

**EAG - INSTITUT FRITZ PERLS
KUHlwETTERSTRASSE 49
D-402339 DÜSSELDORF
NEMČIJA**

***Hilarion G. Petzold, Amsterdam/ Düsseldorf/ Krems (2004 I):
INTEGRATIVE TRAUMATHERAPIE UND »TROSTARBEIT«
– ein nicht-exponierender, leibtherapeutischer und
lebensinnorientierter ansatz risikobewusster behandlung***

**INTEGRATIVNO TERAPEVTSKI PRISTOP PRI
DELU S TRAVMO IN TOLAŽBA**

Prevedli:

Jasna Špiler Čadej

Helena Bezjak

Ravne na Koroškem, februar 2007

INTEGRATIVNO TERAPEVTSKI PRISTOP PRI DELU S TRAVMO IN TOLAŽBA

NEIZPOSTAVLJENA IN PREMALO UPOŠTEVANA, NA TELO IN ŽIVLJENJE ORIENTIRANA NAČELA, PRI INTEGRATIVNI TRAVMA TERAPIJI IN TOLAŽBI IN UPOŠTEVANJE TVEGANJA

Nastajanje teorij in razvoj metod v psihoterapiji in v drugih oblikah psihosocialnih intervencij, ki služijo za zdravljenje, vzpodbujanje in podporo ljudem v stiski, je visoko kreativen, zahteven in občutljiv poseg, ki na skupnem polju omogoča pomoč in je v podporo na vseh nivojih zdravljenja. Vsa načela, ki jih upoštevamo, ne smejo temeljiti samo na eni šoli ali na eni usmeritvi, ampak moramo pri delu upoštevati in uporabiti vse razpoložljive usmeritve, ki so lahko v pomoč ljudem, ki jih zdravimo.

To stališče je osnova integrativne kreativne terapije, ki jo zagovarja Petzold (Petzold 1975 h). Bistvo samorazvoja ljudi v terapiji je, da ponovno popravijo moteno in poškodovano samoregulacijo in da se naučijo samega sebe usmerjati in ponovno doživljati na več nivojih, kot Leib- subjekt, kot osebni sistem na več nivojih: na biološko organizmičnem nivoju, emocionalnem, kognitivnem nivoju, na nivoju socialnih odnosov, komunikacije, da znamo sami usmerjati in obvladovati svojo eksistenco, da z zavestno močjo in naučenim hotenjem podpiramo nezavedne regulacije z uravnoveženim vodenjem življenja.

1. Konteksti, problemi, ozadja - kritično razmišljanje o konceptih

Kot terapevt je Petzold s svojimi kolegi v klinični praksi in svoji psihoterapevtski praksi sodeloval in pomagal s svojimi spoznanji in metodami integrativne terapije in travma terapije, pri humanitarnih projektih nudenja pomoči travmatiziranim ljudem od leta 1960, pomagal je tudi od začetka vojne na področju bivše Jugoslavije, kot strokovnjak in supervizor terapevtov in prostovoljcev na ozemlju, ki so bila prizadeta po vojni (Josić, Petzold 1995, 2004).

Načela travma terapije so bila razvita v Parizu sredi 60-tih let (Petzold 2003a), na katere je vplival Pierre Janet v francoski klinični psihologiji (Janet 1919, Petzold 2004 d). Petzold jih je razvijal skozi svoje delo, iz izkušenj in dognanj, ki jih je dobil pri delu s politravmatiziranimi odvisniki ,v prvi terapevtski stanovanjski skupini za odvisnike v Evropi, »Les Quatre Pas« (Vormann, Heckmann1980; Petzold, Scheiblich, Thomas 2004) in iz izkušenj in spoznanj pri krizni pomoči po potresu v Skopju (1963) in pri poplavi Save v Zagrebu (1964).

Vsa spoznanja je upošteval pri delu s prizadetimi ljudmi v velikih katastrofah in s tem izgrajeval svojo terapijo (Petzold 1969c, 1986 b, Petzold, Josić,Ehrhardt 2003).

Na razhajanja v zvezi z temami: travma, izguba, žalost, tolažba, vpliva biografsko in družbeno ozadje.

Primer: otroci staršev, ki so sodelovali v nacističnem režimu, so se v 50-tih letih aktivno udeleževali mirovniških gibanj in v gibanjih sprave kot pacifisti (idem 2002h,2004k, 45). Dejstvo, da so bili njihovi starši nacisti, je imelo velik vpliv na njihovo življenje.

Tema »travma terapija« je bila v preteklih letih deležna vedno večje pozornosti, še posebej po nesrečah, ki jih povzroča človek iz številnih različnih vzrokov, o čemer bomo govorili na drugem mestu (Petzold1985m, 1996j, 1999i; Petzold, Wolf et al. 2000, 2002).

Na področju psihiatrije je bilo veliko govora o travmi od časov J.Ch. Reil (1809), Charcota (1878, 1892) in Janeta (1889), vsi so se ukvarjali s področjem travme, ki je bila takrat aktualna (Micale, Lerner 2001). Pojavljali so se različni pristopi do obravnavanja travme in vsi ti pristopi so bili različno interpretirani. Na podlagi in v povezavi s telesno in gibalno terapijo in kreativno teoretskimi temelji, so se lahko razvile specifične poti zdravljenja akutne travmatiziranosti in PTSD-ja (Petzold; Orth 2004 b).

Danes se veliko govori o travmi in PTSD-ju in če gledamo travmo samo monokavzalno, kot osnovni vzrok patogeneze, s tem prediagnosticiramo postravmatične motnje.

PTSD je prej izjema kot pravilo (Mc Farline 2000).

Nadalje so bile razvite specifične metode travmaterapije, kako ravnati s posledicami travme, začetki segajo v preteklost, v 19. stol.

Takrat so razvili nove metode pri obravnavi travme, najpomembnejše je, da so v terapiji uporabljali »ekspozicijo« in konfrontacijo z dogajanjem in doživljanjem.

Pacient naj bi se v prisotnosti terapevta, v varnem okolju terapevtske prakse ponovno soočil z dogodkom, ki je povzročil travmo, ponovno podoživel travmatski dogodek, dokler se njegova PTSD simptomatika ne izboljša (Ehlers 1999, Foa, Meadows 1997, Shapiro 1995). Ta metoda je bila in je še razširjena, vendar zaradi »retravmatizacijskega rizika« (Miltenburg, Singer 1997) ni bila sprejeta pri vseh strokovnjakih. Travma terapevtska intervencija ne bi smela pomeniti dodatnega tveganja in obremenitev za klienta, ker lahko povzroča hiperstres in disfunkcionalni stres. To pa je še vedno premalo upoštevano in pogosto prihaja do ponovnih škodljivih obremenitev tekom terapevtskega procesa, kar dokazujejo klinična poročila, pa tudi druga dokumentacija uporabnikov in izvajalcev, ki nudijo pomoč. To je razvidno tudi iz mnogih pisem ljudi, ki iščejo pomoč in to se da razbrati tudi iz odziva ljudi, ki so brali knjigo Therapieschaden.

O tveganjih in stranskih učinkih psihoterapije (Martens, Petzold 2002) se je več kot 20 pacientov zaradi večjih problemov in bolezenskih izkušenj z travmaterapijo obrnilo na nas, v zvezi z riziki v terapiji je bilo veliko vprašanj, ki zahtevajo odgovore.

O tej problematiki je nujno potrebno spregovoriti in Petzold postavlja alternativno tezo:

- Teza, da je človek že zaradi svojega evolucijskega razvoja opremljen in sposoben premagati travme (Petzold 2001m). Skozi evolucijo so bila travmatična doživetja za človeka težka, ampak normalna izkušnja, še posebej za ljudi, ki so skozi 85.000 generacij živeli kot lovci in nabiralci, v sovražnem, prevladujočem in neprestano ogrožajočem okolju. Skrbeti so morali za svoje preživetje in to milijone let. Saj smo kot Homo sapiens šele na koncu evolucijske verige primatov, po najnovejših odkritjih 7-9 milijonov let zgodovine Hominidov (Tattersall 2002) vidimo, da smo tako kot živali bitja, ki jim je usojen boj za preživetje, kot stalen prirojen način življenja.

V »boju za preživetje« smo skozi evolucijo in ob premagovanju težav pridobili optimalno psihofiziološko opremo, poleg mentalnega potenciala, ki smo ga lahko razvili in ki je naš ultimativni program preživetja (Petzold 2001m), zaradi česar smo tudi postali kulturno ustvarjalna bitja, ki so našla pot skozi zgodovino od vojn do civilne družbe, mogoče bomo našli nekoč tudi pot do «Weltbürgerlichen» - svetovljanske civilne družbe (Kant, «Idee zu einer allgemeinen Geschichte in Weltbürgerlicher Absicht«, vgl. Petzold, Orth 2004 b).

V številnih praksah se pojavlja zmotno mišljenje, da je doživetje travmatičnega dogodka, vedno ali pogosto enako pomembno, kot travmatična izkušnja, ki je patogena in ima patološke posledice (Lamprecht 2003, 66) ali kot psihična travmatizacija, ki ponavadi

povzročča kasnejše nevroze, psihosomatske motnje ali celo postravmatske obremenilne motnje, kronificirane fiziološke spremembe na klientu v smislu travmatsko stresne psihologije (van der Kolk 1994) in vpliva na celotno osebnost pacienta. V kolikor to smatramo kot pravilo ali kot pogost pojav, je to napačno mnenje.

Večina ljudi predela svojo travmo. Samo pri relativno malem številu prizadetih se pojavi PTSD sindrom.

Če pridemo v stik z akutno travmatiziranimi ljudmi, ki so prizadeti, v šoku, žalostni, nastane pri človeku intenzivna potreba, da vskoči, postane aktiven, pomaga in tolaži. Takšno obnašanje ljudi se smatra kot »transkulturno« pogojeno, podedovano. Očitno je to evolucijsko, biološko vgrajen program. To je notranje motivirana spontana potreba po nudenju pomoči, tako pri laikih, kot pri profesionalcih, ta spontana potreba je pomembna pri delu z ljudmi.

Vsekakor pa pomeni ta notranja potreba lahko tudi nevarnost za profesionalce, ki so poklicno zavezani nuditi pomoč in morajo že zaradi poklica samega nekaj storiti (aktivnost nas obvaruje pred pojavom nemoči).

V današnjem času še ne obstaja oblika urgentne terapije pri akutno travmatiziranih, kar bi mogoče lahko preprečilo postravmatske motnje.

Po zatrjevanju nekaterih, o učinkovitosti »debrifinga« v akutnih situacijah, moramo biti previdni, saj se nemalokrat skrivajo v ozadju tudi finančni interesi tistih, ki nudijo akutne intervencije (Litz, Gray, Bryant, Adler 2001). Tako torej ne moremo izhajati iz zagotovil o uspehu preventivne učinkovitosti zgodnje terapevtske intervencije. Opaženi so bili celo negativni učinki debriefinga (Bisson, McFarlane, Rose 2000, Gist, Woodall 2000).

Danes vemo zelo malo učinkovitosti »zgodnjih intervencij« in nivojih intervencij.

Travmatska ekspozicija, oz. soočanje z dogodki, v zgodnji fazi obravnave, je iz empiričnega vidika pomembno, da se zagotovi varna intervencija »safe inventions« in »patient security« za pacienta, kar je tudi etično, potrebna je osredotočenost na informacije, ki jih daje pacient (izkrivljanje), zato so lahko pogosto informacije, ki jih dobi terapevt od pacienta pomanjkljive in lahko zaradi tega pride v nadaljnji obravnavi do kronifikacije PTSD-ja, do psihičnih in fizičnih težav in težav v imunskem sistemu.

Vedno znova pogrešamo diferencirane in kontrolirane študije teh tveganj, ki bi temeljile na podrobnih preučevanjih populacije pacientov (Gender-, alters-, ethine-, Problem-).

Travme, ki jih povzročajo vojne, posilstvo, nesreče, se med seboj razlikujejo po učinku.

Predvsem bi morale študije doseči neko stopnjo »sophisticiranosti« in dvigniti psihološke parametre (Steffan, Petzold 2001b), da bi lahko zadovoljili visoko postavljene zahteve po dobri praksi (Dobson, Craig 1998, Lutz, Grawe 2001, Mace et al 2000, Petzold, Sieper 2001a), ki bi bazirala na opisanih primerih dobre prakse. Primerov dobre prakse na področju travme je zelo malo. Med redkimi študijami, ki so prevzele psihološke meritve so študije von Sack et al. (2003). On je pri pacientih s travmo tipa I pri odraslih, brez navedbe dejstev dogajanja, poleg psiholoških učinkov, meril tudi srčno frekvenco in respiratorno aritmijo sinusov, pri opisovanju travmatskih dogodkov. Drugih pomembnih psiholoških parametrov (količino kortizola, CHR, GABA...), ni izmeril.

Obravnavana je bila skupina N= 10, kontrolna skupina N=5, dva pacienta (13%) sta prekinila zdravljenje, obravnavana skupina in kontrolna skupina sta bili premajhni za ugotavljanje zanesljivih splošno veljavnih rezultatov. To velja za veliko drugih študij. Še posebej je problem kontrolnih skupin, zaradi nedoslednega opazovanja, spremljanja, nepopolne katamneze v kriznih kontekstih in tudi v kliničnih okvirjih, iz praktičnih in etičnih razlogov.

Še posebej predstavljajo problem nestabilne populacije pacientov s PTSD- jem.

V študiji EMDR je bil uporabljen zapis travmatičnega dogodka (Shapiro 1995), travmaskript. Zapis so naredili klienti po 4-7 srečanjih.

Po psiholoških merjenjih (IES, PPS, SCL-90) se je pokazala visoko signifikantna stopnja zmanjšanja obremenitve pri pacientih (Sack et al. 2003,51), ki se je pokazala kot stabilna po 6 mesecih. Pri vseh meritvah se je pokazalo zvišanje srčne frekvence med preobremenitvijo s travmaskriptom (ibid.52), če primerjamo frekvenco v nevtralnem stanju. V primerjavi med meritvami, pred in po travmaskriptu, je bila frekvenca srca nižja.

Poznani so tudi efekti navajenosti in privajenosti (Boudewyns et al. 1993; Pitman et al. 1996; Rogers et al. 1999), niso pa mogli biti pojasnjeni efekti obravnave zdravljenja. Ali lahko te omenjene učinke posplošimo pri vseh pacientih (Rothbaum et al.2001; Shalev et al. 2000) in jih generaliziramo, to ni dokazano (umetna prezentacija travmaskripta v procesu raziskovalnega settinga ni specifična sprožilna situacija).

Avtorji upravičeno ugotavljajo, da ni pojasnjeno, v koliki meri se pojavljajo in nastopijo efekti navajenosti pri ponovnem merjenju paradigme travmaskripta.

Zato lahko sklepamo, da samo ena ugotovljena nepravilnost pri delovanju srca ni zadosti, da bi lahko sklepali, da gre za vegetativno regulacijo pri travmatiziranih pacientih (ibid. 53f).

Takšne in podobne študije so začetek, temeljna znanja za dobro prakso pa to niso.

V nekem drugem delu opisuje skupina avtorjev «tveganje in nevarnosti», izpostavljenosti v EMDR zdravljenju, še posebej pri pacientih z disociativnimi motnjami, za katere predstavlja tak način predelave travme velik riziko destabilizacije (Sack et al. 2003,30). Opis pojasnjevalnih možnosti, ki so na razpolago, je relativno širok, paziti moramo na to, da so naša ravnanja previdna, nikoli ne v škodo pacienta, paziti moramo na njegovo varnost, še posebej če to velja za ambulantno situacijo. Poleg tega je diferencialna diagnostika disociiranih travma pacientov, enostavnih PTSD in DESNOS pacientov, vedno težavna, ni enostavna in tudi ne zanesljiva. Vedno znova je poudarek na previdnem ravnanju, kar je obveza pri delu. Brez definicij, kaj naj bi to bilo, kaj naj bi pomenilo previdno ravnanje, tudi pri tem je priporočljiva previdnost.

Vseskozi moramo upoštevati resno nevarnost destabilizacije in preobremenjenosti pacienta.

Pri sovpadajočih kliničnih opazovanjih lahko pri EMDR tehnikah nastopijo disociativne zaščitne ovire. Pacienti to pogosto opisujejo z besedami: »Nisem se mogel ubraniti, da pridejo spomini ven, ne morem jih ustaviti.« Prej disociirani spomini, lahko v terapiji zelo hitro privrejo, težko jih je ustaviti in omejiti, ker iz podzavesti pridejo zelo intenzivno.

Če ima pacient zmožnost obvladovanja, pogosto brez predhodnih znakov za njega, se pred koncem settinga sposobnost obvladovanja zmanjša in lahko pride do spominskih flešev in povečanja disociativne simptomatike. Zato morajo biti settingi pri klientih z disociativno simptomatiko zelo dobro pripravljeni. Vnaprej mora biti dogovorjeno, katere so možnosti za pomoč pri nastali krizi in kaj konkretno lahko naredi klient za sebe, da se ponovno stabilizira (nap. domišljjske vaje, kaj bi mu bilo v pomoč, nujni termini pri terapevtu), terapija mora potekati v za pacienta varnem okolju.

Ta tekst je predstavljen kot presendenčni primer, da bi bilo pokazano, kakšno je tveganje za pacienta v krizi, pri čemer jim kot terapevt ne morem pomagati, s krizami in

obremenitvami se mora soočit pacient sam (Martens, Petzold 2002), terapevt pa mu lahko z aktiviranjem miselnih in spominskih centrov povzroči poplavo miselnih in spominskih slik in s tem krizo še ojača.

Nobena od teh tehnik (mnoge je razvil Petzold sam, Krizni seminarji v sedemdesetih letih; Rham et al. 1993, Krizne intervencije; Schnyder, Sauvant 1996 b), ni bila preizkušena na tak način, da bi dokazovala svojo učinkovitost (to velja tudi za imaginacijske tehnike, ki so dosegle določeno popularnost).

Kakšen pomen imajo nujni termini pri terapevtu? Ali terapevt ve, kaj lahko stori (razen medikamentozne terapije) ali je na razpolago empirično validna praksa? Petzold spet odgovarja, da ne.

Nujnost predhodnega plana dela ni znanstveno utemeljena.

Glede navajenosti na travmo, kar bi v končni formi pomenilo navajenost na spominjanje travme, spet ne obstajajo nobeni resnični dokazi, in četudi bi bilo to zaželjeno, je istočasno vprašljivo.

Kaj pomeni »reprocessing« na možganski ravni, to je zelo neopredeljeno, oz. skopo opisano, o tem je malo različnih modelov in malo dokazov.

Kaj je »predelava skozi amygdaloidni sistem« (Unfried 2003,66)?

Praviloma lahko najdemo v literaturi, ki opisuje prakso o psihotravmi, splet bolj ali manj razumljivih »hevristik« in sekundarno izdelanih teoretičnih modelov (Fisher; Riedesser 1998, 203).

Takšni modeli so karakteristični za »mlado disciplino«. Modeli so izdelani na podlagi analognih primerjav ali na podlagi skupnih povezav (Petzold 1998,107), po kategorijah različnih znanstveno raziskovalnih paradigmah (na primer: nevroloških znanstvenih odkritij, psihoanalitična, globinsko psihološka odkritja), kar lahko ima za posledico nesistematični eklekticizem. Do sedaj je na razpolago zelo malo na znanosti temelječih specifičnih osnovnih znanstvenih spoznanj. Zato moramo vedno poudariti hipotetični značaj izdelave modelov, iz česar izhaja, da ne smemo preveč strogo slediti usmeritvam modelov; kar se pokaže, če pogledamo skupek del (Unfrieda, Hochauf 2000, Unfried 2003, 64): von Poppels (1997), in njegove rezultate dela eksperimentov z živalmi pri Le Douxu (1996,1998b) in perinatalna psihološka razmišljanja (Janus 1997), kakor tudi Thesen aus der Bindungsforschung (Grossman, Grossman 2002). Kako bi Unfried interpretiral naslednjo trditev: Od R. Hochaufa (1999,2000), ki trdi, da zgodnje travmatizacije pri otrocih povzročijo, da otroci razvijejo strukturo samozaščite, govori o razvoju »kvazisimbolične destrukture« (Unfried 2003,66). Kako naj človek ugotovi in razloži, kaj pomeni kvazisimbolično? Pojasnjuje, da je sam odkril pri velikem številu otrok natančno takšne zgodnje pomanjkljivosti v razvoju. Skozi klinično, otroško terapevtsko nevropsihološko opazovanje je odkril te pomanjkljivosti v zgodnjem otroškem razvoju in to tudi dokazal. Petzold se ne strinja z njegovimi ugotovitvami, govori, da je prišlo do zamenjave različnih nivojev. Na podlagi takšnih špekulacij pa se izdelujejo hipotetični modeli in strategije obravnave pacientov, ki temeljijo na takšnih zmotah.

Razvoj metod in zdravljenje zgodnjih travm (Koch-Kneidl, Wiesse 2003) in travm, ki so nastale kasneje, zahtevajo specifične klinične longitudinalne raziskave celostnega razvoja osebnosti, in tu nas čaka še dolga pot (Maersker et al. 1999).

Pri vprašanju travme se pojavlja veliko vprašanj, na katera je treba odgovoriti na filozofski, nevrološki, psihološki, klinični ravni, prav tako pa je potrebno upoštevati kulturni in estetski vidik (Petzold 1999q, Petzold, Orth 2004 b) in obravnavanje te teme z vidika znanosti in literature (Petzold 1991/2003a, 214ff, Poppel/ Merleau-Ponty/ Freud).

To razmišljanje ima meje in naj bi bilo vidno kot hipotetično gibanje na poti k znanstveno utemeljeni izgradnji modelov in nič več.

S svojimi teorijami in modeli moramo biti previdni in jih ne smemo jemati kot sto odstotno zanesljive. Kritični moramo biti do svojih konceptov, do konceptov drugih in vse to v interesu pacientov. Event-evokativno delovanje EMDR potrjujejo kot učinkovito prakso hevristično usmerjeni terapevti (Lipke 2000). Premikanje oči za metodo EMDR ni nujno (Eschenroder 1997; van Etten, Taylor 1998).

Hevristiki legitimno opravljajo psihoterapevtsko prakso in razvijajo metode (Ambuhl 1987; Ambuhl, Grawe 1989). Vedno moramo upoštevati, da hevristične metode v praksi večkrat vodijo do poškodb pacientov in v tem primeru hevristični pristop ni učinkovit.

Iz etičnega stališča in v smislu zaščite pacienta, smo dolžni pojasniti, da hevristični pristop še ni znanstveno utemeljen in raziskan (Orth, Petzold 2003). Podobno lahko trdimo za hevristične metode dela v travma terapiji in psihoterapiji. Kaj pomeni «Durcharbeiten»: nevrološko znanstveno in imunološko znanstveno s pogledom na PTSD psihologijo (Yehuda 2001).

S kognitivno rekonstrukcijo lahko razložimo zelo malo in z njo ne dosežemo skorajda nič. Pri kronificirani Hiperarousal- Numbing-simptomatiki, katere vzrok so nevrnske in genske motnje.

Zakaj bi vodili ljudi skozi boleče podoživljanje travme ali jih silili v obremenjujoče, boleče in strah zbujajoče spomine, ki jih prikličemo v sedanost, če to lahko naredimo za njih na manj boleč in obremenjujoč način.

Zakaj moramo skrito, disociirano, odrinjeno, zopet priklicati v zavest, če po drugi strani poudarjamo, da z vsako intenzivno ponovitvijo travme, se ta še bolj intenzivno zapiše, vtisne v možgane (van der Kolk 1994).

To vprašanje moramo obravnavati diskurzivno analitično in dekonstruktivistično (Derrida, Foucault).

To boleče podoživljanje dogodkov se nanaša na kriptoreligiozno podoživljanje Židov in cerkve.

V starem in novem testamentu je zapisano da:«Skrito mora postati odkrito, gospodu ne sme ostati nič prikrito, nobena misel in čustvo...» Toda ali mora to veljati za psihoterapijo in travma terapijo?

«Skrite misli je izdalo telo» (ps.30.3ff, Spruche 28, 13 usw. usw.).

»Priznanje in oznanjanje skritega, da izkričiš svoje grehe, svoje grdo dejanje, prinaša milost, pozdravi telo in dušo« (ps.30.3, Spruche 3, 8).

Ali je možno, da so v našem kulturnem prostoru resnično dominantne kognitivne in refleksivne usmeritve, ki temeljijo na hegemoniji kartezijskega «cogito», ojačane s Kantovo ocenitvijo čustev kot »boleznici»? Ali je to v naši družbi v današnjem načinu življenja, v naši kulturi dominantno razmišljanje, ki zavzema vedno večjo veljavo?

Podrejenost afektom in strastem naj bi bila bolezen duha, kajti oboje izključuje oblast razuma (Kant, Antropologie in pragmatischer Hinsicht; 1991S. 203f). Tudi Freud pravi:

« Kjer je bilo ono, naj postanem jaz»

»Iz nekulturnega bitja postati kulturno bitje, to je tako, kot bi hotel izsušiti jezero« (Freud 1933a, StA i; 516).

Če hočemo biti gospodarji svojega telesa, moramo doseči neko stopnjo kontrole zavesti, kar je rodilo doktrino psihoterapije.

Pri psihoterapiji gre vedno za obravnavo, proučevanje težav telesa, čustev in socialnih odnosov (Bhome, Bhome 1983; Benthien et al. 2000; Kamper, Wulf 1982, 1984). V tem kontekstu ne smemo zapostaviti prikrite diskurze o moči cerkve in medicine (Foucault

1982; Attali 1981), ti diskurzi se nanašajo na kontrolo, prisilno normalizacijo in kazni, kar je bilo v življenjskem delu Foucaulta (1982) glavna poanta.

