

UNIVERZITET U SARAJEVU – FILOZOFSKI FAKULTET

ODSJEK ZA PSIHOLOGIJU

ZAVRŠNI RAD

PSIHODRAMSKA METODA U TRETMANU PSIHOLOŠKE TRAUME

Mentor: prof. dr. Enedina Hasanbegović – Anić

Student: Ilma Kordić

Avgust, 2024.

UNIVERSITY OF SARAJEVO – FACULTY OF PHILOSOPHY

DEPARTMENT OF PSYCHOLOGY

FINAL PAPER

**PSYCHODRAMA METHOD IN THE TREATMENT OF PSYCHOLOGICAL
TRAUMA**

Mentor: prof. dr. Enedina Hasanbegović – Anić

Student: Ilma Kordić

August, 2024.

Zahvale

Zahvaljujem se svojoj uvaženoj mentorici, prof. dr. Enedini Hasanbegović – Anić, na izuzetno posvećenom radu, korisnim savjetima, ljubaznosti i znanju koje je nesebično dijelila tokom procesa izrade mog završnog rada.

Mojim roditeljima i sestri Elmi se zahvaljujem za svu ljubav, podršku, životne lekcije i savjete koji će biti moja zvijezda vodilja tokom života.

Veliku zahvalnost želim izraziti porodičnom prijatelju, gospodinu Fikretu Mrziću, – hvala Vam na svim oblicima podrške koju ste mi nesebično pružili, na korisnim razgovorima, ohrabrenju i savjetima koji su mi omogućili da uspješno privedem kraju ovo važno poglavlje mog života.

Ovaj rad posvećujem mojim roditeljima, Nadži i Kemalu,

hvala vam za bezgraničnu ljubav, pažnju i podršku koju mi pružate, što vjerujete u mene i što sa mnom istinski proživljavate lijepo i one manje lijepo trenutke. Vi ste moja najveća snaga, motivacija i utočište koje mi, u susretu sa životnim izazovima, pruža nježni zagrljaj ljubavi i ohrabrenja. Hvala vam što ste mi prenijeli istinske vrijednosti koje su me učinile osobom kakva danas jesam.

Voli vas vaša Ilma!

Psihodramska metoda u tretmanu psihološke traume

Ilma Kordić

Sažetak

Cilj ovog rada je ponuditi sveobuhvatan pregled literature o primjeni psihodramske metode u radu sa traumatiziranim klijentima. Psihološka trauma nastaje kao posljedica izloženosti ili svjedočenja događaju koji se doživljava kao prijetnja životu, fizičkom i psihičkom integritetu pojedinca ili njemu bliskih osoba. Traumatski događaji su toliko intenzivni da dovode do narušavanja homeostaze uma i tijela osobe i potpune reorganizacije njenog dotadašnjeg funkcioniranja. Neke osobe se mogu spontano oporaviti, dok druge ipak imaju potrebu za psihološkim tretmanom traume. Pored konvencionalnih, verbalnih terapija koje imaju određena ograničenja u tretmanu traume, traumatizirani klijenti mogu imati značajne benefite i od neverbalnih, ekspresivnih terapijskih metoda. Jedna od takvih akcijskih metoda je psihodrama koja se, još od perioda djelovanja njenog utemeljitelja Morena, primjenjuje u tretmanu psihološke traume. U radu je pružen pregled spoznaja o prirodi psihološke traume, teorijskoj i filozofskoj podlozi psihodramske metode i njenim osnovnim elementima. Također, predstavljen je i fazni model procesa oporavka od traume uz primjenu psihodramskih tehnika. Na koncu, rad pruža uvid u spoznaje o učinkovitosti psihodrame u iscjeljenju psihološke traume.

Ključne riječi: psihološka trauma, psihodramska metoda, fazni model oporavka, prevencija retraumatizacije, učinkovitost

Psychodrama Method in the Treatment of Psychological Trauma

Ilma Kordić

Abstract

The aim of this paper is to offer a comprehensive review of the literature on the application of the psychodrama method in working with traumatized clients. Psychological trauma occurs as a result of exposure or witnessing an event that is perceived as a threat to the life, physical and psychological integrity of an individual or persons close to him. Traumatic events are so intense that they lead to a disruption of the homeostasis of a person's mind and body and a complete reorganization of their previous functioning. Some people can recover spontaneously, while others still need psychological trauma treatment. In addition to conventional, verbal therapies that have certain limitations in the treatment of trauma, traumatized clients can also benefit significantly from non-verbal, expressive therapy methods. One of such action methods is psychodrama, which, since the period of activity of its founder Moreno, has been applied in the treatment of psychological trauma. The paper provides an overview of knowledge about the nature of psychological trauma, the theoretical and philosophical basis of the psychodrama method and its basic elements. Also, a phase model of the trauma recovery process with the application of psychodrama techniques is presented. Finally, the paper provides an insight into the knowledge about the effectiveness of psychodrama in healing psychological trauma.

Keywords: *psychological trauma, psychodrama method, phase model of recovery, prevention of retraumatization, effectiveness*

SADRŽAJ:

1. UVOD	1
2. PSIHOLOŠKA TRAUMA	3
2.1. Historijski pregled: promjena u konceptualizaciji psihološke traume	3
2.2. Definicija i vrste psihološke traume	4
2.3. Reakcije na traumu	5
3. PSIHODRAMSKA METODA	7
3.1. Teorijska i filozofska podloga psihodrame kao akcijskog oblika psihoterapije	7
3.2. Osnovni instrumenti psihodramske metode	9
3.3. Faze psihodramskog terapijskog rada	11
4. PSIHODRAMSKA METODA U TRETMANU PSIHOLOŠKE TRAUME	13
4.1. Tretman traume: verbalne nasuprot neverbalnim metodama	13
4.2. Primjena psihodrame u liječenju traume	14
4.3. Faze u tretmanu psihološke traume	18
4.3.1. Faza stabilizacije.....	19
4.3.2. Faza konfrontacije sa traumom	22
4.3.3. Faza žalovanja.....	26
4.3.4. Faza integracije.....	28
5. KAKO PSIHODRAMU UČINITI SIGURNOM METODOM ZA TRETMAN TRAUME?	31
5.1. Terapijski spiralni model.....	32
6. ISTRAŽIVANJA UČINKOVITOSTI PSIHODRAMSKE METODE U TRETMANU PSIHOLOŠKE TRAUME	35
7. ZAKLJUČCI	41
8. LITERATURA	44

1. UVOD

U trećem izdanju Dijagnostičkog i statističkog priručnika za mentalne poremećaje (Američka psihijatrijska udruga, 1980; prema Courtois i Gold, 2009), psihološka trauma je bila konceptualizirana kao posljedica izloženosti događaju koji je izvan uobičajenog ljudskog iskustva. Postavlja se pitanje da li je danas, u 21. stoljeću, trauma nešto što je zaista izvan uobičajenog ljudskog iskustva ili je pak izloženost traumatskim stresorima, bilo direktno ili indirektno, postala naša svakodnevnica?

Iako je današnje društvo odavno dobilo epitepe modernog i civiliziranog, ono progresivno iz dana u dan čovjeka izlaže zastrašujućim događajima koji narušavaju njegovo blagostanje. Ratovi, stradanja, prirodne katastrofe, psihičko, fizičko i seksualno nasilje samo su dio dugog popisa traumatskih stresora kojima su mnogi ljudi svakodnevno, neposredno ili posredno, izloženi. Rezultati studije koju su proveli Frans, Rimmo, Aberg i Fredrikson (2005) su pokazali da je 84.8% muškaraca i 77.1% žena izjavilo da su doživjeli barem jedan događaj koji je definirajući kriterij PTSP-a prema DSM-IV (Američka psihijatrijska udruga, 1996). U skladu sa navedenim, jasno je da veliki broj ljudi ima potrebu za psihološkim tretmanom traume, te da im treba pomoći da zadovolje i osnaže deprivirane potrebe za sigurnošću i kontrolom. Kako navodi Subotić (1996), traumatski događaj kod osobe može izazvati različite reakcije na kognitivnom, emocionalnom, bihevioralnom i tjelesnom planu, te se ove promjene mogu smatrati normalnim reakcijama na nenormalne okolnosti. Većina ljudi koji su bili izloženi nekom traumatskom događaju, vremenom se spontano oporavi, dok neki ipak imaju potrebu za stručnom pomoći (Everly 1996; prema Subotić, 1996).

Jedna od psihoterapijskih metoda koja se uspješno primjenjuje u tretmanu psihološke traume je psihodrama (Bendel, 2017; Giacomucci, 2019). Bečki psihijatar Jacob Levy Moreno je prvi razmatrao mogućnost primjene psihodramske metode u kontekstu pružanja psihološke pomoći (Pylypenko, Radchuk, Shevchenko, Horetska, Serdiuk i Savytska, 2023). Osnovao je Pozorište spontanosti koje je bilo preteča psihodrame kao akcijskog i iskustvenog oblika grupne psihoterapije. Psihodrama, kao egzistencijalistički i humanistički orijentirana terapija, je prožeta osnovnom Morenovom filozofijom, prema kojoj svako u sebi ima „božanski potencijal“ i snagu da samostalno pronađe put ka iscjeljenju i razvoju. Promatrajući učesnike svog teatra, Moreno je uočio iscjeliteljske moći spontanog igranja uloga. Kako navode Konopik i Cheung (2013), protagonisti, članovi koji žele „postaviti“ svoj problem na scenu, mogu istražiti uzroke svojih psihosocijalnih problema, preispitati ispravnost vlastitog načina

reagiranja u različitim situacijama te pronaći poželjnije obrasce reagiranja. Vodeći se načelima kreativnosti i spontanosti igranja uloga iz svakodnevnog života, psihodrama omogućava pojedincu da „ovdje i sada“ odigra neku scenu iz prošlosti, te oživi osjećaje koji su povezani sa tom scenom i učini ih autentičnim (Marčetić-Radunović, 2018).

Psihodrama može biti adekvatan odgovor na osujećene potrebe traumatiziranih osoba nudeći im tzv. korigirajuće iskustvo. U okviru tog iskustva, osoba ponovno integrira kognitivne, afektivne i psihološke aspekte proživljene traume, te kroz djelovanje „ovdje i sada“ na sceni i vjeru u svoj potencijal za samoiscjeljenje, vraća osjećaj sigurnosti, kompetentnosti, povjerenja i samopoštovanja (Carbonell i Partelena-Barehmi, 1999; prema Andrić i Blažeka Kokorić, 2021).

U skladu s navedenim, cilj ovog rada je prikazati glavna obilježja psihodramske metode i njenu primjenu u radu sa traumatiziranim klijentima. Na temelju savremenih teorijskih i empirijskih spoznaja u okviru ovog rada će se nastojati odgovoriti na sljedeća pitanja:

1. Šta je psihološka trauma, te koje reakcije se javljaju kao posljedica izloženosti traumatskom događaju?
2. Šta je psihodrama i koja je filozofska i teorijska podloga na kojoj počiva psihodrama kao akcijski oblik psihoterapije?
3. Kako se psihodramska metoda primjenjuje u radu sa traumatiziranim klijentima i koje psihodramske tehnike se primjenjuju u okviru različitih faza oporavka od traume?
4. Da li je psihodramska metoda učinkovita u tretmanu psihološke traume?

2. PSIHOLOŠKA TRAUMA

2.1. Historijski pregled: promjena u konceptualizaciji psihološke traume

Riječ „trauma“ je grčkog porijekla i znači povreda, otvorena rana ili puknuće na površini kože (Jones i Wessely, 2007; Perrotta, 2019). Tek u drugoj polovini 19. stoljeća se o traumi počelo razmišljati kao o nečemu što ne mora biti isključivo fizičke prirode. Neurolog Jean-Martin Charcot je primijetio određene simptome kod ratnih veterana nakon francusko-pruskog rata, koji su uključivali: aritmiju, glavobolju, nesvjesticu, bol u prsima, drhtanje ruku, poteškoće sa spavanjem i dezorijentaciju. To ga je navelo na zaključak da trauma može imati i psihološku konotaciju, te da izloženost događajima poput ratova, ne dovodi samo do fizičkih, već i psihičkih posljedica. Međutim, Charcot je smatrao da se ovi simptomi javljaju samo kod pojedinaca koji imaju određenu dispoziciju za njihov razvoj, pri čemu je ta simptomatologija potaknuta nekim događajem (okidačem) kao što je rat (Jones i Wessely, 2006). Njegov učenik, Pierre Janet (1924, prema Jones i Wessely, 2007) je sugerirao da ljudi vrlo rano u životu uspostavljaju određene „podsvjesne fiksne ideje“, te da one imaju ključnu ulogu u nastanku neurotičnih simptoma koji se javljaju nakon izloženosti nekom traumatskom događaju.

Tokom Prvog svjetskog rata je primijećeno da simptome traumatske neuroze pokazuju i vojnici koji pri regrutaciji nisu ispoljavali nikakve psihičke poteškoće, niti su imali dispoziciju za razvoj simptoma koji su tipični za posttraumatsko razdoblje. U tom periodu uvriježen naziv za simptome koje su pokazivali veterani je bio „šok izazvan eksplozijom granate“ (*eng. shell shock*) (Herman, 1997). Naime, jedna od hipoteza je bila da su ti simptomi organske prirode, te da su uzrokovani mikrokrvarenjima u mozgu uslijed eksplozije granate. Međutim, ni ova pretpostavka nije bila dugog vijeka, obzirom da je utvrđeno da posttraumatske simptome pokazuju i vojnici koji nisu bili blizu eksplozije (Jones i Wessely, 2007). Sve do 1970-ih godina smatralo se da osobe, bez naslijeđenih dispozicija ili historije nekog mentalnog oboljenja, koje su bile izložene nekom traumatskom događaju, mogu imati akutnu stresnu reakciju, ali bez dugoročnih posljedica (Jones i Wessely, 2006). Kako navodi Figley (2002), spoznaja da veterani ipak pokazuju odgođene reakcije nakon vijetnamskog rata ukazuje na to da izloženost traumatskom događaju može imati efekte na psihološkoj razini koji su hronični i nisu nužno vidljivi u trenutku djelovanja traumatskog događaja. Dakle, ovdje je riječ i o vojnicima koji nisu ranije imali nikakvih psihičkih poteškoća niti historiju mentalnog oboljenja. U trećem izdanju Dijagnostičkog i statističkog priručnika za

mentalne poremećaje (Američka psihijatrijska udruga, 1980, prema Jones i Wessely, 2007), posttraumatski stresni poremećaj se pojavljuje pod nazivom "postvijetnamski sindrom" ili "sindrom odgođenog stresa" koji je otkriven kod vijetnamskih veterana. U DSM-III, trauma je bila definirana kao „*događaj koji je izvan uobičajenog ljudskog iskustva*“ (Američka psihijatrijska udruga, 1980, prema Herman, 1997, str. 47). Međutim, kako navodi Herman (1997), vremenom je osporena i ova definicija, obzirom na učestalost prirodnih katastrofa, ali i činjenicu da današnje društvo sve češće izlaže ljude zastrašujućim događajima, poput ratova i različitih oblika nasilja, pa je o njima teško govoriti kao o nečemu što je izvan uobičajenog ljudskog iskustva.

Historijski gledano, tako je došlo do promjene u konceptualizaciji psihološke traume. Na osnovu prethodno navedenog, može se zaključiti da traumatski događaj nije nužno okidač koji može aktivirati već naslijeđenu neurotičnu psihopatologiju, već zastrašujući događaj koji može ostaviti dugoročne psihičke posljedice i kod osoba bez historije mentalnog oboljenja i bez dispozicije za razvoj nekog oblika psihopatologije.

2.2. Definicija i vrste psihološke traume

Psihološka trauma se javlja kao posljedica izloženosti osobe nekom traumatskom događaju. To je događaj koji je osoba doživjela kao prijetnju po vlastiti život ili tjelesni integritet, prijetnju bliskim osobama, te uništenje doma ili cijele zajednice, pri čemu je cjelokupan biopsihički aparat osobe usmjeren na osiguravanje preživljavanja (Arambašić, 1996; Müller i Ostojić, 2011).

Trauma narušava svjetonazor osobe koji je do tada imala i koji je omogućio osobi da svijet percipira kao sigurno i predvidivo mjesto (Arambašić, 1996). Izloženost traumatskom događaju narušava tri temeljne psihosocijalne potrebe: potrebu za sigurnošću, za moći i kontrolom, te potrebu za pripadanjem i povjerenjem. Dakle, radi se o ugrožavanju do tada stvorene „slike svijeta“ kao sigurnog mjesta, „slike o sebi“ kao kompetentne osobe koja može uticati na svoj život (što narušava samopouzdanje i stvara osjećaj bespomoćnosti), te „slike o drugima“, odnosno javlja se gubitak povjerenja u druge ljude, izolacija i osjećaj nepripadanja (Müller i Ostojić, 2011).

Terr (1991; prema Ostojić, 2009) razlikuje dvije vrste psiholoških trauma: traumatu tipa I koja uključuje neki izolirani, neočekivani događaj (stresor) i traumatu tipa II u okviru koje je osoba tokom dužeg vremenskog perioda izložena višekratnom i ponavljajućem traumatskom

stresoru (npr. izloženost nasilju u porodici, seksualno i fizičko nasilje u djetinjstvu i sl.). Kliethermes, Schacht i Drewry (2014) sugeriraju da su trauma tipa II, proizašla iz Terrove kategorizacije, i pojam „kompleksna trauma“ zapravo sinonimi. Dakle, trauma tipa II ili kompleksna trauma se javlja kada se traumatski događaj ponavlja tokom dužeg vremenskog perioda, te često rezultira simptomima poput poricanja, disocijacije i samodestruktivnog ponašanja. S druge strane, Müller i Ostojić (2011) prave razliku još i između primarne traume (izravna izloženost traumatskom događaju) i sekundarne traume (izloženost tuđim traumatskim iskustvima i/ili suosjećanje sa tim osobama), te transgeneracijske traume pri kojoj se trauma koju je doživjela jedna osoba na različite načine prenosi na njeno potomstvo. Na koncu, ovi autori razlikuju traumu koja je nastala kao posljedica neke prirodne ili tehnološke katastrofe i traumu koja je izazvana ljudskim djelovanjem.

