

POLYLOGE

Materialien aus der Europäischen Akademie für biopsychosoziale Gesundheit Eine Internetzeitschrift für „Integrative Therapie“ (peer reviewed)

2001 gegründet und herausgegeben von:

Univ.-Prof. Dr. mult. **Hilarion G. Petzold**, Europäische Akademie für biopsychosoziale Gesundheit, Hückeswagen,
Donau-Universität Krems, Institut St. Denis, Paris, emer. Freie Universität Amsterdam

In Verbindung mit:

Dr. med. **Dietrich Eck**, Dipl. Psych., Hamburg, Europäische Akademie für biopsychosoziale Gesundheit,
Hückeswagen

Univ.-Prof. Dr. phil. **Liliana Igrić**, Universität Zagreb

Univ.-Prof. Dr. phil. **Nitza Katz-Bernstein**, Universität Dortmund

Prof. Dr. med. **Anton Leitner**, Department für Psychosoziale Medizin und Psychotherapie, Donau-Universität Krems

Dipl.-Päd. **Bruno Metzmacher**, Europäische Akademie für biopsychosoziale Gesundheit, Düsseldorf/Hückeswagen

Lic. phil. **Lotti Müller**, MSc., Psychiatrische Universitätsklinik Zürich, Stiftung Europäische Akademie für biopsychosoziale
Gesundheit, Rorschach

Dipl.-Sup. **Ilse Orth**, MSc., Europäische Akademie für biopsychosoziale Gesundheit, Düsseldorf/Hückeswagen

Dr. phil. **Sylvie Petitjean**, Universitäre Psychiatrische Kliniken Basel, Stiftung Europäische Akademie für biopsychosoziale
Gesundheit, Rorschach

Prof. Dr. phil. **Johanna Sieper**, Institut St. Denis, Paris, Europäische Akademie für biopsychosoziale Gesundheit,
Hückeswagen

© FPI-Publikationen, Verlag Petzold + Sieper Hückeswagen.

Ausgabe 28/2016

**Integrativna terapija kao terapija pokretom i tjelesna terapija –
Dio multidisciplinarnog postupka u okviru forenzičke psihijatrije s
psihotičnim pacijentom kao dugotrajni terapijski proces –
dnevnik tretmana kao narativni biografski prikaz**
(S uvodom *Hilariona G. Petzolda* i *Susanne Orth-Petzold*)

Übersetzung/prevod des Behandlungsjournals
von *Klara Kreidner-Salahshour*

mit einer Einleitung von *Hilarion G. Petzold* und *Susanne Orth-Petzold*:

**Integrative Therapie als Bewegungs- und Leibtherapie – Teil der multiprofessionellen Behandlung
im integrierten Maßregelvollzug mit einem psychotischen Patienten als langzeittherapeutischer
Prozess – ein Behandlungsjournal narrativer Biographieerarbeitung**

preveli i prilagodili / übersetzt von:

mr. sc. Ivan Vračić, Nikica Hamer Vidmar, FPI Slowenien

* Aus der „Europäischen Akademie für biopsychosoziale Gesundheit“ (EAG), staatlich anerkannte Einrichtung der
beruflichen Weiterbildung, Hückeswagen (Leitung: Univ.-Prof. Dr. mult. Hilarion G. Petzold, Prof. Dr. phil. Johanna
Sieper. Mail: forschung@integrativ.eag-fpi.de, oder: info@eag-fpi.de, Information: <http://www.eag-fpi.com>).

**ZAVRŠNI RAD – PRIJEVOD ČLANKA -
Preveli i prilagodili
from *mr. sc. Ivan Vračić, Nikica Hamer Vidmar***

**FINAL WORK - TRANSLATION OF AN ARTICLE
translated and adapted
from *mr. sc. Ivan Vračić, Nikica Hamer Vidmar:***

**des *Behandlungsjournals* von *Klara Kreidner-Salahshour*
(S uvodom Hilariona G. Petzolda i Susanne Orth-Petzold):**

UVOD

Narativni biografski prikaz i dokumentirana prakseologija umjesto proizvoljne kazuistike

U integrativnoj terapiji izvješća o radu s pacijentima imaju visoku vrijednost, jer predstavljaju dokumente iz kliničke prakse iz kojih se može saznati stav terapeuta, kvaliteta njihovog pristupa pacijentima, ali i njihov kontakt te interakcija u terapijskom odnosu. Oni također pokazuju prakseološku primjenu teorije u intervenciji i primjenu načela tretmana u okviru određenog postupka – u ovom slučaju integrativne terapije - sa svojim metodološko-tehničkim mogućnostima kao "paketu usklađenih mjera", utemeljenu u njenim teorijskim osnovama, etičkim uvjerenjima i stavovima (Petzold 2000, 2000a; Lachner 2007; Petzold, Moser 2007; Petzold, Orth 2013a), npr. praksa usmjerena na dostojanstvo i integritet i u skladu sa spolom (Petzold 2001d; Petzold, Orth 2011), koja se ostvaruje uvažavajući specifične kontekstualne uvjete pri „pomaganju u fazi nove životne orijentacije“, promjeni i oblikovanju novog životnog stila (na istom mjestu 2012a; Hartz, Petzold 2010, 2013; Petzold, Sieper 1970). Svatko tko se obrazuje za primjenu procesa integrativne terapije i njezinih metoda mora sudjelovati u superviziji terapijskog procesa/provoditi terapije pod supervizijom kako bi postigao stručne kompetencije. Pri tome izrađuje terapijske dnevnikove kojima na polustrukturirani način dokumentirajući vlastitu terapeutsku djelatnost/aktivnost (Petzold, Orth-Petzold, Patel 2010) - uz "informirani pristanak" pacijenta / pacijentice, u skladu s "temeljnim načelom integrativnog pristupa" (Petzold 2000, 2000a) o "ravnopravnom partnerstvu" u procesu liječenja (Petzold, Gröbelbauer, Gschwendt 1999), da pristaje na dokumentiranje i njihovo objavljivanje (u strogo anonimnom obliku). Tako je nastao opsežan arhiv „dnevnikova tretmana“ (<http://www.fpi-publikation.de/behavioraljournal/index.php>), koji je dostupan edukantima, terapeutima i istraživačima, da bi dalje prenosili kliničko znanje i osigurali kvalitetu integrativne terapije. Nastojat će se ponovno pokrenuti časopis kao što je Journal of Andrea Patel (<http://www.fpi-publikation.de/downloads/download-polyloge/download-nr-17-2010-petzold-h-g-orth-petzold-s-i-patel-a-ii.html>) – koji treba predstavljati primjer priče o

terapeutkinji, njezinim pacijentima i njihovom zajedničkom procesu. To nije "studija slučaja". Ljudi nisu slučajevi! Izbacili smo ovaj stigmatizirajući i neprimjereni termin. On više ne odgovara duhu vremena. Terapije predstavljaju "pratnju na životnom putu" i mogu se otkriti samo kroz formu dokumentiranja i istraživanja procesa (Schiepek 2008, 87f, Tschuschke 2009, 2012).

Istraživanja psihoterapije usmjerena na mjerenja prije i poslije tretmana usklađena s medicinskom paradigmom randomiziranih kontroliranih studija (RCT) sada dolaze do svojih granica (vidi Tschuschke 2005; Tschuschke, Cramer i sur. 2012.): zbog etičkih razloga, na primjer, ne možete dopustiti da bolesnici "čekaju" na tretman, kao što to zahtijeva logika istraživanja i metodologija. Pacijenti sa svojom trenutačnom "drugačijosti/različitosti" (sensu Levinasa) i specifičnosti problema (Braus 2011), koja je povezana s njihovim biološkim, genetskim/epigenetskim obilježjima (Shapiro 2011), njihovom situacijom vezanom uz komorbiditet i životnom situacijom (mreža, resursi, opterećenje itd.), teško se mogu svrstati u usporedive skupine, osim ako nema jake selekcije, što ne može dovesti do rezultata koji se ne mogu generalizirati na psihoterapeutsku praksu.

To se podjednako odnosi i na prirodu (karakteristike) terapeuta sa svim njihovim individualnim razlikama (spol, dob, struktura ličnosti, itd.), pored njihovih metodoloških razlika. Sve to dovodi do specifičnosti terapijskih dijada i polijada koje nisu adekvatno zastupljene u psihoterapijskim istraživanjima. Tu se nailazi na poteškoću koja proizlazi iz nemogućnosti standardizacije vrijednosti efekata zbog čega oni nisu usporedivi. A utjecaj uvjeta terapije - npr. razlika u svakodnevnom životu pacijenata – ne mora biti stabilan. Tu više ne pomaže ni korištenje dogovorenih protokola rada, što čak može zavesti na krivi put jer potiče pretjeranu specijalizaciju, osim ako se ne koristi kao polustrukturirana smjernica. RCT paradigma izostavlja značajne populacije koje trebaju terapijsku pomoć (npr. socijalno isključene skupine). Nema dokaza o tretmanima koji bi bili doista utemeljeni na dokazima, jer se kroz niz manjkavosti u istraživanjima i zbog pogrešnih pretpostavki dolazi do artefakata (Volker Tschuschke, 2005, idem i dr. 2012.). On dolazi do gorkog/bolnog zaključka: *"EST-/RCT-Studije su po definiciji nevalidne (nisu valjane). One pružaju u osnovi pogrešne rezultate, jer ne mogu pružiti valjane rezultate zbog navedenih deficita. Ako su većina empirijskih istraživanja, istraživanja psihoterapijskih tretmana temeljena na dokazima, onda ne znamo ništa o učinkovitosti psihoterapijskih tretmana. Konkretno, mi ne znamo ništa o pravim elementima terapijskih tretmana, jer ta istraživanja nisu usmjerena na mehanizme promjene i ne otkrivaju njihov pravi utjecaj."* (Tschuschke et al., 2012). Tschuschke (2012) u svom istraživanju prikazuje diferenciranije mogućnosti otkrivanja, pri čemu dosadašnji podaci ukazuju na to da se ličnost terapeuta ne istražuje dovoljno sveobuhvatno, da se ne uzima u obzir kao važna varijabla, odnosno faktor utjecaja (što se tiče njihove depresivnosti, narcisoidnosti, neurotičnosti itd.), što je zasigurno vrlo problematična tema.

Ljudi koji su uključeni u terapijski proces moraju se vidjeti i biti vidljivi kao "subjekti" i "ličnosti", moraju se obuhvatiti/shvatiti u okviru njihovog procesa "iskustva promjene" što je moguće samo kroz diferenciranu uključenost pacijenata. Otkrivanje vulnerabilnosti i iskustva bolesti na temelju kvalija kao izvora podataka (Beckermann, 2001; Heckmann, 2006; Michel, 2011), odnosno iskustva kvalitete "subjekta/ličnosti" u odnosima s drugim "subjektima/ličnostima", do sada se u psihoterapiji jedva spominjalo (Petzold, 2009c; Petzold, Sieper 2008.c, 497-569, 2012a). Naprotiv, to bi trebao biti neodvojiv dio razmatranja u okviru "novog vala" suvremene terapije za 21. stoljeće u kojem svi subjektivni elementi moraju biti navedeni te uključena sva neizrecivost psihoanalitičkih objekata i objektno-odnosni žargon, jer se objekti ne mogu povezati (vidi već Roy Schafer, 1976), nego se uvijek radi o doživljenoj intersubjektivnoj, odnosno interpersonalnoj povezanosti (Petzold, Müller, 2005/2007). Takva usmjerenost na objektivni jezik otežava spoznajne i istraživačke procese. Treba konačno napustiti nefunkcionalnu, fizikalnu terminologiju.

Još jedno područje diskursa psihoterapije i linija argumenata u istraživanju psihoterapije trebao bi biti pojam kvalije (lat. *qualia*, kao kvaliteta), također poznata i kao sirovi osjećaj, koja je u "filozofiji uma" i neurokognitivnoj znanosti od velike važnosti (Dretske 1997; Jackson 1982; Ramachandran, Hirstein 1997). Riječ je o razini subjektivnog iskustva određenog mentalnog stanja (Beckermann 2001; Chalmers 1996; Wright 2008), odnosno iskustva s kvalitetama boje, mirisima, zvukovima, percepcijom ljudi i situacija i samopercepcijom, itd., koja su u konačnici dostupna samo promatraču kao osjetilnom biću, te tako teško dostupna drugima. U terapijskom radu, međutim, kvalije su od najveće važnosti. One uključuju, između ostalog, i shvaćanje vlastitog subjektivnog položaja, pogrešaka i problema, način života osobe. U terapiji kvalije zahtijevaju suptilno, empatijsko suosjećanje – s obje strane, čak i od pacijenata – međusobnu empatiju (Petzold, Müller 2005/2007, 40). Dostupne su uz pomoć podsvjesnih "mentalnih reprezentacija" koje se mogu priopćiti uz pomoć manje ili više konciznih "zgnusnutih opisa", verbalnim i neverbalnim "simboličkim prikazima" (Petzold 2010.f; Petzold, Orth 1993a, 158ff). A razumijevanje nereda koji se očituje u doživljaju kvalije nije uvijek lagano. Thomas Nagel (1974) u svom poznatom eseju "Kako je to biti šišmiš?" naglašava problem kvalije (bez spominjanja tog termina). "Kako je biti ... žena, pankerica, stara žena, seljak, itd., itd.?" treba se pitati se muški terapeut o osobi koja se nalazi s druge strane. A pitanje "Kako je to biti muškarac terapeut ...?" potrebno je postaviti čak i svojim pacijentima. Radi se o kvalitativnom karakteru iskustva, "načinu kako nam stvari izgledaju", kao što je opisao Daniel Dennet (1993). U terapiji se javlja doživljaj nereda uz razmjenu interpersonalnih kvalija ili kvalija interpersonaliteta. Sva složenost kvalija ne može objašnjena na ovom mjestu pa za dodatna objašnjenja vidi Petzold i Sieper (2008.c, 2012a).

Postoji cijeli spektar ideja usmjeren na problem tijelo-um: od sirove eliminacije koncepta Daniela Dennetta (1993), preko eksplanatornog jaza („explanatory gap“) Josepha Levina (1983), do (još uvijek) postojećeg eksplanatornog jaza između fenomena kvalija i materijalističkog objašnjenja (Hardin, 1987), do pozicije Thomasa Metzingera (2003) o reprezentacijama fizioloških uvjeta te pretpostavke Davida Rosenthala (1991) o meta-reprezentacijama, odnosno, reprezentacijama o reprezentacijama. "Integrativni pristup" terapiji ljudi sa svojim somatoterapijskim (e.g. running therapy, Mei, Pezold, Boscher 1997), psihoterapijskim (Petzold, 2007), socioterapijskim (Pezold, Sieper, 2008b) i specifičnim tjelesno-terapijskim formama povezanosti tijelo-duša-duh-okolina blizak je Levinovoj poziciji. U kliničkoj praksi zastupamo pragmatično-heuristički reprezentacijski pristup (Petzold, Sieper 2012a): iz fiziologije kao materijalne baze proizlaze transmaterijalne reprezentacije (isto, i Petzold, van Beek, van der Hoek, 1994). U svakom slučaju u konačnici se ne dolazi do uvjerljivih objašnjenja - čak ni u slučaju, kao što je Colin McGinn (1991) pretpostavljao, da je problem naše evolucijsko-biološke ograničenosti cerebralnih kapaciteta izvedbe riješen - u psihoterapiji se ne mogu izbjeći kvalije. Ta osobna emocionalna procjena, ali ne samo emocionalna, već i subjektivna kognitivna procjena u svojoj suptilnosti dolazi do izražaja u međusobnoj empatiji, pri uzajamnom razumijevanju ili u međusobnom shvaćanju karakteristika identiteta itd. (Petzold 2012a, str. 515). Dakle, javlja se u svim relevantnim događajima tijekom terapije. Beckermann navodi primjer karakteristika iskustva kvalija: dati nekome "popiti gutljaj vina, a nakon toga da siše peppermint bombon, a nakon toga mu dati još čašu vina uz napomenu: Ono što se sada promijenilo, to je kvalitativni karakter Vaše prosudbe okusa" (Beckerman, 2001, str. 358). Psihoterapiju karakterizira uporna zgusnuta razmjena subjektivnih kvalija, a "fit" (podudaranje), razumijevanje i potencijal za promjenu su važne odrednice kvalitete ove razmjene.

To je važno i za terapeuta i za pacijenta, da jedan drugome pomognu u međusobnom razumijevanju empatijskih procesa pri zgusnutoj razmjeni, jer oni nisu samo ili uglavnom funkcija zrcalnih neurona, kako sugeriraju Bauer (2005.), Rizzolatti (2008), Staemmler (2009) i drugi, nego su za empatiju potrebna i u hipokampusu pohranjena kulturološka, odnosno, scenski i atmosferski proživljena iskustva i razine znanja, koja su, nadamo se, već prisutna kod svih partnera u terapiji u svim terapijskim dijadama ili polijadama (u grupnoj terapiji). Ona moraju biti posredovana u narativnom procesu zgusnute razmjene - to se odnosi na terapiju, kao i na istraživanja terapije.

U istraživanju su stoga potrebni detaljni procesi opažanja i samoprocjene, a za to postoji nekoliko načina. Za istraživanja konteksta ovdje treba spomenuti Schiepeka (2003, 235 str., 2008) koji je razvio računalnu metodu "sinergijskog upravljanja procesima" s praćenjem u stvarnom vremenu i uveo u prirodnim uvjetima inovativnog istraživanja "PAP-S" (Psychotherapiestudie Ambulante Psychotherapie - Schweiz) švicarsku terapijsku povelju (Tschuschke et al., 2012), koja je zamišljena kao istraživanje procesa i ishoda koje uključuje temeljito testiranje, dijagnozu

objektivnih eksperata, kao i njihove procjene terapijskog procesa. U integrativnom pristupu, mi također nastojimo empirijski osigurati kvalitetu (Petzold 2008d; Petzold, Orth, Sieper, 1995; Steffan, Petzold 2001) provođenjem istraživanja u prirodnim uvjetima (sa složenim baterijama testova, pratećim obrascima, provedbom razgovora s rodbinom (Petzold, Hass i sur., 2000; Steffan, 2002; Leitner, Liegl et al 2009). To su mogući načini kojima se može pristupiti novom shvaćanju učinkovite psihoterapije. S naše točke gledišta bio bi poželjan još veći angažman pacijenta - u planiranju i procjeni istraživanja (Gschwendt, Petzold, Gröbelbauer 1999). Nažalost, to se događa vrlo rijetko (nije korišteno ni u spomenutoj PAP-S studiji).

Međutim, u odnosu na znanstvena istraživanja, treba se dati drugi način potpore da bi u praktičnom kontekstu terapeuti i pacijenti mogli bolje opažati i optimizirati terapijski proces. U početnoj fazi tretmana, kako su oboje suočeni s apstraktnim sadržajem, koristi se lista procjene susreta kako bi se utvrdilo slaganje pacijenta i terapeuta, kao i tematska orijentacija (Petzold 2008, 18 str.). Ova lista omogućava da se već na početku procesa – naime u prva četiri susreta - zaključi o pozitivnom ili negativnom tijeku terapije. Otvoreno je pitanje, mogu li se i na koji način prikupiti inicijalne negativne tendencije kroz tematiziranje i prorađivanje ovih rezultata. Tendencija lošeg slaganja što se tiče njene promjenjivosti, naglašenija je kod negativne perspektive. Stoga bi, obzirom na takvu procjenu tijekom inicijalnih susreta, bilo bolje ne nastavljati terapiju i ne podleći terapijskoj svemoći ili pak pretpostaviti da postoji „otpor“ kojeg je potrebno otopiti, a on zapravo nije prisutan i stoga ne postoji jasna „reaktancija“ (Petzold, Müller 2005/2007; Moser 2011).

Procesi dokumentiranja terapijskih dnevnika su zapisi iz „života u zatvoru“ – govorimo o biosodiji (*životnom putu nap.prev.*), tj. življenom životu (βίος) na putu (όδός), put koji je pun živopisnih životnih priča in actu, ispunjen „**narativima**“ (Petzold 2003, 200; Petzold, Orth 1993, 127 str.). Dnevnicima su također usklađeni s našom teorijom govora i naracije (Petzold 2001, 2003, 333ff, 2010), transkripti o ispričovjanom, proživljenom životu i dokument zajedničkog rada na takvim životnim procesima „na putu“. U integrativnoj terapiji sagledavamo ljude iz perspektive „filozofije puta“ kao subjekte, koji u vremenu (χρόνος / chrónos) stvaraju svoj životni vijek na životnom putu koji prolazi kroz prostor (τόπος / tópos) i, sve više, uče kako sami mogu oblikovati taj put (*idem*, 2005, 2006). Pri tome u ovom prostorno-vremenskom zaplitanju svaki iskusan čovjek proživljava i ostvaruje za sebe i za svoje pratitelje na putu svoj smisao života (*idem*, 2001). Kontekst / kontinuum, scene i priče i akteri u njima (*idem*, 1990) su također sastavnice smisla ispunjenog života i s njim povezanim životnim pričama. *Michail M. Bachtin* (2008) govori o „kronotopu“ (Хроноτοп), romanima koje čine životne drame socijalne interakcije u kojima se oblikuje smisao. Terapijski proces je dio jedne takve „životne povijesti u tijeku“ – kako za pacijente tako i u istoj mjeri za terapeute – i on treba služiti ne samo za ublažavanje ili uklanjanje simptoma, već i kao „pomoć pri novoj životnoj orijentaciji“. Time on sadrži jednu *agogijsku* komponentu,

kako se to nalazi u klasičnom obrazovanju odraslih s ciljem „podrške u samostalnom životu“ (Petzold, Sieper, 1970).

Za terapiju je stoga "polazišna točka [...] trenutni kontekst/kontinuum, koji će se iskusiti u postojećem, perspektivnom „ovdje i sada“ kao povijesna i buduća sadašnjost. U ovoj strukturnoj zavisnosti na sceni se nalazi ljudski život u stvaranju, učinjena djela „ostvarenja“, priča se biosodija (*životni put nap.prev.*), biografija se piše ili će biti napisana. Iz toga slijedi da kontinuum jedne životne povijesti, jedne životne priče, jednog životnog dizajna kao cjeline, kao i kontinuum tijeka liječenja mora biti predmet zajedničkog rada u terapiji, jer u terapijskom događanju se priča biosodija kao živi narativ i time se sedimentira biografija kao ispričana povijest. Na osnovu toga a postaje moguć novi smislom ispunjeni životni stil." (Petzold, 2003a, 322).

Tako se treba gledati i čitati dnevnik Klare Kreidner-Salahshour i njenog pacijenta, gosp. F., pri čemu se oboje promatraju, svaki na svoj način, kao autorica, odnosno autor, u njihovoj „dvostrukoj ekspertizi“ (*idem*, 1901i) – ona za terapijske procese, a on za svoje životne procese. Dnevnik slijedi tradiciju liječnika, filozofa kao vodiča duša, koji od antike dokumentiraju svoje radove „studijama slučaja“, s jedne strane utemeljenih u svojim teorijskim pretpostavkama, a s druge strane usmjerenih ka generiranju novih teorija. Nalazimo primjere kod Sokrata (Platona), Aristotela, u tekstovima koji se pripisuju Hipokratu, Seneki ili Epiktetu, da spomenemo samo neke. Takve studije slučaja nalaze se također kod antičkih pravnih spisa i u ukupnoj tradiciji prava sve do današnjih dana ili kod dušobrižnika od vremena ranih crkvenih otaca. Služile su za prenošenje iskustava, ali također i uvida koji iz njih slijede, a odražavaju se u načelima, pravilima i praksi, te etičkih pitanja i legitimiteta intervencija. U pravnim znanostima „kazuistika“ pruža temelj za argumentaciju u teškim slučajevima. U angloameričkom pravu se sudske presude koriste u suđenju kao akumulirano iskustveno znanje. U medicini su egzemplarne „studije slučaja“ služile i još služe stvaranju općih načela i generiranju istraživačkih pitanja. Unatoč usmjerenosti somatske medicine na „najbolju praksu“ koja se temelji na kontroliranim randomiziranim studijama s najvećom mogućom veličinom uzorka, u novije se vrijeme u ovoj disciplini ponovno pridaje značaj „studija slučaja“ kao načinu preciznog dokumentiranja znanja (Vandenbroucke 2001). Stvoreni su novi časopisi u kojima se objavljuju studije slučaja (Kidd, Hubbard 2007). U takvim studijama – a to je njihova osobita vrijednost u odnosu na istraživanja s velikim uzorcima – subjekt, osoba, ljudsko biće nije izgubljeno (Hunter 1989). Ono je i dalje vidljivo, možda čak tako i jasnije dolazi na vidjelo. A to također znači, s „kompleksnom svjesnošću“ (Petzold, Orth, Moser 2012), socioekonomskim kontekstom, životnom pozicijom uvažavajući njegove osobine i različitost s obzirom na spol, klasu, dob, etničku pripadnost, tako da se aspekti rodne i ostalih različitosti uzimaju u obzir tako da se osigura ravnopravnost i očuva integritet čovjeka (Abdul-Hussein, Baig 2009; Petzold, Orth 2011).

Time se istovremeno gradi zbirka iskustava i novih znanja, koja imaju drugačiju kvalitetu i karakteristike od onih koji su utemeljeni na statističkim podacima. U znanosti o psihoterapiji potrebna su oba izvora znanja. Dnevnik Klare Kreidner-Salahshour i njenog pacijenta je teorijski utemeljen: s jedne strane u metateoriji, kliničkoj teoriji i prakseologiji integrativne terapije (Leitner 2010; Petzold 2003a; Sieper, Orth, Schuch 2007), a s druge strane u teorijskoj adaptaciji ove teorije koju je napravila Kreidner-Salahshour u kontekstu njene prakse, područja rada, njenoj kliničkoj ciljnoj skupini, kako je to postavila u svom radu o „Emocionalnom usklađivanju gesta i „mudri“ u integrativnoj terapiji orijentiranoj na tijelo i pokret s psihički oboljelim prijestupnicima koji izbjegavaju konflikte“ (eadem 2011). Ovaj rad pokazuje da je izrastao iz teorijski utemeljene prakse, da može pružiti konceptualni i metodološki okvir, prakseologiju/teoriju prakse (Orth, Petzold 2004), koja zauzvrat može proizvesti teorijski elaboriranu praksu, kao što je to učinjeno i u ovom dnevniku. Oba rada na jasan način ilustriraju **ciklus teorija-praksa** (Petzold 2003a, 125f) i „generativni model teorija-praksa za heurističko i na istraživanju utemeljeno znanje i djelovanje“ (ibid., 134f), koji je razvijen u teoriji integrativne terapije kao stabilna rekurzija teorije, istraživanja i prakse, koja omogućuje da terapeuti sudjeluju u istraživanju i svoj klinički rad svjesno vode kao proces stjecanja spoznaja. Utoliko je vrijedno truda, uz ovaj dnevnik, pročitati rad Kreidner-Salahshour (2011).

U sociologiji, u menadžmentu i ostalim društvenim znanostima studije slučaja su potvrđena metoda kvalitativnih istraživanja da bi se razumjele kompleksne situacije i konteksti (Borchardt, Göthlich, 2007; Scholz, Tietje 2002; Stake, 1995). Pronašle su također pozitivan odjek u feminističkim društvenim znanostima (Carlson 1992), a istovremeno i jednu pukotinu (Peach, 1994) jer postoji mogućnost zlorabe i povrede u prostoru u kojem čovjek postaje tako jasno vidljiv. U medicinskoj etici i, naravno, u etici psihoterapije kod situacija u kojima čovjek čini nepravdu ili vodi do incidenta, ne dolazi se do pojedinačne perspektive (Arras, 1991; Johnsen, 1991). Problemi i potencijalni rizik moraju se stoga rješavati kroz „kazuistiku“ (Johnsen, Toulmin, 1990). Studije slučaja imaju u svim područjima potencijal za zlorabu. U psihoterapiji je to jasno jer ovdje studija slučaja imaju dugu i prilično problematičnu tradiciju. Tek u novije vrijeme se postavljaju standardi koji takve izvještaje i istraživanja o pojedinim slučajevima čine korisnim izvorom spoznaja (Stuhr, Deneke 1993; Stuhr, 2007). Pri tome je uvijek iskrenost u izvješćivanju nesiguran aspekt (Yitschaky O., Yitschaky M., Zadik, 2011).

Postoje Freudove velike povijesti slučaja, koje su njega i psihoanalizu učinile slavnima. Visoka literarna kvaliteta, preglednost i dostupnost fascinantni su za čitatelja, kako terapeuta, tako i pacijenta. Cilj Freudovih povijesti slučaja bio je poduprijeti i razviti njegovu psihoanalitičku teoriju.

Njegova cijela nadgradnja počiva na „velikim slučajevima“ – Dora, Wolfsmann, Rattenmann itd. Nažalost, njegova djela su imala nedostatke, i više od toga. Povijest studija pacijenata i studija slučaja u psihoanalizi i psihoterapiji nije ugodna. Poznato je da su Freud, Jung i drugi manipulirali svojim „slučajevima“ i „izvješćima o slučajevima“ kako bi poduprli svoje teoreme s takvim „materijalom slučaja“. Povijesna istraživanja su u detaljnim studijama pokazala da su „studije slučaja“ Sigmunda Freuda, na kojima se bazira njegova teorija, bile sistematski i bezobzirno falsificirane s njegove strane. Frank Sulloway (1991, 2008), istraživač koji se puno bavio tim istraživanjima, s pravom je postavio pitanje što u psihoanalizi i dalje može imati kredibilitet kada je ovaj temelj slomljen, kada su podupirući podaci falsificirani? Pronađene su Freudove originalne bilješke analize „Wolfsmanna“, Sergeja Konstantinovitcha Pankejeffa, a koje pokazuju da ti procesi imaju drugačije ishode no što je izvijestio Freud (Masson 1984). Godine 1910. Freudu je došla pacijentica čiji je „materijal“ bio „kamen temeljac“ Freudove teorije „psihoseksualnog razvoja“ (Gardiner 1982), no stvarni podaci bili su drugačiji nego što je prikazano. Izlječenje kako ga je prezentirao Freud nije se dogodilo. Pankejeff osobno naziva takav prikaz „propagandom za psihoanalizu“ (Goleman 1990). Karin Oberholzer (1980) ga je uspjela intervjuirati i Pankejeff joj je iznio da je cijela povijest njegove analize za njega bila „katastrofa“ jer je on bio u istom stanju kao i prije tretmana. Kada je sa preko 90 godina preminuo bio je preko 60 godina kod različitih psihoanalitičara u psihoanalitičkom postupku! Ovo je vjerojatno ekstreman slučaj, ali ne i osamljen – sjetimo se pri tome Emme Eckstein (Masson, 1984) ili Horacea Frinka (Warner, 1994), kao i činjenice da značajan Freudov teorijski materijal proizlazi iz analize koju je provodio s kćeri Annom Freud. Danas posve neprihvatljiva konstelacija. Također treba spomenuti ranu dječju psihoanalitičarku Hermine Hugh-Hellmutth (1919) s njenim osobno izmišljenim „Dnevnikom adolescentne djevojčice“ koja je posvojila nećaka nakon smrti svoje sestre te usprkos tome dijete „profilaktički“ analizirala. Ubio ih je potom kao tinejdžer (Graf-Nold, 1988; Israëls, 1999, 153ff). Mračne priče, koje su poznate učenicima i koje se nerado pripovijedaju, ali na koje se iznova mora katkad podsjetiti.

Stoga je dobro da se današnje priče pacijenata dokumentiraju kroz **izvješće o procedurama i tijeku procesa** – obično popraćeno supervizijom – pažljivo i s tehničke točke gledišta i u polustandardiziranoj formi, kako se to radi i definira kod „**dnevnika tretmana kao dokumentacije procesa**“ (Petzold, Orth-Petzold, Patel, 2010). Nadalje, pacijenti moraju biti suglasni s ovom dokumentacijom i njenim objavljivanjem i to u striktno anonimnoj formi. Time su krivotvorenje i zloouporaba intimnog sadržaja pacijenata jedva mogući, te to može biti zbirka iskustava upotrebljivih i drugim psihoterapeutima – bogatstvo kliničkog znanja. Ta izvješća ne trebaju biti napisana na način starog psihoanalitičkog predstavljanja slučaja: „Imao sam slučaj ...“. Cijela generacija psihoanalitičkih i psihodinamskih psihoterapeuta je koristila takvu „proizvoljnu

kazuistiku“ kojom je nastojala potkrijepiti teoreme o svom pristupu, daleko od fenomenološkog opisa. Ova problematična forma prikupljanja materijala je u međuvremenu ustupila mjesto diferenciranoj i elaboriranoj metodici kazuističke dokumentacije (Stuhr, Deneke 1993; Stuhr, 2007), koja se ipak još nije dovoljno proširila u primjeni. Mi smo u integrativnoj terapiji odlučili generirati klinička znanja s praktičnim značajem i odabrali već objašnjeni način teorijski utemeljenih i strukturiranih izvješća o tretmanu (usporedi Petzold, Orth-Petzold, Patel, 2010) koja odražavaju integrativni terapijski pristup i čine postupke s kandidatima/kandidatkinjama provjerljivim. U međuvremenu je napravljeno više od 200 takvih izvješća o tretmanu u obliku dnevnika tretmana. Pokušali smo pružiti predložak za izvješća o **tijeku procesa** koji bi bio kalibriran u odnosu na koncepte razvojne psihologije koji su utemeljeni na dokazima s klasifikacijom zasnovanoj na teoriji integrativne terapije (idem 2010, 24–26). Time će kazuistički rad počivati na čvrstom temelju i biti u stanju osigurati usporedivost dokumentiranih procesa te će se moći argumentirati uz pomoć iscrpne **kliničke hermeneutike**, ali će se također generirati i prijedlozi istraživačkih pitanja. Jüttemann (1981, 1990) je sa svojim konceptom „komparativne kazuistike“ naglasio značenje takvih materijala.

Terapija kao dionica životnog puta – istovremeno je „karijera bolesti“ (Petzold, Hentschel 1991) – koja se dokumentira i u kojoj se odražavaju procesi razvoja biografije doprinosi formiranju fonda kliničkih iskustava koja su neophodna za svaki terapijski proces.

U takozvanim „dnevniciima tretmana“, koji moraju biti izrađeni u izobrazbi svih budućih terapeuta integrativne terapije (Petzold, Orth-Petzold, Patel 2010), radi se o reflektivnom, dubinskom usvajanju naučenih psihoterapijskih procesa kroz primjenu u praksi u radu s pacijentom povezujući stečene i sada primijenjene kompetencije (znanja o vještinama) i izvedbu (mogućnost primjene vještina) i to na način koji uključuje procese „kompleksnog učenja“ i „profesionalne socijalizacije“ (Sieper, Petzold, 2002; Petzold, Orth, Sieper, 2006). Pri tome važnu ulogu igra supervizija –kao grupna supervizija koja bi trebala omogućiti upoznavanje „kliničke raznovrsnosti“, a također je važna i „kontrolna analiza“ kao individualna supervizija procesa rada (Petzold 1993g) čime se mogu promatrati „kliničke strukture u kontinuitetu“.

Očigledno ljudi vide sebe kao „pripovjedače“ u svojim životima i patnjama koji pričaju priče sve bolje i bolje. Dnevnik tretmana kao zbirka dokumentiranih životnih priča pojašnjava ovu postavku jer u odrastanju i sazrijevanju pojedinac igra glavnu ulogu u pripovijedanju da bi "razumio sebe u cjelini" (Petzold 1981g). Zato smo u integrativnom pristupu uvijek radili s pričama i time izazvanim biografskim sjećanjima-imaginacijama. Mi to nazivamo „**narativni biografski rad**“ ili, preciznije, „**narativna biografska elaboracija**“, što je naš termin – u našim ranijim projektima [1965 – 1972 ff] rada sa starijima (Ch. Petzold 1972; Petzold, Müller 2004a), ovisnicima (Petzold

1971c), u terapiji traume (idem 2001b), u terapijskom radu s dnevnicima poezije (Petzold, Orth 1993).

„**Razvoj biografije** znači, temeljem dogovora, s povjerenjem i naklonošću te poštovanjem integriteta i dostojanstva drugoga, z a j e d n i č k i dijeliti i promatrati životnu povijest događaja, , te tako razviti biografiju (ne jedva proraditi) u autonomno odabranoj otvorenosti, promišljenosti i partnerskoj uzajamnosti. Cilj je da svatko od sudionika bolje shvati i razumije svoju životnu priču, svoj život, svoju ličnost kroz narativu i zajedništvo s drugima kroz razgovor, u kontekstu dane kulture i trenutne situacije u svijetu. Život koji je otuđen, može se preoblikovati kroz razotkrivanje otuđenog (siromaštvo, patnja, nasilje, izolacija, stres) u činu oslobođenja, zato što je preobrazba stvaralačka. Iz takvih iskustava **zajedničke hermeneutike**, koja su ugrađena u procesu **sukreativnog kulturnog** rada, može se naučiti bolje razumjeti jedan drugog, postaje moguće bolje razumjeti ljude, i naravno samog sebe, u vlastitoj raznovrsnosti.“ (Petzold i sur., 2001b, 345).

Rad s biografskim događanjima i materijalima odvija se u pravilu u „**polilogu**“ (idem 2002c), što je koncept koji svijesno poseže za idejom dijalogike Martina Bubera, jer se u svakoj životnoj priči pokazuje realitet **polijada**, prisutnost puno sugovornika, subesjednika, sudionika, što omogućuje zajedničko tumačenje i razumijevanje rada – čak i ako je to ponekad samo na virtualnoj razini rasprave u mislima. Iza toga stoji longitudinalna razvojna psihologija i istraživanja socijalizacije, suvremena istraživanja pamćenja i diferencirana „kronozofična“ pozicija životne filozofije (Petzold 1991o/2003a, 299ff), orijentirano razumijevanje biografije i procesa identiteta („narrativni identitet“ sensu Ricœur 1990; Petzold 2012a), kako je to pretpostavljeno u temeljima integrativne terapije, agogike i supervizije (vidi Swanton 2010).

Inspirirani i motivirani za ovaj oblik rada Petzold i Sieper postali su kroz iskustvo s narativnom kulturom obitelji plemenitog podrijetla (Petzold 2011i, j; Petzold-Heinz 1997, 1992), te kroz kontakt s teorijom naracije – osobito one von Paul Ricœura, Gérarda Genettea, Rolanda Barthesa i dr. u pariškim studentskim danima, a kasnije također one Bourdieua (1993), koji je u „Bijedi svijeta“ dopustio ljudima da ispričaju svoju nevolju. U integrativnoj teoriji jezika (Petzold 2010f) i teoriji kulture IT (Petzold, Orth, Sieper 2013) sa svojim referencama na Paul Ricœura, Tzvetan Todorova, Michail M. Bachtina, Jurya Lottmana i dr. pokušali su narativna događanja u terapiji uvijek sagledati kao oblik „kulturnog rada“, u kojem čovjek kultivira svoju „**čovječnost**“, svoje ljudsko biće i time nanovo doprinosi „**ljudskosti**“ svojeg društvenog prostora. U dnevniku tretmana Klare Kreidner-Salahshour to je jasno istaknuto.

U okviru kliničke kazuistike nadahnule su ih impresivne povijesti pacijenata Aleksandra Lurije, utemeljitelja neuropsihologije i važnog autora na kojeg se pozivamo u Integrativnoj terapiji (Petzold, Michailowa 2008). Njegove studije slučaja nisu određene Freudom, koji predstavlja neozbiljnu kazuistiku. Lurija (1993, 191) naglašava kako pomoću ovih „neizmišljenim pričama istraživač može sagledati smetnje te „iskristalizirati glavne faktore i korak po korak formirati

sindrom“ (ibid.). Lurija je ovdje, kako on to navodi (ibid., 182), inspiriran stilom predstavljanja „imaginarnih portreta“ (1887) engleskog esejista Waltera Horatia Patera (*1839, † 1894; vgl. Stamm 1997). Lurija (1993) je u svojem znanstvenom radu pokušao povezati principe klasične znanosti sa svojim konceptom „romantičke znanosti“ spajajući dvije različite razine pojašnjenja, o čemu piše: „Tijekom većine mojih istraživanja bio sam u isto vrijeme i klasičan i romantički znanstvenik“ (idem 1993, 182). Romantička istraživanja imaju narativnu, kliničku kvalitetu i orijentirana su na ljude koji nisu samo objekt za stvaranje teorija. To pokazuje Lurijina povijest pacijenata (idem 1991, vgl. Métraux 2004). Posve drugačije izvješćuje Ferenczi u svojim kliničkim dnevnicima od 4. kolovoza 1932. o jednoj Freudovoj izjavi: „...neurotici su ološ, dobri su samo za naše financijsko uzdržavanje i za učenje iz njihovih primjera, jer je psihoanaliza kao terapija bezvrijedna...“ (Ferenczi 1932/1988, 249). Oni su samo „slučajevi“, „materijal slučaja“, „populacija pacijenata“. Freud je bio, kao što je poznato, uvijek rezignantno pesimističan, ne uvažavajući osobito svoje pacijente. Odbacujemo takav stav. Doduše, puno je toga proizašlo od Freuda, kako to s pravom ističe Tschuschke (2012), ali se pritom treba uočiti kako je puno **neslaganja** potaknula njegova pozicija tako da su terapeuti više puta reagirali razvijanjem drugih pristupa kako bi raspoznali njegove lažne i stvorili korigirane pozicije (Leitner, Petzold 2009). Pa namjerno naglašavajući kontrast kažemo: treba imati „gostoljubiv prostor“ za pacijente, osigurati prostor druželjubivosti (Orth 2010) u koji oni mogu ući kad treba (Leitner, Petzold 2010), pokazati istinski interes, kako je izraženo i u pričama o pacijentima Olivera Sacksa (1995), koje u Lurijinoj tradiciji pripovijedaju o ljudima koje je upoznao u svom terapijskom radu i s kojima je provodio tretman (Sacks, 1993, 1995).

