Univerzita Palackého v Olomouci
Filozofická fakulta
Katedra psychologie

INTEGRACE TRAUMA SENZITIVNÍ JÓGY JAKO TERAPEUTICKÉ INTERVENCE DO PSYCHOLOGICKÉ PRAXE

Diplomová magisterská práce

Autor: Bc. Julie Valešová
Vedoucí práce: doc. PhDr. Mgr. Roman Procházka, Ph.D.

Olomouc
2023

Poděkování

Poděkování patří mému univerzitnímu školiteli doc. PhDr. Mgr. Romanu Procházkovi, Ph.D., dále spoluředitelce amerického trauma centra „Center for Trauma and Embodiment at JRI“ Jennifer Turner, dále trauma centru jakožto celé instituci a také lektorce anglického jazyka Mgr. Monice Klimparové. Zvláštní poděkování si zaslouží všichni participanti, kteří se zapojili do výzkumu a sdíleli své zkušenosti.

Tato diplomová práce by se bez žádné z výše uvedených osob neobešla. Ráda bych všem upřímně poděkovala za podporu, trpělivost, znalosti, vedení, otevřenost a ochotu sdílet.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci s názvem „Integrace trauma sensitivní jógy jako terapeutické intervence do psychologické praxe“ vypracovala samostatně pod odborným vedením doc. Mgr. PhDr. Mgr. Romana Procházky, Ph.D. Veškerá použitá literatura je citována.

Olomouc, 22. března 2023 .....

podpis

Obsah

Úvod 6

TEORETICKÁ ČÁST 7

1 Trauma 8

1.1 Definice traumatu 8

1.2 Druhy traumatu 10

1.3 Diagnostika traumatu 12

1.4 Komplexní trauma 13

1.4.1 Attachment a vztahy 13

1.4.2 Regulace emocí a chování 15

1.4.3 Disociace 15

1.5 Neurobiologie traumatu 17

1.5.1 Interocepce 19

1.5.2 Limbický systém 22

1.5.3 Sympatikus a parasympatikus 24

1.5.4 Role bottom-up procesů v neurobiologické regulaci 25

1.6 Léčebné přístupy k traumatu 26

2 TRAUMA CENTER TRAUMA-SENSITIVE YOGA (TCTSY) 30

2.1 Jóga 30

2.2 Jógová terapie 32

2.3 Trauma senzitivní jóga 33

2.4 Základní komponenty TCTSY 34

2.5 Trauma senzitivní jóga v psychologické praxi 38

3 VÝZKUMY 40

3.1 Jóga jako doplňková léčba PTSD 40

3.2 Trauma senzitivní jóga jako doplňková léčba PTSD 41

3.3 Metaanalýzy účinků jógy v léčbě PTSD 42

3.4 Vliv trauma senzitivní jógy na regulaci emocí a schopnost uvědomění u obětí sexuálního napadení 44

3.5 TCTSY vs. kognitivní terapie u válečných veteránek trpících PTSD, které zažily sexuální trauma v armádě 45

3.6 Zkoumání mechanismů změny při jógové intervenci pro ženy 46

3.7 Závěr 47
4 SEBEREFLEXE VÝZKUMNÍKA 48
PRAKTICKÁ ČÁST 50
5 METODOLOGICKÝ RÁMEC 51
5.1 Výzkumný problém a stanovené cíle 51
5.2 Výzkumné otázky 52
5.3 Účastníci výzkumu 52
5.4 Metody sběru dat 53
5.5 Metodologie analýzy dat 54
5.6 Etika 55
6 VÝSLEDKY ANALÝZY 56
6.1 Jak vypadají způsoby integrace trauma senzitivní jógy do terapeutické činnosti, kterou psychologové poskytují svým klientům? 56
6.1.1 Přípravná faze integrace 57
6.1.2 Integrace 61
6.2 U kterých klientů indikují psychologové trauma senzitivní jógu do terapie? 67
6.2.1 Indikace trauma senzitivní jógy 67
6.3 Jaké komponenty trauma senzitivní jógy se psychologům nejvíce osvědčily? 70
6.4 Jaká je motivace psychologů integrovat trauma senzitivní jógu do své terapeutické práce s klienty? 73
6.4.1 Motivace 73
6.4.2 Odlišnosti jiných terapeutických přístupů 76
6.5 Jaké jsou dle psychologů přínosy integrace trauma senzitivní jógy do terapeutické činnosti s klienty? 79
6.5.1 Unikátní charakteristiky TCTSY 79
6.5.2 Změny 81
6.6 Jaké jsou dle psychologů limity integrace trauma senzitivní jógy do terapeutické činnosti s klienty? 83
6.6.1 Bariéry na straně klientů 84
6.6.2 Faktory limitující psychology v integraci TCTSY 85
DISKUZE 87

ZÁVĚR 93
SOUHRN 97
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY 99
ABSTRAKT DIPLOMOVÉ PRÁCE 109
ABSTRACT OF MASTER THESIS 110
PŘÍLOHY 111

Úvod

Být viděn, slyšen, pochopen a milován – existuje snad něco důležitějšího, co nám vztahy s druhými lidmi mohou a mají dát? Čím více se zabývám problematikou psychického traumatu v kontextu lidských vztahů a rozšiřuji své znalosti ať už četbou nebo naslouchánim zkušenostem, které sdílejí odborníci, ale i lidé, kteří trauma přežili, tím více souhlasím s jejich názorem, že právě tyto elementy jsou ve vztazích základem. Od chvíle, kdy se poprvé nadechneme, toužíme po někom, kdo uvidí naši krásu a pochopí naše potřeby, po člověku, který se o nás postará, pokud budeme volat o pomoc nebo pozornost. Potřebujeme mít nablízku člověka, kterému nejsou lhostejné naše emoce a bezpodmínečně nás miluje. Ne vždy je však tato lidská potřeba vyslyšena. Život je složitý a k lidskému bytí patří těžkosti, výzvy a zranění stejně jako štěstí, láska nebo úspěch.

Někdy jsme konfrontováni se situací, která přesahuje naše chápání i emocionální či fyzické možnosti. Každý z nás může během života čelit traumatu, a to i ve vztahu s blízkým člověkem. Osoba, která by nás měla chránit, může být zároveň původcem našeho nejhlubšího zranění. A čím více tato zničující ambivalence přetrvává, tím spíše může vygradovat v tvrdý vnitřní boj.

Následky traumatu představují ústřední téma této diplomové práce, protože když nemůžeme vystavení traumatu zabránit, musíme se naučit, jak se s ním vypořádat. Proto jsme se rozhodli prozkoumat unikátní terapeutický program nazvaný *Trauma Center Trauma Sensitive Yoga* (TCTSY) a způsob, jakým jej psychologové integrují do své terapeutické práce s klienty.

Na následujících stránkách se dočtete o traumatu s akcentem na oblast vztahů, dále o speciálním druhu jógy jako užitečném nástroji v psychologické léčbě, ale především o moudrosti našeho těla a mysli, o naději, síle lidské existence a daru zotavení.

Tato magisterská práce byla napsána pro psychology, psychoterapeuty, sociální pracovníky, lékaře, učitele jógy, osoby, jež prožily trauma, a všechny, kteří se zajímají o terapeutické přístupy, které s problematikou traumatu pracují.

TEORETICKÁ ČÁST

1 Trauma

Trauma – jedno slovo mající více než jeden význam. Jsme zvyklí považovat za traumata jen velmi ničivé a nebezpečné životní události. Co však tato definice znamená? Existují situace, které automaticky vnímáme jako traumatické, ale existují i takové, které vnímáme jako netraumatizující, a přesto na oběť v traumatickém rozměru dolehnou. Trauma je velmi subjektivní a nabývá různých podob. Bohužel mnoho traumatických životních příběhů je přehlíženo, hlavně pokud se tyto příběhy odehrály v soukromí a v kontextu mezilidských vztahů. Většina psychologů a dalších profesionálů v oboru duševního zdraví si navíc donedávna rozsah traumatických zážitků plně neuvědomovala.

S ohledem na tuto skutečnost jsme zde, abychom o traumatu přemýšleli, četli a psali, zkoumali jeho podoby a zaměřili se na nejmladší typy traumatu v oblasti vědy, které si zaslouží naši pozornost.

V následující kapitole uvádíme podrobnější definici traumatu, rozdíly mezi jednotlivými diagnózami, které s psychickým traumatem souvisí, a zvláštní akcent je věnován traumatu komplexnímu.

1.1 Definice traumatu

Význam slova trauma je odvozen z řečtiny a v obecné rovině se vztahuje ke zranění, ať už fyzického nebo duševního původu. Z toho jednoznačně vyplývá, že zranit lze jak tělo, tak i mysl a duši. V dnešní době se na trauma můžeme dívat ze dvou různých pohledů: lékařského nebo psychologického (Catherall, 2004).

Zatímco lékařské pojetí traumatu předpokládá poškození zdraví, psychologický rámec je spojen s život ohrožujícími událostmi bez nároku na tělesné poškození. V souladu s tím mohou být psychická zranění často neviditelná (Marich, 2014).

S ohledem na mnohoznačnost pojmu zdůrazňujeme, že se budeme primárně věnovat traumatu psychickému. V následujících odstavcích se proto pokusíme objasnit, co máme na mysli, když říkáme: „Je to trauma."

Traumatický zážitek vyvolává výraznou reakci strachu. Tato reakce je natolik intenzivní, že běžné copingové strategie ztrácejí svůj účinek. Dochází k nepříjemnému

stavu, kdy se s danou situací nedokážeme vyrovnat a integrovat ji tak, jak jsme zvyklí. V návaznosti na právě popsané skutečnosti můžeme pozorovat masivní dopad traumatu na existenci člověka, zejména na jeho chování, postoje, emoce a další aspekty jeho života (Matoušek, 2017).

Praško et al. (2003) též potvrzují, že při vystavení traumatu dochází k přesahu emoční kapacity jedince a je omezena jeho schopnost zvládnout danou situaci. Jedná se o běžnou definici traumatu v psychologii.

Judith Lewis Hermannová (1990, 1) však uvádí ještě jednu fascinující upřesněnou specifikaci traumatu, a ta zní: *„Konflikt mezi vůlí popírat hrůzné události a vůlí hovořit o nich je ústřední dialektikou psychologického traumatu.“* Význam je shodný s klasickou definicí, rozdíl je však v popisu a pojmenování ústředního konfliktu.

Dle výše uvedených poznatků můžeme nyní jednoznačně konstatovat, že trauma přesahuje rámec životní zkušenosti. Nicméně jak rozpoznáme, za jakých podmínek k zmíněnému přesahu dochází?

Asi nejkomplexnější odpověď na tuto otázku nabízí Jochmannová ve své publikaci *Děti a trauma* (2021). Charakteristiky traumatických událostí popsala jako nečekané a akutní stavy doprovázené bezmocí a nemožností situaci kontrolovat.

Jiná formulace traumatu, kterou lze nalézt i v některých publikacích, uvádí, že trauma je důsledkem nemožnosti dokončit obranné mechanismy, zejména boje či útěku. Neschopnost dokončit sebeobrannou reakci se tedy stává pozadím traumatických příznaků (Vaníčková, 2014).

Z mého pohledu mohou být nedokončené reakce součástí traumatického zážitku, ne však nutně podmínkou. Kdybychom je stanovili jako podmínku v rámci definice traumatu, vyloučili bychom jedince, kteří se zachránili bojem s nepřítelem nebo z hrůzné situace nakonec utekli, ale přesto jsou traumatizováni už „jen“ tím, co prožili.

Shrneme-li naše ponoření do podstaty psychického traumatu, můžeme říci, že traumatický zážitek je definován jako událost plná strachu a neočekávaných, překotných událostí, které nemůžeme ovlivnit.

1.2 Druhy traumatu

Díky poznatkům, o kterých jsme se dočetli na začátku první kapitoly, v níž jsme se zabývali základní podstatou traumatu v obecné rovině, se můžeme přesunout dále, ke znalostem o jednotlivých typech traumatu, jež byly doposud popsány. Seznámíme se s pěti typy psychického traumatu, které se nazývají: monotrauma, komplexní trauma, vývojové trauma, kumulativní trauma a předané trauma. Všechny je představíme v následujících odstavcích.

Monotrauma

První typ traumatu, známý v českém jazyce jako „monotrauma“ se týká jedné traumatické epizody, jako je například autonehoda, přírodní katastrofa, jednorázový případ znásilnění nebo teroristický útok. Traumatická událost se odehraje jednou, což je významný atribut (Sheline, 2015). Naplňuje však stále charakteristiku traumatu vysokou intenzitou, neočekávaností a akutním průběhem.

Zkušenost člověka s jednorázovou traumatickou událostí nemusí vždy vést k pozdějšímu výskytu posttraumatické stresové poruchy (PTSD). Nelze ovšem zanedbat fakt, že se většinou jedná o znatelný zásah do obvyklého způsobu bytí daného jedince a může vyústit v potíže s duševním zdravím. Monotrauma často vyvolává úzkostné nebo depresivní stavy, poruchy spánku, sociální izolaci i vyšší riziko zneužívání návykových látek (Integrative Trauma Treatment Center, 2022).

Ačkoliv to zní trochu nepatřičně, monotrauma může být vnímáno jako „lepší“ varianta ve srovnání s opakovanou a dlouhodobou traumatizací. Mezi výhody léčby se může řadit také přístup lidí z blízkého okolí oběti traumatu. Monotrauma má totiž nezřídka podobu veřejné události ve smyslu, že k němu má veřejnost nebo alespoň rodina oběti větší přístup (např. zprávy o autonehodě, přírodní pohromě), a proto je soucit, přijetí a pomoc přicházející od ostatních lidí četnější než v případě jiných typů traumat, které nemusí vůbec přitahovat pozornost (International Society for the Study of Trauma and Dissociation, 2022). O platnosti takového tvrzení bychom mohli polemizovat. Považuji však za vhodné jej zmínit.

Komplexní trauma

Komplexní trauma patří v odborné terminologii k relativně novému typu traumatu. Po delší dobu bylo psychické trauma spojováno především s hrůznými prožitky válečných veteránů. K podobně vážným hrůznostem však může docházet i ve skrytu každodenního života a tyto hrůznosti mohou být ještě zrádnější.

Ve srovnání s monotraumatem trvá komplexní trauma delší dobu. Z toho vyplývá, že dochází k opakovanému vystavení traumatu a pachatelem je velmi často někdo, kdo má k oběti důvěrný vztah. Jinými slovy, vztahy jsou v oblasti komplexního traumatu naprosto klíčové. Mohli bychom rovněž říci, že komplexní trauma je traumatem interpersonálním (Ford & Courtois, 2009).

Právě komplexní trauma stojí v centru našeho zájmu, je mu proto věnována samostatná podkapitola číslo 1.4, v níž se budeme dané problematice věnovat podrobněji.

Vývojové trauma

Jádro problému spočívá v traumatickém zážitku v průběhu raného dětství, kdy je dítě zcela závislé na pečovateli. Všechny děti mají své základní potřeby, jejichž uspokojování rozvíjí schopnost tělesné a emocionální pohody. Tyto základní potřeby však musí být uspokojovány zodpovědnou dospělou osobou. Pokud pečující osoba opakovaně selhává, nejsou potřeby dítěte naplněny, což mívá za následek nerozvinutou schopnost regulace, silnou osobní nepohodu a dochází ke vzniku vývojového traumatu (Heller & LaPierre, 2012).

Můžeme vidět úzkou souvislost mezi vývojovým typem traumatu a problematickým attachmentem. Osoby, které opakovaně prožily trauma v dětství, mívají narušený vývoj emoční regulace, který se utváří v rámci vazby s pečující osobou (Heller & LaPierre, 2012).

Ačkoli jsme popsali každý typ traumatu zvlášť a vymezili si jejich rozdíly, v reálném životě mezi nimi tak ostrá hranice být nemusí a mohou se zcela přirozeně vyskytovat i společně. Zejména vývojové trauma jde poměrně často ruku v ruce s traumatem komplexním.

Kumulativní trauma

Další typ traumatu představuje kombinaci dvou nebo více traumatických událostí během života. Někdo může mít například zkušenost jak s autonehodou, tak i se šikanou ve škole. Traumatické události na sebe nemusí navazovat, naše tělo si však každou z nich

pamatuje a dochází k jejich akumulaci (Jochmannová, 2021).

Předané trauma

Předané trauma může být bohužel často ignorováno, ale z našeho pohledu je to rozhodně druh traumatické zkušenosti, který si zaslouží pozornost. Přestože jsou lidé v případě předaného traumatu vystaveni traumatické události nepřímo, mohou být skutečně poznamenáni a mohou vyžadovat odbornou pomoc.

Zdrojem traumatu je sdílení traumatické zkušenosti s obětí nebo oběťmi. Zjednodušeně bychom mohli říci, že se trauma přenáší na ty, kteří mu naslouchají nebo ho vidí. Nejvíce zranitelní a ohrožení jsou v tomto případě všichni pracovníci a dobrovolníci, kteří působí v institucích poskytujících péči obětem traumatu, dále v záchranných systémech nebo v profesích zabývajících se péčí o duševní zdraví, jako jsou psychologové, psychiatři, sociální pracovníci a další (Office for Victimes of Crime, n.d.).

1.3 Diagnostika traumatu

Jednotlivé typy traumatu jsme již výše popsali podle charakteristik traumatické události či událostí. Nyní rozšíříme naše znalosti o diagnostické hledisko. Psychické trauma má v oblasti odborné péče o duševní zdraví, zejména pak v lékařství a klinické psychologii, své místo v klasifikačním systému poruch a nemocí. Trauma je určitými způsoby zakotveno v diagnostických příručkách, mezi které patří především *Diagnostický a statistický manuál duševních poruch* (DSM) používaný v USA nebo *Mezinárodní klasifikace nemocí* (MKN), jež je platná v zemích Evropy. Ačkoli je trauma spolu se svými důsledky na celém světě stejné, jeho místo v diagnostických příručkách už totožné není.

Páté vydání DSM zahrnuje oddíl „*Trauma-and Stressor-Related Disorder*“, v českém znění „Trauma a poruchy spojené se stresory“ a zahrnuje pět konkrétních diagnóz: reaktivní porucha attachmentu, dizinhibovaná porucha sociální angažovanosti, posttraumatická stresová porucha, akutní stresová porucha, poruchy přizpůsobení plus další specifikované nebo nespecifikované poruchy související s traumatem a stresorem (American Psychiatric Association, 2013).

Posttraumatická stresová porucha je spojena se situacemi, kdy jsou lidé vystaveni smrti nebo jejímu riziku, vážnému zranění či sexuálnímu násilí. Nemusí jít vždy o osobu,

která byla traumatem zasažena přímo, ale i o všechny svědky nebo blízké příbuzné, přátele, a dokonce i profesionály, jako jsou pracovníci první pomoci nebo odborníci na duševní zdraví, kteří jsou traumatu vystaveni nepřímo (Friedman et al., 2007).

Mezi symptomy posttraumatické stresové poruchy patří intruzní příznaky (např. mimovolné vzpomínky, noční můry, flashbacky), vyhýbání se podnětům, které traumatickou událost připomínají, negativní kognitivní nebo afektivní změny a také změny v oblasti vzrušivosti a reaktivity nervové soustavy. Jednotlivé příznaky by měly přetrvávat minimálně po dobu jednoho měsíce (Friedman et al., 2007).

ICD-11 obsahuje oproti DSM-5 jednu diagnózu navíc. Konečně zde najdeme komplexní posttraumatickou stresovou poruchu a také poruchu protrahovaného truchlení. Naopak akutní reakce na stres byla z klasifikace vyřazena, protože není vnímána jako porucha, ale jako normální reakce na extrémně stresovou situaci. Ostatní diagnózy jsou stejné jako v DSM-5 (Světová zdravotnická organizace, 2022).

S příchodem MKN-11 dochází k pozitivnímu posunu v etiologii poruch. Desátá revize MKN nereflektuje rozsah traumatu – komplexní trauma zde neexistuje a reaktivní porucha attachmentu s disinhibovanou poruchou nemají místo mezi kategoriemi poruch specificky spojených se stresem (Jochmannová, 2021).

1.4 Komplexní trauma

Komplexní trauma, jak již bylo řečeno, stojí v centru pozornosti této diplomové práce. Jak se podrobně dozvíme v druhé kapitole, trauma sensitivní jóga byla přímo vyvinuta pro jedince, kteří jsou komplexním traumatem zasaženi. V návaznosti na tuto skutečnost se nyní budeme podrobněji věnovat charakteristikám daného typu traumatu.

Existuje několik zasažených oblastí, které vyžadují v kontextu komplexního traumatu speciální pozornost. Jedná se o attachment a obecně problematiku vztahů s druhými lidmi, emoční a behaviorální regulaci, fyzické zdraví a neurobiologii, myšlení, vývoj self, disociaci a procesy související s učením (Singh et al., 2021).

1.4.1 Attachment a vztahy

„Když trauma zlomí důvěru, lidé mají pocit, že patří spíše k mrtvým než-li k živým.“ (Hermann, 1990, 52).

Jak rosteme a dospíváme, utváří se náš vztah k druhým lidem i k nám samotným.

První pouto vzniká mezi dítětem a jeho pečovatelem. Pro Bowlbyho (2010) i mnoho dalších autorů je za primární pečující osobu považována matka a teorie attachmentu z pozorování vazby mezi matkou a jejím dítětem přímo vychází. Z Bowlbyho pohledu je attachment druhem sociálního chování, které je patrné v interakcích mezi matkou a dítětem.

Dítě je zcela závislé na péči z vnějšího světa, proto je uspokojování potřeb dítěte odpovědností jeho pečovatele. V závislosti na kvalitě poskytované péče se začínají v dítěti vytvářet základy vztahování k druhým lidem, k sobě samému i společnosti obecně (Heller & LaPierre, 2012).

Prostřednictvím vztahů v dětství si můžeme zvnitřnit pocit bezpečí a důvěry ve svět, které nám pomáhají prožívat spokojený život (Hermann, 1990). Postupně si také osvojujeme schopnost regulace svých emocí a chování, komunikační dovednosti a svou osobní důležitost v tomto světě (Cook et al., 2005).

Pokud se do této kritické a křehké doby vplíží trauma a pečující osoba je navíc příčinou onoho traumatu, jsou ohroženy všechny výše zmíněné vznikající dovednosti, smysly i schopnosti. Dítě na místo rozvoje musí reagovat na příchozí ohrožení, aby si zachránilo život a svoji integritu.

V případě nebezpečí se přirozeně obracíme k nejbližší osobě a hledáme u ní ochranu. Pokud je však naše volání bezvýsledné, protože pečující osoba neodpovídá, je podkopáno vše, co bychom se měli naučit o důvěře a bezpečí. Traumatické události rozbíjejí systém víry týkající se jistoty, ochrany, přirozeného či božského řádu a důvěry ve vztazích. Judith Hermannová (1990) zdůrazňuje, že právě to je jádro traumatu, nikoliv pouze jeho sekundární důsledek.

To ve svém důsledku znamená, že pokud trauma vychází ze strany rodiny nebo partnera, musíme vzít v úvahu, že na vztahy obecně může být nahlíženo traumatickou optikou (Turner, 2020).

Vzhledem k charakteristice komplexního traumatu existují dva přirozené způsoby orientace copingové strategie. Jeden je založen na odpojení od druhých lidí. Znamená to, že traumatizovaná osoba přestane důvěřovat lidem, protože každý by mohl být potenciální hrozbou, stejně jako byl její pečovatel či partner. Druhý způsob je opačný – osoba investuje nadměrné úsilí do získání pozornosti a zájmu druhých lidí. Je pro ni navzdory všemu životně důležité, aby se s někým sblížila (Cook et al., 2005).

Po přečtení všech dosavadních informací není jistě překvapením, že komplexní

a vývojové trauma zahrnuje následující příznaky: emoční dysregulace, problémy s navazováním a udržováním hlubokých a zdravých vztahů, problémy s intimitou a negativní sebepojetí (Světová zdravotnická organizace, 2022).

Podíváme-li se na dané příznaky samostatně, snadno bychom je dokázali označit za psychopatologické. Zohledníme-li však celý kontext, pochopíme, že všechny příznaky mají svůj oprávněný smysl a že ve své podstatě nejsou patologickou ale pochopitelnou reakcí. Proto se přikláníme k názoru Ogdena, Paina a Fishera (2006), že všechny zmíněné projevy komplexního a vývojového traumatu jsou jen důsledkem adaptace na poskytovanou péči.

1.4.2 Regulace emocí a chování

Ačkoli regulaci emocí a chování vyčleňujeme samostatně, nemůžeme ji oddělit od problematiky attachmentu, neboť je s ním pevně spojena. Právě v průběhu dětství se potřebujeme naučit regulovat své emoční stavy a ovládat své chování. Osoby, které utrpěly komplexní trauma, se potýkají s problémy v oblasti seberegulace a schopnosti sám sebe zklidnit. Mohou se odpojit nebo znecitlivět vůči svému tělu či emocím, pokud se cítí dysforičtí nebo ve stresu. Snaží se přirozeně uniknout z nepříjemné situace. Existuje také vysoká pravděpodobnost, že jedinec bude traumatický zážitek znovu opakovaně přehrávat a prožívat, což snadno vede k agresi, sebepoškozování nebo sexualizujícímu chování (Cook et al., 2005).

Traumatizovaní lidé mohou najít jakéhosi „pomocníka“ k seberegulaci v alkoholu nebo drogách. Pokud se jedinec nedokáže uklidnit z vlastních vnitřních zdrojů, je samozřejmě dalším jednoduchým krokem použití „prostředku“ zvenčí. Bessel van der Kolk (2014) píše, že nejméně polovina lidí, kteří přežili trauma, pije alkohol nebo užívá drogy, aby unikla svému nepříjemnému vnitřnímu stavu bytí.

1.4.3 Disociace

„*Být plně propojen s vlastním tělem znamená být skutečně naživu.*“ (McBride, 2021, 13)

Disociace je poměrně problematický pojem, protože se používá v různém kontextu pro označení různých stavů, jak upozorňují také Holmes et al. (2005). Pokud tedy chceme na následujících řádcích představit disociaci a neztratit se v rozmanitosti jejích významů, budeme se držet striktně oblasti traumatu a toho, co disociace znamená

jako druh reakce na traumatickou expozici.

Termín disociace označuje ztrátu propojení, integrace a celistvosti prožitku v paměti. V případě traumatu se ztracená celistvost týká vzpomínek na traumatickou událost. Osoby, které trauma přežily, si často pamatují jen části dané události, ale nejsou schopny je spojit do jednotného celku (Nemiah, 1998).

Když jsem poprvé slyšela o disociaci, myslela jsem si, že popisuje pouze ustrnutí jako reakci na ohrožení nebo podobné situace. Pokud není možné utéct do bezpečí ani bojovat, může být nehybnost východiskem z nouze. Podle Elberta, Schauera a Neunera (2015) jsem se ve svém vnímání disociace úplně nemýlila. Jedná se o jeden z prvních asociovaných výkladů, který se disociace týká.

Také Krause-Utz et al. (2017) píší o peritraumatické disociaci jako o typu disociace, která ovlivňuje kvalitu vědomí a intenzitu emocí a pomáhá přežít traumatickou situaci. Disociace však v tomto znění není tak komplexní, jak tomu je ve skutečnosti.

Po načerpání dalších informací a hlubších poznatků o disociaci jsem došla k domněnce, že disociace je dominantním příznakem právě u komplexního traumatu. Tento názor vycházel z příběhů klientů, o kterých jsem se dočetla nebo o nich slyšela. Jako příklad uvedu příběh o ženě z knihy Bessela van der Kolka (2014), která byla disociovaná při dopravní nehodě. Zatímco se její manžel snažil oba zachránit z poškozeného auta, ona seděla na sedadle a jak sama řekla, necítila nic. Byla zcela odpojená od nepříjemných emocí a hrozivé situace, v níž se ocitla, ale zároveň i od jakékoli snahy s danou situací něco udělat. Příčina její reakce spočívala v traumatickém zážitku z dětství před mnoha lety. Její mozek si pamatoval, že stav disociace tehdy dobře fungoval, a tak aktivoval stejnou reakci i na autonehodu. Tento příběh je krásným příkladem disociace, nicméně vyvodit z něj závěr, že se jedná o jedinou formu disociace, by bylo chybné.

Důležité je podívat se, jak fungují traumatické vzpomínky. Ty mají tendenci převládat jako izolované fragmenty a je u nich vysoká nespojitost s ostatními obsahy v paměti (Scalabrini et al., 2020).

Neintegrované části traumatických vzpomínek existují a živě se vyskytují ve formě rozsáhlých symptomů. Většinu z nás by asi nepřekvapilo, že lidé, kteří trauma přežili, mohou trpět opětovným prožíváním traumatických událostí, tzv. flashbacky, pociťovat emoční otupělost nebo mít pocit, jako by byli jinou osobou. Všechny výše uvedené příznaky se vztahují k disociaci (van der Kolk & Fisher, 1995, in Holmes et al.,

2005).

Můj pohled na disociaci se změnil právě poté, co jsem se více dozvěděla o vztahu mezi pamětí a traumatem, což si ještě zmíníme v podkapitole o neurobiologii traumatu. Nyní vnímám disociaci nejen jako akt odpojení od emocí, tělesných vjemů, reality, vzpomínek atd., ale obecně jako kompartmentalizaci traumatické zkušenosti. Posunem v chápání může být to, jak disociovaný člověk vypadá. Můžeme se setkat s emočně či tělesně disociovanými klienty, kteří se chovají chladně a rezervovaně nebo jsou paralyzovaní a zdánlivě racionální bez újmy, stejně jako s příliš citlivými přeživšími, kteří prožívají flashbacky, somatická onemocnění, nebo vykazují agresivní chování, přičemž to vše může být důsledkem disociace.

Pierre Janet přišel s velmi pěkným přirovnáním disociace jako „*fobie z paměti*" (Janet, 1919, 661, in van der Kolk, Brown, & van der Hart, 1989). Jedná se o výstižnou metaforu. Janet poukázal na snahu našeho podvědomí chránit vědomí před děsivými zážitky. Disociace je z hlediska posttraumatické stresové poruchy skutečně významným rysem.

1.5 Neurobiologie traumatu

Trauma se silně odráží v našem nervovém systému. Mozek se snaží reagovat na extrémně stresovou situaci, jak nejlépe dovede, nicméně dlouhodobá a opakovaná expozice traumatu může způsobit jeho maladaptivní činnost.

Znalost neurobiologie traumatu je nezbytná nejen k tomu, abychom zjistili dopad traumatických událostí, ale hlavně k tomu, abychom pochopili správné nastavení léčby a abychom porozuměli chování lidí, kteří trauma zažili.

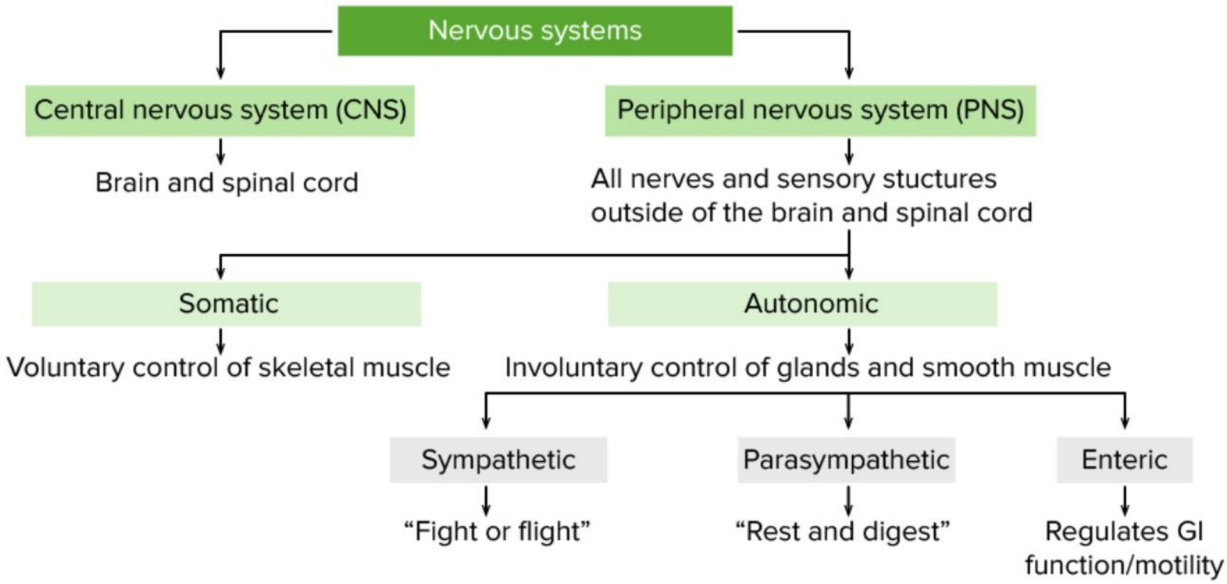
Tato kapitola nabízí vhled do neurobiologie traumatu s důrazem oblastí, které lze trauma sensitivní jógou léčebně ovlivnit. Jak výzkum v dané oblasti postupuje, objevují se další a další užitečné informace. Měli bychom proto mít na paměti, že prezentované poznatky mohou být časem rozšířeny nebo modifikovány a je třeba vždy sledovat aktuální dostupné zdroje.

Než se ponoříme do hlubšího pochopení vztahu mezi neurobiologií a traumatem, rádi bychom zopakovali některé obecné znalosti o nervové soustavě, které jsou zásadní pro porozumění následných komplexnějších poznatků. Budeme postupovat od základních informací k odbornějším znalostem neurobiologie traumatu, aby i neodborná veřejnost měla šanci otázku neurobiologie v našem kontextu pochopit.

Nervový systém je souhrnné označení pro důmyslnou a propracovanou strukturu, která je zodpovědná za vnímání, myšlení a ovládání našeho těla. Dělí se na dvě hlavní části: centrální nervový systém (CNS) a periferní nervový systém (PNS). Tyto dvě části spolu neustále komunikují prostřednictvím nervových vláken o tom, co se děje v našem endogenním prostředí nebo co na naše tělo působí z vnějšku. Informace přicházející do periferní části, jako jsou smyslové nebo viscerální podněty, jsou přenášeny aferentními vlákny do centrálního nervového systému a CNS dává pokyny prostřednictvím eferentních neuronů (Guyton & Hall, 2006).

Periferní nervový systém se skládá ze dvou dalších částí: autonomního nervového systému (ANS) a somatického nervového systému (SNS). V souvislosti s traumatem se zaměříme především na ANS, který patří k významným tělesným systémům ve fyziologické reakci na stres a trauma. V této obecně-informační části můžeme stručně zmínit, že autonomní nervový systém je postaven na funkci nervů sympatiku a parasympatiku, které nemůžeme ovládat silou naší vůle. Jejich reakce probíhá bez našeho vědomého rozhodnutí, automaticky, a to v rytmickém střídání větví sympatikus a parasympatikus (Schwartz, 2016).

Na obrázku číslo jedna vidíme názorné schéma nervové soustavy, které vychází z faktů, které jsme si doposud zmínili. Nyní můžeme přejít od obecného představení schématu nervové soustavy ke konkrétním částem a funkcím NS souvisejících s traumatem.



Obrázek 1: Schéma nervové soustavy, vytvořilo Lecturio (2022).

1.5.1 Interocepce

Jak už jsme si uvedli, nervová soustava nepřetržitě monitoruje vše, co k ní přichází, a sděluje nám výsledky své činnosti pomocí aferentních vláken. Náš mozek vstřebává nespočet podnětů z vnějšího okolí, ale také z vnitřního prostředí, jinak řečeno z našeho vlastního těla. Tyto procesy se nazývají exterocepce (vnější pozorování) a interocepce (vnitřní pozorování). I když jednotlivé procesy získávají informace z odlišných oblastí, mají stejný cíl – chránit organismus tak, aby dokázal přežít (Weltens et al., 2014).

Exterocepce je zodpovědná za reakce na vnější svět. Pokud kupříkladu vidíme, slyšíme nebo cítíme něco životu nebezpečného, naše tělo instinktivně reaguje, aby nás udrželo naživu. Exterocepce je úzce spojena s lidskými smysly, které proto představují tzv. exteroceptory, jinými slovy prostředníky mezi vnějším prostředím a naším tělem (American Psychological Association, 2022).

Oproti tomu interocepce se týká vnitřních vjemů organismu. Zahrnuje pocity, instinkty, nutkání, ale i kognitivní, emocionální a adaptační stavy na vědomé i nevědomé úrovni. Khalsa et al. (2018, 29) nabízejí názornou tabulku s přehledem funkcí interoceptivního vnímání (obrázek 2):

Feature	Definition
Attention	Observing internal body sensations
Detection	Presence or absence of conscious report
Magnitude	Perceived intensity
Discrimination	Localize sensation to a specific channel or organ system and differentiate it from other sensations
Accuracy (Sensitivity)	Correct and precise monitoring
Insight	Metacognitive evaluation of experience/ performance (e.g., confidence–accuracy correspondence)
Sensibility	Self-perceived tendency to focus on interoceptive stimuli (trait measure)
Self-report Scales	Psychometric assessment via questionnaire (state/trait measure)

Obrázek 2: Tabulka funkcí interoceptivního vnímání (Khalsa et al., 2018, 29)

V předkládané tabulce jsou popsány vybrané vlastnosti interocepce a jejich význam. V normálním stavu jsme schopni vnímat vjemy, které pociťujeme v těle, lokalizovat část těla, ze které vycházejí, rozlišovat míru jejich intenzity a také své vnitřní prožitky evaluovat a přemýšlet o nich (Khalsa et al., 2018).

Pokud vezmeme v úvahu schopnost interocepce všímat si viscerálních nebo afektivních stavů, jako je hlad, žízeň, sucho, vlhko, teplota, či klid, stres, smutek, štěstí atd., můžeme působení interocepce zaznamenat i v oblasti sebepojetí. Interocepce je proces, který používáme k zodpovězení otázky: „Jak se cítím?" Ukazuje náš aktuální vnitřní stav. Výsledek tohoto interocepčního postupu se odráží v insulární kůře v pravé hemisféře (Craig, 2002).

Interocepce nám pomáhá poznat, co potřebujeme. Je tedy jednoduše součástí uvědomování si vlastní identity. Když jsme schopni „cítit sami sebe", můžeme se vnímat jako „někdo", jako kompletní osoba. Takové vyjádření uvádí Bessel van der Kolk souhrnnými slovy (2011, 22): *„Náš pocit sebe sama je ukotven ve vitálním spojení s naším tělem."*

Význam interocepce se projevuje také v oblastech motivace, osobní spokojenosti a souvisejících aspektech. Jedním z důvodů tak širokého rozpětí vlivu interocepce je fakt, že souvisí se seberegulací, o níž jsme se již zmínili a která může být poškozena následkem traumatu. Z interocepce vyplývají i další dva významné faktory: schopnost setrvat a všímat si přítomného okamžiku a pak také vnitřní řízení jako schopnost do určité míry řídit a kontrolovat vlastní život (Farb et al., 2015). Všechny tyto schopnosti mohou být v případě traumatu narušeny.

Interocepce má rovněž vliv na naše rozhodování. Jako důkaz může posloužit Damasiova hypotéza somatických markerů (Damasio et al., 1996), která zdůrazňuje, že naše reakce na podněty a subjektivní zhodnocení konkrétní situace jsou ovlivněny aktuálními somatickými markery (např. zrychleným tepem) souvisejícími s emocemi. Somatické markery fungují jako signály a mají vliv na uvažování a rozhodování jedince.

Interoceptivní signalizace zapojuje aferentní i eferentní vstupy v rámci nervového systému (Khalsa et al., 2018). Aferentní vstupy komunikují s vyššími kognitivními oblastmi, kde vzájemně interaguje naše osobní historie, prostředí, cíle a další vlivy (Craig, 2009). Ke konkrétním nervovým strukturám, které jsou začleněny do interocepce, patří jmenovitě periferní receptory, C-vláknové aferenty, spinothalamické projektory,

specifická jádra thalamu, zadní a přední insulární a přední cingulární kůra (Critchley & Harrison, 2013).

Za interocepci je zodpovědná zejména pravostranná přední insulární kůra. Kromě funkce ochrany organismu sloužící k přežití zahrnuje insulární kůra i funkci homeostatickou a s tím související regulaci organismu (Schulz & Vögele, 2015). Naše subjektivní interoceptivní uvědomování a duševní pohoda závisí právě na koncentraci neurotransmiterů v insule a části přední cingulární kůry (Ernst et al., 2013).

Traumatická událost má původ v ohrožení, které přichází z vnějšího světa. Znásilnění, napadení, zneužití, ale i přírodní katastrofy apod. souvisí s někým nebo něčím zvenčí. Na základě toho se z lidí, kteří prožili trauma, mohou stát vynikající exteroceptivně orientovaní lidé. Dochází u nich k hypervigilanci a jejich mozek permanentně kontroluje podněty z okolního prostředí (Kimble et al., 2014). Hypervigilance ilustruje, že schopnost traumatizovaných lidí všímat si vjemů je zesílená, protože mozek nechce, aby se trauma znovu opakovalo. Jedná se v podstatě o ochrannou reakci. Traumatizované osoby ovšem vnímají svět jako nikdy zcela bezpečný a neustálý proces kontroly, zda někde nečíhá nějaké nebezpečí, je pro ně vyčerpávajícím a z dlouhodobého hlediska nesnesitelným stavem bytí.

Jak bylo uvedeno výše, interocepce může být narušena traumatem. Odpovídá to příznakům posttraumatické stresové poruchy, kterými jsou hypervigilance nebo depersonalizace a derealizace jako formy disociativního stavu. Můžeme pozorovat časté a extrémní reakce úleku, stažení se, útěku či boje, doprovázené vyšším krevním tlakem a tepovou frekvencí (Khalsa et al., 2018). Osoby, které trauma přežily, zejména v případě dlouhodobé nebo opakované traumatické anamnézy, mohou zažívat intenzivní úzkostné a subjektivně ohrožující stavy, které blokují vnímání pozitivních pocitů, které netraumatizované osoby obvykle zažívají při blízké interakci s druhými lidmi (Frewen et al., 2012).

Podle výzkumu zabývajícího se souvislostí mezi interocepcí, kontemplativně orientovaným cvičením a zdravím (Farb et al., 2015) mohou ke zlepšení interoceptivní funkce a opětovnému propojení mysli a těla přispět léčebné postupy, jako je *Mindfulness-based stress reduction*, jóga nebo meditace. Snižují totiž interoceptivní zkreslení a navracejí dotyčnému schopnost žít v přítomném okamžiku a regulovat své chování. Obdobný názor zastává i Bessel van der Kolk ve své knize *Body Keeps the Score* (2014).

Uvedené informace podporuje i výzkum zaměřený na ženy se zkušeností s partnerským sexuálním násilím. Byly vedeny k tomu, aby si uvědomovaly své tělesné pocity a objevovaly spouštěče, které vyvolávají jejich disociativní stavy. Výsledkem výzkumu bylo zlepšení participovaných žen v přijímání vlastního těla jako užitečného, informativního zdroje, a nikoliv jako oblasti ohrožení (Price, 2005).

1.5.2 Limbický systém

Naše chování a emoční prožitky, včetně těch traumatických, jsou spojeny s jednou z nejstarších částí mozku – limbickým systémem. Dříve než informace přicházející z okolního světa dokáže racionálně přijmout mozková kůra, odpovídá na ně limbický systém, zejména část zvaná amygdala. Tento proces probíhá automaticky a podílí se na něm caudate nucleus, hippocampus, thalamus, putamen, amygdala a hypothalamus (Carter, 1998). Vysoká míra excitace či narušení limbického systému může mít za následek agresi, úzkost, strach, podráždění, změny v sexuálním či sociálním chování a poruchy v poskytování péče o potomstvo (Druga et al., 2011).

Ačkoli o reakci na potenciální nebezpečí rozhoduje amygdala, existuje také mechanismus, který se snaží její konečnou reakci vyvážit. Regulaci afektivních stavů má na starosti přední cingulární kůra. Ta je propojena nejen s limbickou částí, ale také s prefrontální kůrou. Přední cingulární kůra proto hraje jedinečnou roli při kontrole afektů (Stevens et al., 2011). Všechny zmíněné struktury patří k fascinujícím částem mozku a my budeme v představování zajímavých a důležitých složek limbického systému pokračovat.

Caudate nucleus patří do bazálních ganglií. Účastní se pohybového děje, především inhibice, ale má ještě více dalších rolí. Zapojuje se také v chování zaměřeném na cíl, učení se návykům a procesu pozornosti (Grahn et al., 2008).

Hipokampus je známý jako fundamentální oblast paměti. Konsolidují se zde nové informace a propojují se s předchozími zkušenostmi, které jsou již uloženy v paměti. Většina procesu probíhá během spánku. Poškození hipokampu je tedy přirozeně spojeno s poruchami paměti (Fiala & Valenta, 2020).

Jakýkoli proces v mozku se nikdy neobejde bez koordinace vícero složek nervové soustavy, proto i hipokampus musí spolupracovat zejména s parahipokampálním gyrem a dorsolaterální prefrontální kůrou. I tato spolupráce však může být narušena nadměrnou stimulací, ke které dochází při traumatické události (Schellong et al., 2021).

Poruchy paměti jsou v případě traumatu často spojeny s vyšší koncentrací glukokortikoidu, konkrétně s kortizolem, který má neurotoxický vliv na neurony hipokampu a prefrontální kůry. Narušuje proto paměť i exekutivní funkce. Traumatické vzpomínky jsou charakterizovány jako vtíravé myšlenky nebo představy, nebo naopak jako potlačované obsahy (Carrion & Wong, 2012). Vzpomínky na traumatické události tak existují jako neintegrované fragmenty, často v senzorické kvalitě včetně dotykové, chuťové nebo čichové roviny. Právě senzorické asociace na traumatickou událost se snadno mohou stát spouštěčem pro znovuprožívání traumatu (Shaili, 2019).

Thalamus je považován za přestupní stanici pro příchozí informace, které jsou dále směřovány do příslušné části mozku k následnému zpracování (Carter, 1998). Thalamus je zodpovědný za vedení vjemů z periferie do mozkové kůry a podílí se také na pohybových a somatosenzorických funkcích (Thalamus, n. d.).

Putamen patří mezi mozkové struktury, které se podílejí na regulaci pohybu. Je silně spojen s dopaminem, který se uplatňuje jako jeho neurotransmiter zajišťující správné fungování (Ghandili & Munakomi, 2022). Nelze opomenout nezanedbatelný vliv putamenu na procesy učení. Carter (1998) poukazuje zejména na propojení putamenu s procedurální pamětí.

Amygdala představuje svazek jader v rámci spánkového laloku. Je klíčová pro vytváření a fungování emocí, především strachu. Kromě toho se amygdala podílí na mimovolních motorických a vazomotorických reakcích, jako je tachykardie, červenání kůže a další vegetativní stavy, když čelíme nebezpečným, strach nahánějícím situacím (Fiala & Valenta, 2020).

Amygdala je navíc zodpovědná za kontrolu všech podnětů kolem nás, je ostražitá vůči těm nebezpečným a směřuje tělo k reakci nezbytné pro přežití (Pessoa, 2010). Nejdůležitějšími druhy jader amygdaly jsou bazální, laterální a centrální. Právě laterální jádra řídí reakci na strach. Jednou z možných reakci je aktivní řešení stresové situace, kdy se zapojují i bazální jádra a striatum. Druhá možnost představuje stav ztuhnutí nebo předstírání smrti, které patří k pasivnímu řešení a aktivují se při něm centrální jádra (Schellong et al., 2021).

Oba typy reakcí mají svůj smysl, neboť zvyšují šanci člověka na přežití. V případě posttraumatické stresové poruchy však může nastat problém s aktivací správných reakčních způsobů podle daného kontextu. Můžeme pozorovat vyšší výskyt pasivních

reakcí, které vedou až k disociaci, nebo můžeme pozorovat nadměrné nabuzení organismu (Schwartz, 2019).

Výzkumy dále ukazují, že existují rozdíly nejen ve funkcích, ale i ve struktuře dílčích komponent mozku. Může dojít až k celkovému snížení objemu mozku (Mehta et al., 2009). Dochází také ke změnám objemu hipokampu nebo amygdaly. Studie provedená Zhangem et al. (2021) zkoumala osoby bez traumatické zkušenosti a pak ty, které trauma prožily, a buď se u nich posttraumatická stresová porucha rozvinula, nebo nikoli. Výsledky ukazují významně menší hipokampus a levou amygdalu u traumatizovaných účastníků bez ohledu na přítomnost či nepřítomnost diagnózy PTSD než u kontrolní zdravé skupiny.

Totéž uvádí i studie Bremnera et al. (1997), podle níž měli účastníci s posttraumatickou stresovou poruchou, kteří v dětství zažili zneužívání, levý hipokampus menší přibližně o 12 %. Měření na základě magnetické rezonance navíc ukázalo skutečně zajímavé informace. Levá část hipokampu byla menší u účastníků, kteří zažili zneužívání v dětství, zatímco účastníci s válečným PTSD měli menší stranu pravou. Zjištěné poznatky otevírají dveře pro další výzkum, zda existuje něco jako zranitelnost hipokampu dle typu traumatické události.

1.5.3 Sympatikus a parasympatikus

Zásadní je pro nás činnost sympatiku a parasympatiku. Pokud se podíváme na jejich obecnou funkci, sympatikus se aktivuje ve stresových situacích a je zodpovědný za uvedení organismu do pohotovostního režimu. Jedná se o část ANS, která detekuje varovné signály a aktivuje reakci boj nebo útěk. Parasympatikus hraje opačnou roli. Navozuje uvolnění, regeneraci, zklidnění, ale může také vést k disociaci a nemožnosti se hýbat (Schwartz, 2016).

Podle fyziologické reakce organismu jsme schopni rozpoznat, která větev ANS je aktivována. Parasympatikus iniciuje trávení, slinění, vylučování, zpomalení srdeční frekvence, uvolnění svalů a obecně navozuje stav klidu (DBT & Mental Health Services, 2020). Sympatikus stimuluje tlukot srdce, vyšší krevní tlak, napětí svalů, rozšíření zornic, zpomalení průchodu střev a další procesy vedoucí k aktivaci (Cleveland Clinic, 2022).

Každý tento proces je vždy doprovázen vylučováním příslušných hormonů. Sympatikus aktivuje katecholaminy a kortizol z nadledvinek i adrenokortikotropní hormon produkovaný hypofýzou. Dochází k vyššímu náporu na osu hypotalamus–

hypofýza–nadledviny, která může být přetížena (Vágnerová, 2014). Parasympatický nervový systém naopak zvyšuje koncentraci endorfinů (Dlouhý, 2021).

Opakovaná nebo dlouhodobá expozice traumatu a s tím související reakce autonomního nervového systému vede k regulačním potížím. Lidé mohou pociťovat nadměrné nabuzení, vzrušení, podráždění nebo jsou neustále ve stavu pohotovosti, i když jim nehrozí žádné nebezpečí. Na opačné straně mohou uvíznout v hypoaktivním stavu, což vede k disociaci, apatii, depresi a neprojevování žádných reakcí, i když to situace vyžaduje. Traumatizovaní jedinci mohou také přecházet z hyperexcitovaného stavu do hypoaktivního a naopak (DBT & Mental Health Services, 2020).

1.5.4 Role bottom-up procesů v neurobiologické regulaci

Na základě poznatků o vlivu traumatu na fyziologii těla spolu s faktem, že traumatické vzpomínky mají často somatickou podstatu, docházíme k poznání, že bychom při léčbě traumatu neměli zapomínat na tzv. bottom-up procesy, neboli procesy zdola (od těla) nahoru (ke kognici) (van der Kolk, n.d., in Wylie, 2004).

Integrace tělesně orientovaných přístupů také podporuje skutečnost, že Brocovo centrum, které je zodpovědné za schopnost řeči, vykazuje u osob, které prožily trauma, nízkou aktivitu. Odhalení této zajímavé odchylky a její vysvětlení přináší Bessel van der Kolk (2014). Ten předpokládá, že snížená funkce v Brocově centru způsobuje, že traumatizovaní lidé obtížně hovoří o svých traumatických prožitcích, což je opravdu častým problémem. Někteří autoři však van der Kolkův závěr kritizují pro jeho přílišnou jednoduchost. Kritici konstatují, že mohou existovat i jiné interpretace deaktivace Brocova centra, zejména proto, že účastníci výzkumu, kteří se podrobili vyšetření na magnetické rezonanci, museli prezentovat své traumatizující zážitky verbálně. To je dle nich v rozporu s van der Kolkovým závěrem, že trauma blokuje schopnost o traumatické události hovořit.