2.3. Reakcije na traumu

U trenutku izloženosti traumatskom događaju ljudi mogu reagirati po principu „borba ili bijeg“, pri čemu mogu ili napasti izvor opasnosti ili se udaljiti od njega. Jedan dio stresa se razgradi kroz ove reakcije, a ostatak se razgrađuje tokom vremena, nakon preživljene traume, što je poznato kao *akutna stresna reakcija* (Müller i Ostojić, 2011). Nekada niti jedna od ove dvije reakcije nije efikasna u otklanjanju prijetnje, pa osoba dolazi u stanje obamrlosti, odnosno zamrzne se, što je neka vrsta transa ili blokade u kojoj su sve životne funkcije svedene na minimum (Ostojić, 2009).

Kada je riječ o području u kojem se javljaju, reakcije na traumatsko iskustvo možemo podijeliti na emocionalne, misaone, tjelesne i ponašajne. Na emocionalnom planu se javlja: stanje zaleđenosti (bez osjećaja), osjećaj straha, bespomoćnosti, tuge, stida, krivnje i ljutnje. Na misaonom planu su prisutne poteškoće u koncentraciji, pamćenju, odlučivanju, zbunjenost i slično. Kada je riječ o tjelesnim reakcijama, javljaju se nemir, vrtoglavica, glavobolje, pritisak u grudima, teškoće u disanju, drhtanje, razdražljivost, mišićna napetost, gastrointestinalni problemi, bolovi u vratu i leđima. Na ponašajnom planu prisutne su intenzivne reakcije na promjene u okolini (npr. trzanje na zvuk), povećana konzumacija alkohola i cigareta, teškoće u obavljanju svakodnevnih aktivnosti, te socijalna izolacija ili pretjerana ovisnost o drugima. Ove reakcije se mogu smatrati normalnim reakcijama na nenormalne okolnosti, međutim, kada postanu nepodnošljive u smislu njihovog intenziteta, opsega i trajanja, onda možemo govoriti o posttraumatskom stresnom poremećaju koji se smatra patološkom reakcijom na traumu (Arambašić, 1996).

Traumatsko iskustvo je toliko intenzivno da dovodi do reorganizacije i narušavanja homeostaze moždanih funkcija. Neuroznanstvena studija koju je provela dr. Jennifer Sweeton (Perrotta, 2019), pokazuje da traumatsko iskustvo može dovesti do promjena u tri područja mozga, a to su: prefrontalni korteks (uključen u procese razmišljanja, rješavanja problema, planiranje, te socijalno ponašanje), prednji cingularni korteks (djelomično uključen u regulaciju emocija) i amigdala (upravlja emocijama, te ukoliko detektira neki podražaj kao prijetnju, aktivira emociju straha i povećava pobuđenost). Prema ovoj studiji, nakon traumatskog iskustva dolazi do slabije aktivnosti prefrontalnog i cingularnog korteksa koji nam inače pomaže da se nosimo sa bolnim emocijama i mislima, te dolazi do hiperaktivnosti amigdale.

Nadalje, u posttraumatskom razdoblju mogu se javiti emocionalna odvojenost, te disocijacija ili desenzibilizacija (Perrota, 2019). Osoba se distancira od bolnih emocija, što rezultira emocionalnom desenzibilizacijom, pa može djelovati hladno, zabrinuto i distancirano. Putem psihološkog procesa disocijacije se mogu odvojiti tjelesni osjeti, osjećanja i sjećanja, što se nekada postiže konzumiranjem alkohola i droga (Müller i Ostojić, 2011). Traumatizirana osoba može potiskivati, odnosno disocirati svoje sjećanje na traumatski događaj, tako da reakcije nakon nekog vremena više neće povezivati sa traumatskim iskustvom. Na taj način, simptomi nastavljaju perzistirati, dok osoba više nije svjesna njihovog uzroka, što kod nje izaziva strah jer ih tumači kao znak ludila (Ostojić, 2009). Dalji razvoj simptoma i pojava određene kliničke slike ovisi od vrste i težine psihološke povrede, odnosno od značenja koje traumatski događaj ima za osobu i kako ga je ona doživjela. Također, bitno je i socijalno okruženje traumatizirane osobe, pomoć drugih ljudi, reakcija njoj bitnih osoba, te kako će trauma uticati na njen socijalni status. Konačno, bitna je i ličnost same osobe, odnosno resursi kojima ona raspolaže u procesu samozbrinjavanja (Butollo, 1999; prema Ostojić, 2009).

Kako je prethodno istaknuto, reakcije na traumu mogu biti patološke i nepatološke. Neke osobe će se spontano oporaviti, dok će druge razviti određeni oblik psihopatologije (Arambašić, 1996). Najnovije, peto izdanje DSM-a (Američka psihijatrijska udruga, 2014) sadrži poglavlje o poremećajima vezanim uz traumu i stresor koje obuhvata one poremećaje kod kojih se izloženost traumatskom ili stresogenom događaju eksplicitno postavlja kao dijagnostički kriterij. U toj skupini su reaktivni poremećaj privrženosti, poremećaj dezinhibiranog socijalnog uključivanja, posttraumatski stresni poremećaj, akutni stresni poremećaj i poremećaji prilagodbe.

3. PSIHODRAMSKA METODA

3.1. Teorijska i filozofska podloga psihodrame kao akcijskog oblika psihoterapije

Utemeljitelj psihodrame kao psihoterapijske metode bio je bečki psihijatar Jacob Levy Moreno. On je uveo pojam „grupna psihoterapija“, te je začetnik sociometrijske tehnike (Pylypenko, Radchuk, Shevchenko, Horetska, Serdiuk i Savytska, 2023). Veliki uticaj na njegovo profesionalno djelovanje i terapijsku filozofiju je imalo odgajanje u duhu židovske religije - hasidizma, koja propagira pravo svakog čovjeka da traga za pristupom Bogu. Posebnu pažnju poklanjao je interpersonalnim odnosima, odnosno važnosti odnosa koje čovjek uspostavlja sa svojim okruženjem. Smatrao je da je najmanja čestica društva socijalni atom, tj. „*skup odnosa koje je pojedinac ostvario u nekom trenutku svog života*“ (Müller i Ostojić, 2011, str. 69), te da se kvalitetni socijalni odnosi temelje na autentičnom susretu između dvije osobe koji karakterizira međusobno razumijevanje, duboko doživljavanje, susret svih osobitosti dvije osobe, njihovih snaga i slabosti. Ovakav susret je nazvao *uzajamna empatija* ili „tele“ (Moreno, 1959). Izvor psihičkih poteškoća i problema Moreno je vidio upravo u nekvalitetnim socijalnim odnosima. Bio je mišljenja da članovi grupe terapijski djeluju jedni na druge, odnosno da imaju iscjeliteljsku moć (Giacomucci, 2019). Prisustvo drugih članova grupe kao ravnopravnih partnera, za razliku od klasične psihoterapijske seanse koja uključuje samo klijenta i terapeuta, može učiniti da se pojedinac osjeća ugodno (Pylypenko i sur., 2023). Religijski pristup u okviru kojeg je odgajan, inspirisao je Morena (1955) na vjerovanje kako unutar svakog pojedinca postoji „božanski potencijal“ pomoću kojeg on budi u sebi kreativnost i dobija potencijal za samoiscjeljenje. U skladu s navedenim, psihodrama je humanistički i egzistencijalistički psihoterapijski pristup koji ističe individualnost osobe i njene potrebe, te počiva na uvjerenju da pojedinac u procesu tretmana treba osvijestiti svoje snage i potencijale i, oslanjajući se na njih, sam pronaći put ka iscjeljenju te vlastitom rastu i razvoju (Marčetić – Radunović, 2018).

Moreno je bio fasciniran pozorišnom umjetnošću, te je tokom gledanja predstava razmišljao da li ima nešto terapijsko u glumi i igranju uloga, ali ne nužno prema unaprijed napisanom scenariju, već spontanom odigravanju scena iz svakodnevnog života (Bendel, 2017). Tako je 1924. godine osnovao *Pozorište spontanosti* u okviru kojeg su ljudi imali priliku igrati scene iz vlastitog života, s posebnim naglaskom na kreativnost i spontanost u igranju uloga. Oni su vrlo rado pristupali Morenovom spontanom teatru, naručito u periodu nakon Prvog svjetskog rata koji je ostavio značajne posljedice na fizičko i mentalno zdravlje ljudi, kao i na njihovo psihosocijalno funkcioniranje. Sudionici Morenovog pozorišta su sami birali scene koje žele

odigrati, te su na bini inscenirali svoje svakodnevne probleme, probleme tadašnjeg društva te različite želje, potrebe i strahove (Giacomucci, 2019). Promatrajući učesnike svog teatra, Moreno je uočio iscjeljiteljske moći spontanog igranja uloga. Pozorište spontanosti rezultiralo je razvojem psihodrame kao „akcijskog oblika grupne psihoterapije“ kroz koju ljudi mogu istražiti uzroke svojih psihosocijalnih problema, ponovno ih proživiti, preispitati ispravnost vlastitog načina reagiranja u različitim situacijama, te pronaći poželjnije obrasce reagiranja (Konopik i Cheung, 2013).

Najvažniji koncept za Morena je *uloga*, te i sama psihodrama počiva na njegovoj teoriji uloga. Smatrao je da su ljudi „igrači uloga“ još od embrionalne faze razvoja. Razlikovao je tri kategorije uloga: somatske uloge koje su prisutne od rođenja (npr. uloga onog koji pije, spava, jede, osjeća mirise, puže), psihičke uloge (npr. sanjar, mislilac, onaj koji se raduje, osjeća ljutnju, strah) i socijalne uloge, odnosno one u kojima se suočavamo sa vanjskim svijetom i drugim ljudima (npr. otac, dijete, učitelj, djevojka, ljekar) (Müller i Ostojić, 2011). Posjedovanje širokog repertoara uloga i fleksibilnost, odnosno uspješno „prelaženje“ u svaku od njih je odraz zdrave ličnosti i njenog uspješnog socijalnog funkcioniranja (Fox, 1987; prema Giacomucci, 2019). Kako je već pomenuto, Moreno je isticao kreativnost i spontanost kao bitna načela psihodrame. Smatrao je da je „*mentalno zdravlje pojedinca proporcionalno nivou spontanosti kojeg neko posjeduje...*“ (Marčetić – Radunović, 2018 prema Andrić i Blažeka Kokorić, 2021, str. 51). Dakle, u okviru psihodramske seanse se nastoji pomoći klijentu da se oslobodi stereotipnih, rigidnih obrazaca ponašanja, koje je Moreno označio kao „robotizacija“, te da probudi svoju spontanost i kreativnost, što će mu omogućiti da osmisli novi, kreativni odgovor na stare i buduće situacije, te da oslobodi vlastite potencijale i otvori put ka svojoj samoaktualizaciji (Milošević, 2020).

Psihodrama omogućava ljudima da na sceni učine ono što nisu znali ili smjeli učiniti u svakodnevnom životu, te da isprobaju i nauče nove oblike ponašanja koji će im omogućiti uspješno funkcioniranje u sličnim situacijama u budućnosti. To se naziva *surplus reality* ili nadogradnja stvarnosti iz koje proizilazi najdublja katarza budući da osoba „postavlja“ na scenu situacije koje se ne mogu ili neće dogoditi u stvarnom životu (Moreno, 2000; prema Giacomucci i Stone, 2018). Ljudi se na sceni mogu suočiti sa prošlim ili trenutnim životnim poteškoćama, nedovršenim ili konfliktnim interpersonalnim odnosima, traumama i fantazijama (Andrić i Blažeka Kokorić, 2021). Dakle, psihodrama je terapijska metoda koja daje prednost djelovanju, odnosno akciji nad verbalnim izražavanjem klijenta. Utemeljena je na Morenovom uvjerenju da je mnogo djelotvornije kroz akciju ponovno proživjeti određene

situacije iz života koje ometaju funkcioniranje osobe. Umjesto da govori o nečemu što se desilo u prošlosti ili onome što bi se moglo desiti u budućnosti, klijent inscenira određeni događaj u „ovdje i sada“, a to je okvir u kojem pojedinac može nešto istinski proživjeti i promijeniti (Müller i Ostojić, 2011). Psihodrama je primarno grupna terapija, ali se uspješno primjenjuje i u radu sa pojedincima i parovima (Bendel, 2017).

3.2. Osnovni instrumenti psihodramske metode

Primjena psihodramske metode uključuje pet instrumenata (alata), a to su: psihodramska pozornica, protagonist, terapeut (voditelj grupe), pomoćni ego i grupa (Moreno, 1946; prema Cruz, Sales, Alves i Moita, 2018).

Protagonist je osoba koja, obično samoinicijativno inscenira, odnosno „postavlja“ određenu temu (situaciju) na pozornicu. Na taj način, protagonist na pozornici prikazuje i suočava se sa događajima i/ili konfliktima iz prošlosti, istražuje uzroke tih konflikata, isprobava nove mogućnosti reagiranja, govori ono što u određenoj situaciji nije smio ili želio reći, suočava se sa traumatskim iskustvom i slično (Andrić i Blažeka Kokorić, 2021). U skladu sa psihodramskom filozofijom koja ističe potencijal svake osobe za samoiscjeljenjem, protagonist uz podršku terapeuta kreira svoju scenu. Također, samostalno bira pomoćna ega, određuje koliko daleko će ići tokom inscenacije te odlučuje kada će scena završiti (Müller i Ostojić, 2011).

Pozornica je prostor na kojem se djeluje, odnosno na kojem se sve situacije i osjećaji pojedinca dovode u „ovdje i sada“, te se radi na pronalasku rješenja problema protagoniste. Pozornica treba biti jasno odijeljena od prostora gdje se nalaze članovi grupe, te se na njoj mogu koristiti različiti rekviziti, nekada i muzika i posebna rasvjeta, a sve u cilju što realističnijeg prikaza scene iz života protagoniste (Blatner, 1996; prema Andrić i Blažeka Kokorić, 2021).

Pomoćni ego je jedan ili više članova grupe koje protagonist bira kao pomoćnike u inscenaciji određene teme (Giacomucci, 2019). Protagonist dodjeljuje pomoćnom egu neku antagonističku ulogu, odnosno ulogu neke značajne druge osobe iz situacije koja se inscenira, te mu daje instrukcije kako da igra tu ulogu. Nakon završetka scene, pomoćna ega daju povratnu informaciju iz uloge. Mogu govoriti o onome što su doživjeli igrajući određenu ulogu, o osjetima, emocijama i vlastitim zapažanjima. Takva povratna informacija može pomoći protagonistu da ponašanje, misli i emocije osobe koju je utjelovio pomoćni ego,

sagleda iz drugog ugla. Kada pomoćna ega nisu dostupna, a to je obično slučaj u individualnom radu sa klijentom, onda se mogu koristiti različiti simboli: jastučići, marame, kamenčići, dugmad, lutke od tkanine i slično (Müller i Ostojić, 2011).

Grupa je temelj psihodramske metode i ima ulogu katalizatora terapijskog procesa. Iz grupe se biraju pomoćna ega, a u fazi integracije ona je ta koja pruža povratnu informaciju protagonistu. U poređenju sa ostalim terapijskim metodama, za psihodramu je karakteristično to da su meta projekcije i transfera upravo članovi grupe, a u manjoj mjeri voditelj / terapeut. Kroz psihodramsku igru se mogu razotkriti i obraditi transferni odnosi, mijenjati odnosi članova unutar grupe, te se među njima potiče „autentični susret“ na kojem se, prema Morenu, temelje kvalitetni socijalni odnosi (Müller i Ostojić, 2011). Članovi grupe, vlastitim doživljavanjem i shvaćanjem situacije koja je inscenirana, pomažu protagonistu u razrješavanju sukoba i sagledavanju određene situacije iz druge perspektive (Đurić, Veljković i Tomić, 2004; prema Andrić i Blažeka Kokorić, 2021). Također, tokom posmatranja inscenirane situacije, članovi grupe se mogu poistovijetiti sa pričom protagoniste, steći uvid u svoje potisnute misli i emocije, te doći do razrješavanja nekog vlastitog problema (Giacomucci, 2019).

Voditelj grupe / terapeut usmjerava prvenstveno protagonistu, a zatim i grupu ka rješenju problema, budući da problem koji inscenira protagonista dijelom postaje i problem grupe, aktivirajući emocije i asocijacije povezane sa vlastitim životnim iskustvima članova (Andrić i Blažeka Kokorić, 2021). Također, voditelj pruža siguran okvir, odnosno sigurno fizičko i psihičko okruženje za učinkovit terapijski rad, prati odnose u grupi, grupnu dinamiku i dominantne teme, te u skladu s tim nudi odgovarajuće oblike, odnosno tehnike rada. On potiče autentične susrete i učinkovitu komunikaciju među članovima, te pružanjem povratnih informacija postaje dio grupe i sa njom dijeli i moć i odgovornost za terapijski proces, te njegove ishode. Obzirom na humanističku filozofiju psihodrame, voditelj vidi klijenta kao aktivnog subjekta u terapijskom procesu koji je sposoban za donošenje odluka za vlastiti život i za samoiscjeljenje. U skladu s tim, on ne nameće, već predlaže tehnike i oblike rada, te uvažava odluku klijenta o prihvatanju ili odbijanju tih tehnika. Također, uvažava svaki rezultat koji se postigne tokom rada, te ne pruža interpretacije niti savjete, već dijeli sa klijentom vlastite doživljaje, osjećaje i iskustva (Müller i Ostojić, 2011).

