

Psihologia traumei

CUNOAȘTEREA TRAUMEI

Pierre Janet (1859-1947) – psihiatrie – *disocierea conștiinței*

Sigmund Freud – psihiatrie - *disociere între conștient-inconștient*

Edmund Husserl (1969) – *fenomenologie*

Gottfried Fischer

Konrad Thomas (1969) – sociologie - *orizontul*

Peter Riedesser

Eric Berne (1964) – psihologie – *scriptul/tema/schița inconștientă*

Jakob von Uexküll – medicină animală – *cercul funcției*

Thure von Uexküll – medicină umană – *cercul situației*

Hans Selye (1936) - *SGA*

Lazarus A., Lazarus R.S., Folkman, S. (1984) – *reacție la stres și detaliată prin coping*

Definirea traumei

- **Trauma - o experiență care produce un prejudiciu psihologic sau o durere psihică**
- **Traumatismul - prejudiciul cauzat astfel psihologic.**
- **Trauma - șoc puternic, care poate avea efecte pe termen lung**

(Collins English Dictionary - Complete & Unabridged, 10th Edition, 2009, William Collins Sons & Co. Ltd. 1979, 1986, Harper Collins Publishers 1998, 2000, 2003, 2005, 2006, 2007, 2009).

- ✓ **vătămări corporale grave sau șocuri care provin de la manifestări violente sau accidente,**
- ✓ **rană emoțională/șoc care creează pagube substanțiale la dezvoltarea psihologică durabilă a unei persoane și care, de multe ori, poate duce la nevroză**

(American Heritage Stedman Medical Dicționar, 2002, 2001, 1995, Published by Houghton Mifflin Company).

☐ **vătămarile corporale severe rezultate prin rănire cu glonț sau prin accidente produse de diferite vehicule**

☐ **vătămare psihologică sau emoțională cauzată de o experiență profund tulburătoare**

(The American Heritage, Science Dictionary, 2002, Published by Houghton Mifflin).

➤ **răni care rezultă din vătămări fizice bruște sau prin violență, șoc emoțional care cauzează grave daune psihologice**

(The American Heritage, New Dictionary of Cultural Literacy, Third Edition, 2005, Published by Houghton Mifflin Company).

