

PSIHIČNA TRAVMA IN PSIHOTERAPEVTSKA OBRAVNAVA TRAVME

Barbara Ivič

*Travma je življenjsko dejstvo.
Vendar pa ni nujno, da je hkrati tudi dosmrtna obsodba.
(Peter A. Levine)*

Povzetek

V uvodnem delu predstavim kratek pregled zgodnjega preučevanja travme v psihoanalizi. Sledi opredelitev travme glede na posamezne kriterije. Razvojna in relacijska travma sta osrednji temi poglavja o travmi v otroštvu, koncept travme pa povežem tudi s teorijo navezanosti. Kot bomo videli, ima travma večji patološki učinek, če se pojavi že v otroštvu, če se ponavlja in če otrok doživlja zlorabo ali zanemarjanje s strani bližnje osebe. V nadaljevanju obravnavam nekatere nevrobiološke in filogenetske vidike travme. Travmatične in stresne izkušnje so pogosto disfunkcionalno shranjene, o čemer pišem v poglavju o naravi travmatičnih spominov. Pri pregledu najpogostejših posledic travme se posebej osredotočim na nevrobiološke posledice, disociacijo in posttravmatsko stresno motnjo. V nadaljevanju obravnavam še dinamiko kompulzivnega ponavljanja in medgeneracijskega prenosa travme, v zadnjem delu pa predstavim sodobne smernice za psihoterapevtsko obravnavo (kompleksne) posttravmatske stresne motnje.

1. Zgodnje preučevanje travme v psihoanalizi

Sigmund Freud je leta 1921 opredelil travmo kot čustveno in fizično bolečino, ki preplavlja psiho in je tako močna, da je ni mogoče obvladovati in integrirati (Benedik 2014, po Goodwinu in Attiasu, 1999). V sodelovanju s Charcotom, Janetom in Breuerjem je preučeval vzroke histerije in ugotovil, da ti ležijo v psihični sferi posameznika, natančneje, v afektu strahu, ki deluje kot psihična travma (Jovanović-Dunjič, 2010). Prva psihološka teorija histerije je temeljila na ideji, da se za vsakim histeričnim simptomom skriva pozabljen spomin na neko afektivno obarvano izkušnjo. Angleški psihoanalitik Joseph Sandler je omenjeno teorijo poimenoval *afekt-travma model*. Spomin na travmatično izkušnjo, ki je samo na videz pozabljena, ostaja prisoten v obliki simptomov (prikrit spomin na travmatično izkušnjo), čustva

pa se razbremenijo na patološki način, npr. s konverzijo v telesni simptom.¹ Simptomi tako predstavljajo sledi spominov na pozabljene travmatične izkušnje.

Freud se je ukvarjal s seksualno naravo potlačenih travmatičnih izkušenj. Sprva je uvedel *teorijo zapeljevanja*, ki pravi, da se za vsakim primerom nevroze skriva izkušnja travmatičnega seksualnega zapeljevanja. Ta naj bi se zgodila v otroštvu pred puberteto. Freud pa je kmalu sprevidel, da je teorija zapeljevanja napačna in da pri mnogih njegovih pacientih ni bilo govora o konkretnih izkušnjah zapeljevanja. Za vzrok histerije ni več veljala realna travma, pač pa nezavedne fantazije in z njimi povezani občutki krivde (Curnow, 2007; Jovanović-Dunjič, 2010). Ta preobrat je pomenil usmeritev Freudovega interesa na notranji svet (dinamično nezavedno), namesto dotedanjega ukvarjanja z zunanjimi vzroki (dejanska travmatična izkušnja). Prav tako je Freud zavrnil idejo, da je primarni psihopatogeni obrambni mehanizem disociacija (ki je, kot bomo videli kasneje, tesno povezana s travmo), pač pa je za tega smatral potlačitev (Schore, 2009, v Čefarin in Žvelc, 2015).

Pomemben prispevek pri preučevanju travme in disociacije je podal **Sandor Ferenczi**. Ponudil je prototip sodobnega posttravmatskega modela disociacije in disociativne motnje identitete (Erić, 2012). Kot psihiater je delal med 1. svetovno vojno in opazil, da je disociacijo ali razcep v osebnosti možno povezati s travmami iz otroštva. Poudaril je, da je izvor disociacije kot obrambe povezan s potrebo po zaščiti psihičnega aparata pred reaktivacijo travmatskega afekta. Zavzel je stališče, da je regresivno podoživljanje zgodnje travmatske izkušnje v analitičnem transferju do neke mere samo po sebi zdravilno, saj krepi aktivno obvladovanje travmatske preteklosti preko odnosa 'tukaj in zdaj'. To idejo potrjujejo tudi sodobni psihoanalitiki.

Zanimanje za travmo se je pomembno povečalo v 60. in 70. letih 20. stoletja ob povratku vojakov iz vojnih območij. Hkrati je bilo vse več javnega diskurza o družinskem nasilju in zlorabah, povečalo se je družbeno zavedanje omenjene problematike. Kljub temu sta bili disociacija in travma pri psihoanalitikih dolgo obdobje potisnjeni v ozadje. Erić (2012) ugotavlja, da je do pomembnega preobrata prišlo v 80. letih 20. stoletja s psihiatrično klasifikacijo **DSM-III-1980**. Prvič v zgodovini psihiatrije so disociativne motnje uvrstili v posebno skupino psihiatričnih motenj in pri psihoanalitikih so ponovno zavzele osrednje mesto zanimanja. Če je Freud v svojem začetnem obdobju obravnaval travmo iz zgodnjega otroštva kot glavni etiološki faktor za razvoj histerije, so kasnejši avtorji raziskovali predvsem povezave med izkušnjo travme in razvojem psihičnih in osebnostnih motenj (Benedik, 2014). Sčasoma se je torej krepilo zavedanje o temeljnem pomenu travme pri etiologiji in patogenezi mnogih psihičnih motenj.

¹ Freud je veliko govoril o simbolični povezavi med travmatičnim dogodkom in simptomi, npr. bruhanje predstavlja moralni gnus, nevralgija psihično bolečino. Ta simbolična vez nastaja z istim mehanizmom, ki ga zdrave osebe uporabljajo v svojih sanjah.

2. Opredelitev travme

Travmo lahko razumemo skozi različne dimenzije – lahko je posledica zgolj enega travmatičnega dogodka, lahko pa gre za kronično, ponavljajočo se travmo; povzroči jo lahko naravna katastrofa ali oseba (agresor); doživi jo lahko odrasel človek ali otrok v najzgodnejšem obdobju; lahko gre za dejanja zlorabe ali zanemarjanja (Darlington, Gibney in Spermon, 2010). Zloraba je lahko fizična, psihična (čustvena) ali spolna.

Robert Oravec pri opredelitvi duševne travme opozarja na pomembnost ločevanja travme od travmatogenega dogodka (*interno gradivo*). **Travmatični dogodek** je življenjski dogodek, ki se ga ne da integrirati s predstavami, ki temeljijo na izkušnjah vsakdanjega življenja. **Travma** je posledica oziroma odziv na travmatični dogodek, pri čemer trajanje in intenziteta travmatičnega dogodka odločilno vplivata na razvoj travme. Koncept fenomena psihične travme torej vključuje izjemno intenzivne, negativne izkušnje, ki ostanejo nepredelane oziroma neintegrirane (disociirane).

Za opredelitev travmatične izkušnje so se v preteklosti uporabljali kriteriji diagnoze posttravmatske stresne motnje (v nadaljevanju PTSM) v DSM-IV (1994). Ti kriteriji zahtevajo, da je posameznik izkusil, bil priča ali je bil soočen z dogodkom ali dogodki, ki so vključevali dejansko ali grozečo smrt ali resno poškodbo ali pa grožnjo telesni integriteti sebe ali drugih. Travmatični dogodki so tako npr. vojna, streljanje, nasilje (spolno, telesno, rop ...), ugrabitev, teroristični napad, mučenje, trpinčenje, naravne nesreče, težke prometne nesreče, diagnosticiranje življenjsko nevarne bolezni idr.

Zgoraj opredeljeno definicijo travmatične izkušnje so mnogi kritizirali zaradi njene ozkosti. Darlington idr. (2010) opozarjajo, da se osrednji kriterij za opredelitev travme v DSM-IV nanaša na fizične posledice, medtem ko premalo upošteva medosebni vidik, specifični vpliv travmatičnega dogodka na otroke ter vpliv zanemarjanja s strani skrbnikov (za otroka namreč ni travmatična le izkušnja zlorabe, temveč tudi zanemarjanje).

