

## TRAUMA TERAPIJA – IZAZOV ZA INTEGRACIJU

*Sažetak:* Trauma je vrlo složeno psihofizičko iskustvo, bez obzira da li traumatski događaj uzrokuje ili ne uzrokuje direktnu telesnu povredu. Novija neurobiološka i psihološka saznanja i pretpostavke obavezuju praktičare da prošire svoju teoriju, ali i praksu. Rad sa traumom u savremenom psihoterapijskom setingu potrebno je izgrađivati na bazi poznavanja funkcionisanja autonomnog nervnog sistema, limbičkog sistema, uticaja procesa vezivanja na razvoj mozga, raznih vrsta memorije, zatim emocionalnog života, klasičnog i operativnog uslovljavanja i mnogih drugih srodnih pojmova. Poslednjih decenija imamo i nove izazove: proširuje se lista ljudskih resura u borbi sa PTSP (sve više se uvažavaju spiritualni resursi) i primetan je porast istraživanja koja potvrđuju validnost koncepta 'posttraumatski rast'.

Trauma terapija postaje izazov za integraciju, ne samo nauke i prakse, već telesnih i verbalnih psihoterapija, kao i psihopatologije, pozitivne i transpersonalne psihologije.

*Ključne reči:* posttraumatski poremećaj, limbički sistem, memorija, psihoterapijska integracija, spiritualni resursi.

### 1. Priroda posttraumatskog stresnog sindroma (ptsp)

Na pitanje šta uzrokuje i šta leči posttraumatski stresni poremećaj, nemamo opšte prihvaćeni odgovor. Od Pjer Žanea do danas postavljene su brojne teorije, a nisu ni retki komentari savremenih naučnika i praktičara: naučne studije o mehanizmima traume, PTSP i memoriji se akumuliraju u toj meri da ih više nije moguće pratiti. Nesporna je činjenica da nema jednostavnih istina o traumi. U radu će biti izložena specifična integracija postojećih shvatanja o traumi i trauma tretmanu iz ugla Babete Rotšild (Babbete Rothschild), kao i neka shvatanja danske telesno-psihoterapijske škole Bodinamik.

U moru novih istraživanja, teorija i opovrgavanja, polazna osnova za predstavljanje PTSP je svakako nesporna njegova psihofizička priroda. PTSP je kompleksno psihofizičko iskustvo, bez obzira da li je traumatski događaj doveo da telesne povrede ili ne. Poremećaj će se najverovatnije pojaviti kada psihološke i somatske stresne reakcije traju duže vremena nakon što su traumatski događaji prošli. Specifična odlika ovog poremećaja jeste i to što traumatski događaj nije zapamćen i prenet u prošlost osobe poput drugih životnih događaja. Ljudi ponovo preživljavaju životno ugrožavajuća iskustva koja su već doživeli, u psihičkoj i somatskoj sferi reaguju kao da se događaji i prošlost i dalje dešavaju.

PTSP je relativno nova dijagnostička kategorija. Prvi put se pojavila u DSM III (APA, 1980) u okviru vrlo ograničene definicije uzroka poremećaja: poremećaj će se razviti usled izloženosti intenzivnim ugrožavajućim životnim iskustvima, koje bi svako, ili skoro svako, smatrao traumatičnim. Potom su prepoznata dva krupna problema u ovom određenju: nije ostavljeno prostora za individualnu percepciju ili iskustvo događaja i pogrešno se pretpostavlja da bi svako razvio PTSP iz takvog događaja. Sada je opšte prihvaćeno da je tip doživljene traume (iako svaki ima svoje jedinstvene karakteristike) manje važan od jačine traume, individualne reakcije i vulnerabilnosti.

Da bi se dobila dijagnoza PTSP, prema DSM IV (APA, 1994), pojedinac mora da bude svedok, da doživi ili na drugi način se suoči sa događajem koji uključuje pravu ili moguću smrt, jaku telesnu povredu ili pretnju fizičkom integritetu; drugo, reagovanje pojedinca na događaj mora da uključi žestoku bespomoćnost, strah ili užas. Tako se događaj definiše kao „traumatski“ kada je uključena smrt ili ozbiljna povreda ili pretnja smrću ili povredom, ili kada pojedinac iskusi jak negativni efekat kao reakciju na događaj. Dakle, u ovom izdanju, naglašava se da su direktna ili indirektna pretnja po život ili dobrobit i reakcija pojedinca na tu pretnju, upravo oni faktori koji čine događaj traumatskim. Iz nalaza brojnih istraživačkih studija, potekao je zaključak da su iskustvo pretnje po život i subjektivan stres značajni prediktori razvoja PTSP.