U integrativnoj terapiji sustavno smo razvijali metodološki naglasak na „**narativnu praksu**“ (Ch. Petzold 1972; Petzold, 1991o/2003a, 333ff; 2001b, 2003g) koja je središnji element tjelesno-terapijskih, socioterapijskih i kreativno-metodoloških putova rada u IT. U međuvremenu su razvijene različite forme „narativne terapije“ (McLeod, 1997; Epston, White 1991; White, 2007), koje su doduše manjkave zbog nepostojanja terapijski relevantne „teorije jezika“ i pomanjkanja veza s „narativnom teorijom“ (Fludernik, 2006; Martínez, Scheffel, 2009), jer su koncepti narativne teorije vrlo korisni u terapijskom narativnom radu s „detaljnim opisima“ (Petzold, 2010f; Orth, Petzold 2008). Takvi opisi u terapijskim susretima sažimaju životne kontekste, čime postaju kognitivno „jasniji“ i emocionalno „opipljiviji“, što pomaže u stvaranju novih želja i postupaka koje doprinose njihovoj promjeni (Petzold, Sieper, 2008c).

To je proces „uzajamne empatije“ – pacijent također mora naučiti svog terapeuta empatijski doživjeti i to mu mora biti dopušteno (!) – i to je proces „uzajamnog razumijevanja“ – zapravo, treba naučiti razumjeti jedan drugog. Takvi procesi uspješnih terapijskih odnosa mogu biti

paradigmatski za nove mogućnosti empatije i razumijevanja. No, to se mora generalizirati u životni kontekst pacijenata. Samo s takvim transferom snaga će „korektivna iskustva“ (sensu S. Ferenczi und F. Alexander) i tome pridodana „alternativna iskustva“ (sensu Petzold, Orth, Sieper) na „kognitivnoj, emocionalnoj i voljnoj razini, kao i na razini djelovanja“ (Petzold, 2012h) biti proširena ka održivom i cjelovitom djelovanju. Ovdje smo proširili koncepciju Franz Alexandera o emocionalnoj korekciji, proširili na sveobuhvatan novi koncept „utjelovljenja“, novo stvaranje svijeta s posljedicama na planu misli, osjećaja, htijenja i mogućnosti djelovanja (Petzold, Sieper 2012a; Hüther, Petzold, 2012).

To je u pravilu popraćeno „životnim promjenama“, „promjenama u djelovanju identiteta“ (Petzold 2012a), pod uvjetom - i to treba naglasiti – pružanja prave prilike, a ne samo „neizvjesnog svijeta“, koja omogućava „utjelovljenje“ jednog „benignog životnog svijeta“ koji nudi resurse i potencijale u gostoljubivim prostorima i humanim životnim ritmovima bez destruktivnog nemira i „malignih ubrzanja“ (Petzold 2012p; Rosa 2012). Ostaju li ljudi u „negativnom okruženju“, u „nesigurnim situacijama“ (Hecht, Petzold, Scheiblich 2012), slabije su im šanse da će moći koristiti ponuđenu „**pomoć u uspostavljanju nove životne orijentacije**“ koja je često prekratka. Tu su često potrebne dalekosežnije mjere (Hartz, Petzold 2010). Kad je u kontekstu istraživanja psihoterapije Reed (2006) utvrdio da se veliki dio psihičkih oboljenja smatra kroničnim, tada se bezuvjetno mora postaviti pitanje: nije li to pretežno tako, jer ti ljudi moraju živjeti u kronično bolesnim životnim i socijalnim svjetovima, kao zatvorenici u nesigurnim situacijama? Ukoliko je to tako, kako je to psihoanalitičar Hilgers (2009) pretpostavio, tada ostaju "rizični" i imaju slabe šanse. **Biopsihosocijalnoekološki** pogled, kakav mi u integrativnom pristupu zastupamo (Petzold 1974j, 2003a), ne smije zatvarati oči pred ovim činjenicama. Tako se može izbjeći da se neozbiljno „okrivljava pacijenta“, kako to često rade terapeuti **pripisujući neuspjeh** pacijentima, kao onima koji ne prihvaćaju terapiju, odbijaju je, izbjegavaju itd. Za razliku od toga, uočavamo kompleksnost uzroka i posljedica u **životnoj naraciji** i također nevoljkost javnog zdravstvenog i socijalnog sustava da se na dovoljno sveobuhvatan način pobrinu za ove hitne slučajeve, poduzmu uspješne strukturalne promjene, tako da uopće nije moguće oblikovanje alternativnih obrazaca ponašanja i time novi oblici naracije i nova orijentacija života.

Međutim, postoji represija i unutar profesije psihoterapeuta i njihova nedostatna spremnost da to priznaju: da bi se ljudima sa teškim smetnjama i kaotičnim životnim uvjetima u nesigurnim okolnostima pružila održiva pomoć, nije dostatno terapijsko okruženje koje je dijadno, samo psihologizirajuće i individualizirajuće. Tu su, bez sumnje, potrebne dalekosežnije mjere, neophodna je suradnja s drugim pomagačkim profesijama i drugim organizacijama za pružanje pomoći i skrbi (socijalni rad, obrazovanje odraslih, rekreativni sport itd.), koje se moraju priključiti

„psihoterapijskom“ radu da bi se, ako je potrebno, proširile **socioterapijske** mjere i time postigli trajni učinci, poboljšale teške **životne situacije** i omogućilo stvaranje nove životne orijentacije.

„**Nesigurni životni uvjeti** su vremenski proširene situacije pojedinca s njegovim relevantnim konvojem koji proizlazi iz njegove društveno-ekološke ukorijenjenosti i njegovih socijalno-ekonomskih uvjeta (mikro razina), koje ovaj čovjek i ljudi njegove društvene mreže doživljavaju kao „ugrožavajuće“ i procjenjuju „katastrofičnim“ (prefrontalna kognitivna procjena i limbičko emocionalno vrednovanje), jer je došlo do akumulacije ogromnog tjelesnog, mentalnog i socijalnog opterećenja zbog nedostatnih resursa ili pak zbog gubitka, odsutnosti ili slabosti „protektivnih faktora“ i „potencijala zamišljanja mogućnosti“. Sumiranje „kritičnih životnih događaja“ i rizika dovode mogućnost kontrole, suočavanja i korištenja kreativnih sposobnosti pogođene osobe (pojedinca i njegove društvene mreže) do njihovih granica. Počinje erozija osobnih i socijalnih kapaciteta suočavanja. Može se detektirati progradirajuće opadanje resursa konteksta, tako da prijete oštećenje osobnog identiteta, destrukcija socijalne mreže s njenom podržavajućom valencijom i osiromašenje socijalno-ekološkog mikrokonteksta, nastupa **destruktivna životna situacija**, sve dok ne dođe do jednog otpuštanja, značajnog „**poboljšanja životne situacije**“ kroz opskrbu resursima i kroz mjere poboljšanja infrastrukture koje će trajno odstraniti neizvjesnost i kako *Moreno* (1923) postavlja pitanje: „Što nas je dovelo u ovaj položaj? Od čega se sastoji ova pozicija? Što nas izvodi iz ovog položaja?“ (usp. *Petzold, Sieper, 2008*).

Da, što vodi ljude van iz **problematičnih i destruktivnih životnih situacija**? Dnevnik tretmana Klare Kreidner-Salahshour i gosp. F. može pružiti sliku postupnih procesa rasta, međusobne empatije i razumijevanja, koji omogućuju postupni rast i promjenu samorazumijevanja pacijenta, procese koji otvaraju mogućnosti, uvjerenje da je sposoban u životnoj situaciji sam sebe bolje razumjeti i regulirati. Dnevnik tretmana prikazuje različite „aktivne i ljekovite čimbenike“ koji se upotrebljavaju namjerno i teoretski vođeno ili pak u ovom kompleksnom procesu spontano i samoorganizirano „izranjaju“ – ne samo pod utjecajem prilično protektivnih, već i djelomično opterećujućih institucijskih uvjeta. Taj dnevnik vodi također do pitanja „**nesigurnosti životnih uvjeta**“ koji stoje u pozadini i koji će u budućnosti postati jasni. Time se pokazuje naša predanost obliku vladavine društva solidarnog prema našim sugrađanima, susjedima koji su bačeni u neizvjesne ili uništavajuće životne okolnosti, pa i devijacije, da bi im se pružila sveobuhvatna podrška i mogućnosti, koja se ne temelji samo na stajalištu **monetarne ekonomije**, jer svaki čovjek s kroničnim problemima iznimno tereti zajedničko kućanstvo desetljećima. Nasuprot tome, pružanje odgovarajuće pomoći predstavlja stvar **humanosti**. U takvom šire shvaćenom smislu „**humanitarne ekonomije**“ (οικονομία, oikonomía) čini se kao da mi u demokratskim državama živimo u jednom „domaćinstvu“ koje je orijentirano na zakonsku ravnopravnost, društveno blagostanje, dostojanstvo i integritet čovjeka (Petzold, Orth, 2011), koje se nalazi u zajedničkoj kući (οἶκος, oikos) i koje je određeno smislenim pravilima (νόμοι, nomoi). Načelo solidarne pomoći je pri tome esencijalno i mora se primjenjivati u svim područjima i oblicima pomoći, uključujući i

psihoterapiju, koja sasvim izvjesno u teoriji, istraživanjima i praksi mora obratiti veću pažnju na svoju zadaću „**životne pomoći za novu životnu orijentaciju**“, čime se za većinu pacijenata ponovno uspostavlja zdravlje i radna sposobnost. Može se dogoditi da se načelo solidarne pomoći ne primjenjuje uopće ili na adekvatan na razini cijelog društva i, naravno, u područjima psihosocijalnog rada. Tschuschke stoga s pravom ističe: „Kao izuzetno važno za evaluaciju ubrzanog jednostranog razvoja medicinskog, mehaniziranog pristupa psihoterapiji mora se razmatrati razvoj ekonomski orijentiranog zdravstvenog sustava – tzv. Managed Care – u SAD-u. Ova „stranputica“ u medicini (Reed, 2006, S. 42) usmjerena samo na ekonomski motiviran način razmišljanja i nema na umu dobrobit pacijenta, već isključivo smanjenje troškova“ (Tschuschke et al. 2012). Takav sistem mi kao demokratski osviješteni Europljani, ne želimo, u čijoj ustavnoj povijesti središnju ulogu ima "Fraternité", "Bratstvo" (treba reći "Čovječanstvo") (Borgetto 1997; David 2002). Ono nedostaje u američkom ustavu, ali stoji u Članku 1 „Deklaracije o ljudskim pravima“ Ujedinjenih naroda: „Svi se ljudi rađaju slobodni i jednaki po dostojanstvu i pravima. Oni su obdareni razumom i savješću i trebaju postupati jedni prema drugima u duhu bratstva“ (<http://www.un.org/depts/german/grunddok/ar217a3.html>).

U razboritom, prema humanosti, ljudskom dostojanstvu i brizi za cjelovitost/integritet orijentiranom upravljanju proračunom mora sudjelovati svako područje pa i psihoterapija (Sieper, Orth, Petzold 2010). Kao psihoterapeuti mi moramo doprinijeti našom stručnošću, da ljudi, naši „pacijenti i pacijentice“ (Petzold, Gröbelbauer, Gschwendt 1999), dobiju prikladnu pomoć iz perspektive razumnog, širokog shvaćanja „teškoća kliničkog značaja“ u poremećenim, opterećenim „neizvjesnim životnim uvjetima“. Pošteni su oblici pomoći koje im nude realistične i dohvatljive šanse za novu orijentaciju života, kako bi time kao sugrađani i sudruzi mogli ponovno sudjelovati u društvenom životu na način dostojan čovjeka¹.

Hilarion G. Petzold, Susanne Orth-Petzold

¹ literatura na kraju članka

Dnevnik tretmana (liječenja) - Klara Kreidner-Salahshour i gospodin F.

1. Osobni podaci i motivacija terapeutkinje

Već dugi niz godina radim kao terapeutkinja pokretom (Bewegungstherapeutin) na Općoj psihijatriji. Moje obrazovanje uključuje prvi državni ispit s predmetima sport i engleski za nastavno zvanje, obuku iz motopedije (tretman psihomotornih i ponašajnih problema kod djece) i edukaciju iz terapije pokretom i tijelom (IBT).

U vrijeme kad sam na odjelima za prijem pacijenata radila s otvorenim, jako fluktuirajućim skupinama akutnih psihijatrijskih pacijenata, nisam imala mogućnost sastaviti izvješće o liječenju (tretmanu), budući da su terapije u dijadnom okruženju trajale samo nekoliko sati.

Sada već desetak godina radim na specijalnom odjelu za integriranu forenzičku psihijatriju na Općoj psihijatriji. Nakon što sam poslije porodiljinog dopusta „slučajno“ i ne svojom voljom „završila“ u tom području rada, u novom području rada sam se zahvaljujući tadašnjem „pionirskom duhu“ mnogih zaposlenika, otvorenoj i dobroj suradnji s kolegama i superviziji, dobro snašla. Moje osobno bogato i diferencirano iskustvo te svi drugi nastavni sadržaji specijalizacije u području terapije pokretom i tijelom (IBT) u stručnom su mi smislu bili od velike koristi. Budući da mnogi pacijenti na odjelu ostaju duže vremensko razdoblje, sada je postojala mogućnost dužih terapijskih postupaka.

Od odjelnog sam psihologa jednog dana dobila zadaću da kao terapeutkinja pokretom radim s gospodinom F. – bilo što i bilo kako, kako bi se gospodin F. odvažio upustiti u terapijski odnos sa ženom (*Metacilj: intersubjektivnost i sposobnost korespondencije – posebno sposobnost uspostavljanja odnosa sa ženskim terapeutom*). Na temelju te jasne, spolno specifične i istovremeno vrlo otvorene zadaće odlučila sam taj slučaj uzeti kao temelj za ovo izvješće o liječenju (tretmanu).

Svjesno sam odlučila postupak liječenja opisati u prezentu kako postupak ne bih lišila životnosti.

Svoja osobna promišljanja te stručne izraze pisala sam kurzivom u zagradaama.

2. Moj stav o psihozi

Kako bih uopće mogla raditi u psihijatriji, morala sam zauzeti stav o posebnom psihičkom iskustvu. U tom smislu od velike su mi pomoći bile ideje Dörnera (2010.). Stoga je moj stav prema gospodinu F. otvoren, kako u pogledu njegove vanjštine i načina njegova života, tako i u pogledu njegovog psihotičnog i „ostataka psihotičnog“ iskustva. Osobno ne vrednujem psihotični doživljaj kao nerealan i nenormalan, nego uvijek s pacijentima, a u ovom slučaju i s gospodinom F., pričam o „osobnoj realnosti“ koju ne dijelim s njim.

Tu je, konačno, zajednička osnova za percipiranje i iskustvo „zajedničke realnosti“ koja postoji između nas, ali također između više ljudi, zajednica itd. Kao primjer pokazujem npr. predmete u prostoriji, pogled s prozora, osobe nazočne u prostoriji, riječi koje izmjenjujemo.

3. Uvod

Za pripremu izvještaja o tretmanu, usmjeravamo se na integrativnu terapiju:

Petzold, H.G., Orth-Petzold, S., Patel, A. (2010): Von der Abhängigkeit in die Souveränität. Über Professionalisierung in der Psychotherapie durch reflektierte und dokumentierte Praxis. Polyloge, Bei www.FPI-publikationen.de/materialien.htm - POLYLOGE: Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit 17/2010. <http://www.fpi-publikation.de/downloads/download-polyloge/download-nr-17-2010-petzold-h-g-orth-petzold-s-i-patel-a-ii.html>

*Petzold, H.G., Orth-Petzold, S., Ratz, C. (2011): D A S S U P E R V I S I O N S J O U R N A L - Ein methodisches Konzept zur Sicherung und Entwicklung von Qualität in Supervision und klientenbezogener Arbeit.: www.FPI-Publikationen.de/materialien.htm *Supervision: Theorie – Praxis – Forschung. Eine interdisziplinäre Internet-Zeitschrift* – 1/2011. <http://www.fpi-publikation.de/downloads/download-supervision/download-01-2011-petzold-h-g-orth-petzold-s-ratz-c.html> .*

U pogledu službenih kriterija i zahtjeva u svezi strukture izvješća o liječenju želim uvodno ukazati na sljedeće okolnosti u svezi okvirnih institucionalnih uvjeta u kojima se provodila IBT terapija:

1. Liječenje pacijenata na posebnom odjelu provodi multiprofesionalni tim (liječnik, psiholog, tim za njegu, primarna njega, terapija umjetnošću, ergoterapija, radna terapija i terapija kretanjem, socijalni radnici).
2. Kako bi se ostvario budući cilj, a to je puštanje pacijenta na dugotrajni dopust kao prva etapa izvršenja sudskih mjera, dotične skupine stručnjaka slijede kratkoročne i srednjoročne ciljeve kako bi pacijent mogao ispuniti pretpostavke za dopust.
3. U slučaju gospodina F. nalog za liječenje IBT-om s **posebnim** ciljem dobila sam u trenutku u kojem je njegova psihoterapija već prilično uznapredovala.
4. Koristit ću dijagnoze koje su postavili liječnici, psiholozi, a u ovom slučaju i vještaci, jer moja zadaća kao terapeuta pokretom nije da u instituciji postavljam dijagnoze.
5. Raspolazem već i s biografskim podacima; dodatne informacije imam i sa timskih sastanaka i supervizija.
6. Stoga je IBT samo dio cjelokupne profilakse recidiva.
7. Ovo izvješće o liječenju IBT-om **stručni je isječak** iz cjelokupnog liječenja multiprofesionalnog tima. Razvoj odnosa pacijenta prema članovima tima i terapijskim procesima utječe na sva druga područja, a to je i intencija te način postupanja multiprofesionalnog liječenja; tj. kroz njezin polilog, tj. razmjenu u kojoj sudjeluje više

osoba dolazi do sinergijskih učinaka i emergencija (Petzold 2007a). Te procese u svojem izvješću ne spominjem jer bi ta kompleksnost prelazila okvire ovog rada.

8. U ovom se radu ne predstavljaju niti institucionalni okviri (settings) – pa ipak se radi o posebnoj „instituciji“ (*ibid.*), iako integrativna terapeutkinja ne može zaobići temu „moći“ (Foucault) (Petzold 2009d; Haessig, Petzold 2009) o kojoj se uvijek iznova razmišlja. I time bi se prešao okvir ovog dnevnika.
9. Imajući u vidu broj sati i njihov vremenski okvir s aspekta integrativne terapije može se govoriti o dugotrajnom terapijskom procesu.

4. Teorijske i prakseološke osnove

Informacije o teorijskim osnovama IT:

Petzold, H.G. (2002b): Zentrale Modelle und KERNKONZEPTE der „INTEGRATIVEN THERAPIE“. Düsseldorf/Hückeswagen. Bei [www. FPI-Publikationen.de/materialien.htm](http://www.fpi-publikationen.de/materialien.htm) - POLYLOGE: Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit - 02/2002. <http://www.fpi-publikation.de/images/stories/downloads/polyloge/Petzold-Kernkonzepte-Polyloge-02-2002.pdf>.

Petzold, H.G. (2005r/2010): Entwicklungen in der Integrativen Therapie als „biopsychosoziales“ Modell und „Arbeit am Menschlichen“. Überlegungen zu Hintergründen und proaktiven Perspektiven. Integrative Therapie 40 Jahre in „transversaler Suche“ auf dem Wege. Krems, Zentrum für psychosoziale Medizin. Hückeswagen: Europäische Akademie für Psychosoziale Gesundheit. [www. FPI-Publikationen.de/materialien.htm](http://www.fpi-publikationen.de/materialien.htm) - POLYLOGE: Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit - 04/2010. <http://www.fpi-publikation.de/downloads/download-polyloge/download-nr-04-2010-petzold-h-g-2005r.html>.

Leitner, A. (2010): Handbuch der Integrativen Therapie. Wien: Springer.

Petzold, H.G., Sieper, J., Orth, I. (2012): Literaturressourcen der Integrativen Therapie - Zentrale Themen und Konzepte in den Originaltexten ihrer Begründer. Bei [www.FPI-publikationen.de/materialien.htm](http://www.fpi-publikationen.de/materialien.htm) - POLYLOGE: Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit – 22/2012. <http://www.fpi-publikation.de/polyloge/alle-ausgaben/22-2012-petzold-sieper-orth-literaturressourcen-der-integrativen-therapie-originaltexte.html>.

Na ovom ćemo mjestu ukratko navesti teorijske i prakseološke osnove koje su od ključne važnosti za proces integrativne terapije pokretom: složena slika čovjeka (Petzold 2003e, 2012f), cjeloživotni razvoj (Petzold 2003, 515ff; Sieper 2007b), koncept intersubjektivne korespondencije i terapijskog odnosa kroz „uzajamnu“ empatiju“ (Petzold 2003a, 93ff, 2012c; Petzold, Müller 2005/2007) i načelno respekt u skladu s „osnovnim pravilom“ integrativnog pristupa (Petzold 2000a), koncept „informiranog tijela“ (*idem* 2003a, 1051ff, 2009c) i njegove neuroplastičnosti (Hüther, Petzold 2012; Lamacz-Koetz 2009), na čemu se temelji integrativna teorija ličnosti i identiteta (Petzold 2012a). U metodičkom smislu važno je shvaćanje „složenog učenja“ (Sieper, Petzold 2002; Lukesch, Petzold 2011) i postupaka „interiorizacije“ (sensu Vygotskij, vgl. Petzold 2013e, h), zatim tetradički sustav (1988n/1996a) i „četiri puta izlječenja i poticanja“ (Petzold 1988n/1996a, 2012h), „14 čimbenika izlječenja“ (Petzold 1993p/2003a, 985ff; 1994g). Iza svega stoji kompleksni model integracije integrativnog pristupa (*idem* 2003a, 25ff; 2003e, 2007a; insgesamt Sieper 2006). Na svemu tome temelji se bogata praksesologija (Petzold 2003a, Bd. III;

Orth, Petzold 2004) s brojnim originalnim **metodama, tehnikama i medijima** (Petzold 1977c, 1993h) kojima se potiče doživljaj i uvježbava ponašanje.

Za procese složenog učenja i tehnike za aktiviranje iskustava usmjerit ćemo se u IT na:

- Sieper, J., Petzold, H.G. (2002): Der Begriff des „Komplexen Lernens“ und seine neurowissenschaftlichen und psychologischen Grundlagen – Dimensionen eines „behavioralen Paradigmas“ in der Integrativen Therapie. Lernen und Performanzorientierung, Behaviourdrama, Imaginationstechniken und Transfertraining. Düsseldorf/Hückeswagen. Bei [www. FPI-Publikationen.de/materialien.htm](http://www.fpi-publikationen.de/materialien.htm) - *POLYLOGE: Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit* - 10/2002 und <http://www.fpi-publikation.de/supervision/alle-ausgaben/04-2011-sieper-j-petzold-h-g-komplexes-lernen-in-der-integrativen-therapie-und-supervision.html>. Gekürzt in Leitner, A. (2003): Entwicklungsdynamiken der Psychotherapie. Wien: Kramer, Edition Donau-Universität. S. 183-251.
- Lukesch, B., Petzold, H.G. (2011): Lernen und Lehren in der Supervision – ein komplexes, kokreatives Geschehen. www.fpi-publikationen.de/materialien.htm *Supervision: Theorie – Praxis – Forschung. Eine interdisziplinäre Internet-Zeitschrift* – 5/2011 <http://www.fpi-publikation.de/downloads/download-supervision/download-05-2011-lukesch-b-petzold-h-g.html>.
- Petzold, H.G., 1993p/2003a. Integrative fokale Kurzzeittherapie (IFK) und Fokaldiagnostik - Prinzipien, Methoden, Techniken. In: Petzold, Sieper (1993a) 267-340; repr. in: Bd. II, 3 (2003a) 985 - 1050. <http://www.fpi-publikation.de/downloads/download-polyloge/download-nr-25-2012-petzold-h-g-1993p.html>.
- Petzold, H.G., Orth, I. (1994a): Kreative Persönlichkeitsdiagnostik durch „mediengestützte Techniken“ in der Integrativen Therapie und Beratung. *Integrative Therapie* 4 (1994) 340-391. <http://www.fpi-publikation.de/polyloge/alle-ausgaben/03-2012-petzold-h-orth-i-1994a-kreative-persoendlichkeitsdiagnostik-durch-mediengestuetzte.html>

4.1 Cjeloživotni razvoj

Za perspektivu cjeloživotnog razvoja IT usmjerit ćemo se na:

- Petzold, H.G., Goffin, J.J.M., Oudhof, J., 1993. Protektive Faktoren und Prozesse - die „positive“ Perspektive in der longitudinalen, „klinischen Entwicklungspsychologie“ und ihre Umsetzung in die Praxis der Integrativen Therapie. In: Petzold, H.G., 1993c. Frühe Schäden, späte Folgen? Psychotherapie und Babyforschung, Bd. I, Paderborn: Junfermann; und in : Petzold, H.G., Sieper, J.(1993a): Integration und Kreation, 2 Bde., Paderborn: Junfermann, 2. Auflage 1996, S. 173-266.
- Sieper, J. (2007b): Integrative Therapie als „Life Span Developmental Therapy“ und „klinische Entwicklungspsychologie der Bezogenheit“ mit Säuglingen, Kindern, Adoleszenten, Erwachsenen und alten Menschen, *Gestalt & Integration*, Teil I 60, 14-21, Teil II 61 (2008) 11-21. Update 2011, in: [www. FPI-Publikationen.de/materialien.htm](http://www.fpi-publikationen.de/materialien.htm) - *POLYLOGE: Materialien aus der Europäischen Akademie für Psychosoziale Gesundheit* – 5/2011 <http://www.fpi-publikation.de/downloads/download-polyloge/download-nr-05-2011-sieper-johanna.html>

S Lurijom (2001; vgl. Petzold, Michailowa 2008) i drugim modernim neuroznanstvenicima integrativna terapija naglašava (Chalupa, Berardi et al. 2011; Hüther, Petzold 2012) neuroplastičnost mozga (Petzold 2009c; Lamacz-Koetz 2009) te se ističe tzv. pristupom „lifespan developmental approach“ (Sieper 2007b). Tako se osjetilno tjelesni subjekt (Leibsubjekt) u skladu s teorijom ličnosti integrativnog pristupa razvija tijekom cjelokupnog života (Petzold 2003a, 570f), pri čemu osim tendencija samoaktualizaciji dolaze do izražaja i impulsi za razvoj čovjeka iz socijalno-ekološkog konteksta (Petzold 2003a, 2006p)– „interaktivnog tijela (Leib) – utjelovljena i ugrađena (embodied and embedded)“ (Petzold 2009c, 2012a).

Za područje forenzike to znači da počinitelj (kaznenog djela) postaje „počinitelj“ na temelju najrazličitijih faktora.

Zato se razvoj zdravlja i bolesti uvijek sagledava i s polazišta više faktora i u odnosu na životni vijek. (Petzold 1996f, 2002b, 47). Petzold (2003a, 70) smatra da kod razmatranja razvoja čovjeka uvijek valja uvažiti rizične faktore, protektivne faktore i rezilijencije, zdravo ponašanje, salutogenezu, perspektive u vezi s resursima, slijed pozitivnih, negativnih i deficitarnih događaja, pozitivne utjecaje iz prošlosti (propulsori), podupiruće snage u sadašnjosti (generatori), ciljeve i pozitivne izgleda za budućnost (atrakcije) (Petzold, Sieper 1998; Petzold, Müller 2004), a ujedno i negativne utjecaje i faktore opterećenja kao što su npr. sukobi ili agresije (Petzold 2003b, 2003c). Slijedom toga, integrativna terapija polazi i od teorije zdravlja i od teorije bolesti, u kontekstu životne karijere (Petzold, Hentschel 1991).

Izbor terapije, u ovom slučaju npr. integrativna terapija pokretom i terapija tijela u okviru integrirane forenzičke psihijatrije, prema tome su i dio jednog područja životne karijere počinitelja kaznenog djela; samim time se terapijsko okruženje s „intervencijama koje prate karijeru“ (Petzold 2003a, 577) smatra područjem koje potiče zdravlje i ima protektivni utjecaj (*ibid.*, 578).

Strategije kliničke intervencije su *liječenje/Curing*, *potpora/Supporting*, *svladavanje/Coping*. Strategije koje potječu salutogenezu i potencijale su *proširenje/Enlargement*, *obogaćenje/Enrichment*, *osnaživanje/Empowerment* (Orth, Petzold 1995; Petzold, Orth 1999). Preko aktivacije doživljaja mogu se naposljetku osim kompetencija i performansi svladavanja (coping) poticati i kompetencije i performance stvaranja/ *Creating* (Petzold 2003a, 2007a).

4.2 Intersubjektivna ko-respondencija

Terapeutski odnos obilježen je *intersubjektivnom ko-respondencijom*. Prema načelu *intersubjektivnosti* – svako „biti“ je „biti s (nekim)“ („Alles Sein ist Mit- Sein“) (Petzold 2002b, 35f) – čovjek je upućen na bližnjeg (Mitmensch) te kroz čovjeka postaje bližnjim (Mitmensch).

U terapiji s psihički bolesnim počiniteljima kaznenih djela za mene je na početku u pojedinim slučajevima bio velik izazov da se prema tom načelu *intersubjektivnosti* **svaki čovjek** poštuje jedinstveno s integritetom i dostojanstvom (Petzold, Orth 2011; Sieper, Orth, Petzold 2010) i da prema tome ravnopravno koegzistira i „diferencijalno biva s nekim“ (Mit-Sein)“ (*ibid.*) počinitelja kaznenih djela.

Ko-respondencija kao sinergijski proces nastaje kroz susret, odnos i sukobljavanje ljudi. Pritom povezanost dovodi do konsenzusa, različitost do disencija, a ako se oko disencije postigne konsenzus, drugi se pojedinac priznaje, poštuje i cijeni u svojoj različitosti. (Levinas 1963; Petzold 1996k). Taj osnovni stav omogućuje naposljetku „osjećaj pripadnosti između ljudi u uzajamnom poštivanju njihovog dostojanstva“ (Schuch 2000, 156) kao pretpostavke tog procesa *intersubjektivnosti* koji, naročito za brojne pacijente na psihijatrijama, predstavlja međuljudsko iskustvo s blagotvornim korektivnim djelovanjem.

Temelj terapijskog odnosa je *model korespondencije* kao temeljni koncept integrativnog pristupa. U tom se slučaju između pacijenta i terapeutkinje kroz otvoreni i kontroverzni razgovor pronalazi „konsenzusna istina ograničenog trajanja“ u smislu ciljeva, tema i intervencija (Petzold 2003a, 1050; 2012c; Petzold, Müller 2005/2005) iza koje u tom slučaju oboje mogu stajati.

4.3. Četiri puta ozdravljenja

„Četiri puta ozdravljenja“ je pristup koncipiran u IT, kako bi se ljudima ukazalo na različite načine "ozdravljenja" (Petzold 2012h, 1988n/1996a) – u smislu značenja "njegovanja, promicanja, poticanja i izlječenja" (*idem* 2003a, 216).

4.3.1 Prvi put ozdravljenja: rad na svjesnosti i pronalaženju smisla

Petzold opisuje da se prvi put odnosi na „Ozdravljenje ... i razvoj ličnosti ... kroz usvajanje 'kompleksne svjesnosti' i pronalaženju značenja (smisla) kroz unaprjeđenje svjesnosti (osvješćivanje)" (*ibid.*, 218).

Horizonte treba proširiti, kroz utvrđivanje smetnji, konflikata, deficita i (a dozirano eventualno i) trauma. Kroz korištenje različitih fokusa, porastom *ekscentriciteta* stvara se *parcijalni suverenitet* u odnosu na utvrđene *narative*.

Kroz višeperspektivni uvid, kroz povećanje kapaciteta osjetilne percepcije i intersubjektivnu korespondenciju postoji mogućnost da se prošlost i sadašnjost vrednuju na drukčiji i novi način. Stjecanje spoznaja (uvida) kroz proces *hermeneutike* (s. 4.6)... može rezultirati iskustvima od *vitalne važnosti*. Pritom se „tjelesni doživljaj, emocionalno iskustvo i racionalni uvid integriraju u terapijskom procesu ...“ (*ibid.*, 219). Pojedincu se omogućuje da sam sebe spozna i shvati.

4.3.2 Drugi put ozdravljenja: naknadna socijalizacija i stvaranje temeljnog povjerenja

Ovdje se prema Petzoldu (*ibid.*, 236) radi o ponovnoj izgradnji struktura ličnosti koje su zbog *deficita* i *trauma* oštećene ili nedovoljno izgrađene kao i o restituciji poremećenog temeljnog povjerenja kroz naknadnu socijalizaciju.

U tu svrhu potrebno je promijeniti disfunkcionalne narative i nadoknaditi nedostatak iskustva potrebnog za razvoj, što se posreduje kroz *osnaživanje (potporu)*, „*alternativnih, substitutivnih i korektivnih iskustva*“ (*ibid.*), sve s ciljem stvaranja temeljnog povjerenja, pripadnosti i snage za „*novo*“. To naknadno roditeljvanje, npr. kao „*novo iskustvo poštovanja, prihvaćanja, tjelesne brižljivosti i skrbi*“ (Braunbarth 2009, 71) može dolaziti kako od terapeuta tako i od skupine. Braunbarth (2009) u tom kontekstu ukazuje na „jednu dobru međutjelesnost

(intertjelesnost), govor tijela i vizualne kontakte“. Ovdje je prikladan terapijski stil *selektivne otvorenosti i parcijalnog angažmana*. Dodatno treba osigurati i *strategije suočavanja (coping)*.

4.3.3 Treći put ozdravljenja: aktivacija doživljaja i razvoj ličnosti

Na trećem putu treba osloboditi i razviti resurse i potencijale kao što su npr. kreativnost, mašta, senzibilnost.

Teži se aktivaciji doživljaja i “multiploj stimulaciji“ u “poticajnom okruženju”. *Pozornost, poštovanje, dostojanstvo i korijeni* smatraju se osnovnim kvalitetama za mogućnost uspostavljanja odnosa i iskustva. Kako bi se potaknulo perceptivo, memorativno, ekspresivno i refleksivno tijelo (Leib) (Petzold 1988n/1996a, 251), može se koristiti cjelokupan spektar *metoda, tehnika i medija* integrativne terapije. Deficiti se mogu kompenzirati, *anestezije i analgezije* perceptivnog tijela (Leib) pobuditi, a *resursi* aktivirati. *Domaće zadatke* prikladne su za to da se „svakodnevnicu iskoristi kao vježbu“ (Dürckheim 1972; Petzold, Bloem, Moget 2004), kao dodatno područje za eksperimentiranje i da se potaknu „promjene obrazaca“ radi promjene ponašanja (Hüther, Petzold 2012; Lamacz-Koetz 2009).

4.3.4 Četvrti put ozdravljenja: iskustvo solidarnosti i meta-perspektiva, angažman i osnaživanje

Četvrti put teži poticanju socijalnih kompetencija kao što su „interes za druge, empatija, percepcija i iskazivanje vlastitih potreba, spremnost za raspravu i pregovaranje (postizanje rješenja)“ (Braunbarth 2009, 73). Iskustva solidarnosti doživljena u terapiji treba primijeniti, iskoristiti i proširiti u svakodnevnom životu, kao prakticiranu pomoć sebi i drugima. Na taj se način može prevladati nemoć, steći kontrola i samoučinkovitost te proživljavati snažan *empowerment* (Petzold 1988n/1996a, 260; Petzold, Orth, Sieper 2006, 707). Pritom važnu ulogu igraju društveni sustavi najrazličitijih vrsta.

4.4 Četrnaest (14) čimbenika (faktora) izlječenja

Na ovom ćemo mjestu ukratko navesti 14 „čimbenika (faktora) izlječenja“ integrativne terapije (14 čimbenika koji doprinose uspješnom ishodu psihoterapije, o.p.) (Petzold 1994g/2012n, 2003a, 1036ff), kako bismo kasnije tijekom terapije na odgovarajućim mjestima mogli ukazati na to koji od tih terapijskih faktora dolazi do izražaja u terapiji pokretom i terapiji tijelom.

- 1. čimbenik izlječenja kao *empatičko razumijevanje* (dobar terapijski odnos i omogućavanje iskustva kontakta i susreta, o.p.) (*EV*) označava suosjećajan, empatijski, taktičan, uvažavajući, a samim time kasnije često i socijalizirajući korektivni odnos, terapeutkinje prema pacijentu

(protektivno). Kao načelo terapijskog stila ovdje vrijedi „*selektivna otvorenost*“ i „*parcijalno sudjelovanje*“ (Petzold 1980g) te „*dogovaranje granica*“ (idem 2003a, 834ff).

- 2. čimbenik izlječenja: (***emocionalna podrška, razumijevanje i prihvaćanje***), pacijent se *emotivno prihvaća* (protektivno) i *podupire* (suportivno) (ES). Pacijenta se prihvaća, rasterećuje, tješi, hrabri, dobiva pozitivnu pažnju te se potiču *pozitivni samoreferencijalni osjećaji i spoznaje* (Petzold 2003a, 630 ff).
- 3. čimbenik izlječenja: (***pomoć u praktičnom svladavanju životnih problema***), pacijent dobiva *praktičnu pomoć u svladavanju životnih poteškoća*, (suportivno) (LH), pri čemu se dopire i do novih resursa. Potpora se može pružati kao savjet i kao konkretna pomoć u teškim životnim situacijama.
- 4. čimbenik izlječenja: (***potpora emocionalnom izražavanju i aktualiziranju doživljaja i problema***), *poticanje emocionalnog izražavanja i volitivne snage odlučivanja* (EA). Pritom s jedne strane treba pokazati osjećaje dok s druge strane treba razgovarati o osjećajima i htijenju – ujedno i s aspekta rasterećenja.
- 5. čimbenik izlječenja: (***razvijanje i omogućavanje uvida i doživljavanje smisla***) *promicanje razumijevanja i osjetilnih iskustava* (EE) kao uvid o odnosima u životu, problemima i uvjetima za bolest. *Poticanje smisla* u integrativnoj terapiji znači "Promicanje pronalaska smisla" - *rađanje smisla- (i) stvaranje smisla*" (ibid., 1040)
- 6. čimbenik izlječenja: ***promicanje (potpora i povećanje) kompetencija/perfomansi učinkovite komunikacije i odnosa***, ima za cilj pronaći termine za verbalno izražavanje, trenirati socijalnu percepciju i socijalne vještine, stjecanje fleksibilnosti uloga i razviti empatiju - i također, prihvaćanje empatije.
- 7. čimbenik izlječenja: ***U promicanju (potpori) tjelesne svjesnosti (LB) i samoregulacije***, brige za fizičke impulse i senzacije svjesno učimo percipirati i razvijati izražavanje emocija kroz tijelo (ibid, 681ff.). *Samoregulacija i psihofizička* relaksacija mogu se uspostaviti kroz rješavanje, ako se riješimo napetosti i grčeva uslijed blokada što može dovesti do prekida disfunkcionalne regulacije.
- 8. čimbenik izlječenja: (***potpora sposobnosti i procesa učenja i interesa, aktiviranje resursa***). ***U promicanju mogućnosti učenja, procesa učenja i interesa (LM)***, važno je osvijestiti i podržati osobne stilove učenja i osobne interese za učenje u odnosu na učenje u školi, u svakodnevnom životu i u terapijskom postupku.
- 9. čimbenik izlječenja: ***Poticanje i potpora sposobnosti (mogućnosti) kreativnih doživljavanja i oblikovanja i kreativnih snaga (KG)*** podrazumijeva svijest široke i raznovrsne percepcije svijeta i stvarnosti "sa svim osjetilima" (Brooks 1979) kao temelj za lječidbeni proces kreativnog rada s različitim medijima.

- 10. čimbenik izlječenja: ***U razvijanju pozitivnog usmjeravanja na budućnost (pozitivne buduće perspektive) i horizonte očekivanja (PZ)*** usmjerava se na planove, vizije i životne ciljeve za budućnost. To je vremenski čimbenik koji obuhvaća zanimanje za prošlost s dodatkom pogleda na planove za budućnost uzimajući u obzir tijelo (u vremenu).
- 11. čimbenik izlječenja: ***Promicanje (potpora) razvoju pozitivnog osobnog sustava vrijednosti (PW)*** zahtijeva da je terapeut svjestan svojih vrijednosti i mišljenja o "drugima" o "socijalnom svijetu" i pacijentovim / klijentovim identitetnim vrijednostima koje potiče i podržava.
- 12. čimbenik izlječenja: (omogućavanje punog doživljavanja sebe i razvoj identiteta te oblikovanje pozitivnog samo-vrednovanja). ***Promicanje pregnantnog osjećaja Selfa i Identiteta, suvereniteta (PI)*** zahtijeva, da procesi pozitivnog samovrednovanja i samoopisa omoguće i konstruktivne atribucije identiteta izvana, što dovodi do stabilnog identiteta kao osnove za osobni suverenitet. To obuhvaća i izgradnju rodno specifičnih aspekata "dobrih unutarnjih svjetova" i širokog repertoara "uloga" (Petzold 2003a, 1043).
- 13. čimbenik izlječenja: (rad na oblikovanju podržavajućih socijalnih mreža). ***Promicanje održivih socijalnih mreža (TN)*** je vrlo važno, jer je podržavajuća i resursima bogata mreža od ogromne važnosti za razvoj i održavanje zdravlja i dobrobiti, i za osjećaj identiteta. Potrebno je uzeti u obzir da je čovjek uvijek bio dio društvene mreže, da to jest, i da će biti, tako da sve terapijske intervencije uvijek djeluju u tim mrežama. Zbog toga terapeuti trebaju poznavati kvalitetu pojedine mreže.
- 14. čimbenik izlječenja: ***Omogućavanje iskustva solidarnosti i duboko utemeljenog partnerstva (SE)*** događa se, ako pacijent doživi da netko u njega "predano ulaže", sa njim se solidarizira (staje na njegovu stranu) kad je riječ o nepravdi koja mu se događa ili čini. Iako sam terapijski proces može imati kvalitetu brige, takva su iskustva solidarnosti najviše moguća u terapijskim grupama i grupama samopomoći.

