

Univerzita Karlova

Filozofická fakulta

Katedra psychologie



Diplomová práce

Bc. Anna Zůnová

Možnosti facilitace posttraumatického růstu v terapii

The possibilities of facilitating posttraumatic growth in therapy

Praha 2022

Vedoucí práce: PhDr. Katarína Loneková, Ph.D.

Na tomto místě bych chtěla poděkovat PhDr. Kataríně Lonekové, Ph.D. za odborné vedení, pravidelné kotvení mých myšlenek a načtené literatury ve vymezeném rámci diplomové práce a také za trpělivost a ochotu. Děkuji mému příteli za inspiraci a podporu během rozšiřování mých znalostí o tématu traumatu i během psaní práce. Děkuji také sama sobě, že jsem diplomovou práci dokončila navzdory všem nemocem, které mě v průběhu dvou a půl let jejího psaní potkaly, že jsem k sobě byla laskavá a díky zvolenému tématu jsem se posunula ve svém vlastním terapeutickém procesu.

Velké díky patří všem respondentům, kteří byli ochotni účastnit se výzkumu, podělit se o vlastní zkušenosti a otevřeně hovořit i o svých vlastních prožitcích v průběhu terapie traumatizovaných klientů.

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracovala samostatně, že jsem řádně citovala všechny použité prameny a literaturu a že práce nebyla využita v rámci jiného vysokoškolského studia či k získání jiného nebo stejného titulu.

V Praze, dne 24. července 2022

Anna Zůnová

Klíčová slova (česky)

posttraumatický růst, psychoterapie, trauma, terapeutické intervence, tematická analýza

Klíčová slova (anglicky):

posttraumatic growth, psychotherapy, trauma, psychotherapeutic interventions, thematic analysis

Abstrakt (česky)

Diplomová práce se zabývá možnostmi facilitace posttraumatického růstu v kontextu individuální psychoterapie. Literárně-přehledová část shrnuje stav současného poznání problematiky posttraumatického růstu. Za účelem komplexnějšího pohledu, je posttraumatický růst zasazen do širšího rámce procesu terapie traumatu. Teoretická část je zakončena představením možností facilitace posttraumatického růstu.

Empirická část se zabývá zkušeností praktikujících psychoterapeutů s posttraumatickým růstem v rámci jejich individuální praxe. Kvalitativní šetření se zaměřuje na to, co terapeuti považují za cíle terapie traumatu, jakým způsobem terapeuti posttraumatický růst konceptualizují, v jakých oblastech a podobách u svých klientů potkávají a jakým způsobem se domnívají, že jej mohou ovlivnit. Data jsou získána pomocí polostrukturovaného rozhovoru vedeného s devíti psychoterapeuty a dále jsou analyzována metodou tematické analýzy. Analýza dat vedla k objevení šestnácti hlavních témat, která se týkají způsobu uvažování a zacházení terapeuta s posttraumatickým růstem v průběhu psychoterapeutických sezení.

Abstract (in English):

This thesis explores the possibilities of facilitating post-traumatic growth in the context of individual psychotherapy. The theoretical part summarizes the state of current knowledge on post-traumatic growth. In order to take a more comprehensive view, post-traumatic growth is situated within the broader framework of the trauma therapy process. The theoretical part is concluded with an introduction to the possibilities of facilitating post-traumatic growth.

The empirical part deals with the experiences of practicing psychotherapists with post-traumatic growth within their individual practice. The qualitative research focuses on what therapists consider to be the goals of trauma therapy, how therapists conceptualize post-traumatic growth, in what areas and forms they encounter it in their clients, and how they believe they can influence it. Data are collected through semi-structured interviews conducted with nine psychotherapists and further analyzed using a thematic analysis method. Data analysis led to the discovery of sixteen major themes that relate to the therapist's way of thinking about and dealing with post-traumatic growth during psychotherapy sessions.

OBSAH

1	SEZNAM ZKRATEK	9
2	ÚVOD	10
3	POSTTRAUMATICKÝ RŮST	12
3.1	HISTORIE KONCEPTU POSTTRAUMATICKÉHO RŮSTU	12
3.2	REAKCE NA STRES	16
3.3	CHARAKTERISTIKA PTSD	18
3.3.1	<i>Komplexní posttraumatická stresová porucha</i>	<i>19</i>
3.3.2	<i>Vztah posttraumatického růstu a posttraumatické stresové poruchy</i>	<i>21</i>
3.4	TERMINOLOGIE POSTTRAUMATICKÉHO RŮSTU	21
3.4.1	<i>Resilience, uzdravení a růst</i>	<i>22</i>
3.5	MODELÝ POSTTRAUMATICKÉ RŮSTU	24
3.5.1	<i>Model Tedeshiho a Calhouna</i>	<i>25</i>
3.5.2	<i>PTG jako proces</i>	<i>25</i>
3.5.3	<i>PTG jako výsledek procesu</i>	<i>27</i>
3.5.4	<i>Model Josepha a Linleye – Organismická teorie růstu iniciovaného nebezpečím</i>	<i>29</i>
3.5.5	<i>Dvousložkový model Maerckera a Zöllnerové</i>	<i>31</i>
3.5.6	<i>Hobfollův model skutečného PTG</i>	<i>32</i>
3.6	DETERMINANTY POSTTRAUMATICKÉHO ROZVOJE	32
3.6.1	<i>Hédonismus, eudaimonismus a autenticita</i>	<i>32</i>
3.6.2	<i>Osobnost před traumatem</i>	<i>35</i>
3.6.3	<i>Copingové strategie</i>	<i>36</i>
3.6.4	<i>Pohlavní</i>	<i>38</i>
3.6.5	<i>Povaha traumatické události</i>	<i>39</i>
3.7	VÝZKUM POSTTRAUMATICKÉHO RŮSTU	40
4	PSYCHOTERAPIE TRAUMATU	42
4.1	FARMAKOTERAPIE	42
4.2	ÚVOD DO TERAPIE TRAUMATU	43
4.3	TERAPEUTICKÝ VZTAH	44
4.3.1	<i>Přenos v terapii traumatu</i>	<i>46</i>
4.3.2	<i>Protipřenos v terapii traumatu</i>	<i>47</i>
4.4	FÁZE TERAPEUTICKÉHO PROCESU V TRAUMATERAPII	47
4.4.1	<i>1. fáze – Stabilizace</i>	<i>47</i>

4.4.2	2. fáze – Konfrontace	49
4.4.3	3. fáze – Integrace.....	51
4.5	JÁDROVÁ PŘESVĚDČENÍ, KOGNITIVNÍ ZPRACOVÁNÍ A SOCIÁLNÍ OPORA	51
4.5.1	Jádrová přesvědčení	52
4.5.2	Kognitivní zpracování.....	53
4.5.3	Sociální opora.....	54
4.5.4	Náboženství a spiritualita	56
4.6	JEDNOTLIVÉ TERAPEUTICKÉ PŘÍSTUPY A METODY	58
4.6.1	KBT.....	59
4.6.2	EMDR	60
4.6.3	Narativní expoziční terapie.....	61
4.6.4	Terapie zaměřená na tělo	62
5	MOŽNOSTI FACILITACE PTG	67
5.1	PŘÍSTUPY K FACILITACI PTG V TERAPII.....	67
5.1.1	PTG-based (na PTG založený) přístup a odborné doprovázení.....	67
5.1.2	Model THRIVE	71
6	CÍL VÝZKUMU	75
6.1	VÝZKUMNÉ OTÁZKY	75
7	VÝZKUMNÝ DESIGN	76
7.1	KVALITATIVNÍ ŠETŘENÍ	76
7.2	METODA A PRŮBĚH SBĚRU DAT	76
7.3	CHARAKTERISTIKA VÝZKUMNÉHO SOUBORU	77
7.4	METODA ZPRACOVÁNÍ A ANALÝZY DAT	79
7.5	ETIKA VÝZKUMU	80
8	VÝSLEDKY ANALÝZY ROZHOVORŮ	82
8.1	DEFINICE TRAUMATU	82
	DEFINICE TRAUMATU	82
8.2	VÝCHODISKA PRO TERAPEUTICKOU PRÁCI S TRAUMATEM.....	84
8.3	PŘÍSTUP TERAPEUTŮ K TERAPEUTICKÉ PRÁCI S TRAUMATEM.....	86
8.4	TERAPEUTICKÁ VODÍTKA	89
8.5	FÁZE TERAPIE TRAUMATU	91
8.6	FAKTORY UŽÍVANÉ V JEDNOTLIVÝCH FÁZÍCH TERAPIE	93

8.7	CÍLE TERAPIE TRAUMATU	97
8.8	SPECIFIKA TERAPIE TRAUMATU OPROTI PSYCHOTERAPII, VE KTERÉ SE S TRAUMATEM NEPRACUJE PRIMÁRNĚ	100
8.9	DEFINOVÁNÍ POSTTRAUMATICKÉHO RŮSTU RESPONDENTY	103
8.10	KDY SE POSTTRAUMATICKÝ RŮST OBJEVUJE	105
8.11	ROZDÍLY MEZI POSTTRAUMATICKÝM RŮSTEM A JINÝMI DRUHY RŮSTU, KE KTERÝM DÍKY TERAPEUTICKÉMU PROCESU DOCHÁZÍ.....	107
8.12	ROLE POSTTRAUMATICKÉHO RŮSTU V TERAPEUTICKÉM PROCESU..	109
8.13	OBLASTI A PODOBY POSTTRAUMATICKÉHO RŮSTU	111
8.14	PROMĚNNÉ POSTTRAUMATICKÉHO RŮSTU	117
8.15	PROMĚNNÉ NAPOMÁHAJÍCÍ POSTTRAUMATICKÉMU RŮSTU V TERAPII ZE STRANY TERAPEUTA	121
8.16	EDUKACE OHLEDNĚ POSTTRAUMATICKÉHO RŮSTU	126
8.17	SHRNUTÍ VÝSLEDKŮ VÝZKUMU	128
9	DISKUSE	132
9.1	DISKUSE VÝSLEDKŮ VÝZKUMŮ	132
9.2	LIMITY VÝZKUMU	143
9.3	MOŽNOSTI DALŠÍHO ZKOUMÁNÍ	146
10	ZÁVĚR	147
11	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....	149
12	SEZNAM OBRÁZKŮ	168
13	SEZNAM TABULEK.....	169

1 Seznam zkratek

APA	Americké psychologické asociace
cPTSD	Komplexní posttraumatická stresová porucha
EMDR	Desenzitizace a zpracování pomocí očních pohybů
KBT	Kognitivně-behaviorální terapie
NET	Narativní expoziční terapie
PSBP	Pesso Boyden psychomotorickou psychoterapii
PTG	Posttraumatický růst
PTSD	Posttraumatická stresová porucha

2 Úvod

Většina lidí během svého života prožije alespoň jednu nebo i řadu události, které svou náročností překračují hranici běžného zvládání, což může mít za následek traumatickou reakci. Zájem o trauma v odborných i laických kruzích zažívá v posledních letech velký nárůst. Knihy, filmy, články přinášejí zprávy o podobě dopadů na člověka a nutnosti zpracování, aby nebyla narušena kvalita lidského života. v posledních třech desítkách let se výzkumy zaměřují nejenom na zprávy o negativních dopadech traumatu, ale i o jeho dopadech pozitivních, které zažívají lidé, kterým se daří z traumatu uzdravovat. Během cesty k uzdravení lidé často vyhledávají odbornou pomoc, především prostřednictvím psychoterapie. k posttraumatickému růstu dochází častěji právě u těch klientů, kteří trauma zpracovávají s pomocí psychoterapeuta. Objevuje se tedy otázka, zda může psychoterapie pozitivním transformativním změnám konkrétně napomoci.

Literárně přehledová část se věnuje nejdříve konceptu posttraumatického růstu. Po úvodním vymezení termínu posttraumatického růstu jsou představeny modely, které jej vysvětlují a proměnné, které utváření a výskyt posttraumatického růstu determinují. v další části je konceptualizována psychoterapie traumatu. Je zde představena role terapeutického vztahu, jednotlivé fáze procesu terapie traumatu. Jsou také zmíněny proměnné, které jsou v procesu terapie traumatu a následného utváření růstu důležité. Část věnovanou terapii traumatu uzavírá nastínění jednotlivých terapeutických směrů, které s traumatem pracují. Poslední kapitola je věnována možnostem facilitace posttraumatického růstu a uvádí dva ucelené systémy intervencí.

Empirická část práce prezentuje kvalitativní výzkum, který se zaměřuje na prozkoumání zkušeností praktikujících terapeutů s posttraumatickým růstem jejich klientů v rámci individuální terapeutické praxe. Cílem výzkumu je zjistit, jak terapeuti PTG konceptualizují, v jakých podobách se s ním setkávají a jakými způsoby se domnívají, že jej mohou podpořit. Výzkum rovněž zohledňuje samotný kontext terapie traumatu, během které se posttraumatický růst objevuje. Výzkumná data byla sebrána pomocí polostrukturovaných rozhovorů a dále analyzována prostřednictvím tematické analýzy, což umožnilo nalézt odpovědi na výzkumné otázky. Vzhledem k tomu, že transkribované rozhovory představují citlivá data, nejsou uvedena v přílohách. Jsou k nahlédnutí uložena u výzkumníka.

Za účelem přehlednosti a zjednodušení diplomové práce je užíváno generické maskulinum především v označení „klient“ a „psychoterapeut“, které mohou ale významově označovat i jiné genderové kategorie. Termíny psychoterapie a terapie a termíny psychoterapeut a terapeut jsou používány ve stejné významu, všechny termíny se vztahují k psychoterapii. i když je ve většině práce hovořeno o následcích traumatické události především v podobě posttraumatické stresové poruchy, výzkumník si je vědom různosti dopadů traumatu a mnoho z uvedených informací týkajících se posttraumatické stresové poruchy platí rovněž pro tyto další dopady. Diplomová práce cituje podle normy APA (2019).

3 Posttraumatický růst

Posttraumatický růst (posttraumatic growth = PTG) je definován jako soubor pozitivních psychologických změn prožívaných v důsledku vyrovnávání se s traumatickou životní událostí. Tyto změny se objevují v reakci na otřesení základních životních konstruktů, které si člověk dosud vytvořil o sobě, o druhých a fungování ve světě (Tedeschi et al., 2018). v důsledku toho se člověk snaží nalézt v traumatické zkušenosti smysl, vyrovnat se s novou povahou reality, kterou nastolila a přeformulovat svůj životní příběh (Joseph, 2017). Pozitivní změny se objevují ve třech širokých základních kategoriích, jimiž jsou změny v sebepercepci, v mezilidských vztazích a v životní filozofii (Tedeschi & Calhoun, 1996). u PTG nejde o pouhé vyléčení se z traumatu, vrácení se na původní kvalitu života. Člověk vykazující PTG doslova přeroste svou původní osobnost a vykazuje vyšší úroveň psychické funkčnosti, než jakou měl doposud (Seligman, 2014). PTG tak může představovat druhou stranu vyvažující negativní dopady traumatu na člověka.

3.1 *Historie konceptu posttraumatického růstu*

Ačkoliv vědecké zkoumání PTG je poměrně novou disciplínou, fenomén růstu z překonávání těžkostí je pravděpodobně spjat s lidstvem od počátků (Mareš, 2012). Získání pozitiv z náročných životních událostí se objevuje v mnoha historických textech, v konceptech různých náboženských tradic, v dalších tradičních úslovích nebo v různých oblíbených citátech. Například Stephen Joseph, který je jedním z čelních postav výzkumu PTG, se rád odkazuje na Nietzscheho výrok z knihy *Soumrak model* (1995), po kterém i pojmenoval svoji knihu o PTG: *Co tě nezabije, to tě posílí* (Joseph, 2017).

V odborném psychologickém kontextu termín pochází z pozitivní psychologie, jejíž rozmach nastal hlavně po roce 1999, kdy byl prezidentem Americké psychologické asociace (APA) zvolen Martin Seligman. Pozitivní psychologie se snažila vymezit vůči historickému založení psychologie jako vědy podobné medicíně – psychiatrii, na jejíž základech vznikala a posunout se od zaměření pouze na poruchy, nemoci, také na aspekty funkční a pozitivní. Na silné stránky osobnosti, ctnosti, well-being či stav flow (Slezáčková, 2012). Tento směr zahrnoval i zkoumání dopadů traumatu, jehož těžiště se začalo pomalu přesouvat od zkoumání posttraumatického stresu, posttraumatické stresové poruchy, úzkostí,

indukovaných depresí či jiných negativních jevů na dopady pozitivní. Světové války, které za sebou zanechaly masovou traumatizaci, totiž kromě lidských tragédií přinesly i zprávy o tom, že konfrontace s extrémně náročnými situacemi některé lidi přiměla udělat radikální změnu v ubírání se životem směrem k větší autenticitě, spokojenosti a hloubce. Příkladem může být Viktor Frankl, který zkušenost koncentračního tábora na rozdíl od velké části jeho blízkých přežil a vyšel z ní silnější a lépe připraven pomoci v těžkostech ostatním. Na základě toho poté zdokonalil svůj na hledání smyslu orientovaný psychotherapeutický přístup – Logoterapii (Frank, 2006).

Viktor Frankl, psychiatr a zakladatel logoterapie, je jedním z prvních odborníků, kteří se zabývali vztahem náročných životních událostí a pozitivních dopadů na psychiku člověka. Pro logoterapii je klíčová otázka smyslu lidského života. Dle Frankla (2007) existují tři různé cesty, jak dát lidské existenci smysl a na základě toho definuje tři základní lidské typy. Typem prvním je homo faber, jeho cesta je cestou práce, tvorby, pomocí níž se realizují tzv. tvůrčí hodnoty. Druhým typem je homo amans, který svůj život naplňuje cestou prožitku, setkání, lásky a realizuje hodnoty prožitkové. Posledním typem je homo patiens, který jde dle Frankla cestou nejdůležitější – utrpením, které člověku umožňuje uskutečňovat hodnoty postojoyé. Touto cestou se člověk vydává pouze ve chvílích, kdy není možné danou situaci jakkoli ovlivnit. Pokud má člověk ve své moci situaci ovládnout, zvrátit a realizovat tak svoje hodnoty tvůrčí, stojí tyto hodnoty nad hodnotami postojoyými. Neučinil-li by člověk tak, nešlo by o heroismus, ale o prostý masochismus či o nedostatek odvahy. Cestu utrpení si nelze vybrat, přijde k člověku sama a poté jí lze pouze přijmout a vzít osud na sebe, a to se správným postojem. Utrpení samo o sobě smysl nemá, je pouhou nabídkou možnosti smysl realizovat. Utrpení má smysl, pokud mu jej člověk dá, jde o lidský výkon, kdy si k němu člověk vytvoří takový postoj, který mu umožní díky utrpení růst a dozrávat k sobě samotnému.

Pro Frankla (2006) je utrpení tím nejvyšším možným smyslem, uskutečněním té nejvyšší hodnoty. Smysl utrpení pro něj stojí nad láskou a prací, protože jej lze naplnit v jakékoli situaci, i když nic jiného už není možné. Tvůrčí hodnoty mají pro příklad dvě základní kategorie: úspěch a neúspěch. Kategoriemi postojoyých hodnot jsou naplnění a zoufalství. Jsou to ale kategorie náležející jiné,

nadřazené dimenzi, neboť naplnění může náležet jak k úspěchu, tak k neúspěchu a naopak. Člověk tak může, ale také nemusí, dojít naplnění smyslu v jakékoli situaci. To je podstatou tzv. tragického optimismus (Frankl, 2006).

Tragický optimismus je žádoucím základním postojem k životu, kdy člověk zůstává optimistický i navzdory tragické triádě (utrpení, vina, smrt). Termín optimismus je v tomto kontextu chápán nikoli ve smyslu dobré nálady, ale ve své etymologické podstatě. Optimum znamená v latině nejlepší. Optimismus pak odkazuje k tomu, že člověk má potenciál tvořivě proměnit negativní polohy života v něco optimistického či konstruktivního. Člověk má i zde možnost zvolit si nejlepší možnou reakci. Vstříc utrpení je tak schopen třech druhů aktu:

- a) obrátit utrpení v čin;
- b) z kontaktu s lidskou pomíjejícností si odnést podnět pro uskutečnění odpovědného činu;
- c) vidět ve vině příležitost změnit se k lepšímu (Frankl, 2006).

V mezních situacích utrpení má člověk příležitost nalézt smysl života a učinit tak transformativní změnu své osobnosti. Slovy Viktora Frankla: „... tam, kde nemůžeme situaci změnit, právě tam se po nás žádá, abychom změnili sebe sami, totiž abychom dozráli, dorostli, přerostli sebe sama“ (Frankl, 2006, s. 29). To je poměrně výstižný popis posttraumatického růstu psaný v dobách, kdy termín ještě nebyl zaveden.

Koncept PTG vyrůstá také z teorie **Gerarda Caplana**, který bývá nazýván otcem krizové intervence, a jeho teorie krize (Špatenková, 2004). Krizi chápe Caplan (1964) jako překážku ve zvládnání důležitých životních událostí, kterou člověk není sto zvládnout za pomoci běžných copingových strategií, jež má aktuálně k dispozici. Základním faktorem určujícím, zda bude situace jedincem vyhodnocena jako krizová, je nerovnováha mezi vnímanou obtížností a důležitostí ohrožující situace a prostředky, které jsou okamžitě k dispozici pro její vyřešení. Krize pro Caplana tedy není objektivně měřitelnou charakteristikou situace, ale emoční reakcí daného jedince. Caplanova krizová teorie je založena na konceptu homeostázy. Podle něj se organismus neustále snaží udržovat homeostatickou rovnováhu s vnějším prostředím. Pokud je tato rovnováha ohrožena fyziologickými nebo psychickými silami, pouští se jedinec do různých způsobů řešení problémů

určených k obnovení této homeostatické rovnováhy. Krize je tedy považována za narušení stabilního nebo homeostatického stavu.

To, že člověk vnímá, že nemá dostatek schopností úspěšně situaci zvládnout, ho uvrhuje do pocitu dezorganizace či rozrušení, co se schopnosti fungovat týče, tedy že vnímá vyvedení z homeostatické rovnováhy. Pocit dezorganizace v člověku vyvolává napětí, distress, kterých se snaží zbavit zkoušením nových způsobů řešení problému. To, že tyto nové pokusy člověk činí, ho přivádí k poznání, že jeho běžná sada copingových strategií může být obohacena o nové, kterými dříve nedisponoval. Pro úspěšné zvládnutí krize tak člověk musí rozšířit svůj repertoár způsobů řešení a z krize tedy vychází s více dovednostmi, než se kterými do ní vstupoval. Caplanova teorie krize vyzdvihuje fakt, že bez překážky v podobě krize by se člověk nemusel zastavit, pokoušet se sobě lépe porozumět a následně hledat nové copingové strategie. Hledání a rozšiřování repertoáru totiž vzniká z bezprostřední nutnosti, když je člověk konfrontován s tím, že ve stavu, v jakém je, situaci zvládnout nemůže (Werdel & Wicks, 2012).

Humanisticky psycholog **Carl Rogers**, zakladatel přístupu zaměřeného na člověka, hovoří o tom, že růst, je základní lidskou motivací, a pokud člověk zažívá autenticitu, svou vlastní kompetenci a přijetí od okolí i v nepříznivých situacích, jsou tyto situace pro něj silně růstové (Rogers, 2015). **Abraham Maslow** ve své koncepci sebeaktualizace deklaruje, že právě skrze traumata jsou učiněna nejdůležitější poznání zkušenosti lidského života (Maslow, 2021). **Irvin Yalom**, vůdce existenciálního hnutí, ve své knize Existenciální psychoterapie hovoří o čtyřech základních životních zkušenostech, tzv. podmínkách existence - smrt, svoboda, osamělost, absence smyslu. Pokud je člověk s jakoukoli z nich konfrontován, dostává se do existenciálního dynamického konfliktu, který v něm vyvolává obrovskou úzkost. Aby člověk tento konflikt nahlédl a zbavil se trýznivých pocitů, musí projít hlubokou osobní reflexí. Proces reflexe uvádí do pohybu tři krizové situace. Zprv je to situace důležitého nezvratného rozhodnutí. Druhý a třetí typ situace by se dal dle DSM-5 zahrnout pod název „trauma“, které Yalom rozlišuje na situace konfrontace s vlastní smrtí a dále zhroucení významotvorného schéma, které dávalo životu smysl. Střetem s těmito situacemi získává člověk příležitost vytvořit nový životní smysl a dosáhnout růstu své osobnosti v dalších oblastech (Yalom & Lieberman, 1991; Yalom, 2020).

Výše uvedená psychologická uvažování o utrpení vedla v devadesátých let 20. století k novému směru vědeckého zkoumání. Prožívání pozitivních změn bylo pojmenováváno různými výzkumníky různě. Pro roztržitost přístupů ke zkoumání pozitivních změn představovalo zlom vydání první ucelené monografie poskytující přehled studií sepsaných na toto téma. Tuto knihu, *Trauma and transformation*, sepsali roku 1995 dva z čelních představitelů zkoumání PTG Richard G. Tedeshi a Lawrence C. Calhoun. Pro popis pozitivních změn v ní tehdy ještě používali termín *perceived benefit*, který později zaměnili za dnes hojně používaný termín *posttraumatic growth*, který shledali vhodnějším, neboť lépe reprezentuje transformativnost změn, ke kterým dochází (Tedeshi et al., 2018). Termín *posttraumatic growth* byl poprvé použit rok po vydání monografie v článku, kde se zabývali vývojem nástroje pro měření pozitivních dopadů reportovaných těmi, kteří zažili traumatickou událost, tzv. *Posttraumatic Growth Inventory* (PTGI), o kterém ještě bude pojednáno (Tedeshi & Calhoun, 1996). i když se u těchto dvou výzkumníků (i mnohých dalších) název jevu měnil, definice zůstala stejná od začátku jejich zkoumání v roce 1990. Posttraumatický růst definují jako pozitivní psychologické změny prožívané jako důsledek popasování se s traumatickou nebo velmi náročnou životní zkušeností (Calhoun & Tedeshi, 1990). v polovině devadesátých let tak byla vybudována základna pro zkoumání PTG. Od té doby se empirická výzkumná základna konstruktu růstu stále zvyšuje.

3.2 Reakce na stres

Když se Joseph a Linley (2008) snaží stanovit interaktivní přístup ke studiu dopadů traumatu, který by spojil zkoumání PTG a posttraumatické stresu do jednoho odborného rámce, píší: „Není možné plně porozumět zotavení z posttraumatického stresu bez přihlédnutí k tomu, že u některých lidí se během zotavování objeví pozitivní změny, které přesahují jejich předchozí úroveň fungování a pohody; a naopak, není možné plně pochopit růst po traumatické události bez znalosti traumatického utrpení, které je spouštěčem takové změny,, (s.8). o vztahu obou negativních i pozitivních následků střetu s traumatem bude pojednáno dále.

Stres je obecně definován jako stav neoptimální zátěže, kdy je akutně či dlouhodobě přesahována nebo nedostatečně využívána adaptační kapacita (Paulík, 2017). Jde o zcela přirozenou a fyziologickou, automatickou reakci na tento typ

zátěže. Stresová reakce je komplexní a podílejí se na ní mechanismy jak tělesné, tak duševní (Orel, 2016).

Posttraumatický stres je pak důsledkem nejextrémnější formy stresu – traumatického stresu. Traumatický stres je normální reakcí na nenormální situaci traumatu. Posttraumatický stres je ten, který přetrvává po traumatické události v řádu dnů, týdnů i roků. Za dobu post-traumatickou se považuje doba, během které si tvoří nové způsoby uvažování, cítění i chování, protože událost, kterou člověk zažil, mu nedovoluje vrátit se do běžné úrovně svého fungování (Tedeschi et al., 2018).

V odborné klasifikaci nemocí MKN-10 je posttraumatická stresová porucha zařazena pod kód F.43 Reakce na těžký stres a poruchy přizpůsobení s kódovým označením F.43. 1.

Před zavedením termínu PTSD se užívaly k jejímu popisu různá označení, například shell shock (posttraumatický válečný šok), granátový šok, válečná neuróza či traumatická neuróza (Joseph, 2017). Když byla diagnóza posttraumatické stresové poruchy v roce 1980 poprvé uvedena v třetím vydání Diagnostického a statistického manuálu duševních poruch (DSM-III) v důsledku dopadů vietnamské války, bylo vymezení příčin PTSD omezené. Spouštěcí událostí musela být taková událost, kterou by za traumatizující považoval každý, stresor, který je mimo obecnou lidskou zkušenost (American Psychiatric Association, 1980). Toto úzké pojetí bylo problematické ze dvou důvodů. Nebralo v potaz specifitu individuálního prožívání a také chybně předpokládalo, že vystavení se takovéto události musí nutně u každého vést k PTSD. Proto hned v další verzi DSM-IV z roku 1994 došlo k revizi definice tak, jak se používá dodnes. Jsou zde tři typy událostí, na základě kterých se může PTSD rozvinout. (1) Události ohrožující život či fyzickou integritu člověka, nebo jsou takto jedincem vnímány; (2) Je-li člověk svědkem páchaného násilí na někom jiném; (3) Situace, kdy člověk čte, slyší o násilí případně umře-li násilně někdo z jeho blízkých.

DSM-IV uvádí jako příklad těchto událostí boj, sexuální či fyzické napadení, věznění, mučení, terorismus, přírodní i lidmi způsobené katastrofy, nehody, život ohrožující nemoci. Krom tohoto vymezení události také DSM-IV dodává druhý její znak, a to, že reakce jedince na ni zahrnuje strach, bezmoc nebo děs. Uvažování o události se tak přesunulo od zdůrazňování univerzálních stresorů na důraz na to,

jak jedinec situaci vnímá a prožívá (American Psychiatric Association, 1994). Pro důležitost tohoto posunu hovoří statistiky o tom, u kolika lidí zasažených traumatickou událostí dle klasických kritérií, se PTSD diagnostikuje. Je to přibližně pouze u 6 až 10 % osob (např. Kilpatrick et al., 2013) a i při vysoké míře vystavení se traumatické události se splněnými diagnostickými kritérii většinou neodchází u více než 30 % lidí (Bonanno et al., 2010).

Pokud budeme v této práci hovořit o takovémto stresoru, budeme pro jeho popis používat termíny trauma, traumatická událost či krize jako synonyma. Vycházíme přitom ze stejného předpokladu jako Calhoun a Tedeshi, pro které byla pro definici stresoru určující jeho tzv. *seismická povaha*. Tato metafora odkazuje k dalekosáhlým dopadům události na světonázor a emoční fungování jedince, ke kterým musí dojít, aby byl člověk dostatečně otřesen na to, aby nemohl jít nezměněn dál. Stejně jako zemětřesení může vyvolat dramatické otřesy či rozbití fyzických struktur, tak události se seismickou povahou způsobí narušení nebo rozbití jedincova chápání světa a významně zvýší jeho emoční tíseň (Calhoun & Tedeshi, 1999).

3.3 Charakteristika PTSD

Dle MKN-11 se PTSD vyznačuje třemi základními rysy:

1. opakované znovuprožívání traumatické události/ událostí;
2. vyhýbavé chování;
3. trvale zvýšený arousal neboli vnímání zvýšené současné hrozby, zvýšená úlekovost a bdělost (hypervigilance).

Tyto příznaky přetrvávají po dobu nejméně několika týdnů a způsobují významné zhoršení v osobních, rodinných, sociálních, vzdělávacích, pracovních nebo jiných důležitých oblastech (World Health Organization, 2019).

První rys přetrvávajícího znovuprožívání traumatické události má několik podob. Může k němu dojít prostřednictvím jedné i více smyslových modalit. Jeho projevy mohou být vtíravé a mimovolné vzpomínky, myšlenky, pocity či představy, které vnikají do vědomí a spouštějí intenzivní až zavalující emoční reakci (paniku, úzkost, strach) doprovázenou silnou fyzickou reakcí (pocení, třes, zrychlený tep). Trauma se také může vracet v podobě snů či nočních můr. Další jeho podobou jsou flashbacky, během kterých má člověk náhlý pocit, že se událost

odehrává znovu, což se projeví také na aktivitě vegetativního systému (Joseph, 2017; Praško et al. 2001).

Druhý rys - záměrné úsilí vyhnout se podnětům, které traumatickou událost připomínají - v sobě zahrnuje vyhýbání se myšlenkám, pocitům, lidem, věcem, rozhovorům, situacím, místům a činnostem. Oblast podnětům, kterým se nemocný vyhýbá se může postupně rozšiřovat (Joseph, 2017). Vyhýbání zahrnuje také tzv. mentální vyhýbání, kdy, pokud nemocnému spontánně vyvstane vzpomínka na trauma, se ji snaží rychle potlačit nejčastěji pomocí přesunutí pozornosti jinam. Dalším aspektem vyhýbání je vyhýbání se blízkým vztahům, projevování emocí a také důvěře. Traumatizovaní mají často pocity oddělení a odcizenosti od druhých. Vyhýbání může mít také podobu vyhýbání se převzetí odpovědnosti za druhé (Praško, 2003).

Třetí rys - trvale zvýšená psychická i fyzická vzrušivost, nabuzení - představuje somatický obraz PTSD. Jedná se o chronické hyperpodráždění autonomního nervového systému, které v sobě zahrnuje zrychlení srdeční frekvence, studený pot, rychlé dýchání, bušení srdce, zvýšenou ostražitost a nervozitu. Chronifikují-li tyto symptomy, objevují se dále poruchy spánku, soustředění, ztráta chuti k jídlu a sexuální dysfunkce. Důvodem, proč dochází k tomuto chronickému podráždění, je narušení hypothalamo-hypofyzární-adrenální osy (Rotschild, 2015).

3.3.1 Komplexní posttraumatická stresová porucha

Komplexní posttraumatická stresová porucha (cPTSD) byla poprvé představena psychiatrickou Judith Lewis Herman (Herman, 2015). Jako samostatná diagnóza se objevuje až v poslední revizi MKN-11. Před tím se objevila v klasifikaci DSM-V pod označením Poruchy způsobené extrémním stresem blíž nespecifikovaným (Disorders of Extreme Stress Not Otherwise Specified) (Knowles, 2009). Samostatnou kategorii dříve nedostala, protože nebyl ještě dostatek důkazů pro to považovat cPTSD za poruchu odlišnou od klasické PTSD. Nyní se ale ukazuje, že ačkoliv zde panuje překryv mezi oběma diagnózami, tak cPTSD oproti PTSD má některé příznaky navíc. Diagnostická kritéria podle WHO (2019) pro cPTSD jsou následovná. Nejprve musí být splněna všechna tři kritéria pro PTSD (znovuprožívání, vyhýbání se a trvalé nabuzení). Dále jsou přítomny tři

další symptomy, které je možné zaštitit názvem narušení sebeorganizace. Karatzias a jeho kolegové (2017) popisují, že zahrnují závažné a přetrvávající (1) problémy s afektivní regulací (afektivní dysregulace); (2) negativní sebe koncept, kdy jedinec vnímá sebe jako bezcenného, poraženého, slabého, což je doprovázeno pocity viny, hanby či selhání v souvislosti s traumatickou událostí; (3) poruchy ve vztazích v podobě potíží při jejich udržování, navazování, narušení pocitu blízkosti s druhými, pocity oddělenosti od druhých. Tyto příznaky způsobují významné zhoršení v osobních, rodinných, sociálních, vzdělávacích, pracovních či jiných důležitých oblastech.

Psychoterapeutka zaměřující se na práci s tělem při uzdravování traumatu a autorka několika přelomových publikací Babette Rotchildová (2015) říká, že hlavní charakteristikou PTSD je, že se jedná o poruchu paměti (jak implicitní, tak explicitní). Komplexní PTSD naproti tomu představuje nejenom narušení vzpomínání, ale také narušení toho, kdo jsme, jak se vztahujeme k druhým a ke světu. Komplexnost následků je daná i komplexností traumatizace sebeorganizace (Karatzias et al., 2017).

Výzkumy ukazují, že cPTSD se v populaci vyskytuje častěji než PTSD. Například ve studii, provedené v posledních letech na britské populaci těch, kteří byli vystaveni traumatické události, se ukázalo, že z přibližně tisíce respondentů splňovalo diagnostická kritéria pro PTSD/cPTSD 18 %. Diagnóza cPTSD pak byla diagnostikována u 13 %, tedy téměř u třech čtvrtin nemocných. Tato studie také poukázala na fakt, že cPTSD je spojená s vyšší komorbiditou než PTSD (Karatzias et al., 2019).

Jestliže je PTG je ve svém základu definován jako reakce na traumatickou životní událost, nabízí se otázka, zda se PTG může objevovat také u cPTSD, která je spojená se sérií událostí. Výzkumy ukazují, že ano. Například ve studii vydané ještě před zavedením diagnózy v MKN-11 reportovalo 87 % respondentek nějakou míru přínosu plynoucí ze zpracování zkušenosti se sexuálním zneužíváním v dětství (Wright, 2007). Článek Posttraumatic Growth in Complex PTSD, který se už přímo zabývá vztahem nově definované diagnózy a PTG, přichází se stejně kladnou odpovědí. PTG se objevuje navzdory tomu, že jeho základní domény (pozitivní změny ve vnímání sebe sama, změny ve vnímání druhých a změny v životní filozofii) se zdají téměř protikladnými k tomu, jak je cPTSD definována. Růst

v průběhu léčby různými způsoby pozitivně ovlivňuje afektivní dysregulaci a pacienti ke sklonku svého terapeutického procesu hovoří nejen o uzdravení, ale o růstu v pravém smyslu slova (Dagan & Yager, 2019). Přestože byla cPTSD vyčleněna jako samostatná diagnóza, a přestože můžeme PTG pozorovat i u ní, nebudeme pro potřeby této diplomové práce již dále pracovat s rozlišením na PTSD a cPTSD.

3.3.2 Vztah posttraumatického růstu a posttraumatické stresové poruchy

Je třeba zdůraznit, že PTG není opakem PTSD. Opak PTSD by měla být absence negativních symptomů. u PTG ale tyto symptomy přítomny jsou. Dokonce existuje korelace mezi hladinou posttraumatického stresu, jakožto jednoho ze symptomů PTSD, a mírou PTG. Jde zde o vztah graficky znázorněný křivkou obráceného U, který říká, že určitý stupeň posttraumatického stresu dává možnost procesu PTG začít a čím je vyšší, tím také vzrůstá míra růstu, ale jen do určitého bodu, od kterého už posttraumatický stres růstu nenapomáhá, ale naopak mu brání, v extrémních případech pro svou zavalující povahu jej i znemožňuje (Joseph, 2017). Tento vztah obrácené paraboly vykazují i další negativní symptomy PTSD (negativní dopady traumatu bývají v anglické literatuře často shrnuty pod pojem posttraumatic depreciation) (Tedeschi et al., 2018). Pozitivní korelaci mezi PTG a příznaky PTSD podpořila i nedávná metaanalýza, která také poukázala na sílu této korelace má vliv věk respondentů, doba od uplynutí traumatu a typ traumatizace (Liu et al., 2017).

Chybné by také bylo, kdybychom PTG ztotožňovali s poklesem negativních příznaků PTSD. Výčet charakteristik PTG v sobě totiž nese něco víc než pouhé snížení bolesti způsobené traumatem. Zároveň také PTG nutně bolest plně netlumí, jak bude popsáno v dalším oddíle.

Z výše uvedeného je zřejmé, že je třeba uvažovat o PTSD a PTG jako o dvou různých konstruktech, které mezi sebou mají vztah (Tedeschi et al., 2018) a rozhodně nelze opomenout věnovat odbornou péči klientům i tehdy, když se PTG objeví (Liu et al., 2017).

3.4 Terminologie posttraumatického růstu

Pro pozitivní změny navozené střetnutím a vyrovnáváním se s náročnou životní událostí existuje několik termínů. v současném odborném diskurzu se ustálil

pojem posttraumatický růst zavedený, jak již bylo výše zmíněno, výzkumníky R.G.Tedeshi a L.C.Calhoun. Kromě tohoto pojmu můžeme narazit například na termín growth following adversity. jedná se o jeden z prvních odborných termínů pro pozitivní změny, které se objevují po těžkostech, od výzkumníků S. Josepha a A. Linleyho (2006). Dále stress-related growth (Park et al., 1996) či koncepce benefit-finding, benefit reminding autorů H. Tennena a G. Afflecka (2002).

V české literatuře se kromě překladu posttraumatický růst (např. Preiss, 2009) používá také termín posttraumatický rozvoj (Mareš, 2012; Slezáčková, 2009; Kohoutek & Čermán, 2009). Profesor Jiří Mareš (2012) ve své monografii o konceptu PTG zdůvodňuje, proč nechce užívat termínu růst takto: „... výraz růst navozuje spíše představu kvantitativních změn; zde však dochází k zásadním kvalitativním proměnám v mnoha dimenzích osobnosti“ (s.21) a zdůrazňuje, že jádrem PTG je právě transformace osobnosti, stejně jak o tom pojednávají Tedeshi a Calhoun (2004), když zdůvodňují své příklonění se k termínu PTG oproti jimi dříve užívaným termínům perceived benefits či positive aspects. v této diplomové práci byl zvolen překlad posttraumatický růst, i když jsou akceptovány Marešovy důvody, nevnímáme intuitivně konotaci mezi růstem a pouze kvantitativními změnami. Růst totiž odkazuje na Franklovy texty, viz výše. Druhý odkaz termínu růst nikoli rozvoj, pak míří k úsloví „vyrůst do své vlastní podoby“, které implikuje to, že kam se člověk transformativními změnami dostává, není poloha pro člověka cizí, naopak jde o jeho přirozenou tendenci růst, o jeho přirozený úběžník k naplněné, sebeaktualizované bytosti. Tak je také odkázáno na Maslowovu humanistickou koncepci (Maslow, 2014).

3.4.1 Resilience, uzdravení a růst

S termínem PTG jsou úzce spojené další pojmy většinou vycházející z pozitivní psychologie. Některé z těchto pojmů budou tedy na následujících řádkách stručně představeny společně s odůvodněním, proč je třeba je s termínem PTG nezaměňovat. Toto vymezení by mělo napomoci lepšímu porozumění konceptu PTG.

Prožití potenciálně traumatické události může mít na lidský život různý dopad, jak bude popsáno dále, ale také to nemusí mít dopad žádný, což je případ tzv. resilience, která se pojmově s konceptem PTG nejčastěji zaměňuje. **Resilience**

neboli nezdolnost, je zodpovědná za to, že člověk po střetu s potenciálně traumatickou situací vychází nezměněn. Můžeme hovořit o jakémisi nulovém dlouhodobém dopadu (Paulík, 2017). Ve slovníku výše zmíněného Caplana pro jedince nedošlo ke krizi, neboť situaci umí zvládnout způsoby, které má již vyvinuté. PTG je definován jako výsledek zápolení s náročnou událostí, které je charakterizováno otřesením základních přesvědčení. u vysoce odolných lidí se předpokládá, že se jich i tyto potenciálně traumatizující události tolik nedotknou, a proto ani nebudou mít možnost růstu prostřednictvím zpochybnění svých základních přesvědčení. Co se týče vztahu PTG a resilience, výzkumy přicházejí s výsledky naznačujícími jak pozitivní (Bensimon, 2012) tak negativní korelaci (Zerach et al., 2013) a také evidenci o absenci vztahu (Wilson et al., 2014). Rozdíly si odborníci vysvětlují tím, že není nikde pevně vydefinováno, co resilience je. Někteří autoři ji pokládají za dovednost, jiní za absenci negativních příznaků a další za osobnostní rys (Tedeschi et al., 2018). Nejznámější koncepty, které pokládají nezdolnost za celostní osobnostní charakteristiku jsou dva: SOC a hardiness, a proto si je zde stručně uvedeme.

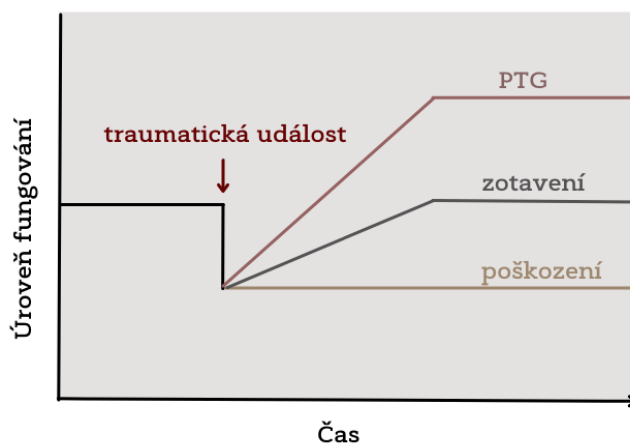
První koncept pochází z pera izraelského sociologa Aarona Antonovského a do češtiny se překládá jako smysl pro soudržnost (sense of coherence zkráceně SOC). SOC je dle Antonovského tvořen třemi základními komponentami: zvládnutelností jakožto instrumentální komponentou, srozumitelností jakožto komponentou kognitivní, a nakonec komponentou centrální – smysluplností. Základ této osobnostní charakteristiky se ustanovuje už v raném dětství a během prvních třiceti let života se může dále měnit. v pozdějším životě jsou změny v SOC sice možné, ale nejsou již tak výrazné a dochází k nim velmi pozvolně. Výzkumy prokázaly, že osoby s vysokou SOC vykazují mimo jiné v odpovědích na náročné situace větší flexibilitu, mají nižší subjektivní hodnocení stresu a vyšší subjektivní pohodu (Antonovsky, 1998; Paulík, 2017).

Druhým konceptem je hardiness Suzanne Kobasové, který je možné přeložit také jako tuhost, pevnost a profesor Paulík (2017, s. 116) jej charakterizuje jako „schopnost vytrvale a usilovně bojovat s těžkostmi“. Stejně jako SOC má hardiness tři komponenty, které mají vždy kladný a záporný pól. První, control, se týká přesvědčení o vlastních možnostech ovládat a zvládat situaci a jde tedy o póly kontrola-bezmoc. Další polaritou je challenge s póly výzva-hrozba a poslední,

commitment, pak představuje škálu mezi kladným plným zaujetím a negativním odcizením. Pokud se jedinec pohybuje ve všech komponentách v kladné části škály, náročné životní události zvládá adaptivním, konstruktivním způsobem (Kobasa, 1979; Paulík, 2017).

Díky resilienci se tedy kvalita fungování člověka po střetu s nepříznivou událostí nijak zásadně nezmění. Existují ale ještě tři další možné scénáře, které jsou znázorněny na obrázku 1 a vycházejí z tradičního pojetí výstupů z krize (Carver, 1998; O'Leary & Ickovics, 1995).

Nejhorším dopadem traumatické události je poškození, které odpovídá chránifikované PTSD. Člověk po traumatické události spíše přežívá, než že by žil, úroveň fungování je výrazně snížena. Někdy se pro tyto jedince používá termínu přeživší (survival). Druhým scénářem je zotavení (recovery). Člověk se vrátí po zpracování události ke svému běžnému životu a fungování, jak je znal dříve. Může se zdát, jako by k traumatické události nikdy nedošlo. Poslední scénář představuje právě náš koncept PTG. Člověk přerůstá svoji původní úroveň fungování a je událostí trvale změněn, rekonfigurován, transformován. v anglicky psané literatuře se před nastolením konceptu PTG pro tento stav používalo termínu thriving neboli prospívání (Joseph, 2017).



Obrázek 1 - Schéma možných scénářů následujících po traumatické události. Upraveno podle Joseph (2017)

3.5 Modely posttraumatické růstu

Existuje několik modelů PTG. Jeden ze způsobů, jak různé modely roztrždit, který navrhuje Mareš (2012), je dle toho, na co se modely soustředí. Například

model PTG od autorů Tedeshiho a Calhouna v původní verzi klade důraz na PTG jako výsledek procesu vyrovnávání se s traumatem. Oproti tomu modely Taylora či Parkové vyzdvihují PTG jako proces sám.