Za nastanek travme ni nujna neposredna izpostavljenost travmatičnim dogodkom. Travmatični so lahko tudi dogodki, pri katerih je oseba priča ali pa zgolj izve o travmatičnih dogodkih, ki so jih doživele bližnje osebe. V tem primeru govorimo o **sekundarni travmi**. Raziskave kažejo, da skrb za osebo, ki je doživela velik stres oz. travmo ali sobivanje z njo, pomeni tveganje za razvoj podobnih simptomov, kot jih doživlja žrtev (Repčič, 2008). Najpogosteje so sekundarno travmatizirani družinski člani pa tudi ostali sorodniki in prijatelji. Cvetek (2009) in Oravec (*interno gradivo*) opozarjata, da pri delu z resno travmatiziranimi pacienti obstaja tveganje, da bo tudi terapevt travmatiziran. McCann in Pearlman to imenujeta **deljena ali prevzeta travma** (1990, v Cvetek, 2009). Deljena travma se razlikuje od koncepta kontratransferja, saj se pojavi čez čas in se seštevata iz različnih terapevtskih odnosov, poleg tega ni odraz terapevtovih nerazrešenih vsebin, pač pa je vir težkih občutij v travmatičnih zgodbah pacientov.

Med sodobnimi pogledi se je izoblikovala delitev travm na *travme z velikim »T«* in *travme z malim »t«*. Travme z velikim »T« dosegajo kriterije PTSM (dejanska smrt ali grožnja življenju oz. telesni integriteti), travme z malim »t« pa teh kriterijev ne dosegajo (Cvetek, 2009). Med slednje prištevamo kronične bolezni, težave v odnosih, težave pri študiju ali pri delu, brezposelnost idr. Gre za disfunkcionalno shranjene stresne izkušnje, kar pomeni, da izkušnja ni ustrezno spominsko shranjena in ostane nepredelana. Raziskava Mola idr. (2005, v Cvetek, 2009) je pokazala, da so imeli posamezniki, katerih najhujši dogodek je bil travma z malim »t«, v povprečju celo več simptomov PTSM zaradi tega dogodka kot posamezniki z izkušnjo travme z velikim »T«.

Pri doživljanju in razumevanju nekega dogodka kot travmatičnega je potrebno vključiti tudi razvojne kriterije. Glede na obdobje, v katerem se pojavi travma, ločimo travmo v razvojnem obdobju (t.i. *razvojna travma*) in travmo po razvojnem obdobju (v odraslosti). Medtem ko je lahko nek dogodek za odraslega nepomemben, se lahko izkaže kot zelo travmatičen za razvijajočega se otroka. Poleg tega se lahko otrok, star leto dni, odzove na teden dni dolgo ločitev od matere kot na eksistencialno grožnjo, medtem ko lahko štiriletnik s kognitivnimi sposobnostmi pričakovanja materine vrnitve isto ločitev doživlja kot stresno, ne pa tudi kot travmatično (Cvetek, 2009). Travmatične izkušnje otroka v zgodnjih odnosih s pomembnimi drugimi imenujemo *relacijska travma* pri otroku (Žvelc, 2011). Žvelc v kontekstu neustreznih izkušenj otroka s pomembnimi drugimi uporablja tudi termin *kumulativna travma* (ibid., po Lourie, 1996). Ena sama neustrezna izkušnja v odnosu ni nujno travmatična, travmatski učinek je v kopičenju oziroma ponavljanju takšnih izkušenj. Tudi Benedik (2014) ugotavlja, da se mnogi avtorji strinjajo v tem, da je ponavljajoč, dolgotrajen stres bolj ogrožajoč kot pa enkratni dogodek. Ponavljajoče travmatične izkušnje poznamo tudi pod terminom *kompleksna travma*.

3. Travma v otroštvu (razvojna travma)

Konec 80. let 20. stoletja se je poudarek v raziskovanju travme premaknil na preučevanje travme v razvojnem obdobju. Avtorji so raziskovali povezave med izkušnjo travme in razvojem psihičnih in osebnostnih motenj. Travma ima bolj patološki učinek, če se pojavi že v otroštvu in če se ponavlja (Herman, 1992, v Benedik, 2014). Za otroka je veliko bolj travmatično, če doživlja zlorabo v družini, s strani svojih staršev ali skrbnikov, kot pa s strani neznanih oseb (Benedik, 2014). Če je agresor otrokova bližnja oseba, od katere je odvisen, mu bo ta na eni strani predstavljala vir grožnje, po drugi strani pa upanje za njeno umiritev (Fonagy 1999 in 2001a, v Benedik, 2014). Kot bomo videli kasneje, je takšno travmatsko stanje temelj za razvoj dezorganiziranega stila navezanosti. Družina, ki naj bi predstavljala in omogočala ustrezen razvoj, otroku predstavlja nevarnost, kar ima izredno škodljiv vpliv na njegovo nadaljnje psihično življenje.

Benedik (2014) ugotavlja, da se na žalost negativne okoliščine pogosto združujejo. Otrok, ki je že dedno obremenjen in bolj občutljiv na stres, se sooča z neustrezno vzgojo brez prave čustvene opore, poleg tega pa je izpostavljen še nasilju. Avtor pravi, da je to kot bi nekdo s šibkim imunskim sistemom doživel močan napad okužb. Mogoče so v začetni fazi obrambe še uspešne, kasneje pa pride do 'zloma'. Večje kot je število negativnih dejavnikov, verjetnejša in hujša je psihična travma, ki ne mine niti v odrasli dobi. Večina ljudi je po preživetju travmi tudi bolj ranljiva za pojav novih travmatičnih izkušenj.

Tudi Žvelc (2011) poveže genetsko konstitucijo otrok s kapacitetami za spoprijemanje s stresom. Pravi, da bodo bolje opremljeni otroci že kot dojenčki lahko tolerirali višje nivoje neuglašenosti staršev, preden bodo doživeli travmo. Do motenj lahko pride že v času nosečnosti. Zaradi doživljanja stresa pride do akutne spremembe v materinih hormonih, to pa negativno vpliva na razvoj možganov zarodka in zmanjšuje postnatalne kapacitete za ustrezno odzivanje na stres. Tako bodo dojenčki z zapoznelim razvojem možganov in slabimi regulacijskimi kapacitetami doživljali že nizek nivo relacijskega stresa kot travmatičnega.

Žvelc (ibid.) piše o **zgodnji relacijski travmi**. Izvor te travme so zlorablajoči skrbniki, ki otroku ne nudijo ustrezne zaščite in so neuspešni pri reguliranju njegovih čustev. Ne samo, da otroku ne nudijo varnosti v odnosu, ampak v otroku sprožijo travmatsko stresno reakcijo. Namesto ustrezne čustvene regulacije v otroku pogosto vzbujajo ekstremno stopnjo stimulacije oz. vzbujenja, kar je tipično za *zlorabo*. Za otroka pa je lahko travmatično tudi prenizko stanje vzbujenosti, kar pomeni, da je otrok *zanemarjen*. Tudi Benedik (2014) navaja, da je lahko za otroka travmatična tako prestroga vzgoja in zloraba, kot tudi preveč permisivna in zmedena vzgoja ter izrazito zanemarjanje. V obeh primerih starši ne omogočajo interaktivnega popravila motnje v kontaktu, zaradi česar se lahko otrokova intenzivna negativna čustvena stanja kronificirajo.

Benedik (2014) poudarja, da je pomemben element varnosti občutek nadzora. »Predvidljiv stres je lažje obvladovati kot nepredvidljiv. Otrok, ki je doživel nepredvidljivo izkušnjo zlorabe, se nauči, da če se zloraba že zgodi, je veliko bolje, da ve, kdaj se bo zgodila, kot pa, da ne ve. Agresivno zlorabljeni otroci tako pogosto provocirajo agresiven odgovor okolice in s tem na nek način nadzorujejo pričakovan odgovor.« (ibid., str. 82).

