

# Συνθετική ψυχοθεραπεία ψυχικού τραύματος

Ζωή Παραδομενάκη – Σίλληλατ

*«Η έρευνα των νευροεπιστημών δείχνει ότι η μόνη οδός για να αλλάξουμε τον τρόπο που αισθανόμαστε είναι η ενσυνείδητη επίγνωση και η εμπειρία της εσωτερικής μας εμπειρίας, καθώς και η προθυμία μας να μάθουμε να φερόμαστε φιλικά προς ό,τι συμβαίνει μέσα μας».*

(Bessel van der Kolk)

## Εισαγωγή

Το ψυχικό τραύμα, ως αρχετυπική ανθρώπινη εμπειρία, αποτέλεσε ανέκαθεν και εξακολουθεί να αποτελεί αντικείμενο της ψυχολογικής διερεύνησης και της ψυχοθεραπευτικής πρακτικής. Και ενώ το ζήτημα αυτό δεν είναι καινούργιο, έχει συντελεστεί μέσα από την εξέλιξη της νευροεπιστημονικής έρευνας τις τέσσερις τελευταίες δεκαετίες μια σημαντική ανάπτυξη στη θεωρητική κατανόηση, την κλινική έρευνα και, συνεπακόλουθα, στη θεραπευτική προσέγγιση του ψυχικού τραύματος. Η σύγχρονη διεπιστημονική, συνθετική προσέγγιση του ψυχικού τραύματος, όπως αυτή παρουσιάζεται στη βιβλιογραφία και σε διεθνή συνέδρια, ενσωματώνει διαφορετικές μεθόδους, που γεφυρώνουν την αντίθεση μεταξύ λεκτικών και μη λεκτικών προσεγγίσεων στην ψυχοθεραπεία, ενώ επικεντρώνεται χαρακτηριστικά: α) στα θέματα πρωταρχικού δεσμού και της επίδρασης της τραυματικής πρόσδεσης στην πρώιμη ανάπτυξη του εγκεφάλου και της προσωπικότητας, β) σε θεωρήσεις και θεραπευτικές παρεμβάσεις από το πεδίο της σχεσιακής νευροεπιστήμης και γ) σε σωματικά προσανατολισμένες συνθετικές μεθόδους ψυχοθεραπευτικής επεξεργασίας των μετατραυματικών αντιδράσεων, που μπορούν να ενσωματωθούν στις παραδοσιακές ψυχοθεραπευτικές προσεγγίσεις ανεξαρτήτως προσανατολισμού.

## Ιστορικό και θεωρητικό πλάνισιο

### 1. Η εξέλιξη της κατανόησης του τραύματος

Η επιστημονική ενασχόληση με το ψυχικό τραύμα ξεκίνησε περίπου στα μέσα του 19ου αιώνα, κατ' αρχάς ως μεμονωμένο πεδίο έρευνας διακεκριμένων «ειδικών». Στη σύγχρονη βιβλιογραφία γίνεται αναφορά στον J-M Charcot και στις έρευνές του γύρω από την υστερία. Επίσης, έχει αναγνωριστεί ως πρωτοποριακό το ερευνητικό και κλινικό έργο του P. Janet σχετικά με τις διαταραχές μνήμης και την αποσυνδεδετική διαταραχή (Dissociation) σε ασθενείς με τραυματικά βιώματα. Η διάλεξη του S. Freud τον Απρίλιο 1896 περί της *αιτιολογίας της υστερίας*, θεωρείται ως η καταγωγή της μοντέρνας ψυχοτραυματολογίας. (Wiki., Psychotraumatologie) Η επιστημονική συζήτηση γύρω από τις συνέπειες των ατομικών και συλλογικών τραυματικών βιωμάτων υπόκειται στη συνέχεια σε έναν εναλλασσόμενο ρυθμό ενδιαφέροντος και απώθησης (v.d. Kolk, 2015). Ιδιαίτερη επικαιρότητα αρχίζει να αποκτά η θεματολογία του τραύματος την εποχή των παγκοσμίων πολέμων. Οι νευρώσεις του πολέμου διερευνώνται στην Tavistock Clinic, εκεί όπου αναπτύσσεται από τον W.R. Bion η ομαδική ανάλυση. Τη δεκαετία του '70 παρουσιάζεται μια νέα ανάκαμψη στο ερευνητικό πεδίο της ψυχοτραυματολογίας και στην κλινική της εφαρμογή, την τραυματοθεραπεία. Γενικότερα, θεωρείται ότι το πεδίο της θεραπείας του τραύματος ενεργοποιήθηκε γύρω στο 1980 (*DSM – Ταξινόμηση της Μετατραυματικής Διαταραχής PTSD/ ΜΤΔ*), ως αποτέλεσμα του κινήματος των βετεράνων του Βιετνάμ. Ωθηση στη συνεχιζόμενη ανάπτυξη της επιστημονικής έρευνας και της κλινικής πρακτικής προκύπτει από τη διερεύνηση των μετατραυματικών διαγενεαλογικών συνεπειών του Ολοκαυτώματος, καθώς και από το γυναικείο κίνημα και την αυξανόμενη θεματοποίηση της σεξουαλικής κακοποίησης, του βιασμού και της ενδοοικογενειακής βίας, ενώ παράλληλα αρχίζει να παρέχεται ψυχοθεραπευτική στήριξη στα ψυχοκοινωνικά κέντρα για πρόσφυγες, που θεματοποιούν τις τραυματικές επιπτώσεις του βασανισμού, της πολιτικής δίωξης, των εμφυλίων πολέμων και του δουλεμπορίου (*human trafficking*). Από τα μέσα της δεκαετίας του '90 παρατηρείται ταχύτατη ανάπτυξη του τομέα της ψυχοτραυματολογίας και τραυματοθεραπείας και στην εκπαίδευση των ψυχοθεραπευτών, ενώ μόλις πρόσφατα (2018) αναγνωρίζεται επίσημα από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (WHO/ ICD-II) η *διάγνωση της σύνθετης μετατραυματικής*

διαταραχής/αναπτυξιακού τραύματος (C-PTSD/Complex Post-Traumatic Stress Disorder/Developmental Trauma).

Η νέα διάγνωση του C-PTSD, μαζί με την αναπτυσσόμενη έρευνα από τη μελέτη ACES (Adverse Childhood Experiences) (αντίξοες εμπειρίες παιδικής ηλικίας), υποστηρίζει περαιτέρω τη σχετικά με το ψυχικό τραύμα ενημερωμένη φροντίδα. Αναγνωρίζεται και κατανοείται ευρύτερα ότι η ενημέρωση και ψυχοεκπαίδευση σχετικά με το ψυχικό τραύμα δεν αφορά μόνο στην παροχή υπηρεσιών συμβουλευτικής και ψυχοθεραπείας, αλλά επηρεάζει και άλλους τομείς, όπως την ιατρική, την εκπαίδευση και γενικότερα την κοινωνική εργασία. Η εξέλιξη στην κατανόηση του τραύματος σε σχέση με την πληθώρα των ατομικών και συλλογικών διαταραχών της σύγχρονης ζωής και κοινωνίας, όπως οι χρόνιες ασθένειες (Flory & Jehuda, 2018), οι μαθησιακές διαταραχές, οι εξαρτήσεις και διάφορα κοινωνικά θέματα (όπως ξενοφοβία, ρατσισμός, μισογυνία, ομοφοβία), ενθαρρύνει την ανάπτυξη μιας πιο αισιόδοξης προοπτικής για μια καταλληλότερη και ολιστικά ενημερωμένη προσέγγιση αυτών των προβλημάτων.

## 2. Ορισμοί

Ως *τραύμα* ορίζεται κάθε γεγονός το οποίο τραυματίζει το προστατευτικό μας περίβλημα, αφήνοντάς μας με μια αίσθηση κατάρρευσης και αβοήθητου. Αιτίες του ατομικού ή συλλογικού τραύματος μπορεί να είναι δραματικά γεγονότα, όπως σωματική και ψυχοσυναισθηματική βία, παραμέληση και κακοποίηση, σοβαροί τραυματισμοί και ασθένειες, εγχειρητικές επεμβάσεις, απώλεια κοντινού προσώπου, πόλεμος, φυσικές καταστροφές. Επίσης, φαινομενικά συνηθισμένα, καθημερινά, συχνά απρόσμενα γεγονότα –πτώσεις και μικροτραυματισμοί, ατυχήματα, ιατρικές επεμβάσεις, παθητική συμμετοχή σε έντονες συγκρουσιακές καταστάσεις– μπορεί, κάτω από συγκεκριμένες συνθήκες, ιδιαίτερα για τα παιδιά, να είναι τραυματικά. Η ένταση της τραυματικής αντίδρασης εξαρτάται από την ψυχική ανθεκτικότητα, τους εσωτερικούς και εξωτερικούς στηρικτικούς πόρους, την παρουσία ή απουσία ενός υποστηρικτικού περιβάλλοντος, τη σωματική κατάσταση, την οικογενειακή δυναμική, τις συνθήκες διαβίωσης και την ηλικία. Το τραύμα/τραυματικό σοκ μπορεί να προκληθεί από ένα μεμονωμένο συμβάν –απλό τραύμα– ή να είναι συνέπεια μιας σύνθετης παρατεταμένης ή χρόνιας τραυματικής κατάστασης στην πορεία της ανάπτυξης – σύνθετο αναπτυξιακό τραύμα.