DŮLEŽITÉ BODY

- Traumatické zážitky významně ovlivňují funkci nervového systému – zejména protektivní reakce amygdaly na přicházející stimuly.
- Výzkum zaměřený na dopad traumatu poukázal u traumatizovaných jedinců na menší objem hipokampální struktury, amygdaly a také mozku jako celku.
- Byla evidována snížená aktivita v Brocově oblasti následkem traumatizace.
- Dlouhodobá traumatická expozice často vede k dysregulaci funkce ANS.
- Traumatické vzpomínky nejsou plně integrovány a mohou se vyskytovat jako vtíravé myšlenky a představy nebo být uloženy v somatické podobě.
- Dochází ke chronickému poškození interocepce, což se odráží ve vnímání tělesných vjemů, v oblasti vnitřní kontroly, rozhodování, bytí v přítomném okamžiku atd.

1.6 Léčebné přístupy k traumatu

„Práce s traumatem je založena na vztahu. Nezáleží na tom, zda pracujete somaticky, umělecky, analyticky nebo medicínsky orientovaným stylem – vztah je na prvním místě.“ (Turner, 2020, 13).

Hlavní téma diplomové práce je zasvěceno konkrétní terapeutické intervenci – trauma sensitivní józe, kterou lze využít jako užitečný prostředek pro léčení psychického traumatu. Existuje však řada dalších druhů léčby, terapeutických přístupů a psychoterapeutických technik, které rovněž nabízejí způsob, jak se vypořádat s následky traumatu. V psychologické praxi je běžné, že se uplatňuje léčba kombinující vícero léčebných variant. V této části diplomové práce bychom rádi nabídli stručný přehled některých možných typů léčebných přístupů v oblasti traumatu.

Kognitivně behaviorální terapie zaměřená na trauma

Kognitivně behaviorální terapie (KBT), známá svou metodologií práce s vazbou mezi myšlenkami, emocemi a chováním, je obecně oblíbeným typem psychoterapeutického přístupu k širokému spektru psychických problémů. Je účinná zejména při odbourávání maladaptivních kognitivních vzorců, vytváření nového

významu traumatických zážitků a snižování příznaků posttraumatické stresové poruchy. Známou technikou je narativní rekonstrukce traumatické události jako druh expozice, kdy se z traumatických vzpomínek vytváří celistvý příběh (American Psychological Association, 2017). Je však nezbytné provádět ji kontrolovaně a vyhnout se re-traumatizaci jedince.

KBT zavedla samostatný specializovaný terapeutický výcvik pro léčbu traumatu známý jako kognitivně behaviorální terapie zaměřená na trauma, v angličtině Trauma-Focused Cognitive Behavioral Therapy (TF-CBT). Zahrnuje poznatky klasické KBT, teorie attachmentu, rodinné terapie, humanistických přístupů a terapeutických metod zaměřených na zmocňování jedince (empowerment). Přinesla vědecky prokázaná zlepšení u stavů úzkosti, deprese, studu spojeného s traumatem, maladaptivního chování a v oblasti vztahů, sexuálního života a sociálních dovedností (National Child Traumatic Stress Network, 2012).

Senzomotorická psychoterapie

Další psychoterapeutický přístup určený k léčbě traumatu a problematického attachmentu se nazývá senzomotorická terapie a jeho autorkou je americká psychoterapeutka Pat Ogdenová. Uvědomovala si tělesné disociace svých klientů a rozhodla se syntetizovat somatickou terapii s tradiční psychoterapií. Senzomotoričtí terapeuti považují tělo za důležitý zdroj informací, který je klíčový pro zpracování traumatické události. Uvádějí tři hlavní aspekty úspěšné léčby: bezpečí a stabilizace, proces zpracování a třetí je fáze integrace. Hlavním předpokladem je přesvědčení, že každý člověk má svou vlastní kapacitu a jedinečný způsob uzdravování. Přístup zohledňuje jednotu těla, mysli, a dokonce i ducha a uvažuje o nich v celkovém životním kontextu daného člověka (Institut senzomotorické psychoterapie, n.d.).

Desenzibilizace a přepracování pomocí očních pohybů

Léčba využívající účinky bilaterální stimulace je známá pod názvem Eye Movement Desensitization and Reprocessing, zkráceně EMDR. Vyvinula ji americká psycholožka Francine Shapiro, která zjistila, že rychlé a opakované oční pohyby mohou být účinným nástrojem v boji s úzkostí a vtíravými vzpomínkami u traumatizovaných osob. EMDR pomáhá znovu integrovat traumatické vzpomínky a informace zdravým a adaptivním způsobem. Tento terapeutický koncept pracuje jak s vtíravými myšlenkami a vzpomínkami z minulosti, tak i s aktuálními stavy úzkosti nebo pocity ohrožení a buduje

dovednosti pro zvládání podobných situací v budoucnu (Český institut pro psychotraumatologii a EMDR, n.d.). Oční pohyby by měly aktivovat parasympatickou aktivitu a formovat nová neuronální spojení související s procesy učení a pamětí (Oren & Solomon, 2012).

Somatické prožívání

Doktor Peter Levin vyvinul jedinečnou metodu založenou na znalostech nervového systému a práce s tělem. Somatické prožívání pomáhá traumatizovaným lidem vybudovat zdravé mechanismy seberegulace, uvolnit traumatický stres a nastolit ztracenou rovnováhu v lidském organismu. Myšlenka tohoto terapeutického rámce vzešla z Levinova zájmu o reakce zvířat na traumatické situace. Uvědomil si, že zvířata posttraumatickými stresovými poruchami netrpí, a zajímalo ho, jak je to možné. Význam našel v automatických reakcích na ohrožení, kterými jsou boj, útěk nebo zamrznutí. Při zvládání extrémní stresové situace produkuje tělo velké množství energie. Když se však vyprodukovaná energie zadrží v těle a neuvolní se ven, organismus v čele s nervovým systémem není schopen přejít z pohotovostního režimu zpět do bezpečného, klidového módu. Terapeutická práce dle Levina proto spočívá v uvolnění cesty těmto zablokovaným fyziologickým stavům, jinak řečeno musí dojít k uvolnění uvězněné energie. Somatické prožívání je multidisciplinární přístup využívající psychologii, fyziologii, neurovědu, lékařskou biofyziku a další obory (Somatic Experiencing International, n.d.; Levin, 1997).

Neuro-afektivní vztahový model

Speciální léčbou komplexního traumatu je Neuro-afektivní vztahový model (NARM). Zaměřuje se na problémy duševního zdraví pocházející z problematického attachmentu, vývojových a vztahových traumat. Přístup NARM pracuje s různými styly přežití, které mají osoby, jež trauma prožily, uloženy ve svém nervovém systému a ovlivňují jejich chování, emoce, fyziologii, sebepojetí a vztahy. Mezi oblasti, které stojí v centru pozornosti NARM, patří opětovné propojení s vlastním tělem, emocemi i druhými lidmi, schopnost rozpoznat a uspokojit vlastní potřeby, budování zdravých sociálních vazeb a milostných vztahů a nastavení zdravých osobních hranic. Terapeuti NARM jsou zvyklí integrovat bottom-up i top-down procesy. Nekladou důraz na analýzu toho, co stojí za klientovým chováním, ale zaměřují se především na klientovo prožívání v přítomném okamžiku a na to, jak ono prožívání souvisí s vybraným stylem přežití

(Heller & LaPierre, 2012).

Internal Family System

Zajímavý pohled na léčbu traumatu přináší terapeutický přístup Internal Family System, v doslovném překladu Vnitřní rodinný systém. Ústřední myšlenka tohoto systému říká, že naše mysl není jen jedna entita, ale skládá se z mnoha částí (dílčích osobností), které mají v celém vnitřním systému svou speciální funkci (Sweezy & Ziskind, 2013).

Každá ze složek systému může být koncentrovaná kolem traumatického zážitku a dělí se pak do dvou kategorií. Jednu skupinu tvoří „zraňující části“, které vyvolávají traumatické vzpomínky, bolest, strach a další negativní emoce. Druhou kategorii lze pojmenovat jako „ochranné části“, protože ty se snaží zmírnit dopad zraňujících komponent a přesunout pozornost pryč od stavů souvisejících s traumatem (Hodgdon et al., 2022).

Vnitřní rodinný systém učí klienty rozpoznávat a přijímat své zraňující části, vytváří bezpečné vnitřní prostředí a zdůrazňuje témata jako soucit se sebou samým, zvědavost, tvořivost a odvahu (Anderson et al., 2017).

2 TRAUMA CENTER TRAUMA-SENSITIVE YOGA (TCTSY)

V kapitole jedna jsme představili ucelené informace umožňující lepší pochopení psychického traumatu, jeho zákonitostí, forem, dopadů a možností léčby. Ve druhé kapitole se ponoříme do tematiky jógy. Hlavní akcent přitom bude patřit trauma senzitivní józe, známé pod oficiálním názvem Trauma Center Trauma-Sensitive Yoga (TCTSY) a jejímu vztahu k léčení traumatu.

Stěžejní část této kapitoly se věnuje zkoumání způsobu terapeutické intervence pomocí TCTSY, která může být přínosem a rozšířením současné psychologické praxe. Jedná se o poměrně nový způsob psychologické intervence, který však, jak výzkumy ukazují, pomáhá traumatizovaným lidem vyrovnat se s některými životními obtížemi způsobenými traumatem. Tato diplomová práce se primárně nezaměřuje na hodnocení nebo zkoumání účinnosti TCTSY. Pro čtenáře, kteří mají zájem o výzkumy zabývající se účinností TCTSY, budou uvedeny příklady a zdroje studií v kapitole tři s názvem Výzkumy. Naším cílem je trauma senzitivní jógu představit, odhalit, co nabízí a jak se využívá v oblasti péče o duševní zdraví.

Naše rešerše bude probíhat krok za krokem. Začneme představením jógy obecně a poté budeme pokračovat přímým popisem trauma senzitivní jógy, alias TCTSY.

2.1 Jóga

„Skutečným významem jógy je osvobození od bolesti a smutku.“ (Iyengar, 1966, 19).

Jóga je tisíce let starou fyzickou, mentální, morální a duchovní disciplínou. Ačkoli je její popularita spojována zejména s fyzickým výkonem, vznikla jako holistický přístup, který uvažuje o fyzické aktivitě jen jako o součásti většího celku. Název pochází ze sanskrtu a znamená „pojit, připoutat nebo sjednotit“. Jógové kořeny sahají až do indické kultury, ale západní země jógovou praxi stále modifikují a tento trend se zatím nezastavil. Jóga jako celistvý systém zahrnuje mnoho komponent, jako jsou fyzický trénink, dechová cvičení, meditace, všímavost, relaxace, etické zásady a duchovní podstata (Iyengar, 1966).

Jinými slovy, cvičením jógy dokážeme ovlivnit řadu rovin. Nejznámější je tělesná rovina. Jóga zvyšuje sílu, pružnost, a navíc pozitivně ovlivňuje držení celého těla. Další

vrstvou je fyziologie, kterou jogíni regulují zejména prostřednictvím práce s dechem, což má za následek úpravy krevního oběhu, hormonů i lymfatického systému. Třetí rovina se zabývá psychickou stránkou člověka, včetně např. emočního uvědomění. Mohou existovat i další roviny, např. energetická vrstva, která závisí na individuálním přesvědčení každého jedince (Akyolová, 2021).

Rádi bychom zdůraznili, že i nenásilnost a zvědavost při práci s tělem, emocemi, myšlenkami, dechem nebo představivostí vychází právě z jógové podstaty. Jde vždy primárně o zkoumání, uvědomování a neodsuzování (Larsen et al., 2018).

Jóga nemá jeden jednoznačný cíl, ale obecně lze říci, že slouží k nalezení, upevnění a udržení tělesné i duševní pohody (Iyengar, 1966). Larsen a další (2018) přicházejí s konkrétnějším pojetím, že hlavním cílem jógy je budování odolnosti pro zvládání různých životních situací. Dalším možným výkladem může být uplatnění jógy jako nástroje pro integraci psychofyziologických procesů v těle (Kuvalayananda & Vinekar, 1990). Budeme-li dále konkrétní, jóga směřuje k dosažení sebeuvědomění člověka včetně interocepce, seberegulace a propojení těla a mysli (Baptiste, 2002, in West, 2011). Všechny výše uvedené skutečnosti si zaslouží náš zájem.

Jak jóga postupně pronikala do celého světa, začaly vznikat různé typy jógových přístupů. Jeden z klasických jógových směrů možná znáte pod názvem hatha jóga. Hatha by měla odkazovat na schopnost přesunout našeho ducha z vnějšku do nitra a skládá se z dechových cvičení, meditace a konkrétních jógových pozic zvaných asány. Druhem jógy, který klade důraz na plynulost v sestavě asán, je vinjása jóga. Dalším zajímavým jógovým přístupem je také hormonální jóga, kterou vytvořila brazilská psycholožka a instruktorka jógy Dinah Rodrigues. Byla navržena jako speciální jógové cvičení pro správnou činnost žláz s vnitřní sekrecí. Hormonální jóga je určena lidem, kteří trpí hormonální nerovnováhou, menstruačními problémy, diagnózou hypotyreózy, menopauzou, ženám usilujícím o těhotenství nebo lidem vystaveným stresu. Dalšími příklady jógových přístupů mohou být bikram jóga, power jóga, aerojóga, akrojóga a další (Šedová & Chuchutová, 2021).

2.2 Jógová terapie

Termín jógová terapie se používá v různých souvislostech. Jógová terapie může znamenat ku příkladu využití jógové praxe jako součásti léčby v případě zdravotních problémů. Jedná se o upravenou jógovou koncepci, která byla navržena pro ty, kdo trpí určitým tělesným nebo duševním onemocněním či poruchou. Znalosti a dovednosti v oblasti jógy by měly být na stejné úrovni osvojení jako poskytovaná terapie (Larsen et al., 2018).

Jiným výkladem jógové terapie je důraz na individuální přístup ke každému klientovi. Jógová terapie ve srovnání s běžnými jógovými lekcemi pracuje s individuálními potřebami a osobními cíli jednotlivce. Bere v úvahu zdravotní stav, osobní anamnézu, způsob myšlení a mezilidskou zkušenost. Nemělo by se jednat o druh jógové praxe, který spočívá jen v obecných pokynech předkládaných neznámé skupině účastníků. Jógová terapie v těchto podmínkách znamená konkrétní a komplexní jógovou intervenci modifikovanou podle individuálních potřeb (Butera & Elgelid, 2019).

Oba prezentované výklady jsou si v praxi podobné, proto si můžete vybrat definici, která vyhovuje vašemu úhlu pohledu. Z naší psychologické perspektivy je důležité, že jóga se používá k léčbě konkrétních duševních onemocnění, jako jsou úzkostné poruchy (Kirkwood et al., 2005), deprese (Cramer et al., 2013) a také posttraumatická stresová porucha (van der Kolk et al., 2014).

Hlavní důvod, proč se jóga stala populární i jako terapeutický nástroj, spočívá v její schopnosti zklidnit tělo i mysl (Emerson et al., 2009). Tato skutečnost navazuje na to, co jsme již zmínili v podkapitole o józe obecně. Kromě toho existuje jeden aspekt, typicky spojený s jógou, který je třeba v souvislosti s využitím jógy jako nástroje terapie zdůraznit, a tím je „ahimsa“.

Ahimsa představuje myšlenkový postoj, kdy „neubližování“ stojí v centru myšlení toho, kdo jógu, potažmo jakoukoli jinou činnost praktikuje. V praxi to znamená snažit se být soucitný, zvědavý, otevřený, vstřícný, laskavý a neodsuzující k druhým i sám k sobě! Ahimsa může mít silný terapeutický účinek, protože ovlivňuje způsob, jakým klienti vnímají a uvažují o svých vlastních prožitcích a zkušenostech. Může se jednat o užitečnou alternativu k neustálému snažení zbavit se příznaků poruchy, bojovat s projevy nemoci a zaměřovat se pouze na patologickou stránku věci (Hanson, 2010).

2.3 Trauma senzitivní jóga

Na základě vlivu, který je józe přisuzován v oblasti duševního zdraví a pohody, není divu, že se jóga začala používat jako doplňková terapie i při léčbě traumatu. Běžné lekce jógy nabízené v západním světě však nesplňují kritéria nezbytná pro zotavení z traumatické zkušenosti. David Emerson, americký učitel jógy a sociální pracovník, se proto rozhodl upravit cvičení jógy tak, aby vyhovovalo traumatizovaným lidem. Svůj záměr předložil americkému psychiatrovi Besselu van der Kolkovi, známému svým výzkumem a zájmem o posttraumatickou stresovou poruchu. Výsledkem jejich spolupráce bylo zavedení konceptu trauma senzitivní jógy (Emerson, 2015).

První studie programu trauma senzitivní jógy jako skupinové nebo individuální klinické intervence začaly v roce 2003 v brooklinském Trauma centru v americkém státě Massachusetts. Jednalo se o kolektivní úsilí odborníků z oblastí medicíny včetně neurologie a také učitelů jógy. Výzkum reflektoval poznatky dosavadních výzkumných studií v oblasti traumatu a také zpětnou vazbu klientů. Již více než 15 let je ve Spojených státech amerických trauma senzitivní jóga považována za based evidence doplňkovou terapii. Trauma Center Trauma-Sensitive Yoga se zaměřuje především na komplexní a/nebo vývojové trauma či na chronickou a léčebně rezistentní posttraumatickou stresovou poruchu. Není primárně zaměřena na monotrauma (Trauma Center Trauma Sensitive Yoga, 2022).

Na základě skutečnosti, že trauma je zakořeněno v těle stejně jako v mysli, začali odborníci z Trauma centra zkoumat, jak může jóga přispět k znovu pozitivnímu kontaktu traumatizovaného člověka s jeho vlastním tělem. Jejich hlavním cílem bylo a je, aby klienti získali větší toleranci a schopnosti vyrovnat se s fyzickými pocity, které pro ně bývají spouštěčem traumatických vzpomínek, a získali tak dostatečnou kapacitu na proces uzdravování (van der Kolk, 2011).

Již několikrát byl zmíněn termín Trauma Center Trauma-Sensitive Yoga nebo jen trauma senzitivní jóga. Pro lepší pochopení bychom si měli objasnit označení tohoto specifického druhu jógy. V publikacích i v této diplomové práci se můžeme setkat s oběma termíny: trauma senzitivní jóga, nebo přesněji řečeno Trauma Center Trauma-Sensitive Yoga, známá jako TCTSY. V obou případech hovoříme o jedinečném konceptu jógy, který vytvořil David Emerson. S postupným rozvojem a popularitou této intervence přibývá lidí, kteří poskytují trauma senzitivní jógu, která ovšem není autorizována Trauma centrem v Brooklinu. Nemůžeme posuzovat jejich legitimnost, ale chceme

zdůraznit, že se v diplomové práci zaměřujeme výhradně na oficiální a ověřenou intervenci TCTSY.

2.4 Základní komponenty TCTSY

S vědomím, co TCTSY obecně představuje, můžeme přesunout naši pozornost ke konkrétním rozdílům, které činí Trauma Center Trauma-Sensitive Yoga (TCTSY) jedinečnou ve srovnání s jinými jógovými praktikami nebo terapeutickými přístupy zaměřenými na práci s tělem.

Na následujících stránkách této diplomové práce představujeme všechny hlavní komponenty TCTSY. Patří mezi ně komunikace formou pozvání (v originále invitational language), interoceptivní vnímání, rozhodování na základě vlastní volby, nenátlakový přístup a autentické sdílení zkušenosti (shared authentic experience). Všechny složky, které TCTSY tvoří, vycházejí z poznatků teorií traumatu a attachmentu, neurovědy a praxe hatha jógy (Trauma Center Trauma Sensitive Yoga, 2022).

Trauma senzitivní jóga vyžaduje specifický verbální způsob komunikace po všech facilitátorech, kteří intervenci TCTSY poskytují. Mnoho osob, které prožily komplexní trauma, bylo svým útočníkem (útočníky) ponižováno, terorizováno a komandováno, proto se TCTSY snaží vytvořit odlišné podmínky a zážitky oproti těm traumatickým. Veškerá komunikace směrem ke klientům se děje formou pozvání a nedirektivních návrhů. Jako příklad může posloužit formulace vět jako: „Pokud budete chtít...," „Až se budete cítit připraveni...," „Můžete se zaměřit...," atd. Odborníci v TCTSY se také vyhýbají některým slovům, jako je například „poloha" či „pozice", jinak v józe často užívané termíny. Musíme mít na paměti, že termín poloha může být snadno spojen se sexuálními útoky a u klientů může vyvolat flashbacky či obecně opětovné vyvolání traumatizujících vzpomínek. Druhým důvodem je také zažité vnímání slova „pozice". Během výzkumu TCTSY klienti zmiňovali, že pozice představuje něco, co přichází zvenčí, nikoliv od nich samotných. Na základě toho byly pozice i poloha nahrazeny slovem „forma", tedy v celém znění „jógová forma" (Emerson, 2015).

Dalším aspektem, který byl implementován do praxe TCTSY, je bezpochyby interocepce. Trauma senzitivní jóga je zajímavá svou metodou práce s tělesnými vjemy. Přesun pozornosti na vjemy přicházející z vnitřního prostředí může být bohatým zdrojem informací o tom, co se v organismu traumatizovaného jedince odehrává. Můžeme tak propojovat informace o aktuálním fyziologickém a emočním stavu a získat celistvější

obraz. Významným bodem je také možnost všímat si svého prožívání v přítomném okamžiku namísto varianty, že před danými prožitky utíkáme (van der Kolk, 2014).

Pokud se podíváme na charakteristiku traumatických událostí, vidíme, že mnoho traumatických zážitků, jako je sexuální zneužívání, znásilnění, domácí násilí, mučení atd., se pojí s nepříjemnými, averzivními, odcizenými, nepředvídatelnými a nepřátelskými pocity ve vlastním těle. Není to jen boj v mysli. Integrace interocepce do terapeutické práce je jedním ze základních aspektů léčby, i když její osvojení klientem vyžaduje určitý čas. Trauma senzitivní jóga umožňuje operovat s interocepcí a budovat laskavý vztah k vlastnímu tělu (Emerson et al., 2009).

Trauma senzitivní jóga chce traumatizovaným lidem nabídnout možnost být v kontaktu se svým self včetně smyslových, tělesných a emocionálních prožitků (případně stavu disociace) v bezpečném prostředí, bez posuzování, výčitek, pocitu zahlcení či re-traumatizace. Jde o zaměření směrem dovnitř k sobě samému, nikoli o aktivitu orientovanou na vnější faktory (Rice, 2022).

Praxe TCTSY povzbuzuje účastníky, aby věnovali pozornost některým částem svého těla a prozkoumali, co v nich mohou v daném okamžiku cítit. Facilitátor TCTSY však musí kontrolovat úroveň intenzity této aktivity. Traumatizovaní lidé mohou být snadno dysregulováni, když se objeví pocit, který jim připomene jejich trauma. Je důležité sledovat a dávat pozor na klientovu zpětnou vazbu. Dalším standardem TCTSY je nehodnocení a neinterpretace pociťovaných vjemů. To je doménou kognitivních verbálních terapií. Z pohledu TCTSY stačí vnímat tělesné prožitky bez nutnosti dalších interpretací. Není zde ani požadavek cítit něco konkrétního v jednotlivých jógových formách, ani analyzovat kvalitu pocitu a jeho význam. I to je rozdíl mezi TCTSY a ostatními terapiemi orientovanými na tělo (Emerson, 2015).

Přestože se trauma senzitivní jóga nezaměřuje na kognitivní zpracování, neznamená to, že terapeuti nemohou pracovat s materiálem, který při cvičení trauma senzitivní jógy vzniká. Ten se může stát součástí integrace TCTSY do psychologické praxe. Klienti mohou otevřít své zkušenosti s tělesným prožíváním se svými terapeuty, zejména pokud terapeut začleňuje TCTSY do standardních terapeutických sezení. Terapeuti mohou více než dobře využít své odborné dovednosti, vzdělání i intuici a rozvíjet terapii s klientem dále. Je však třeba připomenout, že cíle trauma senzitivní jógy jako doplňkové terapeutické intervence jsou v tomto odlišné od cílů tradiční kognitivně orientované terapie (Emerson & Hopper, 2011).

Trauma je děsivý zážitek zejména proto, že dokáže oběti vzít veškerou kontrolu nad děním. Situace se stává příliš náročnou na překonání a lidé mohou cítit, že jsou doslova v pasti. Traumatický zážitek sebere člověku možnost vlastního rozhodování, proto je znovuzískání této schopnosti klíčové pro znovuvybudování pocitu bezpečí a pro úplné zotavení (McBride, 2021).

TCTSY se snaží traumatizovaným lidem vrátit zpět kompetenci rozhodovat se a mít pocit kontroly ve svém životě. Obsah jógové praxe je individuální a záleží na klientech. Mohou si vybrat, co chtějí se svým tělem dělat a co ne. Bez znalosti traumatických mechanismů to může znít směšně, ale traumatizovaní lidé bohužel nejsou vždy zvyklí mít možnost rozhodovat sami o sobě. Je to spojeno právě s pokřivenou mocí a kontrolou v případě traumatu. Odborníci v oblasti duševního zdraví, kteří poskytují intervenci TCTSY. však musí být připraveni na to, že rozhodování může být pro jejich účastníky skutečně těžké a šokující. Není to něco, co lze obnovit během prvního sezení. Osoby, které přežily trauma, se mohou cítit neschopné činit vlastní rozhodnutí (Emerson, 2015).

Ačkoli jsme komponenty TCTSY představili odděleně, ve skutečnosti jsou vzájemně propojené. Podle Davida Emersona (2015) patří propojení mezi interocepcí, vytvářením vlastní volby a samotným jednáním k základům intervence TCTSY. Kromě uvedeného rozděluje proces jednání do tří kategorií: prosté jednání, které ilustruje motorickou aktivitu, úmyslné jednání, které označuje jednání prováděné se záměrem, a účinné jednání představující situaci, kdy se někdo rozhodne provést nějakou činnost, protože má předchozí zkušenost, která již přinesla výsledky. Traumatizovaní lidé často trpí dysfunkcí jednoho nebo více uvedených bodů. Mohou mít potíže s rozpoznáváním svých tělesných pocitů, s rozhodováním nebo s úmyslným či účinným jednáním. Úsilí TCTSY spočívá ve znovuzapojení těchto operací a v podpoře činnosti založené na vlastní vůli.

Mezi základní pilíře TCTSY patří také nenásilný, nevnucující přístup a sdílení svých autentických prožitků. Bezpečné a důvěryhodné prostředí, kde člověk může jednat podle svých preferencí, poskytuje důležitou půdu pro zotavení. Lidé, kteří prožili trauma, se často potýkají s nedůvěrou a trvalým pocitem ohrožení, a to nejen z vnějšího prostředí, ale také z vnitřního, čímž myslí své vlastní tělo (van der Kolk, 2011).

Trauma se navíc, jak už bylo řečeno, vyznačuje extrémně nevyváženým rozložením moci. I když traumatizovaní lidé vyhledají pomoc odborníků na duševní

zdraví, může být vzájemný vztah citelně nerovný, což může léčbu komplikovat. Poskytovatelé TCTSY proto berou klienty jako partnery a odborníky na vlastní tělo a svůj život, včetně způsobu uzdravení, pro který se klienti rozhodnou. Podpora zplnomocnění jedince v jeho rozhodnutích je klíčová. Americká psychiatrička Judith Lewis Hermann (1990), známá svým přínosem k hlubšímu pochopení psychického traumatu, považuje proces zplnomocnění a znovuzískání pocitu kontroly za ústřední aspekt zotavení z traumatu.

Uvedený přístup ke klientovi klade konkrétní nároky na chování profesionálů, kteří TCTSY poskytují. Zejména musí mít na paměti, že neexistuje jen jedna správná cesta. Každý se může cítit jinak, byť je situace či prováděná akce pro všechny zúčastněné stejná, a je to v pořádku. I když pod tuto větu by se podepsal nejspíše každý psycholog či terapeut, v praxi se nezřídka setkáváme s tím, že terapeut, i když v dobré víře, může klienta směřovat k tomu, co sám považuje za dobré, bez toho aniž by opravdu ověřil, co je vůlí klienta. K požadavkům na poskytovatele TCTSY rovněž dodejme, že k nim patří i aktivní účast na praxi TCTSY spolu s klientem. Terapeut jógové formy nabízí klientovi nejen verbálně, ale také je sám praktikuje (The Growth & Wellness Therapy Centre, 2020).

Jak se při popisu principů TCTSY posouváme kupředu, jistě se čtenářům vynořují různé doplňující otázky. Možná, že mezi ně patří i otázka ohledně fyzického doteku během cvičení trauma senzitivní jógy. Pokud jste někdy navštívili kteroukoli jógovou lekci, pravděpodobně víte, že instruktoři jógy jsou zvyklí své studenty opravovat nebo jim pomáhat fyzickou asistencí. Adekvátnost a přiměřenost fyzických doteků je velkým tématem i v oblasti psychologie. TCTSY zaujala stanovisko, že fyzická asistence není vhodná (Mosley, n.d.). Existovala hypotéza, že klienti budou mít z bezpečných doteků prospěch, ale výzkum ukázal, že negativní důsledky převažují nad pozitivními. Traumatizované osoby vnímaly jakýkoli fyzický kontakt jako hrozbu, varování před nebezpečným podnětem nebo jej považovaly za upozornění, že jejich aktivita je špatná (Emerson, 2015).

Než přejdeme k další části diplomové práce, neměli bychom zapomenout na důležitá témata, která jsou silně reflektována v činnosti amerického Trauma centra. Jedná se o intersekcionalitu a problém systémového útlaku určitých skupin obyvatelstva. Trauma centrum pravidelně poukazuje na systémové mechanismy ve společnosti, které mohou vést k traumatizující diskriminaci určité skupiny. Myšlenka intersekcionality

proniká do celého přístupu TCTSY.

Pro ty, kteří o intersekcionalitě možná ještě neslyšeli, uvádíme, že se jedná o široký koncept zaměřený na oblast identity člověka, jako je pohlaví, rasa, etnicita, sexuální orientace nebo mentální či fyzické postižení včetně jejich vzájemného působení a role v sociální dynamice, systémovém útlaku a lidské interakci obecně (Center for intersectional justice, n.d.).

2.5 Trauma senzitivní jóga v psychologické praxi

Čtenáře, kteří terapeuticky působí ať už v oblasti psychologie či jiných oborech, by mohlo zajímat, jaké jsou konkrétní způsoby začlenění trauma senzitivní jógy do terapeutické práce. Možností je více a některé z nich bychom Vám rádi představili. Nejprve bychom měli zmínit, že předtím, než mohou tzv. facilitátoři poskytovat oficiální intervence trauma senzitivní jógy, musí absolvovat 300hodinový certifikační program TCTSY pod vedením Trauma Center at Justice Resource Institute. Ačkoli každý odborník v oblasti duševního zdraví nebo učitel jógy může vyzkoušet některé prvky TCTSY, které jsou prezentovány ve volně dostupné literatuře, např. v knize *Overcoming Trauma Through Yoga* (Emerson & Hopper, 2011), *Trauma-Sensitive Yoga In Therapy* (Emerson, 2015), nebo jsou zpřístupněny ve formě videí na oficiálních webových stránkách *Trauma Center Trauma-Sensitive Yoga*, pro získání kvalitních dovedností a oficiálního statusu facilitátora TCTSY musí uchazeči získat certifikát v rámci výcvikového programu TCTSY.

Certifikační program je určen pro kvalifikované odborníky v oblasti duševního zdraví, certifikované učitele jógy nebo pečovatele traumatizovaných osob. Všichni účastníci se vzdělávají v teoretických poznatcích o traumatu a jsou vedeni k osvojení praktických dovedností trauma senzitivní jógy dle metodiky Trauma centra (Trauma Center Trauma Sensitive Yoga, 2022).

Po splnění výše uvedených požadavků může terapeut začlenit TCTSY do své práce s klienty a my se na integraci v psychologické praxi nyní podíváme. Terapeut a klient se mohou kupříkladu dohodnout na několika lekcích TCTSY, které se uskuteční ve sjednaných časech několikrát za sebou. Praxe TCTSY může zahrnovat konkrétně zaměřenou práci s tělem nebo různě orientovaná cvičení podle potřeb či preferencí klienta. Další možností je využití trauma senzitivní jógy jako úvodního nebo závěrečného procesu běžné konverzační terapie (Emerson & Hopper, 2011).

Kromě toho může cvičení TCTSY sloužit jako účinný nástroj pro regulaci emocí, dále pro dosažení sebeuvědomění, ukotvení, navození pocitu klidu, rozvíjení vztahu k vlastnímu tělu i ostatním lidem, objevování vnitřní rovnováhy nebo jiných specifických cílů (West et al., 2017).

Jak se psychologové zejména ve Spojených státech stále více seznamují s metodou TCTSY, začíná se prolínat s terapeutickými přístupy s obdobně orientovanými cíli, jako je EMDR nebo terapie hrou. Zdá se, že kombinace těchto metod poskytuje účinnější strategii pro řešení širokého spektra následků traumatu. Například Jennifer Lefebre (2021) zdůrazňuje, že kombinace EMDR a TCTSY je přínosným nástrojem pro ukotvení, stabilizaci, regulaci, schopnost všímat si pocitů v těle jedince a pro osvojení si dovednosti změnit svůj aktuální fyzický nebo psychický stav.

3 VÝZKUMY

Ve třetí kapitole se všeobecně zaměříme na výzkumy týkající se využití a účinků jógy v terapii. Uvádíme především výzkumy zaměřené na trauma senzitivní jógu, které provedli odborníci, kteří se podíleli na vývoji jejího konceptu, ale také výzkumníci působící nezávisle na zakládajícím týmu TCTSY.

3.1 Jóga jako doplňková léčba PTSD: Randomizovaná kontrolovaná studie

Od chvíle, kdy se začal rodit koncept trauma senzitivní jógy, bylo zapotřebí dalšího zkoumání ověřujícího její účinnost a působení. První zcela zásadní výzkum, který se stal odrazovým můstkem pro následný vzestup TCTSY, byl proveden na ženách s chronickou posttraumatickou stresovou poruchou, které byly nejméně tři roky rezistentní vůči předcházející léčbě traumatu. Tuto studii realizoval Bessel van der Kolk et al. v letech 2008 až 2011. Vybrali 64 zájemkyň ve věku 18 až 58 let a náhodně je rozdělili do dvou skupin: skupinu absolvující trauma senzitivní jógu a skupinu absolvující podpůrná skupinová setkání. Trauma senzitivní jóga představovala koncept TCTSY v jeho počátcích včetně využití práce s interocepcí, komunikace formou pozvání atd. Kontrolní skupina se účastnila podpůrných setkání s interaktivním a edukativním obsahem v oblasti péče o vlastní zdraví (van der Kolk et al., 2014).

Cílem studie bylo zjistit, zda jóga může významně snížit příznaky posttraumatické stresové poruchy u cílové populace. Účastníci absolvovali desetitýdenní lekce trauma senzitivní jógy nebo skupinová setkání. Každé sezení trvalo jednu hodinu a výzkumníci měřili emoční regulaci, příznaky deprese a PTSD dle oficiálního Diagnostického a statistického manuálu duševních poruch (DSM-IV) platného v době výzkumu. Měření probíhalo před započetím výzkumné intervence, po absolvování poloviny programu a po jeho ukončení.

Ke sběru dat byly použity škály CAPS (Clinician Administered PTSD scale), IASC (Inventory of Altered Self-Capacities), Davidsonova škála traumatu (Davidson Trauma Scale) a Beckův inventář deprese (Beck Depression Inventory, BDI-II). Rovněž byla zaznamenávána variabilita srdeční frekvence a aktivita mozku, ovšem nezávisle na vyhodnocování bazálních dat. Výzkum byl aplikován na hierarchickém lineárním a nelineárním modelu s omezeným maximálně věrohodným odhadem pro poskytnutí

víceúrovňové regresní analýzy zobrazující výsledky léčby v průběhu časového úseku.

Výsledky přinesly následující informace: více než polovina účastníků z jógové skupiny nevykazovala na konci výzkumu příznaky diagnózy PTSD. V polovině intervence u nich také došlo k významnému snížení na škále CAPS ve srovnání s počátečními hodnotami a zlepšení přetrvávalo po celou dobu výzkumu. Účastníci programu jógy vykazovali lepší schopnost přijímat fyzické i smyslové vjemy svého těla a zlepšilo se jejich uvědomování a tolerance afektů.

U kontrolní skupiny došlo rovněž ke snížení příznaků posttraumatické stresové poruchy, ale toto zlepšení netrvalo dlouho. Pouze šest účastníků z kontrolní skupiny čítající celkem 29 osob nesplňovalo na konci výzkumu kritéria PTSD.

V případě skóre BDI spojeného s mírou deprese měly obě skupiny nižší skóre. Skupina cvičících jógu měla střední míru účinku a kontrolní skupina malou a střední míru účinku.

Výsledky této studie podpořily využití intervence TCTSY jako užitečné doplňkové léčby posttraumatické stresové poruchy. Výzkum měl určitá omezení, která by měla být zohledněna v nadcházejících studiích. Výzkumný vzorek zahrnoval pouze ženy a nebylo monitorováno, jestli a jak dlouho po studii identifikované zlepšení přetrvávalo. Je třeba provést výzkumy i s longitudinálním hodnocením účinků. Autoři dále uvádějí, že se nezaměřili na konkrétní komponenty jógy, které by mohly hrát roli v procesu uzdravení, takže i zde je prostor pro další zkoumání.

3.2 Trauma senzitivní jóga jako doplňková léčba posttraumatické stresové poruchy

West et al. (2017) provedli kvalitativní studii zaměřenou na ženy trpící chronickým traumatem z dětství a jejich zkušenosti s cvičením trauma senzitivní jógy. V rámci výzkumu pracovali s 31 ženami, které navštěvovaly lekce TCTSY po dobu deseti týdnů. Výzkumné otázky zahrnovaly následující témata: *„Vnímají účastnice díky své zkušenosti s programem TCTSY nějaké osobní nebo symptomatické změny? Pokud ano, jak vnímají působení TCTSY v souvislosti s těmito změnami?“* (West et al., 2017, 6).

Tento výzkum navázal na výzkum Bessela van der Kolka et al. z roku 2014. V souladu s tím se všechny zařazené participantky účastnily předchozí studie a zažily v dětství fyzické a/nebo sexuální zneužívání.

Výzkumníci uskutečnili s každou ženou 60 až 105 minut trvající rozhovor

a zjišťovali, zda ženy po absolvování intervence TCTSY vnímaly nějaké změny ve svých symptomech PTSD a osobním růstu.

Studie nakonec přišla s pěti významnými tématy napříč rozhovory, kterými jsou vděčnost a soucit, vztahovost, přijetí, soustředěnost a zmocnění (West et al, 2017).

První téma odráželo schopnost respondentů rozpoznat své potřeby a reagovat způsobem, který je pro ně prospěšný. Rovněž pociťovali zlepšení, týkající se jejich soucitu a trpělivosti k sobě samému po dobu trvání léčebného procesu.

Vztahovost představovala vnímané napojení na vlastní tělo a také vztahy s ostatními lidmi. Uváděli vyšší všímavost a toleranci k tělesným pocitům, což souvisí i s aspektem přijetí.

Soustředěnost reflektovala reaktivní tendence. Týkala se rozšířené schopnosti myšlení bez ruminace.

Poslední oblast nazvaná zmocnění (empowerment) znamená pocit kontroly a sebedůvěry, který účastníkům pomohl zůstat ve spojení se sebou samým, i když se objevily spouštěče traumatu, s nimiž se museli vypořádat.

V limitech výzkumu autoři zohlednili možný vliv placebo efektu. Obecně je zde opět problém s vybraným souborem, který zahrnoval jen ženskou populaci. Do hry mohly vstoupit i další aspekty, ať už na straně výzkumníků nebo účastníků, což je v případě kvalitativně založeného zkoumání obecné riziko.

3.3 Metaanalýzy účinků jógy v léčbě PTSD

Rozhodli jsme se zařadit dva příklady metaanalýz, které zahrnují několik studií zaměřených na jógu v léčbě posttraumatické stresové poruchy. Nezabývají se konkrétně trauma senzitivní jógou, ale vzhledem k popularitě jógy obecně jakožto doplňkové léčby považujeme výzkum jejího účinku za relevantní.

Meditace a jóga při PTSD: Metaanalytický průzkum randomizovaných kontrolovaných studií

V roce 2017 představili Gallegos et al. výsledky metaanalýzy výzkumů zaměřených na míru účinku meditace a metod vycházejících z jógové praxe. Zahrnuli 19 randomizovaných kontrolovaných studií, které přinesly celkem 1173 výzkumných vzorků.

Vybrali studie, které se zabývaly mindfulness meditacemi, což je specifický druh

meditace, a praktikováním jógy. Získaná data byla zpracována v modelu náhodných efektů. Výzkumníci také použili statistiku Q pro posouzení heterogenity hodnot u jednotlivých velikostí efektů.

Metaanalýza prokázala statisticky významný účinek meditace a jógy na posttraumatickou stresovou poruchu na malé až střední úrovni míry účinku.

Výzkumníci reflektovali, že větší počet zařazených studií by přinesl přesnější výsledky. Neměli rovněž možnost kontrolovat a vyhodnotit, zda byla úroveň PTSD v období před začátkem léčby ve studiích proměnlivá či nikoliv, což taktéž může hrát roli v rámci komplexní analýzy.

Na základě jejich šetření je možné jógu a meditaci implementovat do léčby, zejména s ohledem na poptávku ze strany pacientů i odborníků v oblasti duševního zdraví, kteří usilují o rozšíření léčby PTSD, ale míra účinku stále skýtá otázky pro podrobnější diskusi.

Jóga a PTSD: Systematický přehled a metaanalýza

Podobnou metaanalýzu provedli Cramer et al. (2018). Rozhodli se zaměřit na studie, které zkoumaly vliv jógy na eliminaci symptomů souvisejících s posttraumatickou stresovou poruchou.

Jejich vzorek studií zahrnoval sedm randomizovaných kontrolovaných studií z různých zemí světa. Nerozlišovali žádný druh jógové intervence, jednalo se tedy o různé styly jógové praxe i různou frekvenci cvičení, přičemž začleněné studie měly různou délku trvání léčebného programu.

Výzkumníci použili metodu PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses) a řídili se doporučením Cochrane Collaboration, která patří k celosvětové organizaci spolupracující s WHO a mimo jiné poskytuje nejlepší based-evidence poznatky z oblasti výzkumu pro účely informovanosti a podpory odborníků, pacientů a vědecké sféry (Cochrane, n.d.)

Tento systematický průzkum shledal málo kvalitní důkazy o přínosu jógy při léčbě PTSD, což je v rozporu s jinými výzkumy. Je však důležité i tyto výsledky brát v potaz do celkového shrnutí výzkumů a pokračovat v dalším zkoumání.

Určité limity této metaanalytické studie spočívají ve velmi nízkém počtu analyzovaných studií. Z mého pohledu spočívá problém také v míchání různých typů jógových intervencí. Autoři také reflektovali, že napříč studiemi byla rozdílná diagnostická kritéria PTSD, což může být rovněž intervenující proměnná.

3.4 Vliv trauma senzitivní jógy na regulaci emocí a schopnost uvědomění u obětí sexuálního napadení

V roce 2020 se Nicole Nicotera, PhD., a Margaret Megan Connolly rozhodly prozkoumat, jak by mohly trauma senzitivní jóga a mindfulness přístup pozitivně působit na osoby, které se staly obětí sexuálního napadení. Jednalo se o výběrovou kvantitativní studii s pre-testovým a post-testovým designem a hypotéza vycházela z předpokladu, že výrazné zlepšení v regulaci emocí a schopnosti uvědomění pozitivně koreluje se snížením symptomů posttraumatické stresové poruchy.

Výzkumu se zúčastnilo 37 účastníků, identifikujících se jako ženy. Všechny účastnice navštěvovaly skupinové lekce trauma senzitivní jógy a mindfulness po dobu devíti týdnů. Skupinové sezení trvalo vždy jeden a půl hodiny včetně vyplnění vstupního a výstupního pracovního listu i krátké úvodní a závěrečné skupinové diskuse. Skupinová sezení vedli vždy dva odborníci—certifikovaný učitel jógy a certifikovaný klinický pracovník se vzděláním v oblasti traumatologie spojené se sexuálními útoky a trauma senzitivní jógy.

Údaje pro statistickou analýzu pomocí párového T-testu byly získány dvěma metodami: Dotazníkem pěti aspektů všímavosti (FFMQ) a Škálou potíží v regulaci emocí (DERS-SF). Výsledky Nicoterova a Connollyho výzkumu prokázaly lepší regulaci emocí po absolvování intervence. Účastníci prokázali zlepšení ve vnímání svých emocí, při dosahování chování zaměřeného na cíl a zároveň se u nich snížila tendence vyhýbat se svým prožitkům.

Existují však určité limity výzkumu, které je třeba vzít v úvahu a které autoři sami reflektovali. Výzkum nezahrnoval kontrolní skupinu, která by mohla odhalit další vlivy a faktory, které mohly mít na výsledky vliv. Dalším, ale velmi častým limitem je genderová nevyváženost respondentů. Pro správné vyhodnocení trauma senzitivní jógy jako účinné terapeutické intervence by bylo velmi zajímavé získat údaje i od mužské populace.

3.5 TCTSY vs. kognitivní terapie u válečných veteránek trpících PTSD, které zažily sexuální trauma v armádě

Randomizovanou kontrolovanou studii zaměřenou na účinky TCTSY ve srovnání s kognitivně orientovanou terapií provedli Zaccari et al. (2022). Jednalo se o kombinaci kvalitativní a kvantitativní studie a zúčastnilo se jí 42 válečných veteránek, které zažily sexuální napadení. 17 z nich bylo zařazeno do programu TCTSY a 25 bylo podrobeno kognitivní terapii.

Výzkumné údaje zahrnovaly traumatologickou a zdravotní anamnézu, odpovědi ze sebehodnotících dotazníků, klinické rozhovory a měření fyziologických ukazatelů před započetím výzkumné intervence, v polovině výzkumu, dva týdny po ukončení intervence a také o tři měsíce později. Fyziologické měření bylo zaměřeno na variabilitu srdeční frekvence, obsah cytokinů v krevním séru, spánkovou aktigrafii a zesílený výskyt úleků ve tmě.

Pozornost výzkumu se zaměřila na hodnocení a využitelnost TCTSY u této konkrétní populace. Respondentky byly rozděleny do skupin a podle dané kategorie absolvovaly deset týdnů skupinového cvičení TCTSY nebo 12 týdnů skupinové kognitivní terapie.

Výsledky byly popsány následovně: devět účastnic TCTSY hodnotilo trauma senzitivní jógu jako užitečnou intervenci pro uvolnění stresu a navození pocitu klidu, tři účastnice ze skupiny TCTSY zaznamenaly zlepšení v uvědomování si svého těla, deset žen ze stejné skupiny vnímalo intervenci TCTSY jako čas, kdy si mohly odpočinout od života. Dvě ženy z kognitivní terapie deklarovaly pozitivní výsledky a spokojenost s terapeutickým procesem jako způsobem, jak se vypořádat se svými myšlenkami. Tři respondentky ze skupiny kognitivní terapie považovaly intervenci za velmi náročnou.

Na základě výsledků výzkumníci dospěli k následujícímu závěru: *„TCTSY je použitelná a vhodná intervence, která zasluhuje pozornost z hlediska redukce symptomů PTSD, zlepšení funkčních schopností a celkového zlepšení kvality života.“* (Zaccari et al., 2022, 21).

3.6 Zkoumání mechanismů změny při jógové intervenci pro ženy: Vliv všímavosti, psychologické flexibility a regulace emocí na symptomy PTSD

Otázka, jak může jóga ovlivnit příznaky posttraumatické stresové poruchy, patří k ústřednímu tématu. Pro hlubší pochopení procesu uzdravování je třeba prozkoumat zúčastněné mechanismy jógy. Jednu ze studií, která se snažila na uvedený podnět nalézt odpověď, provedli v roce 2014 Dick et al. Studie navíc otevírá mnoho dalších zajímavých otázek a témat pro další výzkumy.

Autoři analyzovali konkrétní mechanismy, které vedou ke snížení příznaků PTSD v rámci randomizované kontrolované studie. Výzkumníci vybrali 38 žen s diagnózou PTSD, které byly ochotné se do studie zapojit.

Mechanismy jógy, které výzkumníci pozorovali, sestávaly z psychické flexibility, všímavosti a strategií regulace emocí, které zahrnovaly dvě kategorie: potlačení behaviorální a emocionální exprese a přehodnocování. Data byla zjišťována pomocí dotazníku The Acceptance and Action Questionnaire, škály Mindful Attention Awareness Scale a dotazníku The Emotion Regulation Questionnaire. Pro hodnocení příznaků PTSD byly použity Škála vnímaného stresu (PSS) a PTSD Check List (PCL-C). Účastníci byli podrobeni měření před intervencí, na konci intervence a měsíc po jejím ukončení.

Studie přinesla následující výsledky: u jógové skupiny došlo ve srovnání s kontrolní skupinou k významnému snížení expresivního potlačení jakožto strategie regulace emocí. V případě efektu všímavosti nebyly mezi jógou a kontrolní skupinou zjištěny žádné rozdíly. Kontrolní skupina vykázala významné zvýšení psychické flexibility.

Limit v této studii spočíval v rozdílných podmínkách u stanovení kritérií v případě změny v psychologické flexibilitě. Zatímco účastníci jógové skupiny museli pro zlepšení psychické flexibility vykazovat snížení symptomů PTSD, kontrolní skupina tuto podmínku splňovat nemusela.

3.7 Závěr

Nepochybně je zde stále veliký prostor pro pokračování ve výzkumném úsilí a pro odstranění zjištěných nedostatků. Výzkumy byly zaměřeny na intervenci pouze na populaci žen. Existují také rozdíly v hodnocení PTSD napříč studiemi, jak bylo reflektováno v metaanalytické studii. Další studie by měly zvážit působení jednotlivých složek jógové intervence a prozkoumat jejich ojedinělý účinek při léčbě PTSD.

Nehledě na některé nedostatky a rozpory vidíme, že jóga má své důležité místo mezi komplementárními terapeutickými metodami a stojí za prozkoumání. Rádi bychom Vás pozvali ke sledování dalších poznatků v této oblasti výzkumu. Jsou v plánu další studie týkající se TCTSY, například longitudinální studie TCTSY v rámci individuálních sezení, kterou již začíná realizovat Mind-Body Trauma Care Lab (D. Emerson, osobní sdělení, 8. listopadu 2022).

4 SEBEREFLEXE VÝZKUMNÍKA

Poslední kapitola teoretického celku by měla být pomyslným mostem mezi teoretickou a empirickou částí diplomové práce. Ponořili jsme se do poznání, co se může skrývat za pojmem „trauma“, co je trauma senzitivní jóga (TCTSY) a jak přispívá k léčbě psychického traumatu. Představili jsme také některé výzkumné studie, které byly dosud v dané oblasti provedeny. Dalším krokem je vlastní kvalitativní analýza. Než se k ní však přesuneme, je důležitou součástí výzkumu i uvedení motivace, zkušeností, vlastní účasti, zájmu a subjektivního pohledu výzkumníka. Ačkoli se snažíme být v analytických procesech co nejobjektivnější, přesto je zde možný vliv ze strany výzkumníka, neboť lidský faktor znamená vždy určitou subjektivitu.

Jógu praktikuji více než šest let a zjistila jsem, že jógová cvičení na mě působí v oblasti duševního zdraví možná intenzivněji než v rovině tělesné. Z mého pohledu nejzajímavější poznání přišlo, když jsem si uvědomila, že jógové cvičení není spojeno jen s pozitivními emocemi, jako je pocit klidu, pohody a podpora duševního zdraví, ale také s emocemi z opačného spektra, které se náhle uvolní při určitém pohybu nebo jógové pozici. Tehdy jsem si všimla, že jóga může otevřít i leccos, co se skrývá v našem těle či mysli. I když to v nás může vyvolat nepříjemné pocity, vnímám v uvedeném poznání značnou užitečnost. Na základě vlastní zkušenosti jsem se začala zajímat o využití jógy v psychologické oblasti.