Benedik (2014) in Žvelc (2011) povezujeta koncept travme s teorijo navezanosti. Klinična študija, v kateri so sodelovali otroci, ki so doživeli fizično, spolno ali emocionalno zlorabo, je pokazala, da je bilo kar 80 % teh otrok **dezorganizirano navezanih** (Siegel, 1999, v Žvelc, 2011). Te družine so disfunkcionalne, starši so pogosto prestrašeni, disociirani, dezorientirani in do otrok delujejo zastrašujoče. Njihovi odzivi so zmedeni, zato otrok v takem vedenju ne zmore najti reda in smisla. Ne samo, da se ti otroci ob svojih starših ne počutijo varne, pač pa ob njih doživljajo strah in grozo. Ker nimajo možnosti za boj ali beg, lahko samo 'zamrznejo' in doživljajo transu podobno stanje, kar je lahko začetek kliničnega fenomena disociacije. Taki

otroci imajo veliko verjetnost, da bodo v prihodnosti razvili klinične težave, npr. težave s čustveno regulacijo, pojav sovražnosti in agresivnosti, disociacijo ... (ibid.). Jeza se v patoloških pogojih spremeni v bes, agresijo in sovraštvo. Tak odziv na neobčutljivost skrbnika predstavlja neko vrsto samoobrambe, na sam odnos pa deluje uničujoče. Benedik (ibid.) piše, da otrok vzpostavi nekakšno mentalno distanco, da bi se zaščitil pred zavrženjem, zapustitvijo ali uničenjem. V bistvu gre za disociacijo, fragmentacijo delov realnosti oz. razcep (splitting). »Po sodobnih psihoanalitičnih teorijah je značilna psihološka obramba otrok, ki so doživeli nasilje s strani starša, razcep dobre in slabe podobe o staršu. To je poskus prilagoditve, ohranitve pozitivne, idealizirane podobe starša, ki predstavlja zaščitnika, objekt navezanosti in ki ga ranljiv otrok nujno potrebuje. S tem se odcepi podoba starša kot agresorja, ki predstavlja grožnjo in bolečino. Z razcepom otrok (in kasneje odrasli) te dobre – slabe podobe in izkušnje vzdržuje ločeno eno od druge, niha med eno in drugo skrajnostjo. To nihanje se potem kaže tudi v odnosih z drugimi ljudmi in s samim seboj, kot črno-belo ocenjevanje, doživljanje sebe in drugih v skrajnostih (npr. močne idealizacije, hitra razvrednotenja, izrazita nihanja med pozitivno in negativno samopodobo).« (ibid., str. 80).

Žvelc (2011) ugotavlja, da relacijsko travmo spremljajo pomembne spremembe v biokemiji razvijajočih se možganov. Otrok se na travmo odziva na dva glavna načina, s hipervzburjenjem in z disociacijo. Ko otrok zazna grožnjo, se aktivira avtonomni živčni sistem, kar se kaže v povišanem srčnem utripu, krvnem pritisku, dihanju in mišičnem tonusu. Otrok se odzove z jokom ali kričanjem. Pri tem pride do hitrega in intenzivnega izločanja noradrenalina in adrenalina, ki sprožita hipermetabolično stanje v možganih in motnje limbičnega sistema. Nevrobiologija disociacije je drugačna od nevrobiologije začetne stresne reakcije. V primeru disociacije pride do sproščanja endogenih opiatov, ki omogočajo otopitev bolečine, negibljivost in inhibicijo iskanja pomoči. Izloča se kortizol, ki inhibira vedenje. Kljub povečanemu adrenalinu se krvni pritisk in srčni utrip zmanjšata. Disociacija je mehanizem odmika od neznosne situacije nemoči in obupa. Vključuje zmanjšano čustvovanje, otopitev in izogibanje.

Schore (2003, v Žvelc, 2011) ugotavlja, da imajo zgodnje travmatske izkušnje pomembne trenutne in dolgotrajne posledice na otrokov razvoj. Pomembno vpliva na kapaciteto za vzdrževanje medosebnih odnosov, spoprijemanje s stresom in reguliranje emocij, motnja v razvoju možganov pa predstavlja pomembno tveganje za razvoj različnih psihičnih motenj v odraslosti, predvsem PTSM, mejne osebnostne motnje in antisocialne osebnostne motnje. Avtor zaključuje, da je relacijska travma eden od najbolj psihopatogenih stresorjev, kar jih otrok lahko doživi.

4. Nevrobiološki in filogenetski vidik travme

Možgani nenehno ocenjujejo, kaj je v okolju novega, prijetnega ali pa morda nevarnega. Da bi dosegli to oceno, morajo dobiti senzorno informacijo, oceniti njeno pomembnost in jo

integrirati z že shranjenim znanjem. Senzorni signali potujejo do talamusa, od tam pa v višje, kortikalne dele možganov, kjer so interpretirani. V mnogih primerih pa se možgani na prihajajoče senzorne informacije odzovejo še preden signali pridejo v neokorteks – telo se odzove še preden središča v korteksu zaznajo, kaj se dogaja. Ta takojšnja sposobnost odziva je zelo pomembna za hiter odziv na potencialno ogrožajočo situacijo (Repič, 2008).

Porges je skoval termin **nevrocepcija**, ki se nanaša na posameznikovo zaznavanje nevarnosti (2004, v Čefarin in Žvelc, 2015; Stepišnik Perdih, 2015). Gre za nevrofiziološke procese, s katerimi naš živčni sistem ocenjuje tveganja in nevarnosti v okolju, pogosto na nezavedni ravni, neodvisno od kognicije. Kot vidimo ni pomembno zgolj to, ali v okolju obstajajo dejanski grozeči dražljaji, ampak predvsem kako naš nevronske sistem zaznava ogroženost. Travma lahko »ponastavi« nevrocepcijo, tako da zaznavamo nevarnost, tudi ko je v resnici sploh ni. Dobra novica pa je, da se lahko v varnem okolju psihoterapevtskega procesa nevrocepcija na novo vzpostavi (Stepišnik Perdih, 2015).

Zelo pomembno vlogo pri odzivu na travmatične dogodke, ekstremni stres in nevarnost imata avtonomni živčni sistem² in limbični sistem, ki sta tesno povezana. Amigdala znotraj limbičnega sistema deluje kot »detektor dima«, ki interpretira ali so prihajajoče senzorne informacije grožnja ali ne. Ko oceni situacijo, signalizira avtonomnemu živčnemu sistemu ali naj telo počiva (v tem primeru se aktivira parasimpatični živčni sistem) ali naj se pripravi na boj ali beg (aktivira se simpatični živčni sistem) ali pa naj zamrzne (istočasno se aktivirata simpatični in parasimpatični živčni sistem). Če limbični sistem zazna, da je dovolj časa in moči za beg, bo telo zbežalo. Če zazna, da ni časa za beg, ima pa moč, da se brani, potem se bo telo borilo. V primeru, ko pa ni niti časa za beg, niti moči za boj, nevarnost pa je ekstremna, bo telo zamrznilo in padlo v stanje negibnosti. Če pride v stanju zamrznitve do travme (npr. do posilstva), bo žrtev začela drugače dojemati realnost. Čas se bo ustavil, ne bo več strahu, niti bolečine. Repičeva (2008) še navaja, da se limbični in avtonomni živčni sistem takoj, ko zaznata nevarnost, nemudoma instinktivno odzoveta. Na to ne moremo vplivati s premišljevanjem. Mnogo oseb, ki so med travmatičnim dogodkom zamrznile, kasneje čuti krivdo in sram, ker se niso bile »sposobne« boriti ali zbežati. Vsi trije odzivi, boj, beg in zamrznitev, so avtomatični in so povezani s preživetjem.

Čefarin in Žvelc (2015) povzemata rezultate različnih študij, ki kažejo, da obstajata dve vrsti odziva na travmatično izkušnjo: **hipervzburjenost** (boj, beg) in **hipovzburjenost** (disociacija). Posledica premočnega vzburjenja je apoptoza nevronov (celična smrt), in prav zato, da celice lahko preživijo, se zgodi prehod v hipometabolično oz. disociativno stanje. Pri t.i. **živalskem**

² Avtonomni živčni sistem uravnava gladke mišice in druge notranje organe neodvisno od našega zavestnega nadzora. Deli se na simpatično in parasimpatično živčevje. Simpatikus je aktiven v stanju stresa (tako pozitivnega kot negativnega) in pospeši delovanje notranjih organov; posledica je pospešeno dihanje, poviša se krvni pritisk, srčni utrip, nivo sladkorja in mišičnega tonusa. Parasimpatikus je aktiviran v stanju počitka in sproščenosti in umirja delovanje notranjih organov (Repič, 2008).

modelu lahko vidimo neverjetne podobnosti v disociaciji (človeški odziv na travmo) in globoko zamrznitvijo (živalski odziv na neizogiben šok in nevarnost) (van der Kolk, Greenberg, Boyd in Krystal, 1985, v Čefarin in Žvelc, 2015). Pojav zamrznitve se kaže kot stanje neodzivnosti in negibnosti. Evolucijska prednost nepremičnosti živali je v tem, da le-ta ostane skrita pred plenilcem, saj plenilec pogosto zazna plen prek premikanja. Laboratorijske študije tega fenomena kažejo, da je ključen dejavnik za sprožitev stanja globoke zamrznitve *občutek nemoči* pred nevarnostjo ali bolečino oziroma *pomanjkanje kontrole* nad grozečo situacijo kot je recimo neizbežna smrt. V tem stanju žival opusti beg tudi v primeru, če se pojavi možen izhod iz ogrožajoče situacije. Še naprej kaže znake nemoči in ostane zamrznjena. Levine (2015) trdi, da žival v zamrznjenem stanju vstopi v spremenjeno stanje, v katerem ne doživlja nikakršne bolečine. Tako npr. antilopi ne bo treba trpeti, medtem ko jo bo gepard trgal na kosce.