Kontrola in moč se vedno nahaja v telesnem, ker je tudi samo najprej izpostavljeno nasilju.

Telo je izpostavljeno strukturiranemu nasilju, na primer v sistemu kliničnega zdravljenja, zahteva še posebno rahločutnost Foucaulta (1978a, b), kot premalo neupoštevan filozof govori o telesu, da ga discipliniramo, upravljamo z njim, obdelujemo, zlorablamo, v kontekstu travme pa ga doleti še vse kaj hujšega.

V novejšem času se je pojavilo več raziskav in razmišljanj o modelih, ki se sprašujejo o dominantnosti kognitivnega »kognitivna nevroznanosť« in razvijajo alternative, kot v delih Andy Clarca (1997, 1999), W.Freemana in Rafael Nuneza (1999), ki med drugim postavljajo v ospredje »embodied/ embedded« debato.

Človek je umeščen in utelešen v svet (Petzold 2002j). Za psihoterapijo in travma terapijo je to spoznanje zelo pomembno.

Takšnemu konceptualno kritičnemu in dekonstruktivističnemu raziskovanju bi bilo potrebno v psihoterapiji nameniti več časa, v resnici, pa se s tem skorajda ne ukvarjamo (Petzold, Orth 1999).

Tematika travme je bila na polju psihoterapije dolgo prepovedana in obrobna tema in se je pojavila v diagnostičnih priročnikih razmeroma pozno. Strategije in ekspozicije v travma terapiji niso brez podlage (Foucault 1974, Bublitz et al. 1999), ampak so še vedno pod močnim vplivom mitov (Petzold, Orth 1999). Takšno ozadje mora vsaka nova metoda predelati in upoštevati. V integrativni terapiji posvečamo tem vprašanjem posebno pozornost.

Kaj je važno in kaj neverno v terapiji travme?

Večkrat se poudarja, da je pomembna gotovost terapevta (Martens, Petzold 2002).

Vendar vsaka ekspozicija ali EMDR (Shapiro 1995) v terapevtski konfrontaciji (Ehlers 1999), v povezavi z geštalt terapijo (Butollo et al. 1999), zviša krvni pritisk, aktivira hipotalamus, hipofizo in nadledvično žlezo. To je lahko zelo problematično (Huther 2001), ker vodi do povečanja kortizola, obremeni imunski sistem, vse to pa še ni dovolj raziskano, kaj to pomeni za človeka, kakšni so lahko zaradi tega stranski učinki, kakšne so lahko dolgoročne posledice tega pristopa.

Ne smemo verjeti, da priporočene »safe place« tehnike in imaginacijske vaje (Reddemann, Sachsse 1996) pri ekspoziciji, lahko prepreči hyperarousal in vpliv na hipofizo. Še posebej se lahko pokaže neučinkovitost tehnik, ker je za PTSD paciente pogost disfunkcionalni način samoregulacije in lahko ima stimulacija tega načina kontra učinke, saj so PTSD pacienti hipersenzibilni že na najmanjše dražljaje.

Na samoregulacijo pri takšnih pacientih ne smemo preveč računati, velikokrat pa je poudarjeno prav nasprotno.

Določeni strokovnjaki, ki resno svarijo pred ekspozicionalnimi tehnikami (Miltenburg, Singer 1997), so premalo upoštevani.

Skupno psihoterapiji in terapiji telesa, kakor tudi travma terapiji je, da manjkajo raziskave o tveganjih, stranskih učinkih in poškodbah (Martens, Petzold 2002) in so dokaz za veliko nepremišljenost terapevtskega dela in travma terapevtskega dela (poleg rizikov znanstvenosti, učinkovitosti in gospodarnosti - Petzold 2002b).

Ukvarjamo se s tem, kar je uspešno ali kar naj bi bilo uspešno, ampak empirična baza za resnično utemeljene trditve je zelo šibka (Sachsse et al. 2002; Fischer, Reidesser 2003). Medikamentozna terapija je pri taki oslABLjeni bazi zelo rizična in neupravičena glede na

varnost za paciente, glede na stranske učinke. Tudi to je kontekst, ki ga bi morali terapevti pri uporabi različnih metod upoštevati in to pomeni, da moramo uporabljati takšne tehnike, ki zmanjšujejo rizike za paciente.

Psihoterapija, terapija telesa in travma terapija, imajo stranske učinke in rizike, ki jih moramo resno jemati in ki lahko povzročajo še dodatno travmo, zato so nujne raziskave v smeri razvoja metod, kjer je tveganje čim manjše (Martens, Petzold 2002).

Znanstveno podprte izključitve tveganja trenutno ne moremo dokazati ne v psihoterapiji, ne v terapiji telesa, ne v travma terapiji, pri tem ne gre za zlorabo (Petzold 1971), ampak za možna tveganja rutinske prakse.

V PTSD standardni obravnavi, je treba posvariti pred neučinkovitostjo- post event debriefingom in pred tveganjem in stranskimi učinki event- konfrontacije in odsvetovati zgodnje intervencije. Razviti je treba varovalne metode in jih prakticirati, ker so le te prav tako učinkovite.

Priporočljiva je »narrativna terapija« in postopki, ki vodijo v reševanje (Pennebaker 1993; McLeod 1997; Petzold 2003), ki vzpodbujajo notranjo potrebo, da pacient govori o travmi kolikor on želi in zmore. Pozorni moramo biti, da povežemo in z uporabimo suport, razvoj socialne mreže, družine, psihoedukacijo (Hass, Petzold 1999; Petzold, Josić, Erhardt 2003; Rollett, Werneck 2002). Pacienta moramo vzpodbujati, da se sprosti, pri vizualizaciji ohrani realiteto, kot je prakticiral Janet (1919), ter da sprejme in uporabi možnosti učenja, torej kombinacijo psihoterapevtskih in socioterapevtskih ukrepov. Pomembna je podpora psihoterapija in ne evokativna (Leibtherapie/ Körperpsychotherapie, Sporttherapie (tek, športna terapija, sproščanje), vgl. Petzold, Bloem, Moget 2004; Bloem et al. 2004; Schay et al. 2004).

Če se kljub tem ukrepom pojavi PTSD, je v interesu »patient security« - pacientove varnosti še vedno čas, da uporabimo specifične metode obravnave PTSD- ja. To spoznanje je etično in klinično po vseh znanstvenih dognanjih popolnoma upravičeno in se ga lahko zagovarja.

»Naj najprej vidim, kaj lahko zdravim, šele potem določim način.« To je rekel Seneca Marcii, ki je izgubila sina, ko je opazoval njene simptome- travmo (ep.ad Marciam de consolatione, c. 19, Fink 1992, 360).

Četudi kažejo ekspozicijske tehnike pri večji skupini pacientov z enostavnim PTSD- jem, glede na njihovo subjektivno psihično stanje, na uspeh, o psiholoških učinkih vemo premalo in prav tukaj se verjetno pojavljajo še ne ugotovljene obremenitve in to ne opravičuje rizično ravnanje, še posebej, če še ne odkriti vplivi kažejo na pozitivne rezultate. Ti ugotovljeni učinki različnih terapevtskih pristopov (Ehlers 1999) pri zdravljenju travme; od psihodinamične terapije, preko različnih načinov vedenjske terapije, hipnoze, sistemskega ali humanističnega pristopa, se pri enostavnem PTSD- ju ne razlikujejo toliko, da bi lahko opravičili tveganje.

Morda bi lahko govorili o pomoči in vplivu posameznikov laikov na področju travma terapije, kot o nespecifičnih faktorjih pri zdravljenju travme. Do te ugotovitve navaja dejstvo, uspešnosti pri zdravljenju in nudenju pomoči, laikov in samopomoči na kriznih območjih.

O kompleksnosti PTSD- ja obstaja premalo raziskav (DESNOS), še posebej, če so travme posledice desolantnih/ brezupnih dolgotrajnih vplivov (Petzold 2000h), ki nastajajo v vojnah, pri beguncih, imigrantih, žrtvah zlorabe. Teh raziskav in rezultatov raziskav je premalo in niso ohrabrujoče.

Poleg tega so raziskave zreducirane na DSM- IV in ICD-10, kjer je opisana specifična simptomatika in druge specifičnosti niso zajete, kot na primer travmatsko pogojena, splošna psihofizična stanja izčrpanosti (ki jih je opisal že Janet), razpad socialne participacije, razpad

socialne mreže, izguba življenjskega smisla in upanja na prihodnost. Vse to je pri mnogih pacientih očitno, če le hočemo to videti. Ne kaže pa se to samo na spektakularen način, velikokrat je vse to prezrto.

Za take komplekse simptomov niso bile razvite nobene strategije in metode v smislu posebne obravnave, vendar so ravno ti kompleksi simptomov takšni, ki človeku ne pustijo, da bi se ponovno postavil na noge in vodijo v kronifikacijo (Petzold 1999q, 2001b; Petzold, Orth 2004a).

Vzpodbujanje in usmerjanje k zavestnim kreativnim in socialnim aktivnostim (Petzold, Josić, Erhardt 2003) in mrežni terapiji (Netzwerk in podpora psihofizični samoregulaciji (Petzold, Wolf et al. 2000, 2002)), so najpomembnejše točke v integrativno terapevtski obravnavi travme. To je filozofija integrativno terapevtske obravnave travme.

Bolje je doseči dobre in srednje močne efekte, ki prinašajo manjša tveganja oz. stranske učinke (Petzold, Wolf et al. 2000), kot pa visoko učinkovite metode pri selektivnih skupinah, ki pa imajo visoko tveganje za pacienta, kar se kasneje pri pacientu ne da več popraviti.

To je pri delu z ljudmi potrebno vedno postaviti v ospredje, paciente moramo opozoriti na tveganja in možne stranske učinke medicinskih intervencij. Pri ekspozicijskih metodah je to skoraj nemogoče (Martens, Petzold 2002), glede na to, da v znanstvenih študijah ni omenjenih nobenih dokazov o stranskih učinkih ekspozicijskih metod. Pacienta ne moremo opozoriti na stranske učinke, ker v nobeni študiji niso omenjeni.

Pri raziskavah nastaja problem, ker moramo paciente istočasno seznaniti s tveganji, da dosežemo »informed consent« (45 CFR 46.116).

Ravnati se moramo po pravilih raziskovalne politike, ki vključuje ljudi »Policy on Research Activities Involving Human Subjects« (46.110 MINIMAL RISK).

Minimalni riziko pomeni, da tveganje ali škoda za ljudi, ki sodelujejo v načrtovani raziskavi, niso večja kot tista, ki se pojavljajo v vsakdanjem življenju ali med rutinskimi psihološkimi preiskavami in testi.

Ta načela pri tehnikah ekspozicije pri akutnih travmah in pacientih s PTSD- jem niso izvedljiva. Ta načela tudi pri teh metodah niso upoštevana.

Podobno težko je v klinični praksi doseči ustrezno razlago možnih rizikov »informed consent« in »joined decision«.

Če se to ne zgodi, imajo prizadeti pri obremenitvah in stranskih učinkih zaradi ekspozicije/ razkrivanja težave, kar se v klinični praksi žal velikokrat zgodi in lahko zaradi težav, poškodb, ki jih je povzročila terapija, tožijo terapevta.

Pogosto pacienti nočejo priklicati več v spomin težke dogodke iz preteklosti, še posebej, če so se ti dogodki zgodili daleč nazaj.

Terapevt jih motivira v tem, da bodo z metodo ekspozicije osvobojeni dolgo trajajočih težav in stisk in da uspešna terapija brez ekspozicije ni mogoča, to je zmotna oziroma napačna informacija.

Pogosto se tudi spregleda informacija, da disociacija, tako imenovan uporni mehanizem, ki ga lahko in moramo gledati kot na smiselne in funkcionalne strategije pri premagovanju problemov, ki so se izgradile skozi evolucijo. Kar se vsega ostalega tiče, pa je potrebno upoštevati željo in hotenje pacienta.

Medicinsko etično je, da informiramo pacienta, to je edina možna opcija, če hočemo zagotoviti pacientovo zdravje, varnost in njegovo dostojanstvo (Petzold 2000d; Muller, Petzold 2002a).

Dostojanstvo pri pacientih s travmo je še posebej pomembno, ker so že doživeli krivico in grobo kršenje človekovih pravic, človečnost mora ostati osnovna tema travma terapije. To nima nobene zveze s pravičnostjo, to moramo pustiti ob strani (vgl. zur integrativen Positionen Neuenschwander 2003; Petzold 2003d; Zimmerman- Brunner 2003). Te teme so,

če pogledamo travma terapevtsko literaturo, očitno brez pomena, tudi v novejših smereh razvoja, pri tako imenovani »terapiji modrosti«, ki se zanaša bolj na prilagajanje kot na kritično obdelavo (Linden2003).

V klinični obravnavi se v prvi vrsti osredotočajo na simptome, čeprav so zelo pomembne tudi izkušnje krivice, izguba smisla, kar je posledica » norosti« in kar lahko prizadene človeka v celoti in njegovo doživetje življenja nasploh (Petzold 2001k).

To je zelo pomembno in pri tem ne smemo zanemariti kliničnega stanja, slike pacienta in njegovih reakcij resignacije, obupa, zagrenjenosti ali patološke žalosti, kot posledice neuspešnega terapevtskega procesa. Delati moramo na premagovanju, predelavi, sprejetju in zavestnemu soočanju s kompleksnostjo celega človeka in njegovega življenjskega konteksta. Ne smemo se usmeriti samo na ozko reducirano simptomatiko in konfrontacijo s travmatičnim doživetjem. Vse, kar smo povedali, ostaja v klinični praksi v ozadju, v ospredje pa se postavlja zelo razširjeno in neproblematizirano metodo Event-konfrontacije in debriefing, ki je v mnogih oblikah klinične travma terapije skupaj z ekspozicijo močno v ospredju.

Trditvi, da je izzvana ekspozicija ali Event-konfrontacija »metoda izbire«, s tem se Petzold ne more strinjati; še posebej se s tem ne more strinjati zaradi tega, ker se ne pozna razlika med enostavnim PTSD oz. DESNOS (Lamprecht 2003, 76).

V travma terapiji, še posebej pri obravnavi PTSD - ja je problematična paradigma »Event-konfrontacije«, razkritja in predelave zaradi retravmatizacijskih rizikov in istočasno neupoštevanja pacientovih želja in volje. Praviloma zadostuje soglasje k metodi, podpora in pomiritev, razjasnitev in psihološko uravnovešanje napetosti, strukturiranje življenjske situacije, aktiviranje resursov, odpornost na stres, rezilienca, vzpodbujanje in terapevtski ukrepi, ki se nanašajo na iskanje rešitve, usmeritev na prihodnost in iskanje smisla.

2. Diferencialno delo z žalostjo/ tolažbo- sprejetje namesto zagrenjenosti na podlagi »klinične filozofije« in »filozofske terapevtike« v integrativni terapiji travme

V zavesti človeka obstaja nedvomno neprikrito hrepenenje razumeti samega sebe »življenje in svet«.

»Jaz raziskujem samega sebe« (fr.101), pojasnjuje Heraklit in istočasno trdi, da je skupni razum preizkusni kamen vsega (fr. 22A 16), nek skupni logos, smisel, ki se mu nesmisel, kaos in nehumanost, postavi nasproti.

Že Heraklit je moral kritizirati nerazumnost in nesmiselnost človeka. Skozi zgodovino se je moral človek soočiti in zoperstaviti svojim krvavim, nasilnim in grozljivim dejanjem, nespameti in poskusiti poiskati neko razumnost.

Travmatske izkušnje, ki so posledica katastrof, ki jih je povzročil človek, so napad na človekovo prizadevanje po doseganju razumnosti, smisla, predstavljajo uničenje smisla in razuma. Zato mora biti osnovna tema travma terapije, iskanje smisla (Petzold, Orth 2004a). Psihoterapija kot moderni fenomen, je razen v delih V. Frankla in nekaterih manj številnih avtorjev, posvetila malo pozornosti iskanju smisla, čeprav ima iskanje smisla za podlago nekaj Kantovskega v sebi (Geier 2003).

Psihoterapevtsko lahko delamo s subjekti, ki se do neke mere poznajo, se hočejo zavedati sami sebe in uživajo v demokratičnem svetu človekovih in osebnostnih pravic; s subjekti, ki imajo pogum, da se poslužijo lastnega razuma, kot poudarja Kant in lahko vse izpostavijo kritičnemu očesu, na primer religijo, državo, ideologijo, medicino in

psihoterapijo, in institucije, ki dokaj pogosto prakticirajo «strukturalno nasilje» (Petzold, Orth 1999).

Kant je tak pogum dokazal v svojem življenju, njegova osebna življenjska praksa kaže na to. »Razum je zadnja preizkušnja resnice.« - tu sledimo Heraklitu, kakor tudi etika in prizadevanje za mir, kot »meščani sveta«, s tem dosežemo človeško dostojanstvo, pravičnost, vsa ta prizadevanja vzpodbuja razum (Khun 2003).

Takšne filozofske misli so za psihoterapijo ključnega pomena in ravno zaradi tega je Petzold vpeljal, v nasprotju z vprašanji terapevtskega spoznanja, antropologije in etike, v 60 letih, koncept »klinične filozofije« (Petzold 1971 2003; Petzold, Orth 2004b).

Klinična filozofija je k človeku usmerjena ljubezen do modrosti, to življenjsko spoznanje je osnova vsake uspešne prakse dela z ljudmi, v poklicih, kjer pomagamo in vzpodbujamo razvoj. Uporablja vse zaklade filozofskih del od antičnih duhovnih voditeljev (Seneca, Epictet), do razhajanja v filozofiji sedanosti.

Seveda moramo pri terapevtskem delu s težko oškodovanimi pacienti, bolnimi in žrtvami travm izhajati v kliničnih situacijah iz spoznanj kliničnih disciplin, so pa pomembna tudi druga znanja, ki jih moramo združiti (Petzold 1971, 1991a; Kuhn, Petzold, Muller 2004b).

Klinična filozofija je skupek naravoslovnih, socialnih in kulturnih znanosti, ki so za vsako delo z ljudmi pomembna, tudi za psihoterapijo in klinično psihologijo in samo klinično prakso, katere pomen ne sme biti minimaliziran.

Posebej pri ljudeh, ki so doživeli travmo «man made desaster», je potrebna usmeritev njihovih pogledov na življenje in svet in na njihovo osebno življenjsko filozofijo.

V terapiji je nujno, da pacienti ohranijo zase nek svoboden prostor, v katerem lahko najdejo nek novi smisel, ki ga lahko ponovno delijo z drugimi ljudmi - tudi izven prisile psihoterapevtske ideologije in struktur, dogem pastoralne in medicinske moči (Foucault 1978, Dauk 1989).

To so stališča in spoznanja filozofije v klinično prilagojenem smislu. V travma terapiji moramo paziti, da se zaradi osredotočenosti na cilj ne pojavijo dodatni konflikti. Koncepte in ukrepe travma terapije moramo kritično reflektirati. Če smo kritični do konceptov in ukrepov psihoterapije postane jasno, da osnovna pravila psihoanalize za obravnavo pacientov s travmo, niso primerna: Namreč človek lahko pove vse, kar mu pade na pamet, brez da bi ga kritizirali (Freud Zur Dynamik der Ubertragung , 1912, StA, S . 167).

Pacienti s travmo imajo pravico do svojih skrivnosti in jim ni potrebno vsega povedati. Pacienti lahko padejo v skušnjava, da si rečejo, da določene stvari iz njihovega življenja niso pomembne in jih ni treba povedati, terapevt jih mora usmerjati, da ne podležejo tej skušnjavi in poskušajo vseeno ubesediti, kar se njim zdi, da ni pomembno.

Pomembno je, da imajo pacienti s travmo pravico, da takoj izvedo za vzroke določenih strategij obravnave in smejo izraziti svoje pomisleke. Omogočen jim mora biti varen prostor, da ne ugodijo vsem zahtevam, ki so zanje morda prenasilne. Vsako tako prisiljeno vodenje lahko vpliva nanje disfunkcionalno.

Obstajajo tudi druge maksime v psihoterapiji. S. Ferenczi (1928/29, 1932/1988), zagovarja popolnoma drugačno strategijo. Takt, ljubeznivo sprejemanje, spoštovanje, elastičnost tehnik, odprtost, mutualiteta (vgl. Nager2003).

Osnovno pravilo je medsebojno spoštovanje, upoštevanje želja, hotenj pacientov in drugačnosti drugih (v smislu Seneke, Kant, Marcel, Levinas, Ricoeur). Osnovno izhodišče je po Petzoldu na smisel orientirano, uspešno travama terapevtsko delo, ki ljudem omogoča zmanjšanje simptomatike in reorientacijo v življenju (Petzold 2000a).

Filozofska terapija je ponudila z deli antičnih duhovnih voditeljev (Hadot 1969, 1991, 2001; Rabbow 1954) – nap. Sokrata, Seneke, Epikteta - pomembne doprinose pri orientiranosti na smisel, pri obravnavi ljudi, kar lahko še danes uporabljamo. Ti vodilni misleci so s svojim terapevtskim in svetovalnim delom, ki je najbolj podobno današnji psihoterapiji, zagovarjali, da je v odnosu pomembno brezpogojno spoštovanje klienta.

Oni so informirali, svetovali, dajali terapevtska navodila in s tem omogočali svoboden prostor: »Ti boš iz tega zdravilnega procesa vzel svoj lasten del«, tako je rekel Seneka svojemu klientu Serenusu (De tranquillitate 2, 4).

Kot travma terapevti so ti učitelji ubrali pot do ljudi, v in po obremenjujočih situacijah in jim pomagali s filozofijo, ne s pomirjevali (Marinoff 1999:«Platon not Prozac«).

»Nikoli ni prepozno ukvarjati se z lastno dušo« (Epikur, Diogenes Laertius x, 122).

Duhovni vodje so želeli doseči neko držo, stanje, ki je že samo po sebi smiselno in hkrati ne določa smisla življenja, ampak omogoča lastno doživetje smisla. Verjeli so v suverenost človeka, ne glede na njegove obremenitve in njegovo zmožnost samousmerjanja, kot izražanja njegove integritete.

»Nihče nam ne more odvzeti svobode lastne volje«, je izpostavljal M. Avrelij (XI, 36), besede Epikteta, z voljo in razumom, kakor tudi s podporo terapevta, človek mora in more delati na svoji notranjosti (ibid. 59).

»Od tebe je odvisno ali boš začel novo življenje. Opazuj stvari z druge strani, kot si to delal do sedaj, to namreč pomeni: Začeti novo življenje.« (idem VII, 2) In tako razmišljanje mora imeti posledice.

V svojo življenje, kakor tudi v vsako posamezno dejanje, moraš vnesti red, da si lahko pri vsakem dejanju rečeš: »To sem storil po svojih najboljših močeh. In potem si lahko miren. To, da se potrudiš po svojih najboljših močeh, tega ti ne more nihče preprečiti.« (ibid. VIII.32)

Takšni nasveti niso le gole zahteve. Ponujeni so kot življenjske modrosti, ki vzpodbujajo smisel, s katerim dobiš v dobrih časih vzpodbudo, moč in potrditev - Senekova pisma Luciliusu so polna teh življenjskih modrosti; in lahko pomenijo vzpodbude, podreditve in notranjo pripravo na možne udarce usode, kajti vsakega lahko doleti karkoli (Seneka, De tranquillitate 11,8).

2.1.1 Prebriřing – pripravljenost - duševna moč

Filozofska terapija in vaje pripravijo tistega, ki jo prakticira (prudentia, Lebensklugheit, Seneka, ep, 113,19) na njegovo nadaljnje življenje in delo, razširja skrbniški odnos do življenja, staranja in smrti (vgl. Cicero, de senectute 3,9; Petzold, Muller 2004b).

»Kaj je filozofija?« Ali ni to samopriprava na vsa doživetja (Epiktet III, 10,6)?

»Obstaja bolezen, ujetništvo, naravne katastrofe, nič od tega ni nepredvidljivo« (Seneka, De tranquillitate 11,7). Zato je filozofija neke vrste predpriprava smisla, neke vrste »prebriřing«, kar pomeni neko pripravljenost soočiti se z prihajajočimi oz. možnimi obremenitvami, kakor je v integrativni terapiji prikazan »Antizipationsarbeit« (Petzold 1992a, 563), da pri sebi dosežemo neomajno moč duše, (Seneka, de vita beata 9, 26),

»zaupanje in sigurnost«, v sebi najti mir, pri čemer poleg vaj za centriranje in zbiranje moči med drugim lahko uporabimo psihodinamsko tehniko »projekcija prihodnosti« (idem 1979f) z namenom, da si predstavljamo možne perspektive za prihodnost. Seneka je imenoval to pripravljalo delo »prebrifinga«, v njegovem času »praemeditatio«, in je dal v svojem tolažilnem pismu Marcii navodila za vsakodnevno uporabo.«

Modrec začne vsak dan z mislijo, da nam sreča ne da tega, kar bi lahko zares posedovali. Nobena stvar, naj bo javna ali osebna, ni večna. Usode ljudi in mest ne moremo spregledati. Vsaka zgradba, za katero je bilo potrebno leta izgradnje in neskončnih naporov, ter velike dobrote bogov, je lahko v enem dnevu uničena in razbita. Tisti, ki pravi, da je samo en dan potreben za padec nekega kraljestva, nima prav, zadostuje ena ura ali samo en trenutek. Koliko azijskih mest in mest v Ahaji (Grčija kot rimska provinca), je bilo uničenih zaradi enega potresnega sunka. Živimo sredi stvari, ki jim je usojeno, da bodo izginile. Rojeni smo umrljivi in dajemo umrljivim življenje. Zato predvidite vse in bodite pripravljene na vse.