V roce 2018 jsem poprvé slyšela o trauma senzitivní józe pod záštitou massachusetského Trauma centra. Zúčastnila jsem se semináře zaměřeného na principy, zkušenosti a praxi v TCTSY, který vedla jedna z oficiálních facilitátorek. Seminář ve mně vzbudil zájem o koncept TCTSY, a tak jsem pokračovala ve vyhledávání dalších informací o dané intervenci.

V akademickém roce 2021/2022 jsem dostala příležitost absolvovat stáž v *Center for Trauma and Embodiment at Justice Resource Institute*, kde byla mou supervizorkou Jennifer Turner (spoluředitelka centra, terapeutka a dlouholetá profesionálka v oblasti psychologické traumatologie). Mohla jsem se seznámit s tím, jak centrum funguje, podílela jsem se na přijímání nových klientů, účastnila jsem se skupinových cvičení TCTSY, absolvovala jsem 300hodinový certifikační program trauma senzitivní jógy a vyzkoušela jsem si individuální hodiny TCTSY v roli facilitátora.

Díky těmto zkušenostem jsem si významně rozšířila své odborné znalosti a dovednosti v oblasti práce s traumatizovanými osobami a rozhodla jsem se na stejné

téma zaměřit i ve své diplomové práci. Získala jsem praxi s TCTSY z pohledu klienta i poskytovatele, což mi pomohlo v odborných diskusích s respondenty výzkumu integrujícími TCTSY do své psychologické praxe. Považuji to za svou výhodu, ale současně je zde riziko vyššího subjektivního vlivu kontaminujícího výzkumný proces.

Abych se vyhnula přílišné zaujatosti, byla pro mě stěžejní pravidelná sebereflexe a supervize. S vědomím všech limitů však stále věřím, že můj osobní zájem a zainteresovanost přispěly k vyšší kvalitě výzkumu a učinily přínos snad i nad rámec této magisterské diplomové práce.

PRAKTICKÁ ČÁST

5 METODOLOGICKÝ RÁMEC

Praktická část výzkumu je uvedena metodologickým rámcem, který čtenáře seznamuje s předmětem a cílem studie, s výzkumnými otázkami i s metodami sběru a analýzy dat. Pozornost je rovněž zaměřena na vybrané účastníky výzkumu, jejichž odpovědi představují základní pilíře celého výzkumu.

Metodologický rámec by měl sloužit jako nástroj pro pochopení získaných poznatků včetně vhledu do samotné analýzy a také pro zohlednění možných vlivů, které mohly v realizaci výzkumu figurovat. V neposlední řadě je zde také prostor pro inspiraci ohledně možností budoucího výzkumu.

5.1 Výzkumný problém a stanovené cíle

Výzkumný problém má deskriptivní charakter a je formulován prostřednictvím otázky: *„Jak psychologové integrují Trauma Center Trauma-Sensitive Yoga (TCTSY) do své terapeutické práce s klienty?“* V návaznosti na výzkumný problém si klademe za cíl prozkoumat a popsat způsoby integrace TCTSY do psychologické praxe, jmenovitě do terapeutické oblasti.

Rádi bychom nabídli aktuálně nabízené možnosti využití TCTSY jako hodnotné doplňkové léčby a zprostředkovali přímé zkušenosti psychologů z celého světa, kteří trauma senzitivní jógu využívají jako součást běžné léčebné strategie. Jedním z cílů studie je představit TCTSY odborníkům, kteří o ní dosud neslyšeli, protože v době psaní této diplomové práce není v České republice registrovaný žádný psycholog, který by trauma senzitivní jógu oficiálně aplikoval ve své terapeutické praxi, a v Evropě je jich stále vzhledem ke stávající odborné populaci jen malý podíl. Situace v USA je v porovnání s ostatními zeměmi mnohem lepší, nicméně i zde je stále navyšující se poptávka a apel na další rozvoj.

Na základě povahy výzkumného problému byl zvolen kvalitativní design pro možnost hloubkového poznání a prozkoumání dosud neprobádaného tématu. Kvitujeme i fakt, že u kvalitativního designu existuje užší vztah mezi výzkumníkem a respondenty. Proto, i když výsledky dat nelze zobecnit na celou populaci, se nám jeví zvolený design jako vhodný nástroj pro cíl naší studie.

5.2 Výzkumné otázky

Na základě výzkumného problému byly definovány následující výzkumné otázky:

1. Jak vypadají způsoby integrace trauma senzitivní jógy do terapeutické činnosti, kterou psychologové poskytují svým klientům?
2. U kterých klientů indikují psychologové trauma senzitivní jógu do terapie?
3. Jaké komponenty trauma senzitivní jógy se psychologům nejvíce osvědčily?
4. Jaká je motivace psychologů integrovat trauma senzitivní jógu do své terapeutické práce s klienty?
5. Jaké jsou dle psychologů přínosy integrace trauma senzitivní jógy do terapeutické činnosti s klienty?
6. Jaké jsou dle psychologů limity integrace trauma senzitivní jógy do terapeutické činnosti s klienty?

Jak můžeme vidět, je zde zájem o zmapování integrace trauma senzitivní jógy do terapeutické péče s ohledem na typy klientů a jejich psychické problémy. Rovněž byly zahrnuty možné výhody a nevýhody plynoucí z této integrace.

5.3 Účastníci výzkumu

Účastníci byli získáni metodou nepravděpodobnostního výběru, konkrétně záměrným výběrem přes instituci, z oficiální skupiny facilitátorů *Center for Trauma and Embodiment at JRI*. Byli vybráni podle svého profesního profilu, podmínkou bylo působení v psychologické praxi a jejich nábor probíhal prostřednictvím e-mailové komunikace od září do prosince 2022. Výzkumu se zúčastnilo celkem osm psychologů a jejich věk se pohyboval mezi 27 a 53 lety. Byli do něj zahrnuti odborníci ze čtyř zemí napříč Spojenými státy a tři ze zemí Evropy. Skupinu účastníků tvořili licencovaní psychologové pracující v soukromé praxi nebo pro firmu, kliničtí psychologové ze soukromé praxe nebo pracující v nemocnici, přičemž všichni byli terapeuti a někteří z nich se věnovali také poradenské činnosti, supervizi nebo koučinku.

Z výše uvedeného je zjevné, že respondenti mohli dle svého konkrétního odborného zaměření mít trochu jiné cíle a pracovní úkony. Na základě této skutečnosti

byla naším primárním zaměřením jejich terapeutická činnost s klienty, která byla významnou náplní práce všech zahrnutých účastníků. Pět osob z vybrané skupiny bylo rodilými mluvčími anglického jazyka. Všichni účastníci se identifikovali jako ženy.

S ohledem na závazek výzkumu zajistit anonymitu všech účastníků nejsou blíže specifikovány žádné vazby mezi konkrétními respondenty, jejich věkem, pracovní pozicí nebo zemí. Mohly být použity přezdívky, ale i tak by hrozilo velké riziko prozrazení identity, neboť všichni psychologové, kteří jsou oficiálně kvalifikováni v trauma senzitivní józe, jsou prezentováni na oficiálních webových stránkách *Center for Trauma and Embodiment at JRI* a dohledatelní dle země svého působení. Na základě této skutečnosti jsou charakteristiky souboru účastníků uvedeny pouze v obecném shrnutí.

5.4 Metody sběru dat

Data byla získána pomocí polostrukturovaných rozhovorů, které obsahovaly dvaadvacet základních otázek, jež jsou uvedeny v příloze č. 2. Všechny otázky v rozhovoru byly strukturovány na základě šesti již výše citovaných výzkumných otázek, přičemž byl ponechán prostor pro nové podněty či komentáře ze strany respondentů. Polostrukturovaný rozhovor byl záměrně zvolen pro svou flexibilitu a možnost implementace nových námětů a dotazů, které se mohou během rozhovoru vynořit. Vzhledem k charakteristice vybraného souboru, který tvořili účastníci ze zahraničních zemí, byly všechny rozhovory vedeny online prostřednictvím videohovoru na platformě Zoom a se souhlasem účastníků byly nahrávány ve zvukové podobě. Komunikačním jazykem byla angličtina, a to bez ohledu na národnost a mateřský jazyk účastníků. Každé online setkání trvalo přibližně jednu hodinu a účastníci dostali možnost zkontrolovat přepis rozhovoru a vyjádřit své připomínky. Nabídku zaslání a kontrolu transkriptu využil pouze jeden účastník.

5.5 Metodologie analýzy dat

Získaná data byla přepsána do písemné formy a následně analyzována pomocí přístupu tematické analýzy, který vytvořily Virginia Braun a Victoria Clarke. Hlavním cílem bylo rozpoznat v datech z rozhovorů různá témata, která zahrnují myšlenky, časté náměty, společná vlákna, významy a vzorce. Pro účely diplomové práce byl použit šestistupňový proces doporučený autory tematické analýzy. Skládá se z následujících kroků (Braun & Clarke, 2021):

1) Seznámení se všemi shromážděnými podklady

Poslechla jsem si audio nahrávky rozhovorů a poté jsem si několikrát přečetla jejich přepisy. Během daného procesu jsem si zaznamenávala a podtrhávala jednotlivé pasáže, které mě zaujaly a stály za další zkoumání. Zapisovala jsem si rovněž své myšlenky, názory a pocity plynoucí z vtažení do sběru dat.

2) Vytváření kódů

Ve druhém kroku jsem vytvářela první kódy, což představovalo shrnutí frekventovaných témat, redukci nepotřebného obsahu a analytické generování kódů vyplývajících z dat. Ke zpracování této části jsem využila program Atlas.ti. a také možnost tvorby poznámek v programu MS Word.

3) Navrhování témat

Na základě identifikovaných kódů jsem systematicky vyhledávala kódové svazky, jinak řečeno témata, která měla společný význam a poskytovala odpovědi na výzkumné otázky. Jak zdůrazňují Braun a Clarke (2021), je to právě výzkumník, kdo vytváří témata. Proto jsem se snažila najít a pojmenovat společné vzorce, které jsem byla schopna rozpoznat z obdržených dat.

4) Zkoumání vygenerovaných témat

Čtvrtá část procesu byla věnována kontrole všech vytvořených témat, zda skutečně odpovídají obsahu datového souboru a výzkumným otázkám. Dále docházelo ke slučování některých témat a vytváření organizačního konceptu.

5) Pojmenování témat

Pojmenování témat znamenalo práci na dobře definovaných kategoriích a názvech témat. Opět docházelo k ověření, zda témata odpovídají výzkumné problematice. Zároveň jsem si stručně sepsala základní sdělení jednotlivých témat a to, co prezentují.

6) Finální zápis

I když se poslední část nazývá zápis, neznamená to, že v předchozích krocích k žádnému zapisování nedošlo. To probíhá v rámci celého procesu. V posledním kroku se však jedná o zápis, který nabývá své finální podoby. Poté následoval závěr včetně zpracování výsledků a editace.

5.6 Etika

Všichni účastníci byli vybráni s ohledem na účel a téma diplomové práce. Žádné informace před nimi nebyly zatajovány. Účast ve výzkumu byla dobrovolná, účastníci mohli kdykoli z jakéhokoli důvodu z výzkumu odstoupit. Všechny údaje, které v rámci výzkumného rozhovoru poskytly, byly anonymizovány a nebyly použity jiným způsobem než pro interpretaci výsledků magisterské práce. Účastníci souhlasili se zvukovým nahráváním rozhovorů. Jednotlivé etické aspekty byly obsaženy v Informativním souhlasu (příloha č. 1), se kterým byli všichni účastníci před rozhovorem seznámeni. V průběhu výzkumu se nevyskytnul žádný etický problém.

6 VÝSLEDKY ANALÝZY

Následující kapitola představuje výsledky analýzy, které byly shromážděny. Jsou systematicky řazeny podle výzkumných otázek. Čtenáři mohou prostudovat odpovědi, zkušenosti našich respondentů, kteří se zapojili do výzkumu, a odhalit společná témata, jež se objevovala a která stojí za pozornost.

6.1 Jak vypadají způsoby integrace trauma senzitivní jógy do terapeutické činnosti, kterou psychologové poskytují svým klientům?

První výzkumná otázka představuje zejména popis a představení aplikace trauma senzitivní jógy v praxi. Cílem bylo zjistit, jak vypadá integrace TCTSY v prostředí reálné psychologické praxe, jaké jsou možnosti její integrace a jak může být terapeutický proces posílen integrací trauma senzitivní jógy. Obsahuje i záležitosti týkající se technických způsobů realizace. Ostatní výzkumné otázky pak více rozvíjí psychologické aspekty integrace.

Z výzkumu vyplývá, že existují dvě důležité části, které tvoří rámec integračního procesu TCTSY. Jedná se o přípravnou fázi integrace a vlastní fázi integrace. Předně je poukázáno, že integrace trauma senzitivní jógy neprobíhá neukotveně, ale je včleněna do terapeutického procesu prostřednictvím následujících komponent: iniciativa, tvorba kontraktu s klientem, přijímací část, vstupní podmínky a vytváření bezpečného prostředí. Odborná část čtenářů pravděpodobně vidí v mnoha bodech podobnost s počáteční fází jakéhokoli psychoterapeutického přístupu obecně. Přípravnou fázi integrace bychom proto mohli nazvat také jako **„přizvání klienta do terapeutického procesu“**.

Samotná integrace obsahuje témata, jako jsou časový rámec, dobový interval, místo, struktura, způsob praxe a typ intervence, což znamená, jak dlouho a kolik intervencí trauma senzitivní jógy je v terapeutickém procesu poskytováno, kde intervence probíhají, zda a jaká je struktura cvičení TCTSY a jaké jsou konkrétní typy a způsoby integrace.

6.1.1 Přípravná faze integrace

Tabulka 1: Témata a podtémata přípravné fáze integračního procesu

TÉMA	PODTÉMA (vnitřní struktura tématu)
iniciativa integrace TCTSY	participant v roli iniciátora
	klient v roli iniciátora
	rovnoměrná iniciativa
	instituce jako mediátor
vytváření kontraktu s klientem	souhlas s integrací TCTSY
	očekávání
	potřeby klienta
přijímací část	směr ke klientovi
	směr od klienta
vstupní podmínky	tělesný stav
	psychický stav
	podpora
	specifické okolnosti
	informovanost

Jak bylo o přípravné fázi integrace již řečeno, můžeme ji považovat za přizvání klienta do terapeutického procesu. Všichni účastníci přistupují ke svým klientům jako k aktivním tvůrcům jak formy, tak obsahu terapie, a to bez ohledu na to, zda jsou klienti iniciátory integrace TCTSY do terapie, či nikoliv. Navazuje to na první téma:

Iniciativa integrace TCTSY

Nápad vyzkoušet trauma senzitivní jógu jako terapeutický nástroj většinou přichází ze strany psychologa nebo klienta. O zařazení trauma senzitivní jógy do poskytované péče může rozhodovat i třetí strana, např. léčebná centra, kliniky apod. S tím mají zkušenost tři psychologové z naší výzkumné skupiny.

Nejčastěji jsou to však naši respondenti, kdo nabízí TCTSY jako možnou terapeutickou intervenci, kterou lze začlenit do léčebného procesu. Bylo tomu tak v případě sedmi respondentů. Dva z nich však používají trauma senzitivní jógu i na dalších místech kromě své soukromé praxe, a právě v případě soukromých ordinací zaznamenali vyšší počet klientů, kteří přicházejí s žádostí vyzkoušet metodu TCTSY. Pouze jedna účastnice uvedla, že ji žádný klient nikdy přímo o integraci trauma senzitivní

jógy nepožádal. Jiná respondentka naopak uvedla rovnoměrný podíl iniciativy, tedy, že v polovině případů iniciovala začlenění TCTSY ona a polovina žádostí byla od klientů.

Možným vlivem u iniciativy je také povědomí a popularita TCTSY v daném státě. Vyšší poptávka klientů je v zemích, kde se trauma senzitivní jóga stala již známou intervencí, konkrétně ve vybraných státech USA.

Vytváření kontraktu s klientem

Tvorba zakázky patří k důležité součásti přípravného procesu, zejména část týkající se souhlasu s integrací trauma senzitivní jógy. Všichni zúčastnění psychologové nabízejí intervenci trauma senzitivní jógy, ale kladou důraz na možnost volby, zda klient skutečně chce intervenci do terapie začlenit. Uplatňují zde komunikaci formou pozvání (invitational language), dotazují se klientů, co si o integraci myslí, a dávají jim možnost si to v budoucnu rozmyslet bez přidávání komentářů, co pro klienty je a není dobré, protože o tom rozhoduje klient sám. Dva účastníci také zdůrazňují, že se před zahájením praxe TCTSY s klienty dohodnou na konkrétním způsobu integrace.

Dva účastníci si s klienty ujasňují očekávání, které od trauma senzitivní jógy (nebo obecně od terapií zaměřených na tělo) mají. Zmínili také konkrétní příklady, mezi něž patří i touha klienta něco změnit nebo napravit prostřednictvím TCTSY. Uvedené očekávání může vytvářet značný tlak a není v souladu se základním principem trauma senzitivní jógy, který spočívá ve všímavosti vlastního těla a pocitů bez hodnocení nebo snahy vnímané podněty napravovat.

Všech osm respondentů se řídí potřebami klienta, které jsou identifikovány v přípravné fázi, ale mohou být v průběhu času modifikovány. Způsob integrace trauma senzitivní jógy se tedy nastavuje tak, aby byl adaptivní ke klientovým potřebám, nikoliv že klient se přizpůsobuje terapeutické metodě. Jedná se o klíčový aspekt, protože je tím podporována vlastní kompetence a jednání založené na vůli klienta.

Přijímací část

Přijímací část v našem kontextu znamená úvod do procesu terapie a představuje činnosti, které psychologové realizují na začátku spolupráce s klienty, včetně získání informací, které si obě strany vyměňují před samotnou integrací. Během přijímací části psychologové informují své klienty o přístupu TCTSY, mohou však zvolit různé způsoby, jak to udělat. Šest účastníků tak činí během rozhovoru se svými klienty. Čtyři účastníci odkazují na své webové stránky a jedna respondentka používá vlastnoruční informační

flip chart.

Každý účastník má vlastní strategii, jak TCTSY klientům představit. Dva respondenti však uvedli, že někdy intervenci TCTSY klientům nepředstavují, a to v případě dvou konkrétních podmínek. Jedna respondentka uvedla, že TCTSY používá jako krátkou tělesnou praxi ve velmi specifické situaci (např. když klient potřebuje dosáhnout emoční regulace) a seznamování či popis toho, co TCTSY znamená, není v tuto chvíli vhodné. Druhá účastnice uvedla, že na svém pracovišti pociťuje stigmatizaci a nedůvěru k józe obecně, proto informuje klienty, že používá tělesně orientované intervence, ale nezmiňuje konkrétní název – trauma senzitivní jóga, aby nevyvolala averzi a priori.

Kromě seznámení s přístupem trauma senzitivní jógy zdůrazňuje jeden z participantů i nastavení hranic v terapeutickém vztahu jako součást přijímací fáze před začátkem samotné integrace TCTSY.

Vstupní informace od klientů jsou důležité stejně jako informace poskytované psychology. Pět respondentů se ptá na zdravotní, fyzický a psychický stav klienta. Chtějí si být vědomi faktorů, které mohou zasahovat a které mohou souviset se vstupními podmínkami.

Dva účastníci výzkumu uvedli, že reakce klienta na jejich nabídku začlenit do terapie trauma senzitivní jógu je skutečně cennou informací a může se stát i součástí obsahu terapeutického sezení.

Vstupní podmínky

Vstupní podmínky představují kritéria, která musí klienti splnit, aby mohla být trauma senzitivní jóga do terapie začleněna. Většina účastníků, konkrétně pět z nich, zdůrazňuje potřebu, aby měl klient zajištěnou podporu. Může to být např. odborník na duševní zdraví, pokud klient chodí k našemu respondentovi pouze na intervenci TCTSY a ne na kompletní terapeutickou péči.

Jeden respondent dále uvádí, že je pro něj důležitá i konzultace ohledně fyzického stavu klienta. Pokud se nejedná o závažný zdravotní problém, kde by pohyb mohl ublížit, je integrace TCTSY možná v podstatě vždy. Pokud má však klient jakékoli fyzické omezení, konzultuje ho respondent s lékařem a snaží se najít způsob integrace TCTSY, který je pro klienta schůdný a bezpečný.

Dva psychologové formulovali vstupní podmínky týkající se psychické kondice v případě, že chce klient začít s trauma senzitivní jógou. Zmínili kupříkladu aktivní

závislost na návykových látkách. Důvodem je, že tito klienti mohou být hluboce dysregulovaní a návykové látky jim navíc brání být plně v kontaktu se svým tělem a se sebou samým. Zdůrazňují však, že i když trauma senzitivní jóga nemusí být pro určité jedince v některých životních situacích vhodnou léčbou, neznamená to, že bude tato situace trvat navždy. Jeden z respondentů se rovněž domnívá, že psychóza může být kontraindikací pro integraci TCTSY. Další respondent uvedl, že klient musí být připraven obecně na psychoterapii, pokud chce zkusit aplikovat TCTSY. K těmto psychologickým kritériím bychom mohli přidat ještě i sdělení jednoho respondenta, i když je jeho vstupní podmínka trochu odlišná od dvou předešlých. Uvedl, že před integrací trauma senzitivní jógy je opravdu důležité stanovit si hranice a navázat s klientem vztah. Zdůrazňuje to zejména v případě hraniční poruchy osobnosti.

Dva respondenti dále uvedli, že vstupní podmínky nestanovují plošně, ale ke každému klientovi přistupují individuálně a zvažují konkrétní okolnosti. Příkladem může být sebepoškozující chování klienta. Psycholog musí vyhodnotit situaci/stav a rozpoznat, zda by trauma senzitivní jóga mohla být dobrou intervencí. Další možnou situací ke zvážení může být spolupráce TCTSY terapeuta s jiným terapeutem u totožného klienta. Je důležité, aby spolupráce mezi oběma byla funkční.

Tři účastníci výzkumu nemají žádná kritéria, nikoho z integrace TCTSY nevyřazují, ale ptají se klientů na všechny výše uvedené aspekty též, aby si byli vědomi stavu klienta a možných intervenujících faktorů. Jeden z nich uvedl, že by nikdy neřekl, že má při integraci TCTSY požadavky, ale nazval by to jako pouhá doporučení. Pravdou je, že vstupní podmínky nebo požadavky se zdají být u všech respondentů problematickým pojmem, protože trauma senzitivní jóga je o absenci jakéhokoliv nátlaku, nikdo klientům neříká, co mají nebo nemají dělat. Vstupní podmínky proto představují spíše uvědomění si zranitelných oblastí klienta než dodržování striktních pravidel.

6.1.2 Integrace

Tabulka 2: Témata a podtémata integrační fáze

TÉMA	PODTÉMA
typ intervence	individuální intervence
	skupinová intervence
	přidružující intervence
časový rámec	stanovený čas
	flexibilní čas
dobový interval	definované údobí
	nedefinované údobí
struktura	základní struktura
	pružná struktura
místo	virtuální prostor
	instituce
	soukromá praxe
způsob praxe	x

V následujících odstavcích věnovaných konkrétním způsobům integrace se mohou odborníci na duševní zdraví inspirovat konkrétními možnostmi využití trauma senzitivní jógy v terapii a všichni čtenáři mohou prozkoumat, jak vypadá aplikace trauma senzitivní jógy v praxi.

Typ intervence

Typ intervence prozrazuje, jak se zúčastnění psychologové rozhodli používat trauma senzitivní jógu ve svém terapeutickém přístupu. Zda nabízejí individuální sezení v podobě čisté praxe trauma senzitivní jógy bez vedení rozhovoru nebo jiného způsobu terapie. Nebo zda mají skupinový program, kde se intervence TCTSY účastní více klientů najednou, či zda implementovali trauma senzitivní jógu do tradiční terapie. Spíše v menší míře se vyskytuje kombinace více typů nabízených formátů TCTSY u jednoho psychologa.

Všech osm psychologů začleňuje trauma senzitivní jógu do konverzační formy terapie. Šest z nich přitom používá TCTSY v předem stanovené části terapeutického sezení, konkrétně na jeho začátku nebo na jeho závěr. Respondenti, kteří se rozhodli

zařadit TCTSY na začátek terapie s klienty, jsou spokojeni s tím, že není přerušována hlavní část terapeutického rozhovoru. Na druhou stranu jeden respondent zmínil, že někteří klienti rádi cvičením TCTSY terapii ukončují, protože je to pro ně příjemná forma přechodu zpět do jejich běžného života.

Čtyři účastníci využívají trauma senzitivní jógu příležitostně podle situace v terapeutickém procesu. Jinými slovy, používají techniky TCTSY, když shledají, že by mohly být pro klienta užitečné, např. když u něj dojde k dysregulaci, odpojení od vlastního těla, či obecně k disociaci, zahlcení emocemi apod.

Jeden respondent uvedl, že trauma senzitivní jóga je užitečným nástrojem pro přemostění mezi některými fázemi terapie. Psycholog a klient mohou aplikovat TCTSY při přechodu k různým terapeutickým částem a tématům.

Jak již bylo zmíněno, psychologové integrují trauma senzitivní jógu do tradiční konverzační terapie. TCTSY však lze integrovat i do terapie EMDR nebo terapie hrou, které nejsou zaměřeny pouze na kognitivní způsob zpracování, ale mají svůj speciální design včetně práce s tělem. Čtyři psychologové jsou vyškoleni v EMDR, ale pouze dva uvedli, že do něj implementují i přístup TCTSY. Pro lepší představu to znamená, že dodržují strukturu EMDR, ale používají vyjadřování formou pozvání (invitational language), apelují na možnost volby a nevyvíjejí na klienta žádný způsob direktivního jednání, což jsou základní prvky trauma senzitivní jógy. *„Řekněme, že se chystám s někým podstoupit EMDR. Říkám klientovi, že pokud bude chtít, můžeme se dnes věnovat zpracování traumatické vzpomínky. V rámci EMDR procesu bych tedy komunikovala formou pozvání klienta do toho, co se může dít. Nebo říkám, že pokud bude chtít, může se rozhodnout, že dnes budeme zpracovávat traumatickou vzpomínku, nebo že můžeme dělat něco jiného. Vždy dávám možnost volby.“* (Respondent 1).

Souhrnně lze říci, že zúčastnění psychologové používají ve svých terapiích trauma senzitivní jógu čtyřmi různými způsoby. Ve stanovené části (na začátku nebo na konci terapeutického sezení), příležitostně v průběhu terapie, jako překlenovací prvek mezi terapeutickými fázemi a jako součást různých terapeutických přístupů.

Čtyři účastníci měli zkušenost s individuálními sezeními zaměřenými výhradně na trauma senzitivní jógu. V tomto případě se psychologové setkávají s klientem pouze na lekcích trauma senzitivní jógy. Pak existuje možnost, že jsou buď jejich terapeuty, nebo jsou jen facilitátory TCTSY a klient má jiného terapeuta pro možnost rozhovoru a kognitivního zpracování. Jeden z našich respondentů zmínil, že již nenabízí individuální

TCTSY sezení, protože poskytovat pouze trauma senzitivní jógu bylo někdy matoucí, protože si připadal jako lektor jógy pro jednu skupinu klientů a jako terapeut pro druhou. Oproti tomu jeden respondent zatím nemá individuální sezení věnovaná pouze trauma senzitivní józe, ale v budoucnu by je určitě chtěl do své terapeutické nabídky zařadit.

Tři respondenti se podělili o své zkušenosti s facilitací skupinových sezení TCTSY. Skupiny byly uskutečněny v rámci léčebných center, ve spolupráci se zdravotní klinikou nebo obecně v jógovém studiu. Podle daných míst byly skupiny buď víceméně uzavřené ve smyslu, že byly určeny pro konkrétní pacienty, kteří měli trauma senzitivní jógu jako součást svého léčebného programu, nebo otevřené, kam se lidé mohli v případě zájmu sami přihlásit. Respondenti uvedli některé problémy, které se skupinovou intervencí vyskytly. Hlavně se jednalo o problémy s nalezením vhodného zázemí, s nedostatkem prostoru a opatření v rámci pandemie Covid19. Další dva respondenti zatím skupinovou formu TCTSY nemají, ale uvítali by tuto možnost pro klienty a snaží se najít způsob, jak ji realizovat.

Ať už je trauma senzitivní jóga poskytována v rámci individuálních setkání, ve skupinové formě nebo jako integrace do běžné terapie, všechny typy intervencí lze realizovat osobně nebo online. Sedm participantů nabízí online modalitu terapeutického sezení, včetně intervencí trauma senzitivní jógy. Jeden z nich má pouze online terapie. Ačkoli hlavním důvodem byla covidová pandemie, která již skončila, ponechávají si respondenti online způsob terapie, protože řadě klientů vyhovuje. Klienti se cítí bezpečněji, mají možnost uzpůsobit si svůj prostor, navíc je to pro ně přirozenější a jednodušší cesta.

Časový rámec

Pokud hovoříme o časovém rámci, máme na mysli délku trvání jednotlivé intervence trauma senzitivní jógy, jednoduše řečeno, jak dlouho intervence trvá. Je to silně spojeno s typy intervence, které byly zmíněny výše a podle nichž se setkáváme s flexibilní nebo jasně stanoveným časovým intervalem.

Stanoveným časem rozumíme ohraničenou dobu, kterou klient a psycholog stráví cvičením trauma senzitivní jógy. Jedná se o zcela přirozeně důležitý aspekt při skupinových lekcích, které obvykle trvají kolem jedné hodiny. Individuální sezení založená pouze na TCTSY obvykle netrvají déle než 45 minut. Pokud je trauma senzitivní jóga začleněna jako úvodní nebo závěrečná část terapie, je časová stopáž od pěti do patnácti minut.

Příležitostná integrace trauma senzitivní jógy kombinuje obě časové varianty. Jeden respondent uvedl, že cvičení TCTSY nerealizuje s klientem déle než několik minut, protože terapie rozhovorem má stále přednost. Dva respondenti uvedli, že časová délka intervence TCTSY je flexibilní podle potřeby a preferencí klienta, což znamená, že může trvat 2 minuty až hodinu.

Dobový interval

Dobový interval poukazuje na počet intervencí TCTSY, které klienti absolvují. Je to zajímavé téma spjaté s dalšími výzkumy, protože nejen odbornou veřejnost zajímá, kolik času je zapotřebí k tomu, aby se projevil účinek léčby TCTSY. Náš výzkum ovšem není zaměřen na zodpovězení této otázky. Cílem je pouze prozkoumat, jak psychologové s touto problematikou pracují.

V otázce, zda si předem stanovit dobový interval či nikoli, nepanuje shoda. Čtyři respondenti se na počtu sezení TCTSY s klienty obvykle předem dohodnou. Dva stanovují dobu trvání skupinové terapie na šest nebo osm týdnů. Počet týdnů vychází především ze subjektivního pocitu. *„Já jsem to stanovila na šest týdnů. Zvolila jsem tak náhodně, protože jsem měla pocit, že je to dostatečně dlouhá doba, kdy lidé mohou mít konzistentní zkušenost, ale ne zase příliš dlouhá. Mám pocit, že když se člověk přihlásí na něco, co trvá třeba deset týdnů, tak je to pro něj opravdu dlouhá doba na zavázání se.“* (Respondent 1) Dva respondenti definují také počet individuálních sezení, jeden z nich je nastavil na šest sezení a další má nastavené maximálně deset sezení.

Dva respondenti nabízí flexibilní počet individuálních sezení TCTSY v závislosti na potřebě klienta. V případě začlenění TCTSY do běžné terapie je komplikované hovořit o počtu intervencí TCTSY, protože může začínat a končit v kterékoli fázi terapeutických sezení. Všichni respondenti, kteří uvedli tuto alternativu, tedy pracují s flexibilními časovými obdobími. Dalším aspektem, který určuje délku terapie, je aktuálnost a naléhavost, zejména pokud jsou klienti stále vystavováni traumatu, jak uvedl jeden z účastníků.

Struktura

Trauma senzitivní jóga využívá jógové formy jako druh pohybu, proto byli účastníci dotazováni, zda si před intervencí TCTSY připravují určité jógové formy, nebo zda s nimi pracují spontánně. Hovořili jsme také o vnitřních fázích v průběhu cvičení. To vše vedlo ke shromáždění informací o struktuře. Žádný z respondentů nemá strukturu

jógových forem striktní. Důvodem je, že každý klient preferuje a potřebuje jiný typ pohybu nebo jeho zaměření. Základní struktura byla identifikována u jednoho respondenta v případě skupinových sezení. Všichni respondenti uvedli, že by se dalo hovořit o jednoduché struktuře ve smyslu vnitřních fází, např. začátek a konec stejnými jógovými formami nebo koncentrace na dech v úvodu apod.

Můžeme tedy shrnout, že strukturu založenou na striktním dodržování jógových forem nepreferuje žádný respondent. Dávají přednost flexibilnímu obsahu na základě požadavků klienta. Tři respondenti výslovně vyjádřili, že se klientů dotazují, jaké jógové formy by chtěli dnes zařadit, nebo zda by naopak chtěli nějakou vynechat. Druhým způsobem je spontánní facilitace vycházející z aktuálních představ terapeuta. Dva respondenti uvedli, že používají jógové formy podle pozorovatelných znaků, které u klienta vidí. *„Pokud vidím nějaké napětí kolem klientových ramen, použiji jógové formy spojené právě s touto částí těla.“* (Respondent 4). Podobně se vyjádřily i další čtyři účastníci, kteří sdělili, že mají některé jógové formy na paměti a používají je spontánně podle konkrétní situace.

Specifickým případem je používání jógových karet, které není spontánní facilitací ani předem definovanou strukturou, protože psycholog neví, jakou kartu si klient vybere. Rozhodně se však jedná o zajímavý druh práce a jeden respondent uvedl, že jej využívá.

Místo

Většina lidí si jógu spojuje s jógovým studiem, tělocvičnou nebo alespoň s větším prostorem, kde se člověk může snadno pohybovat. Jak je to s trauma senzitivní jógou a jejím praktikováním v psychologickém kontextu? Toto téma otevíráme v následujícím oddílu.

Sedm respondentů poskytuje terapie ve své soukromé praxi, včetně intervencí trauma senzitivní jógy. Ačkoli zde mohou být určitá prostorová omezení, nikdo je v případě individuálních terapeutických sezení neuvedl jako nevýhodu. Pouze jeden respondent sdělil, že TCTSY realizuje vsedě nebo vestoje, protože není dostatek místa na realizaci jiného způsobu.

Otázka místa se týká samozřejmě i online setkání, kdy jsou psycholog a jeho klient v různých prostředích. Jeden z respondentů, který poskytuje pouze online terapie, sdílel, že práce s klienty ve virtuálním režimu ho naučila být velmi flexibilní, pokud jde o řešení neočekávaných situací, protože klienti mohou přijímat terapii například i v autě nebo za chůze. Klientům však obecně online terapie vyhovují a proměnlivé prostředí

nepovažuje žádný z našich respondentů za problém. Naopak dva participanti výslovně uvedli, že online forma probíhá lépe, než čekali, a je neméně hodnotným způsobem poskytování intervence trauma senzitivní jógy.

Tři respondenti mají zkušenost s vedením trauma senzitivní jógy v externí instituci, což může být například nemocnice, klinika, léčebné centrum, mateřská škola a v jednom případě také přímo v místě bydliště klientů. V případě osobní návštěvy klientů se daný respondent zaměřuje mimo jiné na edukaci rodičů v provádění intervencí orientovaných na práci s tělem včetně TCTSY u jejich dětí v domácích podmínkách. *„Někdy jsem absolvovala domácí návštěvy a byla jsem přímo v rodinách. Učím rodiče, jak mohou využívat domácí prostor, třeba nějaké místo v kuchyni nebo v obývacím pokoji.“* (Respondent 7).

Způsob praxe

Poslední téma představuje variabilitu způsobů realizace trauma senzitivní jógy z hlediska druhů pohybu. Všichni respondenti nabízejí aplikaci trauma senzitivní jógy na židli nebo na pohovce, což není nic překvapivého, protože psychologové běžně poskytují terapii převážně vsedě. Tři respondenti uvedli, že někdy sedí se svými klienty i na podlaze. Čtyři respondenti používají pro cvičení trauma senzitivní jógy podložku. Všichni respondenti většinou poskytují terapii TCTSY vsedě, tři zmínili i možnost vleže, jeden účastník uvedl, že během TCTSY s klienty chodí, a tři psychologové uvedli jako způsob cvičení během praxe trauma senzitivní jógy formy jógy ve stoje.

Jak si čtenář může pamatovat z teoretické části, klienti mají vždy možnost vybrat si, co chtějí praktikovat, aby se cítili komfortně, což znamená, že mohou chtít sedět, stát nebo jakkoli jinak realizovat jógové formy. Naši účastníci tento aspekt bez výhrad dodržují. Proto se naše analýza způsobu cvičení zaměřuje spíše na jejich frekventované zkušenosti se způsobem praxe než na striktní způsob cvičení.

6.2 U kterých klientů indikují psychologové trauma senzitivní jógu do terapie?

Druhá výzkumná otázka je zaměřena na konkrétní případy, kdy může být integrace trauma senzitivní jógy pro klienty účinnou léčbou. Když jsme s respondenty hovořili, kdy je vhodné trauma senzitivní jógu indikovat, dostali jsme se zároveň k tématu, v jakých případech naopak trauma senzitivní jóga být vhodnou intervencí nemusí. Znovu připomeňme, že neexistují přesně definovaná kritéria, kdy se má TCTSY použít a kdy ne, a proto opravdu všechny indikace, které budou prezentovány, vychází výhradně ze zkušeností zúčastněných psychologů.

Zajímavým faktem je, že psychologové nepoužívají trauma senzitivní jógu pouze v případě zjevného komplexního traumatu, ale škála případů, kdy může být trauma senzitivní jóga užitečnou intervencí, je mnohem širší. Proces analýzy odhalil, že indikaci TCTSY lze doporučit podle konkrétní diagnózy, příslušného symptomu nebo typu klienta.

Někteří čtenáři by mohli namítnout, že tyto tři kategorie mohou ve skutečnosti představovat totéž. Člověk může mít posttraumatickou stresovou poruchu, trpět při tom disociací jako příznakem a být svým chováním považován za introvertního. Je pravda, že mezi všemi tématy a podtématy existuje silné propojení, ale je na ně nahlíženo z různých perspektiv podle odpovědí našich respondentů. I oni se na své klienty a možnosti integrace TCTSY dívají z různých úhlů pohledu a náš výzkum chce z jejich výpovědí získat maximum.

6.2.1 Indikace trauma senzitivní jógy

Tabulka 3: Případy indikace TCTSY jako doplňkové terapie

TÉMA	PODTÉMA
diagnózy	diagnózy traumatu
	diagnózy zakrývající trauma
	jiné diagnózy
typ klienta	osobnostní charakteristiky
	prožité zkušenosti
symptomy	x

Diagnózy

Situace ohledně diagnostiky traumatu je problematická, zejména u komplexního typu traumatu. O této problematice jsme již informovali v teoretické části a všichni respondenti nám to ze své praxe potvrdili. Stává se, že lidé trpící komplexní traumatizací mají přidělené jiné nesprávné diagnózy. Dva respondenti uvedli, že v takovém případě pracují výhradně s komplexním traumatem jako diagnózou, i když je to neoficiální. I my pro účely analýzy nepracujeme jen s diagnózami z diagnostických manuálů, ale i s těmi, které na své místo v klasifikaci teprve čekají, ale odborná veřejnost už o jejich existenci ví.

Podíváme-li se blíže, s jakými diagnózami klienti přichází, můžeme je rozlišit do tří skupin: diagnózy reflektující trauma (včetně těch neoficiálních), diagnózy skrývající trauma a ostatní diagnózy. Začneme u první skupiny.

Pět účastníků sdělilo, že pokud už je u klienta trauma rozpoznáno, obvykle má diagnostikované CPTSD. Jeden respondent uvedl, že se setkává s transgeneračním traumatem, byť se jedná o neoficiální diagnózu, a další respondent využívá TCTSY i v případě monotraumatu, ovšem pokud má interpersonální charakter.

Druhá skupina pak zahrnuje diagnózy klientů, u kterých naši respondenti zjistili, že v jejich pozadí může stát právě komplexní trauma. Čtyři respondenti uvedli, že se obvykle jedná o depresivní poruchu, dva uvedli poruchu přizpůsobení, další dva respondenti poukázali na generalizovanou úzkostnou poruchu, dva respondenti hovořili o PTSD a dva z našich účastníků mají zkušenost s hraniční poruchou osobnosti jako nesprávnou diagnózou místo komplexního traumatu. *„Chci říct, hraniční porucha, to je prostě komplexní trauma. Je to jednoduše porucha attachmentu u dospělých.“* (Respondent 7). Respondenti dále zmiňovali i diagnózy jako bipolární porucha, závislá porucha osobnosti, disociativní porucha, obsedantně-kompulzivní porucha, panická porucha a fobie, které měli klienti diagnostikované, ačkoli ve skutečnosti trpěli komplexním traumatem. Jeden respondent, který pracuje s dětmi, uvedl ve stejném duchu i diagnózu ADHD, poruchy učení a poruchu opozičního vzdoru. *„Další je porucha učení, kdy se ve skutečnosti děti zaměřují na to, že potřebují být v bezpečí. Nebudete se učit ve škole, využívat kognitivní funkce, poslouchat a pamatovat si věci, když se budete bát, jestli budete mít co jíst a jestli vám někdo pomůže.“* (Respondent 7).

Všechny výše uvedené diagnózy se od sebe mohou lišit, ale mají stejného jmenovatele – trauma. Existují ovšem i diagnózy, které nemusí mít úzkou souvislost

s traumatem, a přesto někteří naši účastníci považují v jejich léčbě využití TCTSY za přínosné. Dva účastnici uvedli, že je to v případě poruchy autistického spektra. *„Měla jsem dva dospělé klienty, u kterých byl diagnostikován autismus. Během života zažívali, že jejich tělo je špatné a mimo sociální normu, například když mávali nepřirozeně rukama nebo se houpali. A tak pro ně bylo opravdu zajímavé, že mohli prožívat své tělo, jako by byli zase dětmi, a že jim nikdo neříká, co mají dělat, nebo že je to špatně, a bylo to pro ně opravdu léčivé.“* (Respondent 1).

Mezi další diagnózy, kde se TCTSY ukázala jako prospěšná, patří dle jednoho respondenta poruchy příjmu potravy a jiný respondent sem zařadil také roztroušenou sklerózu. *„Mám klienty, kteří se nemohou hýbat. Mají například roztroušenou sklerózu. Takže pracujeme jen s velmi drobnými pohyby a vnitřními kontrakcemi. Vnější podněty necítí.“* (Respondent 6). Jeden z respondentů by rád prozkoumal vliv trauma senzitivní jógy na jedince, kteří trpí specifickým druhem epilepsie souvisejícím s funkcí interocepce, ale výzkum zatím nezapočal.

Typ klienta

Další z příkladů, kdy je trauma senzitivní jóga implementována do terapie, souvisí s typem klienta. Podle dvou účastníků je trauma senzitivní jóga vhodná pro kohokoli. Nicméně analýza ukázala, že existují určité typy klientů, u kterých se TCTSY osvědčuje nadmíru. Tyto klienty můžeme rozřadit do dvou kategorií: typy klientů dle osobnostních charakteristik a skupina klientů, která je zasažena určitou životní zkušeností a TCTSY jim pomáhá danou zkušenost integrovat.

Do individuálních charakteristik, v jejichž případě se intervence TCTSY může velmi dobře uplatnit, patří dle dvou respondentů tzv. overthinking, neboli nadměrné zabývání se svými myšlenkami a problémy, další respondent odkazoval na introvertní a tiché klienty. Dále byli uvedeni klienti, kteří mají potíže s identifikací vlastních potřeb, jedinci, kterým dělá problém verbalizace, a jeden participant uvedl, že sem patří I populace žen všeobecně. *„Historicky ženy častěji čelily útlaku týkající se jejich vlastního těla.“* (Respondent 1).

Mezi zkušenosti, k jejichž zpracování je trauma senzitivní jóga nápomocná, patří zejména ty, které klienty dovedly k přesvědčení, že jejich tělo je buď špatné nebo zdrojem jejich problémů. Zdůraznili to v rozhovoru dva respondenti. Další dva psychologové připojili, že sem patří i jedinci, kteří prožívají systémový útlak ze strany společnosti. O dopadech společenského útlaku jsme se zmínili v rámci intersekcionality v teoretické

části práce. *„Myslím, že marginalizace je trauma samo o sobě. Takže bych chtěla opravdu zdůraznit sílu, kterou TCTSY má. Staví nás do rovnocenné pozice, dává vám pocit, že vaše tělo je skutečně vaše a že jste opravdu schopni rozhodovat sami za sebe.“* (Respondent 2).

Symptomy

Symptomy jsou posledním tématem, kdy zúčastnění psychologové navrhují klientům integraci trauma senzitivní jógy. Tři respondenti ji aplikují, když má jejich klient úzkost, a tři využívají TCTSY při stavech disociace. Jeden respondent samostatně jmenoval depersonalizační a derealizační stavy. Dvěma respondentům se TCTSY osvědčuje při symptomech spojených s pohybem, což může být celková imobilita, restrikce pohybu či naopak hyperaktivita. Jeden respondent ji používá u lidí, kteří mají chronické bolesti, a jiný participant zase vidí užitečnost TCTSY při dysmorfofobii.

6.3 Jaké komponenty trauma senzitivní jógy se psychologům nejvíce osvědčily?

Koncept trauma senzitivní jógy dle metodiky *Center for Trauma and Embodiment* byl popsán ve druhé kapitole teoretické části. V návaznosti na něj víme, že trauma senzitivní jóga vybízí lidi k vnímání jakéhokoli pohybu a s ním spjatému vjemu a vždy je přitom zachována možnost volby. Trauma senzitivní jógu lze také popsat pomocí základních principů, které ji definují a které facilitátoři dodržují. Třetí výzkumná otázka přináší odpověď, zda některé z těchto komponent hrají významnou roli v psychologické praxi.

Hodnocení TCTSY komponent v psychologické praxi vychází ze zpětné vazby, kterou naši respondenti dostali od svých klientů. Principy komunikace formou pozvání a možnost volby jsou pak využívány i mimo přímou intervenci trauma senzitivní jógy a ukazuje se, že mají v psychologickém přístupu našich participantů zcela zásadní význam. Na základě výše uvedených poznatků byla identifikována dvě témata: zpětná vazba a ubikvitní komponenty

Tabulka 4: Témata a podtémata vztahující se k evaluovaným principům TCTSY

TÉMA	PODTÉMA
vnímaná zpětná vazba	možnost volby
	bezpečné prostředí
	nehodnocení
	interocepce
	prožívání přítomného okamžiku
	sdílení autentické zkušenosti
ubikvitní komponenty	komunikace formou pozvání
	možnost volby

Vnímaná zpětná vazba

Při hodnocení terapeutických metod je stěžejní nejen hodnocení samotného terapeuta, ale také reakce a zpětná vazba ze strany klientů. Proto byli účastníci dotazováni, jak jejich klienti trauma senzitivní jógu hodnotí, co na ní oceňují a co jim naopak působí potíže. Došlo ke zajímavému zjištění: nejvíce pozitivní, ale zároveň I problematická je pro klienty možnost volby. Pět respondentů uvedlo princip volby jako klienty nejvíce oceňovanou komponentu a rovněž pět psychologů uvedlo, že si klienti na princip volby nejvíce stěžují. *„Hlavně je to možnost volby, jako že lidi to na jednu stranu milují, protože vidí, že mají vlastní kontrolu, že mají svobodu, ale zároveň často nevědí, co si s tím počít.“* (Respondent 7) Všem pěti respondentům klienti často říkají: *„Jen mi prostě řekněte, co mám dělat.“* Čas na adaptaci ohledně jednání na základě vlastní svobodné volby vyžaduje čas a je součástí léčebného procesu. Další zajímavý poznatek se objevil v odpovědích dvou respondentů, jejichž klienti kladně hodnotí rozhodování dle vlastní volby v rámci skupinové praxe TCTSY. Klienti si na možnosti volby zvykají na skupinových intervencích rychleji než při individuálním sezení.

Mezi složky, které naši respondenti považují za skutečně užitečné v terapeutické praxi a mají jen pozitivní ohlasy klientů, patří nehodnocení vjemů a pocitů, které klient při trauma senzitivní józe zažívá. Čtyři respondenti uvedli, že jejich klienti opravdu oceňují a je pro ně léčivá zkušenost, že nic z toho, co cítí, není ani dobré, ani špatné.

Nehodnocení vnímaných pocitů úzce souvisí s bytím v přítomném okamžiku. Dva respondenti uvedli, že klienti vyzdvihují možnost prožít cokoli, co v daném okamžiku přichází bez nutnosti prožívané měnit nebo napravovat.

Tři respondenti uvedli, že klienti si velmi cení i bezpečného prostředí, které během intervence trauma senzitivní jógy cítí. Ačkoliv bezpečné prostředí není jmenováno samostatně v základních komponentách TCTSY, je považováno za součást všech principů a praxe TCTSY celkově.

Souběžně pozitivní a negativní zpětná vazba je i v případě interocepce. Všichni respondenti považují za velmi důležité s ní pracovat, ale klienti s ní pravděpodobně nejvíce bojují, protože pro ně může být obtížná, zejména ze začátku[1]. Přestože klientům pomáhá její procvičování, čtyři participanti uvedli, že se nejedná o jednoduchou záležitost a že je nezbytné přiměřené dávkování interoceptivních cvičení.

Poslední komponentou, kterou klienti kladně hodnotí, je sdílení autentické zkušenosti. Podle dvou respondentů je vysoce hodnoceno hlavně při individuálních sezeních, protože role mezi psychologem a klientem jsou rovnocenné. Psycholog není vnímán jako odborník, který ví všechno lépe a více než klient. *„Obecně je sdílení autentické zkušenosti vysoce hodnoceno, protože je to něco, co může vyrovnat vztah mezi vámi a klientem.“* (Respondent 1).

Ubikvitní komponenty

Přestože je trauma senzitivní jóga specifickou intervencí orientovanou na práci s tělem, naši participanti používají některé její principy i mimo přímou praxi TCTSY, protože je považují v terapii za obecně prospěšné.

Šest respondentů sdělilo, že v celém svém terapeutickém přístupu využívá princip volby včetně nedirektivity, co by klient měl nebo neměl dělat. Hlavním důvodem je skutečnost, že tyto komponenty podporují klienta jednat sám za sebe, z vlastní vůle.

---

[1] Kromě potíží klientů s interocepcí, existují i další podněty, které mohou vyvolat reaktivitu u klientů a je užitečné na ně brát zřetel, zvláště pokud terapeut s integrací TCTSY teprve začíná. Dva respondenti se podělili o zkušenost, že jógové formy, které zabírají více prostoru, mohou být pro klienty traumatickým spouštěčem a vyvolávají masivní reakce. Také děti mají specifické potíže, zejména s titrací technik TCTSY, čímž máme na mysli, že mohou mít problém rozpoznat, kdy je v běžném životě vhodné využít některé dovednosti z trauma senzitivní jógy a kdy nikoli. Chtějí je používat i v situacích, kdy nemohou, jako například v průběhu vyučování.

Další užitečnou komponentou, která se nemusí vázat jen na dobu, kdy probíhá intervence TCTSY, je forma komunikace. Způsob pozvání je zakořeněn v terapeutickém stylu šesti našich účastníků. *„No, myslím, že invitational language je klíčem k mé práci, kterou nyní jako klinický psycholog vykonávám.“* (Respondent 2).

Sedm respondentů se svěřilo, že přístup TCTSY uplatňuje i ve svém osobním životě a je pro ně přínosný v oblasti rodičovství, přátelství i ve vztahu k nim samotným.

6.4 Jaká je motivace psychologů integrovat trauma senzitivní jógu do své terapeutické práce s klienty?

Motivace hraje významnou roli v integraci trauma senzitivní jógy do terapeutické léčby. Důvody, proč psychologové volí přístup TCTSY a co konkrétně je k začleňování TCTSY motivuje, nám doplní celkový obraz o využití trauma senzitivní jógy v psychologické praxi. Účastníci hovořili o své motivaci a na základě jejich výpovědí byla analyzována tři témata – motivace podmíněná klienty, motivace podmíněná osobními pohnutkami a motivace zlepšit terapeutický styl.

Podkapitola o motivaci zahrnuje také informace o dalších terapeutických přístupech, se kterými zúčastnění psychologové trauma senzitivní jógu kombinují. Participanti byli motivováni k integraci trauma senzitivní jógy, protože zahrnuje principy, které jim v jiných typech terapeutických přístupů chybí nebo nevyhovují.

