

## **BRAINSPOTTING SEBAGAI TERAPI SISTEM LIMBIK UNTUK MEMULIHKAN TRAUMA**

M. Ari Wibowo

ESA Consulting

Jl. Margonda Raya No.1 Depok Town Square Lt UG Blok US37/8, Depok,  
Indonesia, 16424

[ari\\_schatz@yahoo.com](mailto:ari_schatz@yahoo.com)

### **Abstrak:**

Trauma adalah kondisi stres ekstrem yang terjadi akibat pengalaman traumatis. Ketika reaksi traumatis terjadi, seseorang berada dalam kondisi survival dan bagian otak rasionalnya menjadi tidak aktif. Selain itu, trauma (reaksi traumatis) berasal dari bagian otak emosi yang sedikit berkaitan dengan otak rasional. Hal ini membuat terapi bicara menjadi terbatas dalam penanganan trauma dikarenakan menurunnya kemampuan berpikir rasional dan sulitnya kata-kata (terapi verbal) mempengaruhi otak emosi. Untuk mengubah reaksi traumatis tersebut, suatu intervensi perlu mengakses otak emosi dan melakukan terapi sistem limbik, yaitu memperbaiki kesalahan sistem alarm dan memulihkan otak emosional. Cara untuk mengakses otak emosional secara sadar adalah melalui self awareness, yaitu dengan mengamati pengalaman internal (pikiran dan tubuh). Brainspotting merupakan terapi yang memanfaatkan fiksasi mata dan observasi pada pengalaman internal untuk mengakses kemampuan self healing otak dalam mencari akar masalah pada tubuh dan pikiran lalu menyembuhkannya. Tulisan ini akan membahas bagaimana Brainspotting mengakses otak emosi serta mengubah reaksi traumatis dan memulihkan kembali fungsi otak emosi.

**Kata kunci:** *Brainspotting*; trauma; sistem limbik

### **PENDAHULUAN**

Tulisan ini bertujuan mengembangkan pemahaman tentang dampak trauma pada otak, menjelaskan bahwa terapi trauma perlu mengakses sumber trauma yaitu sistem limbik, dan menjelaskan bagaimana brainspotting dapat mengakses sistem limbik untuk membantu pemulihan trauma. Untuk mencapai tujuan ini, penulis akan membahas dan mengelaborasi beberapa ide:

- Bagian otak yang terkena dampak trauma membawa pengaruh dalam kondisi psikofisiologi seseorang
- Batasan *talk therapy* dalam penanganan trauma dan pentingnya suatu intervensi mengakses sumber trauma, yaitu sistem limbik
- Elemen-elemen brainspotting yang berperan dalam mengakses sistem limbik dan membantu pemulihan trauma.

### **Psikofisiologi Trauma**

Trauma merupakan pengalaman psikofisiologis, walau tidak menimbulkan luka langsung pada tubuh, yang melampaui batas kemampuan seseorang untuk menanggungnya, dan menyebabkan seseorang berada dalam kondisi *shock*, teror, dan

tidak berdaya (Rothschild, 2000; Laluyan, Sumampouw, Reza, Estrely, Cahyono, 2007; Scaer, 2012).

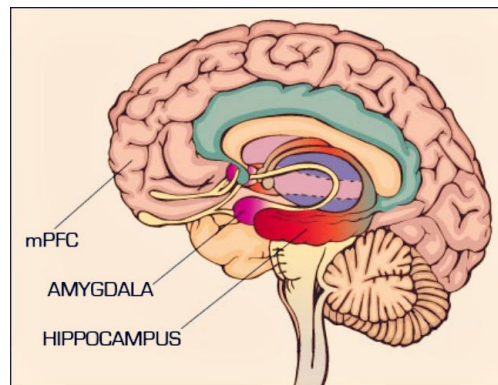
Seseorang yang mengalami trauma atau reaksi traumatis tidak mampu menganalisa apa yang sedang terjadi ketika tubuh mereka mengalami reaksi, dan sensasi tubuh itu menimbulkan emosi yang hebat tanpa ia dapat mengaturnya. Semua pikiran rasional seakan tidak berpengaruh pada tubuh dan emosinya, dan tubuhnya bereaksi seolah-olah ia sedang atau akan mengalami kembali peristiwa traumanya (Van der Kolk dalam Rothschild, 2000).