Takšne vrste praemeditacij in večerne bilance dneva so bile del življenjskega načina tistih, ki so kot neko vrsto samoterapije izbrali filozofsko terapijo in s tem dosegli neobremenjujoč pogled na življenje, nek smisel in notranjo varnost.

Basaglu (1997) je pokazal, da so imeli ljudje, ki so bili pripravljene na slabe stvari (brutalna zaslišanja, mučenja), zaradi svoje pripravljenosti na dogodke, manjšo možnost, da se razvije PTSD, kot pri tistih, ki na to niso bili pripravljene.

Podpora spoznanjem, izkušnjam antičnih travma terapevtov, njihova filozofija in njihov neobremenjujoč pristop do življenja, ker so poznali možne udarce usode, njihova notranja sigurnost, ki so jo imenovali moč duše, to je bilo verjetno boljše, kot asertivnost behavioralne psihologije.

Briefing: je posredovanje nekega navodila ali inštrukcije.

Debriefing: je metoda intervencije ob katastrofah in vojnih stanjih, z uporabo specifičnih tehnik psihološke podpore pomoči pri predelavi travmatskih izkušenj, pri čemer ne obstajajo nobeni empirični dokazi ali dejstva o učinkovitosti debriefinga pri PTSD preventivi, prej ima lahko negativne stranske učinke (kot naprimer metaanaliza Rose, Bisson).

Pri zdravljenju pacientov s travmo je taka zahteva po **pripravljenosti ali prebrifingu** smiselna, če so neprenehoma pod vplivom strahov, ki niso vedno iracionalni. Vaje za sprostitvev, zaupanje v samega sebe, kar pomeni gotovost v samem sebi, vse to se uporablja tudi v moderni travma terapiji. Namen je pomagati pacientu pri ponovni izgradnji zaupanja v življenje in doseči kontrolo nad nekontroliranimi strahovi ter tako doseči neko rutinsko obnašanje za možne resne težave.

Terapija Budo, vaje iz azijskih bojnih veščin, so prav tako dobra pot (Petzold, Bloem, Moget, 2004).

Navodila za pripravljenost povečajo možnost učinkovitega nudenja pomoči v slabih časih, ko gre za to, da prizadetim v težavah, z nasveti in dejanji priskočimo na pomoč in jim pri izkušnjah izgube, v žalovanju, kot tolažnik stojimo ob strani.

2.2 Žalost, »delo z žalostjo« in »sposobnosti premagovanja«

Skozi zgodovino počlovečenja, so ljudje doživljali izgube in na njih reagirali. Brez dvoma so obstajale reakcije na bolečino in trpljenje od najzgodnejših časov človeštva (Archer 1999). Z evolucijo psihološkega vidika, je stališče do žalosti kot močne emocije, pomembno (Turner 2000).

Vedno moramo izhajati iz dejstev, da so čustva sicer biološko pogojena, vendar jih moramo vedno ovrednotiti specifično, glede na obstoječo obliko družbe.

Pri pojmovanju žalosti, lahko glede na različnost oblik žalovanja, kako so polagali mrtve v grobove, oblike nagrobnikov, stvari, ki so jih polagali k umrlim, ugotovimo visoko kulturo ob izgubi in žalovanju, pri čemer imajo pomembno vlogo načini smrti (smrt na bojnem polju, grmadi, smrt otrok, smrt edinega sina, umor...), kar ustvarja neko variabilnost v žalovanju, ki je ne smemo zanemariti.

Ta različnost zahteva pri vsakem primeru specifično gledanje glede na situacijo in socialno empatični pristop do vsakega vpletenega, v njegovi edinstvenosti, da mu lahko ustrezno pomagamo pri njegovih naporih pri premagovanju in obvladovanju svoje žalosti. To velja še posebej pri obvladovanju travmatske situacije, kajti tam gre pogosto za težke izgube: izguba zdravja, ranjenost, mučenje, izguba osebne integritete zaradi zlorabe, poniževanja, razvrednotenje, izguba ljubljenega človeka, lastnine, domovine, izguba vrednot in verovanja.

Še posebej težko nas prizadene izguba zaupanja, če je človek zlorabljen s strani lastnih staršev, s strani sorodnikov, prijateljev, sosedov, sodržavljanov, izdan ali prodan. Takšne izkušnje so travmatične. Tudi če jim ne sledi PTSD, zahtevajo posebno obravnavo, ki jo je utemeljil že Freud (1915) z znanim delom »Trauerarbeit«.

Ta izraz pri Freudu pomeni objektivno izgubo, v integrativnem razumevanju pa ne pomeni samo objektivni izgubo, in tudi ne samo intrapsihično dogajanje, žalost ima vedno veliko socialno dimenzijo in pri razumevanju žalosti nikakor ne sme iti samo za izkazovanje žalosti in omilitev bolečine.

Žalost je kompleksen proces različne intenzivnosti in trajanja, ki prizadene Leib-Subjekt, to pomeni človeka v celoti, v njegovi biološko, psihološko, psihološkoemocionalni, kognitivno duhovni in socialno kulturni dimenziji. Praviloma nastane zaradi izgube osebno pomembnih ljudi, materialnih in idejnih vrednot, s katerimi je človek močno povezan in ki so izgubljene ali poškodovane, tako, da sledi ločitev ali njihovo nesmiselno uničenje. Žalost ni samo občutek, ampak sinergija mnogoplastnega doživljanja ali ravnanja. V veliki meri je odvisna od starosti, izkušenosti, spola in socialnih pravil, kolektivne zavesti (Petzold 2003b), religioznih prepričanj in svetovnonazorskih prepričanj, ki v subjektivni zavesti pomenijo udarec, izgubo.

Na emocionalnem nivoju lahko pomeni žalost spekter doživetij in občutkov, kot so prizadetost, bolečina, trpljenje, gnus, obup, zgroženost, jeza, zagrenjenost, vdanost, sprijaznjenost, tolažba.

Na nivoju kognitivnega žalost odpira široko polje misli in razmišljanja, iskanje stičnih točk, pojasnjevanje, iskanje vzrokov, posledic, iskanje razumevanja in smisla, zanikanje. Na socialnem nivoju se žalost kaže na mnoge različne načine; skupno žalovanje, rituali, tolažba, pripovedovanje, normativne zaveze in pravila, skupno nudenje pomoči, podpora, skupno delo na premagovanju.

V psihološki dimenziji pa je žalost povezana s specifičnimi stresi in reakcijami vznemirjenja, pa tudi z razbremenjujočimi, pomirjajočimi reakcijami, odvisno od aktualnih razmer in predhodnih izkušenj z izgubo, žalostjo, tolažbo in premagovanjem.

Potek žalovanja po fazah, ki jih pogosto zagovarjajo, niso znanstveno dokazljive (Spiegel 1972; Kast 1995).

Najdemo lahko zelo individualne načine in poteke žalovanja, ki so odvisni od trajektorjev, kulture, konteksta, življenjskega stanja, starosti...

Petzold je na podlagi 30- letnega opazovanja in dokumentiranja v psihoterapiji in kriznih intervencijah (Petzold 1970c; 1977k, 1982f, Petzold, Wolf et al. 2000) izdelal naslednje hevrstike poteka žalovalnih in premagovalnih »trajektov« v integrativni terapiji, po izkušnjah izgube in obremenitvah, s pogledom na možne negativne smeri razvoja.

Diagram: razvoja hevrstike procesa predelave obremenitev in procesi žalovanja (Josić, Petzold 1995 po Petzoldu 1982f, 344).

Travma, izguba, obremenitev → se nanaša na osebnost (Selbst, Jaz, Identiteta - stabilna, ranljiva), v danem kontekstu/ kontinuumu, s problemi, resursi in potenciali in vodi v →

1. Šok (fizična in / ali psihična ekstremna situacija), z naslednjimi možnostmi:

1a/ Zanimanje: realnost bolečega in grožčega dogodka ni sprejeta, v smislu: »To ne more biti res«. Posledično pomeni negativen razvoj somatskih motenj.

1.b/ Disociacija: realnost ali emocionalna resonanca se zaradi obremenjujočih dogodkov odcepi, njeno delovanje onemogoči povezanost z drugimi izkušnjami in integracijo Selba (Janet 1899 Hilgard 1977; Dweck 2000).

»To nima z mano nič skupnega« - negativni razvoj PTSB, disociativna motnja, MPD.

1.c/ Nemir: Hyperarousal: obremenjujoč, to je permanentna vznemirjenost, preobremenjenost (Petzold 1968a,b), s psihofiziološkimi stresnimi reakcijami: »Tega ne morem več prenašati, zmešalo se mi bo.« → negativni razvoj, psihotična dekompenzacija; PTBS, Borderline osebnostna motnja.

1.d/ Apatičnost: numbing/ Stanje resignacije in otopelosti: »Meni je vseeno, tako ali tako ne čutim ničesar več « → negativni razvoj PTSB, kronični potek.

2. Kontrola : fizična in/ali psihična usmerjena, obremenilna situacija z naslednjimi možnostmi.

2.a: Individuum skuša z naporji volje svoje občutke, čustva, obnašanje, izražanje, spraviti pod kontrolo, locus of control obdržati pri sebi (Flamer 1990) → negativni razvoj kot pri 2.a.

2.b: Poskuša svoje resurse mobilizirati in uporabiti → če ima pri tem uspeh, ni razvoja v negativni smeri.

2.c: Zunanji socialno pogojeni rituali, tolažba in razumevanje, navade obnašanja, vsakodnevne potrebe in potenciali/ podpora socialne mreže, klientu pomagamo najti njegove resurse, ki jih potrebuje in jih učinkovito uporabi.

3. Turbulenca: fizična in/ ali psihična, labilalizira obremenilno situacijo z naslednjimi možnostmi.

3.a/ Izbruh očitkov → fiksacija: mržnja, sovraštvo, negativizem.

3.b/ Izbruh obupa → fiksacija : resignacija, zagrenjenost.

3.c/ Izbruh bolečine → fiksacija : depresija, somatizacija.

3.d/ Zavestna odločitev, da to premagaš in se poslovliš → ni fiksacije.

4. Restitucija : psihično in fizično, na novo ustvarjena situacija, možnosti:

4.a Sprejetje dejstva o izgubi, emocionalno določeno slovo, tolažba, samotolažba, sprejetje, sprijaznjenje.

4.b Kognitivni pregled možnosti, ki so še na razpolago.

4.c Interpretacija situacije in zavedanje možnih posledic.

4.d Zavestna odločitev za novo orientacijo, se tega lotiš in izpelješ.

Ta model variabilnih trajektorjev, pomeni variabilni potek razvoja in ima hevristični karakter. Posamezne trajektorne poti (prej se je govorilo o fazah ali podfazah), lahko pokažejo različne karakteristike ali značilnosti. Lahko nastopijo zelo izrazito v blažji obliki ali pa jih celo sploh ni. Vrednotenje posameznih fenomenov – žalost, agresija, konflikti, tožbe, moramo predelati s prizadetim, pri čemer je potrebno upoštevati njihove subjektivne teorije in kulturne značilnosti, kakor tudi kolektivno zavest (Petzold 2003b). Možno je, da nastane neka fiksacija v enem od prej naštetih trajektornih poti, torej da ostane nekdo v fiksaciji šoka, zanikanja, disociativnih fenomenov, v emocionalni poziciji groze, dvomih, bolečini, kar lahko preide v kronificirano zagrenjenost, resignacijo, depresijo, somatizacijo.

Takšni patološki poteki na tej turbulenčni poti, lahko vzamejo slovo, če oseba sprejme to izkušnjo, kot del svojega življenja v svetu in sebe samega kot subjekt.

Katarzična reakcija pa traja le kratek čas.

Delo z žalostjo je na podlagi kompleksnosti fenomenov žalovanja in procesa žalovanja samo po sebi zelo kompleksno dogajanje, pri čemer gre za predelavo izgube oz. poškodbe in njenih posledic na biološkem, emocionalnem, kognitivnem in socialnem nivoju.

Delo z žalostjo je delo subjekta z njegovimi pomembnimi soljudmi, da obremenjujoče dogodke in konsekvence vključijo v osebni sistem smisla in vrednot, jih sprejmejo kot del svojega življenja in lastne identitete in stabilizirajo svoje emocionalne in fizične regulacijske procese, tako, da je možna nova oblika orientacije in se s tem izognejo patološkemu momentu žalovanja, bolečini, somatizaciji, trpljenju, ki vodi v depresijo in obup, ki vodi v zagrenjenost.

Cilj dela z žalostjo je pomiritev psihofizične vznemirjenosti, s tem, ko oseba sprejme tolažbo in strategije samopomirjenja, ponovna vzpostavitev neke stopnje razuma, ponovna vzpostavitev širokega spektra emocionalnih sposobnosti izražanja svojih razpoloženj, tudi tistih, ki nihajo, sprejetje in sprijaznjenje s svojim življenjem in istočasno tudi z negativno involviranimi ljudmi.

Slovo kot posledica integracije in odprtje novih horizontov upanja, najti nove cilje, odločitev za ponovno participacijo v življenju, kot tudi moč in pogum, da svoje življenje oblikuje kreativno, kokreativno.

Še posebej pri težko prizadetih osebah in travmatičnih poškodbah, ki so jih povzročili najbližji ljudje, pripisujemo travma terapiji velik pomen.

1./ Žalujem za sabo kot za žrtvijo, kaj se mi je zgodilo kot prizadetemu, kaj mi je povzročil najbližji, brat kot »perpetrator« - (Simplex- žalovanje).

2./ Žalost za takratno nemočjo, nesposobnostjo tega brata, da bi bratsko ljubil svojo sestro - (Duplex- žalovanje).

3./ Podoživljaš še žalost brata - (Triplex- žalovanje).

V takih primerih je mogoče možno »pobotanje« in s tem ozdravljenje tega razdrtega odnosa, lahko pa tudi ne in travmatska dejstva ostanejo brez razjasnitve s storilcem.

Na vsak način moramo poskušati doseči »sosoprijaznjenje«, kar Petzold razlikuje od »pobotanja« (vgl. Petzold 1988n, 221ff) s svojo usodo, življenje, kakorkoli je pač že potekalo in potrebna je odločitev prizadetega, da tisto, kar je bilo hudo pusti za sabo, s tem hudo izgubi moč nad njegovim življenjem, prizadeti se šele po tem lahko prične obračati k dobremu in sam počne stvari drugače, se angažira proti tistemu, kar je zanj ogrožujoče.

Delo na žalosti postane podpora v premagovanju žalosti, ki se ne izgubi v pritoževanju in katarzičnem olajšanju in ne pomeni s katarzično razbremenitvijo premagati bolečino izgube. Pomeni sprejeti spremembe in tudi vseobsegajoče soočenje s travmatičnim dogodkom, kar ima globok vpliv.

Antični travma terapevti, duhovni vodje, so imeli jasno strategijo za prizadete.

»Pusti, da izginejo predstave in izginila bo tožba, da so ti storili zlo. Z zatrtjem tožbe:

»Storjeno mi je bilo zlo, zatreš tudi zlo« (M. Avrelij IV.).

To ni zanikanje, to je aktivno premagovalno delo, ki je usmerjeno na prevrednotenje kognitivnega konteksta.

»Ne razumi stvari tako kot jih razume užaljeni, ali kot jih razumeš ti, razumi jih bolj tako, kot so v resnici. Kajti jeza in žalost, ki jih doživljamo kot posledico dejanja ljudi, so močnejša, kot dejanja sama, ki nas razjezijo in potrejo« (XI).

Večinoma je tako. Takšna praksa je uspešna samo v primeru, če je ustvarjena na podlagi lastnega doživljanja in prepričanja lastne eksistence. »Dobro in pravično je pri meni« (VII, 42).

Takšna stališča vodijo neizogibno v razhajanje z etičnimi vprašanji in zavzemajo v travma terapiji pomembno mesto, če jih ne preprečijo terapevti zaradi lastne negotovosti in neznanja. Zahtevajo pa vsekakor lastno etično pozicijo terapevta in določeno življenjsko filozofijo.

Stoična filozofija ponuja navodila, ki vpeljujejo ne preveč dogmatične trditve in so pri delu s pacienti dobro sprejete.

Poišči duhovni mir nasproti zunanjim dejavnikom in pravičnost do tistih, ki povzročajo svoja lastna dejanja. To pomeni, da tvoja stremjenja in dejanja ne smejo imeti drugega cilja, kot splošno dobro, kajti to je v naravi, to je bistvo človeka (M. Avrelij).

Mnogi nepotrebni vzroki za tvoj nemir, ki so posledica samo tvojih napačnih predstav, lahko odstraniš s svoje poti in si s tem takoj ustvariš nov, večji življenjski prostor. Razumi veselje s svojim duhom in opazuj njegovo večno trajanje in na drugi strani opazuj hitre spremembe posamezni stvari, kako kratek čas leži med nastankom in propadom stvaritev. Kako neskončen je čas pred njihovim nastankom in kako neskončen je čas, ki bo sledil njihovemu propadu (ibid. IX).

2.3/ Tolažba in samotolažba v filozofski terapiji

Takšna življenjska resnica in notranja gotovost je dobro ozadje za tolažbo, samotolažbo in pomaga pri tem, da najdemo notranji mir in sproščenost.

Pri globokem notranjem nemiru, pri osebi, ki je notranje negotova in ki zaradi serije travmatskih situacij v svojem življenju in razvoju ni mogla izgraditi samozavestne, močne osebnosti, poleg vsega pa še gre za »erozijo zmognosti, da nosi breme«, za »osebno izgorelost«, kot posledico hiperstresa, ali je razvila PTSD simptomatiko, kot posledico travmatskega stresa, pri takih osebah lahko trdimo, da nobena hitra terapija ni učinkovita.

Lahko se samo čudimo nad takimi trditvami v literaturi, ki temu nasprotujejo in se sprašujemo, kakšni bi lahko bili YAVIS- travma pacienti?

DESNOS pacienti, o katerih govorimo, ponavadi ne prihajajo v ambulanto raziskovalnih inštitucij.

S težko travmatiziranimi, v slabih življenjskih pogojih, potrebujemo dolgoročno načrtovane življenjske spremembe, v katere bomo vpeljali nove prakse v vodenju življenja: nap. redne sprehode z opazovanjem, pri čemer uporabimo ekopsihosomatsko delovanje narave, pomirjujočo in razveseljujočo glasbo, če je mogoče, pa tudi enostavne oblike meditativne prakse (Huth 2000; Petzold 1983d).

»Ali ni saditi drevesa nekaj lepega in oranje kmeta, ali valovanje žita., ker ima pri tem duša neko potrebo o nečem razmišljati in o stvareh modrovati..., takšna opravila pri katerih telo ni preveč obremenjeno, ne preprečujejo duši, da se posveča višjim stvarem, tako filozof Musonius (ed. Nickel 1994,514).

Človek od duše ne sme preveč zahtevati in mora ugoditi njenim potrebam, ki pomenijo zanj hrano in okrepitev. Človek se mora sprehajati po naravi, da se lahko njegova duša pod milim nebom v čistem zraku okrepi in spočije (Seneka de tranquillitate VII, 8).

To lahko zveni banalno, vendar je v praksi zelo učinkovito.

Obravnava PTSD- ja na tak neekspoziran način zahteva vajo (Petzold, Wolf et al. als 2000). Vsakodnevna praksa za zmanjšanje napetosti vključuje vaje za sprostitvev, ukvarjanje s tekom v naravi, pri katerem uporabljamo efekte ekopsihologije (van der Mei, Petzold, Bosscher 1997) ali prakticiranje borilnih sprostitvenih veščin (Petzold, Bloem, Moget 2004 et al. 2004) in ponavljajočih se vaj, kako prekinemo negativne travmatske misli in jih nadomestimo z pozitivnimi mislimi ter občutki, zamenjamo samoobtoževalne misli z mislimi samopomiritve (v smislu Senekinega reka: Von Glückseligen Leben). Pomagamo lahko z vajami pozitivne obrazne mimike (pripravljenost, sproščenost, radovednost, (s. u. Petzold 1999q)), vse to uporabimo za preobrazbo disfunkcionalnih vzorcev in v procesu nadgradnje in predelave travmatskih vsebin.

V tolažilnem pisanju Polybiusa (V, 5), ki je bil na dvoru cesarja Klavdija pisar, je Seneka priporočal v zvezi s smrtjo njegovega brata: »Pokaži izraz na obrazu, ki se ne ujema s tvojim občutenjem, in če lahko odvržeš svojo bolečino od sebe, da ne pride na plano. Če pa to ne zmoreš, bolečino skrij in obvladaj.« Tako prikazano, lahko služi kot primer imitacije ali posnemanja za še živeča brata, da se bosta ravnala po izrazu občutij izraza na tvojem obrazu. Zanju moraš biti tako tolažba, kakor tudi tolažitelj. Ne boš se mogel upreti njuni bolečini, če boš podlegel svoji.

Senekova stoična terapija uporablja principe emocionalnega vplivanja, oblikovanja lastnega počutja, kakor tudi občutkov drugih, na podlagi usmerjene mimike.

Zato vsebuje veliko elementov vaje, ki vpliva na telo, afekte, dušo, razum, na primer duševno in emocionalno »distrakcijo«, v kateri človek svoje misli usmeri na nekaj drugega pomembnega (ibid. VII, 1ff).

Polybius je s tem, kar mu je svetoval Seneka, vplival na cesarja in njegove podanike, na umetnost velikih pesnikov (Homer, Virgil), na svojo lastno literarno ustvarjalnost, ki naj bi vodila od resnih in zabavnih tem.

Pomembno je tudi, da delimo svojo žalost in trpljenje z mnogimi drugimi in prav tu je pomemben »kraj tolažbe«, tako da ostane pri žalujočem samo majhen del bolečine. V ospredje samotolažbe postavimo lastno disciplino, moč misli, kreativne moči podob, sprejemanje, razumevanje tolažbe, kot osrednjo metodo pri premagovanju lastne izgube. Ne gre za to, da žalost negiramo, ampak so poudarki postavljeni drugače.

»Nikoli ne bom zahteval od tebe da sploh ne žaluješ (ne ex toto maeres exigam). Vem tudi, da obstajajo možje s prej trdo, kot pogumno pametjo, ki pravijo, da pametni ne bo občutil nikoli nobene bolečine. Zdi se, da nikoli niso bili v hudi situaciji, kajti sicer bi usoda izgnala iz njih to predrzno miselnost.«(XII.ff)

Razum, ki ima v antični filozofiji visoko vrednost in ničesar skupnega z racionalizacijo, opravlja pomembno delo, ko omejuje preveliko količino bolečine (Seneka , de vita beata VII, 4).

Človek pa ne sme pričakovati in zahtevati, da ima razum to moč, da ne bi pustil bolečini in žalosti obstajati, uravnava lahko le količino bolečine.

Solze lahko tečejo in prav tako prenehajo, iz globine prsi lahko izbruhnejo vzdihljaji, ampak prav tako prenehajo. Tako obvladaj svojo dušo, da boš dosegel odobravanje modrih in bratov (ad Polybium XIII, 6). Na tak način lahko človeku uspe, da ostane pri dobrih spominih in ne samo pri bolečih spominih, ki vodijo nazaj v žalovanje (ad quod tristitia revertitur, XVIII, 7).

Podaljšana in preveč intenzivna žalost, žalovanje, fiksirana v pretresenosti, drži organizem in dušo v turbulenci, namesto regulacije stoji disregulacija. V ospredju vlada iztirjeno samousmerjanje in to preprečuje ponovno usmeritev v življenje in konsolidacijo osebnosti.

Zato mora biti človek dojemljiv in sposoben čustvene resonance, ampak tudi trden, rezilienten (Muller, Petzold 2003), se ne pusti pretresti. To upornost duše so imenovali Grki »euthymie«, Petzold pa to imenuje »duševni mir« (tranquillitatem voco, Seneka, de tranquillitate animi II, 3).

Temelji integrativne terapije imajo izhodišča v stoični terapiji (Rabbow 1954).

Veliko stvari je podobnih neke vrste kognitivni terapiji obnašanja, vendar ni tako redukcionističen. Seneka in M. Aurelij izhajata iz vaj za bogatenje in obogatitev miselnosti, osmišljenosti - conditio humana, v usmerjenosti k smislu življenja in humanističnega videnja človeštva (M. aurel IV, 4).

Etika je orientirana v splošno dobro človeka, ki naj vodi in postane praktična in prakticirana modrost, ki jo lahko dosežemo s hotenjem, stremljenjem in voljo.

To kaže, kako lahko človek postane kibernetičen - Steuerman, krmar svoje usode, lastnega življenja, da lahko kot pomorščak v dobrem in v ugodnem vetru navigira skozi življenje (Petzold, Orth, Sieper 2000).

Vaje je potrebno postaviti v nek okvir. Pri tem moramo vedeti, da ta okvir (Zenona, Seneke), danes ni isti kot je bil v njihovem času, mora skozi transformacije, spremembe in pojasnitve današnjega časa (ebenda, Welsch 1987, 1996; Petzold, Orth 2004b).