3.5.1 *Model Tedeshiho a Calhouna*

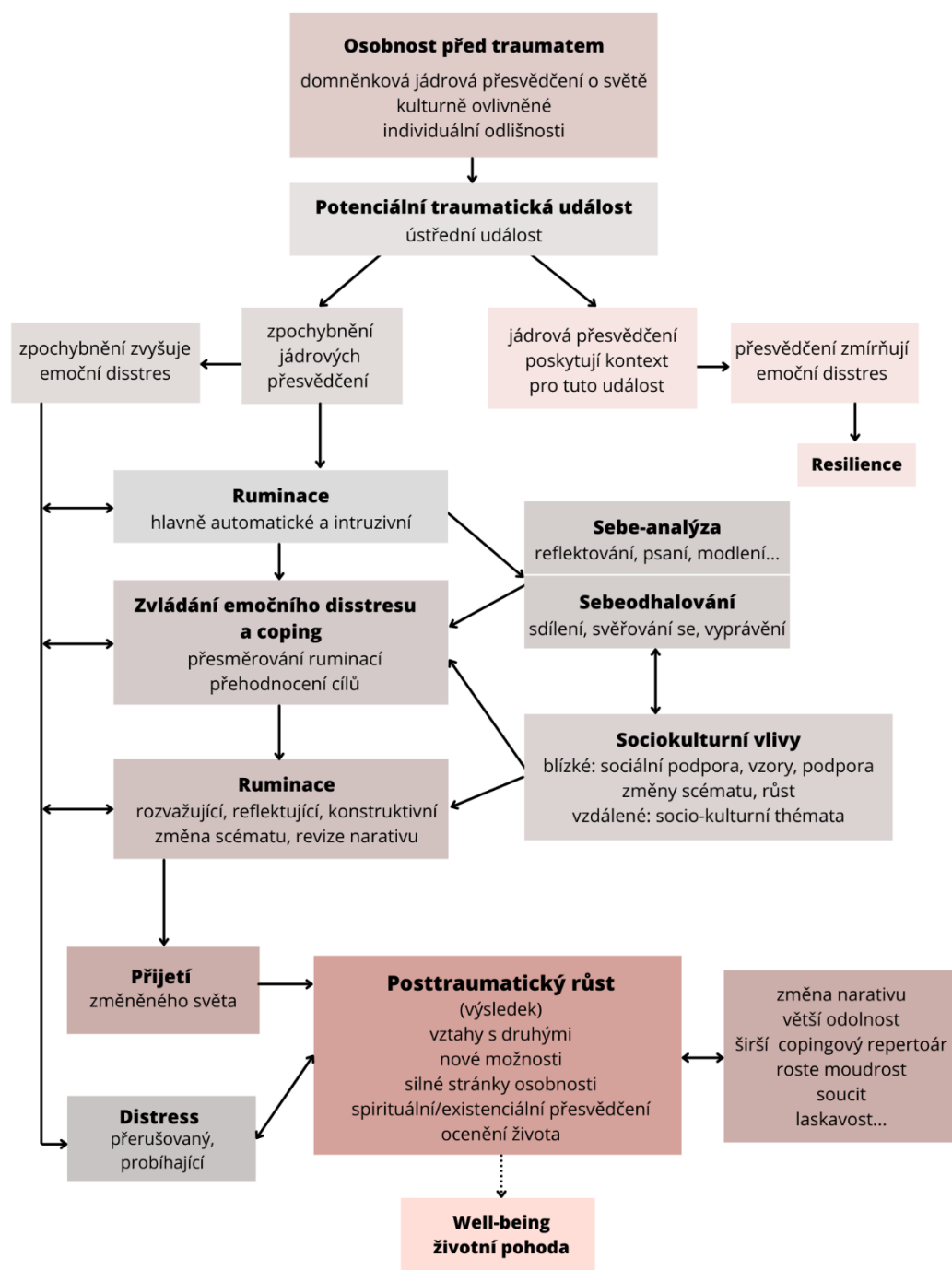
První verze tohoto modelu byla uveřejněna již v roce 1995 v přelomové knize *Trauma and transformation* (Tedeschi & Calhoun, 1995). Od té doby prošel model několika revizemi, z nichž poslední revize pochází z roku 2010 a tu zde představíme (Calhoun et al., 2010). Schéma modelu PTG jako procesu je znázorněno na obrázku 2. Na začátku stojí osobnost před traumatem. Každý jedinec má své vlastní, individuální charakteristiky a disponuje určitými stěžejními domněnkami o fungování světa – tzv. domněnková jádrová přesvědčení o světě (assumptive core beliefs). Za hlavní proměnnou toho, zda potenciálně traumatizující událost vyústí skutečně v PTG autoři považují nikoli charakteristiky samotné události, nýbrž právě narušení jedincových jádrových přesvědčení. v utváření těchto přesvědčení hraje roli mimo jiné i kultura, ze které jedinec pochází. Ke zhodnocení toho, do jaké míry jsou lidé vedeni k prozkoumávání svých dosavadních přesvědčení po vystavení se významnému stresoru, byl stejnými autory vytvořen dotazník jádrových přesvědčení tzv. Core Beliefs Inventory. Díky tomuto dotazníku se zjistilo, že míra, do jaké vede jedince traumatická událost k prozkoumávání jeho jádrových přesvědčení, silně koreluje se prožívaným růstem po události a pouze okrajově s reportovanou mírou stresu (Cann et al., 2010).

3.5.2 *PTG jako proces*

Setká-li se jedinec s událostí, kterou není možné uchopit stávajícími přesvědčeními o světě, začíná své přesvědčení o světě zpochybňovat. Zpochybňování jádrových přesvědčení zvyšuje emoční distres jedince, což má nevyhnutelně za následek ruminace. Povaha těchto ruminací je nejprve automatická a intruzivní (vtíravá) a vede člověka k analýze sebe samotného – k zamýšlení se nad sebou, k reflektování, vypisování se z pocitů a myšlenek, modlení - většinou postupně přechází v tzv. sebeodhalování, kdy se jedinec začíná více otevírat jak sám sobě, tak také svému okolí, začíná se svým okolím o svých myšlenkách hovořit, svěřuje se, sdílí, vypráví. Postupně začíná zvládat přítomnou míru distresu, přehodnocuje své cíle tak, aby byly realističtější a snadněji dosažitelné.

Tím, a také pomocí regulace svých emocí, míru distresu stále snižuje. Snížením hladiny distresu se proměňují ruminace, které nyní již mají povahu promýšlení, které je konstruktivní, rozvážné, reflektující. Zahrnuje v sobě proměnu životních schémat i revizi svého narativu. Pro proces zvládnání emočního distresu a následných „pozitivních“ ruminací jsou důležité také sociokulturní vlivy, jež mohou mít podobu sociální opory, zdrojů v těžkostech, pomoci při nastolování nových schémat, modely sociálních rolí a vliv má také celé ladění společnosti a její kultura. Tyto jednotlivé etapy zpracovávání traumatické události nakonec mohou vést k přijetí světa „proměněného“ po traumatické zkušenosti a celém následném popsaném procesu. Akceptace nové reality může vést právě k PTG (Calhoun et al., 2010; Tedeschi et al., 2018).

Kromě výše zmíněného zpracování zjištění z Core Beliefs Inventory je jednou z charakteristik posledního revidovaného modelu povaha vztahu mezi PTG a well-beingem či životní spokojeností. Je zde zdůrazněno, že lidé mohou zažívat zároveň PTG i jistou míru utrpení. a i když PTG u některých lidí na konci procesu vede k větší životní pohodě, neexistuje konkrétní obecný vztah mezi PTG a well-beingem. Dalším zdůrazněným aspektem u poslední revize modelu je, že ačkoli revize narativu události či moudrost s PTG překrývají a vzájemně spolu korelují, nejsou rozhodně totožné (Calhoun et al., 2010).



Obrázek 2 - Revidovaný model PTG Tedeshiho a Calhouna. Upraveno podle Tedeschi et al. (2018)

3.5.3 PTG jako výsledek procesu.

Původně Tedeshi a Calhoun mínili, že k pozitivním změnám PTG dochází ve třech kategoriích vnímaných benefitů a to (1) změnách v sebepercepci, (2) změnách v prožívání vztahů s druhými a (3) změnách v životní filosofii (Tedeschi & Calhoun, 1995) o rok později při vytváření dotazníku PTGI se ale

pomocí faktorové analýzy nakonec dostali k následujícím pěti základním dimenzím PTG.

1. **Objevení vlastních silných stránek.** Tuto dimenzi autoři shrnují tvrzením „Jsem zranitelnější, než jsem si myslel, ale jsem také silnější, než jsem si, kdy dovedl představit.“ (Calhoun & Tedeschi, 2006, s. 5). Člověk se začíná vnímat jako samostatnější, nezávislejší, cítí se silnější a sebevědomější. Spíš, než jako oběť situace se člověk chápe jako vítěze, toho, kdo přežil. Tyto změny v náhledu na sebe mohou vést ke změnám chování, jako je například nově nalezená chuť zapojit se do výzev při učení se nových věcí.
2. **Změna ve vztazích s ostatními.** Člověk se stává více empatickým, cítí větší napojení na druhé. Katalyzátorem těchto změn často bývá pocítění podpory během zvládání emočního distresu. Díky tomu se člověk druhým více otevírá a jeho vztahy jsou intimnější. Dalším aspektem ve změně chování v této oblasti je větší ochota vyjadřovat své emoce, vyjadřovat blízkým své city, přijmout od druhých pomoc. Na druhou stranu zážitky krize často provází rozpad povrchnějších vztahů a člověk má najednou sílu i chuť odcházet ze vztahů, které pro něj již nejsou považovány za prospěšné.
3. **Otevření se novým možnostem.** Po zvládnutí traumatu se lidem často otevírá dříve nepřístupné pole možností, jak dál naložit se svým životem. Mají najednou odvahu vydat se novou životní cestou, která může být radikálně odlišná od jejich přechozího směřování. Například někteří pozůstali se rozhodnou, že nebudou na uskutečnění svých velkých plánů čekat do důchodu, ale vydají se na cestu kolem světa již nyní. v jiných případech se lidé kariérně posouvají, zapojují se do komunitních skupin, nacházejí si nové koníčky. Nezřídka se také stává, že po zvládnutí traumatu, lidé cítí potřebu být prospěšní těm, kteří si podobnou náročnou situaci také procházejí.
4. **Změna v chápání života, přeformulování hodnotového systému.** Tato dimenze v sobě nese nový náboj v oceňování života a jeho darů. Pro mnohé je to, že i po střetu s traumatickou událostí stále žijí, obratem ve vnímání života nikoli jako samozřejmosti, ale jako výjimečné příležitosti, které je třeba si vážit. Tisíce rozhovorů s lidmi po traumatu potvrzují, že pro ně jsou dříve běžné věci, jako např. milý rozhovor s partnerem, západ slunce, krásná

přírodní scenérie, najednou něčím výjimečným, čemu je třeba věnovat čas a pozornost.

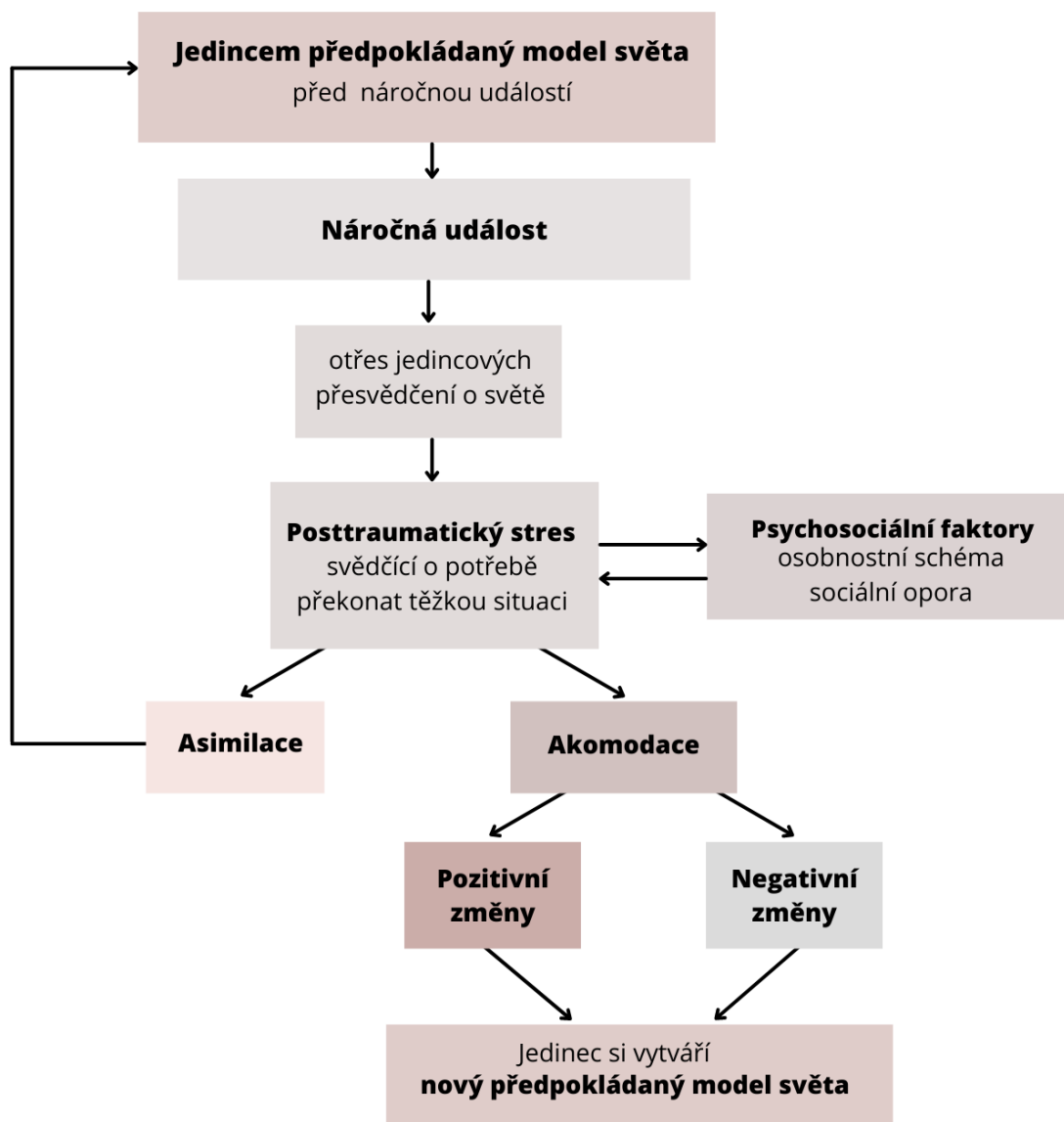
5. **Změna ve spiritualitě a existenciálních otázkách.** v původní verzi dotazníku PTGI byly na tuto dimenzi položeny pouze dvě otázky, z nichž první se tázala po spirituálních změnách, druhá po otázkách víry. Další výzkumy ale ukázaly, že tato oblast rozhodně není u PTG okrajovou záležitostí, a proto jsou v novější revizi už i otázky na angažovanost v záležitostech týkajících se víry, duchovních oblastech a také na četnost a povahu kladení si existenciálních či filozofických otázek (Tedeschi & Calhoun, 1996; Calhoun & Tedeschi, 2006).

3.5.4 *Model Josepha a Linleye – Organismická teorie růstu iniciovaného nebezpečím*

Další významný model PTG pochází od britských autorů Josepha a Linleyho (2008) a je v mnohém předchozímu modelu podobný. Dle tohoto modelu je lidská existence o neustálém procházení nekonečně se opakujícím cyklem, během kterého jedinec čelí různým životním situacím, které určitým způsobem hodnotí a které v něm vyvolávají různé emoční stavy. Při snaze tyto situace zvládnout, využívá jedinec různých copingových strategií a poté hodnotí, jak moc byly tyto strategie úspěšné, jak je zachyceno na obrázku 3. Stejně jako v modelu Tedeshiho a Calhouna je rozhodující, zda daná situace zapadá do jedincovy představy o světě nebo ne. Dle tohoto modelu totiž existují dva různé druhy kognitivního zpracování náročných životních událostí. První je *asimilace*, během které se současná situace přizpůsobí jedincově představě světa a tu tedy není třeba nijak pozměňovat. Druhý je *akomodace*, kdy jedinec zjišťuje, že do dosavadní představy o světě není možné situaci, se kterou se nyní potýká, zasadit, a proto musí svoji představu o světě přebudovat. Toto přebudování může být buď negativního rázu v podobě různých patologií (např. depresivní reakce beznaděje a bezmoci) anebo pozitivního rázu, což vyústí právě PTG, který autoři nazývají **rozvoj iniciovaný nebezpečím**, jak již bylo zmíněno a míní pod ním například to, že si člověk uvědomí, že život se má žít naplno v přítomném okamžiku, váží si vztahů s druhými a oceňuje existenci jako nesamozřejmou kvalitu.

Dle tohoto modelu tedy člověk ukončuje cyklus se třemi možnými kognitivními důsledky:

1. Zkušenost je asimilována dle jedinceva původního předpokládaného modelu světa;
2. Zkušenost je akomodována pomocí negativních změn vedoucích k patologii;
3. Zkušenost je akomodována pozitivním způsobem a ústí v PTG (Joseph & Linley, 2008).



Obrázek 3 - Model Josepha a Linleyho. Upraveno podle Joseph & Linley (2008)

Procesy asimilace a akomodace jsou ovlivňovány psychosociálními faktory, které v sobě zahrnují sociální oporu od druhých a také tzv. schémata

osobnosti. Schémata jsou organizované vzorce myšlení a chování. Pokud jedinec disponuje rigidním osobnostním schématem, nepřipouští k sobě žádné informace, které jsou v nesouladu s jeho již existujícím schématem. Zkušenosti proto asimiluje i navzdory jasnému nesouladu mezi předpokládaným modelem světa a realitou situace. u jedince se pak ustalují stále rigidnější obranné strategie a je tudíž méně přizpůsobivým při zvládání dalšího traumatického stresu, a je tedy ve výsledku i více zranitelným, než byl před touto zkušeností (Joseph & Linley, 2008).

3.5.5 Dvousložkový model Maerckera a Zöllnerové

Poněkud odlišným a skeptičtější přístupem k PTG je dvousložkový model PTG. Na začátku tohoto modelu německých výzkumníků Maerckera a Zöllnerové (2004, 2006) stojí časté tvrzení přeživších traumatické události, kteří věří, že když se jim stala výjimečně náročná událost, musí mít nějaký smysl. Tato věta dle Maerckera a Zöllnerové svědčí o určitém sebeklamu, který PTG provází. Růst má dle nich dvojakou tzv. janusovskou tvář. Janus byl římským bohem dveří, vrat, začátků a konců a byl tak symbolem změny, přeměny, neboť začátek něčeho s sebou nutně nese konec něčeho jiného. Tento bůh měl dvě tváře – jednu starou, která hleděla do minulosti a jednu mladou, před kterou se rozprostírala budoucnost. Stejně tak má dle Maerckera a Zöllnerové i PTG dvě tváře, a proto se tento model také označuje jako the Janus face model. První tvář PTG je funkční, **konstruktivní** a sebepřesahující. Je to aspekt PTG, který popisují předchozí dva modely a zahrnuje v sobě kognitivní restrukturalizaci a reálné benefity do života člověka. Druhou tvář PTG je sebeklamná **iluze**. Taylorová (2000), která iluzorní PTG také zkoumala, se svými spolupracovníky zjistila, že když je člověk nucen čelit hrozivým událostem, často reaguje buď (1) mírně zkresleným pozitivním vnímáním sebe sama (zvýšeným sebevědomím) nebo (2) přehnaným pocitem osobní kontroly a nebo (3) také nerealistickým optimismem. Tyto tři druhy iluze v přesvědčení charakterizuje konceptem tzv. **pozitivní iluze**. Iluzorní tvář růstu může souviset s popřením, vyhýbáním, zbožným přáním nebo pokusem o uklidnění.

Ačkoli bývá pozitivní iluze označovaná v kontrastu ke konstruktivnímu PTG jako dysfunkční strategie, ukazuje se, že nemusí být nutně něčím nevíтанým. Tři podoby iluze mohou lidem pomoci nejen úspěšněji se přizpůsobit stresujícím událostem, ale také chránit jejich zdraví (Zöllner & Maercker, 2006). Taylorová (2000) tento efekt vysvětluje tak, že po střetnutí člověka s traumatem se u něj

objevuje kognitivně adaptivní úsilí navrátit se do původní rovnováhy anebo původní stav vnímání sebe sama a znalostí o světě přerůst. Podle Zöllnera a Maerckera (2004, 2006) pozitivní iluze svým nadnesením může napomáhat při hledání smyslu prožitého, obnovení sebevědomého pocitu ze sebe sama a návratu do pocitu, že člověk situaci zvládá. Nutné ovšem je, aby se jednalo o koexistenci obou tváří traumatu, tedy i té konstruktivní. a i když na začátku procesu vyrovnávání se s traumatem mohou stát obě stránky PTG, pro jeho úspěšné zvládnutí je nutné, aby iluzorní stránka časem ustupovala a do popředí se nakonec plně dostala stránka konstruktivní. Iluzorní stránka tedy může představovat pouze krátkodobou adaptivní strategii.

3.5.6 *Hobfollův model skutečného PTG*

Na tomto místě stojí za zmínku model od amerických výzkumníků, kteří podotýkají, že ani iluzorní ani konstruktivní podoba PTG nestačí, protože se obě zaměřují na vnitřní kognitivní svět a ten může být sám o sobě iluzorní. Pokud není růst v podobě kognitivního přerámování doprovázen činy, může být nejenom prázdný, ale může mít dokonce i negativní důsledky. Hobfoll se svými spolupracovníky oceňují, že Calhoun a Tedeschi otevřely výzkumnou oblast PTG., Podotýkají ale, že důraz na kognitivní povahu PTG, který je pro první generaci výzkumů typický, vede ke špatným výsledkům a zavádějícím závěrům o výhodách PTG. Nová generace by měla přijít s novou koncepcí tzv. *skutečného posttraumatického rozvoje*, který vede nejen ke kognitivnímu zpracování události, ale také k salutogenezi, jež probíhá prostřednictvím akčního rozvoje. Během akčního rozvoje jedinec přímo realizuje to, k čemu dospěl během kognitivního PTG (např. začne-li si více vážit vztahů s blízkými, začne o tyto vztahy více pečovat, komunikovat svůj vděk atd.). To, co je jinak pouhou iluzí, akčním rozvojem zhmotňuje v konkrétní činy. Aby růst byl skutečným růstem, musí zde tedy být ještě jeho třetí tvář – aktivní činnost (Hobfoll et al., 2007)

3.6 *Determinanty posttraumatického rozvoje*

3.6.1 *Hédonismus, eudaimonismus a autenticita*

Ke konceptu PTG se váží jemu předcházející pojmy pozitivní psychologie. Prvním zastřešujícím pojmem je osobní pohoda (well-being), kterou je možné chápat dvěma rozdílnými způsoby (Joseph, 2018, 2017). Pojetí osobní pohody

jakožto stavů spojených se slastí, potěšením, požitekem a pohodlím, které řecký filozof Aristippos z Kyrény pojmenoval termínem *hédonismus*. Cílem dobrého života pro něj bylo usilovat o dosažení slasti, blaha. Naproti tomuto pojetí stojí tzv. *eudaimonismus* pocházející od Aristotela, který za dobrý život chápal ten, který člověk žije v souladu se svými ctnostmi (Křivohlavý, 2013). Ve slovníku současné pozitivní psychologie jsou ctnosti tzv. silné stránky charakteru. Park (2004), který je se svými spolupracovníky zkoumal, dospěl díky faktorové analýze k šesti širším kategoriím čítajících celkem 24 povahových rysů. Tyto kategorie jsou: moudrost a vědomosti, odvaha, láska, spravedlnost, umírněnost a transcendence. Každý člověk má svůj jedinečný soubor vrozených potenciálů, má některé své silné stránky rozvinutější a raději uskutečňuje je než jiné (Park et al., 2004; Peterson & Park, 2004). Dle Aristotela je smyslem našeho života tyto své potenciály uskutečňovat a stát se tak nejlepší možnou podobou sebe sama. Pokud tedy člověk žije v souladu se svými ctnostmi, znamená to, že si jich je vědom a podle toho naplňuje svůj život. u takového člověka můžeme hovořit o vysoké míře jeho autenticity (Křivohlavý, 2013).

Autenticita pochází z řeckého *authentikos*, což v překladu zní jednat dle své vlastní kompetence. Autenticita není trvalou charakteristikou, ale spíše procesem stávání se sebou – přikývnutí cestě, kterou člověku načrtly jeho specifické potenciály. Jedince, který se vydá cestou autentického života, je možné poznat podle tří hlavních znaků, které je možno chápat jako jakýsi vzorec autenticity. Aby o autenticitě bylo možné mluvit, musí být splněny všechny tři následující členy rovnice. Autentický člověk:

1. zná sebe sama, což znamená, že ví o svém potenciálu, silných stránkách osobnosti, zná svou životní historii, ví, jaká maladaptivní schémata má, jaké jsou jeho podmínky osobní hodnoty;
2. patří sám sobě, čímž je míněno, že není konformní, je pro něj důležitější být sám sebou než být populární, dobře odolává vnějším tlakům a zároveň nese zodpovědnost za svá rozhodnutí a také vědomí toho, že jeho odpovědnost má své meze, stejně tak jako odpovědnost druhých;
3. je sám sebou a tedy to, co si myslí a cítí také projevuje, jedná dle svých přesvědčení – je kongruentní (Joseph, 2018).

Důvodem, proč na tomto místě o autenticitě mluvíme je to, že autenticita je středem eudaimonického života. Eudaimonicky orientovaný člověk si cení svého osobního růstu, vyhledává nové výzvy, aby se sám o sobě něco dozvěděl, rád se učí z chyb, svůj život zasvěcuje hledání životního smyslu, přijímá existenciální výzvy života, nebrání se kladení existenciálních otázek a snaží se aktualizovat svůj lidský potenciál. Eudaimonický život s sebou přináší hluboké vztahy se sebou samým i s druhými, transcendentální přesah, otevřenost novému, hodnotový systém nastolený nikoli z vnějších konvencí, ale z vlastního přesvědčení, vnitřní motivace. Eudaimonický život se ale také nevyhýbá utrpení, bolesti, příkořím, smutku či truchlení – to vše je jeho nepominutelnou součástí. Eudaimonie je o životě v jeho plnosti se vším, co k němu náleží a také o nutnosti vidět život přesně takový, a ne pouze přes hédonistické brýle, které člověka od pravé podstaty vzdalují. Nutno podotknout, že se nejedná jen o jakýsi filozoficko-moralistický koncept, ale o věc s objektivním praktickým dopadem (Joseph, 2018). Výzkumy totiž ukazují, že lidé, kteří jsou založeni eudaimonicky, jsou pozitivněji orientováni, jsou spokojenější v životě a také mají nižší pravděpodobnost výskytu různých duševních onemocnění než ti, pro které je modlou hédonie (Steger et al., 2008). Kromě těchto psychických korelátů některé výzkumy nasvědčují i tomu, že eudaimonická duševní pohoda je spojena s lepší obrannou buněk proti virům (Fredricson et al., 2013). Pro tato dvě pojetí osobní pohody se v moderní psychologii ujala označení subjektivní osobní pohoda pro hédonistické štěstí a psychologická osobní pohoda pro štěstí eudaimonické (Joseph, 2017).

Je zřejmé, že charakteristiky eudaimonického života se částečně překrývají s výše uvedenými dimenzemi PTG od Calhouna a Tedeshiho. Pozitivní změny PTG tak mohou být chápány jako obrat k autentičtějšímu životu. Neboť přežijí-li lidé nějakou traumatickou událost a jsou její povahou donuceni přeformulovat svůj dosavadní životní příběh, své hodnoty i chování, je v základu těchto změn právě snaha „žít život, který je odrazem jejich pravého já“, a tak zvyšovat svou eudaimonickou osobní pohodu (Joseph, 2018, s. 11).

Na rozvoj posttraumatického růstu má vliv mnoho faktorů. Ty nejčastěji zkoumané, které uznává většina modelů růstu, jsme zmínili výše. Jsou jimi: osobnost před traumatem, kognitivní zhodnocení situace a sociální opora. Dále se zkoumají faktory osobnosti před traumatem, pohlaví, věku, povahy traumatické

události, doby od jejího uplynutí a také náboženské vyznání (Jinley & Joseph, 2004). Na některé z těchto faktorů se proto podíváme blíže v následujícím oddíle. Ty, které je možné alespoň částečně ovlivnit (kognitivní zpracování a hodnocení, sociální opora), zmíníme v další kapitole společně s možnými intervencemi.

3.6.2 *Osobnost před traumatem*

Osobnost představuje jednu z nejsložitějších proměnných. Ve vztahu k PTG může hrát osobnost a individuální rozdíly roli třemi různými způsoby.

(1) Před samotnou traumatickou zkušeností může osobnost formovat odlišnou podobu a sílu jádrových přesvědčení a také druh a množství vnitřních i vnějších zdrojů, kterými člověk disponuje.

(2) Po traumatu může osobnost ovlivnit kognitivní zpracování události, dostupnost a povahu sociální opory a také způsob vyjadřování myšlenek a pocitů.

(3) v rámci PTG jakožto výsledku procesu potom může být změna v osobnosti chápána jako část z manifestovaných změn PTG (Tedeschi et al., 2018).

Všechny faktory BigFive s PTG korelují pozitivně, až na neuroticismus, u nějž je korelace záporná (Lechner et al., 2008; Linley & Joseph, 2004). Už v článku, ve kterém byl poprvé použit termín PTG, reportují Calhoun s Tedeshim pozitivní korelaci mezi PTG a *extraverzí* a *otevřeností*. Calhoun s Tedeshim tehdy ale podotýkali, že pravděpodobně PTG tyto změny nepůsobí, neboť hodnoty otevřenosti a extraverte byli nejspíše vysoké již před traumatem (Tedeschi & Calhoun, 1996). Nyní se ukazuje, že důvod, proč extraverte a otevřenost (i dále zmíněný optimismus) souvisí s růstem, je tedy pravděpodobně způsoben rozdíly ve strategiích zvládání, které používají extraverti a lidé otevření novým zkušenostem (Shakespeare-Finch et al., 2005; Zoellner et al., 2008).

Další osobnostní rys, který byl podroben zkoumání ve vztahu k PTG je *optimismus*, jehož pozitivní korelaci našli Calhoun s Tedeshim společně s extroverzí a otevřeností (Tedeschi & Calhoun, 1996). Vzhledem k tomu se objevil i názor, že PTG a optimismus jsou překrývající se pojmy. Tento názor dnes podporován není a na místo něj přichází odpověď podobná jako u otevřenosti a extraverte výše, totiž, že optimismus růstu napomáhá prostřednictvím svých účinků na hodnocení hrozeb a adaptivní strategie zvládání jako jsou pozitivní

přehodnocení, aktivní zvládání a vyhledání podpory (Zoellner & Maercker, 2006). Vztah optimismu a PTG není tak jednoduchý, jak by se na první pohled mohlo zdát i v dalším aspektu. Je sice pravda, že optimističtí lidé mají tendenci hledat smysl i v negativních událostech, držet si naději, že se vše zas v dobré obrátí, a proto jsou vytrvalejší (Carver & Scheier, 2002). Calhoun a Tedeschi také zdůrazňují, že schopnosti optimistů prioritizovat a soustředit se na záležitosti, které jsou na nejvyšších příčkách a zároveň umět se odpoutat od dosažitelných cílů nebo od světonázorů, které nekorespondují s realitou traumatu, jsou zásadní pro kognitivní zpracování související s růstem (Calhoun & Tedeschi, 2006). Optimisté také vykazují větší flexibilitu v copingových strategiích, a proto se spíše přizpůsobí náročným situacím (Seidmahmoodi et al., 2011). Na druhou stranu ale přehnaně optimističtí lidé často nevidí, jak špatná situace je, kvůli své pozitivní orientaci vnímají situaci nerealisticky a vztah PTG a optimismu je tedy v tomto nejednoznačný (Bostock et al., 2009; Zoellner et al., 2008). Autoři poslední velké publikace o PTG proto doporučují nezaobírat se vytrženě osobnostními rysy, ale vnímat je v kontextu dalších proměnných (například optimismu-pesimismus a realističnost-nerealističnost) (Tedeschi et al., 2018).

3.6.3 *Copingové strategie*

Stresující situace zvládá každý jinak a má tedy svoji specifickou baterii copingových (zvládacích) strategií. Obecně existují dvě základní kategorie zvládání: "

(1) **Vyhýbání** (avoidance-oriented coping), během kterého člověk dělá, jako by náročná situace (anebo její části) a s ní spojené emoce neexistovaly. Jinak řečeno jde o kognitivně-emocionální aktivity zaměřené mimo stresor (náročnou situaci) (Joseph, 2017). Tato strategie nemusí být nutně špatná, i když to tak na první pohled může vypadat. Naopak může jedinci, obzvláště v počátečních fázích, pomoci dávkovat kolik podnětů k sobě nechá dojít (připomeňme, že například disociace je obranným mechanismem, má svoji důležitou funkci a není jen obtěžujícím symptomem). Nezřídka se objevuje pozitivní vztah mezi popíráním a PTG (Helgeson, 2006).

(2) Zvládání **přiblížením** (approach-oriented coping) je kognitivně-emocionální aktivitou zaměřenou na náročnou situaci. Zahrnuje akceptaci reality

náročné situace a emocí z ní plynoucích, pozitivní přehodnocení a aktivní zvládání (Kunz et al., 2018). Zvládání přiblížením patří mezi nejsilnější prediktory PTG a například v metaanalýze zabývající se těmi, kteří přežili rakovinu, nabývala tato proměnná největší velikost účinku ze všech (Shand et al., 2015). Zvládání přiblížením může mít dvě podoby: *Zvládání zaměřené na problém*, kdy člověk hledá praktická řešení svých potíží a následků traumatu, zkouší nové činnosti, léčebné metody, radí se s ostatními s podobnou zkušeností nebo s odborníky a podobně. Druhý typ zvládání přiblížením je *zvládání zaměřené na emoce*, které může konkrétně vypadat mnoha různými způsoby, jak se se svým vnitřním prostředím vypořádat. Vyhledávání výše zmíněné sociální opory je jedním z těchto způsobů. Další specifickou podobou zvládání zaměřeného na emoce je také fyzická aktivita nebo náboženství, o kterém pojednáme dále (Joseph, 2017). Zvládání emocí představuje jednu z pěti složek tzv. emoční inteligence (koncept zpopularizovaný Daneilem Golemanem). Mezi další složky emoční inteligence patří schopnost své emoce vnímat a rozpoznat. Při vnímání emocí je možné se opřít o jednotlivé vjemy v těle, a proto je pro podporu zvládání zaměřeného na emoce dobré zabývat se s klientem například již zmíněným uvědomováním si těla a přesnějšímu porozumění vlastním emocím. Další složkou emoční inteligence je také schopnost své emoce projevit. Tady může terapeut svému klientovi také pomoci, aby společně našli adekvátní a pro klienta účinnou cestu (Goleman, 2011).

Výzkumy přinášejí evidence pro podporu obou přístupů zvládání: jak toho zaměřeného na napínání kognitivně-emočního úsilí směrem ke traumatu, tak toho, které se mu nutně snaží vyhnout. Výzkumníci si proto kladli otázku, jak je tento rozpor možný a došli ke dvěma možným vysvětlením. První se odkazovalo na zde dříve představený model Maerckera a Zöllnerové a to, že PTG může mít dva typy projevů – jedny reálné a druhé iluzorní – a nejedná se tedy o jednotný konstrukt. Reálný PTG by měl potom být spojený se zvládáním pomocí přiblížení a být tedy výsledkem kognitivního zpracování, o kterém pojednáme v jedné z dalších podkapitol. Iluzorní PTG by byl naopak asociován se zvládáním pomocí vyhýbání a sloužil by mechanismům popírání a represe (Zoellner & Maercker, 2006). Druhé vysvětlení se opírá o uvažování o PTG jakožto jednotném konstruktu a příčinu silného pozitivního vztahu mezi oběma vzájemně se vylučujícími druhy copingu,

spatřují v nutnosti tzv. copingové flexibility tedy schopnosti flexibilně přepínat mezi oběma typy zvládání podle toho, co si žádá daná situace v daný moment. Copingová flexibilita má tři základní složky, kterými jsou citlivost na kontext, dostupnost různorodého repertoáru regulačních strategií a schopnost reagovat na zpětnou vazbu (Bonanno & Burton, 2013). To, jaké vysvětlení je pravdivé, je stále podrobováno zkoumání. Nedávná studie Simona Kunze a jeho kolegů, kteří se zaměřili přímo na otestování těchto dvou hypotéz, přináší podporu pro vysvětlení druhé (Kunz et al., 2018). i když se přijde na to, že jsou pravděpodobná obě tato vysvětlení, je dobré vědět, že pro uzdravení z traumatu provázeného PTG je důležité, aby pro klienta byly k dispozici všechny zmíněné strategie zvládání a klient byl schopný mezi nimi pružně přepínat podle toho, jak si to žádá jeho aktuální stav a fáze terapie (Joseph, 2017).

Ukazuje se také, že některé strategie zvládání jsou častěji spojené s PTG. Jsou jimi zmíněné zvládání vyhledáváním sociální podpory a náboženské zvládání a (Prati & Pietrantonio, 2009). Proto se k proměnným spirituality a sociální opory ještě vrátíme.

3.6.4 Pohlavní

Výzkumy přinášejí zprávy o tom, že ženy zažívají PTG výrazněji a častěji než muži. Zároveň je také u žen častěji diagnostikována PTSD (Jin et al., 2014; Vishnevsky et al., 2010; Rzeszutek et al., 2016). Je tomu tak navzdory skutečnosti, že je u žen méně pravděpodobné, že zažijí tzv. potenciálně traumatizující událost (Treyner et al., 2003). Vyšší prevalence PTSD u žen se proto vysvětluje spíše rozdíly v kognitivním a afektivním zpracování traumatu a tím, že ženy častěji zažívají akutní psychologické a biologické reakce na trauma zahrnující intenzivní strach, vyhýbání se, dotěrné myšlenky, bezmoc či úzkosti (Ozer et al., 2008). Právě rozdíl v kognitivním zpracování mezi ženami a muži se předpokládá i jako možné vysvětlení v genderových rozdílech v PTG, neboť ženy mají vyšší tendenci k pozitivním reflektujícím i negativním intruzivním ruminacím. Dalším možným vysvětlením jsou rozdíly v copingu, který je možné i zde, podobně jako u rysů osobnosti, chápat jako mediátor mezi pohlavím a PTG. Ženy si častěji než muži říkají o pomoc, vyhledávají sociální oporu a také mají větší sklon k pozitivnímu přehodnocení (Akbar & Witru, 2016). Swickert a Hittner (2009) zdůrazňují coping pomocí sociální opory jako hlavní mediátor zprostředkující vztah PTG a genderu.

3.6.5 *Povaha traumatické události*

Objevují se výzkumy, které naznačují, že po určitých druzích traumatické události následuje pravděpodobněji PTG a s vyšší intenzitou. Například Shakespeare-Finch a Armstrong (2010), kteří porovnávali PTG u třech typů traumatických zkušeností, ve svém výzkumu zjistili, že výše v dotaznících PTG skórovali lidé, kteří zažili úmrtí člena rodiny než ti, kteří za sebou mají autonehodu či sexuální napadení. Kromě hodnoty hrubého skóru se od sebe také lišili v různých oblastech reportovaného PTG. Ti, kteří přišli o blízkého pozorovali více změn ve vztazích s ostatními a také v oceňování života než ti se zkušeností s autonehodou či sexuálním napadením. Četnost a váha reportování zbylých tří oblastí růstu (nové možnosti, spiritualita, osobní silné stránky) byla pak u všech skupin celkem bez rozdílu. Studie Karanciho a jeho kolegů (2012) zase porovnávala traumatickou událost přírodní katastrofy, nehody anebo ztráty milovaného. Zjistila vyšší růst v oblasti vztahů s ostatními u těch, kteří přežili živelnou katastrofu než u dalších dvou událostí. Studie Kira a jeho kolegů (2010) využila rozdělení traumatické události do čtyř základních kategorií na jednorázové události = typ I (např. autonehoda); vícekrát se opakující události, která však již dále neprobíhají = typ II (např. sexuální zneužívání v dětství, silné narušení vztahové vazby); události, které se stále dějí = typ III (např. rasismus, chudoba) a kumulaci různých událostí = typ IV. Jednorázová traumata byla shledána s PTG v pozitivním vztahu, kdežto traumata ještě probíhající v tom negativním (v kapitole o terapii traumatu bude zdůrazněno, že dokud se trauma děje, nemůže probíhat ani samotná traumaterapie). Rozdíly v těchto typech traumatu a PTG byly dalším výzkumem Kira a jeho kolegů (2013) doplněny o podrobnosti konkrétních událostí. s PTG zde byly spojeny pozitivně události přežití, ztráty kořenů a další spadající pod trauma typu I. Negativní vztah s PTG naproti tomu měly události typu III. Souvislost mezi PTG a traumatu typu II za to nevykazovala žádnou souvislost. Co se konkrétních traumata týče, tak například mučení, se ukázalo jako silně spjaté s vnitřním a duchovním růstem stejně tak jako přežití život ohrožující nemoci, které mělo navíc značné oceňování života. Zajímavé je také zjištění, že opuštění ze strany matky, s PTG nijak spojeno nebylo, ale opuštění ze strany otce vedlo k osobnímu růstu a novým možnostem. Autoři tohoto výzkumu upozorňují na to, že ne každý druh traumatu je s PTG spojený a traumata typu III růstu naopak brání. Zjištění souvislostí mezi některými typy traumatických událostí a oblastmi PTG, by mohlo být využito při

plánování intervencí, neboť mohou být od začátku terapeutické právě některé oblasti novými potenciálně silnými stránkami osobnosti.

Z těchto a mnoha dalších výzkumů vyplývá, že druh traumatické události může ovlivnit intenzitu a podobu PTG. Je ovšem těžké pracovat s proměnnou události vytrženě z kontextu dalších mnoha proměnných, které na podobu PTG mají vliv. Spíše se proto navrhuje, aby se nebraly v potaz tolik objektivní charakteristiky traumatických událostí, ale spíše jejich subjektivní závažnost a míra stresu, jakou konkrétnímu jedinci způsobují. Jedná se tedy o podobné pojetí, jaké navrhoval už Caplan se svojí teorií krize, o kterém bylo pojednáno v první kapitole – tedy chápání závažnosti na základě subjektivní reakce a nikoli objektivních znaků události) (Tedeschi et al., 2018).

3.7 Výzkum posttraumatického růstu

Vědecké zkoumání PTG s sebou přináší jistá úskalí. Profesor Jiří Mareš je ve své knize o PTG shrnuje do několika bodů. Tím hlavním je, zda člověk zažije trauma, nemůžeme obvykle předvídat. Není tudíž možné mít údaje o probandově osobnosti před traumatem se kterými bychom mohli porovnat jeho stav po traumatu. Výzkumník je proto odkázán na retrospektivní zjišťování prostřednictvím probanda samotného, jeho blízkých i odborníků, kteří jej v té době znali. Byly sice učiněny pokusy absenci údajů o osobnosti před traumatem nahradit srovnáním s kontrolní skupinou, platnost tohoto postupu je však velmi diskutabilní. Dalším problémem je, že se výzkum opírá převážně o subjektivní výpovědi lidí, kteří trauma zažili. Jedná se tedy povětšinou o sebehodnocení či sebezposouzení, jehož platnost je závislá na probandově schopnosti introspekce, vnímání vnitřních stavů a procesů a jeho ochotě se o tyto informace s výzkumníkem podělit. Je samozřejmě možné, se ptát i na subjektivní názor klientových blízkých. Pravdou však je, že se tyto dva úhly pohledu často vůbec nepotkávají. Ve snaze o objektivnější přístup se lze zaměřit také na měřitelné aspekty např. změny jedincova chování. Problematický je také fakt, že výzkumy přinášejí data o změnách, které dotazníky předpokládají a nové ryze subjektivní oblasti PTG se proto nemusí do škatulek výzkumných otázek vůbec vejít (Mareš, 2009).

V samotném základu výzkumů PTG také stojí otázka, zda má PTG pouze jednu dimenzi anebo je jich vícero. Jedna z rozsáhlých explorativních analýz pocházející

od současných hlavních vědců zabývajících se PTG přišla se závěrem, že PTG vystihuje jeden obecný faktor, který je ale syčen třemi složkami: změnami životní filozofie, novým pohledem na sebe sama a prohloubením mezilidských vztahů. Od těchto autorů také přichází doporučení, aby se PTG zkoumal spíše než jednou dotazníkovou metodou jejich baterií. Krom různých diagnostických metod měřících PTG, a tedy pouze pozitivní dopady traumatu, by se zároveň měly také používat dotazníky pro měření negativních dopadů (Joseph & Linley, 2008).

Celková problematika zkoumání PTG přesahuje rámec této diplomové práce, proto zde uvedeme jen jednu často užívanou kvalitativní diagnostickou metodu – PTGI. Než k jejímu popisu přikročíme, je třeba uvést ještě další skutečnosti, které je třeba brát v úvahu při diskusi o vypovídající hodnotě dotazníků. Nezřídka probandi vnímají minulost jako horší, než jaká skutečně byla. Dotazníky se probandů ptají na to, jak se změnili vlivem traumatu, rozuměje jen jedné proměnné, změna však může být způsobena mnoha dalšími faktory, a hlavně jejich kombinací. v dotaznících, které pokládají přímé otázky vycházejí vyšší skóre PTG než u metod s otázkami otevřenými. Referované vysoké skóre PTG může být iluzorní a spíš než na pozitivní dopady zpracovaného traumatu tak mohou poukazovat na iluzorní růst jakožto zvládací strategii (Joseph, 2017).

The Posttraumatic Growth Inventory (PTGI) byl vytvořen autory pojmu PTG Calhounem a Tedeshim v roce 1996. Jedná se sebesposuzovací dotazník s velmi dobrou vnitřní konzistencí a přijatelnou test-retestovou reliabilitou. Zkoumá pět základních faktorů – oblastí, ve kterých dochází díky PTG ke změnám, a to pomocí jednadvaceti položek (jejich počet uvedený vždy v závorce): vztahy s ostatními (7); nové možnosti (5); silné stránky osobnosti (4); spiritualita (2) a oceňování života (3). Na každou z položek je možné odpovědět na šestistupňové škále od 0 = negování změn po 6 = jejich velmi silné pocíťování. Čím vyššího skóre pak proband dosáhne, tím vyšší PTG u něj nastal. Nejčastěji se objevují hrubé skóre v rozmezí od 40 do 70. Od tohoto dotazníku existuje také jeho zkrácená forma PTGI-SF, která obsahuje pouze 10 položek (Tedeshi & Calhoun, 1996; Cann et al., 2010; Joseph, 2017).

4 Psychoterapie traumatu

Léčba PTSD není jednoduchou záležitostí. Neboť je trauma komplexním zásahem do bio-psycho-socio-spirituálního fungování člověka. Jeho léčba musí tuto komplexitu následovat. Komplexní léčba traumatu v sobě zahrnuje především psychoterapii, která se v části případů, a také v určitých fázích léčebného procesu, může opřít i o farmakoterapii (Forbes et al., 2020).

