

Domen ČEFARIN, Gregor ŽVELC

Disociacija, travmatski stres in psihoterapija

Dissociation, traumatic stress and psychotherapy

POVZETEK

Predstavlja sodobne teorije disociacije, ki pomembno informirajo sodobno psihoterapijo disociativnih motenj. Pri tem se usmeriva na razvojne, nevrobiopsihološke, filogenetske in kognitivne vidike etiologije disociativnega mehanizma. Pregledala in primerjala sva najmodernejshe teorije vseh naštetih vidikov. Poleg tega sva predstavila še kratko zgodovino raziskovanja disociativnih pojavov. Na podlagi pregleda teorij disociacije je očitno, da se različni vidiki na razvoj disociacije pri posamezniku med seboj dopolnjujejo. Namen članka je najti celostno in koherentno razlago za razvoj in vzdrževanje tako patološkega kot nepatološkega disociativnega mehanizma. Naredila sva sintezo različnih teorij in sodobnih smernic za psihoterapevtsko obravnavo disociativnih motenj.

KLJUČNE BESEDE

travmatski stres, psihoterapija travme, nevrobiologija in etiologija disociacije, disociativna motnjaz

ABSTRACT

The review of contemporary theories of dissociation, which inform psychotherapy with dissociative disorders is presented. The article encompasses several aspects on etiology of dissociative mechanism; developmental, neurobiopsychological, phylogenetic and cognitive aspect, respectively. The modern theories from each aspect are overviewed and compared. Authors include also short overview of the history of research of dissociative phenomena. Review of theories of dissociation shows that different theories of dissociation are complementary. The goal of the article was to find a comprehensive and coherent explanation for the development and self-maintenance of pathological and non-pathological dissociative mechanisms. In the article authors present an attempt of synthesis of different theories of dissociation and contemporary guidelines for psychotherapy treatment of dissociative disorders.

KEY WORDS

traumatic stress, trauma treatment, neurobiology and etiology of dissociation, dissociative disorder

DOMEN ČEFARIN, DIPL. BIOPSIHOLOG, ŠTUDENT DRUGEGA LETNIKA MAGISTRSKEGA ŠTUDIJA BIOPSIHOLOGIJE NA UNIVERZI NA PRIMORSKEM, UP FAMNIT, ODDELEK ZA PSIHOLOGIJO; DOMEN.CEFARIN@GMAIL.COM, 040 614 050

DOC. DR. GREGOR ŽVELC, KLINIČNI PSIHOLOG, PSIHOTERAPEVT, UNIVERZA NA PRIMORSKEM, FAKULTETA ZA MATEMATIKO, NARAVOSLOVJE IN INFORMACIJSKE TEHNOLOGIJE, ODDELEK ZA PSIHOLOGIJO IN UNIVERZA V LJUBLJANI, FILOZOFSKA FAKULTETA, ODDELEK ZA PSIHOLOGIJO, GREGOR.ZVELC@GUEST.ARNES.SI, 041 903 974

ČLANEK POMEMBNO IZHAJA IZ DIPLOMSKE NALOGE Z NASLOVOM 'MULTIDISCIPLINARNI PREGLED ETIOLOGIJE POJAVA DISOCIACIJE' AVTORJA DOMNA ČEFARINA, KI JE NASTALA POD MENTORSTVOM DOC. DR. GREGORJA ŽVELCA NA UP FAMNIT, ODDELEK ZA PSIHOLOGIJO.

EXTENDED ABSTRACT

Dissociative psychological phenomena such as compartmentalisation of consciousness, memory, soul and personality have been the object of scientific and semi-scientific study for centuries. The first important researcher and theorist on the subject matter was Pierre Janet (1859-1947), who defined dissociation as a process in which normally integrated mental functions are compartmentalised in a way that they function automatically and outside the field of conscious awareness. His theories about dissociative psychological structure and aetiology are still relevant today due to his focus on the role of dissociation in traumatised patients (Van der Hart & Horst, 1989).

Through history, dissociation was conceptualised in two importantly different ways; the narrow and wide concept of dissociation (Van der Hart & Dorahy, 2009). The older, narrow concept predominantly focused on aetiology and structure of dissociative phenomena. It differentiated between dissociation induced by hypnosis and dissociation caused by traumatic events. Hypnotically induced dissociation is transient and passes relatively quickly. Traumatically induced dissociative phenomena on the other hand, are psychopathological and time-resistant. The compartmentalised parts of personality and their memory structures, emotional functioning and behavioural patterns are stable and self-sustaining. If they are not effectively treated, it is very likely that compartmentalised parts of the psyche will persist (Van der Hart & Dorahy, 2009).

The wider conceptualisation of dissociation, prevalent in science from the 1980's, is focused more on the phenomenology of dissociation and not so much on the aetiology and structure. Any disintegration of psychological functioning is now considered to be a dissociative process. Dissociative phenomena lie on a continuum that stretches from 'normal' experience (i.e. daydreaming) to pathological disintegration (i.e. derealisation or dissociative identity disorder). A clarification of the concept is therefore needed (Van der Hart & Dorahy, 2009).

In this article we review research and theories of the aetiological mechanism of dissociation from multiple scientific disciplines. By taking into account modern developmental, bioneuropsychological, cognitive and phylogenetic views on dissociation we make a synthesis of findings about the aetiology of dissociative mechanism and its phenomenology. We also describe a modern psychotherapy approach to treating dissociative pathology, which is influenced by these theories.

The child's primary developmental task is developing a secure attachment to his/her primary caregiver (usually mother). The mother's role is to recognize child's non-verbal messages about his/her inner affective states and to regulate them (Schoré, 2009). The quality of this early emotional regulation is not only linked to the development of attachment but also to the development of the child's ability to regulate his/her own affective states later in life. Children who are subjected to abuse or neglect experience prolonged periods of unregulated affective hyper-arousal. The child's autonomic nervous system responds with increasing heart rate, faster breathing, higher blood pressure, cries and screams. If this state is not interactively regulated by caregiver, the dissociative autoregulative hypo-arousal follows. The child no longer responds to outside stimuli or responds in a minimal way. He/she shows minimal emotions, seems numb and aloof

(Schore, 2009). Sometimes children with dissociative symptoms speak of themselves in a third person, report hearing inner voices and talk to imaginary friends (Waters, 2005). Dissociative symptoms are most commonly intertwined with a disorganized attachment style. Both constitute a failure to organize one's identity, memory, consciousness and perception (Liotti, 2009).

There are two different types of a neurological response to a traumatic situation: hyper- and hypo-excitation (Bremner et al., 1999; Perry, Pollard, Blakley, & Vigilante, 1995; Schore, 1997). Activity of the vagus nerve is especially important in this response. Porges' polyvagal theory (Porges, 1997, 2001, 2004, 2007) explains that the vagus nerve has two branches, one modulating the ventral mammalian vagal nervous system and the other modulating phylogenetically older, dorsal reptilian vagal nervous system. While the mammalian vagal nervous system inhibits the sympathetic nervous system and prepares it for social interaction, the reptilian vagal nervous system regulates the freeze response in most vertebrates (Porges, 1997). Both systems are also part of human nervous functioning. The more the outside stimulus is threatening and unescapable, the more the phylogenetically older branch is activated. In a healthy individual, the mammalian vagal branch is mostly active and the person is calm and ready for social interaction. If there is a perceived threat in the environment, this inhibition of sympathetic excitation is stopped and the individual is prepared for the 'fight or flight' response. He/she is hyper-aroused. If the perceived threat seems unescapable or unresolvable to the individual, then the reptilian branch is activated. Despite high adrenaline blood levels, blood pressure and metabolic activity are lowered. The individual experiences a dissociative psychological state (Porges, 1997, 2001, 2007).

Researchers studying animal models of dissociation have also found similarities between human physiological symptoms in dissociative states and the freeze response in animals. They found cognitive deficits, strong parasympathetic tone, an inability to learn and a tendency to preserve the behaviour by conditioning (Scaer, 2001).

Although subcortical processes trigger dissociation, the cortex is the key to self-sustaining properties of dissociative pathology. Pathological dissociation is the result of inefficient processes in the frontal cortex which cannot modulate the beginning and the end of dissociative response. The loss of orbitofrontal functions, which are impaired in dissociative patients, cause the loss of ability to integrate past, present and future and make patients less effective in social situations (Lipton, Alvarez, & Eichenbaum, 1999). Dissociative identity disorder patients were shown to have significantly lower blood flow in orbitofrontal cortical brain regions (Sar, Ünal, & Öztürk, 2007).

Pathological dissociation impairs explicit memory recall and the conversion of implicit memory to explicit verbal representations. The individual is therefore unable to recall the traumatic event and unable to describe the implicit internal representations that were formed during the traumatic period (Schore, 2009). Many brain regions play an important role in dissociative memory dysfunctions, especially the amygdala. Its hyper-activation during a traumatic event inhibits the hippocampus and causes explicit memory of the event to disintegrate (Layton, & Krikorian, 2002). It is also responsible for consolidation of implicit memory of the event (McNally, & Amir, 1996).

