Univerza v Ljubljani

Fakulteta za socialno delo

Brina Paj

Socialno delo, travme in telo

Diplomsko delo

Ljubljana, 2018

PODATKI O DIPLOMSKI NALOGI

Ime in priimek: **Brina Paj**
Naslov diplomske naloge: **Socialno delo, travme in telo**
Mentorica: **doc. dr. Nina Mešl**
Kraj: **Ljubljana**
Leto: **2018**
Št. strani: 85 Št. prilog: 1 Št. tabel: 2 Št. slik: 1

Ključne besede: razumevanje travme; razumevanje telesa; polivagalna teorija; pristopi, ki vključujejo delo s telesom; somatsko doživljanje; čuječnost; EMDR metoda; joga, prilagojena osebam s travmatično izkušnjo; TRE

POVZETEK

Socialne delavke in socialni delavci se v svoji stroki pogosto srečujemo z ljudmi, ki so v svojem življenju doživeli travmatično izkušnjo ali več travmatičnih izkušenj. Pri spoznavanju področja dela s travami sem spoznala, da so se pojavile nove smernice za nudenje pomoči in podpore, ki so poudarile pomembnost dela s telesom. V prvem delu diplomske naloge predstavim teorije, ki se navezujejo na razumevanje travm, in opišem zgodovino njihovega raziskovanja. Teoretični del diplomske naloge vključuje najpogostejše pokazatelje, po katerih lahko travmo prepoznamo, in poglavje, v katerem raziskujem povezanost travme in telesa. V diplomski nalogi se posvetim tudi povezanosti socialnega dela in travm ter predstavim pristope, ki vključujejo delo s telesom. Pristopi, ki sem jih vključila v diplomsko nalogo, so somatsko doživljanje, EMDR metoda, čuječnost, travmam prilagojena joga in TRE. Drugi del diplomske naloge vsebuje kvalitativno analizo, na podlagi katere sem ugotavljala razumevanje travm socialnih delavk in delavcev ter strokovnjakov in strokovnjakinj, ki v proces pomoči in podpore vključujejo delo s telesom. Odkrivala sem, kako intervjuvanke travmo prepoznajo, katere so njihove temeljne naloge in izzivi na področju dela s travmami, kako razumejo pomembnost telesa pri okrevanju in na kakšne način ga vključijo v proces pomoči. Raziskovala sem tudi njihovo znanje in metode, ki jih uporabljajo pri delu s travmami.

Title: Social work, trauma and the body

Key words: understanding trauma; understanding the body; polyvagal theory; body-based approaches; somatic experience; mindfulness; EMDR; trauma sensitive yoga; TRE

ABSTRACT

Social workers often meet people, who have experienced one or more traumatic events in their lives. While exploring the field of working with trauma I learned that new guidelines for help and support have appeared. The guidelines emphasize the importance of working with the body. In the first part of my thesis, I present theories that apply to understanding trauma and describe their research history. The theoretical part of the thesis also includes the most frequent indicators, by which trauma can be recognized, and a chapter that explains the connection between trauma and the body. In the thesis, I also write about the connection between social work and trauma and present the approaches that include working with the body. The approaches I included in this thesis are the Somatic Experience, EMDR, Mindfulness, Trauma sensitive yoga, and TRE. The second part of the thesis contains the qualitative analysis. This analysis was the basis for finding out how trauma is understood by social workers and experts who include somatic approaches in their work with people who experienced trauma. I explored how the interviewees identify trauma, what are their foundational tasks and challenges, how they understand the importance of the body during the regeneration after a traumatic experience, and how they include the body in the process of help. I also researched their knowledge and methods, used at their work.

Univerza v Ljubljani

Fakulteta za socialno delo

Brina Paj

Socialno delo, travme in telo

Diplomsko delo

Mentorica: doc. dr. Nina Mešl

Ljubljana, 2018

Predgovor

V Sloveniji je bilo o travmah napisanega že kar nekaj, saj so te že več desetletji predmet raziskovanj številnih strok. Travma je dejstvo življenja že od začetka naše človeške zgodovine in do danes ostaja pojav, ki lahko prizadene vsakogar. Je realnost mnogih ljudi, ki se vsakodnevno spopadajo s posledicami travmatične izkušnje. Ta je za posameznika tako intenzivna, da prizadene razum in telo ter vpliva na delovanje psihofizičnega sistema še dolgo po tem, ko nevarnosti ni več. K izbiri teme diplomske naloge so prispevale nove ugotovitve številnih strok, kot so nevroznanost, fiziologija, biologija in psihologija, s pomočjo katerih smo se približali podrobnejšemu razumevanju vpliva travme na posameznika. Izkazalo se je, da travma zaznamuje delovanje telesa in da je telo pomemben element v procesu pomoči in podpore osebam s travmatično izkušnjo (Levine in Frederick, 1997, Levine, 2010, Van der Kolk, 2014, Ogden, 2006). Socialne delavke in socialni delavci nemalokrat sodelujemo z ljudmi, ki so v življenju doživeli travmatično izkušnjo, zato moramo biti usposobljeni za delo s travmami. Sposobni moramo biti prepoznati posledice travme, razumeti uporabnikovo realnost po travmatični izkušnji, nuditi ustrezno pomoč in podporo ter se zavedati nevarnosti retravmatizacije. V diplomski nalogi sem se osredotočila na raziskovanje povezanosti travme in telesa. Namen diplomske naloge je ugotoviti, kako socialne delavke in socialni delavci razumejo travme in delo s telesom, ki se je izkazalo kot nujno potrebno za celostno okrevanje posameznika po travmatični izkušnji. Njihovo razumevanje tematike ter nudenje procesa pomoči in podpore bom primerjala s strokovnjakinjami, ki pri svojem delu uporabljajo pristope, ki vključujejo delo s telesom. Ugotavljala bom, katere so skupne točke ter razlike in na katerih področjih dela s travmami smo socialne delavke in delavci kompetentni, kje pa imamo še odprt prostor za dopolnitev znanja in izboljšave pri nudenju pomoči in podpore osebam po travmatični izkušnji.

Kazalo

Kazalo slik **8**

1 Teoretični uvod **1**

1.1 Travme **1**

1.1.1 Opredelitev travm 1

1.1.2 Zgodovina travm 4

1.1.3 Najpogostejši odzivi na travmatično izkušnjo in njeni pokazatelji 8

1.1.3.1 Najpogostejši odzivi na nevarnost 8

1.1.3.2 Dejavniki, ki vplivajo na odziv in razvoj travme 11

1.1.3.3 Najpogostejši pokazatelji travm 12

1.1.4 Travme in telo 18

1.1.4.1 Polivagalna teorija – Stephen Porges 20

1.2 Socialno delo in travme **22**

1.3 Pristopi, ki vključujejo delo s telesom **25**

1.3.1 Somatsko doživljanje – Peter Levine 25

1.1.1 EMDR – Francine Shapiro 28

1.3.2 Čuječnost 33

1.3.3 Travmam prilagojena joga – David Emerson, Elizabeth Hopper 37

1.3.4 TRE – David Berceli 41

2 Problem **45**

3 Metodologija **47**

3.1 Vrsta raziskave **47**

3.2 Merski instrument in viri podatkov **47**

3.3 Populacija in vzorčenje **48**

3.4 Zbiranje podatkov **50**

3.5 Obdelava in analiza podatkov **50**

4 Rezultati **53**

4.1 Razumevanje travm socialnih delavk in terapevtk telesno usmerjenih pristopov **53**

4.1.1 Katere pokazatelje travm prepoznajo socialne delavke in terapevtke telesno usmerjenih pristopov? 54

4.2 Proces pomoči in podpre, ki ga osebam s travmatično izkušnjo nudijo socialne delavke in terapevtke telesno usmerjenih pristopov **57**

4.3 Razumevanje dela s telesom v procesu pomoči in podpore **62**

4.4 Metode in znanja za delo s travmami **63**

5 Razprava **67**

6 Sklepi **77**

7 Predlogi **79**

8 Uporabljena literatura **80**

9 Priloge **85**

9.1 Smernice za intervju **85**

Kazalo slik

Slika 1: Krog strahu oziroma nepremičnosti (Levine, 2010*, str.* 70) 9

Kazalo tabel

Tabela 1: Značilnosti vzorca..... 48
Tabela 2: Razporeditev izjav v tabelo in odprto kodiranje..... 51

1 Teoretični uvod

1.1 Travme

1.1.1 Opredelitev travm

Travmatične izkušnje so dejstvo življenja, ki ne izbira in lahko prizadene vsakogar. Socialne delavke[1] se pri svojem delu nenehno srečujemo z ljudmi, ki v težkih trenutkih svojega življenja iščejo pomoč in podporo. Ne malokrat njihova stiska izvira iz travmatične izkušnje, ki jo uporabnik izpostavi že pri definiranju problema ali pa se ta razkrije kasneje v procesu pomoči ter podpore in lahko prispeva številne težave, s katerimi se oseba spopada. Socialne delavke moramo biti sposobne prepoznati najpogostejše pokazatelje travm in soustvariti izviren delovni projekt pomoči, ki upošteva tudi potrebe oseb s travmatično izkušnjo.

Travmo ustvarijo dejavniki, ki so povezani s hudim stresom. Arambašić (2000, str. 15) stres opredeljuje kot sklop telesnih, miselnih, čustvenih in vedenjskih reakcij. Gre za stanje, v katerem oseba doživlja zahteve iz okolice kot preobremenjujoče za učinkovito soočanje. Tudi Looker in Gregson (1993, str. 31) menita, da je stres nesorazmerje med dojemanjem zahtev in oceno lastnih sposobnosti za obvladovanje okoliščin. Dernovšek, Tavčar idr. (2006, str. 2) pravijo, da na doživljanje zahtev kot preobremenjujočih vplivajo številni dejavniki. Ti so posameznikova osebnost, lastne izkušnje, energetska opremljenost, okoliščine, v katerih se reakcija na stres pojavi, posameznikovo širše ter ožje okolje, življenjska naravnanost ter trdnost in kakovost medosebnih odnosov.

Stres se od travmatične izkušnje najbolj razlikuje po tem, da je lahko koristen, do določene mere še obvladljiv, časovno omejen in razrešljiv. Človeški organizem lahko po stresni situaciji ponovno vzpostavi ravnovesje in deluje enako učinkovito kot pred stresno situacijo. Po travmatični izkušnji pa se v organizmu pojavi neravnovesje, ki prepreči učinkovito in uglašeno delovanje človeškega organizma.

Številni avtorji (Arambašič, Mikuš-Kos, Slodnjak idr.) pri razlikovanju med stresnim in travmatičnim dogodkom izhajajo iz narave in intenzitete samega dogodka. Arambašić

[1] V nadaljevanju bom uporabljala izraz socialne delavke, saj pri raziskavi ni sodeloval noben sociali delavec, intervjuje pa sem opravila s socialnimi delavkami. Izraz se nanaša tako na socialne delavke kot tudi na socialne delavce.

(2000, str. 24-31) travmatične dogodke opisuje kot redke, nepričakovane in nenadne. Avtorica pojasni, da reakcija na travmatični dogodek ni odvisna od posameznikove kognitivne ocene kot pri stresu, saj je vsebina in teža travmatičnega dogodka tako močna, da prizadene vsakogar. Odziv vključuje strah, grozo, nemoč, je neizogiben in sega izven področja vsakdanjega človeškega doživljanja. Odziv povzroči neravnovesje, ki v človeškem organizmu sproži spremembe na čustveni, kognitivni, fizični in vedenjski ravni. Ko je ravnovesje ponovno vzpostavljeno, je to novo in drugačno od ravnovesja pred travmatičnim dogodkom. Pri definiciji avtorice Arambašić (*ibid.*) je pomembno, da ostanemo kritični, saj avtorica ne upošteva dogodkov, ki niso redki, so celo pogosti in vsakdanji, vendar prav tako travmatični (ločitev staršev, prometne nesreč itd.). Ustreznejša je definicija Carlsona in Dalenberga. Avtorja (2000, v Cvetek 2009, str. 13) pravita, da je travmatičen dogodek lahko katerikoli dogodek, ki ga ni mogoče nadzorovati, je ekstremno negativen in nepredvidljiv ali nenaden.

Številne definicije travme temeljijo na travmatičnem dogodku. Vzrok za to bi lahko pripisali diagnostičnemu statističnemu priročniku duševnih motenj [angl. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*] (v nadaljevanju DSM), saj je v njegovih izdajah zapisana uradna definicija travm glede na značilnosti travmatičnega dogodka in glede na post travmatično stresno motnjo (v nadaljevanju PTSM) [angl. *posttraumatic stress disorder*]. DSM-5 priznava PTSM, kadar je oseba izpostavljena dejanski ali grozeči smrti, resni poškodbi ali spolnemu nasilju. Kriteriji zahtevajo, da oseba neposredno izkusi travmatičen dogodek, mu je priča ali pa izve za travmatično izkušnjo, ki jo je doživel bližnji družinski član ali prijatelj in ta vključuje namerno nasilje ali nenadno smrt. Zadnji kriterij se nanaša na neposredno ponavljajočo se izkušnjo ali ekstremno izpostavljenost neprijetnim podrobnostim travmatičnega dogodka (DSM-5, 2013, str. 271–274). Levin (2010) pravi, da je uradna definicija zavajajoča in nejasna, saj je težko določiti, kaj točno spada med običajne življenjske izkušnje in kateri dogodki so stresni za vsakega posameznika. Avtor (Levine in Frederick, 1997, str. 24.) pojasni, da lahko definicijo uporabimo zgolj za izhodišče. Cvetek (2009, str. 13–14) pojasni, da se je zaradi relativno ozke definicije med sodobnimi pogledi na travmo izoblikovalo prepričanje o travmah z velikim T (tiste, ki ustrezajo kriterijem iz DSM-V) in travmah z malim t (tiste, ki ne ustrezajo predpisanim kriterijem, vendar povzročijo enako hude ali še hujše posledice kot travme z velikim T). Terr (1990, v Klinger-Perren, 2002, str. 10) razlikuje še travme tipa 1, med katere spadajo dogodki z jasnim začetkom in koncem (npr. naravne katastrofe), in travme tipa 2, ki nimajo jasnega konca (npr. ponavljajoče se nasilje).

Steele in Kuban (b. d., str. 4) travmo razumeta kot pojav, ki ni pogojen z dogodkom ali omenjenimi kriteriji. Pojasnita, da je bistvena posameznikova osebna izkušnja okoliščin, ki jih ne glede na dejanski dogodek dojema kot izjemno nevarne in življenjsko ogrožajoče. Posameznikova osebna izkušnja dogodka ob upoštevanju preteklih in sedanjih izkušenj je tista, ki določi, ali gre za travmatičen dogodek ali za travmo. Pri ugotavljanju, ali je oseba doživela travmatično izkušnjo, moramo izhajati iz posameznikovega osebnega doživljanja dogodka, samega sebe, interpretiranja okoliščin in dojemanja drugih ljudi (Steel, Kuban, 2011, str. 4–6). Tudi Cvetek (2009, str. 14–15) trdi, da je pri določanju PTSM potrebno upoštevati predvsem destruktivne posledice, ki nastopijo po travmatičnem dogodku. Pri tem pa opozarja, da je koncept travme opredeljen dokaj široko in da ga ne smemo opredeliti preširoko, saj bi tako izgubil svojevrstnost. Avtor pravi (op. cit., str. 15): "[Č]e je vse travma, potem ni nič travma."

Beseda travma naj bi izvirala iz grškega izraza (trauma), ki predstavlja rano ali telesno poškodbo in je posledica zunanje sile. Danes jo razumemo kot psihično in fizično poškodbo, zaradi duševnega doživetja, na katero se posameznik ni ustrezno odzval ali pa mu je bil odziv onemogočen (Markham, 1999, str. 11). Tudi Levine (2010, str. 34) pravi, da je travma poškodba in ne motnja, na katero lahko le vplivamo, ne moremo pa je pozdraviti. Avtor pojasni, da je PTSM čustvena poškodba, po kateri je mogoče okrevati s pozornostjo in transformacijo v sodelujočem in obnovitvenem procesu.

Mikuš-Kos in Slodnjak (2001, str. 12–19) travmo definirata kot nepričakovano doživetje življenjsko ogrožajoče situacije, pri kateri se porušijo posameznikove sposobnosti obvladovanja in zmogljivosti, čemur sledi občutek popolne nemoči in brezupnosti. Ta spremeni posameznikovo podobo o svetu, ljudeh, življenju in lastni prihodnosti.

Johnson (2002, str. 14–16) travmo razume kot močno grožnjo, ki pri posamezniku preplavi vire obvladovanja in povzroči občutke hudega strahu, groze in nemoči. Avtorica (*ibid*.) posebej izpostavi občutek izgube, saj se osebe po travmatični izkušnji pogosto spopadajo z občutkom izgube samega sebe. Oseba spozna, da je po travmatični izkušnji drugačna, saj ji ta spodnese tla pod nogami, svet se obrne, premakne in je drugačen. Avtorica opozori tudi na obsežnost travme, saj ta ne prizadene le posameznika, temveč vpliva tudi na družino, prijatelje in ljudi znotraj posameznikove socialne mreže.

Lewis Herman (2010, str. 33–34) travmo razume kot izreden, a pogost pojav, ki se pojavi, kadar se oseba sooči z resno grožnjo smrti ali hudim nasiljem. Pravi, da gre za preplavljajočo silo, ki pusti osebo popolnoma nemočno in poruši njene vzpostavljene

sisteme prilagajanja, ki zagotovijo občutek nadzora, kontrole, povezanosti in bistva. Avtorica (*ibid*.) travme razlikuje glede na izvor. Kadar je travma posledica naravnih sil (naravnih nesreč), govorimo o katastrofah, kadar pa je travma posledica človeške sile (nasilja, zlorab, zanemarjanja), govorimo o grozotah.

Levine (2010, str. 15–20) pri razumevanju travme izhaja iz živalske narave in pojasni, da je odziv na travmatični dogodek nezavedna, nagonska reakcija, ki izvira iz našega najstarejšega dela možganov. V času travmatične izkušnje se znotraj telesa nakopiči močna energija, ki ni izpeljana v akcijo, saj se oseba ne more aktivno obvarovati. Energija se poveže z močnim občutkom strahu, groze in nemoči ter povzroči PTSM.

Van der Kolk (2014, str. 30, 52) travmo razume kot stanje možganov, uma in telesa po izpostavljenosti življenjski grožnji, ki vključuje brezupnost zaradi onemogočenega bega ali boja, zaradi ujetosti, negibnosti in nezmožnosti za akcijo oz. ubranitev pred nevarnostjo. Po travmatičnem dogodku oseba izkušnje ni sposobna integrirati kot dogodek iz preteklosti, saj svet doživlja skozi spremenjen živčni sistem.

Novejše definicije travm upoštevajo travmo kot izkušnjo in ne zgolj kot dogodek. Upoštevajo specifične okoliščine vsakega posameznika in se pri prepoznavanju PTSM osredotočijo na posameznikovo doživljanje travmatične izkušnje in destruktivne posledice, ki jih ta pusti za seboj.

1.1.2 Zgodovina travm

Skozi zgodovino je področje travm prebudilo zanimanje številnih raziskovalcev, ki so prispevali k njenemu boljšemu razumevanju. Razgibano zgodovino raziskovanja bom predstavila po Lewis Herman (2010), saj podrobno opiše temeljne značilnosti periodičnega pozabljanja, ponovnega spominjanja že odkritega in predstavi tri temeljna obdobja raziskovanja travm.

Periodično pozabljanje, ki je sprožilo kar tri obdobja raziskovanja travm, ni posledica pomanjkanja interesa, temveč ugotovitev, ki so družbo soočile s človeško ranljivostjo v odnosu do sočloveka in narave. Raziskovanje travm je napredovalo le, kadar je bilo podprto s strani političnih gibanj, ki so v ospredje postavila človekove pravice in premagala družbeno nagnjenost k zanikanju in pozabljanju. Prvo obdobje raziskovanja travm je preučevalo pojav histerije, drugo obdobje je prispevalo spoznanja na področju vojne nervoze, tretje obdobje pa je razkrilo prikrite spolne zlorabe in družinsko nasilje (Lewis Herman, 2010, str. 7–9).

Histerija je v 19. stoletju veljala za povsem splošen pojav nenavadne bolezni žensk, ki naj bi izvirala iz maternice in imela nepovezane, nerazumljive simptome. Danes bi lahko rekli, da je bila histerija, kot pravi Lewis Herman (*op.cit*., str. 10), "dramatična medicinska metafora, ki je zajemala vse, kar je bilo moškim nerazumljivo in neobvladljivo pri ženskah“. Francoski nevrolog Charcot je začel podrobneje raziskovati pojav histerije v drugi polovici 19. stoletja. Subjektom raziskovanja je v templju moderne znanosti zagotovil varnost in zaščito. Temi histerije je povrnil dostojanstvo, saj je sistematično in podrobno zapisoval njene simptome, popestril jih je tudi z risbami in fotografijami. Do leta 1880 mu je uspelo dokazati, da so simptomi histerije psihološke narave in da jih je možno namerno izzvati in podoživeti skozi hipnozo. Svoje ugotovitve je demonstriral na predavanjih, odprtih za javnost.

Njegovo raziskovanje sta nadaljevala Janet in Freud. Skušala sta odkriti vzrok histerije. Njuno raziskovanje ni temeljilo zgolj na opazovanju kot pri Charcotu, bila sta prepričana, da je za razumevanje histerije potreben pogovor. Ure in ure sta se pogovarjala in sodelovala z ženskami. Leta 1890 sta Janet v Franciji in Freud na Dunaju prišla do podobnih spoznaj. Ugotovila sta, da je histerija posledica pretekle psihološke travme in da izrazite čustvene reakcije na travmatično izkušnjo dosežejo spremenjeno stanje zavesti, ki nato sproži simptome histerije. Janet je spremenjeno stanje zavesti poimenovala disociacija, Freud in Breuer pa sta ta pojav poimenovala dvojna zavest. Njuna mnenja so si nasprotovala glede značilnosti pacientov, pri katerih se je pojavila disociacija oz. dvojna zavest. Janet je disociacijo povezala s šibkostjo in dovzetnostjo, Freud in Breuer pa sta bila prepričana, da se dvojna zavest lahko pojavi pri komurkoli. Kljub nasprotnemu mnenju sta Janet in Freud dokazala, da je dvojna zavest oz. disociacija posledica potlačenih spominov travmatične izkušnje iz preteklosti s posledicami, ki so simptomi histerije. Ugotovila sta tudi, da je pogovor o travmatični izkušnji blagodejno vplival na žrtve. Pristop s pogovorom, ki je zasnoval osnove moderne psihoterapije, je Freud poimenoval 'psihoanaliza', Janet pa 'psihološka analiza'.

Najustreznejše poimenovanje te metode je razvila ena izmed Breuerih sogovornic Anna O., ki jo je poimenovala 'zdravljenje s pogovorom' [*angl. talking cure*]. Skozi poglobljen pogovor in spominjanje je Freud kasneje prišel do ugotovitve, da je histerija pri ženskah povezana z izkušnjo zgodnjega spolnega nasilja, ki so ga povzročili družinski člani. Njegove ugotovitve so tako močno pretresle javnost, da je ostal brez politične podpore, svoje spoznanje pa je po enem letu ovrgel in se usmeril v razvojno psihologijo (*op.cit*., str. 10–14).

Naslednje obdobje raziskovanja travm je bilo usmerjeno k raziskovanju vojne nevroze. V času 1. svetovne vojne so bili vojaki izpostavljeni vsakodnevni življenjski ogroženosti, bili so tudi priča masovnemu pobijanju in izjemnemu nasilju. Vojaki so po prihodu domov množično doživljali hude simptome, ki so močno spominjali na histerijo žensk. Ti simptomi so vključevali kričanje, jok, vojaki so nenadno zmrznili, ohromeli, postali neodzivni in nemi. Spopadali so se tudi z izgubo spomina in otopelostjo. Sprva je bilo kritično stanje vojakov družbi prikrito, saj naj bi vojaki veljali za heroje, kasneje pa so njihove simptome le začeli raziskovati in jih skušali razumeti. Psiholog Myers je bil eden izmed prvih raziskovalcev simptomov, ki so jih doživljali vojaki. S skupno besedo jih je poimenoval "bombni šok" [*angl. shell shock*]. Pomembno je bilo njegovo odkritje, da so vojaki doživljali 'bombni šok' tudi takrat, kadar sami niso bili neposredno izpostavljeni eksplozijam. Za pojav vojne nervoze je bil dovolj že stres zaradi konstantne izpostavljenosti nasilni smrti vojnih kolegov ali nasprotnikov. Vojaki so bili zaradi hudih simptomov označeni kot moralni invalidi in strahopetci. Rivers, profesor fizike, nevrologije, psihologije in antropologije, je namesto zaničevanja vojakom pomagal s spoštljivim, dostojnim odnosom in jih spodbujal, da spregovorijo o grozotah, ki so jih doživeli med vojno. Njegov cilj zdravljenja je bil, da se vojaki čimprej vrnejo v spopade. Razvil je dve pomembni načeli. Vojaki ne glede na pogum podležejo preobremenjenosti zaradi strahu in najučinkovitejša motivacija za premagovanje strahu je ljubezen do vojnih kolegov, torej zavezništvo in ne domoljubnost. Psihiater Kardiner je razvil klinične smernice travmatskih sindromov, ki jih danes poznamo kot PTSM. Bil je prvi, ki je prepoznal, da je vojna nervoza ena izmed oblik histerije, in opozoril na periodično pozabljanje, ki je bilo značilno za raziskovanje psiholoških travm. Poudaril je tudi neprimernost izraza histerija, saj je ta označeval perverznost in hudobnost *(op.cit.,* str. 20–25*).*

V času raziskovanja je Kardiner opozarjal, da travma ni samo v glavi, kot so takrat verjeli. Ugotovil je, da imajo simptomi fiziološko podlago, in že takrat razumel, da izvirajo iz odziva celotnega telesa na travmatičen dogodek (Van der Kolk, 2014, str. 11). Konec 2. svetovne vojne je ponovno prebudil interes za raziskovanje vojne nervoze. Ameriški psihiatri so prišli do enakega spoznanja kot Rivers in tudi Kardiner, da je pri spopadanju s posledicami ključnega pomena navezanost vojakov na lastno vojaško enoto, vojake in vodjo enote. Tudi vietnamska vojna je bila ena izmed tistih, ki je prebudila interes raziskovanja travm. Pobuda je prišla s strani vojakov samih. Ti so oblikovali skupine in centre za samopomoč ter svetovanje. Dokazali so povezanost med PTSM in življenjsko

izpostavljenostjo v času vojne. Psihološka travma je končno začela veljati za dolgoročno posledico vojne. Prvič v zgodovini so simptomi psihološke travme uradno postali diagnoza, ki je bila zapisana v DSM kot nova kategorija, imenovana PTSM (Lewis-Herman, 2010, str. 25–28).

Tretje raziskovano obdobje so v poznem 19. stoletju zaznamovale travme spolne narave. V času raziskovanja so bile spolne zlorabe in družinsko nasilje povsem rutinski, a prikrit del življenja žensk kljub družbenemu prepričanju, da gre za redek pojav. Prvi, ki je naletel na spoznanja o takšnem krutem dogajanju, je bil že Freud, vendar družba tega ni bila pripravljena sprejeti in Freud je svoje ugotovitve kasneje zanikal. V času ženskega osvobodilnega gibanja leta 1970 je družba končno sprejela dejstvo, da doživljajo PTSM ženske v svojem vsakdanjem življenju in ne le moški, ki so se borili v vojnah. Za mnoge ženske in otroke se je "vojna" odvijala v domačem okolju. To spoznanje je v javnost prišlo pozno zaradi prikritosti in stigmatizacije žensk, ki so spregovorile o spolnih zlorabah in nasilju znotraj družinskega življenja. Kljub težavnosti so ženske s pomočjo varnih skupin začele opozarjati družbo na nedopustno ravnanje z njimi. Varne skupine in feministično razumevanje spolnih zlorab se je zavzemalo za družbene spremembe in prispevalo h krepitvi moči žensk, njihovi podpori in kolektivni akciji. Leta 1971 je newyorško radikalno feministično gibanje organiziralo prvi javni govor na temo posilstva, sledile so tudi spremembe v zakonodaji, ki so bile v prid utišanim ženskam. Na pobudo ameriških ženskih gibanj so bile financirane ter izvedene številne raziskave na temo spolnih zlorab, ustanovljen pa je bil tudi center za raziskovanje spolnega nasilja znotraj nacionalnega inštituta za duševno zdravje. Prvič v zgodovini so ženske dobile možnost za raziskovanje strokovnih področji in niso bile več zgolj tema raziskovanja. Raziskovalke so spoštovale bližino do svojih pacientk. Kot v času raziskovanja histerije so daljši poglobljeni in osebni intervjuji postali temeljni vir znanja in strokovnega napredka. Feministke so dosegle, da je posilstvo, ki je bilo prej opredeljeno kot spolno dejanje, začelo veljati za nasilno kriminalno dejanje. Burgessova in Holmstronova sta opozorili, da gre pri spolnem nasilju za metodo političnega nadzora, ohranjanja podrejenosti žensk in da je posilstvo dejanje, ki se lahko konča s smrtnim izidom ali s simptomi PTSM. Fokus raziskovanja se je od posilstev na ulicah vse bolj usmerjal k posilstvom, ki so jih povzročili neznanci, nato znanci, osebe, s katerimi so ženske odšle na zmenek, nato še k posilstvom znotraj partnerskega odnosa in k ponovnemu razkritju spolnih zlorab otrok, na katere je opozoril Freud. Za pomoč in podporo žrtev posilstev in spolnih zlorab je bil odprt prvi krizni center, ki je nudil pravno, čustveno podporo, spremstvo in zagovorništvo. V poznem 20. stoletju si

je družba prizadevala za osvoboditev žensk od spolnega nasilja in nasilja v družini ter za preprečitev zlorabe otrok (Lewis-Herman 2010, str. 28-32). Na žalost se še danes borimo za enake cilje kot v 20. stoletju.

Zgodovina raziskovanja prikaže, kako kompleksna je travma ne samo za posameznika, temveč tudi za celotno družbo. Opozori nas, da se ljudje kljub jasnim dejstvom zatečemo k zanikanju in težko verjamemo, kako kruto je lahko življenje. Socialni delavci imamo pomembno nalogo pri ozaveščanju in preprečevanju stigmatizacije žrtev ter tudi pri opozarjanju na družbeno zanikanje te realnosti. Zavzemamo se za ustrezne spremembe zakonodaje, javnost spodbujamo k sočutju do žrtev in si prizadevamo, da bi imel vsak član družbe možnost varnega in dostojnega življenja.

1.1.3 Najpogostejši odzivi na travmatično izkušnjo in njeni pokazatelji

Kadar nas življenje sooči z nevarnostjo, se ljudje podzavestno odzovemo s strategijo preživetja. Ta je odvisna od številnih osebnih in zunanjih dejavnikov. Odziv za preživetje se zapiše v spomin telesa in je odgovoren za številne psihosomatske simptome. Ti lahko variirajo od posameznika do posameznika, nekateri pa so skupni številnim preživelim žrtvam travmatične izkušnje.