4.1 Farmakoterapie

Začněme tedy farmakologickou léčbou PTSD. Na začátku je třeba zdůraznit, že léčba PTSD farmaky je pouze podpůrná. Léky sami o sobě nejsou sto odvést práci na sobě, jakou trauma vyžaduje. Ve studiích vychází velikost účinku psychoterapie oproti farmakoterapii při léčbě traumatu vyšší a navíc je možné pozorovat její trvalejší přínos pro klienty oproti lékům (Lee et al., 2016). Léky ale mohou pomoci člověku zvládnout silné somatické projevy PTSD, a tak ho uschopnit, aby práce na zpracovávání traumatických vzpomínek vůbec mohla začít. Hlavní příznaky PTSD, které farmaka tlumí tak, aby byla psychoterapie možná, jsou úzkosti a obecně zvýšená činnost sympatiku. Antidepresiva SSRI se zde používají ke zmírnění intenzity depresivních pocitů, únavy i poruch spánku (Praško et al., 2003). Americká psychologická asociace (APA) doporučuje podávat Paroxetin, Fluoxetin, Sertalin a Venlafaxine (všechno antidepresiva SSRI). Podle amerického Úřadu pro kontrolu potravin a léčiv (FDA) jsou jediné schválené léky paroxetin a sertralin. Všechna ostatní léčiva jsou tzv. off-label (lékař může za určitých okolností předepsat registrovaný lék jiným způsobem, než jaký je uveden v souhrnu údajů o přípravku). Krom SSRI se užívají také tricyklická antidepresiva, a to v případech, kdy jsou pacienti příliš excitovaní (APA, 2017a). Jelikož se účinek SSRI většinou neprojeví dříve než za 10 týdnů, předepisují se také benzodiazepiny s anxiolytickým neboli úzkostné stavy tlumícím účinkem (Neurol, Xanax, Rivotril). Účinek benzodiazepinů je okamžitý, problémem ale je, že jsou vysoce návykové a často také snižují motivaci pacientů k terapeutické práci, neboť je benzodiazepiny utlumí a dají jim mylný pocit, že je všechno vlastně v pořádku (Havlíková, 2017). Na krátkodobou kontrolu agrese, neklidu, při zvládání přechodných psychotických fenoménů a také při neschopnosti usnout se někdy předepisují také antipsychotika (nejčastěji Risperidon a Quetiapin), která jsou typicky nasazována u týraných dětí. Poslední skupinou látek, která je tradičně

předepisována, jsou stabilizátory nálad. Nejčastěji se pak hovoří o lithiu, které pomáhá snížit pravděpodobnost suicidálního chování (Van der Kolk, 2021).

Kromě této tradiční symptomatické farmakologie se v poslední době zkouší nová experimentální léčba PTSD pomocí amfetaminu s mírným psychedelickým efektem – MDMA, tzv. MDMA asistovaná psychoterapie, o které bude v jedné z následujících podkapitol také ještě stručně pojednáno (Havlíková, 2017).

4.2 Úvod do terapie traumatu

Před zpracováváním traumatu, musí být v terapii splněny dvě podmínky. První podmínkou je, že klient i terapeut **musí umět proces zpracování traumatu zpomalovat, brzdit či téměř úplně zastavovat** (Rotchield, 2015). Klient se v průběhu terapie musí umět pohybovat v rámci tzv. okna tolerance. Okno tolerance je rozmezí, které „určuje, nakolik se cítíme příjemně s určitými vzpomínkami, záležitostmi, emocemi a tělesnými počitky“ (Siegel, 2014, s.161). Je-li člověk v tomto rozmezí, je schopen informace přijímat, zpracovávat, integrovat, zůstává k nim vnímavý nikoli maladaptivní reaktivní a reaguje na požadavky každodenního života bez větších obtíží. Je to také rozmezí, ve kterém je člověk schopen duální pozornosti – může mít dostatečný kontakt s traumatickou vzpomínkou a zároveň mít kontakt s tady a teď. Nad oknem tolerance je pro PTSD typický hyperarousal neboli přílišné nabuzení nervového systému, pod oknem tolerance je hypoarousal mající podobu znecitlivění, ochromení, vyčerpání (Rotchield, 2015; Siegel, 2014). Společným úkolem klienta a terapeuta je hledat cesty, jak zůstávat v tomto rozmezí a postupně jej také rozšiřovat (Čepelíková, 2020).

Druhou podmínkou je **dostatečně navázaný vztah s terapeutem**. Tento vztah by měl být pro klienta stabilní a v přítomnosti terapeuta by se klient měl cítit bezpečně. Budování tohoto vztahu a důvěry má různou dobu trvání. Od jednoho sezení až po několik měsíců a u traumatizovaných klientů není neobvyklé, že může trvat i několik let. u těchto klientů je potom traumaterapeutická práce uskutečňována skrze témata přenosu. u budování vztahu je třeba nespěchat, dát čas tomu, aby si klient na terapeuta zvykl. Proto se doporučuje počkat minimálně jedno, raději tři sezení pro postupné získávání důvěry a ladění se na sebe, než terapeut začne používat terapeutické techniky (Rotchield, 2015).

4.3 *Terapeutický vztah*

Trauma-terapeutická práce je ještě více než jiná terapie zakotvena právě v terapeutickém vztahu. Velká část traumatizovaných klientů má narušené schopnosti důvěry k druhým lidem, schopnost být autonomní a kompetentní, mít svoji vlastní identitu, vyvíjet vlastní iniciativu a schopnost intimity (Vizinová & Preiss, 1999). Jde o schopnosti, které se jako děti učíme ve vztazích, a proto k jejich obnovení musí dojít znovu skrz vztahy. Terapeut má klientovi nabídnout kontejnment jeho emocí, potřebnou oporu a korektivní zkušenost (Herman, 2001).

Vztah s terapeutem nemusí být pro klienta jediným vztahem a klient by měl být v různých fázích terapie podporován v tom, aby se znovu spojil se svými blízkými (Herman, 2001). Bessel A. van der Kolk (2021) to pokládá za jeden ze tří úkolů terapeuta společně se stabilizací a zklidněním klienta a nepřivoláváním traumatických vzpomínek. Herman (2001) uvádí, že terapeutický vztah je ale jedinečný svou povahou, kdy je navázáno **pracovní spojení**. Terapeut se zavazuje svojí terapeutickou **neutralitou**, což znamená, že nebude zaujímat ke klientovým vnitřním konfliktům žádné stanovisko, nebude ovlivňovat životní rozhodnutí klienta, nebude jej moralizovat, kritizovat, zakazovat a podobně. Terapeut musí mít stále na paměti, že je to právě klient, kdo je odpovědný za svůj život. Tato terapeutova neutralita v sobě ale nezahrnuje neutralitu morální. v otázce morálky má terapeut právo a někdy až povinnost autenticky projevit své morální stanovisko. Vyjádřit pocit nespravedlnosti, lítosti, rozhořčení a pomoci tak klientovi legitimizovat jeho pocity. Reddemann (2009) uvádí, že kromě odborně neutrálního postavení terapeuta je součástí budování terapeutické aliance také informování klienta o terapeutickém postupu, vytvoření dohody, jak bude tento postup dodržován. To v sobě nezřídka zahrnuje úsilí na vytvoření vlastně několika druhů dohod podle egostavů, které jsou u traumatizovaného klienta často aktivovány současně a protichůdně. v tomto kontextu pak neutralitu terapeuta Vybíral s Roubalem (2010) definují tak, že terapeut nemá stranit žádnému z egostavů klienta, protože dohodu uzavřel s nimi všemi.

O tom, jak moc v popředí traumaterapeutické práce bude terapeutický vztah rozhoduje mnoho faktorů včetně individuálních specifik. Možnými vodítky jsou fáze traumaterapie, o kterých bude řeč dále a také typ oběti traumatu (Herman, 2001).

Babette Rotchioldová (2015) pokládá typologii traumatizovaných klientů za důležitou pro nastavení následného léčebného plánu, neboť každý typ má jiné terapeutické potřeby (hlavně co se týká terapeutického vztahu a přenosu). Rozšiřuje typologii traumatu Lenore Terrové (1994), podle které jsou dva základní typy obětí traumatu. Typ I zahrnuje ty, kteří prožili jedinou traumatizující událost, u typu II byla traumatizace opakovaná. Rotschioldová (2015) pak rozlišuje ještě typ IIA pro vícečetná traumata, kdy je ale jedinec díky svému stabilnímu zázemí a zdrojům schopný oddělit jednotlivé traumatické události od sebe a je pro něj tedy možné hovořit a terapeuticky pracovat s traumaty po jednom. Naproti tomu typ IIB má mnohočetná traumata spojená a není s to jedno trauma oddělit od druhého. Tento typ lze dělit ještě dále podle toho, zda klienti mají nebo měli stabilní zázemí na typ IIB (O), který stabilní zázemí má, ale traumatizací je natolik prorostlý, že si nedokáže odolnost udržet (například oběti holocaustu) a na typ IIB (nO), který si zdroje pro odolnost nikdy nevybudoval (tomuto typu bývá velmi podobný klient s komplexní PTSD).

Obvyklé odlišnosti v terapeutických potřebách jsou pak následovné. Klienti typu I a IIA nepotřebují věnovat takovou pozornost terapeutickému vztahu a jejich přenos na terapeuta bývá méně intenzivní. Tito klienti brzy po prvním sezení či sezeních začínají pracovat na svém traumatu. u klientů typu IIB je velká část na začátku spolupráce věnována budování nutných zdrojů prostřednictvím vztahu s terapeutem. Typu IIB(O) terapeut pomáhá se na své zdroje rozpomenout, navrátit zpět ty, které ztratil. Pro typ IIB (nO) bývá těžištěm terapie sám terapeutický vztah, protože se terapeutickým vztahem musí dohnat vybudování zdrojů a odolnosti, kterou klient nikdy nedisponoval. Tito klienti nemají schopnost důvěřovat jiným lidem, a proto je s nimi práce tak obtížná (Rotchiold, 2015).

Při práci s těmito klienty je možné se opřít o teorii vazby dítěte s jeho pečovatelem, neboť právě tento vztah má terapie nahradit. Utvoření pouta mezi dítětem a jeho pečovatelem je nutné proto, aby si dítě mohlo vytvořit schopnost usměrňovat vlastní emoce, která narůstá skrze vzájemnou interakci mezi dítětem a jeho opatrovatelem postupně s časem. Tento proces má 3 fáze. **Uvedení v soulad** nastává, když komunikace mezi nimi probíhá v intenzitě pro dítě tolerované, a dítě tudíž bez problému zůstává v kontaktu. Dostane-li se úroveň nabuzení dítěte příliš vysoko (řekli bychom nad okno tolerance), což může být způsobené jeho

rozrušením nebo odmítáním, zlostí pečovatele, dítě se z kontaktu stahuje a dochází k **nesprávnému sladění**. Pokud se úroveň nabuzení opět sníží na dítětem tolerovanou úroveň, vrací se znovu do kontaktu s opatrovatelem a ve vztahu nastává posun na vyšší úroveň, než by dítě tolerovalo předtím (rozšiřuje se jeho okno tolerance) – **opětovné sladění**. Tento mechanismus opakujících se fází dítěti formuje základ jeho vztahů a ovlivňuje jeho schopnost regulovat emoce, stres a bolest. v terapeutickém vztahu se často objevuje stejný mechanismus a pokud se objeví všechny tři fáze, je tento proces dokonce žádoucí. Pokud si klient projde konfliktem s terapeutem = nesprávným naladěním (například kvůli pocitu křivdy, zrady či pochybení ze strany terapeuta), po kterém následuje vyjasnění situace, omluva, terapeutovo větší otevření se, jinak řečeno náprava vztahu = opětné sladění, u klienta vzrůstá důvěra v terapeuta a terapeutický vztah je posílen. Jelikož se tyto posloupnosti v terapii traumatu, a nejen u něho, často opakují, terapeuti sami občas své klienty informují o tom, že taková možnost může nastat, předem, aby ze situace mohly obě strany více profitovat. (Rotchild, 2015; Wallin, 2020).

4.3.1 Přenos v terapii traumatu

Termín přenosu i dále popsaného protipřenosu vychází z psychoanalytické tradice, dochází k němu však u valné většiny ostatních terapeutických kontaktů. Přenos je Vybíralem a Roubalem (2010) definován jako „specifická forma vzpomínání, kde analyzand (klient v terminologii psychoanalýzy) přenáší na analytika své minulé zkušenosti, typ vazbového chování a mnohdy zcela nerealistická očekávání a emoce“ (s. 118). Herman (2001) udává, že u traumatizovaných klientů má přenos svoje charakteristické aspekty. Autorita terapeuta traumatizované klienty většinou děsí a jejich přenos je proto velmi intenzivní. v přenosu se také odráží pocíťovaná absolutní bezmocnost klienta, jakou cítil v okamžiku traumatizace. Kvůli ní se klient často na terapeuta hněvá, má totiž pocit, že jeho život je plně pod kontrolou terapeuta, neboť klient sám jej vůbec pod kontrolou nemá. Traumatizovaný klient se zároveň často staví do obranné pozice. Obzvláště u těžce traumatizovaných pacientů bývá přenos dezorganizovaný a fragmentovaný. Přes tyto náročné aspekty přenosu je u traumatizovaných klientů třeba brát na přenos v terapii traumatu ohled. Umožňuje totiž pracovat s internalizovanými mezilidskými vztahy, přesvědčeními, nevyřešenými konflikty a emocemi vztaženými k traumatické zkušenosti v reálném čase s možností vracet

se k jednotlivým proběhnutým situacím v terapii, reflektovat je a integrovat zkušenost s nimi.

4.3.2 Protipřenos v terapii traumatu

Kromě přenosu zdůrazňuje Hermanová (2001) také to, že v terapii traumatu je důležité, aby se terapeut dobře orientoval v protipřenosových interakcích a uměl porozumět jejich významu a souvislostem, ve kterých se objevují. Pokud tomu tak je, protipřenos může být významným zdrojem informací a silným hybatelem terapeutické léčby. Terapeut totiž v průběhu traumaterapie zažívá obrovskou bohatost reakcí, jak na traumatizovaného klienta, tak na samotnou traumatickou událost. Chvillemi zažívá stejný strach, hrůzu, zoufalství a bezmoc jako jeho klient (= traumatický protipřenos), mohou se u něj dokonce přechodně projevit některé příznaky PTSD. Toto je terapeutova projektivní identifikace s obětí. Kromě tohoto typu přenosu se může objevovat identifikace s klientovým hněvem, identifikace s klientem z pozice nezúčastněného pozorovatele (pocity viny toho, kdo přežil) nebo identifikace s pachatelem, která je pro terapeuty nejnáročnější. Aby přenos a protipřenos nenarušovaly oboustranné bezpečí a nebránily průběhu terapie, je třeba si stanovit a držet pravidla, cíle a hranice terapeutického vztahu a terapeut by měl mít vybudovaný a funkční systém podpory pro svoji práci – jak v podobě supervize, intervize, vlastní individuální terapie, tak v podobě kvalitních zdrojů.

4.4 Fáze terapeutického procesu v traumaterapii

Proces terapie traumatu bývá nejčastěji členěn pomocí lineárního schématu, které má 3 základní fáze. Jde o tyto fáze, každá se specifickou obsahem:

1. fáze stabilizační – zajištění bezpečí;
2. fáze trauma konfrontační – vzpomínání a odprožívání či smutnění;
3. fáze integrační – navázání spojení s běžným životem (Herman, 2015).

4.4.1 1. fáze – Stabilizace

Úkolem této fáze je připravit dobré zázemí pro další práci. Klient by se měl cítit co možná nejvíc v **bezpečí** – vztah klienta s terapeutem by měl být na konci této fáze již vybudovaný a důvěrný. v bezpečí by se klient měl cítit nejenom na terapeutickém sezení, ale také ve svém běžném životě. Traumaterapie nemůže začít, pokud traumatizace stále probíhá. Je vhodné společně s klientem

identifikovat a dočasně odstranit co možná nejvíce spouštěčů symptomů PTSD. To slouží k tomu, aby klient mohl upustit od obranných mechanismů, které si byl nucen vybudovat (Rotchild, 2015)

Bezpečí klienta by mělo být zajištěno i na dobu dalších fází. Klient proto musí mít vybudované zdroje. Je zapotřebí, aby si uvědomoval, jaké má fungující zdroje, vyhodnotil, jaké jsou pro něj silnější a v jakých chvílích a jakým způsobem se k nim má uchýlit a také, aby společně s terapeutem vybudoval ty zdroje, které mu chybí (Vizinová & Preiss, 1997). Rotchildková (2015) zdroje dělí do pěti základních kategorií.

(1) Funkční/praktické zdroje zahrnují právě bezpečné místo k žití, bezpečnostní zámky, jistý příjem a podobně.

(2) Fyzické zdroje často pomáhají klientům k větším pocitům sebedůvěry, patří mezi ně budování fyzické síly i obratnosti.

(3) Psychickými zdroji jsou míněny inteligence, smysl pro humor, tvořivost, zvědavost a také většina obranných mechanismů.

(4) Interpersonální zdroje představují veškeré sytící vztahy, které člověk má. Mohou to být vztahy s partnerem, rodinou, přáteli, kolegy, sousedy, ale i zvířaty. Zdrojem může být nejenom přímý kontakt, ale také vzpomínání na jednotlivé pozitivní postavy z klientova života.

(5) Spirituální zdroje zahrnují víru v Boha, vyšší moc či cokoli jiného, udržování náboženské praxe, ale také kontakt s přírodou. Zdroje nejsou univerzální. Vždy je důležité vést klienta k tomu, aby zhodnotil, jak mu které zkoušené zdroje fungují a jak se v nich cítí a jestli pro něj osobně skutečnými zdroji jsou. Při práci se zdroji je vždy dobré klienta ocenit. Mnoho klientů totiž trpí narušením sebehodnoty a nekompetentnosti ve vztahu ke svému životu. Často se k tomu používá shrnutí toho, jak dosud zvládli svůj život a svá traumata, což může pomoci klientům jejich vlastní zdroje připomenout a správně docenit (Rotchild, 2015).

Typem zdroje může být pro klienta také **relaxace**, která napomáhá snížení nabuzení a může klientům pomoci při problémech se spánkem. Přinejmenším by před vstupem do další fáze měl být klient alespoň obeznámen s tím, jak relaxace funguje, jaké jsou její druhy a jaká mohou být také její rizika. Ideální je, když klient už praktikuje nějaký druh relaxace (např. Ostovu progresivní relaxaci nebo

autogenní trénink), který mu pomáhá (Praško et al., 2001). Důležité je také podotknout, že ne všem klientům musí zrovna relaxace pomoci. u části z nich může navozené uvolnění vyvolat nebo urychlit traumatickou reakci, zvýšit jejich podráždění a úzkost a také vyvolat flashbacky. Místo relaxace se pak naopak může doporučit budování svalového tonu, které klientům může dodat pocit bezpečí a síly (Rotchield, 2015).

Rotchieldová (2015) i Praško a jeho kolegové (2001) hovoří o tom, že klientův pocit bezpečí může zvýšit **edukace** o traumatu a procesu traumaterapie. Má za cíl připravit klienta na to, co jej může v následujících dnech a týdnech čekat, jednotlivé projevy traumatu normalizovat, klienta tak destigmatizovat a nabídnout mu různá doporučení mimo terapeutická sezení. Použité terapeutické metody by měly být pro klienta pochopitelné v rámci kontextu terapie, ve které by se měl i on sám alespoň částečně orientovat.

Podle Vizinové a Preisse (1997) je na konci této fáze důležité, aby klient byl schopen uchopit svoje trauma jako určitý celek (myšleno jednotlivé symptomy, aktuální stav, proces terapie, možná rizika a doporučení) a mohl tak učinit rozhodnutí převzít kontrolu nad svým životem do svých rukou. k fázi konfrontace často také dochází samo od sebe bez „vyzvání“ terapeuta, protože klientův vnitřní tělový kompas už cítí, že je v prostředí, vnějším i vnitřním, které zvládne vzpomínky na trauma se mohou začít samovolně vypořádat.

4.4.2 2. fáze – Konfrontace

Ve druhé fázi je největší riziko retraumatizace. Proto je třeba k ní přistoupit ve vhodný čas a s velkou opatrností. Během této fáze se klient má setkat se svými traumatickými vzpomínkami, v bezpečném prostředí, s podporou terapeuta a také se zapojením celého mechanismu lidského těla a paměti (Vizinová & Preiss, 1999). Existují různé psychoterapeutické přístupy a metody, jak ke konfrontaci s traumatickou zkušeností přikročit. To, co ale stojí za jednotlivými směry v základu léčby, je neurofyziologická povaha procesu, ke kterému musí dojít a ve kterém má terapeut zastávat roli svědka a spojence (Rotchield, 2015).

Při traumatu je systém natolik přetížen, že funkce hipokampu se výrazně sníží a místo kompletní paměťové stopy na událost vzniká roztržštěný shluk implicitních vzpomínek bez časoprostorového zakotvení do minulosti. Toto je také

vysvětlením flashbacků jakožto jednoho z příznaků PTSD, kdy do vědomí přicházejí obrazy, pocity či jiné podoby implicitní paměti na traumatickou událost a ANS člověka reaguje stejně živě jako kdyby situaci opět prožíval. Roztříštěné kusy implicitních vzpomínek pro svou neuspořádanost zasahují do přítomnosti, a kromě flashbacků způsobují také vyhybavost a ochromení (Rotchield, 2015). Tělo, které je vždy v přítomnosti, odděluje od mysli, která může být stále lapena v minulosti (van der Kolk, 2021). Cílem terapie je proto integrace paměti, slovy Babette Rotchieldové (2015) „sjednotit implicitní a explicitní vzpomínky do jednoho kompletního příběhu událostí spojených s traumatem a období následujícího od traumatu“ (s.193).

Při práci s traumatickými vzpomínkami, které si klient musí zákonitě alespoň částečně znovu prožít, se proto pracuje s tzv. duální pozorností či **duálním uvědomováním**. Duální uvědomování je „schopnost udržovat povědomí o dvou nebo více oblastech prožívání současně“ (Rotchield, 2015, s167). Dvěma oblastmi prožívání v psychoterapii traumatu jsou traumatické vzpomínky z minulosti a bezpečné prostředí přítomnosti, do které je možné se kdykoli vrátit. u klienta se tak postupně kultivuje schopnost přepínat mezi prožívajícím já, které je v kontaktu s traumatizujícím materiálem a tím, které ke vzpomínkám vědomě sestupuje z bezpečné pozice. Díky tomuto je klient svobodný a může se rozhodnout, jak dlouho setrvá u minulosti, jde o aktivní vědomý proces. Postupně implicitní vzpomínky defragmentují do plného obrazu a díky vědomému zaměření přímé pozornosti se do procesu jejich zpracování zapojuje i hipokampus, který jim může dát pevné místo v minulosti. Je velmi důležité, aby klient toto přepínání ovládl před tím, než se začne do své minulosti nořit, jinak by mohlo dojít k retraumatizaci (Siegel, 2014; Rotchield, 2015).

Konfrontací se svými vzpomínkami, emočním přepracování situace klient postupně rekonstruuje svůj životní příběh, převádí jej do vět a ty společně s terapeutem vyslechne. Klient je postupně schopen trauma ohraničit, a to již svým dopadem nerozlévá na zbytek světa. Díky tomu klient znovu nabývá pocitu, že svět a lidé v něm představují bezpečné místo k životu (Herman, 2001).

4.4.3 3. fáze – Integrace

Fáze integrace představuje završení celého terapeutického kontraktu na léčbu traumatu. Klient se během ní vypořádává s doznívajícími pocity smutku, bolesti, zlosti, které se nyní vztahují k minulosti, kam je traumatická událost pevně zařazena. Může se objevovat hledání odpovědi na otázku smyslu traumatu v životě klienta. Původní pocity izolace a bezmoci jsou postupně přetavovány ve stále větší autonomii. Klient je podporován v obnově i novém navazování kontaktu se svými blízkými. Do těchto vztahů vstupuje svobodněji a většinou se také rozhoduje, které ze starých vztahů si chce ponechat a které mu nyní nevyhovují. Trauma otřásl jeho základními přesvědčeními o všemožných oblastech života, a proto tato fáze může být naplněna přehodnocováním osobních postojů, hodnot, životního směřování, které ústí v nové způsoby chování i prožívání. Klientův vztah k sobě samému se také proměňuje. o tom, co v této fázi nastává ve vztahu k PTG bude pojednáno podrobněji v poslední kapitole společně s možnostmi, jak klienta v tomto období podpořit, aby si z těžké práce na traumatu mohl odnést co nejvíce (Herman, 2001; Vizinová & Preiss, 1999; Rotchild, 2015).

Pokud byl terapeutický vztah navázaný na terapii traumatu, často v této fázi také končí nebo je překontraktován na novou zakázku. Ukončování spolupráce by mělo být postupné (doporučuje se prodlužování intervalu mezi jednotlivými sezeními), terapeut by měl klienta upozornit na možnost, že se mu mohou určité symptomy PTSD vrátit ve chvílích velkého stresu. Je také vhodné s klientem zrekapitulovat, jaké své zdroje a kompetence objevil, co se v průběhu terapie naučil a o co se tedy může v budoucnu opřít. Je třeba, aby k překontraktování spolupráce došlo, aby to klientovi pomohlo uvědomit si předěl v jeho životě a upevnilo tak jeho vědomí vlastní kompetentnosti, samostatnosti a sebevědomí. Pro snazší orientaci terapeuta se dají za ukazatele úspěšné léčby pokládat klientova znovunabytá schopnost radovat se z každodenních životních situací a udržovat dlouhodobé, hluboké, naplněné a zdravé vztahy; orientace na přítomnost a budoucnost a reálná očekávání ohledně ní a také převaha naděje nad strachem. (Herman, 2001; Reddemann, 2009; Praško, 2001).

4.5 Jádrová přesvědčení, kognitivní zpracování a sociální opora

V této kapitole jsou rozvedeny pojmy a proměnné, které PTG ovlivňují a jsou důležité pro dobré porozumění PTG a terapii traumatu.

4.5.1 Jádrová přesvědčení

Již jsme zmínili že trauma má seismickou povahu – otřese základními, jádrovými přesvědčeními člověka o sobě, světě jeho fungováním v něm (Calhoun & Tedeshi, 1999). Jádrová přesvědčení představují naše velmi silné předpoklady o světě a jeho pravidlech fungování, kterými jsme si na vědomé i nevědomé úrovni do určité míry jistí. Utváří se převážně v dětství a jsou základem našeho chápání světa, dá se říct, že tvoří naši pevnou půdu pod nohama v podobě reprezentace světa. Během téměř každé interakce se světem je postupně a pozvolně potvrzujeme, přehodnocujeme či revidujeme. Dále popsaná kognitivně behaviorální terapie (KBT) pokládá právě změnu jádrových přesvědčení za základ terapeutické práce (Praško et al., 2008). Právě zpochybnění těchto jádrových přesvědčení, ke kterému dochází pomocí ruminací, je pokládáno za hlavní determinantu PTG (Taku et al., 2015), ale také za spouštěč symptomů PTSD (Lilly et al., 2011). Dle Janoff-Bulmanové a její teorie otřesených přesvědčeních je západní společnost odkojená na třech základních přesvědčeních. Jednak svět chápeme jako shovívavý, v důsledku čehož podceňujeme naši míru zranitelnosti a křehkosti. Za druhé se domníváme, že svět je smysluplný, kontrolovatelný, předvídatelný a hlavně spravedlivý. Poslední přesvědčení se týká našeho pozitivního sebeobrazu. Ve chvíli, kdy se nám něco stane, mnohem pravděpodobněji než u jiných lidí, plodí pocit, že jsme si to nezasloužili. Přesně tato tři přesvědčení při střetu s traumatem utrpí obrovský šok a velmi zřímá je nám ukázáno, že jsme křehcí, smrtelní a svět není spravedlivý takovým způsobem, v jaký jsme věřili. Traumatická událost je totiž od našich předpokladů natolik vzdálená, že nejsme sto zpracovat tento diametrální rozdíl mezi původním přesvědčením o fungování světa a novými informacemi pocházejícími z traumatu (Janoff-Bulman & McPherson Frantz, 1997). Abychom tento rozdíl, který pociťujeme jako silný emoční distress, překlenuli, musíme jinak postupný a pozvolný proces přehodnocování a revize přesvědčení zrychlit a prohloubit. Díky tomu je možné o traumatu uvažovat jako o akceleratoru změn v našich jádrových přesvědčeních. Přes fázi plnou vzteku, popírání a potlačování (jak bylo popsáno v minulé kapitole se musíme dostat k uvědomění, že naše původní přesvědčení jsou jen reprezentací reality a jako takové je možné, je změnit. Na rozdíl od reality traumatu, kterou je možné jen trpně přijmout (Schuller & Boals, 2016; Joseph, 2017).

4.5.2 Kognitivní zpracování

Kromě zmíněných fází terapie traumatu můžeme také rozfázovat klientovu adaptaci na traumatickou zkušenost. Výzkumníci Horowitz a Reinhardt (1998) hovoří ve svém modelu truchlení, které představuje jeden z typů traumatu, o pěti fázích, které se ale nemusí vyskytovat u každého všechny a ani nemusí mít dané pořadí. První je **fáze výkřiku**, pro kterou je typické ohromení, zmatení, neschopnost uvěřit, že se událost stala. Jak si člověk začíná víc a víc uvědomovat realitu, postupně snahou ubránit se nezvladatelnosti situace přechází do **fáze otupělosti a popření**, která s sebou často přináší pocity derealizace a depersonalizace. Navzdory snaze drásající myšlenky a pocity potlačit se stejně jen dostávají do vědomí (nebo se projevují v těle) a jedinec je nemá pod kontrolou – to je typické pro další fázi, **fázi vtíravého znovuprožívání**. Fáze popření a vtíravého znovuprožívání se často mohou střídat po několik měsíců i let, kdy se člověk neposouvá k další fázi. Tou je **fáze propracovávání**, během které už dochází ke konstruktivnějšímu přístupu k traumatickým vzpomínkám, často už je možné k nim přistupovat a do vědomí si je pouštět kontrolovaněji a s větším bezpečím (terapeutická fáze expozice). Poslední **fázi** představuje **završení**, během kterého dojde k integraci traumatických vzpomínek a k nim náležejícím emocím do příběhu člověka a vzpomínky se stanou součástí minulosti (terapeutická fáze integrace).

Fáze vtíravého znovuprožívání a fáze propracovávání jsou tím stejným, čím jsou dvě fáze ruminace (první automatická a intruzivní a druhá rozvažující, reflektující a konstruktivní) popsané v modelu PTG od Calhouna a Tedeschiho (2004). Obě fáze mají společné to, že jsou způsobené právě otřesením základních přesvědčení o světě. Joseph (2017) tyto dva druhy ruminací pojmenovává jako **ruminace skličující**, mimovolné spojené s maladaptivními vzorci myšlení, a **ruminace reflektující**, které jsou vědomým obrácením pozornosti na vnitřní procesy za účelem adaptivního řešení problémů a zvládnutí zaměřeného na emoce. Michael a Snyder (2006) zjistili, že skličující ruminace mají nepříznivý vliv na psychické fungování. Stockton a jeho kolegové (2011) naproti tomu připisují reflektujícím ruminacím adaptivní vlastnosti, které mohou přispívat nejenom k uzdravení, ale také k posttraumatickému růstu. Říkají, že aby mohlo být kognitivní zpracování traumatu úspěšné, nemusí se člověk plně zdržet skličujících

ruminací, musí jim však dán menší prostor než těm reflektujícím, neboť právě reflektující ruminace jsou prostředkem akomodace původních přesvědčení.

Joseph (2017) k tomu vysvětluje, že dříve zmíněné procesy asimilace a akomodace mohou být v rámci terapie traumatu oba dobře využitelné. Důležité je, mezi nimi najít rovnováhu a uplatňovat je ve vhodné fázi terapie. Přehnaná akomodace zkušenosti s traumatickou událostí v podobě přesvědčení, že se nikomu nedá věřit a svět není bezpečné místo, může mít ve fázi stabilizace formu legitimního obranného mechanismu. Pokud by ale toto přesvědčení zůstávalo i v pozdějších fázích terapie, bude pro klienta maladaptivní. v terapii nutné, aby klienti nejprve upustili od svého rigidního držení se původního světového názoru a přijali realitu nově konstruovanou. Teprve pak, díky usilovnému hledání nového smyslu v traumatické zkušenosti, se stávají odolnějšími a celistvějšími pro další život. Pokud se ale klient v terapii traumatu posune dál, pravděpodobně zjistí, že se nemusí vdát všech přesvědčení. Určité aspekty události lze po kreativním zpracování znovu naroubovat na původní schémata – například nezahodit přesvědčení, že svět je bezpečné místo k životu.

4.5.3 Sociální opora

Sociální opora či podpora hraje v uzdravování se z traumatu důležitou roli, proto je častou strategií copingu zaměřeného na emoce. Ukazuje se, že aby mohl člověk k procesu akomodace, a tedy vytváření nového obrazu světa, přistoupit, musí mít naplněné alespoň základní lidské potřeby. u traumatizovaných lidí to často bývá potřeba autonomie, kompetence a vztahů s druhými. Zabezpečováním těchto potřeb se terapeut zabývá po celou dobu traumaterapie. Naplněné potřeby totiž mohou pro klienta fungovat nejenom jako nutné podmínky, ale také jako zdroje. (Joseph, 2017). Některé potřeby může naplnit sám terapeut hlubokým a autentickým terapeutickým vztahem (potřeba přijetí, péče, zájmu). v naplnění jiných může být nápomocný například při obnovování důležitých vztahů, zvládání symptomů, a tedy obnovování pocitu kontroly nad svým životem. v naplňování dalších potřeb pak hraje roli sociální opora klienta. Ukazuje se například, že lidé, kteří v průběhu traumaterapie zažívají od své rodiny přijetí, pomoc a prostor pro sdílení, vykazují vyšší PTG než ti, kteří tuto podporu nezažívají (Kaniasty & Norris, 2009).). Výsledky metaanalýzy z roku 2009 zase potvrzují, že sociální opora v prvních fázích terapie podporuje klientovo příznivější hodnocení události

a jeho efektivnější strategie zvládání následků (jak bude rozvedeno v dalších odstavcích). Nejen díky pomoci emoční, ale často také i ryze praktické. v pozdějších fázích terapie druzí mohou pomáhat při hledání nového narativu událostí (rozhovor napomáhá objevování a proměně významů, které se zkušenosti dají přisoudit) a nabídnout nové perspektivy, jak traumatické zkušenosti integrovat do nově vznikajícího či proměňujícího se obrazu o světě (Prati, Pietrantonio, 2009).

Sociální opora má tři hlavní aspekty: sociální zakotvenost (frekvence a druhy vztahů s ostatními), přijímanou podporu (skutečně přijatá pomoc) a vnímanou podporu (víru v to, že až bude klient pomoc potřebovat, bude mu k dispozici). Výzkumy nejčastěji zkoumají vnímanou podporu, která je obecně brána za hlavní aspekt sociální podpory (Kaniasty & Norris, 2009). S ohledem na programy sociálních intervencí v léčbě PTG, se ale také zkoumá vztah PTG a přijímané podpory, z hlediska kvantity i kvality. Pro usnadnění konceptualizace kvality přijímané podpory se vymezilo pět základních charakteristik: (1) jak přijímaná pomoc odpovídá potřebám poskytovaného co do množství a (2) co do typu pomoci; (3) jak dovedně a citlivě je pomoc poskytována; (4) jak snadno je dostupná a (4) jaký je rozsah, ve kterém přijatá pomoc neobsahuje negativní emocionální závazky pro příjemce (Rini & Dunkel-Schetter, 2010). Poslední charakteristika se odkazuje na zjištění, že obdržení sociální podpory může vést také k neúmyslným negativním důsledkům pro jejího příjemce. Může zažívat pocity trapnosti, závislosti, neschopnosti, se kterou je spjata nízké sebevědomí a obavy z nutnosti oporu oplácet (Dunkel-Schetter & Bennett, 1990; McClure, 2014). Nedávná studie Shanga a jeho kolegů (2020), která si vzala za cíl právě prozkoumání vztahu kvality a kvantity sociální podpory a PTG, nepoukázala na významný vliv kvality nebo kvantity na PTG, jejich společný účinek. Zato vysvětloval významnou část rozptylu ve změnách skóre u PTG. Pokud traumatizovaní dostávali velmi kvalitní sociální podporu (měřeno podle výše nastíněných kritérií), větší množství více přispívalo k PTG. Pokud byla ale poskytovaná podpora kvalitní málo, s množstvím se snižovalo skóre PTG. z toho plyne, že účinek kvantity obdržené sociální podpory může být podmíněn právě její kvalitou. s odkazem na studii Riniho a jeho kolegů (2010), Shang (2020) podotýká, že aby podpora poskytovaná sociálními intervencemi neškodila, je třeba aby se v dalších výzkumech, soustředila pozornost stejným směrem. Aby byla zohledněna

jak kvalita, tak kvantita poskytované sociální podpory a obě hlediska sociální podpory (její hrozba v podobě vztahu podřízenosti a závislosti přijímajícího i její výhoda pomocí poskytnutí zájmu, péče i instrumentální pomoci).

Xu a jeho kolegové (2019) zjistili, že sociální opora zprostředkuje vztah mezi reflektujícími ruminacemi a PTG.

Terapeut by rozhodně měl klienta během terapie podporovat v jeho sociálních vazbách, měl by s ním však také vést dialog o tom, jak jeho vztahy a forma podpory jimi poskytovaná, vypadají, co mu během terapie pomáhá a co ho naopak blokuje, ubližuje (Joseph, 2017).

4.5.4 *Náboženství a spiritualita*

V původních základních pěti doménách PTG podle Tedeshiho a Calhouna (1996) je poslední uvedena Změna ve spiritualitě. Na tzv. faktor spirituální změny se dříve v dotazníku PTGI ptaly pouze dvě položky v tomto znění „Mám lepší porozumění pro duchovní záležitosti“ (duchovní porozumění) a „Má náboženská víra je silnější“ (Tedeshi & Calhoun, 1996). o téměř dvacet let později se autoři rozhodli revidovat text tak, aby se kromě na otázky týkající se spirituality (která je pro určité národnosti nesnadno uchopitelná), tážal také po existenciálních změnách. Vznikl tak nový faktor Spirituálně existenciální změny, který kromě dvou výše zmíněných položek, byl obohacen o položky „Mám lepší představu o smyslu života.“, „Jsem schopnější lépe čelit otázkám života a smrti.“, „Cítím větší napojení na celou existenci.“ a poslední „Mám větší smysl pro harmonii se světem.“ Vznikla tak nová forma tohoto selfreferenčního dotazníku PTGI-X (Tedeshi et al., 2017).

Shrnující metaanalýza zabývající se vztahem spirituality, náboženství a PTG přinesla tři základní zjištění: (1) Náboženství a spiritualita lidem obvykle pomáhají při řešení traumatu; (2) traumatické zážitky mohou prohloubit náboženskou a spirituální stránku člověka; (3) pozitivní náboženský coping, otevřenost k náboženství, připravenost čelit existenciálním otázkám, účast na náboženských akcích a rituálech a vnitřní zbožnost člověka jsou pozitivně spojeny s PTG (Shaw et al., 2005). Níže jsou tato zjištění rozvinuta.

(1) Náboženství a spiritualita lidem obvykle pomáhají při řešení traumatu. Obracení se k náboženství představuje další ze strategií zaměřených na emoce. Náboženský coping má dvě podoby. Jedna je pozitivní a zahrnuje témata

spolupráce na Božím díle, přístupu k sociální podpoře od Boha a druhých a pohledu na smrt jakožto otevření cesty do nebeského života. Druhá, negativní, obsahuje sebeobviňování, zpochybňování náboženského přesvědčení nebo pocitu, že trauma je Božím trestem a že je Bůh opustil (Hebert et al., 2009). Konkrétní metody pozitivního náboženského copingu (v podobě modliteb, návštěv svatostánků a podobně) představují jeden z hlavních mediátorů mezi religiozitou a psychickým i fyzickým zdravím, neboť samy o sobě souvisejí s pozitivní adaptací na stres. Náboženství přispívá PTG tak, že pomáhá získat sociální oporu skrze příslušnost k dané komunitě, pocit intimity prožívaný s jejími členy a také oporu v tomto společenství. Náboženské komunity a religiozita obecně podporují proces hledání a tvoření smyslu, mohou totiž poskytnout interpretační rámec k jeho nalezení (Siegel et al., 2001), a také povzbuzují v osobní transformaci tím, že nabízejí odpuštění – pozitivní vztah mezi odpuštěním a PTG je zprostředkován právě náboženstvím a spiritualitou (Schultz et al., 2010). Rovněž pomáhají hledat nové životní směřování a náboženskou konverzi také nabízí konkrétní rituální podobu procesu osobní proměny. Krom toho náboženské zvládání napomáhá získávání pocitu kontroly nad situací (Pargament et al., 2000)

(2) Traumatické zážitky mohou prohloubit náboženskou a spirituální stránku člověka. Levine (2019) hovoří o své zkušenosti s traumatizovanými klienty, u kterých se, ve fázích léčby, kdy se klientům podařilo překonat děsivé symptomy PTSD, začaly spontánně objevovat překvapivé projevy extatické radosti, pronikavě jasného myšlení, snadného soustředění nebo všeobjímajícího pocitu jednoty a také niterné a trvalé prožitky soucitu, klidu a celistvosti. Levine vyslovuje domněnku, že je tomu tak proto, že se v lidech, kteří z těla vybijí traumatický stres, spouští vrozené samoléčebné a samoregulační procesy, které pokračují i po vyléčení z traumatu a zdravě vedou skrz prožitek k aktu cítění oživující síly – spirituální podstatě (Levine, 2019). Bylo také zjištěno, že lidé s PTSD se častěji přiklánějí ke své náboženské víře, než ti bez této diagnózy (Shaw et al., 2005).

(3) Pozitivní náboženský coping, otevřenost k náboženství, připravenost čelit existenciálním otázkám, účast na náboženských akcích a rituálech a vnitřní zbožnost člověka jsou pozitivně spojeny s PTG. Ukazuje se, že pozitivní náboženský coping je skutečně silným prediktorem PTG, obecné náboženské

zvládání oproti tomu vykazovalo vztah spíše slabší (Prati & Pietrantonio, 2009). Stejně tak míra otevřenosti vůči náboženským změnám v brzkých fázích vyrovnávání se s traumatem pozitivně souvisí s PTG (Calhoun et al., 2000) a lidé, jejichž náboženské přesvědčení je méně rigidní mají větší pravděpodobnost PTG (Seidmahmoodi et al., 2011).

Terapeut nesmí nikdy prosazovat určitý náboženský systém nebo směr uvažování. v terapii ale může být užitečné zkoumat náboženská a spirituální přesvědčení klienta (Masters, 2019). Terapeut měl by mít na paměti, že systémy víry stojí mimo rámec vědeckého zkoumání, a proto je třeba k nim přistupovat a vykládat je s mnohem větší otevřeností a zvědavostí (Shaw et al., 2005).

4.6 Jednotlivé terapeutické přístupy a metody

Účinnost psychoterapie v léčbě traumatu je výzkumně potvrzena (např.: Mavranouzouli et al., 2020). Psychoterapie pomáhá nejen v podobě akutního zlepšení, ale také v dlouhodobém horizontu účinnosti intervencí a redukce symptomů (Kline et al., 2018). Působení psychoterapie má i neurologické koreláty. Pro trauma charakteristická zvýšená aktivita amygdaly společně se sníženou aktivitou mediálního prefrontálního kortextu narušuje exekutivní procesy, zejména kognitivní kontroly zahrnující také emoční regulaci a řízení odezvy na podněty. (Thomaes, et al., 2014). Van der Kolk (2021) mediální prefrontální kortext nazývá „tzv. strážní věž, která nabízí pohled na dějiště z výšky“ (s.78) a říká, že právě ona signalizuje, že jde o planý poplach a pomáhá tak obnovit rovnováhu sympatického a parasympatického systému. Mediální prefrontální kortext je také silně spojený s cingulární kůrou, která má svoji aktivitu rovněž potlačenou. Díky ní kterému můžeme vnímat, kde fyzicky jsme a také koordinuje emoce a myšlení a celkově se tedy společně s prefrontálním kortextem podílí na našem vědomí (Vand der Kolk, 2021). Nedávný přehled Thomaese a jeho kolegů (2014) ukázal, že psychoterapie může napomoci vrátit tyto různé nervové aktivity do původního stavu před prožitým traumatem. Konkrétně psychoterapie (probíhající od čtyř do dvaceti týdnů) může snížit aktivitu amygdaly, zvýšit aktivitu prefrontální a cingulární kůry a také aktivitu hippokampu. Mimo to tento přehled ukázal, že dříve zmíněná farmakoterapie, může zase napomoci snížit strukturální abnormality mozku (především zvýšení objemu hippokampu o 4-10 % během 3-12 měsíců).

V současné době existuje několik různých terapeutických přístupů k léčbě traumatu. v roce 2017 uveřejnila Americká psychologická asociace seznam doporučených efektivních metod léčby PTSD. Je v něm uvedeno těchto sedm základních přístupů: prodloužená expozice; kognitivně-behaviorální terapie; kognitivně-procesní terapie; kognitivní terapie; krátká eklektická terapie; Desenzitizace a zpracování pomocí očních pohybů (EMDR) a narativní expoziční terapie (NET). Tyto intervence byly doporučeny jednou až dvakrát týdně a rozmezí trvání léčby se pohybuje od jednoho do třiceti týdnů (APA, 2017b). Kromě nich existuje ještě mnoho přístupů, jak se vypořádat s traumatem. Za zmínku určitě stojí přístupy pracující s tělem či imaginací, podpůrná psychoterapie a také v současné době experimentální metoda MDMA asistované psychoterapie PTSD (Thomaes et al., 2014).

V této práci představíme tři terapeutické přístupy k léčbě traumatu, které jsou doporučují APA. s ohledem na výzkumnou část a terapeutické výcviky terapeutů zde zmíníme rovněž psychoterapii traumatu zaměřenou na tělo se Somatic experiencing, Biosyntézou a Pesso Boyden psychomotorickou psychoterapii (PSBP) jako jejími představiteli, které jsou všechny ve svém základu orientované na práci s traumatem.

4.6.1 KBT

Kognitivně-behaviorální terapie se zaměřuje na analýzu a změnu myšlení a chování klienta. Společně s EMDR je nejsilněji doporučovaným přístupem k léčbě PTSD (Bisson et al., 2019; Forbes et al., 2020). Její účinnost při léčbě PTSD byla prokázána řadou studií (např.. Mendes et al., 2009; Kaczurkin et al., 2022) Příznaky PTSD KBT chápe jako podmíněná spojení, která vznikla v důsledku emočního silného dopadu traumatické události případně vzpomínek na ni u původně neutrálních podnětů, situací, činností, které se náhodně vyskytly synchronně s traumatem. Tyto podněty následně vyvolávají podmíněné reakce úzkosti a u člověka se formují podmíněné vzorce vnímání, chování a přesvědčení o světě i sobě samém (v podobě automatických negativních myšlenek). Aby se klient těmto nepříjemným pocitům vyhnul, vyhýbá se i podnětům, situacím, které jsou těm původně podmíněným i třeba jen vzdáleně podobné a dochází tak ke stále generalizovanějšímu vyhýbavému chování, které klienta v bludném kruhu udržuje (Vizinová & Preiss, 1999; Praško et al., 2001).

V terapii KBT se používá řada technik na prolomení tohoto bludného kruhu rozpojením podmíněných reakcí se stimuly. Těmito technikami jsou již zmíněná edukace o PTSD; expozice vůči traumatickým vzpomínkám; kognitivní restrukturační; relaxace; nácvik dovedností pomáhajících zvládnout situace s traumatem spojené (Vizinová & Preiss, 1999; Praško et al., 2001).

Co se týče změn v mozku, které KBT vyvolává, ukazuje se, že léčba KBT posiluje spojení mezi amygdalou a oblastmi mozku, které se podílejí na kognitivní kontrole a zlepšuje schopnost regulace emocí bottom-up (Shou et al., 2017).