Other dissociative memory dysfunctions are flashbacks and context-related memory

recall (Carlson, Yater, & Sroufe, 2009). Test subjects who are more prone to dissociate show slower cognitive processing of potentially dangerous stimuli than those who are less likely to show dissociative behaviour (Waller, Quinton, & Watson, 1995).

Reviewed theories and research findings about dissociation significantly influence modern approach to psychotherapy treatment of dissociative disorders. In the article we present various psychotherapy techniques and strategies based on the three phase approach to trauma treatment:

- a) Stabilisation, development of safety and reduction of symptoms,
- b) Working with traumatic memories, and
- c) Integration of personality and rehabilitation.

This approach was already developed by Janet and advocates ego strengthening and stabilisation procedures before working on traumatic memories (Van der Hart, Nijenhuis, & Steele, 2006; Howell, 2011).

Conclusion

Reviewing dissociation theory, we concluded that psychological views of dissociation complement neurobiological findings about dissociative phenomena. The biological mechanism of aetiology of dissociation, especially the vagus construct, is present in humans as well as in phylogenetically older species. Because the quality of child's relationship with his/her primary caregivers is developmentally essential for a human being, we concluded that disturbances in those relations represent threatening stimuli for a child and are traumatic. Those relational deficits might even seem life-threatening to a child in a similar way that predator presence is threatening for 'less evolved' vertebrates. Abuse and neglect are therefore perceived as unescapable or unresolvable threatening situations and trigger the dissociative response. Important deficits occur in the development of the hippocampus and amygdala, which explain later memory impairments. Deficits in the frontal cortex also occur which are connected to individual's inability to regulate his/her emotional states.

Furthermore, an attempt to synthesize neurobiological and psychological theories of the aetiology of traumatic memory and its inaccessibility and compartmentalisation seems necessary. A question is in order: whether the inaccessibility of traumatic memories is due to impairment of hippocampus functioning during trauma or whether it is a defensive mechanism against the unbearable affect and threat of losing the primary caregiver? It might be the same phenomenon, explained in two different ways, from two different scientific perspectives. The threat of loss of contact with the primary caregiver and an overpowering affect also cause physiological damage to the hippocampus due to neural overactivation that causes memory loss.

We also presented modern approaches in the treatment of dissociation. They are informed by modern theories of dissociation and emphasize the importance of emotional regulation of the client in order to develop an optimal environment for integration of his/her personality. Some questions remain open especially about the width of the concept of dissociation.

Uvod

Pojav disociacije oziroma razcepa psihičnih konstruktov kot so zavest, spomin, duša in osebnost je že stoletja predmet znanstvene in poljudno-znanstvene obravnave s strani različnih znanstvenih disciplin. Začetki ukvarjanja segajo v konec 18. stoletja v čase raziskovanja animalističnega magnetizma oziroma hipnoze, ko je Marquis de Puységur (1751-1825) prvič opisal stanje posameznika, katerega zavest je razdeljena v dve 'ločeni eksistenci' (Van der Hart in Dorahy, 2009). S pojavom so se kasneje ukvarjali psihiatri, zdravniki, psihoanalitiki, psihologi, filozofi, biologi in v današnjem času tudi psihotraumatologi, nevrologi in nevroznanstveniki.

Prvi pomembni raziskovalec pojava disociacije je bil Pierre Janet (1859-1947), ki je disociacijo opredelil kot proces, kjer se mentalne funkcije, ki so normalno integrirane, razcepijo in delujejo avtomatično in izven sfere zavedanja. Posameznik prav tako ni zmožen spominskega priklica teh razcepljenih mentalnih funkcij. Ker je podal prvo koherentno razlago o disociativni psihični strukturi in njeni etiologiji in se je osredotočal predvsem na vlogo disociacije pri travmatiziranih pacientih, je njegova teorija relevantna še danes (Van der Hart in Horst, 1989). Janetovo doktorsko delo *Psihološki avtomatizem: Esej iz eksperimentalne psihologije o inferiornih oblikah človeške aktivnosti* iz leta 1889 velja za najpomembnejše delo o disociaciji v zgodovini (Van der Hart in Dorahy, 2009). Janet je patološko disociacijo smatral za fobijo pred spomini v smislu prekomernih fizičnih odzivov na spominjanje travme v otroštvu. Po mnenju Braudea (2009) je Janet imel disociacijo za šibkost oziroma nezmožnost osebe pri integraciji zavesti zaradi travmatskega dogodka. Tovrstne kognitivne, senzorne in motorične spremembe naj bi bile adaptivne v kontekstu travme, vendar pa spremenijo stanje zavesti. Močnejši kot je učinek travme, bolj trdovratna in obsežna je dezintegracija. Disociirani posamezniki izgubijo tudi zmožnost asimilacije novih izkušenj, zato opazovalcu izgleda, kot da se je njihov osebnostni razvoj ustavil (Nemiah, 1998; Van der Hart in Dorahy, 2009).

Disociacijo je raziskoval tudi Alfred Binet, prav tako francoski psiholog, ki je v eksperimentalnih delih potrdil številne ugotovitve, do katerih so prišli ostali avtorji teorije disociacije. Ugotovil je, da tudi ko stanja zavesti ne vedo druga za drugo, med njimi lahko pride do izmenjave informacij (Erić, 2012).

Na Dunaju je disociacijo preučeval tudi Sigmund Freud, ki jo je smatral kot obrambo ega pred intenzivnimi občutki, značilnimi za histerijo, ki jo povzroči travma v otroštvu, zlasti zloraba (Freud in Breuer, 2002). Kmalu po tem pa je Freud zavrnil idejo, da je primarni psihopatogeni obrambni mehanizem disociacija, pač pa je za tega smatral represijo (Schore, 2009).

Disociacija je bila skozi zgodovino preučevanja konceptualizirana na dva pomembno različna načina; tako imenovana ozki koncept in široki koncept disociacije (Van der Hart in Dorahy, 2009).

Ozki koncept je bil aktualen od začetka preučevanja pojava do približno sredine 20. stoletja in zajema izključno razcep zavesti in osebnosti. Obstajata vsaj dve pomembni verziji tega pogleda; hipnotično inducirana disociacija in travmatično inducirana disociacija. Hipnotično inducirana razcep zavesti s strani hipnoze drugih ali avtohipnoze je

po naravi prehodni oziroma relativno hitro minljiv. Pod vplivom hipnoze je obravnavana oseba kazala dva ali več tokov zavesti, od katerih je bil vsaj eden izven njenega zavedanja. Takoj ko je oseba izstopila iz hipnotičnega stanja, ji ti tokovi niso bili več dostopni (strukturna vsebina psihe se je spremenila nazaj). Pomembno je omeniti, da so pod hipnozo taki razcepi mogoči pri psihično zdravih ljudeh in ne samo pri pacientih (Van der Hart in Dorahy, 2009).

Disociativni fenomeni inducirani s travmo pa so po naravi psihopatološki in časovno obstojni. Pojavijo se tako pozitivni kot negativni disociativni simptomi, ki so psihofornni in somatofornni. Spominske strukture, čustveni spekter in vedenjski vzorci razcepljenih delov osebnosti se sami vzdržujejo, so stabilni in ob odsotnosti učinkovite terapije taki tudi ostanejo. Prav povezava med disociativnimi pojavi in travmo je ključna pri modernem preučevanju patoloških vidikov disociacije (Van der Hart in Dorahy, 2009). To potrjuje naraščajoč spekter kliničnih in empiričnih raziskav (Bremner idr., 1992; Butler, Duran, Jasiukaitis, Koupman in Spiegel, 1996; Classen, Koupman in Spiegel, 1993; Hulse, 1991; Krystal, Bennet, Bremner, Southwick in Charney, 1996; Marckelbach in Muris, 2001; Marmar idr., 1994; Putnam, 1985; Spiegel, 1984; Van der Hart, Nijenhuis, Brown in Steele, 2004; Van der Hart, van Dijke, van Son in Steele, 2000).

Širši koncept disociacije, ki je aktualen od osemdestih let 20. stoletja, pa daje poudarek bolj na fenomenologijo disociacije, kot na njen etiološki izvor. Fokus je prešel iz opazovanja same strukture disociirane psihe na simptome oziroma fenomene, ki se jih da navzven opazovati. Zato je koncept disociacije postal širši, tako da se je na disociacijo začelo gledati kot na vsako dezintegracijo v normalnem psihičnem funkcioniranju; od zasanjanosti podnevi do hujše disociativne patologije kot sta npr. depersonalizacija in disociativna motnja identitete (Van der Hart in Dorahy, 2009). Pri opredeljevanju etiologije je bolj eklektičen in kot vzroke za nastanek patološke disociacije navaja na primer ožanje polja zavesti, postravmatsko razdeljeno osebnostno strukturo, paralelne tokove zavesti itd. Danes velja mnenje, da disociacija leži na kontinuumu, ki se razteza od normalnih izkušenj do patološke razcepljenosti. Prav zato nekateri avtorji poudarjajo pomen razjasnitve koncepta disociacije (Van der Hart in Dorahy, 2009).