Τα συμπτώματα της ΜΤΔ συνοψίζονται σε τέσσερις κεντρικές κατηγορίες (DSM-V 2013):

- Υπερδιεγερσιμότητα
- Γνωστικοσυναισθηματικές αλλαγές
- Αποφυγή – απώθηση
- Παρεισφρητικά συμπτώματα

Η *σύνθετη ΜΤΔ* (Complex PTSD/ICD-II 2018) είναι μια διαταραχή που μπορεί να αναπτυχθεί μετά από έκθεση σε παρατεταμένα ή επαναλαμβανόμενα συμβάντα, από τα οποία η διαφυγή είναι δύσκολη ή αδύνατη (π.χ. επαναλαμβανόμενη σεξουαλική ή σωματική κακοποίηση παιδιών, ενδοοικογενειακή βία, βασανιστήρια, δουλεία, εκστρατείες γενοκτονίας). Η διαταραχή χαρακτηρίζεται από τα βασικά συμπτώματα της ΜΤΔ. Επιπλέον, η σύνθετη ΜΤΔ χαρακτηρίζεται από α) σοβαρά και διάχυτα προβλήματα ρύθμισης της συναισθηματικής διέγερσης, β) επίμονες πεποιθήσεις για τον εαυτό ως ελαττωματικό, ηττημένο ή ανάξιο, συνοδευόμενες από βαθιά και διάχυτα συναισθήματα ντροπής, ενοχής ή αποτυχίας, που σχετίζονται με το τραυματικό συμβάν, και γ) επίμονες δυσκολίες όσον αφορά στη διατήρηση των σχέσεων και στην αίσθηση εγγύτητας προς άλλους.

### **3. Κεντρικά θεωρητικά μοντέλα και προσεγγίσεις**

#### **3.1. Η συμβολή της σχεσιακής νευροεπιστήμης στη θεραπεία τραύματος:**

##### *Πεδία έρευνας, βασικές υποθέσεις και ερευνητικά δεδομένα*

Στα τέλη της δεκαετίας του '70, η κατανόηση του τραύματος ήταν ακόμη αρκετά περιορισμένη. Φυσικά, ήταν ήδη γνωστή η νευροφυσιολογική σημασία του άξονα υποθαλάμου-υπόφυσης-επινεφριδίων (ΥΥΕ) στο στρες και η αντίδραση «πάλης-φυγής», από τότε που ο Hans Selye εισήγαγε αυτή την έννοια τη δεκαετία του '50. Ωστόσο, δεν είχε ακόμη ερευνητικά αποσαφηνιστεί η σημασία της συμμετοχής του σώματος στην τραυματική εμπειρία, ενώ η επικρατούσα θεραπευτική επιλογή ήταν η λεκτική θεραπεία. Με την ανάπτυξη της τεχνολογίας των απεικονιστικών ερευνητικών μεθόδων και μέσα από την ραγδαία αναπτυσσόμενη έρευνα των τελευταίων ετών στα πεδία της διαπροσωπικής νευροβιολογίας (interpersonal neurobiology), της νευροψυχολογίας της ανάπτυξης ή θυμικής νευροεπιστήμης (affective neuroscience), της ψυχονευροανοσολογίας και της επιγενετικής, διερευνάται ευρύτερα το νευροβιολογικό υπόστρωμα του ψυχοσυναισθηματικού τραυματικού βιώματος και η διαγενεακή διάσταση του ψυχικού τραύματος.

*Μια πληθώρα ερευνητικών ευρημάτων τεκμηριώνει ότι:*

- 】 Ορισμένα βασικά βιολογικά ρυθμιστικά εγκεφαλικά συστήματα και λειτουργίες, όπως το κεντρικό νευρικό σύστημα, το σύστημα ορμονικής ρύθμισης, ο ιππόκαμπος, η αμυγδαλή, το μεσολόβιο, ο προμετωπιαίος φλοιός, επηρεάζονται από το μετατραυματικό στρες.
- 】 Το ψυχικό τραύμα αλλοιώνει τη χημεία του εγκεφάλου προκαλώντας ορμονικές αλλαγές που μεταβάλλουν τα επίπεδα των νευροδιαβιβαστών, επηρεάζει τις υποφλοιώδεις (υποσυνειδητές) περιοχές του εγκεφάλου, ενώ η άδηλη μνήμη του τραυματικού βιώματος δεν είναι εύκολα προσβάσιμη με τον διάλογο και τη συζήτηση.
- 】 Η διαδικασία της πρόσδεσης επιδρά στα κυκλώματα του αναπτυσσόμενου εγκεφάλου, τα οποία, επίσης, δημιουργούνται την ίδια χρονική περίοδο με την πρόσδεση. Η ύπαρξη υψηλών επιπέδων έντασης ή στρες μπορεί να μεταβάλει την αναπτυξιακή τροχιά, ιδίως του μεταιχμιακού συστήματος του δεξιού ημισφαιρίου του εγκεφάλου και των κυκλωμάτων επεξεργασίας του συναισθήματος.
- 】 Το τραύμα επηρεάζει την ισορροπία και τις βασικές ρυθμιστικές λειτουργίες του αυτόνομου νευρικού συστήματος (ΑΝΣ), προκαλώντας υπερβολική διέγερση στο σώμα.
- 】 Ως αποτέλεσμα του μετατραυματικού στρες, η ικανότητα για νευροφυσιολογική και ψυχοσυναισθηματική ρύθμιση έχει υπονομευτεί, οι καταστάσεις διέγερσης, συναισθήματος, σκέψης και συμπεριφοράς μεταβάλλονται αιφνίδια και ταχέως, ενώ η λειτουργικότητα στην καθημερινότητα παρεμποδίζεται ή περιορίζεται και μπορεί να επικρατεί ένα χρόνιο αίσθημα αναποτελεσματικότητας.
- 】 Πρώιμα τραυματικά βιώματα επιφέρουν συναπτικές επιγενετικές τροποποιήσεις, επηρεάζοντας και διαγενεακά την προδιάθεση ανταπόκρισης του οργανισμού στο τραυματικό στρες.

(De Bellis, 2001, De Bellis et .al. 2005, Teicher, 2008, Teicher, 2015, Siegel, 2016, Meaney, 2007 in Siegel, 2016, Scaer, 2001, 2012, Schore, 2013, Rothschild, 2010, Heller, 2012, v.d.Kolk, 2013, 2015, Levine, 2008, 2010).

Έτσι, οι ερευνητές και οι κλινικοί θεραπευτές άρχισαν να αντιλαμβάνονται τα όρια της, επί το πλείστον, γνωστικά προσανατολισμένης λεκτι-

κής θεραπείας. Επίσης, άρχισε να γίνεται κατανοητό ότι το να μιλάμε για ένα τραυματικό γεγονός είναι πιθανό να λειτουργήσει επανατραυματικά, ιδιαίτερα όταν η θεραπευτική παρέμβαση γίνεται πολύ σύντομα, πριν να είναι σε θέση ο θεραπευόμενος να επεξεργαστεί με ασφαλή και ενδυναμωτικό τρόπο το βίωμά του.