3.3. Faze psihodramskog terapijskog rada

Psihodramski terapijski rad se odvija kroz tri faze, a to su: faza zagrijavanja, faza akcije / igre i faza integracije ili dijeljenja (*eng. sharing phase*).

U fazi zagrijavanja radi se na jačanju kohezije grupe i osjećaja sigurnosti, te se članovi fizički, psihički i emocionalno pripremaju za fazu akcije. Na početku svake terapijske sesije, zagrijavanje pomaže članovima da se usmjere na grupu i na sebe, da se „ovdje i sada“ konektuju sa svojim tjelesnim osjetima i emocijama, te da protagonist, onaj koji će inscenirati svoj problem, osvijesti svoju temu i da se pripremi za rad na njoj (Müller i Ostojić, 2011; Yehoshua i Chung, 2013). Faza zagrijavanja može uključivati različite tehnike, od vježbi utemeljenih na pokretu do konkretnih glumačkih vježbi (Holmes i Kirk, 2014, prema Bendel, 2017). Neke od vježbi koje navode Müller i Ostojić (2011) su: otvaranje ili „*blitz licht*“ (članovi izražavaju svoje osjećaje na početku seanse), predstavljanje sebe iz uloge druge osobe (npr. prijatelja), zagrijavanje uz muziku i ples (članovi slobodnim stilom plešu uz muziku ili imitiraju ples jednog člana) i protresanje (*eng. „shaking“*) (članovi trebaju protresti cijelo tijelo zamišljajući da pri tome stresaju sa sebe sve probleme i teškoće).

U fazi akcije, jedan član grupe (protagonist) na bini predstavlja određenu temu (problem), te uz pomoć drugih članova (pomoćnih ega) koji preuzimaju uloge koje im dodjeljuje, oživljava određenu situaciju i osjećaje vezane uz nju, te pokušava proraditi svoj problem i potencijalno doći do uvida i rješenja. To je „*eksternaliziranje i konkretiziranje unutrašnjeg svijeta protagoniste*“ (Dayton, 2005; prema Giacomucci, str. 55). Tehnike koje se koriste u ovoj fazi su: psihodramski intervju, zamjena uloga, psihodramska ogledalna tehnika ili zrcaljenje, dubliranje i psihodramski monolog ili „govorenje u stranu“. Pomoću psihodramskog intervjuja, terapeut pomaže protagonistu da se što više uživi u scenu i da istraži situaciju koju inscenira, te da osvijesti svoja osjećanja, želje, misli i prepreke povezane sa tom situacijom. Zamjena uloga se odnosi na trenutak kada protagonista ulazi u ulogu osobe koja je dio njegove scene, a koja nije prisutna (npr. djevojka koja inscenira konflikt sa svojom sestrom sada djeluje iz uloge svoje sestre) (Müller i Ostojić, 2011). U okviru tehnike zrcaljenja, protagonist preuzima ulogu posmatrača, te opservira scenu izvan bine, odnosno sa odstojanja posmatra njegov problem koji sada, nakon dodjele uloga, igraju pomoćna ega (Pio-Abreu i Villares-Oliveira, 2013). Primjena ove tehnike je poželjna kada scena kod protagoniste izaziva intenzivne osjećaje poput straha i panike, kada treba steći uvid u način na koji njegovo ponašanje utiče na druge ljude, kada se desi blokada (ne može naći rješenje problema), te u radu sa traumatiziranim klijentima kada ova tehnika osigurava distancu

zahvaljujući kojoj će klijent proživjeti osjećanja u sceni, a da nije direktno uključen u nju (Müller i Ostojić, 2011). Kod tehnike dubliranja jedan član grupe postaje alter ego protagoniste, te mu tako dubler pruža podršku, osjećaj sigurnosti i povjerenja, te mu osigurava lakše sudjelovanje u psihodramskim situacijama koje su emocionalno zahtjevne (Yehoshua i Chung, 2013).

Posljednja faza je integracija ili dijeljenje (*eng. sharing*). Ova faza je od krucijalnog značaja jer bez nje ne bi bilo istinskih terapijskih efekata. Budući da su u fazi akcije / igre potaknute intenzivne emocije, faza integracije je tu da pruži olakšanje i oslobađanje od afektivno nabijenih iskustava stečenih tokom akcije. Integracija se odvija na način da članovi grupe sjede u krugu i razgovaraju o svojim osjećajima i mislima koji su potaknuti psihodramskom radnjom, odnosno temom protagoniste, a zatim pružaju povratnu informaciju o cjelokupnom iskustvu i potencijalnoj osobnoj koristi koju su stekli tokom igre. *Sharing* omogućava članovima da govore o situacijama iz vlastitog života na koje ih je podsjetila tema protagoniste. Pri tome, terapeut / voditelj treba voditi računa o tome da proces *sharinga* ne bude kontaminiran pružanjem savjeta protagonisti i ukazivanjem na njegove greške od strane članova grupe (Müller i Ostojić, 2011). Poželjno je da se faza integracije završi *derolingom* u okviru kojeg se pomaže članovima koji su bili pomoćna ega da izađu iz uloge, te se tako oslobode njenog „tereta“, a to se postiže prozivanjem njihovih imena. Ova faza omogućava identifikaciju potencijalnih transfera među članovima grupe, te pretvaranje tih transfera u tele-odnose i, posljedično, jačanje grupne kohezije (Giacomucci i Stone, 2018).

4. PSIHODRAMSKA METODA U TRETMANU PSIHOLOŠKE TRAUME

4.1. Tretman traume: verbalne nasuprot neverbalnim metodama

Dvadesete godine prošlog stoljeća obilježila je revolucija u oblasti neuroznanosti koja je sa sobom donijela napredne tehnike za snimanje mozga. Ove tehnike su omogućile razumijevanje načina funkcioniranja mozga i lokalizaciju pojedinih moždanih funkcija. Zahvaljujući tome, istraživači su došli i do važnih spoznaja u području neurobiologije psihološke traume što je, posljedično, imalo važne implikacije za razvoj i odabir tretmanskim metoda za njeno iscjeljenje (Carey, 2006). Ove spoznaje su dovele do toga da su istraživači i kliničari počeli preispitivati efikasnost konvencionalnih, verbalnih terapija traume, te su postepeno počeli uviđati učinkovitost tretmana koji se više baziraju na akciji, a manje na verbalizaciji. Jedna takva tradicionalna, verbalna metoda je kognitivno-bihevioralna terapija koja reflektira pristup odozgo nadole (*top-down*) u okviru kojeg klijent uči kognitivne strategije kako bi upravljao svojim maladaptivnim osjećajima, mislima i ponašanjima koji su posljedica traumatskog iskustva (Solomon i Heide, 2005). Međutim, kako navodi van der Kolk (2021), traumatsko iskustvo ostavlja duboki trag i na tijelo osobe, te je u tretmanu traume bitno koristiti holistički pristup koji kombinira pristup odozgo nadole (*top-down*) sa pristupom odozdo nagore (*down-top*) kojim se adresira tijelo, osvještavaju fizičke senzacije i emocije te uspostavlja kontrola nad njima. Potporu ovoj ideji dali su kliničari koji su u svom radu opazili da su traumatizirani klijenti, kojima tradicionalna, verbalna terapija nije donijela značajno poboljšanje, imali značajne benefite od kreativnih i ekspresivnih metoda, kao što su joga, somatske terapije i terapije muzikom, plesom i glumom (Carey, 2006). Također, pokazano je da je i EMDR, kao još jedna neverbalna tehnika, tretman izbora u liječenju traume (Solomon i Heide, 2005).

Postavlja se pitanje, zašto terapija razgovorom može naići na prepreku u pokušaju iscjeljenja traume? Naime, traumatski događaji su toliko intenzivni i preplavljujući da ih je teško verbalizirati i organizirati u koherentnu priču koja ima svoj početak i kraj. Umjesto toga, oni ostaju kodirani u obliku fragmenata koje čine slike, mirisi, zvukovi, a koji se osobi vraćaju u sadašnjosti u vidu *fleshbackova*. Također, traumatizirani ljudi se često osjećaju kao da su odvojeni od svog tijela, teško im je da otkriju značenje svojih fizičkih senzacija i nedostaju im riječi da opišu svoja osjećanja, što je poznato kao aleksitimija (van der Kolk, 2021). Van der Kolk (2021, str. 238), ističe: „*Strahovito je teško pretočiti u riječi to osjećanje da vi više niste vi. Jezik se primarno razvio kako bi se dijelile „stvari koje su tamo negdje spolja“, a ne*

da komunicira naša unutrašnja osjećanja, našu unutrašnjost“. Ovaj „nijemi užas“, koji doživljavaju klijenti prilikom pokušaja obrade traume, ima svoju neurofiziološku podlogu (Solomon i Heide, 2005). Naime, van der Kolk (2021) izvještava da je prilikom snimanja mozga traumatiziranih ljudi u trenutku kada su doživljavali *fleshback*, uočeno da je došlo smanjenja aktivnosti u frontalnom dijelu moždane kore koji je poznat kao Brokina zona, dok je povećana aktivnost zabilježena u desnoj hemisferi, tačnije u području limbičkog sistema i vizualnog korteksa. Brokina zona, koja se nalazi u lijevoj hemisferi, je centar za govor i bez nje nije moguće pretočiti misli i osjećanja u riječi. Takva smanjena aktivnost u lijevoj hemisferi tj. njenom frontalnom režnju onemogućava organiziranje iskustva u logičan redoslijed i verbaliziranje s njim povezanih osjećaja – dakle, dolazi do gubitka izvršnih funkcija, tako da osoba ima poteškoća sa mišljenjem i govorom (Carey, 2006). Stoga, sposobnost terapija baziranih na umjetnosti, pokretu i akciji da otklone prepreku, kao što je nemogućnost govorenja o preživljenim strahotama, je jedan od razloga zašto su upravo one tretman izbora za iscjeljenje traume u mnogim kulturama. Van der Kolk (2021) u svojoj knjizi „Tijelo sve bilježi“, između ostalog, govori i o tretmanu traume pozorištem, navodeći: *„Traumatizovani ljudi su užasnuti mogućnošću da osjećaju na dubokom nivou. Plaše se da osjete sopstvene emocije jer emocije vode gubitku kontrole. Nasuprot tome, pozorište se bavi otjelotvorenjem emocija, davanjem glasa emocijama, postajanjem ritmički uključenim, preuzimanjem i otjelovljenjem različitih uloga.“* ... „U pozorištu je riječ o traženju načina da kažete istinu...“ *To zahtijeva probijanje kroz blokade kako biste otkrili sopstvenu istinu, istražili i proučili sopstveno unutrašnje iskustvo kako bi ono moglo da izroni u vašem glasu i tijelu na bini“* (van der Kolk, 2021, str. 233-234).

4.2. Primjena psihodrame u liječenju traume

Psihodrama je ekspresivna i akcijska metoda koja se uspješno primjenjuje u tretmanu psihološke traume (Bendel, 2017; Giacomucci, 2019). Istraživanja su pokazala da je ova metoda efikasna u reduciranju simptoma PTSP-a, uključujući osjećaje krivnje, srama, tjeskobe, ljutnje, očaja i depresije (Carbonell i Partelena-Barehmi, 1999; prema Gümüş i Deniz, 2020). Postavlja se pitanje, na koji način psihodrama može pomoći u liječenju psihološke traume?

Naime, kod traumatiziranih osoba često se javlja fenomen disocijacije u okviru kojeg osoba potiskuje sve slike, osjećaje i sjećanja vezana za traumatski događaj jer su za nju previše uznemirujuća i bolna, dok određene psihosomatske manifestacije perzistiraju (van der Kolk,

McFarlane i Weisaeth, 1996; prema Kellermann, 2000). Tako osoba ima osjećaj da gubi razum jer te simptome više ne povezuje sa doživljenom traumom. Neki traumatizirani ljudi se mogu spontano oporaviti, dok drugi pak nisu u stanju da integriraju doživljeno bolno iskustvo, pa ostaju zarobljeni u stanju neorganiziranosti, očaja, tjeskobe i straha (Smith i Johnson, 1985; prema Kellermann, 2000). Također, narušene su potrebe za sigurnošću, moći i kontrolom, te se javlja osjećaj nepripadanja i nepovjerenje u druge ljude. Međutim, pokazano je da upravo psihodramska metoda može biti adekvatan odgovor na ove osujećene potrebe traumatiziranih osoba nudeći im tzv. *korigirajuće iskustvo*. U okviru tog iskustva, osoba ponovno integrira kognitivne, afektivne i psihološke aspekte proživljene traume, te kroz djelovanje „ovdje i sada“ na sceni i vjeru u svoj potencijal za samoiscjeljenje, vraća osjećaj sigurnosti, kompetentnosti, povjerenja i samopoštovanja (Carbonell i Parteleno-Barehmi, 1999; prema Andrić i Blažeka Kokorić, 2021).

Moreno je smatrao da su spontanost i fleksibilnost uloga odraz mentalnog zdravlja pojedinca. Međutim, traumatski događaji pogađaju uloge koje pojedinac ima tokom svog života, te reduciraju spontanost njegovih reakcija, odnosno vode ka „mehaničkom funkcioniranju“ (Müller i Ostojić, 2011). Stoga „oporavak“ spontanosti može biti jedan bitan terapijski cilj u radu sa traumatiziranim klijentima. Psihodrama pomaže klijentu da proradi traumu omogućavajući mu emocionalnu integraciju i kognitivnu obradu bolnih događaja, povećavajući posljedično spontanost klijentovih reakcija. Za neke traumatizirane osobe zaista je istinita Morenova tvrdnja da je djelovanje učinkovitije od razgovora (Kellermann, 2000). Karp (2000) navodi slučaj jedne svoje klijentice koja je izjavila da joj je psihodrama, umjesto pukog pričanja priče o njenom traumatskom iskustvu, omogućila da ga proživi ponovo, ali sada u sigurnom okruženju u kojem ima kontrolu i mogućnost da učini ono što nije mogla u tom trenutku. Upravo je akcija, odnosno djelovanje, jedan od elemenata koji ima terapijski učinak u radu sa traumatiziranim klijentima. Kako navode Müller i Ostojić (2011), akcija može osnažiti i ohrabriti klijenta, te mu vratiti sposobnost za aktivno djelovanje i osjećaj kompetencije, nasuprot osjećaju bespomoćnosti i pomanjkanju kontrole koji su posljedica traumatizacije. Također, ovi autori navode još nekoliko elemenata psihodramske metode koji imaju terapijski učinak: „božanski potencijal“ i klijent kao „subjekt terapijskog procesa“, autentični susret, inscenacija i pozornica, mogućnost simbolizacije i princip „ovdje i sada“.

„Božanski potencijal“ i klijent kao „subjekt terapijskog procesa“. Terapeut vjeruje u sposobnost klijenta za samoiscjeljenje, te se usmjerava na njegove snage i potencijale, odnosno lične resurse. Također, nudi mogućnost klijentu da aktivno sudjeluje u terapijskom

procesu, a ne da bude pasivni posmatrač, predlaže oblike rada i uvažava klijentove potrebe i granice. Na taj način se vraća osjećaj kontrole, te klijent počinje vjerovati u svoju kompetentnost i mogućnost oporavka.

Autentični susret. Kvalitet interpersonalnih odnosa kod klijenta je često narušen kao posljedica izloženosti traumatskom događaju, budući da se traumatizirane osobe obično povlače u sebe i da su izgubile povjerenje u druge ljude. Zbog toga se u grupnoj psihodramskoj terapiji traume potiče „autentični susret“ među članovima grupe kojim se uklanja ono što često vodi ka narušavanju interpersonalnih odnosa, a to su projekcije i transferi u odnosima. Prilikom aktivnog učešća u inscenaciji traumatskog iskustva protagoniste, te kasnije povratne informacije koju daju članovi grupe, uspostavlja se bliskost, razgrađuju se stereotipi, te se ponovo generira povjerenje koje je narušeno traumatskim iskustvom.

Inscenacija i pozornica. Inscenacija omogućava klijentu da konkretizira, odnosno predstavi sve unutrašnje dijelove sebe (misli, osjećaje, želje) na pozornici, čime oni postaju dostupni prosuđivanju i djelovanju. To pruža olakšanje traumatiziranoj osobi, ohrabruje je i, u određenoj mjeri, vraća joj osjećaj kontrole, budući da ona vjeruje da svoj unutrašnji svijet, koji je kontaminiran užasima traumatskog događaja, ne može kontrolirati. Kroz nadogradnju stvarnosti (*surplus reality*), psihodrama omogućava klijentu da, najprije u sigurnom okruženju, isproba određena rješenja i promjene, a zatim odluči da li je spreman to primijeniti u realnom životu. Na taj način, klijent ima priliku da na pozornici „popravi“ i učini ono što u određenoj situaciji nije mogao ili smio, što ima katarzični, odnosno oslobađajući učinak (Giacomucci i Stone, 2018).

Mogućnost simbolizacije. Koristeći različite simbole i pomoćna ega, traumatizirani klijenti se mogu slobodno izraziti i raditi na svojim traumatskim iskustvima u situacijama kada im je i dalje teško govoriti o njima ili kada još uvijek nisu u stanju da jasno definiraju određene elemente traumatskog događaja. Rad sa simbolima se može kombinirati sa različitim ekspresivnim i kreativnim tehnikama (npr. slikanjem i pisanjem).

Princip „ovdje i sada“ klijentima može donijeti olakšanje ukoliko prihvate da je „*prošlost prošla, a da su traumatski simptomi sadašnja reakcija na nju*“ (Müller i Ostojić, 2011, str. 165). Na ovaj način moguće je u „ovdje i sada“ dovesti određenu traumatsku situaciju iz prošlosti i sa neophodne distance, odnosno „sigurnog mjesta“, dozirano i oprezno inscenirati je i djelovati na nju.