Trauma menyebabkan gangguan pada otak dan hal ini dapat dilihat dengan teknik pencitraan otak seperti MRI, fMRI, PET, dan CT scan (Scaer, 2012). Teknik pencitraan otak membantu dalam memahami simtom-simtom trauma dan menemukan bagian otak yang berdampak antara lain: *prefrontal cortex* (PFC) dan wilayah *broca*, serta sistem limbik, yaitu bagian hipokampus dan amigdala (Van der Kolk, 2014; Van Boven, 2009; Bremner, 2007).

Ketika seseorang mengingat pengalaman traumanya, korteks bagian depan terutama area *broca* menjadi tidak aktif dan aktivitas bagian hemisfer kanan yang berkaitan dengan emosi dan fungsi otonom tubuh meningkat. Area *broca* berperan dalam fungsi bahasa dan terganggunya area ini membuat seseorang kesulitan dalam mengekspresikan pikiran dan perasaannya dalam bentuk kata-kata. Dengan kata lain, seseorang yang mengingat peristiwa trauma akan mengalami reaksi traumatis dan menjadi sulit untuk berpikir dan berbicara (Van der Kolk, 2014).

Amigdala dan hipokampus merupakan bagian sistem limbik yang sangat berkaitan dengan simtom trauma. Amigdala berperan dalam mengevaluasi apakah informasi sensorik (apa yang kita lihat, dengar, cium, raba) berbahaya (Rothschild, 2000). Jika amigdala menilai sesuatu berpotensi bahaya, ia akan segera mengirimkan sinyal untuk mengeluarkan hormon stres dan mempersiapkan tubuh (sistem saraf otonom) dalam kondisi *fight-flight* yang ditandai dengan peningkatan detak jantung, tekanan darah, dan napas (Scaer, 2014). Trauma meningkatkan resiko kesalahan dalam mengevaluasi suatu hal sebagai sesuatu yang berpotensi berbahaya dan seseorang menjadi kesulitan untuk mengontrol emosi dan impuls karena sistem filternya atau otak depannya tidak bekerja. Hal ini membuat seseorang yang mengalami trauma dapat bereaksi pada sesuatu yang netral, seperti kaget dan ketakutan ketika mendengar suara keras, muncul bayangan masa lalu yang intrusif, panik atau amarah meledak karena hal sederhana, dan tubuh menjadi kaku ketika disentuh (Van der Kolk, 2014).

Gambar 1. Sistem Limbik 1 (<https://crew.co/blog/handling-criticism-better/>)



Jika respon *fight-flight* tidak bisa atau gagal dilakukan, maka tubuh akan melakukan respon *freeze* atau respon imobilitas. Saat seseorang berada dalam kondisi

ini, ia menjadi tidak bisa bergerak, mati rasa, tidak berdaya, waktu seperti melambat, dan tidak merasakan takut ataupun sakit sehingga ketika ia mengalami cedera atau terluka, rasa sakitnya tidak terlalu intens (Levine, 2010; Scaer, 2012; Rothschild, 2000). Respon sistem limbik atau sistem saraf otonom dalam bereaksi *fight-flight* dan *freeze* merupakan tindakan survival otomatis yang bersifat instingtual dan seketika, serta bukan hal yang dapat dipilih melalui pemikiran mendalam. Menyadari hal ini dapat membantu mengatasi rasa bersalah karena menganggap diri tidak berbuat apa-apa untuk berjuang atau melindungi diri ketika peristiwa trauma terjadi (Rothschild, 2000).

Kondisi stres tinggi ketika seseorang mengalami peristiwa traumatis akan mengganggu hipokampus dalam mengintegrasikan memori implisit/prosedural (informasi sensori/nonverbal) menjadi memori eksplisit/deklaratif (narasi/verbal). Akibatnya, memori pengalaman traumatis terfragmentasi sebagai informasi sensori (sensasi fisik, suara, gambaran/bentuk, bau) dan tersimpan sebagai sensasi dalam memori implisit (Scaer, 2012; Rothschild, 2000). Seseorang yang mengalami reaksi traumatis di kemudian hari menandakan *network* memori implisit yang teraktivasi oleh informasi sensori dari internal (jantung berdebar, napas menjadi cepat, emosi tertentu, dll.), maupun eksternal yang dianggap berbahaya dan mirip dengan peristiwa traumatis. Otak emosi secara konstan mengirimkan sinyal tanda bahaya dan stres (tubuh) untuk bersiap merespon bahaya, sehingga seseorang akan bereaksi dan berperilaku seperti saat mengalami peristiwa traumatis dan menjadi sulit untuk *present* dan menikmati hidup.