Θεμελιώνεται στην πορεία ένα νέο υπόβαθρο γνώσης, τεκμηριώνοντας πως το μετατραυματικό στρες και η νευροβιολογικά προγραμματισμένη αμυντική αντίδραση «πάλη-φυγή-πάγωμα» (fight-flight-freeze) είναι μια ψυχοφυσιολογική απόκριση ολόκληρου του οργανισμού, καθώς η τραυματική εμπειρία, ιδιαίτερα όταν πρόκειται για θέματα τραυματικής πρόσδεσης στην πρώιμη ανάπτυξη, επηρεάζει τη δομή και τη λειτουργικότητα του εγκεφάλου, καθώς και την ισορροπία του αυτόνομου νευρικού συστήματος, αφήνοντας τα ίχνη της στη σωματική αισθητηριακή βάση του αναπτυσσόμενου εαυτού. Τη δεκαετία '90 αρχίζουν να εφαρμόζονται στη θεραπεία του τραύματος παρεμβάσεις που δεν βασίζονται τόσο στην ομιλία, όπως είναι η νοερή απεικόνιση και η κλινική ύπνωση. Στο πλαίσιο της ανθρωποκεντρικής προσέγγισης αναπτύσσεται η μέθοδος EMDR (Eye Movement Desentization and Reprocessing, Shapiro, 2001), μία δομημένη θεραπευτική διαδικασία, και η πρώτη προσέγγιση που απευθύνεται άμεσα στη νευροφυσιολογική διάσταση του τραυματικού βιώματος, μέσω της χρήσης διεστιακών αισθητηριακών ερεθισμάτων, αρχικά κυρίως με εναλλασσόμενες οφθαλμικές κινήσεις, αργότερα και άλλων, οπτικών, ακουστικών, απτικών διεστιακών αισθητηριακών ερεθισμάτων (Βεντουράτου, 2010). Στην πορεία, άρχισε να αποσαφηνίζεται περαιτέρω η *σωματική διάσταση* στο τραυματικό βίωμα και να εδραιώνεται η θεώρηση ότι το τραύμα δεν βρίσκεται στο συμβάν, αλλά στο νευρικό σύστημα, που χρειάζεται να προσεγγιστεί με ασφαλή τρόπο, και ότι η μετατραυματική αντίδραση δεν αφορά τόσο στο παρελθόν, αλλά περισσότερο το σώμα, που συνεχίζει να συμπεριφέρεται και να οργανώνεται σαν η εμπειρία να συμβαίνει στο παρόν (Levine, 2008, v.d. Kolk, 2013). Συνεπακόλουθα, άρχισαν να διερύνονται οι θεραπευτικές επιλογές και να επιβεβαιώνεται η αποτελεσματικότητα συνθετικών ψυχοθεραπευτικών προσεγγίσεων που, μέσα στην ασφάλεια της θεραπευτικής σχέσης, απευθύνονται όχι μόνο στη λεκτική επεξεργασία, αλλά και στη σωματική βιωμένη αίσθηση (felt sense) και την αισθητηριοκινητική εμπειρία. Επίσης, περιλαμβάνουν την κίνηση και τον ρυθμό, ανιχνεύουν και αξιοποιούν τα υγιή εσωτερικά και εξωτερικά αποθέματα δύναμης και στήριξης που έχει το παιδί, ο έφηβος ή ο ενήλικας, ενθαρρύνουν την ικανότητα για φαντασία και συμβολοποίηση, καθώς και την έκφρα-

ση μέσα από την τέχνη, και ενσωματώνουν την ενδυναμωτική πρακτική της ενσυνειδητότητας (mindfulness) στο θεραπευτικό πλαίσιο (v.d. Kolk, 2013, Perry, 2012 κ.ά.).

Ενδεικτικά<sup>1</sup> αναφέρονται ακολούθως ορισμένες καθιερωμένες σύγχρονες προσεγγίσεις και μέθοδοι στη θεραπεία του ψυχικού τραύματος:

- 】 *Eye Movement Desensitization and Reprocessing EMDR* (F. Shapiro)
- 】 *Somatic Experiencing SE®* (P. Levine)
- 】 *Sensorimotor Psychotherapy* (P. Ogden, J. Fisher)
- 】 *Neuroaffective Relational Model™ / Νευροθυμικό Σχεσιακό Μοντέλο NARM™* (L. Heller)
- 】 *Attachment Based Psychotherapy* (D. Poole-Heller, D. Fosha et al)
- 】 *Neuroaffective Psychotherapy* (S. Hart, M. Bentzen)
- 】 *Neurosequential Model of Therapeutics* (B. Perry)
- 】 *Psychodynamische Imaginative Traumatherapie* (L. Reddemann)
- 】 *Ego States Therapy* (H. Watkins, M. Phillips et al)
- 】 *Internal Family System/IFS* (R. Schwartz)
- 】 *Συγκινησιακά εστιασμένη θεραπεία EFT* (S. Johnson),
- 】 *Trauma Recovery Training* (J.A. Simington)
- 】 *Πρακτικές ενεργειακής ψυχολογίας (ACEP)*
- 】 *Πρακτικές της διαλεκτικής-συμπεριφορικής θεραπείας βασισμένες στην ενσυνειδητότητα (Mindfulness based DBT Practices)*
- 】 *Πρακτική της yoga στο τραυματοθεραπευτικό πλαίσιο* (B. v.d. Kolk)
- 】 *Νευροανάδραση* (B. v.d. Kolk, S. Fisher) κ.ά.

Τα νέα ερευνητικά δεδομένα που σχετίζονται με την επίδραση του ψυχικού τραύματος και του μετατραυματικού στρες στον εγκέφαλο και στο αυτόνομο νευρικό σύστημα (ΑΝΣ), οδήγησαν στην ανάπτυξη σχετικά απλών και κατανοητά δομημένων (και για μη νευροεπιστήμονες) διδακτικών μοντέλων, τα οποία επεξηγούν τις κεντρικές έννοιες και δυναμικές, σχετικά με τις νευροβιολογικές λειτουργίες στην επεξεργασία των τραυματικών αντιδράσεων, και τα οποία αποτελούν το υποστηρικτικό θεωρητικό υπόβαθρο για τις ψυχοτραυματοθεραπευτικές προσεγγίσεις στο πεδίο της ψυχολογίας σώματος-νου (body-mind approaches), που άρχισαν να εδραϊώνονται στο πεδίο της τραυματοθεραπείας. Αναφέρομε συνοπτικά τα σημαντικότερα εξ αυτών:

---

1. Για περισσότερες πληροφορίες, μπορεί ο αναγνώστης να ανατρέξει στη σχετική βιβλιογραφία.

- 1** Το μοντέλο του ιεραρχικά δομημένου τριαδικού εγκεφάλου (Triune Brain, Mc Lean, 1990): Δίνει ένα πλαίσιο για τη φυλογενετική εξέλιξη και τα αναπτυξιακά στάδια του εγκεφάλου και της προσωπικότητας (ερπετοειδής εγκέφαλος, μεταϊχμιακό σύστημα, νεοφλοιός), περιγράφοντας τη νευροβιολογική επίδραση του ψυχικού τραύματος στα τρία κεντρικά επίπεδα της ανθρώπινης εμπειρίας: το σωματικό-αισθητηριακό, το ψυχοσυναισθηματικό και το γνωστικό-αναστοχαστικό επίπεδο.
- 2** Το παράθυρο ανεκτικότητας (*Window of Tolerance*, Siegel 1999, Ogden et al, 2006): Αναφέρεται στη ρύθμιση της νευροφυσιολογικής διέγερσης στο συμπαθητικό και το παρασυμπαθητικό μέρος του ΑΝΣ και δίνει ένα πλαίσιο για την κατανόηση των ποικίλων ψυχο-σωματικών συμπτωμάτων που εκδηλώνονται ως συνέπεια της νευροφυσιολογικής δυσρύθμισης (στο φάσμα υπερ-ή υποδιέγερσης), που προκαλείται από το ψυχικό τραύμα και το μετατραυματικό στρες.
- 3** Η πολυβαγοτονική θεωρία (*Polyvagal Theory*, Porges 2011): Αναφέρεται στους φυλογενετικά προγραμματισμένους τρόπους απόκρισης στο τραυματικό στρες. Αποσαφηνίζοντας τη διαμεσολαβητική λειτουργία του (πολλαπλού) πνευμονογαστρικού νεύρου (*vagus nerve*) στις επιβιωτικές προσαρμοστικές και αμυντικές δυνατότητες απόκρισης του οργανισμού, η πολυβαγοτονική θεωρία δίνει ένα πλαίσιο για την κατανόηση τόσο του νευροβιολογικού υποστρώματος της αποσύνδεσης (αντίδραση παγώματος) όσο και της σημασίας της αξιοποίησης της εγγενούς ανθρώπινης συγκινησιακής ανάγκης και της ικανότητας για ασφαλή πρόσδεση («κοινωνικό νευρικό σύστημα», *social engagement*) στο θεραπευτικό πλαίσιο.