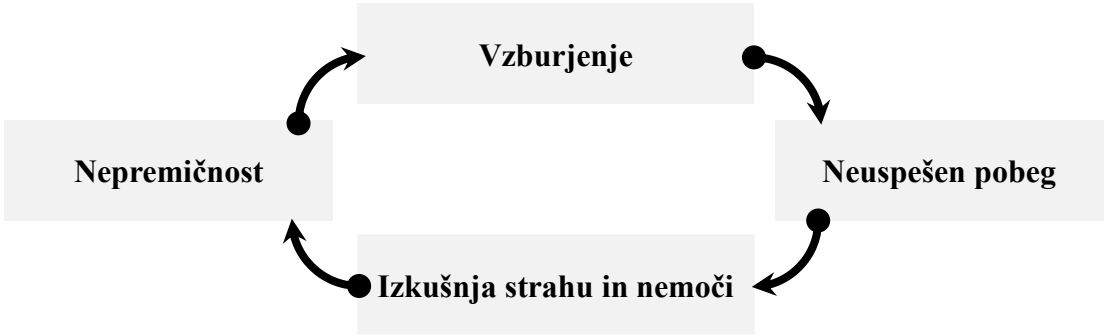
1.1.3.1 Najpogostejši odzivi na nevarnost

Prepoznavanje življenjske ogroženosti je obrambna naloga našega avtonomnega živčnega sistema. S čutili zaznamo in ločimo potencialno grožnjo od ostalih dražljajev iz okolja. Zaznava nevarnosti poteka skozi mišice in naše drobovje [*lat. viscera*] – organe trebušne in prsne votline. Napete mišice lahko podzavestno interpretiramo kot približevanje nevarnosti (Levine, 2010, str. 123–124). Sledi telesni odziv oz. akcija, s katero se želimo obvarovati. Prvotna in najbolj prepoznana odziva na nevarnost sta aktivna odziva – beg in boj. Manj prepoznan, a s travmo najbolj povezan pa je odziv nepremičnosti (Levine, 2010, str. 48).

Ogden (2006) pojasni, da se človek ob zaznani nevarnosti odzove z nagonskimi reakcijami uma in telesa. Nevarnost aktivira simpatični živčni sistem in posameznika aktivira za odziv bega, boja ali zamrznitve. Kadar je odziv na nevarnost uspešen, se vzburjenost uma in telesa zaključi, organizem pa se ponovno vrne v optimalno stanje. Avtorica (Cloitre, Stovall-McClough in Chemtob, 2004, Herman, 1995, Nemeroff, 2004,

van der Kolk idr., 1996 v Ogden, 2006, str. 8) pojasni, da problem nastane v primerih ekstremne ali dolgotrajne travmatične izkušnje in pri neučinkovitosti odzivov, saj oseba ne more zaključiti odziva na nevarnost in ostane ujeta v prekomerni psihofizični vznemirjenosti.

Levine (2010, str. 48–49) reakcijo na nevarnost podrobneje predstavi skozi akronim "A in štirje F-ji". Prvi prirojen odziv je kratkotrajno obmirovanje [*angl. arrest*], ki ga spremljata povečana budnost in skeniranje okolice. Sledi beg [*angl. flight*]. V primeru, da ta ni mogoč, pride do odziva z bojem [*angl. fight*]. Kadar tudi boj ne zagotovi preživetja, se ljudje odzovemo z nepremičnostjo [*angl. freeze*]. Na koncu sledita popolna obupanost in predaja [*angl. fold*] s fizičnim in psihičnim zlomom. Avtor pojasni, da se travma pojavi, kadar se ljudje ne moremo aktivno odzvati in smo intenzivno prestrašeni ter fizično pridržani. Takrat ostanemo negibni v stanju paralize, nemoči, naš človeški organizem ni več sposoben delovati. Intenziven strah se nato poveže z občutkom groze in smrt se zdi neizbežna. Mišice, ki so bile prej močno napete, v tem stanju ne delujejo in dajejo občutek, da v njih ni več moči. Kadar postane odziv nepremičnosti kroničen, govorimo o travmi. Njeno jedro gradijo poraženost, prenehanje delovanja človeškega organizma in izguba volje do življenja (Levine, 2010, str. 48–49).



Slika 1: Krog strahu oziroma nepremičnosti (Levine, 2010, str. 70)

Človeški organizem se z nepremičnostjo odzove, kadar se zdi smrt neizbežna ter tudi pri doživljanja intenzivnega in neprekinjenega stresa, hude bolezni ali poškodbe (Levine, 2010, str. 105). Etnologi biološki odziv nepremičnosti poimenujejo tonična nepremičnost [*angl. tonic immobility*] (Levine, 2010, str. 23). Takšen odziv je skupen živalim in ljudem, saj si delimo številne podobnosti v anatomiji, fiziologiji in vedenju. Ljudje in ostali sesalci imamo enak del možganov, ki je odgovoren za zagotavljanje preživetja, zato se na nevarnost odzovemo enako (Levine, 2010, str. 27). Odziv nepremičnosti pa naj bi bil časovno omejen pri vseh živih bitjih, vendar ljudje za razliko od živali v njem obtičimo

(Levine, 2010, str. 24). Zaradi modernega načina življenja smo se namreč odtujili od prirojene sposobnosti samoregulacije in zaključitve odziva nepremičnosti. Ko je prvotna nevarnost že mimo, naše telo še vedno ostaja v stanju pripravljenosti (Levine, 2010, str. 23). Van der Kolk (2014, str. 30) pravi, da izkušnja nemoči, brezupnosti in nepremičnosti preprečuje, da bi se stresni hormoni uporabili za akcijo. Oseba ima v telesu povišane količine stresnih hormonov, ki s časoma škodujejo telesu. Levine (2010, str. 17) pravi, da travmatizirana oseba živi s pomanjkanjem občutka, da je OK/v redu [*angl. OK-ness*], in brez občutka pripadnosti. Stresni hormoni in konstantno zaznavanje nevarnosti povzročita, da nepremičnost postane kronični odziv, kar pomeni, da se oseba odzove z nepremičnostjo tudi v primerih, ki so za netravmatizirane osebe samo neprijetni, vsakdanji in vzburljivi. Namesto da bi se oseba odzvala z nepremičnostjo kot z zadnjo možnostjo za preživetje, ta postane primarni odziv na številne okoliščine, ki sprožijo občutek močnejše vzburjenosti (Levine, 2010, str. 24). Tako se nepremičnost ohranja znotraj posameznika, občutki paralize pa osebo držijo v pesti in jo porazijo. Takšnim občutkom se ljudje skušamo izogniti ali jih zatreti, kar nudi zgolj kratkoročno rešitev, dolgoročno pa je strategija izogibanja izjemno kontraproduktivna, saj je soočanje vse težje (Levine, 2010, str. 68).

Notranji občutki, ki se pojavijo po travmatični izkušnji kot del PTSM, so za človeka tako strašljivi, da so sami po sebi grožnja, ki izvira iz prebavil, pljuč, srca in drugih organov. To povzroči povsem enake učinke na naše drobovje kot prvotna travmatična izkušnja. Pogosto se ne zavedamo, da lahko občutek nevarnosti izvira iz notranjosti našega telesa, zato nevarnost projektiramo navzven in zunanji svet dojamemo kot vzrok za svojo notranjo stisko (Levine, 2010, str. 131). Skušamo razumeti izvor svoje stiske in sami poiščemo razlog, s katerim si naše stanje lahko racionaliziramo (Levine, 2010, str. 183).

Van der Kolk (2014, str. 53) pojasni, da ljudje po travmatični izkušnji svet doživljamo skozi spremenjen živčni sistem. Sposobnost za spontanost in aktivno angažiranost v življenju je oslabljena ali celo onemogočena. Levine (2010, str. 105) pravi, da človek ostane ujet v stanju, ki ga lahko razumemo kot vmesno točko, na kateri človek ni zares ne živ ne mrtev. Mobilizirana energija za zagotavljanje preživetja je od travmatične izkušnje dalje usmerjena k zatiranju notranjega telesnega stanja, kar zahteva izjemen trud in energijo. Posledice se kažejo skozi telesne simptome in avtoimuna obolenja (Van der Kolk, 2014, str. 53).

Čeprav je stanje nepremičnosti za človeka izjemno grozljivo in za seboj pusti hude posledice, pa omogoča številne funkcije preživetja. Gre za uprizoritev smrti, ki omogoči neopaznost. Je pasivno upiranje, ki zmanjšuje agresivnost in interes ter spominja na

zapuščenost. V skupini gre lahko za žrtvovanje, ki omogoči ostalim, da pobegnejo. Sproža tudi naravne analgetike, ki omogočijo, da sta ekstremna bolečina in teror psihično in fizično utišana (Levine, 2010, str. 49–50). Čeprav je nepremičnost povsem ustrezna strategija preživetja, jo ljudje pogosto interpretiramo kot pasivni odziv. Levine (2010, str. 59) pravi, da nepremičnost pripisujemo strahopetnosti in šibkosti, saj izgubimo nadzor nad svojim telesom. To običajno izzove občutke sramu in tvori kompleksnejše stanje PTSM.

Nepremičnost ni nujno neprijetna in dolgotrajna. Levine (2010, str. 40) pojasni, da lahko v stanje nepremičnosti vstopimo brez strahu in groze. Takrat je lahko povsem prijetna in vsakdanja (npr. pri orgazmu). Nepremičnost je travmatična, kadar se združi s strahom in nemočjo (Levine, 2010, str. 40). Ta dva dejavnika povzročita, da je daljša in da je prehod v aktivno stanje strašen ter pogosto tudi agresiven (Levine, 2010, str. 62). Pri okrevanju se je potrebno soočiti s strahom in doživeti nepremičnost v mirnem in varnem stanju, ki omogoči raziskovanje telesnih občutkov, čustev in misli (Levine, 2010, str. 68).

1.1.3.2 Dejavniki, ki vplivajo na odziv in razvoj travme

Vsak travmatičen dogodek spremljajo okoliščine, ki osebo obvarujejo pred hujšimi posledicami ali povzročijo večje tveganje za razvoj PTSM. Shalev (2000, v Cvetek, 2009, str. 30) trdi, da travmatični dogodek le sproži odziv, predhodni in kasnejši dejavniki pa na posameznika vplivajo v enakem obsegu kot sam dogodek.

Med dejavnike, ki posameznika zaščitijo oz. obvarujejo, spadajo uspešno obvladovanje preteklih preobremenjujočih izkušenj, trdna socialna podpora, razumevanje, skrb, hitra pomoč in širjenje informacij o možni pomoči ter višja izobrazba (Solarovič, 2005, str. 9).

Lewis Herman (2010, str. 57) pravi, da osebne karakteristike odigrajo manjšo vlogo pri spopadanju s situacijami, ki so za posameznika preobremenjujoče, vendar lahko do neke mere osebo obvarujejo. Med osebne varovalne dejavnike uvršča posameznikovo otroštvo, sposobnost prilagajanja in premišljene ter aktivne strategije spoprijemanja, dojemanje lastnih sposobnosti za vplivanje na lastno usodo, visoka moralna pričakovanja, izrazita družabnost in odraslost v času spopadanja s travmatično izkušnjo (Lewis, 2010, str. 57–60). Stahl (2017) omeni še sposobnost obvladovanja čustev in kognitivno fleksibilnost, pozitivno in optimistično naravnanost ter redno fizično aktivnost posameznika.

Doživljanje travmatične izkušnje lahko spremljajo tudi dejavniki, ki povečajo tveganje. Solarovič (2005, str. 7–9) pravi, da je pri ugotavljanju tveganja za razvoj travme oz. PTSM potrebno upoštevati intenzivnost, vrsto, trajanje travme in izrazitost prvega

odziva. Avtorica pojasni, da sta temeljna dejavnika tveganja travma v zgodnjem otroštvu in/ali težavno otroštvo. Mlajši kot so otroci, večja je možnost, da se bodo ob nevarnosti odzvali z nepremičnostjo. Težje je tudi osebam, ki niso uspele vzpostaviti trdne in varne navezanosti na starše ali skrbnike, saj to povzroči pomanjkanje občutka varnosti in povečuje tveganje za razvoj PTSM, sramu, disociacije in depresije. Avtorica k dejavnikom tveganja uvršča tudi spol in pojasni, da so ženske manj odporne na travmo, še posebej pri predhodni depresiji. Faktorji tveganja so pretirana občutljivost, pesimizem kot osebnostna lastnost, psihiatrične diagnoze v družini in pojav disociacije po travmatičnem dogodku. Obremenilni dejavniki so tudi dogodki spolne narave, dogodki, ki vključujejo žrtev, izdajo, in kadar človek nosi (zaznano ali resnično) odgovornost za travmatičen dogodek.

Avtorica (*ibid*.) omeni še dejavnike v okolju, ki poglobijo stresne odzive. Med te uvršča pomanjkanje psihosocialne pomoči in podpore, prisotnost stresorjev (mraza, utrujenosti, izgube itd.), zaplete na prizorišču, pomanjkanje potrebnih informacij in spremljanja v sledečih tednih. Situacijo otežujeta avtoritativen pristop pomoči in pomanjkanje možnosti za lastno odločanje.

1.1.3.3 Najpogostejši pokazatelji travm

Nevarnost je relativna, posledice enakih travmatičnih dogodkov pa se lahko od posameznika do posameznika razlikujejo. Odvisne so od odziva na travmatično izkušnjo in številnih dejavnikov, ki jo spremljajo. Kljub izjemni raznolikosti simptomov avtorji (Van der Kolk, Levine, Cvetek, Solarovič idr.) omenjajo tiste, ki so najpogostejši in skupni številnim preživelim žrtvam. Frei (1996, str. 34) pravi, da vsak posameznik po travmatični izkušnji kaže znake trpljenja in vsaj posredno išče pomoč, tudi kadar o svoji stiski ne govori direktno. Oseba oddaja signale in sporočila, ki jih lahko opazimo skozi posebnosti in spremembe v vedenju.

Simptomi travm so avtomatski odzivi na preteklo travmo, ki so izven našega nadzora in jih ne moremo preprečiti (Solarovič, 2005, str. 4). Levine (1997, str. 147–149) opozori na nenadne spremembe, kot so občutljivost na zvok in svetlobo, nenehno nihanje razpoloženja, pojav raznih fobij in zmanjšana sposobnost za spoprijemanje s stresom. Osebam lahko nevarne situacije postanejo celo privlačne, saj se takrat počutijo zares žive. Gostečnik (2008, str. 64) pojasni, da lahko travmatizirane osebe izgubijo nadzor nad svojimi impulzi in niso več sposobne nadzorovati lastnih agresivnih odzivov. Svet okoli sebe doživljajo kot izjemno sovražen in zastrahujoč. Zaradi travmatične izkušnje, ki

povzroči spremembe v možganih, oseba ni zmožna ločevati med mentalnimi predstavami v sedanjosti in spomini na podobna pretekla doživetja.

Bouwkamp (1996, str. 36) med simptome travm uvršča nekatere fiziološke spremembe, kot so nenehne bolečine v predelu trebuha, težave s hranjenjem (anoreksija, kompulzivno prenajedanje, bulimija), motnje spanja, težave z dihanjem in zajemanjem sape, hiperventilacija, krči in mravljinčaste roke, nenehni glavoboli, težave s sečili in podobno. Osebe se po travmatični izkušnji spopadajo z izgubo jaza. Izgubijo zaupanje vase in v svoje sposobnosti. Same sebe opisujejo kot ničvredne in pokvarjene, zaradi česar ne verjamejo, da bi jih kdo lahko imel resnično rad. Bain in Sanders (1996, str. 69) utemeljujeta, da so ti občutki tako močni, da izpodrinejo vsa druga prepričanja. Njihova samopodoba je poškodovana. Pogosto sebe niso zmožni ceniti in menijo, da si zaslužijo vse, kar se jim dogaja in jim povzroča hudo stisko. Frei (1996, str. 55) pojasni, da ima izkušnja travme izjemne rušilne učinke, zaradi katerih osebe izgubijo občutek lastne vrednosti, samospoštovanja in osebne identitete. Človek po travmatični izkušnji, ki povzroči tako hudo izgubo, kot je izguba samega sebe, ni nikoli več isti. Stvari, ki jih je počel prej, ne prinašajo več zadovoljstva, pojavi se čustvena otopelost, ki se lahko kaže kot depresija. Pojavi se želja po izogibanju, zatiranju doživljanja telesnih senzacij in nadzorovanju čustev (Cvetek, 2009, str. 22–23).

Travmatično izkušnjo še dolgo časa spremlja močna jeza. Glede na to, da v družbi še vedno velja za negativno in nezaželeno čustvo, se pogosto zgodi, da jo oseba ne more izraziti, čeprav je njena intenziteta izjemno močna. Takrat se jeza obrne navznoter in še dodatno vpliva na posameznikovo že poškodovano podobo (Bain in Sanders, 1996, str. 79). Osebe s travmatično izkušnjo govorijo tudi o hudi žalosti, vendar si pogosto ne morejo pojasniti, zakaj so tako žalostne, obupane in zakaj jokajo. V sebi čutijo praznino in se spopadajo s kronično utrujenostjo ter boleznimi, ki se pojavijo kot posledica depresivnih stanj (Bain in Sanders, 1996, str. 70). Travmatična izkušnja pri osebi skoraj vedno izzove neusmiljen občutek krivde. Ta se telesno izrazi skozi usločena ramena, upočasnjen srčni utrip, izogibanje očesnemu stiku, slabost in podobno. Doživljanje občutka krivde prispeva k pogostemu napačnemu razumevanju ljudi, da so si zaslužili, kar se jim je zgodilo. Krivda se najpogosteje pojavi pri žrtvah spolnih zlorab, še posebej tistih s storilcem znotraj družine, saj si žrtve ne morejo pojasniti, zakaj se jim zloraba dogaja in s čim so si jo "zaslužile". Tudi sram, ki se pojavi po travmatičnem dogodku, deluje izredno toksično in prispeva k občutku krivde, zaradi katerega oseba začne verjeti, da je sama kriva za svojo nesrečo. Doživljanje krivde se ukorenini v posameznika kot občutek pokvarjenosti in se

razširi na vsa področja življenja (Levine, 2010, str. 56–60).

Levine in Frederick (1997, str. 132–133) pojasnita, da simptome travm sestavljajo štirje elementi, ki se pojavijo skupaj, trajajo dalj časa in gradijo njeno jedro: hipervzburjenost [*angl. hyperarousal*], zakrčenost [*angl. constriction*], disociacija [*angl. disociation*] in nepremičnost [*angl. freezing*], povezana z občutkom nemoči. So temeljni indikatorji, ki skoraj zagotovo sporočajo, da je oseba doživela travmatično izkušnjo, in ustvarjajo podlago za razvoj sekundarnih simptomov.

Solarovič (2005, str. 4) pri posledicah travm poudari povečano telesno vzburjenost, ki se kaže pri težavah s spanjem, izbruhi besa in razdražljivostjo. Ta vpliva na zbranost in sproži pretirano plašljivost in opreznost za potencialno nevarnost. Simptomi telesne vzburjenosti povzročijo zmanjšanje apetita, libida in oslabijo imunski sistem. Pojavijo se tudi težave z želodcem, kardiovaskularni napor (dolgoročna obremenitev srca in ožilja) in izčrpanost.

Lewis Herman (2010, str. 35–36) hipervzburjenost opisuje kot stanje pripravljenosti, da se bo grožnja iz prvotne travmatične izkušnje v kateremkoli trenutku ponovno pojavila. Oseba se hitro preplaši in pretirano burno odziva na enostavnejše okoliščine. Tudi avtorica se sklicuje na to, da omenjene težave izvirajo iz kroničnega vzburjenja avtonomnega živčnega sistema.

Levine in Frederick (1996, str. 142–143) pravita, da lahko hipervzburjenost in nepremičnost najenostavneje razumemo kot nenehno dodajanje plina in zaviranje avtomobila hkrati. Neprestano se ustvarja nova energija za soočenje z nevarnostjo, medtem ko deluje zamrznitev kot močna zavora, ki onemogoči njen namen in njeno sprostitev. O travmi govorimo, kadar delujeta istočasno, saj je stanje za človeški organizem preobremenjujoče in povzroči njegov "izkop". Posledice se kažejo skozi pospešeno dihanje, nemirnost, dirjajoče misli, lahko tudi napade tesnobnosti in panike (Levine in Frederick, 1997, str. 132).

Ostali trije elementi (zakrčenost, disociacija in zamrznitev), ki jih predstavljata Levine in Frederick (1997), služijo za zaščito organizma in nas varujejo pred notranjo ali zunanjo grožnjo. Elementi postanejo problematični, kadar delujejo kot kratkotrajne rešitve za nakopičeno in nesproščeno energijo v telesu (Levine in Frederick, 1997, str. 134).

Hipervzburjenosti običajno sledita zakrčenost telesa in spremenjena sposobnost zaznavanja. Spremenijo se dihanje, mišična prožnost in telesna drža. Žile, okončine in drobovje so zakrčeni, da je mišicam na voljo čim več krvi za močno napetost in pripravljenost na obrambo pred zaznano nevarnostjo. Hipervzburjenost in zakrčenost med

seboj sodelujeta, njun namen pa je poskus zaključitve odziva oz. akcije, ki je bila onemogočena. Zaključek odziva še naprej ostaja nerazrešen in povzroča dodatno kopičenje energije. Ta ogroža človeški organizem, saj prispeva k ohranjanju zakrčenosti in drugih simptomov. Posledično prispeva tudi k razvoju disociacije in zamrznitve (Levine in Frederick, 1997, str. 135–136).

Disociacija je eden izmed klasičnih, subtilnih simptomov travme in ostaja najskrivnostnejša. Njen namen je, da nas ščiti pred učinki stopnjujočega razburjenja in soočanja z bolečino smrti. Avtorja (Levine in Frederick, 1997, str. 136–141) stanje disociacije primerjata z zasanjanostjo, v kateri ljudje ob popolnemu zavedanju dogajanja ne čutimo grozne bolečine. Stanje onemogoči strah, grozo in nam dopušča, da se lažje spopademo z nastalo situacijo. Disociacijo lahko razumemo kot prekinitev kontinuitete zaznavnega čuta, ki skoraj vedno vključuje izkrivljenost časa in zaznave. Naš zaznavni čut namreč deluje kot pripomoček, ki omogoči, da sami sebe doživimo kot organizem, doživljamo občutke v celoti in pridobivamo informacije o osebi (Levine in Frederick, 1997, str. 8). Osebe disociacijo po navadi opisujejo kot zapustitev lastnega telesa in doživljaje situacije, kot bi opazovali nekoga drugega. Pri tem lahko občutijo sočutje ali ostanejo nevtralni. Disociacija deluje kot sredstvo, ki omogoči preživeti okoliščine, ki segajo onkraj naše vzdržnosti. Prepoznamo jo lahko kot razcepljenost med zavestjo in telesom (tudi posamičnim delom telesa), jazom in čustvi ter mislimi in občutji. Lahko se izrazi tudi kot razcepljenost med jazom in spominom na del ali celoten dogodek. Kadar se oseba odzove z disociacijo, lahko travmatični dogodek tudi zanika. Vede se, kot da dogodek ni pomemben, saj so čustva, ki ga spremljajo, preveč boleča, da bi se z njimi lahko zares soočila (Levine in Frederick, 1997, str. 136–141).

Lewis Herman (2005, str. 42–43) podobno stanje poimenuje zoženje zavesti. Pojasni, da gre za stanje popolne predaje, saj je sistem za samoobrambo popolnoma sesut. Odziv primerja s položajem ujetega plena in poraženosti, kjer teror, bes in bolečina nimajo učinka. Dojemanje časa se lahko odvija tudi kot zaznavanje v upočasnjenem posnetku. Tako kot Levine in Frederick avtorica opozori na spremembe v sposobnosti spominjanja, saj je spomin na dogodek izkrivljen ali pa ga sploh ni.

Lewis Herman (2010, str. 37–42) in Solarovič (2005, str. 3) menita, da se ob hipervzburjenosti in nepremičnosti slej ko prej pojavi intruzija [*angl. intrusion*] oz. vrivanje spominov. To so ponavljajoči se, vsiljivi in vznemirljivi spomini (podobe, misli, zaznave), ki asociirajo na travmatično izkušnjo. Sprožijo jih lahko podoba, vonj, zvok, okus in podobno. Pri otrocih se intruzija lahko odvija skozi igro s ponavljajočim se

scenarijem. Spomini na travmatično izkušnjo se vrinejo v podzavest in sprožijo podoživljanje skozi vedenje, občutke, čustva ter disociativne prebliske. Oseba se vede, kot da bi se travmatična izkušnja odvijala v sedanjosti, temu ustrezno je tudi njeno pripovedovanje (z možnimi disociacijami, npr. brez čustev).

Zaradi stiske, ki jo povzroči podoživljanje, se osebe najraje izogibajo temu, kar jim vzbuja spomine na preživelo grozo. Izogibajo se mislim, občutkom, pogovorom, povezanim s travmo, dejavnostim, krajem, ljudem in situacijam. Zmanjšan je tudi obseg čustvovanja in optimizma glede prihodnosti (Solarovič, 2005, str. 4). Številne preživele žrtve se sprašujejo o smislu, pomenu življenja in se spopadajo z zaskrbljenostjo glede smrti (Cvetek, 2009, str. 17). Počutijo se osamljene v svoji stiski in odtujene od ostalih ljudi (Solarovič, 2005, str. 4). Cvetek (*ibid*.) pravi, da se počutijo izgubljene v svoji nesrečni situaciji, saj jih spremlja občutek, da drugi niso zmožni razumeti, kaj se jim je zgodilo. Osamljenost lahko postane nevzdržna in privede do vedenja, ko se osebe na vsak način oprijemajo drugih v upanju, da jim bodo ti pomagali in jih obvarovali (tudi v terapevtskem odnosu). Navezanost jim istočasno prebuja občutke strahu. Želijo si navezanosti, hkrati pa se je bojijo in se ji skušajo izogniti. Lahko pričnejo iskati tudi nerealistične odnose. Vsak nov odnos dojemajo kot priložnost za skrbno varnost, umiritev notranjih občutkov tesnobe in izboljšanje lastne samopodobe. To gradi temelje za destruktivno partnersko zvezo. V izoliranosti in pretiranem oprijemanju drugih so osebe prikrajšane za pristno navezanost, bližino drugih ljudi in občutek pripadnosti (Levine, 2010, str. 109).

Vsi simptomi, ki sem jih omenila, sestavljajo eno izmed najpogostejših duševnih motenj in posledic travmatične izkušnje – PTSM (Van der Kolk in Van der Hart, 1991, v Cvetek, 2009, str. 21). PTSM je reakcija na travmatično izkušnjo, ki je po enem mesecu še vedno prisotna ali pa se po določenem časovnem obdobju ponovno pojavi (Rozman, 2015, str. 75). Foy (1992, str. 6–7) opozarja, da se simptomi PTSM izražajo na telesnem, kognitivnem, vedenjskem področju in posamezniku onemogočijo sposobnost za razreševanje negativnih čustev. Osebo preplavijo simptomi in postanejo os, okoli katere se vrti življenje (Rozman, 2015, str. 80).

Travmatičen dogodek je lahko tako intenziven, da pri spopadanju z nevarnostjo prepreči delovanje dveh možganskih delov. Eden omogoči dojemanje časa (zavedanje, da se je travmatična izkušnja zgodila v preteklosti in da smo zdaj varni), drugi pa je odgovoren za integracijo slik, zvokov in občutkov o travmatičnem dogodku v smiselno zgodbo z začetkom in koncem (Van der Kolk, 2014, str. 21). V določenih primerih se osebe travmatične izkušnje sploh ne spominjajo (še posebej, kadar gre za travmo spolne narave v

mladosti) in se je začnejo spominjati šele v kasnejših obdobjih svojega življenja (Van der Kolk, 2014, str. 193).

Spomin na travmatično izkušnjo se v naših možganih shrani drugače kot zgodbe, ki jih pripovedujemo o svoji preteklosti. Travmatičen spomin je razbit na več senzoričnih, čustvenih fragmentov, ki so v možganih shranjeni kot posamezne slike, zvoki in fizični občutki (Van der Kolk, 2014, str. 177–178) in niso ustrezno sestavljeni v zgodbo kot del naše zgodovine (Van der Kolk, 2014, str. 196). Ljudje se o travmatičnem dogodku pogosto spomnijo premalo ali preveč (Van der Kolk, 2014, str. 181). Višja kot je raven adrenalina med travmatično izkušnjo, natančnejši je spomin nanjo (Van der Kolk, 2014, str. 178).

Brady, Guy, Poelstra in Brokaw (1999) menijo, da travmatični dogodek v svojem življenju doživi večina ljudi, od tega jih petindvajset odstotkov razvije PTSM. Rothschild (2000) zatrjuje, da je stopnja razvoja PTSM nekoliko nižja, in sicer dvajset odstotna (Cvetek, 28, str. 2009). Shalev (2000) omeni raziskavo, v kateri so simptome PTSM prepoznali pri štiriindevetdesetih odstotkih žrtev posilstva in opozori, da je tveganje za razvoj PTSM pri ženskah dvakrat večje (Cvetek, 2009, str. 28).

Simptomi PTSM lahko trajajo od enega tedna do več let in celo desetletji. Pomembno je, da se zavedamo, da kljub prirojeni sposobnosti za okrevanje PTSM pri visokem odstotku ljudi vztraja še leta in leta ter tako drastično vpliva na celoten preostanek njihovega življenja (Yule, 2001, v Cvetek, 2009).

Za PTSM je značilno, da se ji priključijo še druge motnje. Yehuda in McFarlane (1995, str. 1709) pravita, da je pri diagnozi PTSM kar petdeset do devetdeset odstotkov možnosti, da posameznik razvije še drugo duševno motnjo. Prav tako trdita, da so primeri, ko posameznik ob PTSM ne razvije še druge motnje, bolj izjema kot pravilo. Že sama disociacija je odziv, ki potencira razvoj disociativne motnje identitete (Levine in Frederick, 1997, str. 136–138). Shalev (2000, v Cvetek, 2009, str. 29) poroča o raziskavi iz ZDA, ki predstavlja statistiko o več kot oseminosemdeset odstotkov moških in sedemindevetdeset odstotkov žensk, ki poleg PTSM razvijejo vsaj še eno motnjo. Depresija se pojavi pri polovici populacije s PTSM in anksiozna motnja pri več kot tretjini. Za PTSM je značilna visoka stopnja komorbidnosti. Zloraba prepovedanih substanc in alkohola pa se pojavi pri tretjini žensk in polovici moških (Shalev, 2000, 2001 v Cvetek 2009, str. 29). Osebe, ki so bile žrtev spolnega nasilja, pogosto razvijejo na čustva osredotočeno strategijo spoprijemanja, kar pojasni še večjo verjetnost za poseganje po prepovedanih substancah in alkoholu ter za druge oblike zasvojenosti. Od vseh ljudi, ki so poiskali pomoč zaradi zasvojenosti, jih je od petindvajset do petdeset odstotkov trpelo zaradi diagnoze

komorbidnosti (Van der Kolk, 2003, v Cvetek, 2009, str. 30). Yule (2001, v Cvetek, 2009, str, 30) pri tem opozarja, da je visoka stopnja komorbidnosti lahko tudi posledica diagnostičnega procesa DSM, ki spodbuja multiple diagnoze.

