



Pedagogická
fakulta
Faculty
of Education

Jihočeská univerzita
v Českých Budějovicích
University of South Bohemia
in České Budějovice

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Pedagogická fakulta
Katedra pedagogiky a psychologie

Bakalářská práce

Posttraumatická stresová porucha, její terapie a přístupy

Vypracovala: Veronika Plančíková
Vedoucí práce: Mgr. et Mgr. Bc. Sylvie Štindlová, Ph.D.

České Budějovice 2019

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě, fakultou, elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG, provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích, na jejích internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz, provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 30.4. 2019

.....

Veronika Plančíková

Poděkování

Ráda bych poděkovala vedoucímu bakalářské práce Mgr. et Mgr. Bc. Silvii Štindlové, Ph.D. za odborné vedení a poskytnutí cenných rad a podnětů při zpracovávání mé práce.

Abstrakt

Bakalářská práce je teoretickou literární rešerší, zabývající se posttraumatickou stresovou poruchou (dále jen PTSD), jejími terapiemi a přístupy k léčbě. Nejprve je zde definována posttraumatická stresová porucha. Dále práce vymezuje psychoterapie, které se využívají v léčbě PTSD. Jsou jimi kognitivně behaviorální psychoterapie, psychodynamická psychoterapie, sugestivní a hypnotická psychoterapie, logoterapie a existenciální analýza, gestalt psychoterapie. V poslední části práce jsou porovnány přístupy, které se v rámci léčby PTSD uplatňují. Srovnáván je jejich pohled na vznik PTSD, jejich znaky, metody a přístup k léčbě a také účinnost.

Klíčová slova: posttraumatická stresová porucha, trauma, psychoterapie, kognitivně behaviorální psychoterapie, psychodynamická psychoterapie, sugestivní a hypnotická psychoterapie, logoterapie a existenciální analýza, gestalt psychoterapie

Abstract

This bachelor thesis is a theoretical literal research focused on the posttraumatic stress disorder, treatments and psychotherapy. At the beginning of the work is defined posttraumatic stress disorder. The work also specifies psychotherapies, which are used in the treatment. Those are specifically cognitive behavioral therapy, psychodynamic psychotherapy, suggestive, hypnotic psychotherapy, logotherapy and existential analysis, gestalt psychotherapy. In the last part of the thesis, there are compared approaches, which are used in the treatment. The thesis compared their view of the origin of PTSD, characters of psychotherapies, access to treatment and effectiveness of treatment.

Keywords: posttraumatic stress disorder, trauma, psychotherapy, cognitive behavioral therapy, psychodynamic psychotherapy, suggestive and hypnotic psychotherapy, logotherapy and existential analysis, gestalt psychotherapy

OBSAH

Úvod	8
1 Posttraumatická stresová porucha	9
1.1 Vymezení pojmu	9
1.2 Traumatický zážitek, stresor	9
1.3 Psychofyzický proces	10
1.4 Reakce na stres	11
1.5 Diagnostická kritéria	13
1.5.1 Znovuprožívání traumatické události	14
1.5.2 Průběh.....	15
2 Psychoterapie a PTSD	16
2.1 Kognitivně behaviorální psychoterapie	16
2.1.1 Metody kognitivně behaviorální terapie	17
2.1.2 Účinnost kognitivně behaviorální psychoterapie.....	20
2.2 EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing)	21
2.2.1 Osm fází léčebného programu EMDR	21
2.2.2 Prospěch a výhody	23
2.2.3 Účinnost EMDR.....	24
2.3 Psychodynamická psychoterapie	25
2.3.1 Charakteristiky a metody	26
2.3.2 Účinnost psychodynamické psychoterapie.....	28
2.4 Sugestivní a hypnotická psychoterapie	29
2.4.1 Hypnabilita a sugestibilita	29
2.4.2 Léčebné užití.....	31
2.4.3 Účinnost sugestivní a hypnotická psychoterapie	32
2.5 Logoterapie a existenciální analýza	33
2.5.1 Tři pilíře logoterapie	34
2.5.2 Hodnoty	35
2.5.3 Metody logoterapie	36
2.5.4 Účinnost logoterapie a existenciální analýzy.....	38

2.6 Gestalt psychoterapie	40
2.6.1 Charakteristiky	40
2.6.2 Teoretická východiska	41
2.6.3 Dialogický přístup kontakt a vztah	42
2.6.4 Skupinová gestalt terapie	43
2.6.5 Účinnost gestalt psychoterapie	43
3 Srovnání psychoterapií	45
3.1 Modely vzniku PTSD	45
3.2 Metody a přístupy v léčbě PTSD	47
3.3 Diskuze	50
Závěr	52
Seznam použité literatury	53

ÚVOD

Na výběru tématu práce se podílí můj zájem o psychopatologii a její léčbu. To je i motiv, který mě přivedl ke studiu psychologie. Pocházím z vojenské rodiny a díky tomu jsem se již setkala s lidmi, kteří mají posttraumatickou stresovou poruchu (dále jako PTSD). Tato porucha mě již od samého začátku fascinovala. Přirozeně jsem se tedy o ni a o její léčbu začala více zajímat. Během studia jsem získala prvotní náhled na metody a přístupy, které se využívají v psychoterapii. Narazila jsem na metaanalýzu Taylora a Van Ettena (1998), která porovnávala 61 terapií, které se využívají při léčbě PTSD. Díky této studii se zaměřuji v bakalářské práci na psychoterapie, které byly nejvíce účinné v léčbě PTSD.

Tato bakalářská práce se bude zabývat šesti různými přístupy v psychoterapii, které se aplikují při léčbě posttraumatické stresové poruchy. Posttraumatická stresová porucha je obtížně léčitelná, protože se k ní přidružuje mnoho symptomů. Ty jsou pro každého pacienta různě zatěžující, proto je důležitá volba vhodné léčby. Toto téma jsem si vybrala z důvodu, že bych se v budoucnosti chtěla problematikou PTSD dále zabývat i v navazujícím studiu.

Zvažovala jsem, jakým způsobem bych mohla vytvořit práci, která bude obsahově přínosná. Rozhodla jsem se vytvořit přehled, který bude zahrnovat druhy psychoterapie, které dosahují největších úspěchů při léčbě PTSD. Za cíl jsem si dala vytvořit bakalářskou práci, která bude mapovat vybrané psychoterapeutické přístupy, jejich metody a účinnost. Během vyhledávání zdrojů a literatury, ze kterých jsem čerpala jsem zjistila, jak je toto téma rozsáhlé. Z tohoto důvodu nebylo možné v práci tohoto rozsahu podrobně představit vše, co jsem na počátku zamýšlela. Nejprve se věnuji konceptu PTSD, jeho vzniku a symptomům. Následně jsou v práci uvedeny stručné charakteristiky přístupů a jejich metod při léčbě PTSD. Dále se snažím kromě porovnání přístupů psychoterapií, také popsat jejich možnosti aplikace.

1 POSTTRAUMATICKÁ STRESOVÁ PORUCHA

1.1 Vymezení pojmu

Posttraumatická stresová porucha vzniká na podkladě vystavení či prožití stresující události. Je to zpožděná odpověď na životu ohrožující, emočně vypjatou situaci či na události katastrofické povahy. Podmínkou pro diagnózu jsou stále se opakující symptomy, které trvají déle než jeden měsíc po vystavení traumatu. Tyto symptomy způsobují utrpení, strádání, tíseň a zároveň stěžují sociální, i pracovní chování a fungování i v jiných oblastech života jedince (Schiraldi, 2000).

Mezinárodní klasifikace nemocí, 10. revize 2. vydání (2009) uvádí, že pro vysvětlení vzniku PTSD nejsou dostačující pouze predispoziční faktory, jako jsou neurózy v anamnéze či patřičné rysy osobnosti. Ty mohou průběh PTSD komplikovat, ale nemohou vysvětlit její vznik. Traumatická vzpomínka je u oběti znovuožívána ve spánku ve formě nočních můr a děsů. Oběť je zároveň neustále zatížena pocity otupělosti, emoční oploštělosti, otažitosti, anhedonie a netečnosti vůči svému okolí. Objevuje se hyperaktivita, zvýšená bdělost a tendence vyhýbání se činnostem a situacím, které mohou připomenout traumatizující událost.

Vyhýbavé chování je jedna z nejčastějších obranných strategií, které si oběti přisvojují. Tento psychický tlak se projevuje i na těle v podobě nespavosti a úlekovými reakcemi. Často se manifestují záchvaty úzkosti, deprese a suicidální myšlenky. PTSD se začíná rozvíjet po prožitém traumatu již od několika týdnů, někdy i měsíců (Schiraldi, 2000).

1.2 Traumatický zážitek, stresor

Traumatický zážitek může nabývat mnoha podob. Nejde jen o traumatickou událost, při které oběť utrpí újmu, ale jde i o kvalitu dopadu, který má na člověka. Pokud má daná událost vliv na jedince, nezáleží, jestli byl přímo obětí, nebo jen svědkem. Obě situace mohou být traumatizující. Samotný stresor je tedy důležitý, ale jeho přítomnost nevysvětluje vznik poruchy (Schauer, Neuner, & Elbert, 2014).

Schiraldi (2000) rozdělil stresory do tří kategorií:

1. úmyslně způsobené člověkem – bojové konflikty, války, mučení, kriminalita, únosy
2. neúmyslně způsobené člověkem – požáry, exploze, dopravní nehody, zhroutil budovy
3. přírodní katastrofy – tornáda, zemětřesení, záplavy, lavina, útok zvířetem

Ze všech tří kategorií bývají obvykle traumata způsobená člověkem nejhorší. Symptomy pocházející z těchto stresorů jsou více komplexní, trvají delší dobu a hůře se léčí z různých důvodů. Tyto traumata jsou většinou pro oběť degradující či zahanbující. Postižení se cítí jako vyvrhelové (stigmatizace = označení odlišnosti). Tato traumata způsobují i ztrátu víry v lidskost, v lásku i v sebe sama. Traumata způsobená živelnými katastrofami se léčí s menšími obtížemi. Přeživší si často vytvoří mezi sebou pouta a díky této sdílené zkušenosti a pomoci ostatních vzniká víra v lidskost, tak dochází k lepšímu vypořádání se s traumatem (Rothschildová, 2015).

Posttraumatickou stresovou poruchou trpí více ženy. Jejich stresorem je nejčastěji znásilnění. U mužů se rozvíjí porucha většinou následkem válečných zkušeností (Svoboda, Češková, & Kučerová, 2015).

Posttraumatická stresová porucha je tedy obranná odpověď na nepředvídatelnou a nepochopitelnou situaci, v níž se člověk ocitl. Vzniká v něm hluboké emocionální trauma, jež zasahuje do jeho osobnosti, jeho prožívání a pohledu na svět (Rothschildová, 2015).

1.3 Psychofyzilogický proces

Traumatický zážitek, může způsobit hluboké psychické zranění. Některé rány se mohou zacelit samy, jiné k tomu potřebují odbornou pomoc. Právě u těchto obětí je zvýšené riziko duševních poruch, které jsou následkem neurobiologických změn. Ty způsobují náročné a dlouhodobé obtíže, které znehodnocují kvalitu života a výkonnost jedince (Hofmann, 2006).

Během vystavení traumatické události jsou hlavní sensorické a percepční informace ukládány do paměti v silném emočním rozpoložení. Mysl a tělo jsou připravené reagovat na

nebezpečí, a v pohotovosti vyčkávají na následující akci (boj-ztuhnutí-útek). Takto se emocionální a percepční informace ukládají odděleně od informací, které se týkají obsahu dění. Ukládají se do propojené neurální sítě, která může vytvořit „sít' strachu“. Ta obsahuje fyziologické, emoční, kognitivní a sensorické zážitky, kterým byl jedinec vystaven během traumatu (Schauer et al., 2014).

Stimuly, přicházející z vnitřního a vnějšího prostředí pak mohou být spouštěči aktivace této sítě strachu. Stačí aktivace jenom několika prvků, a celý systém se probudí k životu. Takto se projeví „flashback“, kdy oběť doslova znovuprožívá vzpomínky na traumatickou událost jako by se děla znovu, včetně všech sensorických emočních, percepčních a fyziologických podnětů (Schiraldi, 2000). Díky těmto nepříjemným znovu prožitým vzpomínkám se většina pacientů naučí vyhýbat se spouštěčům, které jsou uloženy v síti strachu.

Pacienti navíc mají také problémy s autobiografickou pamětí, kdy nedokáží správně umístit prožité trauma v čase, místě a v životním období. Díky tomu a jejich vyhýbání se všemu, co by aktivovalo jejich vzpomínku, mají ztížené sdílení traumatu (Schauer et al., 2014).

1.4 Reakce na stres

Vztek a agrese jsou nejčastější odpovědí na stres. Atkinsonová (2008) ve své teorii frustrace a agrese poukazuje na vztek a agresi jako na logické vyústění konfliktu se stresující situací. Je-li jedinci zabráněno dosažení jeho cíle, uchyluje se k jeho dosažení pomocí svého agresivního pudu. Tento instinkt má schopnost namotivovat následující chování, které směřuje k poškození objektu či osoby, jež brání jeho cestě k cíli. Pokud není možnost přímého kontaktu s objektem frustrace a následně i agrese může být přechýlena na jiný objekt či osobu. Většina dospělých se naučila usměrňovat svoji reakci do verbálního projevu.

Apatie je opakem agresivity, tedy hluboké uzavření se do sebe. Prohlubující se apatie může být klíčem k depresivitě. Podmínkou je především dlouhodobé působení stresoru, při kterém neproběhla jiná reakce (Říčan, 2007).

Další psychologickou reakcí je oslabení kognitivních funkcí. Projevuje se zhoršením schopnosti soustředit se a potížemi s uspořádáním myšlenek. Ke kognitivním funkcím patří všechny myšlenkové procesy, které jsou důležité k učení a přizpůsobení se prostředí. Patří sem paměť, koncentrace, pozornost, rychlost myšlení a porozumění informacím. Exekutivními funkcemi rozumíme schopnosti řešit problémy, organizovat, plánovat, vytvářet si náhledy a úsudky (Říčan, 2007).