### 3.2 Διαπροσωπική νευροβιολογία και νευροψυχολογία της ανάπτυξης

Στη δεκαετία ακμής της ανάπτυξης της επιστήμης του εγκεφάλου, νευροεπιστήμονες και κλινικοί ερευνητές γύρω από τους A. Schore, D. Siegel, L. Cozolino κ.ά, (2011) οργανώνουν ομάδες μελέτης με αντικείμενο την αναπτυξιακή θυμική νευροεπιστήμη σε σχέση με την κλινική πρακτική. Ο θεωρητικός και ερευνητικός προσανατολισμός του πεδίου της διαπροσωπικής νευροβιολογίας, που αποτελεί την ομπρέλα αυτών των μελετών, είναι διεπιστημονικός και συνθετικός-ενοποιητικός, καθώς θεωρείται ότι, για να κατανοηθούν οι πολύπλοκες λειτουργίες του νου, του εγκεφάλου, του ψυχισμού και της συμπεριφοράς, χρειάζεται να συνδεθούν οι πληρο-



φορίες που προέρχονται από τις διαφορετικές σχετικές επιστήμες όπως είναι η βιολογία, η νευροφυσιολογία, η ηθολογία, η ανθρωπολογία, η ψυχιατρική, η αναπτυξιακή ψυχολογία και ψυχανάλυση, οι γνωστικές επιστήμες, η φυσική, η θεωρία των συστημάτων, η κλινική κοινωνική εργασία κ.ά. Η διαπροσωπική νευροβιολογία μεταφέρει την έρευνα από αυτά τα πεδία σε ένα συνεργατικό πλαίσιο που εξετάζει τα κοινά ευρήματα μεταξύ των διαφορετικών επιστημονικών κλάδων.

Αναφέρουμε συνοπτικά δύο κεντρικά ζητήματα εστιασμένης έρευνας αυτού του πεδίου, που επηρέασαν, στη συνέχεια, καταλυτικά την επιστημονική σκέψη, καθώς επισημάνθηκε η σημασία τους για την ψυχοθεραπεία γενικότερα και την ψυχοτραυματοθεραπεία ειδικότερα.

» *Πρωταρχικός δεσμός και η νευροφυσιολογία της ασφαλούς και της τραυματικής πρόσδεσης-αναπτυξιακού τραύματος*

Όπως έχει ερευνηθεί, στη συμπεριφορά της πρόσδεσης συμμετέχουν τόσο πολλές νευρωνικές δομές, ώστε ολόκληρος ο ανθρώπινος εγκέφαλος –κρανιακός εγκέφαλος, κεντρικό νευρικό σύστημα, νευρωνικά μυϊκά ρεύματα, νευρωνικά κυκλώματα στην περιοχή της καρδιάς, εντερικό νευρικό σύστημα ή σπλαγχνικός εγκέφαλος και η αλληλεπίδρασή τους– να θεωρείται ως ένα νευρωνικό σύστημα πρόσδεσης (Badenoch, 2011). Στη θεωρία της ψυχοσυναισθηματικής ρύθμισης του Schore, θεωρείται πρωτοποριακή η ενσωμάτωση της νευροεπιστήμης με τη θεωρία του δεσμού. Ιδιαίτερα, αναφορικά με τον τρόπο που το δεξί εγκεφαλικό ημισφαίριο ρυθμίζει το συναίσθημα και επεξεργάζεται την αίσθηση του εαυτού, αποσαφηνίζεται ότι η επικοινωνιακή λειτουργία της πρόσδεσης δεν αφορά μόνο στη συνήχηση μεταξύ της νοητικής κατάστασης της μητέρας και του παιδιού, αλλά και στον ψυχοφυσιολογικό συντονισμό των σωμάτων τους. Το έργο του Schore είναι μια σημαντική πηγή αναφοράς για την κατανόηση των σχέσεων εγκεφάλου-νου-ψυχισμού-σώματος, ιδιαίτερα στο δυαδικό-διαπροσωπικό πλαίσιο, τόσο στη σχέση μητέρας-παιδιού όσο και στην ψυχοθεραπευτική σχέση θεραπευτή-θεραπευομένου, με επικέντρωση στη διαδικασία της πρόσδεσης και της αποσύνδεσης, καθώς και των συνεπακόλουθων επιδράσεων στο επίπεδο του αυτόνομου νευρικού συστήματος (Schore, 2013, Bentzen, 2015).

» *Η σημασία της ενσυνείδητης και ενσώματης<sup>2</sup> επίγνωσης-ενσυνειδητότητας (felt sense, mindfulness, somatic mindfulness, embodied awareness)*

---

2. Embodied, δηλαδή σε σύνδεση με τη σωματική αίσθηση.

Υποστηρίζοντας την αλλαγή παραδείγματος που έφερε στην ψυχοθεραπεία η έννοια της βιωμένης αίσθησης (*felt sense*, Gendlin) ως πηγής νοήματος και αλλαγής (Weiser Cornell, 2016), η νευροεπιστημονική έρευνα γύρω από την υπόσταση του νου και της συνειδητότητας τεκμηριώνει την ενεργειακή ιδιότητα και ικανότητα του ανθρώπινου «ενσώματου και σχεσιακού νου» να επηρεάζει την ψυχοσυναισθηματική και τη σωματική κατάσταση μέσω της ενσυνειδητότητας – «*Where attention goes, energy flows*» (Siegel 2010). Πολλαπλές έρευνες με συγκεκριμένα ευρήματα στην πορεία των τελευταίων ετών (Siegel, 2016, 2018, Orsillo, Roemer 2016, κ.ά.) αποδεικνύουν ότι η μη επικριτική εστίαση της προσοχής στην παρούσα στιγμή, σε συνδυασμό με μια διάθεση ανοιχτής και ενσώματης επίγνωσης και καλοπροαίρετης πρόθεσης, ως δεξιότητες που μπορούν να καλλιεργηθούν, επιδρούν επανορθωτικά στην ψυχοσωματική υγεία και στην αίσθηση ευεξίας. Ενδεικτικά αναφέρονται:

- 】 Η βελτίωση της λειτουργίας του ανοσοποιητικού συστήματος.
- 】 Η βελτιστοποίηση του επιπέδου του ενζύμου τελομεράση, το οποίο αποκαθιστά και διατηρεί τα άκρα των χρωμοσωμάτων, διατηρώντας τα κύτταρα σε καλή λειτουργία.
- 】 Η βελτίωση της επιγενετικής ρύθμισης των γονιδίων για την πρόληψη φλεγμονών.
- 】 Η τροποποίηση των καρδιαγγειακών παραγόντων, η βελτίωση των επιπέδων χοληστερόλης, της αρτηριακής πίεσης και της καρδιακής λειτουργίας.
- 】 Η αύξηση της εγκεφαλικής νευρωνικής σύνδεσης και απαρτίωσης, που επιτρέπει μεγαλύτερο συντονισμό και ισορροπία, τόσο στη λειτουργική όσο και στη δομική συνδεσιμότητα στο νευρικό σύστημα, διευκολύνοντας τη βέλτιστη λειτουργία, συμπεριλαμβανομένης της αυτορρύθμισης, της επίλυσης προβλημάτων και της προσαρμοστικής συμπεριφοράς.
- 】 Η ενίσχυση της ικανότητας για ενσυναισθητική σύνδεση και αλληλεπίδραση, ψυχοσυναισθηματική ισορροπία και ανθεκτικότητα στις αντιξοότητες.

Το μήνυμα της διαπροσωπικής νευροβιολογίας είναι ότι «η σχέση είναι τα πάντα, καθώς όλα είναι συνδεδεμένα μεταξύ τους», ενώ η διαδικασία της ενσυνείδητης σύνθεσης-ολοκλήρωσης-απαρτίωσης (*integration*) των διαφοροποιημένων μερών της εμπειρίας θεωρείται η βάση για τη διατήρηση της ψυχοβιολογικής ισορροπίας και ευημερίας. Η σύγχρονη

έρευνα επιβεβαιώνει την αέναη, τόσο ενδοπροσωπική (νευρωνική, εγκεφαλική) όσο και διαπροσωπική σύνδεση και αλληλεπίδραση, καθώς και τη θεώρηση ότι η ενσυνείδητη παρατήρηση και εστίαση της προσοχής του ατόμου μπορεί να επιφέρει θετική αλλαγή, τόσο στο ίδιο όσο και στο περιβάλλον που συνδέεται μαζί του (Siegel βλ. αν.). Πρόκειται για ένα αξίωμα που συμφωνεί με τις σύγχρονες θεωρήσεις της κβαντικής φυσικής σχετικά με την αλληλεπίδραση ανάμεσα στην ενεργή παρατήρηση και τη συνειδητότητα του ατόμου, και στην πραγματικότητα που εκείνο παρατηρεί και βιώνει (Young, 2015).