Strokovnjaki predstavljajo številne simptome travme oz. PTSM, vendar je pomembno, da pri svojem delu na področju travm upoštevamo, da se posledice travmatične izkušnje od posameznika do posameznika razlikujejo. Socialne delavke se na svojem področju dela nenehno srečujemo s travmami, zato jih moramo razumeti, jih prepoznati in se nanje odzvati. Samo tako lahko uporabniku/uporabnici nudimo pomoč in podporo, ki je prilagojena njihovim potrebam. Preživele žrtve se pogosto počutijo kot edine, ki jim ni pomoči. Zaradi izkušnje nemoči, ki jih spremlja še dolgo časa po tem, ko nevarnosti ni več, izgubijo upanje, da je lahko drugače in da bodo v svojem življenju spet našle smisel in zadovoljstvo. Pri delu s travmami se moramo zavedati človeške naravne naravnanosti k okrevanju in sposobnosti za ponovno vzpostavitev ravnovesja, ki posamezniku omogočita kakovostno nadaljevanje življenje po travmatični izkušnji.

1.1.4 Travme in telo

Na zahodu od nekdaj prevladuje psihološka obravnava travm, danes pa se vse bolj spoznavamo s pomembno dvosmerno komunikacijo med telesom in umom. Ta že vrsto let velja za temeljni element tradicionalnih pristopov okrevanja v vzhodnih državah, kot sta Kitajska in Indija, pri nas pa novo oblikuje razumevanje travm, njeno delovanje in predelovanje (Van der Kolk, 2014, str. 76).

Levine (2010, str. 45–46) opozarja, da so pristopi, ki spregledajo pomen telesa, obsojeni na neuspeh in lahko osebi celo škodujejo. Začetne faze restorativnega dela morajo nujno vključiti standardizirane postopke pristopov od spodaj navzgor. Avtor pojasni, da je najprej potrebno nagovoriti in ozavestiti to, kar nam sporoča telo, in šele nato postopoma identificirati čustva, perspektivo in misli. Delo s telesom namreč omogoči, da se um umiri (Levine, 2010, str. 278).

Za razumevanje vpliva travme na telo in možgane moramo najprej razumeti njihovo sestavo in delovanje. Možgani so razdeljeni na desno in levo polovico oz. hemisfero, vsaka je odgovorna za različne načine mišljenja in omogoča specifične spretnosti. Med njima se pojavi tudi prekrivanje funkcij. Velja, da leva hemisfera nadzoruje delovanje desne polovice telesa in da desna hemisfera določa delovanje leve polovice telesa. Leva hemisfera je odgovorna za miselne procese, ki temeljijo na logiki, zaporedju in linearnosti.

Omogoča sposobnost govora, je razumsko analitična in vpliva na sposobnost pisanja, branja in analitičnega določanja podrobnosti. Desna hemisfera je za razliko od leve močneje povezana s procesi razmišljanja, ki so bolj naključni. Sem uvrščamo neverbalne načine sporazumevanja in izražanja. Desna hemisfera je bolj povezana z ustvarjalnostjo in omogoča dojemanje glasbe, odgovorna je za doživljanje ljubezni, lepote itd. (Schore, 2009). Desna hemisfera je povezana z našo intuicijo, čustvi, vizualnostjo. Desna hemisfera se pri otrocih razvije že v maternici (nebesedna komunikacija med materjo in otrokom), leva hemisfera pa se oblikuje šele pri sposobnosti besednega govora in sporazumevanja (Van der Kolk, 2014, str. 44).

Skeniranje možganov je pokazalo, da travmatična izkušnja aktivira desno hemisfero, ki reagira, kot da bi se grožnja dogajala v sedanjosti, in dezaktivira levo hemisfero. Desna hemisfera med travmatično izkušnjo zabeleži podobe, prostor, zvok, dotik, vonj in čustva, leva pa si zapomni dejstva, statistiko, jezikovno sporazumevanje in je nujno potrebna za razumevanje dogodka ter za razporeditev dogajanja v pravo zaporedje. Z blokirano levo hemisfero ljudje izgubimo sposobnost spominjanja zaporedja elementov travmatičnega dogodka (izjema so trenutki, v katerih smo se počutili varno in smo jih lahko nadzirali), ne moremo prepoznati njegovega vpliva, vzroka in se ne zavedamo, da je grožnja minila (Van der Kolk, 2014, str. 39, 44–45).

Ljudje po travmatični izkušnji težko govorijo o tem, kaj se jim je zgodilo, saj se v blokirani levi hemisferi nahaja Brocovo področje, ki je eden izmed centrov za jezikovno sporazumevanje. Aktivira se le Brodmannov areal 19 (odgovoren za vizualno prepoznavanje in povezovanje vizualnega spomina), ki sporoča ostalim delom možganov, da se travmatičen dogodek ponovno dogaja ali da je nevarnost še vedno prisotna. Brez delovanja Brocovega področja ljudje ne moremo ubesediti svojih misli in občutkov, odzovemo se z vpitjem ali nemo in zamrznjeno sedimo. Skoraj nemogoče je, da bi oseba s PTSM o travmi pripovedovala z začetkom, jedrom in koncem (Van der Kolk, 2014, str. 43–44).

Druga delitev možganov upošteva njihov evolucijski razvoj. Van der Kolk (2014, str. 55–58) pojasni, da so naši možgani sestavljeni iz plazilskih možganov, limbičnega sistema (sesalskih možganov) in neokorteksa (racionalnih možganov). Plazilski možgani so najstarejši, primitivni ter se nahajajo v možganskem deblu in skrbijo za naše najosnovnejše potrebe (po prehranjevanju, spanju, dihanju, odzivanju na bolečino …). Skupaj s hipotalamusom nadzirajo delovanje srca, pljuč, endokrinega in imunskega sistema. Njuna temeljna naloga je zagotavljanje notranjega telesnega ravnovesja, ki ga imenujemo

homeostaza. Nad plazilskimi možgani se nahaja limbični sistem, ki nadzira čustveno doživljanje, oblikuje spomine in subjektivne ocene dogodkov kot prijetne, neprijetne ali ogrožajoče. Nadzira okolje za nevarnost, določa, kaj je strašno/prijetno in kaj je/ni nujno potrebno za preživetje. Omogoča tudi življenje znotraj kompleksnih socialnih mrež. Za razliko od plazilskih možganov ima limbični sistem sposobnost preoblikovanja in prilagajanja. Kadar ima oseba pozitivne izkušnje, varnost in ljubezen, se naši možgani osredotočijo na raziskovanje, igro in sodelovanje, kadar pa je oseba prestrašena in nezaželena, se možgani fokusirajo na spopadanje z občutki strahu in nesprejetosti. Plazilski in limbični sistem tvorita čustvene možgane. Ti se nahajajo v centralnem živčnem sistemu, vplivajo na dobrobit človeka in prispevajo k sprejemanju lažjih, spontanih odločitev. Čustveni možgani zaznavajo nevarnost, posebne priložnosti (potencialnega partnerja) in s proizvajanjem hormonov opozorijo človeški organizem na dogajanje. Splošno analizirajo informacije in oblikujejo sklepe na podlagi malih podobnosti. Najvišjo plast možganov zavzema neokorteks, ki predstavlja racionalni del. Je del možganov, po katerem se razlikujemo od živali in ki nam omogoča sposobnost razumskega razmišljanja, abstraktnega in simboličnega razumevanja idej. Omogoča načrtovanje za naprej, reflektiranje, uglašenost z ostalimi ljudi, razumevanja posledic lastnih dejanj in dojemanje umetnosti.

Travma je povezana z odzivom nepremičnosti, ki nastopi, ko človek z limbičnim sistemom oceni, da nima možnosti za boj ali pobeg iz življenjske nevarnosti. Takrat funkcijo preživetja prevzamejo plazilski možgani in ponudijo zadnjo možnost za preživetje kot izhod v sili in so odgovorni za pojav travme (Van der Kolk, 2014, str. 82–85). Zaznavanje nevarnosti (v telesu) se po končani nevarnosti nadaljuje in razumski možgani niso sposobni prepričati čustvenih možganov, da je njihova realnost iznakažena in da nevarnosti ni več.

1.1.4.1 Polivagalna teorija – Stephen Porges

Polivagalna teorija predstavlja nov pogled na delovanje našega avtonomnega živčnega sistema, v katerem je zapisana travmatična izkušnja. Porges, avtor polivagalne teorije [angl. *polyvagal theory*], opozori, da tradicionalno dvodelno razumevanje avtonomnega živčnega sistema ni dovolj natančno in predstavi podrobnejše razumevanje živčnega sistema, psihološkega in medosebnega delovanja, ki temeljno vplivajo na intervencije celostne pomoči in podpore osebam s travmatično izkušnjo.

Porges (Porges in Buczynski, b. d.) je teorijo razvil skozi raziskovanje vagusnega živca, po katerem je teorijo tudi poimenoval. Gre za živec, ki je preko nevronskih mrež povezan z možgani, pljuči, srcem, želodcem, črevesjem in številnimi drugimi organi. Njegova naloga je, da nas ščiti, saj ima zaviralni učinek (upočasni srce in omogoči pomirjenost), vendar je lahko tudi smrtonosen ter lahko sproži nenadzorovano iztrebljanje in zaustavitev srca. Večina parasimpatičnega tkiva izhaja ravno iz vagusnega živca, ki možganom pošilja kar 80 % informacij o notranjem stanju telesa.

Med raziskovanjem paradoksa vagusnega živca je avtor naletel na prirojeno hierarhijo avtomatskih odzivov na nevarnost, ki temeljijo na naši filogenetski zgodovini (evolucijska zgodovina in sorodnost skupnih organizmov). Ugotovil je, da imamo ljudje zelo primitiven obrambni sistem, ki je utelešen znotraj našega sesalskega živčnega sistema. Avtor pojasni, da gre za hierarhijo odzivov, pri kateri novejši mehanizmi preživetja zavirajo starejše mehanizme. Ti odzivi so postali jedro polivagalne teorije (*ibid*.).

Naš človeški organizem z nevrocepcijo – podzavestnim zaznavanjem [angl. *neuroception*] nenehno ocenjuje tveganja v okolju, ne da bi se tega zares zavedali. Glede na zaznavo določi prioritetno vedenje in sproži strategijo prilagajanja. Avtor (*ibid*.) pravi, da je nevrocepcija mehanizem, ki sesalcem omogoča prehajanje med različnimi stanji odzivov, poudari vlogo socialne angažiranosti, obraza, srca in umiritev vagusnega živca. Njeno delovanje lahko opazujemo pri vedenju ptic. V trenutku, ko ena izmed ptic zazna nevarnost in odleti, sproži enak odziv pri drugih pticah, ne da bi se te prepričale, ali gre res za nevarnost. Takšen odziv omogoči večje možnosti za preživetje pri živalih in ljudeh. Bistvo takšnega telesnega odziva je, da prehiti našo zavest, ki bi nas lahko zmedla in upočasnila odziv. Rizzolatti in Sinigaglia (v Levine, 2010, str. 44) govorita o mehanizmu zrcaljenja [angl. *mirror mechanism*], ki aktivira enake možganske strukture in omogoči takojšnje razumevanje tega, kar vidimo, čutimo, kar čutijo drugi. Pri PTSM pa nevarnost prihaja iz naše notranjosti, kar sproži takojšen telesni odziv, saj jezikovno procesiranje oz. analiziranje deluje počasneje (Levine, 2010, str. 43–45).

Porges (Porges in Buczynski, b. d.) predstavi tudi sistem socialne angažiranosti, ki je najmlajši del avtonomnega živčnega sistema pri sesalcih in omogoča neverbalne interakcije, s katerimi se uglasimo s sočlovekom, uskladimo bitje srca in dihanje, pomiri naše notranje telesno doživljanje, podpira zdravje, osebno rast in obnovitev ravnovesja v telesu. Socialna angažiranost je proces vokalizacije, poslušanje intonacije glasu in prepoznavanje obrazne mimike (Porges in Buczynski, b. d.). Levine (2010, str. 213–216) socialno angažiranost predstavi skozi primer lastne prometne nesreče, v kateri se mu uspe

pomiriti s pomočjo ženske, ki oddaja prijaznost, toplino, sporoča umirjeno skrb, nudi nežni dotik in ohranja očesni stik. Ti dejavniki avtorju v ekstremni situaciji preprečijo hujši strah, omogočijo orientacijski odziv in naravni izhod iz nepremičnosti.

Polivagalna teorija pojasni delovanje našega sistema ob zaznani ali dejanski nevarnosti in predstavi, kako pomembna je toplina sočloveka, da oseba s travmatično izkušnjo ponovno vzpostavi ravnovesje v svoji notranjosti in ponastavi delovanje avtonomnega živčnega sistema. Izpostavi dejstvo, da smo ljudje socialna bitja, in opozori na okoliščine, ki so potrebne za okrevanje, saj poudari pomembnost osebnega stika in sočutja, ki osebi s travmatično izkušnjo daje moč v najtežjih trenutkih.

1.2 Socialno delo in travme

Socialne delavke se od prvega dne dela v svoji stroki srečujemo z ljudmi, ki jih v svojem življenju prizadene travmatična izkušnja (Smyth, 2013). Zavedamo se občutljivosti in specifičnosti dela s travmami, saj upoštevamo nevarnost retravmatizacije, uporabnikove potrebe po varnosti, spoštovanju, zaupanju in pomembnosti bližnjih.

Naša stroka temelji na predpostavki, da smo ljudje socialna bitja, ki v težkih trenutkih ali hudih stiskah potrebujemo sočloveka in družbeno okolje. V življenju se nemalokrat pojavijo okoliščine, ki jih sami nismo več zmožni obvladovati. To so izkušnje, ki nas presenetijo in nam spodnesejo "tla pod nogami". Lahko spremenijo tudi predstave o nas samih in svetu, v katerem živimo. Takrat se ljudje običajno obrnemo na svoje vzpostavljene socialne mreže, kadar pa te niso ustrezne ali jih ni, stopimo v stik z družbenimi institucijami, v katerih so aktivni tudi strokovnjaki socialnega dela (Stritih 1998, str. 163–166). Nekateri izmed teh so materinski domovi, Društvo za nenasilno komunikacijo, centri za socialno delo, krizni centri za mlade, Združenje proti spolnemu zlorabljanju, društva in ustanove za pomoč pri zasvojenosti idr.

Čačinovič Vogrinčič (2005, str. 15) socialno delo opredeli kot stroko, ki je nastala z namenom, da se odzove na posebnosti ljudi in soustvari nove možnosti ter priložnosti tam, kjer jih ni mogoče najti. Avtorica (2008, str. 27) kot predmet socialnega dela opredeli pomoč, ki je namenjena posamezniku, družini, skupini ali skupnosti. Pomoč deluje kot podpora pri reševanju kompleksnih psihosocialnih problemov. Stritih (2005, str. 337) pravi, da skuša socialno delo tako kot druge znanosti jasno definirati predmet praktičnega dela in raziskave svojega področja. Življenje pa nas vedno znova usmeri, da pri svojem delu

upoštevamo psihološke, antropološke in biološko-medicinske razsežnosti problemov. Socialno delo upošteva širok spekter stisk, v katerih se znajdejo uporabniki, ki si prizadevajo za dostojno in kvalitetno življenje. Za nudenje psihosocialne pomoči in podpore smo socialne delavke usposobljene za timsko delo in povezovanje s številnimi strokami za zagotavljanje celostne pomoči (Urek, 2001, str. 203). Prvotna naloga socialnega dela je pomagati ljudem in nuditi podporo, da si v stiskah znajo pomagati sami. Stiske se lahko nanašajo na težave v odnosu z lastnim okoljem, predvsem v lastnih družinah, s prijatelji in pomembnimi drugimi osebami ter organizacijami (Mul, 1994, str. 95).

Socialne delavke smo opremljene s potrebnim znanjem, položajem in pooblastili za krepitev moči uporabnikov v skupnih projektih soustvarjanja rešitev za vse udeležene (Dragoš, 2005, str. 36–37). Zakon o socialnem varstvu (Ur. l. RS 3/2007) določa, da imajo vsi državljani Republike Slovenije pravico do socialnega varstva, ki obsega storitve in ukrepe, namenjene preprečevanju in odpravljanju socialnih stisk. Pogosto so socialne delavke prve, s katerimi travmatizirana oseba vzpostavi stik. Takrat se uporabniku nudi prva socialna pomoč, ki se izvaja v centrih za socialno delo. 12. člen ZSV prvo socialno pomoč opredeli kot pomoč pri prepoznavanju in opredelitvi socialne stiske in težave, oceno možnih rešitev ter seznanitev upravičenca o možnih oblikah socialnovarstvenih storitev, dajatev in obveznostih, ki jih spremljajo. Upravičenci so seznanjeni tudi z mrežami in programi, ki jih nudijo socialnovarstvene storitve in dajatve. V delovni odnos, v katerem poteka prva socialna pomoč, se vključijo prostovoljno. Tema prvega pogovora je pojasnilo razlogov za sodelovanje, pojasnilo poteka in značilnosti sodelovanja, pojasnilo pravic, dolžnosti in vloge socialne delavke ter uporabnika v procesu raziskovanja in soustvarjanja rešitev.

V socialnem delu sta uporabnik in socialna delavka definirana kot sodelavca v skupnem projektu z namenom soustvarjanja želenih rešitev. Flaker (2003, str. 53–55) kot pomemben prispevek socialnega dela k področju travm izpostavi metodo vzpostavljanja delovnega odnosa in osebnega stika, ki na spoštljiv in prijazen način omogoči skupno raziskovanje in soustvarjanje rešitev. Problem definira uporabnik, socialna delavka pa prispeva poglobljeno raziskovanje uporabnikovega življenjskega sveta, iskanje vrlin, osebnih resursov, uporabnikovih sposobnosti in prednosti. V delovnem odnosu vzpostavimo dialog, ki je eden izmed temeljih orodij socialnega dela. Uporabniki lahko le skozi dialog ozavestijo svojo stisko ter se na delovni način lotijo spreminjanja neustreznih vzorcev vedenja in rekonstrukcije svoje realnosti. Pri tem so neustrezni vzorci vedenja

lahko strategije spoprijemanja, rekonstrukcija lastne realnosti pa bi pomenila integracijo travme v posameznikov spomin in zavedanje, da se je travmatičen dogodek zgodil v preteklosti in da nevarnosti ni več. Bauwkamp (1996, str. 73–75) pojasni, da je pri delu s travmatizirano osebo pomembno zagotoviti možnost, da v zaupnem odnosu uporabnik pripoveduje o svoji izkušnji. Le na tak način se oseba lahko sooči z dogodkom, ki tako močno zamaje njen svet. Oseba s pomočjo socialne delavke začuti, da so njeni strahovi razumljivi, da so v svoji stiski našli nekoga, ki jih jemlje resno in verjame njihovi zgodbi. To imenujemo aktivno poslušanje. V procesu pomoči in podpore je raziskovanje in soustvarjanje rešitev zastavljeno kot izviren delovni projekt (Čačinovič Vogrinčič, 2006, str. 17), kar pomeni, da ga zmeraj zastavimo in oblikujemo na novo ter prilagodimo uporabnikovi edinstvenosti (Čačinovič Vogrinčič, 2005, str. 15). Izkušnje travmatičnih dogodkov so za vsakega posameznika drugačne in specifične, zato se je potrebno približati uporabniku in razumeti njegovo doživljanje stiske.

Socialne delavke v delovnem odnosu uporabimo krepitev moči, ki je del perspektive moči v konceptu socialnega dela (Videmšek, 2013). Demšar (2005, str. 68) pojasni, da lahko razumemo pojem krepitve moči kot proces, ki je usmerjen v podporo ljudem. Njen namen je omogočiti uporabniku, da ponovno prevzame nadzor nad svojim življenjem. To je mogoče s treningom asertivnosti, ki na številne načine operacionalizira koncept krepitve moči. Videmšek (2013, str. 100) pojasni, da se v okviru tega koncepta povečajo posameznikova moč in spretnosti, krepijo se potenciali in pozitivne strani. Potencira se njihov občutek kompetentnosti z namenom, da prevzamejo nadzor nad svojim življenjem in sprejemajo asertivne odločitve. Dragoš (2005, str. 38) izpostavi še opolnomočenje, ki je usmerjeno k redistribuciji uporabnikovih virov moči kot eni izmed najpogostejših možnih načinov za krepitev moči.

Socialno delo je povezano s pristopom, ki temelji na razumevanju travme. Ta izpostavi ustrezne načine izvajanja storitev in organizacije dela z osebami, ki so preživele travmatično izkušnjo. Pristop se zavzema za to, da se uporabnik in izvajalec storitve v delovnem odnosu počutita varno in krepita lastno moč. Organizacije, ki upoštevajo načela pristopa, temelječega na razumevanju travm, skrbijo za to, da je vsak zaposleni (ne glede na funkcijo, ki jo opravlja) dobro poučen o travmi in se zaveda njenega vpliva na posameznika in njegovo odzivanje. Organizacija se zaveda nevarnosti retravmatizacije in zato rutinsko pregleduje svoje postopke, storitve in politike. Posebnost pristopa je, da se osredotoča na delovanje celotne organizacije in tako zmanjšuje možnosti, da bi osebam s travmatično izkušnjo škodovali (Smyth, 2013). Pristop temelji na načelih vzpostavitve

varnosti, ki temelji na konkretnem delu in spoštljivem odnosu, načelu zaupanja, sodelovanja, krepitvi moči in možnosti izbire, ki so tako kot v socialnem delu bistveni elementi procesa pomoči in podpore (Bassuk in Oliver, 2010, v Shelly, 2014).

Socialne delavke s svojimi sposobnostmi prispevamo k uporabnikovemu okrevanju po travmatični izkušnji, saj v varnem delovnem odnosu s pomočjo sodelovanja in dialoga ustvarimo odprt prostor za izražanje stiske in ustrezen kontekst za okrevanje. Perspektiva moči in delo v sedanjosti sta ključna koncepta, ki sovpadata z načinom dela sodobnih pristopov za delo s travmami. Potrebno pa je opozoriti, da je skozi zgodovino prevladovala predvsem psihološka obravnava travm, ki je travmo omejila predvsem na umski del. Sodobni postopi dodajajo pomemben vidik celostnega pristopa, ki je povezovanje uma in telesa. Ta je v socialnem delu velikokrat spregledan, vendar nujno potreben za okrevanje (Mešl, 2015).

1.3 Pristopi, ki vključujejo delo s telesom

Travme veljajo za kompleksen pojav, ki odpira številna vprašanja o njenemu nastanku in vplivu na naše telo, um ter možgane. S sodelovanjem strok smo se približali podrobnejšemu razumevanju travm, kar je sprožilo razvoj pristopov, ki temeljijo na številnih znanstvenih ugotovitvah ter zagotavljajo celostno pomoč in podporo pri okrevanju po travmatični izkušnji. V nadaljevanju bom predstavila telesno usmerjene pristope, ki sem jih izbrala glede na njihovo razumevanje dela s telesom in vključevanje telesa v proces pomoči in podpore. Odločila sem se za pristope, ki temeljijo na novih raziskavah in ugotovitvah o vplivu travme na telo oz. psihofizično delovanje človeka ter dodala še dva, ki delujeta kot dobra podpora v procesu pomoči ter podpore in sta na voljo, da jih osebe izvajajo tudi samostojno.

1.3.1 Somatsko doživljanje – Peter Levine

Somatsko doživljanje je oblika telesne psihoterapije, katere namen je postopoma izvesti in dokončati mobilizacijske odzive, ki so se oblikovali pred odzivom zamrznitve. Pristop omogoči sprostitev aktiviranega živčnega sistema in se osredotoča na prepoznavanje lastnih občutkov in samoregulacije.

Peter Levine (2010, 1997) si je pri raziskovanju travm pomagal z opazovanjem

živalskega sveta. Ugotovil je, da smo si ljudje in živali pri doživljanju nevarnosti izjemno podobni. S pomočjo raziskovanja živalskega odziva na grožnjo je razvil pristop somatskega doživljanja, ki temelji na človeški evoluciji in poudari prirojeno telesno sposobnost za okrevanje.

Avtorja (Levine in Frederick, 1997, str. 2) pojasnita, da je travmo mogoče ozdraviti in da je za posameznika lahko tudi preobražajoča, saj predstavlja najpomembnejšo silo za psihološko, družbeno in duhovno prebujanje ter evolucijo. Zapletena dvosmerna komunikacija telesa in uma je v procesu modernega zahodnega razumevanja in zdravljena travm omenjena, vendar izjemno podcenjena. Avtorja (*ibid*.) opozorita, da celostno okrevanje ni možno zagotoviti samo s pogovorom. Po njunih predvidevanjih takšni pristopi dosežejo zgolj začasno olajšanje, nekateri pa so lahko tudi škodljivi (Levine in Frederick, 1997, str. 8–10). V procesu okrevanja telo deluje kot naravni zdravilec, ki ima prirojeno modrost za zdravljenje in ponovno vzpostavitev ravnovesja v organizmu. Pri preučevanju vpliva travme moramo upoštevati še um, prvinske nagone, čustva, razum in duhovnost kot posamezne dele in celoto (Levine in Frederick, 1997, str. 2–3).

Bistvo pristopa somatskega doživljanja je sproščanje ujete energije v telesu. Potrebno jo je iz pasivnega odziva zamrznitve preusmeriti v aktivno in uspešno akcijo, ki prebudi nagonski odziv. To lahko dosežemo, ne da bi obujali stare boleče spomine in podoživljali čustveno bolečino, ki jo je povzročila travmatična izkušnja. Pogoj za prebuditev nagonskih odzivov je obnovitev globokih prirojenih fizioloških virov in njihova zavestna uporaba (Levine in Frederick, 1997, str. 31–32).

Temeljno vlogo v procesu okrevanja ima zaznavni čut, ki deluje kot medij, s katerim doživljamo zunanja (vid, sluh, vonj, dotik …) in notranja občutja. Pretekli ali sedanji dogodki, ki jih raziskujemo z zaznavnim čutom, nam prinesejo razodetje o tem, kako rešiti travmo. Posameznik se v procesu somatskega doživljanja uči prepoznati in razviti toleranco do simptomov travm. Ti so dostopni skozi zaznavni čut. Posledično razvije tudi sposobnost za uporabo nagonskih odzivov za razbremenitev. Bistveno je, da z zaznavnim čutom opazujemo, kaj se dogaja znotraj naših teles, brez da bi dogajanje skušali analizirati, razumeti in interpretirati (Levine in Frederick, 1997, str. 67–74). To omogoči, da oseba ne postane preobremenjena z občutki hudega strahu ter groze, nagonskim odzivom pa omogoči prosto pot za sprostitev nakopičene energije. Zdravljenje travme po Levinovem pristopu se odvija skozi ločevanje čustev strahu in groze in z osredotočenostjo na zavedanje fiziološkega doživljanja (Levine, 2010, str. 67–68).

Proces okrevanja po pristopu somatskega doživljanja poteka skozi devet temeljnih

korakov. Ti si med seboj ne sledijo linearno, saj se oseba lahko k določenim korakom vrne večkrat. Izjema so prvi trije koraki, ki morajo nastopiti na začetku in si slediti po vrstnem redu (Levine, 2010, str. 74). Zdravilni proces je učinkovitejši, manj kot je dramatičen in bolj kot je postopen (Levine in Frederick, 1997, str. 32). Prvi korak se nanaša na oblikovanje relativno varnega okolja, ki poteka skozi spoštovanje, varnost in ustvarjanje odprtega prostora za izražanje stiske. Terapevt je zaveznik, ki je uglašen s posameznikom ter izraža empatijo in sočutje. Skozi trenutke prijetnih občutkov posameznik dobiva upanje za nove možnosti. Drugi korak je namenjen odkrivanju, sprejemanju in toleriranju notranjih občutkov. Skozi nihanje med prijetnimi in neprijetnimi občutji oseba razvija odpornost ter moč, prepreči se preobremenjenost in poveča stopnja sproščanja energije. Tretji korak se imenuje pendulacija in zadrževanje [angl. *pendulation and containment*], namenjen je krepitvi prirojenega ritma. Ponovno gre za nihanje, kjer oseba spoznava minljivost občutkov ne glede na to, kako grozni so. Minljivost se pojavi brez truda, krepi samozavest in ustvari nove poglede na doživljanje. Oseba spozna, da telo ni sovražnik in se premakne v tukaj in zdaj. Nova realnost se integrira v možgane. Četrti korak se imenuje titracija [angl. *titration*] in preprečuje retravmatizacijo. Naloga terapevtke ali terapevta je, da nevtralizira kritično energijo in omogoči, da bes ne izbruhne, temveč se postopoma sproža skozi manjše odzive. Peti korak je namenjen obnavljanju aktivnega odziva, ki se je ustvaril pred odzivom nepremičnosti. Oseba s pomočjo zaznavnega čuta ozavesti obrambne kretnje, ki so se zapisale v spomin telesa. Z njihovo realizacijo se premakne iz pasivnega odziva v aktivni odziv. Cilj šestega koraka je ločevanje strahu, besa in groze od stanja nepremičnosti. Energijo, ki se ustvari za odziv preživetja, ljudje občutimo kot stanje "ubiti ali biti ubit" in je tako intenzivno, da lahko že samo po sebi sproži nepremičnost. Oseba spozna, da so občutki besa moč za obvarovanje pred nevarnostjo, kar razreši občutke sramu. Tudi strah izgubi svojo moč, saj ne obstaja kot samostojno čustvo in ga v sedanjosti ni. Avtor pojasni, da nepremičnost sama po sebi ni strašna in da jo strašno naredijo negativna čustva ter odpor do nje. Bistveno za okrevanje je, da nepremičnost doživimo brez strahu in preobremenjenosti. Sedmi korak je namenjen razrešitvi stanja vzburjenosti s sproščanjem nakopičene energije. Proces se odvija s ponovno izzvanim prvotnim odzivom na travmatični dogodek, ki preplavi mišice z energijo in se sprosti skozi aktiven odziv. To lahko pri posamezniku opazimo skozi vidno tresenje, trzanje telesa, nenadne spremembe telesne temperature, globoke vdihe in izdihe. Istočasno se sprosti tudi prvotni obrambni odziv, ki je bil med travmatičnim dogodkom onemogočen. Osmi korak predstavlja nadaljevanje prejšnjega, saj gre za povrnitev ravnovesja v telesu, ki se pojavi

po sprostitvi nakopičene energije. Avtor to stanje poimenuje dinamično ravnovesje [angl. *dynamic equilibrium*]. Opazimo ga lahko, ko se živčni sistem na nevarnost odzove s hipervzburjenostjo in se po prenehanju grožnje ponastavi v prijetno stanje, da bi se vnovič lahko odzval z aktivnim odzivom, ko je ta potreben. Takšna uravnovešenost se izrazi skozi zavedanje, da ne glede na občutek, ki je še tako grozen, posameznik ve, da se lahko vrne k svoji telesni varni bazi – prijetnemu ravnovesju, ki nastopi po hipervzburjenosti. Zadnji, deveti korak je namenjen orientaciji v tukaj in zdaj, obnovita se sposobnost in želja po socialni angažiranosti, ki imata sami po sebi učinke zdravja in sreče. Vzpostavi se občutek pripadnosti, pojavi se radovednost in zavzetost za nova doživetja (Levine, 2010, str. 75–95).

