

UNIVERZA V LJUBLJANI
PEDAGOŠKA FAKULTETA

DIPLOMSKO DELO

MANCA BIZJAK

UNIVERZA V LJUBLJANI
PEDAGOŠKA FAKULTETA
Študijski program: Socialna pedagogika

Doživljanje in spoprijemanje s psihično travmo

DIPLOMSKO DELO

Mentor: doc. dr. Olga Poljšak Škraban

Kandidatka: Manca Bizjak

Somentor: asist. dr. Simona Prosen

Ljubljana, september, 2012

Zahvala

Iskreno se zahvaljujem mentorici doc. dr. Olgi Poljšak Škraban in somentorici asist. dr. Simoni Prosen za pomoč, motivacijo, nasvete, ažurnost ter za moralno podporo.

Hvala vsem intervjuvancem, ki so pristali na intervju in si vzeli čas.

Posebna zahvala velja mami, ki me je v letih študija podpirala v vseh pogledih. Hvaležna sem za ves njen trud, zlasti za to, ker mi je vedno stala ob strani.

Hvala sestri, ki jo cenim veliko bolj, kot si predstavlja in mi je bila skozi šolanje za zgled.

Rada bi se zahvalila tudi dedku, teti in stricu, za vso njihovo podporo in spodbudo pri šolanju.

Iskrena zahvala gre tudi prijateljici Daši, ki mi je bila v veliko podporo pri nastajanju diplomskega dela. Hvala tudi prijateljici in sošolki Nini za moralno podporo in njeno pripravljenost za poslušanje.

Navsezadnje bi se rada zahvalila tudi sebi, ker po padcih vedno znova otresem prah s sebe in grem dalje.

Diplomo posvečam pokojni babici, Mariji Cotelj, ki je vedno verjela vame; tudi, ko sama nisem.

POVZETEK

Poudarek diplomskega dela je na doživljanju in spoprijemanju oseb s posttravmatsko stresno motnjo. Psihična travma lahko močno prizadene posameznika in pusti fiziološke, emocionalne, kognitivne in vedenjske posledice. Če je travmatični dogodek psihično preobremenilen, oseba lahko razvije posttravmatsko stresno motnjo, ki negativno vpliva na vsa življenjska področja. Zato je ključno, da osebe s posttravmatsko stresno motnjo poiščejo pomoč in si ustvarijo nov začetek.

Glavni namen diplomskega dela je bil predstaviti in raziskati posttravmatsko stresno motnjo preko spoznanj strokovnjakov, ki se pri svojem delu srečujejo z osebami s posttravmatsko stresno motnjo. Pri tem sem uporabila kvalitativno metodo raziskovanja s tehniko intervjuja. Rezultate sem zbrala z intervjuji treh strokovnjakov različnih profilov, ki delajo kot psihoterapevti. Analiza rezultatov je pokazala, da se osebe s posttravmatsko stresno motnjo pogosto soočajo z različnimi zdravstvenimi težavami in doživljajo strah, jezo, krivdo ter imajo težave z zaupanjem. Njihova prepričanja o sebi in svetu so pogosto iracionalna, prav tako pogosta so za njih tvegana vedenja, kot so samopoškodbeno vedenje, motnje hranjenja in zloraba alkohola. Prihajajo iz nefunkcionalnih družin, v katerih so dobili občutek nevrednosti in nepripadnosti. Pogost je strah pred čustveno bližino, zato se izolirajo. Kot močna varovalna dejavnika sta se izkazala podpora socialnega okolja in ljubeča družina, najmočnejši dejavnik tveganja so travme v otroštvu. Medtem ko jim v terapiji najbolj pomaga kakovosten terapevtski odnos, si sami lahko najbolj pomagajo s sprostitvenimi vajami in osredotočenostjo na sedanjost. Strokovnjaki pri osebah s posttravmatsko stresno motnjo opažajo potravmatsko rast, ki se kaže v novi kakovosti in sprejemanju življenja ter menjavi vrednot.

Posttravmatska stresna motnja je zelo kompleksna in pomaga tudi pri razumevanju številnih drugih posledic psihične travme ter sporoča, da so vedenja, ki so v očeh drugih negativna, v resnici klic na pomoč.

Ključne besede: psihična travma, travmatični dogodek, posledice travme, posttravmatska stresna motnja

SUMMARY

The emphasis of this diploma thesis is on experiencing and coping with posttraumatic stress disorder. Psychological trauma can do a lot of harm to a person and can have physiological, emotional, cognitive and behavioral effects. If traumatic event is too intense, it can lead to a posttraumatic stress disorder which can have negative impact on every aspect of person's life. Therefore it is crucial that they search for help and start a new life.

The aim of this diploma thesis is to present and to research on posttraumatic stress disorder through findings from experts who work with people with posttraumatic stress disorder. I have used a qualitative research method with interview technique. I have gathered my results through interviews with three experts of different professions who work as psychotherapists. The analysis of results shows that people with posttraumatic stress disorder often have health problems and experience fear, anger, guilt and have trust issues. It is common that they have irrational beliefs about themselves and about others. It is also common that they become involved in high-risk behaviours such as self-harm behavior, eating disorders and alcohol abuse. They come from dysfunctional families and as a result they develop feeling of unworthiness and sense of unbelongingness. Because they have fear of intimacy, they often isolate themselves. While strong resilience factors are social support and loving family, childhood trauma is a strong vulnerability factor. Good-quality therapeutic relationship helps them the most in therapy. They can help themselves by doing relaxation exercises and focusing on the present. Experts notice posttraumatic growth in people with posttraumatic stress disorder which refers to a new quality of life, accepting life as it is and changes in values.

Posttraumatic stress disorder is very complex and it helps to understand several other trauma consequences. It gives notice that those types of behavior which people generally see in a negative light are actually a cry for help.

Keywords: psychological trauma, traumatic event, consequences of trauma, posttraumatic stress disorder

KAZALO VSEBINE

I. UVOD.....	- 1 -
II. TEORETIČNI DEL.....	- 3 -
1 TRAVMA.....	- 3 -
1.1 OPREDELITEV TRAVMATIČNEGA DOGODKA.....	- 3 -
1.2 VRSTE TRAVM.....	- 5 -
1.2.1 Neosebne travme.....	- 5 -
1.2.2 Medosebne travme.....	- 6 -
1.2.3 Kumulativne travme.....	- 6 -
1.2.4 Medgeneracijske travme.....	- 7 -
2 ODZIV NA TRAVMO.....	- 8 -
2.1 FIZIOLOŠKI ODZIV.....	- 8 -
2.2 EMOCIONALNI ODZIV.....	- 9 -
2.2.1 Sram.....	- 9 -
2.2.2 Jeza.....	- 10 -
2.2.3 Strah.....	- 11 -
2.2.4 Krivda.....	- 11 -
2.3 KOGNITIVNI ODZIV.....	- 11 -
2.4 VEDENJSKI ODZIV.....	- 12 -
2.4.1 Kompulzivno ponavljanje.....	- 13 -
3 POSLEDICE TRAVME.....	- 17 -
3.1 ANKSIOZNOST.....	- 17 -
3.2 DEPRESIJA.....	- 19 -
3.3 DISOCIATIVNE MOTNJE.....	- 20 -
3.4 AKUTNA STRESNA MOTNJA.....	- 21 -
3.5 POSTTRAVMATSKA STRESNA MOTNJA.....	- 23 -
3.5.1 Podoživljanje travme oziroma vsiljevanje.....	- 25 -
3.5.1.1 Flashbacki (vsiljeni spomini).....	- 26 -
3.5.1.2 Nočne more.....	- 27 -
3.5.1.3 Telesna stiska ob izpostavljenosti podobnemu dražljaju.....	- 28 -
3.5.2 Izogibanje.....	- 28 -
3.5.2.1 Izogibanje razmišljanju, čustvom, pogovorom, aktivnostim, krajem ter ljudem, ki so povezani s travmo.....	- 29 -
3.5.2.2 Nesposobnost spominjanja pomembnih aspektov travme.....	- 30 -
3.5.2.3 Disociacija.....	- 31 -
3.5.3 Hipervzburljenje.....	- 32 -
3.5.3.1 Težave s spanjem.....	- 33 -
3.5.3.2 Razdražljivost ali izbruhi jeze.....	- 33 -
3.5.3.3 Težave s koncentracijo.....	- 34 -
3.5.3.4 Pretirana budnost in pozornost.....	- 34 -
3.5.3.5 Pretirano preplašeno odzivanje.....	- 35 -
3.5.4 Hkratno pojavljanje različnih motenj (komorbidnost).....	- 35 -
3.6 MOTNJE EKSTREMNEGA STRESA, KI NISO DRUGAČE DOLOČENE.....	- 36 -
4 PSIHIČNA ODPORNOST IN ZAŠČITNI DEJAVNIKI.....	- 39 -
5 PSIHIČNA RANLJIVOST IN DEJAVNIKI TVEGANJA.....	- 44 -
6 ZDRAVLJENJE TRAVM.....	- 46 -
6.1 ZDRAVLJENJE V TREH FAZAH.....	- 47 -
6.1.1 Prva faza.....	- 48 -
6.1.2 Druga faza.....	- 49 -
6.1.3 Tretja faza.....	- 51 -
6.2 ZDRAVLJENJE PTSM.....	- 51 -
6.3 POTRAVMATSKA RAST.....	- 54 -

III. EMPIRIČNI DEL	- 57 -
1. OPREDELITEV PROBLEMA	- 57 -
2. NAMEN IN CILJI RAZISKOVANJA	- 57 -
2.1 RAZISKOVALNA VPRAŠANJA	- 58 -
3. RAZISKOVALNA METODOLOGIJA	- 59 -
3.1 VZOREC	- 59 -
3.2. RAZISKOVALNI INSTRUMENT	- 59 -
3.3 POSTOPEK ZBIRANJA PODATKOV	- 60 -
3.4. POSTOPEK OBDELAVE ZBRANIH PODATKOV.....	- 61 -
4 REZULTATI IN INTERPRETACIJA	- 64 -
4.1 KATERE ODZIVE NA TRAVMO DOŽIVLJAJO OSEBE S PTSM (FIZIOLOGIJA, ČUSTVOVANJE, KOGNICIJA, VEDENJE)?	- 64 -
4.2 KAKŠNI SO ODNOSI OSEB S PTSM V PRIMARNI DRUŽINI IN Z DRUGIMI OSEBAMI?	- 80 -
4.3 KATERI SO VAROVALNI DEJAVNIKI IN DEJAVNIKI TVEGANJA ZA RAZVOJ PTSM?	- 85 -
4.4 KAJ JE TISTO, KAR OSEBAM S PTSM V TERAPIJI NAJBOLJ POMAGA? KAKO SI LAHKO POMAGAJO SAMI?.....	- 93 -
4.5 ALI STROKOVNJAKI OPAŽAJO POTRAVMATSKO RAST PRI OSEBAH S PTSM IN KAKO SE KAŽE?	- 98 -
4.6 KAKO SE STROKOVNJAKI, KI DELAJO Z OSEBAMI S PTSM SPOPRIJEMAJO S STRESOM, KI GA DOŽIVLJAJO NA DELOVNEM MESTU?	- 100 -
4.7 ODNOSNO KODIRANJE	- 105 -
4.8 KOMENTAR NA SHEMO ODNOSNEGA KODIRANJA	- 106 -
IV. ZAKLJUČEK	- 108 -
V. LITERATURA	- 112 -
VI. PRILOGA	- 122 -

KAZALO TABEL

TABELA 1: PRIMER KODIRANJA PODATKOV INTERVJUJA	- 62 -
TABELA 2: KODE 1. IN 2. REDA ZA KATEGORIJE FIZIOLOGIJA, ČUSTVOVANJE, KOGNICIJA IN VEDENJE	- 64 -
TABELA 3: KODE 1. IN 2. REDA ZA KATEGORIJI DRUŽINA IN ODNOSI IZVEN DRUŽINE	- 80 -
TABELA 4: KODE 1. IN 2. REDA ZA KATEGORIJI VAROVALNI DEJAVNIKI IN DEJAVNIKI TVEGANJA	- 85 -
TABELA 5: KODE 1. IN 2. REDA ZA KATEGORIJI TERAPIJA IN DELO NA SEBI	- 93 -
TABELA 6: KODE 1. IN 2. REDA ZA KATEGORIJO POTRAVMATSKA RAST	- 98 -
TABELA 7: KODE 1. IN 2. REDA ZA KATEGORIJO PSIHOHIGIENA.....	- 100 -

SEZNAM UPORABLJENIH KRATIC

PTSM - posttravmatska stresna motnja

ASM - akutna stresna motnja

DESNOS - (angleško Disorders of Extreme Stress Not Otherwise Specified); motnje ekstremnega stresa, ki niso drugače določene)

I. UVOD

Tekom življenja marsikdo doživi travmo. Nekateri se s tem učinkovito spoprimejo in jih tako ne ovira v vsakdanjem življenju, medtem ko na drugih travma pusti številne posledice in jim tako onemogoči normalno funkcioniranje. Najbolj problematična je medosebna travma, saj najbolj prizadene dojemanje sebe in dojemanje sveta. Travma lahko prizadene ljudi na vseh nivojih funkcioniranja: fiziološkem, psihološkem, socialnem in duhovnem (van der Kolk, 1996).

Travma lahko povzroči fiziološko škodo z dolgotrajnimi posledicami (Dass-Brailsford, 2007). Med najpogostejše čustvene odzive po travmi spadajo strah, jeza, anksioznost, žalost, melanholijska in depresivna. Travma vpliva tudi na posameznikovo percepcijo, prepričanja in sodbe (Collins in Collins, 2005). Posledice travme se prav tako kažejo v vedenju, in sicer v rizičnem vedenju, razdražljivosti, izogibanju, spremenjenih navadah in kompulzivnem ponavljanju travme (Rosenbloom in Williams, 2010).

Kot posledica travme se lahko razvije tudi posttravmatska stresna motnja, ki prizadene osebo kot celoto. Motnja ima močan vpliv na vedenje, kognicijo, čustvovanje in fiziologijo ter predvsem na odnos s samim sabo in z drugimi (Mikuš Kos, 2001; Rothschild, 2000; van der Kolk, 1996). Oseba s posttravmatsko stresno motnjo doživlja simptome ponovnega doživljanja travme, izogibanja in hipervzbujenosti. Njihovo funkcioniranje v vsakdanjem življenju je močno omejeno, saj jih simptomi kar naprej vračajo v preteklost. Svojega doživljanja si ne znajo razložiti, kar jih še naprej pušča ujete v vrtincu travme (Cvetek, 2009).

Pojem posttravmatske stresne motnje je precej nov in posledično v laičnih krogih tudi ne še dovolj poznan, kljub temu da prevalenca posttravmatske stresne motnje ni nizka. Dvajset odstotkov ljudi, ki doživi travmo, kasneje razvije posttravmatsko stresno motnjo (Rothschild, 2000). Tudi v slovenskem prostoru motnji ni posvečeno veliko pozornosti, z izjemo nekaterih avtorjev (npr. Cvetek, 2009; Gostečnik, 2008). Da bi oseba s posttravmatsko stresno motnjo lahko začela proces okrevanja in zaživela kvalitetno življenje, je seveda ključnega pomena, da poišče pomoč in se odloči za predelavo travme.

Varovalni dejavniki in dejavniki tveganja igrajo veliko vlogo pri tem, ali bo nekdo razvil posttravmatsko stresno motnjo. Van der Kolk (1996) kot največji dejavnik tveganja izpostavlja različne vrste zlorab v otroštvu. Cvetek (2006, po Cvetek, 2009) je s kvalitativno raziskavo v slovenskem prostoru ugotovil, da je najmočnejši varovalni dejavnik podporni odnos z mamo.

Za izbrano temo sem se odločila, ker me pri konceptu travme impresionira vpliv, ki ga ima na vse ravni obstoja posameznika. Pri tem mislim predvsem na povezavo med umom, telesom in dušo, ki se zlasti pri travmi kaže kot neizpodbitno dejstvo. To je tudi razlog, da sem se osredotočila predvsem na posttravmatsko stresno motnjo, kjer se to še bolj jasno izraža. Poleg tega se bom kot socialna pedagoginja pri svojem delu zagotovo srečevala z uporabniki, ki so v svojem življenju že doživeli travmatični dogodek, in mi bo tako znanje o travmi pomagalo pri boljšem razumevanju njihovega čustvovanja, vedenja in razmišljanja.

V teoretičnem delu najprej opredelim pojem psihične travme. V drugem poglavju podrobneje predstavim odzive na travmo, in sicer na fiziološki, emocionalni, kognitivni ter vedenjski ravni. S pomočjo literature prikažem posledice travme in se med njimi osredotočam predvsem na posttravmatsko stresno motnjo, pri kateri podrobneje opišem simptome. Predstavim tudi koncept psihične odpornosti in vpliv ter ozadje varovalnih dejavnikov in dejavnikov tveganja. Sledi poglavje o zdravljenju travm, kjer prikažem zdravljenje v treh fazah in se usmerjam še na zdravljenje posttravmatske stresne motnje. Prav tako se dotaknem novejšega pojma potravmatske rasti, ki izvira iz pozitivne psihologije. Skozi celotno diplomsko delo je poudarek na posttravmatski stresni motnji.

V empiričnem delu s kvalitativno analizo proučujem koncept posttravmatske stresne motnje. S pomočjo intervjujev treh strokovnjakov različnih profilov, ki se pri svojem delu srečujejo z osebami s posttravmatsko stresno motnjo, skušam raziskati, s kakšnimi posledicami travme se slednji soočajo in kakšne so njihove osebne značilnosti. Zanima me, iz kakšnih družin izhajajo in kakšni so njihovi socialni odnosi. Raziskujem, kateri so varovalni dejavniki in dejavniki tveganja za razvoj posttravmatske stresne motnje. Preko izkušenj sodelujočih v raziskavi ugotavljam, kaj je tisto, kar osebam s posttravmatsko stresno motnjo najbolj pomaga v terapiji in katere so najboljše poti za samopomoč. Analiziram tudi koncept potravmatske rasti. Preverjam še, kako se s stresom na delovnem mestu soočajo intervjuvanci.

II. TEORETIČNI DEL

1 TRAVMA

Sama beseda travma izhaja iz grške besede 'rana'. Označuje tako fizično poškodbo kot duševno rano, ki lahko sledi travmatičnemu dogodku (Dass-Brailsford, 2007).

1.1 OPREDELITEV TRAVMATIČNEGA DOGODKA

Diagnostični in statistični priročnik duševnih motenj (DSM-IV-TR, American Psychiatric Association, 2000) definira travmatični dogodek kot dogodek, ki vključuje dejansko ali grozečo smrt ali resno poškodbo ali grožnjo telesni integriteti posameznika ali drugim in ga posameznik izkusi, je priča ali soočen z dogodkom. Posameznik se odzove z intenzivnim strahom, nemočjo ali grozo. Schore (2002) omenja nedavno raziskavo, ki je pokazala, da je glede na te kriterije v ZDA 60 odstotkov moških in 50 odstotkov žensk v svojem življenju že izkusilo travmatični dogodek.

Mikuš Kos in Slodnjak (2000) pišeta, da je travmatični dogodek opredeljen kot dogodek, katerega stvarne razsežnosti po svoji intenziteti presegajo običajna stresna doživetja in pri skoraj vseh ljudeh povzročajo grozo, trpljenje in psihofiziološke motnje. Med travmatičnim in stresnim dogodkom so razlike v intenziteti in kvaliteti.

Rus Makovec (2003) travmo definira kot ekstremni stres, ki zahteva davek tako na psihosocialni kot tudi na biološki ravni. Podobno Rothschild (2000) trdi, da je travma psihofizična izkušnja, tudi če ne povzroči neposredne škode telesu. Travmatični dogodki zahtevajo svoj davek tako na telesni kot na psihični ravni.

Collins in Collins (2005) navajata, da so travmatični dogodki tako skrajni, mogočni in grozeči, da uničijo posameznikov občutek varnosti. Nekateri travmatični dogodki se pojavijo zgolj enkrat in so relativno kratkotrajni kot na primer posilstvo, napad ali naravna katastrofa. Drugi so dolgotrajni ali ponavljajoči se in zato tudi bolj kompleksni. V to kategorijo med drugim sodita tudi spolna zloraba in nasilje v družini.

Podobno Parry (1990) omenja, da so travmatični dogodki tisti, ki so nepričakovani, siloviti in nevarni. Karakteristika travmatičnega dogodka je tudi ta, da je dogajanje prehitro in preveč pestro za možgane, da bi bili zmožni obdelati dogodek. Informacije preprosto preobremenijo možgane, ki tako dogodek vedno znova ponavljajo, da bi ga osmislili.

Joseph in Linley (2008) travmo definirata kot sinonim za okoliščine, ki pomembno ogrozijo oziroma razveljavijo pomembne komponente posameznikovega osebnega sveta. Takšni dogodki globoko poškodujejo sposobnost ljudi, da razumejo, predvidijo ali kontrolirajo svoja življenja.

Zayfert in Black Becker (2007) pišeta, da je tipična značilnost travmatičnega dogodka pomanjkanje predvidljivosti in kontrole. Posamezniki, ki imajo prepričanje, da je sposobnost napovedati in kontrolirati dogodke v svojih življenjih pomembna, se soočijo z zahtevno kognitivno nalogo, ko travmatični dogodek zamaje omenjena prepričanja.

Whitfield (1995) travmo opredeli bolj široko, in sicer kot katerikoli dogodek, dejanje ali izkušnja, ki poškoduje fizično, spolno, mentalno, emocionalno ali spiritualno integriteto posameznikovega resničnega jaza.

Mikuš Kos in Slodnjak (2000) pišeta, da so travmatični dogodki naslednji:

- prometne nesreče,
- druge nesreče,
- posameznik kot žrtev fizičnega nasilja,
- posameznik kot žrtev spolne zlorabe,
- posameznik kot priča družinskemu nasilju, posilstvu, uboju, samomoru,
- življenjsko nevarne bolezni ali ogrožajoči zdravniški posegi,
- družinsko nasilje,
- naravne katastrofe,
- smrt bližnjega,
- vojna dogajanja.

Možno je tudi, da travmatske reakcije pri posamezniku sproži dogodek, ki po strokovnih kriterijih ni ogrožajoč, a dobi tak pomen v doživljanju posameznika (Mikuš Kos, 2001).

Lieberman (2004) piše, da je treba pri izkušanju dogodka kot travmatičnega vključiti tudi razvojne variacije. Določen dogodek je za odraslega lahko povsem nepomemben, medtem ko je zelo pomemben za razvijajočega se otroka.

Podobno Rosenbloom in Williams (2010) navajata, da je enak dogodek lahko za nekoga travmatičen, medtem ko za drugega ni. Pomen, ki ga posameznik pripiše določenemu dogodku, je pomemben prav tako kot dogodek sam. Podobno Rus Makovec (2003) omenja, da objektivno enako težki dogodki pri posameznikih povzročijo različno subjektivno doživljanje. Nekateri dogodek lahko doživljajo kot ne ekstremno hud, drugi pa kot skrajno mejo, ki jo lahko prenesejo. Individualne značilnosti torej igrajo pomembno vlogo pri končnem učinku življenjskih travm. Prav tako Whitfield (1995) opozarja, da obstaja veliko različnih načinov, kako definirati travmatični dogodek. Kar je za nekoga travma, za drugega ni.

1.2 VRSTE TRAVM

Obstaja več vrst travm. V diplomski nalogi se bolj osredotočam na medosebne travme.

1.2.1 Neosebne travme

Van der Kolk (1996) neosebne travme definira kot tiste, ki so posledica zunanjih dogodkov. Rus Makovec (2003) neosebne travme definira kot tiste, ki jih povzročijo naravne katastrofe, kot na primer poplave, potresi, požari, viharji ipd. Neosebne se imenujejo, zato ker je niso povzročili ljudje drugim ljudem. V teh katastrofah so ljudje izpostavljeni ekstremnemu strahu, z grožnjo smrti in uničenja fizične integritete, tako sebe kot drugih ljudi. Tovrstna doživetja močno zvišajo pogostost duševnih motenj.

Parry (1990) navaja, da je pri naravnih katastrofah najbolj tragično ravno veliko število ljudi, ki jih nesreče prizadenejo. Vpletene so cele skupnosti in družine običajno trpijo številne izgube.

Podobno Miller (1999) piše, da po naravnih nesrečah pogosto prihaja do izgube prihodka, zaposlitve ali stanovanja. To samo še stopnjuje občutek nemoči in izgubo nadzora, kar pogosto vodi do povečanih stopenj otroške in partnerske zlorabe.

1.2.2 Medosebne travme

Rosenbloom in Williams (2010) medosebne travme opredeljujeta kot tiste, ki jih povzroči človek. Najpogostejši obliki medosebnih travm sta nasilje in izguba ljubljene osebe. Primeri medosebnih travm so vojna, umor, izguba ljubljenega, oborožen rop ter fizično in spolno nasilje. Van der Kolk (1996) piše, da so medosebne travme posledica doživljanja in ponotranjenja travm v družinskem okolju in odnosih.

Rus Makovec (2003) trdi, da je medosebna travma najbolj problematična in naredi največ škode v človekovi duševnosti. Zlasti tista, ki se zgodi v zgodnjem razvojnem obdobju v zvezi z ljudmi, na katere so navezani. V zgodnjih obdobjih travma ogroža razvoj tistih duševnih in medosebnih sposobnosti, ki jih potrebujemo za obvladovanje stresa. Gostečnik (2008) pojasnjuje, da v primeru zlorabe ali zanemarjanja s strani skrbnika v otroštvu, govorimo o relacijski travmi. Bolj ko skrbnik otroka ignorira ali ga odriva stran od sebe, bolj v njem povzroča oziroma vzdržuje travmatično stanje. Enako se zgodi tudi takrat, ko se skrbnik ne odziva na otrokovo čustvovanje. Če otrok ostaja dalj časa v intenzivnem stanju vzdraženosti, za katerega pa ni dovolj opremljen, to pusti na njem trajne posledice.

National Victim center (1993) omenja, da je za ženske in otroke (v primerjavi z moškimi) travma, ki je posledica nasilja v intimnem odnosu, veliko večja težava kot travmatični dogodki, ki jih povzročijo tujci ali nesreče.

1.2.3 Kumulativne travme

Kumulativna travma zajema številna neugodna doživetja in občutja, ki jih oseba doživlja dalj časa. Gre za prisotnost konstantnih stresorjev (Mikuš Kos, 2001). Pri kumulativni travmi ni nujno, da gre za izjemno stresne dogodke, kot so spolno in fizično nasilje ali smrt bližnjega, ampak gre lahko tudi za dogodke, ki po strokovnih merilih ne spadajo pod travmo, a imajo za

posameznika travmatičen pomen. Tovrstni dogodki se imenujejo disfunkcionalne stresne izkušnje in posameznika lahko močno ovirajo v vsakdanjem življenju (Cvetek, 2009).

1.2.4 Medgeneracijske travme

Dass-Brailsford (2007) medgeneracijsko travmo definira kot kumulativno emocionalno in psihološko prizadetost, ki je prenosljiva iz ene generacije v drugo. Mohler, Resch, Cierpka in Cierpka (2001) omenjajo, da je medgeneracijski prenos spolnega, telesnega, ali čustvenega nasilja in zlorab utrjen in pogosto opisan kot statistični fenomen.

Dass-Brailsford (2007) omenja emocionalne učinke medgeneracijske travme, ki se pri drugi ali tretji generaciji kažejo v visokem deležu depresije, jeze, stresa, hipervzbujenosti, nizke samopodobe in tudi kulturne sramote.

Rowland-Klein (2004) navaja raziskave o otrocih žrtev holokavsta. Imeli naj bi predvsem težave s samopodobo in z lastno identiteto, lahko podoživljajo razne afektivne težave, pogosto imajo nočne more o preganjanju, lahko imajo kognitivne težave ter težave pri medosebnem delovanju. Cvetek (2009) omenja, da so v središču pozornosti raziskovanja medgeneracijskega prenosa travme poleg otrok žrtev holokavsta tudi otroci tistih, ki so preživeli vojno, predvsem vietnamsko.

2 ODZIV NA TRAVMO

2.1 FIZIOLOŠKI ODZIV

Dass-Brailsford (2007) trdi, da travmatični dogodek lahko povzroči resno fiziološko škodo z dolgoročnimi posledicami, ki okvarijo delovanje možganov in telesa. Fiziološki odziv lahko vključuje povišan srčni utrip in krvni tlak, težave z dihanjem, hiperventilacijo, bolečine v prsih, mišično napetost, utrujenost, prekomerno potenje, omotico, glavobole in bolečine v trebuhu. Travmatizirani lahko izkusijo več teh reakcij, ki se lahko začasno prenehajo pojavljati ali se pojavljajo še bolj intenzivno. Podobno Joseph, Williams in Yule (1997) navajajo, da so raziskave pokazale, da travmatizirani pogosteje navajajo glavobol, utrujenost in bolečine v prsih. Prav tako so pogostejše gastroenterološke, kardiovaskularne, ledvične, respiratorne ter nalezljive bolezni. Značilen je tudi oslavljen imunski sistem. Poleg tega travmatizirani pogosteje koristijo zdravstvene storitve in slabše ocenjujejo svoje zdravstveno stanje.

Parry (1990) pri odzivu na travmo omenja bolečine v hrbtu, ginekološke težave, bolečine v prsih, ekcem, kolitis in oslABLJENO delovanje imunskega sistema. Rosenbloom in Williams (2010) pišeta o kardiovaskularnih boleznih, bolečinah v želodcu, povišanem srčnem utripu, omotici, utrujenosti in nespečnosti.

McFarlane, Atchison, Rafalowicz in Papay (1994, po van der Kolk, 1996) omenjajo številne raziskave, ki so pokazale, da osebe s posttravmatsko stresno motnjo (PTSM), ki spada pod anksiozne motnje, pogosteje poročajo o fizioloških simptomih kot osebe, ki sicer so doživele travmo, a nimajo PTSM.

Shalev, Bleich in Ursano (1990, po van der Kolk, 1996) so v raziskavi primerjali libanonske vojne veterane s PTSM in tiste, ki niso imeli PTSM. Tisti s PTSM so imeli več kardiovaskularnih, nevroloških, gastroenteroloških in bolečinskih simptomov.

Yule (2001) trdi, da je pri posameznikih s PTSM pogosto poslabšanje splošnega telesnega zdravja.

2.2 EMOCIONALNI ODZIV

Dass-Brailsford (2007) piše, da so pogosti emocionalni odzivi na travmo šok, odrevenelost, anksioznost, panika, strah, občutek osamljenosti, obup, negotovost, groza, razdražljivost, depresija, žalovanje in krivda. Podobno Rosenbloom in Williams (2010) omenjata strah, izgubo občutka varnosti, izgubo zaupanja vase in v druge, izgubo samozavesti, sram, jezo, razdražljivost, nemoč, občutek praznine ter nenaden izbruh emocij. Prav tako Parry (1990) omenja anksioznost, depresijo, jezo, krivdo in sram.

Collins in Collins (2005) navajata, da med najpogostejše primarne emocionalne odzive na travmo sodijo anksioznost, strah, jeza, žalost, melanholija in depresija. Katera emocija bo prevladovala, je odvisno od posameznika. Pri nekaterih bo najbolj intenziven občutek sramu, pri drugih groza in spet pri drugih občutek ločenosti.

2.2.1 Sram

Občutja sramu se razvijejo kot odziv na samoočrnitvene misli in prepričanja, ki spodkopljejo posameznikov občutek učinkovitosti in samosprejetosti (Deblinger in Runyon, 2005). Joseph, Williams in Yule (1997) dodajajo, da posameznik zaradi sramu samega sebe negativno dojema in se počuti ničvrednega in nemočnega. Sram prav tako vključuje občutek izpostavljenosti pred drugimi.

Parry (1990) piše, da občutek sramu povzroči, da ima posameznik občutek, kot da je opazovan s strani kritičnega in nesočutnega sodnika, ki ga prezira in ga dojema kot odvratnega. V resnici je ta sodnik posameznik sam. Ker je posameznika sram, je zanj toliko težje, da bi poiskal učinkovito pomoč znotraj svoje socialne mreže. Podobno van der Kolk, McFarlane in van der Hart (1996) poudarjajo, da travmo pogosto spremlja močan občutek ponižanja. Zaradi občutka nemoči posameznik nima več občutka, da se lahko zanese na samega sebe. Sram občuti, ker ima občutek, da je razočaral samega sebe.

Deblinger in Runyon (2005) opozarjata, da posamezniki, ki trpijo zaradi občutkov sramu, svoje pomanjkljivosti lahko dojemajo kot neobvladljive in sebe pogosto vidijo kot okvarjene in nevredne. Dejansko je sram pogosto povezan s strahovi pred zavrnitvijo kot tudi z

izolacijskim in pokornim vedenjem, ki lahko okrepi samouresničujoče se prerokbe, da jih drugi ne marajo ali celo prezirajo.

Rothschild (2000) trdi, da je sram tudi ena izmed komponent pri PTSM, ko gre za travmo posilstva ali spolne zlorabe. Obstaja verjetnost, da ljudje s PTSM na globlji ravni verjamejo, da v času travme niso primerno reagirali in da bi se morali boriti ali zbežati. Poleg tega lahko tudi mislijo, da je nekaj narobe z njimi, ker se počutijo kot žrtev. Zayfert in Black Becker (2007) dodajata, da sram igra osrednjo vlogo v vzdrževanju PTSM. Sram, ki ga travmatizirani izkusi, če mu socialno okolje ne nudi podpore ob njegovem razkritju, povzroči, da se travmatizirani pogosto še bolj intenzivno izogiba razmišljanju o travmatičnem dogodku, kar oteži predelavo travme.

Rothschild (2000) opozarja tudi, da je posebnost pri emociji sramu ta, da se sram ne more osvoboditi tako kot druge emocije. Če je prisotna žalost, se lahko izrazi skozi jok, jeza skozi vpitje in strah skozi tresenje. Sram se lahko zmanjša edino skozi kontakt z osebo, ki travmatiziranega sprejema in ga ne obsoja. Prvi korak pri razreševanju katerekoli emocije, zlasti sramu, je, da ga sprejmemo.

2.2.2 Jeza

Rosenbloom in Williams (2010) omenjata, da je jeza normalen odziv na travmo. Travmatizirani se lahko jezijo zaradi nepomembnih stvari, ki jih prej niso motile in čutijo jezo celo do prijateljev in družinskih članov.

Rothschild (2000) dojema jezo kot emocijo samozaščite. Vendar ima lahko jeza, ko postane kronična, destruktivne posledice na življenje travmatiziranega tako na zasebnem kot poklicnem področju. Jeza lahko preide tudi v bes.

Parry (1990) piše, da so impulzi jeze normalen odziv na frustracijo. Vendar v primeru travme jeza običajno stvari samo še poslabša. Travmatizirani jezo običajno usmerijo v prijatelje, družinske člane ali v Boga. Jeza je zlasti prisotna v primeru smrti ljubljenega ter v primeru zlorabe. Jeza je v takšnih primerih pravzaprav nadomestek za bolj neugodne emocije kot so strah, sram ali krivda.

2.2.3 Strah

Dass-Brailsford (2007) omenja, da je občutek strahu pri travmatiziranih pogostejši kot občutek jeze. Povečan občutek ranljivosti povzroči, da postanejo bolj previdni in si močno prizadevajo za večjo varnost. Izogibajo se določenih področij in ne zapuščajo hiše po temi. Rosenbloom in Williams (2010) dodajata, da strah vključuje občutek, da travmatizirani ni zmožen obvarovati samega sebe ter da ni varen pred drugimi.

Rothschild (2000) poudarja, da je strah pogosta emocija pri posameznikih s PTSM.

2.2.4 Krivda

Parry (1990) piše, da je krivda občutek moralne odgovornosti za negativno dejanje, ki škodi komu drugemu. Pogosto je krivda lahko povsem iracionalna s strani zunanjšega opazovalca. Dass-Brailsford (2007) dodaja, da imajo osebe, ki so doživele travmatični dogodek, pogosto zmotno prepričanje, da bi ga lahko predvidele in se drugače odzvale.

2.3 KOGNITIVNI ODZIV

Dass-Brailsford (2007) med kognitivne odzive po travmi uvršča zmanjšano koncentracijo, zmedo, težave pri odločanju, zmanjšano pozornost, občutek ranljivosti, izgubo nadzora, pretirano pozornost, konstantno ponavljanje travmatičnega dogodka v mislih, mišljenje o tem, da svet ni varen in preveč misli hkrati.

Van der Kolk (1996) omenja, da na kognitivni ravni življenjske izkušnje ljudi oblikujejo predpostavke, ki determinirajo zaznavanje. Te sheme služijo kot zemljevid za kasnejša dejanja in pričakovanja. Tiste notranje sheme posameznika, ki so osnovane na travmi, vplivajo tako na dožemanje samega sebe kot tudi na dožemanje sveta. Pogosto je prisotno sovraštvo, uperjeno proti samemu sebi ter pomanjkanje skrbi za samega sebe, kot so osebna higiena, počitek in rekreacija.

Collins in Collins (2005) omenjata, da se kognitivni odziv navezuje na posameznikovo zaznavanje, prepričanja in sodbe. Travmatični dogodek vpliva na posameznikova prepričanja o fizični in finančni varnosti, identiteti, samozavesti, samospoštovanju, socialnih odnosih ter

na moralna oziroma duhovna prepričanja. Van der Kolk, Mcfarlane in van der Hart (1996) dodajajo, da mnogim ljudem s PTSM njihov vsakdanjik krojijo predstave o sebi in svetu, ki so povezane s travmo.

Van der Kolk (1996) poudarja, da osebe, ki so doživele travmo, sebe pogosto dojemajo kot nemočne, okvarjene in neučinkovite. Imajo težave z zaupanjem in intimnostjo. Kar vzbuja skrb pri učinkih travme je to, da celo tisti, ki so pred travmo zelo dobro funkcionirali, lahko izkusijo močno okvarjenost lastnega funkcioniranja na vseh življenjskih področjih.

Mezey in King (1989, po van der Kolk, 1996) opozarjata, da travma v katerikoli starosti, zlasti pa tista, ki je zadana od skrbnikov, pusti globoke posledice na posameznikovi sposobnosti zaupanja. Odnose z drugimi zaznavajo skozi filter travmatičnih izkušenj. Rosenbloom in Williams (2010) pojasnjujeta, da če je bila oseba, ki je doživela travmatični dogodek, zapuščena, izdana ali je doživela razočaranje, lahko ne zaupa nikomur več in na ta način zaščiti samo sebe.

2.4 VEDENJSKI ODZIV

Dass-Brailsford (2007) trdi, da se posledice travme lahko kažejo tudi v vedenju, in sicer v umiku, izogibanju, impulzivnosti, razdražljivosti in antisocialnem ter tveganem vedenju. Omenja tudi pogostejše konflikte z drugimi, preokupiranost z delom, težave z zaupanjem, manjšo produktivnost, intenzivne reakcije celo na majhne spremembe in nesposobnost opravljanja enostavnih nalog. Rosenbloom in Williams (2010) dodajata še agresivno vedenje, spremenjene prehranjevalne in druge navade, nemir in povečanje ali zmanjšanje spolne aktivnosti. Parry (1990) omenja tudi odpoved aktivnostim, v katerih je posameznik pred travmo užival in zlorabo substanc.

Parry (1990) vidi vedenjske spremembe po travmi kot zaščito pred virom bolečine. Gledano kratkoročno so morda nujne, vendar na dolgi rok niso uspešne. Pogosta je uporaba drog, zlasti alkohola. Zlorablajo tudi protibolečinske in antidepresivne tablete. Van der Kolk (2003) navaja, da 25 do 50 odstotkov vseh oseb, ki iščejo pomoč zaradi zlorabe opojnih substanc, trpi tudi zaradi sopojavne diagnoze PTSM.

McFarlane in Yehuda (2000) pišeta, da osebam, ki so doživele travmatični dogodek, delo lahko predstavlja beg od preteklosti. Lahko imajo zelo uspešne kariere, a pogosto zaradi tega trpijo njihove družine in interpersonalni odnosi. Spet druge lahko travma iz preteklosti onesposobi za normalno funkcioniranje in se tako niso sposobni osredotočiti na sedanost.

Hackney in Cormier (2000) pojasnjujeta, da osebe, ki so doživele travmatični dogodek, lahko postanejo nesposobne izražati čustva in misli ali jih preprosto niso pripravljene izraziti. Poleg tega so pogosti verbalni ali fizični agresivni izbruhi in samodestruktivno vedenje, kot je prekomerno pitje alkohola, zloraba drog ali prenašanje.

Van der Kolk (1996) navaja, da je pri posameznikih s PTSM pogosto poslabšanje socialnih odnosov. Whitfield (1995) podobno omenja težave v ohranjanju intimnih odnosov.

2.4.1 Kompulzivno ponavljanje

Že Freud (1955, po van der Kolk, 1996) je omenjal kompulzivno ponavljanje. Opozoril je, da so ljudje, ki se ne spomnijo intenzivnih emocionalnih dogodkov, izpostavljeni tveganju, da ponavljajo neintegrirane izkušnje v svojih sedanjih življenjih. Če je določen spomin potlačen oziroma nepredelan, potem posameznik predeluje potlačeno gradivo skozi sedanjo izkušnjo, namesto da bi se ga spomnil kot nečesa, kar pripada preteklosti. Cilj kompulzivnega ponavljanja je Freud videl v tem, da bi posameznik, ki je doživel travmatični dogodek, dobil oblast nad travmo.

Van der Kolk (1996) poudarja, da veliko ljudi, ki so doživeli travmatični dogodek, postane vpletenih v socialne situacije, ki so presenetljivo podobne tistim iz preteklosti, v katerih so doživljali travmo. Osebe, ki ponovno uprizarjajo travmo, se redko zavestno zavedajo, da ponavljajo svoje izkušnje iz preteklosti. Prav tako omenja, da klinične izkušnje kažejo, da ponovno uprizarjanje travme osebam ne koristi, ampak samo še povečuje njihovo trpljenje.