4.6.2 EMDR

Desenzitizace a zpracování pomocí očních pohybů (EMDR) je integrativním přístupem, který v sobě kloubí především klasické prvky psychodynamického (volné asociace) a kognitivně behaviorálního přístupu (strukturovanost sezení, kognitivní restrukturační) společně s metodou bilaterální stimulace, která je pro metodu jedinečná a pomáhá klientovi snáze a rychleji zpracovat traumatické vzpomínky. Bilaterální stimulace může mít podobu rychlých očních pohybů ze strany na stranu, ke kterým je klient veden pohybem prstů či nějakého předmětu terapeuta. Kromě očních pohybů může být k bilaterální stimulaci použito střídavých zvukových, taktilních či motorických podnětů (Shapiro, 2017).

V základech metody stojí teoretický koncept tzv. adaptivního zpracování informací (AIP). Podle něj je člověku a jeho mozku vrozená schopnost vypořádávat se s náročnými životními zkušenostmi a docházet k adaptivnímu řešení, neboť součástí lidské podstaty je vnitřní sebeléčebný plán projevující se při kontaktu se stresovou událostí schopností spontánně se z ní uzdravit. Tato schopnost může stát bezradně u traumatických událostí, které jsou příliš zahlcující, příliš rychlé, příliš neočekávatelné a celkově příliš na náš systém a tuto událost tedy není možné zpracovat a dojít znovu do přirozené rovnováhy. Metoda EMDR pomáhá na vědomé úrovni zpřístupnit tyto nezpracované vzpomínky bez vyvolání intenzivního emočního náboje, který by znovu zabránil jejich zpracování. Pokud jsou vzpomínky takto vyvolány, může se jich znovu chopit adaptivní zpracování a sebeléčení se může dokončit (Shapiro, 2017; Vojtová et al., 2012).

Terapie EMDR se v poslední době používá stále častěji a v některých výzkumech vychází jako účinnější při snižování posttraumatických symptomů než tradiční KBT (Khan et al., 2018, Chen et al., 2015). EMDR se začíná používat také k léčbě dalších úzkostných poruch, OCD, poruch nálad, poruch příjmu potravy a experimentálně také k léčbě závislostí (Luber, 2016).

4.6.3 Narativní expoziční terapie

Narativní expoziční terapie představuje standardizovanou terapeutickou metodu léčby PTSD, která se doporučuje hlavně v komunitním prostředí, pro populace, které zažili mnohočetná traumatické události (nejčastěji se využívá pro uprchlíky) i pro jedince s komplexním či mnohočetným traumatem. Vychází z předpokladu, že příběh, který člověk vypráví a uvažuje o svém životě, nutně ovlivňuje jeho vnímání toho, co prožil i jeho celkovou životní pohodu. Právě vzpomínky na traumatické události pak tvoří rozsáhlé a vzájemně propojené sítě strachu, ve kterých dominují smyslově-percepční informace (uložené implicitně), a naopak chybí ostatní autobiografické informace. Cílem terapie je proto propojit tyto implicitní vzpomínky, které vyvolávají úzkost s jejich epizodickým kontextem a přestavit tak autobiografickou paměť do plnějšího obrazu. Během čtyř až dvanácti setkání proto terapeut s klientem nebo menší skupinou klientů nejprve vytvoří časovou osu jejich života a následně je nechá chronologicky vyprávět co se jim v životě událo. Důraz je kladen především na traumatické zážitky, vyprávění však neopomíná ani ty pozitivní a nastínění celého kontextu. Klientovi fragmentované traumatické vzpomínky jsou tak postupně doplňovány o další detaily, opomenuté skutečnosti a tvoří se tak souvislý a celistvý autobiografický příběh, což má za následek oslabení traumatických vzpomínek a jejich hlubší pochopení. Stejně, jako v jiných terapiích má klient během vyprávění svého traumatického zážitku, kdy znovu prožívá k němu náležející emoce, neztrácet spojení se současností. Děje se tak pomocí konstantního připomínání epizodických faktů události (její místo a čas) ve vztahu k emočním a fyzickým reakcím klienta. Tímto vyprávěním klient dochází k uvědomění si svobody, jak chce svůj životní příběh vyprávět, tvořit, což podporuje a formuje jeho pocit vlastní identity, sebeúcty a také uvědomění jeho základních lidských práv. Terapeut, který po dobu vyprávění nabízí své soucitné porozumění, aktivní naslouchání, terapeutické spojení a jednoznačně pozitivní respekt, pak na konci léčby klientovi dává jeho terapeutem sepsanou písemnou

autobiografii, která je pro mnohé klienty silnou motivací pro dokončení léčby (Lely et al., 2019; American Psychological Association, 2017b). Účinnost této terapie byla výzkumně potvrzena (Gwozdziewicz & Mehl-Madrona, 2013; Lely et al., 2019).

4.6.4 Terapie zaměřená na tělo

Terapie zaměřená na tělo nebo také body-psychotherapie představuje zastřešující pojem pro psychotherapeutické proudy, pro které je základní předpoklad, „že naše nejvnitřnější přesvědčení jsou ztělesněná a dokud nezačneme prožívat bolest přímo skrze tělo, budou ovládat náš život, i když jim mentálně rozumíme“ (Staunton, 2014, s.23). Body-psychotherapie zdůrazňuje jednotu a vzájemnou provázanost těla a duše. v rámci traumaterapie se pomocí těla dotýká v něm hluboko uložených traumatických vzpomínek (implicitní paměti). Její intervence v sobě mohou zahrnovat přímý dotek s klientovým tělem, ale mohou s tělem pracovat také pouze verbálně pomocí prohloubení prožívání a uvědomování si kontaktu.

Pravou je, že valná část body-psychotherapeutických směrů pracuje s tělem právě pomocí dotyku. u mnoha traumatizovaných klientů to však není možné (hlavně u těch, kterým trauma způsobil druhý člověk fyzickým ublížením), protože jim dotek připomíná konkrétní traumatizaci a může tak působit jako spouštěč. u jiných může dotek narušit křehký systém extrémního podráždění, nabuzení, což může vést k dekompenzaci. Proto se při terapeutické práci s tělem u traumatizovaných klientů dotek většinou nepoužívá a tělo je do procesu zahrnuto jinou formou. Nejčastější a velmi praktickou možností je práce na uvědomování si těla (Staunton, 2014). Uvědomování je v širokém pojetí možné definovat jako „vnímání či vědění, co se děje teď a tady“ (Joyce & Sills 2010, s. 39). Hlavní cestou, jak se dostat k tomu, co se děje v přítomném momentu je právě uvědomování si těla, neboť tělo je ze své povahy vždy v přítomnosti (Staunton, 2014). Abychom uvědomování si těla vymezili od uvědomování obecně, může použít definici „jasné a subjektivní uvědomování si tělesných pocitů povstávajících z podnětů, které jsou vyvolány vně i uvnitř těla“ (Rotchield, 2014, s.167). Uvědomování si vlastního těla rozhodně samozřejmé není, a to jak u traumatizovaných, tak u netraumatizovaných jedinců. v terapii traumatu mohou klienti z uvědomování si svého těla profitovat třemi různými způsoby (Staunton,

2014). Tyto tři způsoby Rotchieldová (2014) popisuje tak, že tělo může být ukazatelem, oporou a deníkem. Tělo jako ukazatel, identifikace a pojmenování somatických pocitů může pomoci v orientaci v tom, jak moc jsou dané části terapie či konkrétní intervence pro klienta náročné na zvládnutí, jaká míra nabuzení je s nimi spojena. Tělo jako opora, součást zmíněného kotvení se v přítomnosti a navracení se tak do většího bezpečí. Tělo jako deník, uvědomování těla může také pomoci identifikovat jednotlivé spouštěče posttraumatických reakcí a pomoci nastolit bezpečí vyhýbáním se jim ve fázi stabilizace, tak také rozplétání příběhu traumatické události ve fázi expozice (Rotchield, 2014).

Konkrétní terapeutickou metodou body-psychoterapie, která se přímo zaměřuje na práci s traumatem je **Somatic experiencing (SE)**. Peter A. Levine, který tuto metodu léčby traumatu vyvinul, vychází z přesvědčení, že lidé, stejně jako ostatní živočichové, mají vrozenou schopnost léčit se z traumatu. Pro člověka je těžké nechat léčení, které má podobu instinktivního chování, volně plynout, protože moderním životním stylem se člověk vzdálil od své přirozenosti. Právě blokace další fyziologické fáze, která nastává po traumatu, vede k příznakům PTSD, které jsou způsobené nedokončením události – nevybitím mobilizované energie z těla, nedokončením cyklu aktivace a následné deaktivace (Levine, 2011). To se může projevit tvz. znovupřehráváním, které je směřované buď dovnitř (v podobě psychických či tělesných symptomů způsobených potlačením energie) nebo ven (vzteky, agresivní chování, opakování situací velmi podobných té z traumatu). Znovupřehrávání v sobě zahrnuje tendenci k odplatě, vině, studu, zuřivosti, pocitu nespravedlnosti a mnohemu dalšímu. Ze své podstaty je nefunkční formou zvládání zadržené aktivace, ke které se traumatizovaný uchyluje proto, že poskytuje alespoň částečnou úlevu. Jde o nevědomé jednání. Aby mohlo dojít k vyléčení, musí člověk místo něj zaujmout strategii tvz. znovuvyjednání založenou na obrácení vědomé pozornosti na vnitřní prožívání, ve kterém se orientuje pomocí tzv. pociťovaného smyslu. Pociťovaný smysl je celek vnímané zkušenosti tvořený všemi možnými informacemi, které si o události, člověku, předmětu, člověk v dané chvíli uvědomuje i neuvědomuje a které na něj i tak působí. Pomocí pociťovaného smyslu se člověk může spojit se svými přirozenými instinkty. Terapeut se snaží klientovi pomoci tento pociťovaný smysl cítit, důvěřovat a naslouchat mu a postupně dle něj také jednat pomocí uvědomování si vlastního těla a signálů, které

vysílá. v průběhu terapie se klient dostává do většího kontaktu se sebou, sám na svém těle vnímá jednotlivé tělesné posuny (proměny pocíťovaného smyslu, po kterých následuje úleva – prožité pokročení v terapii), je schopen více rozumět i procítit jednotlivé aspekty traumatické zkušenosti a často se u něj v rámci sezení objevují zvířecí reakce třesu, přirozeného vybití naseknuté energie (Levine, 2019).

Biosyntéza. Biosyntézu v sedmdesátých letech minulého století založil David Boadella, v základech jeho metody stojí jeho vlastní zkušenost s traumatem, kterým byla smrt jeho dcery. Podle biosyntézy za následky traumatu stojí nedokončený fyziologický proces zbavení se velkého nabuzení, které v těle zamrzne a přetrvává i po opuštění traumatické události (Boadella, 2013).

Zdravé fungování vychází z neustálé pulzace mezi systémy tělově-emočního vnímání, pohybu a myšlení, vnímání, jejich flexibilní souhry. Tak je možné mít kontakt s tzv. *esencí*, která je ve středu procesu zrození a růstu. Esenci je poněkud těžké popsat. Jde o vnitřní zdroj, z něhož vychází vlastní léčivá síla mající schopnost integrace – v biologickém pojetí můžeme hovořit o regenerační a sebeúdravné síle buněk. Kontakt s ní dodává člověku jak sílu, tak také inspiraci i naději. Při traumatu dochází k fragmentaci, narušení propojeného a vzájemně se ovlivňujícího celku spolupráce jednání, prožívání a myšlení. Energie v těle má pak tendenci k nerovnoměrné distribuci a v některých částech tak může chybět a v jiných přebývat (například v aktivaci vegetativního systému) (Boadella, 2013)

Jedním ze základních schémat biosyntézy je tzv. Model životních polí. Obsahuje sedm polí – sedm základním prostorům pro terapeutickou práci. Pole jsou uspořádaná ve dvou kruzích. Vnější kruh představuje překážky, oddálení se od jádra kruhu – esence. Vnitřní kruh naproti tomu zahrnuje zdravé fungující oblasti napojené na sebeúdravné tendence obsažené v esenci. Jednotlivá pole se dělí na interpersonální a intrapersonální. Esence uprostřed pak představuje transpersonální jádro. Terapeutická práce spočívá v nahlédnutí a odstranění překážek vnějšího kruhu, aby se člověk mohl dostat k esenci, jež ho povede a bude léčit na fyzické, psychické i duchovní rovině. Postoj biosyntézy k léčbě traumatu se dá shrnout následovně: „Pochopit a poznat moment fragmentace, netlačit na obnovení fungování předčasně, ale dát čas na srůstání a znovupropojování. Tak, aby se opět mohla rozproudit pulzace“ (Lucká & Janečková 2017, s. 128).

Biosyntetická traumaterapie odmítá pracovat u traumatizovaných klientů s abreakcí, podrobné popsání traumatických vzpomínek nepovažuje za nutné a příliš nebezpečné co do retraumatizace. Během terapie se u klienta mohou objevovat návaly energie a tendence k jejímu vybití. v těchto případech terapeut s klientem nejprve prozkoumá, jaké jsou jeho tendence, jak by konkrétně chtěl energii vybit, jak emoci spřaženou s touto energií projevit. Společně hledají přijatelný způsob vybití této energie. Po realizaci vybití pak terapeut s klientem reflektuje, jaký byl prožitek, jak se jeho současné prožívání proměnilo. Na integraci tohoto prožitku musí být vyčleněn dostatečný čas, aby bylo kognitivní uchopení prožitého pro klienta srozumitelné, aby věděl, co se právě událo a proč. Tomuto postupu se říká *detonalizace* (Lucká & Janečková 2017).

Pesso Boyden psychomotorické psychoterapie (PSBP) je stále se vyvíjející terapeutickou metodou, kterou v polovině dvacátého století založili manželé Albert Pesso a Diana Boyden-Pesso. Tato metoda slouží k oslabení vlivu emočně vztahových konfliktů z dětského období na život dospělého člověka. Těžištěm práce je „navozování korektivní emoční zkušenosti pomocí cíleného a kontrolovaného použití scénických, dramatických a tělově kontaktních postupů“ (PSBP CZ, n.d.). PSBP staví na studiích mozku, které dokládají, že to, jaká je kvalita aktuálního mentálního i psychomotorického stavu, je dáno komplexní interakcí genetické výbavy a v paměti uložených celoživotních zkušeností daného člověka. Úkolem terapeuta je pomoci klientovi najít oporu pro zvládání aktuálních problémů pomocí pochopení komplexnosti. Cílem terapie je poskytnout klientovi psychomotorický zážitek (zahrnuje emocionální, fyzické i rozumové prožívání), který je novým záznamem v paměti klienta. Nejde tak o pouhé vytvoření korektivní zkušenosti, ale i o její uložení v paměti. Obojí zprostředkovává terapeut, který „věří, že jeho prostřednictvím může být klientovi kompenzováno to, čemu se mu nedostávalo v jeho historii“ (str.123). Léčivý vztah probíhá mezi klientem a tzv. ideální postavou, ta klientovi nepřináší náhradní uspokojení za to, co bylo v minulosti špatné, ale ukazuje mu, že události v minulosti mohli proběhnout lépe (Pesso et al., 2009). To klientovi umožňuje odprožít neuspokojené potřeby a integrovat do vzpomínek na ně i právě onu možnost, že mohl zažít šťastněji, naplněněji, laskavěji. Tento specifický druh korektivní emoční zkušenosti, která se

v PSBP nazývá antidotum, se vepisuje do klientovi tělové paměti a tvoří tak protiváhu k negativním až traumatickým vzpomínkám (Perquin, n.d).

5 Možnosti facilitace PTG

5.1 *Přístupy k facilitaci PTG v terapii*

Většina starších i aktuálně probíhajících výzkumů zkoumá PTG u lidí, kteří neprošli procesem individuální (a často ani žádné jiné) terapie. Přesto je zde už od brzkých začátků zkoumání PTG přesvědčení, že terapeut může klientův růst podpořit. Je třeba zdůraznit, že jde o podpoření. Růst se dostavuje u lidí v průběhu jejich vypořádávání se s traumatickým zážitkem přirozeně bez ničeho vyzvání (Mareš, 2012). k růstu, který je doprovázený poklesem posttraumatické symptomatiky, dochází v terapii nezávisle na tom, zda terapie koncept PTG přímo oslovuje jako terapeutický proces nebo ne (Nijdam et al., 2018). Terapeut však může tento růst, ke kterému již dochází, pojmenovat, přesunout na něj větší pozornost během sezení. Také napomoci tomu, aby se růst rozvíjel dál a třeba i v jiných oblastech, než v jakých jej klient již pozoruje (Mareš, 2012). Kromě facilitace růstu může terapeut také růst inhibovat, například pokud klienta příliš tlačí k tomu, aby už došel nějakému porozumění, i když u klienta zážitek porozumění ještě vůbec nepřišel. Terapeut by měl mít na paměti, že změny, ke kterým po traumatické zkušenosti může docházet, jsou ze své podstaty věci prožitku, a ne plodem vysezeného intelektuálního úsilí. Obecně se dá říct, že co se facilitace PTG ze strany terapeuta týče, menší vedení či tlak je rozhodně lepší než větší (Tedeschi et al., 2015).

Bohužel zatím ještě nebyl proveden dostatek studií, které by sledovaly účinnost intervencí přímo podporujících růst (Roepke, 2015). Výzkumy zatím ukázaly pozitivní vztah mezi PTG a na všímavost založenými intervencemi, kognitivně-behaviorálními intervencemi zaměřenými na zvládání stresu a také obecně na změnu chování zaměřenými intervencemi (Li et al., 2020). v posledních letech se ale objevují nové pilotní studie, které naznačují, že intervence na růst zaměřené růstu spíš pomáhají, než škodí a aktivita terapeuta v tomto směru by tedy rozhodně neměla být na škodu (Roepke, 2015).

5.1.1 *PTG-based (na PTG založený) přístup a odborné doprovázení*

Calhoun a Tedeschi (1999) brzy po představení konceptu PTG vydali knihu s názvem *Facilitating Posttraumatic Growth: a Clinician's Guide*, ve které nastínil 4 základní intervenční principy, činnosti terapeuta, které růstu napomáhají: (1)

navození bezpečí a jistoty, pod kterým chápou terapeutický vztah, podporu klienta v zapojení do jeho sítě mezilidských vztahů (sociální opora) a práci na osvojování nových účinných copingových strategií; (2) proces desenzibilizace, která pomáhá klientovi zvládat stavy přílišného nabuzení; (3) vedení klienta k vyprávění příběhu svého traumatu, aby se propojily útržky traumatických vzpomínek do celkového obrazu toho, co se vlastně stalo; (4) (re)konstruování klientova pohledu *na sebe a svět* kolem, během kterého je klient nabádán k tomu, aby svůj životní příběh převyprávěl se zahrnutím traumatické události a následného dění okolo jejího zvládnutí a současného stavu věcí (Calhoun & Tedeshi, 1999). Kromě těchto čtyř oblastí Calhoun s Tedeshim podotýkají, že terapeut by měl být také srozuměn s fenoménem pozitivní iluze, o kterém jsme již pojednali, aby mohl tuto neškodnou kognitivní distorzi nechat probíhat a iluzi nerozporoval, nedával najevo svoji skepsi. Terapeut by neměl téma růstu po traumatu do terapie vnášet sám, měl by počkat, až klient dosáhne alespoň částečného vybalancování svých symptomů a přijde s pocity, uvědoměními a podobně, které jsou konkrétními podobami klientova růstu. Až pak by měl klientův růst pojmenovat a může jej i seznámit s modelem PTG, aby viděl, v jakých všech oblastech si může růstu povšimnout (Tedeshi et al., 2015). Měl by klientovi také zdůraznit, že růst není něčím, co by přinášelo samotné trauma, ale že je výsledkem jeho aktivního zápolení s následky traumatu. To, že se klientem přinesené PTG do konzultace stane tématem a že jsou jednotlivé pozorované oblasti růstu pojmenovány a klient se u nich může zastavit, může samo o sobě podpořit růst. Calhoun s Tedeshim říkají, že velmi opatrná a jemná míra jistého pobídnutí klienta vpřed k růstu může být vhodná i ve chvílích, kdy růst ještě klient sám nereportuje. Tato pobídka by měla být podána bez terminologie růstu spíš jako přesunutí pozornosti na pozitivní aspekty klientova života, které už možná začíná prožívat, pozornost jim ale ještě sám nevěnoval (Calhoun & Tedeshi, 1999; Tedeshi et al., 2015).

Nyní, víc než 20 let od sepsání této knihy, stále rozvíjejí Tedeshi a Moore (2020) přístup k terapii traumatu, který z PTG přímo vychází. Nejde o nový ucelený terapeutický směr, ale o soubor doporučených intervencí, relevantní přístup k těm klientům, kteří zažili různé formy traumat, krizí (= nejenom PTSD) kvůli nimž je v terapii nutná rekonstrukce jejich přesvědčení, smyslu, významů a životního narativu. Tedy oblasti svojí povahou patřící převážně do integrační fáze

terapie, které jsou v klasických terapiích často opomíjeny. Tento přístup má integrativní povahu. Jsou v něm obsaženy prvky:

a) kognitivně-behaviorální (práce s jádrovými přesvědčeními – kognitivní zpracování, psychoedukace, učení relaxačních technik);

b) narativní (vyprávění příběhu traumatu, expresivní psaní, převyprávění svého života se zahrnutím traumatu vedoucí ke změně perspektivy a možnosti zakomponovat traumatickou zkušenost do nově vytvořených přesvědčení o světě);

c) existenciální (kladení si existenciálních otázek týkajících se spravedlnosti, životního smyslu, života a smrti – logoterapeutické intervence);

d) interpersonální (nápomoc při budování sociální opory, obnovování důvěry). Tyto prvky mají co nejvíc napomáhat vytvořit vztah tzv. **odborného doprovázení** (expert companionship) mezi klientem a terapeutem (Tedeschi & Moore, 2020). Odborné doprovázení je pojem vycházející znovu z Calhouna a Tedeshiho a odvíjí se z myšlenky, že co do povahy vztahu je určitý překryv mezi tím, jak se člověk cítí s nejlepším přítelem a jak v nejlepším terapeutickém vztahu. Jde o terapeutovu trpělivost, zájem, aktivní naslouchání, vyjádřené a cítěné pochopení, autenticitu, schopnost unést klientovi emoce a umět pracovat s těmi, které se v průběhu terapie objeví i u něj samotného (Tedeschi & Calhoun, 2006). a právě tento typ vztahu se ukazuje jako nejvíc podporující klientův PTG. Terapeut, který odborně doprovází, si musí být vědom toho, jak za sebou přirozeně následují jednotlivé fáze procesu PTG podle modelu právě Calhouna a Tedeshiho a identifikovat, ve které fázi se klient nachází a jaká intervence je pro něj nyní vhodná. Model Calhouna a Tedeshiho jsme popsali výše, proto jen stručně shrňme: narušení jádrových přesvědčení vede k emočnímu distresu a intruzivním ruminacím, pokud klient začne zvládat svůj emoční distres, posouvá se k záměrným, reflektujícím ruminacím, které emoční distres dále snižují a klient se začíná svěřovat, odhalovat sobě i terapeutovi stále větší kusy obrazu traumatu. Díky reflektujícím ruminacím také dochází ke změně narativu a výsledného přijetí nových přesvědčení o světě, což má za následek PTG (Calhoun et al., 2010; Tedeschi et al., 2015; Tedeschi & Moore, 2020; Tedeschi & McNally, 2011).

V základech jednotlivých intervencí stojí terapeutovo přesvědčení, že klient může vyrovnáváním se s traumatem dojít dál než jen k redukci distresu a dalších

negativních symptomů. Terapeut PTG-based přístupu si je vědom toho, že kam klient dojde, jak v jeho konkrétním případě bude růst vypadat, je ryze individuální a částečně nepředvídatelné. Součástí jeho spolupráce s klientem je tedy z velké části trpělivost a ochota s klientem přicházet na jeho nové uchopení světa, jeho jedinečný proces transformace. Konkrétní intervence vycházejí z již používaných technik a některé jejich části jsou pro PTG – based přístup výlučné. PTG-based přístup jde snadno integrovat do tradičních terapeutických směrů a může být tedy přístupným obohacením terapie (Tedeschi & Moore, 2020; Calhoun et al., 2010). Níže je stručně představíme.

Psychoedukace o reakci na trauma a PTG zahrnuje vysvětlení, jak a na základě čeho se symptomatika u klienta vyvíjí. Dále zdůraznění, že nejde o to, že by klient sám byl špatný, ale že se mu „pouze“ něco špatného stalo (normální reakce na nenormální situaci), což pomáhá klientově sebepřijetí a snižuje to jeho úzkosti ze symptomů. Část psychoedukace, specifická pro tento přístup, je ve vysvětlení, že narušení základních přesvědčení a jeho následné přehodnocování může vést k pocitu lepšího života, než jaký měl klient před traumatem. To klientovi napomáhá vidět smysl ve svém zápolení

Nápomoc při hledání efektivní **emoční regulace** v sobě zahrnuje tradiční přístupy i otevřenost pro poměrně nové metody, které se klientům po traumatu osvědčují (meditace, jóga, ...). Důležité je podporovat klienta v tom, aby experimentoval a nacházel si ty strategie, které mu budou vyhovovat nejvíce.

Klientovo **odhalování** se v tomto pojetí není tolik zaměřené na konkrétní traumatickou událost, ale spíš na důsledky, jaké událost má na klientův systém jádrových přesvědčení. Trauma je tak pojmáno nikoli jako centrální bod terapie, ale jako katalyzátor transformativního terapeutického procesu, na který je dán důraz. Terapeut může k tomuto přesunutí pozornosti z události na její zvládnutí klienta jemně vést a vracet ve chvílích, kdy je třeba. Klient je také podporován v tom, aby byl otevřenější ke svému okolí, aby sám sebe nestigmatizoval a nepodporoval u sebe pocit vydědění.

Při práci s **narativem** je vyzdvíženo, že převyprávěním traumatu terapeutovi terapie rozhodně nekončí. Terapeut klientovi pomáhá skládat střípky jeho rozbitého obrazu světa a sebe před událostí a po ní. Tvoří se tak nový systém přesvědčení založený na souvislém příběhu života klienta a nových perspektivách

směřování, které se mu otevírají. Orientace je na budoucnost (Tedeschi & Moore, 2020; Tedeschi & McNally, 2011).

Jako shrnutí PTG-based přístupu pro klinickou praxi terapie traumatu Calhoun a jeho kolegové udávají těchto pět bodů:

1. Buďte si vědomi možnosti PTG od začátku terapie traumatu.
2. Zdůrazněte a prozkoumejte společně s klientem náznaky PTG, pokud se začnou v klientově příběhu samy objevovat.
3. PTG není způsobem, jak eliminovat distres z traumatu.
4. Zaměření se primárně na redukci symptomů pravděpodobně růst spíš zpomalí (Calhoun et al., 2015).

5.1.2 Model THRIVE

V této práci často zmiňovaný psychoterapeut Stephen Joseph vytvořil na základech svých pozorování a praxe s traumatizovanými klienty soubor cvičení a myšlenek, která mají za cíl pomoci lidem zvládat posttraumatický stres a tvořit oporu pro směřování k PTG. Samotný název THRIVE (prospívání) vznikl složením iniciál šesti stádií neboli směrovek, které model tvoří. Každá směrovka obsahuje doporučení na určitá cvičení, která mají klientovi pomoci rozšířit repertoár jeho chování. Tato doporučení většinou vycházejí z poznatků pozitivní psychologie. Mezi jednotlivými stádii člověk postupuje právě tím, že se naučí něco nového a může jimi procházet buď sám anebo doprovázen svým terapeutem (pokud má klient problém osvojit si dovednosti první směrovky i tři a více měsíců od začátků úsilí, je dobré vyhledat raději odbornou pomoc). Nyní stručně nastíníme jednotlivá stadia společně s doporučeními dle Josepha (2017):

1. **Připravit si zásoby** (Taking stock). První směrovka je budování a opečování zdrojů (jídlo, spánek, fyzická aktivita, relaxace, pravidelný režim, dopřát si příjemné věci), zajištění bezpečí (fyzické bezpečí i odborná péče), jak je popsáno v kapitole věnované stádiím terapie traumatu. Krom toho jsou zde ale také doporučení jako „*buďte k sobě soucitní*“, které znamená naučit se k sobě přistupovat s laskavostí, vřelostí a porozuměním a postupně tak vytvořit protiváhu ke kritickému vnitřnímu hlasu, který obviňuje a přiživuje pocit oběti. Pokud se klient naučí být k sobě dostatečně soucitný, pomůže mu to tišit poplašnou reakci ve jeho těle, která se objevuje nepřiměřeně často. „*Buďte si vědomi spouštěčů*“ zase

klienta učí, jak se zorientovat v reakcích vlastního těla na konkrétní stimuly a navrácí tak alespoň částečný pocit kontroly a srozumitelnosti. „*Vyhybejte se vyhybání*“ je zůstávání v kontaktu s emocemi např. pomocí přehnané práce, alkoholu a jiných drog. Doporučení „*Nekriticky pozorujte své reakce*“ vede k opuštění od hodnocení vnitřních procesů k jejich pozorování a větší všímavosti. „*Čelte traumatickým vzpomínkám a emocím*“ – pokud se klient už dostává do bezpečného bodu s vybudovanými zdroji a předchozími kompetencemi, je třeba, aby se nepříjemným vzpomínkám a emocím nevyhýbal, ale vědomě k nim přistupoval a byl s nimi. „*Bud'te ve spojení s druhými lidmi.*“ odpovídá již zmíněné sociální opoře. „*Nalad'te se na své emoce*“ je porozumění, rozlišení svých emocí a vnímání těla jakožto dobrého zdroje informací o emocích. „*Přemýšlejte o tom, jak vás emoce ovlivňují*“ v sobě zahrnuje uvědomění, jak emoce ovlivňují naše chování a jednání, třeba jestli vztek či smutek spouští typický vzorec chování. „*Zaměřte se na to, co můžete dělat a na tom stavte*“ navádí k přesměrování pozornosti z toho, co klient ještě nedovede na to, co úspěšně zvládá a co v dané chvíli se situací může udělat. „*Smějte se a usmívejte*“ i když se to zdá křečovitě, může ve výsledku způsobit zlepšení nálady nebo také zvýšení přívětivosti lidí kolem. „*Poučte se z minulosti*“ je hledání toho, co dříve v náročných situacích pomáhalo, fungovalo.

2. **Sklízet naději** (Harvesting hope). Pokud je klient beznadějný, co se týče jeho stavu, pravděpodobně u něj k žádné změně k lepšímu nedojde. Proto je dobré klienty k naději vést tak, aby sami chtěli naději mít. Naděje totiž dává vznik třem pozitivním způsobům myšlení: stanovit si cíl a díky němu hledět do budoucna, najít a udržet si motivaci k jeho dosažení (proaktivní myšlení) a také najít cestu, jak jich dosáhnout (směřování). v tom mohou pomoci tato doporučená cvičení. „*Nepodceňujte sílu naděje*“ - naděje člověka motivuje, a tak samotnou změnu umožňuje. „*Pamatujte si: máte-li naději, neznamená to, že je vám to jedno*“ – často se hlavně u pozůstalých objevuje domněnka, že pocit naděje je jakýmsi zneuctěním památky zemřelého. Proto je třeba, aby si klient uvědomil, že naděje a truchlení mohou být vedle sebe. „*Hledejte inspiraci v příbězích osobního růstu*“ – ať už známých osobností nebo lidí v klientově okolí. „*Začněte uvádět naději do praxe*“ - rozdělit si hlavní cíl a cíle dílčí, kterých je možné snadněji dosáhnout a pocítit, jak se člověk posouvá a že se tedy některé změny už dějí. „*Používejte zázračnou otázku*“ – jde o techniku pocházející ze systemické psychoterapie, kdy terapeut

pomáhá klientovi si ujasnit, jaké jsou cíle, kterých by chtěl dosáhnout tak, že mu položí otázku: *Představte si, že spíte a během toho co spíte, se stane zázrak a jeho problém přestal být problémem. Když se ráno probudíte, podle čeho poznáte, že v noci došlo k zázraku?* „*Využijte svou sociální oporu*“ – některé vztahy pomáhají více než jiné udržovat a přiživovat naději, těmi by se měl klient během zápolení s následky traumatu obklopit. „*Hleďte do budoucnosti*“ – klient je takříkajíc veden k tomu, aby snil, představoval si, čeho chce dosáhnout, a to co možná nejživěji a nejkonkrétněji.

3. **Stát se znovu tvůrcem svého života (Re-authoring).** To, jak o sobě člověk uvažuje, ovlivňuje, jak uvažuje o dalších tématech a jak jedná. Je důležité, aby o sobě klienti po traumatické zkušenosti neuvažovali jako o oběti, ale jako o přeživším či ideálně o prospívajícím. „*Kultivujte růstové myšlení*“ – růstové myšlení v sobě obsahuje přesvědčení, že změna je možná a také odvahu dívat se na svůj život a jeho události z různých perspektiv, být za svůj život odpovědný. Umět jej převyprávět a pokračovat v něm dle vlastní upřímnosti k sobě i libosti. „*Metafory používejte moudře*“ – převyprávět životní příběh může usnadnit použití metafor jako nástroje k přemýšlení o tom, co se člověku stalo a děje. v jejich užívání by měl člověk volit, podle toho, zda ho daná metafora svazuje anebo naopak ho činí svobodnějším a mocnějším, což může napomoci růstu. „*Expresivní psaní*“ – doporučené je psát každý den po dobu deseti minut o tom, co klienta trápí a zkoušet psát pokaždé trochu jinak, z jiného úhlu pohledu. Nebo napsat dopis, který se nikdy neodešle adresovaný komukoli nebo pohádku. Přemýšlením o napsaném mohou vyvstávat nové myšlenky a nové způsoby jak svůj život uchopit.

4. **Identifikovat změnu (Identifying change).** Pozitivní změny většinou bývají nejprve malé a klient si jich často ani nevšimne. Je třeba, aby byla pozornost obrácena i tímto směrem a aby klient aktivně vyhledával příležitosti pozitivní změny. „*Ved'te si deník o tom, co se daří*“ – podobně jako na expresivní psaní si každý den vyhradit deset minut během kterých klient zreflektuje to dobré ze dne. Mohou to být třeba jen okamžiky, kdy se lépe cítil nebo nějaké pozitivní myšlenky. k těmto záznamům se pak může klient vracet, připomínat si dobré momenty a také vnímat, jak se jeho růst prohlubuje.

5. **Ocenit změnu** (Valuing change). Pokud už změnu umí klient identifikovat, může u ní pozorností zůstat a řádně ji ocenit, aby ji potvrdil a podpořil. Je dobré, aby si klient pravidelně dal čas na zamýšlení se nad svými cíli, hodnotami a tím, co mu připadá smysluplné. Pak to konfrontoval se svým životem a rozhodl se a vymyslel, jak rozdíl mezi tím, jak by svůj život chtěl žít, co dělat, s kým se vídat a tím, jak jej žije, umenšil. „Cvičte vděčnost“ – každý den se má klient během pěti minut zastavit a uvědomit si, za co je dnes životu vděčný a také nad tím, jak velký právě cítí vděk. „Představte si ztrátu“ – ač to může být bolestné, může to klientovi pomoci cítit vděk za to, co už má, tím že se zastaví u představy, jaké by to bylo, kdyby o to rázem přišel.

6. **Převádět změnu do praxe** (Expressing change in action). Poslední směrovka je, jak může být růst vidět i navenek, když se z myšlenek převede do konkrétního chování. Klient by se měl zamýšlet nad tím, čím se už jeho růst projevuje, jaký dopad na chování má například to, že sám sebe již víc přijímá, má cíl, ke kterému směřuje jakožto autonomní lidská bytost. Také si může plánovat, jak své nové silné stránky a dovednosti využije v dalších dnech, protože už je pánem svého života (Joseph, 2017)

6 Cíl výzkumu

V literárně přehledové části diplomové práce byla přiblížena komplexnost psychoterapie traumatu, pojem posttraumatického růstu a možnosti jeho facilitace. Studie mapuje to, jaká je zkušenost terapeutů s posttraumatickým růstem jejich klientů v individuální psychoterapeutické praxi. Účelem výzkumu je zjistit, jak terapeuti k terapii traumatu přistupují, jak posttraumatický růst konceptualizují, v jaké podobě se s ním setkávají a jak jej mohou ve své terapeutické praxi ovlivnit, ideálně jak mu mohou pomoci se rozvinout. Hlubší porozumění této problematice může být inspirací pro terapeuty připravující se na výkon své profese i pro ty, kteří jsou již praktikující.

6.1 Výzkumné otázky

Pro potřeby našeho výzkumu bylo široké téma zkušenosti terapeutů s posttraumatickým růstem jejich klientů v rámci individuální psychoterapie zúženo na tři základní oblasti. Ty kopírují čtyři výzkumné otázky, které zní následovně:

Výzkumná otázka 1: Jaké jsou podle oslovených terapeutů cíle terapie zahrnující trauma klienta?

Výzkumná otázka 2: Jak terapeuti posttraumatický růst konceptualizují?

Výzkumná otázka 3: v jaké podobě terapeuti posttraumatický růst ve své praxi pozorují?

Výzkumná otázka 4: Jak lze dle terapeutů posttraumatický růst klientů v rámci individuální terapeutické praxe ovlivnit?

7 Výzkumný design

7.1 *Kvalitativní šetření*

Předkládána studie se zabývá zkušeností terapeutů s posttraumatickým růstem svých klientů. Cílem výzkumu je prozkoumat perspektivu terapeutů, porozumět jeho uvažování o tomto tématu, jeho jedinečném prožitku, smyslu a záměru jeho terapeutických intervencí. s ohledem na záměr výzkumu byl proto zvolen kvalitativní přístup, který umožňuje získání bohatých detailních informací, které pocházejí z osobní zkušenosti s daným tématem. Jeho cílem je porozumění podstatě daného jevu a usilování o pochopení všech relevantních souvislostí, které jsou s ním spjaté. Na rozdíl od kvantitativního přístupu je tedy orientovaný holisticky (Mišovič, 2019).

Výhodou kvalitativního výzkumu je jeho pružnost. v průběhu výzkumu je totiž možné nejen doplňovat a upravovat výzkumné otázky, ale také vytvořit nové hypotézy a modifikovat rovněž celý výzkumný plán. Fáze sběru a analýzy dat probíhají současně a navzájem se prolínají a ovlivňují. To vede výzkumníka k opětovnému přezkoumávání jeho dílčích oblastí zájmu, domněnek a závěrů. Může kdykoliv své další kroky upravit dle nových zjištění a přizpůsobit se tam různým změnám směru zájmu. (Hendl, 2016) Výzkumník je tedy v neustálé živé interakci s předmětem výzkumu. Aby jeho pohled na problematiku byl dostatečně hluboký, musí být velmi citlivý k jemným rozdílům v datech i ve způsobu jejich získávání a také dostatečně otevřený k průběžným změnám i velkým obrátům v původních hypotézách (Mišovič, 2019).

7.2 *Metoda a průběh sběru dat*

Jelikož je cílem výzkumu prozkoumat lidskou zkušenost a porozumět jí do hloubky, zvolili jsme jako formu rozhovor, konkrétně polostrukturovaný rozhovor. Polostrukturovaný rozhovor v sobě zahrnuje výhody plně strukturovaného rozhovoru v podobě připravených otázek pokrývajících všechny hypotetické oblasti zkoumání a zároveň výhody volného neformálního rozhovoru, který umožňuje doptávání se, ověřování správného porozumění a flexibilního proměňování pořadí otázek či doplňování otázek nových, které v průběhu rozhovoru vyvstanou (Miovský, 2009). Polostrukturovaný rozhovor dovoluje výzkumníkovi zaměřit svou pozornost na to, na co v daný moment potřebuje.

Zároveň tento typ rozhovoru oproti striktně dané osnově otázek nebrání výzkumníkovi přizpůsobit se osobnosti a naladění respondenta a může tak vést k větší důvěrnosti rozhovoru, díky které se objevují i témata, která by jinak zůstala skrytá (Mišovič, 2019).

Sběr dat probíhal v první polovině roku 2022. Mapování vhodných respondentů začalo v lednu, oslovování respondentů v únoru, první rozhovor se uskutečnil v dubnu a poslední v květnu. u rozhovorů byla preferována osobní forma kvůli vytvoření důvěrného prostředí. Šest rozhovorů proběhlo v ústraní na pracovišti respondentů. Tři rozhovory byly uskutečněny pomocí online platformy Zoom. o tom, zda se rozhovor bude konat v online prostředí nebo osobně rozhodovala pracovní vytíženost respondentů a místo jejich pobytu. Nejkratší rozhovor trval 55 minut a nejdelší 120 minut. Všechny rozhovory byly s předem domluveným souhlasem respondentu nahrány pomocí diktafonu a data byla fixována v audio podobě. v průběhu rozhovoru tak výzkumník mohl být plnou pozorností u respondenta, případné zapsané poznámky během rozhovoru sloužily pouze pro účely dalšího doptávání se. Rovněž bylo sdělení respondenta takto zachyceno v plné podobě i s paraverbálními aspekty.

7.3 Charakteristika výzkumného souboru

Nejprve byla určena kritéria, která musí respondenti – terapeuti splňovat. Tato kritéria vycházela z kritérií řádného členství v České asociaci pro psychoterapii (ČAP), kterými je magisterský titul humanitního zaměření a dokončený komplexní terapeutický výcvik uznaný ČAP nebo Českou psychoterapeutickou společností. k tomu byl přidán požadavek, aby měli ve své praxi klienty, se kterými zpracovávají trauma a ideálně se oblastí terapie traumatu dospělých sami zabývali. Na základě těchto kritérií bylo osloveno dvacet šest terapeutů. Bohužel se z těchto dvaceti šesti oslovených terapeutů povedlo domluvit pouze s pěti. Byl proto zmírněný nárok na dokončený terapeutický výcvik tak, že stačila pouze dokončená jeho sebezkušnostní část. Díky tomu bylo osloveno dalších osm terapeutů a se třemi z nich se povedlo rozhovor provést. Jeden terapeut se přihlásil sám na výzvu sdílenou na profesní facebookové stránce. Respondenti byli dopředu seznámeni s cílem výzkumu a byly jim dopředu poslány okruhy otázek, aby se na rozhovor mohli připravit, pokud chtějí. Ti, kteří projeví zájem dozvědět se více o podobě výzkumu, dostali informace o způsobu, jakým budou

data vyhodnocována, kdo diplomovou práci vede a bylo jim odpovězeno na jejich další otázky.

Výzkumný soubor tvoří devět terapeutů – šest žen a tři muži. Co se týče profesního vzdělání, účastníci výzkumu nejčastěji absolvovali obor Psychologie, jeden z respondentů v kombinaci s adiktologií. Dva respondenti mají vzdělání jiné, jeden v oboru Sociální práce a politika a druhý v oboru Andragogika. Terapeuti absolvovali různá množství terapeutických výcviků, od jednoho až po šest terapeutických výcviků. Jednotlivé terapeutické výcviky jsou uvedeny v následující tabulce, která také uvádí délku jejich terapeutické praxe. Všichni respondenti jsou české národnosti.

Anonymizované označení respondenta	Vysokoškolské magisterské vzdělání (vyšší vzdělání uvedeno v závorce)	Terapeutický výcvik	Délka praxe
Respondent 1	Psychologie	KBT Schematerapie	5 let
Respondent 2	Psychologie (PhDr.)	Daisenanalýza	17 let
Respondent 3	Sociální práce a politika	Integrativní na tělo zaměřena psychoterapie Satiterapie	12 let
Respondent 4	Psychologie	Hlubině dynamický s orientací na trauma	5 let
Respondent 5	Psychologie	Daisenanalýza	6 let
Respondent 6	Psychologie (doc. PhDr.)	Psychoanalytický výcvik	22 let
Respondent 7	Andragogika	Gestalt Biosyntéza PSBP	25 let
Respondent 8	Psychologie Adiktologie	Daseinanalýza Biosyntéza	5 let
Respondent 9	Psychologie	Psychoanalytický výcvik Rodinná terapie SUR Integrativní práce s tělem Biosyntéza PBSP	30 let

Tabulka 1 - Údaje o respondentech

7.4 *Metoda zpracování a analýzy dat*

Pro převedení nahraných rozhovorů do textové podoby byla použita metoda doslovné transkripce. Tato metoda je časově velmi náročná, umožňuje ale zachytit obsahové a tematické aspekty dat (Mišovič, 2019). Výroky respondentů byly přepsány přesně tak, jak v rozhovoru zazněly v hovorové formě jazyka, aby byla zachována autenticita projevu respondentů. Zaznamenány byly také výrazné neverbální projevy jako je smích nebo dlouhé pauzy. Tento datový korpus byl vytvořen v programu Microsoft Word a jednotlivé rozhovory byly anonymizovány.

S ohledem na cíle výzkumu a výzkumné otázky byla zvolena tematická analýza, metoda, která slouží k identifikaci, analýze, organizování i následnému reportování témat (vzorců významů), která se uvnitř dat objevují. Umožňuje přinést zprávu o zkušenosti s realitou a významech, které v ní respondenti spatřují. Lze tak nejenom reflektovat realitu, ale také se dostat do její povrch. Výhodou tematické analýzy je, že není svázána s žádnou apriorní teorií a umožňuje tak výzkumníkovi velkou volnost a flexibilitu při zpracovávání dat (Braun & Clarke, 2006).

V souladu s fázemi tematické analýzy autorek Braun a Clarke (2006) jsme ve výzkumu postupovali takto:

První fází bylo seznámení se s daty. Bylo třeba se prozkoumat data do té míry, aby byl výzkumník obeznámený s hloubkou i šířkou jejich obsahu. Toho bylo docíleno pomocí opakovaného čtení, kterému předchází výše zmíněná transkripce dat. Během opakovaného čtení i samotné transkripce výzkumník označoval části textu, které zachycovaly zajímavé vzorce, významy, které pak byly základem budoucích témat. Bylo tak učiněno pomocí funkce komentářů v programu Microsoft Word.

Druhá fáze byla o generování počátečních kódů. Transkribovaná data byla přenesena do programu MAXQDA 11 pro snazší práci s kódy. Kódy pomohly identifikovat rysy dat, zajímavé základním segmenty textu a umožnili tak organizovat sesbíraná data do smysluplných skupin. Okódován byl celý soubor a počátečních kódů bylo zachyceno co nejvíce.

Ve třetí fázi byla identifikována témata. v dlouhém seznamu vygenerovaných kódů výzkumník hledal možné způsoby jejich kombinací tak, aby se mu povedlo vytvořit témata, která je budou zastřešovat. Tomu napomohla

možnost vytvářet hierarchii kódů v programu MAXQDA 11. Došlo tak k posunu na vyšší úroveň abstrakce, byly rozlišeny různé úrovně témat – témata a jejich podtémata.

Čtvrtá fáze byla přezkoumávání potenciálních témat. Identifikovaná témata byla revidována, což mělo za následek jejich slučování, přeskupování či odstraňování. Výzkumník se v této fázi opakovaně vracel k počátečním kódům, které pod jednotlivá témata zahrnul a ověřoval si, jak dobře si odpovídají i ve vztahu k celému datovému souboru.

V páté fázi jsou témata definována a pojmenována. Výzkumník identifikoval, o čem dané téma je a na základě toho je pojmenoval. Při pojmenovávání vycházel z toho, že pojmenování má být stručné, ale dostatečně výstižné na to, aby čtenáři umožnilo pochopit jeho význam a důležitost. Během tohoto procesu výzkumník nezůstával pouze na úrovni dat, ale přesáhl je – interpretoval, vždy však v přímém vztahu ke konkrétním datům.

Šestá fáze analýzy uzavřela vypracováním výzkumné zprávy, ve které výzkumník představil všechna přesně definovaná objevená témata i s extrakty z původních dat. Zároveň v ní obsáhl informace o průběhu celého procesu analýzy dat. Pro přehlednost byla jednotlivá témata a jejich podtémata zachycena ve shrnujících tabulkách.

Proces kódování a tvorby témat použitý v tomto výzkumu je znázorněný v následující tabulce.

