSN 1211-7943.
- ŠVAŘÍČEK, R. a kol. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Praha: Portál, 2007. ISBN 987-80-7367-313-0.
- VIZINOVÁ, D., PREISS, M. *Psychické trauma a jeho terapie (PTSD): Psychologická pomoc obětem válek a katastrof*. Praha: Portál, 1999. ISBN 80-7178-284-X.
- VYMĚTAL, Š. Posttraumatická intervenční péče jako prevence rozvoje posttraumatické stresové poruchy. *Policista*. 2003, 12. ISSN 1211-7943.

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

- PTSD Posttraumatická stresová porucha
- DMS Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Diagnostický a statistický manuál duševních poruch)
- PIP Posttraumatická intervenční péče
- FKSP Fond kulturních a sociálních potřeb

SEZNAM OBRÁZKŮ

Obrázek 1: pohlaví respondentů	43
Obrázek 2: pohlaví a věk respondentů.....	44
Obrázek 3: pohlaví a délka praxe respondentů	45
Obrázek 4: setkání s traumatickou událostí	46
Obrázek 5: typy traumatických událostí v policejní práci.....	47
Obrázek 6: charakteristika PTSD.....	49
Obrázek 7: Nejvíce stresující faktory policejní práce	51
Obrázek 8: symptomy PTSD	53
Obrázek 9: zastoupenou jednotlivých symptomů PTSD	54
Obrázek 10: odchod od Policie ČR.....	56
Obrázek 11: návštěvnost psychologa.....	58
Obrázek 12: protitraumatická sezení	60
Obrázek 13: prevence PTSD.....	62
Obrázek 14: formy prevence PTSD	63
Obrázek 15: předcházení působení stresu.....	65
Obrázek 16: formy přecházení působení stresu	65
Obrázek 17: poskytování benefitů	68
Obrázek 18: formy benefitů	68

SEZNAM TABULEK

tabulka 1: pohlaví a věk respondentů.....	44
tabulka 2: pohlaví a délka praxe respondentů.....	44
tabulka 3: traumatická událost - pohlaví a věk respondentů.....	45
tabulka 4: traumatická událost – pohlaví a délka praxe respondentů	46
tabulka 5: charakteristika PTSD	48
tabulka 6: stresující faktory policejní práce	50
tabulka 7: symptomy PTSD – pohlaví a věk.....	52
tabulka 8: symptomy PTSD – pohlaví a délka praxe.....	53
tabulka 9: odchod od Policie ČR – pohlaví a věk.....	55
tabulka 10: odchod od Policie ČR – pohlaví a délka praxe	56
tabulka 11: návštěvnost psychologa – pohlaví a věk	57
tabulka 12: návštěvnost psychologa – pohlaví a délka praxe	58
tabulka 13: protitraumatická sezení – pohlaví a věk.....	59
tabulka 14: protitraumatická sezení – pohlaví a délka praxe.....	60
tabulka 15: prevence PTSD – pohlaví a věk.....	61
tabulka 16: prevence PTSD - pohlaví a délka praxe.....	62
tabulka 17: předcházení působení stresu – pohlaví a věk.....	64
tabulka 18: předcházení působení stresu – pohlaví a délka praxe	64
tabulka 19: poskytování benefitů – pohlaví a věk.....	67
tabulka 20: poskytování benefitů – pohlaví a délka praxe.....	67

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha P I: Dotazník

Příloha P II: Schéma otázek k rozhovoru

PŘÍLOHA P I: DOTAZNÍK

Dobrý den,

Dostává se Vám do rukou dotazník, který slouží k zmapování výskytu **posttraumatické stresové poruchy** u Policie ČR v Brně. Vyplnění tohoto dotazníku Vám zabere pár minut. Dotazník je zcela **anonymní** a **dobrovolný**. Prosím Vás tedy o svědomitost a upřímnost při vyplňování. Výzkum a jeho výsledky slouží **pouze k účelům méjí bakalářské práce**. Předem děkuji za Váš čas a ochotu.