### **Terapi Sistem Limbik Untuk Memulihkan Trauma**

Seringkali seseorang yang mengalami trauma tidak bisa atau hanya sedikit menceritakan peristiwa traumanya sehingga ia sulit mengkomunikasikan kebutuhannya dalam proses terapi. Menceritakan trauma dapat membantu dalam memahami apa yang terjadi, melihat peristiwa dari perspektif lain, dan bagaimana peristiwa trauma itu membawa dampak, tapi berbicara tentang trauma tidak membuat seseorang melupakannya karena proses tersebut sulit mencapai otak emosi dan tidak mengakses cukup dalam hingga ke bagian otak yang berperan dalam survival (Van der Kolk, 2014). Talk therapy hanya mencapai neo korteks karena bahasa atau kata hanya berada di bagian tersebut sehingga menjadi terbatas untuk mengakses midbrain. Terapi yang menekankan pada kata-kata atau proses kognitif akan mengakses neo korteks, tapi sangat terbatas dalam mengakses subkorteks (Grand, 2013).

Selain itu, banyak karakteristik klinis trauma yang diasosiasikan dengan memori prosedural atau memori implisit (nonverbal) membuat intervensi yang melibatkan memori eksplisit dan banyaknya interaksi verbal akan sangat sulit untuk mengatasi simtom trauma (Scaer, 2014). Hal ini sesuai dengan temuan-temuan dalam studi pencitraan otak yang menunjukkan bahwa trauma terjadi di bagian subkorteks, yaitu aktivitas yang sangat tinggi pada sistem limbik yang berperan dalam survival (Scaer, 2012). Maka untuk melakukan terapi yang efektif, terapis perlu melakukan intervensi yang mengakses otak emosional dan melakukan intervensi pada sistem limbik untuk memperbaiki sistem alarm (amigdala) dalam menginterpretasi suatu stimulus netral sebagai sesuatu yang berkaitan dengan trauma serta memulihkan fungsi otak emosi sebagaimana fungsinya dan bekerja di ‘belakang layar’ (Van der Kolk, 2014).

Kesadaran (proses berpikir) seseorang sebagian besar berfokus pada dunia luar, untuk membuat rencana dan berelasi dengan orang lain. Namun hal tersebut

tidak membantu dalam meregulasi diri. Satu-satunya cara mengubah apa yang seseorang rasakan adalah dengan menyadari pengalaman internal dan belajar berteman dengan apa yang terjadi pada tubuh. Van der Kolk (2014) menjelaskan bahwa bagian otak yang berperan dalam analisa dan berpikir rasional yang berpusat di *dorsolateral prefrontal cortex* tidak memiliki koneksi langsung ke otak emosi dimana trauma tersimpan, tapi bagian *medial prefrontal cortex* (mPFC) sebagai pusat *self awareness* memiliki koneksi langsung dengan otak emosi. LeDoux (dalam Van der Kolk, 2014) menyebutkan cara secara sadar untuk mengakses otak emosi adalah melalui *self awareness* atau dengan kata lain mengaktifkan mPFC, yaitu bagian otak yang menyadari apa yang terjadi di dalam diri sehingga membuat seseorang menyadari apa yang sedang ia rasakan. Hal ini juga disebut dengan *interoception*, atau melihat ke dalam.

Ketika kita memfokuskan perhatian ke sensasi tubuh, kita akan mengenali aliran dan gerakan emosi serta meningkatkan kontrol seseorang pada tubuhnya. Berlatih *mindfulness* akan meredakan sistem saraf simpatis sehingga menurunkan kemungkinan seseorang berada dalam kondisi *fight-flight* dan *freeze* (Grand, 2013; Van der Kolk, 2014). Studi tentang *mindfulness* menunjukkan peningkatan kontrol eksekutif melalui kesadaran dan penerimaan (Teper, Segal, & Inzlicht, 2013), memfasilitasi stres dan kondisi homeostasis (Schulz & Vogeley, 2015), serta meningkatkan aktivitas dan volume hipokampus sehingga membantu dalam pemrosesan memori, regulasi emosi, dan mengambil perspektif (Craig, 2002; Holzel, 2010). Kesadaran akan sensasi tubuh dan proses internal merupakan penghubung dengan kondisi *present* dan menjadi langkah awal untuk menginterpretasi memori implisit sehingga menjadi hal yang sangat penting dalam terapi trauma (Rothschild, 2000).