Datový extrakt	<i>Ten člověk si je potom vědomý vzácnosti těch vztahů a jedinečnosti toho života, vztahu k sobě, ty vztahy tam získávají úplně jinou dimenzi prostě, v tom traumatu. (respondent 7)</i>
Kód	Oceňování vztahů
Podtéma	Vztahy
Téma	Oblasti a podoby posttraumatického růstu

Tabulka 2 - Ukázka procesu tematické analýzy

7.5 Etika výzkumu

Tento výzkum se snažil dodržet zásady nonmaleficence a beneficence tedy nepůsobit poškození a poskytovat prospěch.

Základem nonmaleficence byla dobrovolnost účasti na výzkumu a předem poskytnuté informace o jeho záměru a účelu. Každý z respondentů dostal dopředu emailem okruhy otázek rozhovoru, aby se mohl rozhodnout, zda se jej chce účastnit. Důležité bylo zachovat anonymitu respondentů a důvěrnost od nich získaných informací. Jak již bylo uvedeno, v diplomové práci proto nejsou nikde uvedena jména konkrétních respondentů, místo jejich pracoviště ani žádné jiné osobní informace. Pro zachování důvěrnosti nejsou ani součástí této práce přepisy rozhovorů, což bylo respondentům také předem sděleno. Ve výsledcích výzkumu jsou uvedeny pouze krátké extrakty. Nahrávky rozhovorů byly uloženy ve výzkumníkově počítači jako zaheslovaný soubor a nebyly nikde zveřejňovány.

V průběhu rozhovoru výzkumník zastával tzv. empatickou neutralitu, která umožňuje vyjádřit pochopení, porozumění a zároveň zachovat nestranný přístup bez hodnocení odpovědí, které od respondentů na své otázky dostává. Před samotným rozhovorem bylo vždy respondentům sděleno, že se mohou doptat na cokoli, co je ještě k výzkumu napadlo a výzkumník se jim může představit jako konkrétní osoba včetně jeho osobních motivací, proč výzkum provádí. Výzkumníkův přístup k respondentům byl vřelý a otevřený a jeho otázky byly směřovány od obecnějších formálních ke konkrétnějším více osobním. Otázky týkající se intimní sféry respondentů byly pokládány pouze v případě, kdy výzkumník nabyl dojmu, že je tomu atmosféra nakloněna a pokládal je s velkou dávkou opatrnosti. Po každém rozhovoru výzkumník respondenta požádal o zpětnou vazbu na průběh rozhovoru, aby mohl případně svůj přístup k vedení rozhovoru zdokonalit.

Byla snaha dodržet i princip beneficence. Účastníci výzkumu sice nedostali žádnou odměnu, ale někteří z nich při samotném rozhovoru zmiňovali, že je pokládané otázky přiměly přemýšlet o tématu posttraumatického růstu víc do hloubky a uvědomili si díky tomu nové souvislosti. Respondentům bylo rovněž nabídnuto, že jim bude hotová diplomová práce po jejím dokončení zaslána, aby mohli vidět, k čemu byly rozhovory s nimi využity a jaké závěry jejich zkoumání přineslo.

8 Výsledky analýzy rozhovorů

V této kapitole se zaměříme na popis výsledků analýzy rozhovorů. Jsou zde představena jednotlivá témata, ke kterým jsme dospěli tematickou analýzou. Pro lepší orientaci každé z témat doprovází tabulka shrnující hierarchii jeho podtémat. Graficky orientaci napomáhá, že jsou jednotlivá témata uvedena názvem podkapitoly, hlavní podtémata jsou vyznačena tučně a podtémata, která pod ně spadají, jsou označena tučně a kurzívou. Extrakty jsou psány kurzívou a v závorce je uvedeno číslo jejich autora.

8.1 Definice traumatu

Téma I.	Seznam podtémat	
Definice traumatu	Definice založené na charakteristikách traumatogenní události	Subjektivní zhodnocení události postiženým Událost nadlimitní z hlediska copingových strategií Působí na jádrovou osobnost Ohrožení tělesné integrity člověka Ovlivňuje následující život
	Definice založené na charakteristikách reakce na traumatogenní událost	Nedokončený proces Zaseknutá energie v těle Odštěpení kusu zážitku
	Role celkového kontextu života člověka při definování traumatu	

Tabulka 3 - Znázornění podtémat k tématu I. vytvořených na základě kvalitativní analýzy

Při definování toho, co terapeuti rozumí pod termínem trauma, se objevují dva hlavní proudy popisování: jeden zaměřený na charakteristiky traumatogenní události a druhý, který se opírá o charakteristiky specifické reakce na takovou událost. **Traumatogenní události** – i když někteří terapeuti zmiňují stará kritéria zdůrazňující univerzálnost traumatogenní události, přiklání se především k subjektivním kritériím rozhodujícím o tom, zda událost bude působit jako traumatogen.

Trauma může být to, co většina z nás prožije jako traumatogenní událost – například znásilnění, napadení, týrání... ale zároveň to vnímám i ve

věcech, které třeba z hlediska dospělého jako traumatizující nejsou, ale pro to dítě je traumatogenní i třeba to, že si odře koleno, návštěva zubaře, očkování. Ten člověk to prožívá bezmocně, bezradně, cítí se v tom nějak sám, ohrožený. (respondent 4)

Situace, které mají za následek traumatizaci jsou **nadlimitní z hlediska copingových strategií**, které tak intenzivní zážitek nedokážou zpracovat.

Myslím si, že to jsou mechanismy spojené s tím, že ta událost je výraznější stresor, takže se ten člověk setkává s tím, že běžné coping strategie nepomáhají, selhávají a propady jsou výraznější než u běžných událostí. Zdroje toho člověka jsou zahlceny, je jedno jestli on ty zdroje má třeba už oslabenější anebo je má opravdu jako perfektní jo a ta událost je tak výrazná že to může to prostě zahlcující. (respondent 2)

Intenzitu zkušenosti projevující se silnou emoční odezvou jedna respondentka spatřuje v její intimní povaze, událost se silně dotýká člověka a **působí na jeho jádrovou osobnost**.

Je to taky pro mne o velkém intimním zásahu do toho člověka, a to nejen ve smyslu sexuálním, ale ve smyslu intimním, jak moc blízká, jak moc se dotýká toho člověka, jak moc to působí na jádrovou osobnost. (respondent 5)

Další vlastností událostí vedoucích ke traumatu je, že **ohrožují tělesnou integritu člověka** a zásadním způsobem **ovlivňují následující život**.

Definice traumatu se může rovněž opírat o **charakteristiky reakce na traumatickou událost**. Trauma je něco, co člověk prožívá v odezvě na traumatickou událost právě pro nemožnost jejího zpracování. Jde o **nedokončený proces**, v **těle je zaseknutá energie**, která nemůže dál přirozeně proudit.

V zásadě je to nějaká energetická porucha, nedokončený proces, který má tendenci se nějakým způsobem dostat zpátky do funkční harmonie, a to vytváří určitý symptomy. (respondent 9)

Zaseknutá energie představuje jednu z podob uzavření se zážitku, jeho **odštěpení**, odříznutí se od něj.

Trauma je něco, co bylo tak příliš na toho člověka, že to nemohlo být zpracováno v tom čase, aktuálním čase, a tím pádem se jakoby zapouzdří ten emoční náboj a zůstává v nějakém depozitu a čeká na chvíli, až se bude moct zase objevit. Něco ve mně, co ustrne na nějakém místě. (respondent 7)

V souvislosti s vymezením toho, co je to trauma, terapeuti hovoří o **celkovém kontextu života člověka** – o tzv. podhoubí traumatu. Některým, co znesnadňuje zpracování náročné události například tím, že trauma nasedá na další jádrová témata, ale co také zvyšuje pravděpodobnost vystavení se potenciálně traumatogenní události. Zdůrazňována je osobní historie daného klienta, především jeho dětství. Právě toto podhoubí traumatu ukazuje na komplexnost procesu psychoterapie a přílišné zjednodušení při chápání zpracovávání traumatu jakožto procesu izolovaného od kontextu celkového procesu, ke kterému se pro účely našeho výzkumu musíme uchýlovat.

Podle mé zkušenosti a názoru můžete fokálně ošetřit trauma, ale to, že se tomu člověku přihodí traumatická událost souvisí s jeho vývojem, s jeho životem, třeba s neschopností rozeznávat bezpečný a nebezpečný situace a vztahy. (respondent 3)

8.2 Východiska pro terapeutickou práci s traumatem

Téma II.	Seznam podtémat	
Východiska pro terapeutickou práci s traumatem	Profesní vzdělání	Komplexní terapeutický výcvik Dílní profesní kurzy Integrativní přístup Nesměšování různých východisek
	Teoretická východiska	Neurofyzilogické zákonitosti traumatu Teorie autorů píšících o traumatu
	Vlastní zpracovaná zkušenost s traumatem terapeutů	

Tabulka 4 - Znázornění podtémat k tématu II. vytvořených na základě kvalitativní analýzy

V rámci psychoterapeutické práce s traumatem terapeuti jako svoji hlavní oporu většinou, obecně při kontaktu s klienty, uvádějí **vzdělání**, především **komplexní terapeutický výcvik**. Kromě psychoterapeutického výcviku je zdrojem opory také **další profesní vzdělání** zahrnující kurzy krizové intervence, techniky emoční svobody a také vzdělání zaměřené přímo na práci s traumatem například výcvik EMDR. Na tomto místě je důležité říct, že většina dotazovaných popisovala svůj terapeutický styl jako **integrativní**.

Můj přístup k traumatu vychází spíš z nějaký integrativní platformy, integrativních přístupů. Že to není jeden, třeba rogeriánskej nebo něco, ale že se na to trauma dívám jakoby napříč těma terapeutickějma směrama a z každýho si беру, co je třeba. (respondent 7)

Jedna respondentka oproti tomu kladla důraz **na nesměšování různých východisek dohromady**.

Určitě jsem víceméně orientovaná v těch moderních směrech, ale jinak se snažím důsledně dodržovat rukopis metody, snažím se používat jen jednu a nedělám nic jiného. v čem věc ošetřuji, v tom ji otevírám i integruji. (respondent 9)

Dále terapeuti čerpají z **teoretických východisek**, kterými jsou **neurofyzilogické zákonitosti traumatu** a z **teorií některých autorů píšících o traumatu**, zmiňují se autoři Peter A. Levine, Bessel A. Van der Kolk, Gabor Maté, Emil Frankl a Edith Eva Egerová.

Ta teorie toho zaseknutýho organismu. Ve chvíli, kdy jsme bezmocný a že vlastně jakože organismus náš si v tu chvíli nemohl dovolit ani bojovat ani utíkat z nějakýho důvodu. Ale potřeboval, že jo, protože se to jakoby zaseklo celá ta stresová reakce. a ta energie vlastně v tom pořád a my dáváme možnost tomu tělu, nebo tomu našemu systému aby jakoby zpětně tu energii vybilo. Takže takhle já jsem vlastně pochopila tu teorii od toho Levina. (respondent 1)

Poslední oblast opory je **vlastní zpracovaná zkušenost s traumatem terapeutů**. Pomáhá jim lépe porozumět prožívání klienta a také mít víru v to, že těžké období může být jen etapou, která pomine.

No já si myslím, že se asi o ni (vlastní zkušenost) nějak opírám. Zejména v situacích, kdy to tomu klientovi nejde. Vidíte, že přijde po dvacátý úplně úzkostnej, se stejnejma pocitama, že z toho nemůže ven. Tak se opírám o tu zkušenost, že to je etapa, tam se opírám i o svoji zkušenost. Ale to je natolik individuální věc, že se to nedá obecně pojmenovat jako pracovní nástroj, to je spíš jako můj individuální nástroj. (respondent 9)

8.3 Přístup terapeutů k terapeutické práci s traumatem

Téma III.	Seznam podtémat	
Přístup terapeutů k terapeutické práci s traumatem	Respektující spirálovitou povahu procesu	
	Bezpodmínečné přijetí klienta	
	Opatrnost terapeuta	
	Nedirektivní přístup terapeuta	
	Přístup podporující sebeúdržavné mechanismy	

Tabulka 5 - Znázornění podtémat k tématu III. vytvořených na základě kvalitativní analýzy

Respondenti zmiňují, že mají na zřeteli **spirálovitou povahu procesu**, tedy že nejde o lineární přímočarý proces, ale o cestu opětovného se přibližování k tématu a oddalování od něj s tím, že se vždy přiblíží o něco víc.

Obvykle se děje to, že se k tomu tématu vracíme cyklicky a pokaždý se nějakým způsobem posouváme, takže je pravda, že pokud se tam taková událost (traumatická) objevuje, tak to nejdřív bývá jen zmínka a ten klient nemá v tu chvíli sílu k tomu mluvit víc. To respektuju a postupně se k tomu vracíme, propracováváme se k tomu, co se dělo, k mapování následků, souvislostí, který ta událost nebo to období na ten život člověka měl. Je to takovej spirálovitej návrat k věcem a pátrání, jak se to promítá do jejich současného života. (respondent 2)

Další, vícekrát zmíněný, je přístup zahrnující **bezpodmínečné přijetí klienta**, tedy přijetí klienta tak, jak je.

Osvědčilo se mi to při práci s traumatem, že když ty lidi přicházejí, tak já je vnímám, jako že jsou naprosto v pořádku. Že není potřeba na nich vůbec nic měnit, že přímo jim i říkám, že pro mě nemusí udělat žádný postup, žádnou terapii, vůbec nic, a že úplně mi stačí, jak jsou teď v tuhle chvíli,

jak sedíte vy. Když na ně koukám, tak mi stačí teď přesně, jaký jsou v tuhle chvíli, není potřeba, aby byli ani o malinkej kousek jiný, chytřejší, nebo bez traumat, nebo tak. a myslím to jako doopravdy, že nebažím po žádný změně. To přijetí toho člověka, je něco, co ten člověk používá jako energii, jako palivo k tomu, aby se tomu traumatu mohl postavit. Když člověka přijímáte, vytváříte mu nějaký pocit bezpečí, a jste jako laskavej k němu, tak to úplně stačí. Nemusíte dělat nějaký velký intervence. ... Vlastně bych řekl, že ten hlavní hybatel, to hnutí té terapie, je laskavost. Bezpodmínečný přijetí, mít je rád. Nechat věci být tím, čím jsou. (respondent 7)

Apel je kladený také na velkou **opatrnost terapeuta** projevenou tím, že se terapeut má držet spíše zpátky, být zdrženlivý, co se výřečnosti týče.

Terapeut je placenej především za to, co neřekne. Měly bysme šetřit slovy, tím, co říkáme, měli bysme si dávat pozor na to, co říkáme, že to není jedno. u traumatu, protože můžeme toho člověka retraumatizovat snadno. (respondent 7)

Zdrženlivost také znamená, že terapeut nemá nutně otevírat to, co bylo otevřené a při určování tempa terapeutické práce s traumatem by se terapeut měl řídit tempem klienta. Klientovi tak může pomoci nabýt pocitu kontroly, který během traumatické události a jejích následků nemají.

Je pro mě důležitý tam nemít nárok jít do nějaký hloubky, že když jsem v parku a koukám na vodní hladinu (to prostě miluju) a to je dobrý samo o sobě. a když skočím do toho jezera a budu hledat tam na dně nějaký poklad, tak když ta voda bude zakalená, tak tam toho moc neuvidím, budu zmatenej, budu bloudit, ještě je otázka, jestli tam něco objevím. Proto je pro mě důležitý, aby to přinesli ty lidi, protože oni mi podávají zprávu – moje intuice mi říká, že když se teď ponořím pod hladinu, něco tam bude - a zároveň nemám pocit že to, že jsme nad hladinou by znamenalo, že bychom klouzali po povrchu. (respondent 8)

Na to navazuje pro respondenty důležitá **nedirektivnost** při práci s traumatizovaným klientem. Direktivní jsou pouze ve chvílích, kdy klienta chrání

před vystoupením z okna tolerance nebo když se klient ve svém vlastním prožívání začne ztrácet.

Někdy třeba jsem direktivnější, když se ten člověk ztratí nebo když se objeví někdo s panickou atakou. Ale v terapeutických sezeních tomu nechávám hodně volný průběh, pokud nevnímám, že by se ten člověk měl odpojovat nebo vytrácet do nějakých stavů. Ale to se moc nestává. (respondent 1)

Pro několik respondentů je také důležité mít na paměti **koncept sebeúzdavných mechanismů**, která říká, že pokud člověku zprostředkujeme pro něj dostatečně bezpečné, přijímající a saturované prostředí, začne se uzdravovat sám. Jejich přístup je proto založený na podpoře sebeúzdavných mechanismů.

Když to (prostředí) vytvoříte, když se vám povede to udělat, tak ono samo to funguje, protože ty sebeozdravné procesy, když se dostanou do tohoto prostředí, tak automaticky vlastně to začne fungovat. To trauma se vynoří. Takže já neléčím toho člověka, já bych si vůbec netroufl někoho léčit, protože já to neumím. Nevím, jak by se to mělo dělat, jo. Já vytvořím prostředí a všechny svoje znalosti, všechno, co jsem se naučil, použiju k tomu, aby se mohly uvést do chodu ty zamrzlé sebeozdravné procesy, který tam zamrzly v tom traumatu. (respondent 7)

Pro jednu respondentku bylo také klíčové zmínit **terapeutickou neutralitu** a to nejen v těžkých chvílích zpracovávání traumatu, ale také ve fázi, kdy se u klienta začínají objevovat pozitivní změny, kterými by se terapeut neměl nechat uchvátit a ustrnout u nich.

Já se strašně snažím to trauma si nezbožšťovat, neupřednostňovat traumatizované klienty. Já se snažím věnovat všem klientům stejnou pozornost, to je neutrální místo. Snažím se traumatizovanejmu nenadržovat. Zůstat pozitivně otevřená, ale uměřená a neutrální. Je to určitě tak, že když doprovázím klienta v osobnostním růstu a přesahu, tak je to určitě nárok na hranice moje, abych se na to nenalepila, abych nebyla fascinovaná, abych se na to jako nepřilípla svým prožíváním. Abych tam zůstala jako v dobrý neutralitě a jemu k dispozici a nesjížděla jeho v uvozovkách úžasnou energii tím, že si taky budu užívat. To není úkol terapeuta. Terapeut má zůstat jako neutrální kotva. Jsem o tom hluboce

přesvědčená. a z hlediska supervize je tohle nejčastější místo terapeutů. Že jsou tím uchvácený, nadšený, přisvojují si růst, jakože oni jsou tak dobří, že ten klient takhle krásně rozkvetl. Nevidí, kolik je tam protipřenosu.
(respondent 9)

8.4 Terapeutická vodítka

Téma IV.	Seznam podtémat	
Terapeutická vodítka	Projevy těla klienta	Tělo jako celek Detail těla
	Co klient říká	Klient sám reflektuje, jak se v daný okamžik cítí Klient už necítí potřebu o nějakých věcech mluvit Klient zavádí řeč sám na traumatické vzpomínky
	Zda došlo ke změnám po integraci ve všech třech oblastech odvozených od zárodečných listů	

Tabulka 6 - Znázornění podtémat k tématu IV. vytvořených na základě kvalitativní analýzy

V dobré orientaci v klientově procesu, terapeutům pomáhají určité projevy klienta neboli vodítka. Poukazují na to, jak se klient v terapii posouvá, jak se v daný okamžik cítí, zda na něj některé terapeutovi kroky nejsou příliš rychlé, zda není klient v daný moment zahlcený. Nezřídka z nich lze odvodit i samotný fakt, že je daný člověk traumatizován. Vodítka také slouží k posouzení toho, zda je klient připravený na vracení se do traumatických vzpomínek a zda je třeba v procesu jejich zpracování ještě pokračovat. Rovněž pomáhají terapeutovi zjistit, jestli jsou trauma i posttraumatický růst dobře integrovány. Respondenti se nejčastěji odkazují na vodítka, která poskytuje klientovo **tělo**, a to buď jako **celek** v podobě změny celkové tenze a energie, držení těla, dech, tělo v pohybu, příjemný pocit nebo i jako jeho **detail** například výraz v obličeji, mimika, pohled klienta.

Mám to až po nějaké době práce s tím člověkem, kdy už vnímám, že ten člověk je zamyšlený a už se začíná odpojovat. Že se změnila mimika, pohled, změnil se přítomný pohled v tom smyslu, že když se teďka zamyslím, tak někam koukám, ale najednou to tělo změnilo napětí, pohled je prázdnější, je vidět že za těma očima běží úplně něco jiného než že by přemýšlel. Že ten

člověk někam uteče, ztratí se. Musíte ho vrátit zpátky, do teď a tady – co vidíte, kde jste. Já po nějaký době prostě vnímám, že se odpojuje a u každého to je trošku jinak. (respondent 4)

Poznám, že už je to hotový (dostatečně zpracované traumatické vzpomínky) podle toho, že se začne jakoby něco dít na těle, že začnou být nějaký jakoby příjemný pocity. Nebo taky jako že si člověk víc vydechne. a podle toho poznám, že to vlastně funguje. a tam vlastně hledám potom ty cestičky, jak k tomu dojít, aby to na tom těle něco udělalo... Je to hodně vidět fyzicky, takový třeba mikropohyby, nebo takovej zvláštní stav, ty lidi koukají tak jako do blba, vidíte, že něco se v nich reorganizuje a něco začíná. a to je ta chvíle toho zlomu někdy, kdy se začínají dít úplně nové věci. a to je fakt někdy úplně fascinující, jak se ty lidi mění fyziologicky v tom, že se jim úplně mění tvář nebo se tělesně proměňují. (respondent 7)

Další vodítka spočívají v tom, **co klient terapeutovi řekne, jak sám reflektuje daný okamžik**, co si o tom myslí, co cítí.

Třeba myšlenková vodítka – teď mne něco zahlcuje – a tam buď vnímáte, že se odpojuje a nechcete ho nechat odpojit anebo vnímáte, že je teď prostor, kdy se o tom dá mluvit, o tom, co vás zahlcuje – je to nějaký pocit, je to nějaká vzpomínka. (respondent 4)

Za dobré vodítko ukončení procesu respondenti také považují to, že **klient už necítí potřebu o nějakých věcech mluvit**.

Už tam není tendence to znovu říkat nebo i zažívám to, že to i sami reflektují, řeknou – tohle jsme potřebovala říct, už jsem na to myslela od začátku, že jsem tohle potřebovala říct – a pak vlastně přestanou mluvit. (respondent 5)

Všichni respondenti se shodují na tom, že hlavním vodítkem pro určení, kdy se klientem mají začít nořit do zpracování traumatického materiálu, je, že na to **zavede řeč sám klient**. To je další z podob výše zmíněné opatrnosti terapeuta.

Nechávám je, aby si řekli, kdy chtěj do toho jít, jako když jde o nějaký takovýhle události, nebo ne, asi vždycky to tak dělám. Nechávám je, řeknu jim, jestli už, a oni mi buď řeknou, že ten den se jim zas tak moc nechce,

že jsou třeba nějaký unavený anebo že ještě se jakoby necejtěj, že by ještě chvilinku klidně si povídali. (respondent 1)

Dva z respondentů se při rozpoznání, zda je trauma dobře integrované, drží mapování změn podle biosyntetického embryologického základu a dívají se, došlo-li ke **změnám po integraci ve všech třech oblastech od zárodečných listů se odvozujících.**

Já se držím vodítek biosyntézy, takže se dívám, jestli je růst integrované ve všech oblastech a jestli ty oblasti spolupracují. Jestli tu změnu vidíte, když bych to vzala přes zárodečný listy, tak v těle, v tělovém prožívání, v pohybu, v dechu – tyhle somatizovaný. Zároveň vidíte, že má ten člověk propracovaný endodermální položky, co jsou ty pocitový – k sobě i venku. Zároveň se dobře rozvíjejí ektodermální – to znamená reflexe, vhledy, přemýšlení, hodnotové systémy. Když jsou změny patrný ve všech třech oblastech a dokážou spolupracovat, tak je to pozitivní změna a je dobře integrovaná. (respondent 9)

8.5 Fáze terapie traumatu

Téma V.	Seznam podtémat	
Fáze terapie traumatu	Střídání mezi dvěma stavy	Nošení se do traumatických bolestivých obsahů a stav uvolnění Přibližování a oddalování od terapeuta
	Fáze týkající se obecných terapeutických procesů	Navazování terapeutického vztahu Stanovení zakázky Klientova fáze odporu Idealizace terapeuta
	Klasické fáze terapie traumatu	Fáze stabilizace a bezpečí Expozice Integrační fáze

Tabulka 7 - Znázornění podtémat k tématu V. vytvořených na základě kvalitativní analýzy

V průběhu terapeutického procesu zahrnujícího práci s traumatem je možné vysledovat určité fáze, období, která mají určité znaky specifické pro zpracovávání traumatické události. Tyto fáze slouží především samotným terapeutům, aby se v procesu lépe orientovali a kotvili. Někteří z nich s fázemi ale také pracují v rámci edukace klienta za účelem posílení jeho pocitu bezpečí a kontroly nad tím, co se

v terapeutovně odehrává. Hojně pak zmiňují **střídání mezi dvěma stavy**, některými nazývané též pulzování, mezi stavem **ponoření se do traumatických bolestivých obsahů** spojeného s vybitím v nich obsažené energie a emocí a **stavem uvolnění** jak ve smyslu fyzicky vnímaného odlehčení a úlevy, tak také ve smyslu odpočinku – oddálení se od bolestivých vzpomínek k běžným a nenáročnějším tématům. Ke střídání fází ponoření se a uvolnění může docházet spontánně anebo k němu mohou terapeuti klienta vědomě vést.

S čím pracuju a uvědomuju si to, je fáze mluvení o traumatu – ponoření se do těch bolestivých věcí s fází uvolnění – ve smyslu odpočinek, přejítí na nějaký běžný téma. a to i v rámci jednoho sezení. Že nejdřív jsme ponoření do mluvení o traumatu, a pak...většinou si o to ten klient říká sám, že se to tak nějak uzavře a jde se odpočinkově – co víkend, co práce – tak tyhle dvě polohy se mi objevují i v rámci jednoho sezení. a to je i z mé strany vědomí, že vím, že to chci udělat. Většinou je to, jak moje potřeba ošetřit ten prostor, tak se to většinou sejde i s potřebou toho klienta, že to tak potřebuje. (respondent 5)

Přecházení od přiblížení k oddálení se objevuje také v rámci vztahu s terapeutem, kdy se traumatizovaní klienti nezřídka potřebují ujistit, že je pro ně tento vztah bezpečný a mohou se v něm otevírat. Někteří respondenti toto **přibližování a oddalování od terapeuta** vnímají jako spirálovitý proces, díky kterému se pocit bezpečí prohlubuje.

Co je zajímavý sledovat, tak je to přiblížení a oddálení, to je hodně silný u těch traumatizovaných. Protože když jsou traumatizovaný nějakou interpersonální situací, tak tím, že je narušená ta důvěra, tak si vás tak oťukávají, jestli jako můžou. Když zjistí, že můžou, tak se přiblíží, ale pak se zase oddálí. Třeba u jednoho klienta to mám hodně, že v některých sezeních se přiblíží hodně, třeba hodí i nějaký vtípek – to je u něj známka toho, že si dovolí se přiblížit, ale pak se třeba zase na několik sezení oddálí a vzdálí se a v podstatě omíláme jenom nějaké základní věci, které jsme probírali na začátku terapie a potřebuje si vytvořit zase nějaký pocit bezpečí, aby se zase mohl přiblížit. a pokaždý se přiblíží o nějakou píd'. (respondent 4)

Na vztahu terapeuta s klientem je také postavena orientace v **obecných terapeutických procesech**, které zahrnují například fáze *navazování vztahu*, *stanovení zakázky*, *klientova fáze odporu* či *idealizace terapeuta* a podobně.

S klasickým fázemi terapie traumatu pracují všichni dotazovaní, někteří z nich je pokládají za tak samozřejmé, že je uvádějí pouze na přímý dotaz. Jsou to *fáze stabilizace a bezpečí*, *expozice* a *fáze integrace*.

8.6 Faktory užívané v jednotlivých fázích terapie

Téma VI.	Seznam podtémat	
Faktory užívané v jednotlivých fázích terapie	Fáze stabilizace a bezpečí	Transparentnost terapeuta Časovost Přijímající postoj Uzpůsobení terapeutovny Zkompetentňování klienta Zazdrojování klienta Mapování spouštěčů
	Expozice	Nutné vystavení se nezpracovanému traumatickému materiálu Klient sám řekne, kdy o traumatické události začne mluvit Terapeutův klid Nezahlcovat klienta
	Fáze integrace	Přijmout nezměnitelnost Dostatečný čas a prostor Interpretace zážitků Porozumění podhoubí traumatu Uvědomování si úspěchů a změn Utváření celkového náhledu Propojování s běžným životem klienta Shrnování Klient se vrací „jinak k jinému sobě“

Tabulka 8 - Znázornění podtémat k tématu VI. vytvořených na základě kvalitativní analýzy

Samotný název **fáze stabilizace a bezpečí** odkazuje k tomu, že během této úvodní fáze je třeba klientovi zajistit objektivně i subjektivně pociťované bezpečné

a důvěrné prostředí. Zároveň je také třeba klienta stabilizovat. Terapeuti se domnívají, že zážitek důvěrného bezpečného vztahu je pro klienty sám o sobě léčivý, a to obzvláště ve chvílích, kdy klientovo trauma souvisí s ublížením od většinou jemu blízkých lidí. v utváření takového vztahu hraje *roli transparentnost terapeuta* vůči klientovi, jeho *přijímající postoj* zmíněný výše a také *časovost*, protože důvěra se utváří opakovaným setkáváním se. Bezpečí také může napomoci specifické *uzpůsobení terapeutovny* například zavření oken nebo dostatečný rozestup mezi křeslem terapeuta a klienta. Ve stabilizaci klienta je klíčové *zkompetentňování klienta*, vybízení převzetí odpovědnosti za vlastní prožívání, k němuž jej terapeut vybavuje různými dovednostmi. Do zkompetentňování patří stejně tak potvrzení toho, že je klient v pořádku a jeho symptomatika je při vypořádání se s traumatem normální:

Většinou lidi, když zažijou trauma, tak si myslí, že nejsou v pořádku, stydí se za to, mají pocit, že jsou invalidní nějak, nebo že jako lidi selhali, a já jim dávám tady najevo, že pro mě jsou úplně OK. (respondent 7)

Zabezpečit klienta je důležité i mimo terapeutovnu, je zdůrazňováno dobré *zazdrojování*, pod které spadá zmíněné osvojování si dovedností, jak si sám pomoci. Zdroje představují také zasíťování do vztahů, a to jak blízkých, tak i odborných, které s sebou mohou přinášet rovněž zdroj v podobě dlouhodobé nebo akutní medikace.

Pokud ten klient nemá nikoho venku, tak alespoň odborně. i to, že chodí na psychiatrii, užívá medikaci – i to je zazdrojování klienta. a v ideálním případě má třeba nějaký jiný vztahy než s odborníky a ty se třeba posilují, s kým můžu sdílet věci, můžu sdílet i tohle. Potom i nějaké rozšířené okruh třeba s nějakým dalším skupinami lidí. (respondent 5)

Krom mapování zdrojů je důležité *mapovat spouštěče* nepříjemných stavů.

Fáze expozice probíhá u každého z oslovených terapeutů poněkud odlišně s využitím odlišných technik podle jejich výcvikové modality. Někteří pracují především na verbální úrovni s důrazem na vytvoření náhledu na situaci a jiní se spíše zaměřují na zprostředkování nového celotělového zážitku. Jen jeden z respondentů nepokládá *vystavení se nezpracovanému traumatickému materiálu za nutnou součást procesu* terapie traumatu:

Vím, že to může vypadat trochu divně. Mě ta expoziční práce, jednak mi jako osobně není příjemná a potom jako ty lidi jsou často natolik poničený, rozrušený, že mám pocit, že to nemá smysl dělat, tak nějak uměle. Ono to spíš přirozeně přichází přitom opakovaným setkávání, že ty lidi přinášej sami nějaký střípky toho traumatu – jednou přinesou nějakou část, jindy jinou část. Pokud nic takového nepřinesou, nechávám to tak a jsme spíš u následků nevysloveného. (respondent 6)

Pro všechny je ale klíčové, **nechat klienta, aby si sám řekl, kdy o traumatické události začne mluvit** a zůstat tak v nedirektivní poloze. Maximálně je možné klientovi téma nabídnout formou edukace o traumatu.

Ten klient si to reguluje sám. ... Já nechci vystavovat toho klienta dalšímu traumatu, že s ním budu rozebírat nějaký podrobnosti toho traumatu, co se stalo. Já to spíš budu dělat tak, že si počkám, co přijde, kdy ten člověk o tom bude chtít mluvit. (Respondent 7)

Když už se klient touto cestou vydá, terapeut si musí dát pozor, aby příběh klienta nebulvarizoval a **zůstal ve svém vlastním klidu**. Zůstat ve svém klidu je pro terapeuta důležité nejen proto, aby se nenechal ovládnout zvědavostí po klientově příběhu, ale také aby ve velmi dynamickém procesu s klientem poskytoval kotvu jak sobě, tak klientovi.

Nejít na tu vlnu, která může být velmi jako „uuuu“, co se teď jako dozvím, co to bude za takovýto až bulvární, že to k tomu může svádět. Ta zvědavost a tam já pracuju hodně se svým vlastním klidem a je to opravdu v tu chvíli super bezpečný prostor, kde teď jenom poslouchám, nic jiného a ten klient to může vyndat a říct.... Je to vždycky takovej moment velkého napětí a klidu současně, když se otevře ta traumatická zkušenost. Je to velmi zajímavý, protože napětí a klid zažíváme oba, jenom třeba v jiných fázích. Že vím, klient se chystá něco sdělit a otevřít, tak tam samozřejmě je ve velkém napětí on. Já jsem taky ve velkém napětí, takovým tom napětí očekávání, ale zároveň, a to není technika – to je něco, co vědomě používám, a to je můj klid. (respondent 5)

Opatrnost musí být rovněž v udržování klienta v takové míře vystavení se traumatickému obsahu, která **klienta nezahlcuje**, na kterou má klient kapacitu bez ublížení vše pojmout.

Kompletní **integrace vyžaduje čas a prostor**. Většinou ve své širší formě trvá i po naplnění zakázky traumaterapie. Terapeut může klienta vést k integraci, ale stejně tak může klient s integrací přirozeně sám. **Interpretace zážitků**, které vyvstaly, **porozumění podhoubí traumatu, uvědomování si úspěchů a změn**, ke kterým v procesu terapie došlo a **utváření celkového náhledu** jsou **propojovány s běžným životem klienta**. Ten si v této fázi **shrnuje**, co si nese s sebou dál, co si chce zachovat a v jaké konkrétní podobě. Klient se takzvaně **vrací „jinak k jinému sobě“** a prozkoumává, jaké jeho nové vztahování se k sobě i nějak nový on samotný jsou.

Je to takovej pohyb trochu od sebe a ven – tím ven, myslím to trauma. Protože byt' je to jako velmi u mě, tak jdu vlastně ze sebe, vydávám se ze sebe, dávám to do prostoru, a pak se vlastně vracím k sobě. Je to i o nadhledu. Je to jako jiný, je to jinak už. Tenhle pohyb se neděje na nějaký přímce, kam se vracím, to druhý zpátky k sobě je trochu z jiný strany. Vlastně se vracím k jinému sobě – jinak k sobě. Což znamená, že tomu člověku se mění i základní vztahování k sobě. (respondent 8)

Klient si vytváří novou mapu vědomí. (respondent 9)

8.7 Cíle terapie traumatu

Téma VII.	Seznam podtémat	
Cíle terapie traumatu	Cílem není zmizení traumatu	Symptomy a spouštěče mohou přetrvávat Přijmout zkušenost traumatu Najít v sobě místo pro traumatu a dát mu nový smysl
	Oslabení vlivu traumatu na fungování člověka	Obnovení sociálních vazeb
	Ohraničení traumatu	Umístění traumatu do minulosti Obnovení pocitu bezpečí ve světě Nedochází ke znovuprožívání
	Dokončení traumatického procesu	Dokončení cyklu Kokončení energetických procesů
	Nenechat klienta v jeho pocitu výjimečnosti	

Tabulka 9 - Znázornění podtémat k tématu VII. vytvořených na základě kvalitativní analýzy

Cílů, dle nichž se pozná úspěšná terapie traumatu je několik. Je třeba zdůraznit, že **trauma terapií nezmizí a nemusí zmizet ani negativní symptomy a spouštěče** je vyvolávající, na tom se shodují všichni respondenti. Většinou jejich síla slábne a klient se hlavně naučí, jak se s nimi vypořádat, aniž by to ovlivňovalo jeho sebepojetí a běžné fungování.

Ty spouštěče, který i slábnou, ale některý úplně nezmizí, tak že je nějak integruje a je to pro něho nějak v pořádku. Bere to jako součást jeho a sám si s tím nějak nakládá a není o to méněcennější, i když to nějak bolí.
(respondent 3)

Důležité je právě **přijmout zkušenost traumatu** jako svou součást, což představuje opak disociace.

Myslím si, že tam ta jizva je, když se to zahojí, tak můžu dobře fungovat jak fyzicky, tak psychicky, ale pořád vím, že se to dělo, že je to součást mě.

Přijde mi dobrý, přijmout to jako svoji vlastní charakteristiku než se snažit to vymazat, což řada těch obětí dělá. Že si na začátku mysleli, že na to dokážou zapomenout nebo že se budou tvářit, že se ta věc nestala, a to se podle mne nestane nikdy. (respondent 2)

Zůstane jeho součástí, ale nebude to démon. (respondent 5)

Ideálem je, když klient trauma nejenom přijme, porozumí mu, ale také jej přetaví do užitku, **najde pro něj v sobě místo a dá mu nový smysl.**

Nevymizí nikdy (následky traumatu). To bysme museli provést lobotomii. Nezmizí nikdy, protože ta událost v nás zůstává, naopak se může stát něčím, co je klenotem, posttraumatický růst. Takže nezmizí, ale mění se smysl působení na náš život. (respondent 7)

Jedním z aspektů zpracování traumatu je **oslabení jeho vlivu na fungování člověka**, se kterým souvisí **obnovení jeho sociálních vazeb** nejen těch starých, ale i objevení nových.

Ten efekt bych čekal, že se projeví v běžném životě, třeba moje klientka, která někoho zavraždila, nechtěla vůbec chodit do společnosti, protože se bála, že se jí na to budou ptát. a ona skutečně postupem času dokázala do té společnosti chodit. (respondent 6)

Trauma je ohraničeno, umístěno do minulosti a je znovu nastolen pocit **bezpečí ve světě**, neboť již **nedochází ke znovuprožívání** a klient si konečně může odpočinout.

Je to něco, co začne být ohraničený. Ten člověk ví, že už to skončilo, že už se to neděje. Protože ty flashbacky a ten pocit ohrožení, to zahlcení, má člověk pocit, jakože je to pořád. Pořád jsem nějak v tom traumatu. a když se to ohraničí – protože trauma je bezhraniční. Jeden klient to popisoval tak, že je to chobotnice, že nikdy nevíte, odkud na vás vytrčí chapadlo, tak najednou to nemusí bejt taková chobotnice. Najednou ta chobotnice může bejt támhle, já si ji můžu prohlídnout a vím, že má tuhle a tuhle a tuhle nohu. Vím, že na mne může vykouknout, ale už budu vědět, že to je tahle noha a můžu to uzavřít. Může mne to zcelit, už to nebude roztržštěný, ale dostane to nějaký tvar, který můžu ohraničit. ... a nemusí to být úplně překvapující, zahlcující, ubíjející. (respondent 4)

Cílem terapie traumatu je **dokončení traumatického procesu**. Dojde k **dokončení cyklu**, reparaci změn, které traumatizací nastaly, či jinak řečeno sanaci celého systému člověka a **dokončení energetických procesů** a není už překážkou tomu, aby klient mohl žít naplnění život.

Jedna terapeutka ještě podotýká, že je důležité, **klienta nenechat v jeho pocitu výjimečnosti** nabytého zpracováním traumatu, protože to by mohlo být následně něčím dalším, co narušuje jeho celkové fungování obzvlášť v mezilidských interakcích.

Když pracujete s klientem v terapii, tak cíl terapie je, aby klient, pokud možno, odcházel jako v dobrý funkčnosti do svého života s plnejma možnýma kompetencema. Když pracujete s traumatizovaným člověkem, tak je důležitý, aby odcházel s vědomím, že prošel traumatickou zkušeností. Že ji nějakým způsobem uchopil a pochopil, že se s tím naučil dobře žít. Ale že není tím výjimečnej než ostatní lidi, ale že je v dobrým slova smyslu normální člověk. Ne že je nějak výjimečnej, což vypadá na první pohled jako zisk, ale nezapomeňte, že rozdíl mezi tím bejt exkluzivní a tím bejt exkludovanej, je velmi malý. Lidi, kteří jsou identifikovaní s tím, že jsou exkluzivní tím, že měli traumata, tak mají velmi těžký zkušenosti s tím bejt přijímaný běžnou populací. Nebo mít běžný vztahy, a to je potom prokletí. (respondent 9)

8.8 Specifika terapie traumatu oproti psychoterapii, ve které se s traumatem nepracuje primárně

Téma VIII.	Seznam podtémat	
Specifika terapie traumatu	Časová náročnost práce	Zpracování traumatu trvá dlouho Opatrně pomalý přístup terapeuta
	Nutný kontakt s minulostí	
	Víc tělesný proces	Práce s podvědomou úrovní psychiky Zaměření na emoce Obavy z práce s tělem
	Obtíže jsou konkrétní ve svých projevech	
	Specifika vztahu s terapeutem	Víc se prohlubuje
	Práce se buď daří dobře anebo vůbec	
	Větší nárok terapeutické neutrality	

Tabulka 10 - Znázornění podtémat k tématu VIII. vytvořených na základě kvalitativní analýzy

Respondenti vnímají specifika terapie traumatu v různých oblastech. Jednou z nich je **časová náročnost práce**. Když se v terapii téma traumatu objeví, terapeuti očekávají, že práce na jeho **zpracovávání potrvá dlouho** – hovoří o řádu měsíců, až let. Délku spolupráce spoluurčuje nutnost **opatrně pomalého přístupu** ke klientovi, kterého průběžně přibrzďují, aby se nedostal mimo své okno tolerance.

Je hodně specifická tím, že u traumatizovaného člověka hodně pomalu našlapujete a spíš čekáte, kam půjde ten klient. Možná ho občas i potřebujete přibrzdit, aby do toho nespádl. Když přijde nový člověk, tak může mít tendenci do toho hned spadnout. (respondent 4)

Trauma vytváří v životě člověka překážku, která mu brání jít dál. Pro práci je tedy **nutný kontakt s minulostí**, kdy se kromě aktuálních obtíží **řeší** konkrétní příčiny, které se výrazně podílely na vzniku traumatu a které nedovolují řešit nic jiného.

To specifikum je v tom, že to trauma vytvoří nějakou jako objektivní překážku. Že to není, že by si šel člověk k terapeutovi jenom tak nějak popřemýšlet o tom, co by třeba pro něj bylo dobrý, nebo se zaměřením na osobní růst, že to trauma vytváří nějakou objektivní překážku, která brání, nebo může bránit, nějakému zdravému rozvoji. v tom mi to připadá jiný. Že ten terapeut se setkává.... že to přináší nějaké opravdové omezení, nějakou opravdovou složitost, se kterou se nedá hnout. Trauma bylo v minulosti, kvůli tomu ten klient přichází a teď je to něco, co se nedá jako obejít, nebo zinterpretovat nebo se na to podívat s nadhledem, nebo tak. Je to prostě něco těžkýho, co tady najednou nějak je. (respondent 6)

Samotná práce je pak některými respondenty chápána jako **víc tělesný proces** než zaměřený na kognitivní zpracování, během kterého se hodně **pracuje s podvědomou úrovní psychiky**. Během toho klient nejenom rozpoznává, rozkrývá určité oblasti, ale je znovu prožívá. Což má za následek, že je práce také **víc zaměřená na emoce**. Kontakt s minulostí, která je opětovně prožívaná, vyžaduje pro dobrý průběh terapie pravidelné kotvení se v přítomnosti, kterého je možné docílit pomocí vnímání vlastního těla, protože tělo je vždy v přítomnosti. Kvůli těmto skutečnostem mohou mít někteří terapeuti obzvlášť na začátku spolupráce s klientem **obavy** se do takové práce pouštět

Možná jsou těžký začátky, že se třeba terapeut toho víc bojí nebo možná, že v tomhle to může být jiný, že to může vypadat jako strašidelněji, než když člověk zůstává jenom v té kognice, v té přítomnosti. (respondent 3)

Práci s traumatem tak terapeuti vnímají jako jasněji formulovanou, **obtíže jsou konkrétnější ve svých projevech**, oproti jiným zakázkám, které bývají více difúzní. Jsou také jasně spojené s konkrétní událostí.

Myslím, že jo, protože trauma je pro ty lidi víc zformulovaný a konkrétnější v tom jejich životě. Jiný problémy, který v životě řešej jsou takový víc difúzní a tady to člověk ví, někdy se to hlásí i specifickějma obtížema – panickějma stava, úzkostma nebo nějakějma smutkama, že ten člověk hned ví, že je to napojený na tu událost. Takže člověk ví, že tím, že to překonává, tak je to právě tohle. Nebo se tam nějak objevuje opakovaně pachatel ve vzpomínkách. Specifické tím, že pro klienta je to hmatatelně spojený s těma

událostma a víc asi vědomě může vědět, že překonal právě tohle. Takže mi to přijde specifický, tou konkrétností nějakou. (respondent 2)

Výše zmíněný nárok na bezpečný a důvěrný **vztah mezi klientem a terapeutem** představuje další specifikum. Vztah vykazuje odlišnosti v přenosových a protipřenosových dějích a terapeuti si také uvědomují, že se během společné cesty vypořádávání se s následky traumatu, vztah **více prohlubuje** a stává se tak intimnějším než s jinými klienty.

Jedna respondentka zmiňuje, že jí práce s traumatem přijde černobílá – vnímá, že buď **plyne dobře anebo nejde vůbec**.

Ta práce s traumatem může být paradoxně buď velmi krásná a dobrá a mít ... buď se dá terapeuticky velmi hezky uchopit anebo ne. Buď to jde, byť třeba pozvolně, buď se daří a postupně to postupuje anebo je to tak zablokováný, že to nejde vůbec. To mi teď přijde jako hlavní, co vystupuje, jako by to bylo rozštěpený, že buď to jde anebo to nejde. (respondent 5)

Jiný respondent popisuje **zesmutnění práce** v souvislosti s vnímanou **tíží** následků i samotné nešťastné traumatizující události.

Já si tak jako povzdechnu, mám pocit, je tady něco těžkýho, s čímž nehneme a je potřeba to tak nějak obejít a jít na to jinak. Je to jako by se dal těžkej šutr do vody a ta voda to nějak jako vobjíždí. Já bych – a to je čistě moje – to nazval jako takový ztěžknutí té práce, takový zesmutnění ve vztahu s tím klientem, a to nemusí být příjemný pro toho terapeuta. (respondent 6)

Znovu na tomto místě také zmiňme nárok na terapeuta, aby nebyl uchvácen procesem klienta a jeho posttraumatickým růstem – **nárok terapeutické neutrality**.