Breslau, Davis in Andreski (1995) navajajo, da so številne raziskave pokazale, da so osebe, ki so doživele travmatični dogodek, nagnjene k ponovnemu uprizarjanju travme. Podobno Pelcovitz, Kaplan, Goldenberg, Mandel, Lehane in Guarrera (1995) poročajo o raziskavi, ki je pokazala, da je visok odstotek mladostnikov, ki so bili zlorabljeni, vpletenih v zlorabljaljoče odnose z vrstniki.

Cvetek (2009) poudarja, da tudi v primerih, ko osebe, ki so doživele travmatični dogodek, ne doživljajo podobnih travmatičnih situacij, raziskave kažejo, da doživljajo nekatere netravmatične dogodke kot travmatične, kajti izkušnje nemoči in brezupa iz preteklosti oblikujejo doživljanje. Nezmožnost razmejevanja med tem, kaj sodi v preteklost in kaj v sedanjost, temelji na shranjenih nepredelanih odzivih, ki lahko povzročajo vedno novo travmatiziranje.

Gostečnik (2002) omenja, da gre pri kompulzivnem ponavljanju za prisilno ponavljanje osnovnih modelov medosebne interakcije in komunikacije; ponavljanje in rekreiranje konfliktnih situacij, travm in vedenjskih modelov v človekovem osebnem in interaktivnem, interpersonalnem vedenju, mišljenju in čutenju. Čeprav je za travmatiziranega ponovna viktimizacija boleča, je domača in pogosto je najvarneje, kar pozna.

Gostečnik (2002) navaja naslednje možne motivacijske dejavnike kompulzivnega ponavljanja:

- sprostitev močnih, bolečih čustev, kar se lahko zgodi le v situacijah, ki so podobne situaciji, v kateri so se ta čustva prvič razvila;
- postopna sprostitev napetosti takrat, ko notranjih razmer, v katerih se je napetost razvila, ni več;
- obvladovanje travmatične izkušnje, pri čemer je kompulzivno ponavljanje pot do želenega cilja, do dokončnega obvladovanja travmatične izkušnje tako, da zmanjša relativno pomembnost preteklega razočaranja in doseže nadzor nad njim. Specifičen in zelo pomemben cilj te funkcije je, da prvotno nedejavno vlogo spremeni v dejavno;
- integracija travmatičnih izkušenj v realen in interpersonalni kontekst v sedanjosti, kar omogoči, da ta doživetja tokrat psihološko obvladamo;
- izničenje travmatične izkušnje ali procesa, v katerem se travmatična izkušnja ponavlja, da bi oseba, ki je doživela travmatični dogodek, znova obvladala travmo;
- olajšanje bolečine, v kateri je proces kompulzivnega ponavljanja preteklih travmatičnih izkušenj obrambni mehanizem, ki omogoča zaščito pred prvotno bolečino;

- potreba po varnosti, saj je vnovično vzpostavljanje bolečih, a zelo domačih stanj v primerjavi z izpostavljanjem novim izkušnjam, ki bi bile lahko še nevarnejše, vendarle ugodnejše.

Davies in Frawley (1994) kompulzivno ponavljanje razumeta kot dejavno obvladovanje, pri katerem skuša oseba, ki je doživela travmo, končati dramo, tokrat na drugačen način. Čeprav se drama zaključi na enak način, torej z izdajo in duševno bolečino, je neki občutek oblasti v tem, da oseba namerno orkestrira boleče dogodke, podobne tistim, v katerih se je prej počutila nemočno.

Gostečnik (2002) poudarja, da čeprav je bil odnos v otroštvu zaznamovan z zlorabo, s travmo in z bolečino, bo posameznik takšno čustveno klimo tudi iskal, ga na novo vzpostavljala oziroma ponavljal stari vzorec odnosov, saj namreč poznana klima zagotavlja prihodnje odnose. Vse, kar je novo in drugačno, je nevarno in polno anksioznosti.

Bloom (1996) omenja, da je filozof George Santanaya zapisal, da so tisti, ki se ne spomnijo preteklosti, obsojeni na njeno ponavljanje. Rus Makovec (2003) omenja, da v otroštvu hudo prizadeti in hkrati na določenem osebnostnem področju premalo razviti ljudje utegnejo v odrasli dobi z večjo verjetnostjo vstopati v take odnose z ljudmi, da bodo vedno znova prizadeti. Shorey in Snyder (2006, po Erzar, 2007) poudarjata, da travmatizirani lahko soustvarjajo takšne socialne, partnerske oziroma medosebne in intrapsihične situacije, ki obnavljajo travmatične izkušnje iz zgodnjih let življenja oziroma iz izvorne družine. V tem smislu raziskovalci motenj navezanosti poudarjajo, da so oblike ne-varne navezanosti nekakšne napovedi, ki potrjujejo same sebe, saj vodijo posameznike v takšne odnose in situacije, kjer vlada enako nevarno vzdušje, kot je bilo tisto v izvorni družini.

Bloom (1996) navaja, da je kompulzivno ponavljanje pogost izid preobremenjujoče travmatične izkušnje. To je pomembna ugotovitev zlasti za travmatizirane v otroštvu, saj se pogosto uprizarjanje travme odraža v spremembah v karakterju in osebnosti.

Van der Kolk (1996) poudarja, da se kompulzivno ponavljanje travme lahko kaže v zlorabljanju drugih, samopoškodbenem vedenju ali v ponovni viktimizaciji. Omenja tudi, da vojni veterani pogosto postanejo plačani vojaki, žrtve incesta lahko postanejo prostitutke in žrtve otroške telesne zlorabe pogosto doživljajo telesno nasilje v drugih odnosih.

Kompulzivno ponavljanje travme je značilno zlasti za osebe s PTSM (van der Kolk, 1996).

3 POSLEDICE TRAVME

Travma prizadane osebo kot celoto. Van der Kolk (1996) opozarja, da ima travma lahko učinek na vse nivoje funkcioniranja: fiziološkega, psihološkega, socialnega in duhovnega.

Rothschild (2000) trdi, da so posledice travme zelo odvisne od starosti posameznika, ki je doživel travmatični dogodek, narave travme, odziva na travmo ter od podpore, ki mu je na voljo.

3.1 ANKSIOZNOST

DSM-IV (American Psychiatric Association, 2000) navaja, da gre pri anksioznosti za kombinacijo fizičnih in duševnih pojavov, ki niso povezani z resnično nevarnostjo in se pojavljajo bodisi v napadih ali kot stalno stanje. Podobno Žibret, Svetina, Tušak, Dimec, Ivanovski, Masten in Masten (2008) anksioznost definirajo kot iracionalen strah oziroma stanje, ki je strahu podobno predvsem po telesnih reakcijah, ki jih sproži. Posameznik je, ne da bi poznal razlog, napet, obliva ga pot, stiska ga v prsih ali grlu, je zmeden, pogosto nemiren, misli mu begajo in ne more se skoncentrirati, zaradi česar je v svojem ravnanju na koncu običajno iracionalen.

Stanje anksioznosti (Erzar, 2007) se kaže kot utrujenost, izčrpanost, utrujenost v mišicah, bolečine v vratu, glavi, prsih in želodcu. Anksioznost vodi v zmanjšano sposobnost dolgotrajne koncentracije in miselnega navora, zmanjšani sposobnosti za sprostitvev in doživljanje ugodja, manjšem potrpljenju in zmanjšani sposobnosti odloga, raztresenosti, povečanem prizadevanju po kontroli nad dogodki ter ljudmi, zmanjšani sposobnosti za premagovanje vsakodnevnega stresa.

Žibret, Svetina, Tušak, Dimec, Ivanovski, Masten in Masten (2008) pojav anksioznosti definirajo kot mentalno, motorično in telesno občuteno stanje neugodja, ki sproži posledično nezaželene reakcije. Erzar (2007) dodaja, da anksioznost lahko posameznika zajame v obliki napada ali krize, lahko pa ga vseskozi spremlja. Gre za kronično obliko tesnobe, kjer so občutja bojzani vgrajena v posameznikove vedenjske vzorce.

Zayfert in Black Becker (2007) navajata, da ima anksioznost po kognitivno-vedenjskem modelu naslednje tri komponente:

- kognitivno (boječe misli)
- vedenjsko (izogibanje)
- fiziološko (avtonomno vzburjenje)

Smith, Perrin, Yule in Clark (2010) omenjajo, da gre ob pojavu stalnih skrbi glede vsakodnevnih težav, ki jih je težko kontrolirati in jih spremljajo fiziološki simptomi, za anksioznost. LeDoux (1996) podarja, da je gonilna sila anksioznosti strah.

Erzar (2007) definira anksioznost kot neprijetno občutje telesne in psihične napetosti in zaskrbljenosti, usmerjeno na prihodnost. Anksioznost posameznika spravlja v stanje skrbne pozornosti, velike odzivnosti in pripravljenosti za delovanje, toda hkrati tudi hromi.

Parry (1990) trdi, da ima anksioznost tako psihološko kot fiziološko dimenzijo. Ko posameznik zazna grožnjo ali nevarnost, se v krvni obtok sprostijo kemikalije, ki imajo dramatične učinke. Srce bije hitreje in močneje. Sprosti se adrenalin in kri se iz prebavnega trakta in od drugod preusmeri v mišice. Prav tako je v krvi takrat več kisika. Namen vsega tega je, da pripravi posameznika na soočenje z nevarnostjo ali na beg. Vendar ko telo pospeši svoje delovanje in se nič ne zgodi, ker v realnosti nevarnost ne obstaja, to povzroči težave.

Parry (1990) omenja, da vse emocionalne reakcije vplivajo na način razmišljanja in način razmišljanja vpliva na naše emocije. Visok nivo anksioznosti vpliva na naše sodbe, kar povzroči negativne misli. Po travmatičnem dogodku je pojav anksioznosti bolje sprejeti in tolerirati, kot se je bati. Kot poudarja Erzar (2007), anksioznost ni vzrok, ampak samo posledica težjih čutenj, ki so v ozadju in pred katerimi nas tesnoba praviloma varuje.

Erzar (2007) navaja, da je raziskovanje pokazalo, da se zaskrbljeno preišljevanje pri posameznikih z anksioznimi motnjami odvija brez ustrežajočih podob in spremljajočih čustev, kar pomeni, da v resnici služi temu, da se izognejo globljim negativnim čustvom,

ki so nekoč pomenila grožnjo našemu doživljanju in stiku s pomembnimi drugimi. Tudi Freud (1926, po Erzar, 2007) je anksioznost razumel kot obrambni mehanizem.

3.2 DEPRESIJA

Smith, Perrin, Yule, Clark (2010) omenjajo, da je depresija pogost odziv po travmi. Je tudi pogost spremljevalec PTSM.

Lazarus (2000) depresijo označuje kot intenzivno, dolgotrajno motnjo razpoloženja, ki napade tako telo kot duha in pogosto povzroči resne delovne, socialne in zdravstvene preglavice.

Erzar (2007) omenja, da je za osebe z depresijo življenje kakor padanje brez konca, ne da bi oni lahko karkoli naredili in to zaustavili. O tem pravzaprav sploh ne razmišljajo. Njihovo dožemanje sebe, drugih in okolice je spremenjeno do te mere, da se jim njihovo stanje zdi normalna posledica njihovega neuspešnega življenja in njihove nevredne, nezanimive, nepriljubljene in neinicativne osebnosti. V njihovem doživljanju ni več možnosti, da bi se kadarkoli kaj izboljšalo, teža situacije in sveta postane prevelika, da bi se ji še upirali in iskali rešitve.

Rus Makovec (2003) piše, da večina depresij nastane kot posledica vsaj enega bolečega življenjskega dogodka, ki je imel dolgoročni vpliv in pomen za posameznika. K dinamiki depresije prispeva zlasti občutek izgube v širšem pomenu. Na primer občutki razvrednotenja pri sebi ali v očeh drugih ter občutek, da je posameznik izgubil nadzor nad življenjem. Podobno Ihan in Simonič Vidrih (2005, po Žibret, Svetina, Tušak, Dimec, Ivanovski, Masten in Masten, 2008) navajata, da se depresija pogosto razvije kot prilagoditev na dolgotrajno in neuspešno reševanje hudih življenjskih napetosti in stresov. Z depresivnostjo se človek zavaruje pred nenehnimi, ubijalskimi stresi, ki jih ne zmore konstruktivno reševati. Depresiven človek od dveh slabih rešitev izbere tisto, ki je zanj kljub vsemu manj uničujoča, čeprav vodi v močno samoomejevanje kakovosti življenja.

Žibret, Svetina, Tušak, Dimec, Ivanovski, Masten in Masten (2008) omenjajo, da simptomi depresije obsegajo težave s spanjem, apetitom, telesno težo, energijo,

koncentracijo in spolnostjo. Pogosto nastopijo konkretni občutki krivde, ničvrednosti, upad zanimanja za razne dejavnosti, nebogljenost, pesimizem, potrto, v resnejših primerih pa se pojavijo misli na samomor oziroma poskus samomora. Parry (1990) k temu dodaja še upočasnjeno aktivnost in odzivnost.

Shalev (2000) navaja, da ima depresijo približno polovica posameznikov s PTSM.

3.3 DISOCIATIVNE MOTNJE

Dass-Brailsford (2007) piše, da je disociacija sprememba zavesti z namenom spoprijemanja z neznosno realnostjo. Tovrsten odziv se pojavlja predvsem pri kompleksni travmi. Rothschild (1998) navaja, da je disociacija razcep zavesti. Je instinktivni odziv organizma, da bi se oseba rešila trpljenja. Gre za nevrobiološki fenomen.

Rosenbloom in Williams (2010) disociacijo opredeljujeta kot mentalni in emocionalni pobeg, ko fizični pobeg ni mogoč. Disociacija preprečuje boleči situaciji, da bi prišla v zavest. Podobno Repič (2008) disociacijo definira kot sposobnost predelati travmatične izkušnje na tak način, da se oseba zavestno ne zaveda specifičnih spominov in dogodkov, ki jih je doživela.

Podobno disociacijo opredeljujeta Fonagy in Target (2000) kot odcepitev in ločitev od neznosne situacije. Disociacija predstavlja izhod, kjer ni izhoda in zadnje zavetje. Značilnosti, ki spremljajo disociacijo, so metaboličen izklop, otrplost, izogibanje, umaknitev in zmanjšan afekt .

Erzar (2007) definira disociacijo kot odmik zavesti od travmatičnega čustvenega stanja in celo telesa, kaže pa se tudi kot derealizacija ali doživljanje sveta kot neresničnega in kot disociativna amnezija ali izguba spomina na travmatične in druge dogodke. Rothschild (2000) podobno omenja, da proces disociacije vključuje delno ali popolno separacijo aspektov travmatične izkušnje, in sicer tako narativnih komponent, dejstev in zaporedij kot tudi fizioloških in psihičnih reakcij. Amnezija je najbolj pogosta oblika disociacije, obstajajo pa tudi druge oblike. Nekdo lahko ne občuti nobene bolečine, medtem ko nekdo drug lahko ne občuti svojih emocij. Oseba lahko tudi izgubi zavest ali čuti, kot da je ločena od svojega telesa.

Rus Makovec (2003) poudarja, da se disociacija lahko začne kazati kot reakcija že takoj po doživetju travmi. Travmatizirani ima občutek, da sploh v resnici ne doživlja dogodka, kot da opazuje dogajanje iz daljave, kot da okolica ni realna, spremenjen je tudi občutek časa. Lahko doživlja tudi občutek nepovezanosti s telesom, zmedenost ali okvare spomina. Perry, Pollard, Blakley, Baker in Vigilante (1995) omenjajo, da disociacija pomeni pretrganje vezi z okoljem in usmeritev v svoj notranji svet.

Whitfield (1995) opozarja, da disociacija lahko povzroči razcep naših notranjih življenjskih izkušenj. Poleg tega lahko povzroči napade panike, otrplost, izgubo spomina, izgubo identitete in izgubo zavedanja.

3.4 AKUTNA STRESNA MOTNJA

DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2000) za diagnozo akutne stresne motnje (ASM) zahteva naslednje kriterije:

1. Akutna stresna motnja je posledica izpostavljenosti stresorju v travmatičnem dogodku, v katerem je bila oseba priča ali soočena z dogodkom oziroma dogodki, ki so vključevali dejansko ali grozečo smrt ali resno poškodbo ali grožnjo telesni integriteti posameznika ali drugih. Posameznikov odziv vključuje intenzivni strah, nemoč ali grozo.
2. Med travmatičnim dogodkom ali po njem ima travmatizirani tri ali več naslednjih disociativnih simptomov:
 - subjektiven občutek otopelosti, občutek ločenosti ali odsotnost emocionalne odzivnosti;
 - zmanjšano zavedanje svoje okolice;
 - depersonalizacija;
 - disociativna amnezija, t.j. nesposobnost priklica pomembnih aspektov travme.
3. Podoživljanje travmatičnega dogodka se vztrajno nadaljuje na vsaj enega od naslednjih načinov:

- ponavljajoče se podobe, misli, sanje ali iluzije;
 - flashbacki;
 - občutek ponovnega doživljanja travme;
 - stiska ob izpostavljenosti travmatičnim opomnikom.
4. Izrazito izogibanje dražljajev, ki izzovejo spominjanje travme, kot so določene misli, občutki, pogovori, aktivnosti, kraji in ljudje.
 5. Izraziti simptomi anksioznosti ali povišanega vzburjenja kot so nespečnost, razdražljivost, zmanjšana koncentracija, pretirana pozornost, pretirano preplašeno odzivanje in motorični nemir.
 6. Motnja povzroča klinično pomemben negativen stres ali oslABLJENO funkcioniranje na socialnem, zaposlitvenem ali katerem drugem področju ali zmanjšano sposobnost opravljanja vsakodnevnih nalog.
 7. Motnja traja minimalno dva dni in največ štiri tedne ter se pojavi znotraj štirih tednov po travmatičnem dogodku.
 8. Motnja ni posledica neposrednega fiziološkega efekta uporabe drog ali splošnega zdravstvenega stanja.

McCabe in Antony (2002) pišeta, da je ASM motnja, ki vključuje specifičen odziv na travmatični dogodek. Za diagnozo morajo simptomi trajati vsaj dva dneva in ne več kot en mesec. Če simptomi trajajo več kot en mesec, potem se postavi diagnoza PTSM. Nekateri simptomi so po travmatičnem dogodku povsem normalni, tako da se diagnozo ASM daje le, če simptomi ustrezajo vsem kriterijem.

Erzar (2007) trdi, da ASM označuje anksioznost in vedenjske težave, ki nastopijo v prvem mesecu po izpostavljenosti izjemnemu travmatičnemu dogodku ali doživetju. Po travmatičnem dogodku osebe podoživljajo dogodek v spominih, nenadnih prebliskih in nočnih morah ali sanjah in se izogibajo vsega, kar jih spominja nanj. Njihov spomin na dogodek je včasih nezanesljiv, spremljajo ga čustvena otopelost, izogibanje negativnim afektom, ki so podobni tistim v travmi, trajna pretirana vzdraženost, strah ter izbruhi jeze.

Shalev (2001) omenja prisotnost disociativnih simptomov kot osrednjih za diagnozo ASM, ki naj ne bi trajala dlje od enega meseca.

Dass-Brailsford (2007) piše, da številne raziskave kažejo, da ima ASM 6 do 33 odstotkov oseb, ki so doživele travmatični dogodek. Pogostost ASM je odvisna od vrste travme. Med osebami, ki so doživele nesrečo ali naravno katastrofo, je odstotek ASM nižji kot med tistimi, ki so doživeli fizično nasilje.

Smith, Perrin, Yule in Clark (2010) poudarjajo, da se akutna stresna motnja od PTSM razlikuje v mnogih pogledih. Bistvene skupine simptomov so podoživljanje, izogibanje in hipervzbujenje, s tem, da je za diagnozo ASM potrebnih manj simptomov iz vsake skupine kot pri PTSM. Diagnoza ASM prav tako zahteva disociativne motnje, kot so otopelost, zmanjšano zavedanje, depersonalizacija in disociativna amnezija.

Bryant in Harvey (1998, po Dass-Brailsford, 2007) poudarjata, da več kot 80 odstotkov oseb z diagnozo ASM šest mesecev pozneje razvije PTSM. Tudi tisti, ki ne razvijejo ASM, lahko kasneje razvijejo PTSM. Raziskave kažejo, da 4 do 13 odstotkov travmatiziranih, ki ne razvijejo ASM v prvem mesecu po travmatičnem dogodku, razvije PTSM v kasnejših mesecih ali letih.

3.5 POSTTRAVMATSKA STRESNA MOTNJA

DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2000) opredeli posttravmatsko stresno motnjo kot posledico izpostavljenosti stresorju v travmatičnem dogodku, v katerem je bila oseba priča ali soočena z dogodkom oziroma dogodki, ki so vključevali dejansko ali grozečo smrt ali resno poškodbo ali grožnjo telesni integriteti posameznika ali drugih. Posameznikov odziv vključuje intenzivni strah, nemoč ali grozo. Pri otrocih je namesto tega lahko izraženo neorganizirano ali agitirano vedenje.

Brady, Guy, Poelstra in Brokaw (1999) omenjajo, da travmatični dogodek doživi večina ljudi, 25 odstotkov jih izkusi PTSM. Rothschild (2000) piše, da 20 odstotkov ljudi, ki doživijo travmo, razvije PTSM. Gostečnik (2008) omenja raziskavo, kjer so avtorji

ugotovili, da 60 odstotkov moških in 50 odstotkov žensk doživi neke vrste travmatičen dogodek v svojem življenju. Pet odstotkov moških in 10 odstotkov žensk pozneje trpi za PTSM. Ozer, Best, Lipsey in Weiss (2003, po Zayfert in Black Becker, 2007) opozarjajo, da za ljudi, ki se mentalno 'izklopijo' takoj po travmatičnem dogodku in zavirajo svoje emocionalne reakcije, obstaja večja verjetnost, da bodo razvili PTSM.

Raziskave, ki jih omenjajo Dutton, Green, Kaltman, Roesch, Zeffiro in Krause (2006), kažejo, da pri razvoju PTSM intenziteta travme sama po sebi ni ključnega pomena, ampak je pri razvoju kroničnih simptomov PTSM treba upoštevati osebnostne karakteristike osebe in tudi reakcije te osebe na travmo. Schore (2003) omenja, da je etiologijo PTSM mogoče najbolje razumeti, če upoštevamo, kako posameznik dojema tragičen dogodek, kako ga interpretira in na kakšen način doživlja posledice travme.

DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2000) določa, da posttravmatsko stresno motnjo definirajo naslednje tri skupine simptomov, ki trajajo vsaj en mesec:

- a) podoživljanje travme
- b) izogibanje
- c) hipervzbujenost.

Lukas in Seiden (2007) omenjata, da se simptomi PTSM lahko pojavijo takoj po travmatičnem dogodku ali šele po nekaj mesecih, celo letih. Lahko trajajo kratek čas ali celo življenje. McNally (2003) podobno piše, da se lahko simptomi pojavijo šele mesece ali leta kasneje. Prav tako obstaja verjetnost, da se simptomi PTSM za neko obdobje zmanjšajo in prenehajo ter se ponovno pojavijo kasneje v življenju. Tudi Scott in Stardling (1992, po Masten, Žibret, Tušak, Svetina in Dimec, 2008) navajata, da obstajajo primeri, ko ljudje sprva ne kažejo simptomov PTSM, ampak razvijejo simptome šele po nekaj mesecih. Ti posamezniki trpijo za t.i. zakasnelo travmo.

DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2000) določa, da se diagnoza PTSM lahko postavi, če simptomi podoživljanja travme, izogibanja in hipervzbujenja trajajo več kot en mesec. Če PTSM traja manj kot tri mesece, je označena kot akutna PTSM, če traja dlje, pa kot kronična PTSM. Obstaja tudi PTSM z odloženim začetkom, za katero je značilno, da se simptomi PTSM pojavijo šele po šestih mesecih od travmatičnega dogodka. Mednarodna klasifikacija bolezni (ICD-10, World Health Organization, 2000)

definira, da mora PTSM trajati vsaj šest mesecev. Ta motnja lahko postane kronična za nekaj let, z možnim preходом v trajno osebnostno spremenjenost.

Perry (2001) piše, da je PTSM kronična motnja. Če ni zdravljena, PTSM in posttravmatski stresni simptomi popustijo v zelo malo primerih. Shalev (2000) navaja, da ima polovica tistih, ki jim je bila diagnosticirana PTSM, to motnjo tudi pozneje. Večina spontanega ozdravljenja se zgodi v enem letu od travmatičnega dogodka.

Erzar (2007) omenja, da je pri ljudeh s PTSM za razliko od ASM, ki mine hitro in je odraz človekove sposobnosti prilagoditve, poleg simptomov podoživljanja, izogibanja in hipervzbujenja, zaslediti še nizko samospoštovanje, nezaupanje v ljudi in institucije, slabo socialno mrežo, občutek nemoči, oškodovanosti ter nagnjenosti k odvisnostim od alkohola, pomirjeval in lahkih drog.

Perry (2001) pojasnjuje, da so med spoloma razlike v izrazu in razvoju PTSM. Raziskave kažejo, da so ženske bolj nagnjene k internaliziranju, moški pa bolj k eksternaliziranju posttravmatskih simptomov. Internaliziranje se kaže v anksioznosti, disociaciji in izogibanju, eksternaliziranje pa v kompulzivnosti, agresiji, nepazljivosti in hiperaktivnosti.

3.5.1 Podoživljanje travme oziroma vsiljevanje

DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2000) opredeljuje vsiljevanje kot podoživljanje travmatičnega dogodka vedno znova na vsaj enega od naslednjih načinov:

- ponavljanje vsiljenih mučnih travmatičnih spominov, ki vsebujejo slike, misli ali zaznavo dogodka. Pri otrocih se to pojavlja v obliki ponavljajoče se igre, kjer je izražen otrokov pogled na travmo;
- ponavljajoče se mučne sanje o dogodku. Pri otrocih gre lahko za nočne more, katerih vsebina ni razpoznavna;
- občutek ali delovanje, kot da se travmatični dogodek vračajo (prisotnost iluzij, halucinacij, flashbackov). Pri majhnih otrocih se uprizarja specifičen del travme;
- intenzivna duševna stiska ob izpostavljenosti notranjemu ali zunanjemu dražljaju, ki simbolizira ali je podoben določenemu aspektu travmatičnega dogodka;

- intenzivna telesna stiska ob izpostavljenosti notranjemu ali zunanjemu dražljaju, ki simbolizira ali je podoben določenemu aspektu travmatičnega dogodka.

3.5.1.1 Flashbacki (vsiljeni spomini)

Vsiljeni spomini se kažejo kot ponavljajoče se misli, podobe ali zvoki. Vsiljujejo se predvsem tiste podobe, ki so bile ob travmatičnem dogodku najbolj intenzivno doživete. So neprijetne in povzročajo čustveno prizadetost. Spremlja jih občutek strahu, nemoči in hude ogroženosti, kakršne je žrtev doživljala v času travmatičnega dogodka (Mikuš Kos, 2001). Tudi Cvetek (2009) omenja, da se pogosto pojavljajo vsiljeni spomini na dogodek, ki vsebujejo podobe, misli in zaznave, povezane z njim. Te spremljata velika telesna in duševna stiska ter včasih občutek čustvene otopelosti, med katerim ponavadi ni telesnega vznurjenja.

Dass-Brailsford (2007) navaja, da so vsiljeni spomini žrtvin poskus, da bi osmislila travmatično izkušnjo. Intenzivni ponavljajoči se travmatični spomini povzročijo, da se žrtev počuti, kot da je ponovno v nevarni situaciji. Vključujejo tako vedenjske kot čustvene aspekte travme, kar žrtev spravlja v stisko. Rosenbloom in Williams (2010) pišeta, da se travmatični spomini pojavijo nenapovedano in nezaželeno. Žrtev se tako lahko počuti nesposobno ustaviti te podobe.

Travmatični flashbacki vsebujejo senzorične izkušnje grozljivih dogodkov, ki se ponovno uprizarjajo s tako intenzivnostjo, da jih oseba težko prepozna kot del preteklosti. Oseba to doživlja na način, kot da se travma spet dogaja. Najpogostejši flashbacki so vizualni in slušni. Obstajajo pa tudi emocionalni, vedenjski in somatski (Repič, 2008). Tudi van der Kolk (1996) omenja, da senzorni elementi travme vztrajajo in se med drugim vsiljujejo tudi kot flashbacki.

Rothschild (2000) piše, da flashbacki vsebujejo zelo vznemirljive ponovitve implicitnih senzornih spominov travmatičnega dogodka. Ti vsiljeni spomini so lahko povsem eksplicitni. Občutki, ki spremljajo flashbacke, so lahko tako intenzivni, da je oseba nesposobna razlikovati trenutno realnost od preteklosti. Občutek je takšen, kot da se travma dogaja sedaj. Podobno trdita Collins in Collins (2005), da oseba občuti ali deluje tako, kot da bi se travmatični dogodek ponovno dogajal. Flashback je lahko kratkotrajen

in oseba lahko vzdržuje nekaj stika z realnostjo. Lahko pa oseba izgubi ves stik z realnostjo, če jo popolnoma odnese v travmatični dogodek.

3.5.1.2 Nočne more

Erzar (2007) omenja, da je za diagnozo nočnih mor potrebna, da se oseba zaradi more prebudi in se živo spominja prizorov iz sanj, ki običajno pomenijo grožnjo njenemu življenju, lastnini ali samospoštovanju. Po prebujenju se oseba hitro zbistri. Nočne more v njeno življenje vnesejo stalen nemir in skrb, zaradi česar je okrnjeno socialno in profesionalno udejstvovanje. Duke, Allen, Rozee in Bommaritto (2007) navajajo, da so nočne more pri osebah, ki so doživele travmatični dogodek, značilne tako za odrasle kot za otroke vseh starosti.

Parry (1990) navaja, da se v nočnih morah oseb, ki so doživele travmatični dogodek, pojavljajo elementi ognja, smrti, strahu, nemoči, otrok v nevarnosti, očetova nesposobnost zaščite, biti odrezan od nekoga, ki ga ljubiš ipd. Ker takšne sanje povzročajo povečano stopnjo anksioznosti, se oseba sanj ne le spominja, ampak se zaradi njih tudi zbudi. Nočne more postanejo problem, ko se ponavljajo in tako lahko povzročajo številne strahove, kar vodi v anksioznost in v strah pred spanjem.

Crenshaw (2009) navaja, da imajo ljudje s PTSM nočne more veliko pogosteje kot splošna populacija. V raziskavi, kjer so proučevali karakteristike kroničnih nočnih mor pri ljudeh s PTSM, so ugotovili, da se te pojavijo večkrat na teden. Pogosto vsebujejo strašljive okoliščine travmatičnega dogodka. Pri tem je potrebno poudariti dejstvo, da ima le polovica oseb s PTSM nočne more, ki so natančen prikaz travmatičnega dogodka.

Germain in Nielsen (2003, po Crenshaw, 2009) ugotavljata, da se nočne more pri osebah s PTSM pojavljajo bolj zgodaj ponoči in skozi različne faze spanja. Večkrat je prisotno tudi telesno gibanje. Prav tako Mikuš-Kos (2001) navaja, da nočne more pri osebah s PTSM lahko spremljajo motorični nemir, kriki, stokanje in škripanje z zobmi. Poleg tega jih običajno spremlja občutek strahu.

Skrito sporočilo nočnih mor je lahko dejstvo, da so strahovi, jeza in žalost še vedno prisotni (Lukas in Seiden, 2007).

Durand in Mindell (1999, po Erzar, 2007) omenjata, da se lahko pojavi tudi t.i. nočna groza, kar pomeni ponavljajoče se epizode nenadnega prebujanja med spanjem, in sicer v prvi tretjini spalnega časa, navadno s paničnim krikom, ki ga ni mogoče pomiriti. Spremljajo jih znaki avtonomnega vzburjenja, kot so hitro in glasno utripanje srca, pospešeno dihanje in potenje. Vsebine sanj se ne spominjajo, kakor se tudi ne spomnijo samega kričanja.

3.5.1.3 Telesna stiska ob izpostavljenosti podobnemu dražljaju

Van der Kolk (1996) omenja, da se osebe s PTSM na zvoke, podobe, misli in druge dražljaje, povezane s specifičnim travmatskim dogodkom, odzovejo s povečanim fiziološkim vzburjenjem. Dass-Brailsford (2007) navaja povišan srčni utrip in krvni pritisk, onemogočeno normalno dihanje, bolečino v prsih, vrtoglavico in glavobol ter trebušne krče. Prav tako Rosenbloom in Williams (2010) omenjata enake fiziološke znake in k tem dodajata še občutek, da niso v stiku s svojim telesom.

Carter in Myers (2007) opisujeta, da določeni flashbacki lahko prebudijo silovite fiziološke avtonomne odzive, ki se manifestirajo v popolnoma nereguliranih in neobvladljivih senzacijah ter čustvih. Tako posameznik ne zmore uvideti, da te senzacije pravzaprav ne sodijo v sedanjost, ampak so del preteklosti. Podobno van der Kolk (2003) omenja, da lahko oseba ob izpostavljenosti dražljajem, ki spominjajo na travmo, preteklost podoživi. Oseba se ob tem počuti, kot da bi se dogodek vedno znova ponavljal.

3.5.2 Izogibanje

DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2000) opredeljuje izogibanje kot trajno izogibanje dražljajev, ki so povezani s travmo in otopelost za splošno odzivanje, ki pred travmo ni bilo prisotno. Izpolnjeni morajo biti vsaj trije od naslednjih kriterijev:

- izogibanje razmišljanja, čustev ali pogovorom povezanih s travmo;
- izogibanje aktivnosti, krajev ali ljudi, ki priključijo spomin na travmo;
- nesposobnost spominjati se pomembnih aspektov travme;
- opazno zmanjšanje interesa ali aktivnosti v pomembnih aktivnostih;

- občutek ločenosti ali odtujenosti od drugih ljudi;
- omejeno doživljanje čustev (kot na primer nesposobnost doživljanja čustev ljubezni);
- občutek, da bo oseba v prihodnosti prikrajšana (ne pričakuje kariere, poroke, otrok ali normalne življenjske dobe).

ICD-10 (World Health Organization, 1992) zahteva le enega od simptomov izogibanja za diagnozo PTSM.

3.5.2.1 Izogibanje razmišljanju, čustvom, pogovorom, aktivnostim, krajem ter ljudem, ki so povezani s travmo

Osebe s PTSM se poskušajo izogniti bolečim čustvom, razmišljanju in telesnim senzacijam, povezanim s travmo. Kratkoročno gledano jim strategija izogibanja olajša anksioznost in stres, a dolgoročno to lahko vodi v resne probleme, kot so zloraba drog in umik iz kroga prijateljev in družine. Sprva je tovrstno izogibanje omejeno na aktivnosti in izkušnje, ki spominjajo na travmo, vendar lahko sčasoma preraste tudi na tisto, kar sploh ni povezano s travmo. Tako oseba tudi povsem varne situacije povezuje z nevarnostjo (Thompson, 2009).

Prav tako A. Mikuš-Kos (2001) omenja, da osebe s PTSM zelo težko prenašajo čustva, ki jih je povzročila travma in se tako bojijo, da se bodo ponovno aktivirala travmatska čustva in jih znova preplavila. Branijo se tako, da zavirajo svoje čustvene odzive na vseh področjih in čustveno otrpnejo. Takšno vedenje omejuje vsakodnevne aktivnosti in socialne odnose. Collins in Collins (2005) navajata, da izogibanje čustev le povečuje problem in vodi v otopelost in osamitev.

Osebe, ki so doživele travmatični dogodek, se pogosto začnejo izogibati medsebojnim odnosom, ker bi v njih lahko spodbudili podoživljanje (van der Kolk, 1996). Turnbull in McFarlane (1996) navajata raziskave, v katere so bili vključeni vojni veterani in vpleteni v prometne nesreče s PTSM, ki so pokazale, da težko vzdržujejo intimne odnose. Sploh zato, ker je oškodovana njihova sposobnost zaupanja in odprtosti. Pogost je tudi strah pred zavrnitvijo.

Osebe s PTSM se izogibajo vključevanju v aktivnosti, ker se želijo izogniti novim razočaranjem, izgubam ali drugim bolečim občutkom (Mikuš Kos, 2001).

V nekaterih socialnih okoljih je verbaliziranje travmatične izkušnje nezaželeno. Pozabiti je družbeno sprejemljivo (Dass-Brailsford, 2007).

3.5.2.2 Nesposobnost spominjanja pomembnih aspektov travme

McNally (2003) trdi, da je spominjanje travme odvisno od različnih dejavnikov. Travme, ki so se zgodile enkrat, bolj verjetno ostanejo v spominu kot ponavljajoče se travme. Prav tako je večja verjetnost, da bo travma pozabljena, če se je zgodila otroku. V primeru, da je bila oseba odrasla, je verjetnost izgube spomina veliko manjša. Študije primerov tudi kažejo, da travmatični dogodki, v katerih je bila žrtev prisiljena v molčečnost, pogosteje povzročijo izgubo spomina.

Nekateri se travmatičnega dogodka spomnijo le malo, če sploh česa, vendar so preplavljeni s telesnimi senzacijami in čustvenimi odzivi, ko v sedanosti nekateri dražljaji aktivirajo elemente travmatičnega spomina. Spet drugi se spomnijo celo podrobnosti dogodka (Cvetek, 2009). Erzar (2007) poudarja, da se ljudje travmatičnih dogodkov v splošnem dobro spomnijo, čeprav ne celovito in včasih kar preveč podrobno v nepomembnih malenkostih, ki so pritegnile njihovo pozornost in so se jih ustrašili.

Van der Kolk (1996) navaja, da se določena čustva, podobe, senzacije in mišični odzivi, ki so del travmatične izkušnje, lahko globoko vtisnejo v spomin. Kljub temu nekateri posamezniki ne morejo povedati svoje zgodbe. Čustveni odziv na travmatični spomin lahko vpliva na sposobnost, da bi izrazili izkušnjo v besedah in simbolih. Dass-Brailsford (2007) omenja tudi, da se posamezniku lahko obudi potlačen spomin na travmo brez vnaprejšnjega opozorila. To lahko posameznika zelo izčrpa.

Kot dokazuje McNally (2003), izguba spomina v 90 odstotkih primerov ne pomeni dejanske izgube spomina, ki je bil nekoč vpisan v zavest, ampak izgubo priklica na spomin, ki je bil zaradi svoje travmatičnosti potisnjen v stran in bi bil najraje pozabljen.

3.5.2.3 Disociacija

Disociacije sicer ni med kriteriji DSM-IV za PTSM, a je pogosto omenjena s strani različnih avtorjev in spada pod pojem izogibanja (Gostečnik, 2008; Rothschild, 2000; van der Kolk, 1996).

Dejstvo, da disociacija postane osebnostna struktura pri ljudeh s PTSM, uničujoče učinkuje na psihobiološke funkcije (Cvetek, 2009). Podobno Cohen, Mannarino in Deblinger (2006) trdijo, da imajo disociacije lahko izjemno katastrofalne posledice, saj poškodujejo osnovne percepcije jaza in s tem v zvezi tudi temeljne psihobiološke funkcije. Posameznik, ki trpi zaradi disociacij, je pozneje velikokrat tudi žrtev najrazličnejših zmotnih percepcij tako sebe kakor tudi drugih, poleg tega pa ga lahko spremljajo tudi najrazličnejši somatski simptomi. Joseph in Linley (2008) dodajata, da disociacija ni le bežen pojav, ampak se lahko razvije v kronično disociacijo.

Koopman, Classen in Spiegel (1994) trdijo, da je pojav disociacije v obdobju travme močan napovednik PTSM. McNally (2003) navaja, da je disociacija pogostejša pri kontinuirani travmi, ki je bila povzročena s strani osebe. Pogostejša je tudi pri tistih osebah, ki so travmo doživele kot otroci.

Rothschild (2000) omenja najbolj ekstremno obliko disociacije, ki nastane, ko se celotna osebnost loči od zavesti, kar se imenuje disociativna motnja identitete. Erzar (2007) dodaja, da tovrstno motnjo lahko opišemo kot disociativno reakcijo na stres, v kateri oseba izkazuje dve popolnoma različni osebnosti. Vsaka od njiju ima svoj ločen in povsem razvit čustveni in miselni sistem, celo ton glasu, jezikovni naglas ali kretnje telesa, in predstavlja enkratno in relativno trajno osebnostno strukturo.

Rothschild (2000) poudarja, da čeprav se disociacija zdi kot instinktiven odziv z namenom, da bi se oseba rešila trpljenja, in se ga v času disociiranja res, zahteva v zameno za to visoko ceno. Mnogi menijo, da pojav disociacije med travmatičnim dogodkom napoveduje razvoj PTSM. Enako meni van der Kolk (1996).

3.5.3 Hipervzburljenje

DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2000) opredeljuje, da se simptomi za hipervzburljenost kažejo na vsaj dva od naslednjih načinov:

- oseba težko zaspi ali se prebuja,
- razdražljivost ali izbruhi jeze,
- težave s koncentracijo,
- pretirana budnost in pozornost,
- pretirano preplašeno odzivanje.

Hipervzburljenje izvira iz limbičnega sistema, ki se nahaja v centru možganov med možganskim deblom in korteksom. Limbični sistem je v tesni povezavi z avtonomnim živčevjem, ki regulira gladke mišice in druge notranje organe, kot so srce, ledvice, pljuča, črevesje, mehur, prebavo in zenice. Avtonomno živčevje je izven našega nadzora in ga delimo na simpatično in parasimpatično (Rothschild, 1998). Fonagy, Gergely, Jurist in Target (2007) pišejo, da sta ta dva sistema povezana s hipotalamusom, ki nadzoruje avtonomni živčni sistem. Slednji je odgovoren za vegetativne funkcije, neodvisne od zavestnega nadzora. Uravnava vedenja, ki nam pomagajo preživeti.