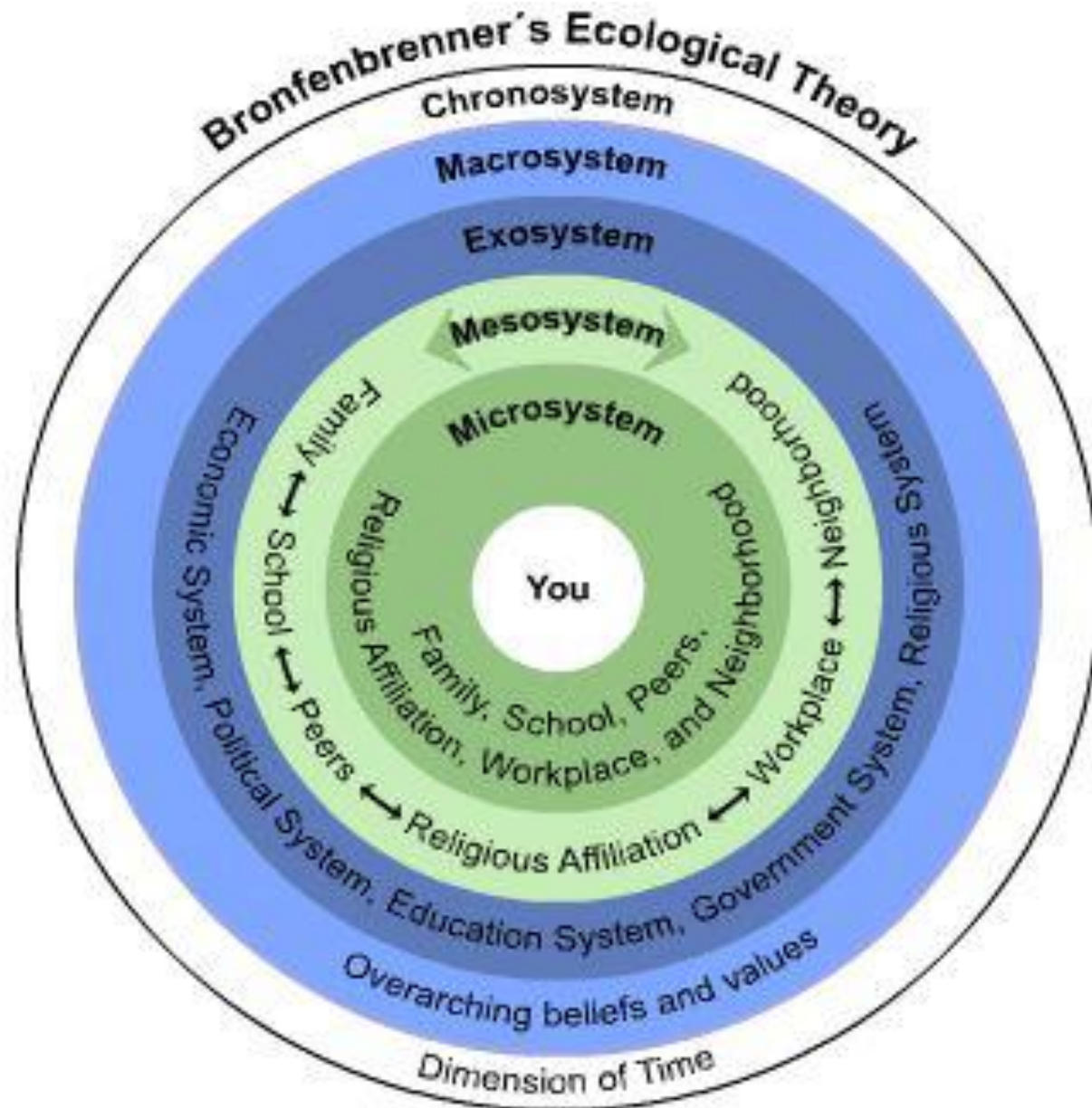
❖ **rănire corporală sau un șoc fizic, precum și ca un șoc emoțional care uneori poate avea un efect psihic de durată**

(Neufeldt, Victoria & Sparks, Andrew N., 1998, Webster's New World Dictionary, Pocket Books, New York).

Criterii diagnostice ale tulburării de stres posttraumatic

(309.81 - DSM IV; F43.1 – ICD-10)

- A. Persoana a fost expusă unui eveniment traumatic, în care au fost prezente următoarele două criterii:
- Persoana a trăit, a observat sau a fost confruntată cu unul sau mai multe evenimente, care:
 - cuprindeau o moarte reală (sau care o amenința),
 - o rănire gravă/pericol de pierdere a integrității corporale proprii sau a altora.
 - Reacția persoanei a cuprins o frică, neajutorare sau groază intensă.
- B. Evenimentul traumatic a fost re trăit, reexperimentat în mod persistent
- C. Evitare persistentă a stimulilor legați de traumă sau o aplatizare/paralizie a reactivității generale
- D. Simptome persistente de *arousal*/excitație sporită (care nu existau înainte de traumă)
- E. Durata tabloului tulburărilor (simptome la criteriul B, C sau D) este mai mare de o lună.
- F. Tabloul tulburărilor produce o detresă sau o deteriorare într-un mod clinic semnificativ, remarcată prin suferință sau prejudiciere în funcțiile sociale, profesionale sau în alte domenii importante.