Također, ne treba zanemariti ni terapijsko djelovanje i iscjeliteljsku moć grupe, iako se nekad na proradi traume prvo radi individualno, pa tek onda grupno. Svojim prisustvom i svjedočenjem traumatskom iskustvu protagoniste tokom inscenacije, grupa pomaže u reduciranju osjećaja krivnje i srama protagoniste, te ga ohrabruje i doprinosi njegovoj postepenoj integraciji u zajednicu (Krüger, 2015). Dakle, grupa pomaže osobi da vrati osjećaj sigurnosti i samopoštovanje, te da shvati kako se posttraumatski simptomi javljaju i kod drugih ljudi koji su bili izloženi nekom traumatskom događaju (Allen i Bloom, 1994).

Kellermann (2000) navodi nekoliko glavnih principa primjene psihodramske metode u radu sa traumatiziranim ljudima. Prije svega, on ističe da psihodrama omogućava klijentu da svoje potisnuto traumatsko iskustvo ponovo odigra u sigurnom okruženju. To je bazirano na Morenovom uvjerenju da sve što se proživi po drugi put djeluje isceljujuće i oslobađa od onog što se dogodilo prvi put (Moreno, 1972; prema Kellermann, 2000). Naredni princip sugerira da tretman traume treba omogućiti kognitivnu obradu i pomoći osobi da razumije ono što se dogodilo. Tu od pomoći može biti psihodramska tehnika *ogledala ili zrcaljenje* u okviru koje protagonist sa distance, kao u ogledalu, posmatra pomoćna ega koji odigravaju scenu između protagoniste (tj. žrtve) i zlostavljača na osnovu uputa i objašnjenja scene koju je prethodno dao protagonist (Cruz, Sales, Alves, i Moita, 2018). Upravo je zbog disocijacije bitno da kognitivnom obradom informacija klijent stekne uvid u ono što se dogodilo i to svjesno integrira dajući značenje potisnutom traumatskom događaju. Nadalje, traumatiziranoj osobi je potrebno pomoći da doživi emocionalnu katarzu, budući da traumatski događaj može dovesti do toga da emocije i reakcije ostanu zamrznute u vremenu dešavanja zastrašujućeg događaja. Vremenom, traumatizirana osoba razvije različite mehanizme odbrane kako bi se distancirala od bolnih i neugodnih emocija, tako da one nemaju priliku da se „otpušte“. Emocionalnu katarzu treba poticati u trenutku kada traumatizirana osoba tokom tretmana razvije dovoljan stepen unutrašnje kontrole, te kako navodi Levine (1997; prema Kellermann, 2000), katarza treba da se pojavi spontano, u svoje vrijeme i svom obliku, bez da se inducira ili inhibira. Također, i Kellermann (2000) ističe važnost nadogradnje stvarnosti (*surplus reality*) koji je prepoznatljiv aspekt psihodramske metode. Tako se na pozornici mogu mijenjati određeni aspekti traumatske situacije; može se protagonisti dopustiti drugačiji emocionalni odgovor na tu situaciju ili pak pružiti mu priliku da učini ono što nije mogao ili smio.

Kellermann (2000) navodi primjer klijenta koji je tokom rata iz skloništa svjedočio situaciji kada je njegov prijatelj zarobljen i ubijen, što je dovelo do toga da je godinama osjećao jaku

krivnju što nije pomogao prijatelju. Terapeut mu je predložio da uz pomoć jednog člana grupe (pomoćnog ega) odigra ponovo tu situaciju, te da je, kroz nadogradnju stvarnosti, „ovdje i sada“, promijeni. Klijent je pomoćnog ega, koji je glumio njegovog ranjenog prijatelja, podigao i sakrio na sigurno mjesto na pozornici, nakon čega je zaplakao. Njegovoj katarzi i smanjenu osjećaja krivnje je doprinio pomoćni ego koji mu je, iz uloge njegovog prijatelja, rekao da nije kriv što je on sada mrtav, te da je učinio najbolju moguću stvar jer da ga je pokušao spasiti, oboje bi sada bili mrtvi. Na koncu, Kellermann (2000) navodi terapeutske ritaule kao posljednji princip primjene psihodramske metode u radu sa traumatiziranim klijentima. Naime, općenito se smatra da su rituali vrlo važni traumatiziranim osobama jer im pružaju osjećaj sigurnosti i omogućavaju da na simboličan način izraze svoje emocije. Tako je, u slučaju jedne psihodramske terapijske seanse sa osobama koje su prisustvovala višestrukom ubistvu, korišten stari indijski ritual *talking stick*. Svaki član grupe je imao priliku da u ruci drži predmet (u ovoj seansi se koristila prazna šoljica) i govori o onome što osjeća nakon tog zastrašujućeg iskustva. Na kraju seanse, šoljica, koja je bila simbolično ispunjena osjećajima tuge, ljutnje, suzama, cvijećem, je ostavljena na sredini prostorije kao jedan oblik spomena na tragično stradale (Kellermann, 2000).

4.3. Faze u tretmanu psihološke traume

Mnogi autori sugeriraju da se tretman traume odvija kroz nekoliko različitih faza. Tako, naprimjer, Krüger (2015) govori o sljedećim fazama iscjeljenja traume: preliminarna faza koja se bavi sistemom odbrana koje je razvila traumatizirana osoba, postavljanje dijagnoze poremećaja povezanog sa traumom, krizna intervencija, usvajanje tehnika samostabilizacije, obrada traume kroz suočavanje sa traumom i faza integracije. Ovaj autor ističe da osobe koje su bile izložene traumatskom događaju, naročito u djetinjstvu, razvijaju određene obrambene mehanizme kako bi mogli nastaviti „normalno“ funkcionirati. Takvi obrambeni mehanizmi mogu rezultirati narušavanjem kvalitete interpersonalnih odnosa, simptomima depresije i anksioznim poremećajima. Pri tome, disocijacija doprinosi daljem razvoju posttraumatskih simptoma. Klijenti koji imaju poremećaj izazvan traumom na prvu seansu obično dolaze sa dijagnozom anksioznih poremećaja, depresije, poremećaja ličnosti ili ovisnosti. Tek tokom terapije terapeut može otkriti da se zapravo radi o poremećaju uzrokovanom preživljenom traumom. Stoga, važno je pomoći klijentu da najprije osvijesti ove obrambene mehanizme. Traumatizirana osoba nije svjesna da je usvojila takve maladaptivne obrasce reagiranja

kojima sebi nastoji obezbijediti svakodnevnu funkcionalnost. U okviru tretmana, klijent dobija mogućnost da shvati te simptome i reakcije kao oblike samozaštite odnosno samozbrinjavanja, te da ih preispita i modificira ili pak zamijeni novim, funkcionalnim bihevioralnim obrascima (Müller i Ostojić, 2011).

S druge strane, Müller i Ostojić (2011) govore o četiri faze procesa oporavka od traume, a to su: stabilizacija, konfrontacija sa traumom, žalovanje i integracija. Obzirom da su u svojim radovima ponudili iscrpan opis tretmana psihološke traume primjenom psihodramske metode, u nastavku će biti predstavljene i opisane faze tretmana traume psihodramom po uzoru na ove autore.

4.3.1. Faza stabilizacije

Faza stabilizacije zahtijeva mnogo vremena i od iznimne je važnosti u tretmanu traume, budući da se, bez osnaživanja klijenta u ovoj fazi, povećava rizik za retraumatizaciju u fazi konfrontacije sa traumatskim iskustvom. Kako navodi Reddemann (1999; prema Krüger, 2015, str. 202): *“Terapija traume je samostabilizacija, samostabilizacija i ništa drugo nego samostabilizacija! Mnogi pacijenti s traumom ne idu dalje od faze samostabilizacije u svojoj psihoterapiji.”* Naime, klijent nekad odluči da se ne upusti u naredne faze obrade traume, budući da kvalitetno provedena faza stabilizacije sama po sebi može biti vrlo djelotvorna u poboljšanju kvalitete života traumatizirane osobe (Müller i Ostojić, 2011). Prema Reddemann i Piedfort – Marin (2017), faza stabilizacije podrazumijeva: kreiranje sigurnog okruženja, sigurnog terapijskog odnosa, te reduciranje i kontroliranje simptoma. Na samom početku tretmana vrlo je važno uspostaviti povjerenje i sigurnost u odnosu terapeuta i klijenta, kao i u samoj grupi. Terapeut pomaže klijentu da kreira svoje „sigurno mjesto“, te kroz pažnju, uvažavanje i brigu za njegovu dobrobit, aktivno gradi terapijski odnos (Bakhit, 2006; prema Krüger, 2015). Također, važno je da radi na smanjenju anksioznosti kod klijenta tako što će ga adekvatno informirati o svemu što će se dešavati i što može očekivati tokom procesa oporavka od traume, te mu pružiti osjećaj kontrole nad procesom i tražiti njegovu saglasnost.

Nadalje, u fazi stabilizacije važno je pomoći klijentu da uspostavi kontrolu nad posttraumatskim simptomima i osigurati mu psihoedukaciju. Psihoedukacija ima za cilj da demistificira dijagnozu sa kojom je klijent došao na terapiju, ta da mu na jasan i razumljiv način pojasni da su simptomi koji se javljaju sasvim očekivani i da bi se mogli univerzalno pojaviti kod svake osobe koja je bila izložena nekom zastrašujućem događaju. Na taj način se smanjuje tendencija klijenta da sebe doživljava kao mentalno oboljelog, simptomi se shvataju

kao pokušaj samozbrinjavanja u ekstremnim okolnostima, postiže se bolje razumijevanje i prihvatanje sebe, reducira se strah od simptoma i osobi se vraća vjera u mogućnost oporavka.

U okviru psihodramskog tretmana traume koriste se brojne tehnike za sticanje kontrole nad simptomima, budući da osjećaj nedostatka kontrole i emocija straha mogu pojačati posttraumatske simptome (Müller i Ostojić, 2011). Vježbe *sef* i *protuslike* su vrlo korisne u kontroli simptoma (Krüger, 2015). U okviru vježbe *sef* klijent treba da zamisli *sef* od kojeg samo on ima ključ i u koji može privremeno odložiti nešto što ga u tom trenutku opterećuje (npr. intruzivne slike). Važno je naglasiti klijentu da na taj način ne poričemo niti brišemo traumu, već se samo privremeno odgađa bavljenje tim simptomima koji mu crpe energiju potrebnu za obavljanje stvari koje su mu u tom trenutku životni prioritet (Müller i Ostojić, 2011).

Kod vježbe *protuslika*, klijent na osnovu svojih negativnih emocija u imaginaciji stvara određenu sliku, a zatim traži za nju pozitivnu *protusliku*. Naprimjer, klijent može reći da se osjeća kao da je u zatvoru, a terapeut ga može potaći da to zamijeni *protuslikom*, tj. da kaže: „*Osjećam se kao ptica*“. Suština je da klijent osvijesti tjelesne osjete koji mu se javljaju kada se sjeti neugodnog događaja, a zatim da za to sjećanje u mašti kreira neku pozitivnu, umirujuću sliku i da neugodno sjećanje odmah zamijeni tom slikom. Pri tome, treba obratiti pažnju šta se dešava na tjelesnom planu i planu raspoloženja kada zamišlja tu pozitivnu sliku (Müller i Ostojić, 2011; Reddemann 1999; prema Krüger, 2015).

Još jedna korisna tehnika stabilizacije je *sigurno mjesto*. Klijent se potiče da kreira jedan individualni prostor u kojem se može stabilizirati, potencijalno uvodeći u njega neke elemente ove tehnike, poput unutrašnjeg pomagača ili unutrašnjeg idealnog roditelja (Grimmer, 2013; prema Krüger, 2015). Traumatizirane klijenti često „postavljaju“ svoju sigurnu fiktivnu sobu na pozornicu ili u svojoj mašti, a taj prostor za njih predstavlja svijet u kojem nema strahota i užasa traumatskog iskustva. Takva maštarija im omogućava da izađu na kraj sa disocijacijom, osjećajem nemoći i zbunjenosti, pri čemu im to sigurno mjesto pruža snažnu potporu tokom obrade traume (Wurmser. 1998; prema Krüger, 2015). Istovremeno, sigurno mjesto se može koristiti i za rad na resursima, unapređujući tako osjećaj kompetentnosti kod klijenta. Tokom stabilizacije, važno se usmjeriti na snage i zdrave i očuvane dijelove ličnosti koje će kasnije biti oslonac u fazi konfrontiranja sa traumom (Müller i Ostojić, 2011). Klijent može najprije naglas nabrojati svoje osobine, vještine, sposobnosti i kompetencije, a zatim za svaku od njih odabrati neki simbol kako bi ih

konkretizirao (npr. kamenčić ili drvenu kockicu). Zatim će te simbole staviti na svoje sigurno mjesto, te će tako biti u mogućnosti da svoju sposobnost „opipa“ i osvijesti svoje snage (Krüger, 2015).

Na koncu, u psihodramskom tretmanu traume važno je raditi i na tzv. *ego-stanjima* koja pomažu klijentu da shvati svoj unutrašnji svijet i da ga doživi manje haotičnim. Ovaj pristup omogućava da se iz ličnosti osobe izdvoje određene psihosomatske manifestacije, odnosno nepoželjni bihevioralni obrasci i da u tretmanu oni budu predmet rada. Također, koncept ego-stanja omogućava da izdvojimo i kompetentna ego-stanja koja su nosioci resursa i snaga klijenta, a koja će, u skladu sa psihodramskom filozofijom, biti kreatori procesa oporavka i promjene. U skladu s navedenim, moguće je napraviti distinkciju između povrijeđenih (traumatiziranih) i podržavajućih ego-stanja (Müller i Ostojić, 2011). U toku tretmana, klijent može iz uloge podržavajućeg ego-stanja, koji je nosilac kompetencija osobe, pružiti podršku i zaštitu svoje povrijeđeno ego-stanje.

U radu na ego-stanjima moguće je kombinirati tehniku *prazne stolice* i tehniku *dvojnika* (Krüger, 2015). Terapeut koristi stolicu kako bi na nju „postavio“ i tako eksterno reprezentirao klijentov traumatizirani ego. Na taj način operacionalizira i odvaja sve psihosomatske manifestacije koje su uzrokovane proživljenom traumom od onoga što čini klijentov podržavajući, kompetentni ego. Ovaj proces povećava svijest klijenta o određenim maladaptivnim reakcijama koje su zapravo mehanizmi odbrane koje je razvio, a koji imaju protektivnu funkciju. Vrlo je važno podići svijest klijenta o tome da je sve što mu se dešava posljedica traumatizacije; važno je u tretmanu sve pojave nazvati pravim imenom. Koristeći drugu stolicu, klijent će razdvojiti svoj traumatizirani ego od slike o sebi koju ima u odnosu sa terapeutom. Vanjska distanca od traumatiziranog ega postepeno vodi i ka internom distanciranju od njega. Terapeut zatim ulazi u ulogu metakognitivnog dvojnika i, stojeći rame uz rame sa klijentom, posmatra stolicu na kojoj je „postavljen“ traumatizirani ego. Na taj način pomaže klijentu da verbalizira ono što vidi i osjeća, te da kognitivno obradi traumatsko iskustvo posmatrajući ga iz druge perspektive. U prisustvu terapeuta kao dvojnika, klijent može slobodnije razgovarati o traumatskom događaju. To pomaže i terapeutu da razvije empatiju tj. „tele“ kroz duboko doživljavanje i razumijevanje klijentovih osjećaja (Moreno, 1959). Na taj način, s jedne strane se identificira sa klijentovim traumatiziranim egom, osjećajući njegov strah, a s druge strane sa klijentom koji je sada u ulozi posmatrača svog traumatskog iskustva (Krüger, 2015). Dvojnika je vrlo popularna psihodramska tehnika koja omogućava protagonistima da dobije uvid u sadržaj koji je obično na predsvjesnoj razini i da ga

izrazi (Blatner, 2003). U okviru ove tehnike, pomoćni ego obično stoji pored ili iza protagoniste, izražavajući njegove neizrečene namjere, misli i emocije, odnosno ono što protagonista iz nekog razloga izbjegava izreći (Gonçalves i sur., 1988; prema Cruz i sur., 2018). U radu sa traumatiziranom osobom, tokom npr. grupne terapije, dvojnik kojeg je izabrao protagonista može kroz nadogradnju stvarnosti, odnosno kroz igru „kao da“ pružiti oslonac protagonisti i učiniti ono što on nije mogao učiniti u traumatskoj situaciji (npr. može otjerati počinitelja, stvoriti sklonište ili pomoći protagonisti da pobjegne) (Kellermann, 2000).

Na koncu, terapeut može pitati klijenta o tome šta ga smiruje kada mu se pojave simptomi tokom obavljanja svakodnevnih aktivnosti i može tražiti od njega da te „samootkrivene tehnike stabilizacije“ doda na popis zajedno sa onim tehnikama koje je naučio tokom terapije. Taj popis može pročitati kada se jave simptomi, a čak i to čitanje popisa, samo po sebi, može biti stabilizirajuća tehnika jer osobi daje osjećaj sigurnosti i kontrole nad simptomima, odnosno osjećaj da nije bespomoćna i da može nešto učiniti u vezi ometajućih simptoma. Samootkrivene tehnike stabilizacije mogu biti i neke duhovne ili sportske aktivnosti. Svoje *flashbackove* klijent može eksterno reprezentirati, npr. pomoću nekog kamena ili lutke, te ukoliko se osjeća uznemireno (obično noću), taj predmet može odnijeti i zatvoriti u ormar ili sef, što je, također, korisna tehnika distanciranja, odnosno stabilizacije (Krüger, 2015).

Dakle, kako je već naglašeno, faza stabilizacije može sama po sebi biti dovoljno iscjeljujuća, tako da se klijent ne mora nužno odlučiti da pređe u fazu konfrontiranja sa traumom. Ukoliko se pak klijent odluči da ide dalje u obradi traume, terapeut mora biti siguran da je klijent dovoljno osnažen i da je uspješno usvojio sve tehnike stabilizacije koje će mu biti glavni oslonac u fazi suočavanja sa preživljenim traumatskim događajem.