Pristop somatskega doživljanja predstavi izjemno telesno sposobnost za okrevanje in strokovnjakom zagotovi devet osnovnih korakov, s katerimi lahko v odnosu z osebo s PTSM postopoma razbijeta oklepe travme. To poteka skozi konkretno zavedanje in raziskovanje delovanja našega živčnega sistema in njegove obrambne naloge, ne da bi se počutili preobremenjeno in dogajanje skušali analizirati.

1.1.1 EMDR – Francine Shapiro

Travmatična izkušnja je v možganih zapisana drugače in običajno ostane zamrznjena. Med novejše terapevtske prakse spada metoda desenzitizacije in ponovne predelave z očesnim gibanjem [angl. *eye movement desensitization and reprocessing*] (v nadaljevanju EMDR), ki danes preseneča s svojo skrivnostnostjo in učinkovitostjo. Gre za metodo, ki temelji na naravni sposobnosti našega telesa, da predela travmatične izkušnje, ki so ostale "zamrznjene", kot neprimerno in disfunkcionalno shranjene informacije in omogoči, da se travmatična izkušnja ponovno procesira in ustrezno zapiše v spomin kot dogodek iz preteklosti, ki je minil.

Iznajditeljica in utemeljiteljica metode EMDR Francine Shapiro (v Cvetek, 2002, str. 56) pojasni, da gre za celovit pristop, ki kombinira številne vidike temeljnih teoretičnih smeri in združuje obravnavanje fizičnih občutkov, odpravljanje travmatičnih podob in urejanje posameznih delov spomina travme v celoto. EMDR lahko razumemo kot integrativno metodo, ki vključuje elemente psihodinamičnega pristopa (asociacije, simbolizem idr.), vedenjskega pristopa (npr. verige učenja), kognitivnega pristopa (spreminjanje miselnih struktur in prepričanj), gestalt pristopa (razrešitev blokad, ki nastanejo zaradi čustev) in komponente Reichovega pristopa (spreminjanje fizičnih

občutkov, ki so povezani z disfunkcionalno shranjenimi vsebinami) (Cvetek, 2002, str. 68–69).

Temeljna teoretična načela EMDR so izpeljana iz modela pospešene informacijske predelave [angl. *Accelerated Information Processing model*] in koncepta spominskih mrež. Sistem informacijske predelave temelji na prepričanju, da imamo ljudje prirojen, fiziološko-nevrološko pogojen sistem, ki procesira informacije ali dogodke do stopnje prilagojene rešitve (iz dogodka vzamemo, kar je koristno, ter zavržemo, kar je destruktivno) in posledično zagotovi mentalno zdravje (Cvetek, 2002, str. 57–58). EMDR je proces, v katerem terapevt/ka načrtovano usmerja posameznikovo gibanje oči (ali uporabi druge alternativne dražljaje – slušne, fizične), oseba pa se med tem spominja dogodka, ki povzroča stisko. Izmenične dražljaje Shapiro (v Cvetek, 2002, str. 56) imenuje oblike dvojne stimulacije [angl. *forms of dual stimulation*]. Te aktivirajo sistem informacijske predelave in ga vzdržuje v dinamičnem stanju, da se informacije ustrezno preoblikujejo in zapišejo v možgane (Cvetek, 2002, str. 61).

Shapiro (1995, v Cvetek, 2002) pojasni, da lahko travma ali trajni stres povzročita neuravnoteženost in blokirata sistem informacijske predelave. Za lažje razumevanje avtor ta proces primerja s fizično rano, pri kateri naše telo sproži proces zdravljenja, da se rana zapre in zaceli. Če je rana prevelika ali se ponavlja, se ta ne more zaceliti, ostaja odprta, se vname in boli. Kadar rano obvežemo in ustrezno oskrbimo, ostranimo blokado, ki preprečuje naravno zdravljenje, in omogočimo nadaljevanje samozdravljenja. EMDR proces odstrani blokado sistema informacijske predelave in omogoči prilagojeno rešitev, ki se ustrezno integrira v naše spominske mreže (Cvetek, 2002, str. 58–59). Avtor (*ibid*.) podrobneje pojasni, da so spominske mreže nevrološki sklopi med seboj povezanih kanalov, ki shranjujejo kognitivne, senzorne in afektivne informacije. Kadar travma blokira sistem informacijske predelave, se nove informacije o travmatičnem dogodku ne predelajo ustrezno in se ne morejo integrirati v sklope z drugimi, morda bolj prilagojenimi informacijami. Informacija se takrat poveže s stresnimi in čustveno izčrpajočimi informacijami ali pa ostane izolirana. Shapiro predpostavlja, da takrat informacije o travmatičnem dogodku ostanejo zmrznjene v času, shranjene v identični obliki, kot so bile zaznane med travmatičnim dogodkom (Cvetek, 2000, str. 58–61).

EMDR metoda med procesom okrevanja uporablja dozirano izpostavljenost (spominjanje dogodka), ki traja od 20–30 sekund. Cilj EMDR metode je, da se uporabnik določenega spomina in misli ne trudi ohraniti, temveč je ob spodbudi in podpori terapevta/ke sposoben opazovati, kaj se dogaja. Takrat ima priložnost prepoznati druge

elemente in lahko opazi spremembe v obravnavani situaciji. Pojavijo se lahko misli, afekti in fizični občutki (Cvetek, 2002, str. 68–69). Za razliko od ostalih terapij, ki temeljijo na izpostavljenosti, izpostavljenost z metodo EMDR traja izjemno malo časa. Vsekakor je travmatična izkušnja izhodiščna točka, vendar je temeljna razlika pristopa ta, da se stimulirajo asociacije in da oseba postane pozorna na njih (Van der Kolk, 2014, str. 263).

Čeprav delovanje metode EMDR zaenkrat še ni povsem pojasnjeno, Van der Kolk (2014, str. 262) pravi, da bi bila metoda lahko povezana s spanjem s sanjanjem [angl. *REM – rapid eye movement*]. Premikanje oči med sanjanjem in med procesom EMDR je podobno. Avtor (*ibid*.) pojasni, da imajo možgani med globokim spancem in sanjanjem sposobnost preoblikovati spomin in utrditi čustveno relevantne informacije ter istočasno zavreči informacije, ki niso relevantne oz. uporabne.

Postopek EMDR je razdeljen na 8 faz, ki so prilagojene vsakemu posamezniku in njegovim značilnostim. Vsebuje tudi različne protokole, ki določajo posebnosti in se osredotočajo na specifičnost stiske (posamezni travmatični dogodek, več travmatičnih dogodkov, fobije, patološko žalovanje idr.).

Prva faza je namenjena raziskovanju posameznikove zgodovine in načrtovanju obravnave. Proces se odvija skozi pregled varovalnih dejavnikov in simptomov, ugotavljanje vzrokov ter odkrivanje virov moči in želenih izidov. Terapevt/ka nato določi tako imenovane tarče (spomini, sanje, vedenje …), ki so osnova posameznikove stiske oz. predmet obravnave (Cvetek, 2002, str. 69–70). Druga faza je namenjena pripravi. Terapevt/ka in oseba vzpostavita varen terapevtski odnos, oseba dobi potrebne informacije o metodi EMDR in o tem, kaj lahko pričakuje na srečanjih. Terapevt/ka nato obravnava njene skrbi in testira očesno gibanje. Pred začetkom obravnave terapevt/ka osebo opremi z določenimi relaksacijskimi tehnikami, ki so ji v pomoč ob intenzivnem doživljanju (npr. varen kraj). Tretja faza se osredotoči na ocenitev. Terapevt/ka prepozna, določi in zbere podatke o posameznikovi začetni reakciji na tarčo. Oseba nato izbere sliko, ki predstavlja izbrano tarčo (»Katera slika predstavlja najhujši del dogodka?«), in negativno misel, ki sporoča nezdravo dojemanje samega sebe (npr. »Nisem vreden ljubezni.«, »Nisem varen.«). Nato dobi vprašanje: »Kaj si želite verjeti o dogodku in o sebi?« Na ta način oblikuje pozitivno kognicijo, ki mora izražati zdrav odnos do sebe v povezavi s travmatično izkušnjo (npr. »Nisem več v nevarnosti.«). Oseba oceni, kako resnična se ji zdi pozitivna kognicija na sedemstopenjski lestvici veljavnosti kognicije ali VOC [*angl. Validity of Cognition*]: 1 – popolnoma neresnična in 7 – popolnoma resnična kognicija. Oseba se nato ponovno osredotoči na sliko in na negativno kognicijo, da lahko ugotovi,

kakšno čustvo jo spremlja. Terapevt/ka vpraša po intenzivnosti čustva od 0 (nevtralno, pomirjeno) do 10 (najslabše). Gre za oceno na lestvici subjektivnih enot motenosti – SUD [angl. *Subjective Units of Disturbanc*]. Ko je intenzivnost čustva določena, se oseba in terapevt/ka osredotočita na telo in poskušata prepoznati, kje v telesu se ta nahaja in kakšne telesne občutke sproža (Cvetek, 2002, str. 70–71). Cilj četrte faze je desenzitizacija. Oseba si zamisli izbrano sliko, ki predstavlja travmatičen dogodek, istočasno misli na negativno kognicijo in med sledenjem terapevtovim prstom (običajno kazalcu in sredincu ene roke) opazuje občutke, ki se pojavijo. Izvede se približno 15–30 očesnih gibov od levega proti desnemu vidnemu kotu. Oseba med očesnim gibanjem ne govori, le spremlja in si zapomni. Nato prejme navodila, naj vse izbriše in globoko vdihne. Terapevt/ka jo vpraša, kaj se je pojavilo med očesnim gibanjem. Pojavijo se lahko drugi spomini, spremembe slike, nove misli, čustva, zvoki, okusi, vonji in spremenjena telesna občutja. Terapevt/ka se pri tem izogiba empatični refleksiji odgovorov in podpori, saj bi s tem lahko negativno vplival/a na proces desenzitizacije. Osebo nato povabi, da se osredotoči na novo vsebino slike oz. novo tarčo in začne nov sklop očesnega gibanja. Proces desenzitizacije se nadaljuje, dokler oseba intenzivnosti doživljanja ne oceni z 0 ali vsaj z 1 (Cvetek, 2002, str. 71). Peta faza se imenuje instalacija, njen cilj je, da oseba in terapevt/ka dosežeta polno integracijo pozitivne kognicije. Terapevt/ka usmerja osebo, da zadrži najprimernejšo ter najbolj prilagojeno pozitivno misel ter se istočasno spominja tarče. S pozitivno kognicijo nato od 1 do 7 oceni intenzivnost doživljanja spomina/tarče. Terapevt/ka glede na lestvico veljavnosti kognicije vpraša: »Koliko občutite, da so te besede za vas napačne oziroma resnične?« V primeru, da oseba doživljanje oceni z manj kot 6, mora terapevt/ka ponoviti niz očesnega gibanja, dokler ni odgovor najmanj 6. Šesta faza je namenjena pregledu telesa. Oseba zapre oči, z mislimi se osredotoči na tarčo in pozitivno kognicijo, nato pa skenira svoje telo in poskuša zaznati, ali se v kakšnem delu telesa nahaja napetost/nenavaden občutek. O tem poroča terapevtu/ki, ta pa izvede dodaten set očesnega gibanja. Oseba se med tem osredotoči na zaznani telesni občutek, dokler napetost ni odpravljena (Cvetek, 2002, str. 72). Sedma faza je namenjena zaključku. Po vsakem srečanju terapevt/ka osebo usmeri in vrne v stanje čustvene stabilnosti. To lahko doseže z varovalnimi dejavniki. Oceni tudi njeno varnost, pomaga vzpostaviti pozitiven miselni okvir in poda navodila. Oseba doma piše dnevnik o svojih mislih, občutjih in spominih, ki se pojavijo do naslednjega srečanja (Cvetek, 2002, str. 72). Osma in zadnja faza se imenuje reevalvacija. Je faza, ki je začetna pri vsakem naslednjem srečanju. Terapevt/ka v tej fazi preveri, ali je vsebina, ki je bila obravnavana, primerno integrirana in ali so se pojavile še

kakšne neprilagojene informacije, ki jih je potrebno obravnavati. V skladu s tem se določijo nove tarče (Cvetek, 2002, str. 72).

EMDR metoda vključuje tudi nekatere strategije, ki omogočajo delo z blokadami in strokovnjake opremijo z znanjem kognitivnega prepletanja. To je ena izmed strategij, s katerimi lahko terapevt/ka ponovno sproži blokirano obravnavo tako, da osebi poda določene informacije in ne čaka, da jih oseba razvije sama. To so informacije, ki bodo skupaj s posameznikovimi pletle ustrezne nevronske mreže in asociacije. Za učinkovito obravnavo travmatičnega spomina je takšno kognitivno prepletanje običajno potrebno pri temah odgovornosti, varnosti in možnosti izbire (Cvetek, 2002, str. 72–73).

O uspešnosti EMDR metode je bilo izvedenih več raziskav. Po mnenju nekaterih avtorjev in ustanov (npr. EMDR Institute 2002, Shapiro, 1995, v Cvetek, 2002) je bilo o učinkovitosti EMDR izvedenih več kontroliranih raziskav kot o katerikoli drugi psihoterapevtski metodi, ki obravnava PTSM (razen raziskav zdravil). Raziskave so pokazale, da EMDR omogoči okrevanje že po 3–10 urah sodelovanja (Cvetek, 2002, str. 68). Van der Kolk celo trdi, da zagotavlja hitre spremembe, ki segajo izven tradicionalnega prepričanja o tem, koliko časa je potrebnega za psihološko zdravljenje (Cvetek, 2002, str. 73–75). Čeprav dosega EMDR presenetljive rezultate, ki se lahko pojavijo izjemno hitro, je pomembno poudariti, da ima vsak človek različne potrebe in sposobnosti, ki vplivajo na proces pomoči in podpore. Pomembno je, da se zavedamo specifičnosti vsakega posameznika, saj lahko ena oseba za vzpostavitev zaupanja porabi nekaj tednov, druga oseba pa lahko v istem času opravi več ali celo vse faze. Okrevanje je zaključeno, ko je fokus usmerjen na spomine, ki prispevajo k stiski v sedanjosti, na trenutne situacije v sedanjosti, ki povzročajo stisko, in na posameznikove sposobnosti, ki jih potrebuje za življenje v prihodnosti (What is the actual EMDR session like?, b. d.)

EMDR je inovativna metoda, ki še do danes ni povsem pojasnjena, a omogoča, da se travmatična izkušnja s pomočjo očesnega gibanja ponovno procesira v možgane in se ustrezno zapiše v spomin kot dogodek iz preteklosti. Travmatična izkušnja tako postane del osebnostne zgodovine posameznika in ne povzroča številnih simptomov, ki so posledica nepredelane travmatične izkušnje.

1.3.2 Čuječnost

Travmatična izkušnja običajno spremlja izjemno neprijetno in intenzivno doživljanje, ki vztraja še dolgo časa po tem, ko nevarnosti ni več. Ljudje se zaradi preobremenjenosti in preplavljenosti doživljanju pogosto izogibajo in se težko soočijo z vsemi simptomi, ki jih za seboj pusti travmatična izkušnja. Čuječnost je metoda, ki omogoči zavedanje in sprejemanje doživljanja brez obsojanja in analiziranja. Temelji na delu v sedanjosti, ki je pri okrevanju po travmatični izkušnji izjemno pomembno, saj travmatizirane osebe običajno živijo v preteklosti travmatične izkušnje in izgubijo občutek za sedanjost.

Čuječnost je metoda, ki nas usmeri v sedanjost in je prevod starodavnega izraza *sati*, ki ga danes povezujemo z zavedanjem, pozornostjo in pomnjenjem (Tanhane, 2016). Siegel (2014, str. 5) ji podrobneje pripisuje tudi neobsojanje, poglobljeno sprejemanje in prijaznost ter pojasni, da se pri izvajanju metode čuječnosti najbolj posvetimo zavedanju sedanjega trenutka, doživljanja tukaj in zdaj s sprejemanjem vsega, kar se med doživljanjem pojavi. Gre za preprost način, ki že več kot 2500 let zagotavlja lajšanje človeškega trpljenja in krepi dobro čustveno počutje. Zaradi izjemnih pozitivnih učinkov na možgane, um in celotno telo se prakticiranje čuječnosti vse bolj uveljavlja na področju psihologije, nevroznanosti in medicine, saj vodi k osebnostnemu razvoju in deluje kot pripomoček za krepitev učinkov številnih oblik psihoterapij. Tehnika čuječnosti dosega presenetljive rezultate na področjih anksioznosti, depresije, zdravstvenih težav, ki so posledice stresa, zasvojenosti, motenj prehranjevanja in celo posledic staranja. Vpliva tudi na našo samopodobo in preprečuje preokupiranost s samim seboj in primerjanjem z drugimi. Njeno prakticiranje izboljša medosebne odnose, omogoči, da se povežemo z zunanjim svetom in postanemo del nečesa večjega. Uči nas popolne prisotnosti v odnosu z drugimi ljudmi, saj jih dojamemo bolj resnično, jih začutimo in manj verjamemo v svoje sodbe o njih. Avtor (Siegel, 2014, str. 7) pravi, da je lahko sposobnost, da na svoje notranje doživljanje pogledamo "od zunaj", s sprejemanjem brez navezanosti in obsojanja dovolj, da se ljudje soočimo s težavo in poiščemo rešitev. S čuječnostjo se učimo premišljenega odziva in ne reagiramo na podlagi bolečine in jeze (Siegel, 2014, str. 5–7).

Za ljudi je značilno, da postane dogodek, ki je hujši od naše zmogljivosti za doživljanje, travmatičen in izzove potrebo po zatiranju čustev ter občutkov izven naše zavesti. Čuječnost za razliko od številnih pristopov, ki težijo k manjšanju intenzivnosti doživljanja, poviša našo zmogljivost za njeno toleriranje. Njen cilj je, da nam omogoči pripravljenost prenesti karkoli, kar se pojavi v našem življenju, dobro ali slabo (Siegel,

2014, str. 116). Siegel (2014, str. 120) pojasni, da kadar ostanemo v doživljanju izkušnje, izkusimo desenzitizacijo težke vsebine in zmanjšanje njene moči. Čuječnost deluje kot vrsta terapije z izpostavljenostjo, ki je običajno najbolj univerzalen element v vseh vrstah psihoterapij. Travmatičen spomin s čuječnostjo doživimo s sprejemanjem, popolnim zavedanjem doživljanja, z manj ali brez obsojanja, kar zmanjša možnost, da bi se stanje zaradi katastrofalnosti, sramu in krivde še poslabšalo. Manj vznemirljivi spomini ne zahtevajo tolikšnega izogibanja, posledično pa povečajo izpostavljenost in psihološko predelavo. Kadar podoživljanje prepoznamo zgolj kot besede, podobe in fizične občutke, nas manj jezijo in se jih manj bojimo. Prepoznamo jih zgolj kot vsebino travme, pri kateri so strategije izogibanja, kot so odvračanje pozornosti in zloraba substanc, manj potrebne. Černetič (2005, str. 78–79) po navedbah Curtisa Breslina, Zacka in McMaina (2002) pravi, da lahko element sprejemanja razumemo kot vrsto prikrite desenzitizacije. Hayes in Feldman (2004, v *ibid.*) pa pravita, da je sprejemanje element, ki temelji na izpostavljenosti.

Brantley (2003, v Černetič, 2005, str. 74) opozarja, da čuječnost ni zgolj metoda, ki jo lahko uporabimo po potrebi. Je tehnika, ki zahteva redno dnevno prakticiranje formalnih in neformalnih oblik čuječnosti. Njeni učinki so najintenzivnejši, kadar postane vsakdanji način našega delovanja. Treniranje čuječnosti po navedbah Siegela (2014) poteka skozi razvijanje treh temeljnih spretnosti. Prva predstavlja koncentracijo, ki izboljša pozornost uma. Druga je odprtost uma [angl. *open monitoring*] in omogoči zaznavanje načinov, skozi katere um ustvari trpljenje. Tretja se nanaša na sprejemanje, ki je namenjeno pomirjanju in tolažbi. Običajno najprej razvijemo sposobnost koncentracije, saj moramo um usposobiti za natančno opazovanje danega trenutka in njegovega spreminjanja. Nato nadaljujemo z odpiranjem svojega uma in zavedanjem. Te spretnosti nam omogočijo, da prepoznamo in se zavedamo vsega, kar se pojavi v naši zavesti. Takrat lahko opazimo, da je naš um prežet s samokritičnimi mislimi, obsodbami in upiranjem. V tem trenutku nastopijo ljubezen, prijaznost, sočutje do samega sebe, pomirjenost in spoštovanje (Siegel, 2014, str. 54). Kabat-Zinn (1990, v Černetič, 2005, str. 74–75) omeni tudi pomen notranje naravnanosti, ki jo pojasni z elementi; ti so: nepresojanje, potrpljenje, začetniški um, ki spominja na odprtost uma, neprizadevanje, sprejemanje in nenavezanost.

Čuječnost krepi empatijo in sočutje do lastnega trpljenja, trpljenja drugih in prebudi željo po pomoči drugim. Siegel (2014, str. 48) pojasni, da trpljenje in neuspeh običajno sestavljajo tri komponente. Samokritičnost, ki se izraža kot sram zaradi neuspeha, samoizoliranost, ki jo lahko opazimo kot distanciranje od ostalih ljudi, saj se počutimo, kot

da ne pripadamo, in obremenjevanje s samim seboj, ki običajno vključuje pripovedovanje o tem, kako smo nesposobni in kako ne moremo verjeti, da smo naredili napako. Ti elementi aktivirajo naš odziv na nevarnost. Samokritičnost je odziv boja in jeze, ki jo obrnemo proti sebi, samoizoliranost je odziv bega, saj se želimo umakniti, obremenjevanje s samim seboj pa je zamrznitev in ujetost v nekakšno paralizo. Takrat ne gre samo zato, da se počutimo slabo in se soočamo s težkimi občutki, temveč začnemo verjeti, da smo tudi sami slabi. Rešitev nam nudi sočutje do samega sebe. Na samokritičnost odgovorimo s samospoštovanjem in prijaznostjo do sebe, pri samoizoliranosti pa se zavemo, da tudi drugi ljudje doživljajo enake neuspehe. Pri obremenjenosti samih s seboj se zatečemo k čuječnosti, ki nam pomaga, da se osredotočimo na doživljanje trenutka tukaj in zdaj namesto na pripovedovanje o "sebi" in o "našem" (Siegel, 2014, str. 46–49).

Cilj čuječnosti na področju travm je njena integracija. To lahko razumemo kot psihološko zdravljenje, saj spomini niso potlačeni in razbiti na posamezne dele, temveč se z ustreznimi občutki in kognicijo povežejo v celoto. S čuječnostjo pridobimo možnost, da se počutimo mirno in udobno znotraj nas samih. Uskladi se delovanje našega uma in telesa. Ob integraciji travme s pomočjo čuječnosti sprejmemo svoje sesalske značilnosti, vse telesne funkcije, instinkte, svojo spolnost, agresijo in vse čustvene odzive, ki se pojavijo kot odziv na travmatično izkušnjo. Vse to sčasoma vodi tudi k duhovnemu razvoju, saj gre za integracijo prepričanja o tem, kdo smo, kdo so drugi in kakšen je širši svet, v katerem živimo (Siegel, 2014, str. 121–122).

Metoda čuječnosti nas uči prepoznati vse dogodke z njihovimi tokovi spreminjanja. Usmerja nas k zavedanju staranja, bolezni, ki se jim ne moremo izogniti, in celo dejstva smrti, da nas to ne bi vedno znova hudo vznemirilo in prizadelo (Siegel, 2014, str. 121). Van der Kolk (2014, str. 210) pojasni, da nas čuječnost poveže z naravnim tokom plimovanja naših čustev, kar okrepi našo moč in nadzor nad njimi.

Siegel (2014, str. 121) predstavi štiri korake za spopadanje s travmatično izkušnjo. Prvi korak je namenjen razvoju posameznikove odprtosti za boleča čustva in spomine. Sledi raziskovanje travme in nato njeno doživljanje kot neosebne izkušnje in kot dejstva, da ima vsaka stvar svoj vzrok in stanje. Zadnji korak se osredotoči na razvoj sočutja do samega sebe, vpletenih drugih in tistih s podobno izkušnjo. Prva dva koraka sta povezana s stopnjo relativne resnice – na kakšen način razmišljamo o življenju na splošno. Odpremo se za doživljanje bolečih čustev in raziskujemo dejstva travme. Tretji in četrti korak se nanašata na absolutno resnico – ali se lahko ozremo nazaj in vidimo travmo iz neosebne perspektive kot neoseben pojav, ki se dogaja v svetu. Tudi Černetič (2005, str. 79) pri obravnavi travm

izpostavi pomembnost decentrirane perspektive oz. opazovanja zunanjega in notranjega doživljanja s perspektive objektivnega in nevpletenega opazovalca ali opazujočega jaza. Pri izvajanju korakov je izjemno pomemben terapevtov občutek za čas, saj v procesu okrevanja ne smemo hiteti. Začeti moramo vedno z varnostjo v času posameznikovega relativno stabilnega življenja, saj se mora ta najprej počutiti varno v trenutni situaciji in šele nato začeti z integracijo zatrtih občutkov, čustev in misli. Oseba mora imeti občutek, da je sposobna prenesti lastno doživljanje, preden se vanj zares poglobi (Siegel, 2014, str. 121). Siegel (2014) za predelovanje travm skozi čuječnost predlaga tudi tehniko z akronimom RAIN – prepoznati [angl. *recognize*], dovoliti [angl. *allow*], raziskati [angl. *investigate*] in se ne identificirati [angl. *nonidentification*]. Tehnika je primerna za predelovanje kakršnekoli stiske, povezane s travmo (Siegel, 2014, str. 122).

Čuječnost danes poznamo v številnih oblikah. Temeljni programi čuječnosti, ki dosegajo izjemne rezultate, so čuječnost, ki temelji na zmanjšanju stresa, kognitivna terapija čuječnosti, dialektična vedenjska terapija in terapija sprejemanja in zavezanosti. Čuječnost, ki temelji na zmanjšanju stresa [angl. *MBSR – Mandfulness Based Stress Reduction*], je namenjena zdravljenju bolečin in s stresom povezanih motenj. Je oblika, ki je danes najbolj uveljavljena, prilagojena in izjemno široko raziskana. Kognitivna terapija čuječnosti [angl. *MBCT – Mindfulness Based Cognitive Therapy*] se nanaša na sprejemanje misli kot zgolj samo misli, ki pridejo in odidejo iz našega uma. Strokovnjaki so namreč ugotovili, da spreminjanje misli in vedenja ni tako učinkovito, kot je razvoj poglobljenega sprejemanja. Dialektično vedenjska terapija [angl. *DBT – Dialectical Behavior Therapy*] se je razvila za zdravljenje mejne osebnostne motnje s čustvenimi disregulacijami. Bistvo terapije je spoznanje, da se oseba lahko sprejme takšna, kot je, da sprejme svojo preteklost in trenutno situacijo. Terapijo sprejemanja in zavezanosti [angl. *ACT – Acceptance and Commitment Therapy*] sestavljajo elementi, kot sta kreativna nemoč, ki se osredotoča na zavedanje nesmiselnosti trenutnega prizadevanja, da bi se počutili boljše, in element vrednotenja, pri katerem gre za spoznanje, da smo zgolj opazovalci svojih misli in ne "misleci" (Siegel, 2014, str. 124–129).

Čuječnost je izredno široko zastavljena tehnika, ki jo lahko uporabljamo kot samostojno metodo ali kot pripomoček pri že uveljavljenem procesu pomoči in podpore. Njena prednost in temeljna značilnost je osredotočanje na sedanji trenutek, ki ga dojemamo s sprejemanjem, brez odpora, izogibanja in z upoštevanjem vseh njegovih elementov. Čuječnost pri okrevanju po travmatični izkušnji omogoči, da oseba ni preobremenjena z lastnim doživljanjem, se mu ne izogiba in s sočutjem ter razumevanjem

prepozna, sprejme in razvije toleranco do doživljanja, ki nas obvaruje pred tem, da bi nas izkušnje vedno znova travmatizirale. Travma se ob zavedanju doživljanja v nepreobremenjenem stanju lahko integrira in osebi omogoči sposobnost življenja v sedanjosti.

1.3.3 Travmam prilagojena joga – David Emerson, Elizabeth Hopper

Travmatična izkušnja pogosto povzroči, da posameznik lastno telo doživlja kot tuje. Izgubi občutek moči in kontrole nad njim ter ga pogosto doživlja kot sovražnika, iz katerega izvira preobremenjujoče doživljanje. Telo in um lahko postaneta neusklajena, zato je pomembno, da na različne načine poskušamo uskladiti njuno delovanje. Joga je ena izmed modrosti in tehnik, za katero velja, da povezuje um in telo ter povrne občutek moči in nadzora nad lastnim telesom.

Pri raziskovanju vpliva travmatične izkušnje na možgane je Van der Kolk (Integral yoga magazine, 2009) skušal odkriti načine, s katerimi bi lahko ljudje regulirali možgansko jedro sistema za vzburjenost. Takrat je naletel na jogo kot način varnega doživljanja telesnih občutkov, tihe prakse mirovanja in pripomoček za reintegracijo telesa in uma (Integral yoga magazine, 2009).

Van der Kolk (Integral yoga magazine, 2009) pravi, da joga ljudem s PTSM pomaga spoprijateljiti svoje telo, ki jih je v preteklosti izdalo in ni zagotovilo varnosti v kritičnih okoliščinah. Je ponovno programiranje avtomatskih fizičnih odzivov in način za nadziranje instinktov. S pomočjo čuječnosti joga omogoči, da postanemo pozorni opazovalci plimovanja telesnega doživljanja, zaznavanja misli, čustev, telesnih občutkov in impulzov (*ibid*.). Emerson in Hopper (2011, str. 24) pojasnita, da s treniranjem joge osebe s PTSM razvijejo močno telo, se v njem počutijo udobno in ostanejo prisotni v tukaj in zdaj. Njeni pozitivni učinki se kažejo v sposobnosti prepoznavanja in toleriranja notranjega doživljanja, v ponovno vzpostavljeni povezanosti z lastnim telesom, v boljšem duševnem zdravju in pristnejših medosebnih odnosih.