Oslabení kognitivních funkcí nejenom snižuje schopnosti logicky uvažovat, zároveň mění i emoční ladění. Tím ztěžuje zpracování informací. Výsledkem je zhoršení pozornosti, lpění na naučených dovednostech (Nolen-Hoeksem et al., 2012).

Selye (2016) vytvořil teorii tří základních fází reakcí na stres. Poplachová reakce nastává ihned po vystavení stresoru. Pokud stres v této fázi zanikne, může dojít k fázi zotavovací, tedy regeneraci. Jestliže stres přetrvává, nastává druhá fáze, kterou je rezistence. Slouží ke zklidnění a k aktivaci adaptačních mechanismů organismu. V této fázi si tělo zvykne na zátěž a adaptuje se. Pokud je ale stresor příliš silný, působí v dlouhém časovém rozmezí a jedinec ho nedokáže zvládnout, nastane třetí a konečná fáze. V té se projeví úplné vyčerpání a selhání veškerých adaptačních mechanismů. Právě tato fáze má zásadní a fatální důsledky pro jedince.

Z časového hlediska můžeme rozdělit stres na akutní, epizodický střednědobý a chronický stres. Akutní stres nastane ihned v situaci, kterou organismus vyhodnotí jako ohrožující. Chronický stres je dlouhodobá zátěž, kdy je typická ztráta hodnot či jsou jedincovy cíle nedosažitelné. Jistým mezičlánkem mezi akutním a chronickým stresem je epizodický stres, charakterizovaný ohrožením hodnot (Nolen-Hoeksem et al., 2012).

1.5 Diagnostická kritéria

Posttraumatická stresová porucha má mnoho symptomů a příznaků, které jsou velmi různorodé a mají i odlišnou dobu trvání. Po prvních 3-4 letech je závažnost symptomů nejvyšší, pak dochází ke zklidnění, latenci či remisi a u jistého procenta pacientů dochází i k uzdravení (Schiraldi, 2000).

Diagnostická kritéria pro PTSD (Dušek, & Večeřová-Procházková, 2015, s. 255) jsou tato:

- „porucha vznikla do šesti měsíců po závažné traumatické události (přírodní nebo člověkem způsobené katastrofy – požáry, válečné události, mučení, znásilnění apod.),
- je opakované, neodbytné znovuvybavování nebo znovuprožívání události ve vzpomínkách, představách nebo snech,
- vyhýbání se podnětům, které by mohly vyvolat traumatické události,
- neschopnost vybavovat si některé momenty z období působení stresové situace,
- musí být přítomny alespoň dva z následujících příznaků: poruchy spánku, podrážděnost, poruchy koncentrace, hypervigilita, nadměrná úleková reaktivita.“

Při diagnostice PTSD je důležité pokládat pacientovi specifické otázky zahrnující dotazy na problémy se spaním (spánková deprivace, související flashbacky, noční můry), různé bolesti (na těle, bolesti hlavy) či hypervigilitu, úzkosti a deprese. Mnoho pacientů trpí insomnií, častým buzením, nočními můrami i několik let. Tento důležitý symptom zabraňuje uzdravení a silně ztěžuje práci s pacientem. A to nejen v důsledku jeho špatné koncentrace a celkové únavy, ale i odhodlání, celkové naladění a ochoty další spolupráce s terapeutem (Schiraldi, 2000).

The Management of Post-traumatic stress Working Group (2010) popisuje běžné symptomy provázející PTSD, které můžeme rozdělit na:

Fyzické	Kognitivní	Emoční	Behaviorální
<ul style="list-style-type: none"> • Hyperventilace • Únava • Bolesti hlavy • Závratě • Zrychlený srdeční tep • Nadměrné pocení • Omdlévání • Úleky, zděšení • Trhnutí, cukání 	<ul style="list-style-type: none"> • Problémy paměti • Noční můry • Intruzivní myšlenky • Vinění druhé, sebe sama • Změny v ostražitosti • Zmatenost • Špatná koncentrace • Poruchy pozornosti • Nerozhodnost • Neschopnost řešení problémů 	<ul style="list-style-type: none"> • Úzkost • Vina • Strach • Netečnost • Podrážděnost • Ztráta kontroly • Smutek • Emocionální • Šok • Deprese • Popření 	<ul style="list-style-type: none"> • Konzumace alkoholu • Antisociální chování • Změny v aktivním životě • Změny v sexuálním chování • Neschopnost odpočívat • Změny apetitu • Zvýšený úlekový reflex • Změny v komunikaci

1.5.1 Znovuprožívání traumatické události

Jedním z hlavních projevů PTSD jsou epizody, které ožívují prožitou traumatickou událost pomocí snů a vzpomínek. Obranou reakcí obětí je vyhýbání se situacím, které by jim mohly připomenout zažité trauma (Dušek, & Večeřová-Procházková, 2015).

Traumatizovaní jedinci vykazují psychické i fyzické symptomy. Popisují své pocity jako je zlomení, roztržštění. Cítí jako by se již nemohli poskládat zpátky, jejich duše je roztržštěná a rozdrcená na prach. Prožití traumatu je změnilo, dříve šťastní a veselí jedinci

jsou náhle vážní a tiší. Jejich život se jim rozdělil na dvě periody – před a po traumatu. Sami se symbolicky označují jako poškození, rozpadlí, zničení. Jako by uvízli hluboko v černé díře, jsou rozdílní od ostatních (Schiraldi, 2000).

1.5.2 Průběh

PTSD má dlouhodobý průběh. Může se postupně zesilovat i řadu let, symptomy postupně gradují a nabývají na síle. K samovolnému zklidnění dochází až po několika letech. Určité procento pacientů je schopno se uzdravit, zpracovat prožité trauma i bez pomoci odborníka. Některým se příznaky mohou dostat do latentní fáze a znovu se projevit až po několika letech (Schauer et al., 2014).

Znevýhodnění jsou jedinci, kterým chybí emoční podpora od jejich okolí, pocházejí ze špatného sociálního zázemí či utrpěli nějakou ztrátu, jež je hluboce zasáhla. PTSD není omezeno ani věkem, ani pohlavím (Svoboda et al., 2015).

Průběh poruchy je různorodý. Obtížněji se pracuje s pacienty, u kterých došlo k latenci symptomů. Vzpomínka na traumatickou událost je hůře dostupná či zkreslená. Znevýhodnění jsou i jedinci, kteří nemají dostatečnou sociální podporu. I mladší generace se hůře vyrovnává s traumatem oproti jedincům středního věku. Nemusí mít ještě dostatečně vyvinuté obranné strategie a je u nich i vyšší riziko latence symptomů (Dušek, & Večeřová-Procházková).

Výrazně ztěžuje léčbu PTSD přidruženost jiných poruch (poruchy osobnosti, organické psychické poruchy, afektivní, úzkostné poruchy, abúzus alkoholu nebo užívání drog) (Schiraldi, 2000).

2 PSYCHOTERAPIE A PTSD

2.1 Kognitivně behaviorální psychoterapie

Kognitivně behaviorální terapie (dále KBT) vznikla integrací dvou odlišných směrů: kognitivní a behaviorální terapie. Tato psychoterapie byla původně vyvinuta k léčbě fobií pomocí srovnávání iracionálního strachu s realitou. Pracuje s konceptem, který předpokládá, že pokud lidé mohou změnit, jak zpracovávají vnímání okolí, myšlenky a pocity, tak jejich úzkost a vyhýbání se může snížit, zároveň se může zlepšit jejich celkové rozpoložení a zkvalitnit jejich život. Je založena na zvládnání sebekontroly a kognitivní restrukturalizace (Lawlis, 2010).

Kognitivně behaviorální model vzniku PTSD je založen na principu, při kterém se vytvoří spojení mezi emočně nabitou traumatickou událostí a situací či činnostmi, které jsou běžně neutrální, ale udály se v okamžiku zažití traumatu. Právě protože jsou tyto podmíněné spoje zatížené emocemi, jsou odolné a pevné proti vyhasnutí (Pešek, Praško, & Štípek, 2013). Podle Schiraldiho (2000) se tyto původně neutrální podněty stávají spouštěči úzkostných reakcí a vedou k zpětnému vybavení zažitého traumatu. Tuto znovu oživenou vzpomínku doprovází emoční a fyzické reakce těla, vzpomínky, myšlenky, pocity a chování které zažil jedinec v době traumatické události.

Celková nepohoda a napětí zvyšuje zranitelnost oběti vůči podmíněným podnětům a je ještě více umocněna negativními myšlenkami, autoakuzacemi a „honěním bychů“ - stav, kdy se již nedá napravit, co se událo a je již pozdě litovat toho, co se stalo (Pešek et al., 2013).

Rothschildová (2015) uvádí jako jeden z hlavních důvodů, proč se dotyčný začne vyhýbat situacím, činnostem a podnětům, možnost vyvolání a spuštění nežádoucích projevů na zažité trauma. Klient se tak časem může začít stahovat do sebe, aby se vyhnul konfrontaci se vzpomínkou. Mění se i jeho pohled na okolí, které se pro něj stává nebezpečným. Jeho pohled na sebe sama, na jeho postoje, hodnoty a na budoucnost je pokřivený a nabývá spíše negativních podob. Tyto nové pohledy na svět mají dopad na jeho chování. Vytvořený přístup spouští obrannou reakci jako vyhýbavé chování. Celý proces nakonec může nabýt podoby sebenaplňujícího proroctví, kdy jedinec nezažívá nic

pozitivního a nového. Díky odtažitému chování není schopen navázat žádné nové kontakty, vztahy a jeho blízcí se mu začnou vzdalovat a vyhýbat. Traumatizovaný pak může nabýt dojmu, že na vše zůstal sám.

2.1.1 Metody kognitivně behaviorální terapie

Podle Praška a Možného (2005) se při léčbě využívají tyto metody: metody zaměřené na ovlivnění tělesných příznaků, metody zaměřené na ovlivnění zjevného chování, metody na vytvoření nového chování, metody ke změně existujícího chování a metody zaměřené na ovlivnění kognitivních procesů.

Metody zaměřené na ovlivnění tělesných příznaků

V PTSD hraje úzkost a strach důležitou roli a zároveň ztěžuje léčbu. Aktivace sympatického nervového systému a vyplavení adrenalinu do krve způsobí různé tělesné reakce, které mohou připomínat různé nemoci. Metody zaměřené na ovlivnění tělesných příznaků pracují s těmito projevy onemocnění a učí je klienta kontrolovat. Tím se snižují pocity úzkosti a související nepříjemné pocity a tělesné projevy (Schiraldi, 2000).

Nácvik svalové relaxace je nejpoužívanější metoda k uvolnění napětí a slouží k uvědomění si vlastního těla. Nácvik zklidňujícího dýchání pacienta uklidňuje a pomáhá předcházet hyperventilaci, jež způsobuje řadu příznaků, jako je točení hlavy, závratě, sevření hrudi apod. Tělo při ohrožení reaguje intenzivnějším dýcháním, čímž se připravuje na boj či útěk. Nácvikem zklidňujícího dýchání se klient naučí kontrolovaně ovládat své dýchání, zároveň zabraňuje možnému rozvinutí panického záchvatu (Vybíral, & Roubal, 2010).

Metody zaměřené na ovlivnění zjevného chování

Na změnu pozorovatelného chování se zaměřuje expoziční léčba. Při ní je klient opakovaně a postupně vystavován podnětům, jež u něj vyvolávají úzkost. Expozice pracuje s předpokladem, že pokud je klient postupně vystavován podnětům a situacím, které u něho vyvolávají strach a úzkost, naučí se krok za krokem tyto projevy zvládat. Opakováním stupňující se expozice dochází k habituaci, tedy učení se přivykáním. Důležité je zjištění, že katastrofické důsledky, z nichž má obavy nenastanou. Někdy nelze klienta fyzicky vystavit

spouštěcím podnětům či situacím, pro tento účel je využívána imaginace, kdy si jedinec představuje v mysli daný podnět, jemuž je vystaven (Pešek et al., 2013).

Na podobném principu funguje i metoda systematické desenzibilizace, kdy je klientovi nebezpečný podnět, situace cíleně spojován s bezpečnou situací v průběhu relaxace (Svoboda et al.,2015).

Další důležitou metodou při ovlivňování chování je sledování činnosti. Při něm se klient sám zaměřuje na své chování a projevy, které si následně během celého dne, zaznamenává do formuláře. Takto se snadněji odhalují spouštěcí situace a podněty, jež aktivují nežádoucí tělesné projevy. Klient je úmyslně nabádán ke zvyšování své aktivity, již jen z důvodu, aby nezaznamenával neustále dokola jednu a tu samou aktivitu. Díky sledování činnosti se snadno zjistí, co klient dělá během dne. Lze tak pro něho na míru sestavit program, který ho bude uspokojovat a pomůže mu navrátit se do normálního, aktivního života. Pomáhání se sestavením svého denního plánu se i zvyšuje jeho pocit kontroly a snadněji se mu dodržuje (Svoboda et al.,2015).

Metody na vytvoření nového chování

Traumatizovaný jedinec se nemusí vždy chovat racionálně a jednat nepřiměřeně v různých situacích. V takovém případě mluvíme o nedostatku dovedností, kdy prožívaná úzkost brání pacientovi správně vyhodnotit situaci a žádoucím způsobem reagovat. To označujeme jako nedostatek v provedení (Pešek et al., 2013).

Aby se klient naučil zvládat své projevy chování, může se naučit osvojit nové vzorce chování prostřednictvím nápodoby. Další možností je hraní rolí, kdy si klient může pomocí nahrané situace reálně vyzkoušet správné, žádoucí chování (Vybíral, & Roubal, 2010).

Metody ke změně existujícího chování

Tyto metody vycházejí z operantního podmiňování. Cíleně se posiluje žádoucí chování pomocí pozitivních důsledků pro klienta. Pozitivní chování se takto posiluje a podporují se nové strategie jednání (Nolen-Hoeksem et al., 2012).