4.3.2. Faza konfrontacije sa traumom

Prije prelaska na fazu konfrontacije sa traumom, važno je ustanoviti: da li je uspostavljeno povjerenje i sigurnost u terapijskom odnosu, da li je klijent uspostavio kontrolu nad simptomima, da li je usvojio tehnike smirivanja i stabilizacije i osvijestio svoje resurse i snage, te da li ima razumijevanje i podršku od njemu bliskih osoba tokom procesa obrade traume. Vrlo je važno i da sam terapeut bude spreman za ovaj proces, da raspolaže potrebnim znanjima, tehnikama i metodama i da ih odgovorno primjenjuje, te da ima obezbijeđenu superviziju i/ili interviziju tokom prolaska kroz ovaj proces sa klijentom (Müller i Ostojić,

2011). Sve psihodramske tehnike, ako se pravilno koriste i ako ih provodi kvalificirani stručnjak, pomažu traumatiziranom klijentu da poveća osjećaj sigurnosti, kontrole, te da se poveže sa samim sobom i socijalno reintegrira (Kellermann, 2000). Prije početka obrade traume, važno je ostvariti visok stepen saradnje između terapeuta i klijenta, pri čemu oni najprije, korak po korak, planiraju način konfrontiranja sa traumom. Terapeut mora objasniti klijentu tok seanse, šta sve može očekivati i šta će se dogoditi u svakoj fazi procesa, te dati mu vremena da razmisli i da informirani pristanak za rad (Krüger, 2015). Važno je da terapeut u ovoj fazi posebno bude osjetljiv na klijentove potrebe i mogućnosti te da, u skladu sa filozofijom psihodrame, osigura da centar kontrole i kreiranja oporavka bude „u rukama“ klijenta. Terapeut će predlagati tehnike rada, a da pri tome neće biti manipulativan i direktivan, te će pažljivo „slijediti“ klijenta u ovom procesu (Kellermann, 2000). Cilj faze konfrontacije je da osigura klijentu integraciju onih dijelova traumatskog iskustva i ličnosti osobe koji su potisnuti i odbačeni, te da, iz sadašnje pozicije u kojoj je osnažen i stabiliziran, ponovno razmotri traumatsku situaciju i vlastiti položaj u njoj (Müller i Ostojić, 2011). Kako navodi Reddemann (1997; prema Krüger, 2015, str. 208.): *„Osoba mora integrirati kogniciju, emocije, tjelesne senzacije i radnje traumatskog iskustva da bi ga obradila ili sintetizirala”*.

Preporučuje se da se obrada traume odvija u okviru individualnog terapijskog setinga, budući da grupna terapija može dovesti do preplavlivanja i emocionalno opteretiti ostale članove grupe, dok, s druge strane, prisustvo drugih može ometati i ograničavati traumatiziranu osobu tokom procesa konfrontacije. Potrebno je posebno voditi računa o tome da tokom tretmana ne dođe do destabilizacije klijenta i posljedično do retraumatizacije. To je vrlo zahtjevan zadatak, te se zbog toga ne može dovoljno naglasiti važnost da tretman traume vodi dovoljno kvalificiran i osbosobljen psihodramski terapeut (Müller i Ostojić, 2011). U tretmanu traume, tokom psihodramske sesije, treba postići ravnotežu između dvije sile, a to su uključenost i distanciranje (Kellermann, 2000). Stoga, Scurfield (1985; prema Kellermann, 2000, str. 245) ističe: *„Protagonist bi trebao biti pažljivo vođen kroz podnošljive doze svijesti, sprječavajući ekstreme poricanja s jedne strane i nametljivog ponavljanja s druge strane”*. U skladu s ovim, tehnike konfrontiranja sa traumom se mogu razlikovati prema stepenu konkretizacije traumatske situacije i prema stepenu protektivne distance koju osiguravaju. Prema tome, potrebno je pronaći tehniku koja nudi adekvatan omjer konkretizacije i distanciranja, tako da se postignu ciljevi faze konfrontacije, ali bez emocionalnog preplavlivanja i retraumatizacije. Nekada je potrebno više puta proći kroz fazu konfrontacije u slučaju teže traumatizacije, tako

da se svaki put klijent suočava sa traumatskom situacijom konkretnije za jedan stepen (Müller i Ostojić, 2011).

Tehnike konfrontiranja obično uključuju rad sa simbolima na maloj, velikoj i/ili unutrašnjoj pozornici i njihovu kombinaciju. Općenito, tehnike rada sa simbolima na pozornici osiguravaju veću razinu konkretizacije, dok rad na unutrašnjoj bini pruža veću razinu protektivne distance. Kada se radi na pozornici, adekvatan omjer konkretizacije i distance se osigurava odgovarajućim načinom inscenacije (npr. klijent će, radi postizanja distance, radije koristiti male, umjesto velikih simbola na bini kako bi reprezentirao svoj traumatizirani ego, odnosno „tadašnjeg sebe“, i te simbole će postaviti na onom odstojanju od sebe na kojem se osjeća sigurno i dobro). Jedna od tehnika za rad na unutrašnjoj bini je tehnika *zaslona ili videa* (Müller i Ostojić, 2011). Kako navodi Krüger (2015), ona je korisna kada klijent ima poteškoća da se prisjeti toka i pojedinosti traumatskog događaja. Klijent i terapeut trebaju zamisliti da na zaslonu gledaju video koji prikazuje traumatsku situaciju, dok istovremeno terapeut postavlja pitanja klijentu o tome šta se događa u „filmu“: šta trenutno vidi i čuje, koje senzacije osjeća u tijelu, koje emocije se javljaju, kako reagira u toj situaciji, šta bi najradije uradio da može. Ova pitanja se općenito postavljaju klijentu tokom rada na konfrontaciji, bilo na velikoj ili unutrašnjoj pozornici, čime se omogućava klijentu da uspostavi kontakt sa „tadašnjim, traumatiziranim sobom“, da ga razumije i razvije empatiju prema njemu, te da uradi nešto za njega kroz, npr. kreiranje drugačijeg završetka. Klijent treba zamisliti da posjeduje daljinski upravljač i da video sa traumatskom situacijom može kontrolirati, premotavati naprijed ili nazad, uključiti ili isključiti i slično. Kako navodi Krüger (2015, str. 208), protagonist „*tako integrira sve svoje fragmente sjećanja u subjektivno koherentnu, cjelovitu priču*“.

Ukoliko je klijentu tehnika videa prezahtjevna, a rad sa većim brojem simbola previše intenzivan (budući da sadrži i simbol za počinitelja), moguće je koristiti tehniku *unutrašnjeg posmatrača*, kombiniranu sa simbolom za „tadašnjeg, traumatiziranog sebe“. U tom slučaju, klijent postavlja na binu jedan simbol koji predstavlja njega u traumatskoj situaciji i iz uloge unutrašnjeg posmatrača može raditi na obradi traume, odgovarajući na pitanja koja su prethodno navedena. Na taj način može uspostaviti kontakt sa „traumatiziranim, tadašnjim sobom“, postaviti simbol za traumatizirani ego na prethodno pripremljeno „sigurno mjesto“ i/ili osmisliti drugačiji kraj. Terapeut treba prihvatiti i normalizirati završetak koji je klijent zamislio, pogotovo ukoliko uključuje želju za osvetom ili neke oblike kažnjavanja počinitelja, budući da se na taj način klijent oslobađa dugo potiskivanih emocija i legitimizira

se njegov osjećaj da mu je nanесena nepravda. Na koncu, važno je naglasiti da se ne preporučuje da tokom obrade traume klijent ulazi u ulogu „sebe u traumatskoj situaciji“ jer se time ukida zaštitna distanca, što može dovesti do destabilizacije i retraumatizacije (Müller i Ostojić, 2011).

Krüger (2015) govori o četiri radna prostora u psihodramskoj obradi traume. Naime, radnu prostoriju je moguće podijeliti na četiri prostora tj. na kvadrante: prostor za posmatranje i pripovijedanje, informacijski i kontrolni prostor, prostor koji predstavlja „sigurno mjesto“ i interakcijski prostor. U kontrolnom i informacijskom prostoru se realizira dogovor između terapeuta i klijenta o načinu obrade traume, klijentu se prezentira plan rada, dogovara se šta će se u okviru inscenacije raditi, a šta ne i traži se pristanak klijenta. U interakcijskom prostoru se nalaze pomoćna ega (obično pomoćni terapeuti) od kojih jedan preuzima ulogu klijenta u traumatskoj situaciji, a drugi ulogu počinitelja. Oni dobivaju instrukcije od klijenta o tome kako trebaju odigrati svoje uloge, dok se on u trenutku davanja instrukcija nalazi u sobi za posmatranje i pripovijedanje. U toj sobi klijent sjedi na stolici, a uz njega sjedi terapeut kao metakognitivni dvojniki koji mu pomaže da ispriča svoju priču o doživljenoj traumi, da stvari imenuje na odgovarajući način i da izrazi svoje osjećaje. Klijent može nakratko ući u interakcijsku prostoriju, obično na 20-ak sekundi, ako se osjeća dovoljno osnaženo i ukoliko treba da pruži detaljnije instrukcije pomoćnom egu. Cilj je da tokom odigravanja scene, klijent vidi šta se doista dogodilo, što će potaknuti kognitivnu obradu i integraciju njegovih kognicija i osjećaja koji su disocirani kao posljedica traumatizacije. Na taj način stvara koherentnu priču o onome što se dogodilo, oslobađa se derealizacije i prestaje potiskivati i negirati doživljenu traumu. Također, posmatranje može dovesti do uvida u vlastite snage i smanjiti osjećaj krivnje. Jedna klijentica je, nakon sesija u kojima je posmatrala inscenaciju traumatskog događaja, izjavila da do tog trenutka nije bila svjesna koliko je zapravo bila hrabra i da se branila: „*Nisam se sjetila da sam se toliko borila jer sam uvijek potpuno zaleđena u svojim noćnim morama i ne mogu se odbraniti!*“ (Krüger, 2015, str. 223).

Kellermann i Hudgins (2000) u svojoj knjizi „*Psychodrama with trauma survivors: Acting out your pain*“, navode da niti jedan od 12 terapeuta, koji su u ovoj knjizi opisivali studije slučaja iz svoje prakse, nisu govorili o klijentovom ulaženju u ulogu počinitelja tokom insceniranja traumatskog događaja. Naime, mnogi autori, koji se bave psihodramskim tretmanom traume, smatraju da je to kontraindicirano jer bi u tom slučaju klijent mogao pomisliti da treba razviti empatiju prema počinitelju, odnosno da treba razumjeti i prihvatiti

njegove motive, a što će posljedično rezultirati povećanjem osjećaja krivnje, srama i autoagresije (Burmeister, 2000; Kellermann, 2000; Müller i Ostojić, 2011). Također, važno je da klijent, kada god osjeća potrebu, ode na svoje „sigurno mjesto“ koje je kreirao i da se tu stabilizira. Nakon seanse konfrontacije, sljedeći susret treba biti posvećen stabilizaciji (Müller i Ostojić, 2011). Sesija završava *feedbackom* i *sharingom* u okviru kojih i klijent i pomoćna ega dijele svoje misli i osjećaje nakon inscenacije. Na kraju se klijentu preporučuje da tokom ostatka dana odvoji vrijeme za sebe, da se relaksira, te da uz njega bude bliska osoba koja će mu pružiti podršku (Krüger, 2015).

Na koncu, vrlo je važno da klijent sve vrijeme ima kontrolu nad procesom, da ga se podsjeća na tehnike stabilizacije koje je usvojio i koje može koristiti kada god osjeti da je potrebno, te da tokom cijelog procesa bude svjestan da se nalazi „ovdje i sada“, u sigurnom okruženju, a ne u vrijeme dešavanja traumatskog događaja. Također, važno je i da klijent ima razvijenu sposobnost samoopažanja, te da zna prepoznati potrebu da se poveća distanca, primijeni neka od tehnika stabilizacije, te da se smanji intenzitet i tempo inscenacije (Müller i Ostojić, 2011).

4.3.3. Faza žalovanja

Faza žalovanja slijedi nakon faze konfrontacije sa traumom. Naime, psihološka trauma uključuje doživljaj gubitka. To mogu biti smrt bliskih osoba, materijalni gubici (npr. gubitak kuće i mjesta stanovanja, gubitak dijela tijela) i nematerijalni gubici (npr. odvajanje od bliskih osoba zbog migracija ili prekid prijateljskih ili partnerskih veza, gubitak nade, očekivanja, snova, ideala) (Müller i Ostojić, 2011). Gubici doživljeni kao posljedica nekog traumatskog događaja ubrajaju se u razvojno ometajuće gubitke, budući da dovode u pitanje svjetonazor osobe i njenu mogućnost za nastavak normalnog funkcioniranja u životu. Proces tugovanja nakon doživljenog gubitka ima funkciju da omogući osobi da se postepeno prilagodi na život bez osobe koje više nema i na činjenicu da će neki aspekti života biti trajno promijenjeni (Subotić, 1996). Terapijski rad u fazi tugovanja ima nekoliko ciljeva: pomoći klijentu da prođe kroz proces tugovanja i uspješno ga okonča (nastojeći pri tome da prepozna da li je i u kojoj fazi proces tugovanja ometen), da postane svjestan gubitaka do kojih je trauma dovela i njihovih posljedica na njegov život, informirati klijenta o prirodi gubitka i procesu tugovanja, pružiti mu podršku u oslobađanju od intenzivnih emocija i pružiti okvir za okončanje „nedovršenih poslova“, te pomoći mu da osvijesti fantazije o osveti, oprost ili kompenzaciji koje preusmjeravaju klijenta sa procesa tugovanja na njegov odnos prema

krivcu, što može zakomplicirati i otežati okončanje ovog procesa. Na koncu, klijentu treba pomoći da integrira gubitak i da se okrene ka budućnosti. Prihvatanje činjenice da je trauma dovela do nekog gubitka kod traumatizirane osobe može izazvati intenzivne emocije, te se u tom slučaju poželjno vratiti na ranije usvojene tehnike stabilizacije (Müller i Ostojić, 2011).

Traumatizirane osobe mogu imati poteškoće u procesu žalovanja jer se mogu kolebati između prihvatanja stvarnosti i njenog negiranja i vjerovanja da se može promijeniti ono što se dogodilo. Psihodrama, zahvaljujući njenim aspektima kao što je nadogradnja stvarnosti (*surplus reality*), može pomoći traumatiziranim klijentima da integriraju gubitak i okončaju „nedovršene poslove“ sa osobom koja više nije živa ili sa kojom je prekinut odnos. Tako klijent može na pozornici uspostaviti simboličan odnos sa onim kojeg više nema te isprobati i odabrati oblik simboličnog odnosa koji mu najbolje omogućava da se oporavi od gubitka (npr. kreiranje spomenika, pisanje pisma i sl.). Korisna tehnika u ovoj fazi je tehnika *posljednjeg susreta*. Na pozornicu se postavlja prazna stolica i klijentu se kaže sljedeće: „Zamislite da se osoba za kojom tugujete vratila, da sada sjedi na ovoj stolici i da možete sa njom razgovarati. Šta biste joj rekli? Šta ste vi i ta osoba imali zajedničko? Šta je ona vama značila, a šta vi njoj?“ (Blatner, Bouza i Espina Barrio, 2010; prema Cukier, 2016). Na ovaj način se pomaže tugujućoj osobi da osvijesti pozitivne aspekte odnosa sa onim kojeg više nema, da sa njim razriješi konflikt (ukoliko je postojao), te da se oslobodi „krivnje preživjelog“ i okrene se ka budućnosti (npr. ukoliko tugujuća osoba zamisli da bi joj onaj koji više nije tu rekao „*Želim da nastaviš živjeti*“) (Müller i Ostojić, 2011).

Na koncu, kako navodi Subotić (1996), rituali i ritualizirana ponašanja su vrlo važni u procesu tugovanja jer na taj način tugujuća osoba daje sebi vremena da se oprostí od onoga koga više nema i da proradi određene aspekte gubitka. Općenito, rituali unutar mnogih kultura imaju moć iscjeljenja, te omogućavaju tugujućim osobama prihvatanje i integraciju gubitka. Klijenti mogu okončati fazu žalovanja tako što će provesti neki ritual npr. zakopati ili spaliti nešto što žele otpustiti i čega se žele osloboditi. U tom slučaju se može primijeniti neka od psihodramskih vježbi kao što je npr. *ritual vatre*. Klijent na papiriće treba napisati nešto što želi ostaviti iza sebe tj. otpustiti, zatim nešto što želi da bude transformirano u neko novo stanje, emociju i slično, te nešto što želi reći / poručiti nekome ko više nije tu. Nakon toga, papirići se ne moraju nužno spaliti, već sam klijent može odlučiti na koji način će ih „predati vatri“ (Müller i Ostojić, 2011).

4.3.4. Faza integracije

Faza integracije je posljednja faza u tretmanu psihološke traume. Terapijski rad u ovoj fazi ima za cilj da se rezimira sve što je urađeno tokom prethodnih faza oporavka od traume, da se postignute pozitivne promjene inkorporiraju i učvrste u svakodnevnom funkcioniranju klijenta, te da se ono što je stečeno i naučeno tokom tretmana primijeni u daljnjem životu tj. pomoći klijentu da se okrene ka budućnosti, formuliše planove i ciljeve te da se socijalno reintegrira (Müller i Ostojić, 2011). Prema Subotić (1996, str. 162), postoje tri strategije koje se mogu koristiti s ciljem integracije psihološke traume. Prva strategija je pokušaj integriranja traume u postojeći svjetonazor klijenta, odnosno pomoći klijentu da da smisao tom iskustvu (npr. „*Da nisam proživjela rat, ne bih znala cijeniti sve što imam... ne bih upoznala svoje sposobnosti i vidjela koliko sam snažna*“). Druga strategija je nastojanje da se kreira paralelni svjetonazor, tj. pomoći klijentu da shvati da se traumatski događaji dešavaju paralelno sa njegovim postojećim svjetonazorom prema kojem je svijet dobro i sigurno mjesto. Na koncu, treća strategija je kreiranje novog svjetonazora u koji se traumatsko iskustvo može uklopiti (traumatsko iskustvo će biti iskorišteno kao signal da klijentov postojeći svjetonazor više nije adekvatan). Müller i Ostojić (2011) navode da klijent treba integrirati traumu kao teško životno iskustvo koje, nakon obrade traume, više ne dominira njegovim životom. Pri tome, u fazi integracije klijent je svjestan i razumije kroz kakvo iskustvo je prošao, razumije vlastite reakcije na njega i kakve posljedice je to iskustvo ostavilo na njegov život i, što je vrlo važno, uspješno se nosi sa tim spoznajama. Nakon obrade traume, u fazi integracije očit je oporavak spontanosti i kreativnosti klijenta. Njegova narušena slika o sebi, kao posljedica traumatskog iskustva, se oporavlja – on postaje svjestan svojih snaga i kompetencija, vlastitih granica i sposobnosti da se nosi sa životnim nedaćama i vraća svoje samopoštovanje. Također, iako je klijentova potreba za sigurnošću prije tretmana traume bila ekstremno izražena, sada, u fazi integracije, klijent uspješno primjenjuje strategije nošenja sa neizvjesnošću u životu. Na koncu, nasuprot izraženom nepovjerenju ka okolini, klijenti se sada, postepeno, ponovo socijalno integriraju, obnavljaju stare i grade nove veze sa ljudima.

Nadalje, Müller i Ostojić (2011) navode nekoliko vježbi u okviru psihodramske metode koje su korisne za fazu integracije. Naprimjer, po okončanju tretmana klijent može dobiti zadatak da napiše pismo sebi koje će mu biti podsjetnik na sve ono kroz šta je prošao i ono što je usvojio tokom tretmana (podsjetnik na uvide, odluke i rezultate do kojih je došao). To pismo može čuvati i pročitati kad god bude imao potrebu za podrškom i ohrabrenjem, podižući time svijest o svojim snagama i resursima. Također, može se primijeniti i ranije opisana vježba

ritual vatre u okviru koje će klijent napisati sve ono što želi ostaviti iza sebe, čega se želi osloboditi i nešto što želi da vatra transformira u neko novo stanje, emociju i slično. U fazi integracije je moguće primijeniti i vježbu *moje želje, snovi i ciljevi* kao tehniku imaginacije koja će pomoći klijentu da evaluiira njegov put kroz proces oporavka od traume i da shvati šta je smisao njegovog života. U tom slučaju klijentu se postavljaju pitanja: Šta ste željeli postići u terapijskom radu? U kojoj mjeri ste ostvarili te ciljeve? Šta su danas vaši ciljevi, želje i snovi? Šta smatrate smislom svog života? Otvaraju li vam se neke nove vizije i želje? Također, nakon integracije traume, terapijski rad se može nastaviti u smislu bavljenja aktuelnim temama iz života klijenta (razgovor o njegovim potrebama, socijalnim odnosima, potencijalna inscenacija interpersonalnih konflikata i sl.). Traumatizirane osobe se mogu osjećati ugroženo u interpersonalnim sukobima koji potencijalno mogu ponovo aktivirati senzomotorne obrasce reakcije koje su posljedica traumatizacije (van der Kolk i sur., 1998; prema Krüger, 2015). Vrlo je važno, nakon obrade traume, raditi na razvoju i poboljšanju socijalnih vještina kod klijenta. Terapeut treba pomoći klijentu da unutrašnje pozitivne promjene i transformacije integrira u sadašnje odnose sa drugima, a to se postiže primjenom psihodramskog dijaloga, odnosno tehnikom *zamjene uloga* (Krüger (2015)). Zamjena uloga je vrlo popularna psihodramska tehnika u okviru koje protagonist preuzima ulogu druge osobe (koja ne mora biti prisutna) i nastoji preuzeti njen pogled na svijet, odnosno pokušava razmišljati, osjećati i djelovati kao ta osoba. Na ovaj način protagonist može shvatiti na koji način njegovi postupci djeluju na tu osobu i kako ih ona doživljava, što podiže nivo svjesnosti. Tako klijent može inscenirati interakciju sa različitim osobama iz svog okruženja (roditeljima, prijateljima, kolegama i sl.), empatično se identificirati sa njima, staviti se u njihovu poziciju, što posljedično može imati pozitivne efekte na poboljšanje kvalitete interpersonalnih odnosa (Milošević, 2020).

Prikaz slučaja klijentice Sare

Müller i Ostojić (2011) navode brojne primjere psihodramskog terapijskog rada u okviru projekta „SEKA“ koji se realizirao u BiH sa ženama koje su svjedočile ratnim strahotama i/ili koje su bile žrtve nasilja u porodici. Jedan takav primjer je slučaj klijentice Sare koja je kao djevojčica bila brutalno zlostavljana od strane svoga oca i brata koji su je doživljavali kao „božiju kaznu“, jer je u dobi od pet godina obolila (došlo je do srastanja jednog zgloba u njenoj vilici zbog čega gotovo uopće nije mogla govoriti). Pri tome, svjedočila je i

zlostavljanju njene majke od strane oca. Klijentica je bila preplavljena intruzivnim slikama i sjećanjima o tim traumatskim događajima, izvještavala je o intenzivnom osjećaju straha, napetosti, krivnje, te psihosomatskim tegobama kao što su bol i pritisak u prsima, bolovi u cijelom tijelu i astma. Terapeut je najprije mnogo vremena posvetio njenoj stabilizaciji. Pružena joj je psihoedukacija o traumi i reakcijama na traumu, što je dovelo do olakšanja jer je shvatila da ne gubi razum. Za uspostavu kontrole nad intruzivnim simptomima primijenjene su vježbe *sef* i *album suprotnih slika / protuslika* koje su joj pomogle da se umiri i skrene pažnju na ugodnije osjećaje i slike. Nakon toga je uslijedio rad na ego-stanjima, u okviru kojeg je klijentica pomoću rada sa simbolima prezentirala različite unutrašnje dijelove sebe (kao djevojčicu, tinejdžerku i djevojku). Obzirom da je klijentica, uprkos svim životnim poteškoćama, uspjela završiti učiteljski fakultet, odlučila je suočiti se sa ovim povrijeđenim ego-stanjima iz prošlosti ulazeći u ulogu „kompetentne učiteljice“, budući da se u ovoj ulozi osjećala dovoljno osnaženo i kompetentno. Iz ove uloge je djelovala i u fazi konfrontacije u kojoj je, najprije, na bini kreirala svoje sigurno mjesto na koje će otići ukoliko rad postane preintenzivan, a zatim je odabrala simbole za nju kao djevojčicu i za svoje roditelje, te ih postavila na binu. Zajedno sa terapeutom je sjedila na rubu bine i pričala o traumatskim događajima na način kao da posmatra film o njima, što joj je pomoglo da se, sa sigurne distance, prisjeti detalja tih događaja, svojih osjeta, emocija i misli u tim trenucima. Iz sadašnje uloge „kompetentne učiteljice“ mogla je „malu sebe“, kroz nadogradnju stvarnosti, smjestiti na sigurno mjesto, utješiti je i objasniti joj da sve što se dogodilo nije njena krivica. Uz pomoć terapeuta suočila se i sa „roditeljima iz prošlosti“ i kroz suze im je objasnila kako su njihovi postupci uticali na njen život. Klijentica je nakon toga izjavila: „*Kao da je neki veliki teret spao sa mene*“...“*Bilo mi je jako važno reći mojim roditeljima sve ono što im nikada nisam mogla reći*“ (Müller i Ostojić, 2011, str. 353). Na koncu, urađeno je psihodramsko suočavanje sa njenim umrlim roditeljima. Klijentica je ušla u ulogu svoje majke iz koje je shvatila da je njena majka bila preslaba da bi se suprotstavila ocu, te se iz te uloge obratila „sadašnjoj sebi“ govoreći da joj je žao što joj nije pružila pomoć, što je bila stroga prema njoj, da ju je uvijek voljela i da je moli za oprost. Terapeut je zatim utjelovio njenog oca i iz te uloge se obratio klijentici govoreći da je svoju bespomoćnost uvijek pokrivao agresijom, da mu je žao što ju je povrijedio i da je jako ponosan na nju. Ove riječi su na klijenticu djelovale oslobađajuće, mogla je otpustiti misli o roditeljima koje su je mučile, a nakon te seanse nije ih više sanjala.

5. KAKO PSIHODRAMU UČINITI SIGURNOM METODOM ZA TRETMAN TRAUME?

Klasična psihodrama je poprilično intenzivna terapijska metoda, obzirom da uključuje insceniranje traumatskog iskustva na pozornici i ponovno suočavanje sa njim, što povećava rizik od retraumatizacije klijenta (Hudgins i Toscani, 2013). Međutim, ona je još od perioda svog razvitka pa do danas, kao iskustvena metoda, tretman izbora u liječenju psihološke traume (Hudgins, 2002). Naime, Jacob Levy Moreno i Zerka Moreno su klasičnu psihodramu primjenjivali u radu sa veteranima i izbjeglicama (Moreno, 1969; prema, Hudgins, 2007). Kako je već naglašeno, psihodramske tehnike mogu biti vrlo učinkovite u radu sa traumatiziranim osobama ukoliko ih primjenjuje dovoljno kvalificiran stručnjak i ukoliko se, kroz proces tretmana i odabir tehnika rada, oslušuju potrebe i mogućnosti klijenta.

Müller i Ostojić (2011) navode nekoliko specifičnih načina kojima se psihodramska metoda može učiniti sigurnijom za rad sa traumatiziranim klijentima. Te blage modifikacije klasičnih psihodramskih tehnika su se pokazale učinkovitim u psihoterapijskom iskustvu Gabriele Müller koja je radila sa traumatiziranim ženama i djecom nakon rata u Bosni i Hercegovini 1995. godine. Gabriele Müller je razvila malu psihodramsku binu kao alternativu klasičnoj, velikoj pozornici na kojoj se odvija inscenacija. Mala bina „sadrži“ prednost psihodramske tehnike zrcaljenja koja osobi omogućava postizanje zaštitne distance od emotivno prezahtjevnih sadržaja i racionalni pogled na situaciju, te postizanje adekvatnog stepena kontrole nad njom. Za konstrukciju male bine se može koristiti jednobojna marama ili bijeli list papira (Ćatović, 2011; Müller i Ostojić, 2011). Inscenacija određene situacije, odnosno teme, se odvija na isti način kao i na velikoj bini, s tim da klijent koristi male simbole (npr. kamenčiće, klikere, dugmad, školjke i sl.) koji reprezentiraju različite aspekte traumatske situacije. Klijent odabire simbol za sebe u traumatskoj situaciji preko kojeg će on „djelovati“ na maloj bini. Mala bina može biti prvi korak nakon kojeg se klijent može odlučiti da radi na velikoj bini, iako ima pravo da odbije insceniranje na velikoj bini (Ćatović, 2011). Gabriele Müller je navela nekoliko primjera iz svoje prakse kako bi pokazala na koji način psihodramski terapeut treba prilagođavati tehnike rada klijentovim mogućnostima. Ona ističe da neke vježbe imaginacije mogu u sebi sadržavati traumatske okidače koji dovode do destabilizacije klijenta. Tako je, naprimjer, u radu sa ratom traumatiziranim ženama iz BiH, iz vježbe „Šetnja kroz pejzaže i godišnja doba“ isključila zimu jer je ona kod mnogih žena budila neugodna sjećanja na bježanje iz svojih domova u papučama po snijegu. Također, vježbu „Stablo“ (koja je kod nekih žena budila sjećanja na stabla iz njihovih vrtova koja su u

ratu spaljena) je promijenila i preimenovala u „Stablo masline“ ili „Stablo smokve“. Naime, smokve i masline rastu u mediteranskim područjima i nisu karakteristične za područje BiH, tako da te vježbe ne nose u sebi poveznicu sa ratom, odnosno nisu traumatski okidači. Na koncu, kada je primjenjivala tehnike imaginacije (koje zahtijevaju potpuno opuštanje), primijetila je da klijentice plaši gubitak osjećaja kontrole u tim vježbama. Stoga se ne preporučuje duboka relaksacija jer dovodi do gubitka kontrole i povećava rizik za pojavu intruzivnih simptoma. Umjesto toga, moguće je potaknuti klijenta da umjesto zatvorenih, vježbe imaginacije radi otvorenih očiju gledajući pri tome u neku neutralnu podlogu. Također, važno je da se klijent potiče na uzemljenje i da osvijesti da se nalazi „ovdje i sada“ – da osvijesti koji dijelovi njegovog tijela dodiruju podlogu, kakva je ta podloga, da osvijesti da je ta podloga čvrsta i adekvatna podrška tijelu i slično (Müller i Ostojčić, 2011).

5.1. Terapijski spiralni model

Terapijski spiralni model (*Therapeutic Spiral Model*, TSM) je klinički modificirani oblik psihodrame kojeg je 1992. godine predložila grupa američkih psihodramskih terapeuta s ciljem pružanja sigurnijeg okvira za tretman psihološke traume i smanjenje rizika od retraumatizacije. U ovom modelu su integrirane spoznaje iz kliničke psihologije koje se odnose na traumu, teorije privrženosti i spoznaje proizašle iz istraživanja neurobiologije psihološke traume. TSM je nastao na temelju dugotrajnog kliničkog posmatranja i rada sa traumatiziranim klijentima. Za razliku od klasične psihodrame koja je usmjerena na interpersonalne odnose, TSM je jedan intrapsihički model usmjeren na rad na unutrašnjim dijelovima ličnosti i samoregulaciju traumatiziranih osoba (Hudgins, 2019). TSM sadrži kliničku mapu koja se naziva „Unutrašnja mapa uloga traumatizirane osobe“ (*eng. Trauma Survivor's Internal Role Map - TSIRA*). Ova mapa pruža okvir za rad sa osobama koje su doživjele neki traumatski događaj i bazirana je na teoriji uloga, omogućavajući rad na unutrašnjim dijelovima sebe kroz te uloge (Giacomucci, 2019). Zahvaljujući ovoj mapi, terapeuti mogu razumjeti unutrašnji, haotični svijet traumatiziranih klijenata, te tu njihovu samoprezentaciju učiniti konkretnom i dostupnom za tretman kroz dodjeljivanje uloga njihovim različitim intrapsihičkim aspektima (Hudgins, 2002). Kako navodi Giacomucci (2018), mapa uloga se može slikovito opisati kao spirala sa tri niti koje čine: preskriptivne uloge, trokut traume i transformativne uloge. Preskriptivne uloge su one koje klijent konkretizira kako bi se uspostavila stabilna samoorganizacija, te oporavila spontanost i kreativnost prije početka rada na traumi (Cukier, 2016). Takve uloge su: posmatrački ego

(pomaže klijentu da ostvari pogled na sebe sa distance i to bez srama, krivnje i osude), uloge obnove (unutrašnje, interpersonalne i transpersonalne snage na koje se klijent može osloniti kako bi se osnažio i ostvario posttraumatski rast) i uloge zadržavanja (omogućavaju postizanje emocionalne stabilnosti i oslobađanje od disocijacije i odbrana koje su razvijene nakon traumatskog iskustva) (Giacomucci, 2019). Drugu nit u spirali čini trokut traume (*eng. The Trauma Triangle*) koji se odnosi na uloge koje su internalizirane kao posljedica traumatskog iskustva, a to su uloga žrtve, počinitelja i napuštajućeg autoriteta (Hudgins i Toscani, 2013). Kako navodi Giacomucci (2019), intrapsihička promjena u okviru TSM modela proizilazi iz interakcije preskriptivnih uloga (koje stabiliziraju klijenta i vraćaju mu spontanost) i uloga koje čine traumatski trokut. Na koncu, transformativne uloge omogućavaju posttraumatski rast koji predstavlja oblik pozitivne transformacije koja može uslijediti nakon proživljenog traumatskog iskustva (Calhoun i Tedeschi, 2014). Jedna od takvih uloga je „dijete koje spava i budi se“. Naime, traumatsko iskustvo je dovelo do toga da je dijete unutar traumatizirane osobe, koje je nosilac nevinosti, spontanosti i kreativnosti, tokom traumatskog događaja „zaspalo“ i čeka trenutak kada će se protagonist stabilizirati i učiniti svoj život sigurnim kako bi se to dijete „probudilo“. Transformativne uloge uključuju i uloge *dovoljno dobrih značajnih drugih* osoba koje će klijentu pružiti korigirajuća iskustva i koje imaju moć da poprave štetu koju je načinio traumatski događaj (Giacomucci, 2019).