Psihiatrične klasifikacije skušajo bolj natančno opredeliti kriterije disociativnih motenj. Diagnostični in statistični priročnik duševnih motenj DSM-V (American Psychiatric Association, 2013) med disociativne motnje uvršča: disociativno amnezijo, disociativno motnjo identitete, motnjo depersonalizacije/derealizacije in druge disociativne motnje. Mednarodna klasifikacija bolezni (MKB-10) pa med disociativne (konverzivne) motnje vključuje disociativno amnezijo, disociativno fugo, disociativni stupor, stanje transa, disociativne motorične motnje, disociativne konvulzije, disociativno anestezijo ter mešane in druge disociativne motnje (World Health Organization, 1994).

V tem članku bo fokus predvsem na patološkem mehanizmu s travmo induciranih disociativnih fenomenov. Obravnavan bo sam mehanizem disociacije in ne različne psihopatološke oblike disociativnih motenj. Namen je pregledati ugotovitve različnih znanstvenih disciplin, ki se ukvarjajo s pojavom in najti sintezo sklepov o etiologiji disociativnega mehanizma in njegove fenomenologije. Pri tem bomo upoštevali predvsem razvojni, bionevropsihološki, kognitivni in evolucijski oziroma filogenetski vidik. Omenjene teorije so zelo pomembne tudi za psihoterapevtsko delo, zato ob koncu članka povzamemo sodobne smernice za delo z disociativnimi motnjami.

Razvojni vidik disociativnih pojavov

Van der Kolk, van der Hart in Marmar (1996) razlikujejo med tremi ravnmi disociativnih pojavov: primarni, sekundarni in terciarni. Primarne disociativne pojave opišejo kot nezmožnost integracije senzoričnih in čustvenih aspektov travme v zavest. Zaradi te nezmožnosti se oseba ne zaveda travmatskega dogajanja v svojem okolju oziroma realnosti te travme. Oseba torej s čutili zaznava travmatsko dogajanje okoli sebe, vendar ga ne ovrednoti kot tako. Z drugimi besedami, oseba zaznava travmo, vendar se ne zaveda njene realnosti. Sekundarna disociacija je opisana kot razcep med opazujočim in doživljajočim egom. Oseba se zaveda realnosti travme, vendar pa ne čuti njenih afektivnih posledic, je disociirana od njenega preobremenjujočega negativnega čustvenega vpliva. Terciarna disociacija pa je sestavljena iz dveh ali več ločenih jazov ali egov. Vsak ima suvereno organizacijo čustvovanja, obnašanja in kognicije. Oseba vsako stanje ega čuti kot ločeno identiteto. Terciarna disociacija je najbolje ponazorjena z disociativno mošnjo identitete.

Etiologija razvojne travme in disociacije v kontekstu oblikovanja navezanosti

Glavna razvojna naloga v prvem letu človeškega življenja je vzpostavitev varne navezanosti na mater, katere uspešnost je odvisna od materine psihobiološke uglasenosti na otrokova notranja stanja (Schore, 2009). Naloga matere je, da prepozna otrokova neverbalna sporočila o njegovih notranjih stanjih, jih regulira in sporoči nazaj otroku. Dovoliti mora tudi visoke nivoje pozitivne vzdraženosti ob skupni igri z otrokom. Skrbeti mora, da pravilno modulira preveč ali premalo vzdraženega otroka, saj so raziskave pokazale, da vzpostavitev varne navezanosti vpliva na razvoj desno-hemisferskih možganskih struktur (Schore, 2009). Optimalna komunikacija pri vzpostavljanju navezanosti vpliva na razvoj centralnega živčnega sistema, predvsem dela, odgovornega za procesiranje socialno-družbenih dražljajev in pa avtonomnega živčnega sistema, ki skrbi za somatski vidik čustev. Zato se kvaliteta materine regulacije otrokovih čustev kasneje v njegovem življenju kaže v otrokovih sposobnostih regulacije afekta in njegovi psihološki opremljenosti za shajanje s stresom. Vzpostavitev varne navezanosti je zato najboljša obramba pred psihopatologijo inducirano s travmo (Schore, 2009).

V nasprotju s starši, na katere se otrok varno naveže, so zlorablajoči starši, ki pri otroku povzročajo visoke nivoje negativnega vzbujenja in pa zanemarjajoči starši, ki so otroku čustveno nedostopni, se nanj ne odzivajo in minimalno ali na nepredvidljiv način regulirajo otrokova stanja prekomerne vzbujenosti. Otroku, ki je takim stanjem prepuščen daljša časovna obdobja, to doživi kot travmatsko izkušnjo, na katero se odzove s povišano vzbujenostjo ali disociacijo (Schore, 2009). Povišana vzbujenost avtonomnega živčnega sistema se kaže v hitrejšem bitju srca, dihanju, povišanem krvnemu pritisku, izraža se z jokom in kričanjem. Disociacija oziroma stanje hipovzbujenja pa je kasnejši odziv, ki povzroči, da otrok ne občuti več dražljajev iz zunanjega sveta. Ob stresu iz okolja se kot obramba sproži ta mehanizem in otrok pade iz nivoja interaktivne regulacije v avtoregulativno hipometabolično stanje, namenjeno preživetju (Schore, 2009). Opazovalec bi rekel, da tak otrok strmi v daljavo s praznim pogledom. Otroku se v travmatski situaciji vede ustrezljivo, izogibajoče, zdi se otopel z zelo šibkimi in omejenimi afekti (enako kot odrasli s posttravmatskim stresnim sindromom). Postane

inhibiran, se izogiba zunanjim dražljajem in poskuša biti »neviden« (Schore, 2009). Disociativni simptomi pri otrokih lahko zajemajo tudi govorjenje o sebi v tretji osebi, poročanje, da slišijo notranje glasove in vzpostavljanje stikov z namišljenimi partnerji za igro (Waters, 2005). Disociiran otrok lahko tudi pripiše osebnost igračem, jih sprašuje za nasvete, sliši njihove odgovore, zahteva prostor za njih za mizo in se močno upre, ko mu kdo poskuša razbliniti fantazijo (Sielberg in Dallam, 2009).

Disociativne pojave najbolj povezujejo z dezorganiziranim stilom navezanosti. Liotti (2009) celo pravi, da je dezorganiziran ali D stil navezanosti pravzaprav zgodnji disociativni proces. Tako D-stil navezanosti kot disociativni fenomeni so v samem bistvu ponesrečeni poskus organizacije identitete, spomina, zavesti in zaznavanja okolja. Najbolj zanesljiv napovedni dejavnik, ali bo otrok razvil D-stil navezanosti, je, če ima starša z nerazrešenimi relacijskimi travmatičnimi spomini in izgubami. Raziskave so pokazale, da se na ta način travma in disociativni simptomi prenašajo skozi generacije (Dutton, van Ginkel in Starzomski, 1995; Hulette, Kaehler in Freyd, 2011; Liotti, 2004; Narang in Contreras, 2000, 2005). Taka oseba otroka prestraši s svojim obnašanjem; lahko se vede do otroka nasilno ali pa je sama prestrašena in boječa in tako posredno prestraši otroka. Tako je starš primarni stresor v otrokovem življenju. V otroku se nankrat sprožita vrojena mehanizma, oba bistvena za preživetje: prvi je beg ali boj proti stresorju (staršu), drugi pa iskanje opore, tolažbe oziroma čustvene regulacije pri istem staršu. Zaradi tega nerazrešljivega konflikta, ki presega kapacitete otrokove psihe, je le ta nezmožen organizirati svoje spomine in zaznave v koherentno celoto, kar se kaže v neorganizirani strukturi pozornosti in vedenja (Liotti, 2009).

Otrok najprej prehaja v tako disociativno stanje le ob travmatičnih izkušnjah, ki vzburjajo močan afekt, kasneje pa vse bolj pogosto in disociacija postane način shajanja z vsakodnevnimi stresorji. Disociacija postane način za posameznika, da vzdrži svojo travmatično resničnost, ne da bi se počutil psihično uničenega (Dutra, Bianchi, Siegel in Lyons-Ruth, 2009). Tako stanje je neadaptivno, saj oseba težko ali pa ne more najti izhoda iz tega stanja mentalnega umika. V tem stanju tudi ni zmožna interaktivne regulacije v smislu komunikacije in oblikovanja navezanosti. To pa osebo prikrajša za dražljaje, ki so bistveni za čustveni razvoj. Disociativna odmaknjenost torej prepreči socialno intimnost in s tem čustveno učenje v socialnem kontekstu in tako povzroči deficite pri razvoju desno-hemisferske čustvene inteligence (Schore, 2009).

Nevrobiopsihološki in filogenetski vidik

Različne študije podpirajo idejo, da obstajata dva podtipa odziva na travmatično izkušnjo: hipervzburjenost in hipovzburjenost (Bremmer idr., 1999; Perry, Pollard, Blackley in Vigilante, 1995; Schore, 1997). Schore (2009) meni, da je disociacija posledica psihološkega šoka ali visoke vzburjenosti. Pri izjemno visokih nivojih vzburjenosti se zgodi dezintegracija senzornih informacij in tako pride do disociativnih simptomov. Manj močni in srednje močni negativni afekti sprožijo aktivnost v desni možganski hemisferi, medtem ko zelo intenzivne izkušnje lahko vplivajo na način procesiranja desne hemisfere in jo celo poškodujejo. Zaradi hipermetabolične aktivnosti v desni hemisferi se kot posledica premočnega vzburjenja zgodi apoptoza nevronov. Zato, da celice lahko preživijo, se zgodi prehod v hipometabolično, disociativno stanje (Schore, 2009).