### **Brainspotting Sebagai Terapi Sistem Limbik**

Brainspotting ber teori bahwa bidang pandang merupakan refleksi dari proses yang terjadi di dalam otak dan dirasakan di badan. Dengan menemukan brainspot pada bidang pandang, Brainspotting mem-*bypass* area korteks sebagai tempat pikiran sadar dan mengakses langsung subkorteks (sistem limbik, otak tengah, batang otak) sebagai area non kognitif dan nonverbal dimana trauma dan berbagai simtom disimpan, lalu menstimulasi, memfokuskan proses, dan mengaktifkan kemampuan tubuh untuk menyembuhkan dirinya sendiri dari trauma (Grand, 2013). Brainspot merupakan posisi mata yang berkorelasi langsung dengan aktivasi tubuh ketika seseorang menceritakan pengalaman traumatis. Fokus pada brainspot memungkinkan teraksesnya bagian subkorteks bagian midbrain pada struktur kolikulus superior dan *periaqueductal gray* (PAG) (Corrigan & Grand, 2013).

Ketika brainspot ditemukan, klien sembari mendengarkan audio biolateral dipandu untuk mengamati secara sadar proses internalnya tanpa mengkritik hingga aktivasi tubuh menghilang. Fokus klien pada brainspot dan pengalaman internalnya serta terapis yang *attune* terhadap klien membuat trauma terproses secara utuh serta pola dan respon psikologis dan somatik kembali normal.

### **Gambaran Terapi Brainspotting**

Selama proses *set-up*, klien diminta untuk menceritakan traumanya sesuai dengan yang ia inginkan, lalu klien dipandu untuk mengamati dan menilai level aktivasi tubuhnya dari skala 0-10 atau disebut dengan skala SUDs (*Subjective Unit of Disturbance Scale*). Terapis tidak perlu mendapatkan cerita yang detil dan menggali aspek-aspek psikologis terkait trauma. Terapis lalu meminta klien untuk fokus pada

aktivasi tubuhnya sembari mencari *brainspot*. Terapis menggunakan pointer dan menggerakkan perlahan pada sumbu horizontal di depan mata klien. Klien mengikuti gerakan pointer hingga menemukan titik yang beresonansi dengan aktivasi tubuh. Hal ini ditandai dengan meningkatnya aktivasi tubuh. Setelah *brainspot* ditemukan, klien fokus menatap *brainspot* sembari mendengarkan audio biolateral dan terapis memandu klien untuk menyadari pengalaman internalnya. Hal ini dilakukan hingga aktivasi tubuh menghilang.

Selama proses terapi, klien dapat mengalami berbagai macam reaksi. Reaksi tersebut berupa: (1) sensasi tubuh, seperti kedutan, menguap, bersendawa, mengantuk dan tertidur; (2) emosi, seperti tiba-tiba merasa kesal, sedih, bosan, menangis; (3) pikiran, dimana muncul pikiran atau gambaran yang berpindah-pindah dari hal yang satu ke yang lain dan terkadang tampak tidak ada kaitannya dengan trauma, termasuk timbulnya *insight*; dan (4) memori, dimana klien mengingat dan memproses memori traumatisnya, juga peristiwa-peristiwa lain di masa lalu yang relevan. Setiap orang mengalami reaksi yang berbeda-beda dan tidak selalu dalam satu sesi mengalami semua jenis reaksi tersebut. Klien dapat menceritakan hal yang ia alami atau juga tidak.

Ketika berbagai reaksi tersebut terjadi, terapis memberikan respon minimal dan tidak mengeksplorasi reaksi itu, hanya memandu klien menyadari reaksi yang terjadi. Sepanjang sesi, terapis mengamati dan *attune* terhadap proses yang klien alami sembari sesekali mengecek SUDs. Ketika nilai aktivasi sudah nol, terapis meminta klien untuk menimbulkan kembali aktivasi tersebut atau memikirkan traumanya, dan jika aktivasi masih terjadi atau klien masih merasa terganggu, proses dilanjutkan kembali hingga nilai aktivasi 0 (nol). Hal ini dapat dilakukan beberapa kali hingga benar-benar tidak ada aktivasi atau reaksi yang timbul lagi. Jumlah sesi yang dibutuhkan untuk mencapai SUDs nol berbeda-beda bagi setiap orang, tidak jarang dalam satu hingga tiga sesi simtom trauma klien berkurang secara signifikan (Hildebrand, Grand, Stemmler, 2013).

### **Elemen-Elemen *Brainspotting***

Berikut akan dijelaskan lebih mendalam bagaimana elemen-elemen dalam terapi *brainspotting* dapat mengakses sistem limbik dan membantu pemulihan trauma.