Ko se ljudje spoprijemamo s tistim, kar zaznavamo kot neizbežno grožnjo, se prav tako kot živali odzovemo z negibnostjo (disociacijo). Rothschildova (2000, v Repič, 2008) v svoji knjigi *The body remembers* razlaga, da se disociacija pojavi, ker telo ni uspelo zbežati, razum pa se zavaruje tako, da se odklopi in s tem »pobegne«. Zlorabljeni in travmatizirani ljudje govorijo o disociaciji, ko opisujejo zlorabo z naslednjimi besedami:

»Zdelo se mi je, kot bi zapustila svoje telo, lebdela nad njim in ga opazovala od nekje drugje.«

»Čas se mi je ustavil. Nisem čutil nobene bolečine. Bil sem kot mrtev.«

»Odkar sem bila posiljena, ne čutim več svojega telesa in zdi se mi, kot da mi je bila ukradena duša, ki je ni več nazaj.« (ibid., str. 57).

Disociacija lahko traja še leta po travmatičnem dogodku. Pogost znak disociacije je tudi depersonalizacija, ki jo zlorabljen oseba opiše z besedami:

»Meni se to ne dogaja. Sploh ne vem, če sem bila res spolno zlorabljen ali sem si vse to morda samo izmislila ali sanjala.« (ibid.).

Pogosto se zastavlja vprašanje, zakaj smo ljudje lahko travmatizirani, živali (v divjini) pa ne. Čefarin in Žvelc (2015) sklepata, da smo ljudje v primerjavi z živalmi bolj nagnjeni k travmi zaradi učinka orbitofrontalne skorje, ki preprečuje povrnitev iz stanja disociacije v normalno stanje. Neokortikalne cone namreč inhibirajo sprostitvev psihične energije, ki se nabere zaradi visokega vznburjenja kot odziv na ogrožajoče dražljaje, medtem ko naj bi živali to energijo sprostile instiktivno. Tudi Levine (2015) meni, da travmatski simptomi izhajajo iz zamrznjenega ostanka energije, ki ni bila razrešena in sproščena. Ta ostanek je ujet v avtonomnem živčnem sistemu, kjer lahko povzroča razdejanje v telesu in duhu. Medtem ko živali v divjini nagonsko sprostijo nakopičeno energijo, se ljudje teh močnih sil ne zmoremo

osvoboditi in se utegnemo nanje fiksirati. Kadar pride do preprečitve vrnitve uma in telesa v normalno stanje, se učinki travme utrdijo in oseba je travmatizirana.

Ob ponavljajočem travmatičnem dražljaju pri ljudeh in ogrožajočem dražljaju pri živalih se poveča dovzetnost za disociacijo oz. globoko zamrznitev. To pomeni, da po principu pogojevanja pride do tovrstnega odzivanja na širši spekter dražljajev, ki so asociirani z grožnjo ali travmatičnim dražljajem (Nijenhuis, Vanderlinden in Spinhoven, 1998, v Čefarin in Žvelc, 2015). Oseba se lahko kasneje tudi na dražljaj, ki jo zgolj asociira na travmo, odzove z disociacijo. Gre za reagiranje na sprožilne dražljaje, pravimo jim tudi *triggerji*.

5. Narava travmatičnih spominov

Schore (2009, v Čefarin in Žvelc, 2015) ugotavlja, da so psihotravmatološke raziskave precej pripomogle k razumevanju razlik med eksplicitnim spominom (deklarativnim, verbalnim) in implicitnim spominom (proceduralnim, neverbalnim).

Eksplicitni spomin je zavesten in potrebuje jezik. Nanaša se na avtobiografske spomine našega življenja (Curnow, 2007). Eksplicitni spomin lahko priključimo in o dogodkih pripovedujemo na koherenten, povezan način. Področje možganov, ki je povezano z eksplicitnim spominom, je hipokampus, ki omogoča, da se nek dogodek shrani. Dogodek se umesti v ustrezen časovni in prostorski kontekst. Ker je eksplicitni spomin povezan z govorom in hipokampusom, ki se razvije šele okrog tretjega leta starosti, se praviloma ne spominjamo dogodkov, ki so se nam zgodili pred tem (Scaer, 2005, v Repič, 2008).

Implicitni spomin je zgodnji spomin, prisoten je že ob rojstvu. Zanj ni potreben govor in se oblikuje pred razvojem verbalne sposobnosti. Pomembna komponenta implicitnega spomina so senzorni in čustveni vtisi o določenem dogodku, na podlagi česar ljudje posameznim vtisom pripisujemo določen pomen. Sam proces pomnjenja ni odvisen od hipokampusa, kot pri eksplicitnem spominu, ampak od amigdale. Težava nastane, ko pri travmi implicitni spomin ni povezan z eksplicitnim. Amigdala deluje neprizadeto, medtem ko je hipokampus zaradi stresnih hormonov blokiran. Ker informacije ne gredo skozi hipokampus, s čimer bi dobile smiselno povezavo s preteklostjo, ostanejo neubesedene ter brez časovnega in prostorskega konteksta (Repič, 2008). K implicitnemu spominu sodi tudi *telesni (somatski) spomin* (Rothschild, 2000; Siegel, 2003, v Cvetek, 2009). V neki ogrožajoči situaciji se tako v implicitni spomin vtisnejo vse senzacije telesa, gibi, napetost mišic med obrambno držo, bojem, begom ali zamrznitvijo. Pri implicitnem spominu nimamo občutka, da lahko sami priključimo tisto, kar ga sproži (Cvetek, 2009). Na primer, če nas je ugriznil pes, ko smo bili stari 6 mesecev, nas je lahko kasneje ob pogledu na psa strah. Občutimo samo strah, ob tem pa ne doživljamo notranjega občutka spominjanja. Pravzaprav se sploh ne zavedamo, zakaj se počutimo prestrašene. Otrok si tako lahko že v prvem letu življenja preko implicitnega spomina

ustvari notranjo reprezentacijo travmatičnega dogodka in jo zadrži daljše časovno obdobje (Čefarin in Žvelc, 2015). Otroci, ki so bili v zgodnjem otroštvu izpostavljeni kronični zlorabi ali zanemarjanju, imajo zelo malo kognitivnega razumevanja glede tega, kako so anksioznost, impulzivnost, socialna in čustvena stiska, zaradi katere trpijo, povezane s prejšnjimi travmatičnimi izkušnjami (Perry, 1999, v Cvetek, 2009).

Travmatični dogodki povzročijo precejšnje deficite oz. okvare pri razvoju eksplicitnega spomina. **Spominske disfunkcije** vključujejo predvsem dvoje (Carlson, Yater in Sroufe, 2009, v Čefarin in Žvelc, 2015):

1) Nezmožnost priklica avtobiografskih informacij

Proces, ki travmatičnemu spominu preprečuje integracijo v koherentno celoto posameznikovega avtobiografskega spomina, je disociacija elementov shranjene izkušnje. Travmatične izkušnje so zato shranjene disfunkcionalno, spomini so neintegrirani in fragmetnirani. Pogosto so shranjeni kot senzorni/telesni in čustveni vtisi, manjka pa povezava z drugimi zavestnimi izkušnjami. Najpogosteje manjka kognitivna predelava izkušnje, občutek za self in lingvistična komponenta. Ker je spomin ločen od jezikovnega konteksta, ne more biti reprezentiran kot verbalno poročilo o preteklosti (Cvetek, 2009).

2) Nenadni vdori travmatskih spominov, t.i. **flashbacki**

Cvetek (2009) in Repičeva (2008) pišeta o preplavljenosti travmatiziranih oseb s telesnimi senzacijami in čustvenimi odzivi, ko v sedanosti določeni dražljaji - trigerji aktivirajo elemente travmatičnega spomina. Te senzacije so lahko tako močne, da posameznik ne zmore ločiti sedanosti od preteklosti. Reagira na nekaj, kar ga asociira na travmo, ne da bi se travme zavestno spominjal. Odzivanje na trigerje je pravzaprav naučeno vedenje in je zelo močno povezano s PTSM.