Já si myslím že posttraumatický růst, který má charakteristiky rozšíření vědomí, tělesného prožívání po skončení v té emocionalitě, že je rizikovej faktor pro terapeuta, když s ním neumí zacházet. (respondent 9)

8.9 Definování posttraumatického růstu respondenty

Téma IX.	Seznam podtémat	
Definování posttraumatického růstu	Posílení osobnosti	
	Posunutí na novou úroveň fungování	Rozvoj nebo nabytí nových kvalit Možnost svobodné smysluplné volby
	Kumulace vitální síly	
	Uskutečnění potenciálu ke změně	Využití zkušenosti
	Definice růstu ve vztahu k úzdavě	Paralelnost procesů růstu a PTSD Růst jako další fáze po úzdavě Růst rovná se úzdava

Tabulka 11 - Znázornění podtémat k tématu IX. vytvořených na základě kvalitativní analýzy

Mezi respondenty nepanuje shoda mezi tím, zda je **růst rovnítkem úzdravy** z traumatu. Jeden respondent podotýká, že růst člověk sice může, ale vedle toho mu může být stále zle a odkazuje se tím na **paralelnost procesů růstu a PTSD**.

Ten růst je tady nějaký, ale bacha, to neznamená, že je to terapie, že je to celý. Ten člověk by měl růst, ale i se nějak léčit, že jo. Můžu vyrůst, ale furt být chromej. (respondent 7)

Další respondentka pak chápe růst až jako **další fázi**, po dobré integraci traumatu.

Dobře integrované trauma je vždycky růst? To bych si takhle netroufala říct. Já bych se spokojila s tím, kdyby dobře integrovaný trauma posílilo celkovou integritu osobnosti, stabilizaci. Ale růst je další fáze změny, kterou si takhle netroufám jednoduše k tomu připojit. (respondent 9)

Pro jiného terapeuta je pak **růst s úzdavou totožný**.

Podle mě ta úzdava je rovnítkem toho růstu a toho života s tím. Když zpracováváme to trauma, tak ono pak může vydat své plody. (respondent 6)

Těžiště vlastní definice růstu se u respondentů liší, jednotlivé konceptualizace se mezi sebou částečně prolínají. Pro některé je posttraumatický růst **posílením osobnost**, ke kterému dochází skrze nové uchopení traumatu.

Možnost na základě traumatické události, která se mi stala, a právě díky ní ji vlastně přetavit do něčeho, co mne posílí nakonec. Ne zdolá nebo umrtví nebo možná psychicky zabije, ale co mě posilní. (respondent 5)

Pro jiné je v růstu důležité **posunutí na novou úroveň fungování**, pod kterým je obsažen **rozvoj nebo nabytí nových kvalit**. Například větší pocit kompetence, zdokonalení copingu, větší schopnost empatie a vědomí vlastní citlivost, proměna vztahu a seskupení hodnot a další znaky, které budou podrobněji probrány v oddíle věnovaném oblastem posttraumatického růstu.

Je to posunuje na nový stupeň fungování, že už nezůstávají tím stejným člověkem, jakým byli před tím, že se posouvají někam dál a ten posun je pozitivní. (respondent 8)

Známa věc je, že pokud člověk projde traumatem dobře, na rozdíl od krizové intervence, kde je ten cíl, aby se člověk dostal na původní rovinu fungování. Tak u posttraumatického růstu je pravidlo, že se člověk nedostane na původní úroveň fungování, ale dostane se na novou úroveň fungování, kde může mít nový nějaký profity, know how, tak hodnotový, tak přesahový. (respondent 9)

Od těchto nových kvalit se odvíjí definice dalšího terapeuta, který růst vnímá hlavně jako **možnost svobodné smysluplné volby** v dalších životních etapách.

Rozhodovat se v poli možností smysluplně. (respondent 8)

Příbuzné k těmto definicím je také pojetí posttraumatického růstu jakožto **kumulace vitální síly** a možnost ji vědomě využívat.

Traumatizace způsobuje velmi silnou odpověď organismu jak na úrovni obranných mechanismů, který můžou být destruktivní, tak to může vybudit v organismu nějaký nový možnosti, může to kumulovat vitální sílu, i nový dovednosti. (respondent 9)

Další pohled staví na chápání posttraumatického růstu jakožto **uskutečněního potenciálu ke změně**, využití zkušenosti. Potenciál se podle daných respondentů objevuje vždy v určitých fázích terapie traumatu, ne vždy však bývá využitý, z čehož plyne, že k růstu nemusí dojít vždy.

Je to nějaký využití toho, co se vám v životě stalo, takže z nějaký jako těžký zkušenosti. Když tím projdeme terapeuticky, nebo nějakým osobním rozvojem, tak se z toho může stát potenciál. Potenciál k tomu, že k tomu růstu někdy dojde, že je to vlastně otevřený, a nemusí to být nutně naplnění toho potenciálu. Nemusí, protože mnoho lidí má trauma a nezužítuje ho jako svůj potenciál, zůstává jim zapouzdřený a umřou s tím, a pak jsou lidi, kteří to nějak zužitkují a mají z toho nějakéj profit a můžou tím být bohatší zase. (respondent 7)

8.10 Kdy se posttraumatický růst objevuje

Téma X.	Seznam podtémat	
Kdy se posttraumatický růst objevuje	Průběžně a postupně se zpracováváním	
	Po zpracování	S náhledem S odstupem Po ohraničení traumatu Po obnovení pocitu bezpečí Se schopností vypořádat se s nežádoucími symptomy
	Když klient obnoví kontakt sám se sebou a prožívání vlastního těla	Návrat smyslu pro humor Objevuje se hravost Větší vnímavost Návrat pozitivních vzpomínek z dětství

Tabulka 12 - Znázornění podtémat k tématu X. vytvořených na základě kvalitativní analýzy

S předchozími odstavci souvisí zkušenost terapeutů s tím, v jakém období se posttraumatický růst objevuje. To, kdy jej respondenti pozorují, můžeme rozdělit do třech kategorií. První souvisí s výše zmíněnou paralelností výskytu posttraumatického růstu a PTSD. Růst se objevuje **průběžně a postupně se zpracováváním**, respondenti hovoří o objevování ve vlnách či spirále.

Já mám pocit, že se objevuje, že je jako postupnej, že se objevuje jako že to není něco, co přijde po, ale něco, co se jako už vytváří – že ty možnosti růstu se vytváří postupně s tím, jak zpracovává to trauma. (respondent 5)

Druhou kategorii představuje názor, že k růstu dochází až **po zpracování**, které ale nemusí být nutně úplně dokončené. Až tehdy klient získává **náhled**, **odstup** a je schopen **trauma ohraničit**, což vede k **obnovení pocitu bezpečí** stejně jako klientova **schopnost vypořádat se s nežádoucími symptomy**.

Ty myšlenky na trauma už nejsou tak ohrožující, už se na ně dokážu podívat, jaké věci se objevují, co se dříve neobjevovaly. ... To trauma začíná být nějak ohraničené. ... Ve chvíli, kdy na to má kapacitu, je schopen náhledu, kdy strašáci přestávají být takovýma strašákama, ve chvíli, kdy chodíte kolem tý horký kaše, šlápnete do ní a zjistíte, že už tolik nepálí. Možná když už jsou nějaký věci víc srozumitelný, že co se děje, je flash-back, kdy už se umí vrátit a umí se o sebe sám postarat, aby cítil nějaký pocit bezpečí nebo alespoň našel místo, kde se tak může cítit a ví, že si tam může nějak zalízt a opečovat se. (respondent 4)

Odstup jeden respondent vyjadřuje i časovým určením, růst nepozoruje dříve než rok a půl od začátku spolupráce.

Poslední kategorie vidí začátky růstu ve chvíli, **kdy klient obnoví kontakt sám se sebou a prožívání vlastního těla** s čímž souvisí uvedení do chodu sebeúzdavných mechanismů. Jednoduše řečeno se prolomí klientovo odpojení od sebe. Konkrétně je to ve chvílích, kdy se klientovi **vrací smysl pro humor**, je **hravější** a celkově **vnímavější**.

Když se začnou klientovi vracet bazální smyslový podněty. Všimne si, že vnímá někde barvy, který dřív neviděl, že cejtí vůně, že si všiml, že šerík fakt voní a že to strašně dlouho necejtí. Často jsou to sluchový, hmatový, čichový změny, jak kdyby ten aparát začínal ožívat. To je pro mě znamení, že se tam začíná objevovat nová fáze, nějaký růst. Taky to bývá spojený s tím, že lidi začínají prožívat jinak svoje tělo. Že se necejtí tak stažený, že třeba mají chuť se hejbat – třeba začít běhat. Nebo začnou bejt hravý. (respondent 9)

Jako další příklad tohoto napojení se na sebe uvádí jedna respondentka spontánní **navrácení se pozitivních vzpomínek z dětství**.

Když si klienti začnou vzpomínat na drobný malý pozitivní věci z dětství, který si dosud nepamatovali. Že najedou přijde klientka a říká „Nevím proč, ale dneska jsem si vzpomněla, jak jsme s babičkou plavaly v Sázavě a okolo plavaly kachny.“ Nikdy předtím si na to nevzpomněla, takže to znamená, že tam začíná fungovat potlačená pozitivní paměť. (respondent 9)

8.11 Rozdíly mezi posttraumatickým růstem a jinými druhy růstu, ke kterým díky terapeutickému procesu dochází

Téma XI.	Seznam podtémat	
Rozdíly mezi posttraumatickým růstem a jinými druhy růstu	Ke změnám dochází rychleji	
	Hloubka růstu	Prohloubení všímatosti Přesahová témata
	Více tělový, pocitový, podvědomý proces	
	Napojení na konkrétní životní událost	
	Dobrodružná povaha růstu	
	Ohrožení klienta psychospirituální bypassem	

Tabulka 13 - Znázornění podtémat k tématu XI. vytvořených na základě kvalitativní analýzy

Stejně jako v oddílu o specifikách terapie traumatu respondenti vnímají, že růst, ke kterému takto dochází, je něčím výjimečný. Posttraumatický růst těžící z energie zpracovávání a zpracování traumatu je akcelerátorem změn, ke kterým dochází v oblastech lidského života **rychleji** než u jiných terapeutických procesů.

Respondenti zdůrazňují **hloubku** – **prohloubení všímatosti** k vlastnímu vnímání a prožívání i k druhým lidem, tak rovněž v umožnění **přesahu**, objevení spirituálních otázek, otázek po smyslu, zážitků smíření či přijetí. Do těchto oblastí se běžná psychoterapie vůbec nemusí dostat.

Rychle dospějeme v nějakých oblastech, jako je třeba spirituální oblast, jo, tak nás to jako skokově posune v tom spirituálním vývoji někam dál, tam je to hodně vidět. Je to hodně o tom smyslu. Mám pocit, že růst

v terapii se do tohohle bodu nemusí vůbec dostat a přes to je to jako fajn. u posttraumatického růstu mám pocit, že to častěji tenduje. (respondent 7)

Tento růst je pro některé respondenty, stejně jako samotný terapeutický proces, který k němu vede, **více tělový, pocitový, podvědomější**.

To je takový, jakože je mi nějak dobře, že o tom ani moc jako nepřemýšlím, že to není jako, že to mám vymyšlené, že se nějak chovám, že vědomě jsem se takhle jakoby rozhodla, že se takhle budu chovat, ale jako kdyby to bylo takový podvědomější, takový že prostě najednou jinak reaguju. Že najednou se cejtim jako jinak na tom světě a je to víc pocitový, já nevím úplně přesně jak. Ale nějak mi jako vadí míň věci, než mi vadilo dřív, ani nevím proč vlastně. Jenom si toho tak jako všímám. (respondent 1)

Další respondenti vnímají odlišnost posttraumatického růstu v jeho hmatatelněji vnímaném **napojení na konkrétní**, v tomto případě traumatickou, **událost**, jak bylo zmíněno v předchozí kapitole. Jedna terapeutka podotýká, že nemusí jít nutně o událost klienta traumatizující, dle ní může mít podobu i růst po jiných velmi silných zážitcích, které otrásají s dosavadně nastoleným pojmáním světa.

Jiný respondent zmiňuje **dobrodružnou povahu růstu**, neboť během dynamického terapeutického procesu není jisté, zda k růstu klient dojde.

Je to napínavý, jestli to člověk přežije jako. Jestli vlastně to zaprvé stihneme, zpracovat nějakou těžkou situaci, a jestli v tom nezůstaneme uvězněni, jako bez toho růstu. Jestli nenastává jenom retraumatizace. Takže vždycky je to dobrodružný, s tím jestli ten člověk vlastně bude mít dost času, dost energie, dost zdraví na to, aby prošel celým tím procesem léčby traumatu a mohl zužitkovat trauma, to znamená, aby mohl posttraumaticky růst. a ne vždycky se to povede. (respondent 6)

Poslední zmíněné specifikum posttraumatického růstu přináší respondentka v podobě **ohrožení klienta psychospirituální bypassem**, což bude rozvedeno v oddíle o možnostech facilitace růstu.

8.12 Role posttraumatického růstu v terapeutickém procesu

Téma XII.	Seznam podtémat	
Role posttraumatického růstu v terapeutickém procesu	Motivace pro klienta	Pocit smysluplnosti, naděje
	Dodání elánu klientovi	
	Růst integruje	Umožnění nadhledu „Zážitky, které chutnají“
	Opora pro terapeuta	
	Inspirace pro terapeuta	

Tabulka 14 - Znázornění podtémat k tématu XII. vytvořených na základě kvalitativní analýzy

Respondenti se shodují na tom, že má posttraumatický růst v celém procesu neodmyslitelnou roli. Jeho úlohou je **motivace pro klienta**, dodává mu **pocit smysluplnosti** terapeutické práce, **naděje**, že mu může být ještě lépe.

Posttraumatický růst dodává klientovi větší **elán** pro další životní etapy.

Větší elán, sílu a důvěru v to, že zaprvý má smysl se pouštět do těch věcí, který jsou strašně bolavý a za druhý, že nejenom že se můžou zbavit ty negativní symptomatiky, ale navíc se můžou něco dozvědět o sobě, o světě, někde to posunout dál. (respondent 5)

Role růstu je také **integrační**, díky němu je pro klienty snazší přijmout celou realitu traumatu, protože už vidí, že trauma není jen temné a bolestivé.

Ten člověk potom může se cítit celistvější, když vlastně porozumí víc sobě a může opravdu něco nechat za sebou ale i v sobě. (respondent 1)

Růst přináší rovněž jistý **nadhled**, který klientovi umožňuje poodstoupit od každodenních těžkostí. s integrační rolí souvisí také něco, co s sebou růst přináší, a co můžeme nazvat podle respondenta 7 „**zážitky, které chutnají**“. Jde o pozitivní prožitky, kdy klient zažívá, že svět může být krásný a dobrý. Klient totiž potřebuje traumatu nejenom porozumět, ale hlavně se cítit lépe.

Najednou vidí, že ten svět není jenom tma, najednou vidí i to světlo a dokáže si všimnout že, krásně svítí sluníčko a kvete nějaký strom a najednou vidí krásu i v tom a najednou vidí krásu i v jiných věcech. Že se najednou dokáže naladit na přírodu jinak. Takže i nějaké narušení černobílého uvažování. (respondent 7)

Růst může být pro klienta **zdrojem**, což je blízké jeho motivační roli. Tím, že klientovi umožňuje prožívat radostné a naplňující zážitky i tím, že jej vyzbrojuje na budoucí náročné situace jak po stránce posílení vědomí vlastní kompetence, tak evolvováním jeho obranných mechanismů, lepší znalostí sebe o čemž pojednáme v následujícím oddílu.

Ano, že to je nějaký zdroj a ten člověk se někde posune, ten posun už mu nějak zůstane. Umím si představit, že když by v budoucnu přišlo něco opravdu těžkého, tak si umím představit, že ho to může zase dostat nějak dolů a bude si muset počkat zase na nějaký ten růst spojený s budoucím traumatem. Ale myslím si, že na úrovni každodenních těžkostí je to trvalá pozitivní změna. Že to pomáhá s takovým vnitřním vyrovnáváním se s těmi adversities. (respondent 6)

Někteří respondenti vnímají, že se **mohou o vědomí možnosti posttraumatického růstu opřít** a předávat jej obezřetnou edukační formou klientům, a i pro ně samotné tak růst plní úlohu naděje.

Nějakou smysluplnost no. Že tam si myslím že je to úplně strašně důležitý. a i že já vím, že se to jako takhle děje, že jim to můžu předat, připravit je na to, že se to tak může stát a už se vlastně ze začátku můžeme bavit o tom, že tam nějaký jakoby smysl za tím je. Tak tam si myslím že to je jakoby samolék (smích). Že to tam je, že to je takhle asi vymyšlený prostě no na tom světě. (respondent 1)

Přítomnost při růstu klienta je také **pro terapeutů samotné inspirací** pro jejich vlastní život

Pro mne je to inspirující. Možná i mě to může měnit hodnotový žebříček, že pak odejdu ven a můžu si říkat, že je skvělý. Pro mne je inspirující jako pro člověka, který tady sedí. (respondent 4)

8.13 Oblasti a podoby posttraumatického růstu

Téma XIII.	Seznam podtémat	
Oblasti a podoby posttraumatického růstu	Oživení člověka a změny jeho chování	Trávení volného času Vědomí vlastních hranic Asertivita Životní zvraty Elán nemusí klientům vydržet
	Změny ve vztazích	Prohloubení vztahů Oceňování vztahů Vnímání druhých Destabilizace vztahů
	Osobnostní změny	Větší stabilita Posílení osobnosti Větší otevřenost Větší odvaha Větší sebejistota Pocit vlastní kompetence Klient je víc v přítomnosti Větší sebereflexe Proměna zdrojů a copingu
	Změny paradigmatu a hodnot	Oceňování života
	Změny ve spiritualitě	Spiritualita se objevuje průběžně Spirituelní zážitky Otázky po smyslu života Opora o spiritualitu Zasazení do vlastního výkladového rámce klienta

Tabulka 15 - Znázornění podtémat k tématu XIII. vytvořených na základě kvalitativní analýzy

Terapeuti posttraumatický růst svých klientů pozorují v různých oblastech, kde se projevuje v průběhu terapeutických sezení i mimo ně, když o něm klienti referují. Dva respondenti podotýkají, že je důležité mít na paměti právě to, že klienti pravděpodobně referují jenom o části svého růstu, a pokud se terapeut na růst více nedoptá, plný obrázek mu může zůstat skrytý. První oblast představuje **oživení člověka a s ním spjatá proměna chování**. Změnu představuje samotné ozdravení organismu návrat fyzického zdraví společně s uvolněním životní energie, elánu. To klientovi otevírá nové možnosti včetně změny životní orientace v různých ohledech.

Schopnost užít to, co už mám v rukou a co jsou moje schopnosti a danosti, jiným způsobem. (respondent 8)

Proměňuje se **trávení volného času** i jeho větší oceňování. Často se klienti vracejí k aktivitám, které měli rádi dříve, a to jak před traumatizující událostí, tak v dětství. Zkoušejí nové věci, cvičí, meditují, čtou knihy a tak podobně. Během procesu uzdravování se z traumatu neznámost objeví svou vlastní kreativitu a začínají se zajímat o umění.

Může se rozšířit pohled, že najednou začne vnímat umění, nebo literaturu, o kterou se nikdy nezajímal, že to může rozšířit tu oblast, kterou se může nechat inspirovat, kterou může rozvíjet dál. (respondent 4)

Klient, pro kterého bylo během zpracovávání traumatu důležité ho nějak ohraničit, se posouvá v tématu hranic i ve svém osobním životě. **Vědomí vlastních hranic** má dvojí podobu. Zaprvé uvědomění si vlastních limitů a zranitelnosti – vnímání hranic ve vztahu k sobě samému.

Dokud člověk nereflektuje svoje předky, to, co dostal, a popírá do jistý míry svoji genetiku, protože ta individualistická společnost nám dává přece tu představu, že můžeme úplně všechno. Je to porozumění limitu – hranic. Hranice jsou největší téma pro mě v terapii i obecně. Protože to je ten horizont našich možností, jestli na něj dosáhnou nebo nedosáhnou.“ (respondent 8)

Zadruhé, vytyčování a držení si hranic ve vztahu k druhým, klienti se vědoměji rozhodují, koho a jak blízko si k sobě pustí, co pro koho udělají a jak se sebou dovolí nebo nedovolí zacházet. Objevuje se tak rovněž větší sebejistota vedoucí k větší **asertivitě**, která se projevuje i v samotné terapeutovně. Klient také už umí říct, že se mu v průběhu terapie něco nelíbí, že tak něco nechce a celkově svobodněji projevuje své emoce.

Jinak si sednou trošku nebo řeknu třeba „ne, dala bych si čaj černej i když mi tady děláš zelenej“ nebo takhle, nebo spíše si řeknou, kterej chtěj, když se zeptám a neřeknou „ten kterej si dáš ty“. (respondent 1)

Posttraumatický růst s sebou rovněž přináší tendenci dělat velká rozhodnutí vedoucí k **životním zvratům**: změna zaměstnání, profese, zacházení s financemi, změny ve vztazích a podobně.

Určitě posttraumatický růst nebo růst po silném zážitku dělá často profesionální nebo zájmový zvraty. Profesionalizace, rozhodnutí, že ještě něco vystuduju že změním zaměstnání, zacházení s financema. (respondent 9)

Elán růstu však **nemusí klientům vydržet**. Jedna respondentka podotýká, že je důležité se právě z těchto důvodů dívat v delším časovém horizontu a za klíčový faktor zde považuje dobrou integraci nejen traumatu, ale i s jeho zpracováním spojeného růstu.

Já, protože jsem stará a pracuju s lidma dlouho, toho člověka uvidím třeba za 10 let. a vidím, že to mělo fázi 2 nebo 3 roky. a ta energie pak šla zpátky, nebo se propadla ještě hůř, než byla předtím. o tom se taky moc nemluví, že to dělá trochu halo efekt, protože v tom slyšíme ve fázi, když ten růst je patrný. Je zajímavý to pak pozorovat v dlouhodobém procesu. Ne všichni tenhle trend udržej.(respondent 9)

K proměně chování patří rovněž **větší uvolněnost** klientů – příznaky odezní nebo mohou často být stále silné, klienti k nim však zaujímají jiný postoj, což jim pomáhá cítit se svobodně. Je možné to pozorovat z postury těla, výrazu, ale hlavně z hlasu, neboť se najednou začínají více smát, víc radovat.

Někdy mi připadá, že můžu cejtit, jako by se ten člověk tak nějak vnitřně usmíval, je to malinko jako když jsou obrázky svatých a ti svatí se tam tak jako usmívají. Je to taková lehká blaženost, tak něco takovýhohle. Ale ono, jak je ta terapie těžká, tak se tam mluví o něčem náročným... Je tam nějaká prodchnutost něčím nemateriálním. (respondent 6)

Druhou oblastí jsou **vztahy**. **Vztahy** se mohou **prohloubit** v oblasti intimity, blízkosti, důvěry. Klienti také víc **oceňují vztahy** s přáteli, partnery i rodinnou, vnímají, že nejsou samozřejmostí a jsou si najednou vědomi podpory, které se jim dostává.

Uvědomil si a ocenil, co pro něj udělali rodiče, a pak jim došel poděkovat. (respondent 6)

Proměňuje se **vnímání druhých**, respondenti uvádějí, že jejich klienti jsou k druhým pozornější, empatičtější, vřelejší a mohou být pro druhé dobrou oporou díky prohloubenému pochopení k jejich trápením.

Nacítění se na druhého a jakoby chápání toho, že ty prožitky můžou být fakt strašně silný a že potom pro ty lidi tam uměj bejt hezky, naslouchat a můžou bejt jako dobrá opora vlastně. (respondent 1)

Nezřídka se ale také objevuje **destabilizace vztahů**, neboť změny v životní orientaci a posun v různých oblastech, které jsou pro klienta růstové, pro jeho blízké zavedené vztahy být nemusí. Jedna respondentka uvádí, že růst stejně často manželským či rodinným vztahům prospěje jako způsobí jejich rozvrat.

Třetí oblastí jsou **osobnostní změny**. Respondenti zmiňují **větší stabilitu** a celkové **posílení osobnosti**, které jdou ruku v ruce s **větší otevřeností** a výše uvedenou větší empatií.

Že se zpevní – ne ve smyslu brnění – a zároveň se může nějakým způsobem zcitlivět. (respondent 3)

Právě otevřenost je terapeutky zmiňována nejčastěji a pro některé je spojená také s **větší odvahou i sebejistotou**, kterou u klientů pozorují.

U té otevřenosti, myslím i na nějakou odvahu velkou – u klientů, kterým se daří zpracovávat trauma. Že tam vystupuje nějaká odvaha, která potom koresponduje s tou otevřeností, protože díky ní jsou otevřený. Ta otevřenost dovnitř dovoluje otevřenost ven. (respondent 5)

S tím souvisí i větší **pocit vlastní kompetence**. Klienti jsou rovněž **schopni být víc v přítomnosti**, být tak k sobě, k světu i druhým všímavější. Díky tomu si dokáží víc užívat, co se právě děje, hrát si a mít z přítomného okamžiku příjemné a radostné pocity. Pocity, že je baví být na světě a motivuje je to pokračovat v růstu dál.

Já jsem se včera zastavil na lavičce a jenom jsem si užíval, že na mne svítí sluníčko. Takhle já bych se nikdy dřív nezastavil, nevšimnul si toho, nikdy bych si to takhle neužil. (respondent 4)

Respondenti také pozorují **větší sebereflexi** klientů, která je o poznání komplexnější než u jiného druhu psychoterapie. Poslední podoblast příslušející k osobnostním změnám je **proměna copingu a zdrojů** klientů. Často získají bohatší repertoár copingových mechanismů s uvědomělostí, na co jim který coping pomůže a na co ne. u zdrojů respondenti zmiňují, že nejde v první řadě o to, že by jich měli

klienti najednou mnohem více, ale stejně jako u copingu si jich jsou víc vědomí, pečují o ně a mají je velmi silné.

Znalost a objevení v průběhu vlastních zdrojů, o který jsem do té doby nevěděla. Hledání zdrojů, že opravdu ty lidi můžou si být vědomi toho, co jim pomáhají. a zase to aplikují na běžný události, ale i na nějaký výraznější. (respondent 2)

Čtvrtou oblast představuje **změna paradigmatu a hodnot**. Respondenti jako neoddelitelnou součást posttraumatického růstu pokládají to, že člověk změni svůj pohled na svět, najednou víc **oceňuje život**, protože sám zažil, jak je křehký, neopakovatelný a není pro ně již samozřejmé, že oni sami nebo jejich blízcí žijí a jsou zdraví. Klienti mají najednou jiná přesvědčení o světě, sobě, druhých, než měli dříve. Událost je také donutila podívat se na svůj žebříček hodnot, zvědomit si jej a zrevidovat. Pro některé terapeutky je právě proměna hodnot jednou z hlavních charakteristik růstu.

Že ten člověk může přehodnotit. Najednou zjistí, že ten výkon v práci není to, aby věnoval čas těm, který miluje a taky aby věnoval čas sám sobě, aby opečoval třeba nějak svoje tělo, protože si to zaslouží. (respondent 4)

Pátou oblast představuje **spiritualita**, která **se objevuje průběžně** během léčby. Dva respondenti uvádějí, že se spirituální rovina dokonce otevírá velmi brzy při zpracovávání traumatu. Je třeba podotknout, že spiritualita je tu míněna v širším smyslu slova. Klienti do terapie nezřídka přinášejí téma **spirituálních zážitků**, kdy cítí, že je něco přesahuje, že jsou součástí nějakého vyššího celku, že k nim najednou příroda promlouvá, prožívají krásu, mají spirituálně laděné sny a tak podobně.

Měli pocit jakoby najednou ten paprsek slunce v lese, najednou ho vnímali nějak intenzivněji a najednou byli nějak spojený - „měla sem pocit, že ten syn mne najednou slyší a objevil se tam najednou nějaký srnec a já jsem tam pak zůstala sedět a cejtla jsem v sobě hroznej klid“ – tak takovýhle typy zážitků ty klienti mají. Který se pro mne blíže nějaký spiritualitě v nejširším slova smyslu – to znamená, který nejsou běžný, i když třeba při pohledu z vnějšku jsou dost běžný. (respondent 5)

Klienti si kladou *otázky po smyslu života*, a to nejen svého, ale života obecně. s tím souvisí také otázka, proč se jim trauma v životě stalo a zda má nějaký vyšší smysl. *Spiritualita je* pro klienty *oporou* v podobě strukturace času, když se přiklání k různým spirituálním aktivitám, z nichž některé umožňují sdílení svých těžkostí v rámci komunity, která je otevřená, naslouchající a podporující a umožňuje tak klientovi zažít, že na něm někomu dalšímu záleží. Klienti se také opírají o náboženské osobnosti, nejčastěji Ježíše Krista. Například u transkripce traumatizujících událostí si jej někteří klienti přivolávají na pomoc, pokud nikoho jiného blízkého, kdo by se jich zastal, nemají. Nemusí však nutně jít o osobnost, často klienti hovoří o tzv. Něčem, co je nad nimi, co drží ochranou ruku a díky čemuž mají pocit, že si ve světě mohou odpočinout, protože je o ně postaráno.

Obecně to nejsou otázky týkající se Boha a jestli je, ale že Něco je, nějaký to obecný, nějaká síla, princip světa, nebo přírody. Klienti buď přicházejí s tou teorií Boha – nějaký jako bytosti, křesťanský anebo přicházejí s představou Něčeho, nějaký jako vyšší síly, osudu. Není to zkrátka nutně personalizovaný. (respondent 5)

Většina terapeutů zdůrazňuje, že klient si oblast spirituality *musí zasadit do vlastního výkladového rámce*, terapeut mu nikdy nemůže nabízet ten svůj.

Já většinou hodně nechávám tohle klientům, aby si to potom zasazovali, kam potřebují a to podle sebe. Mám pocit, že ta spiritualita tam se vlastně se děje, ale málo to tam vnáším já sama. Je to pro mě jako taková hodně soukromá citlivá věc pro moje klienty. Jo možná kdybych měla na vizitce spirituální terapeutka, tak by se to dělo jinak. Ale já jsme v tomhle víc taková konzervativní nebo rezervovaná. (respondent 3)

8.14 Proměnné posttraumatického růstu

Téma XIV.	Seznam podtémat	
Proměnné posttraumatického růstu	Charakteristiky traumatogenní události	Tíže události
	Neosobnostní vybavení klienta před událostí	Předchozí zkušenost s dobrým zvládnutím traumatu Duální diagnóza
	Osobnostní proměnné	Tempo Dobrá sebereflexe Stabilita Bohatost copingových strategií Intelekt Otevřenost k novým zkušenostem Ochota pouštět věci a riskovat Společenská Eticko-hodnotové postoje
	Vztahové proměnné	Primární reakce okolí Zázemí Přijímající blízké vztahy Možnost sdílet s okolím Ocenění od okolí Okolí se orientuje na negativno Netrpělivost okolí Osamělost
	Nedostatek času na integraci	
	Rutina života	

Tabulka 16 - Znázornění podtémat k tématu XIV. vytvořených na základě kvalitativní analýzy

To, jestli k posttraumatickému růstu u klientů dojde a jakou bude mít podobu, podle respondentů ovlivňují různé proměnné. První z nich je **charakteristika samotné traumatogenní události**, čím **těžší trauma** je, tím trvá déle, než k nějakému růstu dojde. Pokud je událost příliš těžká, tak k růstu ani dojít nemusí.

Takže třeba u té mojí paní, jsem žádné pozitivní stránky nepozoroval, že to bylo celé o odstraňování negativ. Ale u některých jinech pacientů ano, ale ta smrt toho dítěte, to je jedna z nejhorších věcí, co se může stát, tak k žádné pozitivní změně nedojde. (respondent 6)

Další představuje to, čím byl klient vybaven ještě před traumatem kromě **osobnostních proměnných**. Spadá sem *předchozí zkušenost* s dobrým zvládnutím nějaké traumatické nebo velmi náročné události. Přitěžujícím faktorem pak je **duální diagnóza**. Jedna z respondentek se například domnívá, že k růstu může dojít i když je přítomna jakákoliv další diagnóza společně s PTSD, i když je ní cesta k němu ztížena. Jiná respondentka si naopak myslí, že u určitých diagnóz k růstu bohužel nejspíš nikdy nedojde.

Důležitou proměnnou je **osobnost klienta**. Zásadní je podle respondentů klientova přirozená **dobrá sebereflexe**, která růstu napomáhá. Další důležitá je **celková stabilita osobnosti**. Rovněž je podstatná **bohatost copingových strategií**, které si člověk během života stihl osvojit. Růstu napomáhá, pokud má klient více zdrojů, které mohou mít podobu zdravého vztahu k sobě, podnětného vřelého prostředí, dostatečně dobrého dětství nebo také to, zda má nějaké koníčky a věnuje se jim. Co se týká **intelektu**, někteří respondenti se domnívají, že je třeba dosáhnout alespoň určité inteligenční úrovně, aby k růstu mohlo dojít, jiní mají za to, že to není nutné. **Otevřenost k novým zkušenostem**, kterou jsme už zmínili i jako výsledek růstu, může být také předpokladem PTG. Vliv na růst má také podle respondentů to, jak je člověk **ochotný pouštět věci**, které mu sice nejsou příjemné, ale jsou mu znám, na místo **risku** toho, co přijde nebo nechá přijít místo toho.

Někdy je to hodně ovlivněné i tím, že ač to, co bylo bylo bolestivý, strašlivý hrozný, tak je to něco, co znám a těžko se mi to pouští. Posouvá se jenom pomalýma krůčkama, protože co bude, když se pustím tohohle prožitku. Co dám místo něj, co dám místo toho výkonu. já potřebuju být výkonnová, protože nevím, co bych dala místo výkonu. Nemám tam třeba žádný zájem, koníček. (respondent 4)

Roli v hloubce růstu hrají rovněž **eticko-hodnotové postoje člověka**.

Ti, co mají blíž k hodnotám pokora, poctivost – mají v sobě víc kompas, toho, co je dobře a co špatně, tak tam mám pocit, že to může mít větší hloubku, může se to tam víc usadit. Lidi, co chtějí věci rychle, chtějí rychlé výsledky a nevadí jim podvádět nebo krást, berou to, že to patří do života anebo taky lidi, co třeba podnikají, tak pak tam mám pocit, že to jako do té hloubky nemusí moc jít. (respondent 3)

Za hodno zmínit terapeuti také pokládají **společenskost klienta**, jaké jsou jeho dispozice být dobře v kontaktu s druhými. To hraje roli v tom, kolika lidmi je člověk obklopen. Životní změny, jako je například změna přátel nebo práce, se dějí u společenských lidí rychleji než těch opatrných s malým okruhem přátel.

Čtvrtou proměnnou jsou **vztahy** klienta. Patří sem **primární reakce okolí na** traumatickou událost i její následky na člověka. Další je podoba domácího **zázemí**, zda je stabilní, pevné anebo jsou jeho partnerské či rodinné vztahy komplikované. Jedna terapeutka podotýká, že stabilní prostředí se může k růstu vztahovat nejen pozitivně, ale v případě příliš velké stability také negativně, neboť člověka nijak nemotivuje dělat větší změny. Kromě zázemí jsou důležité i další charakteristiky blízkých vztahů. Růstu napomáhá, pokud jsou blízké vztahy **přijímající** k tomu, co se klientovi děje, pokud má s nimi **možnost sdílet**, protože klient potřebuje svůj příběh sdílet i mimo terapii a některé věci si tam ani sdílet nedovolí a sdílí je pouze v intimním kruhu svých přátel. Sdílení tak slouží úlevě, ale rovněž i povzbuzení pro další posuny a zvyšuje pravděpodobnost, že klient najde někoho, kdo s ním bude zkoušet nové věci. Jedna respondentka také zmiňuje možnou pozitivní dopad svépomocných skupin.

Specifickéj faktor, kterej by podporoval růst, je nějakěj obdiv nebo ocenění, myslim, že svépomocný skupiny, kde je možnost vidět růst drugejch a možnost si představit, že porostu v něčem trochu jiným, ale můžu něco podobnýho zažít. Ocenění okolí беру jako důležitý. (respondent 2)

Rovněž je dobré, když je klientovo okolí schopno jej **ocenit**, dát mu najevo opravdický obdiv k tomu, jak celou situaci zvládá a jak se mění. Tím, co růst tlumí, je **orientace na negativno**, když okolí zdůrazňuje, co ještě nefunguje, v čem se klient zatím neposunul, je skeptické ke klientovým pokrokům a klientovi vyčítá, že není takový, jaký býval před událostí. Také **netrpělivost** okolí je přitěžujícím faktorem a stejně tak celková **osamělost** člověka.

Když se cítí osamělí a přijdou zpátky do toho života a potom jako co to teda bylo: fakt jsem se tělesně cítila dobře úplně, dává mi to smysl všechno, jsem úplně nastartovaná prostě do toho že ten život je dobrý, že to je smysluplný a pak přijdu domů a cítím se jako zase osamělá a vlastně ještě i tam ty lidi jako nejsou, ten život není ještě postavený. Ted' už chci třeba

víc důvěřovat lidem, už jsem připravená, ale oni tam ještě nejsou ty lidi kterejm můžu důvěřovat a já je teda musím jako někde najít, někam jít – na cvičení, nebo prostě udělat něco vlastně jinak. Že to mě může tak trošku vrátit zpátky, nějaká samota. (respondent 1)

Jak bylo zmíněno výše, přílišná stabilita v zázemí člověka nemusí růstu prospívat, terapeuti obecně zmiňují, že takto funguje každá **rutina**, ve které člověk žije – jak vnitřní, tak vnější.

Nějaký zaběhlý stavy, který nejsou ani dobrý ani špatný. Člověk se ani moc nesměje ani moc nepláče. (respondent 7)

Poslední přítěžující proměnnou zmíněnou respondenty **je nedostatek času na integraci**, kdy si klient často v záprahu svých pracovních či jiných aktivit nedá dostatek prostoru na to, aby vše vstřebal, prožil. v klidu a s péčí nechal terapeutický proces dokončit a doznít, i když už se neobjevují nepříjemné stavy, které by si pozornost vynucovaly.

I když on přijde ten příjemnej pocit, že je to vlastně vyřešený, tak mi někdy přijde jako, že se tam můžou ukazovat další a další věci a že vlastně je třeba neodejít od toho moc brzo a prostě to jako pročišťovat co to dá a klidně tomu dát čas, jestli náhodu za ten čas se tam neobjevilo něco dalšího, když se tam vrátí potom člověk do toho obrazu tak najednou je tam zase něco bolavýho. Buď prostor nebo se tam ten člověk zase třeba objevil a vlastně jako kdyby to podvědomí ještě chtělo si to dočistit, ale my tam už nejedeme, protože je to přece hotový. (respondent 1)

8.15 Proměnné napomáhající posttraumatickému růstu v terapii ze strany terapeuta

Téma XV.	Seznam podtémat	
Proměnné napomáhající posttraumatickému růstu v terapii ze strany terapeuta	Psychoterapie jako taková	Kontext psychoterapie Netřeba dělat nic speciálního Terapeut nezpůsobuje klientův růst K růstu dochází i u lidí, kteří neprošli psychoterapií K růstu málokdy dojde bez psychoterapie
	Terapeutovi vlastnosti	Autentičnost Pevnost Trpělivost Laskavost
	Terapeutův přístup	Prohloubení sebepoznání klientů Transparentnost Fandění klientům Orientace na to, co se daří
	Techniky	Reflektování změn Přerámování Set otázek Imaginace na doma Dopis pro sebe sama
	Profesionalita terapeuta	Komplexní profesní vzdělání Zpracovaná vlastní traumata Vlastní zážitek PTG Práce pod supervizí
	Prevence spirituálního bypassu	Správná integrace růstu do všech tří zárodečných listů

Tabulka 17 - Znázornění podtémat k tématu XV. vytvořených na základě kvalitativní analýzy

Respondenti se neshodovali v tom, zda je vůbec třeba růstu klientů nějak specificky napomáhat. Většina zmiňovala konkrétní faktory, kterými mohou růstu napomoci. Několikrát se ale objevil názor, že **samotná psychoterapie napomáhá** růstu, protože klientovi pravidelně *poskytuje prostor, aby se mohl zamýšlet sám nad sebou*, a tedy *není třeba dělat nic dalšího speciálního*.

Napomáhá už jenom tím procesem terapie. Alespoň v té psychodynamické terapii se očekává, že ten člověk bude mluvit, očekává se, že bude přinášet nějaká témata, že bude asociovat, že bude propojovat s pomocí terapeuta různá témata – už jenom tohleto, že jsou tam pravidelně nějaké chvíle, aby se ten člověk zamyslel sám nad sebou. (respondent 6)

Jeden respondent upozorňuje na to, že terapie může růst usnadnit tím, že odstraní jeho překážky, je to ale klient, kdo roste sám. **Terapeut rozhodně *nezpůsobuje klientův růst***, pouze napomáhá procesu růstu, aby k němu mohlo přirozeně dojít.

Mám takovou představu, že já toho člověka nerostu jako. On roste sám. Takže já ani jako to nemám, jak udělat. Může mít takovej výblud, že já to dělám jo, ale ve skutečnosti, já taky, já sedím tady, vy sedíte tam, já vás nemůžu jakoby, abyste rostla. To jde samo prostě. To neděláte vy, to dělá velkej šéf (smích). ... Ty lidi jsou zraněný jo a teď se jim to zanítilo nebo to je mají chronický a já to neumím nějak umýt, já jenom vytvářím prostředí a jenom vlastně necháváme to něco, aby se to dělo. ... Takže když tu práci si dám na vytvoření toho prostředí, na to, abych tam fakt s tím člověkem byl, a nějak s ním rezonoval v tom. ... Tak já se nesnažím dělat ten růst, já se snažím jenom odházet ty věci, který tomu růstu překážejí. (respondent 7)

Další respondent podotýká, že k **růstu dochází i u lidí, kteří neprošli psychoterapií**, terapie může pomoci rozvinutí růstu, není však jeho nutnou podmínkou.

Já bych řekl, že je to něco obecnýho, co jako probíhá a bez ohledu na to, jestli ten člověk není v terapii. Myslím si, že když je ten člověk v terapii, tak se to dá líp zachytit a líp rozvinout, ale myslím si, že není nijak jasný, že když ten člověk vůbec se sebou nic nedělá, nikam nechodí, tak že tam ten růst neprobíhá. Možná probíhá, akorát mi o něm nevíme. (respondent 6)

Jiná respondentka tento názor nesdílí, podle ní k **růstu jen málokdy dojde bez terapeutické pomoci**.

Nevnímám to tak, že klient roste úplně sám a úkolem terapeuta je jenom nepřekážet. Já myslím, že posttraumatickej klient potřebuje terapeuta, potřebuje jeho součinnost, ale zároveň potřebuje, aby tomu ten terapeut rozuměl, co je integrace, co je růst, a aby tam nepřekážel. Myslím, že většina hodně traumatizovaných lidí tam bez pomoci spontánně nedojde, k tomu růstu. To je můj dojem. (respondent 9)

Růstu může terapeut napomoci vyzdvížením některých svých **vlastností**, které klientovi během sezení mohou pomáhat. Dva respondenti na prvním místě zmiňují **lidiskost**, která je míněna jako protiváha k profesní strojenosti a odtažitosti a je v ní též obsaženo velké pochopení a autentičnost terapeuta. Důležitá je **pevnost** terapeuta, že to s klientem ustojí a bude mu pevnou oporou.

Že to vydržím, že to ustojím, že je tam i ta moje síla, že to jako zvládnou a že to zvládneme spolu. (respondent 5)

Také jeho **laskavost a trpělivost** během celého procesu.

Myslím si, že terapeut může naznačit klientovi, že nespíchat na sebe je důležitý, i tím, že na něj nespíchá. Takovej aktivizující, strukturující, normalizující přístup v tom, že na sebe ten člověk nemá moc tlačit. (respondent 2)

Přístup terapeuta je dalším, co může růst podpořit. Celkově má přístup i níže rozvedené techniky terapeuta vést k **prohloubení sebepoznání klientů** prostřednictvím zvýšení jejich všímavosti. **Transparentnost** zmiňovaná v oddíle věnovaném stabilizační fázi má svou úlohu i zde, kdy je dobré s klientem sdílet, proč věnujeme čas i tomu dobrému, co zpracování traumatu přineslo a že je třeba se věnovat i **orientaci na ty věci, které se klientovi daří**. Jedna z respondentek rovněž zmiňuje to, že tzv. **fandí klientům**, a to jí přijde důležité.

Vlastně si říkám, nevím, jak to pojmenovat, že to podporuje ten růst – že je mám ráda a že jim hrozně fandím a myslím si, že to je to jako cejtit, že to dělá něco se mnou v tom vztahu. (respondent 5)

Růstu mohou napomoci i jednotlivé terapeutovi **techniky** prováděné v terapeutovně i mimo ni. Základem je **reflektování změn** a pokroků, ke kterým došlo. Aby klient vnímal změnu jako pokrok, může mu to terapeut usnadnit pozitivním **přerámováním**. Další z respondentů má pro klienty **set otázek**

zaměřených reflexi celého procesu, cesty, kterou společně urazili. Jiný terapeut zase nabízí klientům **imaginace na doma**, které pomáhají integraci i na podvědomějších úrovních. Nebo přichází s nabídkou, že si mohou napsat **dopis pro sebe sama** a v něm vše shrnout a v klidu o samotě se zastavit u toho, u čeho chtějí, což může odhalit dosud nezmníněné aspekty procesu i třeba nedořešených částí, na které by bylo dobré se v terapii ještě podívat.

Další oblastí, která je pro klientův růst velmi podstatná, je **terapeutova profesionalita**. Tou je míněno terapeutovo **komplexní profesní vzdělání**, které v sobě zahrnuje práci s vlastními tématy terapeuta, znalost sebe. Klíčové je totiž, aby **měl terapeut zpracovaná svá vlastní traumata a** ideálně měl i **vlastní zážitek posttraumatického růstu**.

Myslím si, že je nejdůležitější, aby terapeut měl dobře zpracovaný svý traumata a měl zážitek svého růstu. a protože víme, že většina terapeutů jde studovat psychologii (eventuelně něco jinýho) ... je tam vysoká pravděpodobnost vývojový nebo další traumatizace. Proto si myslím, že většina terapeutů prochází výcvikem, kde je dlouhodobá individuální terapie, aby tohle to mohl zpracovat. Když má tu zkušenost, že ty těžký věci mohou vést nejen ke stabilizaci ale i růstu, tak tím nejvíc pomůže klientovi, aby k tomu taky došel. Terapeut, který nemá dobře zpracovaný trauma, bude mít potíž pomoci integrovat trauma klientovi a může mu bejt na obtíž v tom růstu. Například, když terapeut zůstane u toho, že se mu staly strašný věci a že to nějak přežil. Tečka. Tak bude mít pak problém podporovat klienta, aby sám rozkvetl potom traumatu. ... Já si myslím, že každej, kdo chce pracovat s traumatem by měl ztraceně dobře znát sám sebe a dopilovat ty svoje témata. To je to, čím nejvíce můžeme u našich klientů podpořit jejich růst. (respondent 9)

K profesionalitě terapeuta také patří **práce pod** pravidelnou **supervizi**, kterou jedna respondentka považuje za součást nejdůležitějších faktorů.

Upřímně řečeno já považuji za jeden z důležitých fenoménů, kterej podporuje růst, když ten terapeut je ochoten pracovat pod supervizi. Tam si myslím, že dobrá supervize umožňuje růst, tak, aby tam terapeut nepřekážel tomu růstu. (respondent 9)

V jedné z předchozích kapitol jsme uvedli ohrožení spirituálním bypassem jako jedno ze specifíků posttraumatického růstu. Stejná respondentka, která podtrhovala důležitost práce pod supervizí, upozorňuje na to, že při práci s posttraumatickým růstem klientů není třeba jen růstu napomáhat. Ale také pečovat o to, aby růst klientům ve výsledku spíš neublížil. Zdůrazňuje proto **prevenci spirituálního bypassu**, kterou spatřuje ve *správné integraci růstu do všech tří zárodečných listů* podle teorie biosyntézy.