#### **1. *Presence* dan *attunement* terapis terhadap klien**

Meskipun *Brainspotting* merupakan pendekatan somatik, elemen relasi/hubungan adalah yang terpenting dalam *brainspotting*. Walau *brainspotting* sangat teknis, namun ia juga relasional. Sesi *brainspotting* dibangun berdasarkan relasi yang kuat terhadap klien. Relasi dalam *Brainspotting* diistilahkan dengan *attunement*, dimana terdapat konsep *dual attunement*: (1) *attunement* secara relasional, dimana terapis membangun hubungan terapeutik seperti pada umumnya; (2) *attunement* secara neurobiologis, dimana terapis mengamati klien yang sedang fokus pada *brainspot*nya dan mengikuti proses klien kemanapun. *Presence* atau kehadiran terapis menjadi penting karena terapis perlu *attune* untuk membantu proses klien serta menjaga klien tetap dalam hubungan terapeutik dan kondisi *present*.

Sesi *Brainspotting* dilakukan dengan duduk berhadapan dan tanpa meja. Scaer (2012) menjelaskan bahwa terapis yang duduk bertatap muka dan *attune* dengan klien akan mengaktifkan pusat limbik yang bertanggung jawab menurunkan aktivitas amigdala. Kemudian ketika terapis menggerakkan pointer dengan sangat perlahan untuk menemukan *brainspot*, ini membuatnya menjadi

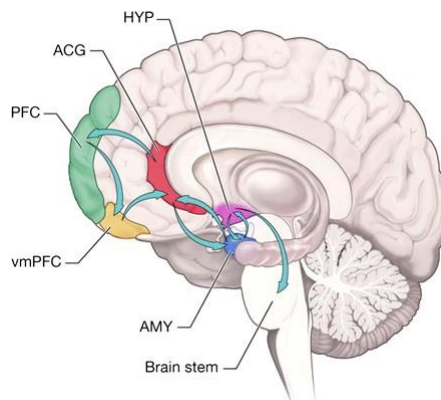
*attune* terhadap klien karena harus mengamati refleks yang timbul. Proses tersebut menguatkan faktor *attunement* sebagai hal yang penting dalam penyembuhan trauma (Scaer, 2014).

Selama sesi Brainspotting, terapis cenderung diam dan tidak mengintervensi. Terapis tetap *attune* terhadap segala reaksi yang muncul tanpa melakukan intervensi untuk meredakan reaksi tersebut. Melalui *presence* dan *attunement*, terapis menciptakan ruang yang aman bagi klien untuk mengakses dan mengeksplorasi dunia internalnya, memberikan kondisi bagi sistem penyembuhan diri otak dan pengintegrasian pengalaman untuk terjadi (Salvador, 2013). Terapis memberikan suatu wadah, memberi dukungan, dan mendampingi klien melewati prosesnya. Kondisi ini membuat reaksi fisiologis klien berada dalam batas toleransinya dan memfasilitasi keseimbangan sistem saraf simpatis dan saraf parasimpatis (Grand, 2013; Salvador, 2013).

Tatapan terapis memiliki pengaruh pada bagian korteks dan subkorteks klien. Terapis yang menjaga fokusnya pada klien yang sedang fokus melihat brainspot, akan mengaktifkan mPFC klien karena ia menyadari aktivasi tubuhnya dan menyadari terapis yang sedang fokus pada dirinya. Hal ini memfasilitasi pengorganisasian dan pengintegrasian informasi yang terpisah-pisah (Corrigan & Grand, 2013). Selain itu, respon terapis yang minimal dan cenderung diam juga memiliki peran besar dalam menstabilkan sistem saraf otonom klien. Terapis Brainspotting dapat diam selama 15 hingga 30 menit tanpa berkata apa-apa dan membatasi interaksi verbal dan nonverbal dengan klien. Kondisi ini memberikan input atau informasi sensori yang minimal kepada klien sehingga menurunkan resiko terjadinya *feedback loops* karena interaksi sosial yang dapat menghambat rekonsolidasi memori implisit ke memori eksplisit (Porges dalam Sawyer, 2016).

Terapis Brainspotting dalam melakukan interaksi verbal pun berlaku implisit, memberikan pertanyaan terbuka dan tidak spesifik, seperti “*Ketika Anda merasakan sedih, apa yang Anda sadari di tubuh Anda?*”. Interaksi seperti ini mengakses bagian *ventro medial* PFC (vmPFC). Intervensi yang mengakses bagian ini lebih mungkin efeknya akan bertahan lama karena bagian vmPFC ikut berperan dalam regulasi tubuh (Grand, 2015). Pendekatan Brainspotting dengan *attunement* yang demikian adalah berdasar pada kepercayaan terapis pada proses alamiah atau kemampuan *self healing* klien, yang ketika tidak diset dan terlalu diarahkan, akan membawa penyembuhan yang arah yang tidak terduga.