Repičeva (2008) predstavi različne dejavnike, ki vplivajo na to, ali bo travmatična izkušnja disociirana ali pa se je bo oseba spomnila. Dejavniki so predstavljeni v spodnji tabeli. V prvem stolpcu so navedeni dejavniki pri katerih je bolj verjetno, da travma ostane v spominu, v drugem stolpcu pa so predstavljeni dejavniki, za katere je bolj verjetna disociacija oz. amnezija.

<i>Dejavniki, ki vplivajo na trajen spomin</i>	<i>Dejavniki, ki vplivajo na disociacijo/amnezijo</i>
Travma se je zgodila enkrat.	Travma se je zgodila večkrat ali se je ponavljala.
Travma kot nesreča ali naravna katastrofa.	Travma namerno povzročena s strani osebe.
Žrtev je bila odrasla oseba.	Žrtev je bil otrok.
Podpora in veljavnost (nekdo je verjel).	Zanikanje, prikrievanje, molčanje.

6. Posledice travme

Travma prizadene ljudi na različnih področjih njihovega delovanja – na fiziološkem, psihičnem, kognitivnem, čustvenem, vedenjskem, socialnem in duhovnem področju. Ima pomembno vlogo pri nastanku in razvoju duševnih motenj. Morda najbolj znana posledica nepredelanih travmatičnih dogodkov je posttravmatska stresna motnja (PTSM), mnoge raziskave in avtorji pa omenjajo tudi depresijo, depersonalizacijo, amnezijo in disociacijo, povečano agresivnost in sovražnost do sebe (samodestruktivno vedenje) in do drugih, somatizacijo, kompulzivno vedenjsko ponavljanje travmatičnih scenarijev, upad funkcioniranja na družinskem in poklicnem področju, afektivno disregulacijo, nezaupanje, sram, samoobtoževanje, večje tveganje za razvoj odvisnosti, spremembe v duhovnem doživljanju itd. (Cvetek, 2009, po Repič, 2005, 2006; Schore, 2003; Siegel, 1999; van der Kolk, 1994, 1996, 2001, 2001 idr.).

Benedik (2014) ugotavlja, da lahko učinki travme vztrajajo dolga leta ali pa tudi celo življenje, saj so deli možganov, na katere vpliva travmatski dogodek, manj dostopni spremembam. To so zlasti subkortikalni predeli (možgansko deblo, srednji možgani in limbični sistem), ki so povezani s čustvovanjem in fiziološkimi odgovori organizma.

Disociacija

Erić (2012) piše, da je disociacija odgovor na travmo³. Travma je na osnovi mnogih raziskav razumljena kot nujni predhodni dogodek za razvoj patološke disociacije (Simeon in Loewenstein, 2009, v Erić, 2012).

Disociacija je razcep psihičnih konstruktov kot so zavest, spomin, duša in osebnost (Čefarin in Žvelc, 2015). Gre za zlom integrativnega funkcioniranja posameznika oz. za vsako dezintegracijo v normalnem psihičnem funkcioniranju, od zasanjanosti podnevi do hujše disociativne patologije (depersonalizacija, disociativna motnja identitete). Danes velja mnenje, da disociacija leži na kontinuumu, ki se razteza od normalnih izkušenj do patološke razcepljenosti⁴ (ibid.).

³ Disociacijo je preučeval že Freud. Razumel jo je kot obrambo ega pred intenzivnimi občutki, značilnimi za histerijo, ki jo povzroči travma (zlasti zloraba) v otroštvu (Čefarin in Žvelc, 2015; Erić, 2012).

⁴ Erić (2012) piše, da je značilnost *normalne disociacije* sposobnost, da se oseba počuti kot enoviti self, medtem ko jo hkrati tvorijo multiple oblike selfa. Vsako stanje selfa je del funkcionalne celote, med njimi poteka komunikacija in usklajevanje. Če gre za relativno koherentno osebnost, je disociacija zdrava, prilagojena funkcija človeškega duha. Je osnovni psihološki proces, ki posameznim stanjem selfa omogoča optimalno delovanje, ko je to potrebno, ker krepi integrativne funkcije ega, s tem ko odstrani pretirane ali nepomembne dražljaje, zlasti tiste, ki imajo travmatično naravo. *Patološka disociacija* nastane takrat, ko se jo uporablja v obrambnem smislu, ne pa z namenom prilagoditve. Obrambna disociacija je del evolucijskega odziva, katerega namen je preživetje. Vendar ne varuje samo pred neposredno travmo, temveč se pretvori v psihično strukturo, ki nenehno *pričakuje povratek te travme*. Ta diskontinuirana stanja selfa nenehno budno pazijo na to, da bi preprečili travmo, s tem ko ohranjajo

Diagnostični in statistični priročnik duševnih motenj DSM-V med disociativne motnje uvršča disociativno amnezijo, disociativno motnjo identitete (nekoč imenovano multipla motnja osebnosti), motnjo depersonalizacije in derealizacije ter druge disociativne motnje. Mednarodna klasifikacija bolezni MKB-10 pa med disociativne motnje vključuje disociativno amnezijo, disociativno fugo, disociativni stupor, stanje transa, disociativne motorične motnje, disociativne konvulzije, disociativno anestezijo ter mešane in druge disociativne motnje.

Ločimo tri ravni disociativnih pojavov: primarna, sekundarna in terciarna (van der Kolk, van der Hart in Marmar, 1996, v Čefarin in Žvelc, 2015). Pri **primarnih disociativnih pojavih** gre za nezmožnost integracije senzoričnih in čustvenih aspektov travme v zavest. Oseba se zato *ne zaveda travmatičnega dogajanja v svojem okolju*. S čutili zaznava travmatično dogajanje, vendar ga ne ovrednoti kot tako, ne zaveda se realnosti travme. **Sekundarna disociacija** je razcep med opazujočim in doživljajočim egom. Oseba se zaveda realnosti travme, vendar *je ni sposobna čustveno doživljati*. Ne čuti afektivnih posledic travme, saj je disociirana od njenega preobremenjujočega negativnega čustvenega vpliva. Repičeva (2008) ponazarja, da se nesposobnost čustvenega doživljanja lahko kaže v tem, da travmatizirani opisuje najhujše grozote in zlorabe na način, kot da pripoveduje najbolj vsakdanjo zgodbo. **Terciarna disociacija** je sestavljena iz *dveh ali več ločenih jazov ali egov*. Vsak izmed njih ima suvereno organizacijo čustvovanja, obnašanja in kognicije. Oseba vsako stanje ega čuti kot ločeno identiteto (disociativna motnja identitete).

Nevrobiološke posledice travme

Raziskave so pokazale, da lahko skrajne situacije, kot so močnejše, zgodnejše in kronične izkušnje zlorabe v otroštvu, pomembno poškodujejo razvoj možganov. Posledice travme se kažejo predvsem na hipokampusu, prefrontalnem korteksu in corpusu callosumu (Stepišnik Perdih, 2015, po Siegel). Cvetek (2009) navaja nekaj rezultatov raziskav:

- Raziskave možganske anatomije pri zlorabljenih otrocih so pokazale zmanjšano splošno velikost možganov in oškodovanje medhemisfernega nitja, ki omogoča prenos informacij med obema hemisferama.
- Za žrtve travme je značilno zmanjšano zorenje leve hemisfere in motnje v delovanju limbičnega sistema.
- Raziskava, v katero je bila vključena populacija s PTSM, je pokazala, da so imele osebe s PTSM manjši volumen hipokampusa, kar verjetno zmanjša sposobnost za predelavo elementov spomina v eksplicitni spomin in škoduje pridobitvi občutka sebe v svetu. Po ugotovitvah nedavnih raziskav so spremembe hipokampusa lahko reverzibilne; s pomočjo

percepcijo realnosti, v kateri potencialno neznosna psihična bolečina vedno preži izza vogala. Neprilagodljivost te psihične strukture dela disociacijo patološko.

mentalnih funkcij (npr. psihoterapija, molitev) je hipokampus mogoče ponovno prebuditi in celo spodbuditi k rasti.

- Za osebe s PTSM je značilna večja odzivnost amigdale. Večja aktivnost amigdale je vključena v negativnih čustvih (predvsem kot pogojeni odzivi strahu) in telesnih simptomih, povezanih z avtonomnim vzburjenjem.

Omenjena neposredna možganska oškodovanja, ki so najverjetneje posledica pretiranega izločanja nevtoksičnega stresnega hormona, omejuje zmogljivosti otroka pri integraciji duševnih procesov in čustvene regulacije (Siegel, 2003, v Cvetek, 2009).