Jako ostatně si myslím, že já se držím vodítek biosyntézy, takže se dívám, jestli je růst integrovaný ve všech oblastech a jestli ty oblasti spolupracují. Jestli tu změnu vidíte, když bych to vzala přes zárodečný listy, tak v těle, v tělovém prožívání, v pohybu, v dechu – tyhle somatizovaný. Zároveň vidíte, že má ten člověk propracovaný endodermální položky, co jsou ty pocitový – k sobě i venku. Zároveň se dobře rozvíjejí ektodermální – to znamená reflexe, vhledy, přemýšlení, hodnotové systémy. Když jsou změny patrné ve všech třech oblastech a dokážou spolupracovat, tak je to pozitivní změna a je dobře integrovaná. Když třeba vidíte někoho, kdo se v rámci posttraumatického růstu velmi rozšíří emočně a všechny miluje, všem poskytuje unconditional love, ale zároveň není schopný se postarat o svoje tělo a energetickou bilanci a není schopný kriticky zhodnotit, že nejenom nepodmíněnou láskou, ale třeba financema, ... tak vidíte, že to je nějaký růst, ale není dobře integrovaný, protože to nemůže udržet. Pro mě je důležitý, že v tom růstu je ten člověk nějakým způsobem schopen to integrovat do těla, energie, emocí i vhledu a reflexe, že to tam je všechno přítomný. ...Například lidi, který poporostou nějakou zkušeností jsou ohrožený tím, že si všimnou, že mají pro druhé lidi charisma a začnou ho zneužívat. A objevují se tam věci – napadá mě psychospirituální bypass – to je přesně ten problém. Proto terapeut dle mého názoru má zůstat neutrální – ne nečinný, ale jako zůstat v neutru – středu věcí, že se nesveze na týchle fascinaci. a to je něco, co zejména mladý terapeuti nepochytávají, že s tím mají pak velký potíže. Taky vidíte, že se častěji stává, že se klient zamiluje do terapeuta, ok, proč ne, ale taky se někdy stává, že se zamiluje terapeut do klienta, a to je něco, co já tak 5x do roka řeším s někým. (respondent 9)

8.16 Edukace ohledně posttraumatického růstu

Téma XVI.	Seznam podtémat	
Edukace ohledně posttraumatického růstu	Načasování edukace	Nikdy needukovat dopředu Když se růst děje
	Způsoby edukace	Cílem je normalizace růstu Edukovat o růstu velmi obecně
	Obsah edukace	Edukace o smysluplnosti Provázání traumatizující události, procesu zpracovávání traumatu a růstu Proces PTSD pokračuje i během růstu Trauma nedefinuje člověka Edukace o diferenciální diagnostice spirituálního procesu a psychózy

Tabulka 18 - Znázornění podtémat k tématu XVI. vytvořených na základě kvalitativní analýzy

Stejně jako o traumatu edukují terapeuti i o posttraumatickém růstu, ke kterému může dojít. Důležité je vhodné **načasování edukace**. Všichni respondenti se shodují v tom, že představení a vysvětlení fenoménu posttraumatického růstu by **nikdy nemělo být dopředu**, v úvodních fázích psychoterapie. Ideální moment pro edukaci je, **když už se růst děje**.

Ve chvíli, kdy se nad tím společně zastavíme, třeba když ten klient sám reflektuje, že třeba kdyby se tohle nestalo, tak nejsem tak schopný vnímat to sluníčko nebo nedokážu tak empaticky soucítit s někým, kdo mi vypráví o nějakých těžkostech. Tak mluvíme o tom, že to může být na základě jeho silného prožitku, toho, čím si sám prošel, že na základě toho může pak být vnímavější k tomu, co slyší, že si tím sám taky prošel, tak třeba tímhle způsobem. Ale až ve chvíli, kdy k růstu dojde. Předem ne. (respondent 4)

Respondenti hovoří také o **způsobu edukace**. o růstu by měl terapeut klienta **edukovat velmi obecně**, aby tak zabránil konkrétním očekáváním klienta, na kterých by mohl ulpívat a blokovat tak jinou podobu růstu.

Nechci ji moc říkat kam mají dojít. To mně přijde že to může jako řadu lidí blokovat, že si to tak potom v hlavě drží a můžou se tak odpojit od sebe vlastně. (respondent 3)

Edukace má sloužit k **normalizaci růstu**, aby klient věděl, že jde o běžný projev, který zažívá mnoho lidí po traumatu.

Že není sám v tom, že se mu stala taková událost, není sám v tom, že měl takovýhle potíže. Že je to běžná reakce, že se z toho lidi vybrabraj, vyklepou a maj dobrej život, někdy i lepší než ten dřív. Že to není nic novýho. Hodně jim dávám číst pohádky a báje, kde tohle je všechno popsany, že jo. (respondent 9)

Obsah edukace může být různý. Respondenti chtějí při edukaci klientovi předat **smysluplnost** v náročného procesu léčení traumatu i to, že smysl musí sami hledat.

Možná tu naději asi. Že to není něco, co víme teď, jak dopadne. Ale ta naděje nejen jako kompenzaci, zvládnutí, ale i zlepšení. Vnímám ji jako důležitěj motor pro toho člověka. (respondent 2)

Často dávám apel na hledání toho smyslu, jako možnosti toho růstu, protože týhle složce smyslu věřím. Poskytnutí, obdarování smyslu, proměnění traumatu v něco, co mi může dávat smysl – o tom mluvím nejčastěji v souvislosti s tím růstem. (respondent 5)

Chtějí klienty upozornit na **provázanost traumatizující události, procesu zpracovávání traumatu a aktuálních pozitivních změn**, které ve svém životě pozorují.

Taky mluvíme o tom, že to může být na základě jeho silnýho prožitku, toho, čím si sám prošel, že na základě toho může pak být vnímavější k tomu, co slyší, že si tím sám taky prošel, tak třeba tímhle způsobem. (respondent 4)

Je pro ně rovněž důležité klientům vysvětlit, že **terapeutický proces stále pokračuje** a aktuálně prožívaný růst může být jen jednou z fází, může být součástí nějaké fáze.

Ten proces nějak pokračuje, aby vnímal že, přišel jsem nějak, teď jsem v nějaký fázi, a ještě ten proces nějak pokračuje. (respondent 6)

Pro jednu respondentku edukace o růstu rovněž zahrnuje **sdělení klientovi, že není definován traumatem**, že trauma je jen věc, která se mu stala a on je mnohem víc než to.

Mám naději, vidím, že to může někam vést. Pro mne je hlavní, že ten klient získá naději, že se to může zlepšit a že to nemusí být tak zahlcující a že ho to nemusí definovat. Že nemusí být definován traumatem, ale ve chvíli, kdy už má prostor, kapacitu to vnímat, tak není jenom to trauma. Že je mnohem víc než trauma, že je hlavně člověk, nějaká lidská bytost s nějakou těžkou zkušeností. (respondent 4)

Když klienti začínají sami přinášet témata z oblasti spirituálních změn, jedna respondentka je přímo **edukuje i o diferenciální diagnostice mezi spirituálním procesem a psychózou**.

Já to neříkám předem, ale když ty lidi začnou ťukat na tyhle vrátka (objevují se spirituální zážitky), tak s nima o tom docela pečlivě mluvím. Když na to přijde, tak jim klidně jim vysvětluju diferenciálně diagnosticky, co je spirituální proces a co je psychóza, podle čeho to poznaj. Klidně je takhle edukuju. (respondent 9)

8.17 Shrnutí výsledků výzkumu

V této části je přehledně uvedeno shrnutí výsledků výzkumu vzhledem ke stanoveným výzkumným otázkám.

V první části výzkumných rozhovorů respondenti hovořili o tom, jak vypadá terapie traumatu v jejich praxi. Zaměřili jsme se na to, co je podle nich cílem terapie traumatu.

Výzkumná otázka 1: <i>Jaké jsou podle oslovených terapeutů cíle terapie zahrnující trauma klienta?</i>	Cílem není zmizení traumatu	Symptomy a spouštěče mohou přetrvávat Přijmout zkušenost traumatu Najít v sobě místo pro trauma a dát mu nový smysl
	Oslabení vlivu traumatu na fungování člověka	Obnovení sociálních vazeb
	Ohraničení traumatu	Umístění traumatu do minulosti Obnovení pocitu bezpečí ve světě Nedochází ke znovuprožívání
	Dokončení traumatického procesu	Dokončení cyklu Dokončení energetických procesů
	Nenechat klienta v jeho pocitu výjimečnosti	

Tabulka 19 - Shrnutí výsledků výzkumu – výzkumná otázka 1

Během výzkumných rozhovorů respondenti také představovali svoji vlastní konceptualizaci posttraumatického růstu. Kromě popisu jednotlivých konceptů pro ně bylo rovněž důležité vymezit posttraumatický růst ve vztahu k úzdavě klienta.

Výzkumná otázka 2: <i>Jak terapeuti posttraumatický růst konceptualizují?</i>	Posílení osobnosti	
	Posunutí na novou úroveň fungování	Rozvoj nebo nabytí nových kvalit Možnost svobodné smysluplné volby
	Kumulace vitální síly	
	Uskutečnění potenciálu ke změně	Využití zkušenosti
	Definice růstu ve vztahu k úzdavě	Paralelnost procesů růstu a PTSD Růst jako další fáze po úzdavě Růst rovná se úzdava

Tabulka 20 - Shrnutí výsledků výzkumu – výzkumná otázka 2

To, v jaké podobě respondenti posttraumatický růst pozorují, představovalo další téma výzkumných rozhovorů. Respondenti byli dotazováni na základní oblasti, ve kterých se posttraumatický růst projevuje, ale také na jeho konkrétní projevy v daných oblastech.

Výzkumná otázka 3: <i>V jaké podobě terapeuti posttraumatický růst ve své praxi pozorují?</i>	Oživení člověka a změna jeho chování	Trávení volného času Vědomí vlastních hranic Asertivita Životní zvraty Elán nemusí klientům vydržet
	Vztahy	Prohloubení vztahů Oceňování vztahů Vnímání druhých Destabilizace vztahů
	Osobnostní změny	Větší stabilita Posílení osobnosti Větší otevřenost Větší odvaha Větší sebejistota Pocit vlastní kompetence Klient je víc v přítomnosti Větší sebereflexe Proměna zdrojů a copingu
	Změna paradigmatu a hodnot	Oceňování života
	Spiritualita	Spiritualita se objevuje průběžně Spirituální zážitky Otázky po smyslu života Opora o spiritualitu Zasazení do vlastního výkladového rámce klienta

Tabulka 21 - Shrnutí výsledků výzkumu – výzkumná otázka 3

Poslední oblastí zkoumání byly možné proměnné, které na posttraumatický růst mohou mít podle respondentů vliv. Důraz byl pak kladen na proměnnou terapeuta a respondenti hovořili o těch aspektech, které mohou ovlivnit svým chováním a vystupováním. Někteří z terapeutů podotýkali, že už samotná psychoterapie může posttraumatickému růstu napomáhat, a proto není třeba dělat žádné speciální intervence.

Výzkumná otázka 4: <i>Jak lze dle terapeutů posttraumatický růst klientů v rámci individuální terapeutické praxe ovlivnit?</i>	Psychoterapie jako taková	Kontext psychoterapie Netřeba dělat nic speciálního Terapeut nezpůsobuje klientův růst K růstu dochází i u lidí, kteří neprošli psychoterapií K růstu málokdy dojde bez terapeutické pomoci
	Terapeutovi vlastnosti	Autentičnost Pevnost Trpělivost Laskavost
	Terapeutův přístup	Prohloubení sebepoznání klientů Transparentnost Fandění klientům Orientace na to, co se daří
	Techniky	Reflektování změn Přerámování Set otázek Imaginace na doma Dopis pro sebe sama
	Profesionalita terapeuta	Komplexní profesní vzdělání Zpracovaná vlastní traumata Vlastní zážitek PTG Práce pod supervizí
	Prevence psychospirituálního bypassu	Správná integrace růstu do všech tří zárodečných listů

Tabulka 22 - Shrnutí výsledků výzkumu – výzkumná otázka 4

9 Diskuse

Tato kapitola obsahuje přehled a následnou diskusi hlavních zjištění, ke kterým jsme touto kvalitativní studií dospěli. Cílem diplomové práce bylo zmapovat fenomén posttraumatického růstu v individuální psychoterapii z pohledu psychoterapeutů. Motivací bylo ozřejmit, jak praktikující psychoterapeuti s fenoménem posttraumatického růstu zacházejí. Fokus byl zaměřený na jejich konceptualizaci pojmu, podoby, v jakých jej ve své praxi pozorují a možnosti jeho ovlivnění v rámci individuální psychoterapie. Rovněž se práce zabývala procesem psychoterapie traumatu u jednotlivých psychoterapeutů, aby tak bylo možné posttraumatický růst zasadit do kontextu terapeutického procesu.

9.1 Diskuse výsledků výzkumů

Hlavním záměrem výzkumu bylo zjistit, jaká je zkušenost psychoterapeutů s posttraumatickým růstem jejich klientů v rámci individuální psychoterapie. Pro potřeby naší studie jsme toto široké téma konkretizovali pomocí čtyř dílčích výzkumných otázek.

Výzkumná otázka 1: Jaké jsou podle oslovených terapeutů cíle terapie zahrnující trauma klienta?

Obecně je cílem jakékoliv psychoterapie pomoci klientovi dosáhnout žádoucích změn, které povedou k adaptivnějšímu a prospěšnějšímu prožívání, chování i sociálnímu začlenění (Vybíral & Roubal, 2010). u terapie traumatu literatura uvádí, že je cílem převzít zodpovědnost za svou mysl i své tělo. Toho je dosaženo prostřednictvím osvojení způsobů, jak se zklidnit a soustředit i v situacích, které trauma připomínají. Dále je třeba nalézt cesty, jak žít v přítomném okamžiku a fungovat ve společnosti. Posledním bodem je otevřenost a upřímnost vůči sobě samotnému, kdy člověk není nucet vytěšňovat příliš náročné obsahy své mysli. Uzdravení traumatu v sobě obsahuje obnovení plné funkčnosti exekutivních funkcí, se kterým je spojená sebedůvěra, hravost a kreativita člověka (van der Kolk, 2021). s tímto procesem souvisí také dokončení energetických změn v organismu (Levine, 2019).

Naše výzkumná zjištění odpovídají těmto cílům terapie traumatu. Všichni respondenti se shodovali na tom, že **cílem terapie traumatu není jeho vymazání** z paměti klienta. Negativní symptomatika může přetrvávat, i když její projevy

s postupem času slábnou. Je důležité, aby klient zkušenost traumatu přijal, našel pro ni v sobě místo a dal traumatu nový smysl, který může být pro každého jedinečný.

Tím, že klient rozumí svým symptomům a umí si s nimi poradit bez nutné pomoci terapeuta, následky traumatu už **nenarušují jeho běžné fungování** v neúnosné míře. Klientovi se vrací pocit srozumitelnosti a moci nad jeho tělem i duševními pochody. Díky tomu může obnovovat své sociální vazby, vytvářet si přirozeně nové a být i profesně plnohodnotným členem společnosti.

Cílem terapie je **ohraničení traumatu**. Pod tím je míněno jeho umístění do minulosti, čemuž pomáhá, že již nedochází ke vpádům traumatu do přítomnosti prostřednictvím znovuprožívání. Ohraničení traumatu v sobě také zahrnuje obnovení pocitu bezpečí ve světě. Klient trauma přijímá takovým způsobem, že akomodace zkušenosti nevede k přesvědčení, že ikdyž se trauma stalo, svět je tudíž nepřátelským nebezpečným místem.

Cílem je rovněž **dokončení traumatického procesu**. s odkazem na teorii gestalt psychoterapie respondenti hovořili o dokončení cyklu. Gestalt pracuje s konceptem kontaktního cyklu, který popisuje průběh naplňování potřeb. Pokud je tento cyklus narušen, dojde k tzv. unfinished business. Tato neukončená záležitost dále převážně nevědomým způsobem ovlivňuje prožívání i jednání člověka. Trauma je podle gestaltické psychoterapie extrémním případem unfinished business. Aby došlo k uzdravení, musí se celý cyklus dokončit (Perls et al., 2020). Respondenti rovněž zmiňovali důležitost doproběhnutí energetických změn ve smyslu Levinovy teorie (2019).

Posledním zmiňovaným cílem je **nenechat klienta v jeho pocitu výjimečnosti**. Díky prožití traumatu a potraumatickému růstu si mohou klienti připadat jiní než ostatní lidé. Mají pocit, že tím, co zažili, se vymykají běžné lidské zkušenosti, což většinou i odpovídá realitě. Je proto důležité se v terapeutickém procesu zaměřit na správné integrování objevujících se změn a pocitů takovým způsobem, aby klientovi nepůsobily nežádoucí komplikace v mezilidských interakcích, ani v jeho vlastním prožívání. Jedna respondentka o tom hovoří tak, že je třeba zabránit pocitu exkluzivnosti, protože exkluzivita má velmi blízko k exkludovanosti.

Výzkumná otázka 2: Jak terapeuti posttraumatický růst konceptualizují?

Během rozhovorů se ukázalo, že se konceptualizace růstu jednotlivých terapeutů liší. To koresponduje s mnohostí různých termínů a modelů, které změny následující po náročné události popisují (Mareš, 2012). Při definování PTG respondenti zmiňovali jako důležitý **vztah mezi PTG a úzdavou**. Nejčastěji byla zdůrazňovaná paralelnost výskytu příznaků PTSD a pozitivních změn. To odpovídá dříve provedeným výzkumům (např. Jin et al. 2014), kde byl zjištěn i pozitivní vztah mezi pozitivními a negativními následky traumatu (Shakespeare-Finch & Lurie-Beck, 2014). Následkem traumatu na psychické zdraví nemusí být pouze PTSD, často se objevuje také globální úzkost a deprese. u těch se žádný klinicky významný vztah dosud najít nepodařilo. v současnosti duševní pohoda a duševní nemoc nejsou chápány jako opačné póly spektra duševního zdraví (Long et al., 2021).

Posttraumatický růst byl respondenty nejčastěji definován jako **posunutí na novou úroveň fungování**, které v sobě zahrnuje posílení osobnosti, rozvoj nebo nabytí nových kvalit a nové objevení možnosti svobodné smysluplné volby v rozmanitých oblastech vlastního života. Tato definice odpovídá standartnímu konceptu PTG od Tedeshiho a Calhouna (1996) a dalších autorů, kteří s pojmem PTG dále pracují. Možnost svobodné smysluplné volby se vztahuje nejen k nalezení svobody ve vztahu k traumatu a vymanění se z bezmocné pozice pomocí možnosti zaujmout k události vlastní postoj. To je v souladu s Franklovou teorií o uskutečňování postojových hodnot při konfrontaci s utrpením, které není možné zvrátit (Frankl, 2007). Druhým aspektem možnosti svobodné smysluplné volby je uvědomení si vlastní svobody, které s sebou nese nutnost převzetí odpovědnosti za vlastní život.

Jiné uchopení PTG jej pojímá jako **kumulaci vitální síly**, ke kterému dochází díky uvolnění energie uvíznuté v těle, což odpovídá teorii Levina (2019) a také díky objevení nových kvalit a vlastní svobody.

Posledním aspektem, který respondenti uváděli jako součást konceptu PTG, je **uskutečnění potenciálu ke změně**. Tento potenciál je podle respondentů ve všech lidech, trauma člověka ale přivádí těsněji do jeho blízkosti v důsledku čehož si člověk může potenciál plně uvědomit a rozhodnout se ho uskutečnit. Objevení tohoto potenciálu je pravděpodobně způsobeno otřesením základních přesvědčení,

se kterými pracuje model růstu u Calhouna a Tedeshiho (2006) i u autorů Josepha a Linleyho (2008). k uskutečnění potenciálu, rozuměje PTG, ale dochází jenom u části populace a jeho naplnění tedy není samozřejmostí. Proč k němu nedochází u všech lidí, kteří traumatem prošli, může být vysvětleno právě proměnnými, které ovlivňují PTG.

Výzkumná otázka 3: v jaké podobě terapeuti posttraumatický růst ve své praxi pozorují?

Podoby a oblasti PTG jsou prozkoumány díky nástrojům na měření PTG. k měření posttraumatického růstu se nejčastěji používá dotazník PTGI autorů Calhouna a Tedeshiho (1996), který má dvacet jedna položek a zkoumá pět základních faktorů posttraumatického růstu, kterými jsou objevení vlastních silných stránek; změna ve vztazích s ostatními; otevření se novým možnostem; změna v chápání života, přeformulování hodnotového systému a změna ve spiritualitě a existenciálních otázkách. Výzkumu Bryngeirsdottirové a Halldorsdottirové (2021), který sice nebyl zakotven v dotazníku PTGI, přinesl podobná zjištění. Klienti v něm svůj růst popisovali tak, že se svobodněji staví k vlastním pocitům, mají hlubší vztahy s druhými lidmi, zažívají osobní růst, žijí plnohodnotnější život, lépe znají sami sebe a mají silnější sebevědomí. Obě tato zjištění o podobách růstu jsou v souladu s našimi závěry.

Z analýzy rozhovorů vyplívá pět oblastí posttraumatického růstu, které se s oblastmi podle PTGI z velké části překrývají. Těmito oblastmi jsou oživení člověka a změna jeho chování; změny ve vztazích; osobnostní změny; změny paradigmatu a hodnot a změny ve spiritualitě. Oblasti změn ve vztazích, paradigmatu a hodnot a ve spiritualitě odpovídají oblastem a faktorům podle Calhouna a Tedeshiho (2006). Ve **změnách ve vztazích** respondenti zmiňovali jednotlivé podoby, které korespondovali s položkami dotazníku PTGI týkajícími se vztahů. Můžeme zmínit prohloubení vztahů, jejich oceňování, proměnu ve vnímání druhých, ve které respondenti nejčastěji uváděli větší schopnost empatie s druhými, čemuž přímo odpovídá patnáctá položka dotazníku PTGI „Having compassion for others.“ (Calhoun & Tedeshi, 2006, str. 460). Je zajímavé podotknout, že dva respondenti kromě pozitivních změn ve vztazích uváděli i změnu negativní – destabilizaci vztahů. Celková proměna člověka během růstu může vést k narušení blízkých vztahů. Dle respondentů člověk začíná zpochybňovat svůj dosavadní

život, získává větší pocit sebehodnoty, sebedůvěru, je asertivnější, často dělá razantní životní změny. To všechno může být pro něj samotného prospěšné, jeho okolí, které ale takto transformačním obdobím neprochází, může tyto změny vnímat jako ohrožující. Nemusí chápat, proč zaběhlý rodinný řád člověku najednou nevyhovuje, proč hovoří o svých potřebách a stojí si za nimi. Jedna respondentka má dokonce zkušenost s tím, že jen polovině partnerských vztahů proces posttraumatického růstu jednoho z partnerů vztahu prospěje, v druhé polovině dochází k rozhodům. v tomto případě nemusíme tyto změny chápat jako výlučné pro posttraumatický růst, jsou přítomné i u jiného růstu, ke kterému v procesu psychoterapie dochází. v posledních dvaceti letech se objevují výzkumy, které se zabývají tzv. nežádoucími či vedlejšími efekty psychoterapie (Crawford et al., 2016; Peth et al., 2018; Rozental et al., 2016). Inga Ladwig se svými kolegy (2014) vyvinuli dotazník Inventory for the Assessment of Negative Effects of Psychotherapy (INEP), který se dotazuje na šest různých oblastí negativního dopadu psychoterapie na klienta. Zmiňme zde první dva faktory. První faktor zahrnuje negativní dopady na emoční prožívání a sociální fungování. Druhý faktor přímo hovoří o negativních dopadech a na intimní vztahy klienta. z našich dat není jasné, zda k negativnímu ovlivnění vztahů dochází posttraumatickým růstem anebo zda jej spíše ovlivňuje proces psychoterapie, kterým klient prochází. Na tento vztah a stejně tak obecně na negativní dopady PTG na mezilidské vztahy, by bylo dobré směřovat další výzkumná šetření.

Oblast změn paradigmatu a hodnot se svým obsahem překrývá s oblastí PTGI Appreciation of Life. Pro některé respondenty byla změna v hodnotovém systému hlavní a nejzřetelněji pozorovanou oblastí posttraumatického růstu. v konkrétní podobě pak klienti proměnili svoje celkové oceňování života, vnímání, že život není něčím samozřejmým a zaslouží si, aby si ho člověk vážil. Na tomto místě můžeme uvažovat o tom, jaký je vztah proměněného hodnotového systému k dalším oblastem růstu. Nabízí se otázky, zda právě změna hodnot nevede například ke změnám v mezilidských vztazích. Můžeme ovšem předpokládat i opačný vztah a totiž, že intimnější povaha vztahů proměňuje jedincovo hodnocení jejich důležitosti. Další výzkumy by mohli tento vztah prověřit.

McGrath (2011) hovoří o velmi silném vztahu mezi PTG a spiritualitou. Calhoun a Tedeschi (1996) spiritualitu chápou jako součást PTG, McGrath (2011)

se ale domnívá, že jde o opačný vztah, podle něj je PTG aspektem spirituality. Dle něj v sobě PTG zahrnuje transcendenci traumatické události namísto disociace od ní, což má za následek změnu hodnotového žebříčku. Kontaktem s vlastní zranitelností člověk rovněž získává nové vnitřní psychologické kvality, které mu mohou umožnit transcendovat běžné životní starosti, objevit silné stránky osobnosti a dosáhnout změněných stavů vědomí, o kterých je možné hovořit jako o spirituálních zážitcích. Jako poslední se ve vztahu ke spiritualitě objevuje překonání egocentrických zájmů jedince, díky kterému může dosáhnout většího spojení s ostatními. Tyto tři aspekty PTG stojící v jeho základu mají ryze spirituální povahu. Spiritualita u McGratha představuje velmi široké pojetí, stejně široce spiritualitu pojmáme i v našem výzkumu, proto v sobě oblast spirituality zahrnuje i existenciální otázky.

Téma **spirituality** se podle respondentů v terapii traumatu objevuje průběžně a podle některých respondentů je to velmi brzy, už během zpracovávání traumatu. u klientů se objevují spirituální zážitky, které u každého mají jedinečnou podobu. Mohou se uskutečňovat i prostřednictvím spirituálně laděných snů. Respondenti zmiňovali, že klienti sami tyto zážitky nebo změny nutně nechápou jako spirituální. Za spirituální je označuje terapeut, když o nich sám uvažuje. v našem výzkumu vycházíme z perspektivy terapeutů, a proto jimi označené podoby růstu za spirituální za spirituální pokládáme. Zajímavý vhled by mohlo přinést, kdybychom se přímo tázali jednotlivých terapeutů na jejich definici spirituality a podobné šetření udělali i v populaci jejich klientů. Je možné, že bychom došli k překvapivým závěrům.

Někteří respondenti se pozastavovali nad tím, že ke spirituálním zážitkům dochází často i v českém sekularizovaném prostředí. Téma spirituality není nutně spjaté s konkrétními náboženstvími a spiritualitu mohou prožívat i lidé bez náboženského vyznání. To si uvědomovali i autoři dotazníku PTGI, a proto faktor původně nazvaný Spiritual change upravili na Spiritual–Existential Change a vznikl tak dotazník PTGI-X. PTGI-X obsahuje i položky, které umožňují zachytit změny v širší duchovní a existenciální oblasti i těm jedincům, kteří nejsou nábožensky orientovaní (Tedesji et al., 2017). v souladu s tímto chápáním spirituality jsou také naše zjištění. Respondenti uvádějí, že klienti často přicházejí s existenciálními otázkami. Primárně jsou to otázky po smyslu života. Pro terapeuty

je důležité, spirituálně-existenciální témata, která se u klienty s PTG objevují, neprovazovat s konkrétními náboženstvími. Místo toho podporují klienta, aby je zasadil do svého vlastního výkladového rámce. Tento otevřený přístup terapeutů představuje jeden z projevů terapeutické neutrality.

Kromě spirituality jako projevu PTG respondenti zmiňují, že pro klienty je spiritualita také oporou. Příklon k víře, duchovním aktivitám jim pomáhá získat sociální oporu i vnitřní klid. Což potvrzuje pozitivní roli náboženského copingu, který zkoumají různé studie (Hebert et al., 2009; Siegel et al., 2001; Pargament et al., 2000).

Další oblastí PTG pozorované terapeutů je oblast **oživení člověka a změny v jeho chování**. Za důležitou pozitivní změnu u PTG respondenti pokládají celkové ozdravení organismu člověka, návrat jeho fyzického zdraví společně s uvolněním životní energie. To klientovi otevírá nové možnosti včetně změny životní orientace v různých ohledech. Prvním z nich je trávení volného času, kdy se klienti navrací ke svým dřívějším zájmům, objevují nové aktivity. Respondenti zmiňují, že jejich klienti často začínají meditovat, cvičit, čtou nové knihy. Často v sobě rovněž objevují tvořivé tendence a zájem o umění. Projev PTG v podobě vnímaného zvýšení kreativity je pravděpodobně zprostředkován intruzivními a reflektujícími ruminacemi (Forgeard, 2013). Důležitou složkou je také uvědomění si vlastních hranic. Klienti jsou schopni si lépe uvědomovat, když se blíží ke svým limitům a jsou tak schopni si všimnout, kdy se mají vymezit vůči okolí, aby jim jejich hranice nebyly překračovány. s tím je spjatá větší míra asertivity, která se může projevovat i v rámci terapeutických sezení, kdy se klienti častěji vymezují vůči počínání terapeuta a více si říkají o naplňování svých potřeb. To podle respondentů nemusí mít nijak dramatickou podobu. Často jde pouze o to, že si klient řekne, jaký čaj chce od terapeuta uvařit. Změna v trávení volného času, vědomí vlastních hranic a asertivita vedou k životním zvrátům, ke kterým se klienti uchylují. Nezřídka se rozhodují pro náhlou změnu profesní orientace či změnu v oblasti blízkých vztahů. To může zapříčiňovat výše zmíněnou destabilizaci vztahů. Ne všechny životní změny, které klient díky PTG udělá, mají ovšem pozitivní následky. Terapeut by měl proto s klientem opatrně hovořit o jeho aktuálních životních plánech a být pro něj nejenom jako podpora v děláni velkých změn ale také jako klidná kotva, která

mu poskytne dostatek času na rozmyšlení možných dopadů. Tato oblast se částečně překrývá s faktorem PTGI New possibilities.

Poslední oblastí jsou **osobnostní změny**. Respondenti změny pozorovali ve větší otevřenosti klientů, což koresponduje s nálezy Calhouna a Tedestiho (2006). Dále se osobnostní změny projevovaly ve větší odvaze, sebejistotě, pocitu vlastní kompetence. Respondenti vnímali velké změny v sebereflexi klientů, někteří z nich větší sebereflexi dokonce pokládali za hlavní projev PTG. Sebereflexe je součástí sebepercepce (self-perception), kterou Tedeshi a Calhoun (1996) stanovili jako jednu z původních třech kategorií oblastí změn PTG. Rovněž bylo respondenty našeho výzkumu zdůrazňováno, že klienti jsou víc v přítomnosti, s čímž je spjata jejich větší všímavost. Větší sebereflexe a všímavost jsou faktory, které jsou často výsledkem psychoterapie. Někteří autoři dokonce pokládají rozvíjení všímavosti klienta, která následně umožňuje větší sebereflexi, za klíčový prvek psychoterapie (Benda, 2019; Siegel, 2018). Kromě těchto konkrétních aspektů je osobnost klientů celkově posílena, je stabilnější a její copingové strategie a zdroje jsou efektivnější.

Výzkumná otázka 4: Jak lze dle terapeutů posttraumatický růst klientů v rámci terapeutické praxe ovlivnit?

K posttraumatickému růstu dochází i u lidí, kteří neprošli psychoterapií. Výzkumy ovšem ukazují, že psychoterapie a obzvláště ta zaměřená na trauma pomáhá dosáhnout výrazného zvýšení PTG (Schnyder et al., 2011, Wagner et al., 2016). PTG je proto často pojímán jako sekundární benefit léčby traumatu (Nijdam et al., 2018). Klienti samotní pokládají psychologickou a psychoterapeutickou pomoc za prospěšnou pro posttraumatický růst (Bryngelisdottir & Halldorsdottir, 2021). v návaznosti na to, že k růstu dochází i mimo psychoterapii, respondenti zdůrazňovali, že terapeut nezpůsobuje klientův růst, může mu terapií pomoci vytvořit příznivé prostředí pro jeho rozvíjení, není však činitelem klientových pozitivních změn. Někteří respondenti přes to zmiňovali, že k růstu podle nich jen málokdy dojde bez terapeutické pomoci. Vysvětlením této zkušenosti terapeutů, může být úroveň posttraumatického stresu. Určitá hladina posttraumatického stresu růst umožňuje a čím je jeho hladina vyšší, tím stoupá i míra růstu. Děje se tak ale pouze do určitého bodu, od kterého již posttraumatický růst pro svoji nevladatelnost růst znemožňuje místo toho, aby mu napomáhal (Joseph, 2017). Psychoterapie pomáhá hladinu posttraumatického růstu snižovat, a proto je

v určitých případech možné uvažovat o psychoterapii jako nezbytné podmínce růstu.

Podle respondentů **PTG napomáhá samotný kontext psychoterapie**, který klientovi nabízí prostor na pravidelné zamýšlení se nad různými tématy, možnost sdílení v bezpečném prostředí, reflektování, a to vše v rámci interpersonálního důvěrného vztahu. Právě vztahové proměnné podle respondentů růstu obecně napomáhají. Zmíněny byly především přijímající přístup, možnost sdílení s okolím a ocenění od okolí. To vše může klientovi nabídnout i terapeutický vztah. Ve výzkumech se obecně sociální proměnné ukazují silnými prediktory růstu (Prati, Pietrantonio, 2009). Sociální opora rovněž zprostředkuje vztah mezi reflektujícími ruminacemi a PTG (Xu et al., 2019). z těchto důvodů se psychoterapie ukazuje jako růstu prospěšná.

Právě proto, že psychoterapie samotná růstu prospívá, domnívají se někteří respondenti, že pro facilitaci růstu není třeba dělat žádné speciální intervence, stačí klienta dobře provádět traumaterapeutickým procesem. Některé výzkumy se však zabývají specifickými druhy podpory PTG a ukazují na pozitivní vliv aktivních na PTG zaměřených intervencí na výsledný PTG klientů (Roepke et al., 2015; Li et al., 2020; Na et al., 2021). v současné době proto vznikají intervence a intervenční modely na podporu růstu. Některé jsou zaměřené na konkrétní podobu traumatické události, například na násilí ze strany intimního partnera (Bryngelisdottir & Halldorsdottir, 2022) nebo válečnou zkušenost veteránů (Harwood-gross et al., 2022). Jiné intervence se zaměřují na podporu PTG obecně. Existují také intervenční modely, například model THRIVE Stephena Josepha (2012), který rozděluje terapeutický proces do šesti stádií, ke kterým jsou uvedena konkrétní doporučení. Tedeshi a Moore (2020) dokonce vytvořili terapeutický přístup k traumatu založený na PTG. Přístup je složený z prvků klasických terapeutických přístupů k traumatu (KBT, narativní a existenciální psychoterapie) a zahrnuje v sobě jak integrativní filozofické východisko terapeutické práce, tak také konkrétní doporučení na techniky, které mohou při práci s klientem jeho růst podpořit. Vztah mezi terapeutem a klientem má mít podle nich podobu tzv. expertního doprovázení, které od terapeuta vyžaduje trpělivost, zájem, aktivní naslouchání, vyjádřené a cítěné pochopení, autenticitu, schopnost kontejnovat klientovy emoce.

Tento popis expertního doprovázení se shoduje s **vlastnostmi terapeuta a jeho přístupem**, které respondenti našeho výzkumu označili jako růstu napomáhající. Kromě zmíněných vlastností respondenti také uváděli terapeutovu transparentnost, laskavost a orientaci na ty aspekty léčby, které se daří. Pozitivní orientace se objevuje rovněž v modelu THRIVE, jehož čtvrté a páté stádium je zaměřené na identifikaci změny a její ocenění (Joseph, 2017) i v doporučeních Calhouna a jeho kolegů (2015), kteří navádí ke zdůraznění a prozkoumání náznaků PTG, ve chvílích, kdy se u klienta začne objevovat. Terapeuti, kteří jsou orientovaní pozitivně, mohou rovněž klientům lépe pomáhat s přerámováním, které respondenti vnímají jako jednu z technik podporující růst. Pro respondenty je také důležité fandění klientům, pod kterým je míněna silná podpora, za kterou stojí víra v to, že se klient může posunout a terapeutův opravdový zájem o klientův život. v přístupu terapeuta respondenti zdůrazňují orientaci na prohlubování sebepoznání klientů pomocí rozvoje jejich všímavosti. Intervence založené na všímavosti doplňující psychoterapeutickou léčbu traumatu jsou účinné při snižování negativních symptomů PTSD (Taylor et al., 2020). Existuje dokonce specifická praxe všímavosti pro traumatizované klienty, tzv. trauma-senzitivní mindfulness (Treleaven, 2018). Vztah PTG a všímavosti se v současné době podrobuje zkoumání. Bylo zjištěno, že tendence pozorovat a popisovat vnitřní prožitky pozitivně koreluje s celkovým skóre v PTGI (Chopko & Schwartz, 2009). Všímavost jako osobnostní rys je pravděpodobně pozitivně provázána s PTG. Mimo jiné můžeme jmenovat spojení mezi všímavostí a spiritualitou (Carmody et al. 2008), osobní silou (Niemic 2012) či zlepšením vztahů (Jones et al. 2011). Díky těmto zjištěním se začínají objevovat intervence založené na všímavosti, které by mohly přímo podpořit PTG. Výzkumy ukazují, že trénink všímavosti má příznivý dopad na skóre v PTGI, pozitivní účinek je ovšem malý (Shiyko et al., 2017). Intervence založené na všímavosti představují slibnou oblast zkoumání ve facilitaci PTG a to i kvůli tomu, že praxe všímavosti zvyšuje schopnost emoční regulace (Benda, 2019), kterou ve svých modelech zdůrazňují i Joseph (2017) a Tedeshi a Moore (2020).

Všímavost představuje jednu z **technik**, které respondenti vnímali jako růstu napomáhající. Další technikou je kladení daného setu otázek, které se týkají aktuálních změn, budoucího směřování i existenciálních otázek. To je v souladu

s PTG-based přístupem, který hledání odpovědí na existenciální otázky podporuje. Model THRIVE pracuje například s otázkou na zázrak. Důležité jsou rovněž narativní techniky. Respondenti zmiňovali možnost napsání dopisu pro sebe sama. Obecně jsou rovněž doporučovány další techniky pracující s expresivním psaním, vyprávěním, sepisováním příběhu vlastního života se zakomponováním traumatu, se kterým nejvýrazněji pracuje NET. Výzkumy potvrzují pozitivní efekt práce s narativem na PTG (Hijazi et al., 2014; Smith et al., 2008).

S růstem podle respondentů rovněž souvisí **terapeutova profesionalita**. Tou je míněno jeho komplexní profesní vzdělání, které v sobě zahrnuje nejen odborné znalosti, ale také sebezkušenost. Díky několikaleté sebezkušenosti je pravděpodobnější, že terapeut bude mít zpracovaná svá vlastní traumata, což respondenti pokládají za důležitou proměnnou ve vztahu k PTG. Ideálem je, pokud má psychoterapeut nejen svá vlastní traumata zpracovaná, ale má také sám zážitek posttraumatického růstu. Díky tomu může klientovi snadněji předat naději a nezůstat pozorností pouze u negativních aspektů traumatu. k profesionalitě terapeuta náleží práce pod pravidelnou supervizí. Tu jedna respondentka považuje za klíčovou ve vztahu k PTG. Podle ní supervize napomáhá tomu, aby terapeut nebrzdil a nevhodně neovlivňoval růst klienta. Důležitost práce pod supervizí, obzvláště u odborníků, kteří pracují s traumatizovanými klienty, potvrzují mnozí autoři (Sammot Scerri et al., 2017; Ellis et al., 2019, Lansen & Haans, 2004). Supervize odborníkům slouží ke zlepšení jejich praxe a udržení bezpečnostních standardů, například tak, že supervize brání vzniku tzv. únavě ze soucitu (Dehlin et al., 2018).

Poslední zjištěnou proměnnou, jakou mohou terapeuti facilitovat PTG klientů, je **prevence spirituálního bypassu**, kterým jsou dle respondentů traumatizovaní klienti ohroženi více než ti, kteří si traumatem neprošli. Konkrétní podobou prevence je pak správná integrace PTG do všech oblastí – rozumové, emoční i konativní. Spirituální bypass neboli duchovní unikání je možné definovat jako psychologickou obranu uskutečňovanou prostřednictvím upřednostňování nebo zveličování spirituálních přesvědčení, emocí nebo zážitků před psychologickými potřebami. Jinými slovy jde o uchýlení se ke spiritualitě jako ke způsobu vyhýbání se psychickým problémům. Je třeba zdůraznit, že duchovní unikání představuje přirozený proces, který je ve zdravé míře součástí duchovního

vývoje člověka. Může totiž fungovat jako copingová strategie akutního stresu, jehož extrémní podobu trauma představuje. Pokud je duchovního unikání ale příliš nebo je chronickou fází duchovní cesty jedince, může duchovnímu vývoji i terapeutickému posunu bránit (Masters, 2019). Picciotto, Fox a Neto (2018) nabízejí čtyři možné způsoby jeho prevence. Prvním z nich je právě vyhledání psychologické pomoci. Dalšími jsou vzdělávání ohledně duchovního unikání a spirituality obecně, vedení duchovním průvodcem a příslušnost k takové duchovní komunitě, která chápe důležitost psychologické práce na sobě jakožto nutnou součást duchovního růstu (Picciotto, Fox & Neto, 2018). v souladu se způsobem prevence pomocí vzdělávání se ve spiritualitě je i zjištění našeho výzkumu, kdy jednou z uváděných podob prevence byla edukace o diferenciální diagnostice spirituálního procesu a psychózy.

Na tomto místě je také třeba zmínit roli **edukace o PTG**, o které respondenti výzkumu hovořili také, i když ne ve vztahu k proměnným růstu napomáhajícím. k edukaci má docházet až ve chvíli, kdy se u klienta PTG objevuje, nikdy ne před jeho výskytem. Cílem edukace má být normalizace růstu a její podoba má být velmi obecná, aby neovlivňovala klientův pokračující růst různými očekáváními. Obsah edukace má sestávat z vysvětlení smysluplnosti terapie traumatu, provázání traumatu, procesu jeho zpracovávání a růstu. Dále je dobré klientovi předat informaci o tom, že proces PTSD i PTG bude po terapii pokračovat dál a také klientovi zdůraznit, že trauma ani proces jeho zpracování jej nedefinuje, je pouze něčím, co se mu stalo, ale není jeho identitou. Naše zjištění se téměř překrývají s podobou edukace, jakou doporučují Tedeschi a Moore (2020) ve svém PTG-based přístupu.

9.2 *Limity výzkumu*

Náš výzkum se zabývá výhradně pohledem psychoterapeutů, protože naším zájem bylo prozkoumat právě jejich zkušenost s posttraumatickým růstem a možnostmi jeho facilitace. k objasnění této problematiky však tyto informace nemohou být vyčerpávající. Pohled psychoterapeutů by mohl být obohacen o pohled jejich klientů. Bylo by zajímavé srovnat, zda klienti vnímají, že intervence, které terapeuti považují za růstu napomáhající, jejich vlastním pozitivním změnám opravdu prospívají a zda se celkový pohled terapeutů a klientů na jejich vlastní růst spíše liší anebo v těchto pohledech převládá spíše shoda. Mohl

by tak vzniknout komplexnější pohled na problematiku PTG v individuální psychoterapii.

Perspektiva terapeutů je rovněž limitována tím, že se dozvídají o PTG klienta pouze skrze klientovo projevování v rámci terapeutických sezení a referování o jeho prožívaných změnách. Jeden z respondentů sám uváděl, že může popisovat pouze ty oblasti růstu klientů, o kterých mu klienti sami řekli. Nikdo z respondentů neuváděl, že by se klientů na jejich růst přímo podrobně ptal anebo klientům dával některý dotazník, který by jejich růst měřil. To, jaký PTG klientů mohou terapeuti pozorovat, může být proto velmi omezené. Psychoterapeuti rovněž většinou nemají možnost pozorovat vývoj posttraumatického růstu v průběhu následujících měsíců a let, většinou jsou přítomni pouze u prvotních fází pozitivních změn, neboť řada klientů terapii opouští v momentu, kdy už terapeuta nepotřebují, protože se jim trauma podařilo zpracovat. Otázkou tedy zůstává, jaký je následující vývoj jejich růstu a zda některé intervence terapeutů nemají pouze krátkodobý dopad.

Určitý nedostatek práce může spočívat rovněž v podobě výzkumného souboru, ve kterém jsou nerovnoměrně zastoupeny terapeutické směry. Do našeho výzkumného souboru se bohužel nepodařilo sehnat například terapeuty s existenciálním, systemickým nebo na člověka zaměřeným výcvikem. Rovněž ve výzkumném souboru nefigurují terapeuti, kteří by prošli výcvikem v některé z dalších metod doporučených pro práci s traumatem, jakými jsou například NET. Limitem je také poměrně nízký počet respondentů. Větší výzkumný vzorek, ve kterém by bylo zastoupeno větší množství terapeutických směrů by mohl přinést bohatší data. Určité zkreslení dat může být způsobeno i ochotou psychoterapeutů se výzkumu bez honoráře zúčastnit, je možné, že terapeuti, kteří byli ochotní stát se respondenty výzkumu, mohou vykazovat určité společné znaky a jiní terapeuti by tedy mohli nabídnout odlišné perspektivy.

Limitem výzkumu může být sběr dat pomocí polostrukturovaných rozhovorů. Polostrukturované rozhovory výzkumníkovi sice umožňují získat rozsáhlé informace o pohledu respondentů na danou problematiku, a to s jistou dávkou flexibility i důvěrného prostředí během dotazování. Výzkumník však může svým působením ovlivnit charakter sdělovaných informací. Abychom tuto možnost co nejvíce snížili, výzkumník se snažil přistupovat k rozhovoru s respondenty se

stejnou vstřícností, otevřeností i stejnými oblastmi zájmu. Každý z rozhovorů byl však jiný kvůli jedinečnosti každého z respondentů i zkušenostem výzkumníka s kladením otázek a prozkoumávaným tématem. Získaná data závisela na míře sebereflexe respondentů i jejich otevřenosti během sdílení některých, i velmi osobních informací. Jiný limit spočívá v časovém zarámování délky jednotlivých rozhovorů. Většina respondentů měla na výzkumníka vyhrazený čas, který kvůli obsáhlosti jimi sdílených informací, ne vždy stačil na získání odpovědí na všechny výzkumné otázky a na ověření správného porozumění konkrétním odpovědím. Ačkoli se výzkumník snažil vycházet z konkrétních výroků respondentů, je možné, že některé jejich aspekty si vyložil jinak, než jak byly míněny. Je rovněž možné, že v připravené kostře otázek rozhovoru byly některé otázky pro dané téma důležité navzdory všem snahám výzkumníka, opomenuty. Během vedení rozhovorů se objevovaly nové oblasti, které by pro dané téma byly zajímavé. s ohledem na celkovou délku rozhovoru už ale nebylo možné se na tyto nové oblasti respondentů doptat. Další nevýhodou výzkumu může být velký rozptyl v pokládaných otázkách, které se kromě posttraumatického růstu dotazovaly i na samotný proces psychoterapie traumatu, a to z toho důvodu, aby bylo porozuměno perspektivě respondentů v kontextu jejich jedinečného stylu práce s traumatem. Pokud bychom tyto otázky vynechali, je možné, že bychom získali podrobnější informace týkající se posttraumatického růstu, na druhou stranu bychom ale v takovém případě přišli o celistvější pohled na posttraumatický růst v psychoterapii traumatu.