4.5 Tetradički (četverostupanjski) sustav

U IT se terapijski postupak strukturira kroz **tetradički (četverostupanjski)** sustav u kojem se razlikuju četiri odvojene faze. *Waibel* und *Bumiller* (2009) je utemeljio (*Petzold* 1988n/1996a, 86) i pojednostavio taj sustav za IBT. Te faze se ne odvijaju striktno tim redom kontinuirano.

Osim toga, njihov tijek se može brzo izmjenjivati, teći naprijed-natrag između pojedinih faza. Tetradički sustav je temelj za strukturu cijelog procesa terapije kao i jednog terapijskog susreta.

4.5.1 Početna (inicijalna) faza

U početnoj fazi, kao uvodu u terapijski proces postavljaju se ciljevi kroz procesnu orijentaciju na temu. Ciljevi te faze su „Uspostavljanje i razvoj terapijskog odnosa, razvoj grupne kohezije, zagrijavanje, promatranje ključnih tjelesnih fenomena, fenomena pokreta i grupnih fenomena“ (Waibel, Petzold et.al. 2009, 10) kao temelja za daljnje procese. Kao modus primjene intervencija ovdje se podupire modalitet centriran na vježbu i iskustvo.

4.5.2 Faza akcije

Faza akcije fokusira se na stimuliranje, istraživanje ili produbljivanje tema. Ovdje su ciljevi, poticanje tjelesnih iskustava, učenje i razvijanje emocionalne rezonance, pregnantnost iskustava - u smislu "vitalnih dokaza". To se može postići kroz centriranje na vježbu i iskustvo ali i kroz centriranje na konflikte.

4.5.3 Faza integracije

U fazi integracije radi se na obrascima ponašanja i komunikacijskim strukturama s ciljem reflektiranja i integriranja, sposobnosti za refleksiju, kako bi poboljšali i prepoznali obrasce odnosa. Ovdje se fokusira, kako na prošlost, tako i na sadašnjost i budućnost. Također, osnovni modaliteti intervencija mogu biti usmjereni na vježbanje, iskustvo i konflikte.

4.5.4 Faza nove orijentacije

Faza nove orijentacije omogućava učvršćenje promjena i novih planova djelovanja za razvoj novih (obrazaca) ponašanja - dosta eksperimentalno -s ciljem testiranja i uvježbavanja, promjene starih ponašanja. Ovdje je naglasak na modalitetu usmjerenom na uvježbavanje.

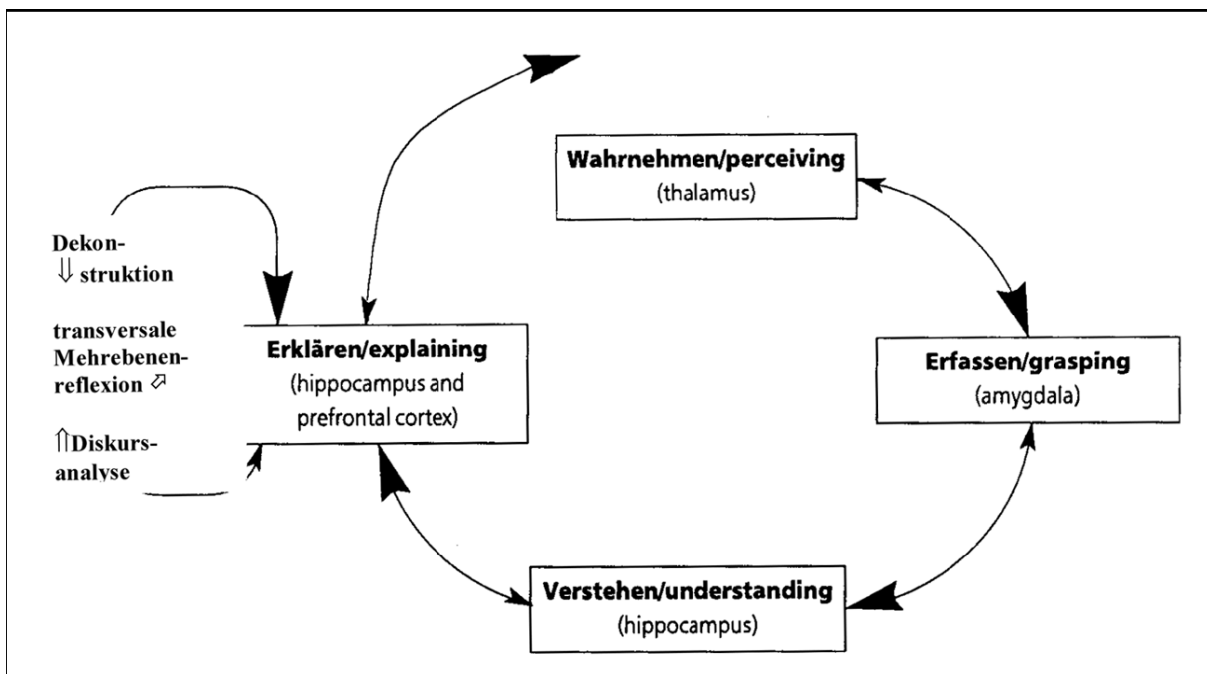
4.6 Hermeutička spirala

U integrativnoj terapiji *Hermeneutička spirala* je put do spoznaje. Kroz procese *doživljavanja, osjećanja, razumijevanja i objašnjenja*, pacijent u fenomenima svog ponašanja pronalazi strukture svog ponašanja.

Polazeći od percepcije, preko fenomena kretanja, on može prepoznati svoja stanja kao što su osjećaji ili raspoloženja. Kroz kognitivno razumijevanje ostvaruje se shvaćanje značenja svojih iskustava koncipiranih kroz riječi tako da se subjektivno značenje može prenijeti intersubjektivno (Petzold 2003a). Jedan individualni osjećaj na kraju može rezultirati iz individualne pozadine

iskustava i poveznih konteksta. Petzold govori o "narativnom" objašnjenju (ibid., 175), bez postavljanja zahtjeva za vječnom valjanosti.

Cilj je unaprijediti aktivnu i pasivnu percepciju, tako da se može diferencirati emocionalne kvalitete jedne situacije u svojoj kompleksnosti i važnosti. To je osnova za bolje razumijevanje značenja pojave ili ponašanja, ali i za objašnjavanje konteksta. Tu je moguće preliminarno poznavanje sebe ili zajedničke životne sredine (ibid). Bitno je da se proces hermeneutičke spirale može kretati naprijed i unatrag, tako da postoji proces povratne veze o realizaciji prijašnjih koraka. Tu dodatno postoji i meta-razina, meta-procesi. Oni dolaze od terapeuta kroz ekscentrične povratne informacije o slučaju i ggf. kao i od strane supervizora odnosno supervizorice, čiji input može obogatiti proces, kroz stvaranje jedne "transverzalne višerazinske refleksije" (Petzold 2007a; Petzold, Orth 1999 112).



Hermeneutička spirala (Petzold 2007a)

5. Prikaz institucije (anonimno)

Gospodin F. bio je liječen na specijaliziranom odjelu, za psihički bolesne prijestupnike/počinitelje koji se smještaju prema članku 63. Zakona o izvršenju sudskih mjera na specijalni odjel za integriranu forenzičku psihijatriju na Općoj psihijatriji.

Za vrijeme njegova boravka na odjelu tamo su također bili smješteni i pacijenti s poremećajem ličnosti, poremećajima shizofrenog spektra, kao i oni sa smanjenim intelektualnim kapacitetom i mogućim komorbiditetom.

Preduvjet za liječenje takvih pacijenata na zatvorenom odjelu opće psihijatrije je da nisu opasni s obzirom na svoje ponašanje, te se stoga mogu dozvoliti i opušteniji sigurnosni uvjeti. Na ovom odjelu je 19 kreveta.

Liječnik, dva psihologa, pedagog, socijalni radnik, medicinska sestara, radnih terapeut i art-terapeut, terapeut pokretom i učitelj rade zajedno u različitim rasporedima.

Osim specifične terapijske ponude na odjelu koristi se i infrastruktura bolnice: odgovarajuće prostorije za radnu terapiju, art terapiju i terapiju pokretom, kao i ponuda radne terapije u kojoj su forenzički bolesnici/prijestupnici u mješovitim skupinama s općim psihijatrijskim bolesnicima, a u nekim slučajevima su integrirani i sa osobama iz stambenih zajednica

Veliki park i kantina, ljetni festival i karnevalska manifestacija pružaju mogućnosti za prvi ograničeni izlazak pacijenata u krug bolnice.

6. Tijek liječenja

Za provođenje IBT-a dobila sam nalog od psihologa kao starijeg/nadređenog terapeuta gospodina F. Gospodin F. je trebao u okviru terapijskog odnosa sa mnom kao terapeutom za pokret dobiti mogućnost korektivnog iskustva njegova modela odnosa sa ženama, jer zbog vrlo problematičnog odnosa s majkom ima problem sa ženama. Dakle, fokus tijekom liječenja bio je na rodnom aspektu. Psiholog je izvijestio da gospodin F. ima dvije različite slike žene: jedna je zaštitnička majčinska žena, a druga je lijepa, atraktivna žena za pokazivanje. Radi se o rodnoj specifičnosti (*Orth 2011; Petzold, Orth 2011; (Schigl 2012)*) koja se namjerno korisiti u multiprofesionalnim timovima

Psiholog je gospodinu F., nakon što je već napredovao s terapijskim procesom, predložio da radi sa mnom na temu "žena". Međutim g. F. je to vrlo oštro odbio ustvrdivši : "Žena Kreidner je vještica kojoj isijava iz očiju!".

Tek je nakon nekoliko mjeseci (mislim da je prošlo više od godinu dana) bio spreman doći k meni i jasno potvrditi da želi terapiju u dijadnom okruženju ("Individualnu terapiju") sa mnom, s ciljem da dobije više povjerenja - u odnosu sa ženama u svakodnevnom životu i općenito u realitetu.

7. Dijagnoza prema ICD-10²

² Podaci u ovom članku su anonimni

Dijagnoza prema MKB-10: F 20.0 Paranoidna-halucinantna psihoza, F 19.25 Polytoxicomania – podaci uzeti iz kartona. Gosp. F. je u početku bio smješten u skladu s psych-KG, a zatim pod § 126 a) St.PO na psihijatrijski smještaj.

Konačno on je bio zbog psihoze, polytoxicomanie s nestabilnim raspoloženjem i impulzivnosti osuđen u skladu s člankom 63. Zakona o izvršenju sudskih mjera i smješten na Odjel za integriranu forenzičku psihijatriju na Općoj psihijatriji.

8. Biografski podaci /anamneza

Podaci su preuzeti iz kartona. Gosp. F. rođen je 1971. godine u W., manjem gradu. On je 176 cm visok, ima sala na truhu i 2006. godine imao je 104 kg.

- Podaci o bitelji:

Gosp. F. ima 8 godina mlađeg brata i 17 godina mlađu sestru rođenu iz veze njegove majke i njenog novog partnera. Tijekom prvih mjeseci života o njemu je brinula baka jer je majka nakon njegova rođenja, zbog bolesti, bila duže vrijeme na klinici. Djed je radio u građevinarstvu. To je bilo dobro za njega, jer ga je prihvatio. Otac je bio zaposlen u trgovačkom sektoru, majka u zdravstvu. Majčina sestra je zbog "glasova" bila na psihijatrijskom liječenju, baka po majci je bolovala od Alzheimerera.

- Informacije o razvoju:

Gosp.F. je pohađao dječji vrtić. Nakon što je imao problema u 1. razredu majka ga je ispisala iz škole. Prvi problemi u ponašanju pojavili su se u obliku sukoba/tučnjave u školi i jaki nemir pojavio se u školskoj dobi. Bio je u tretmanu kod školskog psihologa zbog povećane agresivnosti i poremećaja koncentracije. Kao djetetu mu je utvrđen IQ od 116, a u bolnici 114.

Odnos s majkom nije bio dobar. Često ga je tukla, ona ga je u dobi od šest godina stisnula po korijenu penisa, što je rezultiralo vrlo trajnim, negativnim uspomjenama i sve do danas utjecalo na njegov odnos s majkom.

Njegovi roditelji su se rastali 1981., a razveli 1985. Djeca su ostala s ocem, kome je bilo dodijeljeno skrbništvo.

U srednjoj školi, g. F. pokazuje umjerenu učinkovitost. Bio je lijen i ponavljao je razred, na kraju se snažno sukobio s ocem, pa je sa 17,5 godina otišao privremeno živjeti s majkom i njenom novom obitelji. Uz prisustvo svjedoka on se 1989. ili 1990., ispisao iz 10.

razreda srednje škole. Zanat za mehaničara počeo je izučavati 1992.god. U posljednjih godinu dana zanata živio je u đaćkom domu. Zanat je završio 1994.godine.

On ima jednog sina, a od 2003. godine nema kontakt s djetetovom majkom i djetetom.

- Podaci o konzumiranju droga

1992. godine mu je umro djed. Vikend nakon pogreba počeo je konzumirati droge, a od 1993. godine i redovito konzumira kanabis i marihuanu.

Nakon položenog završnog ispita, preselio se sa svojom tadašnjom djevojkom u centar grada, te je u roku od šest tjedana prešao na teže droge (heroin, ubrizgavanje - oko 50 puta). Drogu je financirao krađama i preprodajom (dilanjem) droge. Dobivao je i naknadu od ureda za zapošljavanje.

1994. je otišao u vojsku. Tu je bio sedam mjeseci bez droge, tada mu se pogoršalo, pa je nakon bolovanja pomagao u kuhinji.

- Informacije o psihičkoj bolesti:

Krajem 1993.-1994. nije bilo nikakvih simptoma psihoze. Od kolovoz / rujan 2000., g F. je pohađao koledž s idejom da tamo maturira. Vrijeme razvoja mentalnih bolesti je nejasno.

Točan datum prve manifestacije auditivnih/zvučnih halucinacija, paranoidnih deluzija i drugih kognitivnih poremećaja nije bilo moguće utvrditi, ali su se definitivno javili puno prije kaznenog djela. Naknadno se pojavila i paranoidno-halucinatorna psihoza. G. F. je nekoliko godina pokazivao simptome proganjanja, obmane u odnosima s imperativnim glasovima. To je potaknulo dugoročnu zlouporabu droga, i to marihuane, halucinogena, opijata, heroina, kokaina i alkohola.

9. Dijagnostički postupak prikupljanja podataka

Ovdje se mi u IT usmjeravamo na:

Petzold, H.G., Osten, P. (1998): Diagnostik und mehrperspektivische Prozeßanalyse in der Integrativen Therapie. In: *Laireiter, A.* (1998) (Hg.): Diagnostik in der Psychotherapie. Wien: Springer, und erweitert in: *Petzold, H.G.* (1998h) (Hg.): Identität und Genderfragen in Psychotherapie. Soziotherapie und Gesundheitsförderung. Bd. 1 und 2, Sonderausgabe von *Gestalt und Integration*. Düsseldorf: FPI-Publikationen. (1998h) 118-141. ersch. in <http://www.fpi-publikation.de/artikel/textarchiv-h-g-petzold-et-al-/index.php>

Petzold, H.G., Orth, I. (1994a): Kreative Persönlichkeitsdiagnostik durch "mediengestützte Techniken" in der Integrativen Therapie und Beratung. *Integrative Therapie* 4 (1994) 340-391. <http://www.fpi-publikation.de/polyloge/alle-ausgaben/03-2012-petzold-h-orth-i-1994a-kreative-persoendlichkeitsdiagnostik-durch-mediengestuetzte.html>

Osten, P. (2000): Die Anamnese in der Psychotherapie: Klinische Entwicklungspsychologie in der Praxis Stuttgart: UTB Uni-Taschenbücher.

Pored psihijatrijske i psihoanalitičke dijagnoze integrativna terapija (IT) je razvila procesualnu dijagnostiku kao obavezan pogled na "sveukupnost svih mjera za otkrivanje i razumijevanje čovjeka u kontinuitetu njegovog životnog vijeka ... i njegovog konteksta, ... uključujući i njegova vlastita stajališta i poglede na život" (Petzold 2003a, 989). To predstavlja osnovu za kliničku dijagnozu, koncepciju terapije i intersubjektivnu korespondenciju s pacijentom u vezi "zajedničke dijagnostičke procjene njegove situacije" (*ibid.*), zahvaljujući čemu se može, ako je to moguće, postići konsenzus o ciljevima, sadržaju i okviru terapije.

Percipiranje, otkrivanje i razumijevanje odnosi se i na pacijenta i na mene na kao terapeuta, kao i na interakciju između mene kao terapeuta i pacijenta. Tek tada se može stvarna struktura terapije objasniti u svojoj složenoj dinamici (*ibid.*).

9.1. Stvaranje (započinjanje) odnosa

Teorija odnosa temelji se kod nas u IT na:

Petzold, H.G., Müller, M. (2005/2007): Modalitäten der Relationalität – Affiliation, Reaktanz, Übertragung, Beziehung, Bindung – in einer „klinischen Sozialpsychologie“ für die Integrative Supervision und Therapie. Hückeswagen: Europäische Akademie und in: Petzold, H.G., Integrative Supervision, 2. Aufl. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften. 2007a, 367-431. <http://www.fpi-publikation.de/artikel/textarchiv-h-g-petzold-et-al-/petzold-h-g-mueller-m-2005-2007-modalitaeten-der-relationalitaet.html>

*Petzold, H.G. (2012c): Psychotherapie – Arbeitsbündnis oder „Sprache der Zärtlichkeit“ und gelebte Konvivialität? Intersubjektive Nahraumbeziehungen als Prozesse affiliaer „Angrenzung“ statt abgrenzender „Arbeitsbeziehungen“, *Integrative Therapie* 1, <http://www.fpi-publikation.de/artikel/textarchiv-h-g-petzold-et-al-/petzold-h-g-2012c-psychotherapie-arbeitsbuendnis-oder-sprache-der-zaertlichkeit-und-3.html>*

Nakon što je gospodin F. u početku žestoko i kategorički odbio prijedlog psihologa da se kroz IBT sa mnom počne fokusirati na temu žene, to je bio moj prvi cilj u kontaktu s gospodinom F. Tako je u razdoblju koji je uslijedilo bilo mnogo kratkih kontakata očima, opreznog "pogledavanja" i s moje strane svjesnog dobronamjernog neverbalnog usmjeravanja na njega i njegovu tjelesnu prisutnost, kad god smo se sreli – u dvorani ili na igralištu.

Pogodna prilika za uspostavljanje prvog aktivnog kontakta s g. F., bila je kad sam na bolničkom parkingu pronašla ježa koji je nepomično ležao. Ubrzo nakon toga sreća sam g. F., koji je s medicinskom sestrom išao van. Obratila sam im pažnju na životinju, a onda sam kasnije na odjelu čula da je g. F. odnio ježa u kartonskoj kutiji u svoju sobu, kako bi ga odnio veterinaru. To je bila lijepa prilika da s g. F. porazgovaram o ježu, te mi je rado pokazao životinju u svojoj sobi.

9.2. Životni svijet – i analiza životnog tijeka

U IT-u je ova tema obrađena u:

Petzold, H.G. (2006p): Ökosophie, Ökophilie, Ökopsychosomatik Materialien zu ökologischem Stress- und Heilungspotential Bei [www. FPI-Publikationen.de/materialien.htm](http://www.fpi-publikationen.de/materialien.htm) - *POLYLOGE: Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit* - 16/2006 und *Integrative Therapie* 1 (2006) 62-99. <http://www.fpi-publikation.de/downloads/download-polyloge/download-nr-16-2006-petzold-hilarion-g.html>

Za g. F. kao forenzičkog pacijenta koji je već dulje smješten u zatvorenom psihijatrijskom odjelu s potpunim programom, u trenutku kad je započeo IBT terapiju, „odjel“ je bio njegov životni prostor i životna situacija. Ovdje on dijeli sobu s drugim pacijentom, tu su sanitarni čvorovi i zajednički prostori, ovdje pronalazi društveni život i tu se održava i terapija, ovdje se veseli, dobiva džeparac i odjeću, ovdje vrijede pravila odjela. Prošli životni svjetovi koriste se i analiziraju u terapiji kada je to potrebno

9.3. Mreža/analiza konvoja

Ovdje se u IT-u oslanjamo na:

Hass, W., Petzold, H.G. (1999): Die Bedeutung der Forschung über soziale Netzwerke, Netzwerktherapie und soziale Unterstützung für die Psychotherapie - diagnostische und therapeutische Perspektiven. In: *Petzold, H.G., Märtens, M.* (1999a) (Hg.): Wege zu effektiven Psychotherapien. Psychotherapieforschung und Praxis.: Modelle, Konzepte, Settings. Opladen: Leske + Budrich, S. 193-272. Bei: <http://www.fpi-publikation.de/artikel/textarchiv-h-g-petzold-et-al/-hass-w-petzold-h-g-1999-neueinst-2011-die-bedeutung-der-forschung-ueber-soziale-netzwerke.html>

Brühlmann-Jecklin, E, Petzold, H.G. (2004): Die Konzepte ‚social network‘ und ‚social world‘ und ihre Bedeutung für Theorie und Praxis der Supervision im Integrativen Modell. Bei [www. FPI-Publikationen.de/materialien.htm](http://www.fpi-publikationen.de/materialien.htm) - *SUPERVISION: Theorie – Praxis – Forschung. Eine interdisziplinäre Internet-Zeitschrift* - 5/2005 und in *Gestalt* 51(Schweiz) 37-49 und *SUPERVISION: Theorie – Praxis – Forschung. Eine interdisziplinäre Internet-Zeitschrift* - 5/2004; <http://www.fpi-publikation.de/downloads/download-supervision/download-05-2005-bruehlmann-jecklin-e-petzold-h-g.html> .

Čini mi se da je ovdje prikladno imenovati mreže i konvoje g. F. tijekom IBT-a. O ima dobar odnos sa svojim ocem, koji ga redovito posjećuje, i kome on također odlazi – prvo je to bilo pod pratnjom, a kasnije, nakon odgovarajućih povlastica koje je dobio odlazi sam. Čak je i s bratom u dobrom kontaktu. Njegova baka ga je htjela još jednom posjetiti sigurno zbog spoznaje da je dosta stara. Otac sada brine o baki.

Tu i tamo, kad se u bolnici kao pacijent pojavi neki poznanik gospodina F., iz njegovih prijašnjih scena, i kad se sretnu u kantini ili vani, g. F se od njih obično distancira. G. F. je tijekom dnevnog odmora posjećivao jednog starog prijatelja u njegovu stanu ali kako ga je to činilo nestabilnim prekinuo je s tim.

Kao konvoje ja bih smatrala pojedine specijalne situacije, boravak na zatvorenom odjelu tijekom više godina kao naknadno socijaliziranje s različitim profesionalcima koji rade na odjelu - osobito s nekim medicinskim sestrama, psiholozima i posebno nekim pacijentima. Ti ljudi su oni

s kojima je g. F. u svakodnevnom životnom kontaktu i koji ga prate u prvim koracima kojima se vraća natrag u društvo (kupovina, pratnja prilikom posjete liječniku, prva posjeta oca, praznici, koncerti, kino). Gosp. F. je razvio posebno intenzivan odnos sa dva pacijenta.

Na odjelu je dosta dobar s pacijentom s kojim je dugo dijelio sobu. Osim toga, uspostavio je vrlo prijateljski odnos i s jednim drugim pacijentom, kojeg je nastavio posjećivati i nakon što je on premješten u drugu spavaonicu – na otvoreni odjel. Upravo zato je i za g. F. vjerojatna perspektiva preseljenje na otvoreni odjel.

9.4. Funkcionalna analiza tijela

Ovdje se u IT oslanjamo na:

Petzold, H.G. (2004h): Der „informierte Leib im Polylog“ - ein integratives Leibkonzept für die nonverbale/verbale Kommunikation in der Psychotherapie. In: *Hermer, M., Klinzing, H.G.* (Hg.) (2004): Nonverbale Kommunikation in der Psychotherapie. Tübingen: dgvt. 107-156.

Petzold, H.G. (2009c): Körper-Seele-Geist-Welt-Verhältnisse in der Integrativen Therapie. Der „Informierte Leib“, das „psychophysische Problem“ und die Praxis. *Psychologische Medizin* 1 (Graz) 20-33. <http://www.fpi-publikation.de/artikel/textarchiv-h-g-petzold-et-al-/petzold-h-g-2009c-koerper-seele-geist-welt-verhaeltnisse-der-informierte-leib-das-psychoph.html>

Orth, I., Petzold, H.G. (1998a). Heilende Bewegung - die Perspektive der Integrativen Leib- und Bewegungstherapie. In: *Illi, U., Breithecker, D., Mundigler, S.* (1998) (Hg.): *Bewegte Schule. Gesunde Schule.* Zürich: Internationales Forum für Bewegung (IFB). S. 183-199; repr. in *Polyloge* 4, 2009. <http://www.fpi-publikation.de/polyloge/alle-ausgaben/04-2009-orth-i-petzold-h-g-heilende-bewegung.html>

Petzold, H.G. (1989h): "Leben ist Bewegung" - Überlegungen zum "komplexen Bewegungsbegriff" und zum Konzept der "Kommutilität" in der Integrativen Bewegungstherapie, Vortrag auf der Studentagung "Klinische Bewegungstherapie", 6. Juni 1989, Freie Universität Amsterdam, 1989h; repr. als: "Leben ist Bewegung" - Überlegungen zu einem integrativen Bewegungsbegriff und zur Kommutilität, in: **Bd. II, 3 (1993a) S. 1337-1348** und **(2003a) S. 977-1050**. ZIBT 1991 <http://www.dgib.net/?x=zeitschrift&y=online-archiv#a1994>

Glede dijagnostike tijela i pokreta važno mi je istaknuti da su u uvjetima složenog koncepta kretanja u IT (*Petzold 1989h, 1993a / 2003a, 977ff; Hohmann zbivati. 2002*) motoričko kretanje za terapijski rad kroz pokret i preko tijela s gospodinom F. igrali sporednu ulogu. Umjesto toga, u ovom slučaju u IBT-u se više radilo na emocionalnom i socijalnom pokretu i „cjeloživotnom“ aspektu. To je također i uvod u percepciju vlastitog tijela kojeg on već više godina zanemaruje.

Tijelo je također povezano s pratećim **efektima (nuspojavama) medikamentozne terapije**, kao petim putem ozdravljenja (*Petzold 2009c*), koji je u domeni liječnika - učincima sediranosti što se manifestira kao smanjenje vitalnosti, zaravnjenosti emocijama i mogućnosti doživljavanja, ograničenom koncentracijom, povećanim apetitom i debljanjem.

Ekspresija mimike i gesti je također blago smanjena, a što ovisi o količini lijekova. Disanje se odvija u gornjim dišnim putovima. G. F. ima slab kapacitet udisaja/pluća, brzo i kratko diše.

Njegov stav karakterizira depresivni položaj od koljena i ekstremne lumbalne lordoze, i proteže se preko prsa lagano naprijed. *Ruke s vitkim prstima su mu u odnosu na ostatak tijela male.*

Pokreti su mu spori, nezgrapni, "puzavi" i tihi. S jakim 'šupljim leđima' on radi slabe pokrete u zdjelici dok mu trup ostaje krut.

Tijekom dužeg vremenskog razdoblja g. F. je sinkronizirao svoje pokrete s drugim pacijentima kao lepršave pokrete i ljuljanje (kakva je i većina pokreta na odjelu) u rock stilu.

Kad hoda odjelom često jednom rukom ide po zidu. Specijalne izjave g.F. vezane uz temu „*tijela*“ bit će navedene kasnije. Osnovno vezano za pojavu: g. F. tijekom dugog vremenskog razdoblja nosi običnu crnu jaknu a njegove majice često imaju "jezive" otiske. Vojničke čizme, ogrlice i narukvice kao njegovi simboli te dugački crni kaput predstavljaju njegov upečatljiv "markantni" izgled. Ima snažnu, jaku, blago valovitu dugu kosu, ponekad puštenu, a ponekad vezanu u Mozartov rep. Vidljivi dijelovi tijela, lice, ruke i stopala su gusto i šareno istetovirani. G.F.ističe da nosi crnu odjeću od 16. godine, i da je sa 18 godina od svoje prve plaće kupio crnu kožnu jaknu.

10. Plan tretmana ili okvirni kurikulum tretmana - ciljevi

Za okvirni terapijski kurikulum i planiranje ciljeva u IT-u fokusiramo se na:

Petzold, H.G. (1996a): Integrative Bewegungs- und Leibtherapie. Ein ganzheitlicher Weg leibbezogener Psychotherapie. Ausgewählte Werke Bd. I, 1 und Bd I, 2, 3. revidierte und überarbeitete Auflage von 1988n. Paderborn: Junfermann. S. 208ff

Petzold, H.G., Sieper, J. (2008c): Integrative Willenstherapie. Perspektiven zur Praxis des diagnostischen und therapeutischen Umgangs mit Wille und Wollen. In Petzold, Sieper (2008a)473-592; auch in Petzold; Textarchiv 2008. <http://www.fpi-publikation.de/artikel/textarchiv-h-g-petzold-et-al-/index.php>

*Petzold, H.G., Leuenberger, R., Steffan, A. (1998): Ziele in der I (Hg.), Therapieziele. Göttingen: Hogrefe. Und erweitert in: Petzold (1998h) (Hg.): Identität und Genderfragen in Psychotherapie. Soziotherapie und Gesundheitsförderung. Bd. 1 und 2, Sonderausgabe von *Gestalt und Integration*. Düsseldorf: FPI-Publikationen S.142-188; <http://www.fpi-publikation.de/artikel/textarchiv-h-g-petzold-et-al-/h-g-petzold-r-leuenberger-a-steffan-1998-ziele-in-der-integrativen-therapie.html> ntegrativen Therapie In: *Ambühl, H., Strauß, B.**

Nakon terapije s psihologom i prvotno postignute psihičke stabilnosti postignuta je „usklađenost“ ili bolje „prijemčivost“ za daljnji tretman³ te je dana *suglasnost* za psihoterapiju i terapiju lijekovima u tretmanu je uvijek važna volja (želja, namjera) pacijenta (*Petzold, Sieper 2008c*), te je to bila konačna indikacija za primjenu IBT-a u podmakloj fazi psihoterapije u dogovoru sa g. F. i psihologom. Postavljen je glavni terapijski cilj IBT-a s obzirom na provedbu

³ „Compliance“ zapravo znači „usklađenost“, a danas govorimo o „poštivanju“, zajedničkoj predanosti (vgl. *Petzold, Sieper 2008; Leitner 2009.*)

tretmana (*Meta-cilj: intersubjektivnost i korespondencija: Razvijanje sposobnosti uspostavljanja odnosa sa ženskim terapeutom*). Dugoročni cilj je oslobađanje primarno kroz dugoročno liječenje, a zatim kroz MRV, a zatim i izvan ustanove uz probacijski tretman uz život bez droge - na temelju stabilnosti i zdravlja do te mjere da ne treba dalje očekivati nezakonite radnje/kaznena djela.

Na prvom susretu je g. F. kao cilj postavio svoju želju za postizanjem više povjerenja prema ženama u svom svakodnevnom životu (*grubi ciljevi: određeni osobnošću i strukturno specifični i relevantni ciljevi: 1. Razvijanje identiteta u području tjelesnosti [više sigurnosti u "nepsihotičnom" svijetu]; 2. sposobnost za uspostavu odgovarajućih relacija [više sigurnosti u regulaciji bliskosti i distance]*).

Odlučila sam s g. F. raditi s metodama, tehnikama i medijima Integrativne terapije intersubjektivne korespondencije po "integrativnom principu" (*Petzold 2000a*) na "razini susreta očima" koristeći feedback odnosno povratnu informaciju pacijentu vezano za pojedine situacije. Pokušala sam ga razumjeti u svijetlu hermeneutičke spirale. U kontekstu terapijskog odnosa, ponudila sam mu odnos u smislu ja kao žena i ti kao muškarac.

U radu sa psihotičnim bolestima na prvom je mjestu stabilizacija, a ja bazično podržavam terapijski rad u kojem se uvijek iznova koriste „psihoedukativna“ objašnjenja. To je i bazični integrativni terapijski pristup koji koristi „Teoriju kao intervenciju“ (*Petzold, Orth 1994*), a koji se koristi i u bihevioralnoj terapiji.⁴

Određen je jedan termin tjedno u trajanju od 55 minuta najprije u terapijskoj sobi na odjelu, a kasnije, s obzirom na povećanu opuštenost, u sobi za terapiju pokretom u drugoj zgradi kompleksa. Nakon nekog vremena, uveli smo i dodatnu "šetnju" i "socijalno učenje" koje je g.F. djelomično prihvatio. Nakon što je prebačen u dom na kratko je zaustavljena klinička ambulantna faza IBT-a.

11. Tijek tretmana

Za povijesne i strukturalne modele procesa tretmana u IT se fokusiramo na:

Petzold, H.G. (2012h): Integrative Therapie – Transversalität zwischen Innovation und Vertiefung. Die „Vier WEGE der Heilung und Förderung“ und die „14 Wirkfaktoren“ als Prinzipien gesundheitsbewusster und

⁴ U IT-u ova praksa dolazi iz njene „agogičke“ tradicije (*Petzold, Sieper 1970; Sieper, Petzold 1993c*). U terapiji ponašanja – KBT- psihoedukativna objašnjenja se sve više koristi od 1990.-ih: *Kiesenberg, Hornung 1996; Behrendt, Schaub 1996*.

entwicklungsfördernder Lebensführung. Bei www.FPI-publikationen.de/materialien.htm - *POLYLOGE: Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit* – 15/2012. <http://www.fpi-publikation.de/downloads/download-polyloge/download-nr-15-2012-hilarion-g-petzold.html>

Za procese biografskog rada pogledaj:

Petzold, H.G. „et al.“ (2001b): „Lebensgeschichten verstehen, Selbstverstehen, Andere verstehen lernen“ – Polyloge collagierender Hermeneutik und narrative „Biographiearbeit“ bei Traumabelastungen und Behinderungen. Düsseldorf/Hückeswagen. Düsseldorf/Hückeswagen. Bei www.FPI-Publikationen.de/materialien.htm - *POLYLOGE: Materialien aus der Europäischen Akademie für Psychosoziale Gesundheit* - 04/2001 auch in: *Integrative Therapie* 4/2002, 332-416, <http://www.fpi-publikation.de/downloads/download-polyloge/download-nr-04-2001-hilarion-g-petzold-et-al-2001b.html> und in *Petzold, H.G.* (2003g): Lebensgeschichten erzählen. Biographiearbeit, narrative Therapie, Identität. Paderborn: Junfermann, S. 332-416.

Petzold, H.G. (1999q): Das Selbst als Künstler und Kunstwerk - Rezeptive Kunsttherapie und die heilende Kraft „ästhetischer Erfahrung“. Düsseldorf/Hückeswagen: FPI/EAG. Und in: *Kunst & Therapie* 1-2/1999, 105-145, *Integrative Therapie* 3/2004, 267-299; auch in: Düsseldorf/Hückeswagen. Bei www.FPI-Publikationen.de/materialien.htm - *POLYLOGE: Materialien aus der Europäische Akademie für psychosoziale Gesundheit* - 07/2001. <http://www.fpi-publikation.de/polyloge/alle-ausgaben/update-2006-1999q-07-2001-petzold-h-g-das-selbst-als-kuenstler-und-als-kunstwerk.html>

Swanton, H. (2010): Die Bedeutung von Biographie in der Integrativen Supervision. Bei www.FPI-Publikationen.de/materialien.htm In: *SUPERVISION: Theorie – Praxis – Forschung. Eine interdisziplinäre Internet-Zeitschrift* - 10/2010. <http://www>

Integrativna terapija pokretom i terapija tijela sa g. F. trajala je ukupno 90 sati. 80 sati je odrađeno tijekom njegova boravka na Općoj psihijatriji, 10 sati tijekom ambulantnog liječenja, nakon što je prebačen u dom, te je tijekom tog razdoblja dva puta zatražio kriznu intervenciju. Rezultati procesualne dijagnostike, procesi pacijenta, kao i moje strategije i procesi kao terapeuta opisani su u slijedećem kronološkom prikazu slijeda tretmana. Unutar pojedinih faza procesa, nekoliko susreta kao primjere opisati ću detaljnije.

Podijelila sam proces u dijelove od pola godine, jer se svakih 6 mjeseci održava sastanak odbora vezano za plan liječenja pacijenata kojima je izrečena sudska mjera zatvorskog liječenja. Za svaki dio ću iznijeti tijek procesa

11.1. Prvih pola godine – 1.-15. susret – Poticanje i stvaranje terapijskog odnosa

S obzirom na to da je g.F. tijekom prethodnih tretmana na forenzičkoj psihijatriji imao samo muške skrbnike, na sastanku odbora na kom se iznosi plan liječenja pacijenata bilo je važno razmotriti mogućnost da mu se ponudi prilika za rad sa ženskim terapeutom, s obzirom na njegove teškoće uspostavljanja odnosa sa ženama. Budući je g. F unaprijed imao značajne brige (*transfer*) o ovakvoj suradnji koja bi se mogla razviti, bio je potreban oprezan pristup.

Na kraju je g.F. u svibnju 2007. i sam počeo sudjelovati u IBT terapiji zasnovanoj na dijadnom okruženju. U početnoj fazi, kao prvoj fazi IBT-a, uspostavlja se kontakt, kreće se u smjeru razvoja odnosa kojim se može doći do konvergencije. Kroz *hermeneutičku spiralnu percipiranja, osjećanja, razumijevanja i objašnjenja* (*Petzold 2003a, 141ff*) proširuje se taj proces približavanja i povezivanja (EV).

Na prvom susretu g. F. je odredio svoje ciljeve i složili smo okvir rada (vidi poglavlje 10).

Na drugom susretu, on je tražio vrijeme za razmišljanje, a ja sam mu predložila da naslika sliku sebe, za uvod u rad. On nije reagirao na moju ponudu, umjesto toga, on je brzo ispričao preskačući, o svom ocu, svojoj obitelji, svom svijetu psihoze koji se značajno razlikuje od "uobičajenog" svijeta (očito uzbuđen i nesiguran). On opisuje svoj subjektivni doživljaj početnog iskustva psihoze i ističe da su mu nepoznati mnogi aspekti njegove duše.

S obzirom na daljnji postupak obavijestila sam g. F. o tome (informacija o postupku), da je između ostalog u daljnjem tijeku IBT-a moguće također raditi s pokretom i kreativnim medijima (KG) u svrhu boljeg upoznavanja i izražavanja sebe. Vezano uz ovo ispostavilo se, uz oprezno specificiranje jasnoće, da on preferira govor (jezik) kao sredstvo izražavanja (govor kao resurs; moguća obrana protiv kretanja i kreativnog izražavanja?)

Ipak, na četvrtom susretu naslikao je sliku o sebi pod nazivom "Put – navika". U dijaloškoj raspravi o slici postaje jasno da on voli svoju posebnu odjeću i izgled i da je svjestan i uživa u provokaciji i reakcijama koje izaziva kod drugih ljudi. Jasno je tada formulirao svoju želju da ga ja vodim u terapiji. Implicitno želi „da ga se vodi za ruku“.

Objasnila sam mu, u smislu psihoedukacije, da je princip intersubjektivne korespondencije (Petzold 1978 c / 2003a, 93ff) osnova za terapijski odnos, zahtijeva aktivan odnos, te sam implicitno naglasila da ga doživljavam kao odraslog čovjeka koji mi je ravnopravan sugovornik kojeg poštujem (ES). Već u tom trenutku to je moglo biti novo iskustvo za njega u pogledu odnosa žena – muškarac. U retrospektivi, u kontrolnoj analizi se pokazalo da sam ga ja pratila umjesto vodila.

Umjesto djetinjastog, neukog i potrebitog (*regresivne tendencije*) ponašanja, cilj je da ide svojim putem, a ja ga pratim.

Izgleda da ga je tema žensko-muških odnosa nesvjesno zaokupila jer je na slijedećem susretu izvijestio o snu koji je sanjano i u kojem se osjećao vrlo nespretno, a tako se i u stvarnosti osjeća u odnosu prema ženama. U tom trenutku sam shvatila da ja nisam jaka, čvrsta i krupna žena, ne bih se nazvala niti krhkom, nego nježnim/blagim dijelom/članom (*zartgliedrig*). Ne bih se željela u ovoj situaciji pregrubo izraziti, ali se pitam kako me gospodin F. doživljavao i kako se stvarno osjećao u mojoj prisutnosti. Ne navodim razlog tome jer mislim da je to u ovom trenutku prerano (*Rezonanca*).

Činjenica da g. F. govori o svojoj nesigurnosti prema ženama, što se odražava i na njegov odnos s drugim ljudima, te koliko mu je teško ponašati se u konfliktima, sugerira mi

zaključak da on sam sebe shvaća i doživljava kao "da je on sam sebe učinio projektom" (Hartz, Petzold 2010).