Cvetek izpostavi rezultat raziskav, da so posamezniki, ki so bili v otroštvu izpostavljeni zlorabi, nevrobiološko ranljivejši za manjše stresne dogodke v odraslosti. Raziskave so tudi pokazale, da lahko nevrobiološke spremembe, ki so posledica izpostavljenost stresu v zgodnjem življenjskem obdobju, pomenijo povečano tveganje za pojav psihopatologije (ibid.).

Posttravmatska stresna motnja (PTSM)

American Psychiatric Association (2003, v Repič, 2008) opisuje PTSM kot posledico izpostavljenosti stresorju v travmatičnem dogodku. Če PTSM traja manj kot 3 mesece, je motnja akutna, če traja dlje, pa je kronična. Poznamo tudi PTSM z odloženim začetkom, ko se simptomi pojavijo šele po 6 mesecih od travmatičnega dogodka. McNallyjeva (2003, v Repič, 2008) celo trdi, da se lahko simptomi pojavijo šele leta kasneje.

PTSM je anksiozna motnja, ki jo definirajo tri skupine simptomov: podoživljanje, izogibanje in hipervzburjenost, ki trajajo vsaj en mesec po travmatičnem dogodku (American Psychiatric Association, 2000, 2003; v Cvetek, 2009 in Repič, 2008).

1) Pri ***podoživljanju*** travmatičnega dogodka se pojavljajo vsiljeni spomini na dogodek (podobe, misli, zaznave v obliki flashbackov), ki jih spremlja velika fizična in psihična stiska, lahko pa tudi občutek otopelosti. Pogosto se pojavijo tudi mučne sanje o dogodku. Ob izpostavljenosti notranjim ali zunanjim znakom, ki simbolizirajo travmatični dogodek ali pa so mu podobni (trigerji), oseba izkuša stisko in odzive iz časa, ko se je dogodek resnično odvijal. Čuti in doživlja kot da se ji travma spet dogaja.

Primer: »Ženska, ki jo je kot otroka pogosto spolno zlorabljal njen oče, ko je bil v vinjenem stanju, bo lahko vsakič, ko bo zavohala alkohol ali videla kakega pijanega moškega, doživljala pravo grozo, ker se bodo v njej nezavedno prebudila občutja spolne zlorabe. Kot otroku se ji je v intrapsihični svet in v vsa vlakna njenega telesa zapisala zloraba, in čeprav sedaj, ko je odrasla, morda ni nobenega razloga za zlorabo, se ta občutja močno prebudijo.« (Repič, 2008, str. 53).

2) Za osebe s PTSM je značilna **hipervzburjenost**. Posameznik se na dražljaje, povezane s travmatičnem dogodkom, odzove s povečanim fiziološkim vzburjenjem (povečajo se srčni utrip, prevodnost kože in krvni pritisk). Oseba ima težave s spanjem, je razdražljiva, preobčutljiva, doživlja izbruhe jeze ali ima težave s koncentracijo. Pojavi se pretirana budnost, pozornost ali pretirano preplašeno odzivanje. Avtonomni živčni sistem ima pomembno vlogo, da organizem v primeru nevarnosti opozori in pripravi na boj, beg ali zamrznitev, vendar pri travmatiziranih ljudeh zaradi stalne vzburjenosti in alarmiranja izgubi to funkcijo. Čeprav je nevarnost že mimo, je pri osebah s PTSM avtonomni živčni sistem še vedno kronično vzburjen. Alarmna reakcija se kar nadaljuje, travma lebdi v zraku, oseba je ne zaznava kot del preteklosti, ampak kot da se še vedno dogaja. Pri tem ima pomembno vlogo amigdala, ki neškodljive dražljaje, ki zgolj spominjajo na travmo, interpretira kot vrnitev travme.

3) Pri osebah s PTSM se pojavi tudi trajno **izogibanje** dražljajem, povezanih s travmo. Posameznik se izogiba situacijam, mislim, občutkom in pogovorom, povezanim s travmo, ter dejavnostim, krajem in ljudem, ki povzročajo vnovično spominjanje na travmo. Zanimanje in motivacija za dejavnosti se zmanjša, pojavijo se občutki otopelosti, odmaknjenosti in odtujenosti. (van der Kolk, 1995, v Cvetek, 2009).

Primer: »Če je osebo spolno zlorabljal duhovnik, neha zahajati v cerkev in se ji upre vse, kar je cerkvenega. Če je bila spolno zlorabljen v okviru športnih aktivnosti, lahko zanemarja skrb za telo in se izogiba vsakršnim športnim aktivnostim.« (Repič, 2008, str. 56).

PTSM je v splošnem anksiozna motnja, poznamo pa tudi **kompleksno PTSM**, ki je znana tudi pod izrazom »motnje ekstremnega stresa, ki niso drugače določene«. Termin kompleksna PTSM je zasnovala Judith Herman, ki je opazila različne simptome pri pacientih, ki so bili v otroštvu dolgotrajno travmatizirani in pri tistih, ki so doživeli en travmatičen dogodek v odraslosti. Kompleksna PTSM je sindrom psihičnih težav, povezanih z daljšimi in močnejšimi zlorabami. Hermanova je oblikovala šest kategorij simptomov kompleksne PTSM. Ti vključujejo:

- 1) spremembe v čustveni regulaciji, ki vključujejo težave z modulacijo jeze in samodestruktivnosti,
- 2) spremembe v zavedanju in pozornosti, ki vodijo do amnezij ter epizod disociacije in depersonalizacije,
- 3) spremembe v zaznavanju samega sebe (npr. kronični občutek krivde, odgovornosti, nemoči ter osramočenosti),
- 4) spremembe v dojetanju agresorja,
- 5) spremembe v medosebnih odnosih (npr. nesposobnost zaupanja drugim in nesposobnost občutiti intimnost z drugimi) ter

6) spremembe v dojetju smisla oziroma pomena (Darlington idr., 2010; Repič, 2008).

7. Kompulzivno ponavljanje travme

Travma, ki ni predelana, se v vedenju osebe po navadi ponavlja (Fosha, 2003 in Maker in Buttenheim, 2000, v Cvetek, 2009). Ponovi se lahko v direktni ali simbolični obliki. Kompulzivno ponavljanje je znak, da je posameznik fiksiran na travmo in je ni predelal (Curnow, 2007).

Čeprav je travmatizacija boleča, je po drugi strani domača, poznana in pogosto 'najvarneje', kar travmatizirana oseba pozna. Tako oseba ponavlja travmatične izkušnje, pri čemer je lahko v vlogi žrtve ali povzročitelja travme pri drugi žrtvi. Repičeva (2008) opozarja, da je pri tem pomembno razumeti, da je ponavljanje travme prek različnih simptomov (motnje hranjenja, konfliktni odnosi, psihosomatika, nasilje, zasvojenosti ...) za travmatizirane ljudi *prisila*. Četudi si želijo potlačiti ta spomin, v njihovi psihi obstaja nasprotna težnja po ozaveščanju potlačenih vsebin. Kot kompromis med nasprotujočimi silami se bodo potlačene in odcepljene izkušnje pojavile v različnih simptomih, v novi situaciji na nov način. Poleg tega gre za *nezavedno* ponavljanje. Na zavestnem nivoju si vsaka žrtev želi novih izkušenj, »vendar je to tako nevarno in nepoznano, da je preveč tvegano,« še doda Repičeva (ibid., str. 127).

Nekateri drugi motivacijski dejavniki kompulzivnega ponavljanja, ki jih navajata Cvetek (2009) in Repičeva (2008) po sodobni literaturi, so:

- sprostitev in olajšanje močnih, bolečih čustev ter postopna sprostitvev napetosti,
- poskus obvladovanja travmatične izkušnje in v okviru tega spremeniti prvotno nedejavno vlogo v dejavno,
- kompulzivno ponavljanje kot obrambni mehanizem zaščite pred prvotno bolečino,
- kompulzivno ponavljanje z namenom ohranjanja odnosa. V poznejši odnosih pogosto iščemo odnos, kakršnega smo imeli s starši, pa naj je bil še tako travmatičen in zaznamovan z bolečino in zlorabo. To čustveno atmosfero bomo iskali in jo na novo vzpostavljali. Na ta način ponavljamo stari vzorec odnosov, to pa nam zagotavlja odnose v sedanosti in prihodnosti (v smislu boljše slab odnos kot noben odnos). Po teoriji objektivnih odnosov je ponavljanje slabih izkušenj mehanizem preživetja. S tem, ko oseba ohrani odnos s travmatizirajočim objektom (sploh, če je to primarni objekt) se ne počuti sama oz. brez odnosa (Fairbairnova groza stanja brez objekta). Zaradi groze stanja brez odnosa je ponavljanje travmatične izkušnje edina pot duševnega preživetja v labirintu slabih objektov (Cvetek, ibid.).