Limbični sistem se s travmatičnim dogodkom spopade tako, da aktivira avtonomno živčevje. To je povsem normalen in ustrezen odziv. Ko pa avtonomno živčevje tudi po dogodku še naprej ostaja kronično vzburljeno in je grožnja že minila, govorimo o hipervzburljenju. Telo se odziva, kot bi bilo še vedno ogroženo (Rothschild, 1998).

Schore (2003) navaja, da avtonomno živčevje regulira vzburljenost, ki je centralni element našega emocionalnega stanja, saj procesira naše pozitivne in negativne emocije. Gostečnik (2008) nadaljuje, da se tu odvijajo najpomembnejše odločitve našega emocionalnega življenja. Avtonomni živčni sistem pravzaprav proizvaja somatske vidike emocij.

Van der Kolk (1996) navaja raziskave, ki kažejo, da vzburljenje avtonomnega živčnega sistema, ki v primeru nevarnosti pripravi telo na boj, beg ali zamrznitev, pri osebah, ki so doživele travmatični dogodek, izgubi funkcijo. Hitro sprožanje somatičnih stresnih reakcij povzroči, da se osebe s PTSM niso sposobne zanašati na telesne senzacije, da bi jih opozorile pred prihajajočo grožnjo. Namesto tega stalni opozarjajoči signali izgubijo

svojo funkcijo opozarjanja na prihajajočo nevarnost in prenehajo opozarjati organizem na primerne akcije.

3.5.3.1 Težave s spanjem

Harvey, Jones in Schmidt (2003, po Tull, 2009) opozarjajo, da so težave s spanjem eden najpogostejših simptomov PTSM. Slabo spanje lahko vodi v motnje v razpoloženju in poslabšanje psihofizičnega stanja. Mikuš Kos (2001) navaja, da so za PTSM značilne hujše motnje spanja, ki lahko trajajo tedne, mesece ali celo leta. Te motnje so lahko stalne, lahko pa se pojavljajo kot posledica travmatičnih dražljajev.

Okrog 70 do 87 odstotkov oseb s PTSM ima motnje spanja. Težko zaspijo, se pogosto prebujajo in imajo nočne more. Pogoste so tudi težave z dihanjem med spanjem (Miller, 2008). Dass-Brailsford (2007) piše, da se pri osebah s PTSM pojavljajo spremembe v spanju, zlasti pogosto prebujanje. V spanju se potijo in se zjutraj zbudijo utrujeni in brez energije.

3.5.3.2 Razdražljivost ali izbruhi jeze

Travma vpliva na posameznikovo zmožnost kontrole nad svojimi čustvi. Tako imajo osebe s PTSM lahko pogoste izbruhe jeze, napade besa in podobno. Na vse stresne situacije se odzovejo s takšno intenzivnostjo, kot bi bilo ogroženo njihovo življenje. So impulzivni in se na grožnje ne znajo odzvati drugače kot z agresivnim vedenjem (Chemtob, Novaco, Hamada, Gross in Smith, 1997). Gostečnik (2008) navaja, da ko osebo s PTSM ogrozi dejanska ali umišljena oseba, odreagira, brez da bi imela možnost razmišljanja. Ostaja brez možnosti razsodnosti ali možnosti samorefleksije.

Rosenbloom in Williams (2010) navajata, da oseba s PTSM lahko vzkipi že zaradi nepomembnih stvari, ki jo pred travmo sploh niso motile. Lahko je tudi ves čas jezna na svoje prijatelje in družinske člane. Rothschild (2000) dodaja, da neprimerni in napačno usmerjeni izbruhi jeze lahko ovirajo medosebne odnose in stabilnost zaposlitve.

Druga skrajnost je, da se na grožnje osebe s PTSM sploh ne odzovejo oziroma se odzovejo tako, da se umaknejo vase (Cvetek, 2009).

3.5.3.3 Težave s koncentracijo

Cvetek (2009) piše, da težave s pozornostjo in koncentracijo osebi ne omogočajo, da bi bila v okolje vključena z interesom in energijo. Nezahtevne dejavnosti, kot je na primer pogovor z drugimi, zahtevajo poseben napor. Izguba sposobnosti za osredinjenje nato pogosto vodi do tega, da se ne morejo primerno postopno lotiti težav. McFarlane in Yehuda (1996) podobno trdita, da težave s koncentracijo pomenijo, da posameznik ni več zmožen biti tako vpleten v svoje okolje kot pred travmo. Celo preproste aktivnosti, kot so branje, sodelovanje v pogovoru in gledanje televizije, zahtevajo velik napor.

Dass-Brailsford (2007) omenja poslabšano koncentracijo in zmanjšano vzdrževanje pozornosti. Podobno Rosenbloom in Williams (2010) pišeta o slabi pozornosti, težavah s spominom in koncentracijo.

3.5.3.4 Pretirana budnost in pozornost

Pretirana pozornost je pogost simptom pri osebah s PTSM. So v stalni pripravljenosti, če bi se travmatski dogodek morda ponovil. Veliko časa in energije posvetijo zagotavljanju varnosti v svojem domu, kot je na primer stalno zaklepanje vrat in nameščanje dragih alarmnih naprav (Dass-Brailsford, 2007). Prav tako Mikuš Kos in Slodnjak (2000) navajata, da osebe s PTSM izvajajo različne ukrepe, s katerimi si zagotavljajo varnost, kot je na primer zaklepanje vrat in zapiranje oken.

Postanejo prekomerno pozorni, previdni, živčni in zaskrbljeni. Poleg tega stalno oprezajo in tako preverjajo svoje okolje (Dass-Brailsford, 2007). Podobno Mikuš Kos in Slodnjak (2000) pišeta, da so osebe s PTSM konstantno pripravljene, da se odzovejo na najmanjša znamenja ogroženosti in tako dajejo vtis preplašenosti. Vedejo se, kot da se jim vsak trenutek lahko kaj zgodi in so vedno pripravljene na samozaščito.

Prav tako Rosenbloom in Williams (2010) pišeta, da so osebe s PTSM pretirano pozorne na morebitno nevarnost v svojem okolju. Ko vstopijo v sobo, jo bolj pozorno pregledajo, da bi videli, če je slučajno kdo v njej; pogledajo, kje je izhod v določenem prostoru in če obstajajo kakršnakoli tveganja ali nevarnost.

3.5.3.5 Pretirano preplašeno odzivanje

Van der Kolk (1996) navaja, da telesa oseb s PTSM reagirajo na določene fizične in čustvene dražljaje, kot da so še vedno v stalni grožnji. Na misli, podobe, zvoke in druge dražljaje, povezane s travmatičnim dogodkom, se odzovejo s povečanim fiziološkim vzburjenjem. Na dražljaje, ki priključijo spomin na travmo, se odzovejo s pomembnim povečanjem srčnega utripa, prevodnosti kože in krvnega pritiska. Dass-Brailsdorf (2007) omenja tudi težave z dihanjem, bolečino v prsih in palpitacije.

Celo na videz nedolžna stresna situacija v osebi s PTSM lahko aktivira grozo in strah iz preteklosti, ki tako prebudi neregulirano organsko občutje, ki je vpisano v somatskem spominu limbičnega sistema (Gostečnik, 2008). Mikuš Kos (2001) navaja, da takšne reakcije avtonomnega živčevja lahko trajajo še leta po travmatskem doživetju. Dolgotrajna sprememba refleksa zdrznjenja je posledica spremenjenega nevrofiziološkega stanja organizma.

3.5.4 Hkratno pojavljanje različnih motenj (komorbidnost)

Kessler, Sonnega, Bromet, Hughes in Nelson (1995, po Dass-Brailsford, 2007) navajajo, da se PTSM pogosto pojavlja hkrati z drugimi motnjami. Približno 84 odstotkov oseb s PTSM ima še eno duševno motnjo. Podobno Joseph, Williams in Yule (1997) navajajo raziskave o komorbidnosti, ki so pokazale, da ima več kot 80 odstotkov ljudi s PTSM še eno duševno motnjo. Bolj podrobno Shalev (2001) omenja nacionalno raziskavo v ZDA, ki kaže, da ima 88,3 odstotka moških in 79 odstotkov žensk s PTSM tudi drugo duševno motnjo. Depresija je prisotna pri približno polovici posameznikov s PTSM, anksiozne motnje pri več kot tretjini, zloraba drog in alkohola pa pri tretjini vseh žensk in polovici vseh moških s PTSM. Tudi McFarlane in Yehuda (2000) poročata, da je za PTSM značilna visoka stopnja komorbidnosti. Za od 50 do 90 odstotkov posameznikov s kroničnim PTSM je značilna tudi druga duševna motnja, če se zraven šteje tudi zloraba drog oziroma opojnih substanc.

Van der Kolk (1996) piše, da se PTSM pogosto pojavlja hkrati z motnjami razpoloženja, disociativnimi motnjami, anksioznimi motnjami, zlorabo drog oziroma opojnih substanc in patološko osebnostjo. Podobno Zayfert in Black Becker (2007) omenjata, da so

najpogostejše komorbidne motnje anksiozne motnje, motnje razpoloženja, hipohondrija, motnje hranjenja in uporaba drog oziroma opojnih substanc. Tudi Dass-Brailsford (2007) poudarja, da PTSM najpogosteje spremljajo naslednje duševne motnje: depresija, zloraba drog oziroma opojnih substanc, panične motnje in druge anksiozne motnje.

Creamer, Burgess in McFarlane (2001, po Dass-Brailsford, 2007) poudarjajo, da ima 48 odstotkov populacije s PTSM klinično depresijo, medtem ko za alkoholizmom trpi 52 odstotkov populacije s PTSM.

Balenger, Davidson, Lecrubier, Nutt, Marshall, Nemeroff, Shalev in Yehuda (2000, po Dass-Brailsford, 2007) omenjajo, da raziskave kažejo, da je tveganje za samomorilne misli pomembno večje pri PTSM kot pri katerikoli drugi anksiozni motnji.

Newman, Kaloupek in Keane (1996) poudarjajo, da so komorbidne motnje lahko odraz prej obstoječe psihične ranljivosti.

3.6 MOTNJE EKSTREMNEGA STRESA, KI NISO DRUGAČE DOLOČENE

Perrin, Smith in Yule (2000, po Dass-Brailsford, 2007) opozarjajo, da diagnoza PTSM izključuje posledice dolgoročne in ponavljajoče se travme pri nekaterih posameznikih. Iz tega razloga je ameriška psihiatrična zveza začela raziskovati tudi psihopatologijo kompleksne travme (van der Kolk, 1996). Cvetek (2009) piše, da gre za sindrom duševnih težav, ki je povezan z daljšimi ali močnejšimi izkušnjami osebne zlorabe. Sindrom se imenuje motnje ekstremnega stresa, ki niso drugače določene (angleško Disorders of Extreme Stress Not Otherwise Specified - DESNOS).

Dass-Brailsford (2007) navaja, da so simptomi v primeru DESNOS bolj kompleksni, difuzni in vztrajni kot v primeru PTSM. Za DESNOS največkrat trpijo štiri skupine žrtev, in sicer so to zaporniki, talci, ženske in otroci, ki so žrtve fizičnega nasilja, in žrtve, ki so bile v ujetništvu in pod nadzorom ugrabitelja.

Pelcovitz, Kaplan, Goldenberg, Mandel, Lehane in Guarrera (1995) opisujejo DESNOS kot kompleks simptomov, povezanih z zgodnjo medosebno travmo:

- spremembe v regulaciji čustvenih impulzov, ki vključujejo kronično disregulacijo čustev, težave z nadzorovanjem jeze, samodestruktivnost in samomorilno vedenje, nemodulirano seksualnost ter impulzivno in rizično vedenje;
- spremembe pozornosti in zavedanja, ki vključujejo amnezijo in disociacijo;
- psihosomatika;
- kronične karakterne spremembe, vključujoč spremenjeno samopercepcijo (kronična krivda in sram, občutek lastne krivde in neučinkovitosti ter občutek permanentne poškodovanosti), spremembe v percepciji storilca (prisvojitve njegovih prepričanj in idealiziranje storilca) in spremembe v odnosih z drugimi (nezmožnost zaupanja drugim in ohranjanja odnosa z njimi, težnja k reviktimizaciji, težnja viktimizirati druge);
- spremembe v sistemih pomena (obup in izguba prej obstoječih podpornih prepričanj).

Van der Kolk (1996) navaja raziskave, ki so pokazale, da imajo ljudje, ki so doživeli travmatični dogodek pri zgodnji starosti, težave v vseh naštetih petih kategorijah. Zgodnja in dolgotrajna interpersonalna travma ne prinaša nespecifičnih karakternih sprememb, ampak prinaša psihološke probleme, ki so zajete v DESNOS.

Rothschild (2000) opozarja, da so ljudje, ki trpijo za DESNOS, doživeli tako težko travmo, da jim primanjkuje virov in psihične odpornosti, ki so potrebni za konstruktivno direktno soočanje s travmo. Poleg tega so doživeli tudi izgubo zaupanja, saj so bili dalj časa travmatizirani s strani drugih. Tu gre predvsem za zlorabe, fizično nasilje, posilstvo, incest, vojno, trpinčenje, družinsko nasilje ipd. Bolj zgodaj, ko se je travma pojavila, težje vzpostavijo zaupanje in bolj poškodovana je njihova osebnost. Podobno van der Kolk (1996) trdi, da izpostavljenost travmi zgodaj v življenju neizogibno oblikuje osebnost in sproži kompleksen preživetveni odziv. Otroci, ki odraščajo v okolju, kjer sta groza in brezup del vsakdanjika, so nagnjeni k introvertiranosti in neasertivnosti. Poleg tega imajo nizko samopodobo.

Yehuda, Schmeidler in Wainberg (1998, po Dass-Brailsford, 2007) poudarjajo, da se kot posledica zgodnje in kronične travme pojavijo številne spremembe na možganih in

hormonalne spremembe, kar posamezniku povzroča težave s spominom, pomnjenjem in nadzorovanjem impulzov ter čustev. Podobno van der Kolk (1996) omenja, da zgodnja in dolgotrajna travma prizadane celoten sklop psihičnih funkcij, kot so regulacija čustev, jasno razmišljanje o tem, kar se je zgodilo v preteklosti in kar se dogaja sedaj, načini, kako se emocije izražajo skozi telo in predstava o sebi, tujcih in bližnjih. Podobno Cvetek (2009) ugotavlja, da ljudje, ki so bili kot otroci zlorabljeni ali zanemarjeni in tako niso bili vključeni v zdravo diado uravnavanja, lahko izgubijo zmožnost za učinkovito regulacijo čustvenih stanj. Nesposobnost regulacije čustev povzroči, da je oseba preobčutljiva za neprijetne izkušnje, ki jih zlahka zazna kot grožnjo obstoja.

Van der Kolk (1996) omenja, da je večina psihopatologije DESNOS manifestacija prilagoditve na travmatične dogodke, primerne glede na razvojno stopnjo, v kateri se je travma pojavila. Osebe, ki so doživele travmatični dogodek, lahko ostanejo fiksirane na tisti emocionalni in kognitivni stopnji, na kateri so bile, ko se je pojavila travma.

4 PSIHIČNA ODPORNOST IN ZAŠČITNI DEJAVNIKI

Katere posledice travme bo posameznik izkusil, je v veliki meri odvisno tudi od tega, kakšna je njegova psihična odpornost.

Rus Makovec (2003) piše, da je odpornost na stres izraz, ki se nanaša na sposobnost vzdrževanja ustreznega vedenja ob velikih življenjskih stresih. Nekateri ljudje namreč ob različnih izrazito stresnih izkušnjah v življenju ostanejo funkcionalni in kompetentni vse svoje življenjsko obdobje. Prava odpornost na stres vključuje trpljenje in pogum hkrati in pomeni predelavo travme v sebi in v zvezi z drugimi ljudmi.

Joseph in Linley (2008) omenjata, da se odpornost lahko razume kot drugi pol kontinuuma ranljivosti za emocionalne disfunkcije in psihopatologijo ob izpostavljenosti stresni izkušnji. Posameznik na ekstremno ranljivem polu kontinuuma lahko izkusi močno nelagodje, disfunkcijo in tudi psihopatologijo kot odziv celo na relativno majhne stresorje, s katerimi bi večina ljudi opravila hitro. Nasprotno bi posameznik na odpornem polu kontinuuma potreboval veliko količino stresa, da bi to povzročilo pomembno poslabšanje njegovega psihičnega stanja.

Selič (1999, po Masten, Žibret, Tušak, Svetina in Dimic, 2008) omenja, da je posebna značilnost osebnostno čvrstih ljudi njihova žilavost, ki se nanaša na nizek bazičen nivo adrenalina in simpatične aktivnosti ter na veliko fleksibilnost, prilagodljivost fizioloških sistemov, ki omogoča uspešno obvladovanje stresnih obremenitev in naglo vračanje teh sistemov v normalno stanje. Vse to krepi imunski sistem.

Podobno Mikuš Kos (2001) definira odpornost kot normalen razvoj v nenormalno slabih okoliščinah ali kot zdrav razvoj kljub preteklim skrajno neugodnim in travmatskim doživetjem in sedanjim neugodnim okoliščinam življenja. Hkrati opozarja, da odpornost nikakor ni stalnica in ni lastnost splošnega značaja. Spreminja se skozi čas in z okoliščinami. Posameznik lahko deluje v neugodni ali travmatski situaciji na posamičnih področjih različno, lahko na primer kaže veliko čustveno prizadetost, a ohranja dobro socialno delovanje.

Werner (2001, po Dass-Brailsford, 2007) odpornost pripisuje tistim osebam, ki kljub izpostavljenosti resnim dejavnikom tveganja uspejo in iz situacije odidejo kot zmagovalci. Gre za sposobnost uspešno premagati fizično in psihično travmo. Joseph in Linley (2008) psihično odpornost definirata kot sposobnost ohranjanja ravnotežja.

Rothschild (2000) poudarja, da so v mnogih primerih ljudje, ki doživijo travmatični dogodek, sposobni predelati in razrešiti posledice travme. Lahko priključijo spomin na travmo in pripovedujejo o travmatičnem dogodku, ki so ga doživeli. Svojo izkušnjo osmislijo in čutijo, da je travmatični dogodek stvar preteklosti. Podobno Horowitz (1978, po van der Kolk, McFarlane in van der Hart, 2000) piše, da je večina ljudi, ki je bila izpostavljena travmatičnemu dogodku, sposobna nadaljevati s svojimi življenji, brez da bi jih vznemirjali spomini na travmo. Prav tako Joseph in Linley (2008) pišeta, da večina ljudi ne kaže nikakršnih dolgoročnih psihiatričnih motenj, kar velja tudi za najbolj grozljive travmatične dogodke.

Payne in Walker (2002, po Tušak in Masten, 2008) govorita o konceptu psihične odpornosti kot osebnostne značilnosti s tremi komponentami:

- zavezanost ali privrženost - aktivna vključitev v življenjske dejavnosti
- kontrola - prepričanje o sposobnosti vplivanja na življenjske dogodke
- izziv - prepričanje, da so spremembe normalne in dajejo možnost rasti

T. Lamovec (1994, po Tušak in Masten, 2008) piše, da se v zadnjem času raziskovalci vse bolj usmerjajo v iskanje lastnosti, ki pripomorejo k odpornosti na učinke stresa. Med optimalnimi osebnostnimi značilnostmi je najbolj znan konstrukt osebnostne čvrstosti, ki vsebuje naslednje vidike:

- osebna angažiranost, ki se izraža v navdušenju in užitku pri delu, odsotnosti dolgočasnja in praznine ter občutku smiselnosti in izpolnjenosti življenja;
- občutek varnosti, ki se kaže v zaupanju v družbo in v svojo socialno varnost
- odsotnost občutkov nemoči;
- stopnja internalnosti oziroma eksternalnosti (internalne osebe menijo, da je nadzor nad njihovim življenjem v njihovih rokah, eksternalnost pa izraža fatalizem);
- kognitivna strukturiranost, ki se kaže v iskanju informacij in načrtovanju.

McFarlane in Yehuda (2000) omenjata, da je znak psihične odpornosti tudi posameznikova sposobnost, da obnovi svojo socialno mrežo po travmatičnem dogodku.

Rutter (1985) trdi, da je med individualnimi lastnostmi, ki pomagajo pri odpornosti na stres, ena najpomembnejših visoko samospoštovanje z realističnim občutkom upanja in osebne kontrole. Werner (1993) dodaja, da ljudje, ki so odporni na stres, kažejo veliko zaupanja v to, da bodo zmožni premagati težave in da lahko vsaj do neke mere uravnavajo svojo usodo.

Rothschild (2000) piše, da starši, ki so sposobni otroku zadovoljiti emocionalne in fiziološke potrebe, otroka vzgajajo v odraslega, ki bo imel širok izbor notranjih virov. Takšni ljudje znajo poskrbeti za svoje lastne potrebe na fleksibilen in koristen način. Otroci, za katere je dobro poskrbljeno, postanejo odrasli, ki so psihično odporni, in ki pozitivno rešujejo vsakodnevne težave. Njihovi možgani so sposobni procesirati in integrirati tako pozitivne kot negativne izkušnje.

Joseph in Linley (2008) poudarjata, da čeprav so včasih verjeli, da je odpornost na travmo redka in se pojavlja zgolj pri izjemno psihično trdnih posameznikih, raziskave kažejo, da se večina ljudi, ki doživi travmatični dogodek, odzove brez večjih psihopatoloških motenj. Veliko ljudi ne doživi nobene izmed negativnih psihičnih posledic, niti tistih, ki so kratkotrajne.

McFarlane in Yahuda (2000) podarjata, da je posameznikov odziv na travmo odvisen od sklopa bioloških, socialnih in temperamentnih značilnosti ter izkušenj. Nekateri izmed faktorjev, ki bodo vplivali na posameznikovo okrevanje, so naslednji: nevrobiologija posameznikovega odziva na stres, sposobnost samospreminjanja, sposobnost posameznika, da zna prenašati strah in grožnjo, ki ju vključuje travma in sposobnost soočiti se s kakršnokoli izgubo.

Shalev (2001) opozarja, da pri PTSM travmatični dogodek samo sproži odziv, h kateremu pa prejšnji in poznejši dejavniki prispevajo vsaj toliko kot sam dogodek. Ti dejavniki so podpora družine in socialnega okolja, primerna socialna mreža, možnost čustvene razbremenitve in psihoterapije, genetični dejavniki tveganja, osebne poteze, socialno

okolje, pripravljenost na travmo, prejšnja travmatična doživetja, prejšnje vedenjske ali duševne motnje, narava starševskega odnosa in stresne izkušnje iz otroštva.

Cvetek (2006, po Cvetek 2009) omenja kvalitativno raziskavo v slovenskem prostoru, ki je vključevala 36 primerov terapije travme, v kateri so terapevti relacijske družinske terapije kot najpomembnejše ocenili naslednje zaščitne dejavnike: podporni odnos z materjo (v približno 17 odstotkih primerov), skrb klienta za otroke (v približno 14 odstotkih primerov), podporni odnos z očetom (v približno 11 odstotkih primerov), pozitiven odnos do Boga oziroma vere (v 11 odstotkih primerov), v manj kot desetih odstotkih primerov pa so navedli še fizično prisotnost skrbnikov, uspeh v šoli in pri delu, delavnost, ustvarjalnost, moč, odločnost, voljo do življenja, odhod iz travmatičnega okolja, možnost pogovora, pomoč sorodnikov, bratov, sester in prijateljev ter podobno.

McFarlane in Yehuda (2000) omenjata, da takojšnja emocionalna reakcija v času travme vpliva na sposobnost posameznika, da se ustrezno odzove.

Mnoge raziskave (Ballenger, Davidson, Lecrubier, Nutt, Marshall, Nemeroff, Shalev in Yehuda, 2004) so pokazale, da je morda najpomembnejši napovednik tega, ali bo PTSM postala kronična, potravmatsko okolje. Potravmatska podpora in druge intervencije lahko močno zmanjšajo tveganje. Kot poseben dejavnik tveganja omenjajo zgodnje travmatične in stresne dogodke.

Whitfield (1995) omenja, da imajo pomemben vpliv na osebne in klinične posledice, ki lahko nastanejo kot odgovor na travmo, naslednji dejavniki: intenziteta travme, karakteristike travme in posameznikov subjektiven odziv na travmo, vključno z možnostjo in sposobnostjo procesiranja in zdravljenja travmatične izkušnje.

Podobno Dass-Brailsford (2007) navaja dejavnike, ki vplivajo na okrevanje po travmi:

- intenziteta (bolj ko je travma intenzivna, bolj uničujoče so njene posledice);
- kroničnost (kronična PTSM je težja od akutne PTSM. Če je oseba že pred travmo imela izkušnjo viktimizacije, to zelo oteži okrevanje.);
- prej obstoječa bolezen (mentalna bolezen, uporaba drog ali kronična bolezen zniža posameznikovo sposobnost okrevanja);

- osebnost (Werner (2001, po Dass-Brailsford, 2007) omenja, da pozitivna predstava o sebi, visoka samopodoba, visoko samozaupanje in ekstravertiranost, povečujejo psihično odpornost posameznika. Bunce, Larsen in Peterson (1995, po Dass-Brailsford, 2007) omenjajo raziskavo med študenti, ki je pokazala, da študentje, ki so doživeli travmo, pogosteje poročajo o anksioznosti, nižji samopodobi, višji nevrotičnosti, večji introvertiranosti in znižani emocionalni stabilnosti v primerjavi s študenti, ki niso doživeli travme;
- kognitivni stil (odporni posamezniki imajo višje kognitivne sposobnosti. Ena izmed teh sposobnosti je pozitiven notranji monolog, kadar je posameznik pod stresom. Bunce (1995, po Dass-Brailsford, 2007) navaja, da so kognitivni stili travmatiziranih posameznikov povezani s povečanim tveganjem za depresijo.);
- odnos s storilcem v primeru medosebne travme (Ray in Jackson (1997, po Dass-Brailsford, 2007) opozarjata, da odnos med žrtvijo in storilcem pomembno vpliva na okrevanje. Bolj ko sta si blizu, težje je okrevanje.);
- socialna podpora (McNally, Bryant in Ehlers (2003, po Dass-Brailsford, 2007) navajajo, da podpora družine, prijateljev in sodelavcev tudi prispeva k žrtvini sposobnosti okrevanja. Gre za velik varovalni dejavnik pred PTSM.);
- izpostavljenost nevarnosti (nadaljnja izpostavljenost nevarnosti resno ogrozi posameznikove priložnosti za okrevanje);
- fizična poškodba (fizična poškodba, ki jo posameznik utrpi med travmo lahko postane konstanten opomnik travme. To lahko prepreči popolno okrevanje.).

Rothschild (2000) omenja varovalne dejavnike, ki znižujejo travmatični stres, in sicer: pripravljenost na pričakovani stres (kadar je to sploh možno), uspešni odzivi boja ali umika, sistem prepričanj, prejšnje izkušnje, notranji viri in podpora družine, skupnosti ter socialne mreže. Tudi Rus Makovec (2003) omenja pomembno vlogo ljudi, ki so travmatiziranemu blizu. Celo manj intimna okolica je lahko dober varovalni dejavnik, in sicer prijatelji, sosedi, učitelji, trenerji, duhovniki ali drugi mentorji.

5 PSIHIČNA RANLJIVOST IN DEJAVNIKI TVEGANJA

Za ponazoritev psihične ranljivosti se pogosto uporablja May-ovo prisposodbo (Garmezy, 1993):

*Če bi nekdo udaril z istim kladivom in
z enako silo strl tri lutke-
eno stekleno, eno plastično in eno jekleno,
bi se prva lutka zdrobila,
na drugi bi nastala razpoka,
tretja pa bi ob udarcu morda le zazvenela.*

Rothschild (2000) opozarja, da so otroci, ki jim njihovi skrbniki ne zadovoljijo pomembnega deleža potreb, v nevarnosti, da bodo odrasli v ljudi, ki jim primanjkuje psihične odpornosti in se soočajo s težavami pri prilagajanju na spremembe, ki jih prinaša življenje. Njihovi možgani so manj sposobni obdelati življenjske izkušnje in imajo več težav pri osmišljanju življenjskih dogodkov, zlasti tistih, ki so stresni. Poleg tega so tudi bolj ranljivi za psihične motnje, vključno z zasvojenostjo od drog, depresijo in PTSM.

Podobno Gostečnik (2008) piše, da so zgodnje interakcije s starši tisto osnovno psihično gradivo, na katerem je utemeljena posameznikova notranjepsihična struktura in ima zato tako izjemno zavezujočo vlogo, ne samo v posameznikovem razvoju, ampak tudi v odraslih odnosih oziroma socialnih, medosebnih interakcijah. Klub temu Malt in Weisaeth (1989) opozarjata, da kronične duševne motnje, vključujoč PTSM, razvijejo tudi tisti, ki so imeli harmonično otroštvo, ki pa so bili podvrženi ekstremnemu fiziološkemu in psihičnemu stresu.

Cvetek (2006, po Cvetek 2009) je v kvalitativni raziskavi v slovenskem prostoru ugotovil naslednje najpomembnejše dejavnike tveganja: čustveno odsotnost in zavrženost s strani matere (približno v 70 odstotkih vseh primerov), čustveno odsotnost in zavrženost s strani očeta (v približno 55 odstotkih vseh primerov), molk oziroma nekomuniciranje o dogodku (v približno 31 odstotkih vseh primerov); v manj kot 17 odstotkih vseh primerov pa so se kot najpomembnejši dejavniki tveganja pokazali še primeri, ko starši vzbujajo občutek

krivde, sramu in zavrženosti, primeri izvajanja telesnega in duševnega nasilja v družini, alkoholizma v družini, konfliktnega odnosa med starši, njihove odtujenosti ali ločitve in podobno.

Whitfield (1995) trdi, da so tveganja za razvoj PTSM povezana z naravo travmatičnega dogodka, že prej obstoječimi faktorji ranljivosti in z interakcijo med tema dvema. Znanih je devet najpomembnejših faktorjev ranljivosti in več ko jih je prisotnih, večja verjetnost obstaja, da bo posameznik bolj travmatiziran. Ti faktorji so naslednji: travma v otroštvu, nizka samopodoba, introvertiranost, visoka stopnja nevrotičnosti, že prej obstoječa duševna motnja, psihiatrična bolezen ožjih sorodnikov, zelo stresno življenje in revščina staršev.

6 ZDRAVLJENJE TRAVM

Whitfield (1995) okrevanje pojmuje kot proces zdravljenja notranjih ran. Gre za ciklični proces in čeprav vključuje trenutke veselja ter občutke osvobojenosti, so obenem pogosta obdobja, v katerih se trpljenje, simptomi in zmeda okrepijo. V procesu okrevanja se oseba, ki je doživela travmatični dogodek, nauči, da je sama odgovorna za svojo usodo in spet začuti svojo moč. Proces okrevanja ni lahek, zlasti če se zavedanje notranjih ran okrepi. Okrevanje zahteva pogum, potrpežljivost z vzponi in padci, ki so značilni za ta proces, vztrajnost in predanost zdravljenju pravega jaza.

Tri glavna načela zdravljenja travm so (van der Kolk, van der Hart in Marmar, 1996):

- a) nadzirati fiziološke in biološke stresne reakcije
- b) predelati travmatično izkušnjo ter se pomiriti z njo
- c) ponovno vzpostaviti varne socialne odnose in osebno ter interpersonalno učinkovitost

Ker travma prizadane vse aspekte posameznikovega funkcioniranja, so holistični, vsestranski in biopsihosocialni pristopi zdravljenja najbolj racionalna izbira (Dass-Brailsford, 2007).

Rothschild (2000) omenja pet glavnih kategorij notranjih virov, ki močno pomagajo pri okrevanju, in sicer:

a) funkcionalni viri

- vključujejo praktične vire, kot so varen kraj za bivanje, zanesljiv avtomobil, dodatne ključavnice in podobno.

b) fizični viri

- fizična moč in spretnost sta primera fizičnih virov. Razvijanje fizičnih virov posamezniku daje občutek samozavesti.

c) psihični viri

- vključujejo inteligenco, smisel za humor, radovednost, kreativnost (vključuje umetniške in glasbene talente) in nekatere obrambne mehanizme.

d) interpersonalni viri

- jedro interpersonalnih virov so posameznikova trenutna socialna mreža, vključujoč partnerja, ostale družinske člane in prijatelje. Prav tako pomembno vlogo lahko igrajo ljudje iz posameznikove preteklosti, ki se jih spominja. Pomembni so lahko tudi učitelji, sosedi in celo živali.

e) duhovni viri

- vključujejo vero v višjo silo, sledenje eni izmed religioznih oseb, izvajanje religiozne prakse in stik z naravo
- so zelo pomembna pomoč pri okrevanju od travme

6.1 ZDRAVLJENJE V TREH FAZAH

Reddemann (2008) trdi, da je za ljudi, ki trpijo zaradi posledic travm, najboljša obravnava s terapijo v treh korakih, ki zajema stabilizacijo, srečanje s travmo in integracijo. Pomembno je, da je oseba, ki je doživela travmatični dogodek, med celotno obravnavo dovolj notranje trdna in stabilna. Za srečanje z grozotami iz preteklosti je potrebna notranja moč in ljubeče zunanje spremstvo.

Pri zdravljenju travm se pogosto uporablja terapija, ki je usmerjena na korake, pri katerih se lahko uporabljajo različne tehnike in pristopi (Courtois, 2004).

O zgoraj omenjenih fazah pišejo tudi van der Kolk, van der Hart in Marmar (1996) in sicer jih definirajo na naslednji način:

- 1.faza: Vzpostavljanje terapevtskega odnosa, varnost, stabilizacija, uravnavanje čustev, izobraževanje in ustvarjanje različnih veščin za življenje
- 2. faza: Podrobnejša predelava travmatičnih spominov
- 3. faza: Prizadevanje za izboljšanje zdajšnjega vsakodnevnega življenja

6.1.1 Prva faza

Cvetek (2009) pojasnjuje, da terapevt v tej fazi skuša omogočiti klientu, da doseže nadzor nad preplavljajočimi in premagujočimi afekti, impulzivnim vedenjem, samodestruktivnimi mislimi in vedenjem, nevarnimi medosebnimi situacijami, zasvojenostjo in ponavljajočimi se disociacijami.

Rothschild (2000) piše, da je splošno sprejeto, da je terapevtski odnos odločilen za uspeh katerekoli terapije. Courtois (2004) omenja, da je pomembno, da se med osebo, ki je doživela travmatični dogodek, in terapevtom oblikuje empatičen in konsistenten odnos, ki osebo podpira in vodi skozi terapijo ter je model za vzdržanje oziroma obvladovanje, ne pa za izogibanje ali preplavljanje intenzivnih čustev in impulzov. Krize, ki se lahko pojavijo med terapijo, se razume kot ponavljanje travme, testiranje terapevtskega okvira ali kot preverjanje sposobnosti za toleriranje sprememb in povečano zavedanje osebe.

Van der Kolk, McFarlane in van der Hart (1996) poudarjajo, da igra nagnjenost k ponavljanju travme v terapevtski situaciji pri zdravljenju PTSM osrednjo vlogo v psihoanalitični psihoterapiji. Za tovrstno obliko psihoterapije je ponavljanje travme v terapevtskem odnosu povsem sprejemljiv in bistven element terapevtskega procesa.

Rothschild (2000) omenja, da je prvo pravilo katerekoli terapije travme varnost. Oseba se mora počutiti varno tako v terapevtskem odnosu kot tudi v svojem življenju. Poleg tega je pomembno, da terapevtu zaupa. Ker imajo osebe, ki so doživele travmatični dogodek, težave z zaupanjem, običajno potrebujejo veliko časa, da vzpostavijo zaupanje do terapevta.

Reddemann (2008) podobno poudarja, da mora terapevt zlasti paziti, da s terapijo ne bi povzročil dodatnega stresa, kajti osebam, ki niso mogle predelati travme, je najbolj manjkala prav zmožnost za pomiritev oziroma pomirjajoče okolje. Tako si mora terapevt prizadevati ustvariti okolje, v katerem se oseba počuti čim bolj varno. Psihoanalitiki sicer menijo, da mora oseba, ki je doživela travmatični dogodek, v terapevtskem odnosu ponovno uprizoriti čisto vse, vendar po kliničnih izkušnjah Reddemann (2008), ki izvaja psihodinamsko imaginativno terapijo, temu ni tako.

Rothschild (2000) še poudarja, da pozitivna navezanost na terapevta lahko spremeni posameznikovo izogibanje ali strah v interpersonalnih odnosih v željo po zdravih kontaktih.

Collins in Collins (2005) pišeta, da če ima oseba občutek, da je slišana, razumljena in sprejeta s strani terapevta, to vodi v stabilizacijo intenzitete emocionalnega odziva.

Van der Kolk, van der Hart in Marmar (1996) pojasnjujejo, da je občutek fizične varnosti odvisen od védenja, da se travma ne bo ponovila. Zato je treba zagotoviti, da so osebe, ki so doživele travmatični dogodek, v fizično in emocionalno varnem okolju.

Van der Kolk, McFarlane, in van der Hart (1996) poudarjajo, da skozi fazo stabilizacije terapevt osebo, ki je doživela travmatični dogodek, uči, kako kontrolirati intenzivno emocionalno in patološko obrambno delovanje, kot je na primer kontinuirana disociacija. Stabilizacija pomeni prepoznati lastne emocije, prepoznati in primerno izkoristiti podporno mrežo, načrtovati in sodelovati v vsakodnevnih aktivnosti, razumno mero aktivnosti in uživanja hrane ter relaksacijske vaje kot preventiva pred stresom. Tudi Dass-Brailsford (2007) omenja, da so pomembne relaksacijske vaje, kot so na primer globoko dihanje, stiskanje žogice ali drgnjenje dveh kamnov. To osebi pomaga premagati vsiljive misli in mu pomaga osredotočiti se na sedanji trenutek. Poudarja še, da je stabilizacija klientovega emocionalnega, socialnega in fizičnega okolja vedno prioriteta v zgodnji fazi svetovanja. Terapevt spodbuja klienta k skrbi zase, saj klientu to pomaga pri obvladovanju simptomov in k temu, da prevzame nadzor nad svojim življenjem.

Terapevt klienta usmerja k razvoju kognitivnega okvira, ki mu pomaga razumeti vsiljene spomine in izogibanje. Z boljšim razumevanjem pridobi večjo emocionalno distanco do travmatične izkušnje (van der Kolk, McFarlane in van der Hart, 1996).

6.1.2 Druga faza

Courtois (2004) piše, da če je klient dovolj stabilen in se je naučil primarne afektivne modulacije in večšin spoprijemanja, je usmerjen k podrobnejši predelavi travmatičnega materiala in k določeni stopnji zaključka oziroma rešitve travmatičnega spomina, ki klientu dovoli, da funkcioniira z manj potravmatskega oškodovanja.

Cvetek (2009) pojasnjuje, da klient v drugi fazi priključuje travmatske spomine kot tudi povezana somatska stanja, emocije in percepcije v meri in ritmu, ki je varen in obvladljiv. Spomini so nato predelani z veščinami samouravnavevanja ter varnega in nevsiljivega uravnavevanja.

Whitfield (1995) omenja, da travmatski spomini lahko vključujejo bistvene elemente posameznikove osebne izkušnje in pomen, ki ga travmatski dogodek zanj ima. Pomen, ki ga posameznik pripiše travmatskemu dogodku, se spreminja s kvaliteto in kvantiteto predelave travmatske izkušnje. Ford, Courtois, Steele, van der Hart in Nijenhuis (2005) kot primer predelave navajajo travmatsko žalovanje, ki se pogosto pojavi iz zavedanja globoke izgube, kot je recimo izguba otroštva, zaupanja, odnosov ali uspehov.

Dass-Brailsford (2007) omenja, da v tej fazi pogosto pride do okrepitve simptomov, intenzivnega notranjega konflikta, žalovanja, sprejetja, sprostitev in opolnomočenja. Chu (1998, po Dass-Brailsford, 2007) poudarja, da sta glavni nalogi druge faze raziskovanje in podoživljanje izkušenj.

Cilji predelave travmatskih spominov so naslednji (van der Kolk, van der Hart in Marmar, 1996):

- a) premagati fobijo pred disociativnim občutkom lastnega jaza, povezanega s travmo, ter premagati strah in sram, ki sta povezana s travmo;
- b) premagati fobijo pred travmatskimi spomini, ki morajo priti na dan in se preobraziti ter postati del klientovega toka zavesti;
- c) premagati fobijo pred življenjem samim, kar vključuje strah pred ponovno viktimizacijo in občutek klienta, da ne bo sposoben prevzeti nadzora nad svojo lastno usodo.

Van der Kolk, van der Hart in Marmar (1996) poudarjajo, da travmatski spomin ne more biti ustrezno predelan, če njegovi čustveni in senzomotorični elementi ostanejo izolirani od ostalega spomina. Rothschild (2000) pojasnjuje, da osebe s PTSM preplavljajo podobe, občutki in vedenjski impulzi (implicitni spomin), ki so ločeni od konteksta, konceptov in

razumevanja (eksplicitni spomin). Boljše razumevanje somatskega spomina in implicitnih procesov pomaga povezati implicitni in eksplicitni pominski sistem.

6.1.3. Tretja faza

Cvetek (2009) omenja, da je tretja faza usmerjena k življenju, ki je manj pod vplivom izvorne travme in njenih posledic. Klientom običajno življenje predstavlja velik izziv. Vse, kar jim je neznano, v njih vzbuja strah, kar vodi do omejenih življenjskih slogov. Tako je v tej fazi ključno ravnotežje in kakovost življenja klienta. Pomembno je, da klient vzpostavi ravnotežje med delom, počitkom, igro ter odnosi.

Zayfert in Black Blecker (2007) omenjata, da je v tretji fazi poudarek na integraciji, rehabilitaciji in občutku povezanosti z drugimi.