Ljudje jogo uporabljajmo že več kot 5000 let. Njen izvor lahko zasledimo že v zgodnjih svetih zapisih hinduizma z območij današnjega Pakistana in Indije. Joga se je takrat oblikovala v kontekstu starodavne Indije skozi razcvet hinduizma, budizma in jainizma (tradicija nenasilja, preprostosti in zmernosti). Kljub njenemu razvoju znotraj religij je ta zastavljena širše in splošno. Mnogi menijo, da je joga raziskovanje obstoja, vabilo k raziskovanju subjektivne in morda tudi objektivne izkušnje eksistence. Emerson in

Hopper (2011, str. 27) jogo predstavita kot vabilo osebe k poslušanju lastnega telesa ter k vodenju in usmerjanju lastne izkušnje. Takšna interpretacija je temeljna, saj je cilj joge učenje tega, kako biti v lastnem telesu in kako z njim sodelovati na način, ki nam najbolj ustreza. Joga, prilagojena osebam s PTSM, vsebuje tudi učenje o tem, kako prositi učitelja joge za pomoč, kako prenehati, kadar je nekaj boleče in neprijetno, in kako zapustiti vadbo, kadar je oseba preobremenjena s svojimi mislimi in občutki. V kontekstu joge, ki temelji na razumevanju travme, se učitelji naučijo prepoznati in spodbuditi vsako odločitev ali izbiro, ki jo sprejme oseba z namenom, da podpre svoje dobro počutje (Emerson in Hopper, 2011, str. 25–28).

Joga nam pomaga uravnavati čustvena in fizična stanja, saj telesu ponudi priložnost za povrnitev naravnega gibanja in samoregulacije z dihom. Temeljni učinek joge za osebe s travmatično izkušnjo je spoznanje, da je doživljanje zmeraj minljivo ne glede na to, kakšno je. Med izvajanjem različnih časovno omejenih jogijskih položajev v varnem okolju se oseba uči, da lahko neprijetne občutke prenese in tolerira, dokler ne preide na naslednji položaj. To prepreči potrebo po izogibanju ali zatiranju in pozornost usmeri na opazovanje zaključka doživljanja. Tudi tehnike dihanja so temeljni element joge, saj nas opremijo z načini, s katerimi lahko spremenimo delovanje sistema vzburjenosti in utišamo um. Opazovanje minljivosti in sposobnost samoregulacije sta pozitivni izkušnji, ki se zapišeta v naše telo, um in spomin (Integral yoga magazine, 2009).

Emerson in Hopper (2011, str. 34) opozarjata, da so osebe s travmatično izkušnjo zaradi specifičnih značilnosti prikrajšane za potencialne učinke joge, saj se ta pogosto izkaže kot nova priložnost za neuspeh, razočaranje in bolečino. Številne vadbe joge običajno izvirajo iz štirih najbolj prepoznavnih vadb – vinyasa, power, iyengar in bikram. Vsaka ima svoje posebnosti, ki so pogosto težavne, kadar jih skušajo izvajati osebe s PTSM. Večina vadb bikram in power joge se izvaja v vročem prostoru in s pomanjkljivimi oblačili, učitelji pa uporabljajo jezik, ki udeležene spodbuja, da vztrajajo v položajih še malo dlje in dodajajo intenzivnost položaja. Osebe so v primerih, ko položaj prilagodijo, običajno korigirane in nimajo priložnosti za samoraziskovanje. Joga, ki temelji na razumevanju travm, upošteva dejstvo, da ljudje s travmatično izkušnjo pogosto občutijo nemoč, izgubijo nadzor nad svojim telesom in se zavedajo, da takšen način vadbe spodbuja občutke nemoči in neučinkovitosti. PTSM prilagojena joga se zato osredotoča na sprejemanje odločitev, ki se nanašajo na lastno skrb in dobro počutje. Inyengar joga pri vadbi pogosto vključuje rekvizite (tudi pasove). Učitelji običajno narekujejo osebam, naj jih uporabijo, udeležene ne povabijo k njihovi uporabi in zanemarijo dejstvo, da številne

travmatične izkušnje vključujejo pasove, s katerimi so bile osebe privezane in imobilizirane. Nekateri rekviziti lahko celo sporočajo, da je telo problem in potrebuje popravljanje. Vinyasa joga je sestavljena iz položajev, ki se hitro menjajo (odvisno od učitelja). Oseba lahko začne zaostajati in dobi občutek neuspeha, zaradi katerega se nikoli več ne želi vrniti in tvegati ponovno trpljenje ali ponižanje. Včasih se vadba lahko odvija celo tako hitro, da spodbudi disociacijo, ki je ravno nasprotna od prizadevanja, da osebe ostanejo čuječe in odkrijejo lastni ritem. Pomemben faktor vadbe joge so tudi sami učitelji. Številni uporabljajo prekomerno fizično pomoč pri izvajanju položajev in se osebe dotikajo, še preden se ta sploh zave, da se ji učitelj približuje. Za osebe, ki so žrtve spolnih zlorab, in veterane je to dejanje kljub dobrim namenom lahko katastrofalno (Emerson in Hopper, 2011, str. 29–34).

Joga, prilagojena značilnostim oseb s travmatično izkušnjo, je bila oblikovana na podlagi njenih kritičnih omenjenih lastnosti. Strokovnjaki travm so jo ob sodelovanju z osebami s PTSM razvili v Ameriki, in sicer v Centru za travme. Njihov cilj je bil oblikovati vadbo joge, ki je dosegljiva, sprejemljiva in prilagojena lastnostim oseb s PTSM (Emerson in Hopper, 2011, str. 28, 36). Razvili so jogo, ki zagotavlja strukturiran pristop, spodbuja notranji občutek varnosti, osebno moč [angl. *personal agency*] in nudi možnost izbire. Krepi tudi sposobnost za samozavedanje in samoregulacijo. Osredotočena je na štiri temeljne vidike, ki so se izkazali kot izjemno pomembni na področju dela s travmami. Ti so doživljanje sedanjega trenutka, sprejemanje odločitev, izvajanje učinkovitih akcij in ustvarjanje ritma. Učiteljev cilj je, da se med procesom ene vadbe posveti vsem štirim vidikom. Prilagodi tudi jezik, ki pomaga razjasniti vsebino in ustreza specifičnosti posamezne skupine (Emerson in Hopper, 2011, str. 39).

Joga deluje kot neprimerljiva praksa, ki pomaga ljudem, da so telesno prisotni v sedanjem trenutku (Emerson in Hopper, 2011, str. 40). Kadar so osebe s PTSM soočene s sprožilci oz. trigerji, jih ti povlečejo v travmatično preteklost. Joga, ki je prilagojena travmam, skuša nuditi čim več tehnik, ki osebi omogočijo, da se vrne v sedanji trenutek in ostane prisotna v svojem telesu. Zavedanje lastnega dihanja deluje kot učinkovita tehnika, ki omogoči, da se oseba sooči in nadzira disociacijo ter ostane prisotna v sedanjem trenutku ali se vrne v tukaj in zdaj (Emerson in Hopper, 2011, str. 42).

Med travmatično izkušnjo so običajno prisotne okoliščine, v katerih osebe nimajo možnosti lastne izbire in odločitve. To lahko prebudi dvome o tem, ali imajo sploh kakšen nadzor nad tem, kaj se dogaja v njihovih življenjih. Proces predelovanja travmatične izkušnje vključuje nepogrešljivo povrnitev občutka nadzora. Travmam prilagojena joga

spodbuja strukturirano, podporno in v lastnem tempu ustvarjeno sprejemanje odločitev, ki se nanašajo na posameznikovo telo in izkušnje, ki so nežne, prijazne in skrbne. Učitelji običajno nudijo manjše, a specifične možnosti, ki posamezniku omogočijo sprejemanje odločitev glede lastnega telesa. Nenehno poudarjajo, da lahko oseba v kateremkoli trenutku preneha, če izkuša bolečino, in da ima na voljo konkretne prilagoditve, za katere se lahko odloči, da ne ostane ujeta v neprijetnem doživljanju (Emerson in Hopper, 2011, str. 43–46).

Travmatične izkušnje izzovejo intenzivne občutke nemoči in neučinkovitosti. Med izvajanjem travmam prilagojene joge učitelji ustvarijo številne priložnosti za občutek samozadostnosti, ki osebam omogoči, da se počutijo varneje, udobneje in ki sprožajo občutek nadzora. Avtorja (*ibid*.) sprejemanje učinkovitih odločitev predstavita s primerom zaznavanja, kje se oseba nahaja, in s prepoznavanjem karakteristik trenutnega doživljanja (Sedimo ali ležimo? Smo sami? Ali slišimo kakšne glasove? ipd.). Sledi prepoznavanje nelagodja (npr. temperaturo, preveč glasno ozadje …) in ugotavljanje, ali lahko karkoli storimo, da bi se počutili boljše (zapremo okno, se pokrijemo z odejo …). Običajno so to preprosta, a konkretna dejanja, ki nam omogočijo, da lahko prepoznamo kakršnokoli spremembo v doživljanju, ko dejanje izvedemo (Emerson in Hopper, 2011, str. 50–53).

Travmatizirane osebe pravijo, da se pogosto počutijo ločene in odtujene od samih sebe in drugih. Emerson in Hopper (2011, str. 52) ta pojav povezujeta z izgubo naravnega ritma oz. pomanjkanja sinhronizacije. Travma človeka osami in onemogoči izmenjavo človeških karakteristik v medosebnih odnosih. Motnje ritma lahko opazimo skozi zadrževanje diha, nenehno napete mišice ob istočasnem posameznikovem nezavedanju lastnega nelagodja. Mnogi poročajo o motnjah bioritma hranjenja, spanja in pomanjkanja energije za življenje. Gre za zamrznjeno stanje s pomanjkanjem uglašenosti med fiziologijo telesa in čustvi, ki prepreči sposobnost za spontanost in odzivanje na nove situacije. Joga nudi priložnost za uglaševanje s samim seboj ter omogoči, da se povežemo z drugimi skozi dihanje, gibanje in skupno izkušnjo. Zagotavlja tudi številne konkretne priložnosti za ustvarjanje in negovanje ritma. Gre za raziskovanje intrapersonalnega ritma [angl. *intrapersonal rhythm*], kjer se oseba uglasi na svoj dih in gibanje, nato sledi odkrivanje medosebnega ritma [angl. *interpersonal rhythm*], ki pomeni uglašeno gibanje z drugimi v skupini. Kadar oseba vzpostavlja ponovno povezavo z lastnim in medosebnim ritmom, se ponovno vključuje v svet in znova ustvarja smisel življenja. Pomemben element ritma je tudi uglašenost na čas, saj poudarja začetek ter konec doživljanja. Ta se spodbuja s časovno omejenimi položaji in z učiteljevim glasnim odštevanjem (Emerson in Hopper, 2011, str. 52–58).

Van der Kolk (Integral yoga magazine, 2009) opozarja, da se morajo učitelji joge zavedati, da se med vadbo lahko pojavijo vsebine, ki osebo močno vznemirijo. Potrebna je učiteljeva usposobljenost za načine pomoči, s katerimi se oseba lahko fizično pomiri. Pri tem poudarja, da je priporočeno, da se učitelji joge v času vadbe vzdržijo pogovarjanja, pojasnjevanja, pridiganja in se usmerijo k prebujanju občutka varnosti. To poteka s tehnikami samoregulacije, izvajanjem *pranayame* (dihanja s trebuhom) in gibanja, ki omogoča, da oseba ostane pomirjena in osredotočena na sedanji trenutek. Emerson in Hopper (2011, str. 47) na primeru predstavita pomoč osebi v odzivu na nevarnost. Ta vsebuje najprej verbalno preverjanje, ali je oseba v redu in ali potrebuje pomoč. Pove, da se je pripravljena pogovoriti in jasno pokaže skrb, vendar se, če je le možno, usmeri na izvajanje osnovnih, preprostih in osebi znanih položajev, kot je *tadasana* – položaj gore (stoječi položaj z rokami ob telesu) in tehnik dihanja. Vaje izvajata učitelj in oseba sinhronizirano. Po koncu omenjenih tehnik učitelj osebo povpraša po počutju in preveri, ali se oseba lahko h komu obrne po pomoč (Emerson in Hopper, 2011, str. 134–138).

Joga združuje temeljne elemente, ki osebi po travmatični izkušnji nudijo občutke moči, varnosti znotraj lastnega telesa, uglašenosti z drugimi in številne tehnike, ki delujejo kot pripomoček pri spopadanju s simptomi PTSM. Travmam prilagojena joga se zaveda občutljivosti področja travm in prepoznava odzivanje oseb s travmatično izkušnjo ter nevarnosti retravmatizacije. Osebam s travmatično izkušnjo nudi ustrezne in predvsem varne okoliščine, v katerih si lahko vsak posameznik povrne moč in vpliv nad telesom ter krepi usklajeno delovanje telesa in uma.

1.3.4 TRE – David Berceli

Travmatična izkušnja je običajno tako intenzivna, da sproži prirojen odziv na nevarnost, vendar prepreči, da bi se ta zaključil. Posledice se kažejo v porušenem ravnovesju in napetih mišicah, ki so vzrok številnih psihosomatskih simptomov. Iznajditelj in utemeljitelj vaj sproščanja stresa in travme [angl. *trauma releasing exercises*] (v nadaljevanju TRE), David Berceli, je ugotovil, da lahko ljudje s pomočjo preprostih in nebolečih tehnik sprostimo kronično zakrčenost mišic.

Berceli (2012, str. 29–30) pri telesnem zaznavanju nevarnosti opozori na pomembnost trebušno-medeničnih možganov. Ti se nahajajo v spodnjem delu trebuha ter medenice in vsebujejo največjo mrežo živcev, ki je neposredno povezana z avtonomnim živčnim sistemom. Gre za sistem komuniciranja in sprejemanja signalov iz naših notranjih

fizioloških sistemov. Ljudje takšne signale prepoznamo kot intuicijo, ki nas opozori na nevarnost, še preden jo zavestno identificiramo. Ljudje se na nevarnost odzovemo z ledveno mišico ali mišico psoas, ki povezuje hrbet, medenico ter noge in varuje naše telesno težišče. To so mišice našega telesnega ogrodja, ki so sproščene, kadar se počutimo varno, in so odgovorne za aktiviranje obrambnega odziva bega ali boja ob grožnji. Odziv poteka skozi napetost ledvenih mišic ali mišic psoas, s pomočjo katerih se ljudje zvijemo v klopčič in zavarujemo najbolj izpostavljene in ranljive dele svojega telesa. Pri PTSM so mišice psoas nesproščene ali celo poškodovane še dolgo časa, ko nevarnosti ni več. Da bi naše telo lahko ponovno vzpostavilo ravnovesje in si povrnilo občutek varnosti, je potrebno, da se v mišici psoas povrne stanje sproščenosti in možganom pošlje signal, da se lahko pripravljenost na nevarnost zaključi (Berceli, 2012, str. 17–18).

Sprostitev poteka skozi tresenje telesa, ki sprošča prekomerno vznemirjenost in je prirojena ter naravna metoda za sproščanje visokih ravni napetosti in kemikalij. Ljudje takšno sproščanje pogosto prekinemo ali zatremo in tako preprečimo ponovno vzpostavitev ravnovesja. S tem povzročimo konflikt med telesom in umom, ki vzdržuje kronično zakrčenost mišic in vznemirjenost. Berceli (2012, str. 20–21) pojasni, da je človek takrat ujet v biološko-nevrološko-fiziološki zanki.

Za sproščanje napetosti mišic, ki povzročijo stres in so vzrok številnih posledic travm, je Berceli razvil sklop preprostih, vendar učinkovitih vaj, ki so osnovane na podlagi tradicije, bioenergetike, tai chija, joge, borilnih veščin in vzhodnjaških praks (Berceli, 2012, str. 71).

Kljub preprostosti imajo vaje obsežen in takojšen učinek na posameznikovo fizično in duševno-čustveno stanje. V posameznikovi zavesti se lahko pojavijo pretekle travme, sprostijo se globoko ukoreninjena čustva, pojavi pa se lahko tudi nizek krvni tlak. Vaje TRE so izrecno oblikovane za umetno spodbujanje mehanizma tresenja. Tresenje razreši kronično napetost in poteka od središča težnosti, znotraj medenice proti zunanjim delom telesa. Vaje se začnejo pri stopalih in gležnjih, nato potujejo po nogah navzgor do medenice. Tresenje se običajno najprej pojavi v stegenskih mišicah, nadaljuje v mišicah psoas, razširi čez medenico in nato še v spodnji del hrbta. Proti koncu vadbe se tresenje odvija po hrbtenici navzgor v ramena, vrat, roke in dlani. V primeru, da tresenje ali doživljanje poteka preveč intenzivno, lahko posameznik iztegne noge na tla, se uleže na hrbet ali zvije v klobčič. Po končani vadbi se lahko pojavijo občutki izčrpanosti ali poživitve. Avtor (*ibid*.) pojasni, da se vzorec in način tresenja lahko razlikujeta pri vsakem ponovnem izvajanju vaj (Berceli, 2012, str. 21–22).

Vaje lahko delujejo kot močno integracijsko orodje za preteklo ali trenutno psihosomatsko delo. Avtor (ibid.) pri tem opozori, da sproščanje s pomočjo TRE ni zadostno, kadar se oseba spopada z intenzivno kronično napetostjo, ki je posledica travmatične izkušnje (Berceli, 2012, str. 22). Pravi tudi, da vaje niso nadomestilo za celostno okrevanje po travmatični izkušnji, in pojasni, da se morajo osebe s preteklo izkušnjo soočanja s fizično omejenostjo, psihološkim ali čustvenim stresom pred izvajanjem vaj obvezno posvetovati z ustreznim strokovnjakom (Berceli, 2012, str. 71).

Vaje TRE delujejo kot pripomoček za naravno sproščanje napetosti in energije, ki po travmatični izkušnji ostane ujeta znotraj telesa. Čeprav gre za preproste telesne vaje, so te oblikovane na podlagi naše anatomije in spodbujajo naravni telesni način sproščanja, ki je temeljni element okrevanja po travmatični izkušnji.

Omenjeni pristopi, ki v proces pomoči in podpore vključujejo delo s telesom, na različne načine zagotovijo okrevanje in reintegracijo travmatične izkušnje. Somatsko doživljanje poudari pomembnost telesa kot naravnega zdravilca in temelji na prirojeni sposobnosti za sprostitev in zaključek nagonskega odziva na nevarnost. Skozi opazovanje dogajanja znotraj telesa brez analiziranja osebi omogoči, da prepozna, sprejme doživljanje in razvije toleranco do simptomov, ne da bi bila oseba preobremenjena. Poudari nihanje med prijetnim ter neprijetnim doživljanjem in se osredotoči na minljivost občutkov, ki osebi omogoči orientacijo v tukaj in zdaj. EMDR metoda temelji na razrešitvi blokad in ponovni predelavi disfunkcionalno shranjenih informacij travmatične izkušnje. Tako kot pri somatskem doživljanju oseba v varnem odnosu s terapevtom ali terapevtko odkriva lastno doživljanje, ne da bi ga skušala razumeti ali analizirati. Pozorno zavedanje doživljanja osebi omogoči, da razvije občutek za sedanjost. Očesno gibanje zagotovi desenzitizacijo in prepreči, da bi se oseba znašla v preobremenjenem stanju. Cilj EMDR metode je integracija travmatične izkušnje, kar pomeni, da se ta primerno zapiše v možgane kot izkušnja iz preteklosti in ne povzroča številnih simptomov v sedanjosti. Tudi čuječnost je ena izmed metod, ki temelji na posameznikovem opazovanju, prepoznavanju in sprejemanju doživljanja. Oseba deluje kot zunanji opazovalec, doživljanja ne poskuša razumeti ali analizirati, vendar se z njim sooči v nepreobremenjenem stanju, kar prepreči potrebo po izogibanju. Tako kot EMDR tudi čuječnost teži k temu, da se travmatična izkušnja v možgane zapiše z ustreznimi občutki in kognicijami. Somatsko doživljanje, EMDR in čuječnost temeljijo na minljivosti doživljanja, sprejemanju in integraciji doživljanja skozi perspektivo nevpletenega opazovalca, kar onemogoči povrnitev

ravnovesja v živčnem sistemu. Joga, prilagojena osebam s travmatično izkušnjo, in vaje TRE predstavljajo dopolnilni metodi, ki delujeta kot integracijsko orodje. Joga ne zanemarja težavnosti simptomov travme in osebam zagotovi varne okoliščine za doživljanje občutkov, prepoznavanje njihove minljivosti in omogoči toleriranje doživljanja ter prepreči potrebo po izogibanju. Oseba s pomočjo jogijskih vaj in prepoznavanja doživljanja reintegrira delovanje uma ter telesa, se spoprijatelji s telesom, razvije moč in občutek notranje varnosti. Z zavedanjem in spremljanjem lastnega doživljanja oseba razvije sposobnost orientacije v tukaj ter zdaj in ni obremenjena s preteklostjo ali prihodnostjo. Za razliko od ostalih omenjenih pristopov joga običajno poteka v skupini in omogoči tudi priložnost, da se oseba poveže z drugimi ljudmi. Vaje TRE podobno kot somatsko doživljanje temeljijo na sprostitvi človeškega organizma in zaključku odziva na nevarnost. TRE poudari tudi naravno sposobnost za samoregulacijo oz. sprostitev telesne napetosti ter umetno spodbudi vzpostavitev ravnovesja v človeškem organizmu. Vaje se lahko tako kot joga izvajajo v skupini (ali individualno) in krepijo lastno povezanost z drugimi ljudmi.

Omenjene metode imajo številne skupne točke in specifične elemente, ki osebam s travmatično izkušnjo omogočijo okrevanje. Poudarijo sposobnost prav vsakega človeka, da travmo predela in si zagotovi polno življenje v sedanjosti brez simptomov PTSM.

2 Problem

Področje travm sem podrobneje spoznala v četrtem letniku. Presenetile so me ugotovitve, da je travma spomin telesa, saj sem tekom študija in opravljanja prostovoljnega dela spoznala predvsem psihološko usmerjeno pomoč in podporo uporabnikom z različnimi stiskami. Na področju dela s travmami so se ob sodelovanju nevroznanosti, psihoterapije, biologije in fiziologije oblikovale nove ugotovitve, ki so poglobile razumevanje travm in poudarile pomemben prispevek telesa v procesu okrevanja. Tekom študija nisem pridobila informacij o telesu in njegovemu pomenu v procesu psihosocialne pomoči in podpore, zato sem se odločila raziskati dvosmerno komunikacijo telesa in uma. Naletela sem na številna mnenja strokovnjakov (Van der Kolk, 2014, Levine, 2010, Porges, b. d.), da mora proces okrevanja po travmatični izkušnji vključevati delo s telesom in da so terapije, ki temeljijo predvsem na psihološki obdelavi travm, omejene ter zagotovijo zgolj kratkotrajne rešitve. Levine in Frederick (1997) menita, da telo v procesu okrevanja deluje kot naravni zdravilec. V njem je zapisana prirojena modrost za integracijo travme in ponovno vzpostavitev ravnovesja v organizmu, ki je po travmatični izkušnji porušeno in preprečuje ustrezno delovanje človeškega organizma. Za raziskavo področja celostne obravnave travm sem se odločila, saj menim, da moramo biti socialne delavke usposobljene za delo s travmami, ki so pogosto realnost številnih uporabnikov in uporabnic, s katerim sodelujemo v procesih pomoči in podpore. Prav tako menim, da moramo socialne delavke nadgrajevati svoja znanja in biti seznanjene z razvojem področja dela s travmami, da lahko nudimo ustrezno pomoč ljudem s travmatičnimi izkušnjami.

Pričakujem, da bom z raziskavo dobila vpogled v opremljenost socialnih delavk za delo na področju travm. Njihov način dela bom primerjala s pristopi, ki v svoj proces pomoči in podpore vključijo tudi delo s telesom, in ugotavljala, na katerih področjih so socialne delavke kompetentne za delo s travmami in kje je še odprt prostor za možne izboljšave. Prav tako pričakujem, da bom dobila spoznanja o razumevanju vloge telesa in odkrila, na kakšne načine ga socialne delavke in strokovnjaki pristopov vključijo v proces pomoči in podpore.

Raziskava bo prispevala k razvoju strokovnega dela s travmo, saj bo predstavila prispevek telesa v procesu psihosocialne pomoči in podpore po travmatični izkušnji, ki je v

Sloveniji še v procesu uveljavljanja. Po mojih izkušnjah je telo kot element v procesu pomoči in podpore bolj izjema kot pravilo. Predstavila bom pristope, ki travme obravnavajo celostno, pri tem pa ne pozabijo na pomembno vlogo telesa in zagotovijo uspešno predelavo travme ali pa delujejo kot pomemben integracijski pripomoček v procesu integracije travmatične izkušnje. Z raziskavo želim prepoznati področja, na katerih so socialne delavke kompetentne za delo s travmami. Ugotavljala bom, kako razumejo travmo, telo in njegovo funkcijo pri okrevanju in na kakšne načine ga vključijo v proces pomoči in podpore. Raziskala bom tudi prispevke različnih pristopov, ki v delo s travmami vključujejo telo. Tako bom lahko prepoznala pomembne spretnosti za nudenje celostne pomoči in podpore osebam s travmami in ugotovila, katera področja dela moramo v socialnem delu še razvijati.

Z raziskavo želim odgovoriti na naslednja raziskovala vprašanja:

- Kako socialne delavke in strokovnjakinje telesno usmerjenih pristopov razumejo travme?
- Katera so znanja, metode in načela, na katere se opirajo socialne delavke in strokovnjakinje telesno usmerjenih pristopov?
- Kako socialne delavke in strokovnjakinje telesno usmerjenih pristopov opredeljujejo temeljne naloge in izzive pri delu z ljudmi s travmatičnimi izkušnjami?
- Kje in kako socialne delavke in strokovnjakinje telesno usmerjenih pristopov pridobivajo znanje, ki je potrebno za delo na področju travm?
- Kako socialne delavke in strokovnjakinje telesno usmerjenih pristopov razumejo delo s telesom in na kakšne načine ga vključijo v procese pomoči in podpore?

3 Metodologija

3.1 Vrsta raziskave

Diplomska naloga je kvalitativna raziskava, saj sem zbrala besedne opise, ki so mi omogočili podrobnejše razumevanje raziskovalnega pojava. Raziskava je tudi empirična. Celotno gradivo sem zbrala sama s pomočjo intervjujev, ki sem jih izvedla s socialnimi delavkami in strokovnjakinjami telesno usmerjenih pristopov. Pridobila sem novo neposredno gradivo za analizo. Raziskava je tudi primerjalna študija, saj primerja podobnosti in razlike procesa pomoči in podpore, ki ga nudijo socialne delavke in strokovnjakinje telesno usmerjenih pristopov. Glede na stopnjo v procesu spoznavanja je raziskovalna naloga poizvedovalna, saj je področje dela s travmami in telesom še neraziskano, tako da na temo travme in telesa nisem našla nobene že izvedene raziskave (Mesec 2009).

3.2 Merski instrument in viri podatkov

Merski instrument, ki sem ga uporabila v raziskavi, je delno standardiziran vprašalnik. Predhodno sem pripravila smernice za relevantna vprašanja, ki sem jih zastavila intervjuvankam. Ta način mi je omogočil odprt prostor za zastavljanje dodatnih vprašanj in podvprašanj, ki so se mi porodila v času izvajanja posameznega intervjuja.

Vprašanja, ki sem jih zastavila strokovnjakinjam, so odprtega tipa, oblikovana na podlagi prebrane literature in prilagojena potrebam diplomske naloge. Razdeljena so v pet skupin. Prva skupina vprašanj se nanaša na razumevanje travm. Vprašanja so osredotočena tudi na prepoznavanje travm oseb, s katerimi socialne delavke in strokovnjakinje telesno usmerjenih pristopov sodelujejo. Vključila sem tudi vprašanje, ki se je nanašalo na vpliv travme na telo, saj sem si želela zagotoviti odgovore, ki se navezujejo na temo diplomske naloge. Druga skupina vprašanj, ki sem jih zastavila intervjuvankam, so bila namenjena pridobivanju podatkov o procesu pomoči in podpore. Zanimalo me je, kako socialne delavke in strokovnjakinje telesnih pristopov vzpostavijo odnos z osebo, ki je doživela travmatično izkušnjo, katere so njihove naloge, načela in izzivi, s katerimi se srečujejo pri svojem delu. Tretja skupina vprašanj se nanaša na metode in znanja, ki jih intervjuvanke uporabljajo pri svojem delu, in na procesu pridobivanja znanja za delo s travmami. Četrti

skop vprašanj je namenjen ugotavljanju razumevanja dela s telesom in načinom vključevanja telesa v proces pomoči in podpore. Zadnji sklop vprašanj se osredotoča na prepoznavanje zaključenega procesa zdravljenja oz. integracije travmatične izkušnje.

3.3 Populacija in vzorčenje

Populacijo moje raziskave predstavljajo socialne delavke vladnih in nevladnih organizacij ter strokovnjakinje telesno usmerjenih pristopov somatskega doživljanja, čuječnosti, EMDR metode, joge, prilagojene osebam s travmatičnimi izkušnjami, in TRE metode v Sloveniji.

Vzorec, ki je neslučajnostni in namenski, sestavljata dve socialni delavki. Ena je iz vladne institucije na območju Maribora, druga socialna delavka pa je iz nevladne organizacije iz območja Ljubljane. Vzorec sestavljajo tudi štiri strokovnjakinje telesno usmerjenih pristopov. Dve pri svojem delu uporabljata somatsko doživljanje, od tega ena vodi tudi jogo, ki prilagojena potrebam oseb s travmatičnimi izkušnjami, druga pa storitve nudi v Škofji Loki. Vzorec sestavljajo tudi strokovnjakinja, ki v proces pomoči in podpore vključuje čuječnost, strokovnjakinja, ki osebam s travmatično izkušnjo nudi TRE, in strokovnjakinja, ki uporablja metodo EMDR. Pri vzorčenju sem izbirala osebe, ki nudijo pomoč v dveh največjih mestih v Sloveniji in bližjih mestih prestolnice. Zaradi večje koncentracije strokovnjakinj telesno usmerjenih pristopov v glavnem mestu Slovenije jih je večina iz Ljubljane, pri metodi TRE pa sem uspela najti zgolj na eno osebo, ki jo izvaja v Sloveniji.