Další metodou je odstraňování nežádoucího chování. Zde se pracuje s nepříjemnými podněty neboli tresty. Ty se využijí ve chvílích, kdy klient jedná nevhodným způsobem (Svoboda et al., 2015). Tento přístup není v terapii běžný, hlavním důvodem je, že trest u pacienta vyvolává úzkosti. Tomu se při terapii snažíme vyhnout. Při PTSD je klient zahlcován nepříjemnými pocity a terapie se ho snaží navrátit do normálního života (Praško et al., 2005).

Metoda pro snižování chování, která je naopak hojně využívána v léčbě PTSD, je vyhasínání. Během tohoto postupu se hledají následky, které udržují nežádoucí chování. Po odhalení těchto následků se dá s klientem snáze pracovat na jejich odstranění. Celkově se spíše podporují metody, při kterých je klient odměňován za nevykonání nežádoucího chování (Praško et al., 2005).

Metody zaměřené na ovlivnění kognitivních procesů

Změny v kognitivních procesech vedou ke změnám emocí a chování žádoucím způsobem. Méně užívaná metoda zastavení myšlenek je založená na postupném omezení nepříjemných myšlenek a představ. Pacient si vytváří seznam nutkavých myšlenek a situací. Zároveň si sestavuje seznam uklidňujících představ z vlastního života nebo z filmů a fantazie. Terapeut pak klienta vyzývá k vybavení si nepříjemných podnětů (situací). Poté co se klient do vyvolaných představ ponoří, zastaví terapeut jejich rozvoj výkřikem „STOP“. Klient se lekne a nevědomky zastaví tok myšlenek. Pacient je pak terapeutem nabádán k příjemným, pozitivním představám, jež ho uklidní. Tato metoda je dnes využívána jen výjimečně a vždy ve spolupráci s dalšími přístupy k léčbě (Pešek et al., 2013).

K uvědomění si myšlenek, které u pacienta vyvolávají nepříjemné pocity je využívána kognitivní restrukturalizace. S její pomocí se prozkoumávají myšlenky, jejich oprávněnost a pravdivost (Praško et al., 2005). PTSD je spojena s negativními myšlenkami, které si oběť o sobě vytváří. Oběť traumatu se stydí za vlastní jednání či neschopnost zachovat se v životu ohrožující situaci žádoucím způsobem a dává to za vinu sama sobě. Tento nezdravý náhled ovlivňuje nejen život jedince, ale i jeho prožívání, vnímání a postoje k sobě sama.

Zažívá pocity neschopnosti a často sebou pohrdá. Kognitivní restrukturalizace je technika, která se zaměřuje na tyto myšlenky a zpochybňuje je. Klient společně s terapeutem spolupracují na shromažďování údajů o dané myšlence a přehodnocují, jestli jsou tyto předpoklady správné nebo užitečné. Až poté je možno klientovi pomoci opětovnému nalezení vlastních hodnot a postojů (Praško et al., 2005).

2.1.2 Účinnost kognitivně behaviorální terapie

Kognitivně behaviorální terapie se zaměřuje na empirické zkoumání účinnosti svých postupů a metod, jež jsou využívány v terapii. Systematické techniky založené na pochopení terapie pomáhá pacientům identifikovat a opravit dysfunkční myšlenky, chování a emoce. To se ukazuje jako důležité pro léčení symptomů PTSD (Sloan, Unger, & Beck, 2015).

Účinnost KBT prokazuje výzkum z roku 2005, provedený v USA. Již po šesti měsících terapie klienti prokázali signifikantní zlepšení symptomů, obzvláště v oblastech úzkosti a deprese (Ehlers, Clark, Hackmann, McManus, & Fennel, 2005).

Další výzkum, který dokládá účinnost KBT z roku 2007 je zaměřený na pacienty po teroristickém útoku 11. září v Americe. Jedna třetina klientů vykazovala po šesti měsících silné zlepšení v symptomech deprese, úzkosti a sebehodnocení (Litz, Engel, Bryant, & Papa, 2007).

Studie z roku 2002, která se zaměřila na porovnání KBT a prodloužené expozice neprokázala rozdíl mezi použitými přístupy v psychoterapii. Prokázala ale zlepšení příznaků v oblasti sebehodnocení a postojů (Resick, Nishith, Weaver, Astin, & Feuer, 2002).

2.2 EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing)

Eye Movement Desensitization and Reprocessing (dále EMDR), neboli desenzibilizace a přepracování pomocí očních pohybů je obsáhlý léčebný program, který obsahuje osm fází. Nejdůležitějším a základním principem této metody je, že klient vyvolává a udržuje v mysli nepříjemnou vzpomínku, a přitom systematicky vykonává set specificky sestavených očních pohybů, jež zrychlují zpracování vyvolaného materiálu. EMDR léčbu může vykonávat pouze dobře vycvičený a licencovaný profesionál (Hofmann, 2006).

Jako spousta vědeckých metod i EMDR vznikla díky náhodě a všímavosti. Roku 1987 psycholožka Francine Shapiro procházela parkem zahlcena bolestnými myšlenkami (léčba nádorového onemocnění), když si všimla, že jí náhodné oční pohyby pomáhají redukovat úzkost. Roky experimentace přinesly výsledky v podobě metody EMDR (Van Der Kolk, 2015).

2.2.1 Osm fází léčebného programu EMDR

Tato terapie pracuje s minulostí, přítomností a budoucností. Zaměřuje se na minulé traumatické vzpomínky a události, pracuje s pocity a myšlenkami v přítomnosti a pomáhá vytvářet nové strategie zvládnání stresových situací (Lawlis, 2010).

Anamnéza a léčebný plán

Důkladně prozkoumaná klientova historie je důležitá k vyloučení jedinců, pro které je tato léčba nevhodná. Není doporučována například klientům se srdečními problémy, trpícími dýchacími obtížemi (Schiraldi, 2000). Historie klienta dává možnost sestavit léčebný plán přímo na míru a se zaměřením na traumatickou událost z minulosti, kterou je potřeba zpracovat. Stejně tak jde snáze identifikovat rušící či znepokojivé události, které mohou s traumatem souviset (Hofmann, 2006). V této fázi klienti sami sestavují seznam deseti nejvíce znepokojivých zkušeností z jejich života. V anamnéze jsou uvedeny nejenom symptomy (insomnie, noční můry a děsy, flashbacky), ale i spouštěče, které jsou zásadní pro zpracování traumatu (Schiraldi, 2000).

Příprava

Vztah mezi klientem a terapeutem je vyznačován důvěrou a pocity bezpečí. Takové prostředí je důležité pro otevření klienta, který se pak nebude obávat sdělit svá znepokojení a prožitky. Tyto informace jsou stěžejním základem pro úspěšnou léčbu (Vybíral, & Roubal, 2010). V dalším kroku je klientovi vysvětlen princip, metody a teorie související s terapií. Pacientovi jsou ukázány různé možnosti relaxace, které navozují pohodlí a zklidnění jako možnosti zvládnání stresových situací. Je naučen udržet si vědomí bez rušících elementů během provádění očních pohybů (Hofmann, 2006). Metoda, jenž se používá k tomuto účelu, je imaginace. Klient si představuje sám sebe ve zrychlujícím, ale bezpečném vlaku, který projíždí znepokojujícím prostředím (Schiraldi, 2000).

Zhodnocení traumatu

Ve třetí fázi klient a lékař společně identifikují aspekty a průběh zpracování reprezentující traumatickou vzpomínku. Pacient identifikuje svá negativní přesvědčení o sobě, související s traumatem. Dalším krokem je naopak najít větu či sdělení, které je uklidňující. „*I'm in control, I'm safe now, I can succeed, I did the best I could, or I now have choices*“ Schiraldi (2000, s. 214). Je důležité, aby klient zároveň našel i negativní emoce a fyzické projevy, jako je sevření hrudi nebo těžký žaludek. Pacient je pak oboduje podle jejich obtížnosti, a to pomáhá k jejich uvědomění.

Desenzitizace

Klient je instruován k představování si negativních přesvědčení a zneklidňujících, nepříjemných pocitů. Mezitím co je udržuje v mysli, klient sleduje pohyby prstů terapeuta, jež se rytmicky pohybují ze strany na stranu. Hlava je po celou dobu výkonu znehybněná. Během tohoto tréninku dochází ke zpracování nových myšlenek, které se dostanou na povrch. Po každé sérii pohybů je klient nabádán ke zklidnění, vyprázdnění mysli a hlubokému nádechu. Terapeut se v těchto momentech ptá, jak se klient cítí a co se mu vynořuje. Tyto nové náhledy se postupně spojují se špatnými vzpomínkami, až jsou vyčištěny nebo zpracovány (Schiraldi, 2000).

Zavedení a posílnění pozitivní kognice, zakotvení

Když je úzkost uspokojivě snížena, pak je preferované či pozitivní vnímání posilováno. Klient je vybízen během jiné řady očních pohybů k hlubšímu zpracování nových, pozitivních emocí (Hofmann, 2006).

Tělesný sken

Pro hlubší zajištění traumatu si klient musí uvědomit i nepříjemné pocity na těle, které mohou přetrvávat (Hašto, & Vojtová, 2012).

Uzavření

Terapeut pomáhá klientovi vytvořit si vlastní, uklidňující strategie, které pak využívá ke zpracování stresujících vzpomínek i nových událostí (Hašto, & Vojtová, 2012).

Vyhodnocení

Na začátku následujícího sezení jsou shrnuty pozitivní výsledky, jež se podařilo vytvořit během minulého setkání. Jsou identifikovány nové či staré cíle, které potřebují být zpracovány (Schiraldi, 2000).

2.2.2 Prospěch a výhody

EMDR často vede k rychlému zlepšení stavu. EMDR je možno využít i u klientů, jež byli u více traumatických událostí. Pro jejich léčbu je ovšem třeba více sezení, protože trvá déle, než jsou zpracovány (Schiraldi, 2000).

EMDR pracuje s více aspekty traumatických vzpomínek zároveň. Dává do souvislosti kognitivní hlediska, pocity, fyzické citění a vjemy a chování, jež souvisí s traumatem. Během programu získává klient kontrolu a začíná si věřit. Terapeut neříká klientovi, jak myslet nebo přemýšlet ale tím, že si pacient sám zpracuje danou vzpomínku, se dokáže vyrovnávat i s jinými stresovými momenty jeho života (Hofmann, 2006).

EMDR pomáhá tlumit a vyjasňovat síť vzpomínek, které souvisejí s traumatem. Výhoda tohoto vývoje je v možnosti postupného generalizování jiných momentů života, které je klient schopen tímto způsobem ošetřit. Například klienti s mnohonásobnými či

opakovanými traumaty, je mohou spojovat do kategorií a pracovat s nimi zároveň. Zpracování jedné vzpomínky, může vést k utlumení podobných (Schiraldi, 2000).

2.2.3 Účinnost EMDR

Přesný mechanismus, jak EMDR funguje není zcela jasný. Shapiro (2013) navrhuje vysvětlení, které by mohlo účinnost vysvětlit. EMDR pomáhá klientovi konfrontovat nepříjemné vzpomínky, a ne se jim vyhýbat. Vzpomínka se dostává na světlo v relativně kontrolovaném a bezpečném prostředí. To pomáhá snížit strach a obavy. Je zároveň možné, že oční pohyby stimulují neurony v mozku, související se zpracováním paměti. Je souvislost s rychlými očními pohyby během spánku a chodem mozku.

Klienti nejsou dotazováni na detaily, mohou tak „vystoupit“ ze vzpomínky a podívat se na ni z nové perspektivy. Nejsou pak spojovány s nebezpečím a strachem, nýbrž s odstupem a pocitem bezpečí. Zaměření se na provedení cvičení pomáhá jako rozptýlení od bolestivé události (Vybíral, & Roubal, 2010).

Kontrolovaná studie, která sledovala skupinu žen, které zažily domácí násilí a byla jim diagnostikována PTSD, prokázala úspěšnost léčebného programu EMDR. Léčebný program EMDR trval po dobu 4 týdnů v podobě individuálních sezení. Subjektům, jež podstoupili EMDR, se výrazně zlepšily příznaky PTSD (Rothbaum, 1997).

Autoři studie roku 2003 se zaměřili na zkoumání účinnosti, rychlosti léčby a výskytu zhoršujících se symptomů PTSD. Porovnávali výsledky 4 měsíční léčby expozice, EMDR a tréninku relaxace (N = 60). Srovnání prokázalo, že ani jeden z přístupů nevykázal zhoršení symptomů. EMDR má signifikantně vyšší redukci symptomů jako je vyhýbaní a znovuprožívání vzpomínek. Mezi relaxací a EMDR nebyl rozdíl v účinnosti terapie. Všechny tři přístupy byly doporučeny jako vhodné pro dlouhodobou, úspěšnou redukci symptomů PTSD (Taylor, Thordarson, Maxfield, Federoff, Lowell, & Ogrodniczuk, 2003).

Studie z roku 2005, která porovnávala expoziční terapii a EMDR u obětí násilí prokázala zlepšení symptomů u obou terapií. Nebyl prokázán rozdíl v účinnosti mezi přístupy (Rothbaum, Astin, & Marsteller, 2005).

2.3 Psychodynamická psychoterapie

Psychodynamické přístupy se mnohdy označují různým názvoslovím. Pro lepší porozumění můžeme vysvětlit terminologii slova psychodynamický, které se používá v odlišných smyslech jako: „*a) protikladný vůči biologickému (v psychiatrii) nebo kognitivně behaviorálnímu (v psychologii a psychoterapii); b) vycházející z představy dynamiky psychického aparátu, vzájemného vztahu vědomých a nevědomých procesů a rovnováhy duševních sil; c) odkazující na představu dynamického nevědomí a procesů vytěsňování; d) vztahující se k modifikacím psychoanalýzy; e) politicky korektnější a akceptovanější synonymum pro psychoanalytický*“ (Vybíral, & Roubal, 2010, s. 81).

Psychodynamická psychoterapie má ve svém názvu velmi důležitý termín: dynamika. Vybíral a Roubal (2010) vysvětlují dynamiku jako napětí a konflikt, které vznikají v lidské psychice. Jeho původ leží v nejbližších vztazích člověka. Pokud se určitá síla v psychice střetne s protisilou, vznikne dynamizující konflikt, například v podobě psychických obran. Tyto střety se dějí mimovolně, bez našeho vědomí.

Psychodynamika zaměřuje svoji pozornost na interpersonální vztahy a aktuální konfliktní situace. Terapeut interpretuje skrze asociace a přenos nevědomé konflikty jedince. Přenosem se rozumí přenášení konfliktů klienta do vztahu s terapeutem (Timul'ák, 2006).

Tyto konflikty mají podobu pocitů pacienta, které má vůči terapeutovi. Zároveň přenáší nevědomé pudy, ochrany, jež mají svůj původ v dětství. Ze strany terapeuta dochází k protipřenosu, což jsou určité tužby mít z klienta objekt, který by jej uspokojil (Prochaska, & Norcross, 1999).

Pro úspěšnou léčbu je důležité řešit aktuální konflikty, které má klient s okolím. Klient hledá původ konfliktů v interpersonálních vztazích, tím může nalézt souvislosti mezi minulým a současným prožíváním a chováním. Cílem je zaměření na nalezení obranných strategií, sebepoznání a dosažení integrity osobnosti (Dušek, & Večeřová-Procházková, 2015).

2.3.1 Charakteristiky a metody

Trvání psychoterapie

Psychodynamická psychoterapie má své základy položené na psychoanalytické teorii. Jeden z důvodů pro její vytvoření, bylo zkrácení dlouhodobého procesu léčby, kterým je psychoanalytická terapie známá. Omezením léčby jen na jedno až dvě sezení týdně, s jasně vymezeným cílem, byl výrazný posun od psychoanalytického přístupu. Klient byl motivován výhledem na ukončení terapie, a že terapie není záležitostí na zbytek jeho života (Dušek, & Večeřová-Procházková, 2015).

Vznik symptomů

Psychodynamická koncepce pohlíží na symptomy a potíže, jako na neuvědomované konflikty, jež vznikly v dětství. Abychom pochopili smysl rozporů, musíme hledat původ v interpersonálních vztazích s pečujícími osobami z minulosti. V terapii se snaží terapeut dovést klienta k poznání, co spustilo jeho současné problémy. Pro klienta je důležité uvědomění, že za svoji poruchu a symptomy s ní spojené nenese vinu jen on sám, ale že svoji roli hrají i různé jiné faktory. Je pak už na terapeutovi, aby pomohl klientovi najít a co mu jeho ochranné strategie přináší, co je udržuje. Jen když si pacient bude uvědomovat své chování, teprve pak se ho může pokusit změnit (Vybíral, & Roubal, 2010).

Vztah terapeuta a klienta

V psychodynamickém přístupu je vztah klienta a terapeuta zásadní. Musí být založen na důvěře, bezpečí a otevřenosti. Pacient ukazuje důvěru terapeutovi tím, že se otevře novým i starým tématům, vysloví své tajné tužby a obavy a otevřeně promluví o svých problémech. Terapeut na oplátku dává prostor k otevírání témat a nabízí mu na ně různé interpretace a pohledy. Mnoho pacientů má problémy s vyjádřením vlastních pocitů a zažitých situací. Mohou mít problémy se symbolickým myšlením, mít chudší aktivní slovník a tím být neschopní verbálně vyjádřit se. Na terapeutovi je pak poskytovat nové pohledy, interpretace a někdy i rady (Prochaska, & Norcross, 1999).

Výklad snů

Jednou z možných metod práce v terapii s klientem je rozebírání snů, fantazií a představ. Starší psychoanalytická koncepce výkladu snů je zaměřena na odporu z volných asociací. Vedle tohoto pojetí stojí psychodynamické zacházení se sny jako s materiálem, který pomáhá zaměřit se na cíl a problémy klienta (Dušek, & Večeřová-Procházková, 2015). Klienti s PTSD trpí nočními děsy. Jejich rozebíráním klient může najít nové významy a detaily, které mu pomohou nahlížet na trauma z jiného úhlu (Schiraldi, 2000).

Obranné strategie

Poukazování na obranné reakce klienta je v psychodynamické terapii klíčové. Pacient si často neuvědomuje své reakce a chování. Tyto ochranné strategie jednání nemusí být pro klienta přínosné, naopak ho mohou znevýhodňovat. U PTSD je častou obrannou strategií proti nepříjemným vzpomínkám na trauma, vyhýbání se všemu, co připomíná situaci, ve které se ocitl. Tato reakce je hluboce zakořeněna v nevědomí (Van der Kolk, 2015).

Mnoho pacientů s PTSD se uchyluje k samoléčbě, která má často podobu zneužívání návykových látek a alkoholu. Tento nový přístup je jejich cestou k unikání z depresivního, nepřátelského a nebezpečného světa. Tento alternativní postoj, který jim pomáhá dočasně uniknout a ulehčit utrpení, jim dává paradoxně pocity kontroly, neboť když použijí svou „metodu“, pak jim jejich příznaky nemoci „zmizí“. K rozsáhlým symptomům PTSD se touto taktikou přidá závislost. Ta jen prodlouží a stíží léčbu (Schiraldi, 2000).

Za zásadní zlom psychoterapie se považuje klientovo porozumění resistenci vůči terapii a identifikování překážek, jež brání uzdravení. Psychodynamické přístupy pomáhají takovým pacientům překonat pomocí uvědomění existence vzniklého problému. Úspěšně identifikovaný zádrhel v terapii může sloužit k následující motivaci pacienta. Pozitivní je, že se takto více rozvine vztah klienta a terapeuta (Gibbons et al., 2008).

2.3.2 Účinnost psychodynamické psychoterapie

Psychodynamická psychoterapie, ve všech svých formách, je nejvíce využívanou terapií. Je užívána v dlouhodobé, krátkodobé a suportivní terapii a krizové intervenci. Je vhodná pro individuální, skupinové i rodinné sezení s klienty každého věku. Profitují z ní i pacienti, jež jsou dlouhodobě hospitalizovaní. Její efekt a účinnost jsou podpořeny stále vznikající literaturou (Kay, 2006).

Může být užitečná i v léčbě různých stavů depresí, zneužívání psychoaktivních látek a alkoholu, ale i v případě hraniční poruch osobnosti. To vše jsou symptomy, které stěžují návrat klientů s PTSD do života. Velmi časté, náročné, vyčerpávající a demotivační jsou pro tyto pacienty deprese, díky kterým nejsou schopni zvládat běžné úkony a činnosti. Psychodynamická terapie je tedy k práci s těmito pacienty výhodná (Gibbons et al., 2008).

Výzkum z roku 2013 porovnává účinnost krátkodobé psychodynamické terapie a KBT v léčbě depresivity. Časový rozsah psychoterapií byl 16 sezení. Nebyli potvrzeni signifikantní rozdíly mezi přístupy. Byla prokázána účinnost psychodynamické psychoterapie v léčbě depresivity. Zároveň výzkum naznačil, že pro určitou skupinu pacientů (22,7 %) je tato terapie nedostatečná (Mergler, Driessen, & Havemann-Reinecke, (2013).

2.4 Sugestivní a hypnotická psychoterapie

Posttraumatická stresová porucha ovlivňuje nejen pacientovo prožívání a chování, ale i jeho pohled na sebe, vztahy s ostatními lidmi i jeho psychické a fyzické fungování. Někteří pacienti s PTSD se již naučili, jak se separovat od traumatu. Terapeuti jim pak tuto schopnost připíší jako jednu z již zvládnutých technik, která jim pomůže k uzdravení. Hypnóza je jednou z technik, která využívá disociace v terapii. Na této metodě není nic mystického nebo magického, jak se můžou někteří lidé domnívat (Schiraldi, 2000).

V hypnóze se jedinec hluboce uvolní, relaxuje a otevírá mysl novým možnostem. Dobrovolně uvolní svoji kontrolu nad přemýšlením o všedních věcech a přesměruje myšlení na produktivní, často kreativní způsob (Kratochvíl, 2011).

Kratochvíl (2009) popisuje hypnózu jako zvláštní psychický stav, pro který jsou příznačné charakteristiky zvýšené sugestibility, změněný stav vědomí a selektivní vztah závislosti na hypnotizérovi. Zvýšená sugestibilita je znakem, který terapeutovi ukazuje, že klient je připraven přijímat tvrzení hypnotizéra a v závislosti na tom je přeměnit v příslušné prožitky a přesvědčení. Ve změněném stavu vědomí dochází ke změně výkladů a přehodnocování skutečného stavu věcí. Vztah hypnotizéra a klienta je důležitý pro úspěšnou hypnózu. Jedinec musí přijmout podněty od hypnotizéra, které nabývají v hypnóze většího významu. Zároveň se snižuje klientova reaktivita na ostatní podněty z okolí. Hypnóza je provázená relaxací, pocitem ospalosti a útlumem.

2.4.1 Hypnabilita a sugestibilita

Hypnotizovatelnost (hypnabilita) je schopnost jedince vstupovat do určité hloubky hypnózy. Různí lidé jsou schopni různého stupně hypnotizace. Základní hypnabilita je dle Kratochvíla (2009) maximální možná hloubka hypnózy, do které se za optimálních podmínek může jedinec pohroužit. Během dospívání se stává stabilním rysem osobnosti.

Předpoklad pro úspěšnou hypnózu je reagování na sugesci v bdělém stavu. Sugesci, které mají ve svém obsahu vnucení, znemožnění pohybu, a při kterém jedinec není schopen těmto pokynům odporovat, vysoce korelují s hypnabilitou a jsou přípravou na hypnotizaci (Schiraldi, 2000).

Zvýšená sugestibilita byla vypořádávána u dětí, hlavně ve stavech únavy po fyzické či psychické zátěži. Pokud je sugesce v souladu s vírou, pak je tato sugesce subjektem přijímána. Vliv má i skupina, nejistota, zmatek. Snížená sugestibilita je u jedinců s vysokou inteligencí, kteří jsou kritičtí a psychicky stabilní. Sugestibilita je v populaci vyjádřena křivkou normálního rozložení (Gaussovou křivkou – asi 50 % průměrně sugestibilních, 20 % podprůměrně, 20 % nadprůměrně, 5 % vysoce a stejné procento velmi málo sugestibilních) (Kratochvíl, 2009).

K navození hypnózy jsou využívány různé uspávací metody jako je fixace předmětu, hypnotizéra, sluchové podněty či slovní sugesce. Hypnózu lze během sezení opakovat. Pro sugesci existuje řada různých technik (Zíka, 2011).

Například sugesce pohybu je založena na pocitu jedince, že pohyb se udál automaticky, sám od sebe bez jeho vůle. Při sugesci znemožnění pohybu má pocit, že pohyb nelze uskutečnit i přes veškerou snahu. Nebo pohyb může provést, ale musí na to vyložit velké úsilí. Sugesce mouchy vyvolává v subjektu pocit, že má na sobě mouchu a cítí, že po něm leze. Čím komplexnější chování vyžaduje sugesce od jedince, tím jedinec vykazuje různé stupně aktivity. Může být pasivní, strnulý, náměsíčný nebo vykazovat běžné bdělé chování (Kratochvíl, 2011).

Stavy hypnózy můžeme rozdělit na tři stupně. Prvním je lehká hypnóza, při níž je pro subjekt charakteristická relaxace, ospalost, pocity tíhy a únavy a poddání se sugescím hypnotizéra. Klient je schopen uvědomovat si okolí. Může se hypnotizérovým sugescím bránit i sám svůj hypnotizovaný stav ukončit. Ve druhém, středním stupni hypnózy se úspěšně vsugerují pocity teplo-chlad, částečná i úplná analgezie, komunikace pomocí posunků či menší halucinace. Na průběh nebývá amnézie, pokud ano, je jen částečná (Kratochvíl, 2011). Třetí stupeň hluboké hypnózy umožňuje ovlivňovat motoriku jedince bez jeho odporu, vyvolat pozitivní i negativní halucinace, anestezii, analgezii a amnézii, regresi do různého období klientova života. Klient plně prožívá sugesci jako reálnou, bez ohledu na její logičnost. Někteří pacienti jsou pod vlivem sugesce pasivní (zpomalení), jiní více aktivní (spontánně reagující) (Kratochvíl, 2009).

2.4.2 Léčebné užití

Hypnóza je jednou z možností poznávání lidské psychiky pomocí zpřístupnění podvědomí. S pomocí sugesce umožňuje eliminaci, izolaci, disociaci a senzibilizaci některých duševních funkcí v oblasti vnímání, představivosti, osobnosti a citů (Schiraldi, 2000).

Hypnóza je využívána ke zvýšení účinnosti jiných metod. Prosté navození hypnotického stavu má omezený, krátký a dočasný účinek. Slouží ke krátkodobé relaxaci psychickému i fyzickému uvolnění. Techniku lze opakovat a prodlužovat tím její pozitivní účinky (Zíka, 2011).

Její hlavní potenciál a síla je ve zvyšování účinnosti léčebných sugescí. Ty mohou být specifické (zaměřené na konkrétní problém), nebo mohou být orientované na celkové zlepšení stavu (pocity spokojenosti). U zvláště hypnabilních osob, lze dosáhnout snížení citlivosti bolesti nebo docílit naopak necitlivosti (Kratochvíl, 2009).

Hypnóza se využívá k vyvolávání zablokovaných vzpomínek, potlačených emocí, odreagování a k usnadnění nácviku činností narušených funkcí. To se hojně využívá při pracování s pacienty s PTSD, kteří mají problém vybavit si svůj traumatický zážitek. Často podléhají svým emocím a díky nim se nedokáží zaměřit na trauma jako na vzpomínku již proběhlé události. Neustále ji vnímají jako by se děla v přítomnosti. Hypnóza jim může pomoci nalézt potřebný odstup při práci s materiálem vzpomínky v bezpečném prostředí (Schiraldi, 2000).