Z vsakim klientom moramo na novo prediskutirati glede na moderno dobo, te stoične ideale:

Apathie → osvobojeni afektov, kar ne pomeni da smo brez čustev in sočutja

Athumasia → se ne čudimo

Ataraxie → duševni mir

Chara → notranji mir

Eudamonia → vzhičenost

Autarkie → samozadostnost

Ponovno lahko navežemo na Epikteta: »To je filozofija, merila proučiti, določiti, vendar jih tudi uporabiti, potem, ko smo jih spoznali.«

2.4 Tolažba v integrativni psihoterapiji

Pacientka s travmo (42 let), samska, referentka, s PTBS, po ropu, s telesno poškodbo, zlom reber, je bila zaradi intenzivne simptomatike in bolečinskih stanj v prsnem košu več kot leto dni nesposobna za delo in v ambulantni psihiatrični obravnavi. Končno je bila, ker ni bilo izboljšanja in ji je grozila izguba službe, zaradi bolečin napotena v

psihosomatsko kliniko. Tu so ji po dvotedenski stabilizacijski fazi predpisali globinsko psihoterapijo v skupini, avtogene treninge in fizioterapevtsko obravnavo in obravnavo z ekspozičijo. Po začetnem odklanjanju in pomislekom, je v to obliko obravnave privolila. Pri drugem srečanju je prišlo do dekompenzacije in vidnega poslabšanja njenega stanja. Akutna suicidalnost je zahtevala psihiatrično obravnavo in premestitev na psihiatrijo. Po večtedenskem zdravljenju z zdravili se je stanje njene intruzivne simptomatike in bolečinsko stanje dokaj stabiliziralo. Nazadnje je bila ambulantno psihiatrično in psihoterapevtsko obravnavana.

S soglasjem pacientke je Petzold superviziral njeno terapeutko, pri čemer je veljalo kot princip, da je vsakokrat prediskutiral rezultate supervizije s pacientko (kar pripomore k učinkovitosti supervizije). Pri terapeutki se je pritoževala na koncu obravnave: ko bi vsaj spoštovali to, kar sem jaz hotela. Čutila sem in tudi povedala, da to zame ni dobro in da nočem tja, ampak rekli so, da nimam prav, potem nisem več verjela niti sama sebi. Rekli so, da mora človek še enkrat skozi to in potem se znebiš simptomov. Jaz bi potrebovala več razumevanja in tolažbe, ampak za to ni bilo časa. Sprašujem se, kako lahko številni terapeuti, ki mogoče nikoli niso doživeli prave travme, ljudi kot sem jaz, ženejo v ponovno podoživljanje. Saj ne vedo, kaj je travma in kaj pomeni, če moraš še enkrat skozi to. Kdo bi to zahteval. Pacientka je potrebovala v svoji terapiji daljši čas za objokovanje nesreče in spoznala, kaj je ta napad in odiseja pomenila za njo in njeno življenje po več neuspešnih obravnavah.

Težišče terapije je v tem, da sprejme to nesrečo kot dejstvo in da damo tolažbo. Po daljšem času, ki ga je potrebovala, da je sprejela to nesrečo kot dejstvo, je pacientka pričela opisovati svoje doživljanje in vso nerazumevanje, s katerim se je srečevala pri različnih terapijah.

Za terapeutko je to pomenilo, da deli z njo vso jezo, obremenitve in grozo pacientke.

V podporo ji je bila supervizija. Šele takrat se je lahko pričela pot majhnih korakov, k premagovanju udarca usode.

V odnosnem delu terapije se je začelo sistematično izgrajevati samozavedanje lastnih izkušenj, vključevanje resursov in specifična sprostitvena terapija. Nato je lahko ponovno aktivirala socialno mrežo, prijatelji s katerimi je prekinila stike, ki so bili vključeni v športno terapevtski program (tak program pričeti in ga izpeljati pomeni v psihoterapiji naporno delo).

Dvakrat sta prišli terapeutka in pacientka na željo pacientke na supervizijo, da bi se pogovorili o strategijah obravnave (to je bilo tvegano, a avtonomno dejanje s strani pacientke). Po enem letu se je simptomatika bistveno izboljšala in pacientka je začela delati, najprej s polovičnim delovnim časom.

Tolažba in delo z žalostjo v intenzivni povezavi med pacientko in terapeutko je povzročila premagovanje doživetja travme in njene posledice, ki so se sistematično preusmerile skozi skupni program in socialno terapevtskimi agogičnimi elementi.

Tema »tolažba« je s temo »žalovanja«, kakor je do sedaj postalo jasno, v našem konceptu nerazdružljivo povezana, pri čemer so poudarki, kakor v antični terapevtiki, na delu s tolažbo.

To je drugačen koncept, kot v sodobni psihoanalitični psihoterapiji (globinska psihologija, humanistično psihološki procesi), tudi drugače kot v diskurzivo analitični in destruktivistični perspektivi Diskurza (Foucault) židovske kulture, za katero je še danes značilno tožba zaradi preganjanja in uničevanja, v povezavi z bližnje vzhodno krščansko kulturo trpljenja in bolečine, kakor tudi z odrešitvijo, obžalovanjem in kesanjem in spreobrnitvijo, ki bi morale biti v teh sekularnih formah, za današnji čas posodobljeni (Petzold, Orth 1999).

Srednjeveški duh bolečine, žalovanja, tožbe, dominira še danes, ampak prisoten je tudi pastoralni duh, ki ima moč razumevanja in duh prilagajanja in podvrženja, ki je s tem povezan, kakor tudi duh podrejanja predpisom in dogmam (ibid. 380-392; Foucault 1982; Dauk 1989).

Za pomoč plača človek ceno konformacije, da se ukloni družbeno veljavnim in sprejetim ideologijam terapije in praviloma brez informacij pacientu o tveganjih.

Berger in Luckman (1970) sta to prikazala v svoji analizi razsvetljenja, terapije in svetovanja, ki je usmerjena na prilagajanje, kar pa velja tudi za psihoanalitične koncepte »slutenj« in »razumevanja«, kot strategij za obvladovanje, pri čemer ostane vsak poskus zavzeti neko drugo pozicijo brezupen. Njune navedbe niso bile priznane v psihoterapiji, kakor niso bile priznane tudi druge kritike o oblikah razumevanja moči (vgl. Pohlen, Bautz- Holzherr 1994). Upor, kot izraz neke drugačnosti, zasluži spoštovanje (Sennett 2002).

To je še posebej pomembno pri delu s pacienti s travmo, ki so bili ponižani, katerih dostojanstvo je bilo poteptano, katerih svoboda je bila omejena in zlomljena njihova volja. Tako imenovani upor pomeni pri pacientih pogosto neko smiselno samoobrambo. Terapevti, ki sami nikoli niso doživeli travmatske izkušnje, morajo upoštevati pripombe prej navedene pacientke iz primera, saj se morajo ves čas zavedati, da skoraj ne morejo doumeti celotne količine in moči takšnih izkušenj.

Zato je pri terapevtskem delu pomembna previdnost, pozornost, cenjenost, upoštevanje pacientove volje, pristop, kakor ga je navajal Seneka do Luciliusa in kar je pojasnjeval Levinas, kot osnovno načelo za vsak dober terapevtski odnos (Petzold 1996k).

Gre za to, da damo človeku zaradi človečnosti pomoč, tolažbo in podporo.

»Hominibus prodesse natura me jubet«, pomagati ljudem je zame naravno, pa naj bodo svobodni ali sužnji, kjerkoli je človek, je priložnost za dejanje dobrote (Senek de vita beata XXIV, 3).

Na podlagi tega osnovnega pravila, ceniti človeka v njegovi različnosti in pripravljenost pomagati in tolažiti, pri žrtvah travme deliti z njimi njihovo trpljenje in grozo, s tem lahko osvojimo neko osnovno načelo travma terapije, ki po mnenju Petzolda ne bazira na tehnicistični in redukcionistični praksi obravnave in je prirejena za ekstremne obremenitve in nečloveško doživljanje, ki jih morajo preživeti in pretrpeti ljudje z izkušnjo travme.

Tolažba je kot faktor zdravljenja prvega reda v psihoterapiji zanemarjena pri obremenitvah, poškodbah, izgubah. To je v bistvu neka prvinska človeška reakcija na izražanje bolečine in žalosti ljudi, ki trpijo, so v stiski, prizadeti in iščejo pribežališče in tolažbo, ter imajo vso pravico, da jim je nudena pomoč tudi v obliki tolažbe (vgl. Petzold, 2004k, 45).

V profesionalni psihoterapiji, v institucionalnem kontekstu in v prosti praksi, z določenimi omejitvami, se moramo vprašati in razmisliti o tem, katero mesto zavzema takšna medčloveška pomoč in kakšne kvalitete in kakšno mesto ima »izkazovanje hvaležnosti« (ena izmed pomembnih dimenzij psihoterapije).

Psihoterapija večinoma pomeni »nudenje uslug« in se razume kot nek odnos med tistim, ki uslugo nudi in med uporabnikom. Tu se pojavlja nevarnost, ki lahko vodi v grobi redukcionizem, pri čemer se izgubljajo pomembne dimenzije terapevtske prakse, zdravlilni potenciali in klinična etika.

V analitični terapevtiki, kar je občudujoče, je bil v ospredju prakse pri obravnavi vedno pacient, z vsemi svojimi obremenitvami in travmo, nudenje tolažbe in ne emocionalni izraz žalovanja, ne kaotično delo z žalostjo (de Botton 2000; Petzold 2001m). Delali so na premagovanju in obvladovanju žalovanja, katerega posledica je bil nemir, ki so ga povzročali

različni dogodki (travmatična izguba, prizadetost, ponižanje), to je bilo delo, ki je vodilo k miru in samopomiritvi, omehčanju in samotolažbi. Vse to je bilo podprto z nudenjem tolažbe in delu s tolažbo. Vemo namreč, če se žalost in odpor kaže v vsej svoji intenziteti, z neizmerljivo bolečino, nam vse zgoraj navedeno ne pomaga dosti oz. nam premalo pomaga, kar je že prikazoval Seneka v svojem tolažilnem pisanju Marcii (ad Marciam c. 6, Fink 1992, 326).

Sicer je popolnoma naravno, da pogrešamo svojce, nihče tega ne zanika, dokler se to dogaja v sprejemljivi meri. Toda človek ne sme prepustiti »čolna nevihti«, tem emocijam in čustvom, ki te vsega preplavijo in vznemirijo, temveč se mora zoperstaviti občutkom bolečine, trpljenja in žalosti in «krmilo obdržati trdno v svojih rokah.»

Obvladovati življenje tudi v slabih časih, z možnostjo jasne presoje in duševno trdnostjo (habitu optimaie mente), daje smisel in omogoča pomirjanje, ki vodi h koncu žalovanja, k trdnosti duše, ki se je ne da zamajati, k pogledom naprej, k smislu za rahločutnost, duševnemu zdravju, notranji svobodi, samozavesti in lepoti (Seneka, de vita beate 9,26).

Takšna filozofska terapijka (Kuhn, Petzold 1991; Petzold 2001m), ki je tudi ena izmed poti koncepta obravnave pri travma terapevtskem delu, priporoča pomirjanje, tolažbo, učenje, vzdržljivost, telesno aktivnost v naravi, šport, igre in dela v javno dobro.

Tega ne smemo videti kot neko preusmeritev, kajti če bolečino preigramo, zanikamo, dopustimo, da prevlada neka aktivnost, se bolečina vedno znova pojavi (ad Helviam c. 17, Fink 1992, 331).

Pacienti se morajo skozi psihično delo, z zavzetostjo in močjo volje soočiti se s travmo, kar je še vedno zapostavljeno področje v psihoterapiji (Petzold 2001i; Petzold, Sieper 2003).

Obremenjujočo preteklost morajo videti, jo spoznati, se z njo soočiti, šele takrat lahko terapija uspešno pomaga in dobijo izkušnjo, da travmo lahko premagajo (ad Heviam c. 3, Fink 284).

»Staro žalost sem priklical v spomin, zato da veš, da je tudi nova rana ozdravljiva ... «(ad Marc. 1, 312)

Toda najprej je potrebno priklicati v spomin kompetence in življenjske dosežke in slike dogodkov, ki smo jih uspešno premagali (ibid. 311; vgl. ad Helviamc.2,284, kjer obremenitve - coping sekvence - v spomin prikličemo).

Resnični travmatični dogodek moramo opazovati v širšem kontekstu, «sub specie aeternitatis» ne samo v eksponirajočih detajlih, vendar v smiselni povezavi z življenjem, ki ga obvladamo, kar ustreza naravi življenja. Cilj je, »da se za kratek čas prepustiš neizogibni žalosti, da se lahko potem spet pobereš.« (ibid.c.17,327f)

Tolažba in telesna bližina človeka, ki ti je blizu, se uporabi kot zdravilo, kot tolažnika, ki ti lahko pomaga na noge, pusti mu, da te zelo tesno objame (ibid.c.19,336).

Tolažbi, vzpodbujanju, vajam premagovanja, vsemu temu se je treba posvetiti, sprejeti pa je treba tudi navodila, kako to narediti, obenem pa je potrebno sprejemati pacienta v vseh teh naporih in dejanjih.

To je strategija travma terapije, ki ne tvega razdiralnega Hyperarrousal, ampak je poudarek na spremljajočih izkušnjah premagovanja travmatskih dogodkov, to je osnova integrativno terapevtske obravnave travme (Petzold 2001m).

Integrativna terapija travma terapije pomaga stabilizirati labilnost, preprečuje nadaljnje sesutje samega sebe, zmanjša riziko retravmatizacije in omejuje disfunkcionalne nevrofiziološke poti.

» Ne toži drugim in nasploh ne zapadaj v močno razburjenje.« (Marc Aurel V, 43)

Tudi Seneka poudarja: »Tudi v lastni nesreči se moraš obnašati tako, da dopustiš samo toliko bolečine kot terja narava, ne navada.« (De tranquillitate 15,6)

Vodilo in cilj analitične travma terapije je z voljo podprta regulacija (Petzold; Sieper2003), kontrola in uravnoteženost afektov, na podlagi regulacijskih in samoregulacijskih kompetenc, ne pa preigravanje ali represija v smislu nekega zatrtja doživljanja (Petzold,2004m; Bloem, Moget, Petzold 2004).

Tolažba ni samo kratko prikazano dejstvo iz zgodovinskih virov, ampak je odraz kliničnih in nevrobioloških razmišljanj in pogledov in izraz transkulturnih in etnoloških razmišljanj (Petzold 1982 f), kar močno vpliva na sprejemanje žalosti, izgube, travmatizacijskih izkušenj. To smo dokazovali tudi v naši praksi, tako, da smatramo tolažbo in delo s tolažbo za večino pacientov s travmo kot nepogrešljiv del obravnave (Jović, Petzold 1995; Petzold, Josić2003; Petzold, Josić, Erhardt 2004).

Tolažba je doživeta čustvena kvaliteta, ki vpliva na zmanjšanje bolečine ali trpljenja, zaradi izgube ali travme je pomiritev psihofiziološkega stanja, razburjenja in preusmerjanje čustvenega in miselnega kaosa. Tolažba pomeni pomoč in empatično naklonjenost tistega, ki tolaži, do tistega ki tolažbo potrebuje.

Delo s tolažbo je sestavljeno iz sprejemanja, strinjanja in uporabe tolažbe, v skupnih naporih premagati izgubo, trpljenje, obremenitev, poškodbo in ponovno vzpostavljanje samoregulacije in kompetenc prizadetega, ter pomoč k učinkoviti izrabi kompetenc.

Tolažba omogoča osebno konsolidacijo prizadetega:

Navznoter: (nap. ponovno pridobiti psihično ravnotežje in stabilno doživljanje identitete, sprejemanje in sprijaznjenje s samim seboj, namesto resignacije, občutkov krivde, očitkov samemu sebi in zagrenjenosti).

Navzven pa: (nap. ponovna vzpostavitev odnosov z drugimi, ali pobotanje z ljudmi namesto umika, samoizolacije, odklanjanja ljudi, sovraštva).

V celoti sledi ojačanje regulacijskih kompetenc.

»Spontano tolaženje«, ki se zgodi kot » priskočiti na pomoč«, naklonjenost, pomiritev, nudenje tolažbe na podlagi izražene bolečine, obupa, žalosti, moramo razlikovati od spremljajoče in dolgotrajne podpore pri predelavi in konsolidacijskih procesih. V obeh primerih izhajamo iz empatične podpore« kot prizadetost iz prizadetosti«. (Petzold 1970c, Eisler 1993)

Pri delu s tolažbo je pomemben moment, kooperativno skupinsko delo.

Tolažba in pomiritev sta transkulturno pogojeni in tudi genetsko disponirana vzorca delovanja, nekega naklonjenega, skrbnega okolja tistih, ki pomagajo in katerih pomoč se nanaša na samokontrolo, kontrolo situacije pri delu s travmatiziranim, prizadetim, prestrašenim, ogroženim , razburjenim sočlovekom. Intenzivnost reagiranja naj bi skozi te vzorce pomoči tolažbe vodila k zmožnosti samopomiritve in samotolažbe.

Ti vzorci bi morali zaradi svoje »evolucijske modrosti« postati temelj pomoči pri travmi, podpora pri žalovanju, v kriznih intervencijah in pri obravnavi PTSD- ja.

Kaže, da je spontano tolaženje in umetnost tolažilnega dela, žrtev kolektivne skotomizacije na področju psihoterapije (izraz tolažba se v znanstveni literaturi terapije sploh ne pojavlja in sploh ne govorimo o tolažilnem delu), pri čemer pa je tolažba najbrž pomembnejša kot globoka intenzivna žalost, katere pomen moramo omajati glede na rezultate novejših raziskav (Stroebe et al.1993; Bonanno 1999).

Enostransko katarzično teoretično stališče, ki je usmerjeno «affective discharge» (Sheff. 1979; Nicols, Zax 1977), je postavil kot nasprotje pri izgubah in politravmatizacijah, strategijo «diferenciranega integracijskega» dosežka (Petzold 1988n,221ff).

Izkušnje travme so praviloma povezane s strahom, bojznijo, grozo, bolečino, nezavedanjem, žalovanjem, torej z občutki, ki se jasno izražajo v mimiki, gestikulaciji, drži, premikanju in so vidne za okolico.

Za ljudi, ki vidijo svoje bližnje v takšnih emocionalnih in eksistencialno ogroženih stanjih, in če imajo kontrolo nad svojim življenjem, nad sabo, sposobnost kontrole nad svojimi močmi, so ta stanja močna motivacija, da priskočimo na pomoč, da dajemo podporo in tolažbo. V njih je skozi sodoživljanje telesnega in emocionalnega izraza, priklicana na površje soprizadetost, sočustvovanje, sožalje, ki nas sili k delovanju.

Nuja kliče po pomoči, nevarnost po rešitvi, trpljenje po olajšanju, žalost po tolažbi, strah po sigurnosti, ogroženost po tem, da ti nekdo stoji ob strani, razburjenost po pomiritvi.

Psihoterapija in še posebej travma terapija, bi morale uporabiti te etnološko utemeljene vzorce, ki povzročajo neko recipročnost afektov in dejanj do afektov med ljudmi v podobnih kriznih situacijah in ki jih utemeljujemo z mehanizmi »emocionalne afektiranosti« in funkcioniranja na bazi zrcalnih nevronov (Rizzolati et al. 1996; Stamerov, Gallese 2002).

Te sposobnosti, ki izhajajo iz človekove biološke osnovne opremljenosti in temeljijo na transkulturnih danostih človeka, kažejo na to, da gre za evolucijsko biološko priučene sposobnosti hominidov (in drugih višje razvitih primatov, pri katerih nastajajo podobne reakcije) in le te imajo neko jasno logiko preživetja.

Pomoč pri krvavenju lahko zaščiti pred izkrvavitvijo, pomoč pri dihalni stiski, pred zadušitvijo, pomiritev pri razburjenju, tolažba pri žalovanju.

Žalost/ žalovanje je kompleksno čustvo z velikim številom oblik izražanja, kar ima med drugim za cilj vzpodbuditi spontano tolažilno reakcijo pri soljudeh, ponovno vzpostaviti normalno regulacijo procesov žalovanja, na neko, za posameznika sprejemljivo stopnjo. Vse to je smiselno in potrebno, kajti travmatični in obremenjujoči dejavniki – na primer hiperstresne situacije, ki so pogosto povezane z dogodki žalovanja, vodijo k stresnim fiziološkim znakom, ki imajo negativne vplive (Yehuda 2000), če učinkujejo časovno sovpadajoče (Sopolsky 1996).

Pri težkih izgubah ali obsežnih travmatizacijah z enkratnim ali večkratnim dejanjem tolažbe ne morejo pomagati samo prijatelji ali sorodniki, za tak obseg je potrebno profesionalno »tolažilno delo«, tolaženje.

»Tolažilno delo« - tolaženje, je oblika intersubjektivnega odnosnega dela, ki temelji na trajanju nekega zanesljivega odnosnega procesa (družina, prijatelji, profesionalno terapevtsko delo).

Tolažba naj bi pomagala podpirati prizadetega po izgubi, v žalosti, travmi, udarcih usode, v njegovih naporih za premagovanje težav. Pomagamo mu pri njegovih prizadevanjih, da premaga grozote in sicer tako, da mu vedno znova nudimo pomoč, nasvete in tolažbo, ter mu s tem dajemo oporo, omogočimo varnost, jasnost, olajšanje težav, pomiritev in mu s tem vrnemo zaupanje vase.

S tem omogočimo, da klient odpre nov horizont in upanje, da lahko iz stanja nemira preide v fazo miru, da se nauči sam umiriti in pomiriti. Iz razburjenosti, bolečine, žalovanja, žalosti, obupa, najde ponovno pot k uravnoteženosti, samotolažbi, da lahko sebe potolaži, uredi svoje misli in čustva, najde novo upanje in gotovost za naprej.

S pomočjo tolažbe in tolažilnega dela tisti, ki nudi pomoč, mora biti zelo empatičen, mora klienta spremljati, ga vzpodbujati in ob tem se lahko prizadeti človek ponovno

obrne k sebi in prične verjeti, da se lahko ponovno odpre drugim, svetu, življenju. Vse to lahko dosežemo z podporo, tolažbo, klient ponovno prične zaupati, ceniti in spoštovati, kar vodi klienta v konsolidacijo in ponovno orientacijo.

Specifika dela pri tolaženju in pri ukrepih nudenja podpore je usmerjena:

- **na fiziološki ravni:** preprečiti stanja vzdraženosti, razburjenosti z hiperstresno kvaliteto (Hyperarousal kindling), senzitiviranje HPA- sistema, disfunkcionalne genske regulacije in z njo povezani nevrohormonalnim odklonom ter njihovim posledicam, nap. nezavedne in zavedne predelave informacij, spominske sisteme, čustvene in voljne sisteme;
- **na psihološkem nivoju:** prevladujoče stresne občutke, emocije, paniko, grozo, agresijo, nasilje, sovraštvo, obup, zagrenjenost, nezavest, usmerjamo v nasprotje, kakor tudi negativne kognicije (dvom vase, samorazvrednotenje, negativno gledanje na sebe, nemoč, razvrednotenje drugih, napačno vrednotenje socialnih situacij) in preprečiti oslabitev volicije (zmožnost odločanja, moč volje), preprečiti kronificirano fiksacijo v zagrenjenosti, resignaciji, nesprejemanju, sovraštvu do samega sebe; vse to moramo preprečiti, da lahko ponovno vzpostavimo širok emocionalni spekter, volicijski potencial in kognitivno fleksibilnost prizadetega;
- **na socialni ravni:** je osnovni cilj, da ponovno zgradimo pozitivne socialne vzorce, iskanje zatočišča, pomoči, naklonjenosti, tolažbe in sprejetje tega, namesto da se klient prepusti občutkom nemoči, nezavednega, obupa, resignaciji, zagrenjenosti in da preprečimo pojav disfunkcionalnega socialnega obnašanja (generalizirane negativizacije drugih ljudi, nezmožnost kontaktiranja in vzpostavljanja odnosov, nezaupanje, socialno agresivnost, sovraštvo, zaničevanje ljudi, nasilnost, deviacije in anomalije).

Tolažba in pomiritev v svoji telesni zasnovi (v obliki pomiritve, prigovarjanja, pomirjajočih zvokov), vodita k znižanju fiziološkega »hyperarousala«, kar je na psihološkem nivoju povezano z znižanjem stresnih afektov na mirnejše emocionalno stanje.

Tolažilni in pomirjajoči zvoki imajo nizko glasovno pozicijo zaradi sproščenih glasilk, kar je praviloma povezano s tonusom celotnega telesa/ glas in tonus telesa sta v sinergiji. Psihofiziološka sinhronizacija vodi k reakciji sprostitve (visoki toni pa vodijo k vzpodbujanju aktivnosti) in povzročijo zvišanje telesnega tonusa.

Takšni načini reagiranja so poznani iz «dialogue tonique» (de Ajuriaguerra 1970) in »polylogue tonique« (Petzold 2001p) iz najbolj ranega otroštva in vplivajo na sproščenost, napetost, dihanje, na kardiovaskularni sistem in se v integrativni travma terapiji načrtno uporabljajo.

Tolažba presega te funkcije. Tisti ki tolaži, pogosto pojasni nekaj, kar je nerazložljivo, v smiselnem kontekstu predstavi, kar je za klienta mogoče nesmiselno oz. nerazumljivo. Skozi kognitivne dimenzije tolažbe se pokažejo možnosti in smiselne kognitivne umestitve in poti sprejemanja.

Tolažitelju samemu prinašajo njegova dejanja tudi neko pomiritev in stabilnost, in če mu uspe, da se ne pusti pretresti in razburiti, prenese svoj mir na prizadetega.

Pogoj za to pa je biti s klientom in njegovo situacijo, v kontaktu s prizadetim čutimo, se nas to njegovo stanje dotakne, moramo pa ostati stabilni pri razburjenih pacientih in ne smemo biti pretreseni pred tistimi, ki so pretreseni.

2.5 Tolažba kot antipol/ nasprotje zagrenjenosti

Zagrenjenost se kot vsako čustvo, če si ga ob nastanku ne podredimo, globoko ugnezdi v nas in prav tako povzroči tisto, kar nas naredi žalostne in nesrečne. Povzroči, da smo jezni sami nase, nas dela zagrenjene in tako postane bolečina grenka slast nesrečne duše (Seneka, ad Marc. 1, 314).