Nedostatek výzkumu může být způsobený volbou zpracování dat. Tematická analýza poskytuje výzkumníkovi velkou flexibilitu, díky které je možné se zaměřit na komplexnost informací obsažených v datech (Braun & Clarke, 2006). Na druhou stranu má ale tematická analýza malou interpretační sílu (Hendl, 2016) a neposkytuje tak hluboký vhled do zkušeností dotazovaných jako například interpretativní fenomenologická analýza (Řiháček, Čermák, & Hytych, 2013). Vzhledem k tomu, že sběr i analýzu dat prováděl jediný výzkumník, je třeba brát v úvahu možná zkreslení, která tak mohou v průběhu analýzy i interpretace dat vznikat. Je také důležité zmínit, že výzkumník sám prošel terapií traumatu a zažil posttraumatický růst, a to v menším časovém odstupu než tři roky od provádění výzkumu, z čehož mohou plynout další možná zkreslení dat. Rovněž to ale

výzkumníkovi poskytlo hlubší vhled do zkoumané problematiky ještě před zahájením rešerší a výzkumných rozhovorů.

9.3 Možnosti dalšího zkoumání

Za účelem komplexnějšího zmapování fenoménu posttraumatického růstu v individuální psychoterapii se zdá jako vhodné zahrnout do výzkumu i perspektivu klientů psychoterapie, kteří posttraumatický růst sami prožívají. Obzvláště zajímavé by bylo sledovat posttraumatický růst klientů a terapeutovi intervence mu napomáhající u dvojic psychoterapeutů a jejich aktuálních nebo minulých klientů. Mohli bychom tak porovnat shodu mezi pohledem terapeuta a klienta. Dále by mohl být podobný výzkum obohacen přímým dotazováním se klientů oslovených terapeutů na jejich posttraumatický růst, například pomocí dotazníku PTGI.

Další výzkum by se mohl také zaměřit na pouze jednu z oblastí posttraumatického růstu, například na oblast vztahů nebo spirituality. Bylo by tak možné sledovat konkrétní projevy růstu do větší hloubky i jejich následky na klientův život.

Oblastí, která by rozhodně stála za prozkoumávání, jsou negativní dopady posttraumatického růstu na klientův život. v našem výzkumu jsme objevili negativní dopad růstu na vztahy, které růst může prohloubit, ale kvůli transformativním změnám také destabilizovat. Zároveň bylo ukázáno, že spirituální změny klienta jej mohou ohrožovat spirituálním bypassem, pokud není růst plně integrovaný. Tento typ výzkumu by byl v souladu se zkoumánými vedlejšími účinků psychoterapie obecně a mohl by tak poukázat i na stinnou stránku růstu, kterou je třeba v psychoterapeutickém procesu oslovovat.

Pokud by se podařilo získat dostatečně velký a rozmanitý výzkumný soubor, mohl by se výzkum dál ubírat také formou zkoumání vztahu mezi posttraumatickým růstem klientů a konkrétním psychoterapeutickým výcvikem terapeuta. Je možné, že se ukáže, že některé terapeutické směry posttraumatický růst podporují více než jiné.

10 Závěr

Předložená diplomová práce se zabývala posttraumatickým růstem v kontextu individuální psychoterapie, především možností jeho facilitace. Aby bylo možné zprostředkovat komplexní pohled na posttraumatický růst, byl tento fenomén zasazen do širších souvislostí.

Literárně přehledová část byla rozdělena do tří kapitol. První z nich se zabývala fenoménem posttraumatického růstu. Pojem byl představen i s ohledem na svá historická východiska. Byly stručně popsány možné reakce člověka na stres včetně charakteristiky posttraumatické stresové poruchy, která je s posttraumatickým růstem těsně spjata. Dále byl termín posttraumatického růstu odlišen od termínu resilience a uzdravení a byly nastíněny jeho různé modely. První kapitolu uzavírají determinanty posttraumatického růstu a shrnutí informací o jeho vědeckém zkoumání. Tématem druhé kapitoly byla terapie traumatu. v krátkosti byla zmíněna farmakoterapie PTSD, psychoterapie traumatu jako taková. Následovalo představení specifík terapeutického vztahu a shrnutí jednotlivých fází procesu terapie traumatu. Dále byla zmíněna role jádrových přesvědčení, kognitivního zpracování, sociální opory a spirituality a náboženství ve vztahu k terapii traumatu a posttraumatickému růstu. v závěru druhé kapitoly je shrnutí vybraných terapeutických směrů, které se na práci s traumatem zaměřují. Třetí kapitola informuje o možnostech facilitace posttraumatického růstu a jsou v ní uvedeny dva modely, které se v komplexnosti zabývají možnými intervencemi, které růstu napomáhají.

K sepsání teoretické části diplomové práce bylo použito mnoho odborných zdrojů, především zahraničních. Práce se snažila čerpat především z nejnovějších článků a publikací, neopomíjela ale ani starší prameny, pokud byly k tématu relevantní.

Empirická část představuje kvalitativní výzkum, jehož cílem bylo prozkoumat zkušenost praktikujících psychoterapeutů s posttraumatickým růstem u jejich klientů v rámci individuální psychoterapie. Bylo realizováno devět výzkumných rozhovorů s psychoterapeuty, kteří ve své praxi pracují s traumatizovanými klienty. Získaná data byla analyzována pomocí tematické analýzy, která umožnila data nejenom popsat, ale následně i hrubá data

interpretovat. Díky procesu kódování a následné hierarchizaci kódů bylo objeveno šestnáct témat, pomocí kterých byly následně zodpovězeny výzkumné otázky. Rozhovory s odborníky přinesly zprávu o různých úhlech pohledu na posttraumatický růst v kontextu psychoterapie. v rámci tematické analýzy bylo definováno 16 hlavních témat. Ta se vztahují k pojetí role posttraumatického růstu v terapeutickém procesu, k oblastem, ve kterých se posttraumatický růst projevuje, k proměnných, které jej ovlivňují a k možnostem, jak růstu napomoci z pozice psychoterapeuta.

Tento výzkum je jedním z prvních zmapování pohledů psychoterapeutů na posttraumatický růst v českém prostředí. Prezentovaný výzkum může sloužit jako odrazový můstek pro další zkoumání možností terapeutických intervencí zaměřených na facilitaci posttraumatického růstu, které může v budoucnosti ústit ve specializované vzdělávání pro odbornou veřejnost, která se s traumatizovanými klienty setkává. Zároveň může být tento výzkum inspirací pro praktikující terapeuty, kteří mohou být inspirováni pohledem jejich kolegů a mohou dále rozvíjet svou terapeutickou práci tak, aby pomohli co nejvíce rozvinout růst jejich klientů.

11 Seznam použité literatury

Akbar, Z., & Witruk, E. (2016). *Coping mediates the relationship between gender and posttraumatic growth*. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 217, 1036-1043.

Antonovsky, A. (1998). *The sense of coherence: An historical and future perspective*. In H. I. McCubbin, E. A. Thompson, A. I. Thompson, & J. E. Fromer (Eds.), *Stress, coping, and health in families: Sense of coherence and resiliency* (pp. 3–20). Sage Publications, Inc.

Taylor, J., McLean, L., Korner, A., Stratton, E., & Glozier, N. (2020). *Mindfulness and yoga for psychological trauma: systematic review and meta-analysis*. *Journal of Trauma & Dissociation*, 21(5), 536-573.

Benda, J. (2019). *Všímavost a soucit se sebou: Proměna emocí v psychoterapii*. PORTÁL sro.

Bensimon, M. (2012). *Elaboration on the association between trauma, PTSD and posttraumatic growth: The role of trait resilience*. *Personality and Individual Differences*, 52(7), 782-787.

Bisson, J. I., Berliner, L., Cloitre, M., Forbes, D., Jensen, T. K., Lewis, C., ... & Shapiro, F. (2019). *The international society for traumatic stress studies new guidelines for the prevention and treatment of posttraumatic stress disorder: Methodology and development process*. *Journal of Traumatic Stress*, 32(4), 475-483.

Boadella, D. (2013). *Životní proudy*. Triton.

Bonanno, G. A., & Burton, C. L. (2013). *Regulatory flexibility: An individual differences perspective on coping and emotion regulation*. *Perspectives on psychological science*, 8(6), 591-612.

Bonanno, G. A., Brewin, C. R., Kaniasty, K., & Greca, A. M. L. (2010). *Weighing the costs of disaster: Consequences, risks, and resilience in individuals, families, and communities*. *Psychological science in the public interest*, 11(1), 1-49.

Bostock, L., Sheikh, A. I., & Barton, S. (2009). *Posttraumatic growth and optimism in health-related trauma: a systematic review*. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 16, 281–296.

Braun, V., & Clarke, V. (2006). *Using thematic analysis in psychology*. *Qualitative research in psychology*, 3(2), 77-101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>

Brock, T. C., Green, M. C., Reich, D. A., & Evans, L. M. (1996). *The Consumer Reports study of psychotherapy: Invalid is invalid*. *American Psychologist*, 51(10), 1083.

Bryngeirsdottir, H. S., & Halldorsdottir, S. (2021). *The challenging journey from trauma to post-traumatic growth: Lived experiences of facilitating and hindering factors*. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*.

Bryngeirsdottir, H. S., & Halldorsdottir, S. (2022). "I'm a winner, not a victim": *The facilitating factors of post-traumatic growth among women who have suffered intimate partner violence*. *International journal of environmental research and public health*, 19(3), 1342.

Calhoun, L. G., & Tedeschi, R. G. (1990). *Positive aspects of critical life problems: Recollections of grief*. *Omega-Journal of Death and Dying*, 20(4), 265-272.

Calhoun, L. G., & Tedeschi, R. G. (Eds.). (1999). *Facilitating posttraumatic growth: a clinician's guide*. Routledge.

Calhoun, L. G., Cann, A., Tedeschi, R. G. (2010). *The posttraumatic growth model: Sociocultural considerations*.

Calhoun, L. G., Cann, A., Tedeschi, R. G., & McMillan, J. (2000). *Correlational test of the relationship between posttraumatic growth, religion, and cognitive processing*. *Journal of Traumatic Stress: Official Publication of The International Society for Traumatic Stress Studies*, 13(3), 521-527.

Calhoun, L., Tedeschi, R., Cann, A., & Hanks, E. (2010). *Positive outcomes following bereavement: Paths to posttraumatic growth*. *Psychologica Belgica*, 50(1-2).

Cann, A., Calhoun, L. G., Tedeschi, R. G., Kilmer, R. P., Gil-Rivas, V., Vishnevsky, T., & Danhauer, S. C. (2010). *The Core Beliefs Inventory: a brief measure of disruption in the assumptive world*. *Anxiety, Stress & Coping*, 23(1), 19-34.

Cann, A., Calhoun, L. G., Tedeschi, R. G., Taku, K., Vishnevsky, T., Triplett, K. N., & Danhauer, S. C. (2010). *Short form of the Posttraumatic Growth Inventory*. *Anxiety, Stress, & Coping*, 23(2), 127-137.

Caplan, G. (1964). *Principles of preventive psychiatry*. New York, NY:Basic Books.

Carmody, J., Reed, G., Kristeller, J., & Merriam, P. (2008). *Mindfulness, spirituality, and health-related symptoms*. *Journal of Psychosomatic Research*, 64, 393–403.

Carver, C. S. (1998). *Resilience and thriving: Issues, models, and linkages*. *Journal of social issues*, 54(2), 245-266.

Carver, C. S., & Scheier, M. F. (2002). *The hopeful optimist*. *Psychological Inquiry*, 13, 288-290.

Cooper, M. (2008). *Essential research findings in counselling and psychotherapy*. London: Sage.

Crawford, M. J., Thana, L., Farquharson, L., Palmer, L., Hancock, E., Bassett, P., ... & Parry, G. D. (2016). *Patient experience of negative effects of psychological treatment: results of a national survey*. *The British journal of psychiatry*, 208(3), 260-265.

Čepelíková, Z. (2020). *Stres a jeho zvládání v období COVID-19*. Český institut pro psychotraumatologii a EMDR. https://uploads-ssl.webflow.com/5da2eb10ae7ebd02e9d6e3d1/5e8e3063dba82baa756a86aa_Stres%20a%20jeho%20zvla%CC%81da%CC%81ni%CC%81%20v%20období%CC%81%20Covid%20.pdf

Dagan, Y., & Yager, J. (2019). *Posttraumatic Growth in Complex PTSD*. *Psychiatry*, 82(4), 329–344. <https://doi.org/10.1080/00332747.2019.1639242>

De Roos, C., Greenwald, R., den Hollander-Gijsman, M., Noorthoorn, E., van Buuren, S., & de Jongh, A. (2011). *a randomised comparison of cognitive behavioural therapy (CBT) and eye movement desensitisation and reprocessing (EMDR) in disaster-exposed children*. *European Journal of Psychotraumatology*, 2(1), 5694. doi:10.3402/ejpt.v2i0.5694

Dehlin, M., & Lundh, L. G. (2018). *Compassion fatigue and compassion satisfaction among psychologists: Can supervision and a reflective stance be of help?*. Journal for Person-Oriented Research, 4(2), 95.

Disman, M. (2002). *Jak se vyrábí sociologická znalost* (třetí vydání). Univerzita Karlova, nakladatelství Karolinum.

Dunkel-Schetter, C. & Bennett, T. L. (1990). *Differentiating the cognitive and behavioral aspects of social support*. Social support: An interactional view, 267-296.

Ellis, A. E., Gold, S. N., Courtois, C., Araujo, K., & Quinones, M. (2019). *Supervising trauma treatment: The contextual trauma treatment model applied to supervision*. Practice Innovations, 4(3), 166.

Feigelman, W., Jordan, J. R., & Gorman, B. S. (2009). *Personal growth after a suicide loss: Cross-sectional findings suggest growth after loss may be associated with better mental health among survivors*. OMEGA-Journal of death and dying, 59(3), 181-202.

Fischer, F. M. (2017). *Terapie se substancí: psycholytická psychoterapie v 21. století*. DharmaGaia.

Forbes, D., Bisson, J. I., Monson, C. M., & Berliner, L. (Eds.). (2020). *Effective treatments for PTSD*. Guilford Publications.

Forgeard, M. J. (2013). *Perceiving benefits after adversity: The relationship between self-reported posttraumatic growth and creativity*. Psychology of Aesthetics, Creativity, and the Arts, 7(3), 245.

Frankl, V. E. (2006). *Vůle ke smyslu: vybrané přednášky o logoterapii*. Cesta.

Frankl, V. E. (2007). *Psychoterapie a náboženství: hledání nejvyššího smyslu*. Cesta

Fredrickson, B. L., Grewen, K. M., Coffey, K. A., Algoe, S. B., Firestine, A. M., Arevalo, J. M., Cole, S. W. (2013). *a functional genomic perspective on human well-being*. Proceedings of the National Academy of Sciences, 110(33), 13684-13689.

Freud, S. (1993). *Vybrané spisy. II-III, Studie o hysterii, Zlomek analýzy případu hysterie, Práce k sexuální teorii a k učení o neurózách* (Vydání 2). Avicenum.

Goleman, D. (2011). *Emoční inteligence*. Metafora.

Gwozdziewicz, N., & Mehl-Madrona, L. (2013). *Meta-analysis of the use of narrative exposure therapy for the effects of trauma among refugee populations*. The Permanente Journal, 17(1), 70.

Harwood-gross, A., Weltman, A., Kanat-maymon, Y., Pat-horenczyk, R., & Brom, D. (2022). *Peace of mind: Promoting psychological growth and reducing the suffering of combat veterans*. Military psychology. <https://doi.org/10.1080/08995605.2022.2044119>

Hašto, J., & Vojtová, H. (2012). *Posttraumatická stresová porucha, bio-psycho-sociálne aspekty EMDR a autogénny tréning pri pretrvávajúcom ohrození: prípadová štúdia*. Univerzita Palackého v Olomouci.

Havlíková, P. (2017). *Aktuální a potenciální farmakologické možnosti léčby posttraumatické stresové poruchy*, Psychiatrie pro praxi, 18(2), 56-58

Hebert, R., Zdaniuk, B., Schulz, R., & Scheier, M. (2009). *Positive and negative religious coping and well-being in women with breast cancer*. Journal of palliative medicine, 12(6), 537-545.

Helgeson, V. S., Reynolds, K. A., & Tomich, P. L. (2006). *a meta-analytic review of benefit finding and growth*. Journal of consulting and clinical psychology, 74(5), 797.

Hembree, E. A., Foa, E. B., Dorfan, N. M., Street, G. P., Kowalski, J., & Tu, X. (2003). *Do patients drop out prematurely from exposure therapy for PTSD?*. Journal of traumatic stress, 16(6), 555-562.

Hendl, J. (2016). *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace* (Čtvrté, přepracované a rozšířené vydání). Portál.

Herman, J. L. (2001). *Trauma a uzdravenie*. Bratislava: Aspekt, 342.

Hess, L., & Slíva, J. (2021). *Mozek a farmaka*. Grada Publishing.

Hijazi, A. M., Lumley, M. A., Ziadni, M. S., Haddad, L., Rapport, L. J., & Arnetz, B. B. (2014). *Brief narrative exposure therapy for posttraumatic stress in Iraqi refugees: a preliminary randomized clinical trial*. *Journal of traumatic stress*, 27(3), 314-322.

Hobfoll, S. E., Hall, B. J., Canetti-Nisim, D., Galea, S., Johnson, R. J., & Palmieri, P. A. (2007). *Refining our understanding of traumatic growth in the face of terrorism: Moving from meaning cognitions to doing what is meaningful*. *Applied Psychology*, 56(3), 345-366.

Horowitz, A., & Reinhardt, J. P. (1998). *Development of the adaptation to age-related vision loss scale*. *Journal of Visual Impairment & Blindness*, 92(1), 30-41.

Chopko, B., & Schwartz, R. (2009). *The relation between mindfulness and posttraumatic growth: a study of first responders to trauma-inducing incidents*. *Journal of Mental Health Counseling*, 31(4), 363-376.

Jones, K. C., Welton, S. R., Oliver, T. C., & Thoburn, J. W. (2011). *Mindfulness, spousal attachment, and marital satisfaction: a mediated model*. *The Family Journal: counseling and Therapy for Couples and Families*, 19(4), 357–361.

Joseph, S. (2012). *What doesn't kill us.....* The Psychologist.

Joseph, S. (2017). *Co nás nezabije....: možnosti posttraumatického růstu*. *Portál*.

Joseph, S., & Linley, P. A. (2006). *Growth following adversity: Theoretical perspectives and implications for clinical practice*. *Clinical psychology review*, 26(8), 1041-1053.

Joseph, S., & Linley, P. A. (Eds.). (2008). *Trauma, recovery, and growth: Positive psychological perspectives on posttraumatic stress*. John Wiley & Sons.

Joyce, P., & Sills, C. (2010). *Základní dovednosti v gestalt psychoterapii* (Vol. 70). PORTÁL sro.

Kaczurkin, A. N., & Foa, E. B. (2022). *Cognitive-behavioral therapy for anxiety disorders: an update on the empirical evidence*. *Dialogues in clinical neuroscience*.

Kaniasty, K., & Norris, F. H. (2009). *Distinctions that matter: Received social support, perceived social support, and social embeddedness after disasters*. In Y. Neria, S. Galea, & F. N. Norris (Eds.), *Mental health and disasters* (pp. 175–200). New York, NY: Cambridge University Press. 10.1017/CBO9780511730030.011

Karatzias, T., Hyland, P., Bradley, A., Cloitre, M., Roberts, N. P., Bisson, J. I., & Shevlin, M. (2019). *Risk factors and comorbidity of ICD-11 PTSD and complex PTSD: Findings from a trauma-exposed population based sample of adults in the United Kingdom*. *Depression and anxiety*, 36(9), 887-894.

Khan, A. M., Dar, S., Ahmed, R., Bachu, R., Adnan, M., & Kotapati, V. P. (2018). *Cognitive behavioral therapy versus eye movement desensitization and reprocessing in patients with post-traumatic stress disorder: Systematic review and meta-analysis of randomized clinical trials*. *Cureus*, 10(9).

Kilpatrick, D. G., Resnick, H. S., Milanak, M. E., Miller, M. W., Keyes, K. M., & Friedman, M. J. (2013). *National estimates of exposure to traumatic events and PTSD prevalence using DSM-IV and DSM-5 criteria*. *Journal of Traumatic Stress*, 26, 537–547. <https://doi-org.ezproxy.is.cuni.cz/10.1002/jts.21848>

Kira, I. (2010). *Etiology and treatments of post-cumulative traumatic stress disorders in different cultures*. *Traumatology: An International Journal*, 16, 128–141.

Kira, I. A., Aboumediene, S., Ashby, J. S., Odenat, L., Mohanesh, J., & Alamia, H. (2013). *The dynamics of posttraumatic growth across different trauma types in a Palestinian sample*. *Journal of Loss and Trauma*, 18(2), 120-139.

Kline, A. C., Cooper, A. A., Rytwinski, N. K., & Feeny, N. C. (2018). *Long-term efficacy of psychotherapy for posttraumatic stress disorder: a meta-analysis of randomized controlled trials*. *Clinical psychology review*, 59, 30-40.

Knowles, A. (2009). *Disorders of extreme stress, not otherwise specified, posttraumatic stress disorder, and borderline personality disorder: a vignette study exploring clinicians' diagnostic perceptions*. Doctoral dissertation, Indiana State University.

Kobasa, S. C. (1979). *Stressful life events, personality, and health: an inquiry into hardiness*. *Journal of personality and social psychology*, 37(1), 1.

Kohoutek, T., & Čermák, I. (2009). *Psychologie katastrofické události*. Academia.

Kosová, M. (2014). *Logoterapie: Existenciální analýza jako hledání cest*. Grada Publishing as.

Křivohlavý, J. (2013). *Psychologie pocitů štěstí: současný stav poznání*. Grada Publishing as.

Kunz, S., Joseph, S., Geyh, S., & Peter, C. (2018). *Coping and posttraumatic growth: a longitudinal comparison of two alternative views*. Rehabilitation psychology, 63(2), 240.Fzoell

Ladwig, I., Rief, W., & Nestoriuc, Y. (2014). *What are the risks and side effects of psychotherapy? Development of an inventory for the assessment of negative effects of psychotherapy (INEP)*. Verhaltenstherapie, 24(4), 252-263.

Lansen, J. O. H. A. N., & Haans, T. (2004). *Clinical supervision for trauma therapists. In Broken spirits (pp. 347-384)*. Routledge.

Lee, D. J., Schnitzlein, C. W., Wolf, J. P., Vythilingam, M., Rasmusson, A. M., & Hoge, C. W. (2016). *Psychotherapy versus pharmacotherapy for posttraumatic stress disorder: Systemic review and meta-analyses to determine first-line treatments*. Depression and anxiety, 33(9), 792-806.

Lechner, S. C., Stoelb, B. L., & Antoni, M. H. (2008). *Group-based therapies for benefit finding in cancer*. In S. Joseph & P. A. Linley (Eds.), Trauma, recovery, and growth: Positive psychological perspectives on posttraumatic stress (pp. 207–231). Hoboken, NJ: Wiley.

Levine, P. A. (2011). *Probouzení tygra: léčení traumatu: vrozená schopnost transformovat zdrcující zážitky*. Maitrea.

Lewey, J. H., Smith, C. L., Burcham, B., Saunders, N. L., Elfallal, D., & Toole, S. K. (2018). *Comparing the Effectiveness of EMDR and TF-CBT for Children and Adolescents: a Meta-Analysis*. Journal Of Child, 11(4), 457-472. <https://doi.org/10.1007/s40653-018-0212-1>

Li, J., Peng, X., Su, Y., He, Y., Zhang, S., & Hu, X. (2020). *Effectiveness of psychosocial interventions for posttraumatic growth in patients with cancer: a meta-*

analysis of randomized controlled trials. European Journal of Oncology Nursing, 48, 101798.

Lilly, M. M., Valdez, C. E., & Graham-Bermann, S. A. (2011). *The mediating effect of world assumptions on the relationship between trauma exposure and depression*. Journal of Interpersonal Violence, 26(12), 2499-2516.

Linley, P. A., & Joseph, S. (2004). *Positive change following trauma and adversity: a review*. Journal of traumatic stress: official publication of the international society for traumatic stress studies, 17(1), 11-21.

Liu, A. N., Wang, L. L., Li, H. P., Gong, J., & Liu, X. H. (2017). *Correlation between posttraumatic growth and posttraumatic stress disorder symptoms based on Pearson correlation coefficient: a meta-analysis*. The Journal of nervous and mental disease, 205(5), 380-389.

Long, L. J., Phillips, C. A., Glover, N., Richardson, A. L., D'Souza, J. M., Cunningham-Erdogdu, P., & Gallagher, M. W. (2021). *a meta-analytic review of the relationship between posttraumatic growth, anxiety, and depression*. Journal of Happiness Studies, 22(8), 3703-3728.

Luber, M. E. (2016). *Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) therapy scripted protocols and summary sheets: Treating anxiety, obsessive-compulsive, and mood-related conditions*. Springer Publishing Co.

Lucká, Y., & Janečková, B. (2017). *Trauma z pohledu biosyntézy: Od fragmentace k integraci*. Psychoterapie, 11(2).

Maercker, A., & Zoellner, T. (2004). *The Janus face of self-perceived growth: Toward a two-component model of posttraumatic growth*. Psychological Inquiry, 15(1), 41-48.

Mareš, J. (2012). *Posttraumatiký rozvoj člověka*. Grada Publishing as.

Maslow, A. H. (2014). *o psychologii bytí*. Portál.

Maslow, A. H. (2021). *Motivace a osobnost*. Portál.

Masters, R. A. (2019). *Duchovní unikání: když nás spiritualita vzdaluje od věcí skutečně důležitých*. Maitrea.

Mavranetzoulis, I., Megnin-Viggars, O., Daly, C., Dias, S., Stockton, S., Meiser-Stedman, R., ... & Pilling, S. (2020). *Research Review: Psychological and psychosocial treatments for children and young people with post-traumatic stress disorder: a network meta-analysis*. Journal of child psychology and psychiatry, 61(1), 18-29.

McClure, M. J., Xu, J. H., Craw, J. P., Lane, S. P., Bolger, N., & Shrout, P. E. (2014). *Understanding the costs of support transactions in daily life*. Journal of Personality, 82(6), 563-574.

Mendes, D. D., Mello, M. F., Ventura, P., de Medeiros Passarela, C., & de Jesus Mari, J. (2008). *a systematic review on the effectiveness of cognitive behavioral therapy for posttraumatic stress disorder*. The International Journal of Psychiatry in Medicine, 38(3), 241-259.

Michael, S. T., & Snyder, C. R. (2005). *Getting unstuck: The roles of hope, finding meaning, and rumination in the adjustment to bereavement among college students*. Death studies, 29(5), 435-458.

Miovský, M. (2006). *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Grada Publishing.

Mišovič, J. (2019). *Kvalitativní výzkum se zaměřením na polostrukturovaný rozhovor*. Sociologické nakladatelství SLON.

Mithoefer, M. C., Designee, S., Doblin, R., & Emerson, A. (2008). *a manual for MDMA-assisted psychotherapy in the treatment of posttraumatic stress disorder*. MAPS.

Morris, B. A., Lepore, S. J., Wilson, B., Lieberman, M. A., Dunn, J., & Chambers, S. K. (2014). *Adopting a survivor identity after cancer in a peer support context*. Journal of Cancer Survivorship, 8(3), 427-436.

Multidisciplinary Association for Psychedelic Studies (2021). *MDMA*. <https://maps.org/mdma/>

Na, P. J., Tsai, J., Southwick, S. M., & Pietrzak, R. H. (2021). *Factors associated with post-traumatic growth in response to the COVID-19 pandemic: Results from a national sample of US military veterans*. Social Science & Medicine, 289, 114409.

Niemiec, R. (2012). *Mindful living: character strengths interventions as pathways for the five mindfulness trainings*. International Journal of Wellbeing, 2(1), 22–33.

Nijdam, M. J., van der Meer, C. A. I., van Zuiden, M., Dashtgard, P., Medema, D., Qing, Y., Zhutovsky, P., Bakker, A., & Olff, M. (2018). *Turning wounds into wisdom: Posttraumatic growth over the course of two types of trauma-focused psychotherapy in patients with PTSD*. Journal of affective disorders, 227, 424-431.

Novalis, P. N., Kusá, K., Rojcewicz, S. J., & Peele, R. (1999). *Klinická příručka podpornej psychoterapie*. Vydavateľstvo F.

O'Leary, V. E., & Ickovics, J. R. (1995). *Resilience and thriving in response to challenge: an opportunity for a paradigm shift in women's health*. Women's health (Hillsdale, NJ), 1(2), 121-142.

Orel, M. (2016). *Psychopatologie: nauka o nemocech duše*. Grada Publishing, as.

Ozer EJ, Best SR, Lipsey TL, Weiss DS (2008) *Predictors of posttraumatic stress disorder and symptoms in adults: a meta-analysis*. Psychol Trauma Theory Res Pract Policy S(1):3–36. doi:10.1037/1942-9681.S.1.3

Pargament, K. I., Koenig, H. G., & Perez, L. M. (2000). *The many methods of religious coping: Development and initial validation of the RCOPE*. Journal of clinical psychology, 56(4), 519-543.

Park, N., Peterson, C., Seligman, M. E. (2004). *Strengths of character and well-being*. Journal of social and Clinical Psychology, 23(5), 603-619.

PAULÍK, K. (2017). *Psychologie lidské odolnosti. 2., přepracované a doplněné vydání*. Grada Publishing, as.

PBSP CZ, (n.d.). *Pesso Boyden psychomotorická psychoterapie*. <http://www.pbsp.cz/>

Perls, F. S., Hefferline, R. F., Goodman, P., & Polák, A. (2020). *Gestalt terapie: vzrušení a růst lidské osobnosti* (2., upravené vydání). TRITON.

Perquin, L., Pessoa, A. (n.d.). *Pessoa Boyden System Psychomotor Therapy. Specializace v psychoterapii*. <http://www.pbsp.cz/texty/txtprq1.htm>

Peterson, C., & Park, N. (2004). *Classification and measurement of character strengths: Implications for practice*. *Positive psychology in practice*, 433-446.

Peth, J., Jelinek, L., Nestoriuc, Y., & Moritz, S. (2018). *Adverse effects of psychotherapy in depressed patients-first application of the positive and negative effects of psychotherapy scale (PANEPS)*. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 68(9-10), 391-398.

Picciotto, G., Fox, J., & Neto, F. (2018). *a phenomenology of spiritual bypass: Causes, consequences, and implications*. *Journal of Spirituality in Mental Health*, 20(4), 333-354.

PRAŠKO, J., Hájek, T., Pašková, B., Preiss, M., Šlepecký, M., & Záleský, R. (2003). *Stop traumatickým vzpomínkám*. Portál, Praha.

Praško, J., Pašková, B., Soukupová, N., & Tichý, V. (2001). *Posttraumatické stresové poruchy—I. díl: Klinický obraz a etiologie*. *Psychiatrie pro praxi*, 4, 157-160.

Praško, J., Pašková, B., Soukupová, N., & Tichý, V. (2001). *Posttraumatické stresové poruchy, II. díl, léčba*. *Psychiatrie pro praxi*, 5, 206-211.

Prati, G., & Pietrantonio, L. (2009). *Optimism, social support, and coping strategies as factors contributing to posttraumatic growth: a meta-analysis*. *Journal of loss and trauma*, 14(5), 364-388.

Preiss, M. (2009). *Trauma a posttraumatický růst*. *Psychiatrie pro praxi*, 10(1), 12-18.

Reddemann, L. (2009). *Léčivá síla imaginace: Na vnitřní zdroje zaměřená terapeutická práce* (Vol. 62). PORTÁL sro.

Rini, C., & Dunkel-Schetter, C. D. (2010). *The effectiveness of social support attempts in intimate relationships*. In K. T. Sullivan & J. Davila (Eds.), *Support processes in intimate relationships* (pp. 27–68). New York, NY: Oxford University Press.

Roepke, A. M. (2015). *Psychosocial interventions and posttraumatic growth: a meta-analysis*. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 83(1), 129.

Rogers, C. R. (2015). *Být sám sebou: terapeutův pohled na psychoterapii*. Portál.

Rozental, A., Kottorp, A., Boettcher, J., Andersson, G., & Carlbring, P. (2016). *Negative effects of psychological treatments: an exploratory factor analysis of the negative effects questionnaire for monitoring and reporting adverse and unwanted events*. PloS one, 11(6), e0157503.

Rzeszutek, M., Oniszczenko, W., & Firląg-Burkacka, E. (2016). *Gender differences in posttraumatic stress symptoms and the level of posttraumatic growth among a Polish sample of HIV-positive individuals*. AIDS care, 28(11), 1411-1415.

Řiháček, T., & Roubal, J. (2019). *Využívání psychoterapeutických technik v praxi*. E-psychologie, 13(1).

Řiháček, T., Čermák, I., & Hytych, R. (2013). *Kvalitativní analýza textů: čtyři přístupy*. Brno: Masarykova univerzita.

Sammot Scerri, C., Vetere, A., Abela, A., & Cooper, J. (2017). *Supervision and Consultation with Practitioners Who Intervene with Families and Trauma*. In *Intervening After Violence* (pp. 129-150). Springer, Cham.

Seidm Mahmoodi, J., Rahimi, C., & Mohamadi, N. (2011). *Resiliency and religious orientation: factors contributing to posttraumatic growth in Iranian subjects*. Iranian journal of psychiatry, 6(4), 145.

Seligman, M. (1995). *The Effectiveness of Psychotherapy*. The Consumer Reports Study. American Psychologist 50 (12), s. 965– 974

Seligman, M. (2014). *Vzkvétání: nové poznatky o podstatě štěstí a duševní pohody*. Jan Melvil Publishing

Shakespeare-Finch, J., & Armstrong, D. (2010). *Trauma type and post-trauma outcomes: Differences between survivors of motor vehicle accidents, sexual assault, and bereavement*. Journal of Loss and Trauma, 69–82. doi: 10.1080/15325020903373151

Shakespeare-Finch, J., & Lurie-Beck, J. (2014). *a meta-analytic clarification of the relationship between posttraumatic growth and symptoms of posttraumatic distress disorder*. Journal of anxiety disorders, 28(2), 223-229.

Shakespeare-Finch, J., Gow, K., & Smith, S. (2005). *Personality, coping and posttraumatic growth in emergency ambulance personnel*. *Traumatology*, 11(4), 325-334.

Shand, L. K., Cowlshaw, S., Brooker, J. E., Burney, S., & Ricciardelli, L. A. (2015). *Correlates of post-traumatic stress symptoms and growth in cancer patients: a systematic review and meta-analysis*. *Psycho-Oncology*, 24, 624–634. 10.1002/pon.3719

Shang, F., Kaniasty, K., Cowlshaw, S., Wade, D., Ma, H., & Forbes, D. (2020). *The impact of received social support on posttraumatic growth after disaster: The importance of both support quantity and quality*. *Psychological trauma: theory, research, practice, and policy*.

Shapiro, F. (2017). *Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) therapy: Basic principles, protocols, and procedures*. Guilford Publications.

Shaw, A., Joseph, S., & Linley, P. A. (2005). *Religion, spirituality, and posttraumatic growth: a systematic review*. *Mental Health, Religion & Culture*, 8(1), 1-11.

Shiyko, M. P., Hallinan, S., & Naito, T. (2017). *Effects of mindfulness training on posttraumatic growth: a systematic review and meta-analysis*. *Mindfulness*, 8(4), 848-858.

Shou, H., Yang, Z., Satterthwaite, T. D., Cook, P. A., Bruce, S. E., Shinohara, R. T., ... & Sheline, Y. I. (2017). *Cognitive behavioral therapy increases amygdala connectivity with the cognitive control network in both MDD and PTSD*. *NeuroImage: Clinical*, 14, 464-470.

Schnyder, U., Müller, J., Maercker, A., & Wittmann, L. (2011). *Brief eclectic psychotherapy for PTSD: a randomized controlled trial*. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 72(4), 2134.

Schuler, E. R., & Boals, A. (2016). *Shattering world assumptions: a prospective view of the impact of adverse events on world assumptions*. *Psychological trauma: theory, research, practice, and policy*, 8(3), 259.

Schultz, J. M., Tallman, B. A., & Altmaier, E. M. (2010). *Pathways to posttraumatic growth: The contributions of forgiveness and importance of religion and spirituality*. *Psychology of Religion and Spirituality*, 2(2), 104.

Schuster, M. A., Stein, B. D., Jaycox, L. H., Collins, R. L., Marshall, G. N., Elliott, M. N., ... & Berry, S. H. (2001). *a national survey of stress reactions after the September 11, 2001, terrorist attacks*. *New England Journal of Medicine*, 345(20), 1507-1512.

Schwartzberg, S. S., & Janoff-Bulman, R. (1991). *Grief and the search for meaning: Exploring the assumptive worlds of bereaved college students*. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 10(3), 270-288.

Siegel K, Anderman SJ, Schrimshaw EW. *Religion and coping with health-related stress*. *Psychol Health*. 2001;16:631–653

Siegel, D. J. (2014). *Vnitřní nazírání: nová věda osobní transformace*. Triton.

Siegel, D. J. (2018). *Všíímavý terapeut: vnitřní nazírání a nervová integrace – příručka pro klinickou praxi*. Maitrea.

Siegel, K., Anderman, S. J., & Schrimshaw, E. W. (2001). *Religion and coping with health-related stress*. *Psychology and Health*, 16(6), 631-653.

Slezáčková, A. (2012). *Průvodce pozitivní psychologií*. Grada Publishing as.

Smyth, J. M., Hockemeyer, J. R., & Tulloch, H. (2008). *Expressive writing and post-traumatic stress disorder: Effects on trauma symptoms, mood states, and cortisol reactivity*. *British Journal of Health Psychology*, 13(1), 85-93.

Staunton, T. (2014). *Body-psychoterapie*. Maitrea.

Steger, M. F., Kashdan, T. B., & Oishi, S. (2008). *Being good by doing good: Daily eudaimonic activity and well-being*. *Journal of research in personality*, 42(1), 22-42.

Stockton, H., Hunt, N., & Joseph, S. (2011). *Cognitive processing, rumination, and posttraumatic growth*. *Journal of traumatic stress*, 24(1), 85-92.

Swickert, R., & Hittner, J. (2009). *Social support coping mediates the relationship between gender and posttraumatic growth*. *Journal of Health Psychology*, 14(3), 387-393.

- Špatenková, N. (2004). *Krizová intervence pro praxi*. Grada Publishing as.
- Taku, K., Cann, A., Tedeschi, R. G., & Calhoun, L. G. (2015). *Core beliefs shaken by an earthquake correlate with posttraumatic growth*. *Psychological trauma: Theory, research, practice, and policy*, 7(6), 563.
- Taylor, S. E., Kemeny, M. E., Reed, G. M., Bower, J. E., & Gruenewald, T. L. (2000). *Psychological resources, positive illusions, and health*. *American psychologist*, 55(1), 99.
- Tedeschi, R. G., & Calhoun, L. G. (1995). *Trauma and transformation*. Sage.
- Tedeschi, R. G., & Calhoun, L. G. (1996). *The Posttraumatic Growth Inventory: Measuring the positive legacy of trauma*. *Journal of traumatic stress*, 9(3), 455-471
- Tedeschi, R. G., & Calhoun, L. G. (2004). *Posttraumatic growth: conceptual foundations and empirical evidence*. *Psychological inquiry*, 15(1), 1-18.
- Tedeschi, R. G., & Calhoun, L. G. (2006). *Expert Companion: Posttraumatic growth in clinical practice*. In L. G. Calhoun & R. G. Tedeschi (Eds.), *Handbook of posttraumatic growth: Research and practice* (pp. 291–310). Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Tedeschi, R. G., & McNally, R. J. (2011). *Can we facilitate posttraumatic growth in combat veterans?* *American Psychologist*, 66(1), 19.
- Tedeschi, R. G., & Moore, B. A. (2020). *Posttraumatic growth as an integrative therapeutic philosophy*. *Journal of Psychotherapy Integration*.
- Tedeschi, R. G., Calhoun, L. G., & Groleau, J. M. (2015). *Clinical applications of posttraumatic growth*. *Positive psychology in practice: Promoting human flourishing in work, health, education, and everyday life*, 2, 503-518.
- Tedeschi, R. G., Calhoun, L. G., & Groleau, J. M. (2015). *Clinical applications of posttraumatic growth*. *Positive psychology in practice: Promoting human flourishing in work, health, education, and everyday life*, 2, 503-518.
- Tedeschi, R. G., Cann, A., Taku, K., Senol-Durak, E., & Calhoun, L. G. (2017). *The posttraumatic growth inventory: a revision integrating existential and spiritual change*. *Journal of Traumatic Stress*, 30(1), 11-18.

- Tedeschi, R. G., Shakespeare-Finch, J., Taku, K., & Calhoun, L. G. (2018). *Posttraumatic growth: Theory, research, and applications*. Routledge
- Tennen, H., & Affleck, G. (2002). *Benefit-finding and benefit-reminding*. Handbook of positive psychology, 1, 584-597.
- Terr, L. (1994). *Unchained memories: True stories of traumatic memories lost and found*. Basic Books.
- Thal, S. B., & Lommen, M. J. (2018). *Current perspective on MDMA-assisted psychotherapy for posttraumatic stress disorder*. Journal of contemporary psychotherapy, 48(2), 99-108.
- Treleaven, D. A. (2018). *Trauma-sensitive mindfulness: Practices for safe and transformative healing*. WW Norton & Company.
- Treynor, W., Gonzalez, R., & Nolen-Hoeksema, S. (2003). *Rumination reconsidered: a psychometric analysis*. Cognitive therapy and research, 27(3), 247-259.
- Vishnevsky, T., Cann, A., Calhoun, L. G., Tedeschi, R. G., & Demakis, G. J. (2010). *Gender differences in self-reported posttraumatic growth: a meta-analysis*. Psychology of women quarterly, 34(1), 110-120.
- Vojtová, H., Bob, P., & Ptáček, R. (2012). *Desenzitizace a zpracování pomocí očních pohybu (emdr)-psychologické a neurobiologické souvislosti terapie posttraumatické stresové poruchy*. Československá Psychologie, 56(5), 463.
- Vybíral, Z., & Roubal, J. (2010). *Současná psychoterapie*. PORTÁL sro.
- Wagner, A. C., Torbit, L., Jenzer, T., Landy, M. S., Pukay-Martin, N. D., Macdonald, A., ... & Monson, C. M. (2016). *The role of posttraumatic growth in a randomized controlled trial of cognitive-behavioral conjoint therapy for PTSD*. Journal of traumatic stress, 29(4), 379-383.
- Wallin, D. J., & Le Roch, P. (2020). *Vazba v psychoterapii*. Portál.
- Werdel, M. B., & Wicks, R. J. (2012). *Primer on posttraumatic growth: An introduction and guide*. John Wiley & Sons.

Wright, M. O. D., Crawford, E., & Sebastian, K. (2007). Positive resolution of childhood sexual abuse experiences: The role of coping, benefit-finding and meaning-making. *Journal of Family Violence*, 22(7), 597-608.

Xu, W., Jiang, H., Zhou, Y., Zhou, L., & Fu, H. (2019). Intrusive rumination, deliberate rumination, and posttraumatic growth among adolescents after a tornado: the role of social support. *The Journal of nervous and mental disease*, 207(3), 152-156.

Yalom, I. D. (2020). *Existenciální psychoterapie*. PORTÁL sro.

Yalom, I. D., & Lieberman, M. A. (1991). *Bereavement and heightened existential awareness*. *Psychiatry*, 54(4), 334-345.

Zalta, A. K. (2015). *Psychological mechanisms of effective cognitive-behavioral treatments for PTSD*. *Current psychiatry reports*, 17(4), 1-8.

Zerach, G., Solomon, Z., Cohen, A., & Ein-Dor, T. (2013). *PTSD, resilience and posttraumatic growth among ex-prisoners of war and combat veterans*. *Isr J Psychiatry Relat Sci*, 50(2), 91-99.

Zoellner, T., & Maercker, A. (2006). Posttraumatic growth in clinical psychology—A critical review and introduction of a two component model. *Clinical psychology review*, 26(5), 626-653.

Zoellner, T., Rabe, S., Karl, A., & Maercker, A. (2008). *Posttraumatic growth in accident survivors: Openness and optimism as predictors of its constructive or illusory sides*. *Journal of clinical Psychology*, 64(3), 245-263.

American Psychiatric Association. (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3rd ed.).

American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.).

American Psychological Association (2017a, 31.července). Medications for PTSD. <https://www.apa.org/ptsd-guideline/treatments/medications>

American Psychological Association. (2017b, 31. června). *Narrative Exposure Therapy (NET)*. <https://www.apa.org/ptsd-guideline/treatments/narrative-exposure-therapy>

Český institut pro psychotraumatologii a EMDR. (n.d.). *Metoda EMDR*. <https://www.emdr.cz/metoda-emdr>.

World Health Organization. (2016). International statistical classification of diseases and related health problems (10th ed.). <https://icd.who.int/browse10/2016/en>

World Health Organization. (2019). International statistical classification of diseases and related health problems (11th ed.). <https://icd.who.int/>

12 Seznam obrázků

Obrázek 1 - Schéma možných scénářů následujících po traumatické události. Upraveno podle Joseph (2017).....	24
Obrázek 2 - Revidovaný model PTG Tedeshiho a Calhouna. Upraveno podle Tedeschi et al. (2018).....	27
Obrázek 3 - Model Josepha a Linleyho. Upraveno podle Joseph & Linley (2008).....	30

13 Seznam tabulek

Tabulka 1 - Údaje o respondentech.....	78
Tabulka 2 - Ukázka procesu tematické analýzy.....	80
Tabulka 3 - Znázornění podtémat k tématu I. vytvořených na základě kvalitativní analýzy.....	82
Tabulka 4 - Znázornění podtémat k tématu II. vytvořených na základě kvalitativní analýzy.....	84
Tabulka 5 - Znázornění podtémat k tématu III. vytvořených na základě kvalitativní analýzy.....	86
Tabulka 6 - Znázornění podtémat k tématu IV. vytvořených na základě kvalitativní analýzy.....	89
Tabulka 7 - Znázornění podtémat k tématu V. vytvořených na základě kvalitativní analýzy.....	91
Tabulka 8 - Znázornění podtémat k tématu VI. vytvořených na základě kvalitativní analýzy.....	93
Tabulka 9 - Znázornění podtémat k tématu VII. vytvořených na základě kvalitativní analýzy.....	97
Tabulka 10 - Znázornění podtémat k tématu VIII. vytvořených na základě kvalitativní analýzy.....	100
Tabulka 11 - Znázornění podtémat k tématu IX. vytvořených na základě kvalitativní analýzy.....	103
Tabulka 12 - Znázornění podtémat k tématu X. vytvořených na základě kvalitativní analýzy.....	105
Tabulka 13 - Znázornění podtémat k tématu XI. vytvořených na základě kvalitativní analýzy.....	107
Tabulka 14 - Znázornění podtémat k tématu XII. vytvořených na základě kvalitativní analýzy.....	109
Tabulka 15 - Znázornění podtémat k tématu XIII. vytvořených na základě kvalitativní analýzy.....	111
Tabulka 16 - Znázornění podtémat k tématu XIV. vytvořených na základě kvalitativní analýzy.....	117
Tabulka 17 - Znázornění podtémat k tématu XV. vytvořených na základě kvalitativní analýzy.....	121

Tabulka 18 - Znázornění podtémat k tématu XVI. vytvořených na základě kvalitativní analýzy	126
Tabulka 19 - Shrnutí výsledků výzkumu – výzkumná otázka 1	129
Tabulka 20 - Shrnutí výsledků výzkumu – výzkumná otázka 2	129
Tabulka 21 - Shrnutí výsledků výzkumu – výzkumná otázka 3	130
Tabulka 22 - Shrnutí výsledků výzkumu – výzkumná otázka 4	131