Marta Kalová, studentka sociální pedagogiky, Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Jakého jste pohlaví: muž
 žena

Jaký je Váš věk:
 do 30 let 41 – 50 let
 31 – 40 let 51 let a více

Jak dlouho pracujete u Policie ČR?
 0 – 4 let 10 – 14 let
 5 – 9 let 15 let a více

1. Setkal/a jste se již při výkonu své práce s nějakou traumatickou událostí (traumatem rozumíme silnou nečekanou psychickou zátěž, př. násilná potyčka, pohled na utrpení apod.)?

- ano (o jakou situaci šlo?)
-
-
- ne

2. Charakterizujte prosím, co si představujete pod pojmem posttraumatická stresová porucha:

.....

.....

.....

3. Co považujete ve Vaší profesi za nejvíce stresující?

.....
.....
.....

4. Zaškrtněte níže uvedené projevy (můžete i více), kterými jste někdy trpěl/a v souvislosti s nějakou traumatickou situací ve Vaší profesi. Pokud jste nikdy s žádným nasetkal/a, otázku přeskočte.

- poruchy spánky, problémy s usínáním, časté probouzení,
- opakující se tíživé sny (noční můry),
- pocity izolace a odcizení vůči ostatním,
- pocit ztráty životních perspektiv,
- ataky hněvu a vzteku, zvýšená podrážděnost,
- ztráta zájmu o činnosti, které jste dříve považoval/a za důležité,
- zhoršená schopnost se soustředit na úkol,
- spontánně se vybavující nutkavé vzpomínky na tíživou situaci, se kterou jste se setkal/a při výkonu Vaší profese.
- jiné projevy:
-

5. Uvažoval/a jste někdy o odchodu z řad policie ČR kvůli posttraumatické stresové poruše?

- ano
- ne

6. Vyhledal/a jste někdy psychologa v souvislosti s výkonem Vaší profese?

- ano
- ne, nikdy jsem o tom neuvažoval/a
- ne, ale přemýšlím o tom

7. Účastnil/a jste se po nějaké nebezpečné, náročné akci nebo zásahu tzv. protitraumatického sezení?

- ano
- ne, nikdy jsem o ničem takovém neslyšel/a
- ne, ale vím, že taková sezení existují

8. Snaží se organizace zajistit prevenci posttraumatické stresové poruchy a stresu?

ano (popište prosím jak).....

.....

.....

ne

nevím

9. Snažíte se ve svém volném čase nějak předcházet působení stresu, se kterým se v práci potýkáte? Jak?

.....

.....

.....

.....

10. Přispívá Vám organizace nějakými benefity na trávení volného času? Jaké formy výhod Vám nabízí?

.....

.....

.....

.....

PŘÍLOHA P II: SCHÉMA OTÁZEK K ROZOVORU

Okruhy pro rozhovor:

- 1.** Setkal/a jste se již při výkonu své práce s nějakou traumatickou událostí (traumatem rozumíme silnou nečekanou psychickou zátěž)? O jakou situaci šlo a jak na Vás působila?
- 2.** Charakterizujte prosím, co si představujete pod pojmem posttraumatická stresová porucha?
- 3.** Co považujete ve Vaší profesi za nejvíce stresující?
- 4.** Z uvedených projevů, jmenujte, kterým jste již někdy trpěl/a v souvislosti s traumatickým zážitkem z Vaší profese. Jak často a intenzivně se symptom objevoval? Jak jste to řešil/a?
- 5.** Uvažoval/a jste někdy o odchodu z řad Policie ČR kvůli posttraumatické stresové poruše?
- 6.** Vyhledal jste někdy psychologa v souvislosti s výkonem Vaší profese? Proč ano, proč ne?
- 7.** Účastnil/a jste se někdy po nějaké náročné akci či zásahu tzv. protitraumatického sezení? Pokud ano, jak jej hodnotíte? Pokud ne, víte o jeho existenci?
- 8.** Snaží se organizace zajistit prevenci proti posttraumatické stresové poruše? Jakou formou?
- 9.** Snažíte se nějak ve svém volném čase předcházet působení stresu, se kterým se v práci potýkáte? Popište prosím jak?
- 10.** Přispívá Vám organizace nějakými benefity na trávení volného času? Jaké formy výhod Vám nabízí?