Μεταφέροντας τα παραπάνω στο ψυχοθεραπευτικό πλαίσιο, μπορούμε να αναλογιστούμε τη θετική, αποτελεσματική επίδραση της «θεραπευτικής παρουσίας» ως καλλιέργεια μιας *ενσυνείδητης, ενσώματης συνήχησης* στη θεραπευτική σχέση – ιδιαίτερα όταν αυτή υποστηρίζεται από τη *διπλή επίγνωση* του θεραπευτή: την ικανότητα να συνδέεται τόσο με την προσωπική σωματική του αίσθηση και την εσωτερική εμπειρία στην παρούσα στιγμή όσο και με την εμπειρία των θεραπευομένων του (Badenoch, 2011).

#### **4. Ψυχικό Τραύμα και Ανθεκτικότητα**

Η αποκατάσταση της ισορροπίας μεταξύ σώματος, νου και ψυχής, όταν αυτή διαταράσσεται ως αποτέλεσμα μιας ασθένειας ή μιας συντριπτικής εμπειρίας όπως είναι το ψυχικό τραύμα, είναι το ουσιαστικό αντικείμενο της ίασης σε κάθε εποχή και πολιτισμό, θέτοντας ως κεντρικό ερώτημα: πώς μπορούμε ως ανθρώπινα όντα, συχνά εκτεθειμένα σε αναπόφευκτες αντιξοότητες, να διατηρούμε μια αίσθηση «ροής» και ισορροπίας σε όλα τα επίπεδα (Gattnar, 2017). Παράλληλα με τα νέα δεδομένα για το ψυχικό τραύμα, υπάρχει και ένας σημαντικός κορμός νέας γνώσης σχετικά με την ψυχική ανθεκτικότητα. Οι έρευνες τεκμηριώνουν την ύπαρξη μιας «*αυτοανορθούμενης τάσης*» (self-righting tendency), που είναι εγγενής σε όλους τους ανθρώπους. Αυτή η έμφυτη ικανότητα μπορεί να διευκολυνθεί ή να παρεμποδιστεί στην πορεία της ζωής. Τα πορίσματα των ερευνών οδηγούν σε μια σημαντική αλλαγή στον τρόπο με τον οποίο αντιλαμβανόμαστε την ανθρώπινη ανάπτυξη: από την επίμονη εστίαση στα προβλήματα και στις αδυναμίες, στην αναγνώριση της δύναμης της ανθεκτικότητας, εντοπίζοντας, αξιοποιώντας και ενισχύοντας τις ατομικές (εσωτερικές) και περιβαλλοντικές (εξωτερικές) δυνάμεις και αποθέματα (resources) (Henderson, 2007).

Θεμελιώδης για τη διαδικασία της ανάκαμψης από το ψυχικό τραύμα θεωρείται η νευροεπιστημονική έρευνα σχετικά με τη *νευροπλαστικότητα*:

την ικανότητα του εγκεφάλου να αλλάζει τόσο δομικά όσο και λειτουργικά με την εισροή νέων δεδομένων από το περιβάλλον. Η νευροπλαστικότητα του εγκεφάλου επηρεάζεται αρνητικά από το ψυχικό τραύμα, συγχρόνως όμως και θετικά από ποικίλους παράγοντες της καθημερινής ζωής όπως είναι κοινωνική αλληλεπίδραση μέσα σε ένα πλαίσιο ασφάλειας και φροντίδας, τα θετικά συναισθήματα, η εστίαση της προσοχής και η μάθηση, η ενσυνειδητότητα και ο διαλογισμός, η καλή διατροφή και η άσκηση και, γενικότερα, οι επανορθωτικές, εμπυκωτικές εμπειρίες. Ερευνητικά δεδομένα υποστηρίζουν την υπόθεση ότι οι επανορθωτικές εμπειρίες μπορεί να επιφέρουν αλλαγές στα επιγενετικά μόρια (Siegel, 2016). Με τη νευροπλαστικότητα του εγκεφάλου συνδέεται επίσης και η, υπό ευνοϊκές συνθήκες, *εγγενής ικανότητα του αυτόνομου νευρικού συστήματος να αυτορρυθμίζεται και να επανέρχεται σε μια κατάσταση φυσιολογικής ανάπαυσης, ισορροπίας και ομοιόστασης.*

Η διεύρυνση της γνώσης για τον τρόπο με τον οποίο το σώμα και ο εγκέφαλος αντιδρούν στο ψυχικό τραύμα ανοίγει το δρόμο για να κατανοήσουμε όχι μόνο τα συμπτώματα και τις συνέπειες της έκθεσης στο τραυματικό στρες, αλλά και τους παράγοντες που προάγουν την ψυχική ανθεκτικότητα, τις εγγενείς δυνατότητες αυτοβοήθειας και τους τρόπους αυτοφροντίδας που μπορούν να καλλιεργηθούν. Η ευαλωτότητα και η ψυχική ανθεκτικότητα θεωρούνται ψυχοβιολογικές καταστάσεις που συνδέονται σαν αλληλένδετοι πόλοι μεταξύ τους: ταυτόχρονα με την τραυματική εμπειρία, ενεργοποιείται και ένας υγιής πυρήνας ανθεκτικότητας. Σε αυτόν βρίσκουμε πρόσβαση μέσα από τις σωματικές αισθήσεις και σε αυτόν επικεντρωνόμαστε ενισχύοντάς τον θεραπευτικά από την αρχή. Έτσι, στο σχετικά νέο πεδίο της ψυχοτραυματολογίας και τραυματοθεραπείας, αντί της δυϊστικής αντίληψης περί ψυχής και σώματος, περί εαυτού και άλλου ως αντιθέτων, αναγνωρίζεται και αξιοποιείται και στο ψυχοθεραπευτικό πλαίσιο η βαθιά υπαρξιακή ανάγκη και ικανότητα του ανθρώπου να νιώθει συνδεδεμένος τόσο με τη σωματικότητα όσο και με την πνευματικότητά του, καθώς και με τον εγγενή προσανατολισμό στη διαπροσωπική ασφαλή σύνδεση και αλληλεπίδραση, ως θεμελιακή «βιολογική επιτακτική ανάγκη» της ανθρώπινης κατάστασης (Porges, 2010).

## Η ψυχοτραυματοθεραπεία στην πράξη

### 1. Ψυχοβιολογική κατανόηση και προσέγγιση του τραύματος:

#### Προσκαλώντας το σώμα στη θεραπευτική διαδικασία

Όπως αναφέρθηκε προηγουμένως, στις προσεγγίσεις που εστιάζουν στη θεραπεία τραύματος θεωρείται ότι οι ακραίες τραυματικές εμπειρίες επιφέρουν ένα είδος *νευρωνικού βραχυκυκλώματος*, που επιδρά σαν ένας νευροβιολογικός μικροτραυματισμός και προκαλείται από υπερβολικά οξύ στρες. Από τη στιγμή που βιώνεται ο ψυχικός τραυματισμός, η νευροβιολογία λειτουργεί διαφορετικά από ό,τι πριν. Αυτή η σημαντική γνώση μπορεί να ενσωματωθεί στην όποια καθιερωμένη προσέγγιση ακολουθούμε. Το τραυματικό βίωμα, σε όποιο επίπεδο –σωματικό, γνωστικό, ψυχοσυναισθηματικό, σχεσιακό– και αν προκαλείται, εκδηλώνεται σε σωματικές διαδικασίες και διατηρείται μέσα από αυτές. (Krüger, 2014, v. d. Kolk, 2014). Στο τραύμα, αποσυνδέεται η ανώτερη εγκεφαλική δομή του γνωστικού εγκεφάλου (νεοφλοιός) και χάνεται η ικανότητα αυτοαναφοράς – του «παρατηρητή εαυτού» («witnessing self»), που είναι σε θέση να αντιλαμβάνεται τι συμβαίνει, έχει την ικανότητα για αναστοχασμό και μπορεί να καλλιεργήσει την επίγνωση. Για να μπορέσει το άτομο να λειτουργήσει με θετικό τρόπο αξιοποιώντας τις σχεσιακές και γνωστικές ικανότητες του εγκεφάλου του, χρειάζεται πρώτα να ρυθμίζονται τα χαμηλότερα τμήματα του εγκεφάλου, η σωματοαισθητηριακή εμπειρία και η ψυχοσυναισθηματική αίσθηση ασφάλειας (v. d. Kolk, Levine, Siegel, Fisher, Perry, Porges κ.ά.). Η καθήλωση στο σύστημα πάλης-φυγής-παγώματος που ενεργοποιείται στο τραύμα, προδιαθέτει όλα τα συστήματα των οργάνων να δυσλειτουργούν. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα να αυξάνεται, μακροπρόθεσμα, η πιθανότητα να προκληθούν λειτουργικά προβλήματα, ενώ οι σύγχρονες κλινικές μελέτες δείχνουν τη συσχέτιση μεταξύ των συμπτωμάτων της ΜΤΔ με χρόνιες ιατρικές παθήσεις.