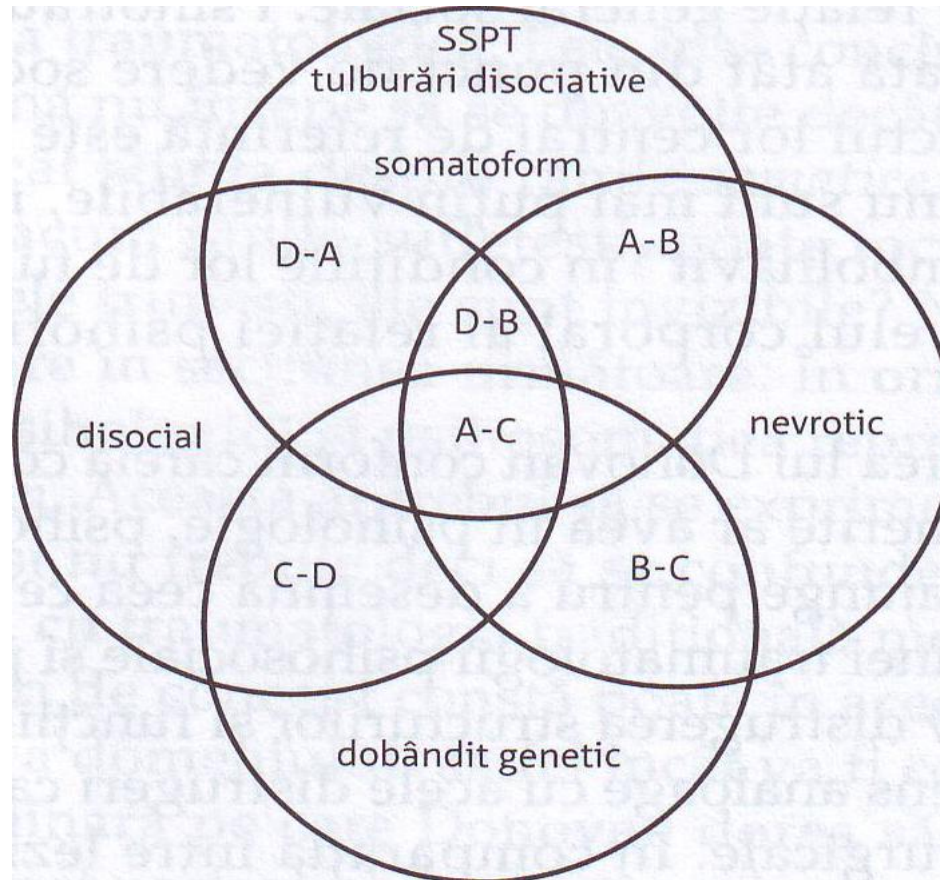


Clasificarea tulburărilor psihice in functie de influențele etiologice

(Fischer, 2000b,168).

A) psihotraumatic

D)
subsocalizare



C) psihobiologic

MODELUL DESFĂȘURĂRII TRAUMATIZĂRII PSIHICE

situație, reacție, proces, schemă, experiență traumatică

- ❖ Trauma - trebuie să fie definită atât obiectiv, cât și subiectiv.
- ❖ Modelul ecologic (relația cu mediul) dialectic (relația obiectiv-subiectiv)
- ❖ Schema: situație-reacție-proces

model intern cu trei momente diferite ale unei singure configurații dinamice a desfășurării.

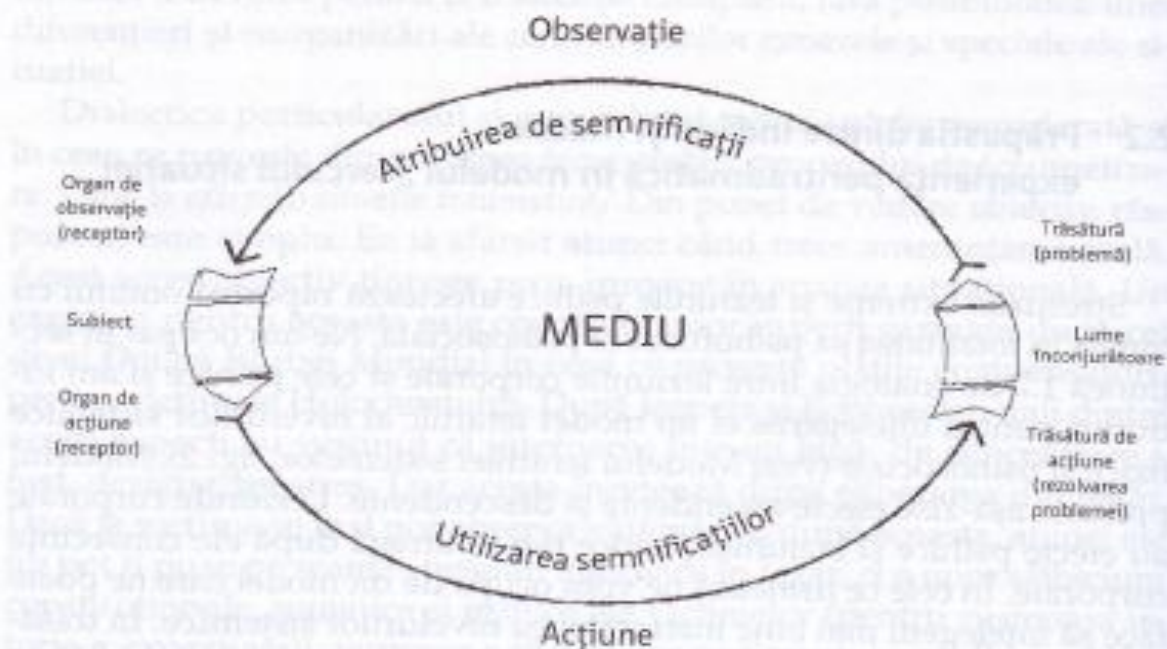
❖ Perspectivă de abordare fenomenologic-hermeneutică:

- ❖ subiectivizare și relativizare
- ❖ analitică: acces obiectiv vs. acces subiectiv
- ❖ sintetică: tradiția fenomenologică și modelul cercului situației
- ❖ scheme obiectuale vs. scheme relaționale
- ❖ principiul pragmatic al realității vs. principiul comunicativ al realității
- ❖ ierarhia sistemelor: efecte ascendente vs. efecte descendente (biologic ↔ social)
- ❖ script – curs normativ social, dirijat situativ relațional, dirijat personal
- ❖ schema traumei vs. schema traumacompensatorie
- ❖ TSTC vs. TTCV (tema situațională traumatică centrală vs. tema traumatică centrală de viață)

Trauma psihică

este o experiență vitală de discrepanță între factori situaționali amenințatori și capacitățile individuale de stăpânire, care este însoțită de sentimente de neajutorare și abandonare, lipsită de apărare și care duce astfel la o zdruncinare de durată a înțelegerii de sine și de lume.

Figura 3: Modelul cercului situației după Uexküll și Wexlaack (1988)



Explicație: Individul și factorii de mediu sunt legați unii de alții prin conexiuni circulare. Unirea lor este simbolizată prin cele două cercuri parțiale — cel superior reprezintă sfera receptivă, diferitele percepții senzoriale, cel inferior reprezintă sfera efortivă a organismului, deci acțiuni și predispoziții către acțiune.