Dass-Brailsford (2007) piše, da v zadnji fazi klient nadaljuje z razvijanjem novih veščin. Ker pridobi na moči, lahko sodeluje v interakcijah, ki so ga prej navdajale z anksioznostjo. Cvetek (2009) poudarja, da je cilj terapije, da klient pridobi izkustvene dokaze varnosti in občutke opogumljanja ter postopno nadomesti omejene ali samoomejujoče vzorce čutenja, vedenja in mišljenja.

Turnbull in McFarlane (1996) poudarjata, da naj bi klienti aktivno pridobivali izkušnje, ki jih napolnijo z občutki nadzora in zadovoljstva. Fizične aktivnosti (različni športi in pustolovščine v divjini), druge prijetne fizične izkušnje (na primer masaža) in razni umetniški dosežki so lahko izkušnje, ki niso povezane s travmo in služijo kot vir novega zadovoljstva.

Courtois (2004) opozarja, da se intenzivnost in trajanje celotne terapije od klienta do klienta močno razlikujeta. Nekateri klienti potrebujejo leta ali celo desetletja terapije, drugi jo lahko zaključijo v nekaj mesecih.

6.2 ZDRAVLJENJE PTSM

Za zdravljenje PTSM se pogosto uporablja kognitivno-vedenjska terapija. Pri zdravljenju PTSM je tudi najbolj uspešna. Uporabljajo se tudi psihofarmakologija, psihodinamski,

relacijski in drugi pristopi. V današnjem času so vse bolj aktualne kratkotrajne, v krizo usmerjene oblike terapij, ki pogosto zaradi prevelike osredotočenosti na simptome spregledajo druge patološke posledice (McFarlane in Yehuda, 2000). Rothschild (2000) dodaja, da je najbolje za terapevta, ki zdravi PTSM, da pozna več kot en pristop. Tako je terapija resnično prilagojena klientu in ne obratno.

Kognitivno-vedenjska terapija se je za zdravljenje travm izkazala za najuspešnejšo (Zayfert in Black Becker, 2007). Kognitivno-vedenjska terapija združuje dve zelo učinkoviti obliki psihoterapije. Vedenjska terapija pomaga klientu oslabiti povezavo med vznemirjajočimi mislimi in situacijami ter njihovimi običajnimi reakcijami na njih. Kognitivna terapija pa uči kliente, kako so določeni miselni procesi lahko vzrok za njihovo anksioznost, depresijo ali jezo. Kognitivna in vedenjska terapija skupaj predstavljata močno orodje za zmanjšanje simptomov in za klientovo ponovno normalno funkcioniranje (Beck, 1995).

V kognitivno-vedenjski terapiji se terapevt osredotoča na klientove notranje kognitivne mehanizme, kar lahko vodi v zanemarjanje kontekstualnih in sociokulturnih faktorjev. Terapevt kognitivno-vedenjske terapije se osredotoča zlasti na sledeče (Dass-Brailford, 2007):

- učenje veščin za spoprijemanje z anksioznostjo, kot so na primer dihalne vaje,
- uporabo kognitivnega prestrukturiranja z namenom spremembe negativnih misli,
- obvladovanje jeze,
- obvladovanje stresa,
- socialne veščine,
- trening sproščanja.

Solomon in Heide (2005) navajata, da so nekateri kognitivno vedenjski terapiji očitali, da pri obravnavi travme zanemarija telo. Travmatične izkušnje so v večji meri emocionalne in somatske in tako se je pri zdravljenju travme potrebno posvetiti tudi telesu. Iz tega prepričanja se je razvila metoda EMDR (Eye Movement Desenzitization and Reprocessing), ki pomeni desenzitacijo in ponovno predelavo z očesnim gibanjem. Aktualna je tudi v slovenskem prostoru.

EMDR pomaga predelati neprimerno in disfunkcionalno shranjene izkušnje oziroma izkušnje iz preteklosti, ki nas ovirajo pri ustreznem vedenju, mišljenju in čutenju v sedanjosti. Metoda kombinira različne vidike glavnih teoretičnih smeri (Shapiro, 1999).

Shapiro in Forrest (1997) razlagata, da je cilj EMDR desenzibilizacija travmatičnih stimulusov preko hitrega očesnega gibanja. Tovrstno zdravljenje mora potekati v strukturiranem zaporedju. Zdravljenje vključuje kombinacijo elementov terapije izpostavljenosti in očesnega gibanja, ploskanja z rokami ali zvokov. Za vsakim zaporedjem klient subjektivno oceni stopnjo negativnega stresa. Če je stopnja visoka, mora klient izvajati relaksacijske tehnike.

Nekateri ugovarjajo, da terapiji EMDR primanjkuje teoretične osnove in empiričnih podatkov. Številne raziskave so pokazale, da EMDR ni učinkovita tehnika (Dass-Brailsford, 2007). Devilly in Spence (1999) navajata raziskavo, v kateri so primerjali EMDR in kognitivno vedenjski pristop. Petindvajset odstotkov tistih, ki so opravili terapijo EMDR, se je ozdravilo PTSM, medtem ko se je v kognitivno vedenjski terapiji ozdravilo 60 odstotkov oseb.

Pri zdravljenju PTSM je dobro sprejeta tudi skupinska terapija. Predpostavka skupinske terapije je, da so posledica povezave s tistimi posamezniki, ki so doživeli podobne travmatične dogodke, pozitivni procesi okrevanja in prilagoditve. Ena izmed oblik skupinske terapije so podporne skupine, ki običajno omogočajo razvoj pozitivnih, med seboj močno povezanih odnosov v programih za odpravljanje PTSM (Solomon in Johnson, 2002).

Skupinska psihoterapija travmatiziranim omogoča, da razvijejo občutek medsebojne povezanosti z drugimi in varen kraj, kjer lahko spregovorijo o svojih skrbih glede občutka varnosti in zaupanja. V skupini ljudi, ki so prestali podobne izkušnje, je večina travmatiziranih prej ali slej sposobna izraziti z besedami, kaj se jim je zgodilo. Glavni cilji vseh skupinskih terapij, ki obravnavajo travmo, so stabilizacija psiholoških in fizioloških reakcij na travmo, raziskati in oceniti percepcije in emocije, razumeti učinke travmatične izkušnje na trenutne emocije in vedenje ter naučiti se novih načinov obvladovanja interpersonalnega stresa (van der Kolk, McFarlane in van der Hart, 1996).

Cvetek (2009) poudarja, da se poleg naštetih za zdravljenje PTSM in travm uporablja tudi druge številne terapije kot so psihodrama, relacijska terapija, hipnoterapija, somatska oziroma senzomotorična predelava, umetnostna terapija, psihoedukacija, družinska terapija itd.

Potrebno je poudariti, da je terapija za osebe s PTSM lahko tudi škodljiva. Travmatizirane lahko terapija tako obremeni, da postanejo preplavljeni in dekompenzirajo, imajo anksiozne in panične napade, doživljajo retravmatizacijo itd. (Rothschild, 2000). Podoživljanje travme, brez da bi bili trdno zasidrani v sedanjosti, pogosto pušča osebe s PTSM bolj travmatizirane, kot so bili prej (van der Kolk, 2002).

6.3 POTRAVMATSKA RAST

Ideja o tem, da velike življenjske preizkušnje lahko vodijo k izredno pozitivnim spremembam, je starodavna, toda raziskovanje tega pojava je precej sveže. Raziskovanje travme in PTSM je bilo večinoma usmerjeno na patološke izide in negativne spremembe, z razvojem pozitivne psihologije pa se čedalje večjo pozornost namenja potravmatski rasti (Cann, Calhoun, Tedeschi, Taku, Vishnevsky, Triplett in Danhauer, 2010). Tovrstna rast je pomembna koristna sprememba v kognitivnem in čustvenem življenju, ki ima lahko vedenjske aplikacije (Cvetek, 2009).

Osebnostna rast je dolgotrajno in težko potovanje, polno preizkušenj. Po travmi je pot k osebni rasti še težja kot prej. Sestavljajo jo naslednji koraki, ki temeljijo na raziskavah in kliničnih študijah (Tedeschi in Calhoun, 1995):

1. sprejemanje lastne situacije,
2. prepoznavanje življenja kot vrednoto,
3. odločnost,
4. samozavest,
5. religiozno verovanje,
6. odnosi,
7. optimizem.

Pot k potravmatski rasti se začne s **sprejemanjem**. Travmatizirani sprejme svoj položaj in ne živi več v zanikanju in izogibanju. Odloči se, da se bo soočil s travmo in bolj realno začne ocenjevati svojo situacijo. Nato začne v svojem trpljenju iskati smisel in ceniti majhne stvari. Spozna, da se je vredno boriti. S tem, ko **prepozna življenje kot vrednoto**, začne ceniti vse tiste stvari, ki jih je prej imel za samoumevne. Začne uživati v majhnih radostih in postane odprt za nove možnosti. V tretjem koraku se travmatizirani zaveda, da bo na svoji poti okrevanja moral biti **odločen**, vztrajen in pogumen. V četrtem koraku se osvobodi občutka nemoči in povrne se mu **samozavest**. V petem koraku se začne zavedati, da je **Bog** vedno z njim in mu ob preizkušnjah stoji ob strani. Podeljuje mu milost, da vztraja in se uči. V šestem koraku travmatiziranemu več kot osebni dosežki pomenijo prijatelji in družina. Bolj kot nase, je osredotočen na **odnose** z drugimi. Začne iskati priložnosti, da pomaga drugim in tako posredno zdravi tudi samega sebe. Na koncu poti je travmatizirani **optimističen** in poln upanja. Ponovno se veseli prihodnosti, čeprav se zaveda, da nevarnost lahko preži že za naslednjim vogalom.

Potravmatska rast prinaša (Tadeschi in Calhoun, 2004):

- povečan občutek osebne moči,
- izboljšanje odnosov s pomembnimi drugimi ,
- povečano sočutje in empatijo,
- sposobnost identificiranja pomembnih pozitivnih in negativnih lastnosti pri drugih,
- spremenjene prioritete in sistem vrednot,
- sposobnost ceniti majhne stvari v življenju in življenje nasploh,
- obogateno religiozno in duhovno življenje,
- večja povezanost z Bogom,
- večji občutek kontrole in varnosti.

Salter in Stallard (2004) opisujeta tri oblike pozitivne rasti, in sicer spremembe v zaznavanju sebe, spremembe v odnosih z drugimi in spremembe v filozofiji življenja, osnovnih vrednotah in ciljih.

Travmi pogosto sledijo pozitivne psihološke reakcije kot sta povečana sposobnost ceniti življenje in povečano izražanje sočutja (Joseph, Williams in Yule, 1997).

Fazio in Fazio (2005) sta razvila model, ki naj bi prispeval k potravmatski rasti. Imenuje se OTHERS(S) in se osredotoča na naslednje vire: optimizem, smisel, humor, čustveno inteligenco, odpornost, duhovnost, samozaupanje in druge.

Woodward in Joseph (2003) omenjata raziskave, ki kažejo, da od 40 do 70 odstotkov ljudi, ki izkusijo travmatični dogodek, pozneje govori o vsaj eni obliki koristi iz svoje izkušnje.

Salter in Stallard (2004) sta izvedla raziskavo med 158 otroci, ki so bili vpleteni v prometno nesrečo. Dvainštirideset odstotkov otrok (37 odstotkov teh je imelo PTSM) je poročalo o nekaterih aspektih potravmatske rasti, zlasti o spremenjeni filozofiji življenja. Enaintrideset odstotkov otrok je bolj cenilo življenje, 13 odstotkov otrok je ponovno ocenilo, kaj je pomembno v življenju. Obenem so poročali tudi o tem, da če si želijo kaj narediti, ne čakajo, ampak to storijo takoj.

Joseph, Williams in Yule (1997) navajajo raziskave, ki kažejo pozitivno korelacijo med potravmatsko rastjo in simptomi PTSM. Prav tako so pozitivno korelacijo med tema dvema pojavoma ugotovili Nishi, Matsuoka in Kim (2010) v raziskavi med vpletenimi v prometno nesrečo.

Novejše raziskave kažejo, da je potravmatska rast veliko pogostejši pojav kot PTSM (Cann, Calhoun, Tedeschi, Taku, Vishnevsky, Triplett in Danhauer, 2010).

III. EMPIRIČNI DEL

1. OPREDELITEV PROBLEMA

Travmatični dogodki za sabo ne puščajo le solz in kratkotrajnega trpljenja, ampak resne posledice, ki lahko vztrajajo tudi več let. Ena izmed takšnih posledic je posttravmatska stresna motnja. Psihična travma osebe s posttravmatsko stresno motnjo prizadane na vseh nivojih funkcioniranja, in sicer na telesnem, čustvenem, kognitivnem ter vedenjskem. Posledično to vpliva na poslabšanje odnosov z drugimi in nenazadnje tudi na odnos s samim sabo. Od spleta okoliščin oziroma prepleta varovalnih dejavnikov in dejavnikov tveganja je odvisno, ali se bo nekdo uspešno soočil s travmo ali pa bo utrpel njene številne posledice. V slovenskem prostoru v laičnih krogih posttravmatska stresna motnja ni dobro poznana in z izjemo nekaterih strokovnjakov, ki so proučevali to področje, tudi ni dovolj raziskana. Bolj ko se govori o določeni problematiki, hitreje ljudje prepoznajo svoje težave in jih bolje razumejo, kar sta dva izmed glavnih pogojev, da se oseba sploh odloči za predelavo travme. Čeprav gre za razpravljanje o temnih platih življenja, z molkom o posttravmatski stresni motnji tabuiziramo psihično travmo in s tem ljudi v stiski puščamo same.

2. NAMEN IN CILJI RAZISKOVANJA

Namen diplomskega dela je predstaviti in raziskati posttravmatsko stresno motnjo. Odločila sem se, da na mnoga vprašanja poiščem odgovore skozi kvalitativno raziskavo in tako poglobljeno dopolnim teoretični del. Z raziskavo želim dobiti vpogled v življenje oseb s posttravmatsko stresno motnjo ter kako se z motnjo spoprijemajo. Na podlagi zbranega skušam dobiti celostno sliko o posttravmatski stresni motnji in tako prispevati k boljši prepoznavnosti te motnje tudi v slovenskem prostoru.

Cilji raziskovanja:

- raziskati vpliv travme na fiziologijo, čustvovanje, kognicijo in vedenje,
- raziskati družinsko ozadje oseb s posttravmatsko stresno motnjo in odnose z drugimi,

- raziskati osebne značilnosti oseb s posttravmatsko stresno motnjo,
- raziskati varovalne dejavnike in dejavnike tveganja za razvoj posttravmatske stresne motnje,
- raziskati načine spoprijemanja s travmo,
- raziskati, kaj terapija lahko nudi osebam s posttravmatsko stresno motnjo in kako si lahko pomagajo sami,
- raziskati doživljanje in spoprijemanje s stresom pri strokovnjakih, ki se pri svojem delu srečujejo z osebami s posttravmatsko stresno motnjo.

2.1 RAZISKOVALNA VPRAŠANJA

Preko intervjujev s strokovnjaki, ki delajo z osebami s posttravmatsko stresno motnjo, sem želela poglobljeno dopolniti teoretični del in preveriti teoretična spoznanja. Raziskovala sem doživljanje in spoprijemanje oseb s posttravmatsko stresno motnjo. Osnovna raziskovalna vprašanja so:

Raziskovalno vprašanje št. 1

Katere odzive na travmo doživljajo osebe s posttravmatsko stresno motnjo (fiziologija, čustvovanje, kognicija in vedenje)?

Raziskovalno vprašanje št. 2

Kakšni so odnosi oseb s posttravmatsko stresno motnjo v primarni družini in odnosi z drugimi?

Raziskovalno vprašanje št. 3

Kateri so varovalni dejavniki in dejavniki tveganja za razvoj posttravmatske stresne motnje?

Raziskovalno vprašanje št. 4

Kaj je tisto, kar osebam s posttravmatsko stresno motnjo v terapiji najbolj pomaga? Kako si lahko pomagajo sami?

Raziskovalno vprašanje št. 5

Ali strokovnjaki opažajo posttravmatsko rast pri osebah s posttravmatsko stresno motnjo?

Raziskovalno vprašanje št. 6

Kako se strokovnjaki, ki delajo z osebami s posttravmatsko stresno motnjo, spoprijemajo s stresom, ki ga doživljajo na delovnem mestu?

3. RAZISKOVALNA METODOLOGIJA

Zaradi specifičnosti raziskovane tematike sem se odločila za kvalitativno raziskovanje. Značilnost kvalitativnega raziskovanja je, da omogoča globino razumevanja podanih mnenj, stališč in informacij.

3.1 VZOREC

V raziskavo sem vključila strokovnjake različnih profilov, ki se pri svojem delu srečujejo z osebami s posttravmatsko stresno motnjo. Pomembno mi je bilo, da izvajajo psihoterapijo. Vzorec zajema tri enote.

Barbara Repinc je sociologinja in pedagoginja. Je certificirana transakcijsko analitična psihoterapevtka, ki pri svojem delu uporablja tudi metodo EMDR (desenzitizacija in ponovna predelava z očesnim gibanjem). Dela v zasebni praksi kot psihoterapevtka.

Klemen Rebolj je doktor medicine, specialist psihiatrije. Poleg tega je tudi psihoterapevt.

Dela

v zasebni ambulanti. V preteklosti je delal v Psihiatrični bolnišnici Begunje.

Peter Praper je specialist klinične psihologije. Je tudi psihoterapevt in skupinski analitik.

Poleg tega je redni profesor klinične psihologije. Dela na Inštitutu za klinično psihologijo.

3.2. RAZISKOVALNI INSTRUMENT

Za izvedbo kvalitativnega dela sem izbrala polstrukturirani individualni intervju. Polstrukturirani intervju je zelo prožna tehnika zbiranja podatkov, pri kateri imamo vnaprej pripravljena glavna vprašanja. Preostala dodatna vprašanja se oblikujejo sproti med samim

potekom intervjuja (Sagadin, 1995). Polstrukturirani intervju omogoča veliko svobode tako raziskovalcu kot intervjuvancu (Vogrinc, 2009). Za polstrukturirani intervju sem se odločila, ker sem želela pridobiti bogate in poglobljene informacije, hkrati pa se mi je zaradi kompleksnosti obravnavane problematike zdelo pomembno, da imam vnaprej zastavljena ključna vprašanja. Pred intervjuji sem tako sestavila predlogo vprašanj, ki so bila okvirna, tako da sem med pogovorom vprašanja lahko prilagajala ter postavljala dodatna podvprašanja. Kvalitativne podatke sem pridobila s posrednim intervjujem. To pomeni, da sem podatke o osebah, ki so predmet mojega raziskovanja, dobila od ljudi, ki te osebe poznajo (Vogrinc, 2009). Pri osebah s posttravmatsko stresno motnjo bi z vprašanji o travmi lahko povzročila retravmatizacijo, tako da sem se za posredni intervju odločila tudi iz etičnih razlogov.

3.3 POSTOPEK ZBIRANJA PODATKOV

Sprva sem želela dobiti kvalitativne podatke neposredno od oseb s posttravmatsko stresno motnjo. Skušala sem jih poiskati preko forumov, a se nihče ni javil. Nato sem kontaktirala več psihoterapevtov, društev za duševno zdravje in drugih organizacij, ki se ukvarjajo z mentalnim zdravjem posameznikov, a so mi vsi odvrnili, da osebe s posttravmatsko stresno motnjo ne želijo govoriti o travmi in da obstaja velika verjetnost za retravmatizacijo. Poleg tega bi bila lahko to travmatična izkušnja tudi zame. Na društvih so povedali še, da nimajo podatkov o diagnozah svojih klientov. Po večmesečnem iskanju intervjuvancev sem se vdala in prišla do zaključka, da je najbolje, da zaupam strokovnjakom in jim verjamem, da intervjuvanje oseb s posttravmatsko stresno motnjo ni dobra ideja. Tako sem se odločila, da kvalitativne podatke o osebah s posttravmatsko stresno motnjo dobim preko strokovnjakov različnih profilov, ki se pri svojem delu srečujejo z njimi.

Vsi trije intervjuvanci so se strinjali, da jih navedem s polnim imenom in priimkom. Prva intervjuvanka, Barbara Repinc, je bila pred leti moja mentorica za prostovoljno delo, tako da sem jo kontaktirala preko elektronske pošte in sva se dogovorili za termin. Srečali sva se 16. aprila ob deseti uri zjutraj v prostorih, kjer ima svojo zasebno prakso v Šenčurju. Prostor je vzbujal občutek domačnosti in sprejetosti. Bila sem sproščena in intervju je potekal v prijetnem vzdušju. Pogovor je trajal 40 minut.

D drugega intervjuvanca, Klemena Rebolja, sem opazila v oddaji Tednik na prvem programu nacionalne televizije, kjer je pojasnjeval tematiko paničnih napadov. Pritegnil me je njegov širok pogled na obravnavano temo, zato sem preko interneta poiskala njegov elektronski naslov in ga kontaktirala, če bi bil pripravljen sodelovati v moji raziskavi. Povabilu se je prijazno odzval. Srečala sva se 10. maja ob trinajsti uri v njegovi zasebni ambulanti v Ljubljani. Njegova sproščenost in karizmatičnost sta vsekakor pripomogli k temu, da sem se tudi sama sprostila in pogovor je stekel brez težav. Pred intervjujem me je sicer skrbelo, če bom lahko dovolj kompetentna v pogovoru, ker je Rebolj psihiater in na tem področju nisem strokovno podkovaná, a je bil moj strah odveč. Intervju je trajal 35 minut.

Za tretjega intervjuvanca, Petra Prapra, sem večkrat slišala s strani prijateljice, ki študira psihologijo in je bil njen profesor na fakulteti. Kontaktirala sem ga preko elektronske pošte in srečala sva se 16. maja ob deseti uri v prostorih Inštituta za klinično psihologijo v Ljubljani. Vmes je sprejel telefonski klic, ker je bil ravno dežuren, drugače pa je najin pogovor potekal nemoteno in v spoštljivem odnosu z obeh strani. Intervju je trajal 31 minut.

Sogovorniki so mi povedali veliko zanimivih informacij in izvedela sem celo več kot sem pričakovala. Preko pisanja teoretičnega uvoda sem pridobila dovolj znanja, da sem lahko sledila pogovorom in postavljala relevantna vprašanja. Vse intervjuje sem po predhodnem dogovoru posnela na diktafon in jih potem dobesedno prepisala. Za snemanje sem se odločila, ker sem bila tako zares lahko aktivno vključena v pogovor, kar bi mi sprotno zapisovanje odgovorov onemogočilo. Odgovore sem tako lahko tudi večkrat preverila, kar mi je pomagalo pri boljšem razumevanju.

3.4. POSTOPEK OBDELAVE ZBRANIH PODATKOV

Intervjuje sem posnela in jih dobesedno prepisala. Podatke sem obdelala po postopku kvalitativne analize. Pri kodiranju sem uporabila induktivni pristop, ki se imenuje tudi odprto kodiranje, kar pomeni, da sem skozi branje besedila odkrivala pomembne teme. Mesec (1998) odprto kodiranje opredeli kot postopek oblikovanja pojmov iz empiričnih opisov. Gre za proces razvrščanja podatkov, v katerem posameznim delom besedila pripišemo kode.

Intervjuje sem oblikovala v tabele in posamezne dele besedila, ki so se mi zdeli pomembni, podčrtala in jim pripisala kode 1. reda. Pri tem sem del besedila, na katerega se je koda nanašala, označevala s številkami. Prav tako sem kode 1. reda označila s številkami glede na pripadajoče besedilo. V prilogi je kot primer intervju z Barbaro Repinc. Ostali intervjuji se nahajajo v arhivu avtorice.

Kode 1. reda sem nato smiselno združila v ožje kode 2. reda. Pri razvrščanju sem se držala pravila, da posamezno izjavo uvrstim zgolj v eno področje, čeprav bi po svojem pomenu lahko sodila v več področij hkrati. Na koncu sem kode 2. reda po vsebinski ustreznosti uvrstila v kategorije in tako dobila dvanajst kategorij in sicer: fiziologija, čustvovanje, kognicija, vedenje, družina, odnosi z drugimi, varovalni dejavniki, dejavniki tveganja, terapija, delo na sebi, potravmatska rast in psihohigiena. Meja med kategorijami je bila včasih nejasna, saj se mnoga področja med seboj povezujejo. Primer celotnega kodiranja intervjuja je prikazan v spodnji tabeli.

Tabela 1: Primer kodiranja podatkov intervjuja

Dobeseden prepis intervjuja	Kode 1. reda	Kode 2. reda	Kategorije
<p>...</p> <p>Tako ja, ⁸⁸<u>energijo tega odnosa do sebe.</u></p> <p>⁸⁹<u>Jaz se tako malo cenim, da z mano pa res vsak naredi, kar hoče, v tem smislu.</u></p> <p>To seva. Jaz recimo vidim samo lepo punco, vsi tisti psihopati pa to začutijo. To mi je zanimivo.</p> <p>Bi rekli, da je značilna določena osebnostna struktura tistih, ki imajo ptsm?</p> <p>⁹⁰<u>Tega ne bi rekel, ne.</u> Mogoče to, da so bolj ⁹¹<u>občutljivi.</u> Recimo dva imata prometno nesrečo, eden razvije ptsm, drugi pa ne. Glede na to, da je eden bolj občutljiv, ⁹²<u>opremljen z več občutki krivde.</u> Drugače pa, če sva oba na bojišču, okoli naju glave letijo, težko da tega ne bi opazila. Je pa ptsm že</p>	<p>⁸⁸izžarevaš energijo odnosa do sebe</p> <p>⁸⁹nizko samospoštovanje</p> <p>⁹⁰nimajo značilnih osebnostnih lastnosti</p> <p>⁹¹občutljivi</p> <p>⁹²opremljeni z več občutki krivde</p>	<p>pozitivna samopercepcija</p> <p>osebne značilnosti</p> <p>osebnost</p> <p>osebne značilnosti</p> <p>osebne značilnosti</p>	<p>varovalni dejavniki</p> <p>dejavniki tveganja</p> <p>dejavniki tveganja</p> <p>dejavniki tveganja</p> <p>dejavniki tveganja</p>

Dobeseden prepis intervjuja	Kode 1. reda	Kode 2. reda	Kategorije
definiran tako, da gre za realno ogrožajoče dogodke. So osebe s ptsm bolj introvertirane ali ekstrovertirane? Bolj ⁹³ intra.	⁹³ introvertirani	osebne značilnosti	dejavniki tveganja
Torej tudi svoje občutke bolj internalizirajo kot ekstranalizirajo? ⁹⁴ <u>Praviloma internalizirajo</u> . Na terapiji se potem spodbuja, da te občutke dajo ven, da o tem spregovorijo, da se o tem pogovarjajo in ko dobijo to možnost, potem pa to eksternalizirajo, kljub temu, da gre za zelo hude stvari.	⁹⁴ praviloma občutke internalizirajo	osebne značilnosti	dejavniki tveganja
Se rizična vedenja tudi pojavljajo? ⁹⁵ <u>Po dogodku vsekakor</u>	⁹⁵ rizična vedenja se pojavljajo po dogodku	tvegana vedenja	vedenje

Rezultate sem prikazala s pomočjo tabel, iz katerih so razvidne kategorije. V tabeli so tudi podsklopi oziroma kode 2. reda. Za boljšo predstavbo so vključene še kode 1. reda. V tabelah so prikazani rezultati kodiranja vseh treh intervjujev.

Preko analize podatkov sem nato odgovorila na raziskovalna vprašanja in zapisala utemeljeno teorijo.

Na koncu sem se odločila še za odnosno kodiranje, ki temelji na sintezi vseh treh intervjujev. Mesec (1998) pojasnjuje, da je odnosno kodiranje zadnja faza analize, v kateri gre za vzpostavljanje odnosov med kategorijami, in sicer za primerjanje kategorij ter njihovo časovno in vzročno-posledično razporejanje. Rezultate odnosnega kodiranja sem predstavila v shemi na strani 105. Razlaga sheme se nahaja na strani 106.

4 REZULTATI IN INTERPRETACIJA

V rezultatih in interpretaciji sem zaradi boljše predstave in sistematičnosti najprej zapisala raziskovalna vprašanja in prikazala pripadajoče rezultate. Rezultate sem interpretirala po kategorijah zaradi večje preglednosti. Glede na vsebino sem jih smiselno opremila z mnenji in izjavami intervjuvancev ter vse navezala na teoretična izhodišča. Na koncu sem prikazala še odnosno kodiranje.

4.1 KATERE ODZIVE NA TRAVMO DOŽIVLJAJO OSEBE S PTSM (FIZIOLOGIJA, ČUSTVOVANJE, KOGNICIJA, VEDENJE)?

Spodaj so prikazani rezultati za raziskovalno vprašanje številka 1.

Tabela 2: Kode 1. in 2. reda za kategorije fiziologija, čustvovanje, kognicija in vedenje

KODE 1. REDA	KODE 2. REDA	KATEGORIJA
reakcija sproži vse fiziološke mehanizme, potrebne za beg, boj ali zamrznitev	Fiziološki odziv ob travmatičnem dogodku	FIZIOLOGIJA
ob reakciji povsem brez kontrole in izven območja zavedanja		
zamrznitve malenkost več kot boja ali bega		
pri zamrznitvi gre za boj simpatičnega in parasimpatičnega živčevja		
zamrznitev značilna za ekstremni stres		
ni nujno, da zmrznejo ali zbežijo		
derealizacija je četrti odziv na travmo		
derealizacija je resničnost doživljanja na drugačen način		
distanciranje se pokaže pri derealizacijah		
ob disociaciji pozabiš na tukaj in zdaj		
prisotni, ampak doživljajo drugače		
drugačni so		
kot da ne bi bili oni		
se distancirajo		
različno odražanje na telesu	Telesni simptomi	
nepredvidljiv čas, mesto, način in trajanje manifestiranja na telesu		
kopičenje travme v telesu		
pri travmi nastane enormna količina energije		
ob zgodnji travmi bolj telesen odziv		
pogoste kronične bolezni		
težave z dihanjem		

KODE 1. REDA	KODE 2. REDA	KATEGORIJA		
glavobol	Telesni simptomi	FIZIOLOGIJA		
bolečine v želodcu				
povišan krvni tlak				
visok srčni utrip				
mravljinici				
težave z nogami				
nočne more				
nočne more kot pomoč pri predelavi travme				
podzavest se odraža v sanjah				
zaradi simptomov trpijo				
simptomi zelo moteči za osebo s ptsm				
osnovna želja odpraviti simptome				
simptomov si ne znajo razložiti				
fiziologija se ob ponavljajočih stresnih situacijah spremeni				
zelo intenzivne, moteče in nepričakovane fiziološke reakcije			Telesni spomin	FIZIOLOGIJA
fizioloških reakcij ne povezujejo s provokativnim dražljajem				
telo ima svoj spomin				
izkušnja se zažre v mišice in kosti				
v telesu se shranijo občutki				
telesni spomin sporoča				
telesni spomin sega daleč nazaj				
primer fanta, katerega telo si je zapomnilo stisko ob rojstvu				
telo ima svojo zgodbo				
zavedanje telesa zelo pomembno				
telesu je treba nameniti pozornost				
telesu je treba sporočiti, da je dogodek minil				
pomen dela s telesom				
pojavljajo se flashbacki	Flashbacki (vsiljeni spomini)	FIZIOLOGIJA		
podobni paničnim napadom				
v bližini ljudi in krajev povezanih s travmo				
takoj jih vrne v čas in prostor travme				
sprožilec povzroči flashback				
sprožilec lahko glasba v času travme				
močan znak celemu bitju				
terjajo posameznikovo spremembo				
človeka napadejo iznenada				
navidez se pojavljajo brez razloga				
spomin prihaja na dan v flashbackih				
različno doživljanje				
lahko potekajo po vseh percipatornih kanalih				
nekaterim se vrtijo samo slike o preteklosti				
nekateri slišijo				
prihajajo v mislih				
nekateri se odzivajo samo telesno				

KODE 1. REDA	KODE 2. REDA	KATEGORIJA
klientka doživljala zelo telesno	Flashbacki (vsiljeni spomini)	FIZIOLOGIJA
vračajo se v telesnih občutkih, emocijah in spominu		
odvisno od vrste travme	Vrsta čustev	ČUSTVOVANJE
kombinacija otroštva in vrste travme		
čustva se razlikujejo od posameznika do posameznika		
odvisno od dovoljenega in nedovoljenega čustvovanja v družini		
odvisno od naučenega ravnanja s čustvi skozi otroštvo		
smeh ob težkih stvareh, če žalost v družini ni bila dovoljena		
strah je generalno čustvo		
prisotnega je veliko strahu		
potrebno je obvladati strah		
paničen strah		
strah lahko privede do samodestruktivnosti		
boji se lastne fiziološke reakcije		
strah pred zastojem srca, zadušitvijo in omedlevico		
se prestraši, ker ne prepozna povezanosti med dražljajem in reakcijo		
strah pred ponovitvijo fiziološke reakcije		
strahovi povezani s smrtjo		
ob travmi kontakt s smrtjo		
zavedanje, da bi skoraj izgubil življenje		
se pojavi čez čas	Jeza	
pri predelavi travme se pojavi jeza		
jeza šele tekom terapije		
žrtve posilstva po sproširanju občutek jeze		
jeza se lahko usmeri na kogarkoli		
jezo lahko usmeri tudi proti sebi		
jeza se pogosto usmeri navzven		
eksternalizacija jeze sredi procesa terapije		
jeza tudi proti terapevtu, ki izziva		
značilna za vojne veterane	Krivda	
vsi občutek krivde		
ni povezan z dejansko krivdo		
prisoten pri travmi povezani z bližnjimi		
pri umorih		
pri ubojih		
pri prometnih nesrečah		
žrtve posilstva imajo najprej občutek krivde		
odvisen od vrste travme		
potrebno pogledati vsakega posameznika z vsem ozadjem		
vdanost v usodo	Občutek nemoči	
zelo pogoste težave z zaupanjem	Zaupanje	

KODE 1. REDA	KODE 2. REDA	KATEGORIJA
za zaupanje potreben občutek varnosti	Zaupanje	ČUSTVOVANJE
travme ne zaupajo drugim		
simptome neradi zaupajo drugim		
žrtve prometnih nesreč nimajo težav z zaupanjem	Prepričanja o sebi in svetu	
zelo pogosto črno-belo razmišljanje		
dojemanje terapevta izrazito črno-belo		
preteklost čutijo kot eno samo sedanost		
verjamejo, da je njihovo življenje uničeno		
spremeni se percepcija sveta		
amnezija pogosta		
amnezija pogosta pri posilstvih		
amnezija je stoddotna disociacija		
pri amneziji človek čisto ločen		
amnezija kot naraven obrambni mehanizem	Amnezija dogodka	KOGNICIJA
človek izbriše, česar ne more prenesti		
amnezija dogodka kot mehanizem za lažje preživetje		
spomin se prebudi, ko je bitje pripravljeno za predelavo		
spomin se vrača tudi čez leta		
govoriti o travmi je zelo težko		
pomembna je zmožnost verbalne predelave travme		
proces predelave se začne, ko spregovorijo		
udeleženci prometnih nesreč brez zadržkov pripovedujejo o travmi		
pripravljenost rizičnih vedenj		
rizična vedenja se pojavljajo po dogodku		
vsa mogoča rizična vedenja		
specifična vedenja kot odziv na stres		
prehitra vožnja		
menjavanje spolnih partnerjev brez zaščite		
prekomerno uživanje alkohola		
prenajedanje		
rezanje		
socialni samomor	Tvegana vedenja	VEDENJE
delovni samomor		
predvsem vožnja pod vplivom alkohola		
samopoškodbeno vedenje žrtev posilstva		
ekstremni športniki		
skakanje s padalom		
plezanje		
početje neumnosti		
impulzivno vedenje		
sami sebe prikrajšajo za kvalitetno življenje		
energija se sprošča na neustrezen način	Agresivno vedenje	
energija uhaja ven, ker ne pride do sprostitve		
agresivne epizode		
fizična in verbalna agresivnost do drugih		

KODE 1. REDA	KODE 2. REDA	KATEGORIJA
oseba s pozitivno samopodobo agresijo usmeri ven	Agresivno vedenje	VEDENJE
oseba z negativno samopodobo agresijo usmeri navznoter		
usmerjenost agresije odvisna od odnosa do sveta		
zarota z molkom zelo pogosta	Izogibajoče se vedenje	
zaradi molka se ne razbremenijo		
težnja po potlačitvi travme		
potlačitev in umik od travmatičnega dogodka		
travmatični dogodek bi rad potisnil v pozabo		
odcepitev travmatičnega dogodka		
pogosto izogibanje pogovora o travmi		
odtujitev delov svoje osebnosti		
distancirajo se, kot da se njim travma ni zgodila	Ponavljjanje vedenjskega vzorca	
se umaknejo		
fizično zlorabljeni s svojim vedenjem pogosto izzovejo ponovno travmatiziranje		
otroku zgodaj opazovani odnosi v družini pomenijo vzorce odnosov, ki jih ima kasneje v življenju		
žrtve posilstva pogosto žrtve novih posilstev		
žrtve posilstva pritegnejo psihopate		

Fiziologija: Fiziološki odziv ob travmatičnem dogodku

Repinc in Rebolj sta kot najpogostejši fiziološki odziv na travmo pri osebah s PTSM navedla zamrznitev, pri kateri gre za boj simpatičnega in parasimpatičnega živčevja. Poleg te se pojavljata tudi beg in boj, a je zamrznitve malenkost več. Tudi mnogi avtorji razlagajo, da v primeru travmatičnega dogodka pride do aktivacije avtonomnega živčevja, ki telo pripravi na beg, boj ali zamrznitev (van der Kolk, 1996). Odziv zamrznitve je zelo verjetno povezan z disociacijo, ki je močan napovedovalec kasnejšega razvoja PTSM (Scaer, 2007). Tudi številni drugi avtorji opisujejo, da pojav disociacije med travmatičnim dogodkom napoveduje razvoj PTSM (Rothschild, 2000; van der Kolk, 1996; Koopman, Classen in Spiegel, 1994).

Rebolj je izpostavil tudi četrti odziv na travmo, in sicer derealizacijo. Šlo naj bi za resničnost doživljanja na drugačen način. Prav tako Erzar (2007) omenja, da osebe s PTSM lahko doživljajo disociativne motnje, med njimi tudi derealizacijo. V splošni populaciji derealizacijo v času travmatičnega dogodka doživi od 31 do 66 odstotkov ljudi (Hunter, Sierra, Davis, 2004). Raziskava, ki je vključevala civiliste s PTSM, je pokazala, da je derealizacija pozitivno povezana s PTSM (Steuwe, Lanius in Frewen, 2012). Tisti, ki trpijo za derealizacijo, jo pogosto opisujejo, kot bi se znašli v sanjah, kjer se okolica zdi neresnična, megljena in

nejasna. Poleg tega lahko doživljajo tudi občutek ločenosti od okolja, občutek ujetosti v steklenem mehurčku ter občutek, kot da bi bili predmeti v okolici neresnični (APA, 2000).

Repinc omenja disociacijo, ob kateri oseba enostavno pozabi na tukaj in zdaj. Pri osebah s PTSM se ob travmatičnem dogodku spremeni doživljanje sebe in okolice. Sicer so prisotni, a se distancirajo in svet doživljajo drugače. To potrjuje tudi teorija. Osebe s PTSM disociativne simptome med samim travmatičnim dogodkom opisujejo kot: "Bilo je, kot da sem zapustil svoje telo." "Čas se je upočasnil." "Bilo je, kot bi bil mrtev in čutil nisem nobene bolečine." (Rothschild, 2000).

Praper opozarja, da je oseba ob travmatičnem dogodku brez kontrole in izven območja zavedanja. Tako pravzaprav nima nikakršnega vpliva na lasten odziv ob dogodku. Prav tako Fonagay, Gergely, Jurist in Target (2007) razlagajo, da je avtonomni živčni sistem, ki se vzburi ob travmatičnem dogodku, odgovoren za vegetativne funkcije, ki so neodvisne od zavestnega nadzora. Uravnava vedenja, ki nam pomagajo preživeti. Torej ob travmatičnem dogodku oseba nima možnosti zavestne izbire.

Kljub nekaterim skupnim lastnostim Rebolj opozarja, da so fiziološki odzivi ob travmatičnem dogodku na travmo zelo različni. Tudi Rothschild (2000) s primeri iz prakse dokazuje, da klienti doživljajo različne fiziološke reakcije.

Fiziologija: Telesni simptomi

Intervjuvanci so bili enotni, da travma na telesu pusti različne posledice in da je nepredvidljivo, kakšni bodo simptomi in koliko časa bodo trajali. Tudi strokovnjaki navajajo, da travma lahko povzroči resno fiziološko škodo z dolgoročnimi posledicami, ki okvarijo delovanje možganov in telesa (Dass-Brailsford, 2007). Pri osebah s PTSM lahko pride do spremenjenega nevrofiziološkega stanja organizma, kar privede do povečanega fiziološkega vzburjenja (Mikuš Kos, 2001). Zaradi kronične vzburjenosti avtonomnega živčevja se telo odziva, kot bi bilo še vedno ogroženo (Rothschild, 1998). Čustven odziv na stresne situacije vedno vpliva tudi na telo, zlasti, kadar gre za travmatična doživetja (Gostečnik, 2008). Intervjuvanci poudarjajo, da gre za nepričakovane in zelo moteče telesne simptome, ki jih osebe s PTSM močno želijo odpraviti, saj zaradi njih trpijo. Podobno Rothschild (2000)

opozarja, da osebe s PTSM doživljajo podobne strah vzbujajoče telesne simptome, kot so jih izkusili v času travmatičnega dogodka (Rothschild, 2000).

Intervjuvanci navajajo respiratorne, nevrološke, gastrološke in kardiovaskularne simptome (*Repinc*: »Lahko imaš težave z dihanjem, glavoboli, bolečine v želodcu so tudi kar pogoste.«). *Repinc* in *Rebolj* omenjata, da so pogoste tudi kronične bolezni. *Shaley*, *Bleich* in *Ursano* (1990, po *van der Kolk*, 1996) so v raziskavi med libanonskimi vojnimi veterani ugotovili, da so tisti s PTSM imeli več kardiovaskularnih, nevroloških, gastroenteroloških in bolečinskih simptomov. Prav tako *Joseph*, *Williams* in *Yule* (1997) navajajo, da so raziskave pokazale, da so pogostejše gastroenterološke, kardiovaskularne in respiratorne bolezni. *Yule* (2001) trdi, da je pri osebah s PTSM pogosto poslabšanje splošnega telesnega zdravja.

Repinc navaja, da je razlog za manifestiranje travme na fizičnem telesu ta, da ob travmatičnem dogodku nastane zelo velika količina energije, ki se ne izloči iz telesa, ampak se v njem kopiči. Podobno nekateri avtorji menijo, da energija, ki nastane ob travmatičnem dogodku, nikamor ne odide, ampak postane ujeta globoko v telesu v mišicah. Energija travmatičnega dogodka je tako v latentni obliki prisotna vse do predelave (*Levine*, 1997).

Repinc omenja tudi nočne more, ki jih pojmuje kot pomoč pri predelavi travme, saj se v sanjah pokaže, kar se skriva v podzavesti. Tudi *Crenshaw* (2009) poudarja, da so nočne more pri osebah s PTSM veliko pogostejše kot pri splošni populaciji. Nočne more so lahko pokazatelj tega, da so žalost, jeza in strahovi še vedno prisotni (*Lukas* in *Seiden*, 2007).

Fiziologija: Telesni spomin

Tako *Repinc* kot *Rebolj* sta prepričana, da ima telo svoj spomin, kar jasno kaže tudi primer klienta, ki se je rodil s popkovernico okrog vratu in je kasneje zelo dobro funkcioniral na vseh življenjskih področjih z izjemo tega, da se nikoli ni mogel dotakniti pregibov telesa. Ko je s pomočjo psihiatra klientovo telo dobilo sporočilo, da je dogodek ob rojstvu minil, se je brez problema dotikal pregibov. Telesni spomin sega daleč v preteklost. *Rebolj* razlaga, da stiska ob travmatičnem dogodku prežame tako mišice kot kosti. Boleči občutki se tako shranijo v telesu. *Gostečnik* (2008) piše, da se travmatična doživetja usidrajo v posameznikovo psihosomatsko strukturo oziroma v implicitni spomin in tam nezavedno bivajo. *Rothschild* (2000) pojasnjuje, da je telesni spomin pravzaprav preplet med možgani ter avtonomnim,

somatskim in senzornim spominom skupaj. Shranjen je tako v mišicah kot na ravni celic. Van der Kolk (1996) poudarja, da se določene senzacije in mišični odzivi, ki so bili del travmatične izkušnje, lahko globoko vtisnejo v spomin. Spominski vtisi travmatičnih izkušenj v mnogih primerih sčasoma ne zbledijo (Cvetek, 2009).

Telesni simptomi so torej klic na pomoč, da bi se travma razrešila in dobila svoj epilog (*Rebolj: »Telo ima res svojo zgodbo...«*). Zaradi močnega vpliva travme na telo je pomembno, da se telesu nameni zaslužena pozornost in se dela z njim. Telesni spomin ima sporočilno vrednost in mu je potrebno prisluhniti. Izjave intervjuvancev potrjuje tudi teorija. Levine (1997) trdi, da ima telo svojo lastno zgodbo in zahteva, da bi ji prisluhnili. Zlasti ko gre za travmo, je telo lahko osnovni vir informacij, saj si vse zapomni in nikoli ne utihne (Gostečnik, 2008). Ogden in Minton (2000, po Cvetek, 2009) poudarjata, da je pomembno, da terapija vključuje tudi intervence za pospeševanje telesne predelave, vendar opozarjata, da zgolj telesna predelava ni dovolj, saj sta nujno potrebni tudi čustvena in kognitivna predelava.

Fiziologija: Flashbacki (vsiljeni spomini)

Intervjuvanci razlagajo, da osebe s PTSM doživljajo flashbacke, ki jih takoj vrnejo v čas in prostor travme. Doživljajo jih predvsem v bližini krajev in ljudi, ki jih spominjajo na travmo. V preteklost jih vračajo ne samo v telesnih občutkih, ampak tudi v spominu in emocijah. Najbolj problematično je dejstvo, da se flashbacki pojavijo kar naenkrat in navidez brez razloga. Oseba jih tako ne pričakuje, kar jo lahko zelo prestraši. Navedeno potrjuje tudi teorija. Collins in Collins (2005) razlagata, da imajo osebe s PTSM ob flashbackih občutek, kot da se travmatični dogodek ponovno dogaja. Nesposobne so razlikovati trenutno realnost od preteklosti. Rosenbloom in Williams (2010) dodajata, da se flashbacki pojavijo nenapovedano in nezaželeno.

Flashbacki so intenzivno opozorilo osebi, da mora pri sebi nekaj spremeniti. Podobni so paničnim napadom. Tudi v literaturi sem zasledila podobna opažanja. Dass-Brailsford (2007) flashbacke razume kot poskus osebe s PTSM, da bi osmislila travmatično izkušnjo. (*Rebolj: »Ampak ravno flashbacki se mi zdi, da so kot en znak, eno vabilo, ki pritisne na celotno bitje tako močno, da se temu ne da izogniti.«*). Brett (1996) trdi, da so panični napadi zelo podobni flashbackom.

Intervjuvanci razlagajo, da osebe s PTSM flashbacke doživljajo različno, lahko pa potekajo po vseh zaznavnih kanalih. Spomin nekaterim prihaja na dan v obliki slušnih zaznav, drugim se vrtijo slike o preteklosti, spet tretjim v obliki telesnih zaznav. Rebolj in Repinc sta oba navedla, da nekateri doživljajo samo telesne občutke. Slednja je imela klientko, ki je flashbacke doživljala zelo telesno. Običajno je potreben nek sprožilec, da pride do flashbacka (*Repinc: »Lahko je to glasba na radiu, ki se je vrtela v času travme.«*). Repič (2008) prav tako razlaga, da obstajajo vizualni, avditorni, emocionalni, vedenjski in somatski flashbacki. Določeni flashbacki lahko povzročijo silovite fiziološke avtonomne odzive (Carter in Myers, 2007). Na misli, podobe, zvoke in druge dražljaje, ki so povezani s travmatičnim dogodkom, se odzovejo s povečanim fiziološkim vzburjenjem (van der Kolk, 1996). Oseba ob izpostavljenosti dražljajem, ki spominjajo na travmo, podoživlja preteklost (van der Kolk, 2003).

Čustvovanje: Vrsta čustev

Intervjuvanci menijo, da je vrsta čustev, ki jih doživljajo osebe s PTSM, odvisna od več dejavnikov. Čustva so odvisna tako od vrste travme kot od posameznikovega otroštva. Podobno Collins in Collins (2005) opisujeta, da bo pri nekaterih osebah najbolj intenziven občutek sramu, pri drugih groza in spet pri drugih občutek ločenosti. Celotni travmatični dogodki ne povzročajo enakih čustvenih odzivov. Intervjuvanci pripovedujejo, da se oseba skozi otroštvo v družini nauči, katera čustva so dovoljena in katera ne, in ta vzorec prenese tudi v svoje kasnejše življenje. Repinc omenja klienta, ki se je ob težkih trenutkih smejal, ker žalost v družini ni bila dovoljena. V otroštvu se oblikuje vzorec ravnanja s čustvi. Prav tako Gostečnik (2008) poudarja, da neodzivanje staršev na otrokovo čustvovanje pusti na otroku trajne posledice. Intervjuvanci še omenjajo, da se zaradi spleta različnih dejavnikov čustvovanje razlikuje od posameznika do posameznika. Prav tako Collins in Collins (2005) navajata, da je odvisno od posameznika, katero čustvo bo prevladovalo pri čustvenem odzivu po travmi.

Čustvovanje: Strah

Vsi intervjuvanci so izpostavili strah kot eno osrednjih čustev pri osebah s PTSM. Enako ugotavljajo mnogi avtorji. Med najpogostejšimi čustvenimi odzivi na travmo pri osebah s PTSM je tudi strah (Collins in Collins, 2005; Rothschild, 2000). Intervjuvanci razlagajo, da se

osebe s PTSM soočajo z veliko strahu, ki je lahko tudi paničen. Osebe s PTSM doživljajo različne fiziološke simptome, ki jih lahko močno prestrašijo, zlasti zato, ker ne prepoznajo povezanosti med dražljajem in reakcijo. Lahko občutijo strah pred zastojem srca, zadušitvijo ali omedlevico in tako konstantno živijo v strahu, kdaj se bo spet pojavil kateri izmed simptomov. Mnogi avtorji izpostavljajo podobne ugotovitve. Strah, ki ga posamezniki ob travmatičnem dogodku čutijo zaradi zunanje grožnje, kasneje postane anksioznost, ki prihaja od znotraj (Rothschild, 2000). Žibret, Svetina, Tušak, Dimec, Ivanovski, Masten in Masten (2008) anksioznost definirajo kot iracionalen strah. Brez da bi oseba poznala razlog, jo stiska v prsah ali v grlu, obliva jo pot in misli ji begajo, zaradi česar je v svojem ravnanju na koncu običajno iracionalna. Travmatizirani strahove doživljajo kot breme in kot nekaj, kar jim otežuje življenje (Repič, 2009).

Praper poudarja, da je pomembno, da se osebe s PTSM naučijo obvladati strah, med drugim tudi zato, ker jih strah lahko pripelje do samodestruktivnosti. Prav tako van der Kolk (1996) opozarja, da mora oseba svoj strah nadzorovati, drugače ne more normalno razmišljati in se zavedati svojih potreb.

Repinc opozarja, da ob travmatičnem dogodku osebe s PTSM pogosto stopijo v kontakt s smrtjo, kar povzroči številne strahove, povezane s smrtjo. Oseba se zave, da bi lahko umrla. Rothschild (2000) podobno pojasnjuje, da se ob travmatičnem dogodku lahko pojavi groza, ki je najbolj ekstremna oblika strahu in je posledica grožnje s smrtjo oziroma zaznavanje nečesa kot smrtne grožnje.

Čustvovanje: Jeza

Vsi intervjuvanci so omenili, da osebe s PTSM doživljajo jezo, ki pa se pojavi šele čez čas, večinoma šele na terapiji pri predelavi travme. Jeza lahko usmerijo proti sebi ali navzven. Do eksternalizacije jeze običajno pride sredi procesa terapije. Tudi avtorji uvrščajo jezo med najpogostejše čustvene odzive po travmi (Collins in Collins, 2005). Van der Kolk (1996) razlaga, da osebe s PTSM jezo lahko usmerijo navznoter, kar se kaže s samopoškodbenim vedenjem ali uživanjem drog. Druga možnost je, da jezo usmerijo proti drugim ljudem. Travmatizirani lahko čutijo jezo celo do prijateljev in družinskih članov (Rosenbloom in Williams, 2010). Intervjuvanci opozarjajo, da osebe s PTSM lahko občutijo jezo tudi do terapevta, ker nanj prenesejo občutke jeze. O tem so pisali tudi številni strokovnjaki. Jeza se

običajno pojavi najprej v odnosu do terapevta (Repič, 2009). Ko terapevt pritiska na obrambo klienta, na primer zanikanje jeze na posiljevalca, klient lahko na terapevta prenese nezavedne čustvene vsebine, ki jih čuti do posiljevalca. Terapevt tako s strani klienta lahko izkuša sadizem, sovražnost in moč (Cvetek, 2009).

Po opažanjih Rebolja je občutek jeze značilen zlasti za žrtve posilstva in vojne veterane. Jakupca, Conybeare, Phelps, Hunt, Holmes, Felker, Klevens in McFall (2007) navajajo raziskavo medicinskega centra v Seattlu, ki je pokazala, da je za vojake v Iraku in Afganistanu značilna visoka raven jeze. Parry (1990) trdi, da je jeza prisotna zlasti v primeru zlorabe.

Čustvovanje: Krivda

Krivda je po opažanjih intervjuvancev prisotna pri travmi, povezani z bližnjimi, umorih, ubojih, prometnih nesrečah in posilstvih. Osebe se počutijo krive, čeprav objektivno gledano niso. Tudi mnogi avtorji omenjajo krivdo kot enega izmed pogostih čustvenih odzivov na travmo (Dass-Brailsford, 2007). Osebe s PTSM globoko v sebi verjamejo, da v času travme niso primerno reagirale in da bi se morale boriti ali zbežati (Rothschild, 2000). Travmatizirani pogosto verjamejo, da bi lahko predvideli travmatični dogodek. Krivdo zlasti čutijo, kadar gre za smrt moža ali otrok (Dass-Brailsford, 2007). Medtem ko Rebolj meni, da imajo vse osebe s PTSM občutek krivde, Repinc poudarja, da je potrebno pogledati vsakega posameznika z vsem ozadjem ter da je občutek krivde odvisen od vrste travme. Van der Kolk (1996) navaja, da je krivda najbolj prisotna pri medosebnih travmah. Rebolj poudarja, da se pri žrtvah posilstva najprej pojavi občutek krivde. Prav tako Repič (2008) piše o tem, da osebe, ki so bile spolno zlorabljene, lahko verjamejo, da so one zapeljale storilca in da so same izzivale, torej so same iskale zlorabo. Sebe doživljajo kot nemoralne in grešne.

Čustvovanje: Občutek nemoči

Rebolj je kot čustveni odziv omenil tudi občutek nemoči (*Rebolj: »...razmišljajo, da je njihovo življenje itak uničeno in kaj naj sedaj, naj se mi zgodi, kar se hoče.«*). Osebe s PTSM lahko doživljajo vdanost v usodo, kar se kaže v prepričanju, da so nemočni in nimajo vpliva na svoje življenje. Tudi avtorji omenjajo občutek nemoči kot odziv na travmo, med drugimi Rosenbloom in Williams (2010). Van der Kolk (1996) poudarja, da je pri travmatiziranih

pogost občutek nemoči. Zaradi občutka nemoči posameznik nima več občutka, da se lahko zanese na samega sebe (van der Kolk, McFarlane in van der Hart, 1996).

Čustvovanje: Zaupanje

Repinc in Rebolj omenjata, da imajo osebe s PTSM zelo pogosto težave z zaupanjem. Z zaupanjem je povezan občutek varnosti, tako da če se oseba ne počuti varno ob nekom, mu ne bo zaupala. To potrjuje tudi teorija. Van der Kolk (1996) poudarja, da imajo travmatizirani težave z zaupanjem in intimnostjo. Rosenbloom in Williams (2010) pojasnjujeta, da če je bil travmatizirani zapuščen, izdan ali je doživel razočaranje, lahko ne zaupa nikomur več in na ta način zaščiti samega sebe. Mezey in King (1989, po van der Kolk, 1996) opozarjata, da travma v katerikoli starosti pusti globoke posledice na posameznikovi sposobnosti zaupanja. Collins in Collins (2005) navajata, da so travmatični dogodki tako skrajni, mogočni in grozeči, da uničijo posameznikov občutek varnosti. Intervjuvanci opažajo, da osebe s PTSM travme ne zaupajo drugim, prav tako neradi spregovorijo o svojih simptomih. Izogibanje pogovorom, povezanim s travmo, sodi med simptome izogibanja, ki so potrebni za diagnozo PTSM (APA, 2000). Rebolj trdi, da žrtve prometnih nesreč nimajo težav z zaupanjem. Turnbull in McFarlane (1996) omenjata raziskavo, ki nasprotuje tej trditvi, saj je raziskava, v katere so bili vključeni vojni veterani in vpleteni v prometne nesreče s PTSM, pokazala, da težko vzdržujejo intimne odnose. Sploh zato, ker je oškodovana njihova sposobnost zaupanja in odprtosti.

Kognicija: Prepričanja o sebi in svetu

Repinc opaža, da je pri osebah s PTSM zelo pogosto črno-belo razmišljanje. To se kaže tudi na terapiji v odnosu do terapevta, ko ga lahko dojemajo izrazito črno-belo. Črno-belo razmišljanje nekateri avtorji omenjajo kot simptom oseb s PTSM (Collins in Collins, 2005). Roberts (2011) pojasnjuje, da gre za kognitivno distorzijo. Črno-belo razmišljanje pomeni, da oseba razmišlja samo v ekstremih in ne pušča prostora za sivino. Vse je bodisi dobro ali slabo.

Intervjuvanci razlagajo, da osebe s PTSM verjamejo, da je njihovo življenje uničeno in nekako obstanejo v preteklosti, saj celo sedanost dojemajo kot preteklost. Podobno van der Kolk (1996) omenja, da notranje sheme travmatiziranega, ki so osnovane na travmi, vplivajo tako na dožemanje samega sebe kot tudi na dožemanje sveta. Poudarja, da travmatizirani sebe

pogosto dojemajo kot nemočne, okvarjene in neučinkovite. Collins in Collins (2005) omenjata, da travmatični dogodek vpliva na posameznikova prepričanja o fizični in finančni varnosti, identiteti, samozavesti, samospoštovanju, socialnih odnosih ter na moralna prepričanja. Cvetek (2009) dodaja, da nezmožnost razmejevanja med tem, kaj sodi v preteklost in kaj v sedanjost, temelji na shranjenih nepredelanih odzivih, ki lahko povzročajo vedno novo travmatiziranje.

Kognicija: Amnezija dogodka

Intervjuvanci ugotavljajo, da je amnezija pri osebah s PTSM pogosta. To naj bi po mnenju Rebolja zlasti veljalo za žrtve posilstva. Amnezija je stoddotna disociacija in je naraven obrambni mehanizem. Da bi oseba lažje preživela, travmatični dogodek enostavno izbriše iz zavesti. Spomin na travmatični dogodek se lahko vrne tudi čez mnoga leta. Ponavadi se spomin prebudi, ko je bitje pripravljeno na predelavo (Rebolj: *»Spomnim se punce, ki je bila posiljena in seveda je bila čisto out, ni govorila in potem so jo nekaj časa vozili k meni in spraševali, kaj se z njo dogaja. Zdravniki niso našli nič organskega. In ko so očeta pokopali, se je začela odpirati in spominjati.«*). Številni avtorji omenjajo amnezijo travmatičnega dogodka. Travmatični dogodek se vpiše v spomin in se kasneje prebuja in prihaja ponovno na dan, lahko tudi po mnogih letih (Repič, 2008). Podobno kot intervjuvanci tudi McNally (2003) trdi, da izguba spomina v 90 odstotkih primerov ne pomeni dejanske izgube spomina, ki je bil nekoč vpisan v zavest, ampak izgubo priklica na spomin, ki je bil zaradi svoje travmatičnosti potisnjen v stran in bi bil najraje pozabljen. Dass-Brailsford (2007) poudarja, da je amnezija travmatičnega dogodka pogosto opisana kot notranja modrost travmatiziranega. Tako naj bi amnezija bolj kot patološki fenomen pomenila prilagoditveno strategijo, kar zlasti velja za žrtve spolne zlorabe, pri katerih je amnezija pogost pojav. Cvetek (2009) omenja, da otroci travmo pogosto potlačijo, ker je niso sposobni predelati.

Kognicija: Pripovedovanje o travmi

Intervjuvanci poudarjajo, da se proces predelave začne, ko osebe s PTSM spregovorijo. Problem predstavlja dejstvo, da zelo težko govorijo o travmi. Zmožnost verbalne predelave travme je ključna za okrevanje. Podobne ugotovitve sem zasledila tudi v literaturi. Nekateri posamezniki ne morejo povedati svoje zgodbe. Čustveni odziv na travmatični spomin lahko vpliva na sposobnost, da bi izrazili izkušnjo v besedah in simbolih (van der Kolk, 1996). Čustvena intenzivnost, ki spremlja travmo, pogosto otežuje travmatiziranim osebam, da bi

kasneje lahko povezano pripovedovale o travmatičnem dogodku. Dogodke zelo težko ubesedijo (Repič, 2008). Osebe s PTSM se poskušajo izogibati pogovorom o travmi, kar jim kratkoročno olajša anksioznost in stres, a dolgoročno lahko vodi v resne probleme (Thompson, 2009). Če se posamezniki odprejo in izrazijo s stresom povezane misli in občutja, se jim izboljša tako duševno kot telesno stanje (Cvetek, 2009). Weingarten (2004, po Cvetek, 2009) trdi, da je tišina, ki obkroža travmo, osrednji pojav, na katerega naj bi se osredotočala terapija. Pripoved o travmi omogoča ustvarjanje pomena in razumevanja, ki dovoljuje uporabo preteklih izkušenj v razumevanju in odzivanju na prihodnje izkušnje. Rebolj je omenil, da udeleženci prometnih nesreč nimajo težav s pripovedovanjem o travmi. Drugi avtorji ne omenjajo, ali vpleteni v prometne nesreče brez zadržkov pripovedujejo o travmi, kar gre po vsej verjetnosti pripisati dejstvu, da se pri raziskovanju bolj osredotočajo na druge travme, kot sta na primer fizična in spolna zloraba.

Vedenje: Tvegana vedenja

Vsi intervjuvanci ugotavljajo, da so pri osebah s PTSM prisotna tvegana vedenja. Pojavljajo se številna različna tvegana vedenja, ki so poenostavljeno rečeno odziv na stres. Energija, ki je nastala ob travmatičnem dogodku, se ne sprosti, zato na neustrezen način sproščajo napetost. Parry (1990) vidi vedenjske spremembe po travmi kot zaščito pred virom bolečine. Gledano kratkoročno so morda nujne, vendar na dolgi rok niso uspešne. Van der Kolk (1996) tvegana vedenja vidi kot željo prevzeti nadzor nad svojimi težavami.

Intervjuvanci omenjajo naslednja rizična vedenja: prehitro vožnjo, vožnjo pod vplivom alkohola, menjavanje spolnih partnerjev brez zaščite, prekomerno uživanje alkohola, rezanje, prenajedanje, plezanje, skakanje s padalom, ekstremni šport, impulzivno vedenje ter socialni in delovni samomor. Poleg tega omenjajo tudi, da sami sebe prikrajšajo za kvalitetno življenje. Našteta tvegana vedenja omenjajo tudi številni strokovnjaki. Van der Kolk (1996) omenja samotrpčenje, neobičajne spolne prakse, prenajedanje in zlorabo alkohola. Podobno Rosenbloom in Williams (2010) kot vedenjski odziv na travmo omenjata spremenjene prehranjevalne in druge navade ter povečanje spolne aktivnosti. Hackney in Cormier (2000) poudarjata, da je za travmatizirane pogosto samodestruktivno vedenje, kot je prekomerno pitje alkohola, zloraba drog in prenajedanje. Parry (1990) omenja tudi odpoved aktivnostim, v katerih je travmatizirani pred travmo užival. Whitfield (1995) omenja še težave v ohranjanju intimnih odnosov. Dass-Brailsford (2007) izpostavlja tudi impulzivno vedenje. Van der Kolk

(1996) piše, da se PTSM pogosto pojavlja hkrati z zlorabo opojnih substanc. Repič (2008) razlaga, da je funkcija zasvojenosti otopitev bolečine in je pravzaprav eden izmed načinov, kako preživeti s posledicami travme. Creamer, Burgess in McFarlane (2001, po Dass-Brailsford, 2007) poudarjajo, da 52 odstotkov populacije s PTSM trpi za alkoholizmom. Shalev (2001) omenja nacionalno raziskavo v ZDA, ki med drugim kaže, da je zloraba drog in alkohola prisotna pri tretjini vseh žensk in polovici vseh moških s PTSM.

Rebolj opaža, da je samopoškodbeno vedenje značilno za žrtve posilstva. Repič (2008) razlaga, da žrtve posilstva s samotrpinčenjem poskušajo nadzorovati dogodke, se kaznovati in izraziti jezo proti sebi. Samopoškodbeno vedenje, kot na primer rezanje, jim prinese sprostitev napetosti in občutek olajšanja. Van der Kolk (1996) dodaja, da mnogi, ki se samotrpinčijo, poročajo, da se po tem počutijo bolje in si povrnejo občutek, da so živi. Večina teh je bila v otroštvu žrtev fizične ali spolne zlorabe.

Vedenje: Agresivno vedenje

Intervjuvanci omenjajo, da osebe s PTSM lahko doživljajo agresivne epizode. Lahko so fizično ali verbalno agresivni do drugih. Številni avtorji omenjajo agresivno vedenje pri osebah s PTSM, kar naj bi bila posledica travme na posameznikovo zmožnost kontrole nad svojim vedenjem. Na grožnje se ne znajo odzvati drugače kot z agresivnim vedenjem, tako da so izbruhi jeze in napadi besa pogosti (Chemtob, Novaco, Hamada, Gross in Smith, 1997).

Intervjuvanci poudarjajo, da je usmerjenost agresivnega vedenja navznoter ali navzven odvisna od posameznikove samopodobe in odnosa do sveta. Van der Kolk (1996) poudarja, da travmatizirani lahko usmerijo agresivno vedenje proti sebi ali proti drugim. Navzven usmerjeno agresivno vedenje je značilno zlasti za vojne veterane. Van der Kolk, Perry in Herman (1991, po van der Kolk, McFarlane, van der Hart, 1996) so v raziskavi, v katero je bilo vključenih osemindemdeset zunanjih psihiatričnih pacientov, ki so se samotrpinčili, ugotovili, da so bili v otroštvu vsi žrtve hude zlorabe in (ali) zanemarjanja. Repič (2008) dodaja, da je agresivno vedenje usmerjeno navznoter pogosto pri žrtvah posilstva, kar opaža tudi Rebolj. Fliege, Lee, Grimm in Klapp (2009) navajajo, da je samotrpinčenje povezano z nizkim samospoštovanjem in tako potrjujejo trditev psihoterapevke Repinc, da osebe z negativno samopodobo agresijo usmerijo navznoter. Perez, Vohs in Joiner (2005) ugotavljajo, da je fizična agresivnost usmerjena navzven, prisotna tako pri tistih z nizkim

samospoštovanjem kot tudi pri tistih z visokim spoštovanjem. Tudi Baumeister, Bushman in Campbell (2006) trdijo, da osebe, ki so fizično agresivne do drugih, nimajo nujno visokega samospoštovanja. Te ugotovitve se ne skladajo z mnenjem psihoterapevtke Repinc, da osebe s pozitivno samopodobo agresijo usmerijo navzven.

Vedenje: Izogibajoče vedenje

Intervjuvanci trdijo, da osebe s PTSM želijo travmatični dogodek potlačiti in pozabiti nanj. Travmatični dogodek lahko tudi odcepijo. Zelo pogosto o travmatičnem dogodku nočejo govoriti in se temu izogibajo, vendar se s tem prikrajšajo za razbremenitev. V želji pozabiti travmatični dogodek odtujijo dele svoje osebnosti. Od ljudi se umaknejo. Tudi mnogi avtorji (Rothschild, 2000) pišejo o tem, da se osebe s PTSM želijo izogniti vsemu, kar bi jih lahko spomnilo na travmatični dogodek. Če se vseeno spomnijo na travmatični dogodek, zamrznejo, otopijo in postanejo neobčutljivi z namenom, da bi se izognili bolečim občutkom, ki bi jih preplavili (Rothschild, 2000). Prav tako Thompson (2009) trdi, da se osebe s PTSM izogibajo razmišljanju o travmi ter ljudem, ki so povezani z njo. Sprva je izogibanje omejeno na aktivnosti in izkušnje, ki spominjajo na travmo, vendar sčasoma lahko preraste tudi na izogibanje tistemu, kar sploh ni povezano s travmo. Prav tako Mikuš-Kos (2001) omenja, da osebe s PTSM zelo težko prenašajo čustva, ki jih je povzročila travma, in se branijo tako, da zavirajo svoje čustvene odzive na vseh področjih. Takšno vedenje omejuje vsakodnevne aktivnosti in socialne odnose. Cvetek (2009) poudarja, da pripovedovanje o travmi povzroči duševno in telesno sprostitvev.

Vedenje: Ponavljanje vedenjskega vzorca

Intervjuvanci so prepričani, da otrok v družini že zgodaj začne opazovati odnose in ti odnosi postanejo vzorci odnosov, ki jih ima kasneje v življenju. Številni avtorji to tezo potrjujejo. Van der Kolk (1996) trdi, da je kompulzivno ponavljanje travme značilno zlasti za osebe s PTSM. Shorey in Snyder (2006, po Erzar, 2007) pojasnjujeta, da travmatizirani lahko soustvarjajo takšne socialne, partnerske oziroma medosebne in intrapsihične situacije, ki obnavljajo travmatične izkušnje iz zgodnjih let življenja oziroma iz izvorne družine. Podobno Rus Makovec (2003) omenja, da v otroštvu hudo prizadeti in hkrati na določenem osebnostnem področju premalo razviti ljudje utegnejo v odrasli dobi z večjo verjetnostjo vstopati v take odnose z ljudmi, da bodo vedno znova prizadeti.

Rebolj opozarja, da so žrtve posilstva pogosto žrtev novih posilstev. To potrjuje Russell (1986, po Repič, 2008), ki je v svoji raziskavi ugotovila, da je bilo med žrtvami posilstva ali poskusa posilstva 65% žensk, ki so v otroštvu doživele spolno zlorabo. Praper tudi izpostavlja, da ni redko, da fizično zlorabljeni v otroštvu kasneje s svojim vedenjem izzovejo ponovno travmatiziranje. Prav tako številni avtorji poudarjajo, da če je bil odnos v otroštvu zaznamovan z zlorabo, s travmo in z bolečino, bo posameznik takšno čustveno klimo tudi iskal, jo na novo vzpostavljal oziroma ponavljal stari vzorec odnosov (Gostečnik, 2002). Van der Kolk (1996) omenja, da žrtve otroške telesne zlorabe pogosto doživljajo telesno nasilje v drugih odnosih (van der Kolk, 1996). Podobno Pelcovitz, Kaplan, Goldenberg, Mandel, Lehane in Guarrera (1996) poročajo o raziskavi, ki je pokazala, da je visok odstotek mladostnikov, ki so bili zlorabljeni, vpletenih v zlorabljaljoče odnose z vrstniki.

4.2 KAKŠNI SO ODNOSI OSEB S PTSM V PRIMARNI DRUŽINI IN Z DRUGIMI OSEBAMI?

Spodaj so prikazani rezultati za raziskovalno vprašanje številka 2.

Tabela 3: Kode 1. in 2. reda za kategoriji družina in odnosi izven družine

KODE 1. REDA	KODE 2. REDA	KATEGORIJA
starši se niso bili sposobni soočiti s stresnimi dogodki	Starši	DRUŽINA
ambivalentni odnosi		
žrtve posilstva iz nefunkcionalnih družin		
žrtve posilstva imajo grobe očete		
žrtve posilstva imajo mame z veliko frustracijami		
zmotno prepričanje, da je mama vsega kriva		
zmotno prepričanje, da je mama zaslužna za vse, kar je dobro		
starši zanemarjajo otroke		
ne nujno fizična zanemarjenost		
bolj zanemarjenost po čustveni plati		
starši niso imeli časa za njih		
že kot dojenček krepi občutek nevrednosti	Položaj otroka	
kot otrok ni dobil svojega mesta		
ni imel možnosti za odcepitev		
občutek nepripadnosti v družini		
v otroštvu se profilira celotna podoba o sebi in svetu		
v otroštvu jim ni bilo omogočeno soočanje z bolečino		
življenje v družini, kjer ni bilo varne navezanosti		

KODE 1. REDA	KODE 2. REDA	KATEGORIJA	
iz nefunkcionalnih družin po dogodku osamljeni	Položaj otroka	DRUŽINA	
nezaupanje v čustveno dostopnost staršev			
transgeneracijski prenos spoprijemanja s stresnimi dogodki	Prenos soočanja s stresom na otroka		
prenos anksioznosti s staršev na otroka			
otrok ni sposoben verbalne predelave svojih čustev, če so starši zaviti v molk	Transgeneracijski prenos travme		
poleg družinske zgodbe tudi zgodba generacij			
transgeneracijski prenos travme pri hudih travmah			
še tretja generacija žrtev holokavsta čuti travmo			
travma se lahko prenese na rodbine, celo socialne skupine			
prenos posledic travme skozi čustvene vzorce in odzive			
z molkom se nezavedne čustvene vsebine prenesejo na več generacij			
travma se generacijsko prenaša tudi preko genetskega materiala			
močna težnja biti blizu		Ne-varni vzorec navezanosti	ODNOSI IZVEN DRUŽINE
nekateri zelo radi v družbi, a niso zares tam			
pogosto jih je strah čustvene bližine			
strah pred čustveno bližino tudi v odnosu s terapevtom			
se umaknejo			
ne nujno fizični umik			
izolirajo se			
simptomi zelo moteči za soljudi	Odziv drugih		
ljudje hitro začutijo, kar izžarevaš			

Družina: Starši

Intervjuvanci razlagajo, da so osebe s PTSM v otroštvu starši čustveno zanemarjali in si niso vzeli dovolj časa zanje. Starši se že sami niso bili sposobni soočiti s stresnimi dogodki. Številni avtorji pišejo o pomembnosti odnosov s starši pri ohranjanju mentalnega zdravja. Gostečnik (2008) piše, da so zgodnje interakcije s starši tisto osnovno psihično gradivo, na katerem je utemeljena posameznikova notranjepsihična struktura in ima zato pomembno vlogo, ne samo v posameznikovem razvoju, ampak tudi v odraslih medosebnih interakcijah. Collins in Collins (2005) pišeta o čustvenem zanemarjanju, ki pomeni, da so starši nepozorni na otrokovo potrebo po ljubezni in naklonjenosti ter ne poskrbijo za njegove psihološke potrebe. Cvetek (2009) ugotavlja, da ljudje, ki so bili kot otroci zanemarjeni in tako niso bili vključeni v zdravo diado uravnavanja čustev, lahko izgubijo zmožnost za učinkovito regulacijo čustvenih stanj. Nesposobnost regulacije čustev povzroči, da je oseba preobčutljiva

za neprijetne izkušnje, ki jih zlahka zazna kot grožnjo obstoja. Intervjuvanci še omenjajo, da so v družinah oseb s PTSM prisotni ambivalentni odnosi. Liebermann (2004) razlaga, da bo otrok, ki je z mamo razvil ambivalentno navezanost, imel težave pri nadzorovanju impulzov in bo tako bolj anksiozen.

Rebolj omenja, da je za žrtve posilstva značilno, da prihajajo iz disfunkcionalnih družin. Njihovi očetje so grobi, matere pa se spopadajo s številnimi frustracijami. Repič (2008) podobno pojasnjuje, da je za incestuozne družine značilno, da je oče zelo dominanten in slabo kontrolira svoje impulze, mati pa ostaja pasivna. Značilne so težave v komunikaciji, rigidni vzorci in kaos.

Praper poudarja, da je prepričanje, da gre za otrokove težave kriviti zgolj mamo, preveč ozko. Podobno Malt in Weisaeth (1989) opozarjata, da PTSM razvijejo tudi tisti, ki so imeli harmonično otroštvo.

Družina: Položaj otroka

Intervjuvanci poudarjajo, da se v otroštvu profilira celotna podoba posameznika o sebi in svetu. Za osebe s PTSM je značilno, da so že kot otroci dobili občutek lastne nevednosti in nepripadnosti družini. Nekaterim tudi ni bila dana možnost, da bi se lahko odcepili od staršev. Prav tako jim ni bilo omogočeno, da bi se v otroštvu lahko soočili z bolečino. Zaradi nevarne navezanosti otrok doživlja stres, ker med drugim ne zaupa, da mu bodo starši čustveno na voljo. Če nekdo že kot otrok doživi travmatični dogodek in izhaja iz nefunkcionalne družine, po dogodku ostane sam s svojo bolečino. Teze potrjuje tudi teorija. Rothschild (2000) poudarja, da otroci, za katere je dobro poskrbljeno, postanejo odrasli, ki so psihično odporni. Shalev (2001) opozarja, da k razvoju PTSM prispevata tako narava starševskega odnosa kot stresne izkušnje iz otroštva. Cvetek (2006, po Cvetek 2009) je v kvalitativni raziskavi v slovenskem prostoru, ki je vključevala 36 primerov terapije travme, v kateri so terapevti relacijske družinske terapije ocenjevali dejavnike tveganja, med dejavniki tveganja ugotovil tudi primere, ko starši otroku vzbujajo občutek krivde, sramu in zavrženosti, in sicer v manj kot 17 odstotkih primerov. Rothschild (2000) pojasnjuje, da če se starša na otrokovo stisko ne odzoveta v skladu z njegovimi potrebami, otrok ostane povsem sam s svojo bolečino in posledično se v njem naseli občutek nevednosti.

Družina: Prenos soočanja s stresom na otroka

Intervjuvanci poudarjajo, da se sposobnost spoprijemanja s stresnimi dogodki s starša prenese na otroka. Prav tako anksioznost. V primeru, da starši o svoji čustveni bolečini molčijo, tudi otrok ne bo sposoben verbalno predelati svojih čustev. To potrjuje tudi teorija. Cvetek (2009) razlaga, da starši, ki imajo za sabo boleče izkušnje, lahko svojo anksioznost in boleča občutja projicirajo na otroka in tako zmanjšajo lastno stisko. Otrok integrira družinske vzorce in tako lahko razvije enake odzive na stres kot njegovi starši. Van der Kolk (1997) dodaja, da starši, ki boleče občutke potlačijo in jih ne ubesedijo, tudi otroka usmerjajo k takšnemu načinu spoprijemanja z bolečino.

Družina: Transgeneracijski prenos travme

Praper opisuje pojav medgeneracijske travme. Razlaga, da pri hudih travmah lahko pride do transgeneracijskega prenosa travme in kot primer navaja, da še tretja generacija žrtev holokavsta lahko čuti travmo. Travma se lahko prenese celo na socialne skupine. Številni avtorji ugotavljajo podobno. Mohler, Resch, Cierpka in Cierpka (2001) omenjajo, da je medgeneracijski prenos spolnega, telesnega, ali čustvenega nasilja in zlorab pogosto opisan kot statistični fenomen. Posameznik postane nosilec travm, ki jih v resnici ni niti doživel, so pa zarisane v njegovih telesnih vlaknih in lahko prebujajo senzacije, ki so sicer povsem del enega od staršev (Gostečnik, 2002). Rowland-Klein (2004) je v svojih raziskavah ugotovil, da so starši, ki so bili žrtve travme holokavsta, nezavedno prenašali čustvena sporočila v zvezi s svojo travmo in zgodovino na svoje otroke.

Intervjuvanci menijo, da se posledice travme prenašajo preko čustvenih vzorcev in odzivov, z molkom ter preko genskega materiala. Weingarten (2004, po Cvetek, 2009) kot ključni mehanizem, s katerim se travma prenaša iz ene generacije v naslednjo, izpostavlja tišino. Kellermann (2001, po Cvetek, 2009) razlaga, da se travma na otroka prenese na podlagi komunikacijskega sloga, vzgojne prakse in družinske interakcije. Opozarja še, da se travma lahko prenese na otroka preko genov na podlagi določenih elektrokemičnih procesov v možganih.

Odnosi izven družine: Ne-varni vzorec navezanosti

Repinc razlaga, da je pri osebah s PTSM pogosto prisoten strah pred čustveno bližino, kar se kaže tudi v odnosu do terapevta. Čeprav imajo močno potrebo po tem, da bi bili ljudem blizu, se od njih odmaknejo bodisi v fizičnem ali čustvenem smislu. Tudi avtorji opozarjajo na umik oseb s PTSM iz socialnih odnosov. Van der Kolk (1996) navaja, da je pri posameznikih s PTSM pogosto poslabšanje socialnih odnosov in razlaga, da se travmatizirani pogosto začnejo izogibati medsebojnim odnosom, ker bi v njih lahko spodbudili podoživljanje. Podobno Pelcovitz s soavtorji (1995) omenja spremembe v odnosih z drugimi, nezmožnost zaupanja drugim in ohranjanja odnosa z njimi. Mikuš Kos (2001) dodaja, da se osebe s PTSM izogibajo vključevanju v aktivnosti, ker se želijo izogniti novim razočaranjem, izgubam ali drugim bolečim občutkom. Osebe s PTSM zelo težko prenašajo čustva, ki jih je povzročila travma in se tako bojijo, da se bodo ponovno aktivirala in jih preplavila. Branijo se tako, da čustveno otrpnejo. Takšno vedenje omejuje socialne odnose. Turnbull in McFarlane (1996) navajata raziskave, v katere so bili vključeni vojni veterani in vpleteni v prometne nesreče s PTSM, ki so pokazale, da težko vzdržujejo intimne odnose.

Repinc poudarja, da se nekateri posamezniki s PTSM radi družijo z ljudmi, a v njihovi družbi niso prisotni. Cvetek (2009) piše, da težave s pozornostjo in koncentracijo osebi s PTSM ne omogočajo, da bi bila v okolje vključena z interesom in energijo.

Odnosi izven družine: Odziv drugih

Praper opozarja, da so simptomi, ki jih doživljajo osebe s PTSM zelo moteči za njihove bližnje. Avtorji se pri pisanju o PTSM ne osredotočajo na posledice, ki jih doživljajo bližnji oseb s PTSM, a nekateri se dotikajo tudi te teme. Dass-Brailsford (2007) omenja, da družinski člani oseb s PTSM zaradi njihovih simptomov doživljajo zaskrbljenost, strah, jezo, krivdo ipd. Strah je zlasti prisoten, če oseba s PTSM doživlja agresivne epizode.

Rebolj izpostavlja, da ljudje hitro začutijo, kar oseba izžareva. Repič (2009) navaja številne raziskave, ki poročajo o tem, da žrtve spolne zlorabe v otroštvu tudi kasneje v življenju večkrat posilijo različne osebe. Zdi se, kot da posiljevalci žrtev začutijo.

4.3 KATERI SO VAROVALNI DEJAVNIKI IN DEJAVNIKI TVEGANJA ZA RAZVOJ PTSM?

Spodaj so prikazani rezultati za raziskovalno vprašanje številka 3.

Tabela 4: Kode 1. in 2. reda za kategoriji varovalni dejavniki in dejavniki tveganja

KODE 1. REDA	KODE 2. REDA	KATEGORIJA
kot otroci dobro negovani	Vloga družine	VAROVALNI DEJAVNIKI
zelo pomembna je podpora družine		
dopolnjevanje staršev po različnih pozicijah pomembno		
podpora bližnjih zelo pomembna		
primarni objekt lahko veliko doprinese	Vloga primarnega skrbnika (mama)	
mama je otroku pomembna		
varna navezanost		
skrb primarnega objekta za razvoj varne navezanosti po porodu	Vloga očeta	
pomembno, da je oče vpleten v odnose		
pomembno, da oče pokriva, kar ni v mamini moči	Emocionalna opora	
ljubeče okolje		
socialno okolje zelo pomembno		
srečati prave ljudi	Možnost zaupnega pogovora	
sprejetost		
pomembno, da okolje spodbuja verbalizacijo travme in njeno predelavo		
možnost pogovora o travmi	Duhovnost	
možnost podeliti strahove		
vera je zelo pomembna		
religioznost zelo dobrodošla		
vera vedno pomaga		
vera pomaga tistim, ki so res verni		
duhovnost kot opora pri spoprijemanju s travmo		
vera ne pomaga razrešiti travme		
vera pomaga vzdrževati ravnotežje		
z vero čez težke zgodbe		
vera pomeni najti odnos, v katerem se počutiš varnega		
verni v prednosti nasploh		
veliko sreče		Imeti srečo
zelo pomembna pozitivna samopodoba		Pozitivno vrednotenje sebe
pozitiven odnos do sebe		
kar izžarevaš, se izrazi navzven		
izžarevaš energijo odnosa do sebe	Osebnostna struktura	
dobra struktura osebnosti		
ambicioznost		

KODE 1. REDA	KODE 2. REDA	KATEGORIJA
pojav PTSM pri tistih z več travmami v otroštvu	Travme v otroštvu	DEJAVNIKI TVEGANJA
zgodnji travmatični dogodki		
zgodnje travme vplivajo na razvoj osebnosti		
zelo zgodaj se otrok ne more spopasti s travmami		
prikrajšanost za soočenje s travmami iz otroštva		
fizično trpinčenje in zloraba v otroštvu		
zlorabljeni v otroštvu najbolj ranljivi		
težko otroštvo		
iz nefunkcionalnih družin bolj rizični		
pojav PTSM, kjer ni bilo varne navezanosti v otroštvu	Odsotnost varne navezanosti	
nezmožnost soočanja s tveganji in bolečino	Nezmožnost spoprijemanja s travmo	
brez orodij za spoprijemanje		
nizko samospoštovanje	Osebnostne značilnosti	
žrtve posilstva imajo izrazito slabo samopodobo, ki izhaja že iz družine		
občutljivi		
ranljivi		
opremljeni z več občutki krivde		
nizka frustracijska toleranca		
introvertirani		
praviloma občutke internalizirajo		
pogosto bolečino držijo v sebi		
težko funkcionirajo		
slaba sposobnost organizacije delovnega in prostega časa		
nejasno doživljanje med preteklostjo in sedanjostjo		
zožan fokus pozornosti		
individualne razlike pri sposobnosti spoprijemanja s stresom		
teorije o povezanosti PTSM in osebnosti	Osebnostne motnje	
borderline osebnosti pogosto razvijejo PTSM		
borderline osebnost povezana s travmatskimi dogodki		
nimajo značilnih osebnostnih lastnosti		

Varovalni dejavniki: Vloga družine

Intervjuvanci poudarjajo varovalno vlogo, ki jo ima lahko družina za osebe, ki doživijo travmatični dogodek. Zelo pomembno je, da je oseba deležna podpore s strani družinskih članov. K psihični odpornosti osebe veliko pripomore, če je bila v otroštvu dobro negovana tako po fizični kot po čustveni plati. Mnogi avtorji pišejo o podpori družine kot varovalnem dejavniku pred razvojem PTSM. Shalev (2001) med varovalnimi dejavniki pred PTSM

omenja tako podporo družine kot naravo starševskega odnosa. Rothschild (2000) piše, da starši, ki so sposobni otroku zadovoljiti emocionalne in fiziološke potrebe, otroka vzgajajo v odraslega, ki bo imel širok izbor notranjih virov. Takšni otroci postanejo odrasli, ki so psihično odporni in ki pozitivno rešujejo vsakodnevne težave. Njihovi možgani so sposobni procesirati in integrirati tako pozitivne kot negativne izkušnje. Otroci, ki jim skrbniki niso zadovoljili potreb, so bolj ranljivi za psihične motnje, vključno s PTSM. Cvetek (2006, po Cvetek 2009) omenja kvalitativno raziskavo v slovenskem prostoru, ki je vključevala 36 primerov terapije travme, v kateri so terapevti relacijske družinske terapije kot najpomembnejša dejavnika tveganja ocenili čustveno odsotnost in zavrženost s strani matere (približno v 70 odstotkih vseh primerov) ter čustveno odsotnost in zavrženost s strani očeta (v približno 55 odstotkih vseh primerov).

Varovalni dejavniki: Vloga primarnega skrbnika (mama)

Repinc vidi pomemben varovalni dejavnik v varni navezanosti. Pomembno je, da mama vse od rojstva skrbi za razvoj varne navezanosti. Mama je otroku pomembna in lahko veliko doprinese k njegovi psihični odpornosti. Vlogo mame kot varovalni dejavnik izpostavljajo tudi avtorji. Cvetek (2006, po Cvetek 2009) omenja kvalitativno raziskavo v slovenskem prostoru, ki je vključevala 36 primerov terapije travme, v kateri so terapevti relacijske družinske terapije kot najpomembnejši zaščitni dejavnik ocenili podporni odnos z materjo, in sicer v približno 17 odstotkih primerov. Gostečnik (2008) razlaga, da varna navezanost omogoča vzdrževanje otrokovega čustvenega ravnotežja in pozitivno vpliva na razvoj možganov, zaradi česar se je posameznik sposoben soočiti s stresom in nepredvidljivimi situacijami.

Varovalni dejavniki: Vloga očeta

Praper poudarja vlogo očeta v družini. Pomembno je, da je vpleten v odnose, in da prevzema tiste vloge, ki jih mati ne more. Cvetek (2006, po Cvetek 2009) omenja kvalitativno raziskavo v slovenskem prostoru, ki je vključevala 36 primerov terapije travme, v kateri so terapevti relacijske družinske terapije kot enega izmed zaščitnih dejavnikov ocenili tudi podporni odnos z očetom, in sicer v približno 11 odstotkih vseh primerov. Kot drugi najpomembnejši dejavnik tveganja so navedli čustveno odsotnost in zavrženost s strani očeta in sicer v približno 55 odstotkih primerov.

Varovalni dejavniki: Emocionalna opora

Intervjuvanci poudarjajo, da ima socialno okolje zelo pomembno vlogo pri okrevanju po travmi. Pomembno je, da je okolje ljubeče ter da imajo v njem občutek sprejetosti. Poleg tega je pomembno, da travmatizirani po travmi navezujejo stike z ljudmi, ob katerih se bodo počutili cenjene in ljubljene ter bodo v njih lahko našli oporo. Prav tako pomembnost čustvene podpore izpostavljajo številni avtorji. Shalev (2001) kot varovalne dejavnike, ki preprečujejo razvoj PTSM, med drugim izpostavlja podporo družine in socialnega okolja, primerno socialno mrežo in socialno okolje. Mnoge raziskave (Ballenger s soavtorji, 2004) so pokazale, da je morda najpomembnejši napovednik tega, ali bo PTSM postala kronična, potravmatsko okolje. Potravmatska podpora in druge intervence lahko močno zmanjšajo tveganje. Cvetek (2006, po Cvetek 2009) omenja kvalitativno raziskavo v slovenskem prostoru, ki je vključevala 36 primerov terapije travme, v kateri so terapevti relacijske družinske terapije kot najpomembnejše zaščitne dejavnike v manj kot desetih odstotkih ocenili tudi pomoč sorodnikov, bratov, sester in prijateljev. McNally, Bryant in Ehlers (2003, po Dass-Brailsford, 2007) navajajo, da je čustvena podpora družine, prijateljev in sodelavcev velik varovalni dejavnik pred PTSM.

Varovalni dejavniki: Možnost zaupnega pogovora

Intervjuvanci poudarjajo, da je pomembno, da imajo travmatizirani možnost, da se z nekom pogovorijo o travmi in da lahko podelijo svoje strahove. Podobno Cvetek (2006, po Cvetek 2009) omenja kvalitativno raziskavo v slovenskem prostoru, ki je vključevala 36 primerov terapije travme, v kateri so terapevti relacijske družinske terapije kot zaščitni dejavnik v manj kot desetih odstotkih ocenili tudi možnost pogovora o travmi. Molik oziroma nekomuniciranje o dogodku so v približno 31 odstotkih vseh primerov ocenili kot dejavnik tveganja. Če se posamezniki odprejo in izrazijo s stresom povezane misli in občutja, se jim izboljša tako duševno kot telesno stanje.

Intervjuvanci kot pomembno vidijo tudi to, da okolje spodbuja verbalizacijo travme in njeno predelavo. Zayfert in Black Becker (2007) opozarjata, da sram, ki ga travmatizirani izkusi, če mu socialno okolje ne nudi podpore ob njegovem razkritju, povzroči, da se travmatizirani pogosto še bolj intenzivno izogiba razmišljanju o travmatičnem dogodku, kar oteži predelavo travme.

Varovalni dejavniki: Duhovnost

Vsi intervjuvanci izpostavljajo duhovnost kot zelo pomemben varovalni dejavnik pri razvoju PTSM. Razlagajo, da je duhovnost travmatiziranim v oporo pri spoprijemanju s travmo. Praper poudarja, da vera sicer ne pomaga razrešiti travme, vsekakor pa pomaga vzdrževati ravnotežje. Rebolj razlaga, da gredo tisti, ki so res verni, lažje skozi težke preizkušnje. Tudi v literaturi sem zasledila, da je verjetje v višjo silo lahko v veliko pomoč pri okrevanju od travme (Rothschild, 2000). Cvetek (2006, po Cvetek 2009) omenja kvalitativno raziskavo v slovenskem prostoru, ki je vključevala 36 primerov terapije travme, v kateri so terapevti relacijske družinske terapije kot varovalni dejavnik ocenili tudi pozitiven odnos do Boga oziroma vere, in sicer v 11 odstotkih primerov. Vera lahko pomaga posamezniku preseči trpljenje (McFarlane, Bessel, van der Kolk, 1996). Peres, Moreira-Almedia, Nasello in Koenig (2007) poudarjajo, da so številne študije pokazale povezanost med vero in mentalnim zdravjem. Meisenhelder (2002, po Cvetek, 2009) razlaga, da odnos z Bogom poveča zaznavanje notranjih virov in moči. Praper vero pojmuje kot odnos, v katerem se oseba počuti varno. Podobno Cvetek (2009) meni, da odnos z Bogom nudi tolažbo, socialno podporo, občutek pripadnosti in olajšanje po čustveni stiski.

Varovalni dejavniki: Imeti srečo

Rebolj omenja, da mora oseba imeti veliko sreče, da po hudi travmi ostane brez večjih posledic. V literaturi nisem zasledila, da bi avtorji pisali o dejavniku sreče, razen van der Kolk (1996), ki poudarja, da posamezniki za to, da presežejo travmo, potrebujejo poleg ostalega tudi nekaj sreče.

Varovalni dejavniki: Pozitivno samozaznavanje

Intervjuvanci opredeljujejo pozitiven odnos do sebe kot zelo pomemben varovalni dejavnik. Rebolj razlaga, da se odnos, ki ga imamo do sebe, izraža navzven in ga ljudje tudi začutijo. Pozitivna samopodoba je zelo pomembna. Številni avtorji poudarjajo vlogo pozitivne samopodobe pri okrevanju po travmi. Werner (2001, po Dass-Brailsford, 2007) poudarja, da značilnosti osebe, ki vključujejo pozitivno predstavo o sebi, dobro samopodobo, visoko samozaupanje in ekstravertiranost, povečujejo psihično odpornost posameznika. Rutter (1985) trdi, da je med individualnimi lastnostmi, ki pomagajo pri odpornosti na stres, ena

najpomembnejših visoko samospoštovanje. Whitfield (1995) med devetimi najpomembnejšimi dejavniki tveganja za razvoj PTSM omenja tudi nizko samopodobo.

Varovalni dejavniki: Osebnostna struktura

Praper kot varovalni dejavnik omenja zrelo osebnostno strukturo. Tezo potrjuje tudi teorija. Shalev (2001) opozarja, da so osebnostne poteze eden izmed dejavnikov, ki vplivajo na razvoj PTSM. Rutter (1985) trdi, da je med individualnimi lastnostmi, ki pomagajo pri odpornosti na stres, ena najpomembnejših visoko samospoštovanje, z realističnim občutkom upanja in osebne kontrole. Prav tako Rus Makovec (2003) omenja, da individualne značilnosti igrajo pomembno vlogo pri končnem učinku življenjskih travm. Payne in Walker (2002, po Tušak in Masten, 2008) pišeta, da so za psihično odpornost posameznika značilni aktivna vključitev v življenjske dejavnosti, prepričanje o sposobnosti vplivanja na življenjske dogodke in prepričanje, da so spremembe normalne in dajejo možnost rasti. Rebolj trdi, da je pomembno, da je posameznik ambiciozen. Lamovec (1994, po Tušak in Masten, 2008) med optimalnimi osebnostnimi značilnostmi omenja tudi osebno angažiranost ter kognitivno strukturiranost, ki se kaže v načrtovanju.

Dejavniki tveganja: Travme v otroštvu

Intervjuvanci kot največji dejavnik tveganja pri osebah s PTSM izpostavljajo travme v otroštvu. Razvoj PTSM je povezan z zgodnjimi travmatičnimi dogodki, ki vplivajo tudi na razvoj osebnosti. PTSM se zlasti pojavlja pri tistih z več travmami v otroštvu. Številni strokovnjaki izpostavljajo travme v otroštvu kot rizični dejavnik za razvoj PTSM. Whitfield (1995) trdi, da je med devetimi najpomembnejšimi faktorji ranljivosti za razvoj PTSM tudi travma v otroštvu. Tudi Schore (2002) trdi, da je travma v zgodnjem odnosu zelo pomembna za razvoj tveganja za poznejši razvoj PTSM. Shalev (2001) opozarja, da pri PTSM travmatični dogodek samo sproži odziv, h kateremu pa prejšnji dejavniki, kot na primer prejšnja travmatična doživetja in stresne izkušnje iz otroštva, prispevajo vsaj toliko kot sam dogodek.

Intervjuvanci poudarjajo, da so najbolj ranljivi tisti, ki so v otroštvu doživeli fizično trpinčenje ter druge zlorabe. Gre za osebe, ki so imele težko otroštvo in izhajajo iz nefunkcionalnih družin. Cvetek (2006, po Cvetek 2009) omenja, da so v kvalitativni raziskavi

v slovenskem prostoru, ki je vključevala 36 primerov terapije travme, terapevti relacijske družinske terapije kot dejavnik tveganja izpostavili tudi primere izvajanja telesnega in duševnega nasilja v družini, in sicer v manj kot 17 odstotkov vseh primerov. Rus Makovec (2003) trdi, da je zlasti tista travma, ki se zgodi v zgodnjem razvojnem obdobju, najbolj problematična in naredi največ škode v človekovi duševnosti. Cvetek (2009) ugotavlja, da ljudje, ki so bili kot otroci zlorabljeni ali zanemarjeni in tako niso bili vključeni v zdravo diado uravnavanja, lahko izgubijo zmožnost za učinkovito uravnavanje čustvenih stanj. Van der Kolk (1996) omenja, da zgodnja in dolgotrajna travma prizadene celoten sklop psihičnih funkcij, kot so regulacija čustev, jasno razmišljanje o tem, kar se je zgodilo v preteklosti in kar se dogaja sedaj, načini, kako se emocije izražajo skozi telo in predstava o sebi, tujcih in bližnjih.

Repinc trdi, da so travme v otroštvu problematične predvsem zato, ker se otrok tako zgodaj ne more soočiti z njimi. Cvetek (2009) razlaga, da travmatični dogodki v otroštvu pogosto presegajo otrokovo razumevanje in kapacitete tega in zaradi tega jih potlači, kar je pravzaprav mehanizem samozaščite.

Dejavniki tveganja: Odsotnost varne navezanosti

Repinc poudarja, da se PTSM razvije pri tistih osebah, ki v otroštvu niso bili varno navezani. Pionir na področju navezanosti, Bowlby (1969, po Gostečnik, 2002), je trdil, da je otrokova sposobnost soočanja s stresom zelo odvisna od interakcije med otrokom in mamo. Schore (2003) omenja raziskave, ki kažejo, da zanemarjenost s strani matere otroku predstavlja stresne socialne informacije, ki lahko zelo tragično vplivajo na otrokov mentalni razvoj in zdravo telesno funkcioniranje. Nefunkcionalne zgodnje interakcije z mamo lahko kasneje v življenju vodijo v PTSM. Cvetek (2006, po Cvetek 2009) poudarja, da so v kvalitativni raziskavi v slovenskem prostoru, ki je vključevala 36 primerov terapije travme, terapevti relacijske družinske terapije kot najpomembnejši dejavnik tveganja izpostavili čustveno odsotnost in zavrženost s strani matere, in sicer v 70 odstotkih vseh primerov. Kot najpomembnejši zaščitni dejavnik so ocenili podporni odnos z materjo. Gostečnik (2008) pojasnjuje, da bolj ko mati otroka ignorira ali ga odriva stran od sebe, bolj v njem povzroča oziroma vzdržuje travmatično stanje. Enako se zgodi tudi takrat, ko se mati ne odziva na otrokovo čustvovanje. Če otrok ostaja dalj časa v intenzivnem stanju vzdraženosti, za katerega pa ni dovolj opremljen, to pusti na njem trajne posledice.

Dejavniki tveganja: Nezmožnost spoprijemanja s travmo

Intervjuvanci kot dejavnik tveganja za razvoj PTSM omenjajo tudi nezmožnost spoprijemanja s travmo. Osebe se niso zmožne soočiti s tveganji in bolečino ter so brez orodij za spoprijemanje s travmo. Tudi mnogi avtorji (McFarlane in Yehuda, 2000) razlagajo, da je sposobnost prenesti travmatične dogodke, kot so posilstvo, fizični napad ali vojne spopade, pomemben dejavnik pri odpornosti na PTSM. Nevrobiologija posameznikovega odziva na stres ter koliko strahu in grožnje, ki ju prinaša travma, je oseba sposobna prenesti, sta dva izmed dejavnikov, ki vplivata na to, ali bo oseba razvila PTSM. Gostečnik (2008) pojasnjuje, da osebe, ki so v otroštvu doživljale travme z malim t, v odraslosti ob travmi delujejo izjemno nekompatibilno, zavрто in neprimerno glede na nastalo situacijo, kar povečuje možnost za razvoj PTSM. Cvetek (2009) dodaja, da se v zgodnjem otroštvu otroci še niso sposobni soočiti s travmatičnimi dogodki, zato travmo potlačijo, kar povečuje verjetnost, da bodo v življenju razvili PTSM.

Dejavniki tveganja: Osebnostne značilnosti

Intervjuvanci opažajo, da so osebe s PTSM psihično ranljive, kar se kaže predvsem v njihovi občutljivosti, številnih občutkih krivde in nizki frustracijski toleranci. So introvertirani in svoje občutke internalizirajo ter bolečino pogosto držijo v sebi. Za njih je značilno nizko samospoštovanje, kar velja zlasti za žrtve posilstva. Njihovo ločevanje med preteklostjo in prihodnostjo je nejasno, kar je tudi eden izmed razlogov, da težko funkcionirajo. Ovira jih tudi dejstvo, da si slabo organizirajo delovni in prosti čas. Praper omenja, da so pri sposobnosti spoprijemanja s stresom pri njih individualne razlike. Tudi številni drugi avtorji prepoznava določene skupne značilnosti oseb s PTSM. Rothschild (2000) poudarja, da je psihična odpornost potrebna za konstruktivno direktno soočanje s travmo. Stephen in Linley (2008) razlagata, da posameznik, ki je zelo ranljiv, lahko izkusi močno nelagodje in tudi psihopatologijo kot odziv celo na relativno majhne stresorje, s katerimi bi večina ljudi opravila hitro. Raziskave, ki jih omenjajo Dutton, Green, Kaltman, Roesch, Zeffiro in Krause (2006), kažejo, da je pri razvoju PTSM bistveno treba upoštevati osebnostne lastnosti osebe. Whitfield (1995) med devetimi najpomembnejšimi faktorji ranljivosti, ki so povezani s tveganjem za razvoj PTSM, omenja tudi slabo samopodobo in introvertiranost. Podobno Erzar (2007) omenja, da imajo osebe s PTSM nizko samospoštovanje. Cvetek (2009) omenja,

da so k razvoju PTSM med drugimi bolj nagnjene osebe z omejenimi sposobnostmi spoprijemanja s stresom.

Dejavniki tveganja: Osebnostne motnje

Medtem ko Rebolj meni, da osebe s PTSM nimajo značilne osebnosti, Repinc omenja teorije o povezanosti PTSM in osebnosti. Repinčino trditev podpira van der Kolk (1996), saj trdi, da se PTSM pogosto pojavlja hkrati s patološko osebnostjo. Repinc je izpostavila borderline (mejne) osebnosti, ki pogosto razvijejo PTSM. To potrjujejo tudi raziskave. Pagura, Stein, Bolton, Cox, Grant in Sareen (2010) omenjajo nacionalno epidemiološko raziskavo v Združenih državah Amerike o alkoholu in z njim povezanimi motnjami, ki je pokazala, da je 30,2 odstotkov oseb z mejno osebnostno motnjo imelo tudi PTSM, medtem ko je 24,2 odstotkov oseb s PTSM imelo tudi mejno osebnostno motnjo. Gunderson in Sabo (1993) omenjata raziskavo med vojnimi veterani, ki so imeli PTSM. Od teh jih je 76 odstotkov imelo tudi mejno osebnostno motnjo.

Repinc omenja še, da je mejna osebnostna motnja povezana s travmatičnimi dogodki. Prav tako Van der Kolk, Weisaeth in van der Hart (1996) trdijo, da je mejna osebnostna motnja običajno povezana s travmo v otroštvu. Večina oseb, ki je imela mejno osebnostno motnjo, je bila prvič travmatizirana pred sedmim letom starosti (van der Kolk, 1996).

4.4 KAJ JE TISTO, KAR OSEBAM S PTSM V TERAPIJI NAJBOLJ POMAGA? KAKO SI LAHKO POMAGAJO SAMI?

Spodaj so prikazani rezultati za raziskovalno vprašanje številka 4.

Tabela 5: Kode 1. in 2. reda za kategoriji terapija in delo na sebi

KODE 1. REDA	KODE 2. REDA	KATEGORIJA
nujen je vzpostavljen terapevtski odnos	Terapevtski odnos	TERAPIJA
zrak, ki ga klient v terapiji diha		
občutek sprejetosti		
občutek, da jih nekdo razume		
vzpostavljeno zaupanje		
popravlja se varna navezanost		
empatija je razumevanje in pomiritev klienta		
empatija je nudenje pomoči pri iskanju poti		

KODE 1. REDA	KODE 2. REDA	KATEGORIJA
pomemben del terapije	Terapevtske tehnike	TERAPIJA
neučinkovitost tehnik brez odnosa		
po vzpostavljenem odnosu so pomembne tehnike		
narativne metode		
zmanjševanje tesnobe		
za simptomatiko najučinkovitejša zdravila	Zdravila	
spolitvene tehnike	Aktivacija	DELO NA SEBI
tehnike za premagovanje tesnobe		
načrt za drugačno vedenje		
raziskovanje, kaj bi bilo zanj najboljše		
razčiščevanje		
pripravljenost govoriti o travmi	Osredotočenost na sedanjost	
živeti v sedanjem trenutku		
nekritično sprejemanje sedanjega trenutka		
začne ločevati preteklost in sedanjost		
se zaveda, da ne živi več v preteklosti		
najpomembnejše je travmo prepustiti preteklosti	Širina zavedanja in razumevanja	
vaje čuječnosti		
večdimenzionalno razmišljanje		
širok spekter		
stalno opominjanje za širjenje fokusa		
širina razumevanja preteklosti in sedanjosti	Ozaveščanje in predelava	
zavedanje, da prihajajo boljši časi		
zavedanje, da življenje ni samo travmatični dogodek		
z umestitvijo travme v življenjsko zgodbo jo lahko pustiš za sabo		
razumevanje lastnega razmišljanja		
razumevanje lastnega vedenja	Literatura	
priznanje, da se je preteklost zgodila		
resnica brez olepšavanja		
si odpusti, kar se je zgodilo		
sprejeti samega sebe		
bitje zahteva reinterpretacijo dogodkov	Informiranje	
besedna predelava travme		
knjiga Levin: Waking the tiger		
ko iščeš terapijo zase, se je dobro informirati		

Terapija: Terapevtski odnos

Intervjuvanci poudarjajo terapevtski odnos kot najbolj pomemben del terapije. Vzpostavljen terapevtski odnos ocenjujejo kot nujen (*Praper*: »...je pa terapevtski odnos nekaj, kar je zrak, ki ga človek v terapiji diha...«). Rothschild (2000) piše, da je terapevtski odnos odločilen za uspeh katerekoli terapije. Collins in Collins (2005) razlagata, da če ima travmatizirani

občutek, da je slišan, razumljen in sprejet s strani terapevta, to vodi v stabilizacijo intenzitete čustvenega odziva. Repinc meni, da je pomembno, da se med terapevtom in klientom razvije varna navezanost, ki je osebe s PTSM v otroštvu niso bile deležne. Osebam s PTSM zlasti pomaga, če se v terapevtskem odnosu počutijo sprejete in razumljene. Cvetek (2009) poudarja, da je cilj terapije, da klient pridobi izkustvene dokaze varnosti ter postopno nadomesti neustrezne vzorce čutenja, vedenja in mišljenja. Repinc opozarja, da je zaradi oškodovanega občutka zaupanja ključno, da klient lahko zaupa svojemu terapevtu. O pomembnosti zaupanja do terapevta pišejo mnogi avtorji. Rothschild (2000) poudarja, da je prvo pravilo katerekoli terapije travme varnost. Ker imajo travmatizirani težave z zaupanjem, običajno potrebujejo veliko časa, da vzpostavijo zaupanje do terapevta. Intervjuvanci poudarjajo tudi, da mora terapevt biti empatičen, saj tako lahko bolje razume klienta in mu pomaga pri iskanju najboljše poti zanj. Podobno Courtois (2004) razlaga, da je pomembno, da se med travmatiziranim in terapevtom oblikuje empatičen in konsistenten odnos, ki travmatiziranega podpira in vodi skozi terapijo

Terapija: Terapevtske tehnike

Intervjuvanci poudarjajo, da so tehnike sicer pomemben del terapije, a so učinkovite šele potem, ko se med klientom in terapevtom zgradi odnos. Kot številni drugi avtorji tudi Rothschild (2000) poudarja, da je izvajanje tehnik za soočenje s travmo pred vzpostavljenim zaupanjem v terapevtskem odnosu lahko škodljivo za klienta. Praper poudarja pomembnost narativnih metod v terapiji, Rebolj pa kot pomembne vidi tehnike za zmanjševanje tesnobe. Dass-Brailsford (2007) omenja pomembnost relaksacijskih vaj, kot je na primer globoko dihanje. To travmatiziranemu pomaga premagati vsiljive misli in mu pomaga osredotočiti se na sedanji trenutek. Van der Kolk, McFarlane in van der Hart (1996) poudarjajo, da skozi fazo stabilizacije terapevt travmatiziranega uči, kako kontrolirati intenzivno emocionalno in patološko obrambno delovanje. Cvetek (2009) trdi, da s pripovedovanjem o travmi oseba doseže razumevanje svoje izkušnje.

Terapija: Zdravila

Rebolj meni, da so za samo simptomatiko najučinkovitejša zdravila. Pri tem poudarja, da je, če oseba želi več kot le odpravo simptomov, nujna tudi psihoterapija. McFarlane in Yehuda (2000) poročata, da se pri zdravljenju PTSM uporablja tudi psihofarmakologija. Zdravila so

učinkovita predvsem pri simptomih hipervzbujenja in vsiljenih spominih. Davidson in van der Kolk (1996) opozarjata, da se zdravila v akutni fazi po travmi zdijo neizogibna.

Delo na sebi: Aktivacija

Intervjuvanci razlagajo, da osebe s PTSM naučijo sprostitvenih tehnik in tehnik za premagovanje tesnobe, ki jih potem redno izvajajo doma. Pozitiven učinek sprostitvenih tehnik sem zasledila tudi v literaturi. Van der Kolk, McFarlane in van der Hart (1996) med pomembne elemente stabilizacije oseb s PTSM uvrščajo tudi relaksacijske vaje in vaje kot preventivo pred stresom. Dass-Brailsford (2007) poudarja, da je za travmatizirane osebe pomembno učenje veščin za spoprijemanje z anksioznostjo, obvladovanje stresa ter trening sproščanja.

Rebolju se zdi pomembno, da osebe s PTSM začnejo aktivno razmišljati o svojih željah in načrtovati bolj funkcionalne kognitivne in vedenjske vzorce. V raziskavi v slovenskem prostoru je Cvetek (2006, po Cvetek, 2009) ugotovil, da je 44,44 odstotkov relacijskih družinskih terapevtov navedlo, da je bilo za uspeh terapije pomembno, da je bil klient pripravljen delati na sebi. Turnbull in McFarlane (1996) poudarjata, da je za osebe s PTSM zelo koristno, če aktivno pridobivajo izkušnje, ki jih napolnijo z občutki nadzora in zadovoljstva.

Prav tako se intervjuvancem zdi ključno, da si oseba ne zanika, kar se ji je zgodilo in je pripravljena govoriti o tem. Cvetek (2009) omenja, da pripovedovanje o travmi posamezniku omogoča razumevanje njegove izkušnje in omogoči začetek predelave travme.

Delo na sebi: Osredotočenost na sedanjost

Praper poudarja, da je najpomembnejše, da osebe s PTSM travmo prepustijo preteklosti, saj se tako poveča njihova sposobnost ločevanja preteklosti od sedanjosti. Kot razlaga van der Kolk (2002), je za osebo zelo koristno, če spozna, da je njegova travmatična izkušnja imela začetek, sredino in konec in spada v njegovo osebno zgodovino. Rothschild (2000) pojasnjuje, da je za travmatizirane zelo pomembno, da spoznajo, da je travma minila, in da so preživeli. Tako odzamejo težo preteklosti in se lahko spet posvetijo sedanjosti. Repinc poudarja, da se ji zdi pomembno, da oseba začne živeti v sedanjosti in jo sprejema, ne glede na to kakšna je. Pri ohranjanju pozornosti na sedanji trenutek so osebam s PTSM lahko v

veliko pomoč vaje čuječnosti. Kabat-Zinn (1990) kot pomoč pri psihičnih in telesnih težavah predlaga čuječnost, ki jo definira kot namensko ohranjanje pozornosti v sedanjem trenutku, ki je sprejemajoče in ne obsojajoče. Posameznik z rednimi vajami čuječnosti pride do večjega sprejemanja sebe in boljšega funkcioniranja na splošno.

Delo na sebi: Širina zavedanja in razumevanja

Intervjuvanci poudarjajo, da osebam s PTSM pomaga, če si prizadevajo, da razmišljajo širše in se ne nagibajo k razmišljanju v ekstremih. Če razmišljajo večdimenzionalno, imajo bolj realen pogled tako na sebe kot na svet okrog njih. To potrjuje tudi teorija. Collins in Collins (2005) trdita, da je vedenje in čustvovanje posameznika v veliki meri odvisno od njegovega načina razmišljanja. Tako zamenjava iracionalnih in vzpostavitev novih prepričanj lahko bistveno pripomore k bolj funkcionalnemu vedenju in čustvovanju. Cvetek (2009) opozarja, da je travmatiziranim težko spremeniti mišljenje in morajo pogosto prej razrešiti globlje probleme, da se lahko naučijo nadzirati svoje mišljenje. Intervjuvanci menijo, da je prav tako pomembno, da osebe s PTSM resnično razumejo tako dogajanje v preteklosti kot dogajanje v sedanjosti. Travmo morajo sprejeti kot del svoje življenjske zgodbe in dojeti, da je njihovo življenje mnogo več kot le travmatični dogodek. Cvetek (2009) razlaga, da jim pri boljšem razumevanju preteklosti pomaga, da verbalno predelajo travmatični dogodek. Rebolj omenja še, da jim pomaga, če verjamejo, da se jim obeta svetlejša prihodnost. Tedeschi in Calhoun (1995) omenjata, da če je posameznik optimističen, pomeni, da se veseli prihodnosti in je odprt za nove možnosti, s čimer pridobiva nove življenjske izkušnje.

Delo na sebi: Ozaveščanje in predelava

Intervjuvanci poudarjajo pomen tega, da osebe s PTSM razumejo same sebe, vključno z razumevanjem lastnega vedenja in razmišljanja. Van der Kolk (1996) omenja, da je oseba, ki se dobro pozna, bolj samozavestna, odločna in manj ranljiva. Intervjuvanci razlagajo, da si mora oseba priznati, da se je travmatični dogodek zgodil, kar zahteva tudi telo, saj s simptomi sporoča, da mora oseba travmo besedno predelati. Gostečnik (2008) razlaga, da so bolečine in senzacije najmočnejša govorica telesa, ki sporoča, da mora človek začeti drugače razmišljati in nekaj korenito spremeniti. Z besedno predelavo travme posameznik bolje razume travmatični dogodek in posledice, ki jih ima zaradi njega. Van der Kolk, McFarlane in van der

Hart (1996) pojasnjujejo, da oseba s PTSM z boljšim razumevanjem svojih simptomov pridobi večjo čustveno distanco do travmatične izkušnje.

Delo na sebi: Literatura

Repinc omenja, da je osebam s PTSM lahko v pomoč knjiga *Waking the tiger* avtorja Levina (Repinc: »Se mi zdi zelo pomembno, da je v Levinovi knjigi veliko vaj, ki jih ljudje lahko sami delajo. Tudi napisana je tako, da je namenjena delu doma, po potrebi pa se lahko posvetuješ s psihoterapevtom, če pride do hude čustvene reakcije.«). Zslediti je čedalje več knjig o travmi, ki osebam s PTSM omogočajo boljši vpogled v motnjo, s katero se spopadajo. Prav tako obstaja kar nekaj delovnih zvezkov, ki so namenjeni travmatiziranim za delo na sebi doma. Pri tem je potrebno poudariti, da se mora oseba strogo držati navodil, saj lahko določene vaje vzbudijo boleče občutke in jo preplavijo (Rothschild, 2000).

Delo na sebi: Informiranje

Praper opozarja, da se mora oseba s PTSM dobro pozanimati o različnih terapijah za predelavo travme, saj obstaja veliko pristopov, ki nimajo znanstvene podlage. Cvetek (2009) razlaga, da alternativni pristopi k zdravljenju travm lahko pripomorejo k sprostitvi in boljšemu počutju, vendar naj se ne bi uporabljali brez kombinacije z uveljavljenimi oblikami psihoterapije.

4.5 ALI STROKOVNJAKI OPAŽAJO POTRAVMATSKO RAST PRI OSEBAH S PTSM IN KAKO SE KAŽE?

Spodaj so prikazani rezultati za raziskovalno vprašanje številka 5.

Tabela 6: Kode 1. in 2. reda za kategorijo potravmatska rast

KODE 1. REDA	KODE 2. REDA	KATEGORIJA
sprejemanje vzponov in padcev	Sprejemanje življenja	POTRAVMATSKA RAST
sprejemanje in zmožnost prevzemanja tveganj in bolečine		
sprejemanje vsega, kar je		
soočanje z vsem, kar življenje prinaša		
avtonomnost sprejeti realnost tako, kot je		
predelava travme pomeni nov uvid		

KODE 1. REDA	KODE 2. REDA	KATEGORIJA
uspešna predelava pomeni nov pogled na življenje	Nova kakovost življenja	POTRAVMATSKA RAST
lažje in bolj kvalitetno življenje		
vzpostavitev življenjske kakovosti		
potravmatsko rast opaža	Spremembe	
težko verjame, da je potravmatska rast možna brez terapije		
predelava travme lahko sproži rast		
najbolj zavzeti menjajo vrednote		
najbolj zavzeti se zelo spreminjajo		
dogodek interpretirajo kot vzvod za samoaktivacijo		

Sprejemanje življenja

Kot pomemben kazalec potravmatske rasti pri osebah s PTSM intervjuvanci vidijo sprejemanje življenja takšnega, kot je, z vsemi prednostmi in slabostmi vred. Posamezniki so se zmožni spoprijeti tudi s temnimi platmi življenja. Njihov pogled na življenje postane bolj realen. Tedeschi in Calhoun (1995) omenjata, da je prvi korak na poti osebnostne rasti sprejemanje lastne situacije. Travmatizirani sprejme svoj položaj in ne živi več v zanikanju in izogibanju. Cann s soavtorji (2010) dodaja, da potravmatska rast prinaša sprejemanje tako pozitivnih kot negativnih plati življenja.

Nova kakovost življenja

Intervjuvanci poročajo, da po predelavi travme življenje oseb s PTSM postane kakovostnejše in predvsem lažje. S pomočjo novega uvida v življenje lahko začnejo res živeti. Podobno omenjajo avtorji, in sicer pišejo, da velike življenjske preizkušnje lahko vodijo k izredno pozitivnim spremembam (Cann, Calhoun, Tedeschi, Taku, Vishnevsky, Triplett in Danhauer, 2010). Potravmatska rast med drugim prinaša izboljšanje odnosov s pomembnimi drugimi, večji občutek kontrole in varnosti ter obogateno religiozno in duhovno življenje (Tedeschi in Calhoun, 2004).

Spremembe

Po predelavi travme intervjuvanci opažajo potravmatsko rast, s tem, da Praper opozarja, da potravmatska rast brez terapije ni možna. Osebe s PTSM po predelavi travme osebno

zrastejo in tisti, ki se najbolj zavzamejo, doživljajo številne pozitivne spremembe ter si v življenju postavljajo nove vrednote. Na travmatični dogodek začnejo gledati drugače in ga vidijo predvsem kot vzvod za to, da so storili nekaj dobrega zase in si življenje obrnili na bolje. Tudi številni strokovnjaki pišejo o potravmatski rasti. Joseph, Williams in Yule (1997) navajajo raziskave, ki kažejo, da je pri osebah s PTSM pogosta potravmatska rast. Woodward in Joseph (2003) omenjata raziskave, ki kažejo, da od 40 do 70 odstotkov ljudi, ki izkusijo travmatični dogodek, pozneje govori o vsaj eni obliki koristi iz svoje izkušnje. Tadeschi in Calhoun (2004) pišeta, da potravmatska rast prinaša povečan občutek osebne moči in spremenjene prioritete ter sistem vrednot. Salter in Stallard (2004) med tremi oblikami pozitivne rasti omenjata spremembe v filozofiji življenja, osnovnih vrednotah in ciljih.

4.6 KAKO SE STROKOVNJAKI, KI DELAJO Z OSEBAMI S PTSM SPOPRIJEMAJO S STRESOM, KI GA DOŽIVLJAJO NA DELOVNEM MESTU?

Spodaj so prikazani rezultati za raziskovalno vprašanje številka 6.

Tabela 7: Kode 1. in 2. reda za kategorijo psihohigiena

KODE 1. REDA	KODE 2. REDA	KATEGORIJA
vedno ne more odmisлити zgodb klientov	Terapevtovo doživljanje klienta	PSIHOHIGIENA
obrambni mehanizem, da zgodb ne nosi domov		
vsak klient vzbudi nekaj v terapevtu		
če ga zgodba ziritira ali prevzame, gre zanj, ne za klienta		
če ga v pogovoru nekaj osebno prevzame, se ukvarja s sabo		
potrebno najti razlog, kadar klienta nosiš s sabo		
terapevt ne sme ponotranjiti težav klienta		
empatija ni srkanje tega, kar klient pove		
stres zelo hitro čuti		
hudo je, če terapevt zgodbe nosi domov		
vzdrževanje meja	Postavljanje meja	PSIHOHIGIENA
ločevanje zasebnega in poklicnega časa		
ohranjati poklicni odnos poklicni		
soočanje s samim sabo	Mentalna higiena	
predelava lastnih notranjih konfliktov		
ukvarjati se s seboj, ne z drugimi		
imeti nekoga za pogovor o sebi		
umirjen um		
sprejemanje misli		

KODE 1. REDA	KODE 2. REDA	KATEGORIJA
nadzorovanje lastnih misli	Mentalna higiena	PSIHOHIGIENA
ustavljanje misli		
zavedanje pomena misli		
v veliko pomoč metoda čuječnosti		
nekritično sprejemanje sedanjega trenutka	Čustvena inteligentnost	
v stiku sam s sabo		
v stiku s svojimi čustvi		
dela na tem, da takoj odreagira na lastne občutke		
pošten do sebe	Profesionalna pomoč	
redna supervizija		
intervizija		
vključenost v osebno terapijo		
redna strokovna izobraževanja	Prostočasovne aktivnosti	
velik pomen prostega časa		
pomembno imeti aktivnosti, ki niso povezane s poklicem		
pomembno imeti odnose in skupine vezane na rekreacijo ali umetniško ustvarjanje		
hobiji		
šport		
tek kot ventil		
glasba		
najpomembnejše biti sam v naravi		
sprostitutvene tehnike		
duhovnost		

Terapevtovo doživljanje klienta

Intervjuvanci priznavajo, da včasih o klientih razmišljajo tudi v zasebnem času. Pojasnjujejo, da vsak klient vzbudi določene občutke v terapevtu in če terapevta v pogovoru nekaj prevzame, nastopi čas, da se usmeri vase in razmisli, zakaj ga je klient tako prevzel. Terapevt ne sme ponotranjiti težav klienta, zato je ključno, da najde vzrok, kadar preveč intenzivno razmišlja o klientu. Tudi številni avtorji (Collins in Collins, 2005) pišejo o tem, da težave klientov včasih sovpadajo s težavami terapevta v njegovem zasebnem življenju. Ko klient deli svojo izkušnjo, se v terapevtu lahko sprožijo nerazrešena čustva. Lahko pride do tega, da se pretirano poistovetijo s klientom. Stalno premišlujejo o klientovih težavah, ki se posledično vpletejo v misli in čustva njihovih lastnih težav. Cvetek (2009) poroča, da terapevtova osebna zgodovina poveča ranljivost za sekundarni stres, a opozarja, da so si ugotovitve raziskav kontradiktorne. Collins in Collins (2005) pišeta, da če terapevt primerno ne razreši svojih lastnih konfliktov, poistovetenje s klientovimi težavami lahko vodi k zmanjšani sposobnosti za objektivnost, težavam pri ohranjanju osebnih meja ter k izgorelosti. Praper opozarja, da je

empatija terapevta pomemben element terapije, a terapevt v svoji empatičnosti ne sme pretiravati (*Praper: »Empatija ni to, da ti poješ tisto, kar nekdo spravi ven iz sebe...«*). Dass-Brailsford (2007) opozarja, da če terapevti ne vzdržujejo psihološke distance do travmatičnih pripovedi klientov, imajo lahko občutek, da se travma dogaja neposredno njim. Prav tako Praper poudarja, da je zelo težko za terapevta, če ne zna odmisлити zgodb klientov. Rebolj omenja, da ima od nekdanji obrambni mehanizem, da zgodb ne nosi domov. Hkrati priznava, da stres na delovnem mestu zelo hitro čuti.

Postavljanje meja

Intervjuvancem se zdi pomembno postavljanje meja med poklicnim in zasebnim življenjem (*Repinc: »... da si doma mama, žena, prijateljica, nisi pa terapevt.«*). Dass-Brailsford (2007) poudarja, da se morajo terapevti naučiti ločiti poklicni čas od zasebnega. Poleg tega morajo imeti zagotovljenega dovolj prostega časa ter dopusta.

Mentalna higiena

Repinc poudarja, da je pomembno, da terapevt vzdržuje nadzor nad svojimi mislimi. Znati mora sprejeti misli, jih umiriti in ustaviti, kadar je to potrebno, pri čemer lahko zelo pomagajo vaje čuječnosti. Čuječnost pomaga tudi pri zavedanju sedanosti brez vrednotenja. Zavedati se mora, da imajo misli, ki se pojavijo, svoj pomen in imeti pogum za soočanje s sabo ter za predelavo lastnih konfliktov. Kabbat Zinn (1994) razlaga, da lahko izberemo, da bomo nadzirali svoj um prav tako kot vsak dan izberemo, kaj bomo oblekli. Z metodo čuječnosti se lahko naučimo kontrolirati svoje misli in tako dosežemo, da smo bolj prisotni v stvareh, ki jih počnemo in znamo nekritično sprejemati realnost. Tako se naučimo misli in čustva sprejemati in jih ne potlačiti. Collins in Collins (2005) poudarjata, da sta terapevtova skrb za samega sebe in ohranjanje mentalnega zdravja ključni za obrambo pred sekundarnim stresom.

Pomembno je tudi, da ima terapevt nekoga, s katerim se lahko odkrito pogovori o svojih težavah. Dass-Brailsford (2007) razlaga, da kadar je terapevt preobremenjen, se pogosto izolira od drugih, vendar je zanj ključno, da ostaja vključen v socialne aktivnosti in ima podpirne odnose ter prijatelje, ki jim lahko zaupa.

Čustvena inteligentnost

Rebolju se zdi pomembno, da je terapevt v pristnem stiku s svojimi čustvi in da zna primerno odreagirati nanje. Collins in Collins (2005) poudarjata, da je terapevtova čustvena inteligentnost ena izmed ključnih za obrambo pred sekundarnim stresom.

Profesionalna pomoč in razvoj

Repinc in Praper omenjata, da se jima zdi pomembna vključenost v supervizijo. Poleg supervizije izpostavljata še intervizijo, osebno terapijo ter redno obiskovanje strokovnih izobraževanj. Enako ugotavljajo tudi številni drugi avtorji. Dass-Brailsford (2007) poroča, da supervizija vzdržuje zadovoljstvo na delovnem mestu in zmanjša učinke sekundarnega stresa. Z vključenostjo v redno supervizijo terapevt ohranja tudi kakovost terapevtskega odnosa. Collins in Collins (2005) trdita, da terapevti, ki niso vključeni v supervizijo, pogosteje poročajo o sekundarnem stresu. Dass-Brailsford (2007) poudarja pomen intervizije, saj terapevti, ki so vključeni v intervizijsko skupino, redkeje poročajo o sekundarnem stresu. Cvetek (2009) trdi, da morajo terapevti poiskati podporo zunaj sebe, kadar jo potrebujejo.

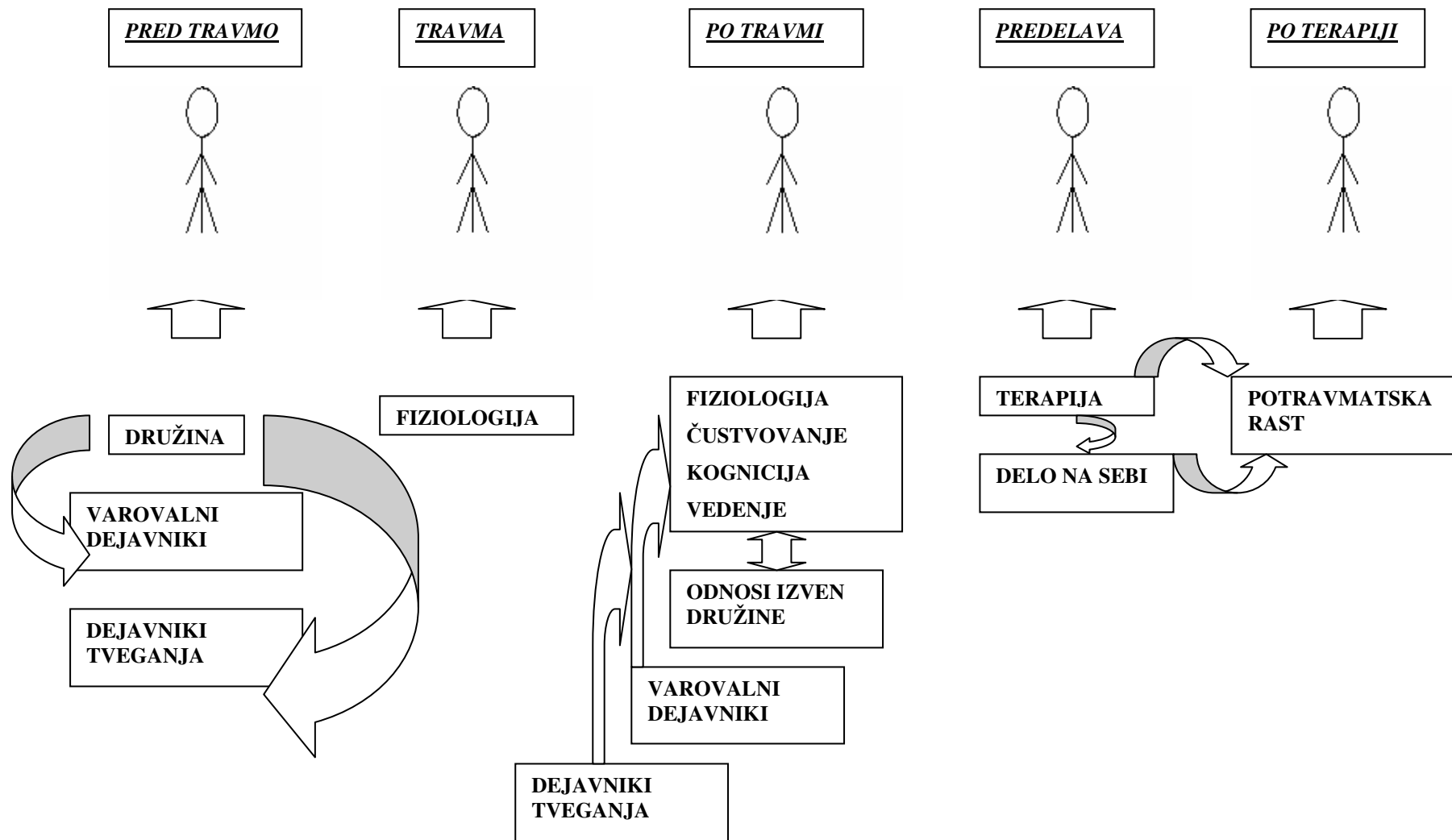
Prostočasovne aktivnosti

Intervjuvanci se zavedajo, da morajo poskrbeti za sprostitev, zato si vzamejo čas za hobije. Omenjajo šport, glasbo, duhovnost, sprostitvene tehnike in preživljanje časa v naravi. Rebolj omenja, da mu največ pomeni samota v naravi. Stres, ki ga občutijo na delovnem mestu, prekanalizirajo s prostočasovnimi aktivnostmi (*Repinc:» Moj ventil je to, da tečem.«*). Zavedajo se, da se morajo za ohranjanje mentalnega zdravja ukvarjati z dejavnostmi, ki niso povezane s poklicem. Njihove ugotovitve se skladajo s teorijo. Dass-Brailsford (2007) omenja, da je pri spoprijemanju s sekundarnim stresom učinkovita tudi rekreacija. Redna hoja, tek, kolesarjenje in plavanje so zelo primerne športne aktivnosti. Collins in Collins (2005) poudarjata pomembnost terapevtove skrbi za samega sebe, kar vključuje športne aktivnosti, sproščanje, poslušanje glasbe ipd. Jenmorri (2006, po Cvetek, 2009) razlaga, da duhovne prakse lahko omehčajo sekundarno travmatizacijo.

Praper izpostavlja, da so pomembni tudi odnosi, vezani na prostočasovne aktivnosti. Collins in Collins (2005) pojasnjujeta, da je dobra preventiva, če se terapevti družijo tudi z ljudmi, ki

niso terapevti, saj tako lažje odložijo misli na kliente in se v odnosih s prijatelji resnično sprostijo.

4.7 ODNOSNO KODIRANJE



4.8 KOMENTAR NA SHEMO ODNOSNEGA KODIRANJA

Psihična odpornost posameznika je rezultat varovalnih dejavnikov in dejavnikov tveganja (Joseph in Linley, 2008). Družina, v kateri posameznik odrasča, je lahko močan varovalni dejavnik ali močan dejavnik tveganja. Vsi intervjuvanci so izpostavili pomen družine in jo opredelili kot zelo pomemben dejavnik. V družini se ljudje naučijo vzorcev, s katerimi se spoprijemajo s stresom. Od družinske klime in okoliščin je med drugim odvisno, kako se bo posameznik osebno izoblikoval ter kakšen pogled na sebe in svet bo ustvaril. Vse navedeno vpliva na to, kako bo posameznik zmožen predelati travmatični dogodek. Rothschild (2000) razlaga, da tisti otroci, katerih starši jim niso bili sposobni zadovoljiti emocionalnih in fizioloških potreb, odrastejo v ljudi, ki jim primanjkuje psihične odpornosti in so tako bolj ranljivi za psihične motnje.

Ob travmatičnem dogodku glavno vlogo odigra posameznikova fiziologija. Fiziološki odziv ob travmatičnem dogodku je izven zavestnega nadzora in se pojavi kot beg, boj ali zamrznitev. Fonagy, Gergely, Jurist in Target (2007) pojasnjujejo, da se ob travmatičnem dogodku vzburi avtonomni živčni sistem, ki uravnava vedenja, ki nam pomagajo preživeti. Odgovoren je za vegetativne funkcije, ki so neodvisne od zavestnega nadzora.

Travmatični dogodek lahko pusti fiziološke, emocionalne, kognitivne in vedenjske posledice. Kakšne bodo te posledice, je odvisno od varovalnih dejavnikov in dejavnikov tveganja. Tudi van der Kolk (1996) trdi, da je posameznikova psihobiologija po travmatičnem dogodku močno pogojena z varovalnimi dejavniki in dejavniki tveganja. Intervjuvanci so pojasnili, da različne težave na fiziološkem, emocionalnem, kognitivnem in vedenjskem nivoju funkcioniranja povzročijo težave v odnosih izven družine in znotraj nje. Če posameznik na primer doživlja močan občutek strahu in ima utrjeno prepričanje, da ga bodo drugi prizadeli, se bo čustveno, lahko pa tudi fizično, umaknil od ljudi. Podobno Thompson (2009) razlaga, da se posameznik, ki je doživel psihično travmo, lahko izogiba bolečim občutkom in razmišljanju v zvezi s travmo ter se iz tega razloga umakne iz kroga prijateljev. Prav tako odnosi izven družine prispevajo k posameznikovi fiziologiji, čustvovanju, kogniciji in vedenju. Osamljenost in umik iz socialne mreže negativno vplivata na posameznikovo fizično in psihično zdravje. McNally, Bryant in Ehlers (2003, po Dass-Brailsford, 2007) omenjajo, da socialna podpora pomembno prispeva k posameznikovi sposobnosti okrevanja.

Če se posameznik odloči za predelavo travmatičnega dogodka, sta za ta cilj potrebni tako terapija kot samostojno delo na sebi. K predelavi veliko pripomoreta predvsem dober terapevtski odnos in posameznikova pripravljenost za delo na sebi. Tudi Courtois (2004) piše o pomembnosti terapevtskega odnosa za uspešno predelavo travmatičnega dogodka. Empatičen in konsistenten odnos omogoča klientu, da se nauči obvladovati intenzivna čustva in impulze. Intervjuvanci so pojasnili, da se skozi terapijo klienta uči različnih tehnik za spoprijemanje s stresom in se ga spodbuja predvsem k osredotočenosti na sedanost. Terapija tako lahko vodi tudi k delu na sebi. Prav tako Dass- Brailsford (2007) pojasnjuje, da terapevt spodbuja klienta k skrbi zase, ker klientu to pomaga pri obvladovanju simptomov in k temu, da prevzame nadzor nad svojim življenjem.

Ko posameznik travmatični dogodek s pomočjo terapije ustrezno predela in ga s tem pusti v preteklosti ter še naprej aktivno dela na sebi, lahko nastopi potravmatska rast, kar pomeni nov pogled na svet in bolj kakovostno življenje. Posameznik lahko zaživi na novo. Tedeschi in Calhoun (1995) trdita, da je predpogoj za potravmatsko rast, da se posameznik sooči s travmo.

IV. ZAKLJUČEK

Z odraščanjem človek vse bolj spoznava, da življenje ni le igra, ampak tudi strma pot, na kateri čaka veliko težkih preizkušenj. Večina je za takšne situacije dobro opremljena in se ob njih samo za kratek hip ustavi ter že hodi naprej, še močnejša kot prej. Vendar so tudi ljudje, ki se s preizkušnjami srečajo s polnim nahrbtnikom čustvenih ran in na poti obstanejo. Na različne načine poskušajo iti naprej, a jih nahrbtnik drži nazaj. Ujeti v preteklost ne najdejo poti naprej. Diplomsko delo sem posvetila njim.

Glavni namen tega diplomskega dela je bil raziskovanje posttravmatske stresne motnje in s tem seveda boljše razumevanje oseb s to motnjo. V nalogi sem skušala osvetliti koncept psihične travme in prikazati posledice travme na vseh življenjskih področjih. Zlasti sem se osredotočila na osebe s posttravmatsko stresno motnjo in poskušala razložiti njihovo fiziologijo, čustvovanje, kognicijo in vedenje. Dotaknila sem se tudi dejavnikov tveganja, ki povečajo psihično ranljivost in tako pripomorejo k razvoju motnje. Prav tako sem s pomočjo spoznanj pozitivne psihologije pisala o varovalnih dejavnikih pred razvojem PTSM in potravmatski rasti. Ker menim, da oseba ima določen vpliv na svoje življenje, sem se dotaknila tudi tega, kaj lahko osebe, ki so doživele travmo, same naredijo za hitrejše okrevanje. Teorija izpostavlja, da travmatični dogodek pomeni velik pretres za človekovo duševnost in če oseba ni opremljena z dovolj viri, jo posledice travme držijo v preteklosti in onemogočajo normalno funkcioniranje v vsakdanjem življenju. S predelavo travme oseba osmisli izkušnjo, pridobi boljše razumevanje sebe in občutek varnosti ter lastne kompetentnosti.

V empiričnem delu sem s pomočjo izvedbe intervjujev s strokovnjaki različnih profilov, ki se pri svojem delu srečujejo z osebami s posttravmatsko stresno motnjo, dobila boljši uvid v problematiko psihične travme. Intervjuvanci so povedali, da se ob travmatičnem dogodku spremeni doživljanje sebe in sveta in da je za osebe s posttravmatsko stresno motnjo najbolj pogost odziv zamrznitve, kar je pravzaprav naraven obrambni mehanizem, a hkrati osebi oteži okrevanje. Pri travmi nastane nepredstavljava količina energije, ki se naseli v celicah in povzroča številne simptome in bolezni. Telo ima svoj spomin, kar dokazujejo tudi primeri klientov. Iz zdravstvenih težav oseb s posttravmatsko stresno motnjo se lahko naučimo, da simptomov ne gre jemati zgolj kot patologijo, ampak predvsem kot krik telesa, ki na različne

načine poskuša sporočiti, da še ni pozabilo preteklosti in zahteva predelavo travmatičnega dogodka. Katera čustva doživljajo osebe s posttravmatsko stresno motnjo, je odvisno od vrste travme, otroštva in njihove osebnosti. Prevladujejo čustva strahu, jeze, krivde, občutka nemoči in težave z zaupanjem. Travmatični dogodek zamaje njihova prepričanja o sebi in svetu, kar lahko povzroči občutek nemoči. Pogovora o travmi se izogibajo, čeprav je ravno verbalizacija travme pogoj za začetek predelave. Travmo želijo potlačiti, a s tem le še bolj prihaja na dan. Pogosta je tudi amnezija dogodka, a je potrebno poudariti, da se spomin vrne, običajno, ko je oseba na to dovolj pripravljena. Ker se energija, ki nastane ob travmatičnem dogodku, brez predelave ne more sprostiti, se sprošča na neustrezne načine. Tako so pogosta tvegana vedenja, kot so samopoškodbeno vedenje, zloraba alkohola, menjavanje spolnih partnerjev brez zaščite, motnje hranjenja ter ekstremni šport. Tovrstna vedenja so pravzaprav preživetvene strategije oseb s posttravmatsko stresno motnjo. Lahko se pojavlja tudi agresivno ter izogibajoče se vedenje. Prav tako je značilen fenomen kompulzivnega ponavljanja, kar pomeni, da vedno znova ponovno uprizorijo svojo travmo, kar je značilno zlasti za žrtve posilstva.

Osebe s posttravmatsko stresno motnjo večinoma izhajajo iz nefunkcionalnih družin. Starši so jih zanemarjali in prepuščeni so bili sami sebi. Z mamami niso razvili varne navezanosti, kar je vplivalo na njihovo sposobnost spoprijemanja s stresom. Zaradi naštetega že kot otroci niso imeli občutka, da so vredni. Razvili so slabo samopodobo in postali bolj občutljivi. Zanimiv je tudi pojav transgeneracijskega prenosa travme, ko posledice travme čutijo tudi tisti, ki je nikdar niso doživeli. Travma se v družini prenaša skozi molk in vzgojne vzorce. V odnosih z drugimi se kaže njihov strah pred intimnostjo, čeprav si zelo želijo čustvene bližine.

Intervjuvanci so navedli več varovalnih dejavnikov pred razvojem posttravmatske stresne motnje, in sicer ljubečo družino, skrb primarnega objekta za varno navezanost, očetovo vpletenost v družinske odnose, emocionalno oporo, možnost zaupnega pogovora, vero, pozitivno samozaznavanje, zrelo osebnostno strukturo, samoaktivacijo in srečo. Med njimi so najbolj izpostavili emocionalno oporo in ljubečo družino. Med dejavnike tveganja so uvrstili travme v otroštvu, odsotnost varne navezanosti, osebne značilnosti, osebnost ter nezmožnost spoprijemanja s travmo. Najbolj uničujoče posledice za človekovo duševnost imajo travme v otroštvu.

V terapiji jim najbolj pomaga sam terapevtski odnos, v katerem se počutijo sprejete, varne in razumljene. Pomembne so tudi narativne tehnike in tehnike za zmanjšanje tesnobe, a šele po vzpostavljenem odnosu. Za simptomatiko so učinkovita zdravila. Pomembno je, da osebe s posttravmatsko stresno motnjo delajo na sebi. Sprostitutvene vaje in vaje čuječnosti jim pomagajo pri osredotočanju na sedanjost. Pomembno je tudi, da ozaveščajo svoja razmišljanja in vedenja ter si prizadevajo za širok pogled na svet. Pri spoprijemanju s travmo jim lahko pomaga tudi literatura o travmi. Ko se odločajo za vrsto terapije, je pomembno, da poiščejo uveljavljeno in znanstveno utemeljeno terapijo. Po predelavi travme strokovnjaki pri osebah s posttravmatsko stresno motnjo opažajo potravmatsko rast, ki se kaže v sprejemanju življenja z vsemi prednostmi in slabostmi, novi kakovosti življenja ter spremenjenih vrednotah.

Intervjuvanci vsak dan poslušajo travmatične izkušnje svojih klientov in je tako zelo pomembno, da skrbijo za svojo psihohigieno, česar se dobro zavedajo. Poudarjajo, da če klient vzbudi v njih nekaj bolečega, vedo, da je to znak, da določenih vsebin tudi sami še niso predelali in je čas, da se tudi sami obrnejo vase in to raziščejo. Pri tem so jim v pomoč supervizija, intervizija, osebna terapija ter redna strokovna izobraževanja. Ključno se jim zdi, da znajo razmejevati med poklicnim in zasebnim časom, ter da vzdržujejo mentalno higieno. Stres, ki ga čutijo na delovnem mestu, prekanalizirajo skozi prostočasovne aktivnosti, kot so šport, glasba, sprostitutvene tehnike ipd.

Odgovorov udeležencev raziskave sicer ne morem posplošiti na celotno populacijo oseb s posttravmatsko stresno motnjo, saj gre za nereprezentativen in majhen vzorec, vendar jih je vsekakor potrebno upoštevati, saj temeljijo na dolgoletnih izkušnjah dela s klienti z izkušnjo travme. Poleg tega se njihova opažanja v zelo veliki meri skladajo s teorijo. Če bi hotela bolj reprezentativen vzorec, bi morala uporabiti kvantitativno metodologijo, ampak bi s tem izgubila širino, ki jo lahko dobiš zgolj skozi kvalitativno metodologijo. Morda bi še bolj poglobljeno razumevanje teme dobila skozi intervjuje z osebami s posttravmatsko stresno motnjo, kar je bil tudi moj prvotni namen, a po vsem znanju, ki sem ga pridobila tako skozi pisanje teoretičnega kot empiričnega dela, lahko iskreno rečem, da sem vesela, da mi to ni uspelo. Pogovor o travmi bi namreč lahko v njih obudil boleča čustva ter senzacije, a ker nimam strokovnih izkušenj, po vsej verjetnosti ne bi znala primerno ukrepati. Včasih se je dobro zavedati tudi svoje lastne omejenosti. S pomočjo kvalitativne raziskave sem dobila boljše razumevanje problematike psihične travme in širok pogled na posledice, ki jih prinaša. Kritično moram izpostaviti, da sem bila pri kodiranju bolj usmerjena na teme, ki so se

dotikale raziskovalnih vprašanj in tako morda izgubila možnost še širšega pogleda. Prav tako kritično ocenjujem, da sem bila pri kodiranju preveč subjektivna, saj sem si želela potrditi nekatere svoje domneve in prepričanja, kot na primer povezavo med čustvi in telesom.

Prav tako moram izpostaviti, da je bila pomanjkljivost v moji izvedbi intervjujev predvsem v morda preveč ozkih vprašanjih. Če bi vprašanja zastavila širše, bi s tem pustila več prostora intervjuvancem. Kritično ocenjujem tudi, da so bila moja vprašanja morda sugestivna in sem jih tako nevede napeljevala na odgovore, ki sem jih želela slišati.

Želela bi še izpostaviti, da je pri pisanju teoretičnega in empiričnega dela večkrat prišlo do tega, da sem si morala oddahnuti od pisanja in branja, saj je bilo ukvarjanje s travmo zame precej čustveno naporno. Včasih sem v sebi začutila napetost in postalo mi je slabo. Upoštevala sem teorijo in tako v takšnih trenutkih prekinila delo in se odločila za sprehod, sprostivne tehnike, ples in podobno, kar mi je zelo pomagalo. In čeprav so se v meni prebudili določeni boleči občutki, bi še enkrat pisala o tem, ker mi je diplomska naloga pomagala bolje razumeti ne le osebe s posttravmatsko stresno motnjo, ampak tudi sebe.

Nadaljnje raziskovanje bi lahko potekalo v smeri bolj podrobnega raziskovanja povezave med travmo in telesom ter pomena telesa pri predelavi travme. Pomembno se mi zdi tudi, da bi se raziskovanje usmerilo v samopomoč oseb s posttravmatsko stresno motnjo, saj je v poklicih pomoči aktivno sodelovanje klienta ključno. Skozi pisanje diplomskega dela me je zelo navdušil fenomen kompulzivnega ponavljanja travme in če bi se odločila za nadaljnje raziskovanje travme, bi bila to tema, ki bi si jo izbrala.

Ob koncu bi opozorila, da čeprav se s posttravmatsko stresno motnjo ukvarjajo predvsem psihoterapevti in psihiatri, imamo tudi socialni pedagogi kompetence, s katerimi lahko v določeni meri pomagamo osebam s posttravmatsko stresno motnjo. Preživetvene strategije, ki jih uporabljajo osebe s posttravmatsko stresno motnjo, so v očeh drugih morda sporne, a če vidimo širšo sliko, potem vemo, da gre v resnici za nemi klic na pomoč. Obsojanje njihovega umika iz odnosov, molka o travmi, iracionalnih prepričanj ter tveganih vedenj, jih lahko pahne samo še globlje. In tu nastopi socialni pedagog, ki je pravzaprav dolžen osveščati javnost o tem, da čustvene rane vsak celi po svojih najboljših močeh; tako kot zna in zmore. Ena naših največjih kompetenc je opolnomočenje posameznika in tega nihče ne potrebuje bolj kot tisti, ki so doživeli travmo.

V. LITERATURA

1. American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (text revision, 4. izd.). Washington, DC: American Psychiatric Association.
2. Ballenger, J. C., Davidson, J. R. T., Lecrubier, Y., Nutt, D. J., Marshall, R. D., Nemeroff, C. B., Shalev, A. Y. in Yehuda, R. (2004). Consensus statement update on posttraumatic stress disorder from the international consensus group on depression and anxiety. *Journal of Clinical Psychiatry*, 65(1), 55-62.
3. Baumeister, R., Bushman, B. in Campbell, K. (2000). Self-Esteem, Narcissism, and Aggression: Does Violence Result from Low Self-Esteem or From Threatened Egotism? *Current Directions in Psychological Science*, 9(1), 26-29.
4. Beck, J.S. (1995). *Cognitive therapy: Basics and beyond*. New York: Guilford.
5. Bloom, S. L. (1996). *Every time history repeats itself the price goes up*. Pridobljeno 25.3.2011, s [http://www.sanctuaryweb.com/PDFs_new/Bloom Every time history repeats.pdf](http://www.sanctuaryweb.com/PDFs_new/Bloom%20Every%20time%20history%20repeats.pdf).
6. Brady, J. L., Guy, J. D., Poelstra, P. L. in 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*, 30(4), 386-393.
7. Breslau, N., Davis, G. C. in Andreski, P. (1995). Risk factors for PTSD related traumatic events: A prospective analysis. *American Journal of Psychiatry*, 152, 529-535.
8. Brett, E. A. (1996). The classification of posttraumatic stress disorder. V B. A. van der Kolk, A. C. McFarlane, & L. W. Weisaeth (Ur.), *Traumatic Stress: The effects of overwhelming experience on mind, body, and society* (str.117-129).
9. Cann, A., Calhoun, L. G., Tedeschi, R. G., Taku, K., Vishnevsky, T., Triplett, K. N., in Danhauer, S. C. (2010). A short form of the Posttraumatic Growth Inventory. *Anxiety, Stress & Coping*, 23(2), 127-137.
10. Carter, V. in Myers, M. R. (2007). Exploring the risks of substantiated physical neglect related to poverty and parental characteristics: A national sample. *Children and Youth Services Review*, 29(1), 110-121.

11. Chemtob, C.M., Novaco, R.W., Hamada, R.S., Gross, D.M. in Smith, G. (1997). Anger regulation deficits in combat-related posttraumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress*, 10(1), 17-35.
12. Cohen, J. A., Mannarino, A. P. in Deblinger, E. (2006). *Treating trauma and traumatic grief in children and adolescents*. New York, NY: Guilford Press.
13. Collins, B.G. in Collins, T.M. (2005). *Crisis and trauma*. New York: Lahaska Press.
14. Courtois, C. A. (2004). Complex trauma, complex reactions: Assessment and treatment. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 41(4), 412-425.
15. Crenshaw, T. (2009). *Nightmares and PTSD*. Pridobljeno 12.01.2011, s http://www.ptsd.va.gov/professional/pages/nightmares_and_ptsd_research_review.asp
16. Cvetek, R. (2009). *Bolečina preteklosti*. Celje: Celjska Mohorjeva družba.
17. Dass-Brailsford, P. (2007). *A practical approach to trauma*. London: Sage publications.
18. Davidson, J. R. T. in van der Kolk, B. A. (1996). The Psychopharmacological treatment of posttraumatic stress disorder. V B. A. van der Kolk, A. C. McFarlane, & L. W. Weisaeth (Ur.), *Traumatic Stress: The effects of overwhelming experience on mind, body, and society* (str.510-525).
19. Davies, J. M. in Frawley, M. G. (1994). *Treating the adult survivor of childhood sexual abuse*. New York: Basic books.
20. Deblinger, E. in Runyon, M.K. (2005). Understanding and treating feelings of shame in children who have experienced maltreatment. *Child Maltreatment*, 10, 364-276.
21. Devilly, G. J. in Spence, S. H. (1999). The relative efficacy and treatment distress of EMDR and a cognitive behavioral trauma treatment protocol in the amelioration of post traumatic stress disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 13, 131-157.
22. Duke, L. A., Allen, D.N., Rozee, P.D. in Bommaritto, M. (2007). The sensitivity and specificity of flashbacks and nightmares to trauma. *Anxiety Disorders*, 22, 319-327.

23. Dutton, M. A., Green, B. L., Kaltman, S. I., Roesch, D. M., Zeffiro, T. A., in Krause, E. D. (2006). Intimate partner violence, PTSD and adverse health outcomes. *Journal of Interpersonal Violence*, 21, 955-968.
24. Erzar, T. (2007). *Duševne motnje: Psihopatologija v zakonski in družinski terapiji*. Celje: Celjska Mohorjeva družba.
25. Fazio, R. J. in Fazio, L. M. (2005). Growth through loss: Promoting healing and growth in the face of trauma, crisis, and loss. *Journal of Loss & Trauma*, 10(3), 221-252.
26. Fliege, H., Lee, J., Grimm, A. in Klapp, B. F. (2009). Risk factors and correlates of deliberate self-harm behavior: A systematic review. *Journal of Psychosomatic Research*, 66(6), 477-493.
27. Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, E. L. in Target, M. (2007). *Affect regulation, mentalization, and the development of the self*. New York, NY: Other Press.
28. Fonagy, P. in Target, M. (2000). Playing with reality III: The persistence of dual psychic reality in borderline patients. *IJPA*, 81, 853-873.
29. Ford, J. D., Courtois, C. A., Steele, K., van der Hart, O. in Nijenhuis, E. R. (2005). Treatment of complex posttraumatic self-dysregulation. *Journal of Traumatic Stress*, 11, 743-761.
30. Garmezy, N. (1993). Children in poverty: Resilience despite risk. *Psychiatry Interpersonal and Biological Processes*, 56(1), 127-136.
31. Gostečnik, C. (2002). *Sodobna psihoanaliza*. Ljubljana: Brat Frančišek in Frančiškanski družinski inštitut.
32. Gostečnik, C. (2008). *Relacijska paradigma in travma*. Ljubljana: Brat Frančišek in Frančiškanski družinski inštitut.
33. Gunderson, J.G. in Sabo, A.N. (1993). The phenomenological and conceptual interface between borderline personality disorder and PTSD. *American Journal of Psychiatry*, 150, 19-27.

34. Hackney, H. in Cormier, S. (2000). *The professional counselor: A process guide to helping*. Boston: Allyn & Bacon.
35. Hunter, E. C., Sierra, M. in Davis, A. S. (2004). The epidemiology of depersonalisation and derealisation. A systematic review. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 39(1), 9-18.
36. Jakupcak, M., Conybeare, D., Phelps, L., Hunt, S., Holmes, H.A., Felker, B., Klevens, M. in McFall, M.E. (2007). Anger, hostility, and aggression among Iraq and Afghanistan War veterans reporting PTSD and subthreshold PTSD. *Journal of Traumatic Stress*, 20, 945-954.
37. Joseph, S., Williams, R. in Yule W. (1997). *Understanding post-traumatic stress: A psychosocial perspective on PTSD and treatment*. New York: John Wiley & Sons.
38. Joseph, S. in Linley, P.A. (2008). *Trauma, recovery and growth: positive psychological perspectives on posttraumatic stress*. New Jersey: John Wiley & Sons.
39. Kabat-Zinn, J. (1990). *Full Catastrophe Living: Using the Wisdom of Your Body and Mind to Face Stress, Pain, and Illness*. New York, New York: Delta Trade Paperbacks.
40. Koopman, C., Classen, C. in Spiegel, D. (1994). Predictors of posttraumatic stress symptoms among survivors of the Oakland/Berkeley, Calif., firestorm. *Journal of psychiatry*, 151, 888-894.
41. Lazarus, R.S. (2000). Evolution of a model of stress, coping, and discrete emotions. V V.H. Rice (Ur.), *Handbook of stress, coping and health: Implications for nursing research, theory and practice* (pp. 195-222). Thousand Oaks, CA: Sage.
42. LeDoux, J. E. (1996). *The emotional brain*. New York: Simon & Schuster.
43. Levine, P. A. (1997). *Waking the tiger: Healing trauma*. California: North Atlantic Books.
44. Lieberman, A. F. (2004). Traumatic stress and quality of attachment: Reality and internalization in disorders of infant mental health. *Infant Mental Health Journal*, 25(4), 336-351.

45. Lukas, C. in Seiden, M. (2007). *Silent grief: living in the wake of suicide*. London: Jessica Kingsley Publishers.
46. Malt, U. F. in Weisaeth, L. (1989). Disaster psychiatry and traumatic stress studies in Norway. *Acta Psychiatrica Scandinavia*, 355(1), 7-12.
47. Masten, R., Žibret, V., Tušak, M., Svetina, M. in Dimic, T. (2008). Posttravmatski stresni sindrom. V M. Tušak in R. Masten (Ur.), *Stres in zdravje* (str.97-101). Ljubljana: Fakulteta za šport, Inštitut za kineziologijo.
48. McCabe, R. E. in Antony, M. M. (2002). *Posttraumatic stress disorder (PTSD) and acute stress disorder*. Pridobljeno 30.3.2011, s <http://anxiety.stjoes.ca/posttrauma.htm>.
49. McFarlane, A. C. in Yehuda, R. (2000). Clinical treatment of posttraumatic stress disorder: Conceptual challenges raised by recent research. *Australian and New Zeland Journal of Psychiatry*, 34(6), 940-953.
50. McNally, R. J. (2003). *Remembering trauma*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
51. Mesec, B. (1998). *Uvod v kvalitativno raziskovanje v socialnem delu*. Ljubljana: Visoka šola za socialno delo.
52. Mikuš Kos, A. in Slodnjak, V. (2000). *Nesreče, travmatski dogodki in šola*. Ljubljana: DZS
53. Mikuš Kos, A. (2001). Psihične travme v otroštvu in adolescenci. V T. Samec in V. Slodnjak (Ur.), *Psihične travme v otroštvu in adolescenci*. Ljubljana: Svetovalni center za otroke, mladostnike in starše.
54. Miller, L. (1999). Treating posttraumatic stress disorder in children and families: Basic principles and clinical applications. *The American Journal of Family Therapy*, 27, 21-34.
55. Miller, L.J. (2008). *Prazosin for the treatment of posttraumatic stress disorder sleep disturbances*. Pridobljeno 13.01.2011, s <http://www.medscape.com/viewarticle/575250>.

56. Mohler, E., Resch, F., Cierpka, A. in Cierpka, M. (2001). The early appearance and intergenerational transmission of maternal traumatic experiences in the context of mother-infant interaction. *Journal of Child Psychotherapy*, 27(3), 257-271.
57. National Victim Center. (1993). *Crime and victimization in America: Statistical overview*. Arlington, VA: National Victim Center.
58. Newman, E., Kaloupek, D. G. in Keane, T. M. (1996). Assessment of Posttraumatic Stress Disorder in Clinical and Research Settings. V B. A. van der Kolk, A. C. McFarlane, & L. W. Weisaeth (Ur.), *Traumatic Stress: The effects of overwhelming experience on mind, body, and society* (str.242-275). New York: Guilford Press.
59. Nishi, D., Matsuoka, J. in Kim, Y. (2010). *Posttraumatic growth, posttraumatic stress disorder and resilience of motor vehicle accident survivors*. Pridobljeno 10.5.2011, s <http://www.bpsmedicine.com/content/4/1/7>.
60. Pagura, J., Stein, M. B., Bolton, J. M., Cox, B. J., Grant B. in Sareen, J. (2010). Comorbidity of borderline personality disorder and posttraumatic stress disorder in the U.S. population. *Journal of psychiatric research*, 44(16), 1190-1198.
61. Parry, G. (1990). *Coping with crises*. New York: Routledge.
62. Pelcovitz, D., Kaplan, S., Goldenberg, B., Mandel, F., Lehane, J. in Guarrera, J. (1995). Post-traumatic stress disorder in physically abused adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 33(3), 305-312.
63. Peres, J. F. P., Moreira-Almedia, A. M. D, Nasello, A. G. In Koenig, H. G. (2007). Spirituality and resilience in trauma victims. *Journal of religion and health*, 46, 343-350.
64. Perez, M., Vohs, K.D. in Joiner, T. E. Discrepancies between self and other esteem as correlates of aggression. *Journal of Social & Clinical Psychology*, 24, 607-620.
65. Perry, B. D., Pollard, R. A., Blakley, T. L., Baker, W. L. in Vigilante, D. (1995). Childhood trauma, the neurobiology of adaptation, and use - dependent development of the brain: How states become traits. *Infant mental Health Journal*, 16: 271-289.

66. Perry, B. D. (2001). The neuroarcheology of childhood maltreatment: The neurodevelopmental costs of adverse childhood events. V K. Franey, R. Geffner in R. Faalconer (ur.), *The cost of child maltreatment: Who pays? We all do* (str. 15-37). San Diego: Family violence and Sexual Assault Institute.
67. Reddemann, L. (2008). *Zdravilna moč domišljije: O obravnavi posledic travm s pomočjo miselnih predstav*. Ljubljana: Temza.
68. Repič, T. (2008). *Nemi kriki spolne zlorabe in novo upanje*. Celje: Celjska Mohorjeva družba.
69. Rosenbloom, D. in Williams, M.B. (2010). *Life after trauma*. New York: The Guilford Press.
70. Rothschild, B. (1998). Post-traumatic stress disorder: Identification and Diagnosis. *The Swiss Journal of Social Work*. Pridobljeno 11.01.2011, s <http://www.healing-arts.org/tir/n-r-rothschild.htm>
71. Rothschild, B. (2000). *The body remembers: The psychophysiology of trauma and trauma treatment*. New York: W.W. Norton & Company.
72. Rowland-Klein, D. (2004). The transmission of trauma across generations: Identification with parental trauma in children of Holocaust survivors. V D.R. Catherall (Ur.), *Handbook of stress, trauma, and the family* (str. 117-136). New York: Bruner-Routledge.
73. Rus Makovec, M. (2003). *Zloraba moči in duševne motnje ter poti iz stiske*. Ljubljana: Cankarjeva založba.
74. Rutter, M. (1985). Resilience in the face of adversity: Protective factors and resistance to psychiatric disorder. *British Journal of Psychiatry*, 147, 598-611.
75. Sagadin, J. (1995). Nestandardizirani intervju. *Sodobna pedagogika*, 7-8, 311-322.
76. Salter, E. in Stallard, P. (2004). Posttraumatic growth in child survivors of a road traffic accident. *Journal of Traumatic Stress*, 17(4), 335-340.