Nevrobiologija hipervzburjenja je drugačna od tiste pri disociativnem hipovzbur-

jenju. Pri tem je pomembna aktivnost parasimpatičnega vagalnega živca, ki ima inhibitorni vpliv na srce in pa aktivnost simpatičnega adrenergičnega živčnega sistema. Obstajata dva vagalna parasimpatična sistema oziroma veji in sicer; ventralni, sesalski vagalni sistem in pa dorzalni, plazilski vagalni sistem. Oba imata izvor v meduli v možganskem deblu, vendar se razlikujeta po funkciji, strukturi in po filogenetskem razvoju (Porges, 1997).

Plazilski ali dorzalni vagalni kompleks ima izvor v dorzalnem motoričnem nukleusu in je filogenetsko starejša veja. Je nemielinizirana in jo smatramo kot vegetativni del vagalnega živca odgovoren za ohranjanje energije pri večini vretenčarjev, plazilcev in dvoživk. Te živali ob večji grožnji iz okolja 'zamrznejo', da ohranijo energijo pomembno za preživetje. Ob podaljšani aktivaciji te veje vagalnega živca pa lahko pride do ekstremnih stanj imobilizacije, za nekatere živali tudi smrtno nevarnih (Porges, 1997).

Sesalski ali ventralni vagalni sistem je novejši, izvira iz nucleusa ambiguusa in je mieliniziran. Z inhibicijo simpatičnega adrenergičnega sistema, ki regulira mehanizme bega ali boja ob nevarnosti iz okolja, skrbi za hitro regulacijo srčne aktivnosti pri vključevanju in izključevanju v in iz socialne aktivnosti. Z drugimi besedami: inhibira simpatične obrambne mehanizme, pomirja, sprošča in pripravlja posameznika na socialno interakcijo. Deluje kot zavora simpatičnega živčnega sistema in s tem omogoča življenjsko potrebno socialno interakcijo (Porges, 1997, 2001, 2007).

Porges (2004) opozarja, da je pri delovanju vagalnega sistema pomembno ne samo dejstvo, da v okolju obstajajo grozeči dražljaji, ampak predvsem kako nevronskega sistema posameznika zaznava ogroženost. Skoval je termin 'nevrocepcija', ki se nanaša na posameznikovo percepcijo nevarnosti, pogosto na nezavedni ravni (Porges, 2004).

Vagalna parasimpatična sistema delujeta hierarhično v smislu, da bolj kot je nevroceptivno zaznana situacija ogrožujoča in brezizhodna, bolj se 'vklopi' filogenetsko starejša veja vagalnega živca. Pri zdravem človeku večinoma prevladuje ventralna veja vagalnega živca, ki inhibira simpatični sistem in oseba se v okolju počuti varno, pomirjeno in pripravljeno na socialno komunikacijo. Če oseba nevroceptivno v okolju zazna grožnjo, se ventralna vagalna inhibicija izklopi, prevlada simpatično vzbujenje in pripravi posameznika na obrambno strategijo bega ali boja. Posameznik je hipervzbujen. Če pa oseba nevroceptivno zazna, da je močno ogrožujoča situacija brezizhodna ter se počuti nemočnega in brezupnega, potem se sproži filogenetsko najnižja raven vagalnega parasimpatičnega sistema, dorzalni vagalni kompleks. Pri tovrstnem hipovzbujenju se, kljub visoki koncentraciji adrenalina v krvi, zniža krvni tlak, srčni pritisk in metabolična aktivnost, posameznik pa na psihološki ravni posledično pade v disociativno stanje. Ta zvišana vzbujenost parasimpatičnega živčevja je strategija za preživetje, katere funkcija je vzpostavitev homeostaze pri visoki vzbujenosti simpatičnega živčevja in s tem ohranitev življenjsko pomembnih virov (Porges, 1997, 2001, 2007).

Vloga in pomembnost razvoja desne možganske hemisfere

Desna možganska hemisfera je bolj kot leva gosto prepletena s povezavami z limbičnimi regijami in subkortikalnimi področji, ki generirajo fiziološki odziv na čustva (Adolphs, Tranel in Damasio, 2001). Pomemben je vertikalni model desno-hemisferskega nevronskega procesiranja afekta. Višje možganske strukture na nevronske osi so

odgovorne za razumevanje pomembnosti socialnega afekta, medtem ko imajo nižje ključno vlogo pri ekspresiji afekta skozi somatske odzive. Schore (2009) predlaga tudi, da je disociacija, kot primitivni mehanizem shajanja s stresom, posledica uničenja povezav med višjimi kortikalnimi regijami in nižjimi limbičnimi regijami pretežno v desni hemisferi (Schore, 2009). Tu izhaja iz ugotovitev, da višje kortikalne regulatorne cone v desni hemisferi tvorijo mnoge recipročne povezave z nižjimi limbičnimi področji avtonomnega živčnega sistema (Aftanas, Savotina, Makhnev in Reva, 2005).

Phillips, Drevets, Rauch in Lane (2003) so predlagali model, ki loči dva regulatorna sistema. Dorzalni regulatorni sistem, ki vključuje hipokampus in je odgovoren za eksplicitno procesiranje verbalnih vidikov čustvenega doživljanja in pa ventralni regulatorni sistem, ki vključuje orbitofrontalno skorjo, insulo, amigdalo in anteriorni cinguladni girus. Ventralni regulatorni sistem je pri obravnavi disociacije pomembnejši, saj je odgovoren za implicitno identifikacijo pomembnosti zunanjih čustvenih dražljajev in je ključen za samodejno regulacijo avtomatskih odzivov na čustvene dražljaje in oblikovanje afektivnih stanj (Phillips idr., 2003). Vsi deli ventralnega regulatornega sistema so povezani med seboj, prav tako pa so povezani z vagalnim jedrom v meduli in hipotalamičnim nevroendokrinih jedrom, ki regulira simpatični in parasimpatični živčni sistem (Schore, 2009). Pri regulaciji je še zlasti pomemben desni orbitofrontalni korteks, ki regulira in modulira afekt in motivacijo prek kontrole nižjih limbičnih struktur (Zelazo in Muller, 2002).

Čeprav disociacijo sprožijo subkortikalni mehanizmi, so ključ pri njeni regulaciji višji, kortikalni regulatorni sistemi. Patološka disociacija je produkt neučinkovitih frontokortikalnih procesov, ki ne zmorejo kontrolirati začetka in konca disociativnega odziva. Zato lahko dezinhbirani nižji subkortikalni centri (posebej desni del amigdale) vzdržujejo disociativno stanje. Izguba orbitofrontalnih funkcij pomeni izgubo integracije sedanosti, preteklosti in prihodnosti, slabšo uspešnost v socialnih situacijah in izgubo motivacije (Lipton, Alvarez in Eichenbaum, 1999). To se zrcali v dezintegraciji zavesti, spomina, identitete in percepcije okolja, ki je značilna za patološko disociacijo. To potrjujejo tudi študije opravljene na pacientih z disociativno motnjo identitete, ki so pokazale nižji krvni pretok in posledično manjšo aktivacijo v prefrontalnih kortikalnih regijah teh pacientov (Sar, Ünal in Öztürk, 2007).

Živalski model

Preučevanje pojava zamrznitve, kot odziva na ogroženost, je precej dobro raziskana tema s strani mnogih znanstvenih disciplin. To stanje lahko pogosto vidimo v naravnem okolju in se kaže kot pozorna nepremičnost živali, kasneje pa vodi v beg, če je žival napadena, ali pa v globlje stanje neodzivnosti. Evolucijska prednost nepremičnosti živali je, da ostane skrita pred plenilcem, saj le ta pogosto zazna plen prek premikanja (Scaer, 2001).

V primeru, da je žival nemočna, ob napadu plenilca pade v stanje globoke zamrznitve. 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. Laboratorijske živali, ki so bile izpostavljene grozečim dražljajem ali bolečim elektrošokom in niso imele možnosti za pobeg, so padle v stanje globoke zamrznitve. Fiziološki simptomi so bili bradikardija in srčna

aritmija s sumom na močno prevlado parasimpatičnega živčevja (Scaer, 2001). V tem stanju živali niso zmožne učenja in opustijo beg kot možnost tudi, če se pojavi možen izhod iz ogrožujoče situacije. Še naprej kažejo znake nemoči in ostanejo zamrznjene (Seligman, 1975).