Događaji koji se mogu kvalifikovati kao traumatski su: rat, seksualni ili fizički napad, uloga taoca ili zatvorenika, terorizam, mučenje, prirodne ili ljudskim faktorom izazvane katastrofe, dijagnoza životno ugrožavajuće bolesti... Poremećaj može da bude posebno jak i dugotrajan kada je stresor ljudsko delovanje.

Postoje tri glavne grupe simptoma koji su tipični za PTSP:

1. Ponovno iskustvo događaja: sećanja na traumu stalno upadaju u svest, bez upozorenja i vidljivih okidača ili podsetnika; osoba može da doživi intenzivno ponovno iskustvo, „flešbekove“; takođe se mogu pojaviti nametljiva sećanja za vreme spavanja, u formi tematski određenih noćnih mora; uz to, kada se suoči sa znakovima povezanim sa traumatskim događajem, bez obzira da li su akutni ili simbolični, pojedinac može da iskusi intenzivne psihološke reakcije (užas, gađenje, depresiju...) i/ili fiziološke reakcije (pojačan rad srca, znojenje, brzo disanje).

2. Hronično hiperuzbuđenje autonomnog nervnog sistema: pojedinac je u stalnom stanju pripravnosti za borbu ili bežanje (fight & flight reakcije), koje je slično onom kako je njegovo telo reagovalo za vreme traumatskog događaja. Za vreme krize, ovo je adaptivno ponašanje, zato što obezbeđuje opstanak. Ali u stabilnom stanju, hiperuzbuđenje ometa dnevno funkcionisanje i vodi iscrpljenosti, troši se velika količina energije za skeniranje okoline, ne bi li se pronašli znakovi opasnosti (hipervigilnost). Pojedinac će verovatno doživeti poremećaj spavanja, smanjenu koncentraciju, razdražljivost i preterano reagovanje na stimulse.

3. Simptomi izbegavanja i umrtvljenosti: reflektuju pokušaj pojedinca da stekne psihološku i emocionalnu distancu od traume. Kako traumatska sećanja upadaju u svesnost, tako se javljaju bolne i negativne emocije koje su povezane

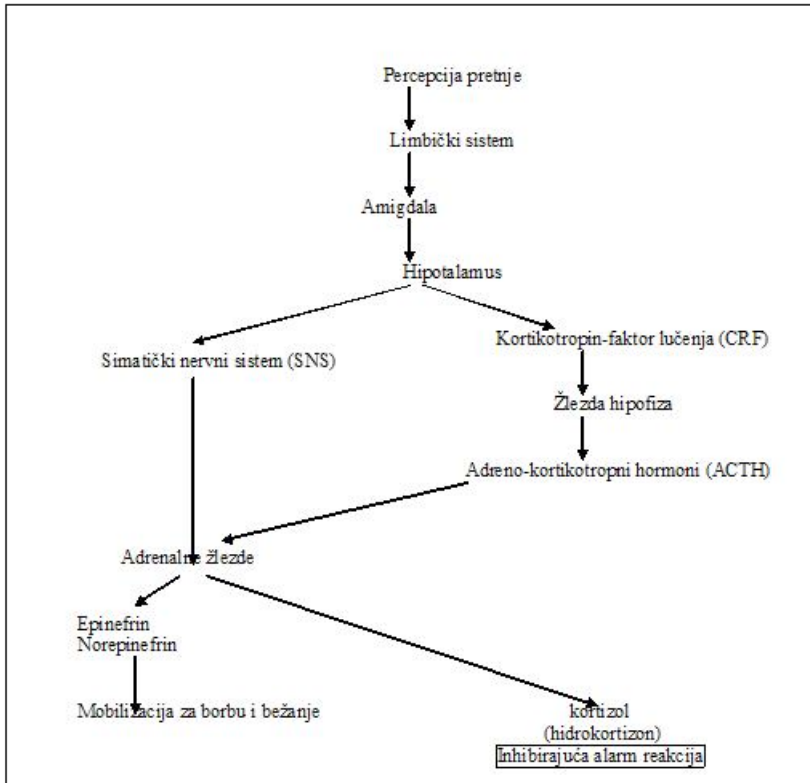
sa osnovnom traumom. Osoba nastoji da izbegne misli i osećanja u vezi traume, izbegava situacije i događaje koji je podsećaju na traumu ili čak može da zaboravi značajne aspekte traume. Slično tome, simptomima disocijacije ili umrtvljavanja osoba nastoji da otcepi averzivna osećanja koja su povezana sa nametljivim sećanjima. Ovo može da postane generalizovano i da vodi ka otcepljenju od većine emocija, pozitivnih i negativnih. Traumatizovane osobe obično izjavljuju da nemaju jaka osećanja ili da su vrlo umrtvljeni, često izveštavaju da žive veoma zaptvorenim načinom života zbog potrebe da izbegnu traumatsko sećanje i emocije u vezi sa tim.