Gambar 2. Sistem Limbik 2



(<http://www.pnas.org/content/107/40/17071/F1.expansion.html>)

2. Fokus klien pada brainspot

Hal yang unik dari Brainspotting adalah menggunakan pandangan mata dan kekuatan dari Brainspotting adalah menyatukan *body awareness* & arah/titik pandang yang spesifik. Brainspotting merupakan pendekatan fisiologis yang memiliki konsekuensi psikologis (Grand, 2013). Oleh karena itu, intervensi terutama dilakukan terhadap (sensasi) tubuh, daripada pikiran atau perasaan. Untuk memulai terapi, klien menceritakan masalahnya dengan bebas hingga merasa dirinya teraktivasi atau hingga merasa ada sensasi fisik/tubuh yang mengganggu. Menceritakan trauma akan mengaktifkan network memori otobiografi atau memori eksplisit dan fokus pada tubuh akan membuat teraksesnya memori implisit (Scaer, 2014). Setelah menentukan SUDs, terapis mencari brainspot, yaitu titik di bidang pandang yang berkorelasi dengan bagian otak yang menyimpan masalah. Terapis menemukan brainspot dengan bantuan alat pointer. Brainspot dapat dipilih atau ditemukan dengan cara mengamati refleksi yang terjadi ketika mata klien mengikuti gerakan perlahan pointer (metode *outside window*), atau dengan ditentukan klien sendiri berdasarkan perasaan subjektifnya (metode *inside window*), atau juga ditemukan ketika klien menatap ke arah atau titik tertentu ketika ia sedang menceritakan isunya (*gazespotting*). Setelah brainspot ditemukan, klien kemudian melihat pointer dan terapis memandu klien untuk menyadari reaksi (sensasi tubuh, emosi, pikiran, dan memori) yang muncul ketika melihat brainspot.

Kemana kita melihat atau mengarahkan pandangan, merupakan pengalaman tubuh dan brainspot itu sangat spesifik, bahkan lebih spesifik dari *body awareness* (Grands, 2015). Ketika terapi sudah dimulai dan klien sudah fokus pada brainspot, lalu pointer bergeser sedikit saja karena terapis membenarkan posisi duduknya atau pegangannya bergoyang, klien akan merasakan perasaan dan sensasi-intensitas yang berbeda atau dengan kata lain, hal yang terakses akan berbeda. Memori implisit dapat juga berkaitan dengan posisi mata dan stresor ketika peristiwa, misalnya mengalami tabrakan kendaraan dari arah depan (mata melihat ke depan arah mobil yang menabrak datang). Ketika ada ancaman bahaya, kolikulus superior akan memfasilitasi gerakan leher dan mata menuju arah datangnya bahaya (Scaer, 2014). Meskipun demikian, peristiwa trauma yang tidak relevan dengan arah datangnya stresor pada bidang pandang, seperti ditabrak kendaraan dari belakang, juga memiliki brainspot.

Fokus pada brainspot akan mengakses otak tengah pada lapisan atas (layer visual) kolikulus superior yang menerima input langsung dari mata dan fokus pada sensasi tubuh akan mengakses otak tengah melewati batang otak menuju lapisan bawah (layer taktil) kolikulus superior. Hal ini membuat proses penyembuhan terjadi dengan cepat dan mendalam, serta *me-reset* respon fisiologis tubuh terhadap ancaman (Corrigan & Grand, 2013). Fokus mata pada titik yang tidak bergerak adalah kunci penting untuk menstabilkan sistem saraf dimana otak melakukan regulasi sembari memproses memori implisit dan mengintegrasikannya ke memori eksplisit (Porges dalam Sawyer, 2016).

3. Observasi klien terhadap pengalaman internalnya

Brainspotting menggunakan dua fokus, yaitu brainspot dan aktivasi tubuh. Hal ini dapat dipandang sebagai bentuk *mindfulness* karena sembari klien melihat brainspot, ia dipandu untuk menyadari tubuh dan pengalaman internalnya tanpa menganalisa (Grand, 2013). Kondisi ini dapat dikatakan sebagai *interoception*, mengamati secara sadar apa yang terjadi pada pikiran, emosi, dan sensasi tubuh.

Menghindari merasakan emosi dan sensasi tubuh justru dapat memperparah reaksi traumatis (Van der Kolk, 2015).