6. susret

Sukladno literaturi (cf. Petzold 1997p), a i s namjerom da mu ponudim sigurno mjesto predložila sam g.F. da slijedeći susret održimo u parku, jer voli prirodu. Do sada se osjećao sigurnim u prirodi i njenom okruženju i identificirao se s tom marginalnom skupinom. U parku se nalazi puno starih stabala i on navodi da su stabla i šume važni za njega. Hodamo polako rame uz rame gledajući u istom smjeru prema naprijed. Gospodin F. počinje pričati da je već deset godina opsjednut runama, i to prije nego što se zainteresirao za sotonski kult, ali od toga se udaljio. Bio je svjestan da je „tek na početku svog pravog puta“ s obzirom na terapiju, rune i sve ostale stvari koje su važne za njega.

Stalno mi je pokazivao vrane i rekao da ih gleda pozorno, prepoznale su ga i šalju mu poruke, koje za njega imaju značenje. Imam dojam da me želi sa svim svojim izjavama testirati, provocirati i izazivati, jer je već izjavio da uživa izazivati svojim izgledom i komentarima, da bi temeljito uživao, te čak osjeća i prijetnju od provociranja drugih (ovdje su dani samopercepcija i samoprocjena kao i ekscentrična pozicija). Slušam suosjećajno i ne dajem izjave o vranama i osjećam da nemam nikakav razlog bojati se zbog Sotonskog kulta ili postavljati pitanja na temu "runa". Mogu ga pustiti u njegovu svijetu i ne uključivati se u njegove obmane. Meni su važni aspekti "sigurnosti" (kao jedan od njegovih početnih ciljeva) i izgradnja odnosa. Zato predlažem g. F. kao intervenciju da usmjeri pozornost na svjetlo i sjenu, pazeći na percepciju topline i hladnoće, jer je to svijet koji opažamo zajedno (LB). On želi ići bos. Također i ja skinem cipele i čarape i "mi smo na istom putu" (zajednička stvarnost). Opažamo "tlo pod nogama": meka, topla livada, hladna, vlažna mahovina, suhe grančice, malo šiljato kamenje, osvješćujemo naše percepcije i osjećaje. Predlažem g. F. dok hoda po različitim podlogama da obrati pozornost na napetost i opuštanje u svom tijelu. On napominje da je napet u cijelom tijelu prilikom hodanja preko malih grančica i kamenja i da zadržava dah. Potaknula sam ga, ako želi, da proba što će se dogoditi ako mirno i duboko diše, unatoč neugodnom i bolnom osjećaju u nogama i stopalima (LB). Na vlastito iznenađenje otkrio je da je uspio disati smireno i dublje i da mu je lako hodati po bolnom terenu i otpustiti napetost (*regulacija napetosti Petzold 2000g*). Bio je iznenađen i vidno impresioniran ovim iskustvom.

Na ovom susretu g. F. je gledao u prošlost pa u budućnost, provokativnom je predstavio svoju „osobnu“ realnost, testirao je moju reakciju na njega i osvrnuo se na percepciju svog tijela kao „zajedničke stvarnosti“.

Na preostalim susretima g. F. navodi da je dobio "tlo pod nogama" (strukturalno relevantni grubi cilj: promicanje identiteta u području "tjelesnosti"), želi napredovati i napraviti nove korake prije nego što se zaglavi (pogledati: Motivacija, Jäkel 2012. i Volja Petzold, Sieper 2008a). Odbio je prijedlog da masira stopala „jež-loptom“ (svijest/senzibilizacija na percepciju stopalima, regulacija napetosti: LB), što može biti i način da nauči osjetiti podlogu preko tijela. Dakle, ja kao terapeut provodim fizičke aktivnosti, a na temelju diferencirane samoprocjene g. F. može adekvatno predstaviti svoj položaj i može razlikovati sebe s odgovarajućim riječima, to jest on može razlikovati sebe od žene i može biti poštovan od strane žene (korektivno iskustvo u odnosu muškarac-žena).

Tema „tlo“ nastavlja se i na slijedećim susretima: kao osobno „tlo“ (resursi) gospodina F., budući „teren-podloga“ (razvojne potrebe kao osobni razvojni ciljevi), „podlogu“ terapeutskog odnosa, i kao stvarno tlo za šetnju u parku, hodajuća meditacija u vrtu i masaža stopala na odjelu sa štapom za otpor i vježbe disanja (kao ponuda pokreta i percepcije).

Na temu "Ja mogu" (internalizirani pozitivni koncepti, pozitivne misli; pozitivan resursi) g. F. piše o: "Pisanju i čitanju runa; spoznaji da se u nekim situacijama uskraćujem; odluci što je za mene važno da kažem; biciklizmu; vezanju petlji; vezanju magičnih čvorova; ponekad sanjanju; puhanje u akustični rog; malo radim na računalu; čitanje i pisanje; malo engleskog; biti spreman učiti nešto što me zanima; prilagoditi sebe; računalne igre; plivanje; moje zapažanje moglo bi biti bolje".

G. F. ima jasan cilj da želi živjeti bez droge. Širenje svjesnosti i duhovnosti bile su i još uvijek su mu središnja tema. On želi proširiti svoju svjesnost ali legalno, kroz trans, bez droga i praktično i teoretski proučavati rune. On želi "uzemljenje" odnosa (sposobnost za adekvatnu vezu), razgovore (korespondencija), raditi na svojoj biografiji (grubi cilj - cilj povezan s kontinuumom, obrada problema relevantne životne povijest, imati utjecaj na trenutnu situaciju), dah (strukturirani ciljevi u svezi "tjelesnosti") i iskustva u prirodi. On želi steći više znanja o biljkama i ljekovitom bilju/biljnoj medicini (znanje), želi znati tumačiti snove i rune (znanje o sebi), bolje se snalaziti s računalima, vizualizirati.

Imam dojam da je napravljena dobra osnova za uspješan terapijski odnos, također i kroz to što sam ja ozbiljno shvatila potrebu g. F. za širenjem svjesnosti (EV, ES). Na temelju simbola drveta objasnila sam mu razvoj ljudske osobnosti i naglasila da u različitim kulturama postoje rituali i prostor za širenje svjesnosti. Ukoliko se koriste stručnjaci i provjereni procesi za širenje svjesnosti za osobe sa "dobrim korijenima i jakim deblom" - sa stabilnom psihom i osobnošću - koje se odgovorno vodi i prati, mogu se ovi procesi iskoristiti unutar društvenog konteksta i može ih se duboko integrirati u svoje iskustvo. S druge strane, zlouporaba droga u

zapadnim kulturama kao bijeg od neugodne i bolne stvarnosti vode u izolaciju i osobno uništenje (spoznaja).

Moja iskustva s holotropičkim disanjem su vjerojatno dobro "tlo" da sam ja autentična u svojim primjedbama i da znam o čemu pričam.

Kao probleme (samosvijesti, samoprocjene, internalizirane negativne koncepte) gospodin F. navodi svoje nisko samopoštovanje. On također vjeruje da nema snage (tu je sukob s "ja mogu" – vidi iznad) kao i da mu je nestabilna volja za životom. Ima osjećaj da je više teoretski nego praktično nadaren. Želio bi živjeti bez droge, ali nije bio siguran je li to moguće budući da je dugo bio ovisnik. Trenutno eksperimentira s učincima kofeina i nikotina i vrlo se pažljivo promatra (ekscentričnost u tom pogledu je moguća). Zbog lijekova ima povećan apetit, jede jako puno i udebljao se.

Njegova slika o sebi je pod utjecajem germanskog svijeta, a trenutno se identificirao sa srednje starim scenama i psihički je na to usmjeren (osjećaj). Sada se doživljava "normalno", za razliku od vremena prije dolaska na psihijatrijski odjel. Kaže da je zadovoljan s mojim terapijskim radom (12. sat).

Dakle, imam dojam da smo g. F. i ja u ovoj prvoj fazi IBT-a (početna/inicijalna faza) prvi dio puta prošli zajedno. G. F. je izrazio zadovoljstvo dosadašnjim procesom. Koliko god je to bilo moguće do sada, imenovali smo želje, ciljevi, prednosti i slabosti i nesigurnosti. Selektivno razgraničenje je uspjelo. U prvoj fazi je uspostavljen i izgrađen prihvatljiv radni odnos.

Što se tiče tetradnog sustava sada počinje faza akcije cjelokupnog terapijskog procesa.

14. susret

Na pozadini shizofrenije i želje gospodina F. za sigurnošću u "zajedničkoj stvarnosti" kao i zbog snažnog pritiska majke i povrede granica (tema inicijalne faze tetradnog sustava) predložila sam eksperiment pokretom na temu „moj osobni prostor“, koji on prihvaća (faza akcije, LB).

Kažem mu da pronade mjesto u sobi na kojem se osjeća ugodno. Radimo vježbe uzemljenja/ na tlu, kroz fizičke granice i kinesphere, na tom mjestu, sa leđima oko jedan metar od velikog prozora i s pogledom na vrata, da se napokon osjeća sigurno (percepcija / hermeneutički spirala). Pojašnjavam mu da ću mu polako prilaziti iz različitih smjerova dok on ne kaže: "Stop". To dobro uspijeva i vidim kada se želi odvojiti. Granice sam označila sa užetom (vijačama) tako da je na kraju oko njega bio poprilično veliki zatvoreni krug. Gospodin F. je sjeo u svoj krug i gledao okolo.

Pitam ga: "Kako ti je na tvom mjestu u tvom prostoru?". "Dobro je imati toliko prostora za samog sebe, a ja se osjećam sigurno u njemu." (doživljaji, otkrivanje). Neko

vrijeme sjedi zadovoljno na tlu i gleda okolo. Sjedim izvan kruga u drugom kutu sobe. On gleda okolo, ja gledam njega, gledamo se međusobno. "Da, ja sam vjerojatno siguran ovdje, ali sam sam. Nema veze s vanjskom stranom, granica je čvrsta.". Pitam: "Je li ti važno imati vezu?". "Da." "Kako bi je mogao dobiti?". "Trebale bi biti rupe/praznine, u zidu, granica bi trebala biti propustljiva.". On najprije zamjenjuje uže s pješčanim jastucima, i stavlja ih u razmacima duž kontinuirane "linije konopca", sjeda i ponovno gleda okolo. „Da, to je dobro! Ja sam ovdje, a također se može vidjeti i vani, postoji izlaz.“

U refleksiji (faza integracije) postaje mu jasno da se on u svakodnevnom životu na odjelu ne osjeća sigurno. Često mu je sve previše blizu, osjeća se neugodno, to mu je sve previše i želi samo otići ili braniti se. On ne zna jednostavno namjerno otići „van“ na sigurno mjesto u sobu za sastanke. Jasno je da se g. F. može izraziti i jezično diferencirati, izraziti i postići kvalitetu „zgusnutog opisa“. U terapiji pokretom ovo vidimo kao kompetenciju (*Petzold 2010f, Orth, Petzold 2008*).

Slažemo se da ćemo nastaviti na slijedećem susretu raditi na ovoj temi.

15. susret

Na slijedećem susretu g. F. se prepustio uređenju osobnog prostora u krugu, mada je prethodnog dana imao vrlo napetu posjetu svom ocu, a i zbog jučerašnjih lijekova je jako umoran. G.F. osmišljava točno, brzo, odlučno, komentira svoje postupke, pomoću pješčanih jastuka, užeta i kocke za sjedenje dizajnira interijer sobe: krevet, namještaj za sjedenje, zabavne medije i potrebne kućanske aparate, kao što su štednjak, hladnjak i stroj za pranje rublja (faza akcije). On navodi da se kuća nalazi u šumi, okružena je stablima, najbliži susjed živi oko 8 km daleko, a oko njega nema ničeg osim divljine (*u divljini postoji poredak, daleko od "civilizacije"*). On kaže da mu je važan veliki prostor oko njega u velikoj staroj zgradi u gradu koji si može priuštiti (*realna procjena njegovog mentalne i fizičke živostne stvarnosti*). Dodaje da, otkada je odrastao/postao muškarac uvijek izlazi u grupi, (*sigurno utočište s promjenjivim granicama, pripadnost*) i da je on sada toliko naviknuo na pratnju (*labavi status u društvu*) tako da se osjeća nelagodno bez pratnje u gradu.

Dakle, jasno je da istovremeno treba i udaljenosti od drugih, i povezanost s drugim ljudima, treba i traži ljudsku blizinu.

Sam od sebe, spontano poziva me da ga posjetim u njegovom kraljevstvu. Za mene je bio izazov (prelaženje granica) približiti mu se bliže u njegovoj sobi. Nudi mi da sjednem, a zbog rasporeda sjedala sjedimo jedan nasuprot drugome i između nas je stolić (kocka za sjedenje), glave su nam relativno blizu jedna nasuprot drugoj. Osjećam stezanje (rezonancija; kontratransfer) i reguliram se pomoću disanja, pokušavam se uzemljiti i nastojim biti usredotočena na sobu za

sastanke. Opažam da se znoji i trese/drhti rukama i šakama (reakcije autonomnog vegetativnog sustava), izbjegava kontakt očima i fizički kontakt. Za mene on nije više atmosferski, ne postoji. Mislim da se boji te blizine pa pitam: "Kako ste danas?" (*uspostavljanje veze / fokus na samo-percepciji / verbalno izražavanje, EA*). Zastajkujući opisuje: "Ne znam, nekako je smiješno, ja ne znam, tako čudno nije dobro. ". "Gdje trebam sjediti, da se ti osjećaš ugodno?". "Ne više u kući!" (*regulacija bliskosti i udaljenosti / iskustvo samo-učinkovitosti*). Napuštam njegovu sobu i pitam ga kako se osjećao. (EA). Usmjeravam njegovu percepciju na njegov dah, njegovo srce, pitam ga znoji li se i dalje (*središte pozornosti je na trenutnom tjelesnom iskustvu; LB*) i on osjećao da je sada mirniji. U ovom dijalogu na "sigurnoj udaljenosti" jasno je da je gospodin F. ponovo rado u kontaktu s mnom, gleda u mene i opet diferencira i može govoriti u potpunim rečenicama. Kroz refleksiju (faza integracije) pojašnjavam g. F. psihoedukativno, povezanost njegovih tjelesnih fenomena (*stres / strah / emocionalno diferenciranje*) s prevelikom blizinom i g. F. može prepoznati da nije uspio u prethodnoj situaciji, odrediti sebi adekvatnu blizinu odnosno regulirati distancu (EE). Nakon ove situacije je sada jasno da ga pitanja i komentari o bliskosti brinu, bilo da se radi o IBT-u ili svakodnevnom životu (*izoštavanje pažnje, razumijevanje, objašnjavanje, EE*). U svrhu kompleksnog učenja u kojem se čovjeku pristupa cjelovito (*Sieper, Petzold 2002*) u ovom slučaju u eksperimentu promjene (kroz eksperiment) osobni prostor je motorički osmišljen (postavljen). Situacija posjete izaziva emocije koje se manifestiraju vegetativno (preko vegetativnog sustava) i obuhvaćaju prostor. U refleksiji je imenovan i diferenciran strah kao i osjećaj "opuštanja" i "smirivanje" na kraju eksperimenta. Percepcijom vlastitog tjelesnog stanja i njegovi osjećaji promiče se svijest o sebi. Dok on u refleksiji prepoznaje odnos zastrašujuće situacije i njegove reakcije otkrio je i strukturu svoje percepcije i svoje reakcije (stilove) u smislu nemira i kontinuiranih pitanja i komentara te pripadajućih kognicija. U komunikaciji i interakciji sa mnom postoji socijalni realitet. Volja je postojala i na početku, odlukom da se uključi u IBT kao i uključenjem u eksperiment pokretom.

11.2. Druga polovina godine: 16.-32. susret „stiže“

U sljedećoj, drugoj fazi (*fazi akcije*) intenzivirao se terapijski proces o osobnim temama gospodina F., terapijskom odnosu i intervenciji. Kao potencijalne ciljeve postavila sam pristup, korak po korak ka ostvarenju tjelesnog iskustva kroz disanje, pokret, percepciju i glazbu "u mislima" (*LB, za podršku onome što je on sebi postavio za cilj, a to je da dobije više sigurnosti*), a osim toga bila sam otvorena i za njegov put.

U međuvremenu IBT se odvijao, ako na njegov zahtjev nismo išli u park, ostajali smo na katu u sobi za terapiju pokretom u jednoj kući na imanju. Ovdje je g. F. svaki puta sjedio na kocki za sjedenje, naslonjen leđima na zid, s pogledom na vrata, a ja sam mu sjedila s lijeve strane pod pravim kutom.

Udaljeni smo bili oko 2,5 m (*dovoljno prostora za Kinespheru, bez frontalne konfrontacije*). On obično priča o aktualnim zbivanjima, raspoloženjima ili problema. Ja ga slušam sa zainteresiranim i suosjećanim izrazom na licu, gledam ga ljubazno i prijateljski, budna sam i fizički okrenuta prema njemu „tu sam za njega“ (intervencije u terapiji pokretom s pristupom bez fizičkog dodira;EV;ES). U pravilu produbljujem s pitanjima tako da nastaju teme za pojedini susret.

Kad sam ponudila kreativno i eksperimentalno rukovanje loptom (*iskustveni modalitet; KG*) otvorila se tjelesna memorija (sjećanje tijela) gospodina F. i on se prisjeća i govori o igrama na otvorenom i prijateljima iz razdoblja kad je imao između 10-14 godina, (*prijateljski konvoji / vršnjaci u pred-pubertetu i pubertetu; pristup resursima*). Balon (simbol) ga podsjeća na bezbrižne dane djetinjstva, i on također želi da mu život u odrasloj dobi bude razigran i vedar (*kasnije se računalne igre postale važne za njega*). Sam se bavi s materijalima i jasno odbija moju ponudu da se zajedno igramo (odbrana od blizine kroz motoričku interakciju, postavljanje granica uspjeva).

Ostale teme :

On je svjestan da zbog svoje bolesti (mentalni hendikep) neće biti u mogućnosti nastaviti redovni rad.

On opaža da su mu misli lutaju i da ne može kontrolirati svoje provokativne komentare (komunikacija i misaoni stil). To se posebno pokazalo tijekom vremena kroz scene, te i on sam misli da je za njega teško novo učenje. U perspektivi on bi trebao reći „ne“ nekim mjestima i drogi (*ekscentrični pogled, samoprocjena; nova procjena njegovog bivšeg ponašanja; uvid / pokajanje*) posebno je prošla godina prije uhićenja za njega bila vrlo teška.

Teško mu je donijeti odluku – treba li kupiti posebnu odjeću ili sačuvati novac za kompjutor – formulirati potrebu, i želi biti vođen u smislu da ja donesem tu odluku. Objašnjavam mu zašto ne mogu odgovoriti na tu potrebu i umjesto toga ga potičem da analizira prednosti i nedostatke i jedne i druge odluke i onda razmisli (spoznaja, posredovanje/medijacija strategija kao kompetencija, uređenje strategije kao kompetencije, on mora sam odlučiti: LH), tako da na kraju teži donošenju odluke.

G. F je izvijestio da je prije vremena završio s radnom terapijom zato što su ga drugi pacijenti jako ometali i uznemiravali, jer se ponašaju bizarno i cijelo vrijeme razgovaraju i na njega su utjecali tako da je „prestao govoriti“ (u ovoj skupini radne terapije – za g. F. koji je u trenutnom stanju opuštenosti jedini način je radna terapija – z.t. rade mnoge razvojno poremećene osobe). On nije mogao podnijeti stroge uvjete, to ga je izuzetno opterećivalo (*problem; sukob; nedostatak sposobnosti diferenciranja; senzorno preopterećenje; socijalno preopterećenje*). Njegova trenutna strategija nošenja s time je povlačenje. On najradije ne bi više išao na radnu terapiju (*trenutni konflikt*). Izgledao je značajno opterećen

Nudim mu da zajedno razvijemo novu strategiju kako bi se mogao bolje nositi s ovim problemom (LH; KK). Zajednički smo razmislili i odvagali opcije i on je došao do zaključka da će izvijestiti radnog terapeuta o svojim teškoćama s tim bolesnicima i izrazit će želju ili čak dati prijedlog da mu daju drugu vrstu posla tako da sjedi što dalje od tih pacijenata (*self-care/briga o sebi, samo-učinkovitost, od obrambenog ponašanja do konstruktivne inicijative*).

Nakon toga se g. F. ustao i počeo nemirno trčati po sobi, bez da išta kaže. Obraćam mu se vezano za ovo ponašanje (*fenomen*) i pitam ga što se dešava, što nije u redu s njim. On kaže: "U prošlosti sam svojim brzim jezikom i svojim rukama učinio puno zla i nedaća!". U procesu reflektiranja je postalo jasno da je njegov nedostatak kontrole impulsa i nasilje i agresivno ponašanje donijelo puno zla. Aktualni konflikt ga je ponovno vratio na ovo (*situacija na radnoj terapiji je konflikt*). On se sada može sagledati svjesno i diferencirano/ s udaljenosti, zaustaviti i usporiti, iako mu to ne uspijeva baš uvijek (*sada ima puno jaču kontrolu impulsa, uvid u vlastite obrasce ponašanja, dobru samoprocjenu*).

On se zaustavlja, gleda me i kaže: "Najgora bol je: uvid u sve i nedostatak kontrole nad ičim! To odgovara mojoj situaciji! Vrlo često znam što je ispravno, a što krivo/pogrešno za mene ali ovo pogrešno ne mogu ostaviti!" On izgleda ispunjen s ovom jakom boli (*jak osjećaj, spoznaja, tvrdnja o sebi vezano za kontrolu ponašanja dovodi do osjećaja nesposobnosti u smislu nemoći*).

Emocionalno vrlo ganut on nastavlja: „Osjećam tihi vapaj sa suzama zbog svega što sam spoznao“. Vrlo sam dirnuta (*rezonanca*) i pojavila mi se slika "Krik" E. Muncha (*vidi Petzold 1983g*). Pitam g. F može li svoje stanje detaljnije opisati, ili se može ili želi izraziti bez riječi ili se ipak za to osjeća nesposobnim (*izražavanje osjećaja koje još ne može pobliže razlikovati, imenovati ili odrediti*). Predlažem mu da bi mogao pokušati na nekom slijedećem susretu pronaći riječi ili izraz za ovaj vapaj (EA).

On zastane, a zatim krene dalje po sobi. Nakon nekog vremena, on kaže: "S jedne strane se osjećam kao mačka u kavezu, koja više ne može uhvatiti miša, a s druge strane, imam besplatnu opskrbu i toplinu (gubitak slobode; regresija u zatvorenoj instituciji). Tijekom

reflektiranja on pojašnjava da se još uvijek doživljava djetinjastim i da sada na žalost mora odrasti. Također izgubio je i slobodu i sada se vraća natrag malim koracima ali u međuvremenu mu se teško s time nositi.

„Ovaj razvoj je novi početak za mene!“ (*povećanje razine svijesti o senzacijama, osjećajima i životnoj situaciji; preusmjerenje/nova orijentacija ; EE*).

Na ovom susretu sažeo je svoj život (*kontinuum, prošlost, sadašnjost, budućnost*) zahvaljujući čemu je gospodin F. emocionalno i spoznajno dobio pristup od fenomena do svojih struktura. Njegov pogled unatrag i aktualna nedostatnost u smislu njegova ponašanja u sukobu ga pogađaju – to ga muči. Ali on također doživljava i "ispunjenost" i "toplinu" kao korektivna iskustva u „aktualnoj sadašnjosti koja protječe“ kao ozdravljajući kontinuum i kontekst koji je doživio u sigurnom terapijskom okruženju. Mi u IT izbjegavamo precizan/točan pojam "Sada" ili "Ovdje i sada" (dok se izgovorilo, to je već prošlo) i sebi time možemo otvoriti pogled na razvoj (*Petzold 1991o*) čak i kad nam on još nije jasan.

20. susret

Na slijedećem susretu g. F. izvještava o mnogim promjenama raspoloženja u posljednjem tjednu. On je osjećao neugodno u posljednjih nekoliko tjedana na IBT-u, budući da me doživljava „previše blizu njegovom egzistencijalizmu/postojanju“. On nije siguran da li je za njega dobro nastaviti rad u ovom trenutku, zato što je zabrinut da bi mu život vani u odgovarajućim scenama bio

malo pretežak. U ovoj krizi jasno je da je gospodin F. dozvolio neposrednu blizinu i u mislima i osjećajima je očito ganut s onim što mu je očito "neugodno". On osjeća promjenu, tvrdoća se omekšala, a on se pita odgovara li to njegovom "socijalnom svijetu" (*Petzold 2003a, 667ff*). Kao napredak vidim činjenicu da mi je to uspio reći (KK).

Ja mu dajem povratnu informaciju/feedback da je uspio sebe ozbiljno shvatiti, preuzeo je odgovornost za sebe i s odgovarajućim riječima uspio mudro sebi postaviti granice. Također osvrnula sam se i na druge prošle situacije u kojima je on uspješno postavio granice (KK). Objasnila sam mu da terapija znači promjenu i može uzrokovati strah (*kognicija*). Važno je da on može odrediti tempo i put. On je zatim napomenuo da ima podršku tima iz pozadine, i da se tamo može i sakriti (*aspekt naknadnog roditeljstva gdje je "instituciju" - u ovom slučaju, "tim" u cjelini kao dio institucije - doživio kao podršku; TN*)

21.-24. susret

Na slijedeći susret g. F. dolazi unatoč velikom umoru, ne može ništa raditi (*pauza, obrana - zato jer je bilo vrlo intenzivno radio*) donio je "svoju" glazbu. Poštujem njegovu

potrebu i prihvaćam ga takvim kakav je (EV; ES). On odluči slušati glazbu (*brine o sebi*) i ja to čujem (*zajednička stvarnost*). Kasnije sam saznala da se pomoću slušanja glazbe može dobro regulirati/kontrolirati i da je izbor glazbe način da izraziti svoje osjećaje (regulacija afekta). Konačno on pita da ranije završimo susret. Kod izbora glazbe postoji rizik da se rastuži ili uznemiri (npr. havy metal, Black metal, *Petzold* 2013).

Tema "razdvajanja" - u kantini i u odnosu na bivšeg prijatelja, je tema o kojoj govori na slijedećem susretu. On uvažava svoju relevantnu nesigurnost i strahove, osobito u svjetlu predstojećeg izlaza, i odredio je i formulirao želje za pomoći tijekom skrbi (*želi da ga se vodi za ruku*). Iako se osjećao umorno i nemirno, prepustio se ponudi da ga masiram „jež-loptom“ po rukama, šakama, vratu i prsima (stimulacija tjelesne samosvijesnosti s učinkom na mišiće i živce – ujedno opuštajuće i energizirajuće, LB).

Na slijedećem susretu je također vrlo umoran, nakon 35 minuta zaustavlja/prekida terapiju nakon masaže stopala koristeći različite materijale i samo-masažu leđa s „nopen“ loptom. Zbog njegovog velikog umora refleksija o njegovoj percepciji i osjećajima nije bila moguća.

Za kraj godine zaželio je šetnju u parku.

Na 25. susretu odlučio je ponovno nastaviti s IBT-om iako je u zadnja dva tjedna želio prekinuti jer ga je to vodilo natrag u loše raspoloženje i stanje. Ali on izjavljuje da je postigao vrlo uspješan transfer "postavljanja granica" u svakodnevni život (*preusmjerenje, trening novog ponašanja*). Ja sam mu dala feedback da je on opet napravio svjesnu odluku vezano za nastavak IBT-a i obavijestila ga o fazama terapije i fazi koja je u tijeku (*kognicija*). Složili smo nove ciljeve: gospodin F. žele naučiti "uzemljiti" se i baviti se s "disanjem". Ponudila sam mu da se terapija može odvijati ovdje u BWT sobi ili na otvorenom kao i u prostoru na odjelu prema njegovim potrebama (sigurnost; uvažavanje njegovih resursa). Ja znam i na tome inzistiram da njegovo psihičko stanje i njegove potrebe međusobno ovise (*intersubjektivna korespondencija; EV; ES*).

Gospodin F. je doživio ovaj susret vrlo konstruktivnim i izgledao je vrlo zadovoljno. Očito je primijetio svoj proces promjena, uostalom započeo je s transferom i promjenom svog ponašanja – to je sigurno iscrpljujuće. Također više koristi samoopažanje i traži više odgovornosti za sebe.

Poznato "Tlo pod nogama" (narativa) čini se da je neizvjesno - u tom kontekstu se pojavljuje pitanje "uzemljenja".

Tijekom slijedećih susreta g. F. sebe vidi više otvorenim za vježbe, npr. orijentacija na tjelesno iskustvo (LB) – npr. rastezanje zajedno s disanjem najprije stoječki, a onda u ležećem položaju, uvod u trbušno disanje, svijest o tijelu za vrijeme ležanja, u vezi s disanjem. On je

zainteresiran, motiviran, fokusiran i konačno uravnotežen. Dajem mu informacije za disanje, držanje i posturalnu slabost (kognicija), mogućnostima za podršku u obliku fizioterapije u kući (multiprofesionalno postupanje) i dajem mu pregled o mogućnostima u okviru IBT-a na kojima se može raditi.

Pored toga je ulagao sve napore, i pri tom bio vrlo skladan/uspješan u svom opažanju – uključivši i svoje loše tjelesno držanje (jaka lumbalna lordoza) i napetost. Položaj glave u ruku mu je neudoban.

Odbija prijedloge za opažanje, više ne želi raditi na temi svojih ruku (*obrana, tjelesnu memoriju ne bi trebalo probuđivati, strah od destabilizacije, uspijeva postavljanje granica*). Vježba za prakticiranje trbušnog disanja dovodi nakon sat vremena do senzacije u smislu trzanja i potezanja u području zdjelice. Ležeći na štapu koji pruža otpor otvara se osjetljivi put za osjete nove neimenovane kvalitete u ovom novom donjem dišnom putu. Za domaću zadaću, predlažem mu da samostalno vježba u sobi s kratkom drškom metle.

28. susret

Ova sekvenca „orijentirana na pokret“ prekinuta je kad je njegova majka u posljednjem tjednu pokušala kontaktirati kliniku preko kliničkog svećenika i zatražila da se za njega zauzme. G. F. se jasno izjasnio da odbija kontakt preko crkve (*odvajanje od institucije crkve*). On bi bio otvoren za kontakt s majkom, da je bio organiziran preko psihologa ili glavne odjelne sestre.

On je izvijestio da je njegov brat imao susret s majkom prije oko 1.-1,5. godinu. Tada joj je počeo pisati pismo, međutim uništio je to pismo. G. F. je duboko dirnut i nedostaje mu psiholog, koji nije u službi, tako da ne može s njim o tome razgovarati. Nudim g. F. da sa mnom porazgovara o onome što mu je važno. On se prepustio i rekao da je njegov odnos s majkom bio jako težak. Ona ga je ponižavala i vrijeđala (*nedostatak uvažavanja, ponižavanje, povreda integriteta*). „Čak sam se i kao dijete protiv nje borio, ja sam joj bacio bocu iz ruke i ugrizao je“ (*samoocjenjivanje: Ja sam loša osoba, s mojim rukama sam učinio zlo; internaliziran negativan koncept*). To mi iz razvojne perspektive, s obzirom na navedenu namjeru njegovog ponašanja, zvuči i nerealno i vrlo buntovno, pomalo ponosno. Slušam ga, ništa ga ne pitam, ne želim ga prekidati da se ne zatvori. U dobi između 17-19,5. godina još je jednom živio kod majke. Kad su se posljednji puta sreli, kad je imao 21 godinu, njegov ga je brat diskretno spriječio da majku napadne nožem. Imao je nož u ruci iza leđa. Trenutno osjeća žestoke emocije ljutnje i agresije prema svojoj majci i ne zna što učiniti sa svojim osjećajima. Također čujem i suosjećanje i potpunu usmjerenost (EV).

On nastavlja: “Budući da sam imao sva ova iskustva s majkom ne mogu uspostaviti odnose sa ženama“ (*naracija, prijenos: samo-pripisivanje; samoocjenjivanje*).

U ovom trenutku, čini se mogućim da on usmjeri svoju pažnju na iskustva trenutne prisutnosti: "Sada g. B. (psiholog) ne postoji. Ja sam žena i sa mnom si razgovarao o svojoj majci". (KK). Njemu je jasno da sada ima toliko povjerenja u mene da je to za njega bilo moguće.

(*pozitivan razvoj terapijskog odnosa, korektivno iskustvo u odnosima muškarac / žena*). Mogla sam vidjeti kako je gospodin F. usprkos jakim osjećajima cijelo vrijeme imao odnos prema realnosti, bio je u kontaktu i mogao se diferencirano izraziti.

Na sljedeći susretu, gospodine F. je želio razgovarati bez posebne teme i zato je donio "svoju" glazbu, jer mu ona predstavlja sigurnost. Na posljednjim susretima priznao je upuštanje u tjelesna iskustva i terapijski odnos na „novom teritoriju“, a vjerojatno mu je sada potrebna jednom i „sigurna zemlja“. To uključuje intenzivan glazbeni život s drogama (*konfluencija*) što on trenutno bez droge može ostvariti samo u malim sekvencama (*čežnja za konfluencijom*). Međutim on niti u kojem slučaju više ne želi uzeti niti jednu vrstu droge. Osjeća se napet i tjeskoban, a vježbe disanja ne pomažu. On jasno i dramatično odbija moj prijedlog da dođemo do perspektive i intenzivnih osjećaja putem glazbe i pokreta. Za postizanje toga on ovisi o okruženju i istomišljenicima (*obrane*). Tematizirala/problematizirala sam iznenadnu jasno napetu atmosferu između njega i mene – koja može biti raspravljena i riješena (*razgraničenje je uspjelo; odnos se raspravio/istražio; razgovaralo se o neslaganju, na meta-razini pronađen je novi konsenzus; KK*).

U međuvremenu, u velikim intervalima, terapijski odnos, kao jedan suštinski cilj terapijskog procesa, postao je tema (KK). Ovdje se nalazi novi smjer/orijentacija u smislu da sam se susretala g. F. kontinuirano, s empatijom, razumijevanjem, poštovanjem i dobronamjerno (EV, ES). Ovo je mogućnost za njegovu pripovijest - nepovjerenje i nesigurnost nad ženama - da popusti i započne priču, čak i u "laboratorijskoj situaciji" u IBT-u (KK).

Za sljedeći susret on je želio ići u šetnju. On priča što god mu padne na pamet, može uživati na proljetnom suncu i jutarnjoj svjetlosti (*svijest o percepciji*). U međuvremenu je dobio kompjutor i kompjutorske igrice i može se igrati s jednim pacijentom (*početna zajednička stvarnost; odnos/aktivnost*).

Bivši kolega s fakulteta mu je rekao da bolje izgleda od kada boravi ovdje / u bolnici, on sam također primjećuje polagan, ali stalan napredak i zadovoljan je sobom (*pozitivna vanjska atribucija proizlazi iz pozitivne percepcije i samovrednovanja; početak novog identiteta u odnosu na neke aspekt izgleda i općeg stanja; PI*).

Tijekom vježbe centriranja ide u park s fokusom na „uzemljenje, kontakt sa tlom, uspravno hodanje“ (*percipiranje, istraživanje, razumijevanje, objašnjenje*) i gospodin F. osjeća : "Ja uspravljam sobom i ponosan sam! To je potpuno novi osjećaj"(PI). Čak i kad se nakon nekog vremena bol u leđima pojavila to se temelji na "ovdje i sada" novom / korigiranom iskustvu, kao i – „biti“ na dobrom mjestu na blagoj uzvisini“ (svjesno stajati ispod stabla, čije grane vise kao šator) i još se uvijek osjeća zaklonjen drvećem.

Iskustveno orijentiran gospodin F. prihvaća nove snage pravog drveta u travnju i pored toga osjetio je sam novu, životnu snagu (*nova orijentacija i nova naracija*) kao događaj koji je "vitalni dokaz" (EE, LB, PI.)

Na ovom mjestu želim istaknuti da ja u IBT, uvijek ponovno koristim prirodu kao veliku kliniku, park s brojnim stazama i prekrasnim livadama, povratak terapijskim mogućnostima krajolika u integrativnom pristupu (*Petzold 2011G*). Za forenzičke psihijatrijske pacijente koji ne smiju izlaziti to je dobrodošla prilika da sa mnom iziđu. G. F. se osjeća sigurno i ugodno u prirodi-također, zbog svoje duhovne orijentacije na germanentum- teutonizam – oduševljenje svime što je njemačko - posebno zbog značenja koje za njega ima drvo, on nije u akutnoj psihotičnoj fazi.

Ja sama također jako rado idem u park i povezana sam s prirodom i volim dojam različitih godišnjih doba. Istovremeno, u dogovoreno vrijeme idem s pacijentima - rame uz rame, s pogledom usmjerenim prema naprijed – i ostajemo u šutnji ili samo „neobavezno“ razgovaramo. Uz to pacijent može sa mnom podijeliti vlastito iskustvo dok sam ja otvorena za njega.

Kao vrste intervencije, do sada dominiraju aktivno pripovijedanje i odnos orijentiran na slušanje (EV, ES), proces (Petzold 2001b, 2002b), pored ciljanih vježbi i postupaka orijentiranih na iskustvo i percepciju tijela (LB). Na temelju dijagnoze "psihoze" namjerno sam izbjegavala modalitet rada orijentiran na sukob, umjesto toga, referirala sam se na stvarnost - dosta vježbi usmjerenih na kretanje, u smislu terapijskog odnosa (KK), na njegovo vlastito tijelo (LB) u svrhu rada na *specifičnim poremećajima, pristup dolazi u prvi plan*. Također, moj način rada kojim nastojim ostvariti utjelovljenje pretpostavlja pozivanje na stvarnost (KK, PI).

Problem ovisnosti u ovom trenutku dok se radi po principu IBT-a nije aktualan, jer gospodin K. tijekom dugog boravka na psihijatriji ne konzumira ni drogu ni alkohol. Dakle, na ovoj temi se u IBT terapiji nije izričito radilo niti se o njoj govorilo, pogotovo jer je gospodin F. osuđen na temelju članka 63., a ne prema članku 64., te primarno ima dijagnozu F20. Stoga je zloupotreba droga rezultat i posljedica primarne bolesti.

Do sada je tijekom dijagnostike orijentirane na proces postalo jasno da se mimika diferencira i da je izražavanje vlastitih osjećaja preko tijela postalo jasnije. On može prizvati

svoje osjećaje i izražavati ih prema potrebi. On razumije odnose, može razlikovati i analizirati, sebe verbalno diferencirano izraziti i imenovati svoje slabosti i prednosti (*diferencirane ego funkcije*). U intersubjektivnom procesu sa mnom gospodin F. može razviti veću otvorenost, interese i samopouzdanje, kao i veću sigurnost u regulaciji bliskosti i distance (KK).

11.3. Treće šestomjesečno razdoblje: 33. - 49. susret "Prvi koraci prema novom svijetu"

33. susret

G. F. se osjeća fizički dobro, međutim njegovo psihičko stanje unatrag nekoliko dana je loše. Želi slušati muziku (*sigurnost*) i hoda po sobi (*regulacija napetosti*). Za senzibilizaciju na svijest o sebi i percepciju sebe nudim mu šetnju, šecujući se, on svjesno percipira svoje tijelo (LB). On kreće (u šetnju) opisuje i doživljava svoju kralježnicu kao nepokretnu šipku međutim glava mu je lagana kao da može poletjeti. Smatra da sebe u prostoru može jako teško osjetiti (*osjećaj*). Dobar je u kontaktu sa mnom i uspostavljamo verbalni dijalog. On nastavlja (šetnju) prema naprijed i nakon nekog vremena imenuje zastrašujuću tjeskobu, susreće se s njom i mora i želi joj se suprotstaviti. Nakon nekog vremena se zaustavlja. Pitam ga: „Možete li ponovno pokušati probati kakav je osjećaj ponovno ići natrag?“ Pokušao je nekoliko koraka unatrag, a zatim se zaustavlja: „Ovdje su zidovi iza mene. Može se ali ja ne želim dalje“ (*otkrivanje*). U refleksiji (*razumijevanje*) kaže da u njegovoj pozadini leži psihoza s agresijom, koju on više ne želi (*distanciranje od psihotičnog iskustva*). „Ali tako sam izgubio moj lijepi svijet za kojim čeznem“ (*gubitak*). Zato je i melankoličan. „Moj lijepi šareni mali svijet snova stoji nasuprot stvarnog i nepoštenog svijeta općenitosti. Trenutno sam u sredini“ (*objašnjenje*) (LB,EA,EE,KK,PI).

On je preko računala doživio "idealni" svijet, ali i "pravi, brutalni svijet". Za razliku od inače, on sada nosi odjeću jarkih boja (*unutarnja promjena ogleđa se u vanjskoj*), i misli da to za njega nije dobro. Zapravo za njega je bilo važno preko odjeće (*analiza funkcioniranja tijela*) pokazati da je drugačiji (*identitet kroz opoziciju*). Sve u svemu, tijekom susreta dobro je orijentiran u vremenu i prostoru.