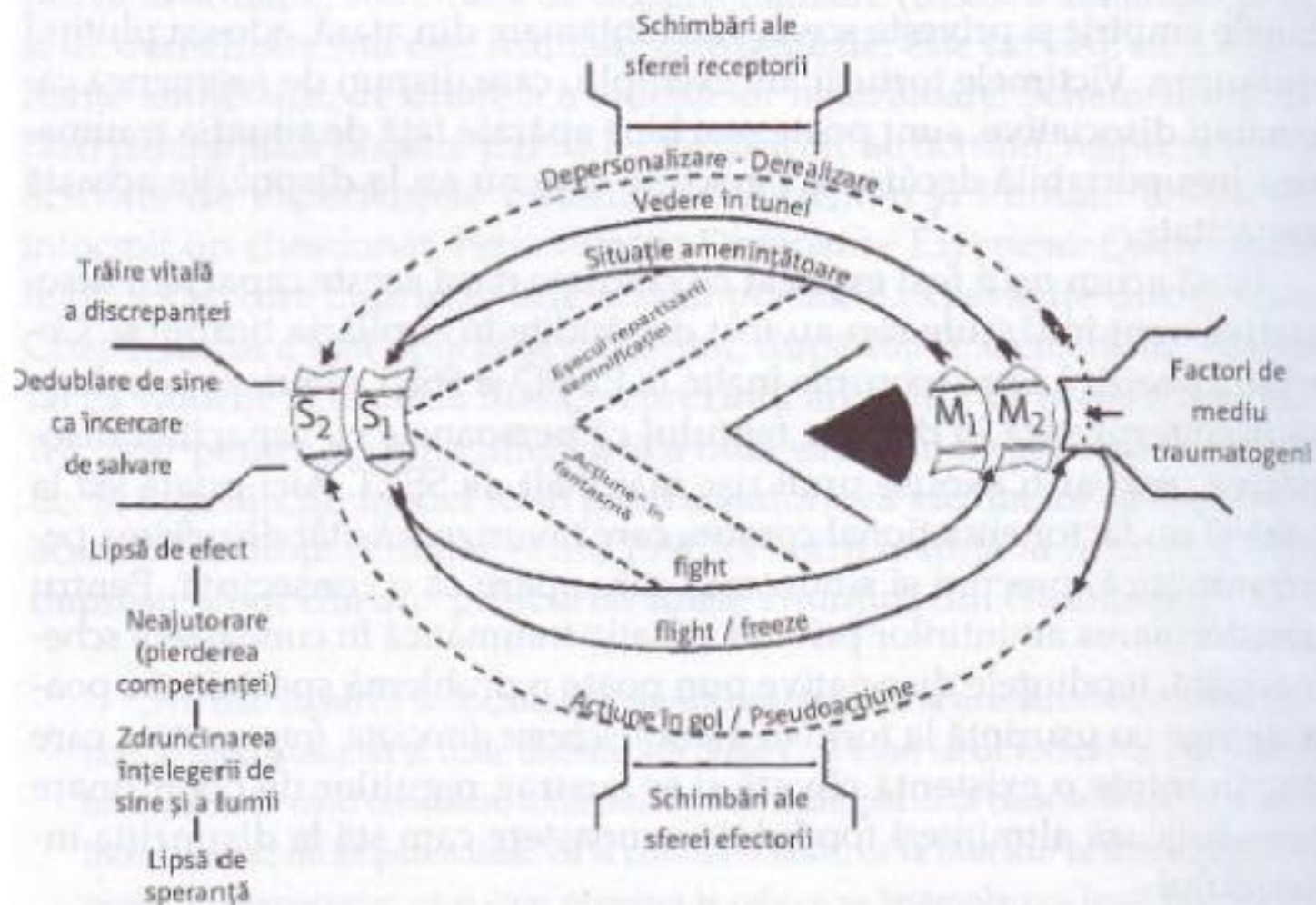


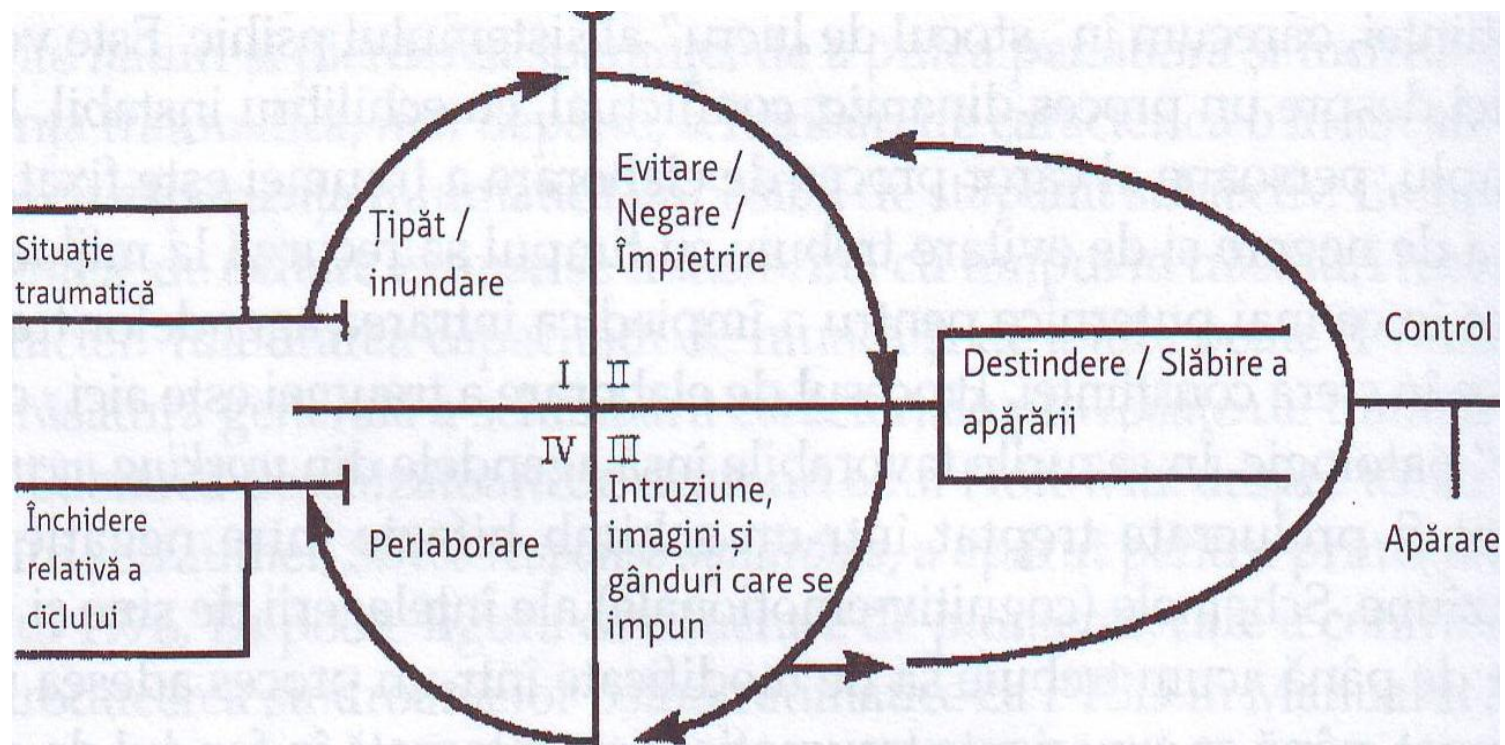
Figura 4: Experiența traumatică în modelul cercului situației

Tabel
Proprietățile emisferelor

Proprietățile emisferei drepte	Proprietățile emisferei stângi
participă la exprimarea și înțelegerea formelor globale de comunicare nonverbale și emoționale (dispoziție, expresia fetei, reprezentări imagistice)	elaborarea secvențială a informațiilor, gândire operativă, orientată spre rezolvarea problemelor
codare globală prin diferite modalități senzoriale	crează cuvinte și simboluri care traduc experiențele personale în semnificații împărtășite social
maturizarea biologic timpurie a emisferei drepte corespunde cu semnificația formelor de comunicare emoțională la copilul mic	categorizarea experienței prin procese de abstractizare
o relație cât se poate de strânsă cu amigdala, care realizează evaluarea din punctul de vedere al relevanței emoționale: prietenos versus dușmănos, sigur versus amenințător	generativitate, crearea de noi semnificații și simboluri
capacități exclusiv rudimentare de sintaxă, raționalitate și gândire analitică	

MODELUL REACȚIEI TRAUMATICE

- Mardi HOROWITZ - 1976-



Între 14 și 27 de ani, domnul P. a fost sever dependent de alcool, apoi a urmat o cură de dezintoxicare; de atunci se menținuse departe de alcool, fără a se schimba însă tulburarea de personalitate care a dus la această dependență. La 24 de ani a avut o tentativă serioasă de suicid, otrăvindu-se cu medicamente — a fost găsit de mama sa „în ultima clipă”.

Reconstruirea istoricului vieții, care a fost posibilă în decursul analizei, a adus la lumină, printre altele, o trauma multigenerațională de separare și pierdere. Mama domnului P. își pierduse mama la 3 ani, prin moartea acesteia, deci într-un moment în care fetița se afla într-o prima fază de desprindere și separare de mamă. Părintele care i-a mai rămas, tatăl, a putut compensa numai insuficient pierderea mamei. Nu au existat „mame substitutive”. Este evident că mama avea dificultăți în a face față corespunzător eforturilor de separare ale copiilor ei.