Hudgins (2019) navodi primjer primjene TSM – a u radu sa klijentom Z. koji je, tokom ratnih dešavanja u svojoj zemlji, vidio scenu streljanja svoje porodice. Na ovom primjeru je pokazano kako se psihodramska metoda može primijeniti u radu sa traumatiziranom osobom, ali bez insceniranja i prikazivanja traumatske situacije na pozornici. Klijent je imao zadatak da odabere neke unutrašnje i transpersonalne snage na koje će se osloniti kako bi se mogao „osloboditi“ scene streljanja. Odabrao je pomoćni ego koji će glumiti ustrajnost – njegovu unutrašnju snagu koja ga je sprječavala da odustane od života. Pomoćni ego iz uloge ustrajnosti mu je poručio da ga njegova ustrajnost nikada neće napustiti i da će se zajedno osloboditi scene stradanja njegove porodice. Nakon toga je terapeut pitao klijenta kako se može osloboditi intruzivnih scena, ko ih može podnijeti i kome ih može prepustiti? Klijent je odlučio da ih može pustiti u jezero pored porodične kuće. Jezero je predstavljeno pomoću šalova koji su postavljeni na pod. Kao transpersonalnu snagu koja će mu pomoći da otpusti ove scene, klijent je odabrao kip anđela koji se inače nalazio pored tog jezera. Na kraju scene poručuje anđelu: „*Vraćam ti svakog člana svoje obitelji kojeg sam izgubio tog dana. Ovdje su mama, tata i moja mala sestra. (Polako i sa suzama koje mu teku niz lice i bradu, daje šal*

anđelu za svakog člana svoje porodice). Molim te da ih čuvaš i daš im do znanja da ih volim i da ih nikada neću zaboraviti“ (Hudgins, 2019, str. 66). Tako se klijent oslobodio do tada disociranog osjećaja tuge i pruženo mu je korigirajuće emocionalno iskustvo u okviru kojeg je intruzivne slike zamijenio sjećanjima na lijepe trenutke provedene sa porodicom tokom djetinjstva.

TSM se koristi u radu sa klijentima koji su preživjeli ratne strahote, seksualno i fizičko zlostavljanje, prirodne katastrofe (požare, zemljotrese i poplave), te u radu sa ovisnicima i osobama sa poremećajima hranjenja (Hudgins, 2007). Rezultati studije koju su proveli Hudgins i Drucker (1998; prema Hudgins, 2019) su pokazali da je u grupi u kojoj je primijenjen TSM došlo do statistički značajnog smanjenja simptoma anksioznosti, depresije, disocijacije i općenito simptoma PTSP-a nakon samo tri seanse, te su se ovi učinci održali i nakon šest mjeseci.

6. ISTRAŽIVANJA UČINKOVITOSTI PSIHODRAMSKE METODE U TRETMANU PSIHOLOŠKE TRAUME

U području istraživanja učinkovitosti psihodrame uglavnom dominiraju deskriptivni podaci, opisi kliničkih iskustava i studije slučaja. S druge strane, ovo područje poprilično oskudijeva podacima dobivenim iz kontroliranih, empirijskih studija. Iako studije slučaja mogu pružiti detaljan uvid u sam proces psihodramskog rada i put klijentovog oporavka, njihov glavni nedostatak je nemogućnost generalizacije uočenih promjena. Jedan od potencijalnih razloga za ovakvo stanje u području istraživanja učinkovitosti ovog psihoterapijskog pristupa je taj da psihodramski terapeuti pretežno rade u kliničkoj praksi, te da psihodrama općenito nije toliko zastupljena u nastavnim planovima i programima u visokom obrazovanju. Stoga ovo područje ostaje u sjeni istraživanja učinkovitosti nekih drugih, popularnijih psihoterapijskih pristupa (Kipper i Ritchie, 2003). Međutim, u posljednjih nekoliko godina se povećao broj istraživanja koja ispituju učinkovitost psihodramskih intervencija, ali veliki broj tih studija ima određene metodološke nedostatke (npr. studije bez kontrolne grupe ili studije u kojima psihodrama čini samo jednu komponentu unutar multimodalne intervencije, pa je nemoguće izolirati njene učinke) (López-González, Morales-Landazábal i Topa, 2021).

U nastavku je prikazano nekoliko studija koje su ispitivale učinkovitost primjene psihodrame u tretmanu psihološke traume. Radi se o kombinaciji kvantitativnih i kvalitativnih metoda, pri čemu su podaci dobiveni iz anketa i izlaznih intervjuva korišteni kao dopuna i objašnjenje rezultata dobivenih statističkim analizama. Na koncu, prikazana su i dva slučaja iz kliničke prakse.

Carbonell i Partelano-Barehmi (1999) su proveli studiju kako bi ispitali učinkovitost primjene psihodramske metode u radu sa traumatiziranim djevojčicama. Ovaj program unapređenja mentalnog zdravlja proveden je u jednoj američkoj osnovnoj školi koja se nalazi u četvrti koju karakterizira visoka stopa siromaštva i nasilja. U studiji je sudjelovalo 26 djevojčica uzrasta od 11 do 13 godina koje su doživjele ili svjedočile nekom od sljedećih traumatskih događaja: fizičko ili seksualno zlostavljanje, ubistvo ili samoubistvo člana porodice, zloupotreba psihoaktivnih supstanci od strane roditelja i deložacija ili beskućništvo. Djevojčice su bile raspoređene u eksperimentalnu i kontrolnu grupu. U okviru programa koji je trajao 20 sedmica, eksperimentalna grupa je prolazila kroz psihodramske seanse. Najprije, u fazama zagrijavanja je rađeno na stabilizaciji djevojčica, uspostavljanju kontrole nad emocijama i na jačanju osjećaja sigurnosti. Nakon toga, svake sedmice je po jedna djevojčica imala priliku da radi na proradi svoje traume u sigurnom okruženju, a u tu svrhu su korištene

sljedeće psihodramske tehnike: tehnika prazne stolice, zrcaljenje, promjena ishoda kroz nadogradnju stvarnosti, zamjena uloga i dubliranje. U pretestu i posttestu djevojčice su popunile Skalu samoprocjene mladih (*Youth Self-Report Form*, Achenbach, 1991; prema Carbonell i Partelano-Barehmi, 1999), koja se sastoji od osam sindromskih subskala: povučenost / depresivnost, somatske tegobe, anksioznost / depresivnost, socijalni problemi, problemi s mišljenjem, problemi s pažnjom, delikventna ponašanja i agresivno ponašanje. Rezultati su pokazali da je u eksperimentalnoj grupi došlo do značajnog smanjenja rezultata na subskalama anksioznost / depresivnost i povučenost / depresivnost. U okviru izlaznog intervjua, djevojčice su prijavile smanjenje osjećaja socijalne izolacije, krivnje i povećanje osjećaja kompetentnosti i samoučinkovitosti. Također, prijavile su brojne benefite grupnog rada – izgradile su međusobno povjerenje, te su, svjedočeći odigravanju tuđih traumatskih iskustava, shvatile da se posttraumatske reakcije ne dešavaju samo njima, već svim osobama koje su bile izložene zastrašujućim događajima. U grupi su dijelile iskustva i načine suočavanja, te pomagale jedna drugoj da identificiraju poteškoće te pronađu rješenja i nove strategije suočavanja sa problemima.

Još jedna studija koja pruža potencijalne dokaze o učinkovitosti klinički modificiranih oblika psihodrame (TSM i Daytonov *Relational Trauma Repair Model*) u tretmanu PTSP-a, provedena je u Centru za liječenje ovisnosti u Pensilvaniji sa pacijentima koji su bili izloženi nekom traumatskom događaju (Giacomucci i Marquit, 2020). Sudionici su učestvovali u grupnim psihodramskim sesijama koje su se odvijale dva puta sedmično. U pretestu i posttestu korištena je PTSD check-lista za procjenu učestalosti javljanja simptoma PTSP-a baziranih na kriterijima iz DSM-IV. Kvalitativni aspekt studije uključivao je anketu i izlazni intervjua koji su provedeni u posttestu. Rezultati posttesta su pokazali da je došlo do značajnog smanjenja simptoma PTSP-a (intruzivni simptomi, simptomi izbjegavanja i pobuđenosti su smanjeni za 25% u odnosu na pretest). Kvalitativni podaci dobiveni iz ankete i intervjua su pokazali da je većina sudionika izjavila da se tokom tretmana osjećala sigurno (82%), te da je tretman bio koristan (72%), da im je ulio nadu za oporavak, omogućio prepoznavanje vlastitih snaga i resursa, olakšao izražavanje emocija i omogućio uspostavu kontrole nad simptomima PTSP-a. Neki od komentara sudionika bili su: „*Mogao sam se osloboditi i otpustiti svoju traumu bez ponovnog proživljavanja.*“ „*Uvijek sam mislio da grupe s traumom moraju biti bolne - otkrio sam da to nije istina.*“ „*Predivno iskustvo koje vam pomaže da prebrodite traumu na siguran način.*“ „*Ova usluga je nevjerovatna i nije potrebno poboljšanje*“ (Giacomucci i Marquit, 2020, str. 7-8). Ovi nalazi su u skladu sa

kvalitativnim istraživanjem koje je proveo Dougherty (2002) u okviru kojeg su rezultati ankete, koja je ispitala zadovoljstvo pacijenata bolničkim tretmanom traume, pokazali da su pacijenti ocijenili klasičnu psihodramu kao jednu od najefikasnijih od ukupno 21 intervencije koje je uključivao taj program za tretman traume.

Testoni, Ronconi, Biancalani, Zottino i Wieser (2021) su u svojoj studiji pokazali da su psihodramske intervencije u kombinaciji sa meditacijom, bile korisne u proradi traumatskog gubitka i poboljšanju psihološke dobrobiti učenika jedne srednje škole u Italiji. Intervencije su provedene nakon što su se učenici ove škole suočili sa dva traumatična gubitka – jedna djevojčica iz ove škole je stradala u saobraćajnoj nesreći, dok je druga nakon dva dana od tog događaja počinila suicid. Rezultati su pokazali da su psihodramske intervencije pomogle učenicima da slobodno komuniciraju i iskažu svoje emocije koje se tiču pomenutih gubitaka. Također, u eksperimentalnoj grupi je zabilježeno značajno smanjenje straha od smrti, te je došlo do normalizacije smrti i procesa tugovanja, što je negativno koreliralo sa simptomima depresije, a pozitivno sa subjektivnom dobrobiti učenika.

Također, mnogi psihodramski terapeuti nude opise slučajeva klijenata sa kojima su radili u okviru svoje kliničke prakse. Jedan takav primjer je slučaj klijentice Sare koji je prethodno opisan. Klijentica je, evaluirajući psihodramski rad, izjavila sljedeće: ...*“Tek u okviru psihodramskih seansi sam počela shvaćati kako treba živjeti i kako se osloboditi trauma.“* „Eksperimentiranjem s ulogama mojih roditelja dobila sam drugu sliku njihovih osjećaja. Poslije svake terapije osjećala sam se lakšom, kao da mi je netko skinuo veliki teret. Psihodrama me naučila opraštati sebi i drugima, uživati u životnim situacijama, rješavati probleme bez panike i straha...“. „Kroz psihodramu i igru simbolima riješila sam strašne dileme vezano za roditelje i njihovu ljubav. Dobila sam odgovore na sva pitanja, rekla sam im ono što nisam smjela reći dok su bili živi. Poravnali smo račune. Sada na njih gledam drugim očima i više ne plačem, nemam noćne more. ...“*Danas psihodramu smatram najboljom metodom koja osnažuje ljude i omogućava im da otkriju svoje potencijale. Sada vidim koliko je ta metoda uspješnija u poređenju sa psihijatrijskim metodama koje su me držale u uvjerenju da sam zauvijek psihički izgubljena“* (Müller i Ostojić, 2011, str. 355-356).

Park i Kim (2022) su proveli studiju slučaja u kojoj je učestvovala petnaestogodišnjakinja koja je u tom periodu boravila u skloništu za žrtve nasilja. Ona je bila izložena fizičkom nasilju od strane oca, te je pri inicijalnom intervjuu izjavila da ima noćne more, glavobolje,

da osjeća vrtoglavicu, aritmiju i da zaplače kada god vidi muškarca koji liči na njenog oca ili je slične dobi kao on. Za potrebe kvantitativne analize u pretestu i posttestu su primijenjeni Revidirana skala manifestne dječje anksioznosti i Skala posttraumatskog stresa, dok su u okviru kvalitativnog aspekta studije, nakon svake psihodramske seanse, provedeni intervjui koji su bili usmjereni na ispitivanje subjektivnog doživljaja seanse, te promjena u simptomatologiji i svakodnevnom životu. Program je trajao pet sedmica, te je u okviru psihodramskih seansi rađena stabilizacija klijentice, uspostavljanje osjećaja sigurnosti i povjerenja, kontrole nad emocijama i fizičkim senzacijama, zatim inscenacija traumatskih situacija, te poboljšanje samokontrole i osvještavanje resursa. Rezultati su pokazali da je došlo do značajnog smanjenja rezultata u posttestu na skali posttraumatskog stresa i skali anksioznosti u odnosu na pretest. Nakon posljednje seanse klijentica je izjavila: „*Drhtanje tijela je prošlo. Mogu uspostaviti kontakt očima sa mojim učiteljem. ... “Dobro sam spavala, bez ikakvih noćnih mora. Uzmem barem jednu tabletu protiv bolova dnevno i uvijek je nosim u torbi, ali sada me glava ne boli ni ako je ne popijem. Nisam izostajala iz škole i sada idem u školu svaki dan. Sastajem se sa svojim prijateljima i puno razgovaramo...“ Ne osjećam vrtoglavicu ili strah kad vidim čovjeka koji izgleda kao moj tata dok hoda cestom.*” (Park i Kim, 2020, str. 277-278).

Čatović (2011) nudi opis uspješnog psihodramskog rada sa klijenticom Sabinom. Klijentica je radila kao medicinska sestra u službi hitne pomoći. Tokom jednog noćnog dežurstva, ona i njen kolega su poslani po psihijatrijskog pacijenta koji je bio naoružan. Sabina je smatrala da to nije slučaj za njih, te da bi tu trebala intervenirati policija, ali dežurna doktorica je insistirala da ona i njen kolega obave taj zadatak. Prilikom intervencije pacijent je pucao i ranio Sabinu u nogu. Tri mjeseca nakon ranjavanja Sabina je fizički bila bolje, ali njeno psihičko stanje je bilo izuzetno loše. Nije dobila očekivanu podršku od direktora i kolega na radnom mjestu, patila je od nesаницe, noćnih mora i *flashbackova*, imala je poteškoća sa koncentracijom, bila je razdražljiva i impulsivna, rijetko je izlazila iz kuće. Na psihoterapiju je došla po preporuci psihijatra, nakon što joj je propisao lijekove koji joj nisu donijeli značajno poboljšanje. Na prvoj seansi je izvijestila da ima osjećaj da gubi razum, da smatra da njene reakcije nisu normalne, mučilo ju je pitanje zašto se to baš njoj desilo i imala je potrebu da natjera dežurnu doktoricu, koja ju je tu noć poslala na intervenciju, da prizna krivicu. Najprije je rađeno na osnaživanju klijentice. Nakon pružanja osnovnih informacija o traumi i posttraumatskim reakcijama, primijenjene su vježbe imaginacije koje su omogućile klijentici da zamisli kako će se odvijati razgovor između nje i dežurne doktorice. Upotrebom

tehnike zamjene uloga, klijentica je potaknuta da na trenutke uđe u ulogu doktorice i da pokuša osvijestiti kako se ona osjeća i kako bi reagovala tokom njihovog razgovora. Klijentica je uvježbavala asertivne načine komuniciranja i iskazivanja svojih misli i osjećaja kako razgovor ne bi prešao u konflikt. Nakon nekoliko seansi, klijentica je bila dovoljno osnažena da obavi razgovor sa doktoricom koji je imao pozitivan ishod. Postepeno je rađeno na pripremi klijentice za rad na glavnoj temi (noć kada se desilo ranjavanje) i za konfrontaciju sa traumom. Obzirom da se žalila na bolove u želucu, urađena je vježba „Mapa emocija“ u okviru koje je otkrila da njeno tijelo emocije „proživljava“ kroz želudac. Sjetila se da je te noći kada je ranjena osjetila jak strah koji se manifestirao kroz napetost i intenzivan bol u želucu. Prije početka konfrontacije, klijentica je kreirala „unutrašnje sigurno mjesto“ na koje se vraćala više puta tokom obrade traumatskog iskustva. Tokom faze konfrontacije, kroz psihodramski intervju, opisala je tok događaja u noći kada se desilo ranjavanje, potaknuta je da govori o svojim mislima i osjećajima u tom trenutku, koju vrstu podrške je dobila i šta joj je u tom trenutku bilo potrebno, a šta nije dobila. Ovaj rad sa klijenticom je imao katarzične efekte i izazvao je lavinu emocija. Čatović (2011) navodi rezultate ovog terapijskog rada: *„Nakon tri mjeseca simptomi zbog kojih je potražila pomoć u velikoj mjeri su nestali. Flešbekovi i noćne more su prestali. Počela je izlaziti van.“... „U jednom od tih susreta mi je rekla da se osjeća dobro i da je ponosna na sebe što se sad može bez problema sjetiti ranjavanja i o tome mirno pričati. Zatim, da je ponosna na sebe i zbog toga što je uspjela oprostiti doktorici koja ju je poslala na intervenciju“* (Čatović, 2011, str. 409).

Na osnovu rezultata i samoiskaza sudionika u navedenim studijama, moguće je zaključiti da psihodramska metoda potencijalno može biti tretman izbora u liječenju psihološke traume. Međutim, kako navode Orkibi i Feniger-Schaal (2019) i Hamidi i Sobhani Tabar (2021), i dalje postoji potreba za rigoroznijim istraživanjima efikasnosti psihodramske metode, kako u tretmanu traume, tako i u tretmanu drugih psihičkih poremećaja. Takva istraživanja bi trebala uporediti rezultate postignute u eksperimentalnoj skupini (koja je tretirana isključivo psihodramom) sa rezultatima postignutim u kontrolnoj skupini. Također, potrebno je provoditi i razlikovati istraživanja koja ispituju učinkovitost jedne cjelovite psihodramske seanse i istraživanja koja ispituju učinkovitost pojedinih psihodramskih tehnika (Kipper i Ritchie, 2003). Giacomucci i Marquit (2020) ukazuju i na važnost replikacije ovih istraživanja na različitim subpopulacijama, te u različitim područjima i okruženjima. Također, sugeriraju da bi buduća istraživanja mogla ispitati učinkovitost psihodramske

metode s obzirom na ulogu koju je klijent imao u grupnoj psihodramskoj terapiji, odnosno s obzirom na nivo aktivnog angažmana (da li je bio protagonist, pomoćni ego ili posmatrač).