U daljnjem tijeku jasno je da se G. F. može distancirati od psihoze čak i ako je u svom mišljenju jako dugo ustrajao, to je za njega bilo moguće. On pokazuje uvid u bolest i pridržavanje u pogledu uzimanja lijekova, iako je zbog toga često vrlo umoran. On pronalazi sve više svjestan pristup "normalnom" svijetu, prema zajedničkoj stvarnosti (*nova orijentacija, granice*). Trenutno uspijeva pronaći teme za razgovore koje vodi putem mobilnog telefona i računala, osobito sa bolesnikom W. na odjelu (*novi odnos je uspostavljen*). Također, kaže

ponosno, da je u svezi odlaska stomatologu razgovarao mobitelom s osobom na prijemnom šalteru, te je tako polako izašao iz vlastitog svijeta u zajedničku stvarnost. Želio je nešto činiti i pomagati ujutro u kantini bolnice, vani postavljati stolove i stolice za taj dan. Dobro je da tamo ne mogu dolaziti gosti, tako da nema kontakta s javnošću. S druge strane naveo je svoju želju za zajedništvom, kontaktima, vezama i želi također razmjenjivati svoju glazbu s istomišljenicima i svoj osobni svijet - Germanistiku (teutonizam). (Tu postoji opasnost od otvaranja teme magično-mitskog, a koja još nije tematizirana., vidi Petzold 2013B).

Osim toga, izrazio je da želi biti više siguran i primjeren u kontaktu, posebno za ženama (*cilj*). Usprkos postupnoj i znatnoj želji za povlačenjem on navodi i pratnju, zajednicu, društvo i razgovor kao vrlo važne i korisne za njega (*blizina i udaljenost*).

Od 40. susreta, on također sudjeluje u maloj grupi na temu "socijalno učenje", dio koji pretežno zajednički vodimo pedagog i ja (KK).

Na 42. susretu izvijestio je o brzom promjeni raspoloženja, čiji mu uzroci do sada nisu bili jasni. On čezne za mogućnošću povlačenja, uglavnom u prirodu i tamo bi intenzivno trčao, zaustavio se na lijepom mjestima, a jedan cilj mu je i hodočašće u Stonehenge (*Nakon što je prišao „svijetu“ i ljudima, čini se da ponovo traži „svoje mjesto: „Prema društvenom svijetu“ i „daleko od društvenog svijeta“ - ne u smislu ambivalentnosti, nego u smislu da uvijek tijekom razvoja postoji pauza kao „korak unatrag“ radi integracije novog iskustva, analogno razvoju djeteta.*)

S jedne strane, on se kreće "prema van", čini "korak naprijed" također sudjeluje u grupi "brzo hodanje" (LB) i razmišlja treba li stupiti u kontakt s bivšom djevojkom koja je s njim prekinula vezu - to bi bilo moguće, ali mu se čini previše teško za provesti. Također okupiran je i mislima želi li sresti još jednu drugu staru prijateljicu za koju osjeća još malo ljubavi, ali s druge strane želi provjeriti koliko su ti osjećaji stabilni prije nego što se bude želio dublje uključiti (*ovdje on pokazuje visok stupanj odgovornosti za sebe*). Onda se on opet ponovno kreće "natrag" i potreban mu je na odjelu unutar grupe njegov prostor, više odmora i opuštanja (*nova orijentacija na temelju sigurnosti; regulacija bliskosti i distance; regulacija izvana i iznutra; uvažavanje i poštivanje svojih potreba; briga o sebi*).

Moj ukupni dojam je da on ima bolju mogućnost samopercepcije, može bolje procijeniti svoje mentalno stanje i ranjivost, prihvaća podršku na odjelu i od mene - postavlja granice i povlači se.

Kaže mi da se osjećao dobro zbrinut u IBT-u, čini se da uživa u terapijskim susretima, ima jasnu viziju onoga što želi u ovom trenutku. Smatra da još uvijek ima puno za

raditi na sebi, u fokusu IBT-a za njega je trenutno tema "regulacija blizine i daljine" (upravljanje granicama i sposobnost diferenciranja/separacije kao fini cilj ego snage i sposobnosti postavljanja osobnih ciljeva ; LB).

Na 43. susretu g. F. izražava da se osjeća kao da je zalijepljen trakom na zid, iako zid ne postoji. Diferencirane osjećaje ne može imenovati.

Dok govori tijekom 45. susreta, hoda još po sobi gladeći rukom zid. Kad ga pitam što pri tom osjeća (EA) kaže da hodanje po sobi ima veze sa anksioznošću i da protezanje uzduž zida predstavlja oslonac. Kao intervenciju nudim mu da se nasloni na zid i da pojača pritisak (LB). Dodatno se rola leđima uz zid naprijed natrag što dovodi do intenziviranja njegovog osjećaja oslonca. Na temu „oslonca“ koju spominje u refleksiji njemu je aktualni oslonac njegova glazba (*izvor iz prošlosti, stari svijet*), kao i računalo (*aktualno stanje, novi resurs, novi svijet*). Prije je želio dobiti oslonac od svoje majke, ali ga od nje nije dobio (*retrospektivni pogled na nedostatak iskustva*). Trenutno, on želi dobiti oslonac od svoje djevojke, ali nije siguran, može li mu ona to pružiti. Na pitanje može li od nekog iz tima dobiti oslonac on je odgovorio s "Da! Od g. B. (*psiholog*) i g. S. (*viša medicinska sestra na odjelu*)"! (EE).

Gospodin F. je u prošlosti poremetio ritam dana i noći i „normalan“ ritam može postići jedino uz pomoć lijekova. On sada primjećuje da počinje prepoznavati povezanost između vedrog sunčanog vremena i lošeg raspoloženja i želi ovo podrobnije opažati. Dakle, dogodilo mu se da se za posebno lijepih i sunčanih dana prošlog i ovog proljeća osjećao loše. Mnogo bolje mu je bio na početku jeseni i zime, i još mu uvijek nije jasno utječe li toplina na njegovu cirkulaciju ili mu nije potrebno svjetlo (*opažanje fenomena*). Dobra iskustva i uspomene na ljeto ima iz vremena kad je bio u dobi od oko pet godina, kad je s djedom, bakom i roditeljima proveo lijepi odmor u Gornjoj Bavarskoj (*retrospektivni pogled na iskustvo podrške u ranim godinama*).

On se identificira preko svog "mračnog" djelovanja, doživljava iskustvo tamne noći i hladne zime kao ugodno, međutim preplašeno priznaje da on te „tamnije“ dijelove smatra privlačnim. Tako se divio neupadljivosti nekih ljudi na odjelu, posebno gospodinu W. (*s njim je sada razvio odnos preko računala*). Tako s gospodinom F. može zajednički raspravljati na temu "projekcije" (*Kognicija*).

Njegova odjeća predstavlja odraz ove unutarnje promjene - svjetlije boje i neupadljiv stil koji svjesno koristi – kao i skladnija glazba. U isto vrijeme čini se mekšim i izražava težnju za ostvarenjem romantične veze, iako to još uvijek izražava ironično i cinično. U isto vrijeme stječe se dojam da je on u stanju razvijati više osobne inicijative i osobne odgovornosti.

Tijekom daljnjih terapijskih susreta postaje sve otvoreniji. On je sada fizički opušteniji, odabire udobne sjedeće položaje na tlu, i na vlastitu inicijativu u skladu s temom, ponekad

donosi podupiruću glazbu i pokazuje jasno kada želi ići van. U regulaciji bliskosti i distance prema meni, kao jednoj od svojih osnovnih tema, pokazuje puno više sigurnosti.

Nakon nekog vremena smanjena mu je doza lijeka. Zbog toga je budniji i uspijeva se distancirati od jačih dojmova. U posljednjih nekoliko tjedana nije prijavio verbalne napade težih bolesnika na odjelu i osjeća se zaštićeno zbog brige koju prima. Raduje se zbog veće opuštenosti koju osjeća i veseli se što će s društvom ići na srednjovjekovnu proslavu.

On uživa u društvu, zapravo ne voli biti sam, jer su ga ranije njegovi roditelji time kažnjavali, čak su ga jednom za kaznu i zatvorili (*korektivna, podržavajuća iskustva - ima netko tu za njega; iznošenje sjećanja na stresna iskustava deficita*). On je suradljiv i sposoban za dogovor

Na 46. susretu, kaže da je prilikom izlaska neočekivano naišao na bivšu djevojku, majku njegovog djeteta. To ga je pogodilo i jasno mu je da ga još uvijek boli to što je napustio B. dok je bila u drugom stanju. Rekao je nešto malo o tome kako im je onda odnos bio lijep. On ju je napustio jer je shvatio da je u to vrijeme već bio jako kaotičan (*već je tada bi psihotičan i/ili ovisan o drogama*) i da se B. više nije željela s njim gnjaviti (*odgovorno, suosjećajno*) pa čak i u lijepim situacijama više nije mogao sam sebe izdržati. Nakon toga je uslijedila konačna odluka da se odvoji od B. i djeteta.

47. susret

Gospodin F. dolazi umoran na susret. Nakon noći i čestih intenzivnih snova trebalo mu je u ujutro jako dugo vremena da se snađe u svakodnevnom životu. Čezne za udobnošću koju nikad nije imao, i mjestom gdje je sve harmonično i lijepo. Jasno mi je po intonaciji njegova glasa koliko to želi. U tom skladnom utješnom ništavilu on želi da ga se drži, i da se osjeća sigurno i udobno (*potreba za konfluencijom i regresijom, sjećanje na svoj lijepi šareni svijet psihoze, bijeg u novi „čvršći“ realitet*). U realnom svijetu u kojem vlada mentalitet laktašenja on je pronašao na način da se usidri pomoću tehnologije (*komunikacija preko mobilnog telefona, kompjutorska kompetencija i sredstva za komunikaciju kao nova orijentacija*).

Još jednom dolazi s temom „blizu i daleko“ i ambivalencijom u vezi bliskosti i distance, vrlo bolan oproštaj sa psihozom, unutar društvenog i socijalnog realiteta. No, tu je sada "sidro" (*sidro - čvrsti metal ukopava ga u zemlju - daje mu podršku, iako kao brod pluta; voda / osjećaj / tekući oblik / u pokretu*).

Ja mogu vrlo dobro s njim suosjećati (EV) i doći u kontakt s vlastitom prošlošću i čežnjom za "oslobađanjem", "rješavanjem" moje stare patnje vezano za društveni uspjeh i

mojom velikom poteškoćom naći svoje mjesto, kao velikim temama u mojoj biografiji. Dakle prema njemu osjećam veliku solidarnost i on je od mene dobio vibracije razumijevanja.

Nudim mu da u sobi potraži dobro mjesto u prostoru (*moja intencija: on treba shvatiti kako može biti aktivan u "trodimenzionalnom", materijalnom svijetu, samoeffikasnost, briga o sebi, LB*). Gospodin F. legne malo dalje od zida na tlo i uskoro shvaća da mu je važno da pridrži glavu, kako bi se zadržao. Opuštanje i prepuštanje kontrole mu ne odgovaraju, međutim čini se da ga to stabilizira kad sam sebe osjeća i podržava. S obzirom na „osjećati samog sebe“ dobila sam ideju da mu ponudim tople vreće pijeska (ES) koje leže na radijatoru. On se slaže, i ja mu donosim onoliko vreća koliko želi (*ja brinem za njega; tjelesna usmjerenost, majčinstvo*). Rado uzima vrećice i stavlja ih na leđa i abdomen i pokriva svoj torzo, noge i ruke koliko mu to dozvoljava bočni položaj.

Ovdje se proces odvija u smislu *hermeneutičke spirale*: upija toplinu i istinski pritisak doživljava ugodno, shvaća da ga to dobro stabilizira i može sebi objasniti da on i u "stvarnosti" može za sebe učiniti nešto dobro. Kao prijedlog za slijedeći tjedan, treba u nekoliko slijedećih dana odabrati što može za sebe „dobro napraviti“. Ova "domaća zadaća" (*Petzold, Orth 1993a*) ima za cilj stabiliziranje novog iskustva putem vježbe i mogućnost korištenja u praksi svoje volje „za sebe“

(*Petzold, Orth 2008*). Sposobnost osjećanja smirenja i toplih vreća može se vidjeti kao „*euthimno (veselo, ugodno) iskustvo*“, (*Petzold, Moser, Orth 2012*), koje se pojavljuje prikladno i u skladu s novim iskustvom snižavanja razine podražljivosti, to je „novi nježni osjećaj“ (*Petzold, Sieper 2012e*).

Na slijedećem susretu izvještava da već godinama rado leži naslonjen leđima na radijator i promatra svoju okolinu. Također ispričao je i svoj san od prošle noći vrlo zamišljenim glasom. Inspiriran unutarnjim slikama germanske mitologije njegov san postavlja pitanja o njegovoj osobnoj sadašnjosti i budućnosti, kao i budućnosti čovječanstva (*osobna projekcija; prikupljanje podataka, kako se osjeća kao dio društva – pripada ili ne pripada?*). Razgovor o snu čini mu dobro (*povećanje otvorenosti prema meni, KK*). Privlačnost arhaičnih ili mračnih „mitova moći“ nije neobična za psihotične i ranjive osobe (obožavatelji gotike i Black und Death-Metala, *Petzold 2013B*). Ovdje je važno da nadvlada stvarnost, da ona prevlada nad mitološkim idejama (*ibid.*).

Gospodin F. odlazi nekoliko dana na odmor s pacijentima s odjela. Jedan dan sam posjetila tu grupu i s njima otišla na dulji izlet. G. F. koristi priliku voziti se sam sa mnom u autu na putu do polazne točke za pješaćenje. Unatoč velikom umoru on je pronašao motivaciju za sudjelovanje u šetnji.

Za kraj ovog polugodišta gospodi F. je dao izjavu o svom „outfitu“ (izgledu) (*identitet*) na satu „socijalnog učenja“ na koji je došao sam, a kojeg sam ja vodila sama. Njegov mantil (otvoren dugi crni kožni kaput) daje mu snagu jer ga ljudi izbjegavaju, slobodan je i ne dolazi u tjelesni kontakt. „Maskirna jakna“ (neupadljiva jakna za van) daje mu mogućnost da bude neupadljiv, kako bi izbjegao kontakte (EE).

Jasno je da g. F. preko diferencirane samosvjesnosti, strane i situacijski obilježene svjesnosti odlučuje o nepoznatim situacijama. On sve bolje može procijeniti svoje mentalno stanje, svoju percepciju i ranjivost i u odnosu na to postaviti granice ili za sebe zatražiti pomoć (*Ja-kompetencija*). Trenutno uspijeva postaviti granicu prema meni, prema jakim podražajima, lošim utjecajima i ilegalnim drogama.

Prije tjedan dana g. F. je bio u šetnji po prirodi. Iznio je kako se osjećao (LB). Može držati tempo hodanja 20-40 minuta. (o integrativnom, terapijskom trčanju i treningu izdržljivosti vidi *van der Mei, Petzold, Bosscher 1997; Waibel, Petzold Z*).

11.4. Četvrto polugodište: 50.-62 susret: „Novi prostor za pogled unatrag i novu orijentaciju“

U kontaktu doživljavam g. F. otvorenim i autentičnim, on može imenovati svoje granice, emocionalne kretnje i dodiri su primjetni (*uspijeva u nesvjesnom izražavanju osjećaja*). Terapijski odnos je sada otvoren u pogledu ključnih pitanja/tema.

Zbog povećanja tjelesne težine uzrokovane uzimanjem lijekova (psihofarmaka) i s tim povezanim ograničenjima kao što su pritisak na zglobove, problemi s krvožilnim sustavom i ograničeno kretanje, g. F. se u svom tijelu ne osjeća „kao kod kuće“. On pati i izbjegava fizičke vježbe (*obrana*), zato ja uvijek iznova predlažem da mijenja neudobne položaje kako bi osjetio granicu/imao referencu (*promjena tjelesnog selfa on očito pokušava - "sakriti" tijelo da se ne vide ograničenja - ponovna anestezija?; LB*). On opisuje svoj zenit kao prekoračen. On prihvaća ova ograničenja u korist reguliranja ritma dana i noći, kako bi izbjegao rizik upadanja u psihozu, zbog kroničnog nedostatka sna (*u ovom slučaju on je vrlo odgovoran prema sebi i svojoj bolesti, Ja-kompetencija*). Kao ključni cilj, on je kasnije formulirao svoju perspektivu kao mogućnost odgovornog življenja s bolešću (*kontekstualni cilj: rukovanje utjecajima okoline kao faktorima rizika u skladu s vlastitom ranjivošću*). On teži kompetentnosti da može nakon psihotičnog iskustva sam sebi organizirati pomoć.

Opisuje odnose s medicinskim bratom i svojim terapeutom, g. B. kao podržavajuće, doživljava ih između ostalog kao uzor (*podržavajući odnosi*). On zna da je povezan s

muškarcima jer je kao dijete imao pouzdan model oca (*ekscentrični pogled na svoju socijalizaciju*). On se međutim poziva i na činjenicu da sam i ja stalno i dosljedno uz njega u IBT-u, i postalo je moguće sa mnom uspostaviti odnos (KK). Odnos je u znaku pouzdanog kontinuiteta (*terapijski odnos je uspio u tom aspektu*). Od svoje majke nije dobio to iskustvo (*retrospektiva iskustva deficitna; ovdje me uspoređuje sa svojom majkom; što znači da tu nema transfera, on me vidi u mojoj ulozi; u isto vrijeme on ima i novo iskustvo u odnosu sa mnom kao ženom; nova orijentacija*)

Njegova majka je tolerirala da mu njegova baka veže lijevu ruku, kad je kao dijete „ljevak“ počeo baratati rukama. Dok to govori postaje tužan (*emocionalna uključenost*), ali zadržava kontrolu. Kratke slike sjećanja pojavljuju se u nekoliko slijedećih dana. On misli da je istrenirani ljevak i pita se što mu je sve blokirano.

U ovom trenutku treba spomenuti dio „socijalnog učenja“: g. F. je osjećao previše slobode pa se na kraju uništio. Konačno, imao je veliku želju biti zbrinut, i sad kad je zbrinut više nema slobode, ali to mu odgovara. Male dodatne slobode kao što je posjet kinu u 22h i dalje su poželjne.

Kognitivnu diferencijaciju osjećaja pokazuje najprije uglavnom na „negativne, tamne osjećaje“. On može dodijeliti različite osjećaje odgovarajućim fizičkim impulsima, živo se izražava i ima budnu pažnju. Osim toga pokazuje usmjerenost prema svijetu i želju za „pustinjaštvom“.

Na 54. susretu, on jasno pokazuje još jednom da se ne može osjećati ugodno u svom tijelu. On također opisuje, da se tijekom njegova osobnog razvoja povećala osjetljivost i otvoren je za skladnu glazbu i prema okolišu, a mnogi podražaji i utjecaji iz okoline za njega su sada agresivni. (*sve je ranjiviji, jer je mekši i suptilniji*). Već kao tinejdžer izbjegavao je i namjerno odbijao društveni uspjeh i kretao se na marginama društva (u ovisničkoj sceni) (*perspektiva temeljena na kontinuumu, biografski retrospektivna*). Sada on ne bi niti ovdje više boravio (namjerno odstupanje od prethodnog identiteta u "društveni svijet"). Ja ga potičem da svoje potrebe i stanje shvati ozbiljno (LB), da se zaštiti i bude usmjeren prema umirujućim poticajima, koji su pod utjecajem kontakata i odnosa kao što je prijateljstvo s gospodinom W., terapijski odnos proširen – da stvori prikladno okruženje za podržavajuće odnose (*u tijeku je svjesni prijelaz, uzastopna izgradnja novog "društvenog svijeta"*).

Pustio mi je vrlo tužnu glazbu koja je za njega trenutno jako važna. Daje mi čitati engleski tekst – u kojem je riječ o dubokoj razočaranosti, usamljenosti, nedostatku želje za životom, osjećaju napuštenosti, prošlosti i razočarenju u ljubav, čak i želji za smrću. (*„njegova glazba“ kao izraz njegovih emocija, on sebe nalazi u muzici i tekstovima; intersubjektivitet*). On može otkriti i identificirati, da je jedno vrlo mračno razdoblje njegova života završilo, i osjeća da dolazi novi početak (EE). On je vrlo tužan, gotovo malo i očajan, doima se dirnut vrlo autentično,

distancira se od pitanja koja vode prema produbljenju, pravi pauze u razgovoru (*tranzicija kao kriza; destabilizacija njegovog prethodnog identiteta - psihički, ali i u kontekstu tjelesne nelagode; promjene u tijelu -selfu*). Pitam ga je li imao suicidalne namjere, ali je jasno i uvjerljivo naglasio da on nije bio suicidalan, čak i kad je vrlo često imao osjećaje samoće i tame.

Na 55. susretu prepušta se sumiranju događanja iz protekle godine, s obzirom da je to posljednji susret u toj godini: individualni rad s vrećama pijeska predstavlja važne situacije u toj godini (refleksija: pozicioniranje, podizanje svijesti, identitet). On je ocjenjuje kao odlučujuću godinu za sebe: dobio je značajne olakšice; stekao važne objekte; poboljšao mogućnost za adekvatno distanciranje od, za njega, štetnih utjecaja; ostvario bolje kontakte i odnose zbog osvještavanja vlastitih potreba; više se klonio sukoba, potreba za slušanjem skladne glazbe tijekom odmora nakon unutarnjih pobuna i nemira; odvajanje unutarnjeg i vanjskog – ne manifestira više nemir i nered prema van i taj nemir više ne potiču vanjski podražaji kao što su muzika i nasilni horor filmovi; sposobnost donošenja odluke vezano za odjeću, konstruktivno prijateljstvo s gospodinom W., koji je premještan na dugoročni odmor u stambenu zajednicu; više povjerenja i otvorenosti prema meni u pogledu njegovih egzistencijalnih pitanja i njegove bolesti (*ja-kompetentnost*).

Gospodin F. glede svog razvoja, može vrlo brzo i jasno imenovati razne aspekte (*sposobnost diferenciranog verbalnog izraza, kao kompetencija i resurs*), konačno izgleda vrlo sretan vezano uz proteklu godinu. Kao cilj za sljedeću godinu (*prospekcija – prikupljanje informacija, uređenje života*) definirao je dugoročni dopust i smještaj u stambenoj zajednici, ali također može prihvatiti i mogućnost da se to realizira tek nakon godinu dana.

Na prvom susretu u novoj godini, želi prošetati i želi u ovoj godini na početku malo sporiji tempo razvoja kako bi učvrstio svoja postignuća (vrlo realna samoprocjena). On je na Staru Godinu posjetio gospodina W. u stambenoj zajednici i može zamisliti, da bi i sam tamo mogao živjeti. Glavni razlog za to bila bi postojeća podrška i blizina gospodina W. (u međuvremenu jedan podržavajući kontakt).

Razvija se tema "respekta/poštovanja" – samog sebe i drugih, a g. F. je to formulirao kao veliki cilj (*utvrdio je osobni globalni cilj*) za novu godinu. U tom smislu, ja pažljivo navodim da je važno za njega npr. pažljivo i promišljeno birati svoje riječi, kako bi se izbjegli nepotrebni sukobi i ozljede, ali i da s poštovanjem vježba i interakciju sa sobom (*prijedlog za ispravkom njegovog dosadašnjeg jezičnog stila kao izraza njegovog unutarnjeg stava, kad čuje svoje riječi poštivanja, ovaj čin ostavlja dojam - čak i na njega, i u tom smislu, on namjernim izborom riječi stvara novu stvarnost, samo-učinkovitost; KK; PI-PW*).

Osim toga, on je doživio iskustvo prethodnog zajedničkog život u istoj sobi s gospodinom O. kao vrlo ugodno, a posebno način na koji je postavljao vlastite granice i izrazio i prihvatio kritiku. Budući će se gospodin O. uskoro preseliti potaknula sam ga na opraštanje (*pretvaranje/trening uvažavajuće komunikacije kao aspekt socijalne kompetencije; KK*). Gospodin F. želi stanku u terapiji, što ja prihvaćam (*EV, ES*), jer je posljednjih nekoliko tjedana prošao kroz dosta unutarnjih i vanjskih promjena.

Nakon četiri tjedna g. F. nosi novi gumb koji simbolizira više umjereni tempo i smjer: "Stari - simbol za 16 godina Heavy Metala - je jednostavno nestao" (izraz unutarnje promjene, u odnosu na metal-kulturu, *usp Petzold 2013B*).

Nakon što je g. O. premješten u stambenu zajednicu i g. F. se osjeća spremnim i orijentiranim čak i na premještaj u drugi grad. Ovdje u klinici više nema podržavajuće odnose. On teži da ga g. W. redovito posjećuje (*u međuvremenu je dobio istančan osjećaj za korisne utjecaje*) i u tom pogledu on doživljava ravnotežu između "davanja i primanja". Što se tiče sukoba s pacijentima na odjelu (*njegov problem bio je: neodgovarajuće ponašanje prilikom sukoba, izvorni nedostatak bio je problem kontrole impulsa, umjesto fizičkih napada bio je sklon verbalnim sukobima, "oštar jezik"*) u posljednjih nekoliko godina razvio je uspješnu strategiju za sprečavanje eskalacije sukoba, tako što bi razgovarao sa suprotnom stranom i rekao svoje mišljenje tek kad bi se emocije ohladile (*uspješna kontrola ponašanja, uspješna kontrola impulsa*).

Za podizanje „završnog ugođaja/raspoloženja“ predlažem g. F. da napravi popis stvari koje može sa sobom ponijeti kao „prtljagu“ u smislu vještina koje mu mogu pomoći prilikom preseljenja (*ekscentrični pogled na resurse u smislu osobne snage i stečenih vještina; PZ*).

On je napisao :

- "Riječi.... tihe poput oblaka; jake i nepopustljive kao stablo; opasne poput mača; istina se proteže kao kaput";
- u krizi zastupati svoje mišljenje;
- mirno verbalno odgovoriti prilikom napada, riječima istine ili ironično, tako da budu prihvaćene;
- provodi se treniranje životnih vještina u realitetu i savjetovanje o neprorađenim krizama (*fokus na verbalnom izražavanju, ponašanje u sukobu*).

Vezano za izvješće o nošenju s konfliktima koje je iznio na slijedećem susretu, naveo je da je tijekom proteklog tjedna na stadionu nakon utakmice skupljao boce (tako je poboljšao svoj džeparac), te ga je tom prilikom verbalno i fizički napao drugi sakupljač boca (*borba za teritorij*). On je uspio ne odgovoriti na taj napad, već je tiho otišao (*regulacija afekta, primjereno ponašanje u sukobu*). Gospodin F. želi imati još ovakvih mogućnosti vježbanja svojih socijalnih

vještina „u slobodnoj divljini“ (*Cilj: vježbanje izvođenja stečenih vještina*). Nadalje, on konstruktivno razmišlja o budućem životu u stambenoj zajednici, i postepeno razvija ideje kako će strukturirati svoj svakodnevni život. Svjestan je svojih prilično dobrih životnih vještina – zna kuhati, želi se sam opskrbljivati, priprema si suđe za kuhanje i zna da može uštedjeti za kućanstvo (*resursi, samo-percepcija, samo-procjena; interni lokus pozitivnih pojmova/konceptata*).

U pogledu budućnosti njemu je jasno, koliko je podrške dobio na odjelu i koliko su mu važni i korisni odnosi koje je razvio s medicinskim sestrama i svojim terapeutom, zahvaljujući čemu se osjećao prihvaćeno i podržano (*razvoj tijekom vremena kao aktualni faktor podrške, pozitivna iskustva svakodnevnog učenja na stacionarnom odjelu*). On je svjestan da želi imati polagani prijelaz i zadržati kontakte s odjelom kad pređe u stambenu zajednicu (*u međuvremenu ima jasnu i dobru orijentaciju na budućnost, stvarajući dragocjen pogled na aktualne stabilizirajuće, podržavajuće odnose i uvjete, za sebe planira odgovarajući prijelaz – što je slično napuštanju roditeljskog doma, dobra procjena situacije, dobra samoprocjena*).

Na pitanje o njegovim psihotičnim iskustvima, odgovara da je sada puno bolje usidren u stvarnosti i zna kako može dobiti pomoć kad mu je potrebna. Kad se rastao od „vlastitog svijeta“ došlo je do tuge ali je postao siguran da će postati „drugačiji“.

Tjedan dana kasnije izjavio je da želi u prvim tjednima/mjesecima nakon preseljenja u stambenu zajednicu u drugom gradu jednom tjedno osigurati termin za razgovor s povjerljivim osobljem s odjela, kao oblik terapijske podrške (*uvažava svoju potrebu, izražava je; čini konkretan prijedlog; prihvaća odgovornost za sebe*). U timu je odlučeno da to treba biti provedeno kroz IBT. Nakon predstavljanja u stambenoj zajednici psiholog mu daje dobru povratnu informaciju o njegovom predstavljanju (*vanjska atribucija*). Ipak, gospodin F. je zabrinut je li se adekvatno predstavio (*sumnja u sebe u svjetlu situacije izvan poznatom okruženju*). Ja mu potvrđujem izjavu psihologa (PI).

Izvještava da je ostvario novo prijateljstvo s jednom ženom, taj ga odnos odmara/ daje mu mir i daje mu snagu. Ipak, on je jasno prepoznao da je za njega bolje da ne intenzivira taj odnos (*procjena što doprinosi/ne doprinosi uspjehu odnosa*).

Neko vrijeme se na odjelu uspio distancirati od provokativnih komentara drugih pacijenata tako što ih je ignorirao. On se nada da time „briše“ ponašanje drugih. Na kraju ipak dolazi u sukob posebno s jednim pacijentom. U potrazi za razlogom zbog kojeg gospodin F. tako snažno emocionalno reagira u ovom slučaju (*percipira, shvaća*) on otkriva da je ljubomoran na tog pacijenta jer se ovaj kao prvorodeni sin osjećao kao „paša“ u svojoj obitelji. G. F. je i sam bio prvorodenac, no u njegovoj obitelji je postojala velika gomila krhotina (*manjkava obiteljska podrška*), iako je odnos s ocem i bratom u određenim okolnostima postao dobar (*dobitak iz pozitivnog odnosa*). On bi također rado htio još jednom vidjeti svoju baku. Općenito ima puno

boli povezane sa svojom obitelji (*obitelj dolazi do izražaja, i emocije koje su povezane s njom, koje on imenuje*). On shvaća da zbog toga često ljutito reagira na g. E, pogotovo kada ovaj ne cijeni svoju obitelj, i po njegovu je mišljenju iskorištava (*pojašnjenje*). On je sam nekoliko godina proveo "na sceni" (*zloupotreba droge, negativni prijateljski konvoji, loši socioekonomski uvjeti; nedostatak zaštitnih faktora; upropaštena mladost/adolescencija; negativna očekivanja za budućnost*).

Jedna scena iz Diska, u kojem je obavljao mali posao, to je mjesto koje je dugo godina bila njegova surogat obitelj, sa svim dobrim i lošim što nosi sa sobom. S jedne strane tu je prevladavalo "tvrdo okruženje", a s druge strane se od njega tamo zahtijevalo da više ne uzima "teške droge" (*zaštitna i podržavajući utjecaj grupnog okruženja*). Stoga je i „D...“ dio njegova identiteta, i kad je npr. g. E prema njemu srdačan, on postaje vrlo ranjiv.

Jasno je da je g. F. duboko dirnut, i njegove snažne emocionalne reakcije na određene sukobe na odjelu dokaz su starih ozljeda. Zato smo razgovarali o pozadini svega toga, te je on također izrazio želju raditi na svojoj biografiji, kao i želju da čak i u bliskoj budućnosti pokuša točno osjetiti, da li i kada neka neovisna situacija aktivira te osjećaje, kada on postaje verbalno agresivan ili ljut zbog ponašanja gospodina E. ili drugih (*oštrjenje emocionalne percepcije, treniranje ekscentričnosti, kontinuum povezanih orijentacija; EE; LB*). G. F. kaže da je sve ovo za njega jako snažno, i čini mi se poprilično „obuzet“ svime na čemu smo radili pa sam ga pitala što će raditi slijedeći sata vremena nakon susreta. (LB). On planira uputiti se natrag prema odjelu duljim putem i slušati dobru glazbu (*skrb o sebi: samoizražavanje i emocionalna samoregulacija preko glazbe kao kompetencija*).

62. susret

Dva tjedna kasnije g. F. može razgovarati o daljnjim konfliktima /sukobima s pacijentima na odjelu i prepoznaje zbunjenost kod g. W. i g. O. s obzirom da njihov položaj na odjelu više nije tako siguran, i sada se osjeća usamljeno (*EE, gubitak važnih odnosa s odraslim osobama na odjelu*). Ovu bol zbog rastanaka pretočio je u agresiju prema drugim pacijentima. Potom je izvijestio da se posebno u trgovinama gdje se prodaju televizori s ravnim zaslonom, osjeća vrlo neugodno i počinje se jako znojiti (*percipiranje, shvaćanje*). Pitam ga o čemu bi se tu moglo raditi (EE), i on shvaća da u tom ozračju - prodavači s kravatom i odijelom - sa svojom željom za takvim uređajem on postaje svjestan svog „marginaliziranog“ položaja. Dok se on prije s ponosom bunio protiv "sitničarenja" (*opozicijsko ponašanje prema društvu*), sada kod njega dominira aspekt "ne osjećam se prihvaćeno" (*društvo gleda kritički na njega; prema članku §63 on je "marginaliziran"*). On objašnjava činjenicu da su ga roditelji često „zaobilazili“ (nije se osjećao vrijednim, bio je "višak", bio im je na putu, dobivao je malo pažnje), jer majka je

radila, a on je kao dijete tako jako želio imati roditelje, od kojih bi jedan bio tu za njega (*[subjektivna] emocionalna deprivacija; deficiti*). Uz to nije se osjećao prihvaćeno od strane majke (*nedostatak empatije i nedostatak modela emocionalnog učenja, što se može postići kroz emocionalno diferenciranje?*).

Tako on izvještava danas o "svojoj" dijagnozi "ranog poremećaja", koju je dobio u okviru jednog znanstvenog istraživanja... – vezanog za temu pritvora u okviru forenzičke psihijatrije. To on opravdano time što je njegova majka nakon poroda imala „svakakvih problema s grudima“ pa je morala ostati hospitalizirana u bolnici otprilike 6 do 9 mjeseci i o njemu su se brinuli baka i otac (*to ukazuje na ozbiljnu bolest majke*). Objašnjavam mu u psihoedukativnom dijelu temelje razvojne psihologije (EE), kako je time sigurno da se vezao uz baku i oca, i da mu je majka, kad je došla kući bila prvo "stranac", i da ju je zbog toga odbio (*spoznaja: "Ja mu objašnjavam svijet"*). Njegovo negativno samovrednovanje "Ja sam agresivan, jer sam joj izbio bocu iz ruke i ona me ugrizla“ ispravlja se ovakvim pojašnjenjem, tako da je u pitanju revalorizacija (*preoblikovanje*) njegova ponašanja i njegove biografije (*PI, sigurno je bilo teško za majku, nakon bolesti i duge hospitalizacije preuzeti svakodnevnu brigu za dijete, tako da se njena napetost u izgradnji dijaloga prenijela na dijete*).

Sada gospodin F. opisuje dvije vrste žena, koje ga privlače – jedan tip: lijepa, atraktivna i vitka, a drugi tip: punašna, sa širokim bokovima i velikih grudima. Međutim prema drugom tipu ne osjeća nikakvu seksualnu privlačnost. Tijekom istraživanja o mogućim uzrocima (EE) on prepoznaje da je na ovaj drugi tip žena usmjeren radi njegove djetinje želje za majčinskom brigom. Do sada mu se uvijek bilo teško približiti ženi, došlo bi do nekakvog nesporazuma, prepirke i on bi se povukao. Objašnjavam mu da je moguće da se kad je u fizičkoj blizini žene u njemu miješaju njegove djetinje potrebe i njegove potrebe kao odraslog muškarca (EE). Čini se da je opazio te osjećaje i izgleda emocionalno dirnut (EV, ES). Sad je shvatio da svoje različite potrebe ne može zadovoljiti samo s jednim od ovih poželjnih tipova žena i stoga je razočaran ali u svakom slučaju može bolje razumjeti svoje probleme s prethodnim partnericama (EE).

On dobiva pristup svojoj emocionalnoj boli vezanoj uz nedostatak pouzdane i kontinuirane skrbi od strane majka i cilj mu je u bliskoj budućnosti dati još prostora tim emocijama. Savjetujem mu da može crtati, pisati i zatražiti razgovor (EA). Budući da je bio vrlo dirnut zamolio me da ga otpratim do odjela (ES).

Gospodin F. se približio svojim središnjim osobnim problemima/temama i svojim emocijama. Sada ima dobru mogućnost *introspekcije i refleksije* i čini mi se da podržava naš terapijski odnos.

Dakle, mislim da je zahvaljujući početnom formuliranju ciljeva vezanih uz kontinuum i obradu relevantnih problema povezanih s biografijom došlo do trenutne situacije „Rada na

biografiji“ – i dovelo do mogućnosti pomirenja s osobnom poviješću (EE) te se na toj osnovi mogu stvarati i tražiti pozitivna i pogodna sidrišta u društvenoj stvarnosti (PZ).

11.5. Peto polugodište (63.-80. susret): „Stabilnost kao osnova za razumijevanje, pojašnjenje i perspektivu“

63. susret

Na ovom susretu G.F. mi je uspio reći da ga je majka, kad je bio u dobi od oko 6 godina uštipnula za penis kada je on još uvijek trčao gol nakon kupanja, iako je ona odlučila da više ne bi trebao trčati uokolo gol (*traumatizacija, žrtva, napad na korijen njegove muškosti*). Za njega, ta zabrana uopće nije bila razumljiva i logična, jer je i majka povremeno iz kupaonice izlazila gola na hodnik. Zašto se ta zabrana nije i na nju odnosila? Gospodin F. je napet, govori uzbuđeno, brzo, puno i u žurbi i naprežući se, te navodi da je do danas povezivao obrazac „Žene dolaze blizu mene, a zatim me povrijede“ (*transfer na žene*). Naglasio je da je do sada imao običaj sve mi ispričati tijekom terapije (u IBT-u) (*osigurano je stabilnije osobno i intersubjektivno "tlo"- na vidiku je i kraj IBT-a*).

Iz mog kontratransfera ja sam jako uplašena i zabrinuta i mislim da bih ga mogla povrijediti i sada i u budućnosti. U toj situaciji nisam došla na ideju da mu na meta-razini pojasnim da zbližavanje može dovesti do mogućnosti da budemo povrijeđeni. Umjesto toga, pokušala sam prije svega prema njemu zauzeti posebno oprezan stav (EV, ES)

On objašnjava da je često bio vrlo dirnut i potresen nakon IBT susreta, i svaki puta mu je trebalo vremena da sabere misli i osjećaje.

G. F ponovo formuliра svoj cilj daljnjeg liječenja, a to je da želi imati više sigurnosti u izgradnji odnosa sa ženama, i to po mogućnosti u realnim kontaktima, npr u kantini. Posebno je zainteresiran za „vježbanje“ kontakta sa ženama kroz kontakt sa ženskim medicinskim osobljem na odjelu, jer u takvim kontaktima ima potrebnu sigurnost i distancu. U pozadi je njegov svjesni uzorak (*narativa, prijenos/transfer*), „Žene me mogu povrijediti“ i on želi vezano za tu činjenicu vidjeti trenutnu realnost (točna percepcija trenutnog stanja) i preoblikovati je (odgovornost za vlastite postupke, samo-učinkovitost, razlaganje pripovijesti). Ja ga potičem u tome kao i u tome da se štiti kad je potrebno postaviti granice (LB).

On je svjestan svojih dječjih potreba za bliskošću, zaštitom i majčinstvom i sada ih može bolje vidjeti. Objašnjavam mu da se on i kao odrastao čovjek može brinuti o tim dječjim

potrebama ako je s njima u kontaktu (PI). On navodi da u tome već uspijeva. On još uvijek smatra da nije vrijedan ljubavi, ima vrlo nisko samopoštovanje, vjerojatno zbog niskog samopouzdanja. Također je svjestan svog obrasca: "Bio sam povrijeđen i nisam se mogao braniti, a kao rezultat toga onda ja povrijedim druge kada ih doživljam slabijima" – to se odnosi na njegovo asocijalno ponašanje – prema nekim pacijentima u bolnici (*naučeni model, od žrtve do uloge počinitelja*). Ponovno je jasno da je on do sada u odnosu na mene kao ženu u terapijskom odnosu mogao dobro postaviti granicu za naš odnos i mogao je sebe zaštititi, te je prema potrebi postavljao granicu koliko želi biti opterećen temom, intervencijom, i pauze je uzimao ozbiljno i imenovao ih kako bi mogao kontrolirati proces.

U ovom kontekstu je zanimljivo je da je promijenio stomatologa i sada je vrlo sretan zbog toga, jer mu novi liječnik najavljuje i opisuje svaki korak i svaku moguću bol, tako da se može dobro pripremiti i ne osjeća se bespomoćno (*nije više žrtva u situaciji "kad ona dođe blizu mene povrijedi me"; samoučinkovitost*).

Na slijedećem susretu on govori o svojoj biografiji: Kao dijete vrlo je rano počeo provoditi puno vremena sam. Npr. kao dijete u dobi od 5-6 godina nije volio ići u velike trgovačke centre (to je možda pokazatelj visoke osjetljivosti na vanjske podražaje) i nije pratio roditelje prilikom velikih kupnji. Vrlo je rano naučio sam sebi pripremati hranu (*deficit s obzirom na kontinuitet opskrbe, prisutnost roditelja, emocionalne podrške, maligna progresija, u smislu vlastitih otpora, što se pretvara u resurs u smislu samodostatnosti*). Bilo mu je oko 10 godina, kad se njegova majka iselila iz stana, nakon što se on vratio kući s logorovanja. Tijekom ljeta bio je na Sjevernom moru, a ona je samo nestala. Otac mu za to nije dao nikakvo objašnjenje (*traumatsko iskustvo- čak i ako je bio prekinut odnos s majkom; disfunkcionalni komunikacija stil - između oca i sina; za gospodina F. „svijet se ne objašnjava“, ostaju neodgovorena pitanja, dječaka se ne poštuje, ne priznaju se njegove potrebe i na njih se ne obraća pažnja; nema mjesta za emocije; emocije se ne pokazuju i ne imenuju, o emocijama se ne komunicira, i g. F ostaje sam sa svojim pitanjima i osjećajima*). Podsjećam se da je u više navrata naveo da ne voli ljetno svjetlo i vrućinu (*objašnjenje?*). Od tada je obično bio sam tijekom poslijepodneva, u dobi od 13 godina je prvi puta „snifao“ ljepilo, kada se s nekim djevojkama izvukao iz kuće (u.U. početak negativnih prijateljskih konvoja). Sve u svemu, vrlo je sretan ovdje u MRV: ovdje je opskrbljen i tu je uvijek netko tko se brine o njegovim psihičkim problemima (*nadoknada za majčinstvo, naknadna socijalizacija*).