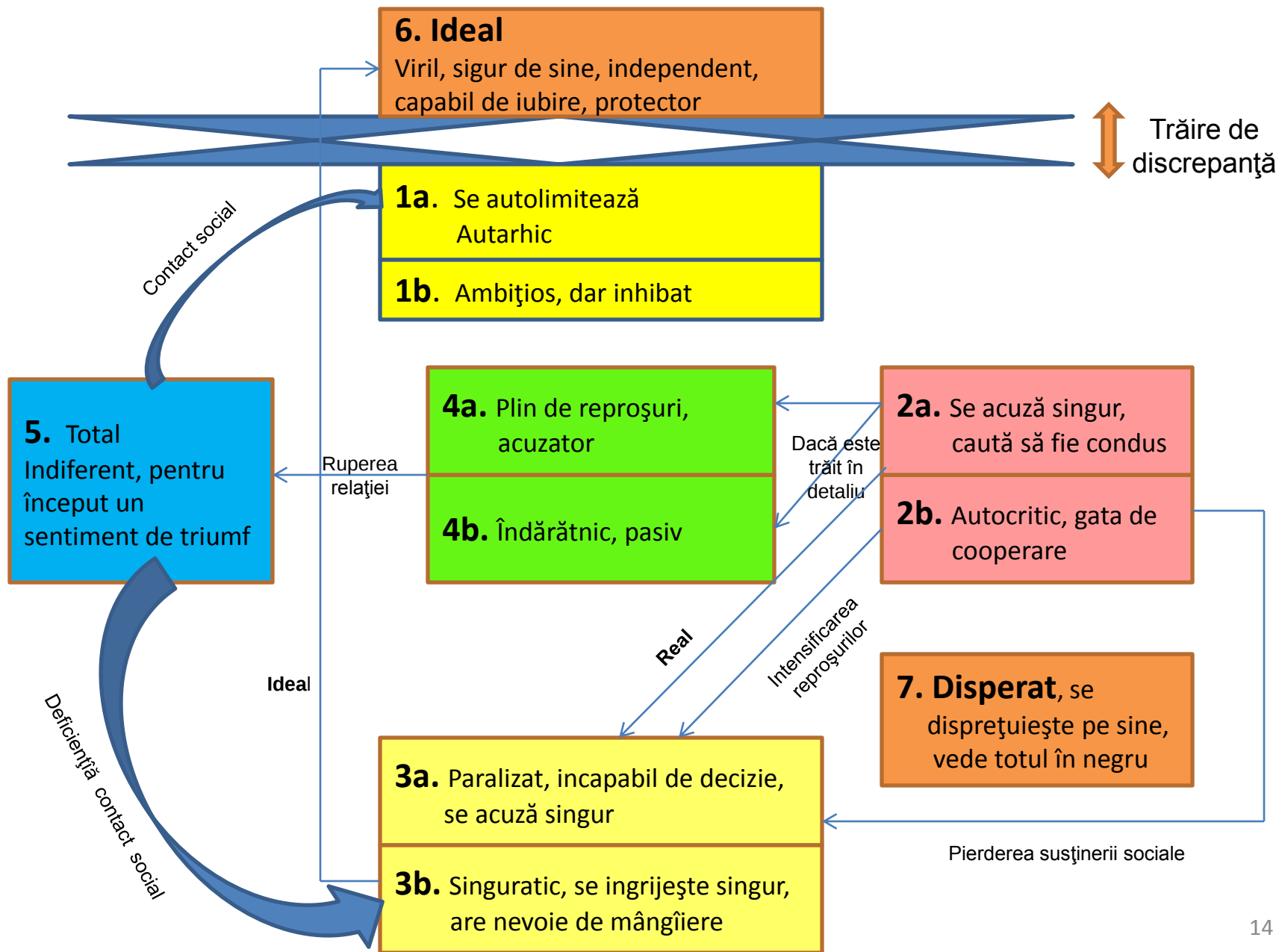
Schema traumacompensatorie care s-a dezvoltat ca reacție la pierderea părintelui era, aparent, evitarea pe cât se poate totală a separărilor și tendințelor de separare sau paralizarea acestora. „Despărțirea de mamă și independența înseamnă «moartea»” — se pare că ea a transmis în mod inconