



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: PhDr. Filip Abramčuk, Ph.D.

České Budějovice 2017

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 27. 4. 2017

.....

Veronika Plančíková

Poděkování

Ráda bych poděkovala vedoucímu bakalářské práce PhDr. Filipu Abramčukovi, Ph.D. za odborné vedení a poskytnutí cenných rad a podnětů při zpracování mé práce.

Abstrakt

Bakalářská práce je teoretickou literární rešerší, zabývající se posttraumatickou stresovou poruchou, jejími terapiemi a přístupy. 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 v neposlední řadě 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. First there is defined posttraumatic stress disorder. The work also specifies psychotherapies, which are used in the treatment. They are cognitive behavioral therapy, psychodynamic psychotherapy, suggestive, hypnotic psychotherapy, logotherapy and existential analysis, gestalt psychotherapy. In the last part of the thesis, 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, hypnotic psychotherapy, logotherapy and existential analysis, gestalt psychotherapy

OBSAH

Úvod	8
1 Posttraumatická stresová porucha	10
1.1 Vymezení pojmu	10
1.2 Traumatický zážitek, stresor	10
1.3 Reakce na stres	11
1.4 Psychofyziologický proces	13
1.5 Diagnostická kritéria	14
2 Psychoterapie a PTSD	17
2.1 Kognitivně behaviorální psychoterapie	17
2.1.1 Metody kognitivně behaviorální terapie	18
2.1.2 Účinnost kognitivně behaviorální terapie	20
2.2 Desenzitizace očních pohybů (Eye Movement Desensitization and Reprocessing)	22
2.2.1 Osm fází léčebného programu EMDR	22
2.2.2 Prospěch a výhody	24
2.2.3 Účinnost a výzkumy	25
2.3 Psychodynamická psychoterapie	27
2.3.1 Charakteristiky a metody	28
2.3.2 Účinnost	30
2.4 Sugestivní a hypnotická psychoterapie	32
2.4.1 Hypnabilita a sugestibilita	32
2.4.2 Léčebné užití	34
2.4.3 Výzkumy a účinnost	35
2.5 Logoterapie a existenciální analýza	37
2.5.1 Tři pilíře logoterapie	38
2.5.2 Hodnoty	39
2.5.3 Metody logoterapie	40
2.5.4 Účinnost	43
2.6 Gestalt psychoterapie	44
2.6.1 Charakteristiky	44
2.6.2 Teoretická východiska	46
2.6.3 Dialogický přístup kontakt a vztah	47
2.6.4 Skupinová gestalt terapie	47

2.6.5 Účinnost.....	48
3 Srovnání psychoterapií	49
3.1 Modely vzniku PTSD	49
3.2 Metody a přístupy v léčbě PTSD.....	51
3.3 Diskuze	54
Závěr.....	57
Seznam použité literatury:	58

ÚVOD

Na výběru tématu práce se podílí můj zájem o psychopatologii a její léčbu. To je motiv, který mě přivedl i ke studiu psychologie. Většina členů rodiny pracuje v armádě, proto jsem se díky známým a kamarádům setkala s oběťmi, 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 postupy metody a přístupy jež se využívají v psychoterapii. Během mého studia jsem narazila na metaanalýzu Taylora a Van Ettena (1998), která porovnávala 61 terapií, které se využívají při léčbě PTSD. Právě proto jsem se zaměřila na psychoterapie, které v této studii byly shledány jako účinné.

V zahraničí lze nalézt spoustu zajímavých výzkumů zabývajících se právě touto problematikou. 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 je stále aktuální, protože výskyt PTSD je relativně častý, je udáván asi u 5 % populace. Je přínosné zkoumat, co vše může ovlivňovat léčbu a jak na ni pacient reaguje. Tato bakalářská práce se bude zabývat šesti různými přístupy v psychoterapii, které se aplikují při léčbě posttraumatické stresové poruchy. Toto téma jsem si vybrala z důvodu, že bych se v budoucnosti chtěla touto problematikou 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, díky kterým byly výrazně sníženy symptomy PTSD při její léčbě. Za cíl jsem si dala vytvořit bakalářskou práci, která bude mapovat vybrané psychoterapeutické přístupy, jejich metody a účinnost. Během vyhledávání zdrojů a literatury, ze které jsem čerpala jsem zjistila, jak je toto téma rozsáhlé. Již jen přístupy, které jsem si vytyčila jsou velmi obsáhlé. Z tohoto důvodu nebylo možné v práci tohoto rozsahu podrobně představit vše, co jsem na počátku zamýšlela. Nejprve se věnuji konceptu PTSD, jejím vznikem a symptomy. 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. Tato práce Posttraumatická stresová porucha, její terapie a přístupy se snaží uceleným způsobem,

stručně vystihnout a alespoň trochu přispět k dosavadním poznatkům k tomuto tématu. Tato práce vychází převážně ze zahraničních výzkumů a zdrojů, a tím přispívá k informacím, které jsou v českém jazyce dostupné.

1 POSTTRAUMATICKÁ STRESOVÁ PORUCHA

1.1 Vymezení pojmu

Posttraumatická stresová porucha (Posttraumatic Stress Disorder – PTSD) vzniká na podkladě vystavení či prožití stresující události. Vytvoří se jako 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, které způsobují utrpení, strádání, tíseň a stěžují sociální, i pracovní chování a fungování i v jiných oblastech života jedince (Schiraldi, 2000).

V Mezinárodní klasifikaci nemocí, 10. revize 2. vydání (2009) se uvádí, že pro vysvětlení vzniku PTSD nejsou dostačující pouze predispoziční faktory, jako jsou neurózy v anamnéze či patřičné rysy osobnosti, které mohou sice průběh PTSD zkomplikovat, zhoršit, ale nemohou vysvětlit její vznik. Traumatickou vzpomínku si dotyčný znovuožívuje v neodbytných vzpomínkách („flashbacks“), které se objevují ve spánku jako noční můry a sny.

Oběť je zároveň neustále zatížena pocity otupělosti, emoční oploštělosti, otažitosti, anhedonie a netečnosti vůči svému okolí. Objevuje se i hyperaktivita, zvýšená bdělost a tendence vyhýbání se činností a situacím, jež připomínají traumatický zážitek. Vyhýbavé chování je jedna z mnoha obranných strategií, jež si jedinec může vytvořit. Takováto zátěž se může projevovat nejenom na těle v podobách nespavosti a silnými úlekovými reakcemi, ale mohou se také manifestovat úzkosti, deprese a suicidální myšlenky. PTSD se začíná rozvíjet po prožitém traumatu od několika týdnů do několika měsíců (Schiraldi, 2000).

1.2 Traumatický zážitek, stresor

Traumatický zážitek nabývá mnoha různorodých podob. Traumatické události nejsou jen špatné zážitky, při kterých lidé trpí, ale hlavně jsou vyznačeny kvalitou dopadu, které mají na člověka. Tyto události mají na osobu hluboký dopad a nezáleží, jestli jedinec byl přímo zasažen, nebo jen přihlížel, jak se traumatizující událost stala někomu jinému. Obě situace jsou traumatizující (Schauer, Neuner, & Elbert, 2014).

Podle definice je stresor hlavním faktorem rozvoje PTSD. Je sice důležitý, ale jeho vystavením není vysvětlen vznik poruchy. Posttraumatická stresová porucha je velmi častým jevem v populaci (kolem 5 %) (Dušek, & Večeřová-Procházková, 2015).

Schiraldi (2000) pro přehlednost rozdělil stresory do tří kategorií:

1. Úmyslně způsobené člověkem – bojové konflikty, války, mučení, kriminalita, únosy
2. Neúmyslně způsobené člověkem – požáry, exploze, dopravní nehody, zhroucení budovy
3. Přírodní katastrofy – tornáda, zemětřesení, záplavy, lavina, útok zvířetem

Ze všech tří kategorií, bývají obvykle traumata způsobená úmyslně člověkem nejhorší. PTSD 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.

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).

Vizinová a Preiss (1999) vymezili symptomy traumatu jako: nadměrné vzrušení, intruzivní příznaky, příznaky stažení, zavření systému. Ukazují na přítomnost traumatu a popisují následné reakce mysli a těla.

1.3 Reakce na stres

Úzkost je spojená s pocity napětí, strachu a obav. Tyto pocity jsou velmi nepříjemné, tyto pocity jsou pro jedince znepokojující, protože na ně nemůže být připraven (Říčan, 2007).

Vztek a agrese jsou častou 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 umí svoji reakci však usměrnit do verbálního projevu.

Apatie je opakem agresivity, je to 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).

Naučená bezmocnost je v odborné literatuře i pod názvem: learned helplessness. Tato odpověď na stres je, jak vypovídá název, naučená důsledkem zkušenosti. Jedinec z neschopnosti vyhnout se stresující situaci, upadá do stavu demotivace a bezmoci. Tyto stavy se objevují jen tehdy, když se jedinec nachází v extrémních situacích, ve kterých nemůže jejich průběh ovlivnit (nebo se o tom domnívají). Projevuje se nečinností, apatií a uzavřením se do sebe (Nolen-Hoeksem, Fredrickson, Loftus, & Wagenaar, 2012).

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 (Nakonečný, 2016) vytvořil teorii tří základních fází reakce 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).

1.4 Psychofyziologický proces

Rána, kterou za sebou nechává traumatický zážitek, způsobuje hluboké psychické zranění. Některé rány se dokáží samy zacelit, jiné k tomu potřebují odbornou pomoc. Právě u těchto zraněných může dojít k duševním poruchám, které jsou mimo jiné 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-útěk). Takto se emocionální a percepční informace ukládají odděleně od informací, které se týkají obsahu dění. Ukládají se do propojené neurální sítě, která může vytvořit síť 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). Rothschildová (2015) dodává, že traumatické události si vybírají svoji daň jak na duši, tak na těle.

1.5 Diagnostická kritéria

Posttraumatická stresová porucha má mnoho symptomů a příznaků, které jsou velmi různorodé a mají i odlišnou dobu trvání. Jejich závažnost se liší pacient od pacienta, jsou tedy individuální, díky obranným schopnostem klienta. 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 flashbaky, 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
Hyperventilace	Problémy paměti	Úzkost	Konzumace alkoholu
Únava	Noční můry	Vina	Antisociální chování
Bolesti hlavy	Intruzivní (vtíravé) myšlenky	Strach	Změny v aktivním životě
Závratě	Vinění druhé, sebe sama	Netečnost	Změny v sexuálním chování
Zrychlený srdeční tep	Změny v ostražitosti	Podrážděnost	Neschopnost odpočívat
Nadměrné pocení	Zmatenost	Ztráta kontroly	Změny apetitu
Omdlévání	Špatná koncentrace	Smutek	Zvýšený úlekový reflex
Úleky, zděšení	Poruchy pozornosti	Emocionální šok	Změny v komunikaci
Trhnutí, cukání	Nerozhodnost	Deprese	
	Neschopnost řešení problémů	Popření	

Znovuprožívání traumatické události

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

Traumatizovaní jedinci vykazují jak psychické, tak fyzické bolesti. Své pocity popisují jako zlomení, roztržení, jako by je někdo rozpáral či roztrhnul. Cítí jako by se již nemohli

poskládat zpátky, jejich duše je roztržštěná a rozdrcená na prach. Po zažití traumatu se změnil. Dříve šťastní a veselí jedinci jsou náhle vážní a tiší. Život se jim rozdělil na dvě periody – před a po traumatu. Symbolicky se označují jako poškození, rozpadlí, zničení, hluboko v černé díře, rozdílní od ostatních, mají pocit, že ztrácí mysl, šílí, že jsou odsouzeni ke zkáze, mrtví uvnitř (Schiraldi, 2000). Není proto divu, že se vyhýbají vzpomínkám na traumatickou událost, bojí se znovuprožití traumatu. Trauma je rána a PTSD odkazuje na hluboké emocionální zranění. Oběť se ale nemůže traumatu vyhýbat navždy. Naneštěstí si je prožívá ve formě nočních mur a děsů. Díky tomu začnou trpět insomnií a celkovým vyčerpáním z nedostatku odpočinku. Vzpomínku a její znovuprožití mohou spustit obvyčné předměty, situace, chování, jež se událo během traumatu, či je s ním, jakkoliv spojené.

Průběh

PTSD má dlouhodobý průběh. Může se postupně zesilovat i řadu let. Její symptomy postupně gradují a nabývají na síle, během třetího roku dochází ke zklidnění. Určité procento pacientů se samovolně uzdraví, vyrovnají se s traumatem, dostatečně ho zpracují. Jiným se příznaky dostanou do latence a plně se objeví znovu i 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. Hůře jsou na tom pacienti, u kterých došlo v jejím průběhu k latenci. Mají hůře přístupnou vzpomínku na traumatickou událost a okolnosti. Daleko lepší vyhlídky mají klienti s dobrou sociální podporou a ti, u kterých nedošlo k latenci symptomů. Mladší lidé se hůře vyrovnávají s traumatem než jedinci středního věku, protože nemají ještě dostatečně vyvinuté obranné strategie a je u nich 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“ (Pešek et al., 2013).

Rothschildová (2015) toto uvádí jako jeden z hlavních důvodů, proč se pak dotýčný začne vyhýbat situacím, činnostem a podnětům, jež by mohly spustit nežádoucí projevy na zažité trauma. Postupem času se klient může začít stahovat do sebe, aby se vyhnul konfrontaci se vzpomínkou na prožitou událost. Celkově se mění jeho pohled na okolí, které se pro něho stává nebezpečným. Jeho pohled na sebe sama, na jeho postoje, hodnoty a na budoucnost je pokřivený, zároveň se přetváří do nových, často negativních podob. Tyto nové záporné pohledy na svět mají dopad na jeho chování, jež se stává vyhýbavým. Vytvořený nežádoucí přístup spouští obrannou reakci jako již zmíněné 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 Vybírala a Roubala (2010) 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 způsobuje tělesné reakce, jež mají podobu tělesného onemocnění. Metody zaměřené na ovlivnění tělesných příznaků pracují právě s těmito projevy onemocnění a učí klienta je 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 útek. Nácvikem zklidňujícího dýchání se klient naučí kontrolovaně ovládat své dýchání, zároveň zabraňuje možného 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, ale obráceném principu funguje i metoda systematické desenzibilizace, kdy je klientovi nebezpečný podnět, situace cíleně spojován s bezpečnou situací v průběhu relaxace. 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. Tímto způsobem se snadněji odhalují spouštěcí situace a podněty, jež aktivují nežádoucí tělesné projevy. Klient je takto 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, jež ho bude uspokojovat, a pomůže mu navrátit se do normálního, aktivního života. Tím, že si svůj denní plán pomůže sám sestavit, dokáže ho snadněji dodržovat a získá tím i pocit kontroly, jež ztratil (Svoboda et al., 2015).

Metody na vytvoření nového chování

Traumatizovaný se nemusí vždy chovat racionálně, naopak může jednat nepřiměřeně v různých situacích. V takovém případě mluvíme o nedostatku dovedností. Prožívaná úzkost brání pacientovi správně vyhodnotit situaci a žádoucím způsobem reagovat. To označujeme jako nedostatek v provedení (Pešek et al., 2013). Pro naučení zvládnání chování se využívá učení podle vzoru neboli osvojení si nového vzoru 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. To znamená, že se cíleně posiluje žádoucí chování pomocí pozitivních důsledků pro klienta. Pozitivní chování se takto pozitivně posiluje a podporují se tak 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 v terapii tento přístup se již nevyužívá. Hlavní důvod je, že trest u pacienta vyvolává úzkosti, a právě tomu se snažíme vyhnout při terapii PTSD. Při ní je klient neustále zahlcován nepříjemnými pocity a terapie se ho snaží navrátit do normálního života (Praško, Možný, & Šlepecký, 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 (Vybíral, & Roubal, 2010).

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 a vymizení nepříjemných myšlenek, představ. Pacient si vytváří seznam nutkavých myšlenek a situací. Zároveň a sestavuje si 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 se hojně využívá kognitivní restrukturalizace. Díky ní se prozkoumávají myšlenky, jejich oprávněnost a pravdivost (Vybíral, & Roubal, 2010). PTSD je spojena s negativními myšlenkami, které si oběť o sobě vytváří. Oběť traumatu se stydí za vlastní jednání či neschopnost zachovat se v životě 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. Proto je důležité určení a následné zpochybnění těchto negativních myšlenek. 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 ze všech terapií nejvíce, 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).

Výzkum popisující vývoj kognitivní terapie pro PTSD, sledoval 20 pacientů s diagnostikou PTSD. Paralelně probíhal stejný test s kontrolním vzorkem 14 pacientů. Po třech a šesti měsících oba testy prokázaly signifikantní zlepšení symptomů, zvláště úzkosti a deprese. Pouze 5 testovaných nemělo z psychoterapie užitek. Autoři výzkumu to přičítají nedostatečnou edukací klientů (Ehlers, Clark, Hackmann, McManus, & Fennel, 2005).

Další výzkum, který zkoumá účinnost KBT byl proveden v Americe, po teroristickém útoku 11. září. Po osm týdnů se 24 pacientů s diagnostikovanou PTSD podrobilo psychoterapii KBT. Jedna třetina klientů vykazovala po šesti měsících pozitivní zlepšení v symptomech deprese, úzkosti a sebehodnocení. Kognitivně behaviorální terapie může být jednou z cest úspěšného léčení PTSD (Litz, Engel, Bryant, & Papa, 2007).

Porovnání KBT a prodloužené expozice s výzkumným souborem o velikosti 177 obětí znásilnění, prokázalo signifikantní zlepšení příznaků PTSD. Nebyl prokázán rozdíl mezi přístupy (Resick, Nishith, Weaver, Astin, & Feuer, 2002).

2.2 Desenzitizace očních pohybů (Eye Movement Desensitization and Reprocessing)

Desenzitizace očních pohybů (Eye Movement Desensitization and Reprocessing, dále EMDR) 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 Francise 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 situacích (Lawlis, 2010).

Anamnéza a léčebný plán

Důkladně prozkoumaná klientova historie je důležitá k vyhledání jedinců, pro které je tato léčba nevhodná. Například lidé se srdečními problémy, lidé trpící dýchacími obtížemi a těhotné ženy by měly konzultovat absolvování této léčby s lékařem, protože může v některých případech, asi 15 % pacientů, silně rozrušit (Schiraldi, 2000). Díky známé historii klienta, je možno sestavit na míru léčebný plán, který bude zaměřen na zjevnou traumatickou událost z minulosti, kterou je potřeba zpracovat. Stejně tak jde snáze identifikovat rušící či znepokojivé události, jež mohou s traumatem souviset (Hofmann, 2006). V této fázi klienti sami sestavují seznam deseti nejvíce znepokojivých zkušeností z jejich života. V historii jsou zaznamenány i symptomy jako insomnie, noční můry a děsy, flashbaky, ale i spouštěče, které jsou zásadní pro uspokojivé 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). Ve druhé fázi je klientovi vysvětlen princip, metody a teorie související s terapií. Pacientovi jsou ukázány různé možnosti relaxace, které navozují pohodlí a zklidnění jako možnosti zvládání 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 posilnění 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

Síla EMDR spočívá v různých výhodách, které mohou pacienti využít. EMDR často vede k rychlému zlepšení stavu. Až 90 % pacientů se zažitou jednou traumatickou událostí vykazuje výrazné ulehčení stavu již po třech sezeních. 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 cítění 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. Dalším přínosem je, že klient nemusí popisovat trauma do poslední podrobnosti, když si to nepřeje (Schiraldi, 2000).

2.2.3 Účinnost a výzkumy

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. Teoretici zaznamenali souvislost s rychlými očními pohyby během spánku a chodem mozku.

Klienti nejsou dotazováni na detaily, mohou tak „vystoupit“ ze vzpomínky a podívat se na ní 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).

Byla provedena kontrolovaná studie, která měla za cíl zjistit úspěšnost léčby pomocí EMDR. Výsledky metody EMDR byly sledované na skupině žen, jež zažily domácí násilí a byla jim diagnostikována PTSD. Do výzkumu vstoupilo 24 osob, 18 ho dokončilo. Léčebný program EMDR trval po dobu 4 týdnů v podobě individuálních sezení. Nezávislým výzkumníkem byly vyhodnoceny účinky před léčbou a po léčbě, která trvala tři měsíce. Výsledky měření ukázaly, že subjektům, jež podstoupili EMDR, se výrazně zlepšily příznaky PTSD než kontrolní skupině, která nepodstoupila žádnou léčbu. Z toho můžeme vyvodit závěr, že program EMDR je účinnější, než žádné ošetření 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. Závěr

je, že všechny tři přístupy jsou vhodné pro dlouhodobou, úspěšnou redukci symptomů (Taylor, Thordarson, Maxfield, Federoff, Lowell, & Ogrodniczuk, 2003).

Dvacet sedm pacientů s diagnostikovanou PTSD bylo náhodně rozděleno do dvou skupin. Jedna skupina byla léčena EMDR a druhá EMD (desenzitizace očních pohybů bez znovuzpracování). Nebyl zjištěn rozdíl mezi přístupy a stavem pacientů (Cusack, & Spates, 1999).

Expoziční terapie a EMDR byly vzájemně porovnávány v experimentu se 74 ženami obětí násilí s PTSD. Pozornost byla věnována hlavně věrnosti expoziční terapie a EMDR modelu, která pomohla zvýšit validitu výsledků. Pacientkám se zlepšily příznaky v obou přístupech, jsou tedy vhodné pro léčbu PTSD (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, a to dynamická. 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.

Tento přístup 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 (Timuřák, 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 (nejen PTSD) je důležité řešit aktuální konflikty, které má klient s okolím, aby bylo možné vrátit ho zpátky do normálního a smysluplného života. Klient hledá původ konfliktů v interpersonálních vztazích, tím může naleznout souvislosti mezi minulým a současným prožíváním a chováním. Cílem je zaměření na nalezení obranných strategií, sebezpoznání a dosažení integrity osobnosti (Dušek, & Večeřová-Procházková, 2015).

„*Gabbard (2005, in Vybíral, & Roubal, 2010, s. 96-97) zformuloval sedm základních principů psychodynamické práce:*

1. *vychází z toho, že velká část psychického života je nevědomá,*
2. *vychází z toho, že dospělého utvářejí zážitky z dětství,*

3. *předpokládá, že pacientův přenos je primárním zdrojem porozumění,*
4. *zkoumá protipřenos – také díky jeho zkoumání se terapeut i klient dobírají porozumění tomu, co pacient vyvolává ve druhých,*
5. *zkoumá odpor vůči procesu (odpor je jedním z ohnisek terapie),*
6. *zkoumá funkce symptomů, které jsou determinovány nevědomím,*
7. *pomáhá pacientovi dosáhnout prožitků autentičnosti a jedinečnosti. “*

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 (Dušek, & Večeřová-Procházková, 2015).

Vznik symptomů

Psychodynamická koncepce pohlíží na symptomy a potíže, jako na neuvědomované konflikty, jež vznikly v dětství. Abychom my všichni nejen ženy, 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 současné problémy. Již jen prozřením by se mělo dotyčnému ulevit. V PTSD je také důležité uvědomění, že za svoji nemoc a s ní spojené symptomy, nemůže jen klient sám, ale 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 či být neschopni verbálně vystihnout, co chtěli říci. Na terapeutovi pak je poskytovat nové pohledy, interpretace a někdy i rady. Důležité je i doptávat se, jestli to takto klient myslel (Prochaska, & Norcross, 1999). Oběti s PTSD mají často problém sdělit, co se jim stalo. Důvodů může být celá řada, například se může jednat o vytěsnění vzpomínky, svou roli mohou hrát obavy z odsouzení terapeutem, strach ze znovuoživení prožitého traumatu atd. Stěžejní v takových případech je vytvoření bezpečného prostoru (Lawlis, 2010).

Psychoterapie a farmakoterapie

Psychodynamickou terapii je možné kombinovat s farmakoterapií. U některých klientů je nutné využít všechny možnosti, které přispějí k úspěšné léčbě. PTSD má mnoho symptomů a všechny se nedají ošetřit zároveň. Například pacienti trpící depresí mohou z tohoto přístupu těžit. Díky psychoterapii jdou pod povrch problémů a díky farmakoterapii mohou lépe zvládat stres, jež je s tím spojen (Schiraldi, 2000).

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

Psychodynamická psychoterapie, ve všech svých formách, je nejvíce využívanou terapií poskytovanou psychiatry. 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 jako je deprese, 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).

Autoři výzkumu porovnávali účinnost krátkodobé psychodynamické terapie a KBT v léčbě depresivity. Výzkumu se zúčastnilo 341 dospělých pacientů s diagnostikovanou depresí (pomocí kritérií DSM-IV a Hamiltonova skóre). Náhodně byli rozděleni na terapii KBT a psychodynamickou terapii v časovém rozsahu 16 sezení. Měřena byla škála depresivity před a po léčbě. Výzkumníkům se potvrdila jejich hypotéza, že se neobjeví žádné signifikantní rozdíly mezi přístupy. Výsledky šetření rozšiřují důkazy, že psychodynamická psychoterapie je účinná k léčbě depresivity. Zároveň výzkum naznačil, že pro určitou skupinu pacientů (22,7 %) je tato terapie nedostatečná (Mergler, Driessen, & Havemann-Reinecke, (2013).

Cílem psychodynamické psychoterapie je pochopení klientových problémů a jeho strategie chování při obranných reakcích. Terapeut se zaměřuje na prožívání klienta tady a teď zároveň s ohledem na jeho minulost. Klientovi je poskytnuta během sezení opora a porozumění. Terapeut klienta neodsuzuje, pomáhá mu dosáhnout posílení ega, porozumění sobě samému, dosáhnout sebeúcty, přemýšlet o věcech z různých úhlů, najít nové a zakotvit se v realitě.

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. Tyto osoby by měly projít adekvátní léčbou. 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 přijatelným způsobem. 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 věcech, jak normálně dělá, a přesměruje myšlení na produktivní, často kreativní způsob (Kratochvíl, 2009).

Podle Schiraldiho (2000) je v relaxovaném stavu, vyvolaném hypnózou, zostřená koncentrace a soustředění pozornosti zejména na zapomenuté detaily, rozřešení problému nebo pohled na lepší budoucnost, pozitivní pocity, přesvědčení nebo sebehodnocení, cesty k začlenění oddělených částí sebe sama, ponaučení ze zažitého traumatu a vyrovnávání se s bolestí.

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 sugesce v bdělém stavu. Sugescie, 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 vypořádána u dětí, hlavně ve stavech únavy po fyzické či psychické zátěži. Pokud je sugescie v souladu s vírou, pak je tato sugescie 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 sugescie 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. Sugescie mouchy vyvolává v subjektu pocit, že má na sobě mouchu a cítí, že po něm leze. Čím komplexnější chování vyžaduje sugescie od jedince, tím jedinec vykazuje různé stupně aktivity. Může být pasivní, strnulý, náměšičný nebo vykazovat běžné bdělé chování (Kratochvíl, 2009).

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 sugescie pasivní (zpomalení), jiní více aktivní (spontánně reagující) (Kratochvíl, 2009).

2.4.2 Léčebné užití

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

Hypnóza je využívána buďto sama o sobě, nebo 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 hlavně 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 sugescie se dosahuje stavu prosté hypnózy. Terapeut tímto stavem uvádí klienta do relaxace a klidu, aby došlo k celkovému uvolnění. Ve svém účinku

je podobna relaxaci. Je využívána v závěrečné části sezení, kdy se předpokládá, že relaxovaný stav pacienta pomůže ke zvýšení účinnosti terapie (Zíka, 2011).

Wolberg (1972, in Kratochvíl, 2009) připisuje prosté hypnóze léčivý účinek, když se využívá coby možnost ke snížení napětí. Osobám, které podléhají zlosti, úzkostem, strachu a nejistotě, může tento stav pomoci sám o sobě tím, že jim pomáhá udržovat rovnováhu snížením napětí. Tím se mohou snadněji obnovit jedincovy síly a dopomoci mu ke snadnějšímu zvládnání stresových situací.

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).

Klienti s PTSD mají problémy se spánkem a s celkovým uvolněním. Je žádoucí, aby pacient bral co nejméně farmak, která by narušovala jeho psychický stav a aktivitu, proto je výhodnější užít u poruch spánku spíše hypnózu než medikamenty. Dalším důvodem je, že tyto techniky může klient na rozdíl od medikamentů využívat i později v jiných situacích (Schiraldi, 2000).

Normální spánek navozený hypnózou se postupně po ukončení promění 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 Výzkumy a účinnost

V následujícím výzkumu byla sledována efektivita 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 ukázaly, že hypnóza je efektivní a úspěšná léčba. Pomohla pacientovi vybudovat si pozitivní očekávání a modifikuje mnoho vzorců chování a pohled na sebe sama. Zároveň přispěla v redukci depresivních myšlenek a nálad. Následné studie pozorující dlouhodobé pacienty, kteří

podstoupili jiné metody, a ukázaly, že existuje určité procento pacientů, pro které je vhodná jiná léčba. I přes tyto případy byla prokázána úspěšnost terapeutické hypnózy (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 není divu, že 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.

Franklova teorie osobnosti počítá s člověkem jako s celkem, nezabývá se jen některými složkami. 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 (Drapela, 2011). 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 může se tak uchýlit k životu, jež je protkán patologickými jevy (alkoholismus, narkomanie, kriminalita apod.). Tento stav bezsmyslnosti pak Frankl (1999) nazývá existenciálním vakuem, jehož projevy jsou pocity životní prázdnoty, nudy a nejistoty.

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 neznamená 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. Tohoto úkolu musí každý dosáhnout sám. 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 bezvýchoďná a nebezpečná situace, může mít svůj nečekaný smysl. Ten může posunout jedince na jinou cestu. To, že v daném okamžiku nevidí smysl, nechápe ho neznamená, že je bezesmyslný. 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, ve které se často zasekne (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. Může tím být naplněn klientův aktuální smysl. Můžou nabývat různých forem. Jedinec, který je výtvarně, hudebně či jinak nadaný, se může cítit v konkrétní situaci povolán ke vnímání a prožívání umělecké krásy. K zážitkovým hodnotám patří i prožívání vztahu k druhému člověku, cítění a prožívání lásky (Frankl, 2006).

Postojové hodnoty

Ve chvílích, kdy má člověk pocit, že situaci nemůže nikterak ovlivnit, zaujímá určitou postojovou hodnotu. Vyjadřuje, jak se jedinec staví vůči životním omezením nebo náročným situacím. I ve chvílích, kdy nemůže projevovat své hodnoty pomocí svého jednání, mu jeho hodnoty a postoje zůstávají a neztrácí se. Východiskem z takových situací je pak zaujetí takového postoje, který se postaví proti trýznivému osudu. Jsou chvíle, momenty života, kdy je pro člověka nemožné vyhnout se nebezpečné situaci. Tu je pak potřeba patřičně konfrontovat se správným postojem (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).

Při léčbě PTSD se pracuje hlavně se změnou postoje, jaký pacient zaujímá k situaci (problému). Hlavní otázkou nejsou tělesné či psychické symptomy, jež se projevují ale to, jak k nim pacient přistupuje. Soustavným přepracováváním svých negativních postojů k traumatickému zážitku a okolnostem, by pak měl dospět k postojům pozitivního charakteru (Schiraldi, 2000).

Tato technika zasahuje i do způsobu vedení rozhovoru s klientem. Využívá se forma tzv. „sokratovského dialogu“. Kladením pomocných otázek se snaží terapeut dovést klienta k odhalení jeho negativních hodnot, přístupů a jejich podmíněnosti k dosavadnímu postoji. Společně se snaží nalézt jiné možnosti, jak pohlížet na situaci a vytvořit si nové postoje (Vybíral, & Roubal, 2010).

Osobnost klienta taktéž hraje velkou roli ve vytváření postojů, nejde jen o povahu určité situace. Právě díky osobnosti jedince se situace stává pro něj osobní, dodává jí na důležitosti a propůjčuje jí její subjektivní hodnotu. 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 slabosti 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. Pacient má reálnou představu, co se přesně bude dít. V PTSD je to často obava ze zhroucení, nečinnosti, ztuhnutí či zděšení. Problémem je, že pokud očekává, že se takto zachová, pak se

opravdu takto zachová, a to vše díky postupu v mysli, který si vytvořil jako možný plán 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. Vyvolání pocitu radosti bez přičinění je nemožné.

2.5.4 Účinnost

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).

Bylo zpozorováno, že veteráni, kteří hledali smysl života, se zdáli býti více v harmonii a jejich symptomy se vyskytovaly méně. Příkladem je skupinka veteránů, kteří každý rok o prázdninách pořádají slavnost pro děti. Veteráni, kteří mají strach z davu, tímto způsobem čelí svým obavám a přednáší o svých zážitcích. Spousta jich pak vidí svoje trauma jako zkoušku života a pokládají se za silnou osobnost, že se mu umí postavit. Logoterapie nabízí veteránům, kteří zápasí s existenciálními problémy naději v léčbě skrze smysl (Southwick et al., 2006).

Posttraumatická stresová porucha, která vznikla vystavením bojových konfliktů je všeobecně hůře léčitelná. Případová studie sledovala jednoho pacienta trpícího chronickými symptomy PTSD. Participant výzkumu byl ve věku 54 let, vietnamský veterán, sloužil jako medik u mariňáků. Pacient již podstoupil KBT, farmakoterapii, prošel expoziční terapií a chodil do komunitního centra. Dosavadní léčba zredukovala některé ze symptomů a zlepšila jeho zvládací strategie, ale některé symptomy přetrvaly. Díky logoterapii byly úspěšně identifikovány čtyři základní existenciální problémy, které jsou pro veterány typické. Jsou jimi pocity viny a syndrom přeživších, ztráta naděje na budoucnost, ztráta smyslu a locus of control. Díky identifikování těchto problémů, bylo možné začít na nich v terapii dále pracovat (Gilmartin, & Southwick, 2004).

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

Uvědomění, ačkoliv zní jako by mělo nastat pomocí racionalizace, má v sobě emocionální náboj. 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 citění, 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).

Klient by měl být neustále v kontaktu s vlastním já. Protipólem je pak uvědomování neadaptivní, k němuž dochází v případech, kdy se jedinec vyhýbá, nepřijímá či má strach z vlastních zkušeností. Uvědomění je založené na kontaktu, pocíťování, vzrušení a tvoření (Yontef, 2009).

Kontakt

Kontakt je to, s čím jedinec aktuálně přichází do styku. 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) uvádí, že „*gestalt terapie směřuje k sebezpřijetí, sebevyjádření, seberealizaci a osobnímu růstu, které se odehrávají ve vztazích člověka k druhým lidem a jeho okolí*“ (s. 166).

Disponuje-li jedinec zdroji, jež jsou nezbytné pro jeho růst, jsou pak využívány k vytváření žádoucích kontaktů s okolím. Růst může probíhat jenom v případě, pokud se interakce jedince a prostředí uskutečňují s prožitkem, jež se utváří do gestaltu (smysluplném celku). K tomu je zapotřebí naučit se uzavírat smysluplné celky, a tím otvírat prostor pro nové prožitky a nové kontakty (Joyce, 2011).

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 nezaujatě co se děje. Třetím je zrovnoprávnění významů, horizontalizace, při které se brání přisuzování 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).

Ve skupině se pracuje od obsahu sdělovaného k procesu. Vynořují se různé vztahové vzorce ve skupině, které ukazují na minulé zkušenosti s jinými skupinami i mimo ně. Skupina funguje na principu experimentování a vytváření nových zkušeností.

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 diskuzi 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

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).

I když existuje spousta efektivních ošetření PTSD, je jen málo studií, které se nezaměřují na kognitivně behaviorální pozadí léčby. Následující studie testovala integrativní gestalt intervenci s probíhající expoziční psychoterapií proti KBT, kde sledovala možné jiné efekty v redukci symptomů po ukončení léčby. 141 subjektů bylo rozděleno mezi obě psychoterapie. 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. Další data prokázala, že mladší pacienti profitovali z KBT více než starší, naopak nebyl nalezen rozdíl ve výsledcích gestalt intervence mezi věkovými skupinami. Výsledky tedy naznačily že je potřeba dalších důkladných měření a šetření v léčbě gestalt s expoziční terapií pro prokázání jejich efektivnosti k léčbě PTSD. Zůstává tedy otázkou, jestli je tato léčba výhodou v oblastech fungování pacientů s PTSD (Butollo, Karl, König, & Rosner, 2015).

Cílem následující studie bylo prozkoumat účinnost gestalt psychoterapie na redukci symptomů PTSD u veteránů pocházejících z Iránu. Jednalo se o 24 veteránů, kteří byli rozděleni do dvou skupin (gestalt psychoterapie a behaviorální intervence). Experimentální skupina (n=12) podstoupila 6 sezení po 90 minutách gestalt psychoterapie. Jak kontrolní, tak experimentální skupina byla sledována a měřena po první, třetí, páté a sedmé terapii. Výsledky prokázaly, že gestalt psychoterapie i behaviorální intervence pomohla výrazně snížit symptomy PTSD. Studie tedy prokázala, že gestalt psychoterapeutické techniky mohou být využity ve standartním spojení s jinou léčbou PTSD jako doplněk k jiné léčbě k redukci symptomů PTSD (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
Desenzitizace očních pohybů	Nedostatečné zpracování události
Psychodynamická psychoterapie	Aktivace nevyřešených vnitřních konfliktů
Logoterapie a existenciální analýza	Ztráta smyslu existence
Gestalt psychoterapie	Špatná organizace prožívání
Sugestivní, hypnotická psychoterapie	Zablokování vzpomínky

Kognitivně-behaviorální model vzniku PTSD

Podle tohoto modelu se PTSD rozvine, pokud traumatická událost je 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 rychle 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.

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 prožité

trauma. Z krátkodobého hlediska jsou pro pacienta přínosné ve zmírnění jeho prožívání, dlouhodobě ale vytvářejí vzorce, které podporují poruchu.

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.

Model vzniku PTSD v programu desenzitizace očních pohybů

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.

Sugestivní a hypnotický model vzniku PTSD

Podle tohoto modelu je zásadním problémem při vzniku PTSD znepřístupněné 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. Znepřístupněná 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.

3.2 Metody a přístupy v léčbě PTSD

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

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, zdali lze změnit to, jak jedinec vnímá své okolí, pocity, myšlenky, může se naučit zredukovat své symptomy a celkově si zvýšit své životní standardy. Důležité je tedy naučit klienta sebekontroly a kognitivní restrukturalizaci. Prvním zaměřením je ovlivnění tělesných příznaků. Tyto metody pracují se zvládáním stresujících situací a nácviku dovedností. Nácvikem se učí zvládat tyto stresové situace, podněty, činnosti. Se zvládáním stresujících situací se terapeut zaměřuje na klientovo postupné přivýkání 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.

Desenzitizace očních pohybů

Tento program je sestavený na základě, kdy klient cíleně vyvolává svoje 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 zvládání 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.

Suggestivní 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 zvládním nočních děsů a problémů se spánkem. Je využívána jako nástroj k odstavení medikamentů, které slouží ke zvládní úzkostí a problémů se spaním.

Logoterapie a existenciální analýza

Nalézání smyslu života je možností, jak se vyrovnat s prožitým traumatem. Pracuje se s klientem na nalezení pokračujícího smyslu bytí, aby v něm mohl opět nalézt svůj význam a měl vůli k další existenci. Smysl života najde pomocí cíle, který si v životě najde. Terapeut se v této fázi zaměřuje na klientovo trauma, jaký má 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 představbě negativních postojů, jež si jedinec utvořil. Společně je hledají a přepracovávají. Využívá se forma sokratovského dialogu. 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 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 zvládní 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

Vím, že jsem vzhledem k omezenému prostoru bakalářské práce zvolila široký rozsah práce. Proto jsem se snažila, co nejvhodněji zvolit její obsah. Právě vybírání a rozhodování, co v práci uvedu a co z důvodu malého prostoru práce vynechám, zabralo mnoho času a bylo to velmi náročné. Při úplně prvotním screeningu celé problematiky, jsem vycházela hlavně z metaanalýz a srovnávacích studií. V prvotní fázi práce jsem stručně popsala PTSD, její vznik, průběh a symptomy. Jiná vysvětlení modelů vzniku poruchy a její léčby jsem zúžila na popis u šesti hlavních přístupů, které zaznamenávají úspěch při léčbě. Poté jsem se zabývala právě psychoterapiemi, kterým jsem vymezila více prostoru pro ucelení celého obrazu práce. Jejich uvedením jsem se snažila nastínit některé významné techniky a postupy současných psychoterapeutických přístupů a jejich vzájemné porovnání.

Původně bylo mým cílem vytvoření přehledu psychoterapií, jež se využívají k léčbě PTSD, ale jejich velký počet se stal problémem. Z tohoto důvodu jsem zúžila výběr na ty hlavní a nejvíce využívané. Dalším kritériem, které jsem si z tohoto důvodu zvolila bylo vybrání přístupů, které blíže popíšu a porovnam. S výběrem mi výrazně pomohla metaanalýza Taylora a Van Etena (1998), která porovnávala 61 terapií. Z těchto terapií se ukázaly jako nejvíce účinné a přínosné v léčbě a právě výše popsaná KBT, psychodynamická terapie, logoterapie a existenciální analýza, sugestivní, hypnotická psychoterapie a gestalt psychoterapie.

Při popisu přístupů jsem se věnovala několika hlavním tématům. Nejprve jsem uvedla, a krátce napsala co daný přístup obnáší. Dále jsem psala o jejich metodách a cílech, kterých se snaží dosáhnout, a kterých užívají. Z těchto popisů jsem vycházela i při jejich porovnávání. Vytvořila jsem přehledné tabulky, které krátce shrnují téma, které následně pod tabulkou popisují. Uvědomuji si že je to velmi zjednodušené řešení. Některé přístupy měly k některým tématům více informací, či u některých přístupů, které jsou více vědecké, bylo zařazení jednoznačnější a více systematicky popsání. Tato shrnutí se opírají o informace, které jsou mým subjektivním názorem. Přesto, že se tato práce pohybuje po povrchu a mnohá její témata by zasloužila hlubší zpracování, vidím přínos ve vytvoření rychlého a stručného přehledu pro orientaci v dané problematice.

Léčba posttraumatické stresové poruchy je složitá hlavně z důvodu velkého množství symptomů, jež jsou s ní spjaty. Je důležité mít na paměti i další faktory, jež 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 velká 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 můžou 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 recidivity 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 výhodu vidím v relativní krátkosti, strukturovanosti a soustředění se výsadně na traumatickou vzpomínku a reakce, které v pacientovi vyvolává. Její nevýhodu spatřuji v ignoraci jiných symptomů, které nejsou zaznamenané.

Pokud se podívám na všechny tyto informace, tak shledávám za nejpřínosnější léčbou 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.

Další námět, který mne zaujal a jistě by stál za hlubší zpracování je zkoumání procesu jednotlivých terapií v různých fázích. Takové zkoumání přináší zajímavé informace. Díky vyhledávání výzkumů, jež zkoumají účinnost psychoterapií jsem narazila na spoustu srovnávacích / komparativních studií přístupů. Tyto probíhající diskuze o tom, která psychoterapie je účinnější jsou někdy zavádějící. Všechny nakonec vykazují nějakou redukci symptomů, přesto různorodost názorů a zkoumání odhalují mnohé zajímavé pohledy, které mne nutí zamýšlet se nad svým vlastním názorem, který mám o dané problematice.

ZÁVĚR

Ve světě se v současnosti vyskytuje přes 200 škol a přes 400 technik v psychoterapeutických přístupech. Psychoterapie vychází z různých teoretických základů, a to se odráží jak v přístupu, tak v práci s terapií. 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. Všechny 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)

Drapela, V.J. (2011). *Přehled teorií osobnosti*. Praha: Portál.

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., & Fennell, 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-sociálne aspekty. EMDR a autogénny tréning pri pretrvávajúcom ohrození, prípadová 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>

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.

Nakonečný, M. (2016). *Obecná psychologie*. Praha: Triton

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

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>
- Rothbaum, B.O., Astin, M.C., & Marsteller, F. (2005). Prolonged exposure versus eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) for PTSD rape victims. *Journal of traumatic stress*, 18, článek 6. Získáno 17. 12. 2016. Dostupné z: <http://dx.doi.org/10.1002/jts.20069>
- Rothschildová, B. (2015). *Tělo nezapomíná: psychofyziologie a léčba traumatu*. Praha: Maitrea.
- Říčan, 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.
- 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/>
- Timuřák, 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.