Pomocí relaxace a uspávací sugesce se dosahuje stavu prosté hypnózy. Terapeut tímto stavem uvádí klienta do relaxace a klidu, aby došlo k celkovému uvolnění. To je pro oběti PTSD žádoucí a pomáhá klientům podobně jako relaxace. Je využívána i v závěrečné části sezení, kdy se předpokládá, že relaxovaný stav pacienta pomůže ke zvýšení účinnosti terapie (Zíka, 2011).

Z prodlužovaného stavu prosté hypnózy pak vznikla spánková terapie. Její aplikace umožňuje pacientovi hlubší odpočinek, zvláště pokud trpí poruchami spánku či insomnií. Výhoda je v dosažení tohoto výsledku bez pomoci medikamentů. Také může pomoci posílit nervovou soustavu a snížit psychosomatické a neurotické poruchy (Kratochvíl, 2011).

Normální spánek navozený hypnózou se postupně po ukončení proměny v normální fyziologický spánek. Používá se u klientů s insomnií, kteří mají problémy s odpočinkem, zregenerováním se a spánkem obecně. Při léčbě hypnotizér aplikuje tuto metodu ráno a po obědě. Pacient se pak vždy po těchto sezeních na chvíli prospí. Nežádoucím účinkem je nutnost aplikovat tuto metodu i k běžnému spánku v noci. To je důvod, proč není doporučeno využívat tuto metodu dlouhodobě (Kratochvíl, 2009).

2.4.3 Účinnost sugestivní a hypnotické psychoterapie

Výzkum z roku 2017 porovnává efektivitu dvou směrů psychoterapie: gestalt terapie a hypnotické terapie, při léčbě deprese na obyvatelstvu Culiacan v Mexiku. U obou směrů byly po terapii prokázány snížené příznaky deprese po terapii. Výsledky prokázaly úspěšnost hypnózy jako efektivní a úspěšné léčby. Pomohla klientům vybudovat si pozitivní očekávání a modifikovat pohled na sebe sama. Zároveň byla prokázána redukce depresivních myšlenek a nálad (González-Ramírez, Carrillo-Montoya, García-Vega, Hart, Zavala-Norzagaray, & Ley-Quiñónez, 2017).

V případové studii, byla PTSD léčena pomocí integrativního – psychiatrického a psychoterapeutického přístupu. Vysoce hypnabilní pacient s PTSD (65 let), byl na psychiatrovo doporučení léčen pomocí farmakoterapie a psychoterapie. Psychoterapeutická intervence trvala 23 sezení. Během terapie byla využívána hypnóza, jako prostředek k vyrovnávání se se symptomy. Tyto hypnoterapeutické techniky postupně vedly klienta do bodu, kdy bylo možné vysadit léky. Tato studie je příklad úspěšného využití integrativního přístupu v léčbě PTSD (Enea, & Dafinoiu, 2013).

2.5 Logoterapie a existenciální analýza

Logoterapie je známa jako terapie smyslem a analýza bytí. Proto můžeme v logoterapii nalézt jistou podobnost s existenciální analýzou. Existenciální analýza je založena na tezi, že nelze odhalit smysl života, ale že se má vytvářet skrze životní postoje a hodnoty. Stálým utvrzováním a tázáním sama sebe zjišťujeme, zdali jdeme správným směrem. Pokud jedinec dospěje k závěru, že jeho bytí je nesmyslné, pak dochází k jeho zhroucení a přehodnocování postojů a hodnot (Lukasová, 2009).

Logoterapie má podobné prvky uvažování. Frankl (2006) dává důraz na hledání smyslu bytí skrze nejtěžší životní situace. Stěžejním bodem pro logoterapii je správné dotazování se smyslu bytí. Způsob pokládání otázky, co je smyslem života je nesprávné. Cílem je uvědomění toho, jaký smysl mu život dává, a tím být zodpovědný za své bytí.

Frankl (1999) vytvořil teorii osobnosti, která počítá s člověkem jako s celkem. Podle této teorie je člověk složen ze tří dimenzí, každá s jinou povahou: fyziologická, psychologická a noologická dimenze. Noologická dimenze se vztahuje k vůli ke smyslu. Tato dimenze není statické povahy, naopak v ní probíhá neustálý proces objevování. Smysl života je často spojován s náboženstvím. Tato spirituální sféra však nemusí nutně obsahovat náboženský charakter.

Je čistě na jedinci, jestli a v jaké míře, se bude vztahovat k duchovnu. Pocity bezsmyslnosti jsou zdrojem pro mnoho problémů. Tím, že jedinec neví, co se životem, nedokáže si pak vysvětlit své bytí a může se tak uchýlit k životu, jež je protkán patologickými jevy (alkoholismus, narkomanie, kriminalita apod.). Tento stav bezsmyslnosti pak nazývá existenciálním vakuem, jehož projevy jsou pocity životní prázdnoty, nudy a nejistoty (Frankl, 1999).

Vysvětlení příčiny vzniku patologií je v principu, kdy se z existenciální frustrace stane noogenní neuróza. Na rozvoji symptomů PTSD, by se tímto způsobem dalo pohlížet jako na ztrátu naděje v existenci a smyslu bytí, jež pacienta uvádí do dlouhodobé frustrace a nejistoty (Schiraldi, 2000).

2.5.1 Tři pilíře logoterapie

Logoterapie vychází ze tří pilířů, kterými podle Lukasové (2009) jsou: smysl života, vůle ke smyslu a svoboda vůle.

Smysl života

Pokládání si otázky o smyslu života a smyslu bytí je typické pro lidský druh. Alespoň lidstvo si rádo toto privilegium uzurpuje, neboť nelze dokázat, že by nějaké zvíře pochybovalo o své existenci a ptalo se na její důvod. Proto logoterapie pracuje se smyslem života jako se specifickou otázkou lidskosti (Kosová, 2014).

Podle Frankla (1994) by se otázka po smyslu měla pokládat obráceně. *„Musíme učit sebe i zoufající, že vlastně nikdy nezáleží na tom, co očekáváme od života my, nýbrž co očekává život od nás. Život v posledku neznamena nic jiného, než právě odpovědnost za správnou životní odpověď na otázky kladené nám životem v podobě úkolů, které máme splnit. Život, jak je zde míněn, není něco neurčitého, nýbrž vždy něco konkrétního, a proto i požadavky života vůči nám jsou zcela konkrétní. Je to dáno tím, že životní úděl každého člověka je jedinečný a neopakovatelný.“* (s. 53-54).

Úkolem každého lidského jedince je nalézt v životě cíl. Tak jako je každý individuální, tak i cíl je pro každého specifický a speciální. V nalezení svého úkolu jedinec dosahuje i nalezení smyslu svého bytí. V tomto pojetí má každý život svůj smysl, který je jen třeba najít (Schiraldi, 2000).

I bezvýchodná a nebezpečná situace, může mít svůj nečekaný smysl. Ten může posunout jedince na jinou cestu. To, že v daném okamžiku nevidí smysl, nechápe ho neznamena, že je bezsmyslný. Smysl musí být nalezen, nikdo mu ho nemůže říci či nalézt za něj (Frankl, 1999).

V léčbě PTSD se zaměřuje terapeut na hledání pacientova smyslu existence, smyslu jeho traumatu. Společně se snaží objevit interpretace jeho traumatického zážitku, které by mohly klienta posunout dál a odpojit se od minulosti (Schiraldi, 2000).

Vůle ke smyslu

Vůle ke smyslu má motivační charakter. Tento koncept s ní pracuje jako se základní hodnotou člověka. Lidé usilují o naplnění svého života a hledají jeho cíl. Základním zájmem člověka je jeho vůle k nalezení smyslu. Aby nabyl svého jedinečného a specifického významu, musí si ho jedinec nalézt a naplnit sám. Jen pak může uspokojit svoji vůli ke smyslu (Frankl, 2006).

Existenční frustrace je stav, kdy je vůle ke smyslu nějakým způsobem znemožněná. Dlouhodobá existenční frustrace může být příčinou řadou neuróz v životě jedince. Logoterapie tuto neurózu nazývá noogenní. Tato neuróza nemá svůj původ v psyché (duši), ale v noos (duchu), tedy v samotné lidské existenci (Frankl, 1999).

Svoboda vůle

Každý je jedinečný a každý má svůj specificky jedinečný význam existence. K životu člověka patří osud. Ten mu ukazuje, kudy má směřovat, kde se může projevit jeho svoboda, protože ta by nemohla existovat bez svého protipólu. Stejně jako bez války by neexistoval mír. Svoboda se objevuje jen proti jasnému osudu. Může na sebe vzít formu biologické, sociologické nebo psychologické determinace (Lukasová, 2009).

Svobodou vůle pak rozumíme stavění se proti osudu. Důležitá je jen jedincova volba, jaký zaujmeme postoj vůči tomuto konfliktu (Křivohlavý, 1994).

Těžké a náročné situace, například traumatické události, jsou pro člověka zkouškou. Každý jedinec má svoji alespoň potencionální svobodnou vůli. Tragédií či traumatem je pak zkoušena či narušena. To ji ale nezničí, může ji to jenom zlomit. V léčbě je důležitý postoj, jaký pacient zaujme vůči prožitému traumatu. Pokud se mu odmítá postavit a schovává se, pak ztrácí kontrolu nad svým osudem (Frankl, 1999).

2.5.2 Hodnoty

Tvůrčí hodnoty

Tvůrčí hodnoty jedinec naplňuje prací, a to zejména jakým způsobem ji provede a jak se k ní staví. Nevztahuje se jen k povolání, za které je finančně ohodnocován a ze kterého

může mít užitek či potěšení, ale i k vytváření něčeho, co může člověka uspokojovat a činit ho šťastným (Lukasová, 2009).

Zážitkové hodnoty

Zážitkové hodnoty vycházejí z pouhého prožívání krásy života. Pro pacienty s PTSD může být obtížné opět nalézt a naplnit svůj aktuální smysl. Někteří jedinci, kteří jsou výtvarně, hudebně či jinak nadaní, mají jistou výhodu, protože mohou lépe vnímat a prožívat umělecký zážitek. K zážitkovým hodnotám patří i prožívání vztahu k druhému člověku, citění a prožívání lásky (Frankl, 2006).

Postojové hodnoty

Postojové hodnoty vyjadřují, jak se jedinec staví vůči životním omezením nebo náročným situacím. Jsou chvíle, momenty života, kdy je pro člověka nemožné vyhnout se nebezpečné situaci, to je důležité pro klienty s PTSD. Uvědomění si, že za svou situaci nemohou a zaujetí správného postoje k zažité situaci. I ve chvílích, kdy jedinec nemůže projevit své hodnoty pomocí svého jednání, mu jeho hodnoty a postoje zůstávají a neztrácí se. Proto zaujetí správného postoje může být východiskem k postavení se proti trýznivému osudu, který spojuje pacienty PTSD (Frankl, 2006).

2.5.3 Metody logoterapie

V logoterapii se využívají tři techniky. Jsou jimi postojová změna, paradoxní intence a dereflexe. Tyto postupy jsou založeny na předem jasně daném průběhu, konkrétní náplni, a hlavně se přizpůsobují individuálním potřebám a možnostem jedince. Kladou si konkrétní cíle, a tím je osvojení svobodného a odpovědného přístupu v životě člověka (Kosová, 2014).

Postojová změna (přestavba negativních postojů)

Cílem této techniky je dosažení změny v postoji k životu, hodnotám, volbám a činům jedince. Nesnaží se jen o proměnu skrze přepracování destruktivních a obranných postojů, které jsou zdrojem selhání jedince. K těmto změnám se terapeut snaží dovést klienta během

rozhovoru, kdy se zaměřuje na jeho negativní výroky. Ty jsou odkazem na nežádoucí postoje, jež zaujímá. Po jejich zmapování se společně zaměřují na jejich přepracování a realistickém pojetí (Lukasová, 2009).

Osobnost klienta hraje velkou roli ve vytváření postojů, nejde jen o povahu určité situace. Při terapii se pracuje s objevením nového smyslu uvažování, kdy se pacient snaží dosáhnout nového stylu přemýšlení. Při traumatické události si nemá klient připouštět jen to špatné, co mu přinesla. Naopak se má zaměřit na to, co mu situace přinesla nového. Nemusí to být ihned něco pozitivního, může to mít podobu nového zážitku, zkušenosti, nebo vědomí, že jeho ztráta je menší než to, co získal. Utrpení tím nabývá nové tváře a strhává se jeho nálepka bezsmyslnosti. Tímto způsobem se mohou překonávat i jiné problémy v životě (Schiraldi, 2000).

Terapeut pomáhá klientovi vytvořit si „vzdornou sílu ducha“. Díky ní je pak schopen překonávat krizové situace. Je to nový postoj „já mohu, ačkoliv“, namísto „nemohu, protože“. Zlomovým okamžikem pro něho je objevení možnosti volby, kterou si nemusel uvědomovat (Lukasová, 2009).

Paradoxní intence

Paradoxní intence je prostředkem, který pomáhá klientovi vymanit se z obsesivních myšlenek svého bludného kruhu. Pacient prožívá úzkost, neboť se obává, že se daný stresující zážitek nebo situace bude opakovat. Je to strach ze strachu a není ničím neobvyklým. Problémem je, že pokud očekává, že se takto zachová, pak se opravdu takto zachová. To vše díky postupu v mysli, který si vytvořil jako možný plán z takové situace (Schiraldi, 2000).

Cílem paradoxní intence je nový a nezaujatý pohled na obávanou situaci. Úkolem klienta je představit si, co vše se musí stát, aby k jím obávané situaci došlo. Humor je nedílnou součástí této metody. Pacient by měl své představy upravovat do paradoxních a nemožných způsobů. Ty by mu měly ukázat, jaké musí být okolnosti, které jsou obtížné a těžko proveditelné, aby tato situace nastala. Klient by se sám měl pokusit, během pečlivě

naplánovaného experimentu, dosáhnout zrealizování dané události (Vybíral, & Roubal, 2010).