Nakon izvješća na televiziji, o tome kako djeca puno konzumiraju medije, kod njega se javlja dominantan osjećaj tuge, i dolazi u kontakt s vlastitim iskustvima i osjećajima tuge i usamljenosti koje je imao kao dijete. Novo je da govori o svojim medijskim navikama, od

brutalnih sadržaja koje je pratio za vrijeme dok je bio pod psihozom do fantastičnih drama i tragedija, te do realističnih kriminalističkih istraga koje sada prati.

Tema prejedanja mu je stalno tema. U međuvremenu je postao svjestan da je ovo, uz lijekove, problem iz razdoblja kad je iskusio iskustvo gladi (*psihofizički stres*) u razdoblju kad je imao malo novaca za hranu. Razgovarali smo o mogućnosti modifikacije ponašanja (LM), gospodin F. ne želi više napredovati (*kognitivni aspekti nove orijentacije*). Kao osnaženje koristi mu iskustvo uspješne promjene navike prekomjernog pijenja kave.

67. susret

Što se tiče žena, još uvijek se boji odbijanja ili da bude povrijeđen. Ako ga čovjek odbije tada on postaje manji. Pitam ga kako mu je u odnosu prema meni kao ženi (KK, *konfrontiranje s realitetom, metakomunikacija o terapijskom odnosu*). Za njega je još uvijek potrebno da izbljedi svijest o mom spolu kako bi se on mogao usredotočiti na pomoć i podršku (*svijest o strahu od ozljede koju mu može nanijeti žena kao transfer*). Kroz osvrt na stvarni terapijski odnos može uočiti da se meni kao ženi počeo otvarati i nije bio ozlijeđen (*korektivno iskustvo odnosa, nova orijentacija*). On priznaje da se ovdje usudio primijeniti nove oblike ponašanja i da je stekao nova iskustva. Jasno je da može započeti novi proces. "Često se osjećam kao sramežljiva djevojčica, surovi svijet "stvarnosti" često boli. I na kraju, dugi niz godina pokušao sam se zaštititi drogom". „Prorađujemo činjenicu da muškarac može biti sramežljiv i ranjiv (EE, PI).“ G. F. međutim primjećuje da mu je vrlo teško to pokazati drugim muškarcima, iako je to nekim pacijentima na odjelu potrebno (*problem*).

Kaže da osjeća da je postao previše otvoren, i namjerava se, dok je na odjelu regulirati pomoću muzike.

Vidim, da je ovaj "inventar" našeg odnosa došao u moju blizinu i da me je dotaknula njegova ranjivost. Ne govorim mu o tome (zašto to nisam učinila?- vjerojatno zato što bih se rasplakala, jer me to toliko dirnulo) ali to implicitno utječe na moju fizičku, neverbalnu komunikaciju - moja intonacija glasa, moje oči, moje držanje, moja pozornost - i sigurno da je gospodin F. primijetio moje vlažne oči (EV-ES). No, rad s "blagim osjećajima" koji dotaknu i ujedno (dobro kontroliranje) dopuštajući da vas ne dotaknu, važan su čimbenik u liječenju okorjelih bolesnika (*Petzold, Sieper 2012e*).

Nakon što je propustio nekoliko susreta zbog višestrukih posjeta stomatologu, g. F. se doista veselio našem slijedećem susretu i trebalo mu je dugo vremena da se „psihički“ stabilizira i smiri.

On ima iskustvo, koje je važno za njega, "biti sa strahovima" (*dozvoliti i priznati strah*).

Nakon još jedne pauze on želi raditi na „svojim temama“ nastaviti raditi d.h. kako on kaže (EE). U dobi od 17 godina, tijekom školovanja, imao je problema s ocem (*vjerojatno zbog puberteta i droga*), te je stoga neko vrijeme živio s majkom i njenom novom obitelji. Kod njih je spavao u dnevnoj sobi. U to vrijeme bio je vrlo buntovan, majka ga je tukla u konfliktnim situacijama (*iskustvo nasilja, model za disfunkcionalno ponašanje u sukobima*). To nasilje opisuje kao simptom u cijeloj obitelji, u kojoj su se uvijek glasno svađali (*disfunkcionalan komunikacijski stil uz problematičan odnos roditelja - tijekom dugog razdoblja, dugoročno opterećenje u smislu stresa*).

On također opisuje svoje zgražanje u odnosu na pijane žene koje mu žele pokazati svoje osjećaje. Uzrok tome vidi u sceni koju je doživio u dobi od 17/18 godina kada ga je na Badnjak nakon jedne svađe majka u pijanom stanju željela zagrliti (*percipiranje, otkrivanje, razumijevanje, objašnjenje*). „Miris alkohola mu se iz sentimentalnih razloga verbalno i fizički gadi“. Zbog toga kod žena ne tolerira konzumiranje alkohola, - kao niti droga – i fizičko zlostavljanje u njegovoj blizini, i u svoju blizinu pušta samo trijezne ljude (*formulirao je svoje zaštitne mehanizme, izvorna scena obilježava njegovo ponašanje*). Također primjećuje da mu je ovdje vrlo teško upoznati prikladnu ženu. Konačno, on je još bolestan, i ne bi mogao podnijeti teret bolesne supruge (*to je vrlo realna samopercepcija i socijalna percepcija prema van*). Ima dugogodišnju djevojku u pričuvu, koja je njihov život držala pod kontrolom (*unatoč svim neizvjesnostima i teškoćama u odnosima sa ženama, on je uvijek u potrazi za kontaktima, susretima i odnosima*).

Tijekom godinu i pol dana druženja sa svojim bivšim „društvom“ nije pušio hašiš, ali je počeo pušiti dva dana nakon djedovog pogreba. Imao je dobar odnos s djedom, što je bilo dobro za njega (*podržavajući odnos*). Kao razlog za pušenje hašiša navodi svoju nesposobnost tugovanja za djedom, a također i obitelj je potisnula svoju tugu (*emocionalni očaj, velika bol zbog gubitka osobe koja mu je vjerojatno bila glavni njegovatelj, tuga nije izražena i podijeljena, nema utjehe, nedostatak komunikacije, tuga je potisnuta, ovi jaki osjećaji nisu živjeli, jaka emocionalna izolacija – a sve se ovo događa kad je vjerojatno bio u pubertetu; ovo je bio "kritični životni događaj" kao uzrok zlouporabe droga?*). On govori o nečemu u principu „velikom“ što ne može pobliže opisati i objasniti (*aleksitimija – nemogućnost verbaliziranja emocionalnih događaja-iskustava, iskustvo „nadahnuća“*) na kraju su ostali djedovi „sinovi“, njegov otac i on (*ovaj opis mi govori o snažnoj emocionalnoj vezi s djedom, donosi svog oca u poziciju vlastitog brata*). Također je utvrdio da nije dobro što njegovom mlađem bratu nije bilo dozvoljeno da ide na djedov sprovod (*ovo dijete nije primijećeno i poštovano, ne smije reći zbogom djedu, smrt je tabuizirana*). Njegova duboka dirnutost ispunjava prostor i obilježava atmosferu. Mogu dobro s njim rezonirati i sudjelovati/dijeliti (EV, ES). Na kraju je on završio susret malo ranije.

Nakon ovog biografskog usredotočenja na središnje emocionalno vrlo stresno iskustvo, on je na slijedećem susretu doživio promjene u vremenskoj dimenziji. Objasnio je sebi neobjašnjivi nemir od prethodnog vikenda koji je osjetio vezano za predstojeće preseljenje u stambenu zajednicu.

Bio je ambivalentan - s jedne strane je morao napustiti "domaće gnijezdo" (*odlazak; oproštaj, prijelaz, novi život u novom okruženju i novom gradu; novi društveno-ekološki uvjeti*), a s druge strane je u proteklih pola godine uvježbavao "realitet", što je uspješno savladao (*preusmjeravanje je uspjelo*) - istodobno se veseli što će se vrati u "obiteljsko okruženje". Otvoreno naglašava koliko mu je važno da mu se skrene pozornost na pridržavanje adekvatnih "praktičnih kompetencija" kako bi i dalje mogao adekvatno komunicirati s okolinom. U tom kontekstu treba spomenuti da je dosta kategorično odbacio prijedlog za nenasilnom komunikacijom u sukobima, s obrazloženjem da u stvarnosti „takav način," nitko ne bi razumio, najavio je "jasan tekst" (*jasan pogled na "društveni svijet" rubne skupine, ekscentrični položaj, komunikacija će se razmotriti na meta-razini*). Bio je svjestan svoje tendencije, navodne odbojnosti prema antisocijalnom suprotstavljanju, te ju je želio sačuvati za hitne slučajeve. Kroz terapiju je dobio fino ugađanje, kojim je primio nove perspektive na okolinu i na sebe (*diferencijacija sebe- i vanjske percepcije, širenje svojih kapaciteta percepcije i kapaciteta osjećaja samokontrole; "srednjoročna"-bilanca*).

Imam dojam, da u ovom trenutku želi zadržati i stabilizirati tu razinu (*samoregulacija; pauza na trenutnoj razini*). Figurativno, on kao terapijski uspjeh navodi da se sada prema van pokazuje više „šaren“ - odjeća, glazba, komunikacija, ponašanje - dok je iznutra puno „mračniji“. Tako on gleda na strukturu, razgraničenje od štetnih stvari i utjecaja. Nekada je on bio iznutra "šaren" u smislu nestrukturiranosti i prelijevanja, a izvana je bio "mračan", odnosno žestok i impresivan (*vrlo dobra sposobnost introspekcije, širenje svog verbalnog i neverbalnog spektra izražavanja, emocionalno raspoloženje; uspješna kontrola impulsa, značajno smanjena psihotična iskustva*). Ipak, naglasio je da je nakon mog godišnjeg odmora bio motiviran nastaviti dalje s IBT-om.

Njegova sadašnja stabilnost vezana uz njegovu duševnu bolest, čega je postao svjestan kroz IBT, dovodi kod njega do značajnog olakšanja jer može s razine metaperspektive predvidjeti ponašanje uzrokovano bolešću kod dvojice pacijenata (*EE; PI*). Prilikom prethodnih sukoba na odjelu nije razumio koliko mu nedostaje razumijevanje vlastite bolesti.

Gospodin F. traži objašnjenje za svoju bolest, poremećaje i ozljede. Objasnjavam mu u sklopu psihoedukacije razvojni pristup koji zastupa Integrativna terapija, a u kontekstu razvoja zdravlja i bolesti, te u ovom slučaju koristim "teoriju kao intervenciju" (*Petzold, Orth 1994*). On otkriva da je u životu kroz dulje vremensko razdoblje imao otežane uvjete (EE). S obzorom na

zaposlenost svojih roditelja osjećao se usamljen jer je tijekom osnovne škole sam provodio poslijepodnevna (*deficiti, neadekvatna skrb, vrlo rano je ostajao puno vremena sam*). Imao je premalo granica i previše slobode (*zanemaren, maligni preveliki zahtjevi*). Osim toga kad je imao 7,5 godina rođen je njegov mlađi brat - prema njegovu mišljenju to je bio rezultat pokušaja roditelja da se pomire (*promijenjen statusa djeteta jedinca; zbog velike dobne razlike malo dodirnih točaka za kontakt s mlađim bratom*). U to vrijeme je zavidio djeci čije su majke bila kod kuće i kuhale ukusna jela (*nedostatak opskrbe*). Njegova majka je napustila obitelj kad je on imao 10 godina. Zbog toga je bio prepušten sam sebi, te je u dobi od oko 12/13 godina s njim krenulo "nizbrdo" (*početak puberteta, premalo ograničenja*). Okupirala ga je "kontinuirana" zaposlenost njegove majke zajedno s bolnim gubitcima i nedostacima što se tiče financija i hrane. Rano se počeo boriti protiv rada, jer se tijekom obrazovanja konfrontirao s meritokracijom/vladajućom elitom i okrenuo se protiv „malograđanštine“ i društvenog sustava (*suprotstavljanje i kao posljedica toga identificiranje s marginaliziranom grupom*) i negdje oko 2002. godine dolazi do imenovanja njegove potrebe za potpunom brigom (*do izražaja dolaze duboke djetinje želje*).

Po meni, rezultati analize kontinuuma dobiveni na osnovu anamnestičke i dijagnostičke obrade podataka otkrivaju niz nepovoljnih uvjeta i dugotrajan nedostatak iskustva u konfliktom obiteljskom okruženju s agresivnim i disfunkcionalnim komunikacijskim stilovima:

- U.U. postoji genetska predispozicija.
- Oštećenja su se pojavila u prvim godinama života zbog nedostatka primarne skrbi i emocionalnog kontakta, traume, poremećaja i averzivnog psihosocijalnog utjecaja roditeljskog partnerskog konflikta i poremećenog odnosa majka-dijete, nastalog zbog disfunkcionalnog komunikacijskog stila u obitelji.
- Jasno je da se starošću i većim udaljavanjem od „primarne obitelji“ koju čine otac, majka, dijete, postojeće teškoće nastale u početku života još se više povećavaju.
- Time uzrokovan i stalni stres također igra značajnu ulogu.
- Negativna karijera (utjecaji) kroz životni tijek započinje sa školovanjem. Agresija i problemi s koncentracijom kao školske poteškoće, u.U. poremećaj privrženosti, kao i emocionalni problemi g. F. kao i problem majčinog uvjetnog uhićenja.
- Negativnu karijeru nastalja prekidanjem srednje škole, oslobađanjem od služenja vojnog roka, napuštanjem partnerice i djeteta.
- Prekidom školovanja nije stekao struku i zvanje tako da je kod njega prisutan neuspjeh u dovršavanju razvojnih zadataka
- Pokretanje aktualnih faktora konačno vodi do negativnih utjecaja. Kritični životni događaj predstavlja i smrt djeda. Ovdje počinje, te ga tijekom cijelog puberteta prati zloupotreba droga i

identifikacija s marginaliziranim grupama - kasnije s 19 godina (početak adeolescencije) – svjestan je svoje opozicije prema društvenim zahtjevima (meritokraciji) u obliku nesvjesne pobune protiv majčinog zapošljavanja, koje on vidi kao razlog zbog kojeg on ima subjektivan osjećaj zanemarivanja.

- U isto vrijeme odbija priznati ikakvo postignuće roditelja - čak iako su osigurali prihvatljive ekonomske uvjete.
- Izbijanje psihoze je nejasno.
- Sveukupno se prolongira nedostatak iskustva komunikacije i disfunkcionalan komunikacijski stil kroz razdoblje djetinjstva, mladosti i rane odrasle dobi do treninga u psihijatriji.
- Postoje problemi u svakoj od "životnih tranzicija": od rođenja, pri upisu u školu, u pubertetu, s početka adolescencije.
- Sve je ovo očito prevagnulo nad zaštitnim faktorima, i rezultiralo masivnom zlorabom droga, životom na sceni, do pojave psihoze i kaznenih djela.

Zbog trenutne boli u križima na 73. susretu tema su bile tetovaže g. F. i njegovo uživanje u boli (*mazohistička tendencija*). Trenutno je rastrgan između želje za dvije nove tetovaže i činjenice da će to izazvati bol (*ambivalentnost, povećana osjetljivost*). Zanimljivo je pojavljivanje željenih motiva: "Freya" kao simbola vječnog života i "trudne sirene", pa je time asocirana strast - glazba i eventualno nježnosti- ali s kim? (*izraz njegove želje, radi se o "životu" i "ponovnom rađanju"*). Nakon razdoblja promišljanja o toj temi, on kaže da bi mogao to sa mnom podijeliti (*uspijeva mu odnos sa ženom*).

Tijekom posljednjih sati boravka u bolnici (*početak završne faze terapije*) g. F. se zbog teških iskustava u trenutnom životu (*fenomen*), strukture njegove percepcije i ponašanja, kao i nekih dubokih osjećaja, posebice dugog osvještavanja prošlih iskustava, više otvara prema meni, (*EE, KK, 1. put do ozdravljenja*).

Gospodin F. je na 74. susretu izvijestio o primjeru konstruktivne samoregulacije (*performanse*) prilikom iskustva u situaciji manije proganjanja (iluzije približavanja) u kojoj se našao u robnoj kući, kada se jedna žena na CD-štanu proguravala. Već je o tome razgovarao na odjelu. Njegova dokazana strategija ponašanja u teškim situacijama uz pomoć MP3-playera (*smanjenje vanjskih podražaja*) nije više funkcionirala pa je otišao u mirovinu, te su prepoznate i dijagnosticirane psihotične epizode (*moguć je ekscentrični položaj*). Zbog ponašanja žena prema njemu ideja o približavanju i pokazivanju osjećaja nije mu se činila nemogućom. G. F. se može pozvati na svoju temu „žena – strah i želja“ kao mogući okidač za „uzbudljivu“ situaciju (*zahvaljujući našem dijalogu postaje toga svjestan*).

Prema ženama se osjeća kao pubertetlija i seksualno je sramežljiv (*više otvaranja prema meni, pokazuje svoju "mekanu srž" ispod "tvrdog oklopa", visoko diferencirana samo-percepcija i samoprocjena; EA*). On želi ženu koja ga već dugo poznaje, i koja ga može prihvatiti s njegovom „igrom riječima“. Trebalo mu je puno povjerenje. Bilo mu je drago da je sada ponovno razgovarao o tome s nekom ženom.

Na slijedećem susretu g. F je izvijestio o intenzivnim snovima, bez opisa sadržaja, u kojima je mogao kontrolirati vlastito ponašanje te je nakon faze oporavka mogao nastaviti san.

Objašnjavam mu nekoliko načina na koje se može baviti slikama iz svojih snova npr. koje su sekvence/osobe povezane s jakim osjećajima? Postoji li povezanost između trenutnih događaja i prizora u snovima / znakova u snovima? Podrška snova kao simbol za njegove teme... (*EE; započinjanje formuliranja želja i ciljeva*).

Što se tiče njegove psihoze navodi da mu je do određenog trenutka odgovaralo što je ima, a što je bilo puno opasnije za druge nego za njega samog. Poželio je u perspektivi osigurati profesionalnu pomoć kad mu je potrebna "Konačno će mu njegova svjetiljka uvijek malo sjati" (*uvid u bolest; spoznaja; odgovoran upravljanje sobom i bolešću*). Zbog toga se čini jasnim da je zauzeo ekscentričnu poziciju. S obzirom na iznenadnu pojavu psihičkih iskustava pojasnila sam mu da postoji mogućnost da pomoću vježbe mentalnog treninga uvježba nova ponašanje za krizne situacije i za jačanje (*LM, spoznaja*). G. F. sluša pažljivo, donekle je s ovim već upoznat (*ovdje mislim na njegovu već spomenutu želju da radi vizualizacije*).

Dva tjedna kasnije došlo je do neočekivane krize dok je bio s prijateljem. U toj situaciji prijatelj mu je rekao za svoje kazneno djelo, pio je pivu i upao u svoju staru strukturu „Biti prikladno zapanjujući“. Na susretu nakon tog događaja nosio je svoj stari prsluk koji simbolizira prošlost, bio je vrlo zabrinut, ali u kontaktu, čak je i želio reći nešto više o tome što su bili okidači za piće. Nakon iscrpljujućih razgovora s glavnim liječnikom, psihologom, referentnom i njegovim prijateljem, konačno mu je laknulo. Sad mu je potreban "hitan plan" za nove, nepredviđene situacije, a koji želi sam razviti, te je odbio moju ponudu da mu budem podrška u tome - nakon svega, on se mora sam snaći u budućim teškim situacijama.

Na sljedećem susretu kaže da mu je nakon posljednjeg IBT sata postalo jasno da nije bio spreman na susret s čovjekom u kojeg je imao povjerenja, a koji ga je na kraju „pritisnuo“ (*meni ovdje nije palo na pamet reći mu da se to može dogoditi i opet*). U budućnosti u takvim situacijama želi odmah uspostaviti kontakt mobilnim telefonom sa svojim odjelom.

Sada izvještava:

Kada mu je gospodin W. ispričao o okolnostima svog kaznenog djela osjetio je jaku empatiju za njegov unutarnji kaos, a istovremeno je došao u kontakt i s vlastitim kaotičnim stanjem

(*nasilno* otvaranje tjelesne memorije, dolazi do izražaja ono što je potisnuto). Bilo mu je drago da su "samo" posegnuli za alkoholom, iako je imao novca i za "više". Ovo on ocjenjuje kao uspješno učenje i proces upravljanja (*ovaj pregled mi se sviđa*). Ipak, on je prepoznao strukturu, smatra da se radi o vrlo teškoj emocionalnoj situaciji s kojom je teško upravljati i zbog koje je zanijemio, i „zatvorio se“ kao i onda nakon smrti njegovog djeda, kada je počeo ozbiljno i trajno konzumirati droge (EE).

Istodobno je postao svjestan da je "povrijedio" vlastito dijete (*internalizirani negativni koncept, negativno samovrednovanje*). U tom trenutku sam intervenirala i podsjetila ga da je on svoje dijete zaštitio svojim odlaskom – iz njegovih kaotičnih uvjeta (*PI; reframing; revalorizacija njegova ponašanja*). G. F. se zaustavlja, dozvoljava si ovu svoju izjavu i prihvaća je.

Sada mi govori da je tijekom perioda dok je živio s majkom morao do kasno u noć čuvati svoju tada 2,5 godišnju, poprilično tešku, polusestru. U to vrijeme, u odnosu na galamu njene djece on je bio „uznemiren i nemoćan“ (*pojavljuju se stari prizori, ali on je emocionalno stabilan, pokušava objasniti svoj emocionalni očaj*). On jasno ističe svoju moralnu granicu, ljude koji su mu na udaljenosti manjoj od 1,50 m., on maltretira ili povrijedi u sukobima. Opisivao je svoje promijenjeno društveno ponašanje radi potrebe da se zaštiti od destruktivnosti u društvu (*on preuzima odgovornost za svoju ranjivost*). Još uvijek je podvojen vezano za želju za povlačenjem u prirodu, u Kanadu ili negdje drugdje, i njegove potrebe za ljudskom razmjenom i odnosom (*blizina i udaljenost*).

Kad u gradu sretne bivše kolege iz škole i vidi njihove uplašene poglede, osjeća stid, zbog toga što oni možda o njemu sada misle (*samoprocjena, suosjećanje s drugima, ekscentrični položaj*).

Već nekoliko tjedana nosi svoj stari „mantil“ (stare strukture). Traži moguće uzroke koji su doveli do toga da ga opet nosi – predstojeće preseljenje u stan (u tijeku je nova faza života, preseljenje, novo okruženje kao kriza), teror gospodina W., i njegovo kazneno djelo (destabilizacija), nemir među pacijentima na odjelu, jesenska kriza – ali on ne nalazi objašnjenje.

Kad sam ga pitala kako se osjeća kad nosi svoj „ponor/ponor“ (LB-EA) i da li je svjestan da time postavlja granicu prema svojoj okolini, zbog straha od blizine – istodobno se osjećao vrlo ranjivo i želi se zapravo zaštititi i želi u umirujuću blizinu. On svoj kaput naziva "štakom" i u toj funkciji prepoznaje svoju potrebu za zaštitom i podrškom (EE).

Konačno, otvorio je temu "stare strukture" koje on još od 2. godine starosti iskušava, „uređaji „ različitih vrsta – poput čekića, noževa, pila, kliješta, itd. – koje vidi kao korisne predmete, a ne kao obrambeno ili oružje za napad. To vodi, između ostalog, do toga da je već u

dobi od pet ili šest godina bez nazočnosti roditelja gledao npr: Dosje XY na TV-u (*nasilje u slikama, zrcalni neuroni*). On bi želio nastaviti ovu temu na slijedećem susretu.

Međutim, nije došao na taj susret jer je neposredno prije zakazanog termina saznao da ima za tri dana razgovor radi smještaja u stambenu zajednicu i da će potom vrlo brzo biti premješten. Bio je vrlo zbunjen i uzrujan, ali ostaje u terapiji, unatoč svojoj sklonosti da se povuče uz glazbu (*omogućio je blizinu, čak i ako je vrlo emocionalno nestabilan*). Pojavljuju mu se različite misli i osjećaji, ali uspijeva ostati izravan i pronaći riječi: (EA): osjeća tugu, dobio je podršku na odjelu i mogao bi ih opisati kao dobre roditelje. Tamo su ga držali za ruku – sad se sam mora držati za ruku. Želi tako postupiti i ima jaku volju to napraviti. Ali ima i strah da ne potone u svoje strukture ovisnosti – i ovdje je predan da ne nastavi s tim i želi jače razviti mehanizme kontrole. U to vrijeme Disko (kao radno mjesto) mu je bio važan i držao ga je dalje od lošeg ponašanja (*iako je bio dio ruba društva to je bio zaštitni faktor*). „Osjećam se kao pubertetlija, koji hoda sam po svijetu i sada treba provesti u praksi sve ono što je naučio!“. Ja ga podsjećam da će i dalje dobivati podršku od stručnog tima iz bolnice i da bi i dalje mogao dolaziti na IBT. Naglasio je da je to i bio uvjet da se preseli u stambenu zajednicu.

Pored svih teških osjećaja povezanih uz rastanak i tjeskobe povezane uz nove promjene, još uvijek je otvoren i spreman za nove promjene. Osjećaj sigurnosti mu daje i činjenica da će rukovati s novcem (*pozitivno samopoimanje, samoprocjena, kompetencije, resursi*)

Tijekom zadnjih susreta na klinici (80. sat) želi da odem s njim u dućan s alatom. Htio bi mi reći svoje fantazije koje kod njega izazivaju različiti alati. To sam iznijela na superviziji i supervizorica mi je napomenula: „on mora o svemu razmišljati i sve zamisliti, ali neće ništa učiniti“. Uz put smo razgovarali, on zna put, a ja sam ga slijedila. Išli smo pješke – iz Klinike u „svijet“, a ja ga pratim (*simbolom puta od Klinike do doma - i u stvarnosti ja ću ga pratiti u tranzitu kroz nastavak IBT-a*). U dućanu s alatom odlazi namjerno prema odgovarajućim policama – to je za mene mučan osjećaj - prizivaju tiho i koncizno njegovu maštu, za što bi se pojedini alati koristili. Ja mu kažem da ne želim čuti nikakve detaljnije opise (štitim se, postavljam granicu), srećom to g F. niti ne želi. Na izlasku, postaje mu jasno da je već s 4 godine imao duboki "jaz" između tih fantazija i njihove provedbe, te da bi se volio osloboditi tih fantazija. On ih vidi kao rezultat lošeg utjecaja koji je televizija ostavila na njega dok je bio dijete (*razumijevanje, objašnjenje*). Ja mu objašnjavam kako su i zašto tako snažno utjecale ove medijske slike na njega (*spoznaja*). On kaže da se prema meni do sada dosta otvorio, a njemu je važno da sam ja otvorena za ovaj aspekt njegove osobnosti. (*Zašto? On želi znati kako sam sad na njega reagirala? Što mislim o njemu? Dobro je utvrdio da sam dotaknula da se on otvara - čak i o temi njegova "nasilja"; govori o tome ali ne izričito; moja pretpostavka je također da mu se „svijet razjasnio“*.) U daljnjem razgovoru postaje jasno da mu je vrlo jasno/razumljivo da ni

na koji način ne može provesti te svoje maštarije, da je svjestan socijalnih pravila i da u međuvremenu može vrlo dobro procijeniti svoje stanje vezano za psihotične doživljaje (*ovdje pokazuje dovoljan stupanj autonomije i u tome djelomičan suverenitet*). On zna da može i kad može dobiti pomoć.

11.6. Ambulantna faza (81.-90. susreta)

Timski je dogovoreno da g. F. može nastaviti s IBT-om toliko dugo dok ne izgradi dovoljno dobar odnos s referentom za skrb u domu. U dogovoru s njim odabran je savjetnik.

U slijedećih nekoliko susreta izvještava g. F. o svom vremenu provedenom u domu gdje se dobro nosi s promjenom, brine o sebi i uživa u slobodi, čak iako je taj novi početak stres i nedostaje mu „toplo gnijezdo“. Djeluje uzbuđen, zadovoljan, ponosan, sretan.

Kao tema javlja se "širenje svijesti" – pomoću droga i na druge načine. Gospodin F. je vrlo svjestan i jasan oko toga da je za njega važno dalje biti usredotočen na svaki dan, posložiti i vježbati materijalni svijet. Nije više neophodno da širi svoju svijest. Ja ga informiram o mogućnostima širenja svijesti pomoću spoznaja prirodnih znanosti, komparativne religije i istraživanja mozga. Na svoje pitanje „Osjećaj“ odgovorio je „Što je je!“ (PW).

Držat će se podalje od droga, iako je vrlo brzo obaviješten o lokalnim okolnostima. Više će se zaposliti radom na računalima i provoditi će puno slobodnog vremena sa g W.

Kada je g. F. u četvrtom tjednu iznenađujuće bio pretučen po licu, a napao ga je jedan posrnuli i agresivni stanar i to u prisutnosti nadzornika, bio vrlo zabrinut, zbunjen, uzeo je potrebne lijekove, otišao u šetnju, da se smiri i sabere, popio je i bocu piva, iako to nije stvarno želio. Odmah je o svemu porazgovarao sa osobljem i dogovorio da se ubuduće bolje prate krizne situacije, jer on želi ubuduće bolju kontrolu (*povratak na stare strukture kad je prenapregnut: kontekstualni cilj: upravljanje utjecajem na okolinu. [prepoznavanje faktora rizika u skladu s vlastitom ranjivošću]*).

Iako mu je u početku bio izazov što ima skrbnika, on sada može s njim provoditi ono što je naučio kroz odnos sa mnom (*transfer naučenog ponašanja*).

Njegova tema "blizina i distanca" ogleda se u slijedećim aspektima i zahtijeva reguliranje:

- U usporedbi s odjelom ovdje inhibira emocionalno, spontano izražavanje i pažljivo bira riječi.
- Misli da se treba vratiti na temu seksualnosti.
- Razgovarao je sa savjetnicom da trebaju definirati jasne i nedvosmislene granice kako ne bi osoblju "išao na živce" kad traži više kontakta s osobljem.
- Nužno je da se distancira od znatno slabijih cimera.

- Kroz prostornu blizinu odnos sa g. W. je postao bliskiji.. Tako njihove razlike postaju očite, a to su i točke sukoba, što ga rastužuje.

Na 87. susretu g. F. je izvijestio da je tek sada "stigao" u dom. Sad osjeća "prihvaćeno" od strane savjetnice, može s njom razgovarati o nagomilanim problemima. Izrazio je želju da za početak dođe na IBT oko četiri puta i to svakih 14 dana i da bi onda terapija mogla završiti. Uspio je ono što je naučio ovdje na IBT-u prenijeti u nove situacije i na svoj odnos sa savjetnicom.

Slažem se njegovim prijedlogom - u timu već razmatraju neke prijedloge - i ponudili su mu da na preostalim susretima kao tema bude njegova majka. Možda postoji način da on iz ekscentričnog položaja pokuša razumjeti ponašanje svoje majke (EE) i možda pokrene i unutarne pomirenje, ili barem pomirenje (vidjeti razliku. *Petzold 1988n. / 1996a, 224,234*), (*pregovori s ciljem intersubjektivnog procesa korespondencije*).

Gospodin F. se slaže i kaže:

Djed po majčinoj strani bio je u zatočeništvu i on ratni veteran, a nakon rata se naglo povukao (emocionalno povlačenje). Baka po majčinoj strani je jedno dijete izgubila u ruševinama (trauma, tugovanje) pa je njegova majka tada bila najstarija od tri sestre. Jedna njegova teta bila je mentalno bolesna (možda genetska predispozicija za gospodina F.), te su je smjestili na psihijatriju ("Čula je glasove"). Njegovi roditelji su se „zbog njega“ vjenčali, otac je tada imao 24 godine, a majka je bila 4-5 godina mlađa (*konvencije su bile razlog za brak, oboje roditelja su bili jako mladi, i imali su druge životne planove, teška konstelacija para*). Majka je radila u zdravstvenom sektoru u smjenama. Nakon njegova rođenja majka je zbog „problema s dojčkama" bila 6-9 mjeseci u bolnici (*majka je u to vrijeme imala 20 godina; od bolesti – svakako je bila ozbiljno bolesna, inače ne bi bila toliko dugo u bolnici – višestruko je opterećena: 1. sa 19 godina desila joj se neželjena trudnoća; 2. neželjeni prekid životnog tijeka kroz trudnoću i porođaja [ovdje utjecaj ima i hormonalna promjena]; 3. brak - novi status - kao kriza; 4. ozbiljna bolest, inače ne bi bila toliko dugo u bolnici; 5. razdvajanje od novorođenčeta, o kojem se nakon hospitalizacije vjerojatno brinula punica-očeva majka, možda suprug/otac; 6. mladi roditelje, u ovom slučaju, mlade majke, smatraju se čimbenikom rizika za razvoj djeteta - iz perspektive djece – i psihijataru za djecu; pogotovo majka može biti preplavljena djetetom*). Kad se majka vratila kući g.F. je bio vezan uz oca i baku. Kasnije se uključila socijalna služba koja je poduzela mjeru koja je trebali pomoći da se majka i dijete zbliže (zajednička biciklistička tura po Nizozemskoj), ali koju g.F opisuje kao neuspjelu (*dok ne dođe do primjene takve mjere moraju se u pravilu provoditi neki pripremni koraci. Poznato je da je došlo do kontakta sa psihologom zbog poteškoća, osobito njegovog agresivnog ponašanja i poteškoća s koncentracijom u školi - da li je tretman proširen, ne zna.*

Jedan sustavni tretman bi omogućio ponovno vezivanje majke i sina nakon „biciklističke ture“. Ovo upućuje na to da je u to vrijeme bio poremećen odnos majka-dijete. Sumnja na razvojna oštećenja u prvim godinama života. Sigurni deficiti [bolni gubitak osjećaja, kako je to definirano u terapiji].

Tijekom njegovog djetinjstva otac i majka su se često glasno svađali (*problematične konstelacije odnosa i disfunkcionalni komunikacijski stilovi roditelja predstavljaju "vremenski produljen stres"* [Mei van der, Petzold et. al. 1997.]; *neprilagođene emocionalne i kognitivne reakcije?*) ali ne u izravnoj prisutnosti djeteta - to je on slušao tijekom večeri i noći (*to kod djece obično stvara strah, a često izaziva osjećaj krivnje, jer djeca misle da su uzrok tih svađa - definitivno se pojavljuje osjećaj straha i usamljenosti - jer je sam u krevetu, u onoj difuznoj "atmosferi" sukoba, emocionalnog nasilja te je zvučni svjedok verbalne i fizičke agresije - volumen uzbuđenih glasova, psovke, buka fizičkog sukoba - sve je to stresno. Osim toga čak i nemoć može „uhvatiti“ i onesposobiti dijete. U tim prvim predverbalnim "atmosferama" te u daljnjem razvoju i otkrivanju precizne "akustične scene" gospodin F. je definitivno bio sam. Pitanje je kako je i da li je mogao regulirati uzbuđenje, kako je mogao klasificirati koji je temeljni osjećaj u pitanju. Možda bi se ti osjećaji mogli opisati kvalitetama žestine, nediferenciranosti, prijetnje i straha? Za agresiju i IBT vidi Bloem, Moget, Petzold 2004. .; Petzold 2003c).*

On smatra da je rođenje njegova brata rezultat pokušaja mirenja roditelja. Konačno, majka je napustila obitelj. Gospodin F. može vidjeti iz ekscentrične pozicije da je njegova majka imala "tešku sudbinu" (ee). Ipak tada je bio ljut i bijesan jer ih nije mogao razumjeti i nije mogao reagirati kao sin. On je uzrujan i uzbuđen i kaže da mu je sada potrebno malo vremena da sve to proradi. Majčino kontradiktorno ponašanje - s jedne strane prelazak njegovih granica i nasilje, a zatim zauzvrat izrazi naklonosti - to njemu ne ide zajedno.

Na slijedećem susretu g. F. je istaknuo da nije uvijek u sebi sposoban izdržati susret s majkom, jer čak i u unutarnjim dijalozima s njom on uvijek reagira vrlo emocionalno i nasilno. Ona nije nikad imala razumijevanja za njega i nije za njega imala suosjećanja. Jasno je da su ga njegovi roditelji pokušavali odgajati pomoću sile, na kraju mu je otac ipak trebao dati prostora i ostaviti mu da bude sam odgovoran za svoj život (*podrška*).

Ja mu opisujem situaciju iz moje meta-perspektiva, o stanju u kojem je kao tinejdžer živio u novoj obitelji svoje majke, i da je sigurno i njima bilo previše teško živjeti s njim - problematični sin iz stare veze - (EE). Gospodin F., međutim, smatra da su to učinili zbog financijskih razloga. Zahvaljujući mojoj podršci on uspijeva na majku gledati iz djelomično ekscentrične pozicije i metaperspektive, ali je ocijenio kao i prije, da je gleda s osjećajem.

ozlijeđenog djeteta. Zato reagira vrlo emocionalno, svjestan je toga i zato se i boji susreta s majkom, kako bi zaštitio sebe. (*dobra samo-percepcija i samovrednovanje*).

Na 89. susretu, izvijestio je da nije učinio ništa da bi uspostavio unutarnji dijalog sa svojom majkom. Bojao se da bi mogao nasilne emocije prenijeti i na druge situacije. Ne želi ugroziti dobar dojam koji su drugi u domu stekli o njemu, u smislu njegovog društvenog ponašanja i njegovog ponašanja u teškim situacijama. Očigledno je da on i dalje ostaje u takvom dijalogu iz perspektive djeteta s povrijeđenim osjećajima, opterećen pitanjima i optužbama (EE). „Konačno, ja se bojim da svojim ponašanjem ne bi ozlijedio žene!“ Kada sam mu rekla da postoji mogućnost da bi on to njoj kao odrastao čovjek mogao objasniti u unutarnjem dijalogu, bio je jako dirnut. Pojavljuju se unutarnje slike i bolni osjećaji koje on ne imenuje. Unatoč značajnoj emocionalnoj uključenosti ostaje u kontaktu sa mnom. Sada može pogledati unatrag iz sadašnjosti – i vidjeti da se u "profesionalnom" odnosu sa savjetnicom vjerojatno dobro osjećao, i da je tako vježbao komunikaciju sa ženom i u tome uživao.

S obzirom na susret sa svojom majkom osjećao se ambivalentno - s jedne strane, bilo bi lijepo zagrliti je, ali s druge strane ne želi ništa znati o njoj. Prihvaća ovu bol i spreman je s njom živjeti (PI).

Za posljednji susret planiramo jedan rezime-zaključak, za koji se g.F. želi pripremiti. Ovako g. F. sažima: „U početku mi je bilo teško doživjeti vas kao ženu. Tijekom IBT-a uspjelo mi je promatrati vas kao samostalnu ženu, a ne kao počinitelja ili žrtvu. Ovo mi je sad uspjelo i sa savjetnicom u domu. Jedino sam sputan u komunikaciji prema ženi koja je zadužena za provođenje mjera dnevnih aktivnosti, a koja mi se sviđa. Moja prošlost pripada meni, i utjecala je na moj identitet. Uz moju bol i moje suze volim biti sam, i oni su također dio mene. Za vrijeme boravka na Odjelu naučio sam puno više nešto što sam prije mislio. Zapravo želim i drugim pacijentima dati nešto od moje spremnosti za terapiju, želim ih potaknuti.“

Ja sam jako iznenađena njegovim sažetim izjavama i samoprocjenama i vrlo sam sretna zbog uspješnog terapijskog procesa. Gospodin F. me je dirnuo u srce svojom "drugom stranom" pa sam „naravno“ opet dirnuta.

Dajem mu oprostajni poklon: plišanu životinju – bebu kornjaču, kao prijelazni objekt. On rado prihvaća poklon, otvara se brzo i jako je zadovoljan." Ovo je Billy, koji će sjediti na mom u krevetu!" On ga stavi u bočni džep ruksaka tako da ga kornjača gleda jer joj viri glava. Ja mu objašnjavam zašto sam odabrala ovu malu kornjaču, jer mu želim da se brine za sebe i kad je potrebno da se povuče u svoj oklop i zaštiti. Njemu je još jednom jasno, da je pored svog „tvrdog“ fizičkog izgleda, još uvijek osjetljiv i ranjiv.

Ponovno smo zaključili da je njegova središnja tema "postavljanje granice" te da će biti potrebno da se u odnosu prema ženama pokaže sa svim svojim različitim osjećajima i treba komunicirati i biti otvoren na odgovarajući način i postaviti granice.