6.4.1 Motivace

Tabulka 5: Zdroje motivace

TÉMA	PODTÉMA
motivace podmíněná klienty	přání integrovat práci s tělem do terapie
motivace podmíněná osobními pohnutkami	osobní zkušenosti
	vztah k vlastnímu tělu
	kompatibilita
motivace zlepšit terapeutický styl	nedostatky
	potřeba změny
	relevantnost

Motivace podmíněná klienty

Jsou to klienti, kterým účastníci poskytují svou terapii. A jak víme, při tvorbě terapeutického kontraktu stojí v centru pozornosti klientovy potřeby. Je proto zcela přirozené, že právě klienti jsou zdrojem motivace, proč psychologové chtějí do své terapeutické práce začlenit TCTSY.

Ačkoli klienti nemusí znát přímo metodu trauma senzitivní jógy, mají zájem o terapie zaměřené na tělo nebo obecně vnímají vliv a význam tělesné roviny v terapeutickém procesu. Sedm respondentů uvedlo, že mají klienty, kteří si výslovně přejí začlenit práci s tělem do poskytované terapie. Tři z dotazovaných psychologů uvedli, že klienti projevili zájem o druh terapie orientované na tělo, další tři se podělili o zkušenost, že někteří jejich klienti potřebují zapojit do sezení alespoň jednoduché pohybové cviky, a jeden respondent hovořil o konkrétní situaci a reakci, když klienta vyzval k uvědomění si vlastního těla.

Dále zde existuje souvislost mezi motivací podmíněnou klienty a iniciací integrace TCTSY, o které jsme psali v podkapitole *Přípravná fáze integrace*. Klienti, kteří se snaží najít psychologickou pomoc, mnohdy naleznou informace o TCTSY na webových stránkách příslušného psychologa nebo na webových stránkách traumatologického centra *Center for Trauma and Embodiment at JRI*. Někteří klienti si pak psychologa vybírají právě proto, že v terapii zohledňuje i tělesnou rovinu.

Mezi další důvody integrace TCTSY patří, že tradiční terapie rozhovorem nemusí být pro některé klienty dostatečným a účinným způsobem léčby, a cítí to nejen klienti, ale i psychologové. Téma více rozvedeme v podkapitole věnující se dalším terapeutickým přístupům.

Motivace podmíněná osobními pohnutkami

Vnitřní motivace je nejsilnějším podnětem k integraci TCTSY v případě našeho výzkumného souboru. Často se odpověď ohledně motivace týkala osobní zkušenosti, vlastního vztahu k tělu a kompatibility trauma senzitivní jógy s osobním a profesním stylem respondenta. Téma osobní motivace se týká všech osmi účastníků výzkumu a my si uvedeme bližší podrobnosti.

Všichni respondenti mají osobní zkušenost s běžným stylem jógy. Všichni jsou certifikovanými lektory jógy, nicméně pouze jeden z nich skutečně jako lektor po určitou dobu působil. Zbývajících sedm respondentů absolvovalo certifikační kurz, ale nikdy

lektorské dovednosti nevyužili mimo svou psychologickou praxi.

Pět z dotázaných uvedlo, že jógu praktikují pro svou duševní pohodu. Jinak řečeno, využívají psychologický přínos jógy pro své vlastní zdraví. Jeden respondent se také svěřil, že mu jóga pomohla napravit vztah ke svému tělu. *„Bývala jsem běžkyní dlouhých tratí a v určitém okamžiku jsem si uvědomila, že několikahodinové běhání mě od mého těla prostě odpojuje. Chtěla jsem mít ke svému tělu jiný vztah, a tak jsem se dostala k józe.“* (Respondent 1).

Dva respondenti měli zkušenosti s jógou, ale klasické, běžně dostupné lekce už jim nevyhovovaly. Začali zkoumat další typy jógy, až se dostali k trauma senzitivní.

Tři respondenti mají kromě jógy nemalé zkušenosti i s jinými druhy pohybových aktivit. Kromě již zmíněného běhu se jednalo o moderní a improvizační tanec či gymnastiku. Tyto zkušenosti přinášejí několik důležitých informací. Předně jsou zdrojem motivace integrovat práci s tělem do terapie, protože účastníci si díky daným aktivitám vybudovali vztah k pohybu: *„Pro mě jsou tělesné aktivity něco jako můj mateřský jazyk.“* (Respondent 3). Dále se jejich vliv může odrazit i na praxi trauma senzitivní jógy. Zajímavou osobní zkušenost sdělil jeden respondent: *„Chtěla bych říct, že jsem si uvědomila, že se někdy nudím, když cvičím s některými facilitátory TCTSY, a snažím se to jako facilitátorka řešit i ve své vlastní praxi. Především se snažím pochopit, proč tomu tak je. Dost možná je to kvůli jógovým formám. Uvědomuji si, že se to stává, pokud na sebe formy nenavazují. Protože moje osobnost tanečnice se v tom také ozývá.“* (Respondent 4).

Poslední aspekt spojený s vnitřní motivací lze nazvat kompatibilitou. Dva respondenti uvedli, že trauma senzitivní jóga zdokonalila jejich terapeutický styl a je kompatibilní s přístupy, které používali již dříve. Jeden respondent k tomu doplnil, že v trauma senzitivní józe vidí velký smysl, což byl i důvod, proč byl motivován k jejímu začlenění do své psychologické praxe.

Motivace zlepšit terapeutický styl

Pět respondentů uvedlo, že trauma senzitivní jógu integrovali s cílem zlepšit svůj dosavadní terapeutický přístup. Tři respondenti zaznamenali určité nedostatky nebo limity v předchozích terapeutických přístupech, které si osvojili. Zejména jim chyběla práce s tělem v terapii. Uvědomovali si význam tělesné roviny v psychologické léčbě, ale jejich terapeutický výcvik ji nezahrnoval nebo s ní pracoval nedostatečně. Jeden respondent zmínil práci s fyziologií jako samostatný faktor, který mu v terapeutickém

výcviku také chyběl.

Tři z dotázaných cítili potřebu změnit způsob nabízené terapie. Vnímali přílišnou dominanci klasických stylů terapie a chtěli najít cestu, jak by se klienti mohli znovu v terapii spojit se svým tělem. Dva respondenti mimo jiné hledali jemnější terapeutický přístup zaměřený na trauma: *„Opravdu jsem chtěla mít výcvik v TCTSY, protože předtím jsme nabízeli program MBSR (Mindfulness-Based Stress Reduction) a některým lidem to sice velmi pomohlo, ale pro jiné to bylo až příliš náročné. Lidé byli stále velmi vyčerpaní. Bylo toho na ně příliš mnoho a já jsem měla pocit, že je to příliš direktivní.“* (Respondent 6).

Třetím zdrojem motivace, jak zlepšit terapeutický styl, je uvědomění si aspektů, které jsou v terapii dle respondentů důležité a které trauma senzitivní jóga reflektuje. Tři respondenti se chtěli stát více trauma-informovanými terapeuty. *„Nedokážu si představit práci psychoterapeuta bez znalosti traumatu. Když s někým pracuji, vždy narazím na trauma.“* (Respondent 4). Dva respondenti blíže specifikovali svoji motivaci jako touhu naučit se pracovat s interocepcí. Jeden respondent uvedl, že v poskytované terapii chce vyváženost mezi tělem, myšlenkami a emocemi.

Poslední téma spojené s motivací souvisí s typem terapeutického výcviku a přístupů, které naši účastnici absolvovali. Patří sem i rozdíly mezi trauma senzitivní jógou a ostatními terapeutickými intervencemi. Podrobněji se danému tématu věnujeme v následující podkapitole.

6.4.2 Odlišnosti jiných terapeutických přístupů

Trauma senzitivní jóga je považována za doplňkovou terapii. To znamená, že všichni zúčastnění psychologové mají další vzdělání, a to většinou ve více terapeutických výcvicích. Polovina z nich používá Terapii desenzitizace a přepracování pomocí očních pohybů (EMDR). Tři respondenti jsou vyškoleni v psychodynamickém přístupu, dva respondenti mají Mindfulness terapii, další dva absolvovali výcvik v Terapii přijetí a odhodlání. Dva respondenti mají také zaměření na interpersonální psychoterapii.

Dva respondenti označili svůj terapeutický přístup jako integrativní. Nicméně všichni respondenti integrují znalosti a dovednosti ze všech absolvovaných terapeutických škol, takže bychom mohli hovořit o vyšším počtu než jen o dvou respondentech. Další terapeutické směry jsou zastoupeny vždy jen jedním respondentem: Terapie orientovaná na klienta, Kognitivně behaviorální terapie, Existenciální psychoterapie, Internal Family System, Terapie zaměřená na emoce, Multikulturní

feministická terapie, Senzomotorická psychoterapie, Sand Play a Sand Tray, Expoziční terapie, terapeutický model Seeking Safety, terapie Brainspotting, Terapie zaměřená na soucit a polyvagální teorie aplikovaná v terapii. Odborníci bezesporu rozpoznali, že se jedná o kombinaci holistických terapeutických přístupů a terapií konkrétně určených pro léčbu traumatu.

Šest respondentů uvedlo, že se nikdy nesetkali s žádným konfliktem mezi trauma senzitivní jógou a jinými terapeutickými směry, které s klienty aplikují. Všechny považují za kompatibilní v rámci nabízeného terapeutického stylu. Jeden respondent uvedl, že jeho předchozí přístup (MBSR) mu nevyhovoval tak dobře jako trauma senzitivní jóga. Jiný účastník sdělil, že trauma senzitivní jóga mu nešla dohromady s psychodynamickým přístupem, ale s humanistickými směry ano.

Na základě vyjádření účastníků o kombinování trauma senzitivní jógy a výše uvedených terapeutických směrů v celkové léčbě lze říci, že existují aspekty, které jsou v kognitivně orientovaných terapiích i terapiích zaměřených na trauma opomíjeny nebo neodpovídají terapeutickému stylu našich respondentů. Zaměřili jsme se na to, co trauma senzitivní jóga přináší navíc oproti jiným terapeutickým stylům. Dalo by se psát i z opačného úhlu pohledu – co nabízejí ostatní přístupy a trauma senzitivní jóga nikoli, bohužel to není z kapacitních důvodů zahrnuto v našem průzkumu a přiznáváme to jako limit naší studie.

Tabulka 6: Chybějící či nekompatibilní aspekty odlišných terapeutických přístupů od TCTSY

TÉMA	PODTÉMA
terapeutické směry v obecném hodnocení	direktivnost
	náročnost
	kapacita pro změnu
trauma terapie a terapie zaměřené na tělo	nedostatečná flexibilita
	kognitivní zhodnocení
tradiční terapie formou rozhovoru	absence práce s tělem
	retraumatizace

Terapeutické směry v obecném hodnocení

Pět participantů se podělilo o limity, na které v jiných terapeutických přístupech narazili. Nejvíce nevyhovujícím aspektem pro ně byla určitá direktivita či nátlak, respondenti hovořili v anglické terminologii o „coercion", jiných terapeutických směrů. Podle poloviny účastníků ostatní terapeutické směry nepodporují dostatečně klientovo jednání, které vychází z jeho vlastní volby (personal agency). Směry jsou příliš direktivní a terapeut je v roli experta, který ví, co je pro klienty dobré, někdy dokonce lépe než klienti sami. Respondenti postrádají možnosti volby, které by mohly být v terapeutickém procesu klientům nabídnuty.

Jeden respondent zmínil, že některé terapeutické programy mohou být pro klienty, zvláště pro ty traumatizované, vyčerpávající a nepříjemné, a to konkrétně svojí náročností či rychlým tempem.

Jeden respondent zároveň přišel s myšlenkou, že ne všechny terapeutické přístupy předpokládají klientovu schopnost změny. Souvisí to s úrovní direktivnosti daného směru, považujeme to za velmi zajímavé téma k zamyšlení.

Trauma terapie a terapie zaměřené na tělo

Trauma senzitivní jóga není jedinou terapeutickou intervencí, která pracuje s tělem při léčbě traumatu, nicméně pět našich účastníků uvedlo, že oproti TCTSY mají jiné principy či metodiku.

Tři respondenti postrádají větší flexibilitu v jiných terapiích zaměřených na práci s tělem. Mají zkušenost s přísným protokolem nebo strukturou, kterou je třeba v terapii dodržovat. Participanti však potřebovali více prostoru pro přizpůsobení terapie konkrétnímu klientovi.

Dalším významným aspektem pro tři participanty je skutečnost, že ostatní trauma orientované terapie jsou stále kognitivní, i když pracují s tělem. Jedním z příkladů je zjišťování příčiny nebo zdroje klientových pocitů pomocí kognitivních procesů. Respondenti zdůrazňují, že trauma senzitivní jóga je skutečně přístupem zahrnujícím jen bottom-up procesy: *„Všechny ostatní somatické typy terapie stále vyžadují aktivitu frontálního laloku, aby si člověk uvědomil, co se v jeho těle děje. TCTSY vás dostane do vašeho těla a vy pak zažíváte aha momenty skutečně skrze bottom-up procesy. Většina ostatních terapií sice zahrnuje bottom procesy, ale ve finále jsou stále orientované zhora dolů, protože klient musí o svých pocitech přemýšlet. To je největší rozdíl, jaký jsem zaznamenala."* (Respondent 8).

Tradiční terapie formou rozhovoru

Do rozdílů mezi tradičními terapiemi rozhovorem a TCTSY (potažmo terapiemi zaměřenými na tělo obecně), patří absence práce s tělem a fakt, že terapie rozhovorem mohou mít retraumatizující účinek. Výslovně na to upozornili dva naši respondenti.

„Mám za sebou asi 30 let klinické praxe, ale za ta léta vím, že tradiční terapie rozhovorem nikdy nebyla adekvátní ke zjištění, co se děje uvnitř klienta, aniž by ho nezaplavila a netraumatizovala.“ (Respondent 7).

6.5 Jaké jsou dle psychologů přínosy integrace trauma senzitivní jógy do terapeutické činnosti s klienty?

Výzkumné rozhovory se zaměřily i na oblast, co respondenti považují za jedinečné na trauma senzitivní józe a jak TCTSY obohacuje jejich psychologickou praxi. Některá zjištění již budou čtenářům známá, neboť souvisí s rozdíly mezi jinými terapeutickými přístupy, kterým jsme se věnovali v kapitole o motivaci.

V rámci analýzy byla identifikovány tři okruhy témat: klientsky orientovaný přístup, metoda vhodná k integraci a intervence explicitně zaměřená na bottom-up procesy.

6.5.1 Unikátní charakteristiky TCTSY

Tabulka 7: Vyzdvihované charakteristiky trauma senzitivní jógy

TÉMA	PODTÉMA
klientsky orientovaný přístup	nestigmatizování
	vyrovnaná dynamika moci
	nediagnostický přístup
	flexibilita
vhodná metoda k integraci	rámcová struktura
	široké rozpětí účinků
	oslovení konkrétních domén
	podpora
	neretraumatizace
explicitní bottom-up intervence	orientace na práci s tělem

Klientsky orientovaný přístup

Trauma senzitivní jóga považuje klienta za kompetentní osobu, která je schopna se sama rozhodovat. Na základě výše uvedeného se snaží TCTSY vytvářet rovnocennou dynamiku moci mezi klientem a terapeutem, zejména prostřednictvím možností volby, ale i dodržováním dalších principů. *„Někdy po klientech jako klinik chcete, aby kráčeli určitou cestou. U TCTSY tomu tak vůbec není. Musíte nabízet možnosti volby. Myslím, že pro mnoho kolegů je to obtížné, ale je to vzácný princip TCTSY. Protože tento přístup vás učí vystoupit ze své role a naučit se, že jsme v tom všichni společně, a dělá to velmi ztělesněným způsobem, není to jen kognitivní uvědomění.“* (Respondent 2).

Pět z dotázaných uvedlo, že se jedná o jedinečnou charakteristiku, kterou by u TCTSY podtrhli. Rozhodnutí je na klientovi, psycholog není vševědoucím expertem. Jeden respondent uvedl, že přinejmenším možnost vlastní volby je pro většinu traumatizovaných klientů novou a neuvěřitelnou zkušeností.

Dva respondenti vnímají trauma senzitivní jógu jako nepatologizující intervenci. Je to velmi podobné i názoru dalšího respondenta, který TCTSY označil za nediagnostikující přístup ve smyslu, že diagnóza není středem pozornosti. V obou dvou případech jde zejména o nevytváření stigmatizujícího prostředí. *„Není to diagnosticky zaměřený přístup. Není patologizující. Je to velmi respektující přístup k člověku, který trpí.“* (Respondent 6).

Jeden respondent také zdůraznil, že trauma senzitivní jóga je velmi flexibilní k potřebám klienta. Adaptabilita TCTSY, která umožňuje přizpůsobit cvičení jakýmkoli potřebám klienta, je pro respondenty velmi důležitou charakteristikou. Shodla se na tom polovina z nich. Z jejich zkušeností vyplývá, že jiné terapeutické přístupy nejsou dostatečně flexibilní, protože se musí řídí stanoveným protokolem.

Vhodná metoda k integraci

Všichni respondenti považují trauma senzitivní jógu za vhodnou a dobře realizovatelnou intervenci integrovanou do celkové terapie. Pět účastníků výzkumu velmi kladně hodnotí rámcovou strukturu TCTSY, kterou popsali jako velmi konzistentní, srozumitelnou a flexibilní. Čtyři participanti vyzdvihují i rozsah působení, které TCTSY nabízí. Tím opět odkazují na skutečnost, že se dá trauma senzitivní jóga využít na širší spektrum poruch či symptomů. Vnímají trauma senzitivní jógu jako inkluzivní a užitečný druh léčby bez ohledu na konkrétní diagnózu klienta.

Šest respondentů vidí přínos TCTSY v zaměření na konkrétní oblasti, jako je

interocepce, vztah k vlastnímu tělu, regulace i autentické prožívání. Nejvíce vyzdvihovanou oblastí, na kterou lze trauma senzitivní jógou efektivně působit, je interocepce. Participanti dále uvedli, že TCTSY považují za jedinečnou intervenci napříč terapeutickými metodami díky specifické práci s bottom-up procesy, jinak řečeno díky působení na kognitivní a emoční domény prostřednictvím práce s tělem.

Dalším vyzdvihovaným aspektem TCTSY je podpora a zázemí, které metodika trauma senzitivní jógy pod záštitou *Center for Trauma and Embodiment* nabízí. Dva respondenti uvedli, že v případě nejistoty mají v TCTSY podporu ve formě znalostí, dovedností či konkrétních kroků, jak mohou postupovat. Metodika TCTSY představuje jakýsi opěrný bod v jejich práci. *„Kdykoli si říkám, co mám dělat? Tak mě napadne, jak by se postupovalo v rámci TCTSY?“* (Respondent 1). Obdobně reagoval i jiný respondent, který kvitoval výzkumný podklad TCTSY, jenž nabízí vždy nové a platné based-evidence poznakty, na něž se lze při integraci TCTSY obrátit.

Dva respondenti se shodli, že přínosem TCTSY je citlivý přístup, který nepůsobí traumaticky ani na klienty, ani na terapeuty. Vidí značné pozitivum v nenaléhavosti setrvávat s klientem v jeho intenzivním traumatizujícím příběhu. Psycholog může pracovat s traumatizovanými lidmi, i když nezná celý jejich příběh ani traumatizující detaily.

Explicitní bottom-up intervence

Poslední zdůrazňovaná charakteristika trauma senzitivní jógy byla zmíněna již mnohokrát. Pět z účastníků podtrhuje přímé využití bottom-up procesů v TCTSY, protože není po klientech vyžadováno hodnocení jakýchkoli jejich pocitů. Podporuje to setrvání v přítomném okamžiku a budování vztahu k vlastnímu tělu prostřednictvím tělesného dění, nikoliv pomocí kognice.

6.5.2 Změny

Zeptali jsme se našich účastníků, zda si všimli jakýchkoliv změn souvisejících se začleněním trauma senzitivní jógy do své psychologické praxe. Ukázalo se, že je to pro ně téma vyvolávající velký zájem. Šest respondentů potvrdilo, že určité změny zaznamenali. Analýza rozdělila všechny změny do tří hlavních témat: změny ve vztahu k terapii, změny ve vztahu ke klientům a osobní změny.

Dva respondenti uvedli, že žádné zásadní změny nepostřehli, protože měli obdobný terapeutický přístup, jaký představuje trauma senzitivní jóga, už dříve a výcvik v TCTSY ho jen posílil. *„Získala jsem asi nové informace, ale byl to stejný styl, jaký jsem*

používala už dříve. Byl to stejný základ. Mohla jsem opravdu jen vylepšit a posílit svůj přístup, například v oblasti nabízení možností volby.“ (Respondent 9).

Tabulka 8: Změny spojené s integrací TCTSY

TÉMA	PODTÉMA
změny ve vztahu k terapii	rozvoj
	uvědomění
	klíčové aspekty
změny ve vztahu ke klientům	komunikace
	uvědomění
osobní změny	styl myšlení
	uvědomění

Změny ve vztahu k terapii

Šest participantů uvedlo změnu v souvislosti s jejich terapeutickou působností. Tři z nich zaznamenali rozšíření svého odborného vhledu, konkrétně na dynamiku traumatu a na to, jak může psycholog a klient v rámci terapeutického procesu interagovat: *„Když se s někým setkáváme na terapii, v určitém okamžiku nás může vnímat jako násilníka nebo jako osobu, která ho zneužívá. Trauma ovlivňuje způsob navázání kontaktu a vnímání vztahů. Můžeme být vnímáni stejně jako osoba, která klientovi ublížila. A myslím, že TCTSY mi pomohlo si to více uvědomit.“* (Respondent 1).

V rozhovorech jsme se dotkli i další změny, a tou byla schopnost uvědomění. Čtyři respondenti uvedli vyšší úroveň uvědomění všeobecně, dva pak konkrétně v terapeutickém procesu. Sdělili, že si více uvědomují, co se děje v rámci terapeutického sezení a jaké různé intervenující faktory hrají roli v daných situacích.

Jedna ze změn se týká také aspektu volby, který je pro TCTSY charakteristický. Pět respondentů změnilo svůj terapeutický přístup, obzvláště ve smyslu větší akcentace volby nabízené klientům. Jedná se o nejčastější změnu. Dokonce i respondent, který v rámci integrace TCTSY nevnímal žádné změny, uvedl, že TCTSY posílilo jeho způsob práce v zohlednění volby v rozhodování u svých klientů.

Další dva respondenti doplnili, že díky TCTSY vidí kritický aspekt terapie i v jednání klienta na základě jeho vlastní vůle a vnímané moci. S výcvikem v TCTSY více přemýšlejí o způsobech, jak podpořit klienta v samostatném jednání a jak vyrovnávat nepoměr sil v terapeutickém procesu.

Změny ve vztahu ke klientům

Všech šest respondentů, kteří s integrací TCTSY zaznamenali určité změny, se podělilo o své zkušenosti s tím, co je nyní ve vztahu ke klientům jinak než dříve. Všichni změnili svůj způsob komunikace. Tři participanti se více svých klientů dotazují, aby si ověřili, zda skutečně rozumí sdělení, které jim chce klient povědět, a snaží se reflektovat, jak se klient při terapii cítí. Dávají více najevo, že hlavním v terapii je klient a že oni jako terapeuti nejsou v roli vševědoucích odborníků. Klient je osobou, která zná sama sebe nejlépe. Tři respondenti rozšířili své komunikační dovednosti. Především se zaměřili na to, jaká slova a jakým způsobem sdělují a jak klient na jejich slova reaguje.

Jak si mohou čtenáři všimnout, proces uvědomění je v tématu změn častým jevem. Kromě vyššího povědomí o komunikaci si dva respondenti rovněž více uvědomují vliv rolí a vazby mezi psychologem a klientem. Další respondent reflektoval i větší uvědomělost ve vnímání řeči těla svých klientů. Jiný respondent dále uvedl, že se díky TCTSY naučil své klienty skutečně vnímat.

Osobní změny

Tři participanti se svěřili, že změny pocítili nejen v rovině profesní, ale i osobní, ačkoliv obě oblasti se od sebe v praxi jen těžko oddělují. Dva zúčastnění psychologové uvedli, že zaznamenali změnu ve svém uvažování o mezilidských vztazích i o spojení mysli a těla. Rovněž zaznamenali vyšší míru uvědomění v těchto oblastech. Jeden respondent uvedl, že je schopen více ztělesnit či zhmotnit věci, které byly dosud jen v jeho mysli.

6.6 Jaké jsou dle psychologů limity integrace trauma senzitivní jógy do terapeutické činnosti s klienty?

Respondenti hovořili během rozhovoru i o případech či situacích, kdy k integraci trauma senzitivní jógy z různých důvodů nemůže být přistoupeno. Tyto limity lze rozdělit dle tří zdrojů – psychický a fyzický stav (vstupní podmínky), překážky na straně klienta a obtíže, které mohou být limitující pro psychology.

Pokud terapeut shledá určitá omezení, je přirozené, že nemusí trauma senzitivní jógu klientovi doporučovat. Psychické a fyzické postuláty již byly popsány v podkapitole *Přípravná fáze integrace* v části týkající se vstupních podmínek. Nicméně spadají i do výzkumné otázky věnující se limitům TCTSY. Stručně proto připomeneme, co bylo

o vstupních podmínkách zjištěno.

Limitem pro začlenění TCTSY do terapie může být aktivní závislost na návykové látce (látkách), protože závislost v této akutní fázi může vést k dysregulaci a inhibici spojení s vlastním tělem. Také psychóza je diskutabilním stavem pro intervenci TCTSY, ovšem participanti se jednomyslně neshodli, že by byla vylučujícím faktorem. Dalším limitem, který je třeba vzít v úvahu, je sebepoškozující chování či nedoporučení TCTSY lékařem z jakéhokoli důvodu. Integrace TCTSY bez jakýchkoliv omezení navíc vyžaduje, aby měl klient dostatečnou podporu a aby byla kvalitní spolupráce mezi profesionály v případě, že je klient v péči vícero odborníků.

6.6.1 Bariéry na straně klientů

Tabulka 9: Bariéry a pochyby klientů týkající se integrace TCTSY

TÉMA	PODTÉMA
bariéry na straně klientů	preference terapie formou rozhovoru
	nezájem
	strach

Tato část je věnována důvodům, proč, dle zkušeností terapeutů, klienti nechtějí zařadit TCTSY do terapie. Připomeňme, že i rozhodnutí trauma senzitivní jógu odmítnout je plnohodnotnou volbou a není považováno za negativní, naopak je plně respektováno všemi našimi respondenty.

Klienti, kteří nepřijali pozvání našich terapeutů k vyzkoušení trauma senzitivní jógy, byli jedinci, kteří upřednostňovali terapii rozhovorem. Takovou zkušenost mají minimálně tři z našich účastníků. Jelikož mají participující psychologové výcviky i v jiných terapeutických přístupech, obvykle s těmito klienty pracují jiným způsobem, který klientům vyhovuje. Jeden z respondentů uvedl, že jeho styl terapeutické léčby do značné míry zahrnuje různé intervence zaměřené na práci s tělem, takže pokud se objeví klient preferující kognitivní terapii, doporučí mu některého ze svých kolegů, který by mu mohl vyhovovat svým stylem práce lépe.

Pak jsou klienti, jež o trauma senzitivní jógu nemají zájem, a i to je v pořádku. Jak již bylo mnohokrát řečeno, necvičit trauma senzitivní jógu je stále volba, která je zahrnuta.

Jeden respondent poukázal na zajímavý fakt, že důvod odmítnutí integrace TCTSY ze strany klienta může být spojen se strachem a může se jednat o obranný mechanismus. To je také důvod, proč se někteří psychologové velmi zajímají o samotnou reakci klienta na nabídku integrace TCTSY a věnují jí nemalou pozornost. *„Někteří klienti hned reagují větou: Panebože ne, ne. To je také zajímavé – ta obrovská reaktivita.“* (Respondent 7).

6.6.2 Faktory limitující psychology v integraci TCTSY

Tabulka 10: Faktory limitující psychology v integraci TCTSY

TÉMA	PODTÉMA
obecné faktory	pravidla pojištění
	pandemie Covid19
faktory přímo související s TCTSY	stigmatizace
	profesní konflikty

Účastníci přiznali, že se někdy potýkají s problémy nebo překážkami, které mají vliv i na integraci TCTSY. Dva participanti uvedli obecné těžkosti, jako jsou pravidla zdravotního pojištění. Pokud chtějí, aby pojišťovny proplácely intervence trauma senzitivní jógy, musí pochopitelně dodržet všechny oficiální požadavky, což je někdy opravdu složitý a zdlouhavý proces.

Různé druhy obtíží se objevily i v souvislosti s pandemií Covid19. Všichni respondenti museli přesunout svou psychologickou pomoc na online platformu, nicméně online sezení TCTSY se ukázala jako klientsky oblíbená. Jeden respondent se svěřil, že během pandemie měl skupinové intervence TCTSY osobně, ovšem za dodržování přísných pravidel, která byla pro klienty rušivá a nepříjemná.

Trauma senzitivní jóga občas naráží na stigmatizaci ať už ze strany laické, tak odborné veřejnosti. Příčinou je zejména skutečnost, že jóga obecně bývá asociována s ezoterikou, vědecky neověřenými postupy či pouze fyzicky zaměřeným cvičením. Tuto zkušenost mají minimálně dva z našich účastníků. *„Nechtěli, aby se tomu říkalo jóga. Řekli, že tohle cvičení s nimi můžu v rámci terapie dělat, jenom nesmím říkat, že je to jóga. Myslím, že je to druh výzvy, kterému čelíme. Oni si to automaticky spojují s buddhismem nebo s podobnými věcmi.“* (Respondent 8). Druhá potíž, která se též dá považovat za druh stigmatizace, se objevuje u rodičů dětských klientů, kteří považují trauma senzitivní jógu nebo přístupy orientované na práci s tělem za zábavu a ne

za skutečnou terapii. Respondenti, kteří zažili některou z těchto situací, uvedli, že řešením je především dialog a vysvětlení, co TCTSY skutečně představuje.

Dva respondenti dále uvedli obtíže, se kterými se setkali, když poskytovali intervence trauma senzitivní jógy samostatně bez terapie formou rozhovoru. Pro co nejlepší léčbu se doporučuje, aby měli klienti podporu, pokud cvičí TCTSY. Na základě této skutečnosti mají klienti, kteří dochází pouze na trauma senzitivní jógu, obvykle dalšího terapeuta nebo psychologa. To ovšem vyžaduje spolupráci mezi facilitátorem TCTSY a dalším odborníkem na duševní zdraví, kteří mají v péči stejného klienta. Jeden respondent uvedl, že zažil situaci, kdy došlo ke konfliktu mezi jeho přístupem TCTSY a přístupem jiného odborníka a klient se ocitl uprostřed střetu. Jiný respondent se svěřil, že někdy bylo zahlcující být pouze facilitátorem jógy pro jednu skupinu klientů a psychologem pro druhou skupinu. Proto nyní dává přednost integraci TCTSY do běžné terapie s klienty, kde přirozeně zastává obě role – facilitátora TCTSY i psychologa.

DISKUZE

Diplomová práce si za svůj cíl kladla prozkoumat a popsat integraci trauma senzitivní jógy do psychologické praxe osmi licencovaných psychologů ze Spojených států a Evropy. Všichni účastníci integrují trauma senzitivní jógu do svých tradičních konverzačních terapií. Polovina z nich má také zkušenosti s vedením individuálních intervencí TCTSY bez účasti rozhovoru a tři respondenti rovněž s formou skupinovou. Nejčastější způsob integrace TCTSY je na začátku nebo na konci terapeutického sezení, což znamená, že integrace je dohodnuta na konkrétní časový úsek v rámci celé terapie. Existují však i jiné způsoby, jak zúčastnění psychologové TCTSY uplatňují. Používají ji příležitostně v rámci sezení, když shledají, že je intervence příhodná (např. pro regulaci stavu klienta, pro práci se symptomy spojenými s tělem), nebo jako most mezi terapeutickými fázemi.

Zajímavým způsobem integrace TCTSY je její využití jako součásti jiné terapeutické intervence. V našem průzkumu se objevil příklad, kdy je TCTSY implementována do EMDR, a dalo by se říci, že vytváří jedinečný terapeutický styl zaměřený na psychické trauma. Ukazuje se, že trauma senzitivní jóga nemusí být pojímána pouze jako separátní tělesná praxe, ale je jakýmsi typem komunikace s klienty. Její jedinečné komponenty, jako je možnost volby, práce s interocepcí, komunikace formou pozvání a nevnucující terapeutický přístup, oslovily naše účastníky natolik, že se rozhodli integrovat principy TCTSY do celého svého pracovního přístupu. Všichni respondenti kladou důraz na TCTSY principy a vnímají je jako základ svého terapeutického stylu, ačkoli mají různé hlavní terapeutické výcviky od psychodynamických přístupů až po feministickou a multikulturní terapii.

Obvykle se cvičení TCTSY provádí vsedě, což odpovídá standardnímu formátu psychologických terapií, ale neznamená to absolutní vyloučení jiných typů jógových forem. Příkladem mohou být psychologické intervence s lidmi v nemocnici, kteří trpí chronickou bolestí nebo imobilitou, což vyzývá k využití TCTSY vleže.

TCTSY stále patří k novému typu intervence, jejíž potenciál ještě nebyl plně objeven. Svědčí o tom skutečnost, že většinou je nutné TCTSY jako možnost léčebné intervence klientovi představit, protože zejména v Evropě lidé nemají povědomí o tom, že by ji mohli vyzkoušet. Situace se však zlepšuje díky narůstajícímu počtu facilitátorů TCTSY po celém světě.

Vedle podrobnější deskripce, jak vypadá integrace TCTSY v psychologické praxi, nám průzkum odhalil, že účastníci nepoužívají TCTSY pouze v případě komplexního traumatu, ale také jako součást léčby různorodých duševních stavů a diagnóz. Příkladem je porucha autistického spektra, depresivní porucha, hraniční porucha osobnosti, závislá porucha osobnosti, roztroušená skleróza atd. Jedním z mnoha důvodů, proč TCTSY působí napříč různými diagnózami, je nedostatečné zohlednění různých typů psychických traumat v diagnostických manuálech. Naši účastníci mají zkušenosti s tím, že klienti s komplexním traumatem nemají často správně stanovenou diagnózu. Dospělí klienti mají namísto komplexního traumatu často napsanou ku příkladu depresivní poruchu, poruchu přizpůsobení, generalizovanou úzkostnou poruchu, panickou poruchu nebo hraniční poruchu osobnosti. U dětí jsou to většinou ADHD, poruchy učení nebo porucha opozičního vzdoru.

Na druhou stranu se však ukazuje, že TCTSY je užitečnou intervencí i v případě, že se jedná o správnou diagnózu a nikoliv o trauma. Zkušenosti psychologů při práci s poruchou autistického spektra nebo roztroušenou sklerózou poukazují na to, že TCTSY je vhodné integrovat, i pokud je psychický problém spojen obecně s tělem. Dle nashromážděných údajů víme, že klientovo vnímání vlastního těla jako něčeho špatného či bolest, která vychází z útrob vlastního těla, jsou právě ty situace, kdy může být integrace TCTSY velmi dobrou léčebnou intervencí.

V návaznosti na výše uvedené poznatky bychom mohli otevřít diskuzi na téma, zda jsou některé příznaky nebo aspekty rozličných diagnóz pro jedince traumatizující, i když se nejedná o explicitní traumatickou událost. Když se nad tím zamyslíme, jsme opět na začátku definice toho, co je či není trauma. Je událost naplněná děsivými, neočekávanými a náhlými zážitky, které nemůžeme ovlivnit, dostatečným popisem traumatu? Co kdybychom naše vnímání traumatu rozšířili i o dlouhodobé prožitky přinášející pocity, že naše tělo je špatné, jako to mají například lidé trpící autismem, kteří mnohdy čelí společenskému stigmatu? A jak je to v případě chronické bolesti produkované naším vlastním tělem? Není toto vše také traumatizující? Stále ještě objevujeme, do jaké míry a kde všude je trauma zakořeněno. Ať už příznaky různých diagnóz považujete za traumatické nebo ne, naši účastníci mají zkušenosti, že trauma senzitivní jóga pomáhá lidem s různými duševními stavy včetně těch výše uvedených.

Díky tomu, že jsme otevřeli téma indikace TCTSY, víme, že integrace trauma senzitivní jógy nezávisí pouze na stanoveném typu diagnózy. Participanti našeho

výzkumu efektivně integrují trauma senzitivní jógu v případě introvertních klientů nebo u jedinců s verbalizačními obtížemi, dále u klientů zahlcených svými vlastními myšlenkami, u sociálně utiskovaných skupin, u pacientů se symptomy vztahujícími se k pohybu, jako je kupříkladu hyperaktivita či imobilita, nebo u klientů, kteří mají problém s identifikací svých potřeb. TCTSY je indikováno také při léčbě úzkostných či disociativních stavů. Uvedené poznatky potvrzují výsledky výzkumu, který provedli např. Kirkwood et al. (2005), že jóga je užitečným nástrojem při určitých duševních onemocněních, jako je úzkost, deprese nebo posttraumatická stresová porucha.

Přestože nejvíce nabízená je tradiční terapie formou rozhovoru, integrace terapeutických intervencí zaměřených na práci s tělem je rovněž čím dál více vyžadována. Zejména v případě traumatu není kognitivní terapie tak účinná, jak je potřeba. Z teoretických poznatků víme, že trauma zasahuje jak tělo, tak nervový systém, zejména pak fyziologické procesy. Předchozí výzkumy navíc odhalily, že traumatické vzpomínky mohou mít somatickou podobu. Naši účastníci se v léčbě traumatu řídí uvedenými skutečnostmi, ale také ze strany klientů dochází k větší poptávce na terapie orientované na tělo. Lidé mají zájem o zapojení práce s tělem do terapeutického procesu, protože cítí, že jejich tělo je zasaženo stejně jako mysl. I proto byli naši participanti motivováni ke zlepšení svého dosavadního terapeutického stylu a k doplnění terapie o intervence zaměřené na bottom-up procesy.

Rozhodli se začlenit TCTSY, protože odpovídá potřebám traumatizovaných osob a je intervencí využívající výhradně účinky bottom-up procesů. TCTSY je dle jejich názoru citlivým přístupem pracujícím s interocepcí, navíc vrací klientovi pocit kontroly a je vhodná při disociativních stavech a nutnosti regulace. TCTSY ve srovnání s jinými terapeutickými intervencemi nevyžaduje hodnocení pocitů a vjemů, které klient cítí. Respondenti rovněž považují TCTSY za velmi jasný, konzistentní, dostupný a flexibilní přístup, který jim dává dostatečnou podporu při práci s klienty.

Je zdůrazňována citlivost TCTSY ve srovnání s ostatními typy intervencí. Jiné druhy terapeutických přístupů, s nimiž mají naši respondenti zkušenosti, jako MBSR nebo expoziční terapie, mohou být pro některé klienty až příliš vyčerpávající a náročné. K podobnému závěru došli ve svém výzkumu i Zaccari et al. (2022), ve kterém někteří účastníci označili skupinovou kognitivní terapii za velmi náročnou.

Všechny výše uvedené aspekty se ukazují jako významné z hlediska integrace TCTSY do psychologické praxe. Klienti se aktivně podílejí na vytváření léčebného

programu v dyádě s psychologem, což vede k rovnocenné dynamice moci v mezilidském vztahu, kterou lidé s komplexním traumatem ve svém životě často postrádají. Bývají ukotveni v bezmocné submisivní roli a nabývají dojmu, že nemohou mít pod kontrolou a ovlivnit věci, které by chtěli dělat. Na základě odpovědí našich účastníků je integrace TCTSY cenná právě pro možnost jejího přizpůsobení klientům. Klienti nejsou nuceně směřováni tam, kde by podle pokynů psychologa nebo terapeutické metody měli být, ale tam, kde by chtěli být oni sami.

V záležitosti pocitu kontroly jsem přemýšlela o typech klientů, kteří se snaží mít vše pod až nereálnou kontrolou ze strachu, že by ji mohli opět ztratit, jako ji ztratili během traumatické události. Je zde prostor pro diskusi, zda a jak často se tato reakce u traumatizovaných lidí vyskytuje a jestli se pojí s monotraumatem nebo komplexním traumatem, ale směřuje nás to k zamyšlení se nad některými potenciálními limity TCTSY, které by si zasloužily další zkoumání.

Vrátíme-li se k poznatkům vyplývajícím z průzkumu, pak jedna z charakteristik TCTSY, která se ukázala jako velmi podstatná, je (ne)retraumatizace osob v terapii. V TCTSY není nutné znát celý traumatický příběh nebo jeho detaily. Klienti jsou tudíž chráněni před opětovnou traumatizací. Navíc k tomu můžeme přidat i ochranu samotných psychologů. Z první kapitoly, kde jsme představili i problematiku předaného traumatu, víme, že práce s traumatizovanými lidmi s sebou nese riziko přenosu traumatu na poskytovatele péče. Proto se integrace TCTSY jeví jako vhodná součást terapeutické pomoci, jelikož zajišťuje bezpečný, ale přesto terapeutický a produktivní způsob intervence pro obě strany – psychologa i klienta.

Navážeme-li na téma, jak mohou z integrace TCTSY psychologové a terapeuti sami profitovat, uveďme zvýšenou míru uvědomění, která se u našich účastníků objevila. Výzkumy zacílené na jógu jako doplňkovou léčbu PTSD (van der Kolk, 2014) nebo na porovnání TCTSY s terapií kognitivním zpracováním (Zaccari et al., 2022) přinesly informace o vyšší úrovni uvědomění u klientů, kteří se účastnili programu TCTSY. V našem průzkumu jsme zjistili, že se uvědomění zvyšuje i u psychologů, kteří jsou v roli facilitátorů TCTSY. Uváděli lepší somatické uvědomění a vhled k tomu, co se odehrává během terapeutického sezení, včetně všímání si faktorů, které mají vliv na interakci mezi klientem a psychologem. Patří sem i způsob, jakým může klient na psychologa pohlížet. Jak víme, lidé, kteří zažili trauma, kde pachatelem byl někdo jim blízký, mohou mít problém s důvěrou ve vztahu k lidem i v budoucnu. Problematika důvěry se může

promítnout i v terapeutickém vztahu a její reflexe je základem pro terapeutickou práci s traumatizovanými lidmi.

Přestože TCTSY má výzkumné podklady a vychází z vědeckých poznatků, stále dochází k její stigmatizaci. Domněnka, že trauma senzitivní jóga je ezoterická, náboženská nebo ne zcela terapeutická intervence, je něčím, s čím se odborníci musí vypořádat. Jako zásadní se jeví vysvětlování, představení a názorná ukázka, co TCTSY ve skutečnosti je a jak funguje.

Tato magisterská diplomová práce má rovněž svá omezení. První se týká zúčastněné skupiny psychologů, od nichž byla data shromážděna. Jedná se pouze o ženy a všechny jsou zároveň certifikovanými lektorkami jógy, ačkoli pouze jedna z nich lekce jógy skutečně provozovala. Přesnější bádání by vyžadovalo zahrnout i osoby jiného pohlaví a rovněž psychology, kteří nejsou proškoleni ve vedení jógových kurzů. Navíc pro dosažení lepší saturace dat by průzkum potřeboval více účastníků. Bohužel další účastníky, kteří by splňovali kritéria výzkumu, se nepodařilo získat. Chtěli jsme se zaměřit na psychology, proto nemohli být zahrnuti sociální pracovníci nebo jiní odborníci v oblasti péče o duševní zdraví, i když jsou také terapeuty a facilitátory TCTSY. Na druhou stranu určitá homogenita zúčastněného souboru přináší své výhody.

Vzhledem k náročnějšímu procesu získávání respondentů byli osloveni psychologové z různých zemí. Z toho vyplývá, že byli zahrnuti lidé z odlišných kultur, což může být dalším intervenujícím faktorem, který v limitech práce reflektujeme. Souvisí to také s anglickým jazykem, ve kterém byl celý výzkum realizován. Angličtina nebyla rodným jazykem pro tři respondentky a také pro samotného výzkumníka. V kvalitativním výzkumu založeném na rozhovorech musíme počítat s možnými jazykovými nedorozuměními, ačkoli angličtina je celosvětově rozšířenou řečí s nejvyšší prioritou v akademických a vědeckých oblastech. Abychom se vyhnuli komunikačním problémům, měli všichni respondenti možnost zkontrolovat přepis rozhovoru, aby viděli své odpovědi i v písemné podobě, a dostali možnost jej upravit, pokud zápis neodpovídal tomu, co měli původně na mysli. Já jako výzkumník jsem měla odborné konzultace s lektorkou a editorkou anglického jazyka, která pomohla při tvorbě správného vyjádření výzkumných otázek i otázek pro rozhovor a byla k dispozici v případě supervize.

Určité nedokonalosti jsou patrné také v poslední výzkumné otázce: *„Jaké jsou dle psychologů limity integrace trauma senzitivní jógy do terapeutické činnosti s klienty?“* Rozhovory otevřely téma překážek a pochyb na straně klientů, faktorů, které limitují

v integraci samotné psychology, a také přehled diagnóz a stavů, které nemusí být pro integraci TCTSY vhodné, nicméně žádná omezení na straně TCTSY jako samotné intervence zahrnuta nebyla.

Budoucí výzkum by mohl zvážit zkoumání účinnosti TCTSY v jednotlivých stylech integrace – individuální lekce TCTSY, začlenění TCTSY do běžné terapie atd. Současný výzkum se orientuje především na skupinovou formu intervence.

Další zkoumání by mohlo pokrýt i prostředí nemocnice, kliniky nebo léčebného centra, kde by integrace TCTSY mohla nabývat určitých specifik. Naši účastníci používají TCTSY především ve své soukromé praxi a pouze jedna respondentka pracuje také v nemocnici.

Kromě pracovního prostředí, kde se TCTSY může uplatňovat, by mohlo být zajímavé prozkoumat, v jakých dalších odvětvích psychologie může být TCTSY přínosná. Tato diplomová práce byla zaměřena pouze na terapeutickou práci s klienty. Existují však psychologové, kteří TCTSY využívají i mimo terapii. Příklady lze najít v psychologii sportu, vojenské psychologii apod.

Dalším návrhem pro budoucí výzkum je možnost porovnat intervence zaměřené na léčbu traumatu včetně TCTSY a prozkoumat jejich konkrétní silné a slabé stránky, společná a rozdílná témata a to, co motivuje psychology/terapeuty k volbě konkrétního terapeutického přístupu.

ZÁVĚR

Výsledky výzkumu odhalily důležité a významné aspekty integrace TCTSY do psychologické praxe. Identifikovali jsme dvě části integračního procesu: přípravnou fázi a vlastní integraci. Zatímco samotná integrace představuje způsob, typ, místo, čas, období a strukturu praxe TCTSY, přípravná fáze se věnuje vytvoření zakázky s klientem, zvážení vstupních předpokladů, které by mohly ovlivnit intervenci TCTSY, a seznámení klienta s terapeutickým procesem, jehož se stávají aktivními tvůrci. Pozvání klientů k aktivní účasti na terapeutické intervenci patří k základu filozofie TCTSY a je vlastní všem účastníkům výzkumu.

Zjistili jsme, že zúčastnění psychologové uplatňují TCTSY různorodým způsobem. Nejčastějším je začlenění TCTSY do klasické konverzační terapie, což činí všichni respondenti. Polovina respondentů má zkušenosti s individuální praxí, kdy je poskytována pouze intervence TCTSY, a tři účastníci uplatnili své facilitační dovednosti i v rámci skupinové intervence TCTSY. Přestože skupinová forma není příliš rozšířenou doménou psychologů, více než polovina účastníků se o ni aktivně zajímá a je otevřena její realizaci.

Na základě kvalitativních údajů z výzkumné části práce víme, že integrace TCTSY má širší možnosti využití. Od začlenění TCTSY v konkrétním čase v rámci terapeutického sezení (např. na začátku nebo na konci), příležitostně podle aktuálního stavu klienta, až po využití TCTSY jako mostu mezi terapeutickými fázemi či propojení TCTSY s jiným terapeutickým přístupem.

Možnost kombinace TCTSY s dalším terapeutickým stylem, jako je kupříkladu EMDR nebo terapie hrou, se zdá být nápadem s velkým potenciálem. Ve skutečnosti totiž všichni respondenti užívají principy TCTSY v rámci svého terapeutického stylu při jakémkoli typu intervence. Zejména nenucenost, umožnění volby a komunikace formou pozvání se staly základními charakteristikami terapeutického přístupu našich respondentů.

Z výsledků vyplývá, že TCTSY přináší nový rozměr do psychologické péče, zejména při léčbě traumatu, a zúčastnění psychologové jej vysoce hodnotí pro jasnou, konzistentní, dostupnou a flexibilní formu, která poskytuje odborný rámec.

Integrace TCTSY je ve srovnání s jinými terapeutickými intervencemi přínosná díky šetrnému a netraumatizujícímu přístupu a jasné orientaci na bottom-up procesy.

Účastníci zdůrazňují, že TCTSY pracuje s dynamikou sil, která klientovi vrací pocit kontroly a jednání na základě vlastní volby.

Motivace k začlenění TCTSY do psychologické praxe vychází jak z osobních, tak profesních podnětů. Všichni respondenti mají silný vztah k józe obecně, jsou certifikovanými lektory jógy, i když pouze jeden z nich certifikace mimo oblast psychologie využil, ostatní aplikují své jógové dovednosti pouze v profesní oblasti nebo pro osobní růst a vlastní pohodu. Účastníci jsou motivováni i ze strany svých klientů, kteří si přejí začlenit práci s tělem do terapie, a naši participanti mohou na vlastní oči vidět, jak jsou intervence orientované na tělo prospěšné.

Důležitým poznatkem je, že k indikaci TCTSY dochází při různorodých diagnózách, symptomů a typech klientů. Přestože je trauma senzitivní jóga adresována především lidem, kteří utrpěli komplexní trauma nebo trpí PTSD rezistentním vůči dosavadní léčbě, dle slov účastníků je její efekt působení širší. TCTSY vykazuje pozitivní vliv na CPTSD, PTSD, depresivní poruchu, generalizovanou úzkostnou poruchu, hraniční poruchu osobnosti a další diagnózy. Je však třeba vzít v úvahu problematické diagnostikování typů traumat. Náš výzkumný soubor potvrdil, že osoby s komplexním nebo vývojovým traumatem mají často různé diagnózy, které nejsou zcela přesné vzhledem k původu obtíží. Je to signál pro odborníky v oblasti psychologie a psychiatrie, aby aktualizovali svůj přístup a poznatky v oblasti traumatu. Některé symptomy a problémy však existují při různých duševních stavech, jako příklad uveďme negativní vnímání vlastního těla nebo symptomy spojené s pohybem (např. hyperaktivita, bolest, nemožnost pohybu), kde může trauma senzitivní jóga skutečně pomoci bez ohledu na to, zda tyto problémy považujeme za traumatické či nikoli.

Integrace TCTSY se neposkytuje pouze na základě stanovené diagnózy, ale výzkum definoval typy klientů, pro které je TCTSY dobrou volbou v rámci terapie. Jedná se o introvertní, tiché klienty, dále o klienty, kteří mají problém verbalizovat nebo identifikovat své pocity, potřeby a potíže, o jedince zahlcené vlastními myšlenkami nebo o sociálně utlačované skupiny lidí.

Princip TCTSY, který zúčastnění psychologové stejně jako jejich klienti často zdůrazňovali, je možnost volby při rozhodování. Základní charakteristikou TCTSY je dát lidem možnost výběru a nechat je rozhodnout, co by chtěli dělat sami za sebe. Klienti takový přístup vysoce hodnotí, protože je opakem jejich traumatických zkušeností. Znovu

mohou mít skutečně svobodu ve svém jednání a kontrolu nad ním. Nemusí však být snadné naučit se tuto neobvyklou situaci zvládat. Podobně jako práci s interocepcí.

Kromě možnosti volby a působení v oblasti interocepce vnímají účastníci výzkumu v trauma senzitivní józe jako jedinečné, že neevaluuje pocity klientů. Nehodnocení je cenný aspekt, protože všechny metody obvykle k hodnocení směřují a hledají odpovědi na otázky, proč se dané pocity klientů objevují a jaký je jejich význam. TCTSY však chce nabídnout prostor, kde stačí být v přítomném okamžiku s jakýmkoli přicházejícími prožitky a má to silný léčebný účinek.