Somatska komponenta u ovom poremećaju je posebno izražena i pre svega deluje kroz simptome koji su karakteristični za hiperuzbuđenje ANS koje je doživljeno za vreme traumatskog događaja (ubrzan rad srca, hladan znoj, ubrzano disanje, povećana pažnja...). U DSM IV takođe se priznaje da simptomi PTSP-a mogu da budu pobuđeni i eksternim i internim signalima traumatskog događaja, odnosno da sami somatski simptomi mogu da budu okidači PTSP reakcije, što čini veoma opasan, začarani krug.

## 2. Normalan i ptsp odgovor na traumatsku pretnju

Uzbuđenje, a time i traumatsko uzbuđenje, posredovano je limbičkim sistemom. Ovaj deo mozga reguliše ponašanje opstanka i emocionalne ekspresije. Primarno obuhvata zadatke preživljavanja poput jela, seksualnosti i instinktivne odbrane – reakcije borbe i bežanja. Takođe utiče i na procesuiranje sećanja.

Limbički sistem, kao „centar preživljavanja“, reaguje na ekstremnu pretnju i stavlja u pogon hipotalamo-hipofizno-adrenalnu osu (HPA), lučenjem hormona koji mozgu govore da se pripremi za defanzivnu reakciju. Kao odgovor na percepciju pretnje, amigdala prenosi alarm hipotalamusu koji uključuje dva sistema: aktivaciju simpatičkog nervnog sistema (SNS) i kortikotropin faktor lučenja (CRH). Ove reakcije se nastavljaju, svaka posebno, ali sa povezanim zadatakom. Najpre će SNS aktivirati adrenalne žlezde na lučenje epinefrina i norepinefrina da pokrenu telo za borbu i bežanje. Ovo se postiže preko povećanja disanja i rada srca da bi se obezbedilo više kiseonika, uklanja se krv iz kože u mišiće za potrebe bržeg kretanja. U isto vreme, u drugom sistemu CRH aktivira hipofizu da luči adreno-kortikotropni hormon (ACTH) kojim će se takođe aktivirati adrenalna žlezda, ali ovog puta da luči hidrokortizon, kortizol. Kada se jednom traumatski događaj završi i reakcije borbe i bežanje uspešno obave zadatak, kortizol će zaustaviti alarmnu reakciju i proizvodnju epinefrin/norepinefrina, pomažući telu da se vrati u homeostatsko stanje (Slika 1).



Slika 1. Hipotalamo- hipofizno-adrenalna osa - normalan odgovor na pretnju

U slučaju PTSP lučenje kortizola nije adekvatno da zaustavi alarmno reagovanje (Yehuda et al., 1990). Limbički sistem nastavlja da šalje naredbe hipotalamusu da aktivira ANS i tako istrajava u pripremanju tela za borbu ili bežanje, čak iako se traumatski događaj završio – možda godinama ranije (Slika 2). Osobe sa PTSP-om imaju niži nivo kortizola i od onih sa psihološkim problemima, kao što je, na primer, depresija (Yehuda et al., 1996, prema Rotschild, 2000).

Ljudi sa PTSP-om žive sa hroničnim stanjem hiperuzbuđenja, što vodi ka fizičkim simptomima, koji su osnova za anksioznost, paniku, slabost, iscrpljenost, rigidnost mišića, probleme sa koncentracijom i poremećaj spavanja. Na taj način nastaje pomenuti opasan ciklus, koji je prvi put pokrenut u funkciji preživljavanja, ali istrajava kao poremećaj.

Zaključak koji se može izvući iz ovih podataka jeste da se, na hemijskom nivou, nastavak reakcija koje su karakteristične za PTSP javlja usled nedostatka proizvodnje kortizola. Nije još sasvim jasno koji je pogonski faktor takvim dešavanjima: trajna percepcija limbičkog sistema ili nedovoljno kortizola.

Postoji još jedan vrlo značajan aspekt hipotalamo-hipofizno-adrenalne ose u pogledu ovog poremećaja, koji se ogleda u odgovoru zamrzavanja (freezing) na

traumatsku pretnju. Reakcije borbe, bežanja i zamrzavanja su automatske reakcije preživljavanja. Zato što su trenutne reakcije, slične su refleksima, ali je mehanizam koji im leži u osnovi složeniji od prostih refleksa. Ako je percepcija limbičkog sistema takva da ima dovoljno snage, vremena i prostora za bežanje, telo skoči u beg. Ako je pak percepcija takva da nema vremena za bežanje, ali ima adekvatne snage za odbranu, telo će se boriti. Međutim, ako limbički sistem opaža da nema vremena ni snage za borbu i bežanje, onda se telo zamrzne. Tada žrtva traume ulazi u izmenjenu realnost, vreme se usporava, bol i strah se ne osećaju više intenzivno. Ova reakcija može povećati i šanse za preživljavanje, jer napadač može da izgubi interesovanje ako se žrtva umrtvi. Kako dolazi do reakcije zamrzavanja?