Obup, zagrenjenost, škoda, oškodovanje, so fenomeni, ki jih srečamo povsod, kjer vladajo žalost, uboštvo, brezup, brezizhodnost. Zato je pomembno, da je v travmatičnih kontekstih ali v katastrofičnih življenjskih situacijah in v kriznih situacijah potrebna materialna pomoč (Petzold 200h), omiljenje krize, aktivna naklonjenost, soangažiranje, da lahko skupaj premagamo nastale probleme. Ljudje v takšnih situacijah pa poleg tega potrebujejo tudi dotike, tolažbo, da se v prizadetih ne ugnezdijo vedenjski odkloni, kakor je navedel Seneka v zgornjem tekstu, kjer opisuje sindrom zagrenjenosti, ki naj bi bil pred kratkim odkrit kot nova bolezenska slika (Linden 2003).

V tem kontekstu je »tolažba« nasprotje patološkim procesom žalovanja, ki so kronificirani v obupu in zagrenjenosti (Petzold 1982f, Petzold, Josić 2004). Zelo zaskrbljujoče je, kar moramo še enkrat poudariti, kako majhen pomen pripisujejo vse terapevtske šole v klinično zdravstveni literaturi ravno pomenu tolažbe. To nam pove tudi nekaj o novodobni psihoterapiji z njeno ekskluzivno orientacijo na žalovanje in delo z žalovanjem, na globinsko psiholoških temeljih. Ali o vedenjski terapiji, z njenim pomanjkanjem smisla za takšna stanja.

Tolažba je osrednja tema antičnih terapevtskih delovanj (de Botton 2000) in integrativne filozofske terapije. To, da je bila zagrenjenost tako dolgo zapostavljena v klinični diagnostiki in terapiji, nam mora dati misliti, kajti pogosto se pojavlja skupaj s travmatskimi izkušnjami, žalovanjem in lahko gledamo nanjo kot na komorbiditeto PTSD-ja.

Razpravljamo lahko o tem ali je smiselno govoriti o Posttraumatic Enbitterment sindromu (PTES), s tem, da to povezujemo samo z enim dogodkom. Na podlagi kliničnih opazovanj obstaja vedno veriga dogodkov »prolongirano doživljanje krivic« (Neuenschwander 2003; Petzold 2003d), s katerimi brez etično teoretične in pravnofilozofske pozicije, brez metodoloških osnov dela s tolažbo in premagovanja na podlagi tehnik obravnave »sokratski razgovori«, narativne prakse, terapevtskega teatra (Petzold 1973b; 1999q; Petzold, Josić 2004), kreativnega dela ne napredujemo.

Pozdravimo lahko dejstvo, da vse to v kliničnem prostoru pridobiva na pomenu in da se vedno bolj razlikujejo reakcije zagrenjenosti od depresivnih obolenj, kajti na zagrenjene ljudi je treba glede na njihovo etiologijo in nevrobiologijo gledati drugače in imajo drugačno simptomatiko kot depresivni.

Zagrenjeni ljudje ne kažejo depresivne brezvoljnosti, svoje stanje doživljajo širše in bolj nihajo v razpoloženjih. Sovraštvo, zavist, škodoželjnost, jeza in nesprejemanje so jim domači in ne kažejo depresivne brezvoljnosti.

Telesno se nagibajo k ozkosti (Schmitz 1989), stisnjena usta, napet obraz, napete mišice, otrdelo telo, terapevtsko je potrebno tem ljudem omogočiti razširitev in odpiranje.

Tolažba omogoči mehkost, deluje na trdoto, nepopustljivost, neizprosnost in pripomore k temu, da pacienta pripravimo na pomiritev z usodo, ljudmi in življenjem.

Zagrenjenost kot posledica in v povezavi s travmatskimi situacijami lahko povzroči nastanek PTSD-ja, kajti z njo so povezani dogodki, kot naprimer pretresi, poškodbe, celo uničenje osebnih vrednot, osebnih prepričanj in smisla življenja, kar lahko poveča doživeto intenziteto travmatskih izkušenj.

Še posebej, če so dogodki povezani z nezvestobo, izdajo bližnjih, razvrednotenjem, zasramovanjem, ponižanjem, kolektivno religiozno in etnično stigmatizacijo in grožnjami. To vse povzroča zagrenjenost in mora biti v terapiji specifično razumljeno in obravnavano.

Ekspozicija ne zadostuje, ampak je potrebna »intersubjektivna hermenevtika«, ki mora iskati poti do nerazumljenega in nerazumljivega in nedojemljivega.

K tolažbi spada tudi iskanje odgovorov na vprašanje smisla, kakor tudi skrb za eksistenco, delo, stanovanje, domovino, kjer je potrebno vzpodbujanje in ohranjanje upanja (Petzold 1985a, 520f). Pogosto pojavljajočim se prisilnim mislim se je potrebno zoperstaviti in jim ne dati prostora, kajti sicer lahko pride do enostranskega pogleda na življenje in do občutka brezizhodnosti (Seligman 1979).

»Izboljšanje pozabimo, usodno se zavedamo samo tega, kar je slabo«

Seneka pa pravi: »Pri mirnem morju ne rabimo znanja o krmarjenju...torej ne pusti se premagati, ne obupaj, ampak se podaj v boj...« To je svetoval Seneka Marcii, na konkreten empatičen način ji je nudil pomoč, nasvete za ravnanje v težki situaciji, v vsakdanjem življenju, socialni mreži, pojavil se je osebno, pripovedoval je o svojem življenju in izkušnjah, ni je pustil na cedilu in vse to je pripomoglo k razjasnitvi situacije in integraciji.

Integracija je močna in učinkovita kvaliteta dela s tolažbo.

2.6 Tolažba in vzpodbujanje je delo na odnosu

Takšno integrativno terapevtsko in človeško stališče označuje Marc Avrel: »Navadi se, da boš natančno pozoren na tisto kar nekdo drug govori in se tako intenzivno, kot je le mogoče postaviš v dušo tistega, ki govori.« (Marc Avrel VI, 53)

Ampak to še ni dovolj: »Poskusi najti pristop do notranjosti vsakega človeka in dovoli vsakemu, da pogleda v tvojo dušo«, je svetoval M. Avrel (VIII. 61).

Tu je prikazan princip intersubjektivnosti, ki krepi osebnost in daje moč.

Danes utemeljujemo kot ustvarjanje partnerskega odnosa (Petzold, Grobelbauer, Gschwendt 1999) »osebno dostojanstvo« in »dobro ujemanje«, to so vodilni principi terapije odnosa, enako kot so to bila pravila, ki jih lahko povzamemo iz filozofije alteritete pri Levinasu ali ideje intersubjektivnosti G. Marcela in njegove »neosokratske« svetovalne prakse ali iz koncepta mutualitete pozneje pri Ferencziju (Nagler 2003; Petzold 1996k) ali iz angažmajev H. Arendt za človeško dostojanstvo (1970; Young-Bruehl 1991).

Temo »ujemanje« je potrebno še posebej v kontekstu travma terapije poglobljeno fokusirati, to kar se ujema, je v sozvočju, prav to pa je tisto, kar v situaciji s pacientom naredi dober terapevtski odnos.

»Takt« in »občutek« (Ferenczi 1927/28) in pazljivost v integriteto drugega usmerjeno obnašanje in angažiranje za drugega. Jasna integrirana drža, ljubezni polno sprejemanje (enako kot pri grških klinikih, kjer se obračajo k človeku, pozornost do sočloveka), na podlagi te drža, je možno tudi razhajanje mnenj, nestrinjanje, to je pomembno za terapevtski pristop, stil, o katerem nas učijo nevrološke znanosti, psihonevroimunološke znanosti, o prijaznih socialno družbenih odnosih (Bauer 2002).

To tudi sovпада s stališči velikih filozofov, ki so govorili o odnosih in na filozofiji temelječi znanosti o odnosih (Petzold 2004k, 47), ki so jih zagovarjali. Vse to bi moralo v terapevtskem kontekstu pridobiti na veljavi.

Spoštovanje drugačnosti ima izreden pomen (Levinas 1983), saj je v travmatski situaciji globoko prizadeto, celo do uničenja prizadeto človeško dostojanstvo, hominiteta, človekovo bistvo (Petzold 1996j), človek izgubi zaupanje v samega sebe, v sočloveka, v človeškost v sebi (Ricoeur 1990).

Kvaliteta ponudbe in oblikovanja odnosa med terapevtom in pacientom je v terapiji mogoče najbolj pomemben agens v procesu travma terapije. Človeku je potrebno znova pokazati, da obstaja človeškost in medčloveškost, da lahko ponovno vzpostavi zaupanje. Vzpodbujanje k zaupanju je predpogoj, da prizadeti sploh lahko sprejme tolažbo in da lahko njegovo življenje spet postane smiselno.

Doživetje te kvalitete v terapevtskem odnosu daje smisel, ki ni vzvišen, ampak konkreten. Prizadeti ponovno najde svoje mesto v življenju ob izgradnji odnosa.

Takšna terapija pomaga spremeniti globoko zakopana travmatska doživetja, izgine občutek nezaupanja, ponovno lahko vzpostavi kontrolo nad afekti, ki so bili prej neobvladljivi, zagrenjenost in otrdelost se zrahlja, zoperstavi se »Numbing fenomenom«, ponovno najde svojo orientacijo in izgubljen smisel v življenju.

Takšen pristop, ki izhaja iz antičnih časov obravnave travme, žalosti in tolažbe, je temeljna strategija obravnave, in njihove principe smo prevzeli tudi v moderni klinični travma terapiji in jih prakticiramo skupaj z modernimi dognanji (vgl. Petzold 2001m).

Te strategije so kot »poti zdravljenja in napredovanja« pri delu s pacienti s travmo visoko indicirane in karakteristične za integrativno metodo dela.

V ospredju so faktorji, ki delujejo kot: vzpodbujanje, zaupanje, sprejemanje, sprijaznjenje, kakor tudi vsi nespecifični faktorji zdravljenja, ki se pojavljajo v terapevtskih raziskavah, kot kvalitete ki omogočajo »dobro medčloveškost« in »človeka vredno upoštevanje« (Martens, Petzold 1998).

Še posebej pa ti faktorji skozi sistematično in reflektivno uporabo v psihoterapiji ne smejo izgubiti človeško/ sočloveške kvalitete. Ta nevarnost pa vedno obstaja.« »Manualisierter« Trost, »best practice« za delo z žalostjo - to je grozna misel.

Terapevti so kot osebe vedno »soudeleženi v času« in povezani v »socialni mreži« in v »konvoju« pacienta (Hass, Petzold 1999, so pomembni del protektivnih faktorjev, kot »significant caring others« (Petzold, Goffin; oudhof 1993; Muller, Petzold 2003) in tudi sami sebe morajo videti kot soudeležene v vsem tem procesu. To pa zahteva od terapevta pripravljenost na tak odnos in vlaganje v odnos in hkrati pripadnost njegovemu svetu. S travma terapijo predstavljajo te kvalitete jedro, saj s prevzeto abstinenco in nevtralnostjo, še posebej pri žrtvah mučenja, vojnih poškodbah, beguncih, sicer ne pridemo daleč (Petzold 1986b, 1999k, 2000c, 2001m, Petzold, Josić, Erhard 2003).

Človek rabi jasno pozicijo antropološke in intersubjektivne teorije, kot diferencialno teorijo in prakso človeškega sobivanja, kakor tudi odločno hotenje, da se postavimo v medčloveško realnost, v kontakt, srečanje, povezavo in zvezo (idem 2001im 2003a). Teorijo smo izdelali iz povzetkov G. Marcelles »Človeško dostojanstvo in eksistencialna podlaga« (1967) E. Levinas (1983) in »Sled drugega« in P. Ricoeurs »Sam kot nekdo drug« (1996) iz teh del je nastala podlaga za teorijo, ki smo jo poglobljeno razvijali naprej (Petzold 1980g, 1991b, 2004 d, f, Hassig, Petzold 2004).

Ljudi vidimo v različnih povezavah povezane, v razvijajočih se polilogih, v povezavah in razgovorih na mnogo strani, v svoji socialni mreži, vidimo jih kot matrice njihove

identitete, v »Ti«, »Jaz«, »Mi«, v nenehnem kontaktu in v kontinuumu. V tem ležijo etični in antropološki temelji naše travma terapije.

Tendence dialogike orientacija v dvojje, v Bubersovi Dialogiki, ki jo je kritiziral njegov prijatelj Rosenzweig (Markova 2003), tu preraste v moderni koncept »Dialogizitat« (ibid; Linell 1998) in v »Polylogizitat« (Petzold 2002c).

V travma terapiji uporabljamo mrežo »Mi«, kjer je prioriteta »Ti« in skromnost in spoštovanje »Jaz«, pred drugimi.

Intersubjektivna teorija odnosa in korespondence odnosne prakse (Petzold 1991a), je po integrativnem razumevanju v povezavi s klinično psihološkimi in nevroznanstvenimi stališči. To stališče je za travma terapevtsko in psihoterapevtsko delo nepogrešljivo, kajti kvalitete v odnosih vplivajo na našo nevrobiološko in gensko regulacijo, na transmitterje, na imunološki sistem ((Bauer 2002; Petzold 2002); Schiepek 2003).

To ni biološko redukcioniistična pozicija, kajti v vseh terapijah, ki so usmerjene na odnose imajo pojmi, kot so: pravičnost, človeško dostojanstvo, tolažba, smisel, centralno pozicijo (idem 2001m, 2003d, Petzold, Orth 2004a, b). V praksi in pri konkretnem terapevtskem delu igrajo vlogo »protektivnih faktorjev«.

3. Integrativna travma terapija kot delo z »zaščitnimi faktorji« in »odpornost na stres«

Vygotsky je v svojih zgodnjih delih s travmatiziranimi vojnimi sirotami in »stray kids« po ruski revoluciji z dobrimi razlogi zastopal »suportivno in razvojno orientirano izhodišče« (Miltenburg, Singer 1997, 1999), ki gradi na prevladovalnih in razvojnih potencialih ljudi (Petzold, Sieper 2004).

S tem je že zelo zgodaj de facto uporabil »zaščitne faktorje« in »odpornost na stres« v »rešitveno orientiranih« postopkih ter izkoristil in okreplil moči upora prizadetih v neizpostavljenih izhodiščih obravnave in stavil na sposobnosti ljudi do »kompleksnega učenja« (Sieper, Petzold 2003).

Ta koncept prekorači behavioristično – redukcioniistično razumevanje učnih procesov, ima pa zdravstveno psihološko kvaliteto (Schwarzer, Jerusalem 2003).

Vygotsky (1931, 1932) vidi ljudi, ne glede na to, koliko so obremenjeni, kot kompetentne, pogumne, sokreativne reševalce problemov, ki z izmenjevalno podporo v »conah optimalne proksimitete«, skupaj zmorejo kreativno premagovanje. To je opozicija Freudovskemu antropološkemu in kulturno teoretičnemu pesimizmu, v ozadju pa je Spinozova modrost (Vygotsky 1931/33).

Veliki ruski psiholog je s tem nakazal poti, ki jih danes ciljno uporabljamo v »integrativni travma terapiji« (Petzold, Goffin, Oudhof 1993; Müller, Petzold 2003; Petzold, Müller 2004). Svoje kliente je usposobil in jih pripravil, da se »ponovno znajdejo v življenju«.

Omenil sem že, da, če so ljudje pripravljeni na hudo, nevarnosti, na izzive, imajo določeno »pripravljenost« (»preparedness«), so tudi boljše opremljeni za premagovanje **razvojnih nalog**, bolje premagujejo težave in so v travmatičnih dogodkih manj ogroženi kot ljudje, ki naletijo na dogodka nepripravljeni (Başoglu 1997, 1998).

Vedenje in »**pripravljenost**« lahko delujejo kot »zaščitni faktorji«, to so vedeli, kot se je pokazalo, že antični travma terapevti. Skozi »pripravljenost« lahko človek načrtuje svoje vire, pozna faktorje tveganja in zaščite, svoje ranljivosti in moči. Zaščitni faktorji skupaj delujejo tako, da se nevarnost velikih zlomov zmanjša in iz »premagovalne izkušnje« se razvije premagovalna kapaciteta, vzdržljivost, moč premagovati krize, asertivnost, odpornost, na kratko, izgradi in okrepi se »**odpornost na stres**« - izraz, ki pove vse.

Kot »odpornost na stres« označujemo psihološko oz. psihofiziološko sposobnost odpornosti, ki ljudi usposobi, da nepoškodovani zdržijo in obvladajo psihološke in psihofizične obremenitve (stres, hiperstres, napetost). Ker je odpornost na stres za različne obremenitve diferencirano izoblikovana, govorimo v množini, o odpornostih.

Odpornosti/ odpornosti na stres lahko izoblikujemo na podlagi submaksimalnih, premagljivih obremenilnih situacij, ki so v določenih primerih še podprte z zaščitnimi faktorji.

Obnovili so neke vrste »psihično imunost« nasproti podobnim obremenilnim situacijam ali kritičnim življenjskim dogodkom, s čimer zvišajo sposobnost samoregulacije, sposobnost premagovanja in izvedbo premagovanja subjekta pri rizikih, »stressful life events« in hiperstresu« (prim. Petzold et al. 1993a).

Odkritje splošnih značilnosti in kombinacij značilnosti, ki naj bi definirale odpornost na stres, je prav gotovo koristno, da si razložimo fenomene, ki jih moramo pod pojmom odpornost na stres videti pri določenem človeku. Pri teh fenomenih govorimo o »faktorjih odpornosti na stres«, ki se v »procesih odpornosti na stres« diferencirano izrazijo, glede na obremenilno situacijo in osebni življenjski položaj.

S tem so »faktorji« konsekvntno postavljeni v procesualno dogajanje, ko so izenačeni z »dimenzijami« v **visoko kompleksnih interakcijah z okoljem**.

Tako najdemo:

1. dedno dispozicijo do vitalnosti, ki nudi določeno neobčutljivost nasproti obremenilnim faktorjem,
2. sposobnost učinkovitega premagovanja obremenitev ali rizikov,
3. sposobnost hitre in trajne revitalizacije po travmatičnih dogodkih,
4. sposobnost vzdrževanja obvladovanja situacije/ kompetence/ učinkovitosti pod akutnim stresom in v konfliktnih situacijah,
5. sposobnost, prilagoditi se obremenilnim situacijam tako, da obstoji v njih možnost preživetja in ni mogoče ugotoviti psihičnih in psihosomatskih poškodb in
6. možnost komunicirati o izkušnji pritiska in na podlagi mrežne orientacije in dobre interaktivne kompetence in izvedbe, mobilizirati varovanja (iz Petzold 1995a, 194).

Osebnosti teh in po možnosti drugih »faktorjev rezilience« in vpliv »zaščitnih faktorjev« skušamo zajeti v specifičnem kliničnem intervjuju, da bi s tem te faktorje in procese lahko uporabili bolj ciljno interventno.¹

Kako pride do izoblikovanja faktorjev 2- 6 takšne odpornosti?

»Zaščitni faktorji« (protective factors, Rolf et al. 1990) imajo izjemen pomen. Definiral sem jih na sledeč način:

Zaščitni faktorji/ procesi so eksterni vplivi (npr. socialna podpora, materialni viri) in notranji vplivi (npr. kognitivne in čustvene kompetence, viri vedenja), ki v razvoju

dogodkov in poteku življenja omogočajo optimalno funkcioniranje genske regulacije in uporabo nevrnalne mreže (tudi s tem povezan kognitiven, čustven, volitiven vzorec/shemo). Razblinijo nevrofiziološke in imunološke obremenilne/ preobremenilne zunanje vplive (npr. hiperstres) oz. podpirajo premagovalne tehnike (copping) in/ ali najdenje/ postavljanje novih možnosti (creating), tako se ne izoblikujejo disfunkcijski vtisi, dojemanja, temveč se poudarijo genske regulacije in nevrnalne mrežne povezave (to pomeni: s tem tudi nastanejo kognitivno – čustveno - volitivni »zemljevidi« in procesni vzorci/ narativi), skozi katere se pridobi posebna sposobnost prenašanja pritiska (robustness/ robustnost) ali učinkoviti prevladovalni vzorec (coping ability) oziroma kreativna kompetenca (creating potential). Takšen kompleksen rezultat protektivnega vplivanja se lahko iz nevrofiziološkega vidika imenuje »rezilienca«, ki je potem na voljo kot notranji »varovalni faktor« in okrepi učinke že obstoječih notranjih in pripadajočih zunanjih varovalnih faktorjev in virov.« (Petzold 2000h)

Procesi, pri katerih zunanji in notranji varovalni faktorji in rezilience součinkujejo, so potrebni posebne pozornosti.

Na podlagi kliničnega opazovanja in raziskovanja razvojnih procesov smo izdelali »**protective factor** → **resilience cycl**«, cirkularno oz. spiralno napredujoče (progradientne) procese z manjšimi variacijami, ki sodijo v kontekst:

1. pri kriznih travmatskih obremenitvah oz. kritičnih življenjskih dogodkih (Filipp 1990), ter skupaj z njimi ali brez takšnih povezav ali v sekvencah s spreminjajočimi žarišči.
2. pri izzivih (challenges) razvojnih nalog (Havighurst 1948, 1963). Pri obeh se lahko odzovemo s Copping- ali Creating vzorci oz. v kombinaciji obeh, kot je vidno iz naslednjih vzorčnih sekvenc:

Obremenitev/ preobremenitev → zunanji zaščitni faktorji → uspešen coping/ buffering → rezilienca/ notranji zaščitni faktor → optimizirana uporaba zunanjih virov in zaščitnih faktorjev → rezilienca → razvojne naloge → zunanji zaščitni faktorji → uspešen creating → usw.

Iz tega vidika razumemo rezilience na nevrobiološki ravni kot funkcionalni ekvivalent koncepta »notranji zaščitni faktor«.

Nevrobiološki procesi seveda vplivajo na psihološki oz. mentalni ravni in učinkujejo s tem na kompetence, t.j. v kognitivnih, emocionalnih in volitivnih procesih (Petzold 2001i; Petzold, Sieper 2003) in vedenjski performanci, npr. v socialno komunikativnem dogajanju. Optimalno delovanje cingularnega girusa v njegovi interakciji s prefrontalnim korteksom in limbičnim sistemom je bistveno za procese samouresničevanja in identitete človeka, ugodno delovanje amigdale je bistveno za »čustveno inteligenco« oz. telesno odzivnost (Heuring, Petzold 2003). Vse to in nemoteno delo prefrontalnih centrov omogoča raznolike zaščitne procese v duševnem dogajanju:

- primerna in pozitivna kognitivna ocena dogodkov (pohvala / prednji del možganov),
- primerna oz. pozitivna emocionalna ocena dogodkov (valuacija / limbični sistem), s čemer je povezana,
- primerna psihološka kategorizacija dogodkov (označevanje / amigdale) in končno
- ustrezna in trajna volitivna podpora (volja / cingularni girus).

Samozavestnost, samozaupanje, suverenost, doživeto in integrirano samodelovanje, pozitivna kontrolna prepričanja (Flammer 1990) lahko potem razumemo kot »notranje zaščitne faktorje« oz. rezilienčne kvalitete na psihološki ravni.

Zunanjih zaščitnih faktorjev in virov po pomenu ne moremo strogo ločiti, ker so se razvili v pretežni meri neodvisno eden od drugega v različnih znanstvenih področjih, razvojni psihologiji in socialno psihološki in psihoterapevtski teoriji virov (prim. Petzold 1997p), tako da so številni pojmi oz. koncepti po funkciji ekvivalentni, vendar pa se še vedno najdejo razlike. Zato priporočamo, da diskurzov ne mešate, ampak vedno upoštevate razvojno psihološki izvor ali izvor po teoriji virov in razumete vsakokratno funkcionalnost pojma.

V vsakem primeru je treba zunanje zaščitne faktorje in vire obravnavati na dveh ravneh:

1. na ravni »objektivne dostopnosti (ki je lahko visoka) in
2. na ravni »subjektivnega zaznavanja in vrednotenja« (ki je lahko nizka).

Zaznane vire (perceived resources) moramo, to poudarjamo iz integrativne perspektive (Petzold 1997p) kognitivno ovrednotiti (appraisal), oceniti (appraisal), emocionalno ovrednotiti (valuation) in psihološko kategorizirati (marking). Tukaj najdemo podobno situacijo kot pri »ovrednotenju dogajanja travmatskih dogodkov«. Zato bo včasih potrebno delati na parametrih vrednotenja klienta, da zaščitni faktorji sploh lahko učinkujejo in da lahko zmanjšamo stres, ki še traja, čeprav vzrokov že zdavnaj ni več.

V travma terapiji je treba na vsak način upoštevati funkcijo moderiranja stresa in delovanje »zaščitnih faktorjev« ter »odpornosti« in to konkretno interventno koristiti. Hiperstres ne prizadene samo genov, ki pospešujejo nevronska rast (prim. dela Sapolsky 1996; Bauer 2002; Schiepek 2003; Rüegg 2003), lahko vodi tudi do občutljivosti (kindling) limbičnega sistema in povišanega alarmnega praga amigdale (npr. pri posttravmatski motnji vzdržljivosti, PTSD; Petzold, Wolf et al. 2000, 2002). Izkušnje bolečine (operacije, izkušnje nasilja) lahko napačno pogojujejo regulacijo genov spomina za bolečino, tako da je posledica premočna občutljivost na bolečino, ki je tako pogosta pri PTSD pacientih. Nevrobiološka razvojna raziskava za izobraževanje o obolenjih, depresijah, Borderline osebnostnih motnjah je v tem kontekstu pokazala množico rezultatov (Bauer 2002).