Tabela 1: Značilnosti vzorca

ZAPOREDNA ČRKA	IZOBRAZBA	ZAPOSLITEV	DELOVNA DOBA
A	Komunikologinja, socialna psihologinja, izvajalka kraniosakralne resonance, somatskega doživljanja, nevroafektivnega relacijskega modela, metode *core evolution*, *learning love*,	Zasebna psihoterapevtka, Fakulteta v Ljubljani	2 leti na področju dela s travmami

	nenasilnega komuniciranja, somatske navezanosti, izvajalka joge		
B	Analitična psihologinja, praktikantka čuječnosti	Zasebna psihoterapevtka, Fakulteta za psihoterapevtsko znanost	5 let in 8 mesecev na področju dela s travmami
C	Socialna delavka v vladni organizaciji, mediatorka,	Socialna delavka v zdravstvenem domu	15 let
Č	Univerzitetna diplomirana ekonomistka, terapevtka somatskega doživljanja, nevroafektivnega relacijskega modela, kraniosakralne resonance, integralne somatske psihoterapije in *learning love* pristopa	Zasebna terapevtka	12 let na področju dela s travmami
D	Socialna pedagoginja, zakonsko-družinska terapevtka, terapevtka senzomotoričnega psihoterapevtskega pristopa, izvajalka metode TRE	Zasebna psihoterapevtka, Univerza v Novi Gorici	5 let na področju dela s travmami
E	Medicinska sestra, integrativna psihoterapevtka s certifikatom, supervizorka integrativne relacijske psihoterapije	Zasebna psihoterapevtka	8 let na področju dela s travmami
F	Socialna delavka	Nevladna organizacija	23 let

3.4 Zbiranje podatkov

Podatke sem zbirala s pomočjo dela standardiziranega vprašalnika, ki sem ga pripravila vnaprej. Sogovornicam sem pred začetkom intervjuja okvirno predstavila namen diplomske naloge. Intervjuvankam sem nato postavljala odprta in konkretna vprašanja z možnostjo prilagajanja in bila na voljo za dodatna pojasnila.

Štiri intervjuje sem opravila osebno, enega na željo strokovnjakinje preko Skypa, saj je bila v tujini, ena izmed strokovnjakinj je zaradi časovne stiske, ki ji ni omogočila pogovora preko Skypa, in nahajanja v drugi državi na vprašanja odgovorila pisno. Tretja je na vprašanja zaradi časovne stiske odgovorila najprej pisno, za podvprašanja, ki sem jih nato zastavila, pa je bila na voljo osebno. Intervjuji, ki sem jih opravila osebno, so potekali v poslovnih prostorih strokovnjakinj in socialnih delavk v času, ki je njim najbolj ustrezal. Pri izbiranju terminov za srečanje sem se popolnoma prilagodila, saj jih je večina omenila časovno stisko. Intervjuje sem izvedla v aprilu in maju 2018. Z dovoljenjem strokovnjakinj in socialnih delavk sem pogovore posnela, trajali so od 50 do 120 minut.

3.5 Obdelava in analiza podatkov

Pridobljene podatke sem obdelala po metodi kvalitativne analize. Posnetke intervjujev sem najprej dobesedno zapisala. Obdelava podatkov je nato potekala z odprtim kodiranjem, kjer sem relevantnim izjavam oz. delom izjav določila enote kodiranja. Te sem od ostalega besedila ločila z barvo, poševnimi črticami, številkami in črkami. Nato sem jih zapisala in razvrstila v tabele, ki so jih sestavljali stolpci s številkami izjav, dobesednim zapisom izjave, pojmom, kategorijo in nadkategorijo. Z osnim kodiranjem sem izjave razvrstila glede na relevantne kategorije in nadkategorije, kjer sem pojme razvrstila hierarhično. Pozorna sem bila tudi na ločevanje izjav socialnih delavk in strokovnjakinj telesno usmerjenih pristopov (glej tabelo značilnosti vzorcev). Zaradi lažje preglednosti sem na koncu pojmov in kategorij zapisala črke intervjuja, iz katerega so izjave izhajale, kar mi je omogočilo lažje primerjanje pri zapisovanju rezultatov. Preden sem začela pisati rezultate, sem pridobljene podatke tudi odnosno kodirala. Celotna obdelava in analiza podatkov se nahajata pri avtorici.

Primer kvalitativne analize podatkov:

- Prepis intervjuja

B: Jaz travmo razumem kot nesposobnost telesa za samoregulacijo ali celotnega psihofizičnega sistema. Gre za neko nesposobnost našega sistema, da se po nekem dogodku postavi nazaj v sproščeno stanje. Sliši se splošno, ampak dejansko je to lahko karkoli. Gre ponavadi za nek dogodek, ampak ni to travma, travma je tisto, s čemer potem živimo.

- Določanje relevantnih izjav

/Jaz travmo razumem kot nesposobnost telesa za samoregulacijo/B1 ali /celotnega psihofizičnega sistema/B2. /Gre za neko nesposobnost našega sistema, da se po nekem dogodku postavi nazaj v sproščeno stanje/B3. Sliši se splošno, ampak /dejansko je to lahko karkoli/B4. /Gre ponavadi za nek dogodek, ampak ni to travma/B5, /travma je tisto, s čemer potem živimo/B6.

- Tabela 2: Razporeditev izjav v tabelo in odprto kodiranje

ŠT. IZJAVE	IZJAVA	POJEM	KATEGORIJA	NADKATEGORIJA
B1	Nesposobnost telesa za samoregulacijo	Neustrezno delovanje telesa	Opis travme	Razumevanje travme
B2	(Nesposobnost) celotnega psihofizičnega sistema	Neustrezno delovanje človeka	Opis travme	Razumevanje travme
B3	Nesposobnost našega sistema, da se po nekem dogodku postavi nazaj v sproščeno stanje	Neustrezno delovanje telesa Napetost telesa	Opis travme Telesni pokazatelji	Razumevanje travme Najpogostejši pokazatelji
B4	Dejansko je to lahko karkoli	Širok pojem	Opis travme	Razumevanje travme
B5	Gre ponavadi za nek dogodek, ampak ni to travma	Ne dogodek	Opis travme	Razumevanje travme
B6	Travma je tisto, s čemer potem živimo	Življenje s posledicami	Opis travme	Razumevanje travme

- Osno kodiranje

OPIS TRAVME

- Karkoli/širok pojem B4
- Poseg v človeka B80
- Ne dogodek B5
- Življenje s posledicami B6, B26, B27
- Neustrezno delovanje telesa B1, B3, B46, B48, B58, B136, B137
- Neustrezno delovanje človeka B2, B10, B47

4 Rezultati

V tem poglavju bom predstavila rezultate raziskave. Ti so zaradi lažje preglednosti razdeljeni v nadkategorije ter opredeljeni s kategorijami in temami, ki sem jih oblikovala s pomočjo kvalitativne analize podatkov. Določene rezultate bom podkrepila z dobesednim zapisom izjav. Rezultati sledijo hierarhični ureditvi pojmov osnega kodiranja.

4.1 Razumevanje travm socialnih delavk in terapevtk telesno usmerjenih pristopov

Večina terapevtk telesno usmerjenih pristopov travmo opiše kot izkušnjo, ki sega izven zmogljivosti posameznika (*travma pomeni neko izjemno, težko, zahtevno doživljanje za posameznika, ki ga s svojimi običajnimi obrambnimi mehanizmi in viri ne more predelat (E1)*). Nekaj intervjuvanih terapevtk navaja, da je travma kompleksen pojav in da gre običajno za nezaključen odziv na nevarnost. Socialna delavka navaja, da je travma zamrznjenost izkušnje, druga socialna delavka travmo opiše kot neugoden dogodek, poseg v človeka in pove, da je vzrok travme kompleksen. Posamezni terapevtki navajata, da se travma navezuje na posledice in da je travma življenje s posledicami (*travma je tisto, s čemer potem živimo (B3)*). Terapevtke travmo razumejo kot dogodek, ki sega izven zmogljivosti, in kot nasilje nad človeškim organizmom. Ena izmed terapevtk navaja, da je travma doživljanje dogodka, druga intervjuvana terapevtka omeni, da je travma lahko ponavljajoče se dogajanje. Posamezne terapevtke navajajo, da travma vključuje grožnjo za posameznika, ki povzroči neustrezno delovanje telesa, pri čemer se sistem ne more sprostiti, telo pa ni sposobno samoregulacije (*sama travmo razumem kot nesposobnost telesa za samoregulacijo (B1)*). Ena izmed terapevtk navaja, da travma aktivira imobilizacijske odzive, druga opozori, da travma vključuje posameznikovo konstantno zaznavanje nevarnosti. Terapevtki navajata, da vsebuje travma preprečen odziv in se nahaja v telesu.

Socialni delavki in terapevtke telesno usmerjenih pristopov ločijo med vrstami travm. Sogovornice najpogosteje navajajo spolno zlorabo ter kumulativne travme, ki jih pojasnijo kot skupek dogodkov, tudi manjših, ki se ponavljajo. Večina terapevtk navaja travme iz otroštva, med katere uvrščamo tudi prenatalno in perinatalno travmo. Socialna delavka in terapevtka izpostavita travmo nasilja. Dve izmed intervjuvanih terapevtk navajata travmo

zapuščenosti, šok travmo in travmo posameznika, ki se razvije zaradi travmatične izkušnje bližje osebe. Posamezne terapevtke navajajo razvojne travme, zlorabe in opozorijo na travme, ki nastanejo v odnosih. Intervjuvana terapevtka telesno usmerjenega pristopa loči med travmo, ki je posledica kroničnega stresa in biološko travmo ter pojasni, da je lahko tudi panični napad travmatična izkušnja.

4.1.1 Katere pokazatelje travm prepoznajo socialne delavke in terapevtke telesno usmerjenih pristopov?

Intervjuvanke pri osebah s travmatično izkušnjo prepoznajo številne vrste pokazateljev. Pri prepoznavanju telesnih pokazateljev so terapevtke najpogosteje izpostavile, da pri osebi s travmatično izkušnjo opazijo pomanjkanje stika s telesom (*ljudje, ki so travmatizirani, nimajo najboljšega stika s svojim telesom (E60)*). Terapevtki navajata tudi hormonsko neravnovesje (*zvišana raven kortizola (A6)*). Socialna delavka in terapevtka pojasnita, da pri osebi opazita zakrčenost telesa. Ena izmed terapevtk pove, da pri posameznikih s travmatično izkušnjo opazi kolaps in zamrznjenost telesa. Pojasni, da je telo napeto in da travmo prepozna s pomočjo obrazne mimike posameznika. Druga terapevtka navaja, da povzroči travmatična izkušnja spremembe v možganskih strukturah in vpliva tudi na posameznikovo oblikovanje drže (*tudi telesna drža, kako se oblikuje oz. kako se vzpostavi (A7)*). Posamezne terapevtke navajajo, da misli vplivajo na telo in da telo po travmatični izkušnji neustrezno deluje, se neustrezno odziva. Terapevtka pojasni, da je živčni sistem posameznika vznemirjen, druga pa navaja, da je delovanje živčnega sistema neustrezno in da oseba nima občutka kontrole nad svojim telesom (*imajo sploh občutek, da nimajo svojega telesa pod kontrolo (B18)*).

Intervjuvanke navajajo nekatere psihosomatske simptome, s pomočjo katerih pri posamezniku prepoznajo travmo. Obe socialni delavki navajata možno prisotnost duševne motnje (*recimo depresija, da se vprašaš, kaj se mu je zgodilo (C6)*), dve terapevtki pa opozorita, da travmatična izkušnja pri človeku lahko povzroči disociacijo (*da se je nekdo na nek način umaknil iz svojega sistema (B14)*). Travma običajno povzroči motnje bioritma; socialna delavka omeni, da pri osebah opazi motnje hranjenja (*kakšne punce potem imajo anoreksijo (C68)*), terapevtka navaja motnje spanja. Posamezne terapevtke navajajo psihofizično vznemirjenost in pojav kroničnih odzivov, ki sporočajo, da oseba še dolgo časa po travmatični izkušnji živi v preteklosti, ki je vezana na travmo. Ena izmed intervjuvanih terapevtk pojasni, da oseba travmatično izkušnjo podoživlja in ni zmožna

tolerirati lastnega doživljanja (*njih okno tolerance, koliko vzburjenja, koliko razdraženosti lahko prenesejo, je bistveno ožje (E15)*). Osebi, ki živi s travmo, primanjkuje stik s samo seboj (*nimajo dobrega občutka, kakšne so njihove potrebe, kje so njihove meje (E23)*).

Intervjuvanke navajajo, da pri osebah travmo prepoznajo s pomočjo opazovanja njihovega vedenja. Socialna delavka in terapevtke navajajo neustrezno odzivanje (*se ne zmoremo ustrezno odzivati na okoliščine ali izzive (Č51)*). Terapevtke pojasnijo, da se lahko osebe na nepomembne stvari izrazito odzivajo, so razdražljive in opozorijo na odsotnost čustvenega naboja (*po navadi minimalizirajo, zanikajo (F23)*). Socialna delavka in terapevtki pri osebah opazijo vznemirjeno vedenje (*so razburjeni tako zelo (C7)*). Način spoprijemanja osebe z določenimi situacijami terapevtke opozori, da se oseba spopada s posledicami travmatične izkušnje (*travmatizirani ljudje imajo dostikrat nezdrave vzorce in navade (E42)*). Ena izmed intervjuvanih terapevtk pojasni, da so travmatizirane osebe pretirano odzivne, druga terapevtka navaja agresivno in impulzivno vedenje (*eni se bodo takoj zaprli totalno, tako da v kakšnih določenih drugih situacijah pa bodo izbruhnili (Č27)*). Osebe s PTSM imajo težave pri doživljanju varnosti, pogosto oprezajo za morebitno nevarnostjo (*samo ukvarjamo se s tem, ali je varno ali ni varno (B48)*) in imajo potrebo po konstantnem nadzoru. Osebe se zaradi občutka ogroženosti skušajo izogniti vsem nevarnostim, živijo v izoliranosti od zunanjega sveta in ljudi, ki težko razumejo, s čim se osebe po travmatični izkušnji spopadajo. Socialna delavka navaja, da travmo prepozna, ko se osebe specifično vedejo (*vedenjem, ki opozarja, da nekaj ni v redu (C8)*), druga socialna delavka omeni neorganizirano vedenje. Terapevtka navaja, da travma pri osebi lahko povzroči preobčutljivost, druga terapevtka pojasni, da travmo prepozna skozi vedenje posameznika ob pripovedovanju (*Sklepamo, da gre za travmo tudi glede na zgodbo, kako jo človek pripoveduje (E9)*). Terapevtka pojasni, da travmo pri osebi prepozna glede na njeno vzpostavljanje stika z njo in drugimi ter navaja, da imajo osebe težave pri vzpostavljanju očesnega stika (*ima težavo s tem, da te pogleda v oči in te gleda v oči (Č11)*). Ena izmed terapevtk opozori, da so telesni pokazatelji kompleksni (*je vse nekak povezan in je težko rečt, kako bo telo točno odreagiralo (B25)*).

Travmatična izkušnja je tako intenzivna, da lahko poruši osnovna prepričanja osebe in povzroči kognitivne spremembe, ki socialnim delavkam ter terapevtkam omogočijo, da travmo prepoznajo in se ustrezno odzovejo. Večina terapevtk navaja, da travma vpliva na spomin, in pojasnijo, da je ta neustrezen (*ljudje dostikrat rečejo, da je tako, kot da bi nek film gledal (B12)*) ali pa se oseba dogodka ne spominja oziroma se ga zgolj delno spominja (*včasih pa zaradi disociacije umanjka tudi spomin ali del spomina (D7)*). Terapevtka in

socialna delavka navajata, da travma vpliva na posameznikovo doživljanje sebe (*neintegrirana travma zelo vpliva na način doživljanja sebe (E47)*). Socialni delavki izpostavita, da imajo osebe nizko samopodobo (*ko pridejo, imajo zelo nizko samopodobo (F32)*). Tudi terapevtka pojasni, da travmatična izkušnja vpliva na posameznikovo oblikovanje lastne identitete (*vpliva na našo identiteto in na to, kdo verjamemo, da smo (Č5)*) in da se oseba spopada z dvomi o sebi. Ena izmed terapevtk navaja, da oseba s travmatično izkušnjo svet doživlja drugače (*ljudje, ki preživijo travme, doživljajo svet na drugačen način (E29)*), druga pa omeni, da se oseba običajno spopada z vrivanjem neželenih spominov.

Intervjuvanke navajajo nekatere čustvene značilnosti oseb s travmatično izkušnjo. Večina jih izpostavi, da oseba doživlja strah (*eni so pa seveda prestrašeni, ne upajo, bojijo se vsega (E24)*), ki prispeva k tesnobnosti (*so po navadi anksiozni (E5)*) in paničnim napadom. Osebe se lahko spopadajo z otopelostjo in izrazito jezo.

Večina terapevtk navaja nekatere sekundarne težave, ki se pojavijo kot posledica življenja z nepredelano travmatično izkušnjo (*sčasoma osnovnim simptomom pridružijo še dodatne težave – brezposelnost, okrnjena socialna mreža itd. (D57)*). Pojasnijo, da se te lahko pojavijo v obliki bioloških težave kot posledica preobremenjenosti sistema in izčrpanosti telesa. Ena izmed intervjuvanih terapevtk se pri sekundarnih težavah osredotoča na zdravstvene težave (*travmatizirani imajo tudi več telesnih, somatskih diagnoz, slabo imunost (E17)*), druga navaja pogost pojav kroničnih bolečin.

Terapevtke travmo prepoznajo na različne načine. Dve terapevtki navajata, da travmatično izkušnjo pri osebi prepoznata z lastnim občutkom (*prepoznam tudi tako, da začne biti meni v telesu nelagodno, to pomeni, da čutim v solarnem pletežu neko stisko (Č12)*). Posamezna terapevtka navaja, da travmo pri osebi prepozna na podlagi lastnih izkušenj (*z izkušnjami se naučiš prepoznavat (E11)*).

Travma se pri ljudeh odraža na različne načine. Dve terapevtki omenita, da je značilnost pokazateljev to, da so kompleksni (*kako se konkretna travma kaže pri posamezniku, je zelo veliko načinov* (A2); *to je res veliko nekih aspektov, kako se travma kaže* (B34)). Intervjuvana terapevtka izpostavi dejstvo, da to, kako travma vpliva na ljudi, še ni do konca raziskano področje (*še ni neka dokončna resnica, kako ves ta naš sistem deluje in kako se vse odraža* (A3)).

4.2 Proces pomoči in podpre, ki ga osebam s travmatično izkušnjo nudijo socialne delavke in terapevtke telesno usmerjenih pristopov

Socialne delavke in terapevtke telesno usmerjenih pristopov osebam nudijo proces pomoči in podpore, ki ima nekatere podobnosti in razlike. Večina sogovornic navaja, da je za ustrezen proces pomoči in podpore potreben odprt prostor za pogovor. Socialni delavki pojasnita, da osebam nudita prostor, ki ga lahko osebe izkoristijo in kjer poiščejo pomoč, ko jo potrebujejo (*namesto da se poreže, pride sem ali pove (C34)*), in prostor, kjer so slišane (*poslušamo njihove intimne zgodbe (F14)*. Terapevtke navajajo, da osebam nudijo varen, prijeten, zaseben prostor in ustvarijo priložnost za samospoznavanje (*kolikor lahko ustvarim prostor, da klient spozna, kako funkcionira, da se odkriva (Č14)*). Večina sogovornic navaja, da proces pomoči in podpore prilagodijo posamezniku. Terapevtke pojasnijo, da je proces dela z vsako osebo drugačen in odvisen od posameznikovih želja ter potreb (*odvisno tudi od nekih njihovih želja, toliko kolikor oni sami pri sebi želijo it v neke stvari (A26)*), socialna delavka pa svoj odziv prilagodi potrebam uporabnice (*naš odziv mora biti usklajen s potrebami (F25)*). Večina intervjuvank navaja, da je v procesu pomoči in podpore pomembno dogovarjanje, ki omogoči, da se osebe odločijo same zase, terapevtke pa običajno preverijo, ali se strinjajo z njihovimi predlogi (*da se lahko mogoče pogovorimo in uporabijo ta vrata in potem se oni odločijo, ali je to ok ali ne (Č35)*). Dogovarjanje osebi omogoči, da razvija občutek nadzora in vpliva na sam proces. Večina sogovornic prepozna izjemen pomen zaupanja v procesu pomoči in podpore, saj ta predstavlja temelj, na katerem se gradi ustrezen odnos za okrevanje in osebi omogoči občutek varnosti (*ustvariš neko zaupanje, da ti on lahko zaupa, da ti lahko zaupaš njemu (C42)*). Socialna delavka in terapevtka pojasnita, da jim osebe zaupajo stvari, ki jih niso povedale še nikomur. Večina intervjuvank navaja, da je za proces okrevanja potreben čas (*počasi gre proces, mislim, da je to ključna beseda (B62)*) in da oseba razume svoj problem (*da razumejo, kaj se jim dogaja ali pa zakaj se jim nekaj dogaja (A23)*). Tudi socialna delavka pojasni, da v procesu pomoči in podpore uporabnici pomaga k uvidu v lasten položaj (*pomagamo, da ona sama dobi uvid v lastni položaj (F22)*). Večina sogovornic navaja, da je za okrevanje potreben odprt odnos med uporabnikom in strokovnjakom, ki dovoljuje osebna vprašanja (*jaz dovoljujem vprašanja skoz, tudi o sebi (B63)*) in v katerem lahko oba sodelujoča podelita lastne izkušnje. Terapevtke in socialne delavke navajajo, da je v procesu pomoči in podpore pomembno sodelovanje. Sogovornice pojasnijo, da skupaj

z osebo iščejo rešitve in odstopijo od moči, da imajo odgovore in rešitve. Terapevtke in socialne delavke navajajo, da pri svojem delu kombinirajo različne metode in znanja (*pri delu vedno integriram različna znanja, in sicer glede na klientove potrebe (D39)*). Dve terapevtki in socialna delavka navajajo, da so v procesu pomoči in podpore osredotočene na sedanjost (*v sedanjosti in za sedanjost, skupaj z uporabnico (F52)*). Socialna delavka in terapevtki telesno usmerjenih pristopov navajajo, da proces pomoči vključuje psihoedukacijo, terapevtka podrobneje pojasni, da je proces pomoči učenje, socialna delavka osebo usmeri k branju določene literature. V procesu pomoči in podpore osebam s travmatičnimi izkušnjami se običajno pojavijo regresije. Socialna delavka pojasni, da oseba kdaj tudi ponovno doživi travmo (*včasih se situacija ustavi, ker ponovno doživi travmo (F35)*). Socialna delavka in terapevtki navajata, da je proces pomoči in podpore individualen (*proces poteka zelo individualno (D31)*). Z osebo odkrivajo vire moči (*da najde nekakšne vire – tako zunanje kot notranje* (B43)), ki omogočajo stabilizacijo in lažje spopadanje s simptomi. Socialna delavka in terapevtka navajata, da je v procesu pomoči in podpore značilna tudi refleksija. Terapevtka pojasni, da po nekaj urah terapij z osebo preveri, kje sta, socialna delavka pa izpostavi, da je refleksija lastnega dela pomembna. Socialna delavka in terapevtka se strinjata, da sta za okrevanje po travmatični izkušnji potrebna odnos z osebo, ki je spoštljiva ter iskrena, in samostojno delo posameznika izven terapij. Obe socialni delavki sta povedali, da v proces pomoči in podpore vključita učenje socialnih veščin. Povedali sta, da uporabnico ali uporabnika preusmerita k drugim strokovnjakom, ki ji/mu lahko nudijo pomoč (*kaj pa, če bi ti šel še k psihologu, npr. moškemu, ali pa če bi ti šla k psihologinji, pa bi vidve malo te teme odprli (C61)*). Socialni delavki navajata, da mora oseba, ki pride po pomoč, dobiti pozitivno izkušnjo (*nekdo, ki pride po pomoč, mora imet pozitivno izkušnjo (C51)*) in da si prizadevata ohraniti stik z uporabnikom ali uporabnico (*temeljna naloga je to, da ga ohranimo (C31)*). Travmatična izkušnja običajno vključuje situacijo, ki je oseba ne more nadzorovati ali nanjo vplivati. Dve terapevtki izpostavita, da v procesu pomoči in podpore osebi zagotavljata možnost odločanja (*da ima on vsak trenutek možnost odločitve v katerokoli smer (Č31)*). Terapevtki izpostavita, da se osebe v procesu pomoči učijo samoregulacije (*treba se je naučit samoregulacije (B37)*), ki jim omogoča spopadanje s simptomi. Terapevtki poudarita, da upoštevata sposobnosti posameznika ali posameznice (*ne silit klienta, ne prestopat njihovih meja (E51)*), in navajata, da se z osebo v procesu pomoči in podpore uglasita (*s človekom se itak vedno uglasim (E13)*). Posamezne terapevtke so izpostavile pomembnost neavtoritativnega odnosa in enakovrednega odnosa, ki je pogoj za zaupanje (*odnos med*

mano in mojim klientom je definitivno najpomembnejša osnova za to, da lahko gradimo zaupanje (Č28)). Odnos med terapevtko in posameznico more biti varen (*varnost je zelo velik del pri travma terapiji (E49)*), naraven in tak, da osebi zagotovi osebni prostor. Terapevtka navaja, da proces pomoči in podpore poteka na dialoški način in da je njena naloga, da osebo usmerja ter vodi, druga pa pojasni, da sta njeni nalogi usmerjanje in podpora. Posamezne terapevtke navajajo, da je v procesu pomoči pozornost potrebno nameniti za dobro in da je potrebno zavedanje lastnega doživljanja, ki osebi omogoči uvide. Terapevtka omeni, da so za okrevanje potrebne urejene zunanje okoliščine, v katerih oseba živi (*ne moreš it ti predelovat travme, če nekdo še vedno živi v okolju, kjer ga travmatizirajo (E45)*). Socialni delavki navajata pomen ustreznega izražanja (*jaz sporočila in pozitivni jezik – to uporabljam (C50)*) in pomen uporabe jezika (*uporabimo prave besede, da ne škodujemo (F6)*). Socialna delavka osebo aktivno posluša, raziskuje njen svet, krepi njeno moč in jo uči pogajanja ter avtogenega treninga. Druga socialna delavka pojasni, da osebo razbremeni, skuša razumeti in jo spodbuja pri izražanju čustev.

Večina intervjuvank navaja, da proces pomoči in podpore začne z uvodnim pogovorom. Socialna delavka navaja, da osebi nudi osnovne informacije (*najprej ponudimo informacije: kdo smo, kaj počnemo in kaj jim lahko ponudimo (F11)*). Terapevtke pojasnijo, da se z osebo med uvodnim pogovorom spoznajo, osebi omogočijo, da vpraša, kar jo zanima, pojasnijo potek terapije in se pogovorijo o njenih željah. Socialna delavka in terapevtki navajata, da je za vzpostavljanje odnosa potreben dober stik, ki se razvije s spoštljivostjo, zaupanjem, empatijo (*empatičnost jaz vidim, da je to ful pomembno (Č42)*) in sočutjem, socialna delavka pa poudari pomembnost občutnega razumevanja (*veliko občutnega razumevanja izkažemo ob prvem kontaktu (F24)*). Socialna delavka in terapevtki navajajo, da osebo sprejmejo (*to ustvari neke takšne temelje zaupanja, ko klient ne rabi bit nič drugačen, kot je, in tak, kakršen je, je v redu (Č33)*) in ne obsojajo. Terapevtke na osebo vplivajo tudi s svojo prisotnostjo. Terapevtka in socialna delavka navajata, da se o osebi na začetki sodelovanja informirata (*poizvem, kakšna so njihova pričakovanja, potrebe, želje (D19)*). Posamezne terapevtke so pri vzpostavljanju odnosa izpostavile še razumevanje posameznika, njihov odstop od moči in skupno raziskovanje, ki gradi temelje odnosa (*pogovarjamo se o tem, kaj se da narediti, kaj oni lahko zase naredijo, kaj hočejo, kaj od mene rabijo (B70)*). Ena izmed terapevtk navaja, da osebo informira o delu (*povem jim neke smernice, da to ni samo neko pripovedovanje (A17)*).

Sogovornice navajajo nekatere dejavnike, ki vplivajo na proces pomoči in podpore. Najpogosteje izpostavijo, da na proces vplivajo posameznikove osebne lastnosti (*zelo*

odvisno tudi od klienta, s čim prihaja in s kakšnimi viri in sposobnostjo (E38)). Terapevtki telesno usmerjenih pristopov navajata, da osebe prihajajo z različnimi zmožnostmi (*lahko imajo posamezniki tudi različne kapacitete (A18)*) in da na proces okrevanja vpliva tudi vrsta travme (*zelo pomembno je, kakšna je travma, v katerem življenjskem obdobju (E33)*). Socialna delavka med dejavnike, ki vplivajo na proces pomoči in podpore, prišteva motiviranost uporabnika in pojasni, da je proces okrevanja odvisen tudi od tega, kako hitro oseba dobi pomoč in koliko je stara. Opozori tudi na prepričanje o socialnih delavkah, ki bremeni proces pomoči in podpore (*vidim pa, da pridejo in rečejo: Socialna delavka, kaj sem zdaj narobe naredil? (C23)*). Socialna delavka omenja tudi revščino, ki povzroča dodaten stres, terapevtka omeni denarno preskrbljenost in pojasni, da je proces odvisen od njihove finančne zmožnosti plačevanja terapij (*odvisno od tega, koliko terapij si oseba lahko privošči (A78)*).

Sogovornice navajajo nekatere elemente okrevanja v procesu pomoči in podpore, vendar so njihova mnenja razpršena. Socialna delavka navaja razvijanje veščin, spoprijemanje s težavami in učenje strategij reševanja problemov (*strategijo reševanja problemov, to jih hočem jaz naučit (C72)*), terapevtke podarijo pomen sposobnosti doživljanja varnosti, zavedanje lastnega doživljaja in urejene zunanje okoliščine (*je pa zelo pomembno, to pa jaz še vedno mislim – te zunanje okoliščine (A75)*), ki omogočijo okrevanje. Terapevtka navaja, da se v procesu pomoči in podpore oseba uči poslušati samo sebe, se opazuje in razvija samozaupanje. Pojasni, da oseba vzpostavi stik z lastnim doživljanjem in sprejme svoja čustva.

Sogovornice v procesu pomoči in podpore opazijo določene znake napredka. Večina terapevtk navaja, da oseba razvije distanco do spomina (*da zmore ne videt vsega, kar se mu dogaja skozi travmo (E40)*) in da imajo osebe manj simptomov, na primer zmanjšanje pogostosti doživljanja in manjša potreba po neustreznih načinih spopadanja s stisko (*te odvisnosti, manj je potrebe po tem, lahko manjkrat (Č84)*). Terapevtki opazita, da se osebe ustrezneje odzivajo (*brez večje čustvene in nevrološke reakcije v sedanjosti (B110)*), socialna delavka pa navaja, da je jeza manj intenzivna (*vidim, da niso več toliko jezni na storilca (C66)*). Posamezne terapevtke omenijo razrešitev simptomov, pojav ustreznega spomin na travmatično izkušnjo in izboljšanje načina komuniciranja (*da si upajo stvari povedat, k' jih prej nikoli ne bi ali pa bi rabili ful priprave (Č86)*). Oseba v svojem življenju naredi pogumne korake in si povrne občutek kontrole.

Dve terapevtki navajata, da v procesu pomoči in podpore prepoznata znake, ki kažejo na to, da je oseba travmo predelala. Oseba do travmatične izkušnje razvije distanco

(*integrirano travmo prepoznamo po tem, da je do travmatičnega dogodka vzpostavljena zdrava in primerna distanca (B109)*), se ustrezno odziva in kaže znake posttravmatske rasti (*pri ljudeh, ki so predelali travmo, so znaki posttravmatske rasti (E68)*).