Pacienti se sebevražednými tendencemi, s akutním psychotickým stavem či s depresí by tuto techniku nemuseli zvládnout. Pokud má oběť reálný strach nebo se jedná o reálné ohrožení, bylo by pak paradoxní intencí klienta smrt či utrpení druhého člověka. Právě tomuto se snaží logoterapie vyhnout. U těchto pacientů se tedy tato technika nevyužívá (Vybíral, & Roubal, 2010).

Dereflexe

Dereflexe pracuje s odkloněním pozornosti klienta. Využívá se ve chvílích, kdy je jedinec zahlcen přehnaným zaměřením na své příznaky a na idealizované stavy na cíle mimo něj samotného. Ty mohou být zdrojem hodnot a smyslu, kdy jejich dosažení je reálně v moci klienta. Tento proces by měl vést ke změně kognitivního a motivačního zaměření. O této metodě Lukasová (2009) říká, že je snad nejlepší v léčbě pomocí logoterapie. Tato metoda slouží k odklonění pozornosti, k zapomenutí sebe sama a obrací pozornost ke konkrétnímu cíli nebo úkolu. Základem je naučit se zachovat si odstup od sebestředných hodnot a zaměřit se k cílům jež, ho přesahují. Prvním krokem je odstranění hyperintence, což je přehnané usilování o dosažení žádoucího cíle. Tento akt je zároveň spojen s hyperreflexí, tedy nadměrným pozorováním sebe sama. Tímto přílišným sebezpozorováním se narušuje vlastní jednání a chování, jež se jinak děje mimovolně a nevědomě. Například klient se snaží dosáhnout něčeho, co mu přinese pocit radosti. Tento pocit je důsledkem vykonané činnosti a vytváří se samovolně. Pokud se ale sám vědomě snaží dosáhnout žádoucích pocitů, toto snažení mu jejich vytvoření znemožňuje.

2.5.4 Účinnost logoterapie a existenciální analýzy

Při PTSD, která vznikla vystavením bojových situací, jsou její následné symptomy pro oběť velmi vysilující. Ovlivňují všechny oblasti jejího psychosociálního fungování. Veteráni znovuprožívají svá traumata a jako cestu k vyrovnávání se se vzpomínkami volí izolaci, vyhýbání se všemu, samoléčbu alkoholem a drogami. Jejich cílem je otupit se, aby se jim život zdál více snesitelnějším. Zároveň často přeruší všechny kontakty a vztahy,

které měli s rodinou a přáteli. Cítí vinu přeživšího, mají deprese a negativní pohled na svět i sebe sama. Jsou přesvědčeni, že život není v jejich rukou, nemají ho pod kontrolou a nemá smysl. Právě logoterapie se zabývá otázkami smyslu existence a mohla by být jedním z prostředků k vyrovnávání se s traumatickými vzpomínkami a znovuoobnovení uspokojivého života (Southwick, Gilmartin, McDonough, & Morrissey, 2006).

Posttraumatická stresová porucha, která vznikla vystavením bojových konfliktů je všeobecně hůře léčitelná. Případová studie sledovala pacienta trpícího chronickými symptomy PTSD ve věku 54 let. Klient již podstoupil psychoterapii KBT, farmakoterapii, prošel expoziční terapií. Dosavadní léčba zredukovala některé ze symptomů, ale některé jeho symptomy přetrvaly. Pomocí logoterapie byly identifikovány jeho stávající problémy, na kterých začal aktivně v terapii pracovat (Gilmartin, & Southwick, 2004).

Logoterapie pomáhá pacientům, kteří zápasí s existenciálními problémy nalézat smysl. Příkladem je skupinka veteránů ve studii z roku 2006. Bylo prokázána shoda v hledání smyslu života s jeho kvalitou a ubývajících symptomů PTSD. Každý rok pořádali o prázdninách slavnost pro děti, kde měli možnost přednášet o svých zážitcích a zároveň měli možnost čelit obavám z davu (Southwick et al., 2006).

2.6 Gestalt psychoterapie

Gestalt terapie je přístup, pro který je typická důležitost prožívání. Více než o obsah terapie, jde o její proces. Hlavní roli zde hrají emoce. Jde o integrativní směr, který pracuje s teorií pole a vztahovým principem. Snaží se pomoci klientovi dosáhnout uvědomění co dělá, jakým způsobem, a jak se může změnit. Klient se učí přijmout sám sebe takového, jaký je. Učí se seberealizaci a osobnímu růstu (Vybíral, & Roubal, 2010).

Tato psychoterapie dává velký důraz na partnerský dialog dvou lidí (klient a terapeut) a na teorii pole. Důležitá je aktivní práce terapeuta, na kterého jsou kladeny vysoké nároky. Musí si být jasně vědom vlastního prožívání, a to jak na fyziologické, tak na psychické a emocionální úrovni. V této psychoterapii je pro terapeuta přímo zásadní vytvořit si kontakt s klientem, ve kterém je důležitá citlivost, propojenost a vyváženost (Joyce, 2011).

Cílem gestalt psychoterapie je dosáhnout propracovaného uvědomování si svého vlastního vnímání, prožívání a jednání v přítomnosti „tady a teď“. Klient může díky tomu nahlédnout na své navyklé vzorce, najít svobodu volby a tím přijímat odpovědnost za svá rozhodnutí (Kratochvíl, 2009).

Již od narození má člověk potřebné předpoklady k prožití uspokojivého života, úspěšné interakci s okolím a druhými lidmi. Gestalt terapie se zaměřuje na tento potenciál a hledá různé možnosti k jeho rozvíjení, zkoumání, rozkrývání a k tvoření nových a kreativních vzorců v životě (Vybíral, & Roubal, 2010).

2.6.1 Charakteristiky

Uvědomění

Terapeut se klienta opakovaně ptá, co prožívá, a jak se v danou chvíli cítí. Tím se klient zaměřuje sám na sebe a zkoumá své prožívání. Toto je zásadní stránka gestalt terapie. Přístupem „tady a teď“ klient sleduje nejenom své aktuální cítění, ale má možnost takto postřehnout i jeho proměnlivost a adaptaci na aktuální podmínky (Yontef, 2009).

Zároveň je nástrojem, kterým může klient dosáhnout smýšlení o situaci v přítomnosti, reálném okamžiku a nezabývat se minulostí či pohledy do budoucna. Svoji minulost člověk nalézá v paměti těla, a tím vytváří i své budoucí konání (Vybíral, & Roubal, 2010).

Kontakt

Pomocí kontaktu si klient může začít uvědomovat své možnosti volby, najít vlastní pohled na věc, přijmout sám sebe a nalézt své postoje a hodnoty. Terapeut mu pomáhá spatřit tyto své vzorce, které si vytvořil ke světu a sám k sobě. S tímto vším se pak dále pracuje k vytváření jiných, příznivých kontaktů v klientově životě (Kratochvíl, 2009).

Vybíral a Roubal (2010, s. 166) uvádí, že „*gestalt terapie směřuje k sebezpřijetí, sebevyjádření, seberealizaci a osobnímu růstu, které se odehrávají ve vztazích člověka k druhým lidem a jeho okolí*“.

Terapeut pracuje s klientem v přítomnosti a zaměřuje se na jeho prožívání „tady a teď“, tím mu otevírá možnost prohlédnout si své prožitky, nalézt i ty minulé a sledovat jejich změnu v čase. Aby tento proces sledování a vnímání mohl vzniknout, musí terapeut vytvořit bezpečné prostředí, ve kterém se klient nebude bát zkoušet nové aktivity a nové vzorce v kontaktu s terapeutem (Vybíral, & Roubal, 2010).

Paradoxní teorie změny

Paradoxní teorie změny se opírá o teorii pole, kdy jeho jednotlivé části jsou neustále v dynamické interakci a vzájemně na sebe působí různou silou. Tyto části jsou propojeny a vytváří celek, kterým je koncepce, kontext a bytí člověka. Pole se ihned začne měnit ve chvíli, kdy si jedinec uvědomí existenci pole. Cílem tohoto procesu je klientovo vědomí vlastní volby, svobody výběru a svých možností. Výsledkem je nový pohled na dění kolem a přijetí reality jako takové, jaká je. Ideálně klient přijme sám sebe takového, jaký je, a ne jaký si přeje být. Tím se otevírají dveře k osobnímu růstu (Joyce, 2011).

2.6.2 Teoretická východiska

Teorie pole

Teorie pole je způsob organizace prožívání do smysluplných celků. V této teorii terapeut chápe osobnost vždy ve vztahu ke kontextu. Osobnost je proces, který se utváří v přítomném čase „tady a teď“ utváří k okolí. Problémy klienta tedy nevycházejí z jeho minulosti, ale z interakcí v přítomnosti. Osobnost je celostní jednotka, která je ovlivňována

rodinným, sociálním a ekonomickým kontextem a nesmí se na ně zapomenout. Vždy se musí brát ohled na to, v jakém kontextu klient žije (Vybíral, & Roubal, 2010).

Chování jedince nelze vysvětlit jen jedinou příčinou (motivem). Vždy je v souhře i mnoho dalších činitelů a kontextů. Pole je interaktivní a jeho části se navzájem ovlivňují. Jednání je ovlivňováno vzájemně provázanými silami v poli. Terapeut je během interakcí součástí aktuálního pole. Jakýkoli fenomén, jenž se při terapii stane, vznikne během vzájemné interakce klienta a terapeuta. Jev zapříčiní obě strany, nikoliv jenom jedna. Pole a síly mají dynamickou povahu, díky tomu se i uspořádání pole proměňuje. Úkolem terapeuta je sledovat pole a příslušně reagovat v závislosti na jeho proměnách (Joyce, 2011).

Experimentální fenomenologická metoda uvědomování

Z fenomenologického hlediska v terapii nejde o důležitost jednotlivých jevů. Terapeut zaměřuje pozornost na to, co je zjevné a na klientovo vnímání. Zásadním je klient, jeho prožívání a smysl. Terapeut nevyhodnocuje, neinterpretuje a odkládá si svůj vlastní názor. Využívá k tomu tři hlavní techniky. První je uzávorkování, kdy si terapeut odloží své pochopení fenoménu. Druhým je popis, při kterém popisuje nezaopatě co se děje. Třetím je zrovnoprávnění významů, horizontalizace, při které se brání prisuzování jednotlivým jevům důležitosti a bere je jako rovnocenné (Vybíral, & Roubal, 2010).

Klientovi se pomáhá pracovat s „fixovaným gestalem“, tedy opakujícím se vzorcem chování, který ho přivedl do terapie. Nemůže se s ním dále pracovat, pokud se daný vzorec neaktivuje. Pouhé mluvení změnu nenastolí, klient si ji musí prožít (Joyce, 2011).

Zásadním prvkem v gestalt terapii je její experimentální přístup. Terapeut během sezení vybízí klienta k novým zkušenostem. K objevení něčeho nového a nabízí mu při tom potřebnou podporu. Klient se musí cítit bezpečně a je nutné, aby terapeutovi důvěřoval. Experimentální přístup s „něčím novým“ a „tady a teď“ vyvíjí na klienta jistý tlak a terapeut musí umět odhadnout, co je v klientových silách (Vybíral, & Roubal, 2010).

2.6.3 Dialogický přístup kontakt a vztah

Vztah terapeuta a klienta je velmi jedinečný a má pro probíhající terapii zásadní význam. Prostřednictvím jejich vzájemné interakce je možné sledovat, nejen jak se

vzájemně ovlivňují, ale i jak definují jeden druhého. Terapeut musí během terapie být schopen uvědomovat si sám sebe a dávat zpětnou vazbu klientovi. Zároveň je využíván jako zástupce kontextu pole pro klienta a dává mu tím možnost využít jejich vztahu k růstu či vyzkoušení si proměny vztahů. Terapeut nemanipuluje klienta k žádnému cíli, vede ho k uvědomění si probíhajícího setkání a k jeho prožití (Vybíral, & Roubal, 2010).

2.6.4 Skupinová gestalt terapie

Skupinová gestalt terapie vychází z individuální psychoterapie. Je založená na prožitku „tady a teď“ a vztahu na poli klienta a terapeuta. Skupinová dává příležitost k výjimečnému setkávání a vytváření společného pole mezi více členy zároveň (Kratochvíl, 2009).

Tato terapie zachází se skupinou jako s jedním celkem s vlastní dynamikou na teorii pole. Žádný fenomén se nevytváří samostatně vně skupiny, stává se její funkcí. Terapeut v rámci terapie nabízí členům prostor k diskusi mezi sebou a k dávání zpětné vazby jeden k druhému. Členové navzájem hovoří o svých prožitcích. Terapeut v terapii vystupuje jako divoká karta. Je proměnlivý v zájmu skupiny, podle potřeb více aktivní, někdy se zaměří na jednotlivce a jindy nechá skupinu pracovat samostatně v celé její dynamice (Vybíral, & Roubal, 2010).

2.6.5 Účinnost gestalt psychoterapie

Cílem gestalt psychoterapie je zmenšit intrapersonální a interpersonální problémy a zároveň zlepšit celkové symptomy PTSD. Během terapie dochází k redukci jádra symptomů v PTSD. Také pomáhá snížit recidivu příznaků. Používá se spíše jako doplňková terapie v léčbě PTSD a může být výhodou v práci s traumatizovanými pacienty (Butollo, Karl, König, & Hagl, 2014).

Studie z roku 2015 testovala integrativní gestalt intervenci s probíhající expoziční psychoterapií proti KBT, kde sledovala možné efekty v redukci symptomů po ukončení léčby. Časové rozmezí terapií bylo flexibilní s maximálním trváním 24 sezení. Pacienti v obou skupinách vykazali signifikantní dlouhotrvající snížení symptomů (měřeno po šesti měsících). KBT mělo statisticky lepší výsledky v redukci symptomů v kognitivním měření.