4. Stresno teoretična in travmatsko fiziološka okvirna koncepcija

Obravnava akutnih in kronificiranih posledic travme je, to naj bi bila doslej naša jasna pozicija, vedno terapija in spremljanje principiuelno kompetentnega in ustvarjalnega »človeka v njegovi celosti v kontekstu in kontinuumu«. Zato se lahko s pomočjo ozadja Vygotskega osredotoča ne samo na travmatske simptome, upoštevati mora življenjsko situacijo, mrežno situacijo (Petzold et al. 2003), psihično in telesno kondicijo, čutno dimenzijo, pred kratkim smo jo obravnavali, vire in ustvarjalne potenciale prizadetega (idem 1997p, 2001m). Zato torej delamo v smislu **biopsihosocialne zasnove** integrativne terapije (Petzold 1974j, 302, Diagramm III, 2001a), s človekom kot »živahnim« socializiranim bitjem, z njegovim pod »sociokulturnimi vplivi« oblikovanim in pripravljenim leibom, ki je vedno poleg in s svojo biološko organsko realnostjo »**socialno telo**« (Petzold 1988n) in katerega intramentalna situacija je, kot trdi Vygotski, intermentalno določena.

Integrativna travmatska terapija smatra zaradi poudarjanja telesnosti in socialnosti pod perspektivo »**Problemi, Resursi, Potenciali**« (PRP, prim. idem 1997p) upoštevanje teh **bio-**

psiho-socialnih dimenzij ali ravni v terapiji pri psihofizioloških nepravilnostih za neobhodno: to velja še posebej pri PTSD, ampak tudi z ozirom na socioekološke in imunološke vidike psihičnih in somatoformnih motenj na splošno, moramo misliti na psihofiziologijo depresije (Nemeroff 1996; 1999; Heim, Nemeroff 1999). Konkretno intervencije za te tri dimenzije je treba planirati in izvesti.

PTSD kot »multisystem disorder« (Southwick et al. 1997, 136), potrebuje različne strategije obravnave ob upoštevanju večinoma prisotne »**tvegane življenjske situacije**« (Petzold 2000h). Vse te perspektive moramo vključiti v koncept **travme in travmatiziranja**, da utemeljimo koncept obravnave, ker neobhodno potrebni, toda s kritično refleksijo na spol in etnične posebnosti, kriteriji ICD-10 in DSM-IV sami ne zadoščajo več.

»Pod pojmom travma oz. travmatiziranje razumemo ekstremno stimulatívno situacijo (včasih izjemno kratko, včasih podaljšano po sekvencah), ki ima za organizem oz. osebni sistem učinke, ki v takšni meri grozijo obstoju, povzročajo nemoč, obvladujejo in preobremenjujejo (hiperstres), da lahko povzročijo trajne strukturne poškodbe (npr. s premočnim posploševalnim učinkom, na podlagi katerega se kategorizirajo vse kontaktne situacije kot obstoju nevarne). Travmatiziranje lahko veliko preveč ali premalo stimuliramo, kot npr. nesreče, bolezni, napade, »izkušnje ali pričevanje krutosti«, akutno prikrajšanje, »dolgotrajno zatočišče«, ekstremna osamitev itd. Travmatiziranje nikoli ni samo psihično, subjektivno doživetje, ampak vedno tudi intenziven telesni proces s posledicami znotraj celotnega leiba (pomeni skupni izraz za telo, dušo in duha): npr. psihosomatske reakcije, motnje dihanja in krvnega tlaka, motnje nevrohumoralnega in imunskega sistema, s tem povezani občutki/ razpoloženja, misli, impulzi volje.

Travmatskih obremenitev, problemov, motenj se lahko zato vedno lotimo v celoti samo na ravni »leiba v kontekstu«: z zmanjšanjem obremenitev, odstranitvijo rizičnih faktorjev, okrepitve odpornosti (rezilience) kot tudi z zagotavljanjem zaščitnih faktorjev in virov. Pri tem pa leib ni samo my body, ampak je tudi social body, kajti na njega so delovali kulturni vplivi na podlagi »représentations sociales«, kot »ženski in moški leib«. Po oceni drugih in po lastni oceni je socialno kvalificiran, kategoriziran, po potrebi stigmatiziran. Travmatiziranje je socialno ovrednotena psihofiziologija, t.j. ovrednotena na osebno-individualni in kolektivni ravni.«

Travme, zlasti tiste, ki jih povzroči človek, so dovolj pogosto vezane na destruktivne medčloveške konstelacije: vojne, pogrome, mučenje, zlorabe, nasilje množice (mobbing), trpinčenje. Za biološke in patofiziološke aspekte travmatskega dogajanja glejte ustrezno literaturo (van der Kolk 1994; Yehuda, McFarlane 1997; Yehuda 2001; Hüther 2001; Petzold, Wolf et al. 2000, 463ff). V integrativnih modelih »stresne izkušnje« (Weiner 1992) povezujemo psihološke in socialno psihološke koncepcije (Lazarus, Folkmann 1984) npr. kognitivne ocene stresa (Schwarzer 1993) in emocionalne (Frijda 1986; Martin, Tesser 1996; Oatley, Jahnsen-Laird 1996; Petzold 1995g) s psihološkimi perspektivami (Heurig, Petzold 2003; Hüther 1996; LeDoux 1996; Morris et al. 1998; 1999; Shalev 2000; Ursin, Olff 1992; Yehuda 2001). Te različne vidike je treba upoštevati in jih uporabljati pri interventnih oz. terapevtskih ukrepih.

Psihoendokrinologija stresnega dogajanja je pri še mnogih odprtih vprašanjih toliko raziskala soodvisnost med cerebrohumoralnim dogajanjem (McEwen 1996), da jo lahko uporabljamo za integrativne terapevtske ukrepe, ki lahko interventno vključijo spekter verbalnega svetovanja, podpore in pojasnjevanja, čutno orientiranih pogovorov in možnosti

pripovedovanja, kreativno terapevtskih aktivnosti (Petzold 1999q, 2001b) do sprostitvenih in športno terapevtskih metod (prim. van der Mei, Petzold, Bosscher 1997; Bloem, Moget, Petzold 2004a, b; Schay, Petzold et al. 2004). To se zgodi pred ozadjem razumevanja funkcije »osi hipotalamusa-hipofize-skorje nadledvične žleze«. Njej pripada tukaj centralna pozicija. Shematsko poteka naslednji proces:

STRESNI DOGODEK/ stresor → gre preko sistema čutil → do talamusa in naprej na → amigdalno in se tam kategorizira in označi kot ogrožujoč → gre po eni strani na striatum in po drugi strani naprej na hipotalamus, ki sprosti hormon kortikoliberin in CRH, da → v hipofizi vzpodbudi izločanje hormona kortikotropin ACTH in potem → v skorjo nadledvične žleze/ sredico nadledvične žleze, ki začne proizvajati kortizol, ki deluje na → efektorske sisteme (npr. kardiovaskularni in mišični sistem).

V »adrenalinskem sistemu simpatikusa« potuje vzporedno nosilec stresa.

Od hipotalamusa na → mozeg v hrbtnjači → in od tam (s stransko linijo na skorjo nadledvične žleze) na efektorske sisteme.

(Prim. Birbaumer, Schmidt 1999, Kandel et al. 1996; Schandry 2003; Schedlowski 1994).

Pri stresnem dogajanju poteka zelo koristen in zelo učinkovit sistem samoobrambe in zagotavljanja preživetja, ki se je skozi evolucijo razvil pri višjih sesalcih tako v roparski agresiji in konkurenčni agresiji (Bloem, Petzold, Moget 2004b; Shalev 2000), kot tudi v defenzivni oz. vzdražljivostni agresiji (Morris et al. 1999; Petzold 2003c), pa tudi pri obnašanju iz strahu in na begu. **Mi smo torej za stres, za hiperstres vsekakor biološko opremljeni. Poseben pomen ima v vseh teh procesih hormon kortizol, ki ga prištevamo h glukokortikoidom.** Vpliva na menjavo glukoze, ustvari »energijo« za boj in beg (mobilizacija glukoze v zalogah jeter, spodbujanje lipolize, razgradnja maščob, okrepitev funkcije za dvig krvnega tlaka noradrenalina itd.). Kortizol deluje dvostransko: razgrajuje katabol / mobilizira anabol. S pomočjo kortizola se telo »visoko aktivira«, pripomore pa potem tudi k »odvijanju« »down regulation«, pod pogojem, da stresna situacija omogoča prenehanje. Če temu ni tako in postaja obremenilna situacija kronična (zeitextendierter Stress, Petzold 2003a, 469f), pride do napačnega uravnavanja in končno do napačnih zaključkov psiholoških procesov. Regulacije genov se disfunkcijsko spremenijo. S kortizolom opremljene proteinske molekule se premikajo iz plazme v celično jedro in spremenijo določene regulacijske sekvence DNS in njihovo aktivnost npr. v proizvodnji potrebnih nevrotransmiterjev. Regulacijski sistem genov je v veliki meri elastičen in mora biti, da v stresnih situacijah fizične in psihične narave lahko poseže v regulacijo organizma in njegovega delovanja. Stresne situacije so na eminenten način tudi učne situacije, če hiperstres, ekstremni strah, ki se lahko obilno pojavi v travmatskih situacijah, ne blokira učenja na kortikalni ravni in na ravni limbičnega sistema posplošeno zapiše (Cahil et al. 1995): za prepoznavanje in ravnanje v nevarnih situacijah. To je evolucijsko biološko funkcionalno, v civilizacijskem kontekstu praviloma disfunkcionalno. Uspešno spopadanje s stresom prispeva k izgradnji odpornosti (rezilience) (glej zgoraj pod Müller, Petzold 2003, 2004) in seveda k **samozavesti**, samoaktualizaciji, uveljavljanju in zmožnosti uveljavitve (Flammer 1990, Schwarzer 1987, 1992). S tem okrepi pozitiven občutek lastne vrednosti in doživljanje identitete, v celoti osebno **suverenost** (jedro integrativne terapije). Neuspehi lahko vodijo k pobitosti, občutkom depresije, zagrenjenosti in »priučeni nemoči« sensu Seligman (1979) z znatnimi negativnimi učinki (med drugim: oslabitev imunskega sistema, poškodba hipokampus in s tem tudi naše spominske kapacitete, zgrajene na izkušnjah kot

tudi sposobnost učenja). Preko negativnih biografskih izkušenj (travme, konflikti, deficiti) lahko pridobimo specifične in tudi splošne senzibilnosti na stres, ki jih lahko dodamo k morebitni že obstoječi genetski senzibilnosti / ranljivosti (Meany et al. 1993). Takšne senzibilnosti vodijo tudi k povečani odvisnosti, če so v uporabi npr. zdravila za pomiritev centrov ali alkohol za »downregulation« (Finn et al. 1990).

Napačno uravnavanje kortizola, kronično povišan ali znižan kortizol v krvi ali spremembe v številu glukokortikoidnih receptorjev (Yehuda 1997, 2001) zaradi biografskih obremenitev so povezani na sprožilne izkušnje. Pozitivne, v hipokampusu shranjene izkušnje reševanja/obvladovanja problemov lahko z delovanjem na hipotalamus razblinijo stresne doživljanje in znižajo proizvodnjo CRH in s tem tudi koncentracijo kortizola v krvi. Senzibilni ljudje pa so zaradi motenega uravnavanja kortizola in visoke cerebralne koncentracije CRH »dovzetni za stres« in to je »bad for your brain« (Sapolsky 1996a; Bremner 1999). Dela Sapolskega in njegovih sodelavcev so v pomembni meri razširila naše vedenje in nam tudi dajejo napotke (Sapolsky et al. 2000), kako lahko izgledajo ukrepi za uničenje stresa. Na vsak način je treba delovati proti kroničnemu stresu in njegovim morebitnim škodljivim posledicam na hipokampusu (McEwen, Magarinos 1997; Sapolsky 1996a). Pri kroničnih PTSD pacientih so ugotovili izgubo mase hipotalamusa s slikanjem (prim. posebno dela Bremnerja [et al. 1995, 1997] in njegove delovne skupine, ki so dokazali tudi dolgotrajno delovanje kot posledico travmatskega stresa, npr. Bremner et al. 1997, 1999). Poleg tega je amigdala napačno kondicionirana in hiper senzibilna, t.j. sledi »kindling« (Corcoran, Moshe 1997; Post et al. 1995, 1997) in teži k reakcijam hipervzbujenja na podlagi napačnih ocen situativnih stimulacij (Canli et al. 2000). Za obravnavo travmatskih dogodkov v terapevtskem pogovoru pomeni to: pogovore je treba voditi v ozračju, kjer se ne sproža nekontrolirano **draženje**, torej v prisrčnem, pomirjujočem, preudarnem okolju, torej nikar ne v brezčutnem nevtralnem naklonjenem ali čustveno revnem ozračju. Klima naj bo takšna, kot nam jo, recimo, predstavlja Seneca v njegovi »filozofski terapevtiki«. Za telesne vaje v terapevtske namene, kot so tek, borilne veščine in druge vrste športa za terapijo in predvsem za kvalitetno izvajanje velja **submaksimalna obremenitev** (Bloem, Moget, Petzold 2004; van der Mei, Petzold, Bosscher 1997; Schay, Petzold et al. 2004). To je zelo pomembno. V travmatskem stresu oz. hiperstresu so predvsem nevarnost za telesno nedotakljivost, nevarnost poškodbe ali smrti in s tem povezane izkušnje izgube kontrole, nebogljenost in nemoč, ki sprožijo »prekomerno fiziologijo« (Petzold, Wolf et al. 2000; Shalev 2000; van der Kolk et al. 2000). Na vsak način se je treba izogibati takšnim psihološkim situacijam vzbujenja, ki se pogosto pojavijo na ekspozicijskih srečanjih ali nastanejo pri športni terapiji, kjer je poudarek na učinku. Nasprotno pa moramo s primernim »doziranjem« pripraviti izkušnje obvladovanja situacij. Mehko, pomirjujoče ozračje za zaščito travmatskega terapevtskega okolja (ki mora pogosto razbliniti tudi močan vpliv bolezenske situacije, ki vznemirja mnoge prizadete) praviloma ponuja takšno situacijo, kjer pride do izraza namesto do premočnega vzbujenja »kidling« pomirjenje, umiljenje, nadzor, obvladovanje/ ohladitev (Weiss et al. 1995, 1997), ki razburjenemu delovanju ne daje manevrskega prostora, ampak ga omili (oppressa sunt, kot pravi Senecov citat). Ta efekt smo koristili v integrativni travmatski terapiji (Petzold 2000g) z uporabo specifičnih na telo osredotočenih postopkov regulacije in sproščanja (**IDR**, ibid.), med drugim tudi s pomočjo vaj za prizemljitev (grounding) in osredotočanje iz budo azijskih borilnih veščin. Med zmernim terapevtskim tekom ali hojo (Schay, Petzold et al. 2004) lahko izdelamo »izkušnje uspeha«, »situacijske kontrole« in jih zasidramo. »Vpišejo se v spomin« (prim. Dela v Williamsu, Banyardu 1999), v »implicitni telesni spomin amigdale in hipokampusa«. Ti tako važni centri dobijo na ta način »zalogo« izkušenj, ki omilijo pomen predhodnih izkušenj in ne dopustijo, da se nove situacije pri »uskaljevanju« z biografskimi izkušnjami po eni strani ne bi zdele tako brezizhodne in neobvladljive, po drugi

strani pa na ta način preprečujejo, da bi se sprožila stresna fiziologija, ki se sicer od časa do časa okrepi (van der Kolk 1994). Z doživetjem, vadbo in prevrednotenjem situacij, ki jih ponuja skupno početje v skupinah za pogovor in pripovedovanje, pa tudi v gibalnih in športno terapevtskih skupinah, se omogoči novo pogojevanje amigdale, s tem, da se ocene situacij ne kategorizirajo več kot »nevarne/ obvladljive (Canli et al. 2000) in delovanje GABA (gama-aminomaslena kislina) zavre reakcije vzdražljivosti (prim. odkritje iz živalske fiziologije - Wilensky et al. 2000). To pa lahko uspe samo, če terapevti in terapevtska skupina nudijo dovolj varnosti in s pomočjo narativnega in igrivega ozračja, ko so s pomočjo »korektivnih alternativnih izkušenj« (Petzold 2003a, 695f) podane druge konotacije. »Bimodalna povezava« narativne terapije (McLeod 1997; Pennebaker 1993; Petzold 2003g), športno terapevtskih ponudb in mrežnih intervencij ponuja tukaj odlične možnosti (Petzold, Josić, Petzold 2003). Na ta način se hipersenzitivne situacije **projekcije amigdale** po potrebi normalizirajo. Na popolnoma podoben način se mora hipokampus kot situacijski pomnilnik naučiti na novo. Akil et al. (1999) sta dokazala, da hipokampus opravlja »**funkcijo komparatorja**«. Trenutne situacije se primerjajo s predhodnimi, tako da hipokampus s svojimi receptorji kortizola izmeri količino kortizola v krvi oz. možganih in po oceni ugotovljenega stanja po potrebi reagira zaviralno, tako da preko internevronealne »informacijske mreže« vzpodbudi hipotalamus, da začne proizvajati GABA, ki zavira izločanje CRH in s tem zniža raven kortizola v krvi.

Takšnega »preprogramiranja« si ne smemo predstavljati enostavno, ker se ljudje na stres odzivajo zelo individualno in »zakopanost« v stresni pomnilnik je globoka in trajna, saj bi morala varovati živo bitje pred ponovnimi nevarnimi situacijami. Samo po poti kontinuirane in trajne »vadbe« v integrativni teoriji govorimo tukaj o »na vadbo osredotočeni modaliteti« (Petzold 1988n/1996a, 45, 254; 2003a, 907ff) in hvalimo vrednost, »vaje« (Höhmman-Kost, Siegele 2004), lahko dosežemo korenite spremembe do psihološkega in nevroanatomskega nivoja.

Takšna koncepcija ali podobna kot je »Zwei-Wege-Theorie« LeDoux (1994, 1996) ali teorija »centralnega sindroma adaptacije« Hüther (1996, 1999), ki ponuja dobro osnovo za integriran način svetovanja in za metodo »Integrativna in Diferencialna Regulacija v Travmatski obravnavi« (IDR-T) solidno, očitno nerizično hevrstiko obravnave. Za fiziološko in psihološko koncepcijo stresa, oboje mora biti v psihoterapiji dovolj trdno povezano, in tu je še veliko odprtih vprašanj, je važno, če je zaznavanje vzdražljive konstelacije, ki je kategorizirano kot ogrožujoče, ocenjeno kot »obvladljivo« ali »neobvladljivo«. Po eni strani s pomočjo prefrontalnega korteksa, asociativna areala korteksa, govorimo tukaj o kognitivni oceni, »priznanju«, po drugi strani s pomočjo limbičnega sistema, tukaj govorimo o emocionalni oceni, »valuation«. Zato pa igrajo amigdale, ki opravljajo neke vrste »Event-Markierung« z bazalnimi afektivnimi kvalitetami, posebno vlogo in vzpodbudijo ustrezno psihološko reakcijo (van der Mei, Petzold, Bosscher 1997; Petzold 2003a, 432, 546, s. u), namreč za nadaljnjo obdelavo stresne informacije in nadaljnje stimuliranje **HPA-osi**¹. NA in GH, ki se izloči v okviru aktivirane reakcije, kategorizirane kot »obvladljive«, pospešuje strukturalno predelavo in izgradnjo nevronalnih in sinaptičnih preklonov v smislu planiranja in stabiliziranja vseh tistih preklonov, ki bi jih lahko uporabili za obvladovanje ustreznega izziva.

¹ hipotalamus (CRH, ACTH, V asopressin), hipofiza (ACTH, GH, TSH, β-endorphin), nadledvična žleza (kortizol, noradrenalin, adrenalin).

Če te pridobljene strategije ne delujejo več in postane situacija »neobvladljiva«, pride do dolgotrajne, težke neuroendokrine stresne reakcije, ki je povezana z močnim razburjenjem (hyperarousal), fizično s čustvenimi »turbulencami«, občutki stresa in preobremenitve (prim. moja Teorija krize, Petzold 1993g) in / ali nemočjo, resignacijo, izogibanjem (avoidance), otopitvijo, apatijo (numbing) (Traue, Schwarz-Langer, Gurriss 1997; Hüther 2001). Disregulacija ravnovesja endogenega opiata (van der Kolk 1989) lahko preko tega pospešuje socialen umik (Panksepp et al. 1989), napačno delovanje kortizolnega sistema lahko pogojuje številne oblike socialnega obnašanja, kot patološke ali problematične (Hüther 2001, 85).

Iztirjena »stresna fiziologija« destabilizira s pomočjo nevrotoksičnih efektov, med drugim zaradi disreguliranega izločanja kortizola (hiperstres < preveč kortizola; kroničen travmatski stres > premalo kortizola) v možganih vtisnjene preklope in lahko vodi do razpada do sedaj utrtega vzorca obvladovanja (prim. Hüther 1996, 1999; Yehuda 1997; Gottlieb 1997; Griffin et al. 1997; Teicher et al. 1997). To lahko omogoči popolnoma nov vzorec učenja vzorcev, ki neobvladljivo stresno situacijo ponovno napravijo obvladljivo, preprečijo oz. zadržijo aktiviranje HPA osi, pri čemer pa se lahko čustvene in behavioralne »rešitve« za normativne socialne ocene skupine, skupnosti, družbe zdijo popolnoma »nenavadne, neustrezne, ekscentrično prenapete, nore« itd. Kar pa za prizadetega šteje, so subjektivne ocene organizma (marking, valuation, appraisal) v odnosu na uspešno sposobnost obvladovanja. Pri tem igrajo odločilno vlogo filogenetsko (in tudi ontogenetsko) »stare« regije limbičnega sistema (cingularni korteks, hipokampus, hipotalamus, amigdala), kajpada v povezavi s strukturami v možganskem deblu, v striatumu, s paralimbičnimi in neokortikalnimi površinami (arealami). Zelo kompleksen prekop na **nevrofiziološki ravni** odgovarja kompleksnosti nezavednih / zavednih, afektivnih/ emocionalnih, motivacijskih, volitivnih in kognitivnih procesov na **psihološki ravni**, ki na podlagi zunanjih vplivov in notranjih resonanc vpliva na te notranje pogoje in njihovo delovanje navzven. Šele postopoma razumemo aktiviranje in usklajevanje »lokalnih« in »širših procesov« v mrežah ZNS z njihovimi projekcijami različnega dosega. Nevrotransmiterji, ki jih uporabljajo, so katekolamin, serotonin, acetikolin, peptidi, histidin (prim. Spont 1992, Jacobs, Azmitia 1992; Mesulam 1990; für das noradrenerge System Cole, Robins 1992). Njihova funkcija je med drugim »učenje« na fiziološki in psihološki ravni (Spitzer 2002) in »regulacija« za varnost življenja/ preživetja. Oboje je med seboj povezano, evolucijsko »staro« in zahteva regulacijo stabilnosti/ stabiliziranja in fleksibilnosti/ fleksibilizacije. Možgani in s tem človek imajo elastičnost, ki je odvisna od izkušenj, t.j. »kompleksna sposobnost učenja« (Sieper, Petzold 2002), ki nam je zagotovila preživetje na individualni in kolektivni strani. S tem povezane emocionalne sisteme strahu/ stresa (Hüther 1997), agresije/ stresa (Maes, Coccaro 1998; Bloem, Moget, Petzold 2004) in njihovo interakcijo moramo razumeti kot obvladovanje hiperstresne situacije (stres zaradi vojne, stres zaradi bega, stres storilca, stres žrtve), da pridemo do optimalnega terapevtskega vpliva njihovih funkcionalnih in disfunkcionalnih rezultatov učenja v kombinaciji z medikamentoznimi (npr. uporaba betablokerji za »down regulation), psihoterapevtskimi (npr. »talk down« oz. suportivnimi pogovori) in socialno terapevtske strategije (npr. s pomočjo za življenje ali mrežno terapijo). In seveda gre za to, da ocenimo poskuse takšnega kompleksnega, terapevtskega vplivanja v njihovem delovanju/ stranskih učinkih in njihovi trajnosti. Zelo težka naloga! Tukaj smo šele na poti, da si pridobimo na pol zagotovljeno vedenje, posebno, kaj pomenijo »obremenilna delovanja« v dolžinsko gledanem psihobiološkem razvojnem procesu, z enega vidika »**clinical lifespan developmental psychobiology**«.

Velik problem, ki tukaj nastane, npr. za PTSD diagnostiko in travmatsko terapijo, je visoka individualna variabilnost, kar se tiče razlik v genetsko pogojeni ranljivosti,

znatnem obsegu biografske »obremenilne zgodbe«, t.j. prejšnjih poškodb in občutljivosti različnih pogojev v kontekstu in socialnih parametrov vrednotenja (npr. etničnih in specifičnih za spol), ki so odločilni za obvladovanje travme oz. razvoj PTSD. Sem pride različno delovanje, posledice in naknadne posledice različnih travmatskih obremenitev (nesreča, mučenje, posilstvo itd.) in delovanje »pomagajočih intervencij« v različnih časovnih oknih. Vse to komaj omogoča zanesljivo oceno o indikaciji, o tem, kako npr. učinkujejo strategije obravnave z eksponiranjem oz. konfrontacijo z dogodki. Tukaj bi rad še enkrat opozoril na primerjavo med varnostjo zdravil in dostopom do zdravil.