V procesu pomoči in podpore navajajo tudi določene težave, ki lahko omejijo proces okrevanja. Večina terapevtk izpostavi, da so zgolj pogovorne terapije omejene (*ima samo pogovorna terapija omejitve (D50)*). Socialni delavki pojasnita, da negativno vpliva nekompetentnost socialnih delavcev za delo s travmami (*je problem tako globok, da se ga ne upam lotit (C63); vem, da socialni delavci pogosto škodimo z napačnimi informacijami (F42)*). Terapevtka navaja, da je nekompetentnost pri delu s travmo lahko nevarna (*brez nekih zelo dodatnih znanj, neke specializacije za predelavo travme, je lahko nevarno (E69)*), druga pa pojasni, da so za delo s travmami potrebna dodatna znanja (*kjer se mi zdi nujno, da je še kaj več kot ta socialnodelavska klasična podpora (A76)*). Ena izmed terapevtk navaja, da tveganje v procesu pomoči povzroči napačen pristop strokovnjakov (*pomembno pa je, da ne začnemo s predelavo travmatičnega spomina, kar mnogo strokovnih delavcev žal še vedno počne (D33)*), opozori na retravmatizacijo in pojasni, da čas sam po sebi ne zagotovi okrevanja.

Intervjuvanke navajajo nekatere vrste pomoči in podpore, ki so na voljo osebam s travmami. Ena terapevtka in obe socialni delavki navajajo, da osebam omogočijo vrsto pomoči, ki se izvaja v skupinah. Socialni delavki navajata terensko delo in timsko delo. Ena izmed socialnih delavk pojasni, da njeno delo obsega tudi informiranje posameznika o pravicah in nudenje pomoči pri postopkih, druga pa navaja zagovorništvo.

Terapevtke navajajo tudi nekatera načela, na katera se opirajo pri svojem delu. Izpostavile so, da skušajo biti pri delu čim bolj fenomenološke, poudarile so pomen človeškega odnosa (*zdi se mi zelo pomembno, da si s človekom človeški (B88)*) in postavljanja jasnih mej med zasebnim življenjem in prakso. Terapevtka navaja, da sta pri delu s travmami pomembni poznavanje sebe (*pri tem delu je zelo pomembno, da sebe poznaš (B90)*) in delo na sebi (*moje načelo je, da je treba veliko na sebi delat in se samoopazovati (B91)*). Druga terapevtka navaja, da je njeno načelo vera v posameznika in njegove zmožnosti ter sposobnosti. Ena izmed intervjuvanih terapevtk navaja, da je njena osebna usmeritev, da skuša osebno čim manj vplivati na posameznikov proces okrevanja.

4.3 Razumevanje dela s telesom v procesu pomoči in podpore

Znanstvene raziskave kažejo, da je vključevanje telesa na področju dela s travmami temeljnega pomena. Večina terapevtk navaja, da morajo osebe svoje telo poslušati in se naučiti prepoznati, kaj jim sporoča (*da razumejo, kaj jim telo sporoča (E62)*). Terapevtki pojasnita, da telo sporoča pomembne informacije (*telo ti da jasno informacijo, kje si v resnici v odnosu do nečesa (Č75); če delamo s telesom, vemo, kako se počutimo (B65)*), in poudarita, da je pri okrevanju po travmatični izkušnji potrebno začutiti lastno telo (*prva naloga je, da si sploh dovolijo začutiti telo (E61)*). Oseba se v procesu pomoči in podpore uči zaupati telesu (*počasi se naučiš zaupat telesu (B52)*) in spoznava, da je telo element doživljanja (po*vezovanje telesa z drugimi aspekti delovanja človeka (E59)*). Posamezne terapevtke pravijo, da je v procesu pomoči in podpore telo potrebno upoštevati (*vedno rečem, da je telo vidni del našega nezavednega, da ga moramo upoštevat (B103)*) in da telo poda smernice za ukrepanje (*telo je dragocen inštrument, ki ga imamo nenehno na voljo, da nam poda informacije o tem, kaj občutimo v posameznih situacijah, ter smernice za ukrepanje (Č44)*). V procesu pomoči in podpore oseba spoznava lastno telo in ponovno oblikuje razumevanje telesa (*da zaznajo, da je telo pomembno in da si ga dovolijo začutiti (E63)*). Ena izmed terapevtk navaja, da je telo opremljeno s samozdravilnimi mehanizmi (*po naravi je telo tudi opremljeno s samozdravilnimi mehanizmi (Č45)*), ki omogočijo okrevanje.

Terapevtke navajajo nekatere razloge za vključevanje dela s telesom v proces pomoči in podpore. Terapevtki telesno usmerjenih pristopov navajata, da je delo s telesom pri okrevanju po travmatični izkušnji nujno (*znanstvene raziskave jasno kažejo, da pot do resničnih, trajnih sprememb našega psihofizičnega stanja nujno poteka skozi telesna občutja (Č49); brez nekega vključenja dela s telesom pri travmi ne gre (E58)*) in da zagotavlja tudi pozitivne učinke (*prinese vključevanje telesa mnoge dobrobiti (izboljšanje telesne samopodobe, sproščanje, reguliranje stresa itd.) (D52)*). Ena izmed terapevtk navaja, da je razlog za delo s telesom travma, ki se je oseba ne spominja, in opozori na travmatične izkušnje v zgodnjem otroštvu (*drug razlog za vključevanje telesa so naše najzgodnejše izkušnje, ki se jih niti ne spomnimo (D51)*).

Način dela s telesom se pri terapevtkah in socialnih delavkah razlikuje. Terapevtki navajata, da v procesu pomoči in podpore sledita telesnim odzivom in da moramo biti pri delu s telesom previdni (*pri delu s telesom pač moraš biti zelo nežen in se ne sme stvari*

forsirat (Č77)). Socialna delavka navaja, da je njen način dela s telesom opazovanje nebesedne komunikacije (*telo kaže nebesedno komunikacijo, ti že takoj vidiš, ko človek pride, kako se usede, kako se drži (C58)*). Druga socialna delavka pojasni, da v proces pomoči in podpore vključijo telesno gibanje, gibanje zunaj (*peljemo jih na sprehod na primer, gremo v botanični vrt in to je somatsko super (F45)*) in telesne vaje (*se nadihamo, vstanemo, se sprehodimo, vse na neformalnem nivoju (F45)*).

4.4 Metode in znanja za delo s travmami

Intervjuvanke navajajo različne metode, znanja in pristope za delo s travmami. Izmed psihosomatsko umerjenih pristopov k okrevanju večina terapevtk pri delu uporablja čuječnost (*čuječnost, da odprto, radovedno opazujemo in se zavedamo trenutnega doživljanja (Č50)*). Dve terapevtki osebam s travmatično izkušnjo nudita okrevanje s pomočjo kraniosakralne resonance, uporabljata pristop somatskega doživljanja in nevroafektiven relacijski model. Dve izmed intervjuvanih terapevtk navajata integrativno psihoterapijo. Posamezne terapevtke navajajo še integralno somatsko psihoterapijo, senzomotorično terapijo in psihosomatsko terapijo. Pri delu se posamezne terapevtke opirajo na znanje polivagalne teorije in uporabijo EMDR metodo ter brainspotting.

Intervjuvanke navajajo, da v proces pomoči in podpore vključijo somatsko usmerjene pristope k okrevanju. Socialna delavka in terapevtka povesta, da v procesu okrevanja osebam omogočita izvajanje joge. Ena izmed terapevtk navaja TRE (*po potrebi ali na željo klienta dodam TRE (D55)*), druga terapevtka izpostavi izobraževanje na področju dela z bodyworkom in energetskim zdravljenjem.

Psihološko usmerjeni pristopi, ki jih imajo socialne delavke in terapevtke telesno usmerjenih pristopov, so različni. Socialni delavki navajata znanje socialnega dela in nevrolingvistično programiranje. Posamezne terapevtke navajajo nenasilno komunikacijo, partnersko terapijo, zakonsko in družinsko terapijo ter družinsko postavitev. Socialna delavka med svoja znanja uvršča pedopsihiatrijo, terapevtka pa socialno pedagogiko. Ena izmed terapevtk navaja še soodvisnostno terapijo in teorijo navezanosti.

Intervjuvanke pravijo, da so znanja za delo s travmami pridobile na različne načine. Večina sogovornice navaja, da so znanje pridobile na izobraževanjih, ki so jih vodili strokovnjaki iz tujine (*to, kar sem se izobraževala v Sloveniji, so bili tuji predavatelji (E57)*). Dve terapevtki navajata, da je pridobivanje znanja potekalo postopoma (*zelo*

postopoma sem pridobivala znanje (A44)), socialna delavka in terapevtka pravita, da so veliko znanja prispevale njune izkušnje (*izkušnje so najbolj prispevale (C40)*) in da znanje pridobivata z branjem literature. Socialna delavka in terapevtka navajata, da sta sodelovali v terapevtskih skupinah (*pridružila neki skupini psihoterapevtov in psihiatrov (Č69)*), druga terapevtka omeni izkušnjo s skupino za samopomoč. Socialna delavka izpostavi, da se udeležuje seminarjev, terapevtka navaja, da se informira na internetu, in opozori, da v Sloveniji primanjkuje možnosti za izobraževanje (*praktično v Sloveniji ni bilo nič (A55)*). Socialne delavke in terapevtke najpogosteje navajajo, da jih je k pridobivanju znanja spodbudila predvsem želja po dopolnitvi lastnega znanja. Prepoznale so področja za izboljšavo in želele osebam nuditi dodatno pomoč (*sem iskala dodatne možnosti, ki bi klientom bile v oporo, kot nekakšna samopomoč med terapevtskimi srečanji (D44)*). Večina terapevtk navaja, da jih je k izobraževanju dela s travmami spodbudila lastna travmatična izkušnja ali izkušnja s travmo (*jaz sem začela kot travmatološka medicinska sestra in potem počasi začneš ugotavljat, da človek ni samo telo, da so neki deficiti v znanju o psihi (E56)*). Ena izmed terapevt navaja tudi interes za delo na sebi in samopomoč (*sem vse vzporedno študirala zato, da sebi pomagam (Č73)*).

Socialna delavka in terapevtki navajajo, da tudi same vodijo izobraževanje na področju dela s travmami. Terapevtka pojasni, da znanje širi v Sloveniji, socialna delavka navaja, da vodi izobraževanje policistov in zdravstvenih delavcev o ravnanju z žrtvami nasilja.

Socialne delavke in terapevtke telesno usmerjenih pristopov travme razumejo različno. Terapevtke travmo razumejo kot izkušnjo izven zmogljivosti in nezaključen odziv na nevarnost. Pojasnijo tudi, da je travma kompleksen pojav, in navajajo, da je travma neustrezno delovanje telesa ter življenje s posledicami. Socialni delavki travmo razumeta kot neugoden dogodek, poseg v človeka in zamrznjenost izkušnje. Terapevtke pri opredelitvi travme izhajajo iz intenzitete doživljanja in odziva na nevarnost. Socialni delavki travmo povežeta z dogodkom in izkušnjo, ki jo oseba ni predelala.

Znanje in metode dela s travmami se pri socialni delavkah in terapevtkah telesno usmerjenih pristopov dokaj razlikujejo. Socialni delavki se pri delu s travami opirata na znanje psihološko usmerjenih pristopov k okrevanju in izpostavita socialno delo, nevrolingvistično programiranje in občasno delavnico joge, ki jo vodi druga oseba. Večina terapevtk kombinira psihosomatske, psihološke in somatske pristope k okrevanju. Večina terapevtk pri delu uporablja čuječnost, določene izvajajo tudi kraniosokralno resonanco in uporabljajo somatsko doživljanje, nevroafektivni relacijski model ter integrativno

psihoterapijo. Psihološko in somatsko usmerjene pristope k okrevanju terapevtke navajajo razpršeno. Podobnost se je pojavi pri zagotavljanju joge.

Socialne delavke in terapevtke telesno usmerjenih pristopov navajajo, da znanje najpogosteje pridobijo na izobraževanjih, ki jih vodijo tuji strokovnjaki. Znanje jim zagotavljajo tudi izkušnje, branje literature in sodelovanje v terapevtskih skupinah. Najpogosteje jih k izobraževanju spodbudijo želja po dopolnjevanju lastnega znanja, osebna izkušnja s travmo in lasten interes.

Temeljna naloga ter izzivi socialnih delavk in terapevtk telesno usmerjenih pristopov so številni. Intervjuvanke proces pomoči in podpore začnejo z uvodnim pogovorom. Odnos vzpostavijo z dobrim stikom, ki se nanaša na empatijo in sočutje. Osebo sprejmejo in je ne obsojajo. Večina terapevtk pojasni, da odnos vzpostavijo tudi s svojo prisotnostjo, socialna delavka in terapevtka pa se na začetku sodelovanja o uporabniku ali uporabnici informirata. Proces pomoči in podpore temelji na odprtem prostoru za pogovor. Intervjuvanke proces prilagodijo potrebam in željam posameznika, s katerim vzpostavijo zaupanje in se dogovarjajo. Večina sogovornic navaja, da sta za okrevanje potrebna čas in posameznikovo razumevanje lastnega problema. V procesu pomoči so sogovornice osredotočene na odprt odnos, ki zagotavlja sodelovanje in kombiniranje različnih pristopov. Sogovornice poudarijo, da so pri svojem delu osredotočene na sedanjost, odkrivanje posameznikovih virov moči in psihoedukacijo, ki osebi omogoči, da razume, kako deluje, s čim se spopada in kako si lahko pomaga. Intervjuvanke pravijo, da je proces pomoči in podpore pri vsaki osebi drugačen in da se pogosto pojavijo tudi obdobja regresij. Socialne delavke in terapevtke telesno usmerjenih pristopov poudarijo, da so v procesu pomoči pomembne refleksija dela, spoštljivost in iskrenost. Določene opozorijo, da proces pomoči in podpore vključuje tudi samostojno delo izven terapij. Socialni delavki navajata tudi učenje socialnih veščin, poudarita, da osebe v procesu pomoči in podpore pridobijo pozitivne izkušnje in da osebe preusmerita k drugim strokovnjakom. Določene terapevtke izpostavijo, da osebam v procesu pomoči in podpore zagotavljajo možnost odločanja. Z osebo se uglasijo, upoštevajo njene sposobnosti in ji nudijo pomoč pri samoregulaciji. Na sam proces pomoči in podpore običajno vplivajo lastnosti posameznika, njegove zmožnosti in vrsta travme. Terapevtke izpostavijo, da znak napredka prepoznajo, kadar oseba travmatično izkušnjo doživlja z distance, se ustrezneje odziva in se spopada z manjšo intenzivnostjo simptomov. Proces pomoči in podpore lahko poteka tudi v skupini, socialni delavki omenita tudi terensko delo in timsko delo. Terapevtke so opozorile, da so pogovorne terapije pri zagotavljanju pomoči in podpore omejene, socialni delavki pa sta

povedali, da jima težavo predstavlja nekompetentnost za delo.

Terapevtki pojasnita, da je delo s telesom pri okrevanju po travmatični izkušnji nujno. V procesu pomoči in podpore uporabnik posluša, kaj mu sporoča telo, ter na ta način pridobiva pomembne informacije in smernice za ukrepanje. Za osebe, ki so doživele travmatično izkušnjo, je značilno, da nimajo stika z lastnim telesom in niso zmožne tolerirati občutkov, zato terapevtke osebe usmerjajo, da začutijo lastno telo in mu začnejo ponovno zaupati. Socialne delavke delo s telesom razumejo kot opazovanje nebesedne komunikacije in ga v proces pomoči in podpore vključijo skozi gibalne vaje.

5 Razprava

Področje dela s travmami sem raziskovala v sodelovanju s socialnima delavkama in terapevtkami telesno usmerjenih pristopov. Na področju dela s travmami so se v zadnjem času pojavile nove smernice, ki poudarijo pomembnost dela s telesom in opozorijo na omejitev terapij, ki temeljijo zgolj na pogovoru. Odločila sem se, da raziščem pristope, ki temeljijo na delu s telesom, in ugotovim, na katerih področjih smo socialne delavke kompetentne za delo s travmami, na katerih področjih pa moramo svoje koncepte pri delu s travmami še razvijati. V nadaljevanju razpravljam o tem, kako socialne delavke in terapevtke telesno usmerjenih pristopov travme razumejo, kako jih prepoznajo, katere metode in znanja uporabljajo pri svojem delu, kako so prišle do znanj za delo s travmami, kako razumejo pomen telesa in na kakšne načine ga vključijo v proces pomoči in podpore.

Kako socialne delavke in strokovnjakinje telesno usmerjenih pristopov razumejo travme?

Socialni delavki travmo razumeta kot neugoden dogodek in poseg v človeka. Pojasnita, da je vzrok travm kompleksen in da izkušnja ostane zamrznjena z vsem, kar je oseba takrat doživljala. Terapevtke telesno usmerjenih pristopov travmo opredelijo kot izkušnjo, ki sega izven zmogljivosti, in navajajo, da je izkušnja tako zahteva in intenzivna, da se posameznik z lastnimi viri in mehanizmi z njo ni zmožen spoprijeti. Terapevtke razlagajo, da je travma širok pojem, ter jo pojasnijo z nezaključenim odzivom na nevarnost. Ena socialna delavka travmo povezuje z dogodkom, vendar pojasni, da je travma lahko karkoli, druga navaja, da je travma neintegrirana izkušnja. Čeprav socialni delavki travmo predstavita manj specifično, lahko sklepam, da se pri definiranju travme ne omejujeta zgolj na dogodke, saj pojasnita, da je vzrok travme kompleksen in da gre za izkušnjo. Terapevtke jasno navajajo, da gre za posameznikovo doživljanje dogodka, ki je odvisno od posameznika. Podrobneje pojasnijo, da travma nastane, kadar odziv na nevarnost ni zaključen. Tudi Levine (2010) in Ogden (2006) pojasnita, da travmatična izkušnja aktivira odziv na nevarnost, ki iz različnih razlogov ni aktiviran v akcijo oziroma ni učinkovit. Takrat oseba ostane ujeta v prekomerni psihofizični vznemirjenosti, kar navaja tudi socialna delavka, ko omeni, da doživljanje osebe ostane zamrznjeno.

Intervjuvanke pri osebah s travmatično izkušnjo najpogosteje prepoznajo neustrezno

odzivanje. Terapevtke navajajo, da so lahko osebe razdražljive in se na nepomembne situacije močno čustveno odzivajo. Solarovič (2005, str. 4) prav tako navaja, da imajo lahko osebe s PTSM izbruhe besa in so razdražljive. Tudi Lewis Herman (2010, str. 35) pravi, da so lahko osebe pretirano vzdražene pri manjših in nepomembnih izzivih. Neustrezno odzivanje intervjuvanke razumejo tudi kot pomanjkanje vzdraženosti v situaciji, ki naj bi pri vsakem človeku izzvala določeno stopnjo vznemirjenosti. Tudi socialna delavka navaja neustrezno odzivanje, saj pojasni, da osebe pogosto kritično situacijo minimalizirajo in zanikajo. Frederick in Levine (2010, str. 141) prav tako navajata, da lahko oseba travmatični dogodek zanika in se vede, kot da ni pomemben, saj dogodek izzove preobremenjujoča čustva, s katerimi se oseba ne more soočiti. Sogovornice navajajo, da travmo prepoznajo pri osebi, ki je vznemirjena. Socialna delavka navaja, da so ljudje razburjeni, terapevtki pa pojasnita, da običajno oprezajo za morebitno nevarnostjo in preverjajo, ali so varni. Lewis Herman (2010, str. 35–36) navaja, da so osebe konstantno vznemirjene, kot da se bo travmatična izkušnja v kateremkoli trenutku ponovila. Terapevtka opozori tudi na kemično zasvojenost od vznemirjenosti; ljudje s konstantno povišanim nivojem kortizola namreč niso navajeni doživljati miru, saj ta sproži neznano in nenavadno počutje, ki ga osebe niso sposobne tolerirati. Nekatere terapevtke navajajo, da travmo prepoznajo glede na to, kako se oseba spoprijema z določenimi situacijami v svojem življenju. Levine in Frederick (1997, str. 147) utemeljita, da imajo osebe z nepredelano travmatično izkušnjo slabšo sposobnost spoprijemanja s stresnimi situacijami. Sogovornice navajajo, da so osebe običajno prestrašene in se spopadajo s tesnobnostjo. Na ravni kognitivnih pokazateljev sogovornice navajajo, da po travmatični izkušnji oseba sama sebe doživlja drugače. Socialna delavka pojasni, da imajo osebe običajno slabo samopodobo. Tudi Bain in Sanders (1996, str. 69) navajata, da je samopodoba oseb po travmatični izkušnji poškodovana ter da se osebe pogosto spopadajo z občutki krivde in sramu. Terapevtke med kognitivne pokazatelje uvrščajo neustrezen spomin in odsotnost spomina. Pojasnijo, da je spomin lahko nenavaden, lahko umanjka del spomina ali pa se oseba travmatične izkušnje sploh ne spominja. Terapevtka pojasni, da spomin ni enoten zaradi disociacije. Tudi North idr. (1999, v Ogden 2006, str. 2) pravijo, da se oseba pogosto travmatične izkušnje ne spominja zaporedno, Van der Kolk (2014, str. 45) pa podrobneje pojasni, da v času travmatične izkušnje leva hemisfera ne deluje in onemogoči sposobnost spominjanja ali zaporednega spominjanja travmatičnega dogodka. Socialni delavki pri osebah s travmatično izkušnjo opazita, da so osebe lahko depresivne. Yehuda in McFarlane (1995, str. 1709) navajata, da obstaja pri osebah s PTSM kar petdeset

do devetdeset odstotkov možnosti, da razvijejo duševno motnjo. Pravita celo, da je primer, ko se pri osebi ne pojavi vsaj še ena duševna motnja, zgolj izjema in ne pravilo. Shalev (2000, v Cvetek, 2009, str. 29) predstavi statistične podatke raziskave iz ZDA, ki kažejo na to, da se depresija pojavi pri polovici populacije s PTSM. Pri osebah s PTSM se lahko pojavijo motnje bioritma. Socialna delavka navaja, da lahko opazi motnje hranjenja, terapevtka pa opozori na motnje spanja. Tudi Solarovič (2005, str. 4) pravi, da se osebe spopadajo s pomanjkanjem apetita in motnjami spanja. Terapevtke telesno usmerjenih pristopov navajajo nekatere sekundarne težave, ki se pojavijo kot posledica PTSM. Levine in Frederick (1997, str. 132) pravita, da osnovni simptomi travme (hipervzburjenost, zakrčenost, disociacija, nepremičnost) ustvarijo podlago za razvoj sekundarnih simptomov.

Terapevtke pojasnijo, da se sekundarne težave pojavijo zaradi izčrpanosti, ki izzove zdravstvene težave. Ena izmed terapevtk omeni oslabljeno delovanje imunskega sistema, kar navaja tudi Solarovič (2005, str. 4), in podrobneje uvršča še zmanjšanje libida, težave z želodcem, srcem in ožiljem. Intervjuvanke med telesnimi pokazatelji PTSM izpostavijo zakrčenost telesa. Terapevtke navajajo še odsotnost stika s telesom, kar avtorji (Emerson, Hopper, 2011, Siegel, 2014, Levine, 2010) izrecno ne omenijo, vendar navajajo, da je telo potrebno spoprijateljiti, ponovno vzpostaviti povezanost s telesom in uglašenost med telesom in čustvi, iz česar lahko sklepam, da travmatična izkušnja povzroči nekakšen občutek tujosti lastnega telesa. Pomanjkanje stika s telesom lahko povežemo tudi z zatiranjem doživljanja telesnih občutkov, ki so za osebo preveč intenzivni. Terapevtke navajajo tudi hormonsko neravnovesje, predvsem povišano raven kortizola. Tudi Van der Kolk (2014, str. 30) in Levine (2010, str. 17) pojasnita, da ima oseba še dolgo časa po travmatični izkušnji povišane količine stresnih hormonov, ki telesu škodujejo. Presenetilo me je, da intervjuvanke niso omenile PTSM, ki je ena izmed najbolj prepoznavnih posledic travmatične izkušnje, vendar ne izključujem dejstva, da je PTSM širok pojem, ki vključuje simptome, ki so jih sogovornice navedle.

Na katera znanja, metode in načela se opirajo socialne delavke in strokovnjakinje telesno usmerjenih pristopov?

Znanje in metode, ki jih pri delu s travmami socialne delavke in terapevtke telesno usmerjenih pristopov uporabljajo, se razlikujejo. Socialni delavki navajata, da pri svojem delu uporabljata znanje socialnega dela ter nevrolingvistično programiranje. Nevrolingvistično programiranje je sistem komunikacijskih tehnik o osebni odličnosti. Je

orodje za čustvene spremembe, spremembe prepričanj in orodje za pospešeno učenje novih veščin (Inštitut za nevro-lingvistično programiranje, b.d.). Iz intervjujev sem lahko razbrala, da socialni delavki poznata elemente delovnega odnosa in jih pri svojem delu uresničujeta. Dogovor o sodelovanju skleneta ob prvem stiku z uporabnico. Ustrezno jo seznanita z informacijami ter možnostmi, ki jih ima na voljo, in ji ponudita sodelovanje. V delovnem odnosu uporabita instrumentalno definicijo problema in soustvarjata rešitve, ki si jih oseba zase želi. Pri definiciji problema sta socialni delavki osredotočeni na sedanjost in z osebo raziskujeta njene vire moči. Izhajata iz perspektive moči in z uporabnico ali uporabnikom delata korake v smeri zastavljenega cilja. Njuno delo temelji na pozitivnih izkušnjah. Pri svojem delu uporabljata tudi etiko udeleženosti, saj njuno delo temelji na perspektivi tukaj in zdaj, kar pomeni, da socialni delavki z osebo odkrivata in poimenujeta možne rešitve za prihodnost. V odnosu z uporabnico ali uporabnikom odstopita od pozicije moči ter pojasnita, da oseba sama odloča o načinu dela, onidve pa se prilagodita (Čačinovič Vogrinčič, 2002, 91–96). Podatki, ki se nanašajo na somatsko usmerjenje pristope, so razpršeni. Čeprav sta terapevtka in socialna delavka izpostavili delavnico joge, to med znanja socialne delavke ne morem prištevati, saj pojasni, da sama znanja o jogi nima, je ne izvaja, vendar jogo pri delu s travmami uporablja ena izmed zaposlenih v društvu. Največ terapevtk pri delu s travmami uporablja psihosomatsko usmerjene pristope. Večina jih pri delu s travmami uporablja čuječnost, ki se na področju psihoterapevtskega dela v Sloveniji še uveljavlja. Nekatere uporabljajo pristop somatskega doživljanja in metodo kraniosakralne resonance. Kraniosakralna resonanca je uporabna metoda pri prepoznavanju in zdravljenju različnih težav, ki se nahajajo v telesu. Z nežnim, točno določenim dotikom terapevt posluša in podpira življenjsko silo, ki sproži proces zdravljenja v telesu. Je metoda, ki upošteva celovitost človeškega telesa in medsebojno odvisnost telesnih, razumskih in čustvenih procesov (Veet, 2014, Sills, 2011, 2012, Shea, 2007-2013, Jealous, b. d. v Hočevar, b. d.). Tudi Van der Kolk (v Melaragno, 2015) navaja, da kraniosakralna resonanca zavzema legitimno in pomembno pozicijo pri delu s travmami. Avtor pojasni, da telo ne občuti varnosti, dokler osebi ni v redu, da se je dotakne nekdo, ki izraža skrb ter nudi podporo in pomoč. Nekatere pri delu s travmami uporabljajo nevroafektivni relacijski model. To je telesno orientiran pristop za zdravljenje razvojnih in odnosnih travm. Pristop je osredotočen na delo z neuravnovešenim živčnim sistemom, identiteto osebe in odnosnimi težavami. Pri delu se ozaveščajo kognitivni, čustveni in fiziološki vzorci odzivanja oz. preživetveni stili, ki jih oseba razvije v času otroštva in adolescence. Preživetveni stili oblikujejo razvoj osebe in vplivajo na odnos do sebe, drugih

in sveta (Heller, Lapierre, 2012, Heller, Poole Heller 2001 v Kuhar, b. d.). Nekatere terapevtke pri delu s travmami uporabljajo integrativno psihoterapijo. Ta poudari pomembnost celostnega pristopa k okrevanju in temelji na integraciji čustvenih, kognitivnih in fizioloških sistemov posameznika. Upošteva tudi človeško potrebo po socialnosti in duhovnost (Inštitut za integrativno psihoterapijo in svetovanje, b. d.). Terapevtke navajajo predvsem psihosomatsko usmerjenje pristope ter določene psihološko in somatsko usmerjene pristope. Analiza podatkov kaže, da je za delo s travmami potreben širok nabor znanja.

Kje in kako socialne delavke in strokovnjakinje telesno usmerjenih pristopov pridobivajo znanje, ki je potrebno za delo na področju travm?

Socialna delavka in terapevtke telesno usmerjenih pristopov navajajo, da jih k pridobivanju znanja spodbudi želja po dopolnjevanju svojega znanja in spretnosti. Terapevtka pojasni, da je za svoje kliente iskala dodatne možnosti, ki bi jim bile v oporo ter bi jih lahko uporabili kot samopomoč med terapevtskimi srečanji. Druga pojasni, da ji je pri psihoanalizi delo s telesom vedno manjkalo. Socialna delavka navaja, da sledi aktivaciji novih znanj in izkušenj, vendar s pomembnostjo dela s telesom na področju travm ni seznanjena. Opazila sem, da socialni delavki svoje dopolnjevanje znanja usmerita na določeno področje, na primer nasilje. V primeru, da se travmatična izkušnja ne nanaša na točno določeno travmatično izkušnjo, osebo preusmerijo k drugim institucijam ali strokovnjakom. Večina terapevtk pojasni, da jih je k izobraževanju spodbudila osebna izkušnja s travmo. Dve sta namreč tudi sami preživeli travmatično izkušnjo in ju je k izobraževanju spodbudila želja po samopomoči. Tretja terapevtka pa navaja, da je petnajst let delala s šok travmo kot medicinska sestra na urgenci. Socialna delavka in terapevtka sta pojasnili, da sta na izobraževalni poti sledili lastnemu interesu.

Večina sogovornic navaja, da znanje pridobi na izobraževanjih, ki jih vodijo tuji učitelji. Ena izmed njih pojasni, da v Sloveniji primanjkuje možnosti za izobraževanje o telesno oz. psihosomatsko orientiranih pristopih. Določene terapevtke so povedale, da so možnost za izobraževanje poiskale v tujini. Socialne delavke in terapevtke znanje pridobivajo tudi z izkušnjami, sodelovanjem v psihoterapevtskih skupinah in branjem literature.

Kako socialne delavke in strokovnjakinje telesno usmerjenih pristopov opredeljujejo temeljne naloge in izzive pri delu z ljudmi s travmatičnimi izkušnjami?