Van der Kolk, Greenberg, Boyd in Krystal (1985) so poudarili neverjetne podobnosti v človeškem odzivu na travmo in živalskemu odzivu na neizogiben šok oziroma nevarnost. Nijenhuis, Vanderlinden in Spinhoven (1998) menijo, da se ob ponavljajočemu travmatičnem dražljaju pri ljudeh in ogrožujočem dražljaju pri živalih poveča dovzetnost oziroma občutljivost za disociacijo oziroma globoko zamrznitev in zato po principu pogojevanja pride do tovrstnega odziva na širši spekter dražljajev, ki jih oseba asociira z grožnjo ali travmatičnim dražljajem. Levine (1997) pravi, da so ljudje bolj nagnjeni k travmi od drugih živali zaradi učinka orbitofrontalne skorje, ki preprečuje povrnitev v normalno odzivno stanje iz stanja zamrznjenosti oziroma disociacije. Neokortikalne cone povezane z regulacijo afekta inhibirajo sprostitve psihične energije, ki se nabere zaradi visokega vzburljenja, ki je odziv na ogrožujoče dražljaje. Druge živali naj bi to energijo sprostile instinktivno, to pa se kaže v ponavljajočih motoričnih tikih, ki žival rehabilitirajo na sposobnost bega ali boja (Levine, 1997).

V živalskem modelu torej lahko najdemo mnogo podobnosti med disociacijo in živalskim odzivom globoke zamrznitve na ogrožujoče dražljaje, kjer je žival nemočna. Disociacijo tako lahko povežemo s kognitivno okrnjenostjo, močnim parasimpatičnim tonom, nezmožnostjo učenja in pa tendenco ohranjanja s pogojevanjem (Scaer, 2001).

Kognitivni vidik

Psihotravmatološke študije so precej doprinesle k razumevanju razlike med eksplisitivnim-deklarativnim-semantičnim spominom in pa implicitnim-proceduralnim-neverbalnim spominom (Schore, 2009). Z razvojnega vidika je posebej pomemben implicitni spomin, ki dozori veliko prej kot eksplicitni. V prvih letih življenja je posameznik odvisen od implicitnega učenja, ki je dominantno desno-hemisfersko. Otrok si lahko že v zelo zgodnjih letih (v prvem letu po rojstvu) preko implicitnega spomina ustvari notranjo reprezentacijo travmatičnega dogodka in jo zadrži daljša časovna obdobja. Taki spomini se oblikujejo še pred razvojem verbalne sposobnosti, so predsimbolični in predstavljajo desno-hemisferni regulatorni disociativni mehanizem (Schore, 2009).

Spominske disfunkcije vključujejo predvsem nezmožnost priklica avtobiografskih informacij ali kompleksnega vedenja in nenadne vdore travmatskih spominov (flashbacki) (Carlson, Yater in Sroufe, 2009). Čeprav travmatski dogodki povzročijo precejšnje deficite pri razvoju levo-hemisferskega deklarativnega verbalnega spomina, so disociativni mehanizmi zakodirani pretežno v desni hemisferi, v sklopu implicitnega, nezavednega, regulatornega in avtomatiziranega spomina, pri delovanju katerega ima osrednjo vlogo amigdala (Schore, 2009). Novejše študije so pokazale, da velika aktivacija amigdale ob travmatičnem dogodku inhibira hipokampus in tako povzroči razpad eksplicitnega spomina na dogodek (Layton in Krikorian, 2002). Amigdala je odgovorna tudi za konsolidacijo implicitnega spomina na travmatski dogodek (McNally in Amir, 1996, po Schore, 2009).

Disociacija poleg eksplicitnega spomina okvari tudi implicitni spomin. Kognitivna

razcepljenost povzroči prekinitev povezave med dorzalno levo-hemisferskim sistemom, ki je odgovoren za eksplicitne verbalne reprezentacije čustvenih dražljajev, in pa ventralnim desno-hemisferskim implicitnim sistemom, ki regulira avtomatizirani odziv na čustvene dražljaje. Somatsko disociacijo, ki je temelj patološke disociacije, pa povzroči okvara ventralnega desno-hemisferskega implicitnega sistema, katerega naloga je poleg avtomatskega odziva na čustvene dražljaje tudi identifikacija in produkcija afektivnih stanj (Schoore, 2009).

Skupna značilnost vsem definicijam disociacije je kompartmentalizacija informacij; spomina, znanja, sposobnosti, zaznavanja in afekta (Barlow in Freyd, 2009). Disociacija tem informacijam torej dovoljuje, da so med sabo ločene in shranjene na manj dostopne načine. Različne teorije variirajo v opisovanju oziroma razlagi motivacije, ki stoji za to ločenostjo. Psihoanalitične teorije poudarjajo primarni obrambni vidik nedostopnosti spomina, saj posameznika brani pred zelo močnimi negativnimi afekti, ki preidejo v zavest, ko se posameznik spominja travme. Teorija navezanosti pa poudarja, da primarna motivacija za nedostopnost spomina ni obramba pred močnimi afekti, ampak pred izgubo življenjsko pomembnega odnosa z osebo, ki mu daje čustveno in fizično oskrbo, potrebno za preživetje (Barlow in Freyd, 2009).

Fenomen pomnenja odvisnega od stanja zavesti je dobro dokumentiran, sploh v zvezi s preučevanjem disociativne motnje identitete. Znano je, da kognitivni kontekst vpliva na to, kar je oseba zmožna priklicati v spomin. Depresivne osebe se tako spominjajo pretežno dogodkov, ki so jim vzbudili negativne afekte, medtem ko se manične spominjajo uspehov (Putnam, 1997). Sahakyan in Kelley (2002) trdita, da je pozabljanje travmatičnih dogodkov posledica razlike med konteksti, v katerih se zgodi travma, in tistimi v vsakodnevnem življenju. Travmatični dogodki se večinoma odvijajo v zasebni, intimni sferi, ponavadi ponoči in so skriti javnemu, vsakodnevnemu življenju. Ker sta konteksta tako različna, se oseba ne spomni travmatičnih dogodkov, dokler ni postavljena v travmi podobno situacijo. To potrjuje tudi študija Bowerja (1981), ki pravi, da podobnost čustvenega stanja v času zapisa spomina in v času priklica vpliva na zmožnost in kvaliteto priklica spomina na dogodek.

Študije so pokazale precej razlik pri kognitivnem procesiranju informacij med tistimi udeleženci z visokim ali patološkim nivojem disociiranja in tistimi z nizkim. Tisti, ki so bolj nagnjeni k disociaciji pri nalogah z deljeno pozornostjo, v spomin prikličejo manj besed in slik, ki so čustveno negativno ovrednotene, in več nevtralnih (Becker-Blease, Freyd in Pears, 2004; DePrince in Freyd, 2001). Pri nalogah s selektivno pozornostjo tisti, ki so bolj nagnjeni k disociaciji, počasneje procesirajo ogrožujoče dražljaje kot tisti z nižjo stopnjo disociiranja (Waller, Quinton in Watson, 1995), prav tako pa imajo tisti z višjo stopnjo disociiranja počasnejši delovni verbalni spomin (De Ruiter, Phaf, Elzinga in Van Dyck, 2004). Rezultati torej kažejo na drugačno adaptivnost pri deljeni pozornosti, razlike v delovnem spominu in selekciji spominov med skupinama.

Psihoterapija disociacije in travmatskega stresa

Sodobne teorije disociacije, ki sva jih predstavila, so pomembne z vidika kliničnega psihoterapevtskega dela. Omogočajo namreč boljše razumevanje fenomena disociacije in posledično ustrenejši način psihoterapevtske obravnave. Pri psihoterapiji disociativnih motenj se je uveljavil na faze usmerjeni pristop, ki ga je opisal že Pierre Janet (Van

der Hart, Nijenhuis in Steele, 2006). Lahko rečemo, da ta pristop predstavlja standardne smernice za delo s kompleksno postravmatsko motnjo in disociativnimi motnjami (Van der Hart idr., 2006; Howell, 2011). Pri tem pristopu je bistveno, da v psihoterapiji najprej delamo na stabilizaciji klienta in jačanju ega, šele nato sledi delo s travmatskimi spomini. Pri disociativnih klientih namreč obstaja nevarnost, da pride do prezgodnjega soočanja s spomini in čustvi, ki so bili disociirani. To lahko pripelje do retravmatizacije klienta in destabilizacije.

Na faze usmerjeni pristop vključuje tri glavne faze psihoterapije:

- 1) Stabilizacija, razvoj varnosti in zmanjševanje simptomov.
- 2) Delo s travmatskimi spomini.
- 3) Integracija osebnosti in rehabilitacija.

Omenjene faze psihoterapije niso rigidne in nujno v linearnem zaporedju, ampak se med terapijo lahko prepletajo. To pomeni, da moramo po delu s travmatskimi spomini velikokrat spet delati na stabilizaciji in krepitvi ega.