Ketika terapis membantu klien untuk *present* dan mengobservasi pengalamannya, bagian mPFC akan aktif. mPFC yang aktif akan mengeluarkan zat inhibitor (GABA) yang berperan dalam mengurangi dan menenangkan aktivitas amigdala, terutama mengatasi afek takut dan amarah (Siegel, 2007; Akirav & Maroun, 2007; Maroun, 2013). Ketika klien *present* dengan pengalamannya, ia menyambut pengalaman internalnya sebagaimana adanya, mengamati proses internal dengan rasa ingin tahu, kasih sayang, dan keterbukaan terhadap apapun yang akan muncul, serta tanpa ekspektasi dan penolakan sehingga pengalaman tersebut dapat diintegrasikan dan diekspresikan secara utuh dan timbul makna baru (Salvador, 2013).

Jika klien mengalami reaksi saat terapi, terapis Brainpotting akan bertanya “*Dimana Anda merasakannya di badan Anda*” atau “*Bagaimana rasanya di badan Anda?*”. Pertanyaan ini sejalan dengan penjelasan Van der Kolk (2015) bahwa memberi label atau nama pada yang kita rasakan menenangkan sistem saraf dan membuat seseorang dapat mengakses memorinya lebih dalam. Tidak jarang memori muncul ketika klien fokus pada sensasi tubuhnya. Lalu, menyadari kaitan antara pikiran tertentu dan sensasi fisik dan bagaimana pikiran/emosi itu tersimpan di tubuh akan membuka kesempatan untuk terjadinya pelepasan sensasi atau impuls yang terhambat ketika trauma. Dalam sesi Brainspotting, pelepasan ini terjadi dalam berbagai bentuk, seperti bagian tubuh bergetar/tersentak, bagian tubuh bergerak ke arah tertentu, bagian tubuh berkedut, keluar air mata, gigi bergemeretak, berteriak, dan menarik napas panjang. Hal ini menandakan adanya perubahan dalam sistem saraf dan otak, yang ditandai dengan aktivasi tubuh/SUDs yang menurun.

#### 4. Audio biolateral

Brainspotting menggunakan audio biolateral sebagai elemen tambahan yang berfungsi untuk mempercepat dan memperdalam proses, serta mengontrol reaksi. Klien mendengarkannya dengan menggunakan *headphone* sejak ia duduk di depan terapis dan ingin menceritakan traumanya. Audio biolateral ini berkaitan dengan stimulasi hemisfer kiri dan kanan untuk menginhibisi amigdala (Scaer, 2014). Cozolino (2010) menjelaskan bahwa stimulasi bilateral dapat merangsang aktivasi di kedua bagian lobus temporal yang berperan dalam: (1) meningkatkan koneksi *neural network* dan integrasi memori traumatis ke pemrosesan informasi yang normal; (2) rekonsolidasi memori traumatis dengan bagian hipokampus untuk memberikan konteks waktu dan ruang; (3) memfasilitasi inhibisi ke bagian subkorteks; dan (4) memicu integrasi afek dengan kognisi, sensasi, dan perilaku.

Dengan mendengarkan audio biolateral, klien lebih bisa mentoleransi reaksi yang terjadi saat terapi. Beberapa merasa lebih rileks dan merasa prosesnya lebih dalam, beberapa yang lain melepaskan *headphone*-nya karena menginginkan teraktivasi dan pelepasan yang dalam. Selain itu, audio biolateral juga mengakses layer auditori dari kolikulus superior sehingga membantu pemrosesan memori eksplisit dan regulasi emosi (Corrigan & Grand, 2013).

## SIMPULAN

Memahami trauma dari perspektif neurosains dapat mengembangkan pemahaman tentang cara kerja trauma dan implikasinya terhadap terapi trauma. Seringkali tujuan intervensi adalah pengurangan simtom tanpa menysar memori