Temeljne naloge ter izzivi socialnih delavk in terapevtk telesno usmerjenih pristopov so številne. Intervjuvanke vzpostavijo odnos z uvodnim pogovorom, v katerem nudijo osnovne informacije o načinu dela, so na voljo za vprašanja in se pogovorijo o pričakovanjih in željah posameznika. Gabi Čačinovič Vogrinčič (2005, str. 9–10) navaja, da dogovor o sodelovanju omogoči vzpostavljanje delovnega odnosa. Dogovor o sodelovanju vsebuje dogovor o načinu dela in socialno delavko spodbudi, da predstavi svojo vlogo in vlogo vseh udeleženih v problemu. Avtorica pojasni, da je dogovor pomemben, saj že vsebuje koncept udeleženosti v definiciji problema in soustvarjanju rešitve. Socialne delavke in terapevtke z raziskovanjem posameznikovih pričakovanj in želja omogočijo, da so ti udeleženi v procesu pomoči ter podpore in prispevajo k dogovoru o tem, kako bodo delali. Socialne delavke in terapevtke odnos vzpostavijo z dobrim stikom, ki se nanaša na empatijo, sočutje, zaupanje in spoštovanje. Gabi Čačinovič Vogrinčič (2005, str. 10, 14) navaja, da delovni odnos zagotavlja brezpogojno spoštovanje osebne izkušnje in da si je potrebno za izkušnjo spoštovanja in kompetentnosti zagotoviti čas, ki omogoči razumevanje in sporazumevanje. Avtorica (2005, str. 18) pojasni načelo interpozicije, ki opredeli vlogo socialne delavke, in omeni, da socialna delavka spreminja bližino ter oddaljenost, izraža empatijo in sočutje. Tudi Levin (2010, str. 75–76) v prvem koraku procesa pomoči navaja, da terapevt oblikuje relativno varno okolje skozi spoštovanje, varnost in izraža empatijo ter sočutje. Proces pomoči in podpore temelji na odprtem prostoru za pogovor, v katerem osebe lahko izražajo svojo stisko. Socialne delavke in terapevtke proces prilagodijo potrebam ter željam posameznika, se dogovarjajo in vzpostavijo zaupanje. Večina sogovornic navaja, da so za okrevanje potrebni čas, odprt odnos in posameznikovo razumevanje lastnega problema. V procesu pomoči socialne delavke in terapevtke poudarijo pomembnost sodelovanja z osebo in navajajo, da v procesu pomoči in podpore kombinirajo različne pristope. Socialne delavke in terapevtke pojasnijo, da so pri svojem delu osredotočene na sedanjost in odkrivanje posameznikovih virov moči. Osredotočenost na sedanjost strokovnjakom omogoči, da se lotijo problema v sedanjosti in načrtujejo prihodnost v sedanjosti. Koncept perspektive moči v socialnem delu nas usmeri k spoštljivemu odkrivanju in mobiliziranju uporabnikovih virov moči. Socialni delavci podpremo cilje, vizije in prizadevanja, ki uporabniku omogočijo kakovostno življenje (Čačinovič Vogrinčič, 2005, str. 12). Intervjuvanke pojasnijo, da okrevanje poteka tudi s

psihoedukacijo, ki osebi omogoči, da razume, kaj se ji dogaja, kako deluje in kako si lahko pomaga. Intervjuvanke navajajo, da je proces pomoči in podpore z vsako osebo drugačen. Čačinovič Vogrinčič (2005, str. 15) navaja, da so projekti pomoči izvirni, kar pomeni, da vsakokrat na novo in posebej oblikujemo projekt pomoči in podpore, ki je ustvarjen skupaj z uporabniki in zanje. Vsak posameznik v proces pomoči in podpore vnese svojo edinstvenost, svoje vire in sposobnosti, ki se jim je potrebno prilagoditi in tako soustvariti proces okrevanja. Socialne delavke in terapevtke telesno usmerjenih pristopov pojasnijo, da so pomembni refleksija lastnega dela, spoštovanje osebe in iskrenost. Določene opozorijo, da proces pomoči in podpore vključuje tudi samostojno delo izven terapij. Tudi Brantley (2003, v Černetič, 2005, str. 74) navaja, da proces pomoči in podpore s čuječnostjo ni zgolj metoda, vendar je njena učinkovitost najbolj izrazita, kadar jo prakticiramo redno in kadar postane vsakdanji način našega delovanja. Pri okrevanju je torej pomembno, da oseba znanje in sposobnosti, ki jih razvije tekom terapij, integrira tudi v svoj način življenja. Socialni delavki navajata, da v proces vključujeta učenje socialnih veščin, in poudarita, da morajo osebe v procesu pomoči in podpore pridobiti pozitivne izkušnje. Van der Kolk (2014, str. 56) pojasni, da pozitivne izkušnje, ki zagotavljajo varnost in ljubezen, omogočijo ustreznejše delovanje možganov, ki se lahko osredotočijo na raziskovanje, igro in sodelovanje. Socialne delavke lahko z zagotavljanjem pozitivnih izkušenj osebi omogočimo, da ni obremenjena z občutki strahu, nesprejetosti ter nezaželenosti, osebi zagotovimo priložnost, da je videna, slišana ter spoštovana, s čimer ji omogočimo, da razvija ustreznejšo samopodobo. Določene terapevtke izpostavijo, da osebam v procesu pomoči in podpore zagotavljajo možnost odločanja. Čeprav socialne delavke izrecno ne poudarijo možnosti odločanja, izpostavijo pomembnost sodelovanja in dogovarjanja. Videmšek (2013, str. 100) navaja, da se v konceptu perspektive moči krepi uporabnikov občutek kompetentnosti z namenom, da sprejema asertivne odločitve in prevzame nadzor nad lastnim življenjem. Travmatična izkušnja običajno osebo sooči z nemočjo in kasneje pri osebi izzove dvome, ali se je sploh sposobna obvarovati in si zagotoviti varnost. S priložnostjo odločanja in vplivanja na proces pomoči in podpore oseba krepi lastno moč, ki ji povrne občutek vpliva in nadzora nad lastnim življenjem. Tudi Emerson in Hopper (2011, str. 27) navajata, da v času izvajanja joge, prilagojene osebam s travmatično izkušnjo, učitelji prepoznajo in spodbudijo vsako odločitev in izbiro posameznika, ki pozitivno vpliva na njegovo počutje. Določene terapevtke navajajo pomembnost samoregulacije in pojasnijo, da se z osebo uglasijo. Socialne delavke ne omenijo samoregulacije, čeprav je ta izjemno pomembna, saj osebi omogoči spoprijemanje

in soočanje s simptomi, ki jo običajno preobremenijo in preplavijo. Tudi Van der Kolk (Integral yoga magazine, 2009) navaja, da so tehnike samoregulacije pomembne prav tako kot opazovanje minljivosti simptomov. Razvijanje tolerance do doživljanja simptomov in sposobnost samoreguliranja se zapiše v telo, um in spomin. Terapevtke navajajo, da je sposobnost samoregulacije nujna, še preden se oseba sooči s travmo. V primeru, da se oseba s travmo sooči, brez da bi razvila sposobnosti nadziranja lastnih simptomov, se lahko pojavi retravmatizacija. Menim pa, da je samoregulacija povezana tudi z odkrivanjem in razvijanjem virov moči, ki osebi pomagajo pri spopadanju s simptomi. Socialne delavke z osebo vsekakor odkrivamo in krepimo vire moči, ki prispevajo k samoregulaciji, vendar so pri samoregulaciji potrebni tudi samoopazovanje, ozaveščanje in integriranje občutkov, čustev in misli. Socialne delavke tako kot terapevtke telesno usmerjenih pristopov z uporabnikom ustvarimo ustrezne okoliščine za okrevanje, vendar so socialne delavke pri svojem delu manj osredotočene na soočenje in predelovanje travme. Menim, da socialne delavke bistveno prispevamo k uporabnikovi stabilizaciji, ki osebi povrne občutek moči in spoštovanja do sebe, vendar pri soočanju s travmo nimamo konkretnih konceptov ali metod, ki bi osebi omogočile ustrezno soočanje in integracijo čustev, občutkov in misli, ki se pojavijo zaradi travmatične izkušnje. Zdi se mi pomembno, da izpostavim tudi izjavo socialne delavke, ki pojasni, da prepričanje o socialnih delavkah lahko škoduje procesu pomoči in podpore. Socialna delavka navaja, da osebe pogosto vprašajo, kaj so naredile narobe, da so bile napotene k socialni delavki v vladni organizaciji, kar lahko vpliva na proces pomoči in podpore. Pomembno je, da omenim tudi mnenje socialnih delavk, da so za delo s travmami nekompetentne oz. da so njihove sposobnosti za delo s travmami omejene. V primeru, ko osebi ne morata nuditi pomoči in podpore, ki jo ta potrebuje, jo usmerita k drugim strokovnjakom. Dodiplomski predmetnik vsebuje zgolj en predmet, ki je namenjen pridobivanju znanja za delo s travmami, vendar je tudi ta del modula, za katerega se odločijo zgolj določeni študentje (Fakulteta za socialno delo). Glede na to, da socialni delavki nimata informacij o novih ugotovitvah na področju dela s travmami, vendar svoje znanje in spretnosti redno dopolnjujeta, lahko predvidevam, da se dodatno izobražujeta zgolj na določenih področjih (npr. na področju nasilja), vendar ne dopolnjujeta znanja širše zastavljenega področja travm. Prednost socialnih delavka pa je timsko delo, ki ga terapevtke ne navajajo. Osebe s travmatično izkušnjo sodelujejo s strokovnjaki z različnih področij. Timsko delo omogoči skupen dialog, ki ustreza strokovnim in znanstvenim merilom različnih strok ter je usmerjen k uresničevanju ciljev (Mesec in Stritih, 2015, str. 289). Kadar osebe s travmatično izkušnjo iščejo pomoč pri različnih

strokovnjakih, je pomembno, da so ti med seboj povezani, sodelujejo oz. delujejo usklajeno in združijo moči pri zagotavljanju okrevanja. Socialna delavka navaja, da izobražujejo zdravstvene delavce in policiste o ravnanju s žrtvami ter širijo znanje in preprečujejo dodatno škodovanje osebam s travmatično izkušnjo. Druga socialna delavka navaja timsko delo s psihiatri in psihologi ter izpostavlja, da mora biti delo enotno in usmerjeno k zagotavljanju ustrezne pomoči. Socialni delavki navajata tudi terensko delo, ki ga terapevtke ne izvajajo. To razumem kot prednost, saj se s terenskim delom približamo vsakdanjemu svetu uporabnikov in se izogibamo vzvišeni drži (razen v primerih nadzora na terenu) (Miloševič, 2009). Socialna delavka pojasni, da se s terenskim delom prilagodijo uporabnici in tako izražajo skrb ter zagotavljajo, da se proces pomoči in podpore nadaljuje.

Kako socialne delavke in strokovnjakinje telesno usmerjenih pristopov razumejo delo s telesom in na kakšne načine ga vključijo v procese pomoči in podpore?

Terapevtke navajajo, da je v procesu pomoči in podpore potrebno telo poslušati in prepoznati informacije, ki jih telo sporoča. Oseba se uči zaupati svojemu telesu, ga čutiti in odkriva njegovo vlogo pri okrevanju. Tudi Levine in Frederick (1997, str. 67–74) navajata, da je pomembno opazovati doživljanje znotraj telesa, in pravita, da oseba z zaznavnim čutom ozavešča doživljanje, ne da bi ga skušala analizirati, razumeti ali interpretirati. Tudi metoda čuječnosti temelji na zavedanju lastnega doživljanja, ne da bi skušali doživljanje analizirati, pri tem pa je pomembno sprejemanje občutkov, ki se jih osebe običajno izogibajo, saj so izjemno intenzivni ter obremenjujoči. Čuječnost osebi omogoči, da se v svojem telesu počuti udobno in mirno (Siegel, 2014, str. 122). Joga, prilagojena osebam s travmatično izkušnjo, osebi omogoči, da razvije močno telo, kar prispeva k ponovnemu zaupanju telesu. Oseba razvije sposobnost prepoznavanja ter toleriranja občutkov in ponovno vzpostavi uglašeno delovanje telesa in uma (Emerson in Hopper, 2011, str. 24). Terapevtke menijo, da je delo s telesom nujno za okrevanje in da so zgolj psihološko usmerjeni pristopi pomoči omejeni. Enako navajata tudi Van der Kolk (2014) in Levine (2010). Van der Kolk (2014, str. 76) izpostavi pomembnost dvosmerne komunikacije med telesom in umom, ki je bila v zahodnem svetu dolgo časa spregledana, Levine (2010, str. 45) pa navaja, da so številni psihološko usmerjeni pristopi k okrevanju neuspešni in da je za okrevanje potrebno proces pomoči in podpore začeti z delom s telesom in šele nato nagovoriti čustva in misli. Določene terapevtke pravijo, da je telo opremljeno s

samozdravilnimi mehanizmi. Tudi Cvetek (2002) navaja, da je telo opremljeno s sposobnostjo samozdravljenja, in pojasni, da v procesu pomoči in podpore odstranimo blokade, ki onesposobijo naravne procese okrevanja. Levine in Frederick (1997) prav tako pojasnita, da je naše telo opremljeno s prirojeno sposobnostjo za okrevanje po travmatični izkušnji. Stiske, ki jih povzroči travmatična izkušnja, so izjemno intenzivne in osebo pogosto spravijo v stanje obupa in nemoči pri spopadanju s simptomi. Socialna delavka navaja, da okrevanje ni možno oz. je možno zgolj do določene mere. Presenetilo me je njeno mnenje, da je cilj institucije v tem, da oseba doživlja čim manj regresij in da so te čim manj intenzivne. Terapevtke so namreč pojav regresij navajale zgolj kot del procesa okrevanja. Pomembno je, da se strokovnjaki zavedajo, da imamo prav vsi ljudje prirojeno sposobnost za okrevanje. Levine (2010, str. xiii) navaja, da je travma dejstvo življenja, ne pa nujno dosmrtna obsodba. Socialni delavki sem zaradi skromnih odgovorov o delu s telesom podrobneje spraševala o tem, kako telo vključujeta v proces pomoči. Povedali sta, da opazujeta telesno govorico in da z uporabnicami izvajajo gibalne vaje, katerih namen je sproščanje. Čeprav socialni delavki vključujeta telo v proces pomoči, je po mojem mnenju njuno delo s telesom usmerjeno v prepoznavanje telesne govorice in gibanje telesa. Zaenkrat še nimata informacij in veščin za delo s telesom na področju dela s travmami.

6 Sklepi

- Socialni delavki in terapevtke telesno usmerjenih pristopov, ki sem jih vključila v raziskavo, imajo znanje o tem, kaj je travma.
- Socialni delavki in terapevtke telesno usmerjenih pristopov, vključene v raziskavo, prepoznajo najpogostejše pokazatelje travm. Socialni delavki sta osredotočeni na prepoznavanje psiholoških pokazateljev, potrebovali bi dodatno znanje za prepoznavanje najpogostejših telesnih pokazateljev travm in sekundarnih posledic travme.
- Intervjuvani socialni delavki in terapevtke telesno usmerjenih pristopov nudijo ustrezne okoliščine in pogoje za okrevanje, kot so ustrezen delovni odnos, varen in odprt prostor za pogovor, spoštljiv odnos, ki temelji na zaupanju idr.
- Terapevtke, vključene v raziskavo, imajo širok nabor psihosomatskega, psihološkega in somatskega znanja za delo s travmami. Socialni delavki, ki sta sodelovali v raziskavi, nimata posebnih načel za delo s travmami, vendar sledita načelom prakse socialnega dela, za delo s travmami pa potrebujeta dodatno znanje, ki je psihosomatsko usmerjeno.
- Intervjuvane strokovnjakinje svoje znanje dopolnjujejo. Izobražujejo se pri tujih strokovnjakih, znanje pridobivajo na podlagi lastnih izkušenj, sodelovanja v psihoterapevtskih skupinah in branja literature.
- Intervjuvane terapevtke znanje o delu s telesom na področju dela s travmami pridobivajo od tujih strokovnjakov in v tujini. V Sloveniji se pristopi, ki temeljijo na delu s telesom, na področju travm še uveljavljajo, pri nas za enkrat še primanjkuje možnosti za izobraževanje na področju dela s travmami, ki v proces pomoči in podpore vključuje telo.
- Socialni delavki in terapevtke telesno usmerjenih pristopov, vključene v raziskavo, pri delu s travmami uporabijo spretnosti sodelovanja, prilagajanja, dogovarjanja, vzpostavljanja odprtega odnosa in načelo interpozicije. V procesu pomoči in podpore so osredotočene na sedanjost in kombinirajo različna znanja za delo s travmami.

- Terapevtke, vključene v raziskavo, razumejo delo s telesom kot pomembno za posameznikovo okrevanje po travmatični izkušnji. Navajajo, da je potrebno prepoznati, kaj telo sporoča, ponovno vzpostaviti zaupanje v lastno telo in razviti sposobnost toleriranja telesnega doživljaja. Socialni delavki, vključeni v raziskavo, nista seznanjeni z vlogo telesa na področju dela s travmami in bi potrebovali dodatno znanje o povezanosti telesa in procesa okrevanja po travmatični izkušnji.
- V raziskavo vključene terapevtke telesno usmerjenih pristopov na področju dela s travmami v procesu pomoči in podpore s posameznikom ozaveščajo telesno doživljanje in ga usmerjajo k prepoznavanju ter sprejemanju telesnega doživljanja. Socialni delavki opazujeta telesno govorico in z uporabniki ter uporabnicami izvajata gibale vaje. Intervjuvani socialni delavki bi na področju dela s travmami potrebovali dodatno znanje o tem, kako vključiti telo v proces pomoči in podpore pri okrevanju po travmatični izkušnji.

7 Predlogi

- Predlagam spodbujanje socialnih delavk na področju dela s travmami k seznanjanju z novimi smernicami procesa pomoči in podpore, ki vključujejo delo s telesom.
- Z zagotavljanjem večjega števila dostopnih izobraževanj o delu s travmami bi socialnim delavkam, ki delajo na področju dela s travmami, omogočili dopolnjevanje znanja za delo na tem področju.
- V dodiplomski študij socialnega dela bi bilo potrebno vključil obvezen predmet o socialnem delu in delu na področju travm, ki bi bil dostopen vsem študentom.
- V Sloveniji je potrebno zagotoviti več možnosti za izobraževanja o procesu pomoči in podpore, ki so psihosomatsko orientirana in vključujejo delo s telesom.
- Socialne delavke pomembno prispevajo k okrevanju po travmatični izkušnji, saj vzpostavijo delovni odnos, ki temelji na dogovoru o sodelovanju, instrumentalni definiciji problema in soustvarjanju rešitev ter osebnem vodenju. Psihosocialna pomoč in podpora socialnih delavk temeljita tudi na perspektivi moči, etiki udeleženosti, znanju za ravnanje in ravnanju s sedanjostjo. Proces pomoči in podpore socialnih delavk je izvirni delovni projekt pomoči. Socialno delo temelji na načelu sodelovanja ter načelu pogajanja, ki sta pomembni za delo s travmami. Socialne delavke s koncepti socialnega dela pomembno prispevajo k ustrezni pomoči in podpori osebam s travmatično izkušnjo. V socialnem delu bi bilo na področju dela s travmami potrebno ob sodelovanju z drugimi strokami s področja dela s travmami raziskati in razviti psihosomatsko usmerjene koncepte dela, ki bi zagotovili celosten pristop k okrevanju oseb po travmatični izkušnji.
- Predlagam, da stroka socialnega dela na podlagi novih ugotovitev na področju dela s travmami in vključevanja dela s telesom razišče, kako bi v svoje področje dela vključila koncepte, ki temeljijo na povezanosti uma in telesa ter zagotovijo celostni proces pomoči in podpore.

8 Uporabljena literatura

American Psychiatric Association. (1994). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth edition. Washington DC: American Psychiatric Publishing.

Arambašić, L. (urednik). 2000. Psihološke krizne intervencije: psihološka prva pomoć nakon kriznih događaja. Zagreb: Društvo za psihološku pomoć.

Bain, O., Sanders, M. (1996). Ko pride na dan: vodič za mlade, ki so bili spolno zlorabljeni. Ljubljana: Svetovalni center za otroke, mladostnike in starše: Co Libri.

Berceli. D. (2012). TRE : vaje za sproščanje stresa in travme : revolucionarna nova metoda za okrevanje po stresu in travmi. Melbourne : J. Slapar, In Touch Therapies.

Bhikkhu, T. (2008). Mindfulness Defined. Pridobljeno 8. 2. 2018 s https://www.accesstoinsight.org/lib/authors/thanissaro/mindfulnessdefined.html

Bouwkamp, R. (1996). Psihosocialna terapija pri spolni zlorabi v družini. Logatec: Firis.

Brady, J. L., Guy, J. D., Poelstra, P. L., Brokaw, B. F. (1999). Vicarious traumatization, spirituality, and the treatment of sexual abuse survivors: A national survey of women psychotherapists. Professional Psychology: Research and Practice.

Cvetek, R. (2002). Obravnava disfunkcionalno shranjenih izkušenj z metodo desenzitizacije in ponovne predelave z očesnim gibanjem – EMDR. Pridobljeno 17. 1. 2018 s file:///C:/Users/User/Desktop/diploma/DIPLOMA%20travma%20sd%20in%20somatsko%20doživljanje/emdr/emdr%20cvetek.pdf

Cvetek, R. (2009). Bolečina preteklosti: travma, medosebni odnosi, družina, terapija. Celje: Celjska Mohorjeva družba.

Čačinovič Vogrinčič, G. (2005). Vzpostavljanje delovnega odnosa in osebnega stika.

Katalog socialnega dela. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo.

Černetič, M. (2005). Biti tukaj in zdaj: Čuječnost, njena uporabnost in mehanizmi delovanja. Pridobljeno 16.2. 2018 s http://www.institut-ipsa.si/datoteke/Biti%20tukaj%20in%20zdaj.pdf

Demšar, S. in Erlah, P. (2005). Trening asertivnosti. V Dragoš, S., Leskošek, V., Petrovič Erlah, P., Škerjanc, J., Urh, Š., Žnidarec Demšar, S. (2005). Krepitev moči. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo.

Dernovšek. M., Tavčar. R., Orel. D., Gorše Muhič. M., Pečnik. S. (2006). Prepoznavanje in Premagovanje Stresa in Travme. Pridobljeno 7.1. 2018 s http://www.sinapsa.org/tm/media/priponke/a63-Prepoznavanje%20in%20premagovanje%20stresa%20in%20travme.pdf

Dragoš, S., Leskošek, V., Petrovič Erlah, P., Škerjanc, J., Urh, Š., Žnidarec Demšar, S. (2005). Krepitev moči. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo.

Emerson. D., Hopper, E. (2011). Overcoming trauma through yoga: Reclaiming Your Body. Berkeley, California: North Atlantic Books.

Flaker, V. (2003). Oris metod socialnega dela: uvod v katalog centrov za socialno delo. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo.

Foy, D. W. (1992). Introduction and Description of the Disorder. V: Foy, D. W. (ur.), Treating PTSD: Cognitive-Behavioral Strategies. New York, London: The Guilford Press.

Frei, K. (1996). Spolna zloraba: z odkrito besedo do varnosti. Ljubljana: Kres.

Gostečnik, C. (2008). Relacijska paradigma in travma. Ljubljana: Frančiškanski družinski inštitut.

Integral yoga magazine. (2009). Yoga and Post-Traumatic Stress Disorder: An Interview with Bessel van der Kolk, M.D. Pridobljeno 21.8. 2017 s

http://www.traumacenter.org/clients/MagInside.Su09.p12-13.pdf

Johnson, S. M. (2002), Emotionally Focused Couple Therapy with Trauma Survivors. New York: The Guilford Press.

Klingler-Perren, G. (2002). v DEBRIEFING. Prva pomoč s pogovorom. Logatec: razvojni inženiring socialnega varstva: Firis.

Levine, P. A., Frederick, A. (1997). Waking the Tiger: Healing Trauma: The Innate Capacity to Transform Overwhelming Experiences. Berkeley: North Atlantic Books.

Levine, P. A. (2010). In an unspoken voice: how the body releases trauma and restores goodness. Berkeley: North Atlantic Books.

Looker, T., Gregson O. (1993). Obvladajmo stres. Ljubljana: Cankarjeva založba.

Lewis Herman, J. (2010). Trauma and Recovery. USA: Pandora.

Markham, U. (1999). Travme iz otroštva. Kako prepoznamo in odpravimo boleče spomine. Ljubljana: Založba Mladinska knjiga.

Mesec, B. (2009). Metodologija raziskovanja v socialnem delu 1: načrtovanje raziskave. Študijsko gradivo za interno uporabo. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo.

Mikuš Kos, A. (2001). Psihične travme v otroštvu in adolescenci. V T. Samec in V. Slodnjak (ur.), Psihične travme v otroštvu in adolescenci. Ljubljana: Inštitut za psihologijo osebnosti.

Mul, A. (1994). Socialno delo-med pomočjo in zaščito. V Imperl, F. (1994). ZBORNIK PRISPEVKOV delovne konference o delovanju in sodelovanju strokovnih služb na področju preprečevanja zlorab in zanemarjanja otrok. Ljubljana: PZI- DAN, p. o

Mešl, N. (2015). Knjižna recenzija: Peter A. Levine, Ann Frederick (2015) Kako prebuditi tigra: zdravljenje travm. Pridobljeno 6. 6. 2018 s

https://www.dlib.si/stream/URN:NBN:SI:DOC-ZUFB4VBZ/924a0ba9-2a99-43b9-a67b-b3e71becf912/PDF

Ogden, P., Pain, C., Fisher, J. (2006). A Sensorimotor Approach to the Treatment of Trauma and Dissociation. Pridobljeno 8. 6. 2018 s file:///C:/Users/User/Downloads/sensorimotor_ogden_etal_2006%20(1).pdf

Phillips. J. (2015). PTSD in DSM-5: Understanding the Changes. Pridobljeno 7. 8. 2017 s http://www.psychiatrictimes.com/ptsd/ptsd-dsm-5-understanding-changes

Porges, S., Buczynski R. (b.d.). The Polyvagal Theory for Treating Trauma. Pridobljeno 14. 5. 2017 s http://stephenporges.com/images/stephen%20porges%20interview%20nicabm.pdf

Rakovec-Felser, Z. (1991). Človek v stiski, stres in tesnoba. Maribor: Založba Obzorja.

Repič, T. (2008). Nemi kriki spolne zlorabe in novo upanje. Celje: Društvo Mohorjeva družba: Celjska Mohorjeva družba.

Rothschild, B. (2000). The Body Remembers. New York, NY: Norton.

Rozman, S. (2015). Pogum: kako preboleti travmo. Ljubljana: Modrijan.

Shelly, P. (2014). Trauma-informed care: is your eye on the thread or the jewel? Pridobljeno 6 .6. 2018 s http://socialworksynergy.org/2014/06/03/embroidering-on-trauma/ (23.2.2016).

Schore, A. N. (2009). Relational Trauma and the Developing Right Brain An Interface of Psychoanalytic Self Psychology and Neuroscience. Pridobljeno 7. 6. 2018 s http://www.allanschore.com/pdf/__SchoreAnnNY09Trauma.pdf

Smyth, N. J. (2013). Trauma-Informed Social Work Practice: What Is It and Why Should We Care? Pridobljeno 6. 6. 2018 s https://njsmyth.wordpress.com/2013/04/19/trauma-informedsocial-work-practice/

Solarovič, J. (2005). Osnove o travmah, posledicah in pomoči. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo.

Stahl M., Stephen. (2017). PTSD: Resilience and Therapy [Blog]. Pridobljeno 6.6. 2018 s https://genomind.com/ptsd-resilience-therapy/

Steele, W., Kuban, C. (b.d.). Advancing Trauma-Informed Practices Bringing trauma-informed, resilience-focused care to children, adolescents, families, schools and communities. Pridobljeno 11.7. 2017 s http://assets1.mytrainsite.com/500051/tlcwhitepaper.pdf

Stritih, B. (1998). Na poti k avtonomiji socialnega dela kot stroke in znanosti. Socialno delo, 37, 3/5: 159-168.

Stritih, B.(2005). Strategije pomoči pri socialnem delu s travmatiziranimi osebami in družinami. Socialno delo 45, 6: 333−343.

Tanhane, A. (2016). Mindfulness meditation: Buddhist mindfulness. Pridobljeno 6. 6. 2018 s http://mindfulnessmeditation.net.au/tag/sati/

Urek, M. (2001). Življenjske zgodbe in njihov pomen: nekaj izhodišč za preučevanje pripovedovanja zgodb v socialnem delu, letnik 40, številka 2/4.

Van der Kolk, B. A. (2014). The Body Keeps the Score: Brain, Mind, and Body in the Healing of Trauma. New York: Viking.

Videmšek, P. (2013). Iz institucij v skupnost. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo, Univerza v Ljubljani.

Zakon o socialnem varstvu (ZSV) (2007). Ur. l. RS 3/2007 (ZSV-UPB2). Pridobljeno 18.8.2017 s http://www.pisrs.si/Pis.web/pregledPredpisa?id=ZAKO869

What is the actual EMDR session like?. (b. d.). Pridobljeno 7. 6. 2018 s https://emdria.site-ym.com/general/custom.asp?page=120

9 Priloge

9.1 Smernice za intervju

1. Kaj je travma in kako jo razumete? (Kako oseba doživi travmo? Kdaj se pri posamezniku pojavi travma in zakaj?)

2. Kako pri osebi prepoznate travmo? (Kateri so temeljni pokazatelji travm pri osebah, ki so preživele travmatsko izkušnjo? Kako se osebe s travmatično izkušnjo vedejo drugače? Kako se počutijo? S čim se spopadajo?)

3. Kako travma vpliva na telo in kateri so njeni telesni pokazatelji? (Kako deluje telo osebe, ki je doživela travmatično izkušnjo?)

4. Kako pri svojem delu vzpostavite delovni odnos pomoči in podpore? (Kako zagotovite varnost in zaupanje?)
5. Kako poteka proces pomoči, ki ga nudite osebi s travmatsko izkušnjo? (Kako začnete proces pomoči, kakšne spremembe pri posamezniku opazite v procesu pomoči in podpore? Kako prepoznate, da je oseba integrirala travmatsko izkušnjo?)
6. Katere so temeljne naloge in izzivi, s katerimi se srečujete pri svojem delu s travmami?
7. Na katera načela se upirate?
8. Kakšne metode in znanja uporabljate pri svojem delu s travmami?
9. Kako ste prišli do znanja, ki ga uporabljate za delo na področju travm? (Kako je potekala vaša izobraževalna pot za delo s travmami?)

10. Kako razumete delo s telesom in zakaj je pomembno? (S kakšnim namenom vključite telo v proces pomoči in podpore? Kakšni so učinki vključevanja telesa v proces pomoči in podpore?)
11. Na kakšne načne vključite telo v proces pomoči?