1. Faza: Stabilizacija, razvoj varnosti in zmanjševanje simptomov

V prvi fazi terapije je bistvena stabilizacija klienta in razvoj varnosti. Kot sva omenila, pri klientih z disociativnimi motnjami in kompleksno travmo prevladuje dezorganizirani vzorec navezanosti. Ti klienti so kot otroci živeli s skrbniki, ob katerih niso mogli razviti temeljne varnosti, ampak so v njih vzbujali občutja intenzivnega strahu, groze, nemoči. Disociacija je pri njih postala način preživetja, saj jih je obvarovala pred intenzivnimi neprijetnimi občutki, ki so jih doživljali ob svojih skrbnikih. Njihovo izkustvo v otroštvu je bilo, da je svet 'nevaren' in da se na nikogar zares ne morejo zanesti. Tako je tudi v psihoterapevtskem odnosu pri teh klientih pričakovati, da ne bodo zaupali terapevtu. Razvoj varnosti in zaupanja v psihoterapiji je tako temelj nadaljnjega dela na spominih. Zato je zelo pomemben vidik terapevtskega dela empatična 'uglašenost' na klientov notranji svet (Van der Hart idr., 2006). Erskine (1993) meni, da uglašenost terapevta predstavlja temelj, ki omogoča dovolj varnosti za reintegracijo delov sebe, ki so bili disociirani. Razvoj varne navezanosti je proces, ki se odvija skozi celotno psihoterapijo. Pri tem je ključnega pomena terapevtova predvidljivost, konsistentnost in čustvena stabilnost. Zelo pomemben vidik prve faze je tudi jasen dogovor, ki se nanaša na okvire, v katerih psihoterapija poteka. Klientu je potrebno pojasniti pravila in meje psihoterapije in zakaj so pomembne. Nekateri 'deli' klienta lahko namreč pričakujejo, da jim bo terapevt dal vse tisto, česar niso dobili v preteklosti in tako želijo razviti s terapevtom tudi odnos izven meja terapevtskega okvirja. Zgodnje postavljanje meja in empatična razlaga klientu, zakaj so pomembne, predstavlja temelj za ustrezno 'kontejniranje' čustev v kasnejših fazah dela.

Osebe s kompleksno travmo nihajo med disociativno otopelostjo in preplavljenostjo s travmatskimi spomini. Zaradi neintegriranih in nerazrešenih spominov so tako izpostavljeni bodisi hipervzburjenju ali hipovzburjenju. Hipervzburjenje se lahko kaže v preplavljenosti s tesnobo, grozo, flashbacki, hipovzburjenje pa v občutkih 'mrtvosti', paralize, odrezanosti od sebe. Zaradi tega je v prvi fazi psihoterapije bistven razvoj ustrezne čustvene regulacije, ki omogoča večji občutek stabilnosti v življenju in olajšanje od simptomov. Razvoj čustvene regulacije poteka v psihoterapiji na različne načine. V prvi vrsti je terapevtski odnos tisti, ki omogoča ustrezno regulacijo čustev. Čustvena uglašenost in udeleženos terapevta omogoča kontejniranje klientovih afektov, ki jih klient ne more sam nositi. Čustvena regulacija se v tej fazi terapije razvija lahko tudi

preko različnih tehnik in metod, ki jih klient uporablja med seansami. To lahko vključuje tehnike dihanja, tehnike sproščanja, tehnike prizemljitve in učenje čuječnosti (angl. mindfulness). Psihoedukacija je tako pri terapiji kompleksne travme zelo pomembna. Poleg učenja veščin to lahko vključuje tudi ustrezno razlago teorije travme in disociacije, kar klientu omogoča boljše poznavanje in sprejemanje sebe.

Van der Hart idr. (2006) omenjajo, da je v prvi fazi terapije zelo pomembno povečanje 'mentalne energije' pri klientih. Klienti s kompleksno travmo se pogosto izčrpavajo s pretiranim delom, kompulzivno skrbjo za druge, kaotičnim življenjskim stilom in destruktivnimi odnosi. Tako je zelo pomembno, da klienti razvijejo ustrezno osnovno skrb zase, ki se kaže v ustreznem počitku, rekreaciji, higieni spanja, telesni vadbi, prehrani, zmanjšanju stresa in relaksaciji. Obenem pa je fokus tudi na odstranjevanju nepotrebne izgube energije. Klienti lahko npr. opustijo določene aktivnosti, ki jih pretirano obremenjujejo (npr. kompulzivno čiščenje in perfekcionizem), ali pa se naučijo postavljati meje v medosebnih odnosih, ki so preveč zahtevni.

2. faza: Delo s travmatskimi spomini

Druga faza terapije je usmerjena na neposredno delo s travmatskimi spomini. Pri tem je ključnega pomena, da je klient razvil ustrezno kapaciteto za čustveno regulacijo in da je razvil 'integrativno kapaciteto'. To pomeni, da se je tekom prve faze terapije klientovo okno tolerance razširilo, zaradi česar klient lahko vse bolj vzdrži in ostaja s svojimi čustvi in telesnimi senzacijami (Ogden, Minton in Pain, 2006). Za predelavo nepredelanih in neintegriranih travmatskih spominov je ključno toleriranje in sprejemanje čustvenih stanj. Prva faza terapije tudi omogoči klientu, da čuti vse večjo stabilnost v svojem življenju in ima več energije. Obenem se je razvilo tudi večje zaupanje in varnost v terapevtskem odnosu. Kontraindikacije za to fazo terapije so primanjkljaj kapacitete za refleksijo, pomanjkljiva samokontrola, psihoza, maligna regresija, nestabilen življenjski stil, zloraba, nestabilnost razpoloženja (Van der Hart idr., 2006).

V tej fazi se terapevt in klient načrtovano osredotočata na travmatske spomine. Cilj je predelava in integracija spominov, ki so bili nepredelani. Van der Hart idr. (2006) omenjajo, da je cilj te faze premagovanje fobije pred travmatskimi spomini.

Pri klientih, ki so nagnjeni k disociaciji, je pomembno, da razvijejo zavedanje o stopnji vzbujenosti svojega živčnega sistema. Disociacija se lahko pojavi med samo terapevtsko seanso, zlasti kadar je klient v stiku z močnimi čustvi ali pa prihaja v stik s spomini, ki se jih 'drugi deli' klienta ne želijo spomniti. Klienti se lahko naučijo signalizirati in povedati terapevtu, ko pride do pretirane vzbujenosti živčnega sistema in možnosti za disociacijo. To omogoča terapevtu, da upočasni terapevtski proces in pomaga klientu znižati stopnjo vzbujenja. V primeru, da pride do disociacije in hipovzbujenja, pa je naloga terapevta povabiti klienta 'ven' iz disociiranega stanja (Ogden idr., 2006). Tako se vzdržuje optimalno stanje vzbujenja in klient ostaja v 'oknu tolerance'. To pomeni, da lahko vzdrži in vse bolj kontejnira čustvena stanja in boleče spomine. Pri tem se razvija 'integrativna kapaciteta' (Van der Hart, Nijenhuis in Solomon, 2010), ki vključuje dvojno zavedanje – zavedanje, da je klient hkrati v stiku z bolečimi izkušnjami iz preteklosti, hkrati pa je prisoten v sedanjem trenutku. To dvojno zavedanje je temeljno pri predelavi travmatskih spominov.

Mnogi terapevti priporočajo pri delu s hudimi travmatskimi spomini različne 'titracijske' tehnike, ki omogočajo, da klienti lahko vzdržijo intenzivna čustva, ki se pri tem pojavijo (Howell, 2011). To lahko vključuje razdelitev spomina na posamezne manjše delčke, tako da se klienti soočajo naenkrat le z enim delom spomina. Lahko se uporablja npr. tehnika 'screena', da klienti opazujejo spomin na televizijskem ekranu in imajo kontrolo nad njim prek daljinskega upravljalca. Predelava lahko vključuje različne tehnike, med drugim tudi EMDR, vendar mora biti uporaba EMDR-ja prilagojena zdravljenju disociativnih motenj (Howell, 2011; Van der Hart idr., 2010).

Pri predelavi travmatskih spominov ni cilj abreakcija čustev z namenom, da se jih katarzično spravi ven. Howellova (2011) omenja, da je iluzija misliti, da se bomo s katarzo znebili čustev in se jih tako rešili. Ugotavlja pa, da je cilj stika z bolečimi spomini njihovo deljenje med različnimi deli klienta in s terapevtom. Pri tem je ključna terapevtova občutljivost, uglasenost in sočutje do klientove bolečine. To služi tudi kot model za klientov intrapsihični odnos med različnimi deli sebe. Cilj je integracija in sinteza različnih delov sebe. Spomini, ki so bili prej preveč boleči in težki, postanejo vse bolj znosni in postanejo del narativnega spomina (Howell, 2011).

Pri delu s spomini je potrebno imeti v mislih ne samo psihologijo dveh oseb, ampak psihologijo multiplih delov sebe (Howell, 2011). To pomeni, da moramo biti pozorni na posamezne dele klienta in pomagati klientu, da razreši konflikte med temi deli. Pri tem pride do izmenjave informacij in čustev med posameznimi deli, kar je ravno nasprotno mehanizmu disociacije.

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

3. Faza: Integracija osebnosti in rehabilitacija

V tej fazi terapije je klient že veliko bolj stabilen, je manj disociativen in manj nagnjen k reagiranju na sprožilce stare travme. Cilj te faze je integracija in soočanje z nalogami vsakdanjega življenja. Van der Hart idr. (2006) ugotavljajo, da je cilj te faze postopno soočanje z običajnim normalnim življenjem, kar je v nasprotju s prejšnjim kaosom in izogibanju življenju. Za nekatere kliente ta faza ni enostavna, saj se soočajo z življenjem, ki je veliko bolj monotono v primerjavi s prejšnjim kaotičnim, ki se je lahko kazal bodisi v hipervzburjenosti ali hipovzburjenosti.