77. Scaer, R. C. (2007). *The body bears the burden: Trauma, Dissociation and Disease*. New York: Haworth press.
78. Schore, A.N. (2002). Dysregulation of the right brain: A fundamental mechanism of traumatic attachment and the psychopathogenesis of posttraumatic stress disorder. *Australian and New Zeland Journal of Psychiatry*, 36, 9-30.
79. Schore, A. N. (2003). *Affect dysregulation and disorders of the self*. New York: W. W. Norton & Company.
80. Shalev, A. Y. (2000). Post-traumatic stress disorder: diagnosis, history and life course. V D. Nutt, J. R. T. Davidson in J. Zohar (Ur.), *Post-traumatic stress disorder: Diagnosis, management and treatment* (str. 1-15). Washington: American Psychological Association.
81. Shalev, A. Y. (2001). What is posttraumatic stress disorder? *Journal of Clinical Psychiatry*, 62(17), 4-10.
82. Shapiro, E. in Forrest, M. S. (1997). *EMDR: The breakthrough therapy for overcoming anxiety, stress, and trauma*. New York: BasicBooks.
83. Shapiro, E. (1999). Trauma, shame and group psychotherapy: A self psychology perspective. *Group*, 23(2), 51-65.
84. Solomon, E. P. in Heide, K. M. (2005). The biology of trauma: Implications for treatment. *Journal of interpersonal Violence*, 20(1), 51-60.
85. Solomon, S. D. in Johnson, D. M. (2002). Psychosocial treatment of posttraumatic stress disorder: A practice-friendly review of outcome research. *Journal of Clinical Osychology*, 58, 947-959.
86. Smith, P., Perrin, S., Yule, W. in Clark, D.M. (2010). *Post traumatic stress disorder: Cognitive therapy with children and young people*. New York: Routledge.
87. Steuwe, C., Lanius, R. A. in Frewen, P. A. (2012). Evidence for a dissociative subtype of PTSD by latent profile and confirmatory factor analyses in a civilian sample. *Depression and anxiety*, 29(5), 355-459.

88. Tedeschi, R. in Calhoun, L. (1995). *Trauma & Transformation*. CA: Sage Publications.
89. Tedeschi, R. G. in Calhoun, L. G. (2004). Target article: »Posttraumatic growth: Conceptual foundations and empirical evidence«. *Psychological Inquiry*, 15(1), 1-18.
90. Thompson, B. (2009). *Avoidance in posttraumatic stress disorder*. Pridobljeno 12.01.2011, s <http://www.anxietyclinics.com/posttraumatic-stress-disorder/avoidance-in-ptsd>.
91. Tull, M. (2009). *Coping with sleep problems*. Pridobljeno 12.01.2011, s <http://www.ptsd.about.com/od/selfhelp/qt/sleeptips.htm>.
92. Turnbull, G. J. in McFarlane, A. C. (1996). V B. A. van der Kolk, A. C. McFarlane, & L. W. Weisaeth (Ur.), *Traumatic Stress: The effects of overwhelming experience on mind, body, and society* (str.480-490).
93. van der Kolk, B. A. (1996). The body keeps the score: Approaches to the psychobiology of posttraumatic stress disorder. V B. A. van der Kolk, A. C. McFarlane, & L. W. Weisaeth (Ur.), *Traumatic Stress: The effects of overwhelming experience on mind, body, and society* (str.214-241).
94. van der Kolk, B. A., McFarlane, A. C. in van der Hart, O. (1996). A General Approach to Treatment of Posttraumatic Stress Disorder. V B. A. van der Kolk, A. C. McFarlane, & L. W. Weisaeth (Ur.), *Traumatic Stress: The effects of overwhelming experience on mind, body, and society* (str.417-440).
95. van der Kolk, B. A., van der Hart, O. in Marmar, C. R. (1996). Disociation and Information Processing in Posttraumatic Stress Disorder. V B. A. van der Kolk, A. C. McFarlane, & L. W. Weisaeth (Ur.), *Traumatic Stress: The effects of overwhelming experience on mind, body, and society* (str.303-327).
96. van der Kolk, B. A., Weisaeth, L. in van der Hart, O. (1996). History of trauma in psychiatry. V B. A. van der Kolk, A. C. McFarlane, & L. W. Weisaeth (Ur.), *Traumatic Stress: The effects of overwhelming experience on mind, body, and society* (str.47-77).
97. van der Kolk, B. A. (2002). Posttraumatic therapy in the age of neuroscience. *Psychoanalytic Dialogues*, 12(3), 381-392.

98. van der Kolk, B. A. (2003). Posttraumatic stress disorder and the nature of trauma. V D. J. Siegel in M. F. Solomon (ur.), *Healing trauma: Attachment, mind, body, and brain* (str. 168-195). New York: W. W. Norton & Company.
99. Vogrinc, J. (2009). *Kvalitativno raziskovanje na pedagoškem področju*. Ljubljana: Pedagoška fakulteta.
100. Werner, E. E. (1993). Risk, Resilience, and recovery: Perspectives from the Kauai longitudinal study. *Development and Psychopathology*, 5: 503-515.
101. Whitfield, C.L. (1995). *Memory and abuse: Remembering and healing the effects of trauma*. Florida: Health Communications.
102. Woodward, C. in Joseph, S. (2003). Positive change processes and post-traumatic growth in people who have experienced child abuse: Understanding vehicle of change. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 76(3), 267-283.
103. World Health Organization. (1992). *The IC-10 classification of mental and behavioural disorders: Clinical descriptions and diagnostic guidelines*. Geneva, Switzerland: Who.
104. Yule, W. (2001). Posttraumatic stress disorder in the general population and in children. *Journal of Clinical Psychiatry*, 62(17), 23-28.
105. Zayfert, C. in Black Becker, C. (2007). *Cognitive-Behavioral therapy for PTSD: A case formulation approach*. New York: The Guilford Press.
106. Žibret, V., Svetina, M., Tušak, M., Dimec, T., Ivanovski, A., Masten, D. in Masten, R. (2008). Stres in zdravje. V M. Tušak in R. Masten (Ur.), *Stres in zdravje* (str.57-96). Ljubljana: Fakulteta za šport, Inštitut za kineziologijo.

VI. PRILOGA

DOBESEDEN PREPIS INTERVJUJA	KODE 1. REDA
<p>Za začetek, če se lahko na kratko opišete?</p> <p>Sem Barbara Repinc. Po osnovni izobrazbi sem pedagoginja, sociologinja. Sicer sem pa certificirana transakcijsko analitična psihoterapevtka. Delam v svoji zasebni praksi, sedaj že četrto leto.</p> <p>Tisto, kar vi dajete osebam s posttravmatsko stresno motnjo, kaj je tisto, kar jim najbolj pomaga? Je to bolj odnos ali tehnike? Po lastnih izkušnjah, kaj menite?</p> <p>V osnovi, da lahko sploh tehnike uporabimo, <u>¹mora biti en odnos, delovna aliansa vzpostavljena</u>. V prvi vrsti je odnos, da se <u>²ljudje počutijo sprejete,</u> <u>³razumljene</u> in da so sploh <u>⁴pripravljeni govoriti o svojih travmah</u> in <u>⁵da lahko zaupajo, da bodo zmogli z mojo pomočjo jih preseči.</u> <u>⁶Tisti del varne navezanosti, ki je v otroštvu ni bilo, tukaj na terapiji popravljamo, pravzaprav v terapevtskem odnosu.</u></p> <p>Kako mislite, da si sami lahko najbolj pomagajo, izven terapije?</p> <p>V prvih urah je nekako moj način dela, da jih seznanim s <u>⁷sprostitvenimi</u></p>	<p>¹nujen je vzpostavljen terapevtski odnos</p> <p>²občutek sprejetosti</p> <p>³občutek, da jih nekdo razume</p> <p>⁴pripravljenost govoriti o travmi</p> <p>⁵zaupanje v terapevta</p> <p>⁶popravlja se varna navezanost</p> <p>⁷sprostitvene vaje</p>

DOBESEDEN PREPIS INTERVJUJA	KODE 1. REDA
<p>vajami; da jih spoznam z ⁸vajami iz metode čuječnosti, se pravi nekako ⁹sprejemanje časa tukaj in zdaj in to na nekritičen način; da jih vabim v ¹⁰razmišljanje sivine, ¹¹iz nekega črno belega razmišljanja, ki je zelo pogosto za ljudi, ki so bili travmatizirani, se pravi, da vadijo to tudi v svojem prostem času.</p> <p>Kako pa se spoprijemajo z motnjo? Ali hočejo potlačiti, ali se želijo spopasti s tem, kakšne izkušnje imate?</p> <p>Odvisno v kakšni fazi ljudje pravzaprav pridejo k meni na terapijo. Pri enih se odkrije šele čez čas, da gre za PTSM. Nekateri o svojih simptomih sploh ne poročajo na začetku terapije. ¹²Lahko tudi poskušajo potlačiti vse to, da ne pridejo v stik z vsemi temi vsebinami. To je zelo odvisno na kateri stopnji pridejo ljudje na terapijo. ¹³Velikokrat bežijo stran, se pogovarjamo o tem, tukaj se mi zdi, da gre za en ples klienta s terapevtom, saj vidiš, kdaj klient beži stran, kdaj je pripravljen, kdaj ni. Iščeš tiste momente za terapijo.</p> <p>Glede na to, da so to kar težke zgodbe, kako pa vi doživljate stres na delovnem mestu?</p> <p>Zdi se mi zelo pomembno, da sem ¹⁴jaz vključena v osebno terapijo. To se mi zdi ena ključnih stvari.</p> <p>Imate to redno?</p> <p>Ja. Tudi sam pogoj, da prideš do certifikata terapevta, je to, da si vključen v</p>	<p>⁸vaje čuječnosti</p> <p>⁹nekritično sprejemanje sedanjega trenutka</p> <p>¹⁰večdimenzionalno razmišljanje</p> <p>¹¹zelo pogosto črno-belo razmišljanje</p> <p>¹²težnja po potlačitvi travme</p> <p>¹³pogosto izogibanje pogovora o travmi</p> <p>¹⁴vključenost v osebno terapijo</p>

DOBESEDEN PREPIS INTERVJUJA	KODE 1. REDA
<p>osebno terapijo. Se pravi, da ¹⁵<u>predelaš svoje stiske, strahove, mogoče tudi travme, ki jih imaš</u>. Zato ker ¹⁶<u>vsak klient, ki pride sem tudi v tebi nekaj vzbudi</u>, prej ali slej prideš do nekih podobnih vsebin, ki jih imaš ti. Na podoben ali drugačen način, nekje se ujameta. ¹⁷<u>Da imaš nekoga, s katerim lahko predebatiraš svoje vsebine</u>, zato da si lahko potem ti na voljo svojemu klientu. To se mi zdi ena od osnovnih stvari, potem pa še po strokovni plati, da imaš ¹⁸<u>redne supervizije</u>, pravzaprav v času študija so sploh predpisane, nekje pri nas je bila na vsakih šest ur dela s klientom supervizija zanj. Jaz imam pa še vedno, štiri do pet ur supervizije, potem imam ¹⁹<u>intervizijske skupine, ko se terapevti med sabo znotraj povežemo, predebatiramo določene stvari</u>, pa ²⁰<u>redna, dodatna izobraževanja</u>, da čimveč veš o težavah, problematiki, kako drugi rešujejo, kaj bi ti pomagalo še pri kakšnem klientu.</p> <p>Kaj pa kakšni hobiji, si tudi na ta način pomagate?</p> <p>Ja. Ta del pa sploh. To, kar velja za moje kliente, velja tudi zame. ²¹<u>Sprostitutvene tehnike</u>, ²²<u>ukvarjanje s športom</u>. ²³<u>Moj ventil je to, da tečem</u>. Sicer ne veliko, vsak dan tri kilometre, ampak toliko, da lahko dam stvari ven. ²⁴<u>Prosti čas je zelo pomembna stvar, da ²⁵zmoreš kdaj zapret vrata tudi v svoji glavi</u>, ²⁶<u>da si lahko v prostem času samo to, kar si</u>. Ne samo terapevt, da si doma mama, žena, prijateljica, nisi pa terapevt.</p> <p>Ali vam uspe, da zgodb klientov ne nosite domov?</p>	<p>¹⁵predelava lastnih notranjih konfliktov</p> <p>¹⁶vsak klient vzbudi nekaj v terapevtu</p> <p>¹⁷imeti nekoga za pogovor o sebi</p> <p>¹⁸redne supervizije</p> <p>¹⁹intervizija</p> <p>²⁰redna strokovna izobraževanja</p> <p>²¹sprostitutvene tehnike</p> <p>²²šport</p> <p>²³tek kot ventil</p> <p>²⁴velik pomen prostega časa</p> <p>²⁵umirjen um</p> <p>²⁶ločevanje zasebnega in poklicnega časa</p>

DOBESEDEN PREPIS INTERVJUJA	KODE 1. REDA
<p><u>²⁷Zmeraj mi ne uspe, da zgodb ne bi nosila domov. Zdi se mi, da mi ²⁸zelo pomaga metoda čuječnosti, se pravi ²⁹metoda sprejemanja realnosti tukaj in zdaj in sicer na nek nekritičen način. Da zmorem ³⁰ustavljat misli, ³¹jih sprejemati, da so pač prišle in da okej, najbrž ³²imajo neko svojo vrednost, ampak da ³³jih ne razpredam naprej.</u></p> <p>Če se vrneva na osebe s PTSM, ti odzivi na travmo, ko je značilen beg, boj ali zamrznitev, se mogoče kateri od teh odzivov pojavlja večkrat?</p> <p>Čisto odvisno. Nekako ti trije F-ji, fly, fight, freezing, čisto odvisno. Razmišljam. Ne, ne bi mogla reči, ³⁴mogoče za kakšen procent več je teh, ki <u>zamrznejo.</u> ³⁵Ker tukaj gre ravno za ta boj simpatičnega in parasimpatičnega živčevja, sistema pri zamrznjenju. Tako da mislim, da je tukaj največji ta 'catch'. ³⁶Pri travmi nastane energija nekaj več večkratnih orgazmov v telesu in ³⁷dokler se ne more sprostiti, bo nekje energija morala ven priti čez čas pri ljudeh s PTSM. In ³⁸običajno prihaja na neprav način za njih, ³⁹težko delujejo. Mogoče ja, je delček več teh, ki zamrznejo.</p> <p>Katera pa so najpogostejša čustva, ki jih doživljajo?</p> <p><u>⁴⁰Čustva, ki jih doživljajo so zelo različno od posameznika. Ne bi posploševala, zato ker je tudi ⁴¹odvisno kako so se oni naučili spopadati s čustvi skozi njihovo otroštvo.</u></p> <p>Se pravi je tudi od tega odvisno?</p>	<p>²⁷vedno ne more odmisliiti zgodb klientov ²⁸v veliko pomoč metoda čuječnosti ²⁹nekritično sprejemanje sedanjega trenutka ³⁰ustavljanje misli ³¹sprejemanje misli ³²zavedanje pomena misli ³³nadzorovanje lastnih misli</p> <p>³⁴malenkost več je zamrznitve</p> <p>³⁵pri zamrznitvi gre za boj simpatičnega in parasimpatičnega živčevja ³⁶pri travmi nastane enormna količina energija</p> <p>³⁷energija uhaja ven, ker ne pride do sprostitve ³⁸energija se sprošča na neustrezen način ³⁹težko funkcionirajo</p> <p>⁴⁰čustva se razlikujejo od posameznika do posameznika</p> <p>⁴¹odvisno od naučenega ravnanja s čustvi skozi otroštvo</p>

DOBESEDEN PREPIS INTERVJUJA	KODE 1. REDA
<p>Ja, imam tak občutek. Recimo zdaj imam v glavi ⁴²<u>enega klienta, ki se smeji, ko govori o stvareh, ki so težke, žalostne, se pravi smeh je bil dovoljen v družini, žalost pa ne.</u> Strah pa še najmanj. Tako da zelo različno od posameznika in od enega do drugega klienta, ⁴³<u>od njihovega otroštva,</u> ⁴⁴<u>od tega, kaj je bilo dovoljeno in kaj ne.</u></p> <p>Se pravi je odvisno bolj od njihovega otroštva kot pa od tega za kakšno travmo je šlo?</p> <p>⁴⁵<u>Po mojem mnenju gre za kombinacijo otroštva in tega, za kakšno travmo je šlo.</u> Ker nekje tudi moje prepričanje je, da se ⁴⁶<u>PTSM po vsej verjetnosti razvije pri tistih ljudeh, kjer ni bilo neke varne navezanosti v otroštvu,</u> ⁴⁷<u>ki so bili že takrat bolj izpostavljeni, travmam z malim t, ni treba, da je šlo za travme z velikim t.</u> Verjetno so taki ljudje bolj izpostavljeni, da se bo motnja razvila. Saj vsak od nas je imel določene travme, pa ni rečeno, da se motnja razvije.</p> <p>Kaj pa občutek krivde?</p> <p>⁴⁸<u>Odvisno za kakšno travmo gre.</u> ⁴⁹<u>Če je povezano z odnosom z bližnjimi, potem kar pride ja.</u> Če so bile kakšne ⁵⁰<u>prometne nesreče,</u> kakšni ⁵¹<u>uboji,</u> ⁵²<u>umori,</u> ampak je spet odvisno. ⁵³<u>Če je nekdo prejemal sporočilo iz otroštva ti si kriv za vse, se bo recimo krivil za prometno nesrečo, tudi če je ne povzroči.</u></p> <p>⁵⁴<u>Treba je res vsakega posameznika pogledat, z vso njegovo zgodbo, zelo težko bi posplošila.</u></p>	<p>⁴²smeh ob težkih stvreh, če žalost v družini ni bila dovoljena</p> <p>⁴³odvisno od otroštva</p> <p>⁴⁴odvisno od dovoljenega in nedovoljenega čustvovanja</p> <p>⁴⁵kombinacija otroštva in vrste travme</p> <p>⁴⁶pojav PTSM, kjer ni bilo varne navezanosti v otroštvu</p> <p>⁴⁷pojav PTSM pri tistih z več travmami v otroštvu</p> <p>⁴⁸občutek krivde odvisen od vrste travme</p> <p>⁴⁹občutek krivde prisoten pri travmi povezani z bližnjimi</p> <p>⁵⁰prometne nesreče</p> <p>⁵¹uboji</p> <p>⁵²umori</p> <p>⁵³občutek krivde ni povezan z dejansko krivdo</p> <p>⁵⁴potrebno pogledati vsakega posameznika z vsem ozadjem</p>

DOBESEDEN PREPIS INTERVJUJA	KODE 1. REDA
<p>Veliko se piše tudi o zaupanju, da imajo ljudje s PTSM težave z zaupanjem.</p> <p>⁵⁵<u>Ja, to je zelo velikokrat. Preden je ta delovna aliansa sploh vzpostavljena, mora biti prisoten občutek varnosti, da so sprejeti, je zelo pomembno. Verjetno tudi po sami osebnostni strukturi, vem, da ene ⁵⁶teorije govori o tem, da se PTSM velikokrat povezuje z borderline osebnostno motnjo. S tem večnim razcepom med plusom in minusom. ⁵⁷Če sem na primer kot terapevt en dan najslabši terapevt, na naslednjem srečanju najboljši terapevt, je tukaj potrebno zelo veliko časa, da bo nekdo spoznal, da je v eni osebi lahko plus in minus, črno in belo. Zaupanje je tukaj zelo pomembno, da se sploh lahko lotimo enih težkih stvari.</u></p> <p>Se pravi imajo osebe s PTSM zelo podobno osebnostno strukturo?</p> <p>⁵⁸<u>Neke teorije dajejo pomen temu. ⁵⁹Z borderline osebnostjo se velikokrat povezuje, da so imeli travmatsko izkušnjo oziroma več travmatskih izkušenj in ⁶⁰da se pri njih velikokrat razvije PTSM.</u></p> <p>V teoriji tudi piše, da ne gre za samozavestne, odločne ljudi...</p> <p>Ja, saj to je to, ko sem ti rekla ta ⁶¹<u>povezanost z načinom, kako so živeli v otroštvu, ko ni bilo varne navezanosti, ⁶²ni bilo občutka pripadnosti družini ali pa ⁶³enega zaupanja, da so starši tam zraven na voljo, ⁶⁴že od dojenčka naprej se krepi en tak občutek.</u></p> <p>Se v kombinaciji s ptsm pojavljajo še druge motnje, odvisnosti?</p>	<p>⁵⁵zelo pogoste težave z zaupanjem</p> <p>⁵⁶povezanost PTSM in borderline osebnosti</p> <p>⁵⁷dojemanje terapevta izrazito črno-belo</p> <p>⁵⁸teorije o povezanosti PTSM in osebnosti</p> <p>⁵⁹borderline osebnost povezana s travmatskimi dogodki</p> <p>⁶⁰borderline osebnosti pogosto razvijejo PTSM</p> <p>⁶¹življenje v družini, kjer ni bilo varne navezanosti</p> <p>⁶²občutek nepripadnosti v družini</p> <p>⁶³nezaupanje v čustveno dostopnost staršev</p> <p>⁶⁴že kot dojenček krepi občutek nevednosti</p>

DOBESEDEN PREPIS INTERVJUJA	KODE 1. REDA
<p>Ja. Lahko so ⁶⁵<u>prisotna rizična vedenja</u> kot ⁶⁶<u>prehitra vožnja</u>, se pravi zavestna prehitra vožnja, ⁶⁷<u>menjavanje spolnih partnerjev, brez zaščite</u>, ⁶⁸<u>impulzivno vedenje</u>, na primer pri pitju lahko abstirirajo pol leta, pa potem pride do dveh, treh dni impulzivnega pitja recimo. ⁶⁹<u>Prenajedanje</u>. ⁷⁰<u>Agresivnost do drugih, ni rečeno, da samo fizično, ampak lahko tudi verbalno</u>, ti ⁷¹<u>izpadi ali izbruhi</u>. Lahko so ⁷²<u>ekstremni športniki</u> zato, da pozabijo.</p> <p>Ali misliš agresivnost usmerjena proti sebi ali proti drugimi?</p> <p>⁷³<u>Spet odvisno od tega kakšno pozicijo o svetu so zavzeli</u>. ⁷⁴<u>Če sem jaz okej pa ti nisi okej, seveda gredo na ven</u>. ⁷⁵<u>Če imajo pa negativen občutek o samemu sebi je pa potem tudi</u> ⁷⁶<u>rezanje</u> recimo. Ali pa druge vrste samomorov, čeprav se čudno sliši. Lahko imaš ⁷⁷<u>socialni samomor</u>, da se obrneš stran od ljudi, lahko imaš ⁷⁸<u>delovni samomor</u>, se pravi boš naredil vse, da nobene službe ne boš obdržal, v tem smislu samomora, ko se ⁷⁹<u>omejuje od tega, da bi lahko živel kvalitetno življenje</u>. ⁸⁰<u>Spolni samomor, ko imajo recimo spolne odnose vsepovek, brez zaščite, to je kar pogosto</u>.</p> <p>Jim pomaga vera? To, da v nekaj verjamejo.</p> <p>⁸¹<u>To je zelo pomembno</u>, ne samo v smeri PTSM, ampak tudi sicer. Eno moje zanimanje, to kar je tudi znotraj eksistencialne psihoterapije je to nekje, da ⁸²<u>pri travmah zelo vstopimo v kontakt s smrtjo</u>, prej ali slej pride nek ⁸³<u>občutek o šit, lahko bi umrl</u> in je ⁸⁴<u>cel kup enih strahov povezanih s smrtjo</u>. Lahko so</p>	<p>⁶⁵prisotnost rizičnih vedenj ⁶⁶prehitra vožnja ⁶⁷menjavanje spolnih partnerjev brez zaščite ⁶⁸impulzivno vedenje ⁶⁹prenajedanje ⁷⁰fizična in verbalna agresivnost do drugih ⁷¹agresivne epizode ⁷²ekstremni šport ⁷³usmerjenost agresije odvisna od odnosa do sveta ⁷⁴oseba s pozitivno samopodobo agresijo usmeri ven ⁷⁵oseba z negativno samopodobo agresijo usmeri navznoter ⁷⁶rezanje ⁷⁷socialni samomor ⁷⁸delovni samomor ⁷⁹sami sebe prikrajšajo za kvalitetno življenje ⁸⁰pogosti spolni samomor ⁸¹vera je zelo pomembna ⁸²ob travmi kontakt s smrtjo ⁸³zavedanje, da bi skoraj izgubil življenje ⁸⁴strahovi povezani s smrtjo</p>

DOBESEDEN PREPIS INTERVJUJA	KODE 1. REDA
<p>oprijemljivi ali pa neoprijemljivi v smislu ali bi trpel, če bi umrl, kaj bi si moji domači mislili, če bi umrl, kako bi bilo njim, kako bi bilo meni. Ali pa ti neoprijemljivi strahovi, kaj je po smrti. Tako, da je znotraj tega ⁸⁵<u>zelo dobrodošlo, da ljudje imajo neko religijo, neko vrsto duhovnosti, ⁸⁶ki jim lahko pomaga pri vsem tem, da jih ne pušča nekje samih, da trpijo.</u></p> <p>V družinah, kjer odraščajo osebe s PTSM, se ponavljajo morda kakšne podobne zgodbe?</p> <p>⁸⁷<u>Starši zanemarjajo otroke, ⁸⁸ni rečeno, da v fizičnem smislu, da ne bi bilo dovolj dobrin ali hrane, ampak ⁸⁹bolj ta čustvena zanemarjenost v smislu, da ⁹⁰ni bilo časa za njih, da so bili zelo ⁹¹ambivalentni odnosi, enkrat vse v redu, drugič vse na glavo. Ali ⁹²otroku niso dali enega njegovega mesta, da so ga ⁹³preveč srkali za sebe, lahko se ni mogel odcepiti. Tako, bolj ta zanemarjenost po čustveni plati.</u></p> <p>Za osebe s PTSM se velikokrat omenja, da se umaknejo od ljudi, distancirajo od njih. Kažejo tako tudi tvoje izkušnje s klienti?</p> <p>Ja, ampak ⁹⁴<u>ni rečeno, da so fizično sami zase. Bi lahko rekla, da so eni ⁹⁵pravzaprav zelo radi v družbi, ampak hkrati niso tam.</u></p> <p>Se pravi so čustveno zelo daleč.</p> <p>Ja. Hkrati pa je ⁹⁶<u>zelo velika težnja po tem, da so blizu, ampak ⁹⁷velikokrat si ne upajo biti zelo blizu, čustveno. To ⁹⁸se kaže tudi v odnosu do mene, do</u></p>	<p>⁸⁵religioznost zelo dobrodošla</p> <p>⁸⁶duhovnost kot opora pri spoprijemanju s travmo</p> <p>⁸⁷starši zanemarjajo otroke</p> <p>⁸⁸ne nujno fizična zanemarjenost</p> <p>⁸⁹bolj čustvena zanemarjenost</p> <p>⁹⁰starši niso imeli časa za njih</p> <p>⁹¹ambivalentni odnosi</p> <p>⁹²kot otrok ni dobil svojega mesta</p> <p>⁹³ni bilo možnosti za odcepitev</p> <p>⁹⁴ne nujno fizični umik</p> <p>⁹⁵nekateri zelo radi v družbi, a niso zares tam</p> <p>⁹⁶močna težnja biti blizu</p> <p>⁹⁷pogosto jih je strah čustvene bližine</p> <p>⁹⁸strah pred čustveno bližino tudi v odnosu s terapevtom</p>

DOBESEDEN PREPIS INTERVJUJA	KODE 1. REDA
<p><u>terapevta.</u></p> <p>So odnosi, ki jih imajo v družini, podobni tistim odnosom, ki jih imajo do prijateljev, sodelavcev...? Zavzamejo neko generalizirano držo do ljudi?</p> <p>Mislím, da eno tako splošno držo ima vsak izmed nas, do ljudi, do sebe, do sveta. Iz situacije v situacijo se lahko zelo menjava. Lahko imam jaz eno splošno prepričanje jaz sem okej, ti si okej, izhajam iz transakcijske, ampak ni rečeno, da bo to celotna filozofija mojega življenja. Lahko sem v odnosu do mojih staršev jaz sem minus, ti si plus, v odnosu do nekih kolegov pa pa ravno obratno, tako da zelo različno. Tukaj ne bi posploševala.</p> <p>Opažáš pri klientih potravmatsko rast?</p> <p>Ja. ⁹⁹<u>Če je travma predelana, potem zagotovo pride do nekega novega uvida v življenje, tak je moj občutek. Ampak tukaj se mi zdi, da gre to skupaj s to eksistencialno psihoterapijo. ¹⁰⁰S soočanjem tega, da življenje ni samo plus, ampak da so ¹⁰¹vzponi in padci, in da jih nekako sprejmejo in da ¹⁰²znajo zraven sprejeti tudi tveganje in bolečino, ki jo prinaša življenje. Če zmorejo prevzeti tveganja in bolečino, potem lahko ¹⁰³eno kakovost v življenju vzpostavijo, en ¹⁰⁴drugačen pogled.</u></p> <p>Če te prav razumem, da sprejmejo življenje tako kot je.</p> <p>Ja, tako je. Da ga sprejmejo s plusi in minusi in potem je tu neka ¹⁰⁵<u>avtonomnost, da ne zaviješ vsega v celofan ali pa v črno in belo, ampak</u></p>	<p>⁹⁹predelava travme pomeni nov uvid</p> <p>¹⁰⁰soočanje z vsem, kar življenje prinaša</p> <p>¹⁰¹sprejemanje vzponov in padcev</p> <p>¹⁰²sprejemanje in zmožnost prevzemanja tveganj in bolečine</p> <p>¹⁰³vzpostavitev življenjske kakovosti</p> <p>¹⁰⁴drugačen pogled</p> <p>¹⁰⁵avtonomnost sprejeti realnost tako kot je</p>

DOBESEDEN PREPIS INTERVJUJA	KODE 1. REDA
<p><u>sprejemaš tako kot je. Na tak način potem ¹⁰⁶lažje in tudi bolj kvalitetno živijo.</u></p> <p>¹⁰⁷<u>Ko predelaš travmo, gotovo lahko nastopi rast.</u></p> <p>Že prej si malo omenila varovalne in rizične dejavnike. V čem bi ti rekla, da se ljudje, ki razvijejo PTSM razlikujejo od ljudi, ki gredo tudi skozi neke težke travme, ampak pri njih se pa PTSM ne razvije.</p> <p>Morda ravno njihova ¹⁰⁸<u>nezmožnost, da bi se soočili s temi tveganji, bolečino,</u></p> <p>¹⁰⁹<u>ker jim to nekako v otroštvu tudi ni bilo dano. Tako kot njihovim staršem ne. Tu gre velikokrat za nek ¹¹⁰transgeneracijski način prenosa kako se spopadati z enimi stresnimi dogodki. Če se ¹¹¹kot starš nisem sposoben soočiti se z izgubami, travmami in sem ves anksiozen, ¹¹²ko pride do nečesa takega, seveda bom to anksioznost prenesel na svoje otroke. Ali pa če se ¹¹³zelo zgodaj zgodijo travmatski dogodki, ¹¹⁴ko se on še ne more spopasti z njimi, se mi zdi, da je tu to bistvo, ta razlika med tistimi, ki imajo več travm zapored in zmorejo in se PTSM ne razvije in tistimi, ki se razvije in ¹¹⁵so bili v otroštvu prikrajšani, da bi se soočili.</u></p> <p>Torej ta odprtost, da so se sposobni izraziti. Najbrž tudi odvisno od tega, da imajo nekoga, s katerim lahko govorijo, da imajo neko osebo, ki jim je blizu.</p> <p>Ja, ¹¹⁶<u>da lahko podeliš strahove, ¹¹⁷da bi lahko govoril o tem in bil hkrati ¹¹⁸sprejet. Ne da nekdo zamahne z roko in reče daj nehaj, saj to ni nič takega,</u></p>	<p>¹⁰⁶lažje in bolj kvalitetno življenje</p> <p>¹⁰⁷predelava travme lahko sproži rast</p> <p>¹⁰⁸nezmožnost soočanja s tveganji in bolečino</p> <p>¹⁰⁹v otroštvu jim ni bilo omogočeno soočanje z bolečino</p> <p>¹¹⁰transgeneracijski prenos spoprijemanja s stresnimi dogodki</p> <p>¹¹¹starši niso bili sposobni soočiti se s stresnimi dogodki</p> <p>¹¹²prenos anksioznosti s staršev na otroka</p> <p>¹¹³zgodnji travmatski dogodki</p> <p>¹¹⁴zelo zgodaj se otrok ne more spopasti s travmami</p> <p>¹¹⁵prikrajšanost za soočanje s travmami iz otroštva</p> <p>¹¹⁶možnost podeliti strahove</p> <p>¹¹⁷možnost pogovora o travmi</p> <p>¹¹⁸sprejetost</p>

DOBESEDEN PREPIS INTERVJUJA	KODE 1. REDA
<p>kaj kompliciraš. Ali pa daj nehaj se jokati, saj ni strašno.</p> <p>V teoriji piše, da je največji varovalni dejavnik podporni odnos z mamo, se to kaže tudi v praksi?</p> <p>Ja, to je to, kar sem že večkrat omenila, ta ¹¹⁹<u>varna navezanost</u>, mama ali pa nek drug ¹²⁰<u>primarni objekt, ni nujno, da je mama, ki po porodu skrbi, da se bo razvila neka varna navezanost</u>, ker so lahko drugačne vrste navezanosti. Tako da ja, ¹²¹<u>primarni objekt vsekakor veliko pripomore k temu</u>.</p> <p>Se pri osebah s PTSM kaže kakšna značilna fiziologija, določene bolečine...?</p> <p>Mislím, da ¹²²<u>se to različno odraža</u>. Lahko imaš ¹²³<u>težave z dihanjem</u>, ¹²⁴<u>glavoboli</u>, ¹²⁵<u>bolečine v želodcu</u> so tudi kar pogoste. Različno.</p> <p>Kaj pa nočne more?</p> <p>Ja, ¹²⁶<u>nočne more</u> se pojavljajo, čeprav zelo neradi govorijo o tem, vsaj na začetku. Čeprav ¹²⁷<u>nočne more so lahko krasen vir za delo s travmo</u>. ¹²⁸<u>V smislu podzavesti, ki se čez noč nekako pokaže</u>. Na začetku težko govorijo o tem, kasneje je pa nekako lažje.</p> <p>Kaj pa flasbacki?</p> <p>Tudi ¹²⁹<u>flasbacki se pojavljajo</u>, sploh ¹³⁰<u>če se približajo krajem ali pa ljudem</u>, ki so povezani s travmo. Običajno ¹³¹<u>mora biti nek sprožilec, da pride do flasbacka</u>. ¹³²<u>Lahko je to glasba na radiu, ki se je vrtela v času travme</u>. In jih</p>	<p>¹¹⁹varna navezanost</p> <p>¹²⁰skrb primarnega objekta za razvoj varne navezanosti po porodu</p> <p>¹²¹primarni objekt lahko veliko doprinese</p> <p>¹²²različno odražanje na telesu</p> <p>¹²³težave z dihanjem</p> <p>¹²⁴glavoboli</p> <p>¹²⁵bolečine v želodcu</p> <p>¹²⁶nočne more</p> <p>¹²⁷nočne more kot pomoč pri predelavi travme</p> <p>¹²⁸podzavest se odraža v sanjah</p> <p>¹²⁹pojavljajo se flasbacki</p> <p>¹³⁰v bližini krajev in ljudi povezanih s travmo</p> <p>¹³¹sprožilec povzroči flashback</p> <p>¹³²sprožilec lahko glasba v času travme</p> <p>¹³³takoj jih vrne v čas in prostor travme</p>

DOBESEDEN PREPIS INTERVJUJA	KODE 1. REDA
<p>¹³³kar naenkrat vrne v čas in prostor, ko se je travma zgodila.</p> <p>Se flashbacki pojavljajo bolj v smislu filmov, ki se jim vrtijo ali bolj to, da v telesu začutijo neko notranjo stisko?</p> <p>¹³⁴Zelo različno. ¹³⁵Za eno klientko vem, da je doživljala zelo telesno. Pri nekaterih se vrtijo samo slike. Različno. Tudi skozi EMDR, ¹³⁶nekateri se odzivajo samo tako, da se jim vrtijo slike o njihovi preteklosti in vidijo stvari, drugim samo ¹³⁷misli prihajajo, ¹³⁸drugi se lahko odzivajo samo na telesu. Lahko se spreminjajo samo občutki v telesu, brez da bi prihajale slike. Morda je to povezano s tipom ljudi, ker eni so na primer vizualni, ne vem.</p> <p>So pogoste tudi kronične bolezni?</p> <p>Ja, ¹³⁹kronične bolezni so pogoste. Sedaj bi še dodala nekaj na prejšnje vprašanje. ¹⁴⁰Če je bila travma zgodaj v otroštvu, potem bo odziv bolj na telesu. Tam do tretjega leta nimamo slik v smislu spomina, kar pomeni, da ¹⁴¹naše telo dela in je tam spomin. Tako se ¹⁴²travma kopiči v telesu in je tudi odzivanje bolj na telesu.</p> <p>Za konec še, če mi poveš, če je morda še kaj takšnega okrog posttravmatske stresne motnje, da te nisem vprašala, pa se ti zdi pomembno?</p> <p>To, kar sva sicer že omenili. Pomen telesa. ¹⁴³Pomen dela s telesom. ¹⁴⁴Zavedanje telesa je zelo pomembna stvar. Obstaja ena ¹⁴⁵knjiga Levin:</p>	<p>¹³⁴različno doživljanje</p> <p>¹³⁵klientka doživljala zelo telesno</p> <p>¹³⁶nekaterim se vrtijo samo slike o preteklosti</p> <p>¹³⁷prihajajo v mislih</p> <p>¹³⁸nekateri se odzivajo samo na telesu</p> <p>¹³⁹pogoste kronične bolezni</p> <p>¹⁴⁰ob zgodnji travmi bolj telesen odziv</p> <p>¹⁴¹telo ima spomin</p> <p>¹⁴²kopičenje travme v telesu</p> <p>¹⁴³pomen dela s telesom</p> <p>¹⁴⁴zavedanje telesa zelo pomembno</p> <p>¹⁴⁵knjiga Levin: Waking the tiger</p>

DOBESEDEN PREPIS INTERVJUJA	KODE 1. REDA
<p><u>Waking the tiger</u>. Se mi zdi zelo pomembno, da je v Levinovi knjigi veliko vaj, ki jih ljudje lahko sami delajo. Tudi napisana je tako, da je namenjena delu doma, po potrebi pa se lahko posvetuješ s psihoterapevtom, če pride do hude čustvene reakcije. Pomen terapevta pri predelavi travme se mi zdi zelo pomemben. Nekako gledamo, da ko prihaja do predelave travme, da je človek ves čas nekje v enem nivoju čustvene vzburjenosti, se pravi da ne dovolimo, da gre čez ali pa pod določeno čustveno vzburjenost, ker lahko dejansko še enkrat travmatiziramo. Sem imela eno klientko, ki je imela izkušnjo z nekom, ki je bil kao terapevt, ki jo je ponovno travmatiziral.</p> <p>Je disociacija pogosta?</p> <p>¹⁴⁶<u>Disociacija je, kot bi pozabil na ves del tukaj in sedaj</u>, kot da bi nekam prenesel. Jaz velikokrat, ko vidim, da je šlo za neko travmo, kar dam DES vprašalnik in potem vidim izračun te lestvice, čeprav tudi ta lestvica ni stoodstotna, te lahko kdaj malo zavede. Si pa lahko z njo veliko pomagam. Potem je tukaj še lestvica IS - Impact scale, ko je nek določen moment še vedno prisoten pri človeku. Je pa tudi še ena lestvica dodatna, ki pomaga koliko je še te čustvene vzburjenosti ob spominu na nek dogodek, kolikokrat v enem tednu se je nekdo recimo spomnil na ta dogodek, kaj je to v njem vzpodbudilo. Se pravi gre za take enostavne lestvice, ki pa nam lahko zelo pomagajo, na katerem področju pravzaprav začeti s klientom. Eni res teh čisto</p>	<p>¹⁴⁶ob disociaciji pozabiš na tu in zdaj</p>

DOBESEDEN PREPIS INTERVJUJA	KODE 1. REDA
<p>osnovnih strategij za spopadanje z vzburjenostjo, z anksioznostjo nimajo. Eni pa imajo.</p> <p>Kaj pa amnezija dogodka, ko nekateri preprosto pozabijo travmatični dogodek?</p> <p>Gre za ¹⁴⁷<u>mehanizem, da lažje preživijo.</u></p> <p>Kako je možno, da se čisto ničesar ne spomnijo?</p> <p>Lahko bi rekla, da je to ¹⁴⁸<u>stoodstotna disociacija.</u> Lahko ti narišem. Tukaj je krog, ki mu rečemo apparently normal person. Ti si recimo sedaj apparently normal person, ker normalno funkcioniraš, sediš tukaj, se zavedaš, da se snemava in zunaj ptički pojejo in je vse okej. Ko pride do travmatičnega dogodka se zgodi kot da se en delček nas odcepi in temu rečemo emotional part. Še zmeraj smo nekako povezani s tem apparently normal person. Kadar pa pride do amnezije oziroma disociacije, si pa lahko predstavljava, kot da se je pojavil še en delček, ki pa bo povsem drugače funkcioniral kakor drugi ali pa je cel kup teh emotional parts, za vsako stisko se lahko pojavijo, en čustveni del nas se pojavi. Seveda normalno bova midve skakale ven, tudi če naju bo kaj iz tira spravilo in se bova spomnile na en stresni dogodek in bova takrat za en kratek čas v tem čustvenem delu. To je podobno kot takrat, ko si rečeš: pa saj to nisem bil jaz. Ko pride kakšen moment, ko si rečeš, zakaj se mi je pa to sedaj zgodilo. Kot bi pozabil na ves ta del tukaj in sedaj, kot da bi nekam</p>	<p>¹⁴⁷mehanizem za lažje preživetje</p> <p>¹⁴⁸amnezija je stoodstotna disociacija</p>

DOBESEDEN PREPIS INTERVJUJA	KODE 1. REDA
<p>prenesel. Recimo zavpiješ na mami, nima veze s tukaj in sedaj, ampak te je tako spravila ne ene obrate, da si se spomnila podzavestno nekega dogodka nazaj in znoriš, in ko je vsega konec je, kot ne bi bila ti. Torej ¹⁴⁹<u>pri amneziji si pa lahko predstavljaš, da je človek čisto ločen.</u></p> <p>Hvala za pogovor.</p>	<p>¹⁴⁹pri amneziji človek čisto ločen</p>