Από τη σκοπιά της σχεσιακής νευροεπιστήμης, σχεδόν κάθε πρόβλημα ψυχικής υγείας –άγχος, κατάθλιψη, διατροφικές διαταραχές, διαταραχές προσωπικότητας, γνωστικές διαταραχές– συνδέεται με θέματα *νευροφυσιολογικής ρύθμισης-δυσρύθμισης*. Ως εκ τούτου, είναι η κατάσταση ολόκληρου του οργανισμού –ως μεταβαλλόμενου παράγοντα– όπου χρειάζεται να στοχεύει η ψυχοθεραπεία. Η ψυχοθεραπεία που απευθύνεται *παράλληλα* στα ψυχολογικά θέματα της ταυτότητας και στη σωματική κατάσταση, δηλαδή μια θεραπευτική προσέγγιση που στοχεύει να υποστηρίξει το άτομο να βγει σταδιακά και με ασφαλή τρόπο από

την αντίδραση πάλης-φυγής-παγώματος, θα είναι πιο ολοκληρωμένη και αποτελεσματική στην ανακούφιση τόσο της ψυχολογικής όσο και της σωματικής (νευροφυσιολογικής) δυσφορίας, και, με αυτή την έννοια, η σταδιακή αποκατάσταση της αίσθησης ασφάλειας (ενδο- και διαπροσωπικά) είναι η θεραπεία (Heller, 2012, Porges, 2016).

Και ενώ οι γνωσιακά προσανατολισμένες παραδοσιακές θεραπείες προσεγγίζουν την επίλυση του τραύματος κυρίως μέσω των συστημάτων του εγκεφαλικού φλοιού (γλώσσα, συνειδητή σκέψη, δηλωτική μνήμη), οι σωματικά προσανατολισμένες τραυματοθεραπευτικές προσεγγίσεις επιστρατεύουν, μέσω κατάλληλων παρεμβάσεων, τα υποφλοιώδη συστήματα του εγκεφάλου (αισθήσεις του σώματος, εσωδεκτικές<sup>3</sup> πληροφορίες και εικόνες, υπόρρητη, διαδικαστική μνήμη, ρυθμικά μοτίβα ρύθμισης της διέγερσης), για να υποστηρίξουν την ασφάλεια και την επαναρρύθμιση του νευρικού συστήματος. Η θεραπευτική εργασία με τα τραυματικά βιώματα και τις ψυχοσυναισθηματικές καταστάσεις έντονης δυσφορίας διευκολύνεται σημαντικά όταν αξιοποιούμε *συγχρόνως* διαδικασίες σωματικής επίγνωσης (ανοδικές – από τη σωματική αίσθηση προς τη γνωστική κατανόηση και επίγνωση) και ψυχονοητικής επίγνωσης (καθοδικές – από την ψυχονοητική επίγνωση προς τη σωματική αίσθηση). Ερευνητικά δεδομένα επιβεβαιώνουν γενικότερα τη θετική επίδραση συνθετικών θεραπευτικών παρεμβάσεων που σταθεροποιούν τη φυσιολογία, αυξάνουν τις εκτελεστικές λειτουργίες και τη λειτουργικότητα του ατόμου και βοηθούν άτομα με συμπτώματα ψυχικού τραύματος και μετατραυματικού στρες να μπορούν να αισθάνονται σε ήρεμη εγρήγορση και συνδεδεμένα με την εσωτερική τους αίσθηση στο παρόν (v.d. Kolk, 2014).

## **2. Θεραπευτικό πλαίσιο και κεντρικοί θεραπευτικοί στόχοι**

Σπεύδε βραδέως! Έτσι μπορεί να περιγραφεί η κεντρική αρχή της τραυματοθεραπείας.

---

3. Ως εσωδεκτικότητα (ή ενδοδεκτικότητα) ορίζεται η αίσθηση της εσωτερικής κατάστασης του σώματος. Περιλαμβάνει τη διαδικασία του εγκεφάλου να ενσωματώνει σήματα που μεταδίδονται μέσω του σώματος από συγκεκριμένες υποπεριοχές του εγκεφάλου, όπως είναι το εγκεφαλικό στέλεχος, ο θάλαμος, ο νησιωτικός φλοιός, το σωματοαισθητηριακό σύστημα και ο πρόσθιος φλοιός του προσαγωγίου, επιτρέποντας μια αντιπροσωπευτική αναπαράσταση της φυσιολογικής κατάστασης του σώματος. Η εσωδεκτικότητα συμβάλλει στη διατήρηση των ομοιοστατικών συνθηκών στο σώμα και υποστηρίζει τη διαδικασία αυτογνωσίας (Wikiped, Payne, Levine, Crane-Codreau, 2015)

Η θεραπεία του ψυχικού τραύματος έχει καθιερωθεί να θεωρείται ως μία σταδιακή διαδικασία που συμπεριλαμβάνει τα στάδια: σταθεροποίηση, επεξεργασία και ενσωμάτωση (προσαρμογή)· και ενώ τα στάδια αυτά ακολουθούνται χρονικά, μπορεί και να επαναλαμβάνονται περισσότερες φορές κατά τη διάρκεια της θεραπείας (Βεντουράτου 2009). Όπως σε κάθε μορφή ψυχοθεραπείας, η *θεραπευτική σχέση* είναι ο κεντρικός πυλώνας που θα στηρίξει τη θεραπευτική αλλαγή. Επειδή στον ψυχικό τραυματισμό βιώνεται η (συνκά αιφνίδια) απώλεια της αίσθησης της ασφάλειας και του ελέγχου, καθώς και η απώλεια της ενδοπροσωπικής ή/και διαπροσωπικής σύνδεσης, κεντρικός θεραπευτικός στόχος στο ασφαλές και υποστηρικτικό πλαίσιο της θεραπευτικής σχέσης είναι η σταδιακή διαδικασία αποκατάστασης της αίσθησης ασφάλειας, ελέγχου και επιλογής. Για την αποφυγή του κινδύνου του επανατραυματισμού, επισημαίνεται στην τραυματοθεραπεία η ιδιαίτερη ανάγκη μιας *ισότιμα προσανατολισμένης* θεραπευτικής σχέσης. Δύο «ειδικοί» —ο θεραπευόμενος, ως εκείνος που γνωρίζει καλύτερα τις ιδιαιτερότητες και τις εκδηλώσεις των συμπτωμάτων του, και ο θεραπευτής, ως εκείνος που μπορεί να παρέχει ένα πλαίσιο για την κατανόηση και προσέγγισή τους— «συνεργάζονται» για την ενδυνάμωση και τη φροντίδα του «τραυματισμένου, ευάλωτου εσωτερικού παιδιού». Για λόγους περιορισμένου χώρου, δεν θα αναφερθούμε εδώ εκτενέστερα σε ειδικά θέματα μεταβίβασης και αντιμεταβίβασης που μπορεί να προκύψουν στο τραυματοθεραπευτικό πλαίσιο, καθώς και σε θέματα δευτερογενούς τραυματισμού του θεραπευτή, παραπέμποντας τον ενδιαφερόμενο αναγνώστη στην βιβλιογραφία.

Η θεραπευτική διεργασία, ενώ συμπεριλαμβάνει την ψυχοδυναμική εστίαση και κατανόηση του τραυματικού βιογραφικού ιστορικού, χρειάζεται να είναι προσανατολισμένη στο παρόν. Κεντρική θεραπευτική κατεύθυνση είναι η σταδιακή προσεκτική επαναδιαπραγμάτευση της τραυματικής εμπειρίας, μέσω της ανίχνευσης της σωματικής αίσθησης και των εσωτερικών εικόνων και αφηγήσεων, με σεβασμό στον προσωπικό ρυθμό του θεραπευομένου. Παράλληλα, ενθαρρύνεται συστηματικά η αναγνώριση και η αξιοποίηση υπαρχόντων και νέων εσωτερικών και εξωτερικών στηρικτικών αποθεμάτων, ενώ δίνεται έμφαση στην ενεργοποίηση των υγιών, λειτουργικών πλευρών στην εμπειρία του θεραπευομένου (Heller, 2012).