Mnogi klienti imajo občutek, da so zamudili določen del življenja in da se določenih veščin niso naučili. V tej fazi terapije klienti uporabijo naučeno znanje in kapacitete iz prvih faz terapije za soočanje z določenimi življenjskimi nalogami. Tako je za določene kliente pomemben fokus na tem, kako najti ustreznega partnerja, kako se sprostiti v spolnosti, kako postaviti meje šefu itn. Ob vsem tem se nadaljuje proces žalovanja za 'normalnim' življenjem, ki so ga izgubili. Pri tem klienti vse bolj namesto besa, ki je usmerjen v 'krivično življenje', čutijo sprejemanje svoje preteklosti. Van der Hart idr. (2006) omenjajo, da je v tej fazi poleg žalovanja in premagovanja odpora do vsakdanjega življenja pomembno premagovanje fobije pred zdravim sprejemanjem tveganj in

sprememb, premagovanje fobije pred intimnostjo in spodbujanje višje ravni akcijskih tendenc. Višji nivo akcijskih tendenc se med drugim kaže v večji zmožnosti živeti v sedanjem trenutku, razvoju vse večje čuječnosti (mindfulness) v vsakdanjem življenju in zmožnosti za mentalizacijo. Obenem je ta faza terapije posvečena tudi postopnemu zaključevanju terapije, ki mora biti dobro reflektirano.

Zaključek

Na podlagi pregleda teorij disociacije je očitno, da se psihološke teorije disociacije pomembno dopolnjujejo z nevrobiološkimi pogledi na razvoj disociativnih fenomenov. Iz filogenetskega vidika je razvidno, da je biološki mehanizem (tu je mišljen predvsem vagalni konstrukt), ki ga razumemo kot osnovo za razvoj disociativnih znakov, prisoten pri vrstah, ki so se v filogenetskem smislu razvile že veliko pred človekom. Ker se človeška psiha razvije skozi zgodnjo socialno interakcijo s primarnim skrbnikom, lahko sklepamo, da so hujše motnje v tem odnosu za otroka travmatične oziroma grozeče, kot je grozeča prisotnost plenilca za možgansko 'nižje' razvite vretenčarje. Če otrok v odnosu s primarnim skrbnikom doživi zlorabo ali zanemarjanje, to povzroči močno negativno nabito afektivno vzbujenje. To vzbujenje oziroma velika metabolična aktivnost v bionevrološkem smislu pa je neprijazno okolje za razvoj možganskih struktur, pomembnih za regulacijo in verbalno ekspresijo afekta. Tu je pomemben predvsem orbitofrontalni korteks, ki je ključen za asimilacijo zunanjih dražljajev v obstoječe strukture in za integracijo psihičnih vsebin. Pomembni primankljaji se zgodijo tudi pri razvoju hipokampusa, ki kodira eksplisitični spomin na travmatične dogodke. Možganski deficiti v teh dveh in z njima povezanih strukturah (insula, cingulati girus, amigdala) nam lahko torej pojasnijo osnovne fenomene oziroma simptome, ki so značilni za disociacijo (delitev zavesti in spomina, nedostopnost spominov povezanih s travmo).

Tu se zdi vreden poskus sinteze nevrobiološke in psihološke teorije, ki stojita za etiologijo nedostopnosti travmatičnih spominov. Ker se v trenutku travme onemogoči pravilno delovanje hipokampusa, se je potrebno vprašati, ali je nedostopnost spomina le stranski učinek nevrološke aktivnosti ali pa gre za obrambo pred kasnejšimi močnimi afekti ob spominjanju na travmo in obrambo pred izgubo stika s primarnim skrbnikom. Menimo, da gre verjetno za isti fenomen, ki ga lahko pojasnimo bodisi z vidika nevrobiologije ali pa psiholoških teorij. Grožnja izgube stika s primarnim skrbnikom in pa preobremenjenost z močnimi afekti sta del travmatične situacije same, ki poškoduje povezave v hipokampusu in s tem povzroči kompartmentalizacijo spomina.

Ker je frontalni korteks odgovoren tudi za regulacijo hipometabolnega stanja v možganskem deblu in limbičnem sistemu, lahko deficite v frontalni skorji uporabimo tudi kot okvirno razlago za vzdrževanje disociiranega stanja. Hipometabolno stanje v vagalnem sistemu nastane zaradi nezmožnosti vzdrževanja visokega vzbujenja, ki je posledica travme, kot je navedeno zgoraj pri opisu polivagalne teorije. Povedano drugače, je kombinacija visoke aktivacije parasimpatika in poškodovanih možganskih kompleksov, kot sta orbitofrontalna skorja in hipokampus analogna pomanjkanju psihične energije za integracijo zavesti, ki jo je opisoval Janet.

Pri raziskovanju in konceptualizaciji disociacije še vedno obstajajo odprta vprašanja. Ena od njih je konceptualizacije disociacije, ki se nanaša na njeno širino. Če disociacija leži na kontinuumu med normalnim in patološkim, potem se je potrebno vprašati, kje

točno leži točka ali področje na tem kontinuumu, kjer disociacija postane patološka. Odrpta vprašanja so tudi povezana z motivacijo za posameznimi fenomeni oziroma simptomi, ki so značilni za disociacijo.

Sodobne teorije disociacije informirajo psihoterapevtsko delo z disociativnimi motnjami. V članku sva predstavila sodobne smernice za obravnavo disociativnih motenj, ki upoštevajo pomembnost stalne regulacije čustvenega vznemirjenja klienta, kar klientu omogoči optimalne pogoje za integracijo osebnosti.

V prispevku sva poskušala integrirati različne teoretične poglede na disociativne fenomene in predstaviti aplikacijo teh teorij za psihoterapevtsko delo. Literatura s področja disociativnih fenomenov je večinoma omejena glede na teoretično in/ali disciplinarno izhodišče avtorja. V tem članku sva zato poskušala združiti fragmentirano teorijo disociativnih pojavov in narediti korake k bolj zaokroženemu in integriranemu razumevanju disociacije.

Literatura

Adolphs, R., Tranel, D. in Damasio, H. (2001). Emotion recognition from faces and prosody following temporal lobectomy. *Neuropsychology*, 15, 396–404.

Aftanas, L. I., Savotina, N., Makhnev, V. P. in Reva, N. V. (2005). Analysis of evoked EEG synchronization and desynchronization during perception of emotigenic stimuli: association with automatic activation process. *Neuroscience and Behavioral Physiology*, 35, 951–957.

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders V* (5th ed.). Washington, DC, ZDA: American Psychiatric Association.

Barlow, M.R. in Freyd, J.J. (2009). Adaptive dissociation: information processing and response to betrayal. V P.F. Dell in J.A. O'Neill (Ur.), *Dissociation and the Dissociative Disorders: DSM-V and Beyond* (str. 93-106). New York, USA: Routledge.

Becker-Blease, K.A., Freyd, J.J. in Pears, K.C. (2004). Preschoolers' Memory for Threatening Information Depends on Trauma History and Attentional Context: Implications for the Development of Dissociation. *Journal of Trauma and Dissociation*, 5(1), 113-131.

Bower, G.H. (1981). Mood and memory. *The American Psychologist*, 36(2), 129-148.

Braude, S.E. (2009). The conceptual unity of dissociation: a philosophical argument. V P.F. Dell in J.A. O'Neill (Ur.), *Dissociation and the Dissociative Disorders: DSM-V and Beyond* (str. 27-37). New York, NY: Routledge.

Bremner, J.D., Southwick, S., Brett, E., Fontana A., Rosenheck, R. in Charney, D.S. (1992). Dissociation and post traumatic stress disorder in Vietnam combat veterans. *The American Journal of Psychiatry*, 149(3), 328-332.

Bremner, J.D., Staib, L. H., Kaloupek, D., Southwick, S. M., Soufer, R. in Charney, D. S. (1999). Neural correlates of exposure to traumatic pictures and sound in combat veterans with and without posttraumatic stress disorder: A positron emission tomography study. *Biological Psychiatry*, 45, 806–818.

Butler, L.D., Duran, R.E.F., Jasiukaitis, P., Koupman, C., in Spiegel, D. (1996). Hypnotizability and traumatic experience: a diathesis-stress model of dissociative symptomatology. *The American Journal of Psychiatry*, 153(7), 42-63.

Carlson, E.A., Yates, T.M. in Sroufe, L.A. (2009). Dissociation and development of the self. V P.F. Dell in J.A. O'Neill (Ur.), *Dissociation and the Dissociative Disorders: DSM-V and Beyond* (39-52). New York, NY: Routledge.

Classen, C., Koopman, C. in Spiegel, D. (1993). Trauma and dissociation. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 57(2), 178-194.

DePrince, A. P. in Freyd, J. J. (2001). Memory and dissociative tendencies: The roles of attentional context and word meaning. *Journal of Trauma & Dissociation*, 2(2), 67-82.

De Ruiter, M.B., Phaf, R.H. Elzinga, B.M. in Van Dyck, R. (2004). Dissociative style and individual differences in verbal working memory span. *Consciousness and Cognition*, 13, 821-828.

Dutra, L., Bianchi, I., Siegel, D.J. in Lyons-Ruth, K. (2009). The relational context of dissociative phenomena. V P.F. Dell in J.A. O'Neill (Ur.), *Dissociation and the Dissociative Disorders: DSM-V and Beyond* (str. 83-91). New York, NY: Routledge.