7. ZAKLJUČCI

1. Psihološka trauma predstavlja skup reakcija koje se javljaju na tjelesnom, kognitivnom, emocionalnom i ponašajnom planu, a koje su posljedica izravnog doživljavanja ili svjedočenja nekom traumatskom događaju koji predstavlja prijetnju tjelesnom i psihičkom integritetu pojedinca ili integritetu njemu bliskih osoba. Takvi intenzivni i preplavljajući događaji narušavaju svjetonazor osobe i ostavljaju snažan otisak na njen um i tijelo. Posttraumatsko razdoblje mogu obilježiti simptomi poput hiperreaktivnosti, te simptomi nametanja i izbjegavanja svega što osobu podsjeća na preživljeno traumatsko iskustvo. Osoba može osjećati intenzivan strah, bespomoćnost, krivnju, nemir, pritisak u grudima, bolove u tijelu, poteškoće u koncentraciji i odlučivanju, može se distancirati od bolnih misli i osjećaja, te djelovati bezosjećajno i hladno. Ove reakcije se smatraju normalnim reakcijama na neuobičajene, zastrašujuće situacije. Ukoliko ove reakcije poprime ozbiljniji oblik u smislu njihovog intenziteta i trajanja, onda se može govoriti o posttraumatskom stresnom poremećaju kao patološkoj reakciji na traumu.
2. Psihodrama je primarno grupna psihoterapijska metoda čiji je utemeljitelj Jacob Levy Moreno. Ona daje prednost akciji, odnosno djelovanju nad verbalizacijom. Time omogućava klijentu ne samo da govori o svojim poteškoćama, već da sve svoje probleme, konflikte, strahove, želje i fantazije ponovo proživi i odigra na sceni, te da, kroz nadogradnju stvarnosti, na sceni učini ono što nikada nije smio i da isproba nove oblike ponašanja. Psihodrama počiva na egzistencijalističoj i humanističkoj filozofiji i utemeljena je na Morenovom uvjerenju da svaka osoba u sebi nosi „božanski potencijal“ koji joj omogućava da sama, osvještavanjem svojih snaga i resursa, pronađe put ka iscjeljenju. Ova metoda je utemeljena na Morenovoj teoriji uloga, te na načelima spontanosti i kreativnosti čiji je razvoj kod klijenta fundamentalni terapijski cilj.
3. Verbalne, konvencionalne terapije mogu naići na prepreku u tretmanu traume, budući da traumatizirane osobe često nisu u stanju verbalizirati bolno iskustvo, osjećaje povezane sa njim i organizirati ga u koherentnu priču. Psihodrama, kao ekspresivni i akcijski oblik terapije, zaobilazi ovu prepreku omogućavajući traumatiziranim osobama da prožive to iskustvo "sada i ovdje" u sigurnom okruženju, te da kroz aktivno djelovanje na sceni vrate osjećaj sigurnosti, kontrole i kompetentnosti. Najprije se u tretmanu traumatiziranih osoba radi na njihovoj stabilizaciji. Faza

stabilizacije iziskuje mnogo vremena, a brojim klijentima je kvalitetna provedba ove faze sasvim dovoljna za povratak funkcionalnosti. U okviru ove faze se radi na uspostavljanju kvalitetnog terapijskog odnosa, kreiranju sigurnog okruženja za prorađivanje traume, uspostavljanju kontrole nad simptomima i njihovom demistificiranjem, pomaganju osobi da razumije sebe, da osvijesti svoje snage i resurse i da vrati vjeru u mogućnost oporavka. U tu svrhu je moguće primijeniti različite tehnike i vježbe kao što su sef, protuslika, sigurno mjesto, prazna stolica, te je važno raditi na ego-stanjima koja pomažu traumatiziranoj osobi da svoj unutrašnji svijet doživi manje haotičnim. Fazu konfrontacije sa traumom je moguće realizirati samo ukoliko se i klijent i terapeut osjećaju dovoljno spremnim i osnaženim za rad. Važno je da tehnike koje se koriste u ovoj fazi omogućavaju dovoljan stepen konkretizacije kako bi se postigli terapijski ciljevi, ali i odgovarajući stepen zaštitne distance kako bi se izbjegla retraumatizacija. Moguće je raditi sa simbolima na maloj, velikoj i unutrašnjoj bini, a sve u cilju integracije različitih aspekata traumatskog iskustva i njegovog opažanja sa sigurne distance. U ovoj fazi se često primjenjuju tehnike poput zrcaljenja, dubliranja, videa / zaslona i unutrašnjeg promatrača. U fazi tugovanja treba pomoći osobi da okonča „nedovršene poslove“ i integrira gubitak koji je prouzročio traumatski događaj, pri čemu se mogu primijeniti tehnike posljednjeg susreta i ritual vatre i/ili *talking stick*. Na koncu, u fazi integracije klijent treba dati smisao proživljenom iskustvu, integrirati sve promjene u svakodnevni život, socijalno se reintegrirati i okrenuti se ka budućnosti. U okviru ove faze se također može primijeniti ritual vatre ili pisanje pisma sebi o uvidima i rezultatima do kojih se došlo tokom tretmana. U svrhu smanjenja socijalne izolacije i poboljšanja kvalitete interpersonalnih relacija, može se primijeniti dobro poznata psihodramska tehnika – zamjena uloga. Na koncu, važno je naglasiti da tretman traume zahtijeva individualni pristup, te da niti jedna psihodramska seansa nije ista – tehnike i vježbe koje odgovaraju jednoj osobi ne moraju nužno biti korisne za drugu osobu.

4. U području istraživanja učinkovitosti psihodramske metode uglavnom dominiraju podaci dobiveni iz kliničkih iskustava psihodramskih terapeuta, mada se, u novije vrijeme, bilježi porast broja empirijskih istraživanja. Ove studije sugeriraju da psihodrama može biti tretman izbora u liječenju psihološke traume u smislu smanjenja simptoma PTSP-a, depresije i anksioznosti, osjećaja izoliranosti i krivnje, te povećanja osjećaja kompetentnosti i samopoštovanja. Međutim, autori upozoravaju da brojne studije imaju određene metodološke nedostatke, te su potrebna dodatna,

rigoroznija istraživanja učinkovitosti psihodramske terapije, ali i pojedinačnih psihodramskih tehnika.

8. LITERATURA

- Američka psihijatrijska udruga. (1996). *Dijagnostički i statistički priručnik za duševne poremećaje (četvrto izdanje), međunarodna verzija*. Naklada Slap.
- Američka psihijatrijska udruga. (2014). *Dijagnostički i statistički priručnik za duševne poremećaje, peto izdanje*. Jastrebarsko: Naklada Slap.
- Allen, S. N., & Bloom, S. L. (1994). Group and family treatment of post-traumatic stress disorder. *Psychiatric Clinics*, 17(2), 425-437.
- Andrić, D., & Blažeka Kokorić, S. (2021). Primjena načela i tehnika psihodrame u socijalnom radu s različitim grupama korisnika. *Socijalne teme: Časopis za pitanja socijalnog rada i srodnih znanosti*, 1(8), 47-72.
- Arambašić, L. (1996). Trauma, U: Pregrad, J. (ur.), *Stres, trauma, oporavak* (str. 147-150). Zagreb: Društvo za psihološku pomoć.
- Bendel, K. E. (2017). Social work and Moreno: A systematic review of psychodrama methods and implications. Master of social work thesis proposal The University of Texas at Arlington.
- Blatner, A. (2003). Psychodrama. In: C. E. Schaefer (Eds.), *Play therapy with adults*, (pp. 34 – 61). John Wiley & Sons, Inc., Hoboken, New Jersey.
- Burmeister, J. (2000). Psychodrama with survivors of traffic accidents. In: P. F. Kellermann and M. K. Hudgins (Eds.), *Psychodrama with trauma survivors. Acting out your pain* (pp. 198–228). Jessica Kingsley Publishers.
- Calhoun, L. G., & Tedeschi, R. G. (Eds.). (2014). *Handbook of posttraumatic growth: Research and practice*. New York: Routledge.
- Carbonell, D. M., & Partelano-Barehmi, C. (1999). Psychodrama groups for girls coping with trauma. *International journal of group psychotherapy*, 49(3), 285-306.
- Carey, L. J. (2006). *Expressive and creative arts methods for trauma survivors*. London: Jessica Kingsley Publishers.
- Courtois, C. A., & Gold, S. N. (2009). The need for inclusion of psychological trauma in the professional curriculum: A call to action. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 1(1), 3.
- Cruz, A., Sales, C., Alves, P., & Moita, G. (2018). The core techniques of Morenian psychodrama: A systematic review of literature. *Frontiers in psychology*, 1263
- Cukier, R. (2016). Post traumatic stress disorder: News, treatment and Psychodrama. *Revista Brasileira de Psicodrama*, 24(2), 81-89.
- Ćatović, A. (2011). Povjerenje u terapijski odnos/tele. U: G. Muller i E. Ostojić (ur.), *Vratiti svoju djelatnost i samopoštovanje: Terapija traume metodom psihodrame* (str. 399 - 425). Goražde: Kuća SEKA Goražde/ Udruženje žena SEKA
- Dayton, T. (2003). Psychodrama and the Treatment of Addiction and Trauma in Women, In: J. Gershoni (Eds.), *Psychodrama in the 21st Century: Clinical and Educational Applications*, (pp. 175 – 197). New York: Springer Publishing Company

- Dougherty, M. J. (2002). Client satisfaction survey of inpatient trauma and dissociative disorders program. *Journal of trauma & dissociation*, 3(2), 97-105.
- Figley, C. R. (2002). Origins of traumatology and prospects for the future, Part I. *Journal of Trauma Practice*, 1(1), 17-32.
- Frans, Ö., Rimmö, P. A., Åberg, L., & Fredrikson, M. (2005). Trauma exposure and post-traumatic stress disorder in the general population. *Acta psychiatrica scandinavica*, 111(4), 291-290.
- Giacomucci, S. (2019). Social Group Work in Action: A Sociometry, Psychodrama, and Experiential Trauma Therapy Curriculum. Ph.D. dissertation, University of Pennsylvania, Philadelphia, PA
- Giacomucci, S. (2018). Trauma Survivor's Inner Role Atom: A Clinical Map for Posttraumatic Growth. *The Journal of Psychodrama, Sociometry, and Group Psychotherapy*, 66(1), 115-129.
- Giacomucci, S., & Marquit, J. (2020). The effectiveness of trauma-focused psychodrama in the treatment of PTSD in inpatient substance abuse treatment. *Frontiers in Psychology*, 11, 1-12.
- Giacomucci, S., & Stone, A. (2018). Being in two places at once: Renegotiating traumatic experience through the surplus reality of psychodrama. *Social Work with Groups*, 42(3), 184-196.
- Gümüş , F., & Deniz, H. (2020). The effect of psychodrama on the frequency of posttraumatic stress disorder, anxiety and depressive symptoms in patients with social trauma: 9 month follow-up study. *Journal of Academic Research in Nursing*, 6(3), 402-415.
- Hamidi, F., & Sobhani Tabar, S. (2021). Effect of psychodrama on post-traumatic stress disorder symptoms in primary school students living in earthquake-stricken areas. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*, 26(4), 400-417.
- Herman, J. L. (1997). *Trauma i oporavak*. Sarajevo: SVJETLOST
- Hudgins, M. K. (2002). *Experiential treatment for PTSD: The therapeutic spiral model*. Springer Publishing Company.
- Hudgins, K. (2007). Building a container with the creative arts: The Therapeutic Spiral Model™ to heal post-traumatic stress in the global community. In: S. L. Brooke (Eds.), *The Use of the Creative Therapies with Sexual Abuse Survivors*, (pp. 280 – 298). Illinois: Charles C. Thomas Publisher.
- Hudgins, M. K. (2019). Psychodrama revisited: Through the lens of the internal role map of the therapeutic spiral model to promote post-traumatic growth. *Zeitschrift für Psychodrama und Soziometrie*, 18(1), 59-74
- Hudgins, K., & Toscani, F. (Eds.). (2013). *Healing world trauma with the therapeutic spiral model: stories from the front-lines*. London: Jessica Kingsley Publishers
- Jones, E., & Wessely, S. (2006). Psychological trauma: A historical perspective. *Psychiatry*, 5(7), 217-220.

- Jones, E., & Wessely, S. (2007). A paradigm shift in the conceptualization of psychological trauma in the 20th century. *Journal of anxiety disorders*, 21(2), 164-175.
- Karp, M. (2000). Psychodrama of Rape and Torture: A Sixteen-Year Follow-Up Case Study. In: P. F. Kellermann and M. K. Hudgins (Eds.), *Psychodrama with trauma survivors. Acting out your pain* (pp. 63 - 82). London: Jessica Kingsley Publishers
- Kellermann, P. F. (2000). The therapeutic aspects of psychodrama with traumatized people. In: P. F. Kellermann and M. K. Hudgins (Eds.), *Psychodrama with trauma survivors. Acting out your pain* (pp. 23 – 40). London: Jessica Kingsley Publishers
- Kellermann, P. F., & Hudgins, M. K. (Eds.). (2000). *Psychodrama with trauma survivors. Acting out your pain*. London: Jessica Kingsley Publishers
- Kipper, D. A., & Ritchie, T. D. (2003). The effectiveness of psychodramatic techniques: A meta-analysis. *Group Dynamics: Theory, Research, and Practice*, 7(1), 13-25.
- Kliethermes, M., Schacht, M., & Drewry, K. (2014). Complex trauma. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics*, 23(2), 339-361.
- Konopik, D. A., & Cheung, M. (2013). Psychodrama as a social work modality. *Social work*, 58(1), 9-20.
- Krüger, R. T. (2015). *Disorder-Specific Psychodrama Therapy in Theory and Practice*. Springer
- López-González, M. A., Morales-Landazábal, P., & Topa, G. (2021). Psychodrama group therapy for social issues: A systematic review of controlled clinical trials. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(9), 1-22.
- Marčetić-Radunović, G. (2018). Psihodrama kao jedan od modaliteta socijalnog rada. https://www.researchgate.net/publication/323398949_Psihodrama_kao_jedan_od_modaliteta_socijalnog_rada
- Milošević, V. (2020). *Kako radi psihodrama*. Zagreb: Mozaik knjiga
- Moreno, J. L. (1955). Theory of spontaneity-creativity. *Sociometry*, 18(4), 105-118.
- Moreno, J. L. (1959). The scientific meaning and the global significance of group psychotherapy. *Acta psychotherapeutica, psychosomatica et orthopaedagogica*, 148-167.
- Müller, G. & Ostojić, E. (2011). *Vratiti svoju djelotvornost i samopoštovanje: Terapija traume metodom psihodrame*. Goražde: Kuća SEKA Goražde/ Udruženje žena SEKA
- Ostojić, E. (2009). *Etika moći: priručnik namijenjen profesionalcima/profesionalcima koji se u svome poslu susreću sa slučajevima nasilja, prvenstveno nasilja nad ženama i djecom*. Zenica: INFOTEKA – Edicija LILIT
- Orkibi, H., & Feniger-Schaal, R. (2019). Integrative systematic review of psychodrama psychotherapy research: Trends and methodological implications. *PloS one*, 14(2), 1-26.

- Park, A., & Kim, E. (2022). The effect of Psychodrama on Post-traumatic Stress Symptoms in Abused Adolescents: A Single Case Study. *Journal for ReAttach Therapy and Developmental Diversities*, 5(2s), 270-283.
- Perrotta, G. (2019). Psychological trauma: definition, clinical contexts, neural correlations and therapeutic approaches. *Current Research in Psychiatry and Brain Disorders*, 2019(1).
- Pio-Abreu, J. L., & Villares-Oliveira, C. (2013). How does psychodrama work?: how theory is embedded in the psychodramatic method. In: C. Baim, J. Burmeister and M. Maciel, (Eds.), *Psychodrama: Advances in theory and practice* (pp. 127-138). New York: Routledge.
- Pylypenko, N., Radchuk, H., Shevchenko, V., Horetska, O., Serdiuk, N., & Savytska, O. (2023). The Psychodrama Method of Group Psychotherapy. *BRAIN. Broad Research in Artificial Intelligence and Neuroscience*, 14(3), 134-149.
- Reddemann, L., & Piedfort-Marin, O. (2017). Stabilization in the treatment of complex post-traumatic stress disorders: Concepts and principles. *European Journal of Trauma & Dissociation*, 1(1), 11-17.
- Solomon, E. P., & Heide, K. M. (2005). The biology of trauma: Implications for treatment. *Journal of interpersonal violence*, 20(1), 51-60.
- Subotić, Z. (1996). Zdrave i patološke reakcije na traumatu, U: Pregrad, J. (ur.), *Stres, trauma, oporavak* (str. 151-168). Zagreb: Društvo za psihološku pomoć.
- Subotić, Z. (1996). Gubitak i tugovanje, U: J. Pregrad. (ur.), *Stres, trauma, oporavak* (str. 169 – 176). Zagreb: Društvo za psihološku pomoć.
- Subotić, Z. (1996). Tretman traume, U: J. Pregrad. (ur.), *Stres, trauma, oporavak* (str. 159 – 167). Zagreb: Društvo za psihološku pomoć.
- Testoni, I., Ronconi, L., Biancalani, G., Zottino, A., & Wieser, M. A. (2021). My future: Psychodrama and meditation to improve well-being through the elaboration of traumatic loss among Italian high school students. *Frontiers in psychology*, 11, 544661.
- Van der Kolk, B. (2021). *Telo sve beleži: Mozak, um i telo u isceljenju traume*. Beograd: Psihološko savetovalište Mozaik.
- Yehoshua, S. F. C., & Chung, S. (2013). A review of psychodrama and group process. *International Journal of Social Work and Human Services Practice*, 1(2), 105-114.