- Neborsky razlaga, da travmatizirana oseba ne more ravnati zunaj omejitev kompulzivnega ponavljanja, ker so informacije, ki se jih mora »odučiti«, razcepljene in shranjene v implicitnem spominu (2003, v Cvetek 2009).
- Van der Kolk poda biokemično razlago kompulzivnega vedenja in v tem okviru govori o neke vrsti kemični odvisnosti od travme. Med travmo se namreč sproščajo določeni hormoni (endogeni opiat), od katerih lahko žrtev postane odvisna. Zaradi ugodja zasvojenosti, ki ga nudijo hormoni (npr. endorfini), ko se sprostijo, se težko odrečejo adrenalinski privlačnosti iskanja novih situacij in okoliščin, kjer se travma ali vzdušje lahko ponovi. Tovrstna zasvojenost je podobna zasvojenosti z alkoholom ali drogami (1996, v Repič, 2008).
- Osebe z nepredelano hujšo travmo lahko imajo nejasen občutek praznine, vakuuma, dolgčasa in anksioznosti, če niso vključene v dejavnosti, ki spominja na travmo.

Benedik (2014) piše, da po psihoanalitični teoriji primarni objekti otroku predstavljajo model pri iskanju partnerja. Avtor opozarja, da obstaja pomembna verjetnost, da otrok, ki ima izkušnjo agresivnih staršev, v odrasli dobi izbere zakonskega partnerja, ki ima težave z agresivnostjo, saj je to način, s katerim skuša obvladovati svoja agresivna občutja.⁵ To je osnova koncepta retravmatizacije. **Retravmatizacija** pomeni ponovno izpostavljenost dogodku, ki sproža travmatski odziv in je povezan s predhodnim doživetjem, medtem ko **reaktivacija travme** pomeni zgolj podoživljanje pretekle travme.

8. Medgeneracijski prenos travme

Prenos posledic travme na naslednje generacije imenujemo medgeneracijski (transgeneracijski) prenos travme. Cvetek (2009) in Repičeva (2008) pišeta o raziskavah potomcev žrtev holokavsta. Kar nekaj raziskav kaže na številne duševne težave v naslednjih dveh generacijah žrtev holokavsta (težave s samopodobo in z lastno identiteto, depresija, anksioznost, občutek krivde, fobije, kognitivne težave, težave na medosebnem področju, težave s separacijo idr.).

Poglejmo si dinamiko medgeneracijskega prenosa travme. Cvetek (ibid.) navaja različne mehanizme prenosa travme, npr. ponotranjanje, simbioza, empatija, osebna in kolektivna identifikacija, projekcijska in introjekcijska identifikacija, socializacija, neustrezna čustvena regulacija, (medosebna) odvisnost, modeliranje (posnemanje), vzorci odnosov, navezanost, učenje vedenja, čutenja in mišljenja staršev idr. Repičeva (ibid.) ugotavlja, da so otroci tudi v primerih, ko sploh niso vedeli za travmo staršev, imeli simptome kot sekundarne žrtve. To je

⁵ Benedik (ibid.) navaja raziskavo, ki odkriva, da osebe, ki imajo težave v navezanosti, izberejo partnerja s podobnimi težavami. Obstaja tudi pomembna verjetnost, da so si partnerji skladni glede travmatičnih izkušenj iz otroštva. Nadalje, žrtve nasilja si za partnerja pogosto izberejo osebo, ki spominja na agresorja. Številne raziskave kažejo, da so ženske, ki so bile v otroštvu spolno ali fizično zlorabljene, pogosto žrtve spolnega in drugega nasilja tudi kasneje v odrasli dobi.

raziskovalce motiviralo, da so raziskovali tudi (nezavedno) komunikacijo med starši in otroki. Kaže namreč, da se medgeneracijski prenos zgodi posredno z implicitnim vplivom, s komunikacijskim slogom, vzgojnimi praksami in družinskimi interakcijami. Veliko prenosa naj bi tako potekalo z nebesedno dvoumno komunikacijo, zlasti tako, ki vzbuja občutek krivde in s t.i. zaroto molka. Če starši o svojih izkušnjah niso govorili, so si otroci s fantazijo ustvarili zelo patogene slike in jih nezavedno uprizarjali in tako podoživljali usodo staršev. Po drugi strani pa je prekomerna komunikacija pri otrocih povzročala sicer manj depresije in anksioznosti, vendar večji občutek krivde.

Najbolj specifična razlaga, kako se travma prenaša s starša na otroka je mehanizem procesa projekcijsko-introjekcijske identifikacije (Cvetek, 2009 in Repič, 2008). Pri tem procesu posameznik nerazrešeno duševno vsebino, ki je sam ne zmore more nositi in predelati, prenese na druge. Ob tem (nezavedno) upa, da bo drug, če že ne razrešil pa mu vsaj pomagal odložiti te vsebine, da ga ne bodo več obremenjevale. Tako npr. mati z nepredelano travmo svoj nezavedni material (neželene, nesprejemljive in boleče vidike selfa) projicira na svojega otroka. Otrok postane 'kontejner' za materine projekcije (strahove, anksioznost, krivdo, žalost, grozo ...). »*To grozo otrok pije na njenih prsih ali srka vase, ko je v njenem objemu, ko ji zre v oči ves nemiren ali samo s tem, da jo čuti v istem prostoru.*« (Repič, 2008, str. 112). Otrok materino projekcijo ponotranji, se z njo identificira in se začne v skladu z njo tudi obnašati, misliti in čutiti. Tako se oblikuje otrokova notranja reprezentacija realnosti in podoba o sebi.

9. Psihoterapija kompleksne posttravmatske stresne motnje

Čefarin in Žvelc (2015) predstavita sodobne smernice za psihoterapevtsko obravnavo kompleksne PTSM in disociativnih motenj. Te smernice upoštevajo pomembnost stalne čustvene regulacije pacienta, kar mu omogoči optimalne pogoje za integracijo osebnosti. Avtorja ugotavljata, da se je pri delu s pacienti z omenjenimi motnjami uveljavil ***na faze usmerjen pristop***, ki ga je opisal že P. Janet. V začetni fazi terapije je tako potrebno delati na stabilizaciji pacienta in krepitvi ega, šele nato sledi delo s travmatskimi spomini. Pri disociativnih pacientih namreč obstaja nevarnost, da pride do prezgodnjega soočanja s spomini in čustvi, ki so bili disociirani. To lahko povzroči retravmatizacijo in destabilizacijo pacienta.

Na faze usmerjeni pristop vključuje tri glavne faze psihoterapije.

Prva faza: stabilizacija, razvoj varnosti in zmanjševanje simptomov

V prvi fazi terapije je bistvena stabilizacija pacienta in razvoj občutka varnosti. Gre za paciente, pri katerih prevladuje dezorganiziran vzorec navezanosti. Kot otroci so živeli s skrbniki, ob katerih niso mogli razviti temeljne varnosti, ampak so v njih vzbujali občutje intenzivnega strahu, groze in nemoči. Disociacija je pri njih postala način preživetja, saj jih je obvarovala

pred intenzivnimi neprijetnimi občutki. Njihovo izkustvo v otroštvu je bilo, da je svet nevaren in da se na nikogar ne morejo zanesti. Tako je tudi v terapevtskem odnosu pri teh pacientih pričakovati, da ne bodo zaupali terapevtu. Razvoj varnosti in zaupanja je zato temelj kasnejšega dela na spominih in reintegraciji disociiranih delov sebe. Zelo pomemben vidik terapevtskega dela je empatična uglašenost na pacientov notranji svet, terapevtova predvidljivost, konsistentnost in čustvena stabilnost. Razvoj varne navezanosti je proces, ki se odvija skozi celotno psihoterapijo. Pomemben vidik prve faze terapije je tudi jasen dogovor o poteku in okvirih psihoterapije. Pacientu je potrebno predstaviti pravila in meje ter mu pojasniti, zakaj so pomembne. Nekateri 'deli' pacienta lahko namreč pričakujejo, da jim bo terapevt dal vse tisto, česar v preteklosti niso dobili in tako želijo razviti odnos s terapevtom tudi izven terapevtskih okvirjev.