Dutton, D.G., van Ginkel, C. in Starzomski, A. (1995). The role of shame and guilt in the intergenerational transmission of abusiveness. *Violence and Victims*, 10(2), 121-131.

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

Erskine, R. (1993). Inquiry, Attunement, and Involvement in the Psychotherapy of Dissociation. *Transactional Analysis Journal*, 23(4), 184-190.

Freud, S. in Breuer, J. (2002). *Študije o histeriji [Studien über Hysterie]*. Ljubljana: Delta.

Howell, E. F. (2011). *Understanding and Treating Dissociative Identity Disorder: A Relational Approach*. New York, NY: Taylor and Francis Group.

Hulette, A.C., Kaehler, L.A. in Freyd, J.J. (2011). Intergenerational associations between trauma and dissociation. *Journal of Family Violence*, 26(3), 217-225.

Hulsey, T.L. (1991). Trauma and dissociation. *The American Journal of Psychiatry*, 148(10), 1422-1423.

Krystal, J.H., Bennett, A., Bremner, J.D., Southwick, S.M. in Charney, D.S. (1996). Recent developments in the neurobiology of dissociation. V L.K. Mickelson in W.J. Ray (Ur.), *Handbook of Dissociation: Theoretical, Empirical and Clinical Perspectives* (str. 163-190). New York, NY: Plenum Press.

Layton, B. in Krikorian, R. (2003). Memory mechanisms in post-traumatic stress disorder. *The Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neuroscience*, 14(3), 254-261.

Levine, P. (1997). *Waking the Tiger*. Berkeley, CA: North Atlantic Books.

Liotti, G. (2004). Trauma, dissociation and disorganized detachment: Three strands of a single braid. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 41(1), 472-478.

Liotti, G. (2009). Attachment and dissociation. V P.F. Dell in J.A. O'Neill (Ur.), *Dissociation and the Dissociative Disorders: DSM-V and Beyond* (str.53-66). New York, NY: Routledge.

Lipton, P. A., Alvarez, P. in Eichenbaum, H. (1999). *Crossmodal associative memory representations in rodent orbitofrontal cortex*. *Neuron*, 22, 349-359.

Marmar, C.R., Weiss, D.S., Schlenger, W.E., Fairbairn J.A., Jordan, B.K., Kulka, R.A. in Hough, R.L. (1994). Peritraumatic dissociation and posttraumatic stress in male Vietnam theater veterans. *The American Journal of Psychiatry*, 151(6), 902-907.

Merckelbach, H. in Muris, P. (2001). The casual link between self-reported trauma and dissociation: a critical review. *Behaviour Research and Therapy*, 39(3), 245-254.

Narang, D.S. in Contreras, J.M. (2000). Dissociation as a mediator between child abuse history and adult abuse potential. *Child Abuse and Neglect*, 24(5), 653-665.

Narang, D.S. in Contreras, J.M. (2005). The relationships of dissociation and affective family environment with the intergenerational cycle of child abuse. *Child Abuse and Neglect*, 29(6), 683-699.

Nemiah, J.C. (1998). Early concepts of Trauma, Dissociation and the Unconscious: The history and current implications. V J.D. Bremner in C.R. Marmar (ur.), *Progress in Psychiatry (1-26)*. Washington, DC: American Psychiatric Press.

Nijenhuis, E., Vanderlinden, J. in Spinhoven, P. (1998). Animal defensive reactions as a model for trauma-induced dissociative reactions. *Journal of Traumatic Stress*, 11(2), 243-260.

Ogden, P., Minton, K. in Pain, C. (2006). *Trauma and the Body. A Sensorimotor Approach to Psychotherapy*. New York, NY: W. W. Norton & Company.

Perry, B. D., Pollard, R. A., Blakley, T. L., Baker, W. L. in Vigilante, D. (1995). Childhood trauma, the neurobiology of adaptation, and 'use-dependent' development of the brain: How states become traits. *Infant Mental Health Journal*, 16, 271-291.

Phillips, M. L., Drevets, W. C., Rauch, S. L. in Lane, R. (2003). Neurobiology of emotion perception I: The neural basis of normal emotion perception. *Biological Psychiatry*, 54, 504-514.

Porges, S. W. (1997). Emotion: an evolutionary by-product of the neural regulation of the autonomic nervous system. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 807, 62-77.

Porges, S. W. (2001). The polyvagal theory: phylogenetic substrates of a social nervous system. *International Journal of Psychophysiology*, 42, 123-146.

Porges, S. W. (2004). Neuroception: A subconscious system for detecting threats and safety. *Zero to Three*, 32, 19-24.

Porges, S. W. (2007). The Polyvagal Perspective. *Biological Psychology*, 74, 116-143.

Putnam W.F. (1985). Dissociation as a response to extreme trauma. V R.P. Kluft (Ur.), *Childhood Antecedents of Multiple Personality* (str.65-97). Washington, DC: American Psychiatric Press.

Putnam, W.F. (1997). *Dissociation in children and adolescents: a developmental perspective*. New York, NY: The Guilford Press.

Sahakyan, L. in Kelley, C.M. (2002). A contextual change account of the directed forgetting effect. *Journal of Experimental Psychology: Learning, Memory and Cognition*, 28, 1064-1072.

Sar, V., Ünal, S. N. in Öztürk, E. (2007). Frontal and occipital perfusion changes in dissociative identity disorder. *Psychiatry Research: Neuroimaging* 156, 217-223.

Scaer, R. C. (2001). The neurophysiology of dissociation and chronic disease. *Applied Psychophysiology and Biofeedback*, 26(1), 73-91.

Schore, A. N. (1997). Early organization of the nonlinear right brain and development of a predisposition to psychiatric disorders. *Development and Psychopathology*, 9, 595-631.

Schore, A.N. (2009). Attachment trauma and the developing right brain: origins of pathological dissociation. V P.F. Dell in J.A. O'Neill (Ur.), *Dissociation and the Dissociative Disorders: DSM-V and Beyond* (str. 107-143). New York, NY: Routledge.

Seligman, M. (1975). *Helplessness: On depression, development and death*. San Francisco, CA: Freeman.

Sielberg, J.L. in Dallam, S. (2009). Dissociation in children and adolescents: at the

crossroads. V P.F. Dell in J.A. O'Neill (Ur.), *Dissociation and the Dissociative Disorders: DSM-V and Beyond* (str. 67-82). New York, NY: Routledge.

Speigel, D. (1984). Multiple personality as a post-traumatic stress disorder. *The Psychiatric Clinics of North America*, 7(1), 101-110.

Van der Hart, O. in Dorahy, M.J. (2009). History of the concept of dissociation. V P.F. Dell in J.A. O'Neill (Ur.), *Dissociation and the Dissociative Disorders: DSM-V and Beyond* (str. 3-26). New York, NY: Routledge.

Van der Hart, O. in Horst, R. (1989). The dissociation theory of Pierre Janet. *Journal of Traumatic Stress*, 2(4), 397-412.

Van der Hart, O., Nijenhuis, E. in Solomon, R. (2010). Dissociation of the Personality in Complex Trauma-Related Disorders and EMDR: Theoretical Considerations. *Journal of EMDR Practice and Research*, 4(2), 76-92.

Van der Hart, O., Nijenhuis, E. R. S. in Steele, K. (2006). *The Haunted Self. Structural Dissociation and the Treatment of Chronic Traumatization*. New York, NY: W.W. Norton & Company.

Van der Hart, O., Nijenhuis, E., Steele, K. in Brown, D. (2004). Trauma-related dissociation: conceptual clarity, lost and found. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 38(11), 906-914.

Van der Hart, O. van Dijke, M.A., van Son, M. in Steele, K. (2000). Somatoform Dissociation in Traumatized World War I Combat Soldiers: A Neglected Clinical Heritage. *Journal of Trauma and Dissociation*, 4(1), 33-66.

Van der Kolk, B., Greenberg, M., Boyd, H. in Krystal, H. (1985). Inescapable shock, neurotransmitters and addiction to trauma: Towards a psychobiology of post traumatic stress disorder. *Biological Psychiatry*, 20, 314-325.

Van der Kolk, B. A., van der Hart, O. in Marmar, G. (1996). Dissociation and information processing in posttraumatic stress disorder. V B. A. van der Kolk, A. C. McFarlane in L. Weisaeth (Ur.), *Traumatic stress: The effects of overwhelming experience in mind, body and society* (str. 303-327). New York, NY: Guilford.

Waller, G., Quinton, S. in Watson, D. (1995). Dissociation and the processing of threat related information. *Dissociation*, 8, 84-90.

Waters, F. (2005). Recognizing dissociation in preschool children. *The International Society for the Study of Dissociation*, 23(4), 1-16.

World Health Organization. (1994). *International Classification of diseases – ICD 10*. Ženeva, Švica: WHO library cataloguing in publication data.

Zelazo, P. D. in Muller, U. (2002). Executive function in typical and atypical development. V U. Goswami (Ur.), *Handbook of childhood cognitive development* (str. 445-469). Oxford, UK: Blackwell.