Simpatički i parasimpatički nervni sistem usklađeno funkcionišu kako bi odgovorili na zahteve koji su karakteristični za svakodnevno življenje. Ali, kada se organizam nalazi u situaciji ekstremnog stresa, dolazi do izmene u njihovom interaktivnom delovanju: prvo limbički sistem pronosi naredbu SNS da pripremi telo za borbu ili bežanje; ako to nije moguće, limbički sistem može istovremeno da aktivira PNS i tako uzrokuje stanje zamrznutosti (tonička nepokretnost). Hemijska slika koja uzrokuje zamrzavanje može da bude povezana sa hipotalamo-hipofizno-adrenalnom osom, ali to još uvek nije potpuno potvrđeno (Rothschild, 2000).

Razumevanje ovih reakcija je vrlo značajno za tretman traume. Za osobe koje su preživele traumatu važno je da shvate da su one trenutne, instinktivne reakcije na ekstremnu pretnju i da nisu nastale pažljivim razmatranjem. Ovo je pre svega od velikog značaja zato što ljudi često osećaju mnogo krivice i sramote zbog zamrzavanja ili telesnog „umrtvljavanja“ i prebacaju sebi što nisu pružili više otpora. U ovim slučajevima, razumevanje procesa zamrzavanja olakšava samoopraštanje.

### 3. Vezivanje, mozak i procesuiranje stresnih događaja

Roditeljima i psihoterapeutima je već odavno poznato da vezivanje (attachment) stimuliše razvoj mozga, dok je za nauku dugo bilo enigmatično zbog čega se to dešava. Sada je sasvim izvesno da je interakcija bebe i odgajivača od izuzetnog značaja za zdrav emocionalni razvoj, upravo zato što takav odnos stimuliše normalno sazrevanje mozga i nervnog sistema, ali i stvara kapacitet za razrešavanje emocionalnih problema u životu (Perry, 1995; Schore, 1994).

Ovi autori su pre petnaestak godina razvili neurološke modele koji nam pomažu u razumevanju značaja dečijeg vezivanja za regulaciju stresnih iskustava tokom života. Primarni odgajivač ima niz veoma važnih uloga. Između ostalog, obezbeđuje zadovoljenje detetovih bazičnih potreba i ima ključnu ulogu u pomaganju detetu da reguliše visoke nivoe stimulacije. Ako je odgajivač u stanju da detetu obezbedi zadovoljenje fizičkih i emocionalnih potreba, on ga zapravo oprema širokim opsegom resursa. Beba koja je dobro zbrinuta biće odrasli koji je u stanju da procesuirati i integriše pozitivna i negativna iskustva. Nasuprot tome, loše zbrinuta beba je pod rizikom da postane odrasla osoba sa problemima u adaptaciji. Verovatno da će im

biti teže da nađu smisao u životnim događajima, naročito stresnim i da će biti vulnerabilniji na psihičke nemire i poremećaje.

Kao što smo u prethodnom delu naveli, limbički sistem je sedište instinkata preživljavanja i refleksa. Dva regiona limbičkog sistema, hipokampus i amigdala, naročito su značajni za razumevanje traumatskog sećanja.

Amigdala procesuirala i pomaže skladištenje emocija i reakcija koje su vezane za događaje pune emotivnog naboja. Ona je visoko aktivna za vreme događaja i tokom sećanja na njega. Hipokampus daje vreme i mesto nekom događaju, procesuirala ga tako da ima svoj početak, sredinu i kraj.

Amigdala je zrela po rođenju, dok hipokampus sazreva kasnije, između druge i treće godine života (Nadel & Zola-Morgan, 1984). Razumevanje razlike u sazrevanju dveju struktura značajno je za objašnjenje fenomena dečije amnezije, odnosno činjenice da obično nemamo sećanja na rane godine života. Dečija iskustva se procesuiraju kroz amigdalu i ona olakšava skladištenje emocionalnog i senzornog sadržaja ovih iskustava. Hipokampus se u to vreme nije razvio tako da memorija ranog dečijeg iskustva uključuje emocionalne i fizičke senzacije bez konteksta ili redosleda.