Καθώς, όπως περιγράφηκε παραπάνω, η τραυματική ενέργεια «εγκλωβίζεται» στον οργανισμό επηρεάζοντας και τα τρία επίπεδα της εμπειρίας, η θεραπευτική στήριξη, αντιμετώπιση και πρόληψη καταστά-

σεων τραυματικού στρες, τόσο στα παιδιά όσο και τους ενήλικες, είναι αποτελεσματική όταν απευθύνεται και στα *τρία επίπεδα* της εμπειρίας:

- 】 Στο σώμα: μείωση του φόβου και ρύθμιση της νευροφυσιολογικής διέγερσης και συστολής, αποκατάσταση αίσθησης ασφάλειας, αυτορρύθμισης, σταθερότητας και ισορροπίας.
- 】 Στο συναίσθημα: ενθάρρυνση ψυχοσυναισθηματικής ρύθμισης στο θεραπευτικό πλαίσιο και γενικότερα μέσω αλληλεπίδρασης και κοινωνικής συμμετοχής, καλλιέργειας ενσυναίσθησης, συμπονετικότητας και αυτοσυμπνετικότητας.
- 】 Στον νου: ενθάρρυνση της καλλιέργειας της ενσυνειδητότητας και μιας εσωτερικής στάσης καλοπροαίρετης παρατήρησης της εμπειρίας, που προάγει τον αναστοχασμό, τη νοηματοδότηση, την ικανότητα εμπειρέξεως, την αυτοφροντίδα και την ανθεκτικότητα.

Αναφέρουμε συνοπτικά κάποιες από τις *θεραπευτικές δεξιότητες* και *παρεμβάσεις* που εφαρμόζονται και δρουν υποστηρικτικά στη θεραπευτική διαδρομή:

- 】 Καλλιέργεια μιας θεραπευτικής παρουσίας με διττή επίγνωση (βλ. αν.) και μια στάση μη παθολογοποιητικής, φαινομενολογικής διερεύνησης.
- 】 Ενσωμάτωση των τεχνικών ενσυνειδητότητας με επίκεντρο το σώμα στις λεκτικές θεραπείες, όπως: γείωση (Αναγνωστοπούλου 2015), εστίαση στην αναπνοή, αξιοποίηση της εσωδεκτικότητας –καλοπροαίρετη παρατήρηση της σωματικής εμπειρίας ως πηγής πληροφοριών–, εξοικείωση με τη γλώσσα του σώματος, σύνδεση με την αισθητηριοκινητική πλευρά του εαυτού, αξιοποίηση της ιαματικής δύναμης του ρυθμού, ενεργοποίηση της ικανότητας για νοερή απεικόνιση και συμβολοποίηση.
- 】 Υποστήριξη στην αντιμετώπιση των παρεισφρητικών συμπτωμάτων (τραυματικές μνήμες, flash backs κ.λπ.) μέσω της ψυχοεκπαίδευσης και με αποστασιοποιητικές τεχνικές, όπως η αισθητηριοκινητική εστίαση στο παρόν, η μέθοδος της οθόνης κ.λπ.
- 】 Διευκόλυνση της επανασύνδεσης και απαρτίωσης της κατακερματισμένης εμπειρίας του εαυτού με τις μεθόδους και τεχνικές τραυματοθεραπευτικών προσεγγίσεων (Somatic Experiencing, νευροθυμικό σχεσιακό μοντέλο/NARM, Sensorimotor Psychotherapy, Internal Family System, Ego States Therapy), όπως η τα-



λάντευση-τιτλοδότηση, το μοντέλο SIBAM, η ενεργοποίηση αισθη-  
τηριοκινητικών πόρων, η εργασία με τα «μέρη» του εαυτού κ.ά.

- 】 Θεραπευτική εργασία με το ζήτημα και την αίσθηση των ορίων (boundaries).
- 】 Θεραπευτική εργασία με τα ψυχολογικά θέματα ταυτότητας: ενθάρρυνση της επίγνωσης των προσαρμοστικών επιβιωτικών προτύπων, των τραυματικών ταυτίσεων και πεποιθήσεων και των προστατευτικών μηχανισμών άμυνας, αποφυγής και απώθησης.
- 】 Ενίσχυση της αυτενέργειας και διευκόλυνση της αποταύτισης από τον ρόλο του θύματος του παρελθόντος, διερευνώντας τον τρόπο με τον οποίο ο θεραπευόμενος αναπαράγει τα συμπτώματά του στο παρόν και υποστηρίζοντας την ικανότητά του να αλλάξει αυτά τα παλιά πρότυπα.
- 】 Θεραπευτική εργασία με την ενήλικη συνειδητότητα.
- 】 Ανάπτυξη της ικανότητας για διεύρυνση και εμπειρία όλων των συναισθημάτων, ενθαρρύνοντας την καλλιέργεια μιας στάσης δεκτικότητας και εξοικείωσης με την αβεβαιότητα, ως παράγοντα της ζωής.
- 】 Υποστήριξη της αναπτυξιακής διαδικασίας σύνδεσης-αποχωρισμού-εξατομίκευσης και της προσωπικής ανάπτυξης.
- 】 Καθρέφτισμα των θετικών αλλαγών –σωματικών, συναισθηματικών, γνωστικών, συμπεριφορικών και σχεσιακών– και της προόδου που κάνει ο θεραπευόμενος προς μια αυξανόμενη αυτονομία και αυτορρύθμιση.
- 】 Ψυχοεκπαίδευση, που αφορά στην ενημέρωση του θεραπευόμενου σχετικά με τη νευροφυσιολογία των τραυματικών αντιδράσεων και δρα ανακουφιστικά και ενδυναμωτικά, καθώς αποπαθολογικοποιεί την εμπειρία του και μειώνει τα συναισθήματα ντροπής και αναξιοσύνης.
- 】 Μοίρασμα της εμπειρίας με ασφαλή τρόπο, που ενεργοποιεί την έλικα του προσαγωγίου, προάγει την ικανότητα ενσυναίσθησης και συμπονετικότητας, ενώ ενθαρρύνει και σταθεροποιεί τη νοηματοδότηση και την εμπειρία της τραυματικής εμπειρίας.
- 】 Αναγνώριση της μετατραυματικής ανάπτυξης (Papadopoulos, 2007) μέσω του ψυχικού τραύματος, ενθαρρύνοντας την επίγνωση για τη διττή φύση του ψυχικού τραύματος ως αρχετυπικής εμπειρίας στο φάσμα της ζωής, που μπορεί να προάγει τη διεύρυνση της ταυτότητας, νέες ποιότητες της εμπειρίας και τη δημιουργία νέων νοηματοδοτήσεων.

Κλείνοντας, αναφέρουμε τα έξι R's που, σύμφωνα με τον κλινικό ερευνητή B. Perry, είναι απαραίτητα χαρακτηριστικά της θεραπείας του ψυχικού τραύματος:

- Σχεσιακή (ασφαλής) – Relational,
- Σχετική (προσαρμοσμένη στην ανάπτυξη του κάθε ατόμου) – Relevant,
- Επαναλαμβανόμενη (με σχέδια) – Repetitive,
- Επιβραβευτική (ευχάριστη) – Rewarding,
- Ρυθμική (συντονισμένη με νευρωνικά μοτίβα) – Rhythmic,
- Με σεβασμό (για το παιδί/ενήλικα, την οικογένεια και τον πολιτισμό) – Respectful,

## **Η ψυχοθεραπεία τραύματος στην εκπαίδευση των ψυχοθεραπευτών στην Ελλάδα**

Τα τελευταία χρόνια, η ενημέρωση σχετικά με το ψυχικό τραύμα αποτελεί μέρος της εκπαίδευσης των ψυχοθεραπευτών και στην Ελλάδα. Αναφέρουμε ενδεικτικά<sup>4</sup> κάποια σχετικά στοιχεία: Εκπαίδευση στη μέθοδο EMDR και ψυχοθεραπεία τραύματος παρέχεται στο Ινστιτούτο Τραυματοθεραπείας Αθηνών. Από τα εκπαιδευτικά κέντρα που υπάγονται στην ΕΕΨΕ παρέχεται στο Κέντρο Συνθετικής Συμβουλευτικής και Ψυχοθεραπείας Athens Synthesis Centre ετήσιος μετεκπαιδευτικός κύκλος στη συνθετική ψυχοθεραπεία ψυχικού τραύματος. Επίσης, βρίσκεται υπό σχεδιασμό πρόγραμμα διετούς εξειδικευμένης εκπαίδευσης για τη θεραπεία του αναπτυξιακού τραύματος. Κατά περιόδους, έχουν διεξαχθεί ή διεξάγονται προγράμματα ή/και αυτοτελή σεμινάρια για θέματα ψυχικού τραύματος στα κέντρα: Ελληνικό Κέντρο Βιοσύνθεσης, Κέντρο Ψυχοθεραπείας και Συμβουλευτικής «Βίλχελμ Ραϊχ», Ελληνικό Κέντρο Focusing, Προσωποκεντρικής και Focusing Βιωματικής Συμβουλευτικής και Ψυχοθεραπείας, Κέντρο Συστημικής Ψυχοθεραπείας «Λόγος Ψυχής», Ελληνικό Δίκτυο Συγκινησιακά Εστιασμένης Θεραπείας EFT, Ελληνικό Κέντρο Bodydynamic κ.ά.