trauma itu sendiri. Hal ini dikarenakan klien dapat mengalami reaksi yang dianggap akan memperparah kondisinya. Brainspotting dapat menjadi alternatif terapi bagi pemulihan trauma karena dapat dilakukan dengan bercerita minimal dan menysar langsung sumber trauma. Hal ini sangat kontekstual terhadap seseorang yang mengalami trauma dimana mereka sulit bercerita dan terbuka, serta bersikap menghindar dan defensif sehingga intervensi verbal dapat menjumpai hambatan. Terkait dengan penggunaan di Indonesia, Brainspotting dapat menjadi pilihan terapi terutama bagi klien yang sulit terbuka terkait nilai-nilai yang ia miliki serta isu kepercayaan pada terapis, seperti akan dinilai dan ditanya secara mendalam. Kebebasan untuk bercerita atau tidak serta kebebasan untuk memilih bagaimana menceritakan masalahnya, dapat memberi ruang bagi klien untuk memulai penanganan psikologis dengan lebih halus sembari perlahan-lahan membangun hubungan terapeutik dengan terapis. Selain itu, oleh karena Brainspotting merupakan terapi non verbal, maka pendekatan ini menjadi lintas budaya sehingga Brainspotting dapat digunakan pada klien dengan bahasa yang berbeda. Dengan demikian, layanan psikologi khususnya terapi dapat menjangkau ke daerah-daerah pedalaman dimana warganya masih terbatas dalam berbahasa Indonesia dan yang mengalami trauma karena konflik antar suku. Brainspotting yang menysar tiga layer kolikulus superior (*midbrain*) diharapkan dapat membantu pemulihan trauma dengan cepat dan mendalam sembari memberikan *containment* agar klien tetap dapat mentoleransi reaksi yang terjadi dan memproses traumanya secara utuh sehingga mereka mendapatkan kembali tubuh dan emosinya serta hidup *present* menikmati setiap momen kehidupan.

#### DAFTAR PUSTAKA

- Akirav, I., & Maroun, M. (2007). The role of the medial prefrontal cortex-amygdala circuit in stress effects on the extinction of fear. *Neural Plasticity*, 2007 (30873). doi: 10.1155/2007/30873.
- Bremner, J.D. (2007). Neuroimaging in Posttraumatic Stress Disorder and Other Stress related Disorders. *Neuroimaging Clinincs of North America*, 17(4), 523–ix. doi:10.1016/j.nic.2007.07.003.
- Corrigan, F., & Grand, D. (2013). Brainspotting: Recruiting the midbrain for accessing and healing sensorimotor memories of traumatic activation. *Medical Hypotheses*, 80(6), 759-766. <http://dx.doi.org/10.1016/j.mehy.2013.03.005>.
- Cozolino, L. (2010). *The neuroscience of psychotherapy: Healing the social brain*. 2<sup>nd</sup>. New York: W. W. Norton.
- Craig, A. D. (2002). How do you feel? Interoception: the sense of the physiological condition of the body. *Nature Reviews Neuroscience*. 3, 655–666. doi: 10.1016/S0959-4388(03)00090-4.
- Grand, D. (2013). *Brainspotting*. Louisville: Soundstrue.
- Grand, D. (2015). *Advanced theory about allocortex capacity to regulate itself* [Video file]. Diakses dari [https://www.youtube.com/watch?v=\\_s5EczulnKs](https://www.youtube.com/watch?v=_s5EczulnKs).
- Holzel., B.K. dkk. (2010). Mindfulness practice leads to increases in regional brain gray matter density. *Psychiatry Research: Neuroimaging*, 191 (2011), 36–43. doi:10.1016/j.psychres.2010.08.006
- Maroun, M. (2013). Medial prefrontal cortex: Multiple roles in fear and extinction. *The Neuroscientist*, 19 (4), 370-383. doi: <https://doi.org/10.1177/1073858412464527>.

- Rothschild, B. (2000). *The body remembers: The psychophysiology of trauma and trauma treatment*. New York: W.W. Norton.
- Salvador, M. C. (2013). The wisdom of the subcortical brain. *International Journal of Integrative Psychotherapy*, 4 (2). Diakses dari <http://www.integrative-journal.com/index.php/ijip/article/view/89>.
- Sawyer, S. (2016). An intimate meeting of neuroscience and cutting-edge psychotherapy: dr. stephen porges & dr david grand. Diakses dari <http://rockymountainbrainspottinginstitute.com/an-intimate-meeting-of-neuroscience-and-cutting-edge-psychotherapy-dr-stephen-porges-dr-david-grand>.
- Scaer, R. (2012). *8 keys to brain–body balance*. New York: W.W. Norton.
- Scaer, R. (2014). *The body bears the burden: trauma, dissociation, and disease*. New York: Routledge.
- Schulz, A., & Vögele, C. (2015). Interoception and stress. *Frontiers in Psychology*, 6 (993). doi: 10.3389/fpsyg.2015.00993.
- Siegel, D. (2007). *The mindful brain : The neurobiology of well-being*. Louisville: Soundstrue.
- Teper, R., Segal, Z.V., Inzlicht, M. (2013). Inside the mindful mind: How mindfulness enhances emotion regulation through improvements in executive control. *Current Directions in Psychological Science*, 22 (6), 449-454.
- Van Boven dkk. (2009). Advances in neuroimaging of traumatic brain injury and posttraumatic stress disorder. *Journal of Rehabilitation Research & Development*, 46 (6), 717–756.