11.7. Završetak

U trenutku krize, gospodine F. je dva puta nazva, te je došao u kliniku na tretman IBT-a. Relativno brzo je iz doma prešao u individualni apartman pod nadzorom, a zatim u vlastiti stan. Kad je gospodin F. kao „vanjski“ korisnik došao u kliniku, i kad smo se sreli u dvorani odjela prišao mi je vrlo izravno i kratko i sažeto iznio svoje trenutno stanje. Već je neko vrijeme u ljubavnoj vezi s jednom ženom. Iako žive u zasebnim stanovima, dosta vremena provode zajedno. Adekvatno percipiranje i postavljanje granica u svakodnevnom životu, mu još uvijek dosta teško padaju. Kad mu to ne polazi za rukom osjeća se beskoristan i ima tendenciju ići ka psihičkoj nestabilnosti. U međuvremenu je pušten iz MRV, te je sada u tretmanu probacijske službe i pod nadzorom socijalnog radnika koji ga prati.

12. Trostruka životna panorama

Za ovu tehniku, u IT se referiramo na :

Petzold, H.G., Orth, I., 1993a. Therapietagebücher, Lebenspanorama, Gesundheits-/Krankheitspanorama als Instrumente der Symbolisierung, karrierebezogenen Patientenarbeit und Lehranalyse⁵. in der Integrativen Therapie. Integrative Therapie 1/2 (1993) 95-153; auch in: Frühmann, Petzold (1993a) 367-446 und Petzold, H.G., Sieper, J.(1993a): Integration und Kreation, 2 Bde., 2. Auflage 1996.Paderborn: Junfermann S. 125-171.

Petzold, H.G., 1993p/2003a. Integrative fokale Kurzzeittherapie (IFK) und Fokaldiagnostik - Prinzipien, Methoden, Techniken. In: Petzold, Sieper (1993a) 267-340; repr. in: Bd. II, 3 (2003a) 985 - 1050. <http://www.fpi-publikation.de/downloads/download-polyloge/download-nr-25-2012-petzold-h-g-1993p.html>

Petzold, H.G., Orth, I. (2006): Der „Schiefe Turm“ fällt nicht – Salutogenetische Arbeit mit Neuromentalisierungen und kreativen Medien in der Integrativen Therapie. Hückeswagen: Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit. Erw. in Petzold, Sieper (2008a) 593-653 und http://www.fpi-publikation.de/images/stories/downloads/textarchiv-petzold/petzold_orth_2008a_der_schiefe_turm_faellt_nicht.pdf

Nakon što je g. F. pušten na uvjetni otpust, proveli smo završni razgovor. Povod za to bila je izrada trostruke životne panorame. Objasnila sam mu, da je ova panorama za mene važna, radi pogleda iz pacijentova ugla i zamolila sam ga da, ako može, sagleda svoju osobnu situaciju od početka IBT-a. Gospodin F. bio je tako drag!!!

Na početku našeg rada nije bilo prikladno provesti životnu panoramu, jer je bilo važnije započeti terapijski proces – i dozvoliti gospodinu F. da odredi put. Osim toga, u početnoj fazi imali smo previše teških sadržaja koji bi mogli doći do izražaja, a potreban voljni terapijski rad još nije započeo. (*Petzold, Sieper. 2008., Petzold, Orth. 2008.*)

Ono što je bilo dobro za mene u mom životu? (gornja lijeva trećina lista):

- Sidro kao simbol zaštite
- Svijest o vlastitoj smrtnosti
- Sluga (rob) (glazba)
- Glazba je odigrala važnu sporednu ulogu do moje 6.godine; kao tinejdžera "njegova" glazba ga je dirala u srž i dolazio je u konatkt sa svojom nasilnom energijom
- Za 1% „heavy metal“ scena koja ga je spriječila u daljnjoj zloupotrebi teških droga
- Jaki osjećaji

Ono što sam propustilo u životu ? (donja desna trećina slike):

- Dom
- Ljubav majke
- Ruka koja me čuva onakvog kakav jesam
- Srce koje vidi
- Netko tko me vodi za ruku

Iz vremena s početka IBT-a osjetio sam se „na Odjelu“ kao da je tu sada moj "dom"; također je bilo dobrih iskustava sa ženama – medicinskim sestrama, osobito s jednom muslimankom koja mu je dala svoj obrok brze hrane, iako je on jednom turskom bolesniku na odjelu uputio neke desničarske primjedbe.

Što me je oštetio u mom životu? (centar slike):

- Lijekovi, teške droge
- Život na Sceni
- Odnosi s ljudima koji ga nisu vidjeli i razumijeli

- Život na cesti
- Glazba (pojavljuje se u svim područjima panorame)
- Njegov pogled na svijet
- Nedostatak osjećaja, jer je anestetiziran drogama, s malo mogućnosti za osjećanje - delusije

Nakon osvrta na panoramu usmjerila sam njegovu pozornost na sadašnjost, trenutni kontekst i kontinuum (*Petzold 1991o*) da nakon retrospektive može opet stabilizirati. On kaže da u usporedbi sa prvom slikom (u zelenom kaputu hoda u šumi) sad hoda zajedno s partnericom pod ruku: njegov kaput je plav, a kaput njegove partnerica je zelen. Partnerica mu je u razini očiju. Oboje su jako zaokupljeni germanskom mitologijom (*što može biti element rizika s obzirom na magijske dimenzije psihotičnih događaja, Petzold 2013.*). Sada ima dom koji nikad nije imao, to nije stan, nego pravi dom!

13. Sažetak tjeka tretmana

Za završetak željela bih ovdje iznijeti ključna pitanja (prema mom mišljenju) koja su se pojavila u terapijskom procesu gospodina F.

Počevši s promicanjem svjesnosti različitih dimenzija vlastitog tijela, g.F. je uspio doći od konfluencije do odnosa s drugim ljudima – i na Odjelu i izvan njega, npr. čak i sa starim prijateljima.

Bio je u stanju sigurnije regulirati blizinu i distancu. To je također rezultiralo s više samopouzdanja prilikom suočavanja sa ženama. Konačno, bio je u mogućnosti prevladati svoju nemoć kao žrtva

i preuzeti osobnu odgovornost i brigu o sebi.

S obzirom na temu "žena kao terapeut" bilo je to za gospodina F. inicijalni transfer, da je žena vještica - bilo dobra ili loša – i da ima moć, koje se on boji, a što je bilo riješeno, čak i ako to on nije izričito tematizirao.

Pružila sam mu povjerenje, razumijevanje, uvažavanje, pratnju i pružila sam mu empatiju. On je profitirao time što je sa mnom postavljao granice realiteta za njegove razumne ponude. Tako me gospodin F. mogao internalizirati zahvaljujući vrlo dugom vremenskom razdoblju u kojem sam mu bila podržavajući model te mu je to omogućilo da stekne nova iskustva sa samim sobom. Bilo je očito da je osjetio ugodu i sigurnost u mojoj prisutnosti – bio je viđen, podržan i prihvaćen. Sve ovo je dovelo do novih vlastitih atribucija, a time i nove identifikacije "arhive u memoriji" (*Internalizacija ili interiorizacija Petzold 2012e*), odnosno

formiranja "mentalnih reprezentacija" (*Petzold / Orth 1994 353; Petzold, Orth, Sieper 2013.*).

Umrežena hermeneutička spirala i Tetradički Model su strukture prisutne tijekom cijelog terapijskog procesa. Prekrasan pogled na hermeneutičku spiralu u prvom dijelu procesa u kojem je gospodin F. doživljavao sebe, druge ljude i svoju okolinu i svoje zarobljene osjećaje. U tom razdoblju događale su se intervencije usmjerene na tijelo. U drugom dijelu je naravno dominiralo razumijevanje i objašnjavanje, gdje je dominirao govor. U međuvremenu je on također uvijek ponovo pribjegavao doživljavanju koje ga je hranilo/ispunjavalo. Tijekom tog perioda pacijent je samostalno funkcionirao u svom okruženju i održavao svakodnevne životne - praktične aktivnosti. Što se tiče **tetradnog** sustava ovo je faza preusmjeravanja, u kojoj sam ga pratila kognitivno i relacijski, a uglavnom smo razgovarali o doživljajima i iskustvima.

Među putevima ozdravljenja i ohrabrenja želim istaknuti model Tri puta ozdravljenja, koji je bio nositelj u ovom razvoju. Na 1. putu ozdravljenja i promicanja gospodin F. je tražio objašnjenja za svoju bolest, ozljede i poremećaje gledano iz meta-perspektive na njegov život u smislu razvojnog pristupa životu (life span development). On je ubrzo zauzeo ekscentričnu poziciju prema događajima u svom životu – u odnosu na svoju sklonost prema antisocijalnom ponašanju ili na činjenicu da je ostavio vlastito dijete. U 2. putu ozdravljenja dominira svijest o naknadnom hranjenju kao naknadnoj socijalizaciji i korektivnom terapijskom iskustvu u odnosu prema meni kao ženi. Tjelesne terapijske intervencije, kao što su, između ostalog, eksperiment s pokretom za osvajanje "osobnog prostora" ili vježbe za ravnanje i disanje su dijelovi 3. putu ozdravljenja i prijenosa.

14. Završni (naknadni) pogled na psihozu

Uz već gore objašnjenu složenu etiologija bolesti navest ću sljedeće aspekte specifične patogeneze psihoze: *Petzold (2003a)* s aspekta IT-a navodi sljedeće negativne činitelje koji mogu utjecati na razvoj psihoze u adolescenciji: nedostatak sreće koji se proteže cijelim životom "s teškim, početnim oštećenjima arhaičnog tjelesnog sebstva (selfa) (isto 581.,) kroz deficite i / ili više traumatskih iskustava koji dovode do smanjenog funkcionalnog ega, a tako i koherentnog *identiteta*.

U psihotičnom iskustvu, to rezultira sužavanjem ili fiksacijom horizonta percepcije ili konfluencom koja uništava granice i aktivira arhaični tjelesni self kvalitete iskustva (*Petzold 2003a, 529*). Otvaraju se dubine nesvjesnog, sve je manji *ekscentricitet* te *nije moguća metaperspektiva* (*ibid 148*). Tako npr. fantazmi psihoze iz tjelesnog selfa ponekad počinju u

području „predsvjesnosti“ (ibid., 228). Riječ je o „iskustvu u nijemom prostoru“ (ibid., 518). U ovom neverbalnom području vladaju tišina ili vrisak. Kreativni dizajn, vizualnih i auditivnih halucinacija imaju "magične kvalitete" (ibid., 892), radi se o zabludi psihotičnih bolesnika. "Fiksacija na magični modus interpretacije, traženje simbola kroz atmosferu" (ibid., 882). Prema Petzoldu (ibid.) zbog toga se nije mogao dalje odvijati "razvoj u području mentalnog života ..." "Atmofere i slike ostaju bez riječi. On nije mogao pronaći jezik; i tako su ta iskustva ostala isključena iz svakodnevne komunikacije; te se pacijent sa svojim arhaičnim svijetom iskustva razlikuje od normalnih ljudi,, (ibid., 892). Takav " -maligni prodor- destruktivne, nesvjesne dinamike" (vidi., 264) dovodi terapeuta do granica razumijevanja, i do granice razuma (ibid.).

Kod Gospodina F. ostali su "ostatci" obmana u obliku vrana, koje još uvijek s njim razgovaraju, koje još uvijek za njega imaju posebno značenje, i dalje mu vrlo brzo privlače pozornost. Tijekom terapije on nikada nije govorio detaljno o svojim destruktivnim zabludama, niti o detaljima svojih snova, u kojima je također očito često bilo puno brutalnih slika. On je izvijestio i o svojoj ljubavi prema horor filmovima i nasilnim kompjutorskim igricama, ali ih je zadržao u odnosu na sadržaj. Ukazao je na „tvrde“ tekstove „njegove“ glazbe. Dakle vidim, kako je to i Petzold opisao, prostor bez riječi, koji se može nazvati „mitskim“, a i „Black Metal,, je takav žanr glazbe. (Petzold 2013b). Ovdje bi možda bilo potrebno savjetovanje.

15. Epilog

U ovom trenutku, želim najprije zahvaliti gospodinu F., što je pristao da opišem njegov terapijski proces u ovom izvješću o tretmanu. Također sam mu zahvalna za povjerenje koje mi je ukazao.

Također želim zahvaliti mom kolega Williu G., koji mi je dao nalog za tretman, dr. med. Mechthild Sievers za superviziju i Cornelii Jakob-Krieger koja mi je tijekom supervizije i kontrolne analize pružila tehničku pomoć, te Mihaelu K. za konačno oblikovanje teksta. Izvješće je pripremljeno pod nadzorom Dipl.- SUP. Cornelia Jakob-Krieger, zahvaljujući savjetima prof Dr. Hilariona Petzolda i dr.med. Susanne Orth-Petzold. Upućujem na kraju posebnu zahvalu i mom suprugu Mohammadu, koji mi je jako olakšao kućanske poslove, tako da sam imala dovoljno vremena potrebnog za pisanje.

Sažetak: Integrativna terapija kao terapija pokretom i tjelesna terapija kao dio multi-profesionalnog tretmana sa psihotičnim pacijentom na odjelu forenzike kao dugoročnog terapijskog procesa – narativni pregled procesa tretmana.

Ovo izvješće o tretmanu opisuje tijekom trogodišnje integrative terapije pokretom i terapije tijela provedene s forenzičkim pacijentom s dijagnozom F20.0 Paranoidno-halucinogene psihoze i F19.25 Polytoxicomania dijagnosticiranih prema ICD-10. Za ovog pacijenta, terapijski odnos sa ženom bilo je važno iskustvo korektivnog odnosa pod svjetlom rodnog aspekta u kontekstu dijadne terapije (monoterapija), a što je on posebno tražio. Ključne teme bile su: regulacija bliskosti i distance, tjelesno usmjerene intervencije, kao i - posebno u drugom dijelu - govorno (verbalni) terapijski rad. Tijekom terapijskog procesa međusobno su se gradile strukture "Hermeneutičke spirale" i "Tetradičkog Modela". Od "Četiri puta ozdravljenja i promicanje/napredovanja" u ovom slučaju radilo se na tri puta ozdravljenja.

Ključne riječi: Integrativna terapija pokretom i terapija tijela, forenzička psihijatrija, psihoza, terapijski odnos, rodni aspekt

Summary: Integrative movement-and-body-therapy as a part of the multiprofessional treatment in integrated forensic psychiatry of a general psychiatric hospital with a psychotic patient in a longterm treatment process – a documentary treatment journal of narrative biographical work

This treatment journal describes a three-year integrative movement-and-body-therapy in an integrated forensic psychiatric institution with a patient with a diagnosis F20.0 paranoid-hallucinatory psychosis and F19.25 Polytox-Addiction under ICD-10. For this patient the therapeutic relationship with a woman in the context of a dyadic therapy (individual therapy) is consciously sought and used for a corrective relationship experience under the aspect of gender. Central themes, among others the regulation of closeness and distance, are treated by body centred interventions as well as – especially in the second part of the treatment – by the therapeutic conversation. Throughout the therapeutic process the “hermeneutic spiral” and the “tetradic model” structure giving access into each other. Of the “4 ways of healing” in this course the paths 1-3 are significant.

Keywords: integrative movement-and-body-therapy, forensic psychiatry, psychosis, therapeutic relationship, gender aspect

Literatura za članak Klare Kreidner-Salahshour

- Behrendt, B. Schaub, A. (2005): Handbuch Psychoedukation und Selbstmanagement. Verhaltenstherapeutische Ansätze für die klinische Praxis. Tübingen: DGVT-Verlag.
- Braunbarth, I. (2009): Angststörungen. In: *Waibel, Jakob-Krieger*, (2009) 99-121.
- Brooks, V.W. (1979, 1991, 7. Auflage): Erleben durch die Sinne. Sensory Awareness. In der deutschen Bearbeitung von Charlotte Selver. Paderborn: Junfermann.
- Brühlmann-Jecklin, E, Petzold, H.G. (2004): Die Konzepte ‚social network‘ und ‚social world‘ und ihre Bedeutung für Theorie und Praxis der Supervision im Integrativen Modell. Bei www.fpi-publikationen.de/materialien.htm - *SUPERVISION: Theorie – Praxis – Forschung. Eine interdisziplinäre Internet-Zeitschrift* - 5/2005 und in *Gestalt* 51(Schweiz) 37-49 und *SUPERVISION: Theorie – Praxis – Forschung. Eine interdisziplinäre Internet-Zeitschrift* - 5/2004; <http://www.fpi-publikation.de/downloads/download-supervision/download-05-2005-bruehlmann-jecklin-e-petzold-h-g.html>
- Chalupa, L.M., Berardi, N., Caleo, M., Galli-Resta, Pizzorusso, T. (2011): Cerebral Plasticity: New Perspectives. Cambridge: The MIT Press.
- Dörner, K., Plog, U., Teller, C., Wend, F. (2012, 21. Auflage): Irren ist menschlich. Lehrbuch der Psychiatrie und Psychotherapie. Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Dürckheim, K.v. (1972): Der Alltag als Übung. Bern: Huber.
- Haessig, H., Petzold, H.G. (2009): Transversale MACHT in der Supervision - integrative und differentielle Perspektiven. Mit einem Geleitwort von Hilarion G. Petzold. www.fpi-publikationen.de/materialien.htm *Supervision: Theorie – Praxis – Forschung. Eine interdisziplinäre Internet-Zeitschrift* - Jg. 2009. <http://www.fpi-publikation.de/supervision/alle-ausgaben/10-2008-haessig-h-transversale-macht-in-der-supervision-integrative-und-differentielle-perspektiven.html>
- Hartz, P., Petzold, H.G. (2010): Chancen für arbeitslose Frauen und Männer, die ihr Leben neu gestalten wollen. *Zeitschr. für Medizinische Psychologie* 2, 47 – 67. vgl. <http://www.minipreneure.de/>
- Hass, W., Petzold, H.G. (1999): Die Bedeutung der Forschung über soziale Netzwerke, Netzwerktherapie und soziale Unterstützung für die Psychotherapie - diagnostische und therapeutische Perspektiven. In: *Petzold, H.G., Märtens, M.* (1999a) (Hg.): Wege zu effektiven Psychotherapien. Psychotherapieforschung und Praxis.: Modelle, Konzepte, Settings. Opladen: Leske + Budrich, S. 193-272. Bei: <http://www.fpi-publikation.de/artikel/textarchiv-h-g-petzold-et-al-/hass-w-petzold-h-g-1999-neueinst-2011-die-bedeutung-der-forschung-ueber-soziale-netzwerke.html>
- Hömann-Kost, A. (2002, 2. vollst. überarb. Auflage): Integrative Leib- und Bewegungstherapie – eine Einführung. Bern: Hans Huber.
- Hüther, G., Petzold, H.G. (2012): Auf der Suche nach einem neurowissenschaftlich begründeten Menschenbild. In: *Petzold, H.G.* (2012f): Die Menschenbilder in der Psychotherapie. Interdisziplinäre Perspektiven und die Modelle der Therapieschulen. Wien: Krammer, 207-242.
- Jäkel, B. (2012): Motive und Motivationen als Grundlage menschlichen Verhaltens - Überlegungen zu einer integrativen Motivationstheorie. *POLYLOGE* 13/2012, <http://www.fpi-publikation.de/polyloge/alle-ausgaben/13-2012-jaekel-brigitte-motive-und-motivationen-als-grundlage-menschlichen-verhaltens.html>
- Kieserg, A., Hornung, W.P. (1996). Psychoedukatives Training für schizophrene Patienten (PTS). Tübingen: DGVT-Verlag.
- Leitner, A. (2010): Handbuch der Integrativen Therapie. Wien: Springer.
- Leitner, A. (2009): Von der Compliance zu Adherence, vom Informed Consent zu respektvollem Informed Decision Making. *Integrative Therapie* 1, 71-86.

- Lamacz-Koetz, I. (2009): Neurobiologische Konzepte und ihre Bedeutung für die Integrative Therapie. In: *POLYLOGE* 6/2009. <http://www.fpi-publikation.de/polyloge/alle-ausgaben/06-2009-lamacz-koetz-i-neurobiologische-konzepte-und-ihre-bedeutung-fuer-die-int-therapie.html>.
- Levinas, E. (1963): *La trace de l'autre*, Paris: Seuil; dt. (1983): *Die Spur des Anderen*. Freiburg: Alber.
- Lukesch, B., Petzold, H.G. (2011): Lernen und Lehren in der Supervision – ein komplexes, kokreatives Geschehen. www.fpi-publikation.de/materialien.htm *Supervision: Theorie – Praxis – Forschung. Eine interdisziplinäre Internet-Zeitschrift* – 5/2011 <http://www.fpi-publikation.de/downloads/download-supervision/download-05-2011-lukesch-b-petzold-h-g.html>
- Lurija, A.R. (2001, 6. Auflage): *Das Gehirn in Aktion. Einführung in die Neuropsychologie*. Reinbek: Rowohlt.
- Mei, S. van der, Petzold, H.G., Bosscher, R. (1997): Runningtherapie, Stress, Depression – ein übungszentrierter Ansatz der Integrativen leib- und bewegungsorientierten Psychotherapie. *Integrative Therapie* 3, 374-429.
- Orth, I. (2010): Weibliche Identität und Leiblichkeit – Prozesse „konvivialer“ Veränderung und Entwicklung Überlegungen für die Praxis. In: Petzold, H.G., Orth, I. Sieper, J. (2010): *Gewissensarbeit, Weisheitstherapie, Geistiges Leben als Themen moderner Psychotherapie*. Wien: Krammer.
- Orth, I., Petzold, H.G. (1998a): Heilende Bewegung - die Perspektive der Integrativen Leib- und Bewegungstherapie. In: Illi, U. Breithecker, D., Mundigler, S. (1998) (Hg.): *Bewegte Schule. Gesunde Schule*. Zürich: Internationales Forum für Bewegung (IFB). S. 183-199; repr. in *Polyloge* 4, 2009. <http://www.fpi-publikation.de/polyloge/alle-ausgaben/04-2009-orth-i-petzold-h-g-heilende-bewegung.html>
- Orth, I., Petzold, H.G. (2004): Theoriearbeit, Praxeologie und „Therapeutische Grundregel“ Zum transversalen Theoriegebrauch, kreativen Medien und methodischer und „sinnlicher Reflexivität“ in der Integrativen Therapie mit suchtkranken Menschen. In: Petzold, H.G., Schay, P., Ebert, W. (2004): *Integrative Suchttherapie: Theorie, Methoden, Praxis, Forschung*. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften. Band I, 133-161.
- Orth I., Petzold H.G. (2008): Leib und Sprache. Über die Poesis integrativer und kreativer Psychotherapie - Zur Heilkraft von „Poesitherapie“ und „kreativen Medien“. *Integrative Therapie* 1, 99-132. <http://www.fpi-publikation.de/artikel/textarchiv-h-g-petzold-et-al-/orth-i-petzold-h-g-2008-leib-und-sprache.html>
- Osten, P. (2000): *Die Anamnese in der Psychotherapie: Klinische Entwicklungspsychologie in der Praxis* Stuttgart: UTB Uni-Taschenbücher.
- Petzold, H.G. (1977c): Die Rolle der Medien in der integrativen Pädagogik. In: Petzold, H.G., Brown, G., 1977. (Hg.) *Gestaltpädagogik. Konzepte der integrativen Erziehung*. München: Pfeiffer, S. 101-123. <http://www.fpi-publikation.de/images/stories/downloads/textarchiv-petzold/petzold-1977c-die-medien-in-der-integrativen-paedagogik-und-therapie.pdf>
- Petzold, H.G. (1980g): Die Rolle des Therapeuten und die therapeutische Beziehung in der integrativen Therapie. In: Petzold, H.G. (1980): *Die Rolle des Therapeuten und die therapeutische Beziehung*. Junfermann: Paderborn.
- Petzold, H.G. (1983g): Der Schrei in der Psychotherapie. In: *Schreien. Trans. Magazin für therapeutische Kultur*, Kaiser Verlag, München; erweitert als Petzold, H.G. (1985h): *Der Schrei in der Therapie*. In: Petzold, H.G. (Hg.) (1985g): *Leiblichkeit. Philosophische, gesellschaftliche und therapeutische Perspektiven*, Paderborn: Junfermann, S. 547-572.
- Petzold, H.G. (1988n/1996a, 3. revidierte und überarbeitete Auflage): *Integrative Bewegungs- und Leibtherapie. Ein ganzheitlicher Weg leibbezogener Psychotherapie. Ausgewählte Werke Bd. I, 1 und Bd I, 2*, Paderborn: Junfermann.
- Petzold, H.G. (1989h): "Leben ist Bewegung" - Überlegungen zum "komplexen Bewegungsbegriff" und zum Konzept der "Kommutilität" in der Integrativen Bewegungstherapie, Vortrag auf der Studentagung "Klinische Bewegungstherapie", 6. Juni 1989, Freie Universität Amsterdam, 1989h; repr. als: "Leben ist Bewegung" - Überlegungen zu einem integrativen

- Bewegungsbegriff und zur Kommutabilität, in: Bd. II, 3 (1993a) S. 1337-1348 und (2003a), S. 977-1050. ZIBT 1991 <http://www.dgib.net/?x=zeitschrift&y=online-archiv#a1994>
- Petzold, H.G. (1991o): Zeit, Zeitqualitäten, Identitätsarbeit und biographische Narration - Chronosophische Überlegungen, Bd. II, 1 (1991a), S. 333-395; (2003a), S. 299 - 340.
- Petzold, H.G. (1993h): Grundorientierungen, Verfahren, Methoden - berufspolitische, konzeptuelle und praxeologische Anmerkungen zu Strukturfragen des psychotherapeutischen Feldes und psychotherapeutischer Verfahren aus integrativer Perspektive. *Integrative Therapie* 4, 341-379 und in: Hermer, M. (Hg.), *Psychologische Beiträge*, Pabst Science Publishers, Lengerich 1994, 248-285. Auch bei: <http://www.fpi-publikation.de/polyloge/alle-ausgaben/05-2012-petzold-hilarion-grundorientierungen-verfahren-methoden.html>
- Petzold, H.G. (1993p/2003a): Integrative fokale Kurzzeittherapie (IFK) und Fokaldiagnostik - Prinzipien, Methoden, Techniken. In: Petzold, Sieper (1993a) 267-340; repr. in: Bd. II, 3 (2003a) 985 - 1050. <http://www.fpi-publikation.de/downloads/download-polyloge/download-nr-25-2012-petzold-h-g-1993p.html>
- Petzold, H.G. (1994g): Unterwegs zu einer allgemeinen Psychotherapiewissenschaft: "Integrative Therapie" und ihre Heuristik der "14 healing factors" - theoriegeschichtliche, persönliche und konzeptuelle Perspektiven und Materialien. Überarbeitete und ergänzte Fassung eines Vortrages auf dem Symposium der Rheinischen Landeslinik in Düren, 10.09.1994. In: Weißig, N. (1995) (Hg.): *Differenzierung und Integration*. Köln: Kohelet Press, 6-83. Wiederveröffentlicht als 2012n *POLYLOGE* 2013 und in Textarchiv 1994. <http://www.fpi-publikation.de/artikel/textarchiv-h-g-petzold-et-al-/index.php>
- Petzold, H.G. (1996f): Krankheitsursachen im Erwachsenenleben - Perspektiven für Diagnostik, Therapie und Lebenshilfe aus integrativtherapeutischer Sicht. *Integrative Therapie* 2/3, 288-318 und *POLYLOGE* 10/2013. <http://www.fpi-publikation.de/polyloge/alle-ausgaben/02-2013-petzold-h-g-1996f-krankheitsursachen-im-erwachsenenleben-perspektiven-fuer.html>
- Petzold, H.G. (1996k): Der „Andere“ - das Fremde und das Selbst. Tentative, grundsätzliche und persönliche Überlegungen für die Psychotherapie anlässlich des Todes von Emmanuel Lévinas (1906-1995). *Integrative Therapie* 2-3, 319-349.
- Petzold, H.G. (1997p/2007a): Das Ressourcenkonzept in der sozialinterventiven Praxeologie und Systemberatung. *Integrative Therapie* 4 (1997) 435-471 und in: Petzold, H.G. (1998a/2007a): *Integrative Supervision*. Wiesbaden: VS Verlag, S. 353-394. <http://www.fpi-publikation.de/artikel/textarchiv-h-g-petzold-et-al-/petzold-h-g-1997p-das-ressourcenkonzept-in-der-sozialinterventiven-praxeologie-und-system.html>
- Petzold, H.G. (2000a): Eine „Grundregel“ für die Integrative Therapie als Verpflichtung zur Transparenz und Anstoß, „riskanter Therapie“, Fehlern und Ungerechtigkeiten in der Psychotherapie entgegenzuwirken. Vortrag an der EAG, Düsseldorf/Hückeswagen Mai 2000. Bei www.FPI-Publikationen.de/materialien.htm – *POLYLOGE: Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit* – 1/2000. Updating 04/2005. <http://www.fpi-publikation.de/polyloge/alle-ausgaben/01-2000-petzold-2000a-grundregel>
- Petzold, H.G. (2000g): Integrative Traumatherapie: Integrierende und Differentielle Regulation (IDR-T) für posttraumatische Belastungsstörungen - „quenching“ the trauma physiology. *Integrative Therapie* 2/3, 367-388; auch in Petzold, H.G., Wolff, H.-U., Landgrebe, B., Josić, Z. (2002): *Das Trauma überwinden. Integrative Modelle der Traumatherapie*. Paderborn: Junfermann.
- Petzold, H.G. (2001b): „Lebensgeschichten verstehen, Selbstverstehen, Andere verstehen lernen“ – Polyloge kollagierender Hermeneutik und narrative „Biographiearbeit“ bei Traumabelastungen und Behinderungen. Düsseldorf/Hückeswagen. Düsseldorf/Hückeswagen. Bei www.fpi-publikation.de/materialien.htm - *POLYLOGE: Materialien aus der Europäischen Akademie für Psychosoziale Gesundheit* - 04/2001 auch in: *Integrative Therapie* 4/2002, 332-416, <http://www.fpi-publikation.de/downloads/download-polyloge/download-nr-04-2001-hilarion-g-petzold-et-al-2001b.html> und in Petzold, H.G. (2003g): *Lebensgeschichten erzählen. Biographiearbeit, narrative Therapie, Identität*. Paderborn: Junfermann, S. 332-416.
- Petzold, H.G. (2002c): *POLYLOGE: die Dialogzentrierung in der Psychotherapie überschreiten. Perspektiven „Integrativer Therapie“ und „klinischer Philosophie“*. Hommage an Mikhail Bakhtin. Düsseldorf/Hückeswagen. Bei www.fpi-publikation.de/materialien.htm - *POLYLOGE: Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit* - 04/2002, <http://www.fpi-publikation.de/images/stories/downloads/polyloge/Petzold-Dialog-Polylog-Polyloge-04-2002.pdf>

- Petzold, H.G. (2002b): Zentrale Modelle und Kernkonzepte der „Integrativen Therapie“. Düsseldorf/Hückeswagen, bei [www. FPI-Publikationen. de/materialien.htm](http://www.fpi-publikationen.de/materialien.htm) – POLYLOGE: Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit – 02-2002.
- Petzold, H.G. (2002c): POLYLOGE: die Dialogzentrierung in der Psychotherapie überschreiten. Perspektiven „Integrativer Therapie“ und „klinischer Philosophie“. Hommage an Mikhail Bakhtin. Düsseldorf/Hückeswagen. Bei [www. FPI-Publikationen.de/materialien.htm](http://www.fpi-publikationen.de/materialien.htm) - POLYLOGE: Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit - 04/2002, <http://www.fpi-publikation.de/images/stories/downloads/polyloge/Petzold-Dialog-Polylog-Polyloge-04-2002.pdf>
- Petzold, H.G. (2003a): Integrative Therapie: Modelle, Theorien und Methoden für eine schulenübergreifende Psychotherapie. 3 Bde. Paderborn: Junfermann. überarb. und ergänzte Neuauflage von 1993.
- Petzold, H.G. (2003e): Menschenbilder und Praxeologie. 30 Jahre Theorie- und Praxisentwicklung am „Fritz Perls Institut für Integrative Therapie, Gestalttherapie und Kreativitätsförderung“ (1972-2002). Teil I, *Gestalt* 46 (Schweiz) 3-50. Teil II, *Gestalt* 47, 9-52, Teil III, *Gestalt* 48, 9-64. Updating 2006k als: Integrative Therapie als „angewandte Anthropologie“ in einer „transversalen Moderne“ - Menschenbild und Praxeologie. Bei [www. FPI-Publikationen.de/materialien.htm](http://www.fpi-publikationen.de/materialien.htm). POLYLOGE: Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit 2/2011 <http://www.fpi-publikation.de/polyloge/alle-ausgaben/02-2011-petzold-h-g-2006k-update2011-integrative-therapie-anthropologie-menschenbild-u.html>
- Petzold, H.G. (2004h): Der „informierte Leib im Polylog“ - ein integratives Leibkonzept für die nonverbale/verbale Kommunikation in der Psychotherapie. In: Hermer, M.,Klinzing, H.G.(Hg.) (2004): Nonverbale Kommunikation in der Psychotherapie. Tübingen: dgvt. 107-156.
- Petzold, H.G. (2006a/2011j): Lust auf Erkenntnis. ReferenztheoretikerInnen der Integrativen Therapie, Polyloge und Reverenzen - Materialien zu meiner intellektuellen Biographie zu 40 Jahren „transversaler Suche und kokreativer Konnektivierung“ (updating Petzold, H.G. (2011j, Update von 2002p): Neueinstellung Fassung 2011j Textarchiv: <http://www.fpi-publikation.de/artikel/textarchiv-h-g-petzold-et-al-/index.php>
- Petzold, H.G. (2006p): Ökosophie, Ökophilie, Ökopsychosomatik Materialien zu ökologischem Stress- und Heilungspotential Bei [www. FPI-Publikationen.de/materialien.htm](http://www.fpi-publikationen.de/materialien.htm) - POLYLOGE: Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit - 16/2006 und *Integrative Therapie* 1 (2006) 62-99. <http://www.fpi-publikation.de/downloads/download-polyloge/download-nr-16-2006-petzold-hilarion-g.html>
- Petzold, H.G. (2007a, 2. erweiterte Auflage): Integrative Supervision, Meta-Consulting und Organisationsentwicklung. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften [1998a].
- Petzold, H.G. (2009c): Körper-Seele-Geist-Welt-Verhältnisse in der Integrativen Therapie. Der „Informierte Leib“, das „psychophysische Problem“ und die Praxis. *Psychologische Medizin* 1 (Graz) 20-33. <http://www.fpi-publikation.de/artikel/textarchiv-h-g-petzold-et-al-/petzold-h-g-2009c-koerper-seele-geist-welt-verhaeltnisse-der-informierte-leib-das-psychoph.html>
- Petzold, H.G. (2009d): „Macht“, „Supervisorenmacht“ und „potentialorientiertes Engagement“. Überlegungen zu vermiedenen Themen im Feld der Supervision und Therapie verbunden mit einem Plädoyer für eine Kultur „transversaler und säkular-melioristischer Verantwortung“. Bei www.fpi-publikationen.de/materialien.htm - - *Supervision: Theorie – Praxis – Forschung. Eine interdisziplinäre Internet-Zeitschrift* – 4, 2009. <http://www.fpi-publikation.de/supervision/alle-ausgaben/04-2009-2009d-petzold-h-g-macht-supervisorenmacht-und-potentialorientiertes-engagement.html>
- Petzold, H.G. (2010f): „Sprache, Gemeinschaft, Leiblichkeit und Therapie“. Materialien zu polylogischen Reflexionen, intertextuellen Collagierungen und melioristischer Kulturarbeit

- Hermeneutica. Bei www.FPI-publikationen.de/materialien.htm - *POLYLOGE: Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit* - 7/2010. <http://www.fpi-publikation.de/downloads/download-polyloge/download-nr-07-2010-petzold-h-g-2010f.html>
- Petzold, H.G. (Hg.) (2011g): *Going Green: Die heilende Kraft der Landschaft. Integrative Naturtherapie, Schwerpunktheft Integrative Therapie 3*, Wien: Krammer.
- Petzold, H.G. (2012a): *Identität. Ein Kernthema moderner Psychotherapie – interdisziplinäre Perspektiven* Wiesbaden: VS Verlag.
- Petzold, H.G. (2012c): *Psychotherapie – Arbeitsbündnis oder „Sprache der Zärtlichkeit“ und gelebte Konvivialität? Intersubjektive Nahraumbeziehungen als Prozesse affilialer „Angrenzung“ statt abgrenzender „Arbeitsbeziehungen“*, *Integrative Therapie 1*, <http://www.fpi-publikation.de/artikel/textarchiv-h-g-petzold-et-al-/petzold-h-g-2012c-psychotherapie-arbeitsbueundnis-oder-sprache-der-zaertlichkeit-und-3.html>
- Petzold, H.G. (2012e): *Internalisierung, Introjektion, TäterInnen-Introjekte – „integrative Interiorisierung“*. Konzeptuelle Ordnungsversuche in Sprachverwirrungen der Psychotherapie. Bei www.FPI-publikationen.de/materialien.htm - *POLYLOGE: Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit* – 16/2012.
- Petzold, H.G. (2012f): *Die Menschenbilder in der Psychotherapie. Interdisziplinäre Perspektiven und die Modelle der Therapieschulen*. Wien: Krammer.
- Petzold, H.G. (2012h): *Integrative Therapie – Transversalität zwischen Innovation und Vertiefung. Die „Vier WEGE der Heilung und Förderung“ und die „14 Wirkfaktoren“ als Prinzipien gesundheitsbewusster und entwicklungsfördernder Lebensführung*. Bei www.FPI-publikationen.de/materialien.htm - *POLYLOGE: Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit* – 15/2012. <http://www.fpi-publikation.de/downloads/download-polyloge/download-nr-15-2012-hilarion-g-petzold.html>
- Petzold, H.G. (2012n/1994g): **KOMPLEXE HUMAN THERAPIE I**: Unterwegs zu einer allgemeinen Psychotherapiewissenschaft – "Integrative Therapie" und ihre Heuristik der "14 healing factors" - theoriegeschichtliche, persönliche und konzeptuelle Perspektiven und Materialien (1994g) Einleitung und Nachwort 2012n, o). EAG-Paper 2012p. Bei www.FPI-publikationen.de/materialien.htm - *POLYLOGE: Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit* – 03/2013. <http://www.fpi-publikation.de/polyloge/alle-ausgaben/index.php>
- Petzold, H.G. (2013b): *Infernalisches Schreien von „Rechts“ - Mythotrophe und mythopathische Dimensionen des „National Socialist Black Metal“, des „Black Metal“ and „Death Metal“*. In: Petzold, Orth, Sieper (2013).
- Petzold, H.G., Bloem, J., Moget, P. (2004): *Budokünste als „Weg“ und therapeutisches Mittel in der körper- und bewegungsorientierten Psychotherapie, Gesundheitsförderung und Persönlichkeitsentwicklung – transversale und integrative Perspektiven*. *Integrative Therapie 1-2*, 24-100.
- Petzold, H.G., Hentschel, U. (1991): *Niedrigschwellige und karrierebegleitende Drogenarbeit als Elemente einer Gesamtstrategie der Drogenhilfe*. *Wiener Zeitschrift für Suchtforschung 1*, 11-19 und in: Scheiblich, W., *Sucht aus der Sicht psychotherapeutischer Schulen*, Lambertus, Freiburg 1994, 89-105.
- Petzold, H.G., Leitner, A., Sieper, J., Orth, I. (2008). *Materialien und Konzepte zu Lehrtherapien und Selbsterfahrung in der Psychotherapie – Perspektiven der Integrativen Therapie* Bei: www.FPI-Publikationen.de/materialien.htm *POLYLOGE: Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit* - 24/2008. <http://www.fpi-publikation.de/downloads/download-polyloge/download-nr-24-2008-petzold-leitner-sieper-orth.html>
- Petzold, H.G., Leuenberger, R., Steffan, A. (1998): *Ziele in der Integrativen Therapie* In: Ambühl, H., Strauß, B. (Hg.), *Therapieziele*. Göttingen: Hogrefe. Und erweitert in: Petzold (1998h) (Hg.): *Identität und Genderfragen in Psychotherapie. Soziotherapie und Gesundheitsförderung*. Bd. 1 und 2, Sonderausgabe von *Gestalt und Integration*. Düsseldorf:

- FPI-Publikationen, S.142-188; <http://www.fpi-publikation.de/artikel/textarchiv-h-g-petzold-et-al/h-g-petzold-r-leuenerberger-a-steffan-1998-ziele-in-der-integrativen-therapie.html>
- Petzold, H.G., Michailowa, N. (2008a): Alexander Lurija – Neurowissenschaft und Psychotherapie. Integrative und biopsychosoziale Modelle. Wien: Krammer.
- Petzold, H.G., Moser, S., Orth, I. (2012): Euthyme Therapie - Heilkunst und Gesundheitsförderung in asklepiadischer Tradition: ein integrativer und behavioraler Behandlungsansatz „multipler Stimulierung“ und “Lebensstilveränderung” in: *Psychologische Medizin*, Heft 3 und 4 und in: Textarchiv 2012 <http://www.fpi-publikation.de/artikel/textarchiv-h-g-petzold-et-al/index.php>
- Petzold, H.G., Müller, L. (2004c): Integrative Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie – Protektive Faktoren und Resilienzen in der diagnostischen und therapeutischen Praxis. *Psychotherapie Forum* 4, 185-196. <http://www.fpi-publikation.de/images/stories/downloads/textarchiv-petzold/petzold-mueller-2004c-integrative-kinder-und-jugendlichenpsychotherapie-protective-faktoren.pdf>
- Petzold, H.G., Müller, M. (2005/2007): Modalitäten der Relationalität – Affiliation, Reaktanz, Übertragung, Beziehung, Bindung – in einer „klinischen Sozialpsychologie“ für die Integrative Supervision und Therapie. Hückeswagen: Europäische Akademie und in: H.G. Petzold (2007a, 2. Auflage): Integrative Supervision. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften, 367-431. <http://www.fpi-publikation.de/artikel/textarchiv-h-g-petzold-et-al/petzold-h-g-mueller-m-2005-2007-modalitaeten-der-relationalitaet.html>
- Petzold, H.G., Orth, I. (1993a):Therapietagebücher, Lebenspanorama, Gesundheits-/Krankheitspanorama als Instrumente der Symbolisierung, karrierebezogenen Patientenarbeit und Lehranalyse in der Integrativen Therapie. *Integrative Therapie* 1/2 (1993) 95-153. Auch in: Frühmann, Petzold (1993a), 367-446; und Petzold, H.G., Sieper, J. (1993a, 2. Auflage): Integration und Kreation, 2 Bde., 1996.Paderborn: Junfermann, S. 125-171.
- Petzold, H.G., Orth, I. (1994a): Kreative Persönlichkeitsdiagnostik durch "mediengestützte Techniken" in der Integrativen Therapie und Beratung. *Integrative Therapie* 4 (1994) 340-391. <http://www.fpi-publikation.de/polyloge/alle-ausgaben/03-2012-petzold-h-orth-i-1994a-kreative-persoendlichkeitsdiagnostik-durch-mediengestuetzte.html>
- Petzold, H.G., Orth, I. (2008): Der „Schiefe Turm“ fällt nicht – Salutogenetische Arbeit mit Neuromentalisierungen und kreativen Medien in der Integrativen Therapie. Hückeswagen: Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit. Erw. in Petzold, Sieper (2008a) 593-653 und http://www.fpi-publikation.de/images/stories/downloads/textarchiv-petzold/petzold_orth_2008a_der_schiefe_turm_faellt_nicht.pdf
- Petzold, H.G., Orth, I. (2011): „Genderintegrität“ – ein neues Leitparadigma für Supervision und Coaching in vielfältigen Kontexten. In: Abdul-Hussain, S. (2011): Genderkompetente Supervision. Mit einem Beitrag von Ilse Orth und Hilarion Petzold zu “Genderintegrität”. Wiesbaden: VS Verlag. 195-299.
- Petzold, H.G., Orth, I., Sieper, J. (2006): Erkenntnistheoretische, entwicklungspsychologische, neurobiologische und agogische Positionen der „Integrativen Therapie“ als „Entwicklungstherapie“. In: Petzold, H.G., Schay, P., Scheiblich, W. (2006): Integrative Suchtarbeit. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften. 627-713. <http://www.fpi-publikation.de/downloads/download-polyloge/download-02-2005-petzold-h-g.html>
- Petzold, H.G., Orth, I. Sieper, J. (2010): Gewissensarbeit, Weisheitstherapie, Geistiges Leben als Themen moderner Psychotherapie. Wien: Krammer.
- Petzold, H.G., Orth, I., Sieper, J. (2013): „Mythen, Macht und Psychotherapie“. Therapie als Praxis kritischer Kulturarbeit. Bielefeld: Aisthesis (in Druck).
- Petzold, H.G., Osten, P. (1998): Diagnostik und mehrperspektivische Prozeßanalyse in der Integrativen Therapie. In: *Laireiter, A.* (1998) (Hg.): Diagnostik in der Psychotherapie. Wien: Springer, und erweitert in: Petzold, H.G. (1998h) (Hg.): Identität und Genderfragen in Psychotherapie. Soziotherapie und Gesundheitsförderung. Bd. 1 und 2, Sonderausgabe von *Gestalt und Integration*. Düsseldorf: FPI-Publikationen. (1998h) 118-141. In <http://www.fpi-publikation.de/artikel/textarchiv-h-g-petzold-et-al/index.php>
- Petzold, H.G., Sieper, J. (1998): Einige Überlegungen zur geschlechtsspezifischen Betrachtung von Identitätsprozessen. In: Petzold, H.G. (1998h) (Hg.): Identität und Genderfragen in

- der Psychotherapie, Soziotherapie und Gesundheitsförderung. Bd 1 und 2. Sonderausgabe von *Gestalt und Integration*. Düsseldorf: FPI-Publikationen.
- Petzold, H.G., Sieper, J. (2008a): Der Wille, die Neurowissenschaften und die Psychotherapie. 2 Bände. Bielefeld: Sirius, S. 593-653.
- Petzold, H.G., Sieper, J. (2008b): Integrative Soziotherapie - zwischen Sozialarbeit, Agogik und Psychotherapie. Zur Konnektivierung von Modellen der Hilfeleistung und Entwicklungsförderung für optimale Prozessbegleitung. Bei www.fpi-publikationen.de/materialien.htm - *POLYLOGE: Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit* - 25/2008. <http://www.fpi-publikation.de/polyloge/alle-ausgaben/19-2008-petzold-h-g-sieper-johanna-integrative-soziotherapie.html>.
- Petzold, H.G., Sieper, J. (2008c): Integrative Willenstherapie. Perspektiven zur Praxis des diagnostischen und therapeutischen Umgangs mit Wille und Wollen. In Petzold, Sieper (2008a)473-592; auch in Petzold; Textarchiv 2008. <http://www.fpi-publikation.de/artikel/textarchiv-h-g-petzold-et-al-/index.php>
- Petzold, H.G., Sieper, J. (2012e): Über sanfte Gefühle, Herzensregungen, „euthyme Erfahrungen“ und „komplexe Achtsamkeit“ in der „Integrativen Therapie“. Überlegungen anlässlich 40 Jahre FPI und 30 Jahre EAG. *Gestalt und Integration* 73, 23 – 43.
- Schuch, H.W. (2000): Grundzüge eines Konzeptes und Modells Integrativer Psychotherapie. *Integrative Therapie* 2-3, 145-202.
- Schigl, B. (2012): Psychotherapie und Gender. Konzepte. Forschung. Praxis. Welche Rolle spielt die Geschlechtszugehörigkeit im therapeutischen Prozess? Wiesbaden: VS –Verlag.
- Sieper, J. (2006): „Transversale Integration“: Ein Kernkonzept der Integrativen Therapie - Einladung zu ko-respondierendem Diskurs. *Integrative Therapie*, Heft 3/4 (2006) 393-467 und erg. in: Sieper, Orth, Schuch (2007) 393-467. In: *POLYLOGE* 14/2010. <http://www.fpi-publikation.de/polyloge/alle-ausgaben/14-2010-sieper-johanna-transversale-integration-ein-kernkonzept-der-integrativen-therapie.html>
- Sieper, J. (2007b): Integrative Therapie als „Life Span Developmental Therapy“ und “klinische Entwicklungspsychologie der Bezogenheit” mit Säuglingen, Kindern, Adoleszenten, Erwachsenen und alten Menschen, *Gestalt & Integration*, Teil I 60, 14-21, Teil II 61 (2008) 11-21. Update 2011, in: www.fpi-publikationen.de/materialien.htm - *POLYLOGE: Materialien aus der Europäischen Akademie für Psychosoziale Gesundheit* – 5/2011 <http://www.fpi-publikation.de/downloads/download-polyloge/download-nr-05-2011-sieper-johanna.html>
- Sieper, J., Orth, I., Petzold, H.G. (2010): Warum die “Sorge um Integrität” uns in der Integrativen Therapie wichtig ist - Überlegungen zu Humanität, Menschenwürde und Tugend in der Psychotherapie. In: Petzold, H.G., Orth, I. Sieper, J. (2010a): *Gewissensarbeit, Weisheitstherapie, Geistiges Leben - Themen und Werte moderner Psychotherapie*. Wien: Krammer. S. 367 – 460. http://www.fpi-publikation.de/images/stories/downloads/textarchiv-petzold/sieper-orth-petzold_sorge-um-integritaet_2010.pdf
- Sieper, J., Petzold, H.G. (1993c): Integrative Agogik - ein kreativer Weg des Lehrens und Lernens. In: Petzold, H.G., Sieper, J.(1993a): *Integration und Kreation*, 2 Bde., 2. Auflage 1996. Paderborn: Junfermann, S.359-370. <http://www.fpi-publikation.de/downloads/download-supervision/download-nr-06-2011-sieper-j-petzold-h-g.html>
- Sieper, J., Petzold, H.G. (2002): Der Begriff des „Komplexen Lernens“ und seine neurowissenschaftlichen und psychologischen Grundlagen – Dimensionen eines „behavioralen Paradigmas“ in der Integrativen Therapie. Lernen und Performanzorientierung, Behaviourdrama, Imaginationstechniken und Transfertraining. Düsseldorf/Hückeswagen. Bei www.fpi-publikationen.de/materialien.htm - *POLYLOGE: Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit* - 10/2002 und <http://www.fpi-publikation.de/supervision/alle-ausgaben/04-2011-sieper-j-petzold-h-g-komplexes-lernen-in-der-integrativen-therapie-und-supervision.html> Gekürzt in: A. Leitner (2003): *Entwicklungsdynamiken der Psychotherapie*. Wien: Krammer, Edition Donau-Universität, 183-251.

- Waibel, M.J., Jakob-Krieger, C. (2009): Integrative Bewegungstherapie. Störungsspezifische und ressourcenorientierte Praxis. Stuttgart: Schattauer.
- Waibel, M., Petzold, H.G. (2009): Integrative Ausdauertherapie bei depressiven Erkrankungen. In: Waibel, Jakob-Krieger (2009), 81-97.
- Waibel, M.J., Petzold, H.G., Orth, I., Jakob-Krieger, C. (2009): Grundlegende Konzepte der Integrativen Leib- und Bewegungstherapie (IBT). In: Waibel, Jakob-Krieger, (2009) 1-20.

Literatur zur Einleitung Petzold, Orth-Petzold:

- Arras, John D. (1991): Getting Down to Cases: The Revival of Casuistry in Bioethics. *The Journal of Medicine and Philosophy*, 16, 29-51.
- Bachtin, M.M. (2008): Chronotopos. Frankfurt: Suhrkamp.
- Barlow, D.H. (2010): The dodo bird– again– and again. *The Behavior Therapist*, 33, 15–16.
- Barthes, R. (1988): Einführung in die strukturelle Analyse von Erzählungen. In: *idem*: Das semiologische Abenteuer [fz. 1965]. Frankfurt: Suhrkamp.
- Barthes, R. (2003) Mythen des Alltags. Frankfurt: edition suhrkamp.
- Bauer, J. (2005): Warum ich fühle, was du fühlst: intuitive Kommunikation und das Geheimnis der Spiegelneurone. Hamburg: Hoffmann und Campe.
- Beckermann, A. (2001, 2. Auflage): Analytische Einführung in die Philosophie des Geistes. Berlin: De Gruyter.
- Borchardt, A., Göthlich, S.E. (2007, 2. Auflage): Erkenntnisgewinnung durch Fallstudien. In: Albers, S., Klapper, D. et al.: Methodik der empirischen Forschung. Wiesbaden: Gabler, S. 33–48.
- Borgetto, M. (1997): La Devise: «Liberté, Égalité, Fraternité». Paris: PUF.
- Bourdieu, P. (1993): La misère du monde. Paris: Éditions du Seuil; dt. (1997): Das Elend der Welt. Zeugnisse und Diagnosen alltäglichen Leidens an der Gesellschaft. Konstanz: UVK.
- Carlson, A.Ch. (1992): Creative Casuistry and Feminist Consciousness: The Rhetoric of Moral Reform. *Quarterly Journal of Speech*, 78, 16–33.
- Chalmers, D. (1996): The Conscious Mind. Oxford: Oxford University Press.
- David, M. (2002): Le Peuple, les droits de l'homme et la république démocratique. Paris: l'Harmattan.
- Dennett, D. (1993): Quining Qualia. In: A.J. Marcel, E. Bisiach: Consciousness in Contemporary Science. Oxford: Clarendon Press, 42–77.
- Dretske, F. (1997): Naturalizing the Mind. Cambridge Ma: MIT Press.
- Epston, D., White, M. (1991): Experience, contradiction, narrative and imagination: Selected papers of David Epston and Michael White, 1989-1991. Adelaide: Dulwich Centre Publications.
- Ferenczi, S. (1932/1985): Journal clinique. Paris: Payot; dtsch. (1988): Ohne Sympathie keine Heilung. Das klinische Tagebuch (1932). Frankfurt: Fischer.
- Fludernik, M. (2006): Erzähltheorie. Eine Einführung. Darmstadt: WBG.
- Gardiner, M. (1982): Der Wolfsmann vom Wolfsmann. Sigmund Freuds berühmtester Fall. Erinnerungen. Berichte und Diagnosen. Frankfurt: Fischer.
- Genette, G. (1972): Figures III, Paris: Seuil.
- Goleman, D. (1990): As a Therapist, Freud Fell Short, Scholars Find. *The New York Times* March 06, 1990. <http://www.nytimes.com/1990/03/06/science/as-a-therapist-freud-fell-short-scholars-find.html?sec=&spon=&pagewanted=all>
- Graf-Nold, A. (1988): Der Fall Hermine Hug-Hellmuth. Eine Geschichte der frühen Kinder-Psychoanalyse. München/Wien: Internationaler Psychoanalytischer Verlag.
- Hardin, C.L. (1987): Oualia and Materialism: Closing the Explanatory Gap, *Philosophy and Phenomenological Research*, 48, 281–98.

- Hartz, P., Petzold, H.G. (2010): Chancen für arbeitslose Frauen und Männer, die ihr Leben neu gestalten wollen. *Zeitschr. für Medizinische Psychologie* 2, 47 – 67. vgl. <http://www.minipreneure.de/>.
- Hecht, A., Petzold, H.G., Scheiblich, W. (2013): Theorie und Praxis differentieller und integrativer, niedrigschwelliger Arbeit (DINA) – die „engagierte Perspektive“ Integrativer Suchthilfe. In: H.G. Petzold, W. Scheiblich, U.A. Lammel: Integrative Suchttherapie. 3. erw. u. überarb. Auflage Wiesbaden: VS Verlag (in Vorbereitung).
- Heckmann, H.-D., Walter, S. (2006, 2. Auflage): Qualia – Ausgewählte Beiträge. Paderborn: mentis.
- Hilgers, M. (2009): Das Prekariat auf der Couch, *Frankfurter Rundschau*, 18.10.2009; <http://www.psychotherapiepraxis.at/pt-forum/viewtopic.php?f=68&t=10922>
- Hug-Hellmuth, H (1919): Tagebuch eines halbwüchsigen Mädchens. Leipzig, Wien: Internationaler Psychoanalytischer Verlag.
- Hunter, K.M. (1989): A Science of Individuals: Medicine and Casuistry. *Journal of Medicine and Philosophy*, 14, 193–220.
- Israëls, H. (1999): De weense kwakzalver, Amsterdam: Bert Bakker.
- Jonsen, A.R. (1986): Casuistry and Clinical Ethics. *Theoretical Medicine*, 7, 65–74.
- Jackson, F. (1982): Epiphenomenal Qualia, *Philosophical Quarterly*, 32, 127–36.
- Jonsen, A.R. (1991): Casuistry as Methodology in Clinical Ethics. *Theoretical Medicine*, 12, 295–307.
- Jonsen, A. Toulmin, St. (1990): The Abuse of Casuistry: A History of Moral Reasoning. Berkeley: University of California Press.
- Jüttemann, G. (1981): Komparative Kasuistik als Strategie Psychologischer Forschung. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie* 29, 101-118.
- Jüttemann, G. (1990): Komparative Kasuistik. Heidelberg: Asanger.
- Lachner, G. (2007): Ethik und Werte in der Integrativen Therapie. In: Sieper, Orth, Schuch (2007) 299-338.
- Leitner, A. (2010): Handbuch der Integrativen Therapie. Wien: Springer.
- Leitner, A., Liegl, G., Märten, M., Gerlich, K. (2009): Endbericht Effektivität der Integrativen Therapie. Department für Psychosoziale Medizin und Psychotherapie. Donau-Universität. Krems. In: Leitner (2010), 257-295.
- Leitner, E., Petzold, H.G. (2005/2010): Dazwischengehen – wo Unrecht geschieht, Integrität gefährdet ist, Würde verletzt wird. Ein Interview mit Hilarion Petzold zum Thema „Engagement und Psychotherapie“ und Integrativen Positionen. Hückeswagen: Europäische Akademie für psychosoziale Gesundheit. Erw. in Petzold, Orth, Sieper 2010, 279 – 366 und *POLYLOGE*, Ausgabe 10/2010, <http://www.fpi-publikation.de/polyloge/alle-ausgaben/10-2010-leitneri-e-c-petzold-h-g-ein-interview-dazwischengehen.html>
- Levine, J. (1983): Materialism and Qualia: The Explanatory Gap. *Pacific Philosophical Quarterly*, 4, 354–361.
- Lurija, A.R. (1991): Der Mann, dessen Welt in Scherben ging. Zwei neurologische Geschichten. Reinbek: Rowohlt.
- Lurija, A.R. (1992, 2001, 6. Auflage): Das Gehirn in Aktion. Einführung in die Neuropsychologie. Reinbek: Rowohlt.
- Lurija, A.R. (1993): Romantische Wissenschaft. Reinbek: Rowohlt.
- Kidd, M., Hubbard, C. (2007): Introducing journal of medical case reports. *J. Medical Case Reports* 2007, 1:1.
- McLeod, J. (1997): Narrative and Psychotherapy, London: Sage Publications.
- Masson, J.M. (1984): The Assault On Truth: Freud's Suppression of The Seduction Theory. New York. Pocket; dtsh. (1994): Was hat man dir, du armes Kind, getan? Reinbek: Rowohlt 1984; überarbeitete Neuauflage (1995): Was hat man dir, du armes Kind, getan? oder: Was Freud nicht wahrhaben wollte. Freiburg im Breisgau: Kore Verlag.
- Martínez, M., Scheffel, M. (2009): Einführung in die Erzähltheorie. München: C.H.Beck, 1999, 8. Aufl. 2009.
- McGinn, C. (1994): Problems in Philosophy. Oxford: Blackwell.

- Métraux, A.* (2004): Die Lebensgeschichte im Hirn: Einige Gedanken über den pathographischen Zugang zur Neuropsychologie. In: *Jantzen, W.* (2004) (Hg.): Gehirn, Geschichte und Gesellschaft: Die Neuropsychologie Alexander R. Lurijas (1902-1977). Reihe: International Cultural-historical Human Sciences. Band 9. Berlin: Lehmanns Media. 53-66.
- Metzinger, T.* (2003): Being No One. The Self-Model Theory of Subjectivity. Cambridge Mass.: MIT Press.
- Michel, J.G.* (2011): Der qualitative Charakter bewusster Erlebnisse: Physikalismus und phänomenale Eigenschaften in der analytischen Philosophie des Geistes. Paderborn: mentis.
- Moreno, J.L.* (1923): Rede über den Augenblick. Wien: Anzengruber.
- Moser, A.* (2011): Reaktanz – ein zentrales Konzept für die Supervision. *Supervision* 14/2011. <http://www.fpi-publikation.de/supervision/alle-ausgaben/14-2011-moser-annemarie-reaktanz-ein-zentrales-konzept-fuer-die-supervision.html>
- Moser, J., Petzold, H.G.* (2007): Ethische Grundprinzipien und Implikationen für Supervision und Psychotherapie – Integrative Perspektiven. Bei [www. FPI-Publikationen.de/materialien.htm](http://www.fpi-publikation.de/materialien.htm) - *SUPERVISION: Theorie – Praxis – Forschung. Eine interdisziplinäre Internet-Zeitschrift* - 03/2007. http://www.fpi-publikation.de/images/stories/downloads/supervision/moser_petzold_supervision-03-2007-korrigiert_120809.pdf
- Nagel, T.* (1974): What is it like to be a bat? *The Philosophical Review*. 83, 435–450.
- Obholzer, K.* (1980): Gespräche mit dem Wolfsmann. Reinbek: Rowohlt; frz. (1981): Entretiens avec l'homme aux loups. Une psychanalyse et ses suites. Paris: Gallimard.
- Orth, I.* (2010): Weibliche Identität und Leiblichkeit – Prozesse „konvivialer“ Veränderung und Entwicklung Überlegungen für die Praxis. In: *Petzold, H.G., Orth, I. Sieper, J.* (2010): Gewissensarbeit, Weisheitstherapie, Geistiges Leben als Themen moderner Psychotherapie. Wien: Krammer
- Orth I., Petzold H.G.* (2008): Leib und Sprache. Über die Poesis integrativer und kreativer Psychotherapie - Zur Heilkraft von „Poesietherapie“ und „kreativen Medien“. *Integrative Therapie* 1, 99-132. <http://www.fpi-publikation.de/artikel/textarchiv-h-g-petzold-et-al-/orth-i-petzold-h-g-2008-leib-und-sprache.html>
- Pater, W.* (1887): Imaginary Portraits. London: Macmillan.
- Peach, L.J.* (1994): Feminist Cautions About Casuistry. *Policy Studies*, 57, 143–160.
- Petzold, Ch.* (1972b): Lebendige Geschichte – alte Menschen berichten. Anleitung zur Arbeit mit Biographie und biographischen Erfahrungen nach *Hilarion G. Petzold*. Büttgen: VHS Büttgen.
- Petzold, H.G.* (1971c): Möglichkeiten der Psychotherapie bei drogenabhängigen Jugendlichen. In: *G. Birdwood*, Willige Opfer, Rosenheimer Verlag, Rosenheim. S. 212-245.
- Petzold, H.G.* (1974j, 1977, 2. Auflage): Psychotherapie und Körperdynamik. Paderborn: Junfermann.
- Petzold, H.G.* (1981g): Sich selbst im Lebensganzen verstehen lernen. In: *Pro Senectute, H.D. Schneider*, (Hg.), Vorbereitung auf das Alter. Paderborn: Schöningh, 1981, S. 89-112; repr. 1985a, 93-122 und 2004a, 219-248.
- Petzold, H.G.* (1986e): Konfluenz, Kontakt, Begegnung und Beziehung im Ko-respondenz-Prozeß der Integrativen Therapie. *Integrative Therapie* 4, 320-341.
- Petzold, H.G.* (1990i): Selbsthilfe und Professionelle - Gesundheit und Krankheit, Überlegungen zu einem "erweiterten Gesundheitsbegriff", Vortrag auf der Arbeitstagung "Zukunftsperspektiven der Selbsthilfe", 8.-10. Juni 1990, Dokumentation, Düsseldorf; auch in: *Petzold, H.G., Schobert, R.*, 1991. Selbsthilfe und Psychosomatik, Paderborn: Junfermann, 17-28
- Petzold, H.G.* (1990p): Integrative Dramatherapie und Szenentheorie - Überlegungen und Konzepte zur Verwendung dramatherapeutischer Methoden in der Integrativen Therapie. In: *Petzold, Orth* (1990a) II, 849-880; repr. Bd. II, 2, (1992a), 897-925 und (2003a), 681-700.
- Petzold, H.G.* (1993m): "Kontrollanalyse" und Gruppensupervision in "Kompetenzgruppen" - zwei unverzichtbare, aber unterschiedliche Methoden der psychotherapeutischen Weiterbildung in einer integrativen Perspektive. In: *Frühmann, R., Petzold, H.G.* : Lehrjahre der Seele. Paderborn: Junfermann, S. 479-616.

- Petzold, H.G. (2000): Einführung zu einer Grundregel für die IT. Gehalten auf dem Arbeitstreffen „Psychotherapie und Ethik“, Europäische Akademie für Psychosoziale Gesundheit, 1. Mai 2000. Europäische Akademie für Psychosoziale Gesundheit, Hückeswagen. und in: *Petzold, Orth, Sieper* 2010, 437-460. *Textarchiv H.G.Petzold* Jg. 2000. <http://www.fpi-publikation.de/artikel/textarchiv-h-g-petzold-et-al-/index.php>.
- Petzold, H.G. (2000a): Eine „Grundregel“ für die Integrative Therapie als Verpflichtung zur Transparenz und Anstoß, „riskanter Therapie“, Fehlern und Ungerechtigkeiten in der Psychotherapie entgegenzuwirken. Vortrag an der EAG, Düsseldorf/Hückeswagen Mai 2000. Bei www.FPI-Publikationen.de/materialien.htm – *POLYLOGE: Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit* – 1/2000. Updating 04/2005. <http://www.fpi-publikation.de/polyloge/alle-ausgaben/01-2000-petzold-2000a-grundregel>.
- Petzold, H.G. (2000d): Client Dignity konkret - PatientInnen und TherapeutInnen als Partner in „kritischer Kulturarbeit“ - eine Initiative. *Integrative Therapie* 2/3, 388 – 396.
- Petzold, H.G. (2003g): Lebensgeschichten erzählen. Biographiearbeit, narrative Therapie, Identität. Paderborn: Junfermann.
- Petzold, H.G. (2006p): Ökosophie, Ökophilie, Ökopsychosomatik. Materialien zu ökologischem Stress- und Heilungspotential. Bei www.FPI-Publikationen.de/materialien.htm - *POLYLOGE: Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit* - 16/2006 und *Integrative Therapie* 1 (2006) 62-99. <http://www.fpi-publikation.de/downloads/download-polyloge/download-nr-16-2006-petzold-hilarion-g.html>
- Petzold, H.G. (2006u): Der Mensch „auf dem Wege“ – Altern als „Weg-Erfahrung“ des menschlichen Lebens. Festvortrag 20 Jahre Pro Senectute Österreich, Wien: *Thema Pro Senectute* 1 (2006), 40-57. In *Textarchiv* 2006: <http://www.fpi-publikation.de/artikel/textarchiv-h-g-petzold-et-al-/index.php>
- Petzold, H.G. (2007t): Der Integrative Ansatz in Psychotherapie, Agogik und Kulturarbeit. Kremser Symposium Psychotherapie und Medizin **Integration** – Möglichkeiten und Grenzen. Donau-Universität Krems 31. Mai bis 2. Juni 2007. Videovortrag. http://www.eag-fpi.com/video_petzold.html
- Petzold, H.G. (2008d): Qualitätssicherung in der Integrativen Therapie. Stundenbegleitbögen, IT-Ceckliste, Zielkartierung, Willendiagnostisches Interview als Instrumente für die Praxis. Bei: www.FPI-Publikationen.de/materialien.htm - *POLYLOGE: Materialien aus der Europäischen Akademie für Psychosoziale Gesundheit* – 22/2008. http://www.fpi-publikation.de/images/stories/downloads/polyloge/petzold_qualitaetsicherung_polyloge-22-2008c.pdf
- Petzold, H.G. (2010f): „Sprache, Gemeinschaft, Leiblichkeit und Therapie“. Materialien zu polylogischen Reflexionen, intertextuellen Collagierungen und melioristischer Kulturarbeit – Hermeneutica. Bei www.FPI-publikationen.de/materialien.htm - *POLYLOGE: Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit* - 7/2010. <http://www.fpi-publikation.de/downloads/download-polyloge/download-nr-07-2010-petzold-h-g-2010f.html>
- Petzold, H.G. (2011i, Update von 2002h): „Klinische Philosophie“ – Menschen zugewandtes Lebenswissen von Natur und Kultur in der Integrativen Therapie. Collagierte Materialien (I) zu einer „intellektuellen Biographie“ –, Neueinstellung Fassung 2011i, <http://www.fpi-publikation.de/artikel/textarchiv-h-g-petzold-et-al-/index.php>
- Petzold, H.G. (2011j, Update von 2002p): „**Lust auf Erkenntnis**“. ReferenztheoretikerInnen der Integrativen Therapie. Polyloge und Reverenzen – Collagierte Materialien (II) zu einer intellektuellen Biographie und zu 45 Jahren „transversaler Suche und kokreativer Konnektivierung“ (1965-2010) – Erstversion 2002p, erw. 2004b und Updating 2006e, Neueinstellung Fassung 2011j *Textarchiv*: <http://www.fpi-publikation.de/artikel/textarchiv-h-g-petzold-et-al-/index.php>
- Petzold, H.G., *Beek, Y van, Hoek, A.-M. van der* (1994a): Grundlagen und Grundmuster "intimer Kommunikation und Interaktion" - "Intuitive Parenting" und "Sensitive Caregiving" von der Säuglingszeit über die Lebensspanne. In: *H.G. Petzold* (1994j): Die Kraft liebevoller Blicke. Psychotherapie und Babyforschung. Bd. 2. Paderborn: Junfermann, 491-646.

- Petzold, H.G., Gröbelbaur, G., Gschwend, I. (1998): Patienten als "Partner" oder als "Widersacher" und "Fälle". Über die Beziehung zwischen Patienten und Psychotherapeuten - kritische Gedanken und Anmerkungen. *Gestalt* (Schweiz) 32, 15-41 und in: Petzold, Orth (1999a) 363-392 sowie in: *Psychologische Medizin* (Österr.) 1/1999 (S. 32.39) u. 2/1999 (S. 30-35).
- Petzold, H.G., Hentschel, U. (1991): Niedrigschwellige und karrierebegleitende Drogenarbeit als Elemente einer Gesamtstrategie der Drogenhilfe. *Wiener Zeitschrift für Suchtforschung* 1, 11-19 und in: Scheiblich, W., Sucht aus der Sicht psychotherapeutischer Schulen, Lambertus, Freiburg 1994, 89-105.
- Petzold, H.G., Michailowa, N. (2008a): Alexander Lurija – Neurowissenschaft und Psychotherapie. Integrative und biopsychosoziale Modelle. Wien: Krammer.
- Petzold, H.G., Moser, S., Orth, I. (2012): Euthyme Therapie - Heilkunst und Gesundheitsförderung in asklepiadischer Tradition: ein integrativer und behavioraler Behandlungsansatz „multipler Stimulierung“ und “Lebensstilveränderung” in: *Psychologische Medizin*, Heft 3, 18-36 und 4, 42-59 und in: Textarchiv 2012 <http://www.fpi-publikation.de/artikel/textarchiv-h-g-petzold-et-al-/index.php>
- Petzold, H.G., Müller, L. (2004a): Biographiearbeit mit alten Menschen – Erarbeiten und Teilen biographischer Erfahrung. Bei www.fpi-publikationen.de/materialien.htm - *POLYLOGE: Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit* - 02/2004. Auch in Petzold, H.G. (2004a): Mit alten Menschen arbeiten. Erweiterte und überarbeitete Neuauflage von 1985a in zwei Bänden. Bd. I: Konzepte und Methoden sozialgerontologischer Praxis. München: Pfeiffer, Klett-Cotta. S.249-262.
- Petzold, H.G., Müller, M. (2005/2007): Modalitäten der Relationalität – Affiliation, Reaktanz, Übertragung, Beziehung, Bindung – in einer „klinischen Sozialpsychologie“ für die Integrative Supervision und Therapie. Hückeswagen: Europäische Akademie und in: Petzold, H.G. (2007a, 2. Auflage): Integrative Supervision. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften. 367-431. <http://www.fpi-publikation.de/artikel/textarchiv-h-g-petzold-et-al-/petzold-h-g-mueller-m-2005-2007-modalitaeten-der-relationalitaet.html>
- Petzold, H.G., Orth, I. (1993a): Therapietagebücher, Lebenspanorama, Gesundheits-/Krankheitspanorama als Instrumente der Symbolisierung, karrierebezogenen Patientenarbeit und Lehranalyse in der Integrativen Therapie. *Integrative Therapie* 1/2 (1993) 95-153; auch in: Frühmann, Petzold (1993a) 367-446 und Petzold, H.G., Sieper, J.(1993a): Integration und Kreation, 2 Bde., 2. Auflage 1996.Paderborn: Junfermann S. 125-171. <http://www.fpi-publikation.de/downloads/download-polyloge/download-nr-26-2012-petzold-hilarion-g-orth-ilse.html>
- Petzold, H.G., Orth, I. (2011): „Genderintegrität“ – ein neues Leitparadigma für Supervision und Coaching in vielfältigen Kontexten. In: S. Abdul-Hussain (2011): Genderkompetente Supervision. Mit einem Beitrag von Ilse Orth und Hilarion Petzold zu “Genderintegrität”. Wiesbaden: VS Verlag, 195-299.
- Petzold, H.G., Orth, I., Sieper, J. (2006): Erkenntnistheoretische, entwicklungspsychologische, neurobiologische und agogische Positionen der „Integrativen Therapie“ als „Entwicklungstherapie“. In: Petzold, H.G., Schay, P., Scheiblich, W. (2006): Integrative Suchtarbeit. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften. 627-713. <http://www.fpi-publikation.de/downloads/download-polyloge/download-02-2005-petzold-h-g.html>
- Petzold, H.G., Sieper, J. (1970): Zur Verwendung des Psychodramas in der Erwachsenenbildung. *Zeitschrift f. prakt. Psychol.* 8, 392-447.
- Petzold, H.G., Sieper, J. (2008b): Integrative Soziotherapie - zwischen Sozialarbeit, Agogik und Psychotherapie. Zur Konnektivierung von Modellen der Hilfeleistung und Entwicklungsförderung für optimale Prozessbegleitung. Bei www.fpi-publikationen.de/materialien.htm - *POLYLOGE: Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit* - 25/2008. <http://www.fpi-publikation.de/polyloge/alle-ausgaben/19-2008-petzold-h-g-sieper-johanna-integrative-soziotherapie.html>
- Petzold, H.G., Sieper, J. (2012a): “Leiblichkeit“ als “Informierter Leib“embodied and embedded – Körper-Seele-Geist-Welt-Verhältnisse in der Integrativen Therapie. Quellen und Konzepte zum „psychophysischen Problem“ und zur leibtherapeutischen Praxis. In: Petzold, H.G.

- (2012f): Die Menschenbilder in der Psychotherapie. Interdisziplinäre Perspektiven und die Modelle der Therapieschulen. Wien: Krammer, 243-321.
- Petzold-Heinz, I.* (1957): Der Helfer der Verwundeten. Aus Kindheit und Leben von Henry Dunant. Möckmühl: Aue Verlag.
- Petzold-Heinz, I.* (1992): Der Umzug – Wohnung und Quartier als Lebenswelt. In: *Petzold, H.G., Petzold, Ch.*: Lebenswelten alter Menschen, Hannover: Vincentz, S. 128-133.
- Ramachandran, V.S., Hirstein, W.* (1997): Three laws of qualia; What neurology tells us about the biological functions of consciousness, *Journal of Consciousness Studies*, 4, 429–57.
- Reed, G.M.* (2006): Dialogue: convergence and contention. In: *J.C. Norcross, L.E. Beutler, R.F. Levant* (eds): Evidenz-based practices in mental health. Debate and dialogue on the fundamental questions. WashingtonDC.: American Psychological Association, S. 40–42
- Ricœur, P.* (1989): Zeit und Erzählung. Band II. Zeit und literarische Erzählung. München: Fink.
- Ricœur, P.* (1990): Soi-même comme un autre. Paris: Seuil; dt.: (1996); dtsch. Das Selbst als ein Anderer. München-Freiburg: Wilhelm Fink.
- Rizzolatti, G.* (2008). Empathie und Spiegelneurone: die biologische Basis des Mitgefühls. Frankfurt: Suhrkamp.
- Rosenthal, D.* (1991): The Nature of Mind. Oxford: Oxford University Press.
- Sacks, O.* (1987): Der Mann, der seine Frau mit einem Hut verwechselte. Reinbek: Rowohlt Verlag.
- Sacks, O.* (1993): Lurija und die romantische Wissenschaft. In: *Lurija* (1993)7 – 22.
- Sacks, O.* (1994): Folgen von Lurijas Konzeption für eine veränderte Rehabilitationspraxis bei Hirnschädigungen. In: *Jantzen* (1994) 108-124.
- Sacks, O.* (1995): Der Tag, an dem mein Bein fortging. Reinbek: Rowohlt.
- Schafer, R.* (1976): A new language for psychoanalysis, New Haven: Yale Univ. Press; dtsch. (1982): Eine neue Sprache für die Psychoanalyse. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Schiepek, G.* (2008): Die Bedeutung der Neurobiologie für eine integrative Psychotherapie. *Integrative Therapie* 3, 243-254.
- Scholz, R.W., Tietje, O.* (2002): Embedded Case Study Methods. Integrating Quantitative and Qualitative Knowledge. Thousand Oaks: Sage.
- Sieper, J., Orth, I., Petzold, H.G.* (2010): Warum die „Sorge um Integrität“ uns in der Integrativen Therapie wichtig ist - Überlegungen zu Humanität, Menschenwürde und Tugend in der Psychotherapie. In: *Petzold, H.G., Orth, I., Sieper, J.* (2010a): Gewissensarbeit, Weisheitstherapie, Geistiges Leben - Themen und Werte moderner Psychotherapie. Wien: Krammer. S. 367 – 460. http://www.fpi-publikation.de/images/stories/downloads/textarchiv-petzold/sieper-orth-petzold_sorge-um-integritaet_2010.pdf
- Sieper, J., Orth, I., Schuch, H.W.* (Hg.) (2007): Neue Wege Integrativer Therapie. Klinische Wissenschaft, Humantherapie, Kulturarbeit – Polyloge – 40 Jahre Integrative Therapie, 25 Jahre EAG - Festschrift für Hilarion G. Petzold. Bielefeld: Edition Sirius, Aisthesis Verlag.
- Sieper, J., Petzold, H.G.* (2002): Der Begriff des „Komplexen Lernens“ und seine neurowissenschaftlichen und psychologischen Grundlagen – Dimensionen eines „behavioralen Paradigmas“ in der Integrativen Therapie. Lernen und Performanzorientierung, Behaviourdrama, Imaginationstechniken und Transfertraining. Düsseldorf/Hückeswagen. Bei www.fpi-publikationen.de/materialien.htm - POLYLOGE: Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit - 10/2002 und <http://www.fpi-publikation.de/supervision/alle-ausgaben/04-2011-sieper-j-petzold-h-g-komplexes-lernen-in-der-integrativen-therapie-und-supervision.html> Gekürzt in *A. Leitner* (2003): Entwicklungsdynamiken der Psychotherapie. Wien: Krammer. Edition Donau-Universität, 183-251.
- Spence, D.P.* (1982a): Narrative truth and historical truth. New York: Norton.
- Stake, R.E.* (1995): The Art of Case Study Research. Thousand Oaks: Sage.
- Stamm, U.* (1997): Ein Kritiker aus dem Willen der Natur. Würzburg: Königshausen und Neumann.
- Staemmler, F.M.* (2009): Das Geheimnis der Anderen – Empathie in der Psychotherapie. Wie Therapeuten und Klienten einander verstehen. Stuttgart: Klett-Cotta Verlag.

- Stuhr, U.* (2007): Die Bedeutung der Fallgeschichte für die Entwicklung der Psychoanalyse und heutige Schlussfolgerungen. *Psyche*, 61(9-10), 943-965.
- Stuhr, U., Deneke, F.-W.* (Hg.) (1993): Die Fallgeschichte. Beiträge zu ihrer Bedeutung als Forschungsinstrument. Heidelberg: Asanger.
- Sulloway, F.J.* (1979): Freud: Biologist of the Mind. Beyond the psychoanalytic Legend. Boston: Harvard University; franz. Übers. (1998): Freud, Biologiste de l'Esprit. Paris: Fayard; dtsh. (1979): Freud, Biologe der Seele. Köln: Hohenheim.
- Sulloway, F.J.* (1991): Freud's Cases Histories: the social Construction of Psychoanalysis. *Isis*. 82, 245-275.
- Sulloway, F.J.* (2008): Geschichte der Wissenschaft und Freuds Psychoanalyse. In: *Leitner, Petzold* (2008).
- Swanton, H.* (2010): Die Bedeutung von Biographie in der Integrativen Supervision. Bei [www. FPI-Publikationen.de/materialien.htm](http://www.fpi-publikationen.de/materialien.htm) In: Supervision: Theorie – Praxis – Forschung. Eine interdisziplinäre Internet-Zeitschrift - 10/2010. <http://www.fpi-publikation.de/supervision/alle-ausgaben/10-2010-swanton-helga-die-bedeutung-von-biographie-in-der-integrativen-supervision.html>
- Thier, K.* (2010): Storytelling. Eine Methode für das Change Management. Heidelberg: Springer.
- Tschuschke, V.* (2005): Psychotherapie in Zeiten Evidenzbasierter Medizin. Fehlentwicklungen und Korrekturvorschläge. *Psychotherapeutenjournal* 4, 106-115.
- Tschuschke, V.* (2012): Die Fehlentwicklung in der derzeitigen Psychotherapieforschung. Vorträge auf dem 1. AGHPT-Kongress "Humanistische Psychotherapie - Einheit und Vielfalt" am 12./13.10.2012 in Berlin. Audios <http://www.aghpt.de/index.php/vortraege>
- Tschuschke, V., Crameri, A., Koemeda, M., Schulthess, P., von Wyl, A., Weber, R.* (2012): Psychotherapieforschung – Grundlegende Überlegungen und erste Ergebnisse der naturalistischen Psychotherapie-Studie ambulanter Behandlungen in der Schweiz (PAP-S). <http://www.psychotherapiecharta.ch/charta/de/component/jdownloads/finish/18-neue-wiss-artikel/128-pap-s-tschuschke>
- Vandenbroucke, J.P.* (2001): In defense of case reports and case series. *Ann. Internal. Medicine* 4, 330–34.
- Warner, S.L.* (1994): Freud's analysis of Horace Frink, M.D.: a previously unexplained therapeutic disaster. *J. Am. Acad. Psychoanal.* 1, 137-152.
- White, M.* (2007): Maps of narrative practice. New York: W.W. Norton.
- Wright, E.* (2008): The Case for Qualia. Cambridge: MA: MIT Press.
- Yitschaky, O., Yitschaky, M., Zadik, Y.* (2011): Case report on trial: Do you, Doctor, swear to tell the truth, the whole truth and nothing but the truth? *Journal of Medical Case Reports* 5, 179, <http://www.jmedicalcasereports.com/content/5/1/179>