Jak ukázal náš výzkum, integraci TCTSY lze považovat za užitečný nástroj v léčbě klientů, ale i jako přínos pro samotné psychology. Respondenti uvedli, že zaznamenali vyšší míru uvědomění toho, co se odehrává v průběhu terapeutického sezení, dále lepší somatické uvědomění a uvědomění v terapeutickém vztahu, který s traumatizovanými osobami navazují.

Kromě pozitivních aspektů – proč psychologové integrují TCTSY do terapie s klienty – mohou existovat i případné interference, které je třeba zvážit. Ačkoli neexistuje shoda ohledně diagnózy nebo typu klientů, pro které by TCTSY neměla být vhodnou intervencí, objevily se úvahy o vhodnosti trauma senzitivní jógy při výskytu sebepoškozujícího chování, aktivní závislosti na návykové látce, psychózy nebo nepřipravenosti na terapii všeobecně. Všichni účastníci se shodli na tom, že mít dostatečnou podporu je pro klienty nezbytné ve všech případech.

Integraci TCTSY mohou limitovat také pravidla zdravotního pojištění nebo přetrvávající stigmatizace jógy jako odborného léčebného programu. Od klientů rovněž přicházejí důvody, proč TCTSY neintegrovat, zejména se jedná o preferenci standardní terapie rozhovorem, a je to plně respektováno.

Všechny výše shromážděné informace přinášejí širší porozumění a poznání, jak integrace TCTSY funguje v psychologické praxi nebo jak mohou být bottom-up procesy využity v terapii. Tato diplomová práce může bezesporu sloužit i jako praktický manuál pro psychology a terapeuty, protože přináší souhrnné poznatky, jaké jsou možné způsoby integrace TCTSY, jaké jsou její přínosy či limity, jak jiní psychologové využívají přínosy TCTSY ve své praxi a čím TCTSY obohacuje léčbu ve srovnání s jinými terapeutickými intervencemi.

Přínosné informace přináší i vhled do motivace psychologů k integraci TCTSY, protože můžeme pozorovat, co psychologové potřebují, vyžadují a postrádají při léčbě traumatizovaných klientů a nejen jich.

Tato magisterská práce rozšiřuje současnou nabídku psychologických postupů o relativně novou intervenci orientovanou na práci s tělem, která není v České republice tak známá, ale nese v sobě vysoký potenciál, který by si zasloužil své využití i odborníky na duševní zdraví v této části Evropy.

Doufáme, že tento výzkum povzbudí psychology a terapeuty, aby se zamysleli nad svým způsobem integrace práce s tělem do terapie, aby se stali profesionály více uvědomělými ve vztahu k traumatu a aby byli otevření novým typům léčebných intervencí.

SOUHRN

Teoretická část této diplomové práce se věnovala definici traumatu, otázkám, co lze vnímat jako traumatický zážitek a jaké jsou podmínky vzniku psychického traumatu. Pokračovali jsme rozdíly mezi monotraumatem, komplexním, vývojovým, kumulativním a předaným traumatem s akcentací komplexního traumatu, které bylo základní diagnózou při vytváření terapeutické metody TCTSY.

Přiblížili jsme si diagnostické manuály MKN-10 a DSM-5 a jejich pojetí psychologického traumatu v oblasti diagnostiky. Zjistili jsme v této teoretické části, že diagnostika traumatu je problematická, a výsledky našeho výzkumu to potvrdily.

Podkapitola 1.5 představila zajímavá a zásadní fakta o neurobiologii traumatu a jeho vlivu na funkci interocepce, limbického systému s amygdalou v čele a také fyziologických procesů, paměti atd. Na základě poznatků o neurobiologii jsme objasnili, proč jsou při léčbě traumatu důležité intervence využívající bottom-up procesy.

Kromě výše uvedeného byly představeny různé druhy terapeutických přístupů. Zaměřili jsme se na ty, které jsou určeny především pro léčbu traumatu, tedy na specializovanou skupinu terapií, do níž TCTSY patří.

Významná část diplomové práce byla věnována představení *Trauma Center Trauma Sensitive Yoga* známé pod zkratkou TCTSY. Popsali jsme principy této intervence, jógová východiska, která stojí v jejím pozadí, základní komponenty, kterými jsou komunikace formou pozvání (invitational language), práce s interocepcí, možnost volby, nenucení/nedirektivita, autentické sdílení prožitků (Trauma Center Trauma Sensitive Yoga, 2022), a teoretické know-how, jak lze TCTSY aplikovat v psychologické praxi.

Pamatovali jsme na již realizované výzkumy v této oblasti, které přinesly zásadní poznatky a razí cestu TCTSY ve vědecké sféře.

Cílem výzkumu bylo prozkoumat a popsat, jak psychologové integrují TCTSY do své terapeutické práce s klienty. Zabývali jsme se konkrétními způsoby integrace TCTSY, tím, co se odehrává před samotnou integrací, než je TCTSY indikována, a kdy je třeba zvážit kontraindikace. Zajímalo nás, jak TCTSY přispívá k léčbě traumatu ve srovnání s jinými terapeutickými přístupy a jak TCTSY obohacuje psychology v profesní či osobní rovině.

Zjistili jsme, že TCTSY se často uplatňuje ve standardní konverzační terapii jako

část, kdy je pozornost věnována práci s tělem. Účastníci a jejich klienti považují TCTSY za užitečnou intervenci pro její neretraumatizující, citlivý a nevnucující přístup a možnost vlastní volby a budování pocitu kontroly i zmocnění (empowerment) klienta. Účastníci oceňují jasnou, důslednou a flexibilní koncepci TCTSY, která z této metody činí dostupný a účinný druh léčby.

Ačkoli je TCTSY určena primárně pro léčbu CPTSD a chronické PTSD rezistentní vůči léčbě, náš výzkum ukazuje, že její dopad přesahuje rámec těchto diagnóz. Bývá úspěšně používána u generalizované úzkostné poruchy, depresivní poruchy, poruch autistického spektra a dalších, včetně variabilní škály symptomů a osobních charakteristik klientů.

Magisterská práce poukázala na důležitost integrace práce s tělem do terapeutického procesu, na jedinečnost trauma senzitivní jógy a na problematiku psychického traumatu a jeho léčby. Ponořili jsme se do reálné psychologické praxe a zkoumali aplikaci terapeutické metody, která si zaslouží naši pozornost.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

1. Akyolová, A. K. (2021). *Jóga pro zdravé emoce a imunitu.* Brno: CPress
2. American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5. vydání). https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596
3. American Psychological Association. (2017). *What is Cognitive Behavioral Therapy?*. Získáno 12. prosince 2021 z https://www.apa.org/ptsd-guideline/patients-and-families/cognitive-behavioral
4. American Psychological Association. (2022). *APA Dictionary of Psychology: exteroception.* Získáno 1. listopadu 2022 z https://dictionary.apa.org/exteroception
5. Anderson, F. G., Sweezy, M., &Schwartz, R. C. (2017). *Internal Family Systems Skills Training Manual: Trauma-Informed Treatment for Anxiety, Depression, PTSD, & Substance Abuse.*Eau Claire: PESI Publishing
6. Bowlby, J. (2010). *Vazba: teorie kvality raných vztahů mezi matkou a dítětem.* Praha: Portál.
7. Braun, V., & Clarke, V. (2021). *Thematic Analysis: A Practical Guide.* London: SAGE Publications
8. Bremner, J. D., Randall, P., Vermetten, E., Staib, L., Bronen, R. A., Mazure, C., … Charney, D. S. (1997). Magnetic resonance imaging-based measurement of hippocampal volume in posttraumatic stress disorder related to childhood physical and sexual abuse--a preliminary report. *Biological psychiatry*, *41*(1), 23–32. https://doi.org/10.1016/s0006-3223(96)00162-x
9. Butera, K., & Elgelid, S. (2019). *Jógová terapie: osobní přístup k aktivnímu životnímu stylu*. Praha: Grada
10. Carrion, V. G., & Wong, S. S. (2012). Can Traumatic Stress Alter the Brain? Understanding the Implications of Early Trauma on Brain Development and Learning. *Journal of Adolescent Health, 51*(2), S23–S28. https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2012.04.010
11. Carter, R. (1998). *Mapping the Mind.* Oakland: University of California Press
12. Catherall, Don R. (2004). *Handbook of Stress, Trauma, and the Family.* New York: Brunner-Routledge.

13. Center for intersectional justice. (n.d.). *What is intersectionality*. Získáno 13. listopadu 2022 z https://www.intersectionaljustice.org/what-is-intersectionality
14. Český institute pro psychotraumatologii a EMDR. (n.d.). *Brání vám vase vzpomínky, abyste žili přítomnost naplněni a těšili se nabudoucnost?* Získáno 23. září 2022 z https://www.emdr.cz/metoda-emdr
15. Cleveland Clinic. (2022). *SympatheticNervousSystem*. Získáno 12. listopadu 2022 z https://my.clevelandclinic.org/health/body/23262-sympathetic-nervous-system-sns-fight-or-flight
16. Cochrane. (n.d.). *About Cochrane*. Získáno 25. října 2022 z https://www.cochrane.org/about-us
17. Cook, A., Spinazzola, J., Ford, J. D., Lanktree, C., Blaustein, M., Cloitre, M., … van der Kolk, B. (2005). Complex trauma in children and adolescents. *Psychiatric Annals, 35,* 390–398. Získáno 10. listopadu 2022 z https://complextrauma.org/wp-content/uploads/2019/01/Complex-Trauma-1-Joseph-Spinazzola.pdf
18. Craig, A. D. (2002). How do you feel? Interoception: the sense of the physiological condition of the body. *Nature Reviews Neuroscience, 3(8),* 655–666. https://doi.org/10.1038/nrn894
19. Craig, A. D. (2009). How do you feel now? The anterior insula and human awareness. *Nature Reviews Neuroscience, 10(1),* 59–70. https://doi.org/10.1038/nrn2555
20. Cramer, H., Anheyer, D., Saha, F. J., & Dobos, G. (2018). Yoga for posttraumatic stress disorder – a systematic review and meta-analysis. *BMC Psychiatry, 18*(1). https://doi.org/10.1186/s12888-018-1650-x
21. Cramer, H., Lauche, R., Langhorst, J., & Dobos, G. (2013). Yoga for depression: a systematic review and meta-analysis. *Depression and Anxiety, 30*(11), 1068–1083. https://doi.org/10.1002/da.22166
22. Critchley, H. D., & Harrison, N. A. (2013). Visceral Influences on Brain and Behavior. *Neuron, 77(4),* 624–638. https://doi.org/10.1016/j.neuron.2013.02.008
23. Damasio, A. R., Everitt, B. J., & Bishop, D. (1996). The Somatic Marker Hypothesis and the Possible Functions of the Prefrontal Cortex [and

Discussion]. *Philosophical Transactions of the Royal Society B: Biological Sciences,* 351(1346), 1413–1420. https://doi.org/10.1098/rstb.1996.0125

24. DBT & Mental Health Services. (2020). *How Does Trauma Affect the Parasympathetic Nervous System?*. Získáno 17. září 2022 z https://www.mhs-dbt.com/blog/parasympathetic-nervous-system-and-trauma/
25. Dick, A. M., Niles, B. L., Street, A. E., DiMartino, D. M., & Mitchell, K. S. (2014). Examining mechanisms of change in a yoga intervention for women: the influence of mindfulness, psychological flexibility, and emotion regulation on PTSD symptoms. *Journal of clinical psychology*, *70*(12), 1170–1182. https://doi.org/10.1002/jclp.22104
26. Druga, R., Grim, M., & Dubový, P. (2011). *Anatomie centrálního nervového systému.* Praha: Galén
27. Elbert, T., Schauer, M., & Neuner, F. (2015). Narrative exposure therapy (NET): Reorganizing memories of traumatic stress, fear, and violence. In U. Schnyder & M. Cloitre (Eds.), *Evidence based treatments for trauma-related psychological disorders: A practical guide for clinicians* (pp. 229–253). Springer International Publishing AG. https://doi.org/10.1007/978-3-319-07109-1_12
28. Emerson, D. (2015). *Trauma-Sensitive Yoga in Therapy: Bringing the Body into Treatment*. New York: W. W. Norton & Company
29. Emerson, D., & Hopper, E. (2011). *Overcoming Trauma through Yoga*. Berkeley: North Atlantic Books
30. Emerson, D., Sharma, R., Chaudhry, S., & Turner, J. (2009). Trauma-Sensitive Yoga: Principles, Practice, and Research. *International Journal of Yoga Therapy, 19*(1), 123 - 128. doi: 10.17761/ijyt.19.1.h6476p8084l22160
31. Ernst, J., Böker, H., Hättenschwiler, J., Schüpbach, D., Northoff, G., Seifritz, E., & Grimm, S. (2013). The association of interoceptive awareness and alexithymia with neurotransmitter concentrations in insula and anterior cingulate. *Social Cognitive and Affective Neuroscience, 9(6),* 857–863. https://doi.org/10.1093/scan/nst058
32. Farb, N., Daubenmier, J., Price, C. J., Gard, T., Kerr, C., Dunn, B. D., … Mehling, W. E. (2015). Interoception, contemplative practice, and health. *Frontiers in Psychology,* 6. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2015.00763

33. Fiala, P., & Valenta, J. (2020). *Přehled anatomie centrálního nervového systému.* Praha: Karolinum
34. Ford, J. D. & Courtois, Ch. A. (2009). *Defining and Understanding Complex Trauma and Complex Traumatic Stress Disorders.* New York: The Guilford Press.
35. Frewen, P. A., Dozois, D. J. A., & Lanius, R. A. (2012). Assessment of anhedonia in psychological trauma: psychometric and neuroimaging perspectives. *European Journal of Psychotraumatology, 3(1),* 8587. https://doi.org/10.3402/ejpt.v3i0.8587
36. Friedman, M. J., Resick, P. A., & Keane, T. M. (2007). PTSD: Twenty-five years of progress and challenges. In M. J. Friedman, T. M. Keane, & P. A. Resick (Eds.), *Handbook of PTSD: Science and practice* (3–18). New York: The Guilford Press.
37. Gallegos, A. M., Crean, H. F., Pigeon, W. R., & Heffner, K. L. (2017). Meditation and yoga for posttraumatic stress disorder: A meta-analytic review of randomized controlled trials. *Clinical Psychology Review, 58*, 115–124. https://doi.org/10.1016/j.cpr.2017.10.004
38. Ghandili, M., &Munakomi, S. (2022). *Neuroanatomy, Putamen.* Získáno 11. listopadu 2022 z https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK542170/
39. Grahn, J. A., Parkinson, J. A., & Owen, A. M. (2008). *The cognitive functions of the caudate nucleus. Progress in Neurobiology*, 86(3), 141–155. https://doi.org/10.1016/j.pneurobio.2008.09.004
40. Guyton, A.C., & Hall, J.E. (2006). *Textbook of Medical Physiology* (11th ed.). Philadelphia: Saunders Elsevier
41. Hanson, M. (2010). Ahimsa and Awareness: Core Principles Overlooked in Yoga Therapy. *International Journal of Yoga Therapy, 20*(1), 80 - 82. doi:10.17761/ijyt.20.1.qu637753u73720m4
42. Heller, L. & LaPierre, A. (2012). *Healing Developmental Trauma: How Early Trauma Affects Self-Regulation, Self-Image, and the Capacity for Relationship.* Berkeley: North Atlantic Books.
43. Hermann, J. L. (1990). *Trauma and Recovery*. London: Pandora.
44. Hodgdon, H. B., Anderson, F. G., Southwell, E., Hrubec, W., & Schwartz, R. (2022). Internal Family Systems (IFS) Therapy for Posttraumatic Stress

Disorder (PTSD) among Survivors of Multiple Childhood Trauma: A Pilot Effectiveness Study. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma, 31*(1), 22-43. https://doi.org/10.1080/10926771.2021.2013375

45. Holmes, E., Brown, R., Mansell, W., Fearon, R., Hunter, E., Frasquilho, F., & Oakley, D. (2005). Are there two qualitatively distinct forms of dissociation? A review and some clinical implications. *Clinical psychology review, 25*(1), 1–23. https://doi.org/10.1016/j.cpr.2004.08.006
46. Integrative Trauma Treatment Center. (2022). *Our View on Single Incident Trauma.* Získáno 5. listopadu 2022 z https://traumacenternw.com/services/single-incident/
47. International Society for the Study of Trauma and Dissociation. (2022). *Fact Sheet I -Trauma and Complex Trauma: An Overview.* Získáno 5. listopadu 2022 z https://www.isst-d.org/public-resources-home/fact-sheet-i-trauma-and-complex-trauma-an-overview/
48. Iyengar, B. K. S. (1966). *Light on Yoga.* New York: Schocken Books
49. Jochmannová, L. (2021). *Trauma u dětí*. Praha: Grada
50. Khalsa, S. S., Adolphs, R., Cameron, O. G., Critchley, H. D., Davenport, P. W., Feinstein, J. S., … Mehling, W. E. (2018). Interoception and Mental Health: A Roadmap. *Biological Psychiatry: Cognitive Neuroscience and Neuroimaging, 3(6),* 501–513. https://doi.org/10.1016/j.bpsc.2017.12.004
51. Kimble, M., Boxwala, M., Bean, W., Maletsky, K., Halper, J., Spollen, K., & Fleming, K. (2014). Theimpactofhypervigilance: Evidence for a forward feedback loop. *Journal of Anxiety Disorders, 28(2)*, 241–245. https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2013.12.006
52. Kirkwood, G., Rampes, H., Tuffrey, V., Richardson, J., & Pilkington, K. (2005). Yoga for anxiety: a systematic review of the research evidence. *British journal of sports medicine*, *39*(12), 884–891. https://doi.org/10.1136/bjsm.2005.018069
53. Krause-Utz, A., Frost, R., Winter, D., &Elzinga, B. M. (2017). Dissociation and Alterations in Brain Function and Structure: Implications for Borderline Personality Disorder. *Current psychiatry reports*, *19*(1), 6. https://doi.org/10.1007/s11920-017-0757-y

54. Kuvalayananda, S., &Vinekar, S. L. (1990). *Jógová terapie.* Bratislava: CAD Press
55. Larsen, Ch., Wolff, Ch., & Hager-Forstenlechner, E. (2018). *Medical Yoga 2*. Olomouc: Poznání
56. Lefebre, J. (2021). Using Trauma- Sensitive Yoga and Embodied Play Therapy for Stabilization and Resourcing. In A. Beckley-Forest, & A. Monaco (Eds.). *EMDR With Children in the Play Therapy Room* (311 – 324). New York: Springer Publishing Company
57. Long, Ch. (2021). *How the Parasympathetic Nervous System Can Lower Stress.*Získáno 12. listopadu 2022 z https://www.hss.edu/article_parasympathetic-nervous-system.asp
58. Marich, J. (2014). *Trauma Made Simple: Competencies in Assessment, Treatment and Working with Survivors.* New York: Springer Publishing Company
59. Matoušek, O. (2017). *Dítě traumatizované v blízkých vztazích*. Praha: Portál.
60. McBride, H. L. (2021). *The Wisdom of Your Body.* Toronto: HarperCollins Publishers
61. Mehta, M. A., Golembo, N. I., Nosarti, C., Colvert, E., Mota, A., Williams, S. C. R., … Sonuga-Barke, E. J. S. (2009). Amygdala, hippocampal and corpus callosum size following severe early institutional deprivation: The English and Romanian Adoptees Study Pilot. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 50*(8), 943–951. https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2009.02084.x
62. Mosley, N. (n.d.). *With curiosity, embodiment, choice*. Získáno 10. října 2022 z https://www.traumasensitiveyogawest.ca/whatistctsy
63. National Child Traumatic Stress Network. (2012). *TF-CBT: Trauma Focused Cognitive Behavioral Therapy.* Získáno 12. listopadu 2022 z https://www.nctsn.org/sites/default/files/interventions/tfcbt_fact_sheet.pdf
64. Nemiah, J. C. (1998). Early concepts of trauma, dissociation, and the unconscious: Their history and current implications. In J. D. Bremner & C. R. Marmar (Eds.), *Trauma, memory, and dissociation* (pp. 1–26). Washington, D.C.: American Psychiatric Association Publishing
65. Nicotera, N., & Connolly, M. M. (2020). The Influence of Trauma-Informed Yoga (TIY) on Emotion Regulation and Skilled Awareness in Sexual Assault

Survivors. *International journal of yoga therapy, 30*(1), 19–31. https://doi.org/10.17761/2020-D-18-00031

66. Office for Victims of Crime. (n.d.). *Who is at Risk of Being Affected by Vicarious Trauma?*. Získáno 7. listopadu 2021 z https://ovc.ojp.gov/program/vtt/what-is-vicarious-trauma#who-is-at-risk-of-being-affected-by-vicarious-trauma
67. Ogden, P., Pain, C., & Fisher, J. (2006). A sensorimotor approach to the treatment of trauma and dissociation. *The Psychiatric clinics of North America*, *29*(1), 263–xii. https://doi.org/10.1016/j.psc.2005.10.012
68. Oren, E., & Solomon, R. (2012). EMDR therapy: An overview of its development and mechanisms of action. *Revue Européenne de PsychologieAppliquée/European Review of Applied Psychology, 62*(4), 197–203. https://doi.org/10.1016/j.erap.2012.08.005
69. Pessoa, L. (2010). Emotion and cognition and the amygdala: From "what is it?" to "what's to be done?" *Neuropsychologia, 48*(12), 3416–3429. https://doi.org/10.1016/j.neuropsychologia.2010.06.038
70. Praško, J. (2003). *Stop traumatickým vzpomínkám: jak zvládnout posttraumatickou stresovou poruchu.* Praha: Portál.
71. Price C. (2005). Body-oriented therapy in recovery from child sexual abuse: an efficacy study. *Alternative therapies in health and medicine*, *11*(5), 46–57. Získáno 11. listopadu 2022 z https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1933482/
72. Rice, A. (2022). *Trauma-Informed Yoga: A Guide*. Získáno 7 října. 2022 z https://psychcentral.com/health/what-is-trauma-informed-yoga#definition
73. Scalabrini, A., Mucci, C., Esposito, R., Damiani, S., & Northoff, G. (2020). Dissociation as a disorder of integration - On the footsteps of Pierre Janet. *Progress in neuro-psychopharmacology & biological psychiatry*, *101*, 109928. https://doi.org/10.1016/j.pnpbp.2020.109928
74. Schellong, J., Epple, F., & Weidner, K. (2021). *Psychotraumatologie.* Praha: Triton
75. Schulz, A., &Vögele, C. (2015). Interoception and stress. *Frontiers in Psychology,* 6:993. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2015.00993

76. Schwartz, A. (2016). *The Neurobiology of Trauma-Dr. Arielle Schwartz.* Získáno 17. září 2022 z https://drarielleschwartz.com/the-neurobiology-of-trauma-dr-arielle-schwartz/#.Y2EoFHbMLb1
77. Schwartz, A. (2019). *Complex PTSD and Dissociative Symptoms.* Získáno 13. listopadu 2022 z https://drarielleschwartz.com/complex-ptsd-and-dissociative-symptoms-dr-arielle-schwartz/#.Y3DuUHbMLb0
78. Šedová, M., & Chuchutová, L. (2021). *Jóga pro zdraví: přirozený přístup pro tělo a mysl*. Praha: Grada
79. Sensorimotor Psychotherapy Institute. (n.d.). *Our Principles.* Získáno 23. září 2022 z https://sensorimotorpsychotherapy.org/about/#mission
80. Shaili, J. (2019). *The Unspeakable Mind.* New York: Harper Collins Publisher
81. Sheline, K. T. (2015). *Post-traumatic growth and suicide risk in college students according to trauma type: a failure to replicate.* (Dissertation). Získáno 15. října 2021 z Mountain Scholar Digital Collections of Colorado.
82. Singh, J., Prakash, J., Yadav, P., Bharti, A., & Chatterjee, K. (2021). Complex psychological trauma. *Industrial psychiatry journal*, *30*(Suppl 1), S305–S307. https://doi.org/10.4103/0972-6748.328837
83. Somatic Experiencing International. (n.d.). *We have a simple, but bold, vision: Transforming lives through healing trauma.* Získáno 17. září 2022 z https://traumahealing.org/about/
84. Stevens, F. L., Hurley, R. A., & Taber, K. H. (2011). Anterior cingulate cortex: unique role in cognition and emotion. *The Journal of neuropsychiatry and clinical neurosciences*, *23*(2), 121–125. https://doi.org/10.1176/jnp.23.2.jnp121
85. Sweezy, M., & Ziskind, E. L. (Eds.). (2013). *Internal family systems therapy: New dimensions.* New York: Routledge/Taylor & Francis Group
86. *Thalamus*. (n.d.). In Wikisophia. Získáno 1. listopadu 2022 z https://wikisofia.cz/wiki/Thalamus
87. The Growth & Wellness Therapy Centre. (2020). *What is Trauma sensitive yoga and why should I try it?*. Získáno 7. října 2022 z https://www.growthwellnesstherapy.com/our-blog/what-is-trauma-sensitive-yoga-and-why-should-i-try-it
88. Trauma Center Trauma Sensitive Yoga. (2022). *What is Trauma Sensitive Yoga?*. Získáno 7. října 2022 z https://www.traumasensitiveyoga.com/about

89. Turner, J. (2020). *Embodied Healing Survivor and Facilitator Voices from the Practice of Trauma-Sensitive Yoga.* Berkeley: North Atlantic Books
90. Vágnerová, M. (2014). *Současná psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál
91. van der Kolk, B. A. (2011). Introduction. In: Emerson, D., & Hopper, E. *Overcoming Trauma through Yoga*. Berkeley: North Atlantic Books, pp. 16-24
92. van der Kolk, B. A. (2014). *The body keeps the score: Brain, mind, and body in the healing of trauma.* New York: Viking Press
93. van der Kolk, B. A., Brown, P., & van der Hart, O. (1989). Pierre Janet on post-traumatic stress. *Journal of Traumatic Stress, 2(4)*, 365–378. doi: 10.31887/DCNS.2000.2.1/bvdkolk.
94. van der Kolk, B. A., Stone, L., West, J., Rhodes, A., Emerson, D., Suvak, M., & Spinazzola, J. (2014). Yoga as an adjunctive treatment for posttraumatic stress disorder: a randomized controlled trial. *The Journal of clinical psychiatry*, *75*(6), e559–e565. https://doi.org/10.4088/JCP.13m08561
95. Vaníčková, E. (2014). *Metodika pro screening emocionální traumatizace dětí.* Praha: Národníkoodinační centrum prevenceúrazů, násilí a podporybezpečnosti pro děti Fakultní nemocnice v Motole.
96. Weltens, N., Zhao, D., & Van Oudenhove, L. (2014). Where is the comfort in comfort foods? Mechanisms linking fat signaling, reward, and emotion. *Neurogastroenterology & Motility, 26(3),* 303–315. doi:10.1111/nmo.12309
97. West, J. I. (2011). *Moving to heal.* (Dissertation). Získáno 12. listopadu 2022 z eScholarship@BC
98. West, J., Liang, B., & Spinazzola, J. (2017). Trauma sensitive yoga as a complementary treatment for posttraumatic stress disorder: A qualitative descriptive analysis. *International Journal of Stress Management, 24*(2), 173–195. https://doi.org/10.1037/str0000040
99. World Health Organization. (2022). *ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics*. Získáno 10. listopadu 2022 z https://icd.who.int/browse11/l-m/en
100. Wylie, M.S. (2014). The Limits of Talk: Bessel van der Kolk Wants to Transform the Treatment of Trauma. *Psychotherapy Networker 28* (1), 30–41. Získáno 12. listopadu 2022 z https://yogafordepression.com/wp-content/uploads/the-limits-of-talk-wylie.pdf

101. Zaccari, B., Sherman, A., Higgins, M., & Ann Kelly, U. (2022). Trauma Center Trauma-Sensitive Yoga Versus Cognitive Processing Therapy for Women Veterans With PTSD Who Experienced Military Sexual Trauma: A Feasibility Study. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*, 10783903221108765. Advance online publication. https://doi.org/10.1177/10783903221108765

102. Zhang, L., Lu, L., Bu, X., Li, H., Tang, S., Gao, Y., … Huang, X. (2021). Alterations in hippocampal subfield and amygdala subregion volumes in posttraumatic subjects with and without posttraumatic stress disorder. *Human brain mapping*, *42*(7), 2147–2158. https://doi.org/10.1002/hbm.25356

Obrázky:

Obrázek 1: Scheme of nervous system; získáno 11. listopadu 2022 z https://www.lecturio.com/concepts/general-structure-of-the-nervous-system/

Obrázek 2: Chart of interoceptive awareness features; resource: Khalsa et al., 2018, 29

ABSTRAKT DIPLOMOVÉ PRÁCE

Název: Integrace trauma senzitivní jógy jako terapeutické intervence do psychologické praxe

Autor: Julie Valešová

Vedoucí práce: doc. PhDr. Mgr. Roman Procházka, Ph.D.

Počet stránek a znaků: 108, 211 964

Počet příloh: 2

Počet zdrojů: 102

Abstrakt: Diplomová práce je věnována integraci trauma senzitivní jógy (TCTSY) jako terapeutické intervence do psychologické praxe. Cílem výzkumu bylo prozkoumat a popsat, jak psychologové integrují TCTSY do své terapeutické práce s klienty. Předem bylo stanoveno šest výzkumných otázek: Jak vypadají způsoby integrace trauma senzitivní jógy do terapeutické činnosti, kterou psychologové poskytují svým klientům? U kterých klientů indikují psychologové trauma senzitivní jógu do terapie? Jaké komponenty trauma senzitivní jógy se psychologům nejvíce osvědčily? Jaká je motivace psychologů integrovat trauma senzitivní jógu do své terapeutické práce s klienty? Jaké jsou dle psychologů přínosy integrace trauma senzitivní jógy do terapeutické činnosti s klienty? Jaké jsou dle psychologů limity integrace trauma senzitivní jógy do terapeutické činnosti s klienty? Teoretická část obsahuje poznatky o definici, diagnostice a typech psychického traumatu s důrazem na komplexní trauma. Dále je zde uvedena neurobiologie a léčba traumatu a rovněž příklady dosavadních výzkumů v dané problematice. Výzkum byl proveden kvalitativním designem pomocí polostrukturovaných rozhovorů. Výzkumu se zúčastnilo celkem osm respondentů. Shromážděná data byla analyzována pomocí tématické analýzy.

Klíčová slova: psychické trauma, trauma senzitivní jóga, integrace terapeutické intervence, terapeutická činnost, tématická analýza

ABSTRACT OF MASTER THESIS

Title: Integration of TCTSY as a therapeutical intervention into psychological practice
Author: Julie Valešová
Supervisor: doc. PhDr. Mgr. Roman Procházka, Ph.D.
Number of pages and characters: 108, 211 964
Number of supplements: 2
Number of references: 102

Abstract: The master thesis is dedicated to integration of Trauma Center Trauma Sensitive Yoga (TCTSY) as a therapeutical intervention into psychological practice. The survey aimed to explore and describe of how psychologists integrate TCTSY into their therapeutical work with clients. Six research questions were defined in advance: What are the ways of integrating TCTSY into the therapeutical work? What type of clients do psychologists indicate TCTSY as part of therapy with? What kind of TCTSY components are considered the most useful in psychological practice? What motivates psychologists to integrate TCTSY into their therapeutic work with clients? What are the benefits of the TCTSY integration into the therapeutical work? What are the limitations to integrating TCTSY into the therapeutical work? The theoretical part includes knowledge about definition, diagnosing, and types of psychological trauma with the accent on complex trauma; furthermore, neurobiology and treatment of trauma, and also examples of previous research associated with the topic. The survey was conducted by qualitative design by using semi-structure interview. Eight participants took a part in the survey. The collected data were analyzed by the Thematic analysis.

Key words: psychological trauma, Trauma-Sensitive Yoga, integration of therapeutic intervention, therapeutic work, thematic analysis

PŘÍLOHY

Seznam příloh diplomové práce:

1. Informovaný souhlas
2. Otázky do rozhovoru

Univerzita Palackého v Olomouci

Filozofická fakulta
Univerzita Palackého v Olomouci

KATEDRA PSYCHOLOGIE
Filozofické fakulty UP

Informovaný souhlas

pro účely magisterské diplomové práce

Název výzkumu: Integrace trauma senzitivní jógy jako terapeutické intervence do psychologické praxe
Autor výzkumu: Julie Valešová
Datum:

Byl/a jsem seznámena s podmínkami výzkumu diplomové práce s názvem „Integrace trauma senzitivní jógy jako terapeutické intervence do psychologické praxe“ a dobrovolně souhlasím se svou účastí.

Beru na vědomí, že veškeré údaje poskytnuté do tohoto výzkumu jsou anonymní a nebudou použity jiným způsobem než k interpretaci výsledků diplomové práce.

Beru na vědomí, že rozhovor bude nahráván. Pořízením audio záznamu nebude narušena anonymita zaručená výzkumníkem.

Beru na vědomí, že mohu kdykoli změnit svůj názor a z výzkumu odstoupit.

Otázky do rozhovoru:

Respondentka číslo:

Oslovení (gender) (Jaké oslovení si přejete, aby bylo užíváno?):

Věk:

Pracovní pozice:

Země:

- Jak dlouho trauma senzitivní jógu v terapeutické práci s klienty využíváte?
- S jakými dalšími terapeutickými přístupy trauma senzitivní jógu kombinujete?
- Je to kompatibilní kombinace, nebo jste někdy zaznamenal/a jakýkoli konflikt mezi používanými terapeutickými přístupy?
- Co Vás přimělo zařadit trauma senzitivní jógu do své terapeutické práce s klienty?
- Jaký je Váš vztah k józe obecně?
- Jak vypadá Vámi nabízená intervence trauma senzitivní jógy?
- Oddělujete intervenci trauma senzitivní jógy od klasických terapeutických sezení, nebo probíhá trauma senzitivní jóga v rámci standartních terapeutických setkání s klienty?
- Kde trauma senzitivní jóga s klientem probíhá?
- Jak často trauma senzitivní jógu s daným klientem realizujete? A definujete si počet setkání předem?
- Máte předem vymyšlenou sestavu jógových prvků, které chcete klientovi nabídnout, nebo postupujete intuitivně?
- Změnil výcvik v trauma senzitivní józe vás profesní přístup, a pokud ano, tak v čem?
- Máte stanovené nějaké podmínky, které musí klient splňovat, aby mohla být trauma senzitivní jóga začleněna do terapie?
- Nabízíte trauma senzitivní jógu klientům sama od sebe, nebo Vás klienti cíleně vyhledávají, protože se o trauma senzitivní józe dozvěděli a chtěli by ji vyzkoušet (případně obě možnosti)?
- U kterých klientů myslíte, že je trauma senzitivní jóga vhodnou terapeutickou intervencí a proč?

- U kterých klientů byste naopak trauma senzitivní jógu nedoporučoval(a) a proč?
- Lidé s komplexním traumatem mívají často různé diagnózy, s jakými konkrétními diagnózami jste se Vy osobně setkal(a) u svých klientů, u kterých jste trauma senzitivní jógu zařadil(a) do léčby?
- Stalo se Vám, že klienti nebyli s trauma senzitivní jógou spokojení, anebo že ji odmítli a z jakého důvodu?
- V čem shledáváte trauma senzitivní jógu jedinečnou oproti jiným terapeutickým intervencím?
- V čem vidíte přínos trauma senzitivní jógy pro psychologickou praxi?
- Trauma senzitivní jóga se skládá z dílčích komponentů, jako je vedení intervence formou pozvání (invitational language), zaměření na interocepci, možnost volby (choice making) a nenásilný, nevnucující přístup (noncoersion). Využíváte některé z výše uvedených komponentů i mimo přímou intervenci TCTSY při běžné práci s klienty?
- Je nějaká dílčí komponenta, kterou klienti nejčastěji pozitivně hodnotí, a naopak, která je pro ně nejčastěji problematická?
- Je něco, co nezaznělo, a rád(a) byste to zmínil(a)?

THE ENGLISH VERSION

Palacký University in Olomouc
Faculty of Arts
Department of Psychology

INTEGRATION OF TRAUMA-SENSITIVE YOGA AS THERAPEUTICAL INTERVENTION INTO PSYCHOLOGICAL PRACTICE

Master Thesis

Autor: Bc. Julie Valešová
Supervisor: doc. PhDr. Mgr. Roman Procházka, Ph.D.

Olomouc
2023

Acknowledgements

This master thesis would have never seen the light of day without the people mentioned below. I would like to extend my sincere thanks for their support, patience, knowledge, and guidance.

My thanks belong to my university supervisor doc. PhDr. Mgr. Roman Procházka, Ph.D., to the English teacher Mgr. Monika Klimparová, next to the co-director of the Center for Trauma and Embodiment at JRI, Jennifer Turner, and the trauma center as a whole institution. Special thanks to all participants who participated in the research and shared their experiences.

Proclamation

I hereby proclaim that I wrote this master thesis called 'Integration of TCTSY as Therapeutical Intervention into Psychological Practice' by myself, under the professional supervision of doc. PhDr. Mgr. Roman Procházka, Ph.D. All of the used literature has been cited.

Olomouc, March 23, 2023 .....

podpis

Table of Content

Introduction 6

THEORETICAL PART 7

1 Trauma 8

1.1 Definition of Trauma 8

1.2 Type of Trauma 10

1.3 Trauma as a diagnosis 12

1.4 Complex Trauma 13

1.4.1 Attachment and relationships 13

1.4.2 Affect and behavioral regulation 14

1.4.3 Dissociation 15

1.5 Neurobiology of Trauma 17

1.5.1 Interoception 18

1.5.2 Limbic System 21

1.5.3 Sympathetic and parasympathetic 23

1.5.4 Bottom-up process in neurobiology regulation 24

1.6 Trauma treatment 25

2 TRAUMA CENTER TRAUMA-SENSITIVE YOGA (TCTSY) 29

2.1 Yoga 29

2.2 Yoga therapy 30

2.3 Trauma Center Trauma-Sensitive Yoga 31

2.4 TCTSY core components 32

2.5 Trauma-sensitive yoga in psychological practice 36

3 RESEARCH 38

3.1 Yoga as an adjunctive treatment for PTSD 38

3.2 Trauma-Sensitive Yoga as a Complementary Treatment for PTSD 39

3.3 Meta-analyses of yoga for PTSD 40

3.4 The Influence of Trauma-Informed Yoga on Emotion Regulation and Skilled Awareness in Sexual Assault Survivors 42

3.5 TCTSY vs Cognitive Processing Therapy for Women Veterans with PTSD Who Experienced Military Sexual Trauma 43

3.6 Examining Mechanisms of Change in a Yoga Intervention for Women: The Influence of Mindfulness, Psychological Flexibility, and Emotion Regulation on PTSD Symptoms 44
3.7 Conclusion 45
4 SELF-REFLECTION OF RESEARCHER 46
PRACTICAL PART 48
5 METHODOLOGICAL FRAMEWORK 49
5.1 The research problem and the aim of the study 49
5.2 Research questions 50
5.3 Participants 50
5.4 Methods of data collection 51
5.5 Methods of data analysis 51
5.6 Ethics 53
6 RESULTS OF ANALYSIS 54
6.1 What are the ways of integrating TCTSY into the therapeutical work? . 54
6.1.1 Pre-integration 55
6.1.2 Integration 59
6.2 What type of clients do psychologists indicate TCTSY as part of therapy with? 64
6.2.1 Indication of Trauma-Sensitive Yoga 65
6.3 What kind of TCTSY components are considered the most useful in psychological practice? 68
6.4 What motivates psychologists to integrate TCTSY into their therapeutical work with clients? 71
6.4.1 Motivation 71
6.4.2 Differences in other approaches 74
6.5 What are the benefits of the TCTSY integration into the therapeutical work? 76
6.5.1 Unique characteristics of TCTSY 77
6.5.2 Changes 79
6.6 What are the limitations to integrating TCTSY into the therapeutical work? 81
6.6.1 Barriers for clients 82

6.6.2 Difficulties for psychologists 83
DISCUSSION 85
CONCLUSION 91
SUMMARY 95
RESOURCES 97
ABSTRACT OF MASTER THESIS 107
SUPPLEMENTS 108

Introduction

To be seen, heard, understood, and loved – this is perhaps the core of human relationships from the moment we are born. As I am diving deeper into the issue of psychological trauma in the context of relationships, alongside expanding my knowledge by reading about experiences shared by trauma professionals and survivors, I am more and more convinced about it. From the moment we take the first breath, we desire someone who will see our beauty and understand our needs – a person who will care about us if we call for help or attention. We need someone sympathizing with our emotions and loving us unconditionally. Nevertheless, life is complicated, and being a human includes hardship, challenges, and wounds as well as happiness, love, or success.

Sometimes we are confronted with a situation beyond our understanding and emotional or physical capacity. All of us can face trauma during our life, with relationships being a potential cause. A person who should protect us can also be the instigator of our deepest harm, and sustaining this devastating ambivalence may turn into a harsh battle.

This represents a central issue of this master thesis because if we cannot prevent trauma exposure, we need to learn how to deal with it. Therefore, we have decided to explore the unique therapeutic program called *Trauma Center Trauma-Sensitive Yoga* (TCTSY), and how psychologists integrate it into their work with clients.

Based on this, you can read about trauma focusing on relationships, a special kind of yoga as a helpful tool in treatment, but primarily about the wisdom of our body and mind, hope, power of human existence, and a gift of recovering possibility.

This master thesis was written for psychologists, psychotherapists, social workers, doctors, yoga teachers, trauma survivors, and everyone interested in trauma-informed approaches.

THEORETICAL PART

1 Trauma

Trauma – one word covering more than one meaning. We are used to considering trauma a highly damaging situation. But what does this condition entail? There are events that we automatically perceive as traumatic, but there may be others perceived as not necessarily harmful. Trauma is very subjective and take on different forms. Unfortunately, many traumatic life stories are disregarded, mainly if they happen in private and in the context of relationships. Moreover, most psychologists and other mental health providers were not fully aware of the scope of traumatic experiences until recently.

With respect to this, we are here to think, read, and write about trauma, explore its forms and focus on the youngest type of trauma in the science field, which deserves our attention.

In the following chapter, we provide the definition of trauma, differences between trauma diagnoses, and a great deal of time is devoted to a complex traumatic experience.

1.1 Definition of Trauma

The meaning is derived from the Greek language, and generally refers to some wounding, no matter if there is a physical or mental source. It means we can injure our body, our mind, and our soul as well. Nowadays, we can look at trauma from two different perspectives: medical or psychological (Catherall, 2004).

While the medical concept of trauma suggests a damage to health, the psychological framework is connected with life-threatening events without any request for bodily harm. Accordingly, mental wounds can often be invisible (Marich, 2014).

With respect to the ambiguity, we emphasize that our primary focus will be on psychological trauma. Therefore, in the following paragraphs, we try to elucidate what we think when we say: "it is a trauma."

A traumatic experience triggers a significant fear response. This reaction is so intense that ordinary coping strategies lose their influence; it leads to not being able to deal with and integrate the situation. Following this, we can see a massive impact on people's existence, especially on their behavior, postures, emotions, and other parts of

their lives (Matoušek, 2017).

Praško et al. (2003) also express that trauma exposure walks beyond the pale of a person's emotional capacity for managing it.

These are typical definitions. However, Judith Lewis Hermann (1990, 1) provides another fascinating specification of trauma, and it sounds: "*The conflict between the will to deny horrible events and the will to proclaim them about is the central dialectic of psychological trauma.*" The meaning is the same as in the classic definition; however, the word choices for describing it make the difference.

Based on what we have explored, we can easily see that trauma reaches beyond the scope of life experience. Nevertheless, how can we recognize what exceeds this imaginary borderline?

Probably the most complex answer for this question offers Jochmannová in her publication Children and Trauma[1] (2021). She has described the features of traumatic events as unexpected and acute conditions, accompanied by helplessness and having no control.

Another explanation of trauma, which we can be also found in some publications, suggests that trauma is an outcome of the impossibility to finish the defensive mechanisms known as a flight or fight. Thus, the inability to complete a self-defensive reaction is the background of traumatic symptoms (Vaníčková, 2014).

From my point of view, the unfinished reactions can be a component of a traumatic experience; however, not necessarily conditions. If we transformed this into a trauma definition, we would exclude people who rescued themselves by fighting with the enemy or had finally the chance to escape; nevertheless, they are traumatized by what they lived through.

In summary, we have dived into the understanding of psychological trauma. Now, we recognize a traumatic experience as an event filled with fearful, unexpected, and precipitous happenings that we cannot control.

.

---

[1] Translated from the original *Děti a Trauma* (2021)

1.2 Type of Trauma

Based on what we read at the beginning of the first chapter, we have tackled the basic essence of what trauma can be in general. Thanks to this, we can extend our knowledge about each type of trauma that has been described. We know five kinds of trauma called *single-incident trauma*, *complex trauma*, *developmental trauma*, *cumulative trauma*, and *vicarious trauma*. We are introducing all of them in the following paragraphs.

Single-incident trauma

The first kind of trauma refers to one traumatic episode like a car accident, natural disaster, single rape experience, or terrorist attack. Trauma event happens once, and this is a significant feature (Sheline, 2015). It fulfills the intensity, unexpectedness, and acute conditions.

One's experience of single-incident trauma does not always lead to the occurrence of post-traumatic stress disorder (PTSD) later. However, it is not negligible interference with the usual way of being, and it can result in mental health struggles. Single-incident trauma often triggers anxious or depressive states, sleeping disorders, social isolation, and higher risk of substance abuse (Integrative Trauma Treatment Center, 2022).

On the other hand, it could be perceived as a "better" option compared to repeated and prolonged trauma exposure. The advantage of a treatment might also be the approach of people around the survivors. Single-incident trauma may often take a form of a public incident (e.g., a car accident), and, accordingly, compassion, acceptance, and help coming from other people are higher than in the case of other types of trauma, which may not attract attention at all (International Society for the Study of Trauma and Dissociation, 2022). We could question the validation of such a statement. However, I consider it worth mentioning.

Complex Trauma

Complex trauma belongs to a new type of trauma in professional terminology. For a longer period, psychological trauma was mainly associated with war veterans. However, similar atrocities may happen in the secrecy of daily life, and they might be even more treacherous.

Compared to single-incident trauma, the complex one prevails for a longer time.

There are repeated exposures to trauma, and the perpetrator is often someone intimated to the victim. In other words, relationships are central to trauma hitting. We could also say that complex trauma is interpersonal (Ford & Courtois, 2009).

Complex trauma stands in the center of our interest. Therefore, we have a single sub-chapter about this type, where we will explore it a bit further.

Developmental Trauma

The heart of the matter lies in a traumatic experience from an early childhood, when a child is entirely dependent on the caregiver. All babies have their core needs, the meeting of which develops the capacity for physical and emotional well-being. However, the core needs must be met by a responsible adult. If the caregiver fails repeatedly, the core needs are not met, which results in undeveloped capacity for well-being, and developmental trauma is born (Heller & LaPierre, 2012).

We can see a close link between developmental trauma prevalent and problematic attachment. In addition, the development of emotional regulation has been disrupted within trauma survivors' childhood (Heller & LaPierre, 2012).

Although we described each type of trauma separately, alongside the differences between them, they can combine together. Especially, developmental trauma goes quite often in a dyad with complex.

Cumulative Trauma

The next type of trauma presents the combination of two or more traumatic events during the lifetime. For example, someone may have an experience of a car accident and school bullying. The traumatic events do not have to link to each other; however, our body remembers each of them, and it leads to accumulation (Jochmannová, 2021).

Vicarious Trauma

Unfortunately, vicarious trauma can be often ignored, but in our perspective, it is definitely an aspect of traumatic experience that deserves attention. Although people with vicarious trauma are exposed to trauma indirectly, they might be hurting indeed.

The source of trauma comes from sharing the traumatic experience with the victim or victims. Simply put, we might say that trauma transfers to those listening or seeing it. In addition, all staff and volunteers operating in victim services, emergency systems, or mental health care professions are vulnerable and stay at risk (Office for Victimes of Crime, n.d.).

1.3 Trauma as a diagnosis

We have described the different types of trauma according to the characteristics of the traumatic event(s). Now we extend our knowledge by the diagnostic point of view. Traumatized people in professional mental health care services have to fit into a classification system; therefore, trauma is grounded in diagnostic manuals like Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM) used in the USA or International Classification of Diseases (ICD) validated in Europe. Although trauma, alongside its consequences, is the same around the world, its place in diagnostic manuals is not.

The fifth edition of DSM comprises the division "Trauma-and Stressor-Related Disorder" and there are five concrete diagnoses: Reactive Attachment Disorder, Disinhibited Social Engagement Disorder, Post-traumatic Stress Disorder, Acute Stress Disorder, Adjustment Disorders plus Other Specified or Unspecified Trauma-and Stressor-related Disorder (American Psychiatric Association, 2013).

Post-traumatic Stress Disorder is connected to situations where people are exposed to death or death risk, serious injury, or sexual violence. It does not have to be the person who has been affected by the trauma, but all witnesses or close relatives, friends and even professionals, such as first responders or mental health professionals who are exposed to the trauma indirectly (Friedman et al., 2007).

The symptoms assigned to PTSD include intrusion symptoms (e.g., involuntary memories, nightmares, flashbacks), avoiding the stimuli that remind of the traumatic event, negative cognitive or affective changes, and alterations in arousal and reactivity. The particular symptoms should continue for more than one month (Friedman et al., 2007).

ICD–11 includes one extra diagnosis, compared to DSM–5. We can finally find Complex Post-traumatic Stress Disorder there, and also Prolonged Grief Disorder. On the other hand, Acute Stress Disorder has been excluded from the classification, because it is not perceived as a disease but as a normal reaction to an extremely stressful situation. Other diagnoses are the same as in DSM-5 (World Health Organization, 2022).

There has recently been a positive shift to etiology of disorders with the ICD-11 arrival. The tenth revision of ICD does not reflect the range of trauma – complex trauma does not exist here, and Reactive Attachment Disorder with Disinhibited Social

Engagement Disorder do not have a place among the categories of disorders specifically associated with stress (Jochmannová, 2021).

1.4 Complex Trauma

Complex trauma stands at the center of our attention in this master thesis. As we will deeply explore it in Chapter two, Trauma-sensitive yoga was developed for complex trauma survivors. Based on this fact, we need to understand what exactly characterizes this type of trauma.

There are some affected scopes that deserve our attention: attachment and relationships, emotional and behavioral regulation, physical health and neurobiology, mindset, development of self, dissociation, and learning (Singh et al., 2021).

1.4.1 Attachment and relationships

"When trust is lost, traumatized people feel that they belong more to the dead than to the living." (Hermann, 1990, 52).

While we are growing, our relationships with others and with ourselves are being shaped. The first bond develops between a baby and its caregiver. For Bowlby (2010) and many other authors, a mother is the primary figure of caregiving, and the attachment theory is grounded in observation of the relation between a mother and her baby. From Bowlby's point of view, attachment is a kind of social behavior that is visible in interactions between a mother and a child.

A baby is entirely dependent on the care coming from the outer world; therefore, meeting the child's needs is the caregiver's responsibility. Depending on how the care is provided, a child begins to lay the foundation of future relationships with people, oneself, and society in general (Heller & LaPierre, 2012).

By means of relationships in childhood, we can internalize the sense of safety and trust in the world that help us to sustain life (Hermann, 1990). We also progressively acquire the capacity for our emotional and behavioral regulation, communication skills, and our personal importance in this world (Cook et al., 2005).

When trauma creeps into this critical and fragile period or, moreover, if the caregiver is the cause of trauma, all emerging skills, senses, or capacities mentioned above are threatened, and the child must react to this threat to save its life and integrity.

In the case of threat, we naturally turn to the closest person, seeking for protection.

However, if our call is unavailing, because the caretaker does not answer, everything we should be learning about trust and safe is undermined. Traumatic events shatter the belief system concerning safety, protection, natural or divine order, and trust in relationships. Judith Hermann (1990) highlights that this is the core of trauma, not just a secondary effect.

It means that when trauma comes from families or partners, we must take into consideration that relationships, in general, might be looked at through a traumatic lens (Turner, 2020).

Accordingly, there are two simple ways of coping behaviors. One is based on disconnection from others. It means that a traumatized person stops trusting people because everyone could be a potential threat, the same as the caregiver was. The other one is the opposite – the person invest considerable effort in winning other people's attention and interest. It is a coercive act to be close with someone (Cook et al., 2005).