Mladší pacienti profitovali z KBT více než starší. Nebyl nalezen rozdíl ve výsledcích gestalt intervence mezi věkovými skupinami (Butollo, Karl, König, & Rosner, 2015).

Cílem následující studie bylo prozkoumat účinnost gestalt psychoterapie na redukcí symptomů PTSD u veteránů pocházejících z Iránu. Výsledky prokázaly, že gestalt psychoterapie i behaviorální intervence pomohla výrazně snížit symptomy PTSD. Studie prokázala, že gestalt psychoterapeutické techniky mohou být využity ve standardním spojení s jinou léčbou PTSD jako doplněk k jiné léčbě k redukcí symptomů (Nazari, Mohammadi, & Nazeri, 2014).

3 SROVNÁNÍ PSYCHOTERAPIÍ

3.1 Modely vzniku PTSD

Psychoterapie	Vznik posttraumatické stresové poruchy
Kognitivně-behaviorální psychoterapie	Neschopnost kognitivně a emocionálně zpracovat trauma
EMDR	Nedostatečné zpracování události
Psychodynamická psychoterapie	Aktivace nevyřešených vnitřních konfliktů
Sugestivní, hypnotická psychoterapie	Zablokování vzpomínky
Logoterapie a existenciální analýza	Ztráta smyslu existence
Gestalt psychoterapie	Špatná organizace prožívání

Kognitivně-behaviorální model vzniku PTSD

Podle tohoto modelu se PTSD rozvine, pokud traumatická událost je silně emočně nabitá a pokud se původně neutrální předměty, podmínky, situace, činnosti spojí se zažitým traumatem. Díky silnému rozrušení, které je během traumatu přítomné, se toto podmínění zpevní. Následujícím vystavením již podmíněných předmětů se spustí reakce, jež byly přítomny během události a tím se u jedince zvyšuje napětí a tím vyvolané úzkosti. Díky tomu se začne oběť vyhýbat situacím, předmětům a všemu, co je propojené s traumatem, aby vzpomínky na něj nebyly vyvolány. Tím se u něj objeví vyhýbavé chování. Pokud ale tyto události nekonfrontuje, nezjistí tak, jestli jsou pravdivé, tak vznikají i mylné představy a postoje k okolí i sobě sama.

Model vzniku PTSD v programu EMDR

V tomto pohledu PTSD vzniká nedostatečným zpracováním nepříjemné vzpomínky. Klient se obává otevřít trauma a sdělit své prožitky a znepokojení. Tím si vytváří vyhýbavé chování a nedokáže se vypořádat se vzpomínkou. Vzpomínka na traumatickou událost je

fragmentovaná a pro klienta těžko uchopitelná. Informace, jež jsou v ní obsažené jsou zpřeházené a často zdeformované. Zároveň jsou podmíněné silnými emocemi, jejich konfrontace je tak těžší.

Psychodynamický model vzniku PTSD

Podle tohoto modelu aktivuje traumatická událost nevyřešené konflikty z minulosti. Tyto nevyřešené konflikty pak vedou k aktivaci různých obranných mechanismů popření, potlačení a přenesení emocí. Tyto obrany by měly vést k vyhnutí se stresové reakci na prožitá trauma. Z krátkodobého hlediska jsou pro pacienta přínosné ve zmírnění jeho prožívání, dlouhodobě ale vytvářejí vzorce, které podporují poruchu.

Sugestivní a hypnotický model vzniku PTSD

Podle tohoto modelu je zásadním problémem při vzniku PTSD zneprístupněné podvědomí a tím i špatné vybavování si vzpomínky na traumatickou událost. Oběti nemohou snížit své celkové napětí, podléhají negativním emocím. Díky tomu se nevyrovnejí adekvátně se stresujícími situacemi. Zneprístupněná vzpomínka a negativní emoce prohlubují symptomy poruchy.

Existenciální model vzniku PTSD v logoterapii

Oběti traumatických událostí, u kterých se rozvinula PTSD se nedokázaly vyrovnat s prožitým traumatem, ke kterému zaujímají negativní postoje. Nedokáží najít v životě další smysl, a tím se z dlouhodobé existenciální frustrace stává neuróza. Jedinec ztrácí i své hodnoty a již nevidí, nedokáže se radovat z běžných událostí v životě.

Model vzniku PTSD u gestalt psychoterapie

Gestalt psychoterapie se dívá na vznik PTSD v souvislosti se špatným organizováním svého prožívání a následného chování. Jedinec neví, jak prožívá, co přesně cítí, důsledkem toho neumí vyhodnotit správně situaci a patřičně na ni reagovat. Nemá funkční modely pro interakci s okolím, často má i špatný pohled na sama sebe a nedokáže se přijmout, jaký je.

3.2 Metody a přístupy v léčbě PTSD

Psychoterapie	Metody
Kognitivně-behaviorální psychoterapie	Ovlivnění chování, ovlivnění kognitivních procesů
EMDR	Zhodnocení traumatu, desenzitizace, pozitivní kognice a jejich zakotvení
Psychodynamická psychoterapie	Poukazování na obrany, přenos
Sugestivní, hypnotická psychoterapie	Relaxace, otevření mysli
Logoterapie a existenciální analýza	Postojová změna, paradoxní intence, dereflexe
Gestalt psychoterapie	Prožitek „tady a teď“, interakce

Kognitivně-behaviorální psychoterapie

Metody kognitivně behaviorální psychoterapie pracují s ovlivňováním chování (behaviorální přístup) a se změnou v kognitivních procesech (kognitivní přístup). Tyto metody jsou založeny na předpokladu, že pokud můžeme změnit jedincovo vnímání okolí i sebe sama, tak se klient může naučit zredukovat své symptomy. Důležité je tedy naučit klienta sebekontroly a kognitivní restrukturalizaci. Prvním krokem je ovlivnění tělesných příznaků. Tyto metody pracují se zvládáním stresujících situací a nácviku dovedností. Nácvikem se učí zvládat stresové situace, podněty, činnosti. Se zvládáním stresujících situací se terapeut zaměřuje na klientovo postupné přivykání a přehodnocování podnětů a situací. Klient si musí najít nové vzorce chování, ty si pak vyzkoušet, aby je mohl aplikovat ve svém životě. Kognitivní restrukturalizace zkoumá a hledá pravdivost reálnost a oprávněnost v myšlenkách, které jsou pro oběti PTSD typicky negativního rázu.

EMDR

V tomto programu si klient cíleně vyvolává vzpomínky související s traumatickou událostí a zároveň provádí cvičení očních pohybů, které mu pomáhají zrychlit zpracování materiálu vzpomínky. Než klient podstoupí tato cvičení, musí být naučen soustředit se a zároveň se uvolnit. Dalším krokem je uvědomění si svých psychických a fyzických projevů při vyvolávání vzpomínky. Při samotné desenzitizaci klient vyvolává své negativní emoce a přesvědčení během série cvičení očních pohybů. Po každé sérii se klient cíleně uklidní a tyto stavy mu pomáhají s nalezením nových asociací k traumatu, které mohou být dále zpracovávány. Toto nové pozitivní vnímání je co nejvíce posilováno. Konečným bodem terapie by mělo být klientovo vytvoření si vlastní strategií zvládnání úzkosti, které pak využívá ve zpracování traumatu.

Psychodynamická psychoterapie

Metody založené na psychodynamické terapii pracují s interpersonálními konflikty a aktuálními konfliktními situacemi. Původy těchto konfliktů jsou ve vztazích jedince. Terapeut interpretuje klientovi přenosy a nevědomé konflikty. Jednou z používaných metod je výklad snů, ve kterém s pacientem terapeut rozebírá jeho sen, který je materiálem k práci s klientovými problémy. Díky tomu jsou nalezeny nové významy a detaily jichž si oběť traumatu do té doby nemusela všimnout. Poukazování na obranné strategie klienta je zásadní metoda využívaná v léčbě. Obranné strategie typu vyhýbání se všemu, co souvisí s traumatem není pro jedince přínosné, zároveň si ale jejich využívání nemusí uvědomovat. Tím, že se na tyto obrany upozorní, si jich klient může začít všimnout a dále na nich pracovat. Tyto metody spočívají v pochopení klientových problémů a jeho obranných strategií v konfliktu.

Sugestivní a hypnotická psychoterapie

Hypnóza slouží k navození příjemného uvolněného stavu klienta a otevření jeho mysli novým možnostem. Díky relaxovanému stavu je klient více soustředěn a může nalézt nové detaily související s traumatem, nové hodnoty, ponaučení či dokonce pohled na budoucnost. Dochází ke změně výkladů a přehodnocování stavu věcí. Hypnóza zpřístupňuje vědomí, je využívána k odblokování vzpomínek a udržení si potřebného odstupu. Prostá hypnóza slouží k celkovému uvolnění a používá se jako možnost snížení

napětí. Klientovi může pomoci i se zvládnutím nočních děsů a problémů se spánkem. Je využívána jako nástroj k odstavení medikamentů, které slouží ke zvládnutí úzkostí a problémů se spaním.

Logoterapie a existenciální analýza

Nalézání smyslu života jako možnost vyrovnání se s prožitým traumatem. Tato psychoterapie pracuje s klientem na nalezení pokračujícího smyslu bytí. Smysl života najde pomocí cíle, který si v životě najde. Terapeut se v této fázi zaměřuje na klientovo trauma, jaký má pro něj význam, co mu v životě tento zážitek přinesl a co mu vzal. Klient by měl během psychoterapie objevovat své možnosti volby, jak se stavět proti konfliktním situacím a zároveň převzít za své jednání a postoje odpovědnost. Logoterapie pracuje s hodnotami, jaké jedinec má, které mu mohou být užitečné v opětovném nalézání smysluplného života. Technika postojové změny je založená na přestavbě negativních postojů, jež si jedinec utvořil. Společně je hledají a přepracovávají. Cílem je nalezení takových postojů, které klientovi pomohou zvládat konfliktní situace. Paradoxní intence je využívána k nalezení nového nezávislého pohledu na situaci. Pomáhá klientovi překonat strach ze strachu, pomocí hledání co nejvíce paradoxních a směšných způsobů a uvědomění si nereálnosti opakování prožité situace. Dereflexe je proces, který ideálně vede ke změně motivačního a kognitivního přesvědčení. Slouží k odklonění pozornosti od sebe sama a zaměření se na jiný cíl.

Gestalt psychoterapie

Základní metodou v gestalt terapii je dialogický přístup v kontaktu a vztahu. Terapeut pomáhá klientovi, díky prožívání „tady a teď“, uvědomit si své psychické a fyzické aktuální stavy, projevy a tím zaměřit svoji pozornost na sebe. Hlavní je kontakt s vlastním já. Díky různým experimentům, které terapeut vytváří pro klienta, nalézá jedinec nové způsoby zvládnutí situací a nové vzorce pro interakci s okolím. Pro klienta je důležitá zpětná vazba, která mu pomáhá k uvědomění a přijetí sebe takový, jaký je. Neustálým vyjadřováním svých pocitů a prožitků je klient dokáže zpracovat a pochopit jejich princip a význam. Fenomenologická metoda umožňuje terapeutovi zkoumat subjektivní zážitek klienta tím, že se snaží co nejméně interpretovat viditelné a zaměřovat se na klientovo prožívání.

3.3 Diskuze

Léčba posttraumatické stresové poruchy je složitá hlavně díky velkého množství symptomů, které jsou s ní spjaty. Je důležité mít na paměti i další faktory, které tuto poruchu provázejí, jako je osobnost pacienta, jeho sociální zázemí, okolí i trauma, jemuž byl vystaven. Právě proto je důležité, aby byla zvažena vhodná volba léčby.

Přínos kognitivně-behaviorální psychoterapie v léčbě PTSD vidím v její rychlé intervenci a v jejím zaměření na akutní příznaky a symptomy. Je to její veliká výhoda a zároveň i slabina. Tím, že se zaměřuje na to, co je viditelné, mohou jí uniknout jiné problémy, které jsou sice v danou chvíli méně závažné, nicméně mohou dlouhodobě ztěžovat klientovi jeho kvalitu života. Tím mohou být například nevyřešené konflikty či pohled na sebe sama a okolí.

Psychodynamická psychoterapie se zaměřuje na hlubší hledání příčin problémů. Pracuje na posílení klientova ega, naneštěstí právě s tím mohou mít někteří problém. Přílišné nahlédnutí do sebe sama jim může prohlubovat deprese a jiné negativní emoce a postoje. Myslím, že hlavní výhodou psychodynamické psychoterapie, je její spolupráce s farmakoterapií. Ale i to má svoji stinnou stránku, neboť některé léky mohou narušovat klientovu motivaci, pozornost a mohou výrazně tlumit.

Logoterapie pomáhá obětem traumatu nalézt v něm smysl. Tím je i tato psychoterapie typická. Hledáním smyslu a nalezení hodnot. Myslím si však, že jejím nedostatkem je právě hledání smyslu. Toto zaměření na smysl vyžaduje jisté intelektuální dovednosti, tudíž není vhodná pro každého. Navíc není zaměřena na léčbu aktuálních symptomů, ale spíše se soustředí na dlouhodobé cíle. Její využití vidím po absolvování jiné terapie, pokud převládají symptomy spojené s existenciálními problémy.

Gestalt psychoterapie je využívána, jako podpora k redukci symptomů. Tím, že se pracuje s prožíváním klienta a jeho porozumění, může být nejspíše přínosná u klientů, u kterých dlouhodobě zůstávají některé symptomy i po intervenci. Nepřijde mi vhodné, aby byla tato psychoterapie využívána u pacientů ihned po traumatické události. Klient může,

přílišným ponořením se do vlastních pocitů a prožívání, zakotvit v negativních pocitech a prožívání. Je prokázáno snížení recidivy symptomů u dlouhodobých pacientů.