Posledice stresa, posebno takšne, ki jih kategoriziramo kot »neobvladljive«, so povišana reagibilnost (Orr et al. 1997) za dražljaje, ki so pomembni za travmo ali travmi podobni. Zaradi trajne prekomerne količine noradrenalina se povišajo pri sprožilnih dražljajih, tako tudi pri izpostavitvi konfrontaciji dogodkov, srčna frekvenca, krvni tlak in subjektivno doživetje stresa (McFall et al 1990). Če ima habituacija zaradi terapevtske izpostavljenosti (npr. v raziskovalnem kontekstu kliničnega laboratorija) na stereotipu predstavitve travmatskega skripta, pacientu ga preberejo po originalnem fraziranju, in s tem znižanja srčne frekvence (Sack et al. 2003) za posledico tudi spremembo drugih fizioloških reakcij v nevrohumuralnem območju (npr. uravnavanje kortizola, število glukokortikoidnih receptorjev itd.). Ne vemo tudi tega, če se moderirano delovanje na izpostavljenost travmatskemu skriptu posploši tudi na sprožilne situacije. Več ni pričakovati, ker je psihološko učenje praviloma zelo specifično. Brez empiričnega preverjanja teh vprašanj se rezultati raziskave lahko »preveč raztegnejo«. Prav tako jih ne moremo preveriti s fenomenološkimi »kliničnimi opazovanji« in »izkušnjami«, kajti raven nevromodulatorjev »kliničnemu vidiku« na odprto vedenje ni dostopna (sicer tvegamo napako kategorije oz. ravni). Naše trenutno vedenje o hiperstresu preko zaključkov, dojemanj, hiperagibilitete (senzibilizacija, kindling) na nevronalni in humoralni ravni, zaključkov v interakciji z različnimi možganskimi centri, regulaciji različnih nevromodulatorjev in aktivnosti transmitterjev in s tem povezano gensko regulacijo, priporočamo izogibanje ekstremnim obremenitvam, preobremenitvam in s tem povezanemu visokemu uravnavanju, da s tem že obstoječo ranljivost ne obremenjujemo še bolj in ponovno aktiviramo prejšnje občutljivosti ali ojačamo trenutne »stresne življenjske dogodke«. Na takšno usmeritev opozarjajo tudi rezultati razvojno fizioloških raziskav, ki kažejo, da hude preobremenitve oz. travmatiziranje v otroštvu (rad bi dodal, da tudi v mladostniški dobi povečana ranljivost zaradi psihobiološkega in socialnega prestrukturiranja) lahko vodi do občutljivosti HPA sistema (Heim et. al. 1999; Hüther 1998). Ampak previdno! Nobenega prehitrega patologiziranja v smislu »Zgodnje poškodbe, kasnejše posledice!« (Petzold 1993c). Populacije v raziskavi so premajhne in nismo jih spremljali dovolj široko longitudinalno, t.j., ne vemo, koliko prizadetih, pod kakšnimi okoliščinami, v katerih kontinuitetah je razvilo katere patologije ali efektivne življenjske kompetence/performance in rezilience, ali so se nahajali v »continuum of casualties« v »labeled environments« ali v »continuum of caretaking« v »safe environments« s številnimi faktorji, ki pospešujejo odpornost (Petzold, Goffin, Oudhof 1993; Müller, Petzold 2003; Petzold, Müller 2004; Rolf et al. 1990). Ugotovljene občutljivosti služijo pod evolucijsko biološko perspektivo zelo učinkovito zaščititi pred nevarnostjo in ni nujno, da pripeljejo do motenj bolezenske narave, ja, povišane občutljivosti na strah ne smemo brez nadaljnega smatrati za »patološko«. Takšnega sklepa ne dajejo dela skupin okoli Nemeroffa in Hütherja in ga zato ne smemo sprejeti. Prizadeti so zaradi občutljivosti po eni strani bolje opremljeni za prepoznavanje in izogibanje nevarnosti (tudi njihove hitro sprožljive, s premagovanjem za takšne nevarne situacije podprte specifične spominske kapacitete), po drugi strani so dovzetni tudi za ponovne obremenitve zaradi travmatskega stresa, hiperstresa in »neobvladljivih situacij«, po potrebi tudi stres zaradi že preživetih situacij ali izpostavljenosti v kliničnih

okvirjih, pri čemer ne smemo podcenjevati ocene pacienta o bolezenskih situacijah kot »stresnih«, kajti za njih situacije v bolnici pogosto niso obvladljiva »varna okolja«, tukaj se terapevti pogosto nagibajo k napačnim sodbam. Pri poskusu kategoriziranja imamo »probleme tipa A« v smislu obvladljivih/ razrešljivih »razvojnih nalog« in »izzivov« (challenge), ki jih lahko rešimo in obvladujemo in pri uspešnem obvladovanju (copping) ali predelavi (creating) situacij izzivov stabilizirajo funkcionalne vtise, dojetanja, za razliko od **»problemov tipa B«** v smislu neobvladljivih/ katastrofalnih obremenitev, ki brez pomoči od zunaj in dovajanja resursov niso obvladljive in imajo lahko zato potencialne patofiziološke in psihološke disfunkcionalne posledice (vsaj zunanji opazovalci dajejo takšno oceno): destabiliziranje sinaptičnih povezav in nevronalnih mrež, kar ima za posledico spremembo rutine zaznavanja, delovanja do poškodbe osebnih čutnih sistemov, ki so se pokazali (navidezno ali resnično) kot neprimerni za reševanje (Petzold 2001k, 2003b, vgl. Hüther 2001, 82). Potrebna je diagnostika stresnih reakcij, s tem povezan nivo glukokortikoida, noradrenergnega sistema (Tsunda, Tananka 1985) in drugih relevantnih parametrov, tudi na ravni vedenja Smith et al 1995; Wimersma, Rigter 1989), da bi dobili adekvatno sliko in izvedli pravilne ukrepe: mogoče spremljajočega zavarovanja takšnih občutljivosti z »zaščitnimi faktorji« ali »alternativnimi izkušnjami«, v katerih se je možno naučiti do nevrofiziološke ravni, da so situacije, ki smo jih do sedaj smatrali za »neobvladljive« vendarle obvladljive. Potrebno bo tudi delo na »prevrednotenju« na ravni emocionalne ocene (limbična »valuacija«), kognitivne ocene (prefrontalna ocena »appraisal«), do ravni fiziološkega novega pogojevanja (amigdaloidno »ocenjevanje«). Amigdale drugače »označijo« dogodke kot jih hipervzbujenost, t.j. s povečanim izločanjem noradrenalina, pri čemer nastanejo tudi druge posledice v fiziološkem celotnem sistemu, recimo v HPA sistemu. Marsikaj govori za to, da emocionalno-kognitivno-telesno začet trening samozavestnosti (trening asertivnosti), psihološki terapevtski tek, terapevtske budo azijske borilne veščine. »Prebriefings« v smislu treninga priprave na nevarne situacije ali kategorizirane kot nevarne, kot moderen trening za obvladovanje nevarnosti pri policiji, gasilcih, pomoči pri katastrofah, lahko prav tako doprinesejo k takšnim rezultatom (Bloem, Moget, Petzold 2004; Phaf, Hamel, Raaijmakers 2001) kot stabiliziranje in nevroorientiranje osebnega čutnega sistema s pomočjo »filozofske terapije«. Najbolje je, če oboje povežemo (Petzold 2001m, Bloem et al. 2004a), kajti oboje je soodvisno.

»Socialni stres« in različne oblike »socialne agresije« spadajo za v skupinah živeče višje sesalce k posebno obremenjujočim dogodkom (Sapolsky 1996a, b, 1999). Tukaj velja, da je potrebno razviti in pripraviti primerne strategije preventivne oblike za prizadete osebe, ki zaradi biografskih obremenitev brez uspešnega spopadanja ali zaradi napak preventivnih faktorjev niso uspele zgraditi odpornosti (rezilience) (Müller, Petzold 2003), ampak so ostale občutljive. Seveda je treba uporabiti tudi določene ukrepe kurativne narave, ki so primerni pri iztirjenju sistema HPA in po potrebi izgradnji PTSD, te procese iz različnega razumevanja patofizioloških mehanizmov, socialnih in ekoloških situacij (življenjske situacije) in psihološkega oblikovanja vzorcev (disfunkcionalne sheme, maligne narative) napraviti reverzibilne ali s pomočjo poskusov, skupaj s pacienti, ki so bili psihoedukativno informirani o svoji situaciji in motnjah in so dobili moč, priti do obsežnega novega orientiranja njihovega življenja. Samo z amigdaloidnimi prekondicioniranjmi to ni bilo narejeno, mnogo bolj je to povezano s skupno, na terapevtski proces usmerjeno »predelavo« njihovega psihofiziološkega stresnega obnašanja, njihovih kognitivnih in emocionalnih sistemov vrednotenja in čutnih ozadij ter tistih iz njihove ožje socialne mreže, povezanih kot

»skupno podjetje« preoblikovanja oz. spremembe vodenja njihovega življenja (Petzold, Josić, Ehrhardt 2003).

5. Regulacijska in sprostitveno terapevtska osnova IDR

Temeljna in obširna sposobnost učenja hominidov, možnost spreminjanja genske ekspresije in genske regulacije, nevroelastičnost človeških možganov in živčnega sistema in s tem dana sposobnost spreminjanja kognitivnih zemljevidov, emocionalnih stilov vzorcev regulacijske kompetence na podlagi »ekscentrične in reflektivne« ocene in volitivne pretvorbe izkušenj so najbolj bistveni, evolucijsko biološko izjemno smiselne prednosti selekcije hominidov od tipa Sapiens. To ekscentrično sposobnost učenja in modulirano regulacijsko kompetenco moramo smatrati kot osrednji program, kot »bazično narativo« Homo Sapiensa, od katerega lahko določamo vse druge narative (Brutpflge-, Paar-, Aggressionsverhalten etc.) (Petzold 2000h).

Ta tekst je nastal kot »bazična narativa« integrativne terapije, kot osnova vseh razvojnih procesov v »personalnem sistemu« kot temelj učečega se subjekta na individualni in tudi na kolektivni ravni, kot ga kaže kompleksna teorija učenja integrativne zasnove (Sieper, Petzold 2003). In ta vidik se dobro ujema z doslej predstavljenim kontekstom travmatskega dogajanja in disregulacije, ki jih pogojuje travma. Pred tem ozadjem mora biti posledica dosedanjega videnja: »Razvijanje strategije za zmanjšanje oz. preprečitev nevralne poškodbe.« (McEwen, Margarinos 1997, 280) In tukaj stojimo še dokaj na začetku in če se pokaže, da so »ponavljajoči hudi stresorji« povezani z usodnimi oblikami bolezni (Post et al. 1997, 285), moramo napraviti vse, da se izognemo občutljivosti (kindling), ampak nasprotno zgraditi varnost »asertivnost« in »osebno suverenost«, torej kompleksne kvalitete osebnega doživetja v vedenjski performanci (Petzold, Engemann, Zachert 2003). Če izpostavljenosti to omogočajo, ni jasno, ker posegajo zelo ozko in ponujajo ponavljanje, kot jih mnogi pacienti doživljajo z nadlegovanjem, npr. v morah in tuhtanju. Zato kot integrativni terapevti, kot je jasno razvidno iz izvajanja v tem delu, ne tvegamo, da bi z intenzivnim ali »podaljšanim izpostavljanjem« v terapijah (Foa 1997; Foa et al. 1997; Ehlers 1999; Shapiro 1995) morebiti sprožili retravmatiziranje in »kindling response«. Misliti moramo tudi na druge nezaželene učinke, recimo otopitev, ravnodušnost, grobost. Našim pacientkam se ni treba »navaditi« na travmatičnost. Vedno znova smo ugotavljali, sam že pri »indirektni izpostavljenosti« (ko npr. govorimo o travmatičnosti, o hudih časih itd.) ali pri strategiji in praksi »zmerne ekspozicije«, ki sem jo poleg osnove »neekspozicionirane obravnave travme razvil skupaj s svojimi sodelavkami, se kažejo tveganja obremenitve in preobremenitve. Razvoj takšne »zmerne« prakse je postal neobhoden, ker nekateri pacienti vztrajajo na posodabljanju travmatskega spomina, pri čemer preverjamo kontraindikacije »odvisnosti od travme« v smislu prisilnega ponavljanja travmatskih spominov (van der Kolk et al. 1985). Mnogi pacienti želijo »obdelati travmatično situacijo«, vzpodbujeni predvsem zaradi olepšanih informacij za obravnavo travme. Pri »zmerni ekspoziciji« prikličemo spomine s telesnimi resonancami in po potrebi s slikami (kakorkoli po možnosti brez večjega poglobljanja), da dobimo »aktivirane strukture« (vgl. Petzold, Wolf et al. 2000, 505ff). Istočasno »insceniramo« travmatofornno psihofiziološko situacijo, tako, da jo prikličemo iz »telesnega spomina« »informiranega telesa« (Petzold 2002j). No, tukaj je treba uvesti »korigierende psychophysiologische Erfahrungen« z razširitvijo koncepta F. Alexandra. V praksi se to uporablja v integrativnih postopkih sproščanja, npr. IDR, že skoraj 30 let (Berger 1971; Petzold 1970c) v terapevtske namene s pomočjo **sproščujočega iztegovanja in raztezanja v stanju psihofiziološke vzbujenosti oz. emocionalnega dotika. Predstavljena raziskava**

Posta (et al. 1992, 1997) in njegovih sodelavcev (Weiss et al. 1995, 1997) ter predstavitve modelov o nevrofiziološkem vzburjenju oz. občutljivosti (kindling) cerebralne areale, npr. amigdale in »kindled memory traces« in o poskusih na živalih, pri katerih so lahko dosegli učinke potešitve, brisanje oz. dušenje občutljivosti/ amigdala kindlings, torej preprečevanje postopkov senzitiviranja priporočajo, da gremo v tej smeri tudi pri razvoju oblik terapije.

Za takšen postopek obstajajo močni argumenti:

Genetsko eksponirana afektibilnosta, t.j. proces »čustvene dovzetnosti«, po potrebi z zrcalnimi nevroni podprte sinhronizacijske tendence organizma (Petzold 2002j) in sočloveških sposobnosti posvečanja. Omogočajo, da vodita tolaženje k utihi in pomirjevanje k miru in uravnoveženi samoregulaciji. Ta princip stoji v ozadju specifičnega travmatsko terapevtskega dela v integrativni terapiji. Kot specifična metoda obravnavanja travme je postala v okviru integrativne terapije (Petzold 2003a) na osnovi psiho - in nevro-motoričnih spoznanj »Integrativna in Diferencialna Relaksacija« (**IDR**) - imenovana tudi »Iso-Dinamična Regulacija« (**IDR**), ki se je razvila v specifičen travma format **IDR-T** (Petzold 1985f, 2000f) - alternativa konfrontativnim ekspozijskim obravnavam. Praviloma gre za »low-level stimulations«, »mehke stimulacije s strani terapevta, ki naj vodijo k mehkeemu obravnavanju samega sebe« (Petzold 1970c, 38). Vsi ti ukrepi imajo za cilj »sproščeno napetost«, ki ne vključuje popuščanja in ne prevelike napetosti, ampak predstavlja budno, energično sproščenost (idem 1974k, 341). Za terapijo travmatskega dogajanja in PTSD z delovanjem in posledicami se začetni položaj oblikuje v specifičen moteč travma format , kjer so neobhodno potrebna specifična kulturna prilagajanja (Petzold, Josić, Erhardt 2003 (Petzold, Josić, Erhardt 2003). Travmatske obravnave se ne bi smele omejiti samo na eno »metodo« ali »kombinacijo metod« (Butollo et al. 1999), ampak jo je treba razvijati kot skupno koncepcijo pomoči, kjer so povezani mnogi ukrepi , situacijsko in indikacijsko specifični: npr. terapija leiba, narative in terapevtsko kreativne na čute in vrednote orientrane intervencije (idem 1999k, q, 2001b), socioterapevtski, družinsko terapevtski in mrežno terapevtski ukrepi (Petzold 1999q, 2001b, 2001m, Hass, Petzold 1999). Terapija leiba in telesa, psiho - in nevro-motorika same imajo pri težkem oz. kompleksnem PTSD prav tako malo možnosti za uspešno obravnavo kot izključno psihoterapevtski ukrepi. Zato morajo biti spodaj opisani zasnutki regulacije in metod sproščanja vedno del diferenciranega terapevtskega skupnega okvirja (Petzold, Josić, Erhardt 2004) in kot »medtelesno« dogajanje (Petzold 1970c, 17, vgl. Eisler 1991), ki ima istočasno jasno klinično usmeritev.

»Medtelesno posredovanje informacij« (Petzold 2002j) učinkuje v vseh intervencijah. Kot koncept za integrativno terapijo je postala pregnantna s študijem, ki ga je navdihnil Pierre Janet in utemeljil Henry Wallon, »psychomotricite« in podprta z modelom »dialogue tonique« dialog napetosti med materjo in otrokom, Julian de Ajuriaguerra (1962), kot tudi s fenomenom, ki smo jih našli v naših raziskavah za »gazing dialogues«, »vocal tennis« itd. prejšnjih komunikacijskih vzorcev v »infant caregiver« (Petzold, van Beek, van der Hoek 1994j). Pomembno je, da upoštevamo, da se dojenčki že zelo zgodaj lahko na specifičen način privadijo na negovalca – »caregiver«. Tudi oče in drugi, ki ga negujejo, stopijo z dojenčkom v motorične interakcije »dialogi/ polilogi medtelesnosti«, zato je smiselno, da govorimo o »polylogue tonique«, posebno še, če se mati, oče, dojenček, po potrebi bratje in sestre itd. (Lamb 1976) skupaj igrajo in se ljubkujejo. Enostransko osredotočenje na diado »mati-otrok« ni primerno, kajti domnevamo, da multiple neverbalne/ verbalne interakcije in komunikacije z mnogimi odnosnimi osebami, ki se dejansko začnejo že v najzgodnejšem otroštvu, pomenijo pomembno razvojno ponudbo za otroka, da lahko stopi v odnos z

mnogimi ljudmi. Danes interaktivno dogajanje podpira še odkritje »zrcalnih nevronov« (Rizzolatti et al. 1996; Gallese 2001; Stamenov, Gallese 2002), ki ponujajo dobro nevroznanstveno osnovo za razlago »imitacijskega učenja« (A. Bandura) ter motoričnih in mentalnih (t.j. kognitivnih, emocionalnih in volitivnih) »kompleksnih sinhronizacijskih kapacitet« »informiranega telesa« (prim. Petzold 2002j). Sproščanje ali psihofiziološko regulacijo kot odnosno terapevtske ponudbe obravnave v znatni meri določajo ti principi iz psiho - in nevro motorike in so tudi osnova metodike sproščanja. To moramo upoštevati!

Med množico sprostivnih terapevtskih metod (Poppen 1998; Stockvis, Wiesenhütter 1979; Vaitl, Petermann 1993) dobimo dobre smernice, katerih spoznanja lahko delno uporabimo za integrativni zasnutek sprostivne regulacije.

V **IDR** gremo v osnovi na začetek »bottom up«, ker se mnogi ljudje razumsko »ne morejo odklopiti«. Osredotočimo se na z dihanjem podprto raztegovanje antagonista (Petzold 1974k; Carlson, Curan 1994; Osterbrink 1998) in »mehko aktivacijo« agonista, spet s pomočjo dihalnih tehnik in relaksacijskega dihanja: globok izdih skozi usta, pritiskanje konic razširjenih prstov v višini prsi, potem globok vdih, jezik ob nebo (Middendorf 1984) ali Mikrostretching. Iztegovanje vratu ob rahlem zasuku glave v levo, počasi razširimo roke, počasi si drgnemo roke itd. To so tehnike, ki jih lahko vadimo in koristimo v primeru obremenilne situacije. V oporo si lahko prikličemo še fantazijske slike za sproščanje (npr. sproščujoča pokrajina, otroci med igro) v smislu »mentalnega treninga« (Boschker 2001; Boschker et al. 2000), ki smo ga opravili s pacientom in sicer z odprtimi očmi, da se izognemo izgubi nadzora in hipnoidnim učinkom s tveganjem konfluence in intruzije. Ta »pozitivni priklic« se razširi na spremljajoče občutke telesa. Ljudje se učijo tako evocirati prijetne »telesne atmosfere« (Schmitz 1989) in sproščujoča stanja. Kratkoročne evokativne tehnike (mikrostretching, quick-relax) vadimo za vsak dan (npr. razširitev rok, iztegovanje, zehanje s sproščujočo pokrajino ali pozitivnimi slikami kot »mental clips«). »Prijetna klima«, ki jo terapevt/-ka zgradi med obravnavo, je pri tem pomemben predpogoj. Mora biti pozitiven in sproščujoč pomočnik in spremljevalec, ki ga lahko aktualno doživimo, da se po potrebi lahko internalizira kot »notranji pomočnik« (Petzold 1985i). Ker so emocionalne atmosfere »nalezljive«, vidimo tukaj pomemben moment, kajti sprostitev se središči v **IDR** v »emocionalnem položaju«, v čustvih dobrega počutja na mestu »občutkov preobremenjenosti« (Petzold 1992b, 833/2003a, 637f). Vzdržujemo dobro počutje in ga povežemo s priklici »recalls«. Napolnimo ga tako rekoč s pozitivnimi spomini in pacient ga mora biti sposoben hitro priklicati (enako kot pri ablacijski hipnozi, prim. Klumbies, Kleinsorge 1959). To lahko dosežemo v dveh do treh srečanjih. Psihofiziološke bazične prilagoditve s tem seveda ne dosežemo! Takšno »rebalancing« »ponovno ravnovesje« potrebuje (enako kot pri progresivni relaksaciji, Hamm 1992) tedne, mesece redne vadbe **IDR** in ga potem klinični delavec brez velikega fiziološkega deleža lahko dovolj opredmeti s pomočjo spremembe tonusa, ki ga med potekom obravnave lahko opazuje v velikih mišičnih skupinah, skrajšanju sprostivnega obnašanja po obremenitvi s tekom ali ergometrom, v celoti znižanje pulza mirovanja. Za osnovno prilagajanje tonusa mišic je pri skrajšanju Myofaszia, pri kronično napetem človeku potrebno dolgotrajno raztezanje. V kombinaciji IDR in tekaškega treninga (Schay, Petzold et al. 2004; van der Mei, Petzold, Bosscher 1997) kot srednjeročnega terapevtskega ukrepa, ki je usmerjen na integracijo vsakodnevnega sprostivnega in vzdržljivostnega treninga (tek, plavanje itd.) ali visoko aktivnega – Tae Bo ali Budo kondicijskega treninga (Petzold, Bloem, Moget 2004; Bloem, Moget, Petzold 2004), lahko dosežemo takšne fundamentalne preusmeritve. Pri tem je osnovni princip »zmerne vaje« treba upoštevati kot »low-level stimulation«, ker preobremenitev pri treningu teka s PTSD pacientkami lahko deluje imunsko supresivno in vzpodbudi povišano izločanje perifernega noradrenalina (McGaugh 1995), kar kot potencialno ojačanje travmatske

fiziologije ni zaželeno. Zato je torej potrebna posebna praksa (van der Mei, Petzold, Bosscher 1997; Schay, Petzold et al. 2004). S prevzemom aktivnega življenjskega stila z veliko gibanja in napetosti je ljudem omogočeno med poloma visoke napetosti (high stress), kot je pri izzivih na delovnem mestu pogosto neizogibno in v principu tudi ni škodljivo in globoko sprostitivijo, doseči uravnoteženo samoregulacijo oz. samoregulacijsko kompetenco, **izodinamično nihanje** med dobro napetostjo in sprostitivijo (**optimalna regulacija**), ki ima dovolj tolerance za vrhunec. Pogosto opravimo z **IDR** še emocionalni trening v smislu timopraktičnega² »emocionalnega diferencialnega dela« (Petzold 1970c/1992a, 841-854), tako da telesna stanja različno modeliramo z njihovimi odgovarjajočimi afekti (emotional modeling), začetek, ki je med tem s pomočjo psihofiziološkega oblikovanja modelov in raziskovanjem pokazal dobre rezultate. (Traue 1998) in povezuje biološke in kognitivne teorije samoregulacije (Boekaerts et al. 1999).

S **konceptom regulacije** nagovorimo jedrni koncept integrativne terapije, ki vidi človeka kot »**personalni**« (Petzold 1974j), ki se je razvil skozi evolucijo v kontekstu/ kontinuumu, t.j. z okoliškimi sistemi, kot je pokazala evlucijska biologija in evlucijska psihologija (Mysterud 2003; Buss 1999; Corballis, Lea 1999). Že v zgodnjem in skozi leta nespremenjenem osnovnem modelu »integrativne terapije« (Petzold 1974k, 302f, Abb. III, repr. 1988n, 74/2003a, 64, Ab. 3) je bila »**integrativna regulacija**«, ki je povezovala »kognitivno, emocionalno in behavioralno regulacijo« (ibid. Abb. III S. 304) jedrni koncept in bistvena potreba, ki so jo podpirali od Anokhina, Lurije do Kelsa, Hakena in klinično »afektivne nevrovede« (Davidson et al. 2000, 2002).

Določa se preko multiplih sistemskih nivojev: biološko-fiziološki sistemski nivo (predmet bioloških in nevro ved), emocionalni, volitivni in motivacijski sistemski nivo (predmet razvojne, emocionalne, motivacijske, kot tudi volitivne psihologije), kognitivni nivo (predmet kognitivnih nevro ved in kognitivne psihologije) in socioekološki oz. socialkomunikativni sistemski nivo (predmet komunikacijskih ved, mikrosociologije, sociaekološke raziskave in socialne psihologije). V vseh teh območjih igra koncept regulacije glavno vlogo. Naj ga na kratko povzamemo:

Pod konceptom »dinamični sistem regulacije« razumemo osnovno sposobnost organizma ali iz te biološke osnove izhajajočega osebka, da v različnih območjih uravnava potek – od intrasistemskih/ intrapersonalnih nivojev, recimo biokemičnih z nevrofiziološkimi in endokrinološkimi poteki (npr. HPA osi) preko emocionalnih in kognitivnih postopkov regulacije do visoko kompleksnih regulacijskih vzorcev »samoregulacije« celotnega regulacijskega sistema, h kateremu spadajo tudi uravnavanje intersistemskih/ interpersonalnih regulacijskih postopkov in vedno tudi razvojne perspektive in razvojni procesi. Dobro delujoče procese »dinamične regulacije« lahko smatramo za meta vir sistema (Petzold 2000h).

Iz tega sledi za metodiko terapije kot tudi za metodiko/ didaktiko izobraževanja:

- Reagirati moramo na regulacijski in razvojni potencial telesne dimenzije (zaznavanje, ekspresivnost, mobilnost, elastičnost, regulacijo napetosti z metodami integrativne telesne, gibalne in športne terapije (prim. Petzold 1988n; Petzold, Bloem, Moget 2003; Hausmann, Neddermeyer 1996; Höhmann-Kost 2002; Schay et al. 2005; van der Mei et al. 1997; Voutta-Voß 1997s),

² Timopraktika je telesno terapevtska metoda z intervencijami direktnega terapevtskega telesnega dotika v integrativni (Petzold 1970c, 1975e, 1977a, 1992b itd.). Želi vplivati na "thymos", Sie will den „thymos“, telesno-čustvene vzgibe.

- Regulacijski in razvojni potencial psihične dimenzije (t.j. emocionalni, motivacijski, volitivni procesi z metodami integrativnega dela z emocijami, motivi in močjo volje, prim. Jäckel 2001; Petzold 1995g; Petzold, Sieper 2003; Rahm et al. 1993),
- Upoštevati je treba regulacijski in razvojni potencial duhovne dimenzije (t.j. kognitivnih in višjih mentalnih procesov z metodami kognitivnega vplivanja, narativne prakse, filozofske terapijke, smiselnega govora, meditacije, estetske izkušnje in prakse umetnosti življenja itd. (prim. Kühn, Petzold 1992; Petzold 1983d; 1999q, Petzold, Osten 2004; Petzold, Orth 2004a,b),
- Pospeshevati je treba regulacijski in razvojni potencial na socialni dimenziji v socialni mreži in personalnem konvoju (okrepiti sposobnost dialoga in poliloga, empatično, intergeneracijsko, interaktivno in komunikativno kompetenco/ performanco, kvalitete prilagajanja, druženja in sožitja za krepitev lastne vrednosti z oceno vrednost, suverenosti z možnostmi kontrole, socialnega angažmaja in živahnega altruizma (prim. Petzold, Müller 2005; Scheiblich, Petzold 2005; Petzold 2004a, 24ff, 2003a, 781-808; Hass, Petzold 1999; Brühlmann-Jecklin, Petzold 2004),
- Osredotočiti se je treba na regulacijski in razvojni potencial za ekološki kontekst v življenjskem okolju in institucionalnem okvirju na osnovi spoznanj ekološke psihologije in interventne prakse, kajti prilagajanje človeka okolju je iz ekološko psihosomatske perspektive bistveno in ga je treba pospeševati (z aktivnim oblikovanjem okolja in stanovanjskih prostorov življenju v sožitju z naravo, športno terapijo na prostem (prim. Petzold, Orth 1998, 2004b; Saup 1992; Petzold 2004a, 321-360; van der Mei, Petzold, Boscher 1997) – vgl. zum Ganzen Sieper, Petzold (1993c).

Ključni pojem »**dinamična regulacija**« s koncepti »**regulacijski potencial**«, regulacijska kompetenca, regulacijska performanca« (Petzold 2002b/2004; Petzold, Müller 2005) vedno upošteva tudi »**razvojne potenciale**«. Ne zožuje regulacijskega koncepta fiziologistično, ga ne omejuje s homeostatičnim harmonizmom ali ga ne vidi samo kot »notranji proces sistema«. Tendenco, ki jo kaže Grawe (2004) s svojim novim konceptom nevropsihoterapije – ko se komaj dotakne perspektiv klinične socialne psihologije (Petzold Müller 2005) in klinično relevantne sociologije in družboslovja, družbenih okvirjev in dimenzij torej, drugače, kot so to storili utemeljitelji te ideje »reguliranja« oz. »regulacije«, psihologi in nevroznanstveniki Anokhin, Bernstein in Lurija. **Bernstein se je osredotočil na gibanje v svet, Lurija je z Vygotskim svet videl kot socialen, »intermentalnega« kot podlago »intramentalnemu«, za Anokhina sta organizem in okolje povezana v celoto.** Za integrativno zasnovo sta pred tem ozadjem posameznik in družba, človek in življenjski svet omejena. Regulacija in regulacijski potenciali imajo sicer korenine v organski osnovi, ampak posegajo vedno tudi v socialno oz. socioekološko, Kot poudarja biopsihosocialna oz. biopsihosocialno ekološka teorija integrativne terapije (Petzold 1974j, 304, 2001a).

»V integrativni zasnovi označujemo procese dinamične regulacije med sistemi kot prileganje, ki omogoča in zagotavlja dobro vzajemno prilagajanje svetu oz. sinhronizacijo. Pojem dinamičen kaže na permanentno izmenjavo uravnoveženih in neuravnoveženih stanj, kot je bilo opisano v modelih nelinearnih sistemskih teorij (Petzold 2000h)«.

- Integrativni koncept »**regulacijske kompetence**« smo izdelali po referencah ruskih psihologov P. R. Anokhina, A. A. Ukhtomskija, N. A. Bernsteina, A. R. Lurije (Sieper, Petzold 2002), pa tudi K. Goldsteina, L. von Bertalanffyja in E. S. Russela. **Vsi so razvili**

zamisli k regulaciji v organizmu, k »samoregulaciji organizma«. Integrativna zasnova gre z **regulacijskim konceptom** iz te osnove, jo pa preseže v območju psihičnega, kognitivnega in socialnega, kot najdemo to pri Vygotskem in Luriji (Jantzen 1994; Vocate 1987). Osnovne pozicije so, da je obnašanje človeka aktivno/ kreativno in ne samo adaptivno, določeno s predhodnimi vplivi in učnimi izkušnjami, vplivi sedanjosti/ učnih procesov in bodočih načrtov/ planov/ ciljev/ motivacije za učenje. Takšni plani v znatni meri določajo obnašanje v sedanjosti (Bernstein 1975). Na doživetje identitete prav tako vpliva doživetje lastnih zamisli identitete (Petzold 2001p). V organizmih, živih »personalnih sistemih« (Petzold 1974j, 296) lahko razumemo vse procese samo kot »sistemske funkcije« (Anokhin 1978), ki so tudi, če se kažejo kot funkcije parcialnega sistema, del organizma oz. personalnega skupnega sistema z njegovimi sistemskimi okoljskimi odnosi (k okoljskim sistemom), ki se samostojno organizirano upravljajo. Človek je živ sistem, ki ga označuje osebna identiteta in iz te identitete stopi v odnos z drugimi sistemi, pri čemer te odnose kot tudi poteke v notranji strukturi sistema upravlja um kot ultimativna kategorija, osebnotni, samoregulacijski sistem v prepletu okoljskih odnosov, ki dobi svojo identiteto, ko se »sreča z okoliškimi sistemi« (Petzold 1974j, 296f). To je bilo mišljenje Luhmanna (1968), Anokhina (1967) in Lurije (1970, 2001). Višje psihične funkcije so komplicirano organizirani funkcionalni sistemi socialne geneze. Zato je vsak poskus, da bi jih lokalizirali v specialnih ozko omejenih predelih korteksa ali v »centrih«, neupravičen.

- (Lurija 1970) - Pri tem biološko in socialno nista v enostavnem medsebojnem učinkovanju, ampak so odnosi kompleksni, specifični glede nalog, kontekstno določeni. Socialno »tvori precej nove funkcije sistema in koristi pri tem biološke mehanizme, jih uvaja v nove načine dela« (idem 1992, 59).

Tudi tukaj se dogajajo pod pogojem nevrobiološke osnove organizma **»dinamični regulacijski procesi«** (v smislu modelov, kot so jih razvili Anokhi, Bernstein, Luria, ampak tudi Pribram/ Galanter/ Miller in v novejšem času Kelso in Haken), ki jih skupno označujemo kot **»regulacijski sistem«**.

V regulacijskih sistemih z »dinamičnimi regulacijskimi procesi« razumemo pod »regulacijsko kompetenco« krmilne programe regulacijskih procesov (torej narative/strukture, »software«) in pod »regulacijsko performanco« razumemo izvajanje regulacijskih procesov po teh programih (torej vzorec poteka).

Te narative interagirajo v osebnotnem sistemu. Imajo visoko stabilnost, istočasno pa tudi določeno elastičnost. Lahko jih spreminjamo preko specifičnega postopka učenja »kompleksno učenje« (Sieper, Petzold 2002). Narrative ne smemo gledati statično. So strukturni elementi v procesih. S tem narativ ne smemo ločevati od procesov, naracij, imajo samoprosualen značaj. Proces in struktura, pripoved in ozadje pripovedi, naracija in narativa so v dialektični prepletenosti. Regulacijske kompetence so prepletene z regulacijskimi performansami. Bazalne regulacijske sposobnosti se večinoma na podlagi genetskih dispozicij »razdeljene« kot **genske ekspresije** in vodijo skozi odgovore o okolju do specifičnih genskih, ki so lahko funkcionalne ali tudi disfunkcionalne. Obstajajo seveda tudi okoljsko sprožene genske ekspresije s specifičnimi vzorci genske regulacije. Tako nastanejo regulacijski vzorci **intraorganizmične, nevrofiziološke ali imunološke regulacije** do regulacijskih postopkov do emocionalnih, kognitivnih, interakcionalnih, interorganizmičnih regulacijskih postopkov, vse v ultrakompleksnih »povezavah« (Konnektivierungen), kot so značilne za policentrični sistem (sistem - možgani/ organizem/ okolje), intrapsihične in interpsihične sisteme (Vygotskij 1985, 328f, 349). Od otroštva do starosti zagotavljajo regulacijske kompetence in performance procese za življenje/ preživetje posameznika s

pripravo stabilnosti v interakcijah organizma/ okolja, človeka/ sočloveka. Istočasno omogočajo z ustrežno elastičnostjo potrebna prilagajanja oz. sposobnost prilagajanja.

S tem **regulacijskim konceptom** v ozadju, ki je pravzaprav metamodel razlage psihičnih oz. psihosomatskih ali skupnih organizmičnih razvojnih postopkov (Salutogeneseperspektive) in v skladu z razširjenim in diferenciranim vidikom stresne paradigme, tudi motenj (perspektiva patogeneze), temelji tudi prakseologija travmatologije.

6. Travma format (IDR-T) »integrativne in diferencialne regulacije«

Za **IDR-T**, obravnavo v travmatsko terapevtskem kontekstu (Josić, Petzold 1995) pacienta informiramo o postopku, njegovi smotrnosti, učinkih in eventuelnih stranskih učinkih ter pridobimo njegovo soglasje (informed consent). Osredotočimo se na priučitev sprostivne in regulacijskih možnosti, da bi se lažje spopadal s PTSD simptomatiko in si pridobil pomoč za obvladovanje vsakdana. Da bi lahko obdelali travmatske izkušnje, je najprej bistvena samo evokacija stanja sprostivne in dobrega počutja (kar za dolgoročno prakso IDR vsekakor motivira). V ta namen uporabimo emoting/ vznemirjenje s pomočjo »facial-postural feedback«. Od pacienta zahtevamo »izvajanje mimike« in da zavzame ustrežno držo, naravna ustrezen vzorec dihanja (Petzold 1970c, 1992b, 844) in da se ustvari s tem povezano vzdušje (bottom up, Bloch, Lemeignan 1992), postopek, katerega učinkovitost je empirično dokazana (Döring-Seipel 1998) in kot je prikazano, mogoče dobro za stoično terapijo (glej zgoraj 2.2). Ustrezajo npr. **vznemirjenje prijaznosti (Freundlichkeitsemoting), vznemirjenje sproščenosti (Gelassenheitsemoting) in vznemirjenje radovednosti (Neugieremoting). Le-ta aktivirajo tri čustvena stanja, ki jih je treba zelo dobro vaditi in obvladati, da jih lahko uporabimo kot nasprotovanje (counterbalancing).**

IDR-T ima dva jedrna elementa: **I. Suportivno low-level stimulacijo (SLS) in II. Emocionalno modeliranje (EM).**

I. Suportivna low-level stimulacija in trening držanja

V travma terapiji ima podpora pacientk s suportivnim dotikanjem (bodily support) velik pomen, če gre tukaj za transkulturne najdene naravne vzorce pomoči, ki so pa specifično kulturno oblikovani, kar deloma v muslimanskih družinah iz zelo tradicionalnih okolij lahko postavi skoraj nepremagljive meje sprejetja, ki jih ne bi smeli poskušati prekoračiti, ker moramo sicer računati na negativne posledice (Bracken, Petty 1998; Moser, Neyfelder, Verwey 2001). Možno pa je pri obravnavi žensk, njihovih sester, prijateljic, med drugimi uporabiti stabilne sorodnice kot »Hilfs—Ich« (Moreno 1959), ker se uporabljajo naravne kretnje tolažbe in opore, v skupnih potekih tožb in žalovanja se lahko uporabljajo izrazi, specifični za njihovo kulturo, kot sem jih raziskal za območje vzhodnih in južno slovanskih tožb (Petzold 1970II, 1982f).

Intervencije so: »dotik opore« na ramenu, božajoč dotik na rami, dotik z roko («na roke vzeti«, »varno voditi), »dotik z držanjem« («trdno držati« in »skriti«). Pacientkam in morebitnim sorodnikom razložimo dotik. Pridobimo njihovo soglasje (informed consent). Potem pokažemo nežen ali krepak dotik ramen, ki ga pacientke praviloma dobro sprejmejo. Kontraindikacije za ta postopek pri določenih žrtvah zaradi mučenja ali zlorabe so v eksplorativnih pogovorih in diagnostiki jasne in jih je treba strogo upoštevati (varnost pacienta – patient security).

Kot je izvajano zgoraj: Pri dotikih in kretnjah tolažbe in podpore, pri božanju, objemanju in držanju gre očitno za stare vzorce (ki jih najdemo tudi pri primatih), katerih kulturno specifične izraze, to je najbolj pomembno za sprejetje in delovanje, koristimo z namenom, da bi dosegli učinek pomiritve in utehe. Matere/ skrbniki uravnavajo napetost svojih dojenčkov in otrok s pomirjajočimi tonusnimi dialogi oz. tonusnimi polilogi, če je vključenih

več interakcijskih partnerjev (dialogue tonique, Ajuriaguerra 1962; Papousek, Papousek 1992; Petzold et al. 1994). Der Mororeflex je star Klammerreflex, na kar je opozoril že madžarski analitik v Ferenczi-Schule Imre Hermann (1936, 1972). Zelo uspešno prakticiramo »držanje« (»holding«), kjer je sprejeto in zaželeno, leiblich (telesno) konkretno (za razliko od metaforično uporabljene »funkcije držanja« po tradiciji Winnicotta) že skoraj 30 let kot diferencialno strategijo starševstva (prim. Petzold, Orth 1999a, 137ff, 998ff s kritičnimi določili; Petzold, van Beek, van der Hoek 1994). V travma terapevtskem konceptu se nam pojavi kot možnost bistveno, da pri tem ne pustimo prizadetih v hudi sili in do tega lahko pride pri projekcijah prizorov ali ekspozicijah samih brez rešilne konkretno doživete zaščite. Iz naših najnovejših opazovanj v Srbiji in izkušenj naših jugoslovanskih kolegic pri bombardiranju Beograda ima izmenično prijemanje in držanje (posebno še, če eden od partnerjev ni nepaničen in stabilen) izjemno pomirjujoč in očitno preventivni učinek za PTSD. Po takšnih ekstremnih obremenitvah vodi »držanje« do sprostitve. Če smo izvedli trening držanja, kjer smo nakazali na morebitno delo z »zmernimi ekspozicijami« in smo v **IDR** uspešno dosegli zmožnost sprostitve (patient security!), lahko začnemo z dejanskim delom v **IDR** travma formatu. Ima naslednjo zgradbo: (Petzold 1992a, 882ff/2003a, 642ff; Josić, Petzold 1995):

II. Emocionalno modeliranje

- **Položaj (constellation): Pacienta/-ko prosimo, naj se nasmehne, mi se nasmehnemo z njim (koemoting - sočustvovanje).**
- **Uglasitev (induction): Potem ga/ jo prosimo, da si predstavlja situacije iz svojega življenja (oči odprte kot »mentalna vzpodbuda«, ne kot slika), istočasno pa o njej poroča, pripoveduje o situacijah, ki so bile težke, obremenitvene sicer, ampak ne travmatske. Pri tem naj pusti, da pridejo na dan čustva in telesne resonance. Ponudimo lahko dotik opore na rami ali pomirjujoč dotik na hrbtu kot »low-level« stimulacija ali pa isto zaprosimo od pacienta.**
- **Fino uglaševanje (doziranje): vse je treba dozirati tako, da se da vsa občutja dobro prenesti, po potrebi mikrostretching in dihalne vaje. Pripovedovanje/ naracija se nadaljuje ali pa se deli ponovijo.**
- **Izzvenevanje (distanciranje): po nasvetu se obremenilni občutek povrne. »Prosim, sprostite se, raztegnite se, pretegnite se, izklopite se!« Iz »ekscentrične pozicije« se proces opazuje in ocenjuje.**
- **Ponoven potek, sedaj z občutkom sproščenosti in low-level stimulacijo na hrbtu: Pri končnem uravnavanju se doziranje ojača, da se pride potem v zamenjavo čustev.**
- **Preusmerjanje (shifting): Vadimo, da se ponovno znebimo obremenilnega občutja (shifting) in ponovno aktivno prikličemo občutek sproščenosti in ugodja, vzdušje prijaznosti, zadovoljnosti itd. Vsakokrat si »nadenemo« ustrezno mimiko. Ker ta gibalna informacija /movement produced information omogoča tudi psihološki preklon (Damasio 1997; Döring-Seipel 1998), ki ga neposredno kontroliramo na podlagi mišičnega tonusa obrazne mimike.**

Poseben pomen pri tem delu ima sidranje občutka radovednosti, priklic občutkov radovednosti in interesa tako, da si nadenemo »mimiko radovednosti« (dvig obrvi, gubanje čela, oči široko odprte) z vzravnano držo, posvečanjem, gibalnim impulzom odhajanja. Kadarkoli namreč pridejo na dan strahovi in nelagodje, je lahko dobro zasidran odziv radovednosti, ki ga lahko prikličemo, mogočno nasprotovanje, spremljajo ga misli radovednosti: »Je to zanimivo, kar se tu dogaja. To si moram ogledati itd.« Istočasno omogoča distancirano pozicijo, ki ni brez afektov, ampak angažirana distanca, ekscentričnost

v kontaktu (s samim seboj, drug z drugim, z okolico, s travmatskimi spominskimi vsebinami itd.). Ravno za obvladovanje PTSD simptomov v vsakdanjiku je to koristna osnova, ki jo lahko podpremo še z zamenjavo položaja, gibanjem ali distraktorji oz. distrakcijskimi dejanji (»To si moram zapisati!«) ali z mikrostretchingom in relaksacijskim dihanjem.

Na tem ozadju lahko potem, v kolikor je zaželeno ali v procesu terapije kot nujno oblikovano, delamo z »indirektno« ali »zmerno« ekspozicijo, t.j. v »aktiviranih strukturah«, da ohranjamo nizko raven stresne in imunske obremenitve. V stanju občutka spokojnosti govorimo o travmatskih izkušnjah v naravnem, zainteresiranem pogovoru, ki nima nič skupnega s standardnimi narativami v behavioralnih ali konfrontacijskih tehnikah, ampak poteka v veliko bolj narativnem ozračju, ki označuje dobre »pripovedne skupnosti« (Petzold 2001b, Petzold, Müller 2004, Petzold, Josić 2004). Po takšnih »zmernih ekspozicijah« izvedemo še kratek, intenzivni **IDR**, tako da pacient konča delo v uravnoteženi, sproščeni napetosti, dobrem izodinamičnem stanju.

Travmatski dogodki so večplastni in potrebujejo, kjer obstaja indikacija za ekspozicije, večkratne **sestanke zmerne ekspozicije**. Ker smo, kot je bilo že na začetku izvajano, z debriefingi na fiziološki ravni ugotovili znake preobremenjenosti (Griffits, Watts 1992; Rose, Bisson 1998), moramo za neoporečen dokaz te učinke pod perspektivo »patient security« najprej pripisati ekspozicijskim tehnikam. Pri tukaj uporabljeni metodiki **zmerne ekspozicije** z istočasno uporabljeno low-level stimulacijo ali counterbalancing je vsekakor pri dobri zgodnji diagnostiki z ozirom na morebitne obstoječe ranljivosti treba prej kategorizirati nevarnost preobremenitve in ponovnega travmatiziranja z možnimi imunološkimi posledicami, ker se s tem postopkom izognemo stanju močnega razburjenja. Veliko bolj se na optimalen način okrepi regulacijska kompetenca in regulacijska performanca.

7. Zaključne opombe

Mnoge principe, ki učinkujejo v **IDR-T**, najdemo na nespecifičen način tudi v splošni fokalni tehniki integrativne terapije. Dobri rezultati so se pokazali v obravnavi PTSD pacientov v empirični raziskavi (N = 27, Petzold, Wolf et al. 2000, 543ff). Metode kot **IDR-T** morajo biti vgrajene v konceptijski sklop ukrepov, da dobimo dolgotrajen učinek.

V tem tekstu je, tako upam, postalo jasno, da v travma terapevtskem delu, posebno z žrtvami katastrof, ki jih je povzročil človek, ne delamo tako, da bi ponudili metodo psihoterapije ali telesne terapije in jo uporabili. Ampak gre za optimalen »skupen program pomoči«, v katerem so povezane različne ravni in metode intervencije, tako da si lahko človek ponovno pridobi številne regulacijske kompetence in regulacijske performace v svojem celotnem sistemu v prostoru in zunaj: na biološko fiziološkem sistemskem nivoju, na emocionalnem, volitivnem in motivacijskem sistemskem nivoju, kognitivnem in socialno komunikativnem sistemskem nivoju.

Če na to pozabimo in se osredotočimo samo na zmanjšanje ICD/ DSM relevantnih simptomov (npr. intruzivne misli, čustva) v ozko posegajoči klinični konceptiji obravnave, ne da bi deloma upoštevali katastrofalno življenjsko situacijo ali izgubo vrednot in smisla življenja, človek ni kos kompleksnosti travmatskega dogajanja in travmatske obremenitve in obstaja nevarnost, da prizadetemu ne ponudimo zatočišča, tolažbe, pozornega, ljubeznivega odnosa (= gr. κλίνειν, klinein) in s tem nazadnje nobene dolgotrajne pomoči. To pa naj bi bila naša osnovna želja pri delu s travma pacientkami in žrtvami ter preživelimi v travmatičnih katastrofah.

POVZETEK:

INTEGRATIVNA TRAVMA TERAPIJA IN "TOLAŽBA" – neeksponiran, leibterapevtičen in na smisel življenja orientiran začetek obravnave z zavedanjem tveganja.

Delo predstavlja celovit in diferenciran model »integrativne travmatske terapije«, ki povezuje psihoterapevtske, leibterapevtske (npr. specifične metode relaksacije, IDR), socio in mrežno terapevtske in čutno orientirane osnove v obravnavi akutnih in posttravmatskih obremenitev. Osnove tvorijo nevrobiološke koncepte k travma fiziologiji, kot je travmafiziologija »amigdaloidnega hiper vzbujenja (hyperarousal)« in »centralnega sindroma adaptacije«. Strategija je izogniti se stanju razburjenja (kindling), hipervzbujenju in s tem ponovnemu travmatiziranju, kot obstaja pri mnogih postopkih ekspozicije v PTBS obravnavi, ali ga ublažiti (quenching) z metodami psihofiziološke pomiritve oz. ublažitve iz območja psiho - in nevromotorike, kjer pridemo do čustvene predelave s pomočjo »feedbacka« iz obrazne mišične mase, »z gibanjem dobljena informacija«, mogoče z mimiko prijaznosti ali mimiko radovednosti do čustvene preusmeritve. Kjer si moramo na željo pacienta ogledati travmatske dogodke, se to opravi s skrbno pripravljenimi, kombiniranimi sprostitveno terapevtskimi »bottom-up-« in »top-down metodami«, ki omogočajo zmerne ekspozicije brez veliko tveganja. Vračanje na antične modele »filozofske terapije« (Seneca, Epiktet), ki dajejo »tolažbi« in »tolaženju« (kar je bilo do sedaj v moderni psihoterapiji popolnoma zanemarjeno) več poudarka kot katarzičnemu žalovanju, tolaženju s psihofiziološkimi učinki tešenja in pomirjevanja, postane jedrni element integrativne terapije in profilakse zagrenjenosti. Delo, ki se nanaša na vprašanja o smislu življenja in osebnih vrednostnih sistemov na podlagi izdelanega koncepta »klinične filozofije« zaokroži kompleksen in zahteven model integrativne terapije, ki je vedno povezana z angažiranim stališčem postaviti se za pravice žrtev.

KLJUČNE BESEDE: integrativna travma terapija, psihofiziologija PTSD- ja, dušenje prevelike vzbujenosti, integrativna in diferencialna sprostitvev (relaksacija), zmerne ekspozicije, profilaksa zagrenjenosti, klinična filozofija, na pomen orientirana filozofska terapija.