Having collected this information, it is no surprise that complex and developmental trauma includes the following symptoms: emotional dysregulation, issues in building and remaining in deep and healthy relationships, struggling with intimacy issues, and negative self-identity (World Health Organization, 2022).

If we look at the symptoms, we may associate them with psychopathology; however, when we understand the cause of the symptoms, they start to make sense. Thus, we are inclined to believe Ogden et al. (2006) that all these symptoms are just outcomes of adaptation to the provided care.

1.4.2 Affect and behavioral regulation

Although the affect and behavioral regulation has been paid attention to individually, we cannot separate it from attachment as it is firmly connected with it. During childhood, we need to learn how to regulate our emotional states and control our behavior. Complex trauma survivors are struggling with self-regulation and self-soothing. They might disconnect from or become desensitized to their body or emotion if they feel stressed or dysphoric. They can escape from an uncomfortable situation. There is also a high possibility of the person re-enacting the traumatic experience, leading to aggression, self-injury, or sexualizing behavior (Cook et al., 2005).

Traumatized people can find some "helpmate" in alcohol or drugs to self-regulate. Naturally, if one is not able to soothe oneself from their own internal sources, the next simple step is to use "remedy" from outside. Bessel van der Kolk (2014) writes that at

least half of trauma survivors drink alcohol or use drugs to escape from their awful internal state.

1.4.3 Dissociation

"*Being fully connected to the body is about being fully alive*" (McBride, 2021, 13)

Dissociation is a problematic concept because it is used in different ways, labeling different conditions, as also Holmes et al. (2005) point out. Therefore, if we want to introduce dissociation in the following lines and not to get lost in the variety of meanings, we will stick to the trauma field and to what dissociation means as a kind of response to trauma exposure.

The term dissociation refers to the loss of connecting, integration, and wholeness of one´s experience in the memory. In the case of trauma, the missed integrity involves the recollection of the traumatic event. Trauma survivors remember just pieces of the event, but they are not able to link them together into a united whole (Nemiah, 1998).

When I heard about dissociation for the first time, I thought it describes a freezing reaction to the threat or similar states. If there is no way to escape to safety and fight is not possible for some reason, immobility can be a solution. According to Elbert et al. (2015), I was not entirely wrong because it is one of the first associations regarding dissociation.

Also, Krause-Utz et al. (2017) write about peritraumatic dissociation as a type of dissociation which influence quality of consciousness and intensity of emotion to help to survive the traumatic situation. However, dissociation is still not as complex in this way as it looks in reality.

Having received more information, I gained deeper knowledge of dissociation, and it entails the assumption that dissociation is a dominant symptom just for complex trauma. This opinion was based on clients´ stories that I have read or heard about; one example might be from Bessel van der Kolk's book (2014) about a woman who was dissociated after a car accident. While her husband was trying to rescue both of them from the damaged car, she was sitting in the car seat, feeling nothing. She was entirely disconnected from the fearful emotion and the horrible situation she found herself in, but, at the same time, also from any effort to do something about it. The reason for her reaction

lied in her traumatic childhood experience from many years ago. Her brain remembered that the dissociating state had worked well that time, so it activated the same response to the car accident. This story is an exemplar of dissociation; however, to conclude that this is the only form of dissociation would be incomplete.

Traumatic recollections are prone to prevail as isolated fragments, and there is high unconnectedness between them and other content in memory (Scalabrini et al., 2020).

The unintegrated parts of traumatic memories exist and vividly occur in the way of wide-ranging symptoms. Probably most of us would not be surprised by the fact that trauma survivors can suffer from reliving traumatic events, known as flashbacks, feeling emotional numbing, or feeling as if they were a different person. All the above-mentioned refer to dissociation (van der Kolk & Fisher, 1995, in Holmes et al., 2005).

My point of view on dissociation was changed after gaining even more profound knowledge about the relation between memory and trauma, which we will describe in the neurobiology subchapter. Now, I perceive dissociation not just as an act of disconnection from emotions, body sensation, reality, memories, etc., but, generally, as frequent compartmentalization of traumatic experience. The shift in the understanding might be how the dissociated person looks in our imagination. We can meet emotionally or bodily dissociated clients who behave in a chilly and reserved way, or are seemingly paralyzed, as well as too much sensitive survivors going through flashbacks, somatic diseases, or, moreover, showing aggressive behavior, with all of these being a result of dissociation.

Pierre Janet came up with a very nice comparison of dissociation called *"phobia of memory"* (Janet, 1919, 661, in van der Kolk, Brown, & van der Hart, 1989). It is a fitting metaphor. He pointed to the effort of our subconsciousness to protect consciousness against nightmarish experiences. Dissociation is a genuinely significant feature in terms of post-traumatic stress disorder.

1.5 Neurobiology of Trauma

Trauma is strongly reflected in our nervous system. The brain tries to respond to an extremely stressful situation with the best intentions; however, prolonged and repeated trauma exposure might create its maladaptive function.

The knowledge of the neurobiology of trauma is required not only to see the impact of traumatic events, but mainly to understand how we should set up the treatment and why trauma survivors behave the way they do.

This chapter offers immersion into the neurobiology of trauma, emphasizes the domains treated by Trauma-sensitive yoga intervention. As the research goes forward, we explore more and more helpful information. Based on this, we should keep in mind that the presented information might be extended or adapted with time, and there is a requirement to follow up-to-date resources.

Concerning our desire for profound comprehension of the relationship between neurobiology and trauma, we would like to review some general information about the nervous system, which is key to building more complex knowledge. It means that we will advance from basic information to more expert knowledge of the neurobiology of trauma.

The nervous system is a general term for a sophisticated and complicated structure responsible for sensing, thinking, and controlling our body. It is divided into two major divisions: the central nervous system (CNS) and the peripheral nervous system (PNS). These two sections constantly communicate with each other through nerve fibers about what happens in our endogenous environment or what affects our body from exogenous surroundings. Information coming to the peripheral part, like sensory or visceral stimuli, is transferred by afferent fibers to the central nervous system, and the CNS responds with the action instruction by efferent neurons (Guyton & Hall, 2006).

The peripheral nervous system comprises two other parts: the autonomic nervous system (ANS) and the somatic nervous system. In the context of trauma, we will focus mainly on the ANS, which belongs to the significant body system in the physiological reaction to stress and trauma. In this general-informative paragraph, we can briefly mention that the autonomic nervous system is built on the sympaticus and parasympaticus function, which our voluntary decision cannot control. Instead, it works automatically in a rhythmic change of sympaticus and parasympaticus branches (Schwartz, 2016).

We can see the illustrative scheme of the nervous system in image number one,

based on what we have mentioned so far. We are now able to shift from the general introduction of the nervous system design to the specific parts and functions connected

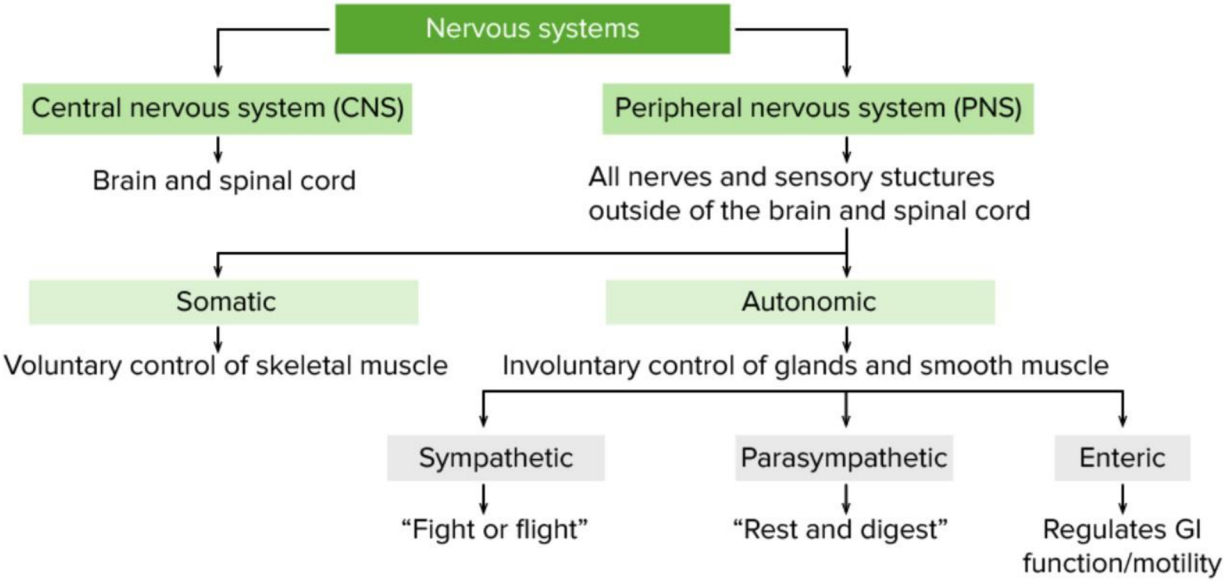


Image 1: Scheme of the nervous system created by Lecturio (2022).

1.5.1 Interoception

We have already been informed that the nervous system has never stopped observing what comes in each moment of our lives and communicates the results through afferent fibers. Our brain absorbs countless stimuli from the external surrounding but also from the internal environment, meaning the body. These processes are called *exteroception* (external observation) and *interoception* (internal observation); even if they get information from a different territory, they have the same aim – *surviving* (Weltens et al., 2014).

Exteroception is responsible for reacting to the world outside. For example, if we see, hear, or smell something life-threatening, our body instinctively responds to keep us alive. It is closely connected with the five senses, which represent exteroceptors, in other words, the mediators between the external environment and our body (American Psychological Association, 2022).

In contrast, interoception refers to internal sensations from the body landscape. It includes feelings, instincts, compulsions, cognitive, emotional, and adaptive states across conscious and even unconscious levels.

Khalsa et al. (2018, 29) offer an illustrative chart of interoceptive awareness features (image 2):

Feature	Definition
Attention	Observing internal body sensations
Detection	Presence or absence of conscious report
Magnitude	Perceived intensity
Discrimination	Localize sensation to a specific channel or organ system and differentiate it from other sensations
Accuracy (Sensitivity)	Correct and precise monitoring
Insight	Metacognitive evaluation of experience/ performance (e.g., confidence–accuracy correspondence)
Sensibility	Self-perceived tendency to focus on interoceptive stimuli (trait measure)
Self-report Scales	Psychometric assessment via questionnaire (state/trait measure)

Image 2: The chart of interoceptive awareness features (Khalsa et al., 2018, 29)

In the presented spreadsheet are described some features of interoception and what they mean. In the normal state, we are able to receive sensations we feel in the body, localize the body part they arise from, differentiate between the level of intensity, and of course, we evaluate our internal experience and think about it (Khalsa et al., 2018).

If we consider interoception's ability to notice visceral or affective states like hunger, thirst, dryness, dampness, temperature, soothing, stress, sadness, happiness, etc., we can shift our consideration even to self-identity. Interoception is the process we use to answer the question: How do I feel? It shows the current internal state. The result of this interoceptive procedure is reflected in the insular cortex in the right hemisphere (Craig, 2002). Interoception helps us to know what we need; therefore, it is simply part of self-identity awareness. When we are able to "feel ourselves," we might perceive ourselves as somebody, as a complete person. It is also similar to Bessel van der Kolk (2011, 22) expression that "*our sense of ourselves is anchored in a vital connection with our bodies*".

The importance of interoception is also visible in motivation, well-being, and embodiment fields. One of the reasons is that interoception relates to self-regulation, which we have already mentioned, and might be distorted by trauma. Two other

significant factors arise from interoception: the ability to stay and notice a present moment and the personal agency as an ability to manage and control life to a certain extent (Farb et al., 2015). All of these might be impaired by trauma.

Interoception has also an influence on our decision-making. As a proof can serve the Somatic Marker Hypothesis by Damasio (Damasio et al., 1996), which emphasizes that our reaction to stimuli, and subjective evaluation of specific situation is affected by current somatic markers (e.g., rapid heartbeat) relating to emotions. Somatic markers work as signals for us and have an effect on reasoning and decision-making.

Interoceptive signaling engages afferent and efferent inputs within the nervous system (Khalsa et al., 2018). The afferent inputs communicate with higher cognitive areas, where our personal history, environment, goals, and other intersections participate (Craig, 2009). For concrete recognition of the neural structures that are incorporated in interoception, we can appoint peripheral receptors, C-fiber afferents, spinothalamic projections, specific thalamic nuclei, posterior and anterior insula, and anterior cingulate cortex (Critchley & Harrison, 2013).

The part of the brain responsible for interoception is the right side anterior insular cortex. Excepting surviving, the insula's function spans homeostatic function and body regulation (Schulz & Vögele, 2015). Our subjective interoceptive awareness and well-being depend on the concentration of neurotransmitters in the insula and the part of the anterior cingulate cortex (Ernst et al., 2013).

A traumatic event has an origin in the external threat. Rape, assault, abuse, etc., refers to someone or something outside. Based on this, trauma survivors might become excellent exteroceptive-oriented people, because they suffer with hypervigilance and their brain permanently checks the surroundings (Kimble et al., 2014). Hypervigilance illustrates that traumatized people´s ability to notice sensations is amplified because the brain does not want the trauma to happen again. It is a protection result. However, it throws trauma survivors into an exhausting and never-safe world, which is unbearable in the long run.

As mentioned above, interoception might be disrupted by trauma. It refers to PTSD symptoms as hypervigilance or depersonalization and derealization as a form of dissociative state. We can observe frequent and extreme fright, recoil, flight or fight reactions, alongside higher blood pressure and heartbeat (Khalsa et al., 2018). Trauma survivors, especially in the case of prolonged or repeated trauma history, might

experience intensive anxious and threatening states, which blocks noticing the positive sensations that non-traumatized persons usually get from close interaction with other people do (Frewen et al., 2012).

According to research exploring the connection between interoception, contemplative practice, and health (Farb et al., 2015), the improvement of interoceptive function and reconnection of mind and body can be made by treatments like mindfulness-based stress reduction, yoga, or meditation, because they can reduce interoceptive biases, and return the person's ability to live in the present moment and own their agency. Bessel van der Kolk also has a similar opinion in his book called *Body Keeps the Score* (2014).

The present information supports the research focusing on women with interpersonal sexual violence experiences. They have been guided to maintain awareness of their body sensations and discover the triggers that refer to their dissociative states. The outcome came as an improvement in receiving their own bodies as a helpful, informative source than an area of threat (Price, 2005).

1.5.2 Limbic System

Our emotional experience and behavior, including the traumatic ones, correspond with one of the oldest parts of the brain – the limbic system. Sooner than the information from the external world can be received rationally by the cortex, it is controlled by the limbic system, especially by the amygdala. The process is unconscious, and the modules having impact are the caudate nucleus, hippocampus, thalamus, putamen, amygdala, and hypothalamus (Carter, 1998). The high level of excitation or distortion of the limbic system might result in aggression, anxiety, fear, arousal, differences in sexual or social behavior, and malfunctions in providing childcare (Druga et al., 2011).

Although amygdala decides the reaction to potential danger, there is also a mechanism trying to balance the final reaction. The regulation of affective states leads to the anterior cingulate cortex. It is connected not only with the limbic part, but also with prefrontal cortex; therefore, anterior cingulate cortex plays a unique role in controlling affects (Stevens et al., 2011). All belongs to the fascinating parts of the brain, and we will continue with the introduction of other components of the limbic system.

The **caudate nucleus** belongs to the basal ganglia. It is primarily engaged in inhibiting or participating in the moving action, but this is not the only role it has. The next engagement consists of, for example, goal-directed behavior, habit learning, and attention (Grahn et al., 2008).

Hippocampus is known as a fundamental region for memory. New information is consolidated here and linked with previous experiences, already stored in memory banks. Most activation passes off during sleep. Hippocampal damage is connected with memory diseases (Fiala & Valenta, 2020).

All processes would never happen without the coordination with other components of the nervous system; therefore, hippocampus has to collaborate especially with the parahippocampal gyrus and dorsolateral prefrontal cortex. Unfortunately, this collaboration can be disorganized by overstimulation such as traumatic events (Schellong et al., 2021).

Memory disturbances, in the case of trauma, are often connected with a higher concentration of glucocorticoid cortisol, which has a neurotoxic impact on the neurons of the hippocampus and the prefrontal cortex. It disturbs the memory and the executive function. Traumatic memories are characterized as intrusive thoughts, or imaginations, or, on the other hand, as being repressed (Carrion & Wong, 2012). Thus, memories of traumatic events exist as unintegrated fragments, often in sensoric quality including touch, taste, or smell. They can easily become a trigger for the reliving of trauma (Shaili, 2019).

Thalamus is considered to be a transfer station for incoming information that is further tended to the correct part of the brain for following processing (Carter, 1998). It is responsible for leading sensations from the peripherals to the cerebral cortex, participating in the movement and somatosensory functions (Thalamus, n.d.).

Putamen belongs to the brain structure participating in movement regulation. It is strongly associated with dopamine, which is used as a neurotransmitter for putamen's functioning (Ghandili & Munakomi, 2022). We cannot forget to mention its non-negligible influence on the types of learning. Carter (1998) explicitly denotes putamen's connections to procedural memory.

Amygdala represents a bundle of nuclei within the temporal lobe. It is crucial for the creating and functioning of emotions, mainly fear. Moreover, amygdala takes part in the involuntary motoric and vasomotoric reactions like tachycardia, blushing, and other vegetative states when we face dangerous, fearful situations (Fiala & Valenta, 2020).

Moreover, amygdala is responsible for checking all stimuli around us, is watchful of the dangerous ones and directs the body towards the reaction necessary for surviving (Pessoa, 2010). The most important kind of amygdala's nuclei are basal, lateral,

and central. The lateral ones manage the reactions to fear. One possibility is actively dealing with a stressful situation, where basal nuclei and striatum are also engaged. The second option represents the state of congelation or pretending death; it belongs to passive solution and activates the central nuclei (Schellong et al., 2021).

Both types of reaction are meaningful, they increase our chance of surviving and escaping the danger. However, in the case of PTSD, there might be a problem with activating the correct ways according to context; we can see higher occurrence of passive ways, which leads to dissociation, or we can observe hyperarousal (Schwartz, 2019).

Research shows that there might be differences not only in the functions but also in the structure of brain components. For example, brain volume can be reduced (Mehta et al., 2009). There are also alterations in the hippocampal or amygdala volume. A study conducted by Zhang et al. (2021) compares trauma survivors with and without the PTSD diagnosis and people without traumatic experience. The results show significantly smaller hippocampus and left amygdala in traumatized participants, regardless of the presence or absence of the PTSD diagnosis, than in the control healthy group.

The same facts are also presented in a study by Bremner et al. (1997) where participants with PTSD experiencing childhood abuse had left hippocampus smaller by around 12 %. Moreover, a magnetic resonance-based measurement showed really interesting information. The left part of hippocampus was smaller in participants who experienced childhood abuse, as compared to participants with combat PTSD whose right side was smaller. It opens the doors for further research into whether there is something like vulnerability of hippocampus related to the types of traumatic events.

1.5.3 Sympathetic and parasympathetic

The function of sympathetic and parasympathetic is crucial. With respect to their general function, sympaticus is activated in stressful situations, and is responsible for setting the body into an emergency mode. This is the part of the ANS that detects the alarm and activates the fight or flight reaction. Parasympaticus plays the opposite role. It causes relaxation, regeneration, pacification, but it can also result in dissociation and inability to move (Schwartz, 2016).

We are able to recognize which module has been activated according to the physiological reaction of the body. Parasympaticus initiates digestion, salivation, secretion, deceleration of heart rate, relaxation of muscles, and generally evokes the calm

state (DBT & Mental Health Services, 2020). Sympaticus stimulates heart beating, higher blood pressure, muscles tense, dilation of pupils, deceleration of guts proceeding, and other activations preparing for action (Cleveland Clinic, 2022).

Each process is accompanied by the release of hormones. Sympaticus activates catecholamines and cortisol from adrenal glands, and adrenocorticotropic hormone made by pituitary. There is a higher pressure on the hypothalamic–pituitary–adrenal axis, which might be overloaded (Vágnerová, 2014). The parasympathetic nervous system increases the concentration of endorphins (Long, 2021).

Repeated or prolonged exposures to trauma and the related reactions of the autonomic nervous system leads to regulative troubles. People can feel hyperarousal, excitated, or are kept in an emergency mode even if there is no danger. On the other hand, they can be stuck in a hypoactive state, leading to disconnection, apathy, depression, and showing no reaction even if it is necessary. They can also move from one extreme to another (DBT & Mental Health Services, 2020).

1.5.4 Bottom-up process in neurobiology regulation

Based on what we have explored about a trauma influence on the body´s physiology, and if we add the fact that trauma memories often have somatic substance, we should not forget to include bottom-up processes in the trauma treatment (van der Kolk, n.d., in Wylie, 2004).

The integration of body-oriented approaches also supports the fact that Broca´s center, which is responsible for the speaking ability, demonstrates low activity in trauma survivors. Detection of this interesting alteration in specific kinds of brain components has been commented by Bessel van der Kolk (2014); he suggests that a reduced function in Broca´s center causes that traumatized people find it difficult to talk about their threatening experience, which is a frequent problem. However, some authors criticize van der Kolk´s conclusion for its excessive simplicity. Based on the critical opinion, there might be different interpretations of Broca´s deactivation, especially because the participants in the research, submitted to magnetic resonance screening, had to verbally present their traumatized experiences.

HIGHLIGHTS

- Traumatic experiences significantly affect the function of neuronal system – especially amygdala´s protecting responses on receiving stimuli.
- Research focusing on the impact of trauma yield smaller volume of hippocampal structure, amygdala, and brain in total as well.
- Reduced activity monitored in Broca´s area.
- Prolonged traumatic exposure frequently leads to dysregulation in ANS function.
- Traumatic memories are not fully integrated, and can act in the form of intrusive thoughts, imaginations, or somatic appearance.
- Ability of interoception reports chronic damage and it is mirrored in noticing bodily sensations, personal agency, decision making, being in the present moment, etc.

1.6 Trauma treatment

"Working with trauma is relational. It doesn´t matter if you are working through a somatic, artistic, analytical, or medical lens – the relationship comes first." (Turner, 2020, 13).

The main topic of the master thesis is dedicated to a possible intervention – Trauma-Sensitive Yoga, which can be used as a helpful tool for healing trauma. However, there are numerous other kinds of treatments, therapy approaches, and psychotherapeutic techniques that offer a way to deal with trauma consequences as well. In the psychological practice, it is common that the applied treatment combines multiple options. We would like to offer a brief summary of some potential types of treatments in the trauma field.

Trauma-Focused Cognitive Behavioral Therapy

Cognitive Behavioral Therapy (CBT), famous for its work with the bond between thoughts, emotions, and behaviors, is a generally popular type of psychotherapeutic approaches to all mental health problems. It might be effective especially in breaking maladaptive cognitive patterns, developing a new understanding of traumatic experiences, and reducing PTSD symptoms. A well-known technique is trauma narrative as a kind of exposure by creating a narrative from traumatic memories (American Psychological Association, 2017). It is vital, however, to do it in a controlled way and avoid re-traumatizing.

CBT introduced a separate specific therapeutic training aimed at trauma – Trauma-Focused Cognitive Behavioral Therapy (TF-CBT). It comprises the knowledge of classic CBT, attachment theory, family-oriented therapies, humanistic approaches, and empowerment. It has yielded exemplified improvements in areas like anxiety, depression, trauma-related shame, maladaptive behavior, and in the field of relationships, sexual life, and social skills (National Child Traumatic Stress Network, 2012).

Sensorimotor Psychotherapy

Another psychotherapeutic approach designed for healing trauma and problematic attachment is called *Sensorimotor Psychotherapy*, and the creator is Pat Ogden. She has been aware of her clients' body disconnection, and decided to synthesize somatic therapy with the traditional psychotherapy. Sensorimotor therapists consider the body as an important source of information, which is crucial for proceeding the traumatic occurrence. They list three aspects of a successful treatment: safety with stabilization, processing, and integration. The main belief is that everyone has their own capacity and unique way of healing. It includes the body, mind, and even spirit unity, and consider them in the context of the overall lifestyle (Sensorimotor Psychotherapy Institute, n.d.).

Eye Movement Desensitization and Reprocessing

The treatment containing the effects of bilateral stimulation is known as Eye Movement Desensitization and Reprocessing, shortly EMDR. It was developed by Francine Shapiro, who found out that fast and repetitive eye movement can be an effective instrument in the battle with anxiety and intrusive memories in traumatized people. EMDR helps to re-integrate the information and memories in a healthy and adaptive way. This therapeutic concept works with the intrusive thoughts and memories from past, as well as with the current states of anxiety or feelings of threats, and builds the skills for dealing with a similar situation in the future (Český institut pro psychotraumatologii a EMDR, n.d.). Eye movements should activate the parasympathetic activity and mold the new neuronal connections related to learning processes and memory (Oren & Solomon, 2012).

Somatic Experiencing

Doctor Peter Levin developed a unique method based on the knowledge of the nervous system and body practice. Somatic Experiencing helps traumatized people build healthy mechanisms of self-regulation, release the traumatic stress, and establish the lost balance within the human organism. The idea of this framework came from Levin's interest in animal reactions to traumatic situations. He realized that animals do not suffer from post-traumatic stress disorders, and was interested to know why. He emphasizes the significance of automatic responses to a threat, which are fight, flight, or freeze. The body produces a redundant amount of energy for dealing with the extreme situation; however, when the energy keeps stored inside the body without releasing it outside, the body and nervous system is not able to shift into a safety, calm mode. The therapeutical work consists in making the way for blocked physiological states. Somatic Experiencing is a multidisciplinary approach making use of psychology, physiology, neuroscience, medical biophysics, and other fields (Somatic Experiencing International, n.d.; Levin, 1997).

The Neuro-Affective Relational Model

Special treatment for complex trauma is the Neuro-Affective Relational Model (NARM). It focuses on mental health issues coming from problematic attachment, developmental trauma, and trauma in the context of relationships. The NARM approach works with different survival styles that trauma survivors have stored in their nervous system, and affects their behavior, emotions, physiology, self-identity, and relationships. The areas that stand in the center of the NARM attention are re-connection with the body, feelings, and other people; the ability to recognize and meet own needs; building healthy social bonds and love relationship; and setting up healthy personal boundaries. NARM therapists are used to integrating bottom-up processes as well as top-down processes. They do not emphasize the analysis of why clients behave the way they do, but mainly focus on the client's experience in the present moment and how it is related to the survival style (Heller & LaPierre, 2012).

Internal Family System

An interesting perspective on trauma treatment is brought by the Internal Family System. The central idea says that our mind is not just a singular entity, but is composed of many parts (subpersonalities), which have their special function in the whole internal system (Sweezy & Ziskind, 2013).

Each component might be concentrated around the traumatic experience, and they all are divided into two categories. One group consists of "hurting parts", which brings back the traumatic memories, pain, fear, and other negative emotions. The second category can be named as "protectors", because they try to reduce the impact of the hurting ones and shift the attention away from the trauma-related states (Hodgdon et al., 2022).

Internal Family System teaches clients to recognize and accept their hurting parts; establishes safe internal environment; and underlines self-compassion, curiosity, creativity, and courage (Anderson et al., 2017).

2 TRAUMA CENTER TRAUMA-SENSITIVE YOGA (TCTSY)

We have provided comprehensive pieces of information to better understand trauma and its regularities, forms, impacts, and possibilities of treatment. In the second chapter, we are going to immersive into yoga, highlighting the uniqueness of Trauma Center Trauma-Sensitive Yoga intervention and its relation to trauma healing.

The core of this part dedicates itself to exploring this way of treatment, which might be contributive and extend the current psychological practice. It is a relatively new way, but seems to be helping traumatized people deal with some life difficulties caused by trauma. This master thesis does not primarily focus on evaluating or examining the efficiency of TCTSY; for readers who are interested in it, there will be links to other resource. Our goal is to introduce the Trauma-sensitive yoga, what it offers, and how it is used in the field of mental health care.

Our investigation will go step by step. We will begin with the presentation of yoga in general and then continue to describe the trauma-designated approach of yoga.

2.1 Yoga

"The real meaning of yoga is a deliverance from the contact with pain and sorrow" (Iyengar, 1966, 19).

Yoga is thousands of years old physical, mental, moral, and spiritual aspect of human beings. Although its popularity is associated with physical exercises, it was developed as a holistic approach that contemplates physical activity just as part of the whole thing. The name comes from the Sanskrit language and refers to bond, attach, or unite. The yogic roots extend to Indian culture, but western forces have modified it to this day, and the development has not stopped yet. As an entire system, yoga incorporates many components like physical training, breathing exercises, meditation, mindfulness, relaxation, ethical principles, and a spiritual basis (Iyengar, 1966).

In other words, there are some layers that are affected by a yoga practice. The best known is the bodily layer; yoga builds strength, flexibility and, moreover, positively affects the body's posture. The next layer is physiology modulated by working with

breath, influencing the bloodstream, hormones, and lymphatic system. The third layer addresses psyche including, e.g., emotional awareness. There might be others, such as the energetic layer, which depends on the individual belief system (Akyolová, 2021).

We would like to emphasize the non-coercion and curiosity in working with the body, emotions, thoughts, breath, or imagination, which comes from the yoga nature. It is about exploring, awareness, and non-judgment (Larsen et al., 2018).

There is no singular aim of yoga, but, generally, we can say that yoga serves to find, establish, and keep physical and mental well-being (Iyengar, 1966). Larsen et al. (2018) come with a more concrete belief that the main goal of yoga is to build the resilience to dealing with different life situations. Another explanation might be using yoga as a tool for the integration of psychophysiological processes in the body (Kuvalayananda & Vinekar, 1990). If we are more specific, yoga tends to achieve one´s self-awareness including the interoception, self-regulation and connection between body and mind (Baptiste, 2002, in West, 2011). All the above-mentioned are worth considering.

As yoga pervaded the whole world, various types of yoga approaches started to arise. One of the classic yogic attitudes might be known to you under the name Hatha Yoga. Hatha should refer to the ability to shift our spirit from outside to inside, and it consists of breath exercises, meditation, and particular yogic positions called *asana*. The kind of yoga which emphasize the flow in asana´s line-up is Vinyasa yoga. Another interesting yogic approach is also Hormonal Yoga, created by the Brazilian psychologist and yoga instructor Dinah Rodrigues. It was designed as a special yogic exercise for the proper working of endocrine glands. Hormonal Yoga is intended for people with hormonal imbalance, menstrual issues, hypothyroid diagnosis, menopause, women hoping for pregnancy, or people under stress. The other examples of yoga approaches might be Bikram yoga, Power yoga, Aero yoga, Acro yoga and others (Šedová & Chuchutová, 2021).

2.2 Yoga therapy

You can find the term yoga therapy used in different contexts. Yoga therapy means, for instance, using the yoga practice as part of treatment in the case of health issues. Thus, it relates to an adapted yoga approach that has been designed for those who suffer from particular physical or mental disease or problem. The knowledge of and skills in yoga should be at the same master level as the therapy provided (Larsen et al., 2018).

Another interpretation of yoga therapy emphasizes an individual approach. Yoga therapy compared to yoga classes works, in general, with individual needs and personal goals. It takes into consideration health condition, personal history, mindset, and interpersonal perspective. It should not be the kind of yoga practice that follows general instructions presented to an unknown group of participants. Yoga therapy in these conditions means concrete complex yoga modified according to individual´s needs (Butera & Elgelid, 2019).

Both interpretations are similar in practice; therefore, you are welcome to choose the definition that suits your perspective. In our psychological perspective, it is important that yoga is used to treat particular mental health diseases like anxiety disorders (Kirkwood et al., 2005), depression (Cramer et al., 2013), and also post-traumatic stress disorder (van der Kolk et al., 2014).

The main reason why yoga has become popular as a therapy tool consists in its ability to soothe the body and mind (Emerson et al. 2009). This fact follows up what we have already mentioned in the yoga subchapter. Moreover, there is one aspect, typically connected with yoga, that should be emphasized in the context of using yoga a means of therapy – "ahimsa".

Ahimsa represents the attitude where "nonharming" stands in the centre of the practitioner's mindset. In practice, it means trying to be compassionate, curious, open-minded, inviting, and caring without judging others, including yourself! It might have an effective therapeutical outcome because it affects the way clients see and consider their own experiences. Ahimsa can be a useful alternative to incessantly getting rid of the symptoms, fighting the disease manifestation, and focusing only on the pathological perspective (Hanson, 2010).

2.3 Trauma Center Trauma-Sensitive Yoga

Based on the influence that has been ascribed to yoga on mental-health healing and on well-being, yoga, not surprisingly, started to be used as a complementary intervention in the treatment of trauma. However, regular yoga classes offered in the western world did not meet the criteria fundamental for recovering from traumatic experience. Therefore, David Emerson, a yoga teacher and social worker, decided to modify the yoga practice to suit traumatized people. He put his intent forward to the psychiatrist Bessel van der Kolk, known for his research and interest in PTSD,

and, as a result, they introduced a concept of Trauma-sensitive yoga (Emerson, 2015).

The first exploration of Trauma-sensitive yoga program as a group or individual clinical intervention started in 2003 in Brookline´s Trauma Center in Massachusetts, USA. It was a collective effort including professionals from departments of medicine, neurology, and yoga teaching, also involving research studies and client´s feedbacks. For over 15 years, Trauma-sensitive yoga has been considered an evidence-based complementary therapy in the United States. The Trauma Center Trauma-Sensitive Yoga is mainly focused on complex and/or developmental trauma types, chronic, and treatment-resistant post-traumatic stress disorders. It is not primarily oriented to single-incident trauma (Trauma Center Trauma Sensitive Yoga, 2022).

Based on the knowledge that trauma is rooted in the body equally as in the mind, founders and professionals of Trauma-sensitive yoga have been exploring how yoga can be a beneficial treatment leading to survivors living comfortably in their physical bodies. Their primary aims is that clients become more tolerant and more able to cope with physical sensations that used to be triggers, and gain enough capacity to take steps to healing (van der Kolk, 2011).

We have already mentioned Trauma Center Trauma-Sensitive Yoga or just Trauma-sensitive yoga. For a better understanding, we should clarify the signification of this specific kind of yoga. In publications as well as in this master thesis you can find both terms: Trauma-sensitive yoga or, more precisely, Trauma Center Trauma-Sensitive Yoga, known as TCTSY. In both cases, we talk about a unique yoga concept created by David Emerson. As it develops, there are more and more people providing Trauma-sensitive yoga, which has not, however, been authorized by the Trauma Center in Brookline. We cannot judge their legitimacy, but we want to emphasize that we focus only on the official and verified TCTSY intervention.

2.4 TCTSY core components

With the knowledge of what the TCTSY represents in general, we can shift our attention to concrete differences making the Trauma Center Trauma-Sensitive Yoga (TCTSY) unique, compared to other yoga practices or body-oriented approaches.

We are presenting all key components of the TCTSY in the following pages of this master thesis. First, we can summarize the individual components, which are invitational language, interoceptive awareness, decision based on choices, non-coercive attitude, and

shared authentic experience. All components arise from the knowledge of trauma and attachment theories, neuroscience, and hatha yoga practice (Trauma Center Trauma Sensitive Yoga, 2022).

Trauma-Sensitive Yoga demands verbal presentation of facilitators who provide the TCTSY intervention. Many complex trauma survivors were humiliated, terrorized, and commanded by their assailant(s); therefore, the TCTSY would like to create different conditions and experience, compared with their traumatic ones. All suggestions that are reported to participants are in the form of an invitation and non-directive commands. It can be performed by sentences such as: "If you would like; whenever you feel ready; you are welcome to explore, etc.,". TCTSY professionals also do not use the term yoga "position". We must keep in mind that the term position can be easily associated with sexual assaults, and clients can be triggered by flashbacks or re-traumatizing memories. The second reason is how the word "position" is perceived in general. During the TCTSY research, respondents mentioned that position represented something that comes from outside not inside from them. Based on this, the position has been replaced by the word "form", so "yoga form" in a whole phrase (Emerson, 2015).

Another aspect that has been implemented into the TCTSY practice is undoubtedly interoception. Trauma-sensitive yoga is interesting in its work with bodily sensations. Shifting awareness to the internal environment can become a rich source of information about what is going on in the survivor´s organism. We can gather pieces of knowledge about the physiological and emotional current state; moreover, the most significant point is the possibility of noticing the present-moment experience instead of escaping from it (van der Kolk, 2014).

If we look at it from a trauma perspective, many traumatic experiences like sexual abuse, rape, domestic violence, torturing, etc., generate uncomfortable, aversive, alienated, unpredictable, and unfriendly perception of own body. It is not just fight in mind. Integration of the interoceptive ability is one of the fundamental aspects of the treatment, even if it takes time to cultivate it. Trauma-Sensitive Yoga allows operating with interoception and builds a kind relationship with the body (Emerson et al., 2009).

Trauma-sensitive yoga wants to propose an ability to be in touch with one´s internal self, including sensory, physical, emotional sensations (or disconnection as well) in secure ambience, without judgement, reproaches, or overwhelming and triggering

responses. It belongs to the embodiment practice instead of external training (Rice, 2022).

The TCTSY practice invites participants to pay attention to some parts of their bodies and explore what they might feel there in the present moment. However, TCTSY facilitator must control the level of intensity of this activity. Traumatized people might be used to dysregulating by noticing certain sensations. It is important to follow and be careful about the client´s feedback. The next TCTSY standard is non-evaluation and non-interpretation of felt sensations; it is a domain of cognitive (talk) therapies. From the TCTSY perspective, it is sufficient to perceive bodily experiences without further interpretations. It is not necessary to feel something specific in a unique yoga form or analyze why the sensation feels this way, and what is the meaning behind it; this is also the difference between the TCTSY and other body-oriented therapies (Emerson, 2015).

Although Trauma-sensitive yoga does not focus on cognitive processing, it does not mean that psychotherapists cannot work with the material arising from Trauma-sensitive yoga practice. It might become a part of the integration of the TCTSY into psychological practice. Clients can open their experience from the embodied intervention with their therapists, especially if the therapist facilitates and includes the TCTSY into regular psychotherapy sessions. Therapists are more than welcome to use their professional skills, education, and intuition. It should be noted, however, that the goals of Trauma-sensitive yoga as a complementary intervention and those of a traditional cognitive oriented therapy are different (Emerson & Hopper, 2011).

Trauma is horrific experience especially because of its power to take control out of the victim´s hands. The situation becomes too difficult to deal with, and people may feel entrapped. A traumatic experience steals the possibility of making own choices; therefore, reclaiming this ability is crucial for feeling safe in the body and for complete recovery (McBride, 2021).

The TCTSY tries to bring this competence of choice-making back to trauma survivors. The content of the yoga practice depends on the clients. They are welcome to choose what they want to do with their bodies and what not. It might sound ridiculous without the knowledge of trauma mechanisms, but unfortunately, traumatized people are not always used to having a chance to make decisions. It is associated with power and control. However, mental health professionals providing the TCTSY intervention must be prepared that decision-making can be genuinely hard and shocking for their participants. It is not something that can be restored in the first session. Trauma survivors

might feel incapable of deciding by themselves (Emerson, 2015).

Although we have presented TCTSY components separately, in fact, they are interconnected. For David Emerson (2015), connection between interoception, choice-making, and following action belong to the basis of the TCTSY intervention. Moreover, he puts the process of taking action into three categories: simple action, which illustrates motor activity; intended action, which stands for action performed with an intention; and efficient action representing a situation where someone decides to do an activity because they have previous experience that already produced results. Traumatized people often suffer from dysfunction in one or more processes. They might have difficulty recognizing their body sensations, making choices, or taking intended/efficient action. The TCTSY effort consists in reconnecting this follow-up operation and support actions based on will.

Non-coercive attitude and shared authentic experience are substantial pillars of the TCTSY as well. A safe, trustful, and self-imposed environment creates an important base for recovering. People who experience trauma often face distrust and permanent feeling of danger, not only from an outer source but also from the inner – it means their own body (van der Kolk, 2011).

Moreover, trauma is characterized by extremely unbalanced layout of power. Even when people seek help from mental health professionals, the relationship might be visibly unequal; TCTSY providers, on the other hand, take clients as partners and experts for their own body and life in general, including a way of healing. Support of empowerment is crucial. The American psychiatrist Judith Lewis Hermann (1990), known for her contribution to a deeper understanding of psychological trauma, considers the process of empowerment and reclaiming the sense of control to be the central aspect of trauma recovery.

It results in qualities that are desired in TCTSY providers. Primarily, they should remember that there is no one correct way of healing; everyone can feel different, even if the situation or action is the same for all. That is why the TCTSY underlines the choices. In psychological practice, it is not infrequent that therapists, although in good faith, may direct clients to what they think is good treatment without verifying what the client´s will is. Regarding the requirements for TCTSY providers, let us add that acting as a TCTSY facilitator means actively participating in the TCTSY practice with clients (The Growth & Wellness Therapy Centre, 2020).

As we are going forward in our recognition of the TCTSY principles, there might be questions concerning physical touch during Trauma-sensitive yoga sessions. If you have ever visited any yoga class, you probably know that yoga instructors are used to fixing or helping their students by physical assistance. The propriety and scope of physical touches is also a big issue in the psychological field. The TCTSY has adopted the stance of no physical assistance (Mosley, n.d.). There was a hypothesis that clients would benefit from secure touch experience, but research showed that the negative outcomes outweighed the positive ones. Trauma survivors evaluated a physical contact as a threat, or they considered it a warning about something dangerous (Emerson, 2015).

Before we shift to another part, important issues capturing the work of Trauma Sensitive Yoga Center – intersectionality and system oppression – should not be forgotten. The Trauma Center regularly points out the system mechanisms in society that may lead to a particular group or to traumatic discrimination. The idea of intersectionality invades the whole approach of the TCTSY.

For those, who might not have heard of intersectionality before, it is a wide concept focusing on domains of one´s identity (like gender, race, ethnicity, sexual orientation, or mental or physical disability), how they interact and play significant roles in social dynamic, system oppression, and human interaction in general (Center for intersectional justice, n.d.).

2.5 Trauma-sensitive yoga in psychological practice

Readers working in psychological or psychiatric departures might be interested in what are the concrete ways of integrating Trauma-sensitive yoga into their therapeutical work. There are multiple options, and we would like to introduce some of them. Firstly, we should mention that before being able to provide official Trauma Center Trauma-Sensitive Yoga intervention, facilitators have to pass a 300-hour long certification TCTSY program under the Trauma Center at Justice Resource Institute. Although every mental health professional or yoga teacher is welcome to explore details that are offered in literature, e.g., Overcoming Trauma Through Yoga (Emerson & Hopper, 2011), Trauma-Sensitive Yoga In Therapy (Emerson, 2015), or accessible as videos on the official Trauma Center website, candidates need to obtain certificates in the TCTSY training program for guaranteed quality and validated status as a TCTSY facilitator.

The certification program is available for licensed mental health professionals,

certified yoga teachers, or caregivers actively working with trauma survivors. All participants are educated on theoretical knowledge of trauma and guided in adopting practical TCTSY skills (Trauma Center Trauma Sensitive Yoga, 2022).

Having met the above-mentioned requirements, we can shift our attention to the ways of incorporating the TCTSY into psychological work. A therapist and a client can agree on several TCTSY practices that are accomplished in agreeable times in a row. The TCTSY practice might include one particular exercise or multiple different exercises according to client´s needs or preferences. Another possibility is using Trauma-sensitive yoga as an opening or closing process of regular talk therapy (Emerson & Hopper, 2011).

Besides these, TCTSY practice may serve as an effective instrument for achieving emotion regulation, self-awareness, grounding, cultivating a sense of calm, developing connections to their own body and other people, exploring inner balance, or other specific goals (West et al., 2017).

As psychologists are becoming more and more familiar with the TCTSY especially in the United States, it starts to blend with similar-goal therapeutical approaches like EMDR or play therapy. It appears to be providing a more effective strategy to deal with a wider scope of traumatic impacts. For example, Jennifer Lefebre (2021) underscores the combination of the EMDR and the TCTSY as it is a beneficial tool for grounding, stabilization, regulation, ability to notice feelings in individual´s body, and for learning the skill of changing the current physical or mental state.

3 RESEARCH

In the third chapter, we focus on exploring yoga in therapy in general. Primarily, we include research into Trauma-Sensitive Yoga that was conducted by professionals who contributed to developing the concept of TCTSY, or by researchers outside of the establishing team.

3.1 Yoga as an adjunctive treatment for PTSD: A Randomized Controlled Trial

Since the concept of Trauma-sensitive yoga was born, further investigation has been required. The first fundamental research that became a springboard for the following growth of the TCTSY was conducted on women with chronic PTSD who were resistant for at least three years to previous trauma treatment. This study was realized by Bessel van der Kolk et al. between 2008 and 2011. They took 64 participants between 18 to 58 years old and divided them randomly into two groups: trauma-informed yoga section and supportive women´s health education. Trauma-informed yoga represented the TCTSY concept in its early beginning, including interoceptive cues, invitational language, etc. The control group attended supportive meetings with an interactive and educative content about health care areas (van der Kolk et al., 2014).

The study aimed to explore whether yoga can significantly decrease the symptoms of PTSD in the target population. Participants had ten-week sessions of Trauma-sensitive yoga or health-educative meetings. Each session took one hour, and the researchers measured emotional regulation, depression, and symptoms of PTSD based on official Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV) valid at that time of the research. The measurement was conducted before the intervention, in the middle, and at the end of intervention.

They used Clinician Administered PTSD scale (CAPS), Inventory of Altered Self-Capacities, Davidson Trauma Scale, and the Beck Depression Inventory (BDI-II) for data collecting. They recognized heart rate variability and brain activity as well, but separately from the basal assessments. The research was applied to hierarchical linear and nonlinear modeling with restricted maximum likelihood estimation for providing multilevel regression analysis showing the treatment outcomes over time.

The results yielded the following information: more than half of the participants

from the yoga group did not show symptoms of the PTSD diagnosis at the end of the research. There was significant reduction in the CAPS in the middle of the intervention compared to the pre-treatment measure, and the improvement persisted at the time of the research. The yoga participants showed better ability to accept physical and sensory sensations in their bodies and improved their affect awareness and tolerance.

The controlled group had also a cutback in symptoms of PTSD, but this improvement did not last. Six participants from the control group of 29 people did not show PTSD criteria at the end of the research.

In the case of BDI scores connected to the level of depression, both groups had a lower score. The yogic group had a medium-effect size and the control group small-medium ones.

Results of this study supported the TCTSY intervention as a useful complementary treatment of PTSD. The research had some limits that should be consider in the upcoming studies. The research sample incorporated only females, and we did not know how long the improvement prevailed after the study, if so; therefore, a follow-up assessment needs to be considered. As the authors reported, they did not focus on the particular yoga components that might play a role in the healing process.

3.2 Trauma-Sensitive Yoga as a Complementary Treatment for PTSD

West et al. (2017) performed a qualitative survey focusing on women suffering from chronic childhood trauma and their experience of Trauma-sensitive yoga practice. In this research, they worked with 31 women who had been taking TCTSY classes for ten weeks. The research questions comprised following themes: *Do participants perceive any personal or symptomatic changes through their experience in the program? If so, how do they perceive TCTSY as an impact, if at all, on those changes?* (West et al., 2017, 6).

The present research followed up to Bessel van der Kolk´s et al. research from 2014. Accordingly, all the included participants took part in the former study and had an experience of physical and/or sexual abuse in childhood.

The researchers did 60 to 105-minute long interviews with each woman and explored if the women perceived any changes in their PTSD symptoms and personal growth after attending the TCTSY intervention.

In the end, the study came with five significant themes across the interviews, which are gratitude with compassion, relatedness, acceptance, centeredness, and empowerment.

The first topic reflected the respondents´ ability to recognize their needs and to react in a way that is considered helpful for their body. They also felt improvement regarding their compassion and patience for the duration of the healing process.

Relatedness represented the perceived connection with own body, and with other people in relationships as well. They reported higher notification and tolerance of bodily sensations, which is also connected with the point of acceptance.

Centeredness mirrored reactive tendency. It refers to the extended capacity for thinking without rumination.

The last one called *empowerment* means feeling control and self-confidence that helped the participants to stay connected even if there were triggers they had to deal with.

Looking at the limits, the authors were aware of the potential influence of the placebo effect. From a general perspective, there is again the problem of the female gender cohort. Other aspects might also have come into play, either on the researchers' side or the participants´, as it is a risk in general in the case of qualitative-based survey.

3.3 Meta-analyses of yoga for PTSD

We have decided to incorporate two examples of meta-analyses that include several studies focusing on yoga in the PTSD treatment. They do not deal with Trauma-sensitive yoga in particular, but as yoga has become popular in complementary treatments, we consider research on its effect important.

Meditation and Yoga for PTSD: A Meta-Analytic Review of Randomized Controlled Trials

In 2017, Gallegos et al. presented their results of meta-analysis research focusing on effects size of meditation and yoga-based approaches. They incorporated 19 randomized control trials that yielded 1173 research samples in total.

They chose studies that had explored mindfulness meditations, which is another kind of meditation, and yoga practice. Retrieved data were processed in a random effects model; researchers also used the Q statistic for assessing the heterogeneity of effect sizes.

The meta-analysis proved statistically significant effect of meditation and yoga

approaches on PTSD in the small to medium level of effect size.

Researchers reflected that a higher number of incorporating studies would have yielded more accurate results. They also did not have the chance to control and evaluate if the levels of PTSD in pre-treatment of the studies were invariable or not, which can also play a role in the whole analysis.

Based on their survey, yoga and meditation could be implemented into the treatment, especially regarding the demands of patients and mental health professionals who seek for extension of the PTSD treatment, but the effect size arises questions for a more profound discussion.

Yoga for PTSD: A Systematic Review and Meta-Analysis

A similar meta-analysis was carried out by Cramer et al. (2018). They decided to focus on studies that analyzed the influence of yoga on the elimination of symptoms related to PTSD.

Their sample of studies involved seven randomized controlled trials from different countries across the world. They did not discriminate any kind of yoga intervention; therefore, there were different styles of the yoga practice and the frequency, with the incorporated studies having different duration of the treatment program.

Researchers utilized the Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (PRISMA) and comprised the recommendation of the Cochrane Collaboration that belongs to a global organization collaborating with WHO which, among other things, provides the best evidence from research to inform and support professionals, patients, and research (Cochrane, n.d.).

This systematic review found low-quality evidence of the benefit of yoga in the PTSD treatment, which might be contrary to other research. However, it is important to involve these results into the overall research summary and continue in exploration.

Certain limits to this meta-analytic study consist in a very low number of analyzed studies. From my point of view, the problem also lies in mixing different types of yogic interventions. Authors also reflected that there were different diagnostic criteria of PTSD across the studies, which may be the intervening variable too.

3.4 The Influence of Trauma-Informed Yoga on Emotion Regulation and Skilled Awareness in Sexual Assault Survivors

In 2020, Nicole Nicotera PhD. and Margaret Megan Connolly decided to explore how Trauma-sensitive yoga and mindfulness-oriented approach might positively work for sexual-assault survivors. It was a one-sample quantitative study with pre-test and post-test design, and the hypothesis was based on the assumption that a significant improvement in emotion regulation and skilled awareness positively correlate with reducing PTSD symptoms.

There were 37 participants identifying themselves as females. All participants attended the group Trauma-sensitive yoga and mindfulness sessions for nine weeks. This group session took 1.5 hour including check-in/check-out worksheet and brief opening and closing group discussion. The group sessions were always provided by two professionals – a certificated yoga teacher and a certificated clinician with previous education in sexual assault trauma and Trauma-sensitive yoga attitude.

The data for a statistical analysis using paired T-test were collected from two methods: *Five Facet Mindfulness Questionnaire* and *Difficulties in Emotion Regulation Scale*. The results of Nicotera´s and Connolly´s survey proved better emotional regulation after the intervention. The participants demonstrated an improvement in perceiving their emotions, achieving goal-oriented behavior, and, at the same time, they showed decreasing tendency to avoid their feelings.

However, there are some research limitations important to consider but evaluated by authors. This survey did not incorporate a control group that could have revealed other influences and factors that intervened. The next but very common limit is the gender imbalance of respondents. We need data from male population for proper evaluation of Trauma-sensitive yoga as a significantly effective therapeutical intervention.

3.5 TCTSY vs Cognitive Processing Therapy for Women Veterans with PTSD Who Experienced Military Sexual Trauma

Randomized controlled trial study focusing on the effects of Trauma Center Trauma-Sensitive Yoga compared to cognitive-oriented therapy was conducted by Zaccari et al., (2022). It was combination of qualitative and quantitative study and took 42 female military veterans (17 for TCTSY section, and 25 for cognitive therapy) who experienced sexual abuse.

Research data included trauma and medical history, responses from self-report questionnaires, clinical interviews, and measures of physiological statement before the intervention, in the middle, two weeks after finishing the intervention, and also three months later. The physiological survey aimed at heart rate variability, blood serum cytokines, sleep actigraphy, and dark enhanced startle.

Research attention was concentrated on the assessment and feasibility of the TCTSY in this particular population. The respondents were divided into groups, and according to the category, they attended 10 weeks of group TCTSY practice or 12 weeks of group cognitive therapy.

The outcomes were reported as follows: nine TCTSY participants evaluated Trauma-sensitive yoga as a helpful intervention for releasing stress and feeling calm; three participants from the TCTSY group noticed an improvement in the awareness of their bodies; and ten women coming from the same group perceived the TCTSY intervention as a time where they could take a break from life. Two women from the cognitive therapy declared positive outcomes and satisfaction with the therapy process as a way to deal with their thoughts; three respondents from the cognitive therapy group considered the intervention very difficult.

Based on the outcomes, researchers concluded: "*TCTSY is feasible and acceptance intervention worthy of exploration for PTSD symptom reduction, functional improvement, overall quality of life improvement*" (Zaccari et al., 2022, 21).

3.6 Examining Mechanisms of Change in a Yoga Intervention for Women: The Influence of Mindfulness, Psychological Flexibility, and Emotion Regulation on PTSD Symptoms

The question how yoga might affect PTSD symptoms belongs to the central theme. We need to explore the participating yoga mechanisms for deeply understanding the healing process. One study that tried to answer this query was conducted by Dick et al. in 2014. Moreover, I think this study might open many questions and areas for other research.

They analyzed the particular mechanisms that lead to reducing PTSD symptoms in the case of randomized control trial study. Researchers retrieved 38 women with PTSD diagnosis who were compliant to engage in the study.

The yoga mechanisms that the researchers observed were composed of psychological flexibility, mindfulness, and emotion regulation strategies that comprised two categories: expressive suppression and reappraisal. They were detected by The Acceptance and Action Questionnaire, The Mindful Attention Awareness Scale, and The Emotion Regulation Questionnaire. The Perceived Stress Scale and PTSD Check List (PCL-C) were used for PTSD symptoms assessment. Participants attended the measurement before the intervention, at the end of the intervention, and one month after they finished.

The study brought following outcomes: the yoga group showed a significant decrease in the emotion regulation strategies called *expressive suppression* compared to the control group. There were no differences between the yoga and the control group in the case of mindfulness effects. The control group showed a significant increase in psychological flexibility.

The limit in this study led to changing the conditions for setting the criteria for changes in psychological flexibility. While the participants in the yoga group had to show reduction in their PTSD symptoms in order to improve the psychological flexibility, the control group did not have to fulfill this requirement.

3.7 Conclusion

Undoubtedly, there is still room for future research and recondition of the disparities. The research has been focused on intervention using female samples only. There are also differences in PTSD assessment, as it was reflected in a meta-analysis report. Further studies should consider the coverage of particular components of yogic intervention and explore their singular effect in the PTSD treatment.

Notwithstanding, we can see that yoga has its important place in complementary treatment options and it is worth being investigated into. We would like to invite you to follow the news in this research area. There have been new studies on the TCTSY, for instance longitudinal study of the TCTSY in the context of individual sessions by Mind-Body Trauma Care Lab (D. Emerson, personal communication, November 8, 2022).

4 SELF-REFLECTION OF RESEARCHER

The last theoretical chapter should be the notional bridgework between the theoretical and the empiric parts of this master thesis. We have immersed ourselves into setting the background to the knowledge of what might be behind the term "trauma", what is Trauma Center Trauma-Sensitive Yoga and how it contributes to the trauma treatment. We also introduced some research studies that have been conducted so far. The next step is our own qualitative analysis. However, before we do so, there is an important research component of introduction to the motivation, experience, participation, interest, and subjective perspective coming from the researcher. Although we try as hard as possible to be objective in the analytic processes, there is still a potential influence from the researcher´s side, as we are only humans.

I have been practicing yoga for more than six years, and I found that yogic exercises affect me in the mental health area maybe with higher intensity than in the physical one. From my point of view, the most interesting exploration came when I noticed that the yoga practice was not connected only with positive emotions like feeling calm or tranquil, and supporting own well-being, but also when some emotions from the opposite spectra were suddenly released with some movement or yoga position. I realized that yoga might open something that is hidden inside my body, but I do not consider it scary or dangerous. Based on my own experience, I started to be curious about using yoga in the psychological field.

In 2018, I heard about the Trauma Center Trauma-Sensitive Yoga for the first time. I attended a seminar focusing on principals, experiences, and practice in the TCTSY provided by one of the official TCTSY facilitator. The seminar made me be interested in the TCTSY concept and I continued to search for more information.

In the academic year 2021/2022, I got the opportunity to have an internship in the Center for Trauma and Embodiment at Justice Resource Institute, with Jennifer Turner (co-direct of the center and long-term professional in trauma field) being my supervisor. I could see how the center works. I participated in the intake process of new clients, took part in TCTSY group practices, graduated in 300-hour Trauma Center Trauma-Sensitive Yoga Certification Program, and tried an individual TCTSY session in a role of a facilitator.

Having received this experience, I significantly extended my professional knowledge and skills in working with people experiencing trauma and decided

to concentrate on the same topic in my master thesis. I have experience with the TCTSY from the client´s and provider´s perspective, which supports me in professional discussions with research respondents integrating the TCTSY in their psychological practice. I consider it my advantage, but there is a risk of higher subjective effect contaminating the research process.

In order to avoid being biased, self-reflection and supervision are vital to eliminate it. With keeping the limits in my mind, I believe my personal interest and participation might contribute to the quality of the research into TCTSY, going beyond the scope of this master thesis.

PRACTICAL PART

5 METHODOLOGICAL FRAMEWORK

The practical part starts with a methodological framework that introduces the readers to the subject and aim of the study, to the research questions and methods of data collection and data analysis. The attention is also focused on the selected research subjects whose answers are the cornerstone of the survey.

The methodological framework should serve as a tool for understanding where the results come from, what might have affected the retrieved data, and what methodological ways have been used. Last but not least, they may inspire future research.

5.1 The research problem and the aim of the study

The research problem has a descriptive character, and it is formulated in question: "*How do psychologists integrate Trauma Center Trauma Sensitive Yoga into their therapeutical work with clients?"* Following this, the survey aims to explore and describe the ways of integrating the TCTSY into psychological practice, mainly into its therapeutic part.

We would like to offer currently available practices of using the TCTSY as a worthy complementary treatment and mediate first-hand experiences of psychologists worldwide who use Trauma-Sensitive Yoga as part of their regular treatment strategy. One of the study goals is to introduce the TCTSY to professionals who have never heard of it, because at the time of writing the master thesis, there is no registered psychologist using Trauma sensitive yoga in the Czech Republic, with only a small number in Europe. The situation in the USA is better compared to the other countries; however, concerning the amount of population, there is still higher inquiry and possibility of growth.

Based on the nature of the research topic, qualitative design was chosen for its capability of profound recognition and exploration of uncharted theme. Moreover, there are closer relations between the researcher and participants. Therefore, even if the data results cannot be generalized to all populations, it seems to be a suitable design for our study aim.

5.2 Research questions

Based on the research problem, the following research questions were defined:

1. What are the ways of integrating TCTSY into the therapeutical work?
2. What type of clients do psychologists use TCTSY with as part of their therapy?
3. What kind of TCTSY components are considered the most useful in psychological practice?
4. What motivates psychologists to integrate TCTSY into their therapeutic work with clients?
5. What are the benefits of TCTSY integration into the therapeutical work?
6. What are the limitations to integrating TCTSY into the therapeutical work?

As you can see, the interest is focused on mapping the possible integration of Trauma-Sensitive Yoga into psychological work with respect to the types of clients' cases and mental health issues. Potential advantages and drawbacks of the TCTSY integration have been also considered.

5.3 Participants

Participants were retrieved by non-probability sampling methods from the official Trauma Center Trauma Sensitive Yoga facilitators group. They were chosen according to their professional profile, had to be in the psychological field, and were selected by e-mail communication going on from September to December 2022. Eight psychologists participated in the survey and their age was between 27 to 53 years old. There were included professionals from four countries across the United States and three located in Europe. Groups of participants included licensed psychologists working in private practices or for a company, clinical psychologists from private practices or working in a hospital/clinic, with all of them being therapists and some of them also offering consultation, supervision, or coaching.

As you can see, there might be different goals and working tasks connected with concrete qualifications. Based on this fact, there is a primary focus on respondents' therapeutical work with clients, which is a significant content of respondents' work.

Five people from the group were native English speakers. All participants identified themselves as females, referring to themselves as she/her/hers.

Regarding the research's commitment to keeping the anonymity of all participants, there are no links between the particular respondents, their age, working position or country. We might have used nicknames, but still, there would have been a massive risk of the disclosure of identity because there is a small number of psychologists officially certificated in Trauma Center Trauma Sensitive Yoga, and there are presented on the official website of the Trauma Center at JRI. Based on this fact, the characteristics of the participant population are written only in this general summary.

5.4 Methods of data collection

The data were collected by semi-structured interviews, including twenty-two essential questions, which are included in Supplement number 2. All questions in the interview were structured on the basis of the six research questions mentioned above, with leaving room for new ideas or comments. A semi-structured interview was intently chosen for its flexibility and the possibility of new ideas and inquiries that might arise during the conversation. In virtue of the characteristic of the selected population, which was consisted of participants from foreign countries, all interviews were conducted online via video call on the Zoom platform and were recorded in an audio form with the participations' permission. The communication language was English, regardless of the nationality and mother tongues of the participants. Each online meeting took around 1 hour, and the participants got the opportunity to check the transcript and express their comments; only one participant took this opportunity.

5.5 Methods of data analysis

Collecting data was transcribed into a written form and then analyzed using the Thematic analysis approach created by Virginia Braun and Victoria Clarke. The main aim was to recognize different themes in the interviews data that include ideas, frequent subjects, common topics, meanings, and patterns. For the purpose of the master thesis, a six-step process recommended by the authors of thematic analysis was used; it consists of the following steps (Braun & Clarke, 2021):

1) Getting familiar with all the collected data

I listened to the audio recordings of the interviews and then read the transcripts several times. During this process, I was making notes and underlining particular passages that attracted my attention and were worthy of further exploration. I also wrote down my ideas, opinions, and feelings from this immersion in data collection.

2) Creating codes

In the second step, I created the first codes, which means I summarized the frequent topics, reduced unneeded content, and analytically generated the labels arising from the data. I used notes in MS Word and Atlas.ti to process this part.

3) Coming up with themes

Based on the discovered codes, I systematically explored bundles within the codes that shared common meaning and gave answers to the research questions. As Braun and Clarke (2021) stress the researcher is the one who creates themes; therefore, I tried to find and name shared patterns that I was able to recognize from retrieved data.

4) Examining of generated themes

The fourth part of the process was dedicated to auditing all the created themes, if they matched the content of the dataset and research questions, joining some themes into a new one and producing the central organizing concept.

5) Labeling the themes

Labeling the themes means working on good definitions and names of the themes. It is again about checking if the themes suit the research problematic. I also made a brief introduction to each theme and to what they represent.

6) Writing up

Even though the last part is called *writing up*, it does not mean that writing did not happen in the previous steps. It runs within the whole process; however, this is the last part, when the writing gets the finial look. After that, there is a conclusion, processing of results, and editing.

5.6 Ethics

All participants were selected for the purpose and topic of the master thesis, including the survey. No information was hidden from them. Participation in the survey was voluntary; the participants could have quit the survey at any time for any reason. All the data provided in this survey have been anonymous and have not been used in any other way than for the interpretation of the results of the master thesis. The participants agreed with the content of interview recordings. Each aspect was included in the Confidentiality Informative Agreement (supplement 1), which the participants were familiarized with before the interview. There was no ethics issue during the survey.

6 RESULTS OF ANALYSIS

The following chapter presents the data collected from the analysis. They are systematically organized according to the research questions. The readers are welcome to explore the answers and experiences of respondents who participated in this survey and the common themes that have been raised and deserve our attention.

6.1 What are the ways of integrating TCTSY into the therapeutical work?

The first research question represents the core of all research questions in this survey; the other questions should support it. The aim was to explore what the integration of TCTSY looks like in the real psychological practice environment, the possibility of integrating it, and how the therapeutical process might be enhanced by integrating Trauma Center Trauma-Sensitive Yoga.

The research shows there are two important parts creating the ways of integrating TCTSY, and they are pre-integration and integration by itself. First, it points out that the integration of Trauma-Sensitive Yoga does not happen without a preliminary part. It is engaged in the therapeutic process by meeting the following steps: initiative, creating a contract with a client, intake, entry conditions, and establishing a safety environment. Professionals probably see the similarity in some points between the three steps and the beginning part of any kind of psychotherapy approach in general. Therefore, we could call the pre-integration process also '**inviting the client into the therapeutic process'**.

The integration includes the time, period, place, structure, way of practice, and framework, which means how long and how many interventions of Trauma-Sensitive Yoga are provided in the therapy process, where they are conducted, if and what is the structure of the TCTSY practice, what is the framework, and specific ways of integration.

6.1.1 Pre-integration

Spreadsheet 1: Pre-integration

THEME	SUB-THEME (INNER DIVISION)
an initiative to integrate the TCTSY	participant as an initiator
	client as an initiator
	half and half initiative
	an institution as a mediator
creating a contract with a client	agreement with the TCTSY
	expectations
	client´s needs
intake	towards a client
	towards from a client
entry conditions	physical condition
	psychological condition
	support
	specific circumstances
	awareness

As the pre-integration was already introduced, we might view this part as the invitation for the client to the therapeutic process. All participants treat their clients as active creators of the way and content of the therapy, regardless of whether the clients are initiators of the TCTSY integration into the therapy or not. It is connected to the first topic:

The initiative of integrating the TCTSY

The idea to try Trauma-Sensitive Yoga as a therapy instrument mostly comes from the psychologist´s or client´s side. A third person, such as treatment centers, clinics, etc., may also intervene, if they are interested in including Trauma-Sensitive Yoga in the provided care. This has been an experience of three psychologists from our participating group. However, most frequently, psychologists are the ones who offer the TCTSY as a possible intervention that can be incorporated into the treatment process. Seven respondents reported that they are in the role of the initiator and open the door to integrating the TCTSY. However, two of them use Trauma-Sensitive Yoga in different places, and they have noticeda higher number of clients who come with the request to try

the TCTSY in case of private practices. Only one participant said no client has ever asked her directly. On the other hand, one respondent reported equal initiation, which means she initiated the integration of TCTSY in half of the cases, and half of the requests were from clients.

One potential influence is associated with how TCTSY is (un) known in a particular country; higher client inquiry is in countries where Trauma-Sensitive Yoga has become more familiar, mainly in the USA.

Creating a contract with a client

Creating a contract belongs to an essential part of the pre-integrative process, especially an agreement with the integration of Trauma-Sensitive Yoga. All participating psychologists offer Trauma-Sensitive Yoga practice but give clients a choice not to do it, and this is made clear by using an invitational language, asking clients what they think about it, and giving them the possibility of changing their minds in the future without commenting on it. Two participants also emphasize agreeing on the way of integration before initiating the TCTSY practice with their clients.

Two participants clarified the expectations about the Trauma-Sensitive Yoga (or generally about therapies oriented to bottom-up approaches. One example was associated with a client´s desire to change or fix something by practicing the TCTSY. However, this expectation might create significant pressure, and it is not in congruency with the Trauma-Sensitive Yoga fundamental principal that should lead to noticing without evaluation or trying to fix what is noticed.

All eight respondents follow and respect the client´s needs, which are identified in a pre-integrative part but can be modified within time. So, the way of integrating Trauma-Sensitive Yoga is adjusted to suit the client, not that the client adjusts the method. Indeed, this is considered a crucial aspect because clients have their agency.

Intake

The synonym for intake in our context can be the introduction to the therapy and represents actions that psychologists take when working with their clients, also including information that both sides exchange before the actual integration. During the intake part, psychologists inform their clients about the TCTSY, but they may adopt different ways of doing it. Six participants do it during an interview with their clients. Four participants refer to their websites, and one respondent uses an informational flip

chart she created by herself.

Each participant has her own strategy to introduce the TCTSY to clients. However, two respondents reported that they sometimes do not introduce this approach. Their answers were connected to two particular conditions that play a role in it. One respondent said she uses the TCTSY as a short bodily practice in a very specific situation (e.g., when a client needs some regulation), and an introduction or description of what TCTSY means is not suitable at this time. The second participant said she feels stigmatization and distrust of yoga in general in the workplace, so she informs about her body-oriented intervention but uses words that do not create aversion a priori.

Besides informing about Trauma-Sensitive Yoga attitude, one participant emphasizes setting up boundaries and relationship as a part of intake before the beginning of integration.

The introduction and information from clients are important the same as information provided by psychologists. Five participants ask about the client´s medical, physical, and psychological state. They want to be aware of factors that might intervene, which can relate toentry conditions.

Two participants reported that the client´s reaction to their offer to integrate Trauma-Sensitive Yoga is genuinely interesting and valuable, bringing additional information to creating the therapeutical content.

Entry conditions

Entry conditions represent criteria that clients must meet to integrate Trauma-Sensitive Yoga. Most participants, five of them, underscore the requirement to have support. It can be, e.g., a mental-health professional if the client goes to our respondent only for TCTSY practice and not for complete therapeutical care.

One respondent reports consulting about the client´s physical condition. She does not exclude anyone as far as there is not a health issue limiting movement. However, if a client has some physical restrictions, she consults a medical doctor and tries to find a way that is viable and safe for the client.

Two psychologists have set entry conditions about the psychological state if a client wants to integrate Trauma-Sensitive Yoga. They mentioned active addiction to various substances. The reason is that these people can be deeply dysregulated, and these substances prevent them from connecting with their bodies and selves. However, they underline that even if Trauma-Sensitive Yoga does not have to be a good treatment for

someone in some life situations, it does not mean this situation will prevail forever. One respondent believes that psychosis can be a contraindication for integrating the TCTSY. The second respondent also said that the client must be ready for psychotherapy in general. We could add one more respondent to these psychological criteria, although she has a slightly different requirement than the two others. She mentioned the importance of setting boundaries and a relationship with the client before Trauma-Sensitive Yoga can be integrated. She stresses it especially in the case of orderline personality disorder.

Further, two respondents reported that they do not set entry conditions in general, but they approach each client individually and consider specific circumstances. An example might be a client's self-harming behavior. The psychologist must evaluate the situation/state and recognize if Trauma-Sensitive Yoga might be a good idea. The following example could be collaboration with another client´s therapist and whether participation in another client´s therapy could work.

Three participants have no criteria; they do not exclude anyone, but they ask clients about all aspects to be aware of the client´s state and possible intervening factors. One of them reported she would not say she has requirements for integrating the TCTSY but simply a recommendation. The truth is that entry conditions or requirements seem to be a tough issue with all respondents because Trauma-Sensitive Yoga is about non-coercion; no one says to clients what they should do or not. Entry conditions represent the awareness of vulnerabilities rather than strict rules.

6.1.2 Integration

Spreadsheet 2: Integration

THEME	SUB-THEME
type of intervention	individual practice
	group practice
	incorporating practice
time	appointed time
	flexible time
period	defined period
	undefined period
structure	simple structure
	flexible structure
place	distance
	outside institutions
	private practice
way of practice	X

In the following paragraphs dedicated to concrete ways of integration, mental health professionals may find inspiration about the concrete possibilities of integrating Trauma-Sensitive Yoga into therapy, and all readers can explore how Trauma-Sensitive Yoga application looks in practice.

Type of intervention

The type of intervention reveals how the participating psychologists have decided to use Trauma-Sensitive Yoga in their therapy style, ranging from individual sessions where Trauma-Sensitive Yoga is provided as the only type of intervention without talk or another kind of therapy to group sessions where the TCTSY is conducted for group of people simultaneously. Another possibility of intervention is implementing the TCTSY into traditional therapies. There is rarely a combination of more types of the TCTSY formats in the case of one respondent.

All eight psychologists have been integrating Trauma-Sensitive Yoga into a talk therapy. Six of them use the TCTSY in a substantial part of a therapy session, which means at the beginning or end. Respondents who start with the TCTSY at the beginning are satisfied that it can be realized without interrupting the primary talking part.

On the other hand, one respondent mentioned that some clients enjoy the TCTSY practice to finish the therapy with because it is a nice form of transition back to their "normal" life.

Four participants use Trauma-Sensitive Yoga occasionally according to the situation of the therapy process. In other words, they use parts of the TCTSY when they feel it might be helpful for a client, e.g., when they are dysregulated, dissociated, disconnected from their body, overwhelmed by emotions, etc.

One respondent reported that Trauma-Sensitive Yoga is a useful tool for bridging from/to some therapy phases. The psychologist and the client can do some the TCTSY exercises to transition to the different therapeutic parts/topics.

It was already mentioned that psychologists have been integrating Trauma-Sensitive Yoga into a traditional/talk therapy. However, the TCTSY can be also integrated into the EMDR therapy or play therapy which are not focused only on cognition since they have a special design. Four psychologists are trained in the EMDR, but only two said they implement the TCTSY approach into it. For better understanding, it means they follow the EMDR structure but use an invitational language, choice making, and non-coercion, which are core elements of Trauma-Sensitive Yoga. "*Let´s say I am going to do some EMDR with someone. I might say, if you like, we could choose to process a trauma memory today. So, I would use invitational language as part of that. I might say, if you like, we could choose to process a trauma memory today, or we could do something different. I incorporate the choice making as a part of EMDR*" (Respondent 1).

In summary, our psychologists use Trauma-Sensitive Yoga in their therapies in four different ways. In a substantial period (at the beginning or the end of the therapy session), occasionally during the therapy, as a bridge between therapeutic phases and as a part of the different therapeutical approaches.

Four participants have had experience with individual clear Trauma-Sensitive Yoga sessions. In this case, the psychologists meet the client only for Trauma-Sensitive Yoga lessons. Then, there is a possibility that they are either their therapists or they are just TCTSY facilitators, and the client has a different therapist for cognitive processing. One of the our respondents mentioned she does not provide individual sessions anymore because it was sometimes confusing to provide only Trauma-Sensitive Yoga and felt like a yoga teacher for one group and a therapist for another. She likes to do both at the same time. On the other hand, one participant has no individual sessions dedicated only

to Trauma-Sensitive Yoga, but she wants to add it to her therapeutical offer in the future.

Three respondents shared their experience with facilitating group TCTSY sessions. The groups were assembled within the treatment centers, in collaboration with a health clinic, or generally in a yoga studio. Based on the places, the groups were more or less closed, like concrete patients who have had a group Trauma-Sensitive Yoga as a part of their treatment program, and then opened where people could sign in if they were interested. Respondents reported some challenges that came with the group framework, mainly finding a good place, trouble with enough space, and some interferences by rules in a covid pandemic. The other two respondents do not have group TCTSY lessons yet, but they would welcome this choice for clients and would like to find a way to realize it.

Whether the psychologists have provided Trauma-Sensitive Yoga in individual lessons, in a group format, or as integration in their usual therapy, all types of intervention can be done in person or online. Seven participants offer an online modality of the therapeutical meeting, including Trauma-Sensitive Yoga interventions. One of them has only online therapies. Although the main reason was the covid pandemic, which is over, they keep it because clients like it. They feel safer; they have an opportunity to set up their space; moreover, it is a more natural and easier way for them.

Time

If we talk about time, we mean the duration of the Trauma-Sensitive Yoga intervention, simply how long the intervention takes. It is strongly connected to the type of intervention that was mentioned above. However, it can be selected generally like appointed time and flexible time.

The appointed time is defined as the amount of time that the client and the psychologist spend practising the Trauma-Sensitive Yoga. It is a crucial aspect in group lessons, which usually last around one hour. Individual sessions based on the TCTSY only usually do not take more than 45 minutes. If Trauma-Sensitive Yoga is integrated as a beginning or ending part of the therapy, there is a time track from five to fifteen minutes.

Occasionally, the integration combines both variants. One respondent reported that she does not do the TCTSY practice for more than a few minutes because the talk therapy still has priority. Two respondents shared that the time of the TCTSY intervention is flexible according to the client´s need and preference, which means it can take from

two minutes to one hour.

Period

Period points out the number of the TCTSY interventions provided to the clients. It is an interesting topic associated with further research because people are interested to know how much time is necessary to see the effect of the TCTSY treatment. However, our research is not focused on answering this question; the aim sit simply explore how the psychologists handle this issue.

Based on the participants´ responses, there is a defined or an undefined therapy period as two alternatives. Four respondents usually agree on the number of the TCTSY sessions with their clients in advance. Two set the duration of the group therapy for six or eight weeks. The number of weeks was based mainly on subjective feeling. "*I´ve set it up for six weeks. I randomly chose that because I felt like that was long enough where people could have a consistent experience, but not too long where I feel like if you sign up for something that´s like ten weeks long, it´s really long time to commit"*(Respondent 1). Two respondents defined the number of individual sessions, one set it up as six sessions and another defined a maximum of ten.

Two respondents led a flexible number of individual TCTSY sessions, depending on the client´s need. In the case of integrating the TCTSY into a therapy, it is complicated to discuss a number of the TCTSY interventions because it might start and end at any stage of the therapy sessions. So, all respondents who gave this alternative work with flexible periods. Another aspect that determines the duration of the therapy is the urgency, meaning that the clients might still be under the trauma attack, as was mentioned by one of the participants.

Structure

Trauma-Sensitive Yoga uses yoga forms as a kind of movement; therefore, participants were asked if they prepared some yoga forms before the TCTSY intervention or if they worked spontaneously. We were also talking about inner phases within the practice. It all lead to gathering information on the structure. No one has a strict structure of yoga forms that would be provided. The reason is that each client prefers and needs a different type of movement or focus. The simple structure was identified with one respondent in her group sessions. All respondents reported there might be a simple structure in the meaning of inner phases, e.g., start and end with the same forms

or concentration on the breath from the beginning, etc.

A structure based on strictly following yoga forms is not preferred by any participants. They prefer flexible content based on the client´s request, which means a psychologist asks a client what yoga forms they would like to try today or, on the other hand, if there is something they would like not to integrate into the practice. Three respondents explicitly reported this way. The other way is spontaneous facilitating coming from the therapist's current ideas. Two respondents said they use yoga forms according to observing signs they see in the client. *"If I can see some tension around the client´s shoulders, I use some yoga forms associated with this part of the body"* (Respondent 4). It is similar to the other four participants who said they have some yoga forms in their memory bank and use them spontaneously according to the concrete situation.

A particular case is using yoga cards, which is not spontaneous facilitation or does not follow a defined structure because the psychologist does not know what card the client will choose. However, it is definitely an interesting kind of work, and one respondent reported that she has been using them.

Place

Most people associate yoga with a yoga studio, gym, or at least a bigger space where a person can easily move. How is it about Trauma-Sensitive Yoga and its practice in a psychological context? That topic is opened in this section.

Seven respondents provide therapies, including Trauma-Sensitive Yoga, in their private practices. Although there might be some space limits, no one reported it as a disadvantage. One respondent said the TCTSY is realized in seated or standing arrangements because there is not enough space for two yoga mats.

The next option is connected to online meetings. In this case, the psychologist and their client work remotely from different environments. One respondent who provides only online therapies shared that working with clients in a virtual mode taught them to be very flexible in terms of handling unexpected situations because clients can be taking the call while, e.g., driving or walking. However, clients generally like it, and a variable environment is not considered an issue for any of our participants. Moreover, two participants explicitly reported that the online form goes very well, and it is no less valuable way of providing Trauma-Sensitive Yoga intervention.

Three respondents have had an experience conducting Trauma-Sensitive Yoga

in an outside "institution", which may mean in hospital, clinic, treatment center, preschool, and in one case also at clients' place. The last is concretely related to bottom-oriented therapy, including the TCTSY provided to children. "*Sometimes I´ve done home visits and been in families' houses. I teach the parents how they can use some place in the kitchen, or there in the living room. So, I´ve used it in all those places"* (Respondent 7).

Way of practice

The last theme represents the variabilities of how Trauma-Sensitive Yoga is realized in terms of kinds of movement. All respondents offer Trauma-Sensitive Yoga on a chair or a couch, which comes as no surprise because psychologists provide "traditional" therapy mainly sitting down. Three respondents reported that sometimes they sit with their clients on the floor. Four respondents use a yoga mat for the Trauma-Sensitive Yoga practice. All respondents generally provide the TCTSY therapy while sitting down, three mentioned also lying down, one participant reported walking during the TCTSY, and three psychologists mentioned standing yoga forms as a way of practice during the Trauma-Sensitive Yoga practice.

As a reader might remember from the theoretical part, clients always have a possibility to choose what they want to do to feel comfortable, meaning that they may like to sit, stand, or do yoga forms. Our participants, without exception, follow this component. Therefore, our analysis of the way of practice is focused on their experiences with their clients rather than only providing ways of practice.

6.2 What type of clients do psychologists indicate TCTSY as part of therapy with?

The second research question is focused on concrete cases when integrating Trauma-Sensitive Yoga might be an effective treatment for a client. When we talked to the participants about when Trauma-Sensitive Yoga can be indicated, it opened the topic when it actually might not be a good idea to do it. All indications that will be presented are based on the experiences of our participating psychologists.

An interesting fact is that psychologists do not use Trauma-Sensitive Yoga only in case of apparent complex trauma, but the range of cases when Trauma-Sensitive Yoga can be a helpful intervention is wider. The analysis process has uncovered that the

indication of the TCTSY can be recommended according to a concrete diagnosis, symptom, or type of client.

Some readers might have an objection that these three categories are the same. A person can have posttraumatic stress disorder, suffer dissociation as a symptom, and be viewed as introverted. True, connections exist between all themes and sub-themes, but there are viewed from different perspectives. It reflects the answers of our participants because they also look at their clients and possibilities of integrating the TCTSY from different views, and the research wants to represent maximum from their perspectives.

6.2.1 Indication of Trauma-Sensitive Yoga

Spreadsheet 3: Cases indicating the TCTSY as a part of therapy

THEME	SUB-THEME
diagnoses	diagnoses of trauma
	diagnoses uncovering trauma
	other
a type of client	personal characteristics
	experiences
symptoms	X

Diagnoses

Diagnosing trauma seems problematic, especially with complex trauma, which all respondents confirmed. It happens that people suffering from complex trauma are incorrectly diagnosed. Two respondents said that in such a case, they work only with complex trauma as a diagnosis, even though it is unofficial. For the purpose of this analysis, we have a similar attitude. We call the topic "diagnoses," although it does not include only official diagnoses that are in any diagnostic manual but also diagnoses that have not been registered yet; however, the professional community knows about them.

If we look more closely at what diagnoses clients come with, we can classify them into three groups: diagnoses reflecting trauma, diagnoses hiding trauma, and other diagnoses.

In the case of the first group of diagnoses, five participants usually have clients with CPTSD, one respondent mentioned transgenerational trauma, and another respondent uses the TCTSY when there is a single-incident trauma but in an interpersonal

context. This group can be regarded as having the most related diagnoses to trauma.

Then, there are official diagnoses, but the participations have explored there is complex trauma behind them. Four respondents reported it is usually major depressive disorder; two said adjustment disorder; another two respondents pointed to generalized anxiety disorder; two respondents also talked about PTSD, and again two of our participants have had experience with borderline personality disorder as a wrong diagnosis instead of complex trauma. *"I mean, borderline, it´s simply complex trauma. It´s just attachment disorder in adults"* (Respondent 7). Respondents also mentioned diagnoses such as bipolar disorder, dependent personality disorder, dissociative disorder, obsessive-compulsive disorder, panic disorder, and phobias that clients had been diagnosed with when they, in fact, suffered from complex trauma. One respondent who works with children reported diagnoses like ADHD, learning disabilities, and oppositional defiant disorder. *"Learning disabilities is another one, when, in reality, they are focused on needing to be safe. You are not gonna learn in school and use cognitive functioning and listen and remember things if you are worried about, am I gonna eat? Am I gonna be heard?"* (Respondent 7).

All diagnoses written above may be different, but they have the same denominator – trauma. Nevertheless, there are official diagnoses that do not have to have a close relation to trauma, but still, some participants consider the TCTSY helpful for them. Two participants said it is an autism spectrum disorder. *"I´ve had two adult clients who were diagnosed with autism. They were experiencing their body was wrong and not socially normal like sometimes, they did hand flapping, or they did rocking. And so, it was really interesting for them that they were able to experience their bodies in a way that felt almost like they were children again, and that someone wasn´t telling them what to do, or that it is wrong, and it was really healing for them"* (Respondent 1).

Other diagnoses in this section were eating disorders and multiple sclerosis when each of them was reported once by some respondents. *"I´ve people who cannot move. They have multiple sclerosis, for example. So, we do very tiny movements and just contractions cues from inside. They do not receive from the outside"* (Respondent 6). One respondent would like to explore the effect of Trauma-Sensitive Yoga on people who suffer from a special kind of epilepsy related to interoception, but the exploration has not yet started.

A type of client

Another case where Trauma-Sensitive Yoga has been implemented into therapy is connected to a type of client. Two participants claim that Trauma-Sensitive Yoga is for every type of client. Nevertheless, most participants defined types of clients suitable for TCTSY treatment. It can be selected for clients with some personal characteristics or clients who have had some experience that affected them, and TCTSY can be an effective answer to this impact.

Introverted and quiet clients, clients who have difficulty identifying their own needs, clients who struggle with verbalizing, people who are overthinkers, and females, in general, belong to the thematic group called individual characteristics. Our psychologists use the TCTSY in these cases. *"Historically, women often have experienced more oppression based on their body"* (Respondent 1).

Experiences where Trauma-sensitive yoga is a helpful intervention include especially those that have led clients to believe that their body is wrong or the source of their problems. Two participants pointed this fact out. Another two participants joined in that experiences with systemic oppression belong to this topic too.

The issue of systemic oppression is strongly connected to the topic of intersectionality that we have presented in the theoretical part. *"I think marginalization is trauma itself. So, I would like to really underline the power that TCTSY has to put us in the same level and to really have your body back, and to feel that you are really able to make choices for yourself"* (Respondent 2).

Symptoms

Symptoms are the last topic relating to when a psychologist might indicate Trauma-Sensitive Yoga. Three respondents do it when their client has anxiety, and three participants use the TCTSY in dissociation; one respondent also separately mentioned depersonalization and derealization states, and two recommended the TCTSY when there is a symptom connected to movement, which might be the inability to move at all or movement restriction or hyperactivity. One respondent uses it with people having chronic pains, and another considers the TCTSY helpful in dysmorphophobia.

6.3 What kind of TCTSY components are considered the most useful in psychological practice?

The concept of Trauma Center Trauma-Sensitive Yoga was described in the second chapter of the theoretical part. Following up on it, we know that Trauma-Sensitive Yoga encourages people to perceive any movement and its associated sensation, and is always while maintaining the possibility of choice. Trauma-Sensitive Yoga as a premeditated intervention can be described by components that are included and followed by TCTSY facilitators. The third research question brings the question if some of these characteristics play a significant role in psychological practice.

The consideration of useful components in psychological practice is based on the feedback that participants receive from their clients. Then, the components like invitational language and choice making are highly evaluated because they are rooted in the whole psychological work of our participants, not only in the Trauma-Sensitive Yoga practice. Based on this findings, two themes were identified: received feedback and comprehensive components.

Spreadsheet 4: Themes and sub-themes related to consideration of TCTSY components

THEMES	SUB-THEMES
received feedback	choice making
	safe environment
	no evaluation
	interoception
	present moment
	shared authentic experience
comprehensive components	invitational language
	choice making

Received feedback

Whenever there is evaluation of therapeutical methods, it is not only about what a therapist thinks but also what the clients´ reactions and feedback are. Therefore, participants were asked about what their clients highly appreciate about Trauma-Sensitive Yoga, and, on the other hand, what components might cause trouble. Choice making proved to be the most highly positive but mostly problematic component at the same time. Five respondents mentioned the component of choices as the one that clients assess highly, and five respondents reported choice making as being most complained about. *"Mainly, it is about choice making, like that people on the one side, they love it because they can see they have some control, they have freedom, but at the same time, they don´t know frequently what to do with it."* (Respondent 7) All five respondents are often asked by clients: *"Just tell me what to do"* It is part of the process that clients need time to get used to making their choice. Another interesting point was identified in two respondents' answers whose clients positively evaluated choice making as part of group TCTSY practice; moreover, clients adjust more quickly to this component than in an individual way.

Another component considered genuinely useful in therapeutical practice of our respondents, and have had only positive feedback, is no evaluation of clients' sensations or emotions. Four respondents reported that their clients really appreciate and are treated by the experience that there is nothing right or wrong.

The characteristic of non-evaluation of noticing sensation is close to the component of being in the present moment. Two respondents said clients underline the opportunity to experience whatever comes in a moment without trying to fix it.

Three respondents reported that clients appreciate the safe environment they feel during the Trauma-Sensitive Yoga intervention. It is not named separately in basic components but is part of all components and the TCTSY practice overall.

Positive and negative feedback is also in the case of interoception. All respondents consider it very important, but clients probably struggle the most with it because it might be difficult for them, especially from the beginning[2]. Although it helps clients practice it,

[2]Picking up on difficulties with interoception, there are more participants´experiences that might be uselful to know for professionals who are at the beginning of integrating the TCTSY. Two respondents

four respondents reported it is not an easy component, and adequate dosage of interoceptive practices is essential.

The last component that clients have assessed is shared authentic experience. Two respondents said it is highly evaluated mainly in individual sessions because the roles between the psychologist and the client are equal. The psychologist is not perceived as an expert who knows better than the client. *"Generally shared authentic experience is highly evaluated because it´s something that can equal the relationship between you and your client"* (Respondent 1).

Comprehensive components

Although Trauma-Sensitive Yoga is a concrete type of intervention, participants use some components beyond the straightforward the TCTSY practice because they consider them beneficial for the therapy.

Six respondents shared that they use choice making and non-coercion in their whole working attitude. The biggest reason is that they can see that these components support the client´s agency.

Another helpful component, which is not bonded only to the time of the TCTSY intervention but is rooted in the global therapeutical style of our six participants, is invitational language. *"Well, invitational language, I think, is the key to my work now as a clinician"* (Respondent 2).

Seven respondents admitted they use the TCTSY approach in general in their personal lives, and it is beneficial for them, e.g., in parenting, friendship, and for them personally.

---

shared that yoga forms, which take up more space, are triggers and make a massive reactivity in clients. Also,children sometimes have difficulty, and it leads in titrating TCTSY technics, which means they might have a problem recognizing when it is possible to use some skills from Trauma-Sensitive Yoga and when not. They would like to use it in situations, e.g., during the class, when they cannot.

6.4 What motivates psychologists to integrate TCTSY into their therapeutical work with clients?

Motivation plays a significant role in integrating Trauma-Sensitive Yoga into a therapeutical style. The reasons why psychologists choose this approach and what motivates them to continue integrating the TCTSY might complete an entire picture of using Trauma-Sensitive Yoga in psychological practice. The participants spoke about their motivation, and based on their statements, three themes have been analyzed – motivation dependent on clients, motivation dependent on personal incentives, and motivation dependent on the improvement of therapy.

Moreover, this subchapter about motivation includes introducing the other therapeutical approaches that Trauma-Sensitive Yoga is combined with. Psychologists have been motivated to integrate Trauma Center Trauma-Sensitive Yoga because it offers something they miss or do not like in other types of therapeutical approaches.

6.4.1 Motivation

Spreadsheet 5: Sources of motivation

THEME	SUB-THEME
motivation dependent on clients	the requirement to integrate body
motivation dependent on personal incentives	personal experiences
	relationship to body
	compatibility
motivation dependent on the improvement of therapy	deficiencies
	needs of change
	importance

Motivation dependent on clients

It's client to whom the participants provide their therapy. And as we know, client´s needs stand at the center when the participants create a contract for the therapy. Based on this, it is natural that clients are the source of motivation why psychologists want to integrate the TCTSY into their therapeutical work.

Although clients do not have to know about Trauma-Sensitive Yoga, they might be interested in a body-oriented therapy or simply point out that they need to engage their

body into the therapy. Seven respondents reported they have clients who wanted to integrate their body into the therapy. Three of them said that clients have been curious about a body-oriented therapy, three shared that clients needed to include simple movement practices, and one respondent talked about a client´s appeal to be more body-aware.

Furthermore, there is a link between motivation dependent on clients with the initiative of integrating the TCTSY that we discuss in the sub-chapter Pre-integration. Clients who seek a psychologist find information about the TCTSY on the psychologist´s website or the website of the Center for Trauma and Embodiment at JRI. Some of them choose their psychologists because they implement the body in therapy, which corresponds with what they want.

Another point is that traditional talk therapies might not be enough for some clients, and they feel the same as psychologists. We will spread this topic in the sub-chapter about other therapeutical approaches.

Motivation dependent on personal incentives

Inner motivation is the biggest incentive in our participated group. There were frequent answers connected to personal experience, own relationship with the body, and compatibility of Trauma-Sensitive Yoga with personal and professional style. The topic of personal motivation is relevant to all eight research participants, and in the following paragraphs are more details.

All respondents have had personal experience with yoga in general. All of them are certified yoga teachers; however, only one was a regular yoga teacher and taught for some time. The other seven respondents completed the certification program but have never used it out of their psychological practice.

Five respondents reported that they use yoga for their personal well-being. It means they use the psychological benefic of yoga for themselves. One respondent also shared that it helped her repair her relationship with her body. "*I used to be a long-distance runner, and at some point, I realized that running for hours just dissociates me from my body. I wanted to have a different type of relationship with my body, and that´s how I initially came into yoga"* (Respondent 1).

Two respondents have had experience with yoga in general, but their motivation to explore Trauma-Sensitive Yoga was raised from searching different types of yoga

because classic or mostly offered yoga classes did not suit them anymore.

Three respondents have had intensive experiences with other kinds of movement besides yoga. Running was mentioned, alongside contemporary and improvisation dance and gymnastics. These experiences bring some important information. At first, they are the source of motivation because the participants have built a relationship with movement: *"For me, body stuff is very kind of my first language"* (Respondent 3). Secondly, it might influence Trauma-Sensitive Yoga practice. There is an interesting personal story from one respondent: *"I would like to say I realized that sometimes I´m bored when I do the practice with other TCTSY facilitators, and I am trying to solve it in my own experience as a facilitator. First, I am trying to understand why it is happening. Maybe it can be about the yoga forms, and I realize that it happens if the forms are not connected to each other. Because my information of dancer also works"* (Respondent 4).

The last point associated with inner motivation can be called *compatibility*. Two respondents reported that Trauma Center Trauma-Sensitive Yoga enhanced their therapy style, so it has fit into a puzzle into a whole picture. One respondent resumed that Trauma-Sensitive Yoga has had a great sense for her, which was why she was motivated to integrate it into her psychological practice.

Motivation dependent on the improvement of therapy

Five respondents reported that Trauma-Sensitive Yoga was integrated with motivation to improve the therapeutical style that was offered. Three respondents noticed some deficiencies or limits in their previous approaches. In particular, they were missing working with the body in therapy. They were aware of the value of incorporating the body into the psychological treatment, but their psychological training did not include it or was insufficient. One respondent mentioned physiology as a separate factor that she missed in a therapeutical impact as well.

Three respondents felt a need to change the kind of therapy offered. They perceived too much dominance of classic styles of therapies and wanted to find a way clients could reconnect to their bodies. Moreover, two respondents sought more gentle therapeutical training oriented to trauma. *"I really wanted to be trained in TCTSY because before, we were offering MBSR (Mindfulness-Based Stress Reduction) program, and for some people, it was very helpful; for others, it was too much. People were still very exhausted; it was too much, and I felt it was too directive"* (Respondent 6).

The third source of motivation to improve a therapeutic style is awareness of aspects that the respondents consider essential in therapy and that was met by training in Trauma Center Trauma-Sensitive Yoga. Three respondents wanted to become a more trauma-informed therapists. *"I can't imagine working as a psychotherapist without trauma knowledge. When I work with someone, I always find trauma"* (Respondent 4). Two respondents specified it more concretely as learning to work with interoception. One respondent said she wanted a balance between body, thoughts, and emotions in her offered therapy.

The last theme is associated with the kind of therapeutical training and approaches our participants have had and the differences between them and Trauma Center Trauma-Sensitive Yoga. Based on this, the following sub-chapter is devoted to this topic.

6.4.2 Differences in other approaches

Trauma-Sensitive Yoga is considered an additional treatment. It means all participating psychologists have other therapeutical training, either more than one. Half of them use Eye Movement Desensitization and Reprocessing Therapy (EMDR), and three respondents are trained in the Psychodynamic approach. Mindfulness-based therapy, Acceptance, Commitment Therapy, and Interpersonal Psychotherapy are each represented by two respondents.

Two respondents marked their therapeutical approach as integrative; however, all respondents integrate the knowledge and skills from all kinds of training they have, so we might talk about a higher number than two.

The next following therapeutic training programs are used in our participant group: Person-centered therapy, Cognitive behavioral therapy, Existential therapy, Internal Family System, Emotion-focused therapy, Multicultural feminist therapy, Sensorimotor Psychotherapy, Sand play, and Sand Tray, Prolonged exposure therapy, Seeking Safety Therapy, Brainspotting therapy, Compassion-focused therapy, and The Polyvagal theory in therapy. Professionals might recognize a mix of holistic therapeutical approaches and therapies concretely designed for trauma treatment.

Six respondents said they have never faced any conflicts between Trauma-Sensitive Yoga and other approaches that they do with clients. They consider all of them compatible in their offered therapeutical style. One respondent reported that her previous approach (MBSR) did not fit her as much as Trauma-Sensitive Yoga. Another participant reported that Trauma-Sensitive Yoga was not so suitable in combination with

the psychodynamic approach but with humanistic therapies.

Based on participants' speech about combining Trauma-Sensitive Yoga and some kinds of therapies above, there are aspects of talk therapies or trauma-focused therapies that are overlooked or do not match the therapeutic style of our respondents. The focus is oriented only on what Trauma-Sensitive Yoga brings beyond the other therapeutical styles, but there could be a reverse perspective – what other approaches offer, and Trauma-Sensitive Yoga does not include, which is not included in this survey and is considered in the limits of research.

Spreadsheet 6: Aspects missing/unfavorite in other kinds of therapies

THEME	SUB-THEME
other therapies in general	coercion
	exhaustion
	capacity for change
trauma and body-oriented therapies	not enough flexibility
	still cognition
talk therapies	missing body
	re-traumatizing

Other therapies (in general)

Five respondents shared the limits of other therapeutical approaches compared to Trauma-Sensitive Yoga. The most unfavorable aspect is coercion. According to half of the participated group, other therapeutical approaches do not sufficiently support the client´s agency. They are too directive and in a role that they know what is good for a client, sometimes more than clients by themselves. Participants miss the choices that could be offered in the therapeutic process.

One respondent also mentioned that some therapeutical programs might be exhausting for clients, so there is an aspect of difficultness or fast pace in treatment that might be uncomfortable, especially for traumatized people.

One respondent opened the idea that not all therapeutical approaches presume the client´s capacity for change. It is connected to the directivity of an approach; however, we consider it very interesting to think about the idea of presuming capacity for change.

Trauma/ body-oriented therapies

Trauma-Sensitive Yoga is not the only one therapeutical training that works with the body in trauma treatment; however, five of our participants said there are some differences compared to the TCTSY.

Three respondents miss more flexibility in other body-oriented therapies. They have had the experience that there is still a strict protocol or structure that must be followed. The participants need more space to adjust the treatment to a concrete client.

Another significant aspect for the three participants is that other trauma therapies, even if they work with the body, are still cognitive. One example is the cognitive exploration of the reason or source behind some sensations that a client feels. Participants emphasize that Trauma-Sensitive Yoga is a truly bottom-up approach. *"All of the other somatic types of therapy still require frontal lobe activity to realize what´s going on in the body. TCTSY gets you in your body, and then you have these aha moments afterward, truly bottom-up. Most of the others are bottom, but still top-down; you have to think about it. That´s the biggest difference that I´ve seen"* (Respondent 8).

Talk therapies

Some differences strongly associated with traditional talk therapies are missing the body and the next point that talk therapies can be re-traumatizing. Two respondents explicitly mentioned differences between talk therapies and the TCTSY.

"I am probably 30 years into my clinical experience, but over the years, traditional talk therapies never were adequate in order to access what´s going on inside without flooding somebody without re-traumatizing as a part of therapy" (Respondent 7).

6.5 What are the benefits of TCTSY integration into the therapeutical work?

Research interviews opened a topic of what the participants consider unique about Trauma-Sensitive Yoga and what it brings to their psychological practice. Some findings will already be familiar to the reader because they are connected to sub-chapters about comparison with other therapeutical approaches and motivation in general.

The analyzing process identified three themes: client-oriented attitude, convenient approach for integration, and explicit bottom-up intervention.

6.5.1 Unique characteristics of TCTSY

Spreadsheet 7: Highlighted characteristics of Trauma-Sensitive Yoga

THEME	SUB-THEME
client-oriented attitude	no stigmatization
	equal power dynamic
	not diagnostic-centered approach
	flexibility
convenient intervention for integration	framework
	range of impact
	addressing concrete domains
	supportive underpinning
	no re-traumatization
clear bottom-up approach	relation to body

Client-oriented attitude

Trauma-Sensitive Yoga considers a client as a competent person who is able to decide for themselves. Based on this, the TCTSY remembers there is an equal power dynamic that has been created by choice making and other components. *"Sometimes, you, as a clinician, you want them (clients) to walk on a specific path. With TCTSY, it is not at all like this. You need to offer options. I think this is difficult for many colleagues, but it is the precious jewel of TCTSY. Because this approach teaches you to step back from your role and learn that we are all in this together in a very embodied way, it´s not just cognitive"* (Respondent 2).

Five respondents reported that this is a unique characteristic that they would underline. The right decision is the client´s decision; a psychologist is not an expert who knows everything. One respondent announced that at least the possibility of having a choice is new and unbelievable for most traumatized clients.

Two respondents perceive Trauma-Sensitive Yoga as a non-pathologizing intervention. It is very close to the opinion of another respondent that the TCTSY does not have a diagnosis in the center. Both create no stigmatizing environment. *"It´s not a diagnostic-centered approach. It´s not pathologizing. It is a very respectful approach towards the person who is suffering"* (Respondent 6).

One respondent emphasized that Trauma-Sensitive Yoga is very flexible according to the client´s needs. The adaptability to adjust practice to whatever need is a very unique option. Another three respondents have had the same opinion in the context of other therapeutical approaches, which are not flexible enough because they follow a concrete protocol.

Convenient intervention for integration

All respondents consider Trauma Center Trauma-Sensitive Yoga convenient and available for integration into therapeutical treatment. Five participants positively assess the framework of the TCTSY, which they describe as very consistent, understandable, and flexible. Four participants accentuate the range of impacts that the TCTSY has. There is a connection with the sub-chapter about using the TCTSY in comprehensive diagnoses. Trauma-Sensitive Yoga is perceived as inclusive and helpful regardless of the diagnosis.

Six participants see the contribution of the TCTSY in addressing concrete domains like interoception, relationship to own body, regulation, and shared authentic experience. The most addressed component is interoception. The participants reported that the TCTSY works in a genuinely bottom-up way that is unique across the therapeutical interventions.

Another convenient aspect of the TCTSY is the support and foundation that the training in the TCTSY under the auspices of the Center for Trauma and Embodiment offers. Two respondents reported they feel the base deserving for getting the knowledge, skills, and steps to do if they are unsure. The TCTSY seems to be a kind of grounding in their work. *"Whenever I feel like what do I do? I am like what TCTSY would do?"* (Respondent 1). Following this, one respondent mentioned the research side of the TCTSY that offer new and valid pieces of information and based-evidence proof of integrating the TCTSY.

Two respondents have had a congruence about the gentle style of Trauma-Sensitive Yoga, which is not re-traumatizing for both – a client neither a psychologist. They see the benefit; it is not necessary to stay in an intense story filled with trauma. Psychologists can work with traumatized people even if they do not know clients´ stories or traumatizing details.

Clear bottom-up approach

The last highlighted characteristic of Trauma Center Trauma-Sensitive Yoga has been mentioned many times. Five participants accentuate the straightforward bottom approach of the TCTSY because there is no requirement to evaluate any sensations. It supports staying in the present moment and building a relationship to own body through the body, not by cognition.