Aplikace hypnotické terapie je problematická z důvodu výskytu nehypnabilních osob. Z toho vyplývá, že ne všechny oběti traumatu mohou podstoupit tuto doplňkovou léčbu. Nicméně, pacienti, kteří mohou využít hypnotickou psychoterapii vykazují vysoké úspěchy v redukci symptomů jako je deprese a poruchy spánku. Myslím, že dalším pozitivem této psychoterapie je její doplňkové využití k jiné léčbě. Pomáhá sugestivní léčbě a může být nápomocná i v ukončení farmakoterapie. Její silné negativum je nemožnost využití u určité části populace.

EMDR je terapie, jež pomáhá klientovi rychleji zpracovat traumatickou vzpomínku. Její výhodou vidím v relativní krátkosti, strukturovanosti a soustředění se výsadně na traumatickou vzpomínku a reakce, které v pacientovi vyvolává. Její nevýhodou spatřuji v ignoraci jiných symptomů, které nejsou zaznamenány.

Pokud se podívám na všechny tyto informace, tak shledávám za nejpřínosnější léčbu PTSD přístupy v psychoterapii, které se kombinují a doplňují. Tento integrativní přístup v sobě má mnoho výhod. Každý pacient s PTSD si prožil trauma, které jedinečně zpracovává a prožívá. Tuto poruchu provázejí individuální příznaky a symptomy. Právě proto si myslím, že je důležité hledat všechny dostupné možnosti léčby, z kterých může klient co nejvíce těžit. Nevidím možnost překonání traumatu pouze pomocí jednoho přístupu psychoterapie, neboť všechny mají svoji vlastní specializaci a přístup k léčbě. V tom vidím jejich hlavní sílu a zároveň i slabinu.

Při vypracovávání této práce jsem se seznámila s mnoha zajímavými přístupy, které si podle mého názoru zaslouží podrobnější, hlubší zpracování. Rozhodně by stálo za porovnání více psychoterapeutických přístupů, jejich konkrétních technik, v rámci léčby posttraumatické stresové poruchy. Také prozkoumání účinků vybraných technik přímo u pacientů s PTSD s pomocí hloubkových rozhovorů a dotazníkového šetření, jež by zajisté přineslo nový pohled a informace.

ZÁVĚR

Ve světě se v současnosti vyskytuje přes 200 škol a přes 400 technik v psychoterapeutických přístupech (Prochaska, & Norcross, 1999). PTSD je specifická porucha, která má symptomy různých kvalit. Proto je důležité pro pacienta zvolit vhodnou formu terapie. Vždy existuje malá skupina jedinců, pro které je daná psychoterapie nevhodná. Všech šest psychoterapií, jež jsou uvedeny v této bakalářské práci, vykazují úspěch v léčbě symptomů posttraumatické stresové poruchy. Kognitivně-behaviorální terapie je ideální jako rychlá intervence pro redukci hlavně viditelných symptomů. Pro hlubší smysl a porozumění problému se hodí psychodynamická psychoterapie. Někteří jedinci potřebují nalézt další smysl existence a vyrovnat se s traumatem v hlubším porozumění, k tomu dopomáhá i logoterapie. Pro posílení sugestivní léčby a redukci napětí je zase vhodná hypnóza. Gestalt psychoterapie pomáhá navrátit klienta do přítomnosti a učí ho znovu umět prožívat a vnímat. EMDR se využívá často v kombinaci s KBT a pomáhá klientovi rychleji zpracovávat své traumatické vzpomínky, společně s psychickými i fyzickými příznaky. Proto je asi nejideálnější integrativní přístup a kombinace metod podle individuálních potřeb pacienta.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY:

Butollo, W., Karl, R., König, J., & Rosner, R. (2015). A Randomized Controlled Clinical Trial of Dialogical Exposure Therapy versus Cognitive Processing Therapy for Adult Outpatients Suffering from PTSD after Type I Trauma in Adulthood. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 85, článek 1. Získáno 14. 12. 2016. Dostupné z: <http://dx.doi.org/10.1159/000440726>

Butollo, W., Karl, R., König, J., & Hagl, M. (2014). Dialogical Exposure in a Gestalt-Based Treatment for Posttraumatic Stress Disorder. *Gestalt Review*, 18, článek 2. Získáno 4. 2. 2017. Dostupné z: <http://dx.doi.org/10.1159/000440726>

Cusack, K., & Spates, C.R. (1999). The cognitive dismantling of Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) treatment of Posttraumatic Stress Disorder (PTSD). *Journal of Anxiety Disorders*, 13 (1-2). Získáno 16. 12. 2016. Dostupné z: [http://dx.doi.org/10.1016/S0887-6185\(98\)00041-3](http://dx.doi.org/10.1016/S0887-6185(98)00041-3)

Driessen, E., Van, H.L., Don, F.J., Peen, J., Kool, S., Westra, D., a kol. (2013). The Efficacy of Cognitive-Behavioral Therapy and Psychodynamic Therapy in the Outpatient Treatment of Major Depression: A Randomized Clinical Trial. *The American Journal of Psychiatry*, 170, článek 9. Získáno 8. 3. 2017. Dostupné z: <http://dx.doi.org/10.1176/appi.ajp.2013.12070899>

Dušek, K., & Večeřová-Procházková, A. (2015). *Diagnostika a terapie duševních poruch*. Praha: Grada.

Ehlers, A., Clark, D.M., Hackmann, A., McManus F., & Fennel, M.J.V. (2005). Cognitive therapy for post-traumatic stress disorder: Development and evaluation. *Behaviour research and therapy* 43, článek 4. Získáno 8. 2. 2017. Dostupné z: <http://dx.doi.org/10.1016/j.brat.2004.03.006>

Enea, V., & Dafinoiu, I. (2013). Cognitive Hypnotherapy in Addressing the Posttraumatic Stress Disorder. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 78. Získáno 18. 1. 2017. Dostupné z: <http://dx.doi.org/10.1016/j.sbspro.2013.04.246>

- Frankl, V.E. (1994). *Člověk hledá smysl: úvod do logoterapie*. Praha: Psychoanalytické nakladatelství
- Frankl, V.E. (1999). *Teorie a terapie neuróz*. Praha: Grada.
- Frankl, V.E. (2006). *Lékařská péče o duši*. Brno: Cesta.
- Gibbons, M.B., Crits-Christoph, P., & Hearon, B. (2008). The empirical status of psychodynamic therapies. *The American Psychiatric Publishing Textbook of Substance Abuse Treatment*, 5, článek 25. Získáno 6. 4. 2017. Dostupné z: <http://dx.doi.org/10.1176/appi.books.9781615370030.mg25>
- Gilmartin, R., & Southwick, S. (2004). Combat-related PTSD and logotherapy. *International Forum for Logotherapy*, 27, článek 1. Získáno 16. 12. 2016. Dostupné z: <http://dx.doi.org/10.1080/21635781.2014.963757>
- Hašto, J., & Vojtová, H. (2012). *Posttraumatická stresová porucha, bio-psycho-sociální aspekty. EMDR a autogénny trénink při pretrvávajícím ohrožení, případová štúdia*. Trenčín: Vydavateľstvo F.
- Hofmann, A. (2006). *EMDR, terapia psychotraumatických stresových syndrómov*. Trenčín: Vydavateľstvo F.
- Joyce, P. (2011). *Základní dovednosti v gestalt psychoterapii*. Praha: Portál.
- Kay, J. (2006). The Essentials of Psychodynamic Psychotherapy. *Focus The Journal of Lifelong Learning in Psychiatry*. 4, článek 2. Získáno 6. 4. 2017. Dostupné z: <http://dx.doi.org/10.1176/foc.4.2.167>
- Kosová, M. a kol. (2014). *Logoterapie: existenciální analýza jako hledání cest*. Praha: Grada.
- Kratochvíl, S. (2009). *Základy psychoterapie*. Praha:Portál.
- Kratochvíl, S. (2011). *Experimentální hypnóza*. Praha: Grada.
- Křivohlavý, J. (1994). *Mít pro co žít*. Praha: Návrat domů.

Lawlis, F. (2010). *The PTSD breakthrough: the revolutionary, science-based compass reset program*. United States of America: Sourcebooks.

Lukasová, E. (2009). *Základy logoterapie*. Bratislava: Vydavateľstvo Lúč.

Litz, B.T., Engel, C.C., Bryant R.A., & Papa, A. (2007). A randomized, controlled proof-of-concept trial internet-based, therapist-assisted self-management treatment for post traumatic stress disorder. *American Journal of Psychiatry*, 73, článek 6. Získáno 8. 2. 2017. Dostupné z: <http://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/0145445512450733>

Nazari, I., Mohammadi, M., & Nazeri, G. (2014). Effectiveness of Gestalt therapy on Post Traumatic Stress Disorder (PTSD) symptoms on veterans of Yasuj city. *Armaghane Danesh Bimonthly Journal*, 19, článek 4. Získáno 14. 1. 2017. Dostupné z: <https://doaj.org/article/0544498d3868431a992db751332eb754>

Nolen-Hoeksem, S., Fredrickson, B.L., Loftus, G.R., & Wagenaar, W.A. (2012). *Psychologie Atkinsonové a Hilgarda*. Praha: Portál

Mergler, M., Driessen, M., & Havemann-Reinecke, U. a kol. (2013). Relationships between a Dissociative Subtype of PTSD and Clinical Characteristics in Patients with Substance Use Disorders. *Journal of Psychoactive Drugs*, 8, Získáno 22. 3. 2017. Dostupné z: <http://dx.doi.org/10.1080/02791072.2017.1296209>

Světová zdravotnická organizace. (2000). *Mezinárodní klasifikace nemocí 10. revize.: Duševní poruchy a poruchy chování. Popisy klinických příznaků a diagnostická vodítka*. Praha: Psychiatrické centrum.

Pešek, R., Praško, J., & Štípek, P. (2013). *Kognitivně behaviorální terapie v praxi*. Praha: Portál.

Praško, J., Možný, P., & Šlepecký, M. (2005). *Kognitivně behaviorální terapie psychických poruch*. Praha: Triton.

Prochaska, J.O., Norcross, J.C. (1999). *Psychoterapeutické systémy – průřez teoriemi*. Praha: Grada

Resick, P.A., Nishith, P., Weaver, T.L., Astin M.C., & Feuer, C.A. (2002). A comparison of cognitive-processing therapy with prolonged exposure and waiting condition for treatment of chronic posttraumatic stress disorder in female rape victims. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70, článek 4. Získáno 17. 12. 2016. Dostupné z: <http://dx.doi.org/10.1037/0022-006X.70.4.880>

Rothbaum, B.O. (1997). A controlled study of eye movement desensitization and reprocessing in the treatment of posttraumatic stress disorder sexual assault victims. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 61, článek 4. Získáno 17. 12. 2016. Dostupné z: <http://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/153476569900500401>

Rothschildová, B. (2015). *Tělo nezapomíná: psychofyziologie a léčba traumatu*. Praha: Maitrea.

Řičan, P. (2007). *Psychologie osobnosti: obor v pohybu*. Praha: Grada.

Schauer, M., Neuner, F., & Elbert, T. (2011). *Naratívna expozičná terapia: krátkodobá terapia pre traumatické stresové poruchy*. Trenčín: Vydavateľstvo F.

Schiraldi, G.R. (2000). *The post-traumatic stress disorder sourcebook: a guide to healing, recovery, and growth*. Los Angeles: Lowell House.

Selye, H. (2016). *Stres života*. Praha: Pragma.

Shapiro, F. (2013). *Getting Past Your Past: Take Control of Your Life with Self-help Techniques from EMDR Therapy*. Pennsylvania, United States: Rodale Incorporated.

Sloan, D.M, Unger, W., & Beck, J.G. (2016). Cognitive-behavioral group treatment for veterans diagnosed with PTSD: Design of hybrid efficacy-effectiveness clinical trial. *Contemporary Clinical Trials*, 47, článek 10. Získáno 4. 1. 2017. Dostupné z: <http://dx.doi.org/10.1016/j.cct.2015.12.016>

Southwick, S. M., Gilmartin, R., McDonough, P., & Morrissey, P. (2006). Logotherapy as an Adjunctive Treatment for Chronic Combat-related PTSD: A Meaning-based Intervention. *American Journal of Psychotherapy*, 60. Získáno 18. 1. 2017. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16892952>

Svoboda, M., Češková, E., & Kučerová, H. (2015). *Psychopatologie a psychiatrie: pro psychology a speciální pedagogy*. Praha: Portál.

Taylor, S., Thordarson, D.S., Maxfield, L., Federoff, I.C., Lowell, K., & Ogradniczuk, J.S. (2003). Comparative efficacy, speed, and adverse effects of three PTSD treatments: Exposure therapy, EMDR, and relaxation training. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 17, článek 2. Získáno 4. 1. 2017. Dostupné z: <http://psycnet.apa.org/journals/ccp/71/2/330/>

Timulák, L. (2006). *Základy vedení psychoterapeutického rozhovoru*. Praha: Portál

The Management of Post-Traumatic Stress Working Group. (2010). *VA/DoD Clinical Practice Guideline for The Management of Post-traumatic stress 2. version*. United States: Department of veterans affairs, Department of defense.

Van Der Kolk, B. (2015). *The body keeps the score*. Great Britain: Penguin Random House.

Van Etten, M.L., Taylor, S. (1998). Comparative efficacy of treatments for post-traumatic stress disorder: a meta-analysis. *Clinical Psychology & Psychotherapy* 5, článek 3. Získáno 12. 9. 2016. Dostupné z: [http://dx.doi.org/10.1002/\(SICI\)1099-879\(199809\)5:3<126::AID-CPP153>3.0.CO;2-H](http://dx.doi.org/10.1002/(SICI)1099-879(199809)5:3<126::AID-CPP153>3.0.CO;2-H)

Vizinová D., Preiss, M. (1999). *Psychické trauma a jeho terapie (PTSD)*. Praha: Portál.

Vybíral, Z., Roubal, J., a kol. (2010). *Současná psychoterapie*. Praha: Portál.

Yontef, G.M. (2009). *Gestaltterapie: Uvědomování, dialog a proces (Historie a současnost)*. Praha: Triton.

Zíka, J. (2011). *Fenomén hypnóza*. Praha: XYZ.