V prvi fazi psihoterapije je bistven tudi razvoj ustrezne čustvene regulacije, ki omogoča večji občutek stabilnosti in olajšanje od simptomov. Osebe s kompleksno travmo namreč nihajo med disociativno otopelostjo in preplavljenostjo s travmatičnimi spomini. Zaradi neintegriranih in nepredelanih spominov so izpostavljeni bodisi hipervzburjenju ali hipovzburjenju. Hipervzburjenje se kaže v preplavljenosti s tesnobo, grozo, flashbacki, hipovzburjenje pa v občutku 'mrtvosti' in odrezanosti od sebe. Razvoj čustvene regulacije poteka na različne načine. V prvi vrsti je terapevtski odnos tisti, ki omogoča regulacijo čustev. Čustvena uglašenost in udeleženos terapevta omogoča kontejniranje pacientovih afektov, ki jih pacient ne zmore nositi sam. Čustvena regulacija se v tej fazi terapije lahko razvija tudi s pomočjo raznih tehnik (tehnik sproščanja, dihanja, čuječnosti itd.) in psihoedukacije. Slednja lahko poleg učenja veščin vključuje tudi razlago teorije travme in disociacije, kar pacientu omogoča boljše poznavanje in sprejemanje samega sebe.

Čefarin in Žvelc (2015) navajata ugotovitev Van der Harta, da je v prvi fazi terapije pomembno povečanje 'mentalne energije' pri pacientih. Pacienti s kompleksno travmo se namreč pogosto izčrpavajo s pretiranim delom, kompulzivno skrbjo za druge, kaotičnim življenjskim stilom in destruktivnimi odnosi. Tako je zelo pomembno, da pacienti razvijejo ustrezno skrb zase (počitek, rekreacija, higiena spanja, telesna vadba, ustrezna prehrana, zmanjšanje stresa, relaksacija, postavljanje mej v prezahtevnih medsebojnih odnosih).

Druga faza: delo s travmatskimi spomini

Druga faza terapije je usmerjena na neposredno delo s travmatskimi spomini, pri čemer je ključno, da je pacient razvil ustrezno kapaciteto za čustveno regulacijo in da zmore tolerirati in sprejemati svoja čustvena stanja. Kontraindikacije za to fazo so primanjkljaj kapacitete za refleksijo, pomanjkljiva samokontrola, psihoza, maligna regresija, nestabilen življenjski stil, zloraba, nestabilnost razpoloženja (Van der Hart idr., 2006, v Čefarin in Žvelc, 2015). Cilj te faze je premagovanje fobije pred travmatskimi spomini oz. predelava in integracija nerazrešenih spominov.

Disociacija se lahko pojavi med samo terapevtsko seanso, zlasti kadar je pacient v stiku z močnimi čustvi ali pa prihaja v stik s spomini, ki se jih 'drugi deli' pacienta nočejo spomniti. Pri pacientih, ki so nagnjeni k disociaciji, je pomembno, da razvijejo zavedanje o stopnji vzburjenosti svojega živčnega sistema. Če pride do hipervzburjenosti, je potrebno upočasniti terapevtski proces in znižati pacientovo stopnjo vzburjenja, ga povabiti 'ven' iz disociiranega stanja. Vzdrževati je treba optimalno stanje vzburjenja, tako da pacient ostaja v 'oknu tolerance'. To pomeni, da lahko vzdrži in kontejnira čustvena stanja in boleče spomine. Pri tem se razvija *dvojno zavedanje*, ko je pacient v stiku z bolečimi izkušnjami iz preteklosti, hkrati pa je prisoten v sedanjem trenutku. Dvojno zavedanje je temelj predelave travmatskih spominov.

Pri predelavi travmatskih spominov ni cilj katarzična sprostitvev potlačenih čustev. Howellova (2011, v Čefarin in Žvelc, 2015) pravi, da je iluzija misliti, da se bomo s katarzo znebili in rešili čustev. Cilj stika z bolečimi spomini je njihovo deljenje med različnimi 'deli' pacienta in s terapevtom. Pri tem je ključna terapevtova uglašenost, občutljivost in sočutje do pacientove bolečine. To služi kot model za pacientov intrapsihični odnos med različnimi deli sebe. Cilj je integracija teh različnih delov sebe. Spomini, ki so bili prej preveč boleči, postanejo vse bolj znosni in so del narativnega spomina.

Pri delu s travmatičnimi spomini je treba imeti v mislih psihologijo multiplih delov sebe (Howell, *ibid.*). Terapevt mora biti pozoren na posamezne dele pacienta in pacientu pomagati, da razreši konflikte med njimi. Pri tem pride do izmenjave informacij in čustev med posameznimi deli, kar je ravno nasprotno mehanizmu disociacije.

V drugi fazi terapije je ključno tudi delo na žalovanju. Ob zavedanju travm iz preteklosti neizogibno pride do žalovanja za tistim, česar ni bilo in za kar je bil pacient prikrajšan. Mnogi so bili prikrajšani za 'normalno' otroštvo, toplino in ljubečo skrb staršev. Žalovanje v terapevtskem procesu je bistveno za rast in osvoboditev iz primeža preteklosti.

Tretja faza: integracija osebnosti in rehabilitacija

V tej fazi je pacient že veliko bolj stabilen, manj disociativen in manj nagnjen k reagiranju na sprožilce (trigerje) travme. Cilj te faze je integracija in soočanje z nalogami vsakdanjega življenja (npr. iskanje ustreznega partnerja, kako se sprostiti v spolnosti, kako šefu postaviti meje itd.). Pri tem uporabljajo znanje in kapacitete iz prvih faz terapije. Za nekatere ta faza ni enostavna, saj se soočajo z življenjem, ki je veliko bolj monotono v primerjavi s prejšnjim kaotičnim, zato morajo premagati odpor do vsakdanjega življenja. Namesto besa zaradi 'krivičnega življenja' čutijo sprejemanje svoje preteklosti. Ta faza je namenjena tudi postopnemu zaključevanju terapije, ki mora biti dobro reflektirano.

Cvetek (2015) je v uvodu svoje knjige *Bolečina preteklosti: travma, medosebni odnosi, družina, terapija* zapisal, da je njegov namen prinesiti dobre novice. Res je, da travma vdre v svetost človekovega doživljanja in v bistvo ljubečih odnosov. Predstavlja zlovesče, izprijene in mučne elemente bivanja, vendar pa je te sile mogoče preseči. Ne samo, da je travma lahko ozdravljena, ampak lahko s primernim vodenjem in podporo povzroči pozitivne spremembe, med drugim večji občutek lastne moči, občutek dragocenosti življenja in medosebnih odnosov, večje sočutje in empatijo, altruizem, poglobljen smisel v življenju in obogatitev življenja z duhovnostjo.

VIRI IN LITERATURA

Benedik, E. (2014). *Osebnost med zdravjem in boleznijo*. Lesce: Samozaložba.

Curnow, R. (2007). *Trauma: a psychoanalytic perspective*. Pridobljeno 13. 1. 2016, s
http://www.aipsych.org.au/articles/aip_trauma_pschoanalytical.pdf

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

Čefarin, D. in Žvelc, G. (2015). Disociacija, travmatski stres in psihoterapija. *Kairos – Slovenska revija za psihoterapijo*, 9 (1-2), 83-102.

Darlington, Y., Gibney, P. in Spermon, D. (2010). *Psychodynamic psychotherapy for complex trauma: targets, focus, applications and outcomes*. Pridobljeno 13. 1. 2016, s
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3218759/>

Erić, L. (2012). Disociativne motnje – splošna razmišljanja. V L. Erić (ur.), *Psihodinamična psihiatrija. Del 5, Somatoformne, disociativne in razpoloženjske motnje* (str. 153-192). Ljubljana: Hermes IPAL.

Jovanović-Dunjić, I. (2010). Klasična psihoanalitična teorija Sigmunda Freuda – psihopatološki model. V L. Erić (ur.), *Psihodinamična psihiatrija. Del 1, Zgodovina, osnovni principi, teorije* (str. 119-166). Ljubljana: Hermes IPAL.

Levine, P. A. in Frederick, A. (2015). *Kako prebuditi tigra: zdravljenje travm*. Ljubljana: V.B.Z. d.o.o.

Mednarodna klasifikacija bolezni in sorodnih zdravstvenih problemov za statistične namene, Avstralska modifikacija (MKB-10-AM). Pregledni seznam bolezni. Šesta izdaja. Ljubljana: NIJZ.

Oravec, R. *Psihotravmatologija*. Interno gradivo na SFU Ljubljana.

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

Stepišnik Perdih, T. (2015). Navezanost in travma: poročilo z mednarodnega kongresa v Rimu od 19. do 21. septembra 2014. *Kairos – Slovenska revija za psihoterapijo*, 9 (4), 159-164.

Žvelc, G. (2011). *Razvojne teorije v psihoterapiji: integrativni model medosebnih odnosov*. Ljubljana: IPSA.