Da bi se adaptivno procesuirali životni događaji, neophodno je sazrevanje i optimalno funkcionisanje ova dva regiona. Međutim, kako se u susretu sa ekstremnom pretnjom povećava nivo stresa, hormoni koji se izlučuju mogu da uguše aktivnost hipokampusa, dok amigdala ostaje prirodna. Pronađeno je da osobe sa PTSP-om imaju manji hipokampus od obične populacije. Nije sasvim jasno da li je u osnovi te razlike skupljanje hipokampusa usled delovanja hormona stresa ili su ove osobe imale manji hipokampus usled lišenosti kvalitetne interakcije bebe i njenog primarnog odgajivača.

Zdravo vezivanje omogućava detetu da razvije kapacitet za samoregulaciju i pozitivnih i negativnih iskustava. Izgleda da su pozitivna iskustva ključna za optimalnu organizaciju i razvoj specifičnih regiona u mozgu (Perry, 1995).

#### 4. Trauma i memorija

Tačno i pogrešno sećanje na traumu je i dalje vrlo živa kontraverza. Izgleda da se rana sećanja traume mogu ponekad povratiti sa relativnom tačnošću, ali je takođe moguće stvoriti pogrešna sećanja. To se podjednako odnosi i na kognitivna i na somatska sećanja (Rothschild, 2000).

Bolje razumevanje PTSP-a zahteva, pored uobičajene podele na kratkoročnu i dugoročnu memoriju, još jednu podelu - na eksplicitnu i implicitnu memoriju. Uvode se i koncepti senzorne i somatske memorije i istražuju se način korišćenja tela kao resursa u trauma tretmanu.

Eksplicitna memorija se naziva i deklarativna, jer se sastoji od činjenica, koncepata i ideja. Povezana je sa oralnim ili pisanim jezikom, sa rečima; obuvata pamćenje operacija koje zahtevaju razmišljanje, hronologiju, naraciju, značenje. Eksplicitno sećanje na traumatske događaje (ili bilo koje druge) obuhvata sposob-

nost da se prizovu i rasporede u povezanu priču. Drugi aspekt, podrazumeva istorijski precizno postavljanje događaja u čovekov život. Smatra se da je eksplicitno procesuiranje posredovano hipokampusom.

Implicitna memorija, ili proceduralna ili nedeklarativna, obuhvata procedure i unutrašnja stanja koja su automatska; funkcioniše nesvesno, osim ako postane svesna kroz spajanje sa eksplicitnom memorijom. Povezana je sa skladištenjem i ponovnim korišćenjem naučenih procedura i ponašanja. Ona obuhvata i ona ponašanja koja su naučena putem klasičnog uslovljavanja i operantnog uslovljavanja.

Smatra se da je klasično uslovljavanje važno za PTSP, jer je verovatno u osnovi fenomena traumatskih okidača. Dodatan problem je to što je veoma teško da se pronađu, tako da pojedinačan okidač može biti nekoliko generacija udaljen od originalnog stimulusa. Značaj operantnog uslovljavanja za traumatsko reagovanje, između ostalog, može se objasniti na sledeći način: ako su u detinjstvu i mladosti oštro kažnjavani razni prirodni oblici zaštite ili protesta, ove strategije su ugašene pri suočavanju sa kasnijim stresnim događajima.

Istaknimo još jedan fenomen implicitne memorije – ponovno prizivanje – situacija kada trenutno unutrašnje stanje kopira unutrašnje stanje stvoreno za vreme prethodnog događaja. Ovaj proces može da bude pokrenut mnoštvom klasično uslovljenih spoljašnjih okidača. Takođe, do njega se može doći i u uslovima koji kopiraju telesno držanje, kada postularni proprioceptivni nervi mogu da imaju tu moć memorije.

Senzorni sistem je prvi korak memorije, procesuiranja i šifriranja informacija. Eksterocepcija i interocepcija su dva glavna senzorna sistema. Senzorna memorija je suštinska za razumevanje toga kako je postavljeno sećanje na traumatski događaj (Van der Kolk, 1994). Ova sećanja mogu da budu šifrirana kao i sva druga sećanja, implicitno i eksplicitno. Međutim, za osobe sa PTSP-om specifično jeda one nemaju eksplicitnu informaciju koja je neophodna da shvate vlastite stresne simptome, telesne senzacije – od kojih su mnoge implicitna sećanja na traumu. Traumatski flešbekovi takođe mogu da budu okinuti kroz eksteroceptivne i interoceptivne sisteme.

Somatski sistem ima više uloga u iskustvu traume: izvodi traumatske odbrambene reakcije i u saradnji sa propriocepcijom šifrira traumatska iskustva u mozgu. Ponovno prizivanje somatske memorije može se odigrati kada se te iste pozicije, pokreti i ponašanje kopiraju, namerno ili nenamerno.

PTSP je izgleda poremećaj memorije. Osobe ne mogu da shvate svoje simptome u kontekstu događaja koji su preživeli. Njihova traumatska iskustva slobodno lebde u vremenu bez kraja i mesta u istoriji (Rothschild, 2000).

## 5. Flešbekovi

Flešbek je ponovno doživljavanje traumatskog događaja, delimično ili u celini. Najpoznatiji su vizuelni ili auditivni flešbekovi. Ali oni se mogu primeniti i

na somatske simptome koji kopiraju traumatski događaj. Mogu se javiti u stanju budnosti ili u obliku noćnih mora. Traumatski flešbekovi obuhvataju emocionalne i senzorne aspekte traumatskog iskustva, zbog čega su jako uznemirujući. Izgleda da je amigdala nerazdvojiv deo flešbek procesa. Osim toga, flešbekovi se obično stavljaju u pogon kroz klasično uslovljene ili okidače ponovnog prizivanja. Intenzivna uznemirnost koju produkuju povezana je sa osećajem da trauma još traje ili se dešava ponovo.

## 6. Smernice za trauma terapiju

PTSP nije samo psihološko stanje, već poremećaj sa značajnom somatskom komponentom (Van der Kolk, 1994; Rothschild, 2000). Savremeni terapijski rad sa traumom će od praktičara zahtevati da prošire svoju teoriju i praksu: psihoterapeuti i telesno orijentisani psihoterapeuti će morati da obrate pažnju na neurobiološke teorije. Verbalno orijentisani psihoterapeuti treba da uvedu u tretman i somatske simptome, dok će telesno orijentisani psihoterapeuti morati da nađu načina da rade bez dodira i povećaju verbalnu integraciju (Rothschild, 2000).

Ova autorka veruje da je PTSP „sila“ koja premošćuje bar dve razdvojene obale: teoriju i praksu, kao i tradicionalno verbalne i telesno-orijentisane psihoterapije.

### 6.1. Ciljevi trauma terapije

Trauma terapija ima tri osnovna cilja: 1) ujediniti implicitna i eksplicitna sećanja u razumljivu priču o događajima i posledicama traumatskog događaja; 2) eliminisati simptome hiperuzbuđenja; 3) preneti traumatski događaj u prošlost – „to je završeno; preživeo sam“.

### 6.2. Terapeutski odnos

Terapeutski odnos je važan aspekt svake terapije, ali u nekim slučajevima trauma terapije može biti ključan sastojak. Specifično u trauma terapiji jeste da telo ima značajnu ulogu u terapeutskom odnosu: posmatranje znakova uzbuđenja ANS i obrazaca tenzije. Trauma se može ponovo odigrati u transferu, ponekad kao psihološki, a ponekad i kao somatski simptom. Iskustva koja se javljaju u terapeutskom odnosu su primarno šifrirana kao implicitno sećanje na vezivanje, tako da se daje prilika za stvaranje novog pozitivnog iskustva vezivanja (Schore, 1994). Ako se taj zadatak uspešno obavi, klijent će internalizovati novu reprezentaciju odnosa telo-um.

Ponekad će u trauma terapiji biti prioritet da se radi na bezbednosti u samom odnosu, dok se direktan rad na traumi ostavlja po strani. Tada će fokus rada da bude izgradnja resursa, kao što su telesna svesnost, izgradnja granica i dr.



### 6.3. Bezbednost

Bezbednost je prvo pravilo bilo koje trauma terapije i to ne samo u terapijskom odnosu, već i u bezbednosti i klijentovom životu. Traumu je nemoguće razrešiti ako klijent živi u nesigurnom i/ili traumatizujućem okruženju. Druga bitna stavka je identifikovanje i otklanjanje što više okidača, kako bi se njihove negativne posledice smanjile na najmanju moguću meru. Treća bitna stavka je pažljivo i strpljivo izgrađivanje bezbednosti i u terapijskom setingu. Nekim klijentima će trebati godine pre nego što budu spremni da napreduju dalje od izgrađivanja poverenja ka direktnom izlaganju traumatskim sećanjima.

### 6.4. Važni terapijski zadaci

Trauma terapija je više od skupa terapijskih tehnika. Uspešna trauma terapija podrazumeva terapeutovu informisanost o dostignućima u raznim oblastima. Izdvojićemo neke od osnovnih zadataka trauma terapije.

*Razvijanje i/ili ponovno upoznavanje sa resursima* – ako je klijentima na raspolaganju više resursa, prognoza je bolja. Funkcionalni resursi se odnose na bezbednost, poput sigurnog auta, okruženja i dr., fizički resursi obuhvataju fizičku snagu i pokretljivost; psihološki resursi mogu da budu: smisao za humor, inteligencija, kreativnost i sl.; interpersonalni resursi govore o mreži socijalne podrške, dok spiritualni resursi obuhvataju verovanje u višu silu, komunikaciju sa prirodom, itd.

*Otkriti klijentove oaze* – aktivnosti koje klijent obavlja i koje mu omogućavaju da se oporavi od traume ili *pronaći klijentova sidra* – konkretan, očigledan resurs, tj. konkretna osoba, mesto, životinja, koja evocira pozitivna sećanja u umu i telu.

*Razvijanje telesne svesnosti*, odnosno, subjektivne svesnosti o telesnim senzacijama, što omogućava da se zaustavi traumatsko hiperuzbuđenje i odvoji prošlost od sadašnjosti. Rad na ovom zadatku postaje takođe veoma važan da bi se klijentu pomoglo da identifikuje svoja osećanja, ali i kada je potrebno da identifikuje traumatske okidače.

*Somatsko sećanje kao resurs* – somatska memorija nije samo vezana za zastrašujuće traumatske događaje, već telo pamti i pozitivna osećanja.

*Razvijanje dvostruke svesnosti* – sposobnosti da se održi svesnost u jednoj ili više oblasti iskustva istovremeno, perceptivno odvajanje doživljavajućeg i posmatrajućeg selfa (Van der Kolk et al., 1996, prema: Rothschild, 2000). Perceptivno odvajanje je važno da bi klijenti bar intelektualno uvideli da je trauma locirana u prošlosti.

*Relaksacija, rad na mišićima* – oblici rada zavise od konkretnog klijenta ili etape terapije. Ponekad je fokus na relaksaciji i opuštanju mišićne tenzije, a nekada na stezanju i jačanju mišića.

*Rad na granicama* – posebno važan rad kod ovog tipa klijenta je građenje osećaja za granice na nivou kože, kako bi se smanjilo hiperuzbuđenje i jačao osećaj kontrole nad telom.

*Razdvajanje prošlosti od sadašnjosti* – postaviti traumu na njeno pravo mesto – u prošlost.

*Premošćavanje implicitnog i eksplicitnog*–PTSP pravi rascjep između tela i uma, između eksplicitnog i implicitnog. Lečenje podrazumeva spajanje svih aspekata.

Na kraju, važno je istaći da rad sa traumom podrazumeva da će se najpre razrešavati problemi nastali nakon incidenta, a tek onda nastaviti rad sa samim događajem, jer je nekada dešavanje nakon događaja više emocionalno razarajuće.

### Umesto zaključka – skrivene moći traume

Mentalno zdravlje je relativna i dinamična konstrukcija. Napuštanje medicinske patocentrične pozicije pruža i terapeutu i klijentu da u psihičkom problemu vidi potencijal za dalji rast. Ima li trauma još nekih značenja, osim da je „život u svom najgorem izdanju“ (Grant, 1999)? Brojni kliničari i naučnici su, krajem prošlog veka, istraživali načine na koje kritični događaji pružaju mogućnost za pozitivnu ličnu promenu. To ne znači da bi prosto trebalo da pretpostavku da će trauma verovatno rezultirati poremećajem, zamenimo novom pretpostavkom da je rast njen neizbežni rezultat.

Tedeschi i Calhoun (1998) su na osnovu proučavanja ljudi koji su preživeli različite vrste trauma, kao i na osnovu istraživanja pozitivnih promena koje su doživeli u svojoj borbi sa njima, počeli da grade svoj model posttraumatskog rasta. Ove promene obuhvataju: unapređene veze, nove mogućnosti za čovekov život, veće poštovanje života, veći osećaj lične snage i duhovnog razvoja. Izgleda da postoji bazični paradoks kod žrtava trauma: njihovi gubici su proizveli vredne dobiti.

Veoma je izvesno da će se osobe koje su se suočile sa traumom baviti fundamentalnim egzistencijalnim pitanjima o smrti i svrsi života. Mnogo je istraživačkih izveštaja o tome da se osobe suočene sa traumom bave spiritualnim i egzistencijalnim traganjima, da izgrađuju nove filozofije života koje mogu biti razvijenije, zadovoljavajuće i značajne. Mnoge osobe zapravo dovode u pitanje svoj sistem verovanja, zato što su egzistencijalna i spiritualna pitanja postala istaknutija i manje apstraktna (Tedeschi & Calhoun, 2004). „Rvanje“ osoba sa svojom traumom, više je od fizičkih i psiholoških simptoma.

Danska telesno-psihoterapijska škola Bodinamik od 1999. godine razvija specifičan pristup rada sa ljudima koji su preživeli šok ili traumu. Ovaj pristup je orijentisan na resurse i bazira se na najnovijim znanjima iz oblasti traumatologije. Oni ističu da u strukturi ličnosti postoji jedan specifičan nivo svesti koji preuzima kontrolu nad nama u situacijama između života i smrti. To je genije u nama, kažu autori, biološka inteligencija sa kojom se rađamo. On ne može da spreči život da nam donosi bol, ali možemo mu verovati da će preuzeti kontrolu nad nama na najbolji moguć način. Pristup stavlja fokus na upoznavanje klijenta sa ovim delom sebe, u kome leže njegovi izvanredno moćni resursi. Jedan od važnih aspekata ovog trauma pristupa je prepoznavanje vrhunskog iskustva (peak experience, Maslow, 1962, 1968) koje postoji skoro kod svih koji se suoče sa traumom. Izgleda

da u središtu naših najstrašnijih iskustava mogu da se nađu i neka najviša iskustva koja smo sposobni da osetimo.

Izgleda da PTSP ima potencijal da predstavlja „izazov i šansu“ za spiritualni razvoj. Trauma terapija tako postaje izazov za integraciju, ne samo nauke i prakse, većelesnih i verbalnih psihoterapija, kao i psihopatologije, pozitivne i transpersonalne psihologije.

## Literatura

- Grant, R. 1999. Spirituality and trauma: an essay. *Traumatology*, 5:1, E2.
- Jarlmaes, E.M.A. & van Luytelaar J. 2004. The therapeutic power of peak experience: embodying Maslow's old concept. In collection of articles 2004. *Body, breath & consciousness*. Berkeley, California: North atlantic books, 241–263.
- Jerotić, V. 1996. *Neuroza kao izazov*. Beograd: Službeni list SRJ.
- Klisić, Lj. 2004. *Telesna psihoterapija, do orgazma i dalje*. Beograd: Udruženje telesnih psihoterapeuta Srbije.
- Nadel, L. & Zola – Morgan, S. 1984. Infantile amnesia. In M. Moscovitch (Ed), *Infantile memory*. New York: Plenum, 147–172.
- Perry, B.D., Pollard, R.A., Blakley, T.L. Baker, W.L. & Vigilante, D. 1995. Childhood trauma, the neurobiology of adaptation and „use-dependent“ development of the brain: How „states“ become „traits“. *Infant Mental Health Journal*, 16, (4), 271–291.
- Schore, A. 1994. *Affect regulation and the origin of the self*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Resic, P. A. & Calhoun K.S. 2001. Posttraumatic Stress Disorder. In D. Barlow (Ed), *Clinical Handbook of Psychological Disorder*. New York: Gilfor Press, 60–114.
- Rothchild, B. 2000. *The body remember – the psychophysiology of trauma and trauma treatment*. New York: W.W. Norton & Company.
- Tedeschi, R. G., & Calhoun, L.G. 1998. Beyond recovery from trauma: implications for clinical practice and research – Thriving: *Broadening the Paradigm Beyond Illness to Health*. *Journal of Social Issue*, 54, 357–371.
- Tedeschi, R. G., & Calhoun, L. G. 2004. *Posttraumatic Growth: A New Perspective on Psychotraumatology*. *Psychiatric Times*, 21, 4, 58–60.
- Van der Kolk, 1994. The body keeps the score. *Harvard Review of Psychiatry*, 1, 253–265.
- Yehuda, R., Southwick, S. M., Nussbaum, G., Wahby, V., Giller, E.L. Jr., & Mason, J. W. 1990. Low urinary cortisol excretion in patients with posttraumatic stress disorder. *Journal od Nervous and Mental Disease*, 178, 366–369.

Aleksandra Milunović Petrović

## TRAUMA THERAPY – INTEGRATION CHALLENGE

*Summary:* Trauma is a very complex psychophysiological experience, regardless of whether traumatic event does or does not cause direct bodily harm. Latest neurobiological and psychological findings and assumptions are creating an obligation for the practitioners to expend their theory as well as their practice. Trauma work in contemporary psychotherapy setting needs to be built on knowledge about: functioning of autonomic nervous system and limbic system, influence of attachment process on brain development, different types of memory, as well as emotional life, classical and operant conditioning, and many other related issues. In previous decades we also have new challenges: the list of human resources in fighting PTSD is expanding (there is more respect for spiritual resources) and we can notice the increase in researches confirming the validity of concept of posttraumatic growth.

Trauma therapy becomes a challenge for integration, not only of science and practice, but also of body and verbal psychotherapies, as well as psychopathology, positive, and transpersonal psychology.

*Key words:* posttraumatic disorder, limbic system, memory, psychotherapy integration, spiritual resources.