Επίσης, παρέχεται η μέθοδος της νευροανάδρασης από ιδιωτικές και δημόσιες υπηρεσίες ψυχοκοινωνικής στήριξης, ενώ υπάρχει η δυνατότητα συμμετοχής σε προγράμματα εκπαίδευσης στην πρακτική της ενσυνειδητότητας (Mindfulness).

---

4. Τα στοιχεία που αναφέρουμε πιθανόν να μην είναι ολοκληρωμένα ή πλήρη. Για περισσότερες πληροφορίες, ο αναγνώστης μπορεί να ενημερωθεί από τους σχετικούς φορείς.

Η Αστική Μη Κερδοσκοπική Εταιρεία «Μέριμνα» δραστηριοποιείται στην Ελλάδα συστηματικά από τη δεκαετία του '90, παρέχοντας συμβουλευτική-ψυχοκοινωνική στήριξη, ψυχοεκπαίδευση και εκπαίδευση για επαγγελματίες, στο ευρύτερο πεδίο του ψυχικού τραύματος στα παιδιά, στους έφηβους και στις οικογένειες, και ειδικότερα σε θέματα απώλειας, πένθους, ασθένειας και παιδιατρικής ανακουφιστικής φροντίδας, φυσικών καταστροφών και της προσφυγικής κρίσης.

Πρόσφατα (2018) έλαβε χώρα στην Αθήνα το Διεθνές Συνέδριο Δραματοθεραπείας & Παιγνιοθεραπείας με θέμα «Ψυχική ανθεκτικότητα μέσα από το τραύμα – Το αρχέτυπο του πληγωμένου θεραπευτή» καθώς και η 2η Επιστημονική Ημερίδα της Ελληνικής Εταιρείας Ψυχικής Υγιεινής & Νευροψυχιατρικής του παιδιού ΕΕΨΥΝΠ με θέμα «Το ψυχικό τραύμα στα παιδιά και τους εφήβους», ενώ οι περιλήψεις των εισηγήσεων της αντίστοιχης 1ης Ημερίδας αποτέλεσαν ένα ειδικό τεύχος-αφιέρωμα στην ψυχοτραυματολογία στην Ελλάδα από το επιστημονικό περιοδικό *European Journal of Psychotraumatology* (vol 6, 2017).

Τέλος, παρατηρείται και στην Ελλάδα, όπως και διεθνώς, η αύξηση εκδόσεων με τη θεματολογία του ψυχικού τραύματος (βλ. Εκδόσεις Πεδίο, Εκδόσεις Μ/σνάψεις, Εκδόσεις Π. Ασημάκης, Εκδόσεις Βιοσύνθεση κ.ά.).

## Πηγές

- Αναγνωστοπούλου, Λ. (2015). *Κάθετη Γείωση: Το Σώμα στον Κόσμο και ο Εαυτός στο Σώμα*, Επετειακή Έκδοση, Ελληνικό Κέντρο Βιοσύνθεσης.
- Βεντουράτου, Δ. (2009). *Εισαγωγή στη ψυχοτραυματολογία και τραυματοθεραπεία. Η Μέθοδος EMDR*, Αθήνα: Πεδίο.
- Badenoch, B. (2011). *The Brain-Savvy Therapist's Workbook*, Norton.
- Bentzen, M., (2015) *Το Εικονογραφημένο Βιβλίο της Νευροθυμικής Ανάπτυξης*. Μτφ. Μάριζα Χριστοδούλου. Εκδ. Π. Ασημάκης 2018.
- De Bellis, «Developmental Traumatology: The psychobiological development of maltreated children and its implications for research, treatment, and policy» In *Development and Psychopathology*.
- Flory, J., Jehuda, R. (2018). «Is PTSD a Systemic Disorder?». *Psychiatric Times*.
- Gattnar, H. (2018). «Die Wurzeln von Somatic Experiencing®», Lecture 2nd European Conference Somatic Experiencing Potsdam 2018.
- Heller, L., La Pierre, A., (2012), *Θεραπεύοντας το Αναπτυξιακό Τραύμα*. Μτφ. Μάριζα Χριστοδούλου. Εκδ. Π. Ασημάκης 2017.
- Henderson, N. (2007). «Resiliency in Action: Practical Ideas for Overcoming Risks and Building Strengths». In *Youth, Families, and Communities*.

- Young, J. (2015). *Reflections on the Conference: Consciousness, Quantum Physics and Psychotherapy*, UCLA.
- Kaiser-ACE Study. «Adverse Childhood Experiences Study». Centres for Disease Control and Prevention, CDC.
- Krüger, A. (2014). «Psychodynamisch Imaginative Trauma Therapie KID», dvd.
- Levine, P. (1999). *Το Ξύπνημα της Τίγρης. Θεραπεύοντας τις τραυματικές εμπειρίες*. Μτφ. Χρυσάνθη Κουτούγκου. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Levine, P. (2010). *In an Unspoken Voice: How the Body Releases Trauma and Restores Goodness*. North Atlantic Books.
- Mac Kinnon, L. (2012). «The Neurosequential Model of Therapeutics: An Interview with Bruce Perry». *The Australian and New Zealand Journal of Family Therapy*, 33, 3.
- Ogden P., Fisher, J. (2015). *Sensorimotor Psychotherapy: Interventions for Attachment and Trauma*, Norton.
- Orsillo S., Roemer L. (2016). *Άγχος- Mindfulness-Ενσυνειδητότητα*. Μτφ. Μαρία Παϊζή Ίριδα.
- Payne, P, Levine P., Crane-Godreau, M. (2015). «Somatic experiencing: Using interoception and proprioception as core elements of trauma therapy». In *Front Psycholog*. 2015.
- Porges, St., «The Polyvegal Theory. Connectedness: a Biological Imperative». Transcript Webinar Phillips, M., Porges, St. 2016, bestpracticestherapy.com
- Rothschild, B. (2010). *8 Keys to Trauma Recovery*, Norton.
- Siegel, D.J. (2010). *The Mindful Therapist: A Clinician's Guide to Mindsight and Neural Integration*. Norton.
- Siegel, D. (2016). «How to Use Brain Science to Help Patients Accelerate Healing After Trauma». The National Institute for the Clinical Application of Behavioral Medicine NICABM Webinar Series Rethinking Trauma.
- Scaer, R.C. (2001). *The Body Bears The Burden. Trauma, Dissociation and Disease* The Haworth Medical Press.
- Scaer, R.C. (2012). *8 Keys to Brain-Body Balance*, W.W. Norton.
- Schore, A. (2011). *The Science of the Art of Psychotherapy*, Norton.
- Teicher, M.H. (2015). *Enduring Neurobiological Consequences of Abuse and Neglect*, Keynote.
- Teicher, M.H. (2008). *Effects of Maltreatment during Critical Periods of Brain Development*, Keynote.
- v. d. Kolk, B. (2017). «Trauma: Retreats and Advances», Άρθρο, «The Connected Self-Psychotherapy's Role in the Wider World». *Psychotherapy Networker*.
- v. d. Kolk, B. (2013). *How Expanding Our Perspective on Trauma Can Improve Diagnoses, Increase Effectiveness, and Lead to New Treatment Strategies*, NICABM Webinar Series.
- v.d. Kolk, B. (2016). «What Neuroscience Teaches Us about Trauma Treatment». Άρθρο-Webinar, The National Institute for the Clinical Application of Behavioral Medicine, NICABM.
- Weiser Cornell, A. (2016). In Honor of E. Gendlin. Άρθρο «Somatic Psychotherapy Today». Winter 2016, Volume 6, Number 1.