6.5.2 Changes

Our participants were asked if they noticed any changes connected to integrating Trauma Center Trauma-Sensitive Yoga into their psychological practice. It seemed to be an exciting topic for them. Six respondents admitted they recognized some changes. According to the analysis, I selected the changes into three themes: changes toward therapy, changes toward clients, and personal changes.

Two respondents reported they noticed no fundamental changes because they had similar therapeutical attitudes like Trauma-Sensitive Yoga, and the training in TCTSY just enhanced it. *"I might have gotten new information, but it was the same language I was speaking, right? It was the same underpinning. I could really just enhance and strengthen my approach, for example, of giving choices"* (Respondent 9).

Spreadsheet 8: Changes coming with integrating the TCTSY

THEME	SUB-THEME
changes towards therapy	extension
	awareness
	important aspects
changes towards clients	communication
	awareness
personal changes	way of thinking
	awareness

Changes towards therapy

Six participants reported a change in relation to the therapeutical work. Three of them have noticed an expansion of their professional insight, specifically on the dynamics of trauma and how a psychologist and a client might interact within the therapeutic process. *"When we´re meeting with someone for therapy, at some point,*

we might be viewed as the abuser or as the perpetrator. The way of trauma affects attachment and relationships like we might be viewed as the person that harms them. And I think TCTSY has helped me become more aware of that" (Respondent 1).

In our interviews, we touched on another change: the quality of awareness. Four respondents reported a higher level of awareness in general, and two related to the therapeutic process. They said they are more aware of what is happening within the therapeutic session and what aspects play a role in a particular situation.

One of the changes is related to choices. Five respondents have changed their therapeutical approach, accenting choices offered to clients. This is the most common change. Even the respondent, who did not perceive any changes within integrating the TCTSY, said that the TCTSY enhanced her therapeutic work by emphasizing choices in a client´s decision-making.

Another two respondents added that they see a crucial aspect of therapy thanks to the TCTSY in the client´s agency based on a client´s own will and perceived power. The respondents think about ways to support the client´s agency and share the power in a therapeutical process more than they did before the TCTSY training.

Changes towards clients

All six respondents who have recognized changes since they integrated Trauma-Sensitive Yoga shared what is different in relation to clients now. All of them have modified their way of communication. Three participants ask their clients more to confirm if they genuinely understand the message that a client wants to tell and figure out how a client feels about the therapy. They make it clear that the therapy is about the client, and they are not in the role of experts who knows better than them. Three respondents have extended their awareness about language, what words and in what way they say, and how a client reacts to their words.

As readers can see, awareness is in this sub-theme about changes towards clients as well. Besides higher awareness of communication, two respondents are aware of a deeper level of roles and attachment between a psychologist and a client. Another respondent shared that she started to be aware of somatic awareness about her clients and what their body shows up. Another respondent said that thanks to the TCTSY, she had gained profound insight into her clients' experienced reality.

Personal changes

Three participants shared that they noticed the changes not only on a professional but also on a personal level. Two participating psychologists said they noticed a changed way of thinking about human interaction, brain and body connections, and influences. Higher awareness was reported as well. One respondent claimed that she is more able to make the things that were previously only in her mind real.

6.6 What are the limitations to integrating TCTSY into the therapeutical work?

Participants talked about the limitations where integrating Trauma-Sensitive Yoga is not applied. The limitations can be divided according to three sources – mental and physical condition (entry conditions), barriers on the client´s side or difficulties that might be limited for psychologists.

Limitations for psychologists might be the same reasons why the psychologists do not indicate or do not recommend Trauma-Sensitive Yoga to a client. Mental and physical postulates have already been explained in the sub-chapter Pre-integration in the part of entry conditions; however, it belongs to this research questions about limitations for sure as well. Therefore, we briefly remind what it includes.

The limitation for integrating the TCTSY into the therapy can be active addiction to a substance(s) because addiction in this acute phase might lead in dysregulation, and inhibition to be connected with own body. Also, psychosis might limit the TCTSY intervention, but there was no congruence in the participated group. Another limitation that should be considered is self-harming behavior, and medical forbiddance from any reason. Moreover, integrating the TCTSY without limitations require that a client has a support and collaborate with another clients´ care professionals, if they have.

6.6.1 Barriers for clients

Spreadsheet 9: Barriers and challenges for clients to integrate the TCTSY

THEME	SUBTHEMES
barriers for clients	a preference for talk therapy
	no interest
	fear

This section is devoted to reasons for not integrating the TCTSY from the client´s side. All of them are respected by the participants and not considered negatively.

Clients who did not accept the participant´s invitation to try Trauma-Sensitive Yoga were people who simply preferred talk therapy. This is the experience of at least three of our participants. Participants are trained in other therapeutical approaches, so they usually simply work with these clients in another way that fits them. One respondent said her treatment style broadly includes body-oriented interventions, so if there is a client who is strongly oriented to cognitive-oriented treatment, she recommends some of her colleagues from the psychological field who might be a better match for them.

Then, there are people who are not interested in Trauma-Sensitive Yoga, and all respondents respect their choice. As it has been said many times, not doing Trauma-Sensitive Yoga is still a choice that is offered.

One respondent pointed out that a reason for rejection to integrate the TCTSY from the client´s side might be associated with fear, and it might be a kind of defensive mechanism. That is also one of the reasons why some psychologists are very interested in the client's reaction to the offer for integrating the TCTSY and pay attention to it. *"Some clients are like hell no, no. It is also interesting – a huge reactivity"* (Respondent 7).

6.6.2 Difficulties for psychologists

Spreadsheet 10: Difficulties of integrating the TCTSY into psychological practice

THEMES	SUBTHEMES
general difficulties	insurance rules
	covid pandemic
difficulties associated with the TCTSY	stigmatization
	conflicts in a professional field

Participants sometimes have faced challenges or difficulties that might affect the integration of the TCTSY. Two participants reported challenges at the general level, like insurance rules. They have to follow and report official requirements if they want clear Trauma-Sensitive Yoga interventions reimbursed by insurance companies.

Different kinds of difficulties came up with the covid pandemic. All respondents had to switch their psychological care to an online platform; however, online TCTSY sessions have proven to be a client favorite. One respondent shared that she had a group TCTSY sessions in person during the pandemic but with stringent rules, which seemed to be interrupting and uncomfortable for clients.

Trauma-Sensitive Yoga sometimes faces stigmatization from the general population, either professional population, because there are some traditional associations with the term ´yoga´ as something esoteric, non-scientific, or only physical-oriented. This is an experience that at least two participants shared it. *"They didn´t want it to be called yoga. Like you can do that stuff in therapy with them, just don´t say it´s yoga. I think it´s the kind of challenge that you are facing. They automatically link it with Buddhism or different things"* (Respondent 8). The second trouble that is also a kind of stigmatization comes with parents of child clients who consider Trauma-Sensitive Yoga or bottom-oriented approaches as fun and not real therapy. Respondents who have experienced any of these situations said the solution is to talk about it and try to explain what the TCTSY truly is.

Two respondents who also have offered Trauma-Sensitive Yoga as a clear intervention without traditional talk therapy mentioned difficulties that might come up with it. For the best treatment, having support is recommended to clients if they practice the TCTSY. Based on this, clients who do only Trauma-Sensitive Yoga usually have

another therapist or psychologist. It seems to require collaboration between the TCTSY facilitator and another mental health professional with the same client in care. One respondent said she has experienced there was a conflict between her TCTSY approach and another professional approach, and the client was in the middle. Another respondent shared that it was sometimes overwhelming to be only a yoga facilitator for one group of people and a psychologist for the second group. Therefore, she prefers integrating the TCTSY into the therapy with the clients, where both roles – TCTSY facilitator and psychologists are naturally together.

DISCUSSION

This master thesis has explored and described the integration of the TCTSY into the psychological practice by eight licensed psychologists from the United States and Europe. All participants integrate Trauma-Sensitive Yoga into their traditional talk therapies. Half of them also have provided clear TCTSY sessions, and three psychologists have offered group sessions. The most frequent way of integrating is at the beginning or end of the therapeutic session, which means the integration is agreed upon on the concrete period from the whole therapy time. However, there are other ways of how participated psychologists implement the TCTSY; they use it occasionally within the session when there is a need (e.g., for regulation, for symptoms connected to the body), or the TCTSY serves as a bridge between therapeutic phases.

An interesting way of the integration of the TCTSY is using it as part of another therapeutical intervention; there was an example in our survey where the TCTSY was implemented in EMDR, and we might say it creates a unique therapeutical style focusing on psychological trauma. It shows that Trauma-Sensitive Yoga does not have to be considered only separated body practice, but is kind of communication with clients, and the unique components, such as choice making and therapeutic approach, resonated with our participants so much that they decided to integrate the TCTSY into their entire working attitude. All participants emphasize non-coercion, choice making, and invitational language as a base in their therapeutic style, although they have different therapeutic training, from psychodynamic approaches to feminist and multicultural therapy.

Usually, the TCTSY practice is conducted in seated forms, which corresponds to the standard format of psychological therapies, but it does not mean other types of yoga forms are excluded. An example might be psychological interventions with people in a hospital who suffer from chronic pain or the impossibility of moving, which leads to using the TCTSY in a laying way.

The TCTSY still belongs to a new type of intervention whose potential has yet to be fully discovered. It is demonstrated by the fact that most of the time, the TCTSY must be introduced to a client as a possible intervention because people, mainly in Europe, do not know they could choose it. However, the situation is improving with the expansion of TCTSY facilitators worldwide.

Besides describing what integrating the TCTSY looks like as a psychological kind of treatment, the survey has showed that participants do not use the TCTSY only for complex trauma but also for comprehensive psychological states and diagnoses. Examples are autism spectrum disorder, major depressive disorder, personality disorders like a borderline personality disorder or dependent personality disorder, multiple sclerosis, etc. One of the reasons why the TCTSY works across comprehensive diagnoses is the lack of recognition of the different types of psychological trauma in diagnostic manuals. Our participants have experienced that clients with complex trauma often do not have a correct diagnosis. Based on our participants´ observation, adults often have, e.g., major depressive disorder, adjustment disorder, generalized anxiety disorder, panic disorder, or borderline personality disorder; children mostly ADHD, learning disabilities, or oppositional defiant disorder.

On the other hand, the TCTSY is proving to be a valuable intervention, even in the case of diagnoses that are not related to trauma. The psychologists´ working experiences with autism spectrum disorder, or multiple sclerosis, point out that the TCTSY can be integrated when the psychological issue is associated with the body in general. Based on the collected data, the client´s perception that their own body is wrong or pain coming from the inside of their own body are precisely the situations where integrating the TCTSY can be a good treatment intervention.

Following up on it, we might discuss if some symptoms or factors in comprehensive diagnoses are traumatic as well. When we think about this idea, we are again at the beginning of the definition what is trauma. Is it event(s) filled with fearful, unexpected, and precipitous happenings that we cannot control sufficient description of trauma? What if we expanded our understanding of trauma to include long-term experiences bringing feelings that our bodies are wrong, such as people with autism who often face social stigma? Furthermore, what about the chronic pain produced by our own bodies? Is not all of this traumatic? We are still discovering the extent to which trauma is rooted. Whether you consider symptoms of different diagnoses traumatic or not, our participants have experienced Trauma-Sensitive Yoga that helps people with these conditions.

Since we have opened the topic of using the TCTSY, the survey has demonstrated that integration does not depend only on the diagnosis. The participating psychologists integrate the TCTSY very well in cases of introverted clients or individuals

with verbalization difficulties and clients overwhelmed by their thoughts. Furthermore, for socially oppressed groups, clients with movement-related symptoms (e.g., hyperactivity, immobility), or clients who struggle to identify their needs. They suggest the TCTSY as well to treat anxious or dissociative states. It confirms the research results by, e.g., Kirkwood et al. (2005), that yoga is a helpful tool in some mental-health diseases like anxiety, depression, or PTSD.

Although traditional talk therapies are offered the most, integrating body-oriented intervention into therapy seems to be a requirement. Especially in the case of trauma, cognitive treatment is not as effective as it is needed. We know from the theoretical underpinning that trauma impacts the brain, body, and physiological processes in particular, and previous research disclosed that traumatic memories might be rooted in a somatic way. Our participants are guided in trauma treatment by the listed facts, and moreover, there is also a greater demand from clients for body-oriented therapies. People are interested in including their bodies in the therapeutic process because they feel their body is impaired the same as the brain. Based on this, our psychologists have been motivated to improve their previous therapeutical style and add bottom-up interventions to therapy.

They decided to integrate the TCTSY because it meets the needs of traumatized people and is an apparent bottom-up intervention. The TCTSY is a gentle approach working with interoception; moreover, it returns a sense of control to a client and is available in dissociative states and needs of regulation. The TCTSY does not require evaluating the client's feelings and sensations compared to other therapeutical interventions. Moreover, participants consider the TCTSY a very clear, consistent, available, and flexible approach that offers supportive underpinning.

Tenderness of the TCTSY compared to other interventions is underlined. Other kinds of therapeutical approaches with which our respondents have experience, like MBSR or Prolonged exposure therapy, might be too exhausting and demanding for some clients. It is similar to what Zaccari et al. (2022) found in their research, where some participants considered a cognitive group therapy very difficult.

All the aspects above seem to be significant for integrating the TCTSY into psychological practice. Clients are in an active role in creating the treatment process in a dyad with a psychologist; it leads to experiencing an equal power dynamic in a relationship, which people with complex trauma often miss in their lives.

They used to be in a helpless submissive situation without the possibility of controlling and affecting what they would like to do. Based on participants' answers, integrating the TCTSY is valuable just because it can be adjusted to clients; clients are not coercively led to where the psychologist or the method instruct they should be, but where they would like to be.

With respect to the importance of having a sense of control, I have thought about clients who want to have everything under unreal control, which might come from the fear they could lose control again as they lost it during a traumatic event. There is space for discussion on whether and how often this reaction happens in traumatized people and if it might be connected to single-incident or complex trauma, but it leads us to think about some potential limitations of the TCTSY that would deserve more exploration.

Coming back to the discovery arising from the survey, an essential characteristic of the TCTSY refers to (no)re-traumatization. It is not necessary to know the traumatic story or its details in the TCTSY. Therefore, clients are protected against re-traumatization. Moreover, we can add the protection of psychologists as well. As we discussed vicarious trauma in Chapter one, we know that working with traumatized people takes the risk of transferring trauma to the professional. Therefore, integrating TCTSY might be a part of therapeutical care, which provides safe but still therapeutic and productive time for both sides – the psychologist and the client.

Picking up on how psychologists might profit from integrating the TCTSY, we can mention the increasing awareness that occurred in our participants. The research focused on Yoga as an adjunctive treatment for PTSD (van der Kolk, 2014) or on the TCTSY vs. cognitive processing therapy (Zaccari et al., 2022) brought information about higher awareness in clients who participated in the TCTSY program. In our survey, we have explored that psychologists who are in the role of TCTSY facilitators increase their awareness as well. They reported better somatic awareness, what is going on during the therapeutic session, and the factors which influence the interaction between a client and a psychologist. It includes how a client might perceive a psychologist. As we know, people who experienced trauma where the offender was someone close to them can struggle to believe people in future relationships. This issue might be opened in a therapeutic relationship, and the awareness about it becomes a base for being a trauma-informed therapist.

Although the TCTSY has a research background and is based on scientific

knowledge, stigmatization still occurs. Considering Trauma-Sensitive Yoga esoteric, religious, or not a real therapeutic intervention is something that professionals must overcome. There seems to be fundamental to explain, introduce, and show what the TCTSY is and how it works.

There are also limitations connected to this master thesis. The first relates to the participating group of psychologists from whom the data were collected. They are only females, and all are certified yoga teachers, although only one has taught it. The next research would be required to include individuals of other gender and also psychologists who are not trained in teaching yoga. Moreover, for better data saturation, the survey would need more participants. Unfortunately, other participants who would meet the survey criteria were not found. We wanted to focus on psychologists; therefore, social workers or other mental health care professionals could not be included even if they were therapists and TCTSY facilitators as well. On the other hand, some homogeneity of the participating set brings advantages.

Based on the challenging process of recruiting respondents, psychologists from different countries were addressed. It means people from different cultures were included, which might be another limitation. It also relates to the language in which the survey was done. English was a non-native language for three respondents and a researcher as well. In qualitative research based on interviews, we must consider language misunderstandings, although English is a worldwide language with the highest priority in academic and science areas. To avoid language issues, all respondents had the possibility of checking the transcript of their interview to see their answers also in a written way and got a chance to edit it if the report did not fit what they meant. I, as a researcher, had a professional consultation with a language expert who helped to create the correct expression of the research questions and questions for the interview and was available within the whole process.

Some limitations are seen in the last research question: "What are the limitations to integrating the TCTSY into psychological practice?". Answers from the interviews brought the topics about barriers for clients, difficulties for psychologists, and diagnoses that might limit the integration; however, there are no included limitations of the TCTSY as an intervention by itself.

Future research might consider exploring the effectiveness of the TCTSY in particular ways of integration – individual clear TCTSY practice, incorporating

the TCTSY in talk therapies, etc. Current research is mainly oriented to the group format of intervention.

Further exploration could involve hospitals, clinics, or treatment centers, where integrating the TCTSY might have some specifics. Our participants mainly use the TCTSY in their private practice, and only one respondent also works at the hospital.

Besides the working environment where the TCTSY might be applied, it could be interesting to explore in what other psychological types of work the TCTSY might be contributive. This master thesis was oriented only on therapeutic work with clients. However, there are psychologists who use the TCTSY beyond their therapy. Examples might be found in a sport psychology, military, etc.

Another suggestion for future research is to compare the intervention focused on trauma, including the TCTSY, and explore their concrete strengths and weaknesses, common and dissimilar themes, and what motivates psychologists to choose the particular approach in their therapeutic style.

CONCLUSION

The survey´s findings revealed important and profound aspects of integrating the TCTSY into psychological practice. We have identified two parts of the integration process: *pre-integration* and *integration* by itself. Whereas clear integration represents a way, type, place, time, period, and structure of the TCTSY practice, pre-integration is dedicated to creating a contract with a client, considering entry conditions that might impact the TCTSY intervention, and getting clients acquainted with the therapeutical process because they become active participants. Inviting clients to participate in the psychological intervention belongs to the essential base of the TCTSY philosophy, and all participants follow it.

We have explored that the participating psychologists apply the TCTSY in different ways. The most frequent is integrating the TCTSY into a talk therapy which has been done by all participants. Half of the respondents have experienced clear individual practice where only the TCTSY is provided, and three participants have offered the group TCTSY interventions. Although group practice of the TCTSY is not a widespread domain of psychologists, more than half of the participants are interested in it and are open to its implementation.

Based on the qualitative data in this master thesis, we know that integration of the TCTSY has more comprehensive applications, from integrating the TCTSY at specific times within a therapeutic session (e.g., at the beginning or end), then occasionally depending on the client´s current condition, to the use of the TCTSY as a bridge between therapeutic phases or linking the TCTSY with other therapeutic approaches.

The possibility of linking the TCTSY with another therapeutical style like EMDR or play therapy seems to be an idea with greater potential. But, in fact, all respondents use some aspects of the TCTSY in their therapeutical style in whatever intervention because non-coercion, choice making, and invitation became fundamental characteristics of their communication and therapeutic attitude.

Following all knowledge that we have presented, we can see that the TCTSY brings a new perspective into the psychological work with a client, especially in trauma treatment, and participating psychologists highly evaluate it for its clear, consistent, available, and flexible format, which provides a framework of competence.

Integrating the TCTSY is beneficial, compared to other therapeutic interventions, thanks to its gentle approach, non-traumatizing, and clear bottom-up orientation. Participants underline that the TCTSY works with an equal power dynamic that returns a sense of control and agency to the client.

The motivation to integrate the TCTSY into the psychological practice comes from personal and professional incentives. All respondents have a relationship with yoga in general, they are certificated yoga teachers, although only one has been in a role of a regular yoga teacher, others use their yoga skills only in the psychological field or for personal growth and well-being. Participants are motivated by their clients who desire to integrate the body into therapy, and also, our psychologists can see how vital body-oriented interventions are.

The important message is that the TCTSY is used in a comprehensive diagnosis, symptoms, and types of clients. Although it is mainly addressed to people who suffered complex trauma or treatment-resistant PTSD, based on participants´ experiences, it seems to have a broader influence. The TCTSY denotes a positive effect on CPTSD, PTSD, major depressive disorder, generalized anxiety disorder, borderline personality disorder, etc. However, we must consider the problematic diagnosing of types of traumas. Our respondents confirmed that people with complex or developmental trauma often have different diagnosis or diagnoses. It is a signal for professionals in the psychological and psychiatric field to update their points of view on these matters. However, some symptoms and issues exist in different psychological statements, like negative perceiving of own body or symptoms connected to the movement (e.g., hyperactivity, pain, impossibility to move), where Trauma-Sensitive Yoga can genuinely help regardless of whether we consider these issues traumatic or not.

Integration of the TCTSY is not provided only according to diagnosis, but there are types of clients for whom the TCTSY is a good option for treatment. For example, these might be introverted quiet clients; those who struggle to verbalize or identify their feelings, needs, and troubles; people who are overthinkers; or under systemic oppression.

The TCTSY component that participating psychologists often emphasize, the same as their clients, is choice-making. It is the essential characteristic of the TCTSY to give people choices and let them decide what they would like to do. Clients evaluate it highly because it is the opposite of their traumatic experiences. Suddenly, they can

really have control and freedom; however, it might not be easy to learn to handle this unusual situation. This is a similar setup with interoception as well.

Participants perceive the TCTSY as unique in its option to work with choices and interoception and do not evaluate incoming sensations that clients might feel. Non-evaluation is a valuable aspect because all methods usually want to assess why sensations occur and what they mean; however, the TCTSY wants to offer a space where people can be in the present moment with any incoming feelings because it has a powerful healing effect.

As our survey has shown, the integration of the TCTSY can be seen as a helpful tool for using it in clients´ treatment and for psychologists too. Respondents said that they have noticed a higher level of awareness of what was happening during the therapeutic session, somatic awareness, and awareness associated with characteristics of creating relationships in traumatized people.

Besides the positive aspects – why the psychologists integrate the TCTSY into the therapy with their clients – there might also be potential interference that must be considered. Although there is no consensus about diagnosis or type of clients for whom the TCTSY should not be suitable intervention. There have been considerations about the appropriateness of Trauma-sensitive yoga when self-injury behavior, active substance addiction, psychosis, or unreadiness for therapy occurs. All participants agree that having support is essential for clients in all cases.

Integration of the TCTSY might also be limited by insurance rules or persistent stigmatization about yoga as a professional kind of treatment. There are also reasons coming from clients why not to integrate the TCTSY and stick to a standard talk therapy, and they are respected.

All collected pieces of information above bring a profound understanding and knowledge of how the integration of the TCTSY works in psychological practice or how it can be applied by those who think about this bottom-up approach. This master thesis might be a practical manual for psychologists and therapists, suggesting what are the possible ways of integrating the TCTSY, what are the benefits or obstacles, how psychologists use the benefits of the TCTSY in their practice, and how the TCTSY enriches the therapy compared to other therapeutic interventions.

Insight into psychologists' motivation for integrating the TCTSY also provides valuable information, because we can see what psychologists need, require, and miss in treating traumatized clients and not only them.

This master thesis extends the current range of psychological treatments by a relatively new bottom-up intervention that is not so familiar in Europe but bears high potential with potential effects that deserve to be discovered by mental health professionals.

We hope that this survey encourages psychologists and therapists to think about their way of integrating the body into therapy, to become more trauma-informed professionals, and to be open to new interventions.

SUMMARY

The theoretical part of this master thesis pushed back the definition of trauma, what can be perceived as a traumatic experience, and what are the conditions of psychological trauma. We followed up on the differences between single-incident, complex, developmental, cumulative, and vicarious trauma with an accent on the complex trauma that has been the essential diagnosis for the TCTSY.

We have looked at the diagnostic manuals – ICD-10 and DSM-5 – and their perspectives on psychological trauma in the diagnostic field. We have discovered that diagnosing trauma is problematic, and the results of our survey confirmed it.

Subchapter 1.5 introduced exciting and significant facts about the neurobiology of trauma and its impact on the function of interoception, alongside a limbic system with amygdala at the head, and physiological processes, memory, etc. Based on the knowledge about neurobiological states, we have explained why bottom-up interventions are important in treating trauma.

In addition to it, various kinds of therapeutic approaches were introduced. We focused on those designed mainly for trauma; therefore, these approaches create a specialized group of therapies to which the TCTSY belongs.

The important part of the master thesis was dedicated to the introduction of the TCTSY. We described the principles of this intervention, yogic underpinning that stands in the core, the essential components, which are invitational language, interoception, choice making, non-coercion, and shared authentic experience (Trauma Center Trauma Sensitive Yoga, 2022), and the theoretical know-how of how the TCTSY might be applied in psychological practice.

We presented the research already carried out in this field, which has yielded significant findings and paved the way for the TCTSY in the scientific field.

The survey aimed to explore and describe how psychologists integrate the TCTSY into their therapeutic work with their clients. We dealt with the concrete way of integrating the TCTSY, what happens before the integration when the TCTSY is indicated, and, when contraindications should be considered. How the TCTSY contributes to the treatment of trauma compared to other therapeutic approaches, and what the TCTSY brings to psychologists in a professional or in a personal field.

We have explored that the TCTSY is frequently applied in a standard talk therapy

as a part of the session that is oriented to the body. The participants and their clients consider the TCTSY a helpful intervention for its non-traumatic, gentle, and non-coercive attitude and the possibility of making own choices and building agency and a sense of control. The participants appreciate the clear, consistent, and flexible design of the TCTSY that makes this method an available and effective kind of treatment.

Although the TCTSY is mainly designed for treating CPTSD, and chronic treatment-resistant PTSD, the survey shows that its impact is beyond these diagnoses. It has been used for generalized anxiety disorders, major depressive disorders, autism spectrum disorders, etc., and variable symptoms and personal characteristics of clients.

The master thesis has pointed out the importance of integrating work with the body into a therapy, the oneness of Trauma-Sensitive Yoga and the issue of psychological trauma and its treatment. We dived into real psychological practice and explored the application of a unique therapeutic method that deserves attention.

RESOURCES

1. Akyolová, A. K. (2021). *Jóga pro zdravé emoce a imunitu.* Brno: CPress
2. American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 5th ed.* Washington, DC: American Psychiatric Association Press
3. American Psychological Association. (2017). *What is Cognitive Behavioral Therapy?.* Retrieved December 12, 2021, from https://www.apa.org/ptsd-guideline/patients-and-families/cognitive-behavioral
4. American Psychological Association. (2022). *APA Dictionary of Psychology: exteroception.* Retrieved November 1, 2022, from https://dictionary.apa.org/exteroception
5. Anderson, F. G., Sweezy, M., & Schwartz, R. C. (2017). *Internal Family Systems Skills Training Manual: Trauma-Informed Treatment for Anxiety, Depression, PTSD, & Substance Abuse.*Eau Claire: PESI Publishing
6. Bowlby, J. (2010). *Vazba: teorie kvality raných vztahů mezi matkou a dítětem.* Praha: Portál
7. Braun, V., & Clarke, V. (2021). *Thematic Analysis: A Practical Guide.* London: SAGE Publications
8. Bremner, J. D., Randall, P., Vermetten, E., Staib, L., Bronen, R. A., Mazure, C., … Charney, D. S. (1997). Magnetic resonance imaging-based measurement of hippocampal volume in posttraumatic stress disorder related to childhood physical and sexual abuse--a preliminary report. *Biological psychiatry*, *41*(1), 23–32. doi: 10.1016/s0006-3223(96)00162-x
9. Butera, K., & Elgelid, S. (2019). *Jógová terapie: osobní přístup k aktivnímu životnímu stylu*. Praha: Grada
10. Carrion, V. G., & Wong, S. S. (2012). Can Traumatic Stress Alter the Brain? Understanding the Implications of Early Trauma on Brain Development and Learning. *Journal of Adolescent Health, 51*(2), S23–S28. doi:10.1016/j.jadohealth.2012.04.
11. Carter, R. (1998). *Mapping the Mind.* Oakland: University of California Press
12. Catherall, Don R. (2004). *Handbook of Stress, Trauma, and the Family.* New York: Brunner-Routledge

13. Center for intersectional justice. (n.d.). *What is intersectionality.* Retrieved November 13, 2022, from https://www.intersectionaljustice.org/what-is-intersectionality
14. Český institut pro psychotraumatologii a EMDR. (n.d.). *Brání vám vaše vzpomínky, abyste žili přítomnost naplněni a těšili se na budoucnost?* Retrieved September 23, 2022, from https://www.emdr.cz/metoda-emdr
15. Cleveland Clinic. (2022). *Sympathetic Nervous System*. Retrieved November 12, 2022, from https://my.clevelandclinic.org/health/body/23262-sympathetic-nervous-system-sns-fight-or-flight
16. Cochrane. (n.d.). *About Cochrane*. Retrieved October 25, 2022, from https://www.cochrane.org/about-us
17. Cook, A., Spinazzola, J., Ford, J. D., Lanktree, C., Blaustein, M., Cloitre, M., … van der Kolk, B. (2005). Complex trauma in children and adolescents. *Psychiatric Annals, 35,* 390–398. Retrieved November 10, 2022, from https://complextrauma.org/wp-content/uploads/2019/01/Complex-Trauma-1-Joseph-Spinazzola.pdf
18. Craig, A. D. (2002). How do you feel? Interoception: the sense of the physiological condition of the body. *Nature Reviews Neuroscience, 3(8),* 655–666. doi:10.1038/nrn894
19. Craig, A. D. (2009). How do you feel now? The anterior insula and human awareness. *Nature Reviews Neuroscience, 10(1),* 59–70. doi:10.1038/nrn2555
20. Cramer, H., Anheyer, D., Saha, F. J., & Dobos, G. (2018). Yoga for posttraumatic stress disorder – a systematic review and meta-analysis. *BMC Psychiatry, 18*(1). doi:10.1186/s12888-018-1650-x
21. Cramer, H., Lauche, R., Langhorst, J., & Dobos, G. (2013). Yoga for depression: a systematic review and meta-analysis. *Depression and Anxiety, 30*(11), 1068–1083. doi:10.1002/da.22166
22. Critchley, H. D., & Harrison, N. A. (2013). Visceral Influences on Brain and Behavior. *Neuron, 77(4),* 624–638. doi:10.1016/j.neuron.2013.02.008
23. Damasio, A. R., Everitt, B. J., & Bishop, D. (1996). The Somatic Marker Hypothesis and the Possible Functions of the Prefrontal Cortex [and Discussion]. *Philosophical Transactions of the Royal Society B: Biological Sciences,* 351(1346), 1413–1420. doi:10.1098/rstb.1996.0125

24. DBT & Mental Health Services. (2020). *How Does Trauma Affect the Parasympathetic Nervous System?*. Retrieved September 17, 2022, from https://www.mhs-dbt.com/blog/parasympathetic-nervous-system-and-trauma/
25. Dick, A. M., Niles, B. L., Street, A. E., DiMartino, D. M., & Mitchell, K. S. (2014). Examining mechanisms of change in a yoga intervention for women: the influence of mindfulness, psychological flexibility, and emotion regulation on PTSD symptoms. *Journal of clinical psychology*, *70*(12), 1170–1182. doi: 10.1002/jclp.22104
26. Druga, R., Grim, M., & Dubový, P. (2011). *Anatomie centrálního nervového systému.* Praha: Galén
27. Elbert, T., Schauer, M., & Neuner, F. (2015). Narrative exposure therapy (NET): Reorganizing memories of traumatic stress, fear, and violence. In U. Schnyder & M. Cloitre (Eds.), *Evidence based treatments for trauma-related psychological disorders: A practical guide for clinicians* (pp. 229–253). Springer International Publishing AG. doi: 10.1007/978-3-319-07109-1_12
28. Emerson, D. (2015). *Trauma-Sensitive Yoga in Therapy: Bringing the Body into Treatment*. New York: W. W. Norton & Company
29. Emerson, D., & Hopper, E. (2011). *Overcoming Trauma through Yoga*. Berkeley: North Atlantic Books
30. Emerson, D., Sharma, R., Chaudhry, S., & Turner, J. (2009). Trauma-Sensitive Yoga: Principles, Practice, and Research. *International Journal of Yoga Therapy, 19*(1), 123 - 128. doi: 10.17761/ijyt.19.1.h6476p8084l22160
31. Ernst, J., Böker, H., Hättenschwiler, J., Schüpbach, D., Northoff, G., Seifritz, E., & Grimm, S. (2013). The association of interoceptive awareness and alexithymia with neurotransmitter concentrations in insula and anterior cingulate. *Social Cognitive and Affective Neuroscience, 9(6),* 857–863. doi:10.1093/scan/nst058
32. Farb, N., Daubenmier, J., Price, C. J., Gard, T., Kerr, C., Dunn, B. D., … Mehling, W. E. (2015). Interoception, contemplative practice, and health. *Frontiers in Psychology,* 6. doi:10.3389/fpsyg.2015.00763
33. Fiala, P., & Valenta, J. (2020). *Přehled anatomie centrálního nervového systému.* Praha: Karolinum
34. Ford, J. D. & Courtois, Ch. A. (2009). *Defining and Understanding Complex*

Trauma and Complex Traumatic Stress Disorders. New York: The Guilford Press.

35. Frewen, P. A., Dozois, D. J. A., &Lanius, R. A. (2012). Assessment of anhedonia in psychological trauma: psychometric and neuroimaging perspectives. *European Journal of Psychotraumatology, 3(1),* 8587. doi:10.3402/ejpt.v3i0.8587
36. Friedman, M. J., Resick, P. A., & Keane, T. M. (2007). PTSD: Twenty-five years of progress and challenges. In M. J. Friedman, T. M. Keane, & P. A. Resick (Eds.), *Handbook of PTSD: Science and practice* (3–18). New York: The Guilford Press
37. Gallegos, A. M., Crean, H. F., Pigeon, W. R., & Heffner, K. L. (2017). Meditation and yoga for posttraumatic stress disorder: A meta-analytic review of randomized controlled trials. *Clinical Psychology Review, 58*, 115–124. doi:10.1016/j.cpr.2017.10.004
38. Ghandili, M., & Munakomi, S. (2022). *Neuroanatomy, Putamen.* Retrieved November 11, 2022, from https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK542170/
39. Grahn, J. A., Parkinson, J. A., & Owen, A. M. (2008). *The cognitive functions of the caudate nucleus. Progress in Neurobiology*, 86(3), 141–155. doi: 10.1016/j.pneurobio.2008.09.004
40. Guyton, A.C., & Hall, J.E. (2006). *Textbook of Medical Physiology* (11th ed.). Philadelphia: Saunders Elsevier
41. Hanson, M. (2010). Ahimsa and Awareness: Core Principles Overlooked in Yoga Therapy. *International Journal of Yoga Therapy, 20*(1), 80 - 82. doi: 10.17761/ijyt.20.1.qu637753u73720m4
42. Heller, L. & LaPierre, A. (2012). *Healing Developmental Trauma: How Early Trauma Affects Self-Regulation, Self-Image, and the Capacity for Relationship.* Berkeley: North Atlantic Books.
43. Hermann, J. L. (1990). *Trauma and Recovery*. London: Pandora.
44. Hodgdon, H. B., Anderson, F. G., Southwell, E., Hrubec, W., & Schwartz, R. (2022). Internal Family Systems (IFS) Therapy for Posttraumatic Stress Disorder (PTSD) among Survivors of Multiple Childhood Trauma: A Pilot Effectiveness Study. *Journal of Aggression,Maltreatment & Trauma, 31*(1), 22-43. doi: 10.1080/10926771.2021.2013375

45. Holmes, E., Brown, R., Mansell, W., Fearon, R., Hunter, E., Frasquilho, F., & Oakley, D. (2005). Are there two qualitatively distinct forms of dissociation? A review and some clinical implications. *Clinical psychology review, 25*(1), 1–23. doi: 10.1016/j.cpr.2004.08.006
46. Integrative Trauma Treatment Center. (2022). *Our View on Single Incident Trauma.* Retrieved November 5, 2022, from https://traumacenternw.com/services/single-incident/
47. International Society for the Study of Trauma and Dissociation. (2022). *Fact Sheet I -Trauma and Complex Trauma: An Overview.* Retrieved November 5, 2022, from https://www.isst-d.org/public-resources-home/fact-sheet-i-trauma-and-complex-trauma-an-overview/
48. Iyengar, B. K. S. (1966). *Light on Yoga.* New York: Schocken Books
49. Jochmannová, L. (2021). *Trauma u dětí*. Praha: Grada
50. Khalsa, S. S., Adolphs, R., Cameron, O. G., Critchley, H. D., Davenport, P. W., Feinstein, J. S., … Mehling, W. E. (2018). Interoception and Mental Health: A Roadmap. *Biological Psychiatry: Cognitive Neuroscience and Neuroimaging, 3(6),* 501–513. doi: 10.1016/j.bpsc.2017.12.004
51. Kimble, M., Boxwala, M., Bean, W., Maletsky, K., Halper, J., Spollen, K., & Fleming, K. (2014). The impact of hypervigilance: Evidence for a forward feedback loop. *Journal of AnxietyDisorders, 28(2)*, 241–245. doi: 10.1016/j.janxdis.2013.12.006
52. Kirkwood, G., Rampes, H., Tuffrey, V., Richardson, J., & Pilkington, K. (2005). Yoga for anxiety: a systematic review of the research evidence. *British journal of sports medicine*, *39*(12), 884–891. doi: 10.1136/bjsm.2005.018069
53. Krause-Utz, A., Frost, R., Winter, D., & Elzinga, B. M. (2017). Dissociation and Alterations in Brain Function and Structure: Implications for Borderline Personality Disorder. *Current psychiatry reports*, *19*(1), 6. doi: 10.1007/s11920-017-0757-y.
54. Kuvalayananda, S., & Vinekar, S. L. (1990). *Jógová terapie.* Bratislava: CAD Press
55. Larsen, Ch., Wolff, Ch., & Hager-Forstenlechner, E. (2018). *Medical Yoga 2*. Olomouc: Poznání

56. Lefebre, J. (2021). Using Trauma- Sensitive Yoga and Embodied Play Therapy for Stabilization and Resourcing. In A. Beckley-Forest, & A. Monaco (Eds.). *EMDR With Children in the Play Therapy Room* (311 – 324). New York: Springer Publishing Company
57. Long, Ch. (2021). *How the Parasympathetic Nervous System Can Lower Stress.* Retrieved November 12, 2022, from https://www.hss.edu/article_parasympathetic-nervous-system.asp
58. Marich, J. (2014). *Trauma Made Simple: Competencies in Assessment, Treatment and Working with Survivors.* New York: Springer Publishing Company.
59. Matoušek, O. (2017). *Dítě traumatizované v blízkých vztazích*. Praha: Portál.
60. McBride, H. L. (2021). *The Wisdom of Your Body.* Toronto: Harper Collins Publishers
61. Mehta, M. A., Golembo, N. I., Nosarti, C., Colvert, E., Mota, A., Williams, S. C. R., … Sonuga-Barke, E. J. S. (2009). Amygdala, hippocampal and corpus callosum size following severe early institutional deprivation: The English and Romanian Adoptees Study Pilot. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 50*(8), 943–951. doi:10.1111/j.1469-7610.2009.02084.x
62. Mosley, N. (n.d.). *With curiosity, embodiment, choice*. Retrieved October 10, 2022, from https://www.traumasensitiveyogawest.ca/whatistctsy
63. National Child Traumatic Stress Network. (2012). *TF-CBT: Trauma Focused Cognitive Behavioral Therapy.* Retrieved November 12, 2022, from https://www.nctsn.org/sites/default/files/interventions/tfcbt_fact_sheet.pdf
64. Nemiah, J. C. (1998). Early concepts of trauma, dissociation, and the unconscious: Their history and current implications. In J. D. Bremner & C. R. Marmar (Eds.), *Trauma, memory, and dissociation* (pp. 1–26). Washington, D.C.: American Psychiatric Association Publishing
65. Nicotera, N., & Connolly, M. M. (2020). The Influence of Trauma-Informed Yoga (TIY) on Emotion Regulation and Skilled Awareness in Sexual Assault Survivors. *International journal of yoga therapy, 30*(1), 19–31. doi: 10.17761/2020-D-18-00031
66. Office for Victims of Crime. (n.d.). *Who is at Risk of Being Affected by Vicarious Trauma?*. Retrieved November 7, 2021, from

https://ovc.ojp.gov/program/vtt/what-is-vicarious-trauma#who-is-at-risk-of-being-affected-by-vicarious-trauma

67. Ogden, P., Pain, C., & Fisher, J. (2006). A sensorimotor approach to the treatment of trauma and dissociation. *The Psychiatric clinics of North America*, *29*(1), 263–xii. doi: 10.1016/j.psc.2005.10.012.
68. Oren, E., & Solomon, R. (2012). EMDR therapy: An overview of its development and mechanisms of action. *Revue Européenne de Psychologie Appliquée/European Review of Applied Psychology, 62*(4), 197–203. doi: 10.1016/j.erap.2012.08.005
69. Pessoa, L. (2010). Emotion and cognition and the amygdala: From "what is it?" to "what's to be done?" *Neuropsychologia, 48*(12), 3416–3429. doi:10.1016/j.neuropsychologia.2010.06.038
70. Praško, J. (2003). *Stop traumatickým vzpomínkám: jak zvládnout posttraumatickou stresovou poruchu.* Praha: Portál.
71. Price C. (2005). Body-oriented therapy in recovery from child sexual abuse: an efficacy study. *Alternative therapies in health and medicine*, *11*(5), 46–57. Retrieved November 11, 2022, from https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1933482/
72. Rice, A. (2022). *Trauma-Informed Yoga: A Guide*. Retrieved October 7, 2022, from https://psychcentral.com/health/what-is-trauma-informed-yoga#definition
73. Scalabrini, A., Mucci, C., Esposito, R., Damiani, S., & Northoff, G. (2020). Dissociation as a disorder of integration - On the footsteps of Pierre Janet. *Progress in neuro-psychopharmacology & biological psychiatry*, *101*, 109928. doi: 10.1016/j.pnpbp.2020.109928.
74. Schellong, J., Epple, F., & Weidner, K. (2021). *Psychotraumatologie.* Praha: Triton
75. Schulz, A., & Vögele, C. (2015). Interoception and stress. *Frontiers in Psychology,* 6:993. doi: 10.3389/fpsyg.2015.00993
76. Schwartz, A. (2016). *The Neurobiology of Trauma-Dr.Arielle Schwartz.* Retrieved September 17, 2022, from https://drarielleschwartz.com/the-neurobiology-of-trauma-dr-arielle-schwartz/#.Y2EoFHbMLb1

77. Schwartz, A. (2019). *Complex PTSD and Dissociative Symptoms.* Retrieved November 13, 2022, from https://drarielleschwartz.com/complex-ptsd-and-dissociative-symptoms-dr-arielle-schwartz/#.Y3DuUHbMLb0
78. Šedová, M., & Chuchutová, L. (2021). *Jóga pro zdraví: přirozený přístup pro tělo a mysl*. Praha: Grada
79. Sensorimotor Psychotherapy Institute. (n.d.). *Our Principles.* Retrieved September 23, 2022, from https://sensorimotorpsychotherapy.org/about/#mission
80. Shaili, J. (2019). *The Unspeakable Mind.* New York: Harper Collins Publisher
81. Sheline, K. T. (2015). *Post-traumatic growth and suicide risk in college students according to trauma type: a failure to replicate.* (Dissertation). Retrieved October 15, 2021, from Mountain Scholar Digital Collections of Colorado.
82. Singh, J., Prakash, J., Yadav, P., Bharti, A., & Chatterjee, K. (2021). Complex psychological trauma. *Industrial psychiatry journal*, *30*(Suppl 1), S305–S307. doi: 10.4103/0972-6748.328837
83. Somatic Experiencing International. (n.d.). *We have a simple, but bold, vision: Transforming lives through healing trauma.* Retrieved September 17, 2022, from https://traumahealing.org/about/
84. Stevens, F. L., Hurley, R. A., & Taber, K. H. (2011). Anterior cingulate cortex: unique role in cognition and emotion. *The Journal of neuropsychiatry and clinical neurosciences*, *23*(2), 121–125. doi: 10.1176/jnp.23.2.jnp121
85. Sweezy, M., & Ziskind, E. L. (Eds.). (2013). *Internal family systems therapy: New dimensions.* New York: Routledge/Taylor & Francis Group
86. *Thalamus*. (n.d.). In Wikisophia. Retrieved November 1, 2022, from https://wikisofia.cz/wiki/Thalamus
87. The Growth & Wellness Therapy Centre. (2020). *What is Trauma sensitive yoga and why should I try it?*. Retrieved October 7, 2022, from https://www.growthwellnesstherapy.com/our-blog/what-is-Trauma-sensitive-yoga-and-why-should-i-try-it
88. Trauma Center Trauma Sensitive Yoga. (2022). *What is Trauma Sensitive Yoga?*. Retrieved October 7, 2022, from https://www.traumasensitiveyoga.com/about

89. Turner, J. (2020). *Embodied Healing Survivor and Facilitator Voices from the Practice of Trauma-Sensitive Yoga.* Berkeley: North Atlantic Books
90. Vágnerová, M. (2014). *Současná psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál
91. van der Kolk, B. A. (2011). Introduction. In: Emerson, D., & Hopper, E. *Overcoming Trauma through Yoga*. Berkeley: North Atlantic Books, pp. 16-24
92. van der Kolk, B. A. (2014). *The body keeps the score: Brain, mind, and body in the healing of trauma.* New York: Viking Press
93. van der Kolk, B. A., Brown, P., & van der Hart, O. (1989). Pierre Janet on post-traumatic stress. *Journal of Traumatic Stress, 2(4)*, 365–378. doi:10.1002/jts.2490020403
94. van der Kolk, B. A., Stone, L., West, J., Rhodes, A., Emerson, D., Suvak, M., & Spinazzola, J. (2014). Yoga as an adjunctive treatment for posttraumatic stress disorder: a randomized controlled trial. *The Journal of clinical psychiatry*, *75*(6), e559–e565. doi: 10.4088/JCP.13m08561
95. Vaníčková, E. (2014). *Metodika pro screening emocionální traumatizace dětí.* Praha: Národní koodinační centrum prevence úrazů, násilí a podpory bezpečnosti pro děti Fakultní nemocnice v Motole
96. Weltens, N., Zhao, D., & van Oudenhove, L. (2014). Where is the comfort in comfort foods? Mechanisms linking fat signaling, reward, and emotion. *Neurogastroenterology & Motility, 26(3),* 303–315. doi:10.1111/nmo.12309
97. West, J. I. (2011). *Moving to heal.* (Dissertation). Retrieved November 12, 2022, from eScholarship@BC
98. West, J., Liang, B., & Spinazzola, J. (2017). Trauma sensitive yoga as a complementary treatment for posttraumatic stress disorder: A qualitative descriptive analysis. *International Journal of Stress Management, 24*(2), 173–195. doi:10.1037/str0000040
99. World Health Organization. (2022). *ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics*. Retrieved November 10, 2022, from https://icd.who.int/browse11/l-m/en
100. Wylie, M.S. (2014). The Limits of Talk: Bessel van der Kolk Wants to Transform the Treatment of Trauma. *Psychotherapy Networker 28* (1), 30–41.

Retrieved November 12, 2022, from https://yogafordepression.com/wp-content/uploads/the-limits-of-talk-wylie.pdf

101. Zaccari, B., Sherman, A., Higgins, M., & Ann Kelly, U. (2022). Trauma Center Trauma-Sensitive Yoga Versus Cognitive Processing Therapy for Women Veterans With PTSD Who Experienced Military Sexual Trauma: A Feasibility Study. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*, 10783903221108765. Advance online publication. doi: 10.1177/10783903221108765
102. Zhang, L., Lu, L., Bu, X., Li, H., Tang, S., Gao, Y., … Huang, X. (2021). Alterations in hippocampal subfield and amygdala subregion volumes in posttraumatic subjects with and without posttraumatic stress disorder. *Human brain mapping*, *42*(7), 2147–2158. doi: 10.1002/hbm.25356

Images:

- Image 1: Scheme of nervous system; Retrieved November 11, 2022, from https://www.lecturio.com/concepts/general-structure-of-the-nervous-system/
- Image 2: Chart of interoceptive awareness features; resource: Khalsa et al., 2018, 29

ABSTRACT OF MASTER THESIS

Title: Integration of TCTSY as a therapeutical intervention into psychological practice
Author: Bc. Julie Valešová
Supervisor: doc. PhDr. Mgr. Roman Procházka, Ph.D.
Number of pages and characters: 106, 209 229
Number of supplements: 2
Number of references:102

Abstract: The master thesis is dedicated to integration of Trauma Center Trauma Sensitive Yoga (TCTSY) as a therapeutical intervention into psychological practice. The survey aimed to explore and describe of how psychologists integrate the TCTSY into their therapeutical work with clients. Six research questions were defined in advance: What are the ways of integrating the TCTSY into the therapeutical work? What type of clients do psychologists indicate the TCTSY as part of therapy with? What kind of the TCTSY components are considered the most useful in psychological practice? What motivates psychologists to integrate the TCTSY into their therapeutic work with clients? What are the benefits of the TCTSY integration into the therapeutical work? What are the limitations to integrating the TCTSY into the therapeutical work? The theoretical part includes knowledge about definition, diagnosing, and types of psychological trauma with the accent on complex trauma; furthermore, neurobiology and treatment of trauma, and also examples of previous research associated with the topic. The survey was conducted by qualitative design by using semi-structure interview. Eight participants took a part in the survey. The collected data were analyzed by the Thematic analysis.

Key words: psychological trauma, Trauma-Sensitive Yoga, integration of therapeutic intervention, therapeutic work, thematic analysis

SUPPLEMENTS

The list of supplements:

1. Confidentiality informative agreement
2. Questions for interview

Univerzita Palackého v Olomouci | Filozofická fakulta Univerzita Palackého v Olomouci | KATEDRA PSYCHOLOGIE Filozofické fakulty UP

Confidentiality informative agreement

for the purpose of master thesis research

Name of research: Integration of TCTSY as a therapeutical intervention into psychological practice

Researcher: Julie Valešová

Date:

I have read the research conditions relating to my participation in the survey for the purpose of the master thesis entitled "Integration of TCTSY as a therapeutical intervention into psychological practice", and I voluntarily agree with my participation.

I take into consideration that all the data provided to this survey are anonymous, and they will not be used in any other way than the interpretation of the results of the master thesis.

I take into consideration that the interview will be recorded; however, it will not interfere with the anonymity guaranteed by the researcher.

I take into consideration that I can change my approach and quit my participation any time.

Questions for interview:

Respondent number:

Pronouns (what pronouns do you prefer to use?):

Age:

Occupation:

Country:

- How long have you been using TCTSY in therapy with clients?
- What are the other therapeutic approaches that you combine Trauma-Sensitive Yoga with?
- Is it a suitable combination, or do you face any conflict/contrast between these therapeutic approaches?
- What motivated you to integrate TCTSY into your therapeutic work?
- What is your relationship to yoga in general?
- Can you describe how your TCTSY practice with clients looks like?
- Do you provide TCTSY practice as part of a regular talking therapy or at separate sessions?
- Where do you usually practice TCTSY with your clients?
- How many TCTSY sessions do you usually have with one client?
- Do you define a number of TCTSY sessions in advance?
- Do you prefer to prepare the yoga forms in advance or do you work spontaneously?
- How did the training in TCTSY change your professional approach, if so?
- Are there any special conditions your clients have to meet to apply TCTSY practice?
- Do you offer TCTSY to your clients as part of the therapy, or do clients ask for it directly because they are already familiar with this method?
- What type of clients do you consider TCTSY a helpful therapeutical intervention, and why?
- What type of clients would you not recommend TCTSY to, and why?
- People with complex trauma often have more comprehensive diagnoses. Can you name what particular diagnoses clients practicing TCTSY have had?

- Have you ever had clients that were dissatisfied with or even dismissed TCTSY, and why?
- What do you consider unique about TCTSY compared to other interventions?
- In your view, what are the benefits of TCTSY in psychological practice?
- TCTSY consists of components like invitational language, interoception cues, choice making, and non-coercion; do you ever use some of these components outside the TCTSY practice as well?
- Are there any particular components that clients evaluate highly or, on the other hand, are viewed as problematic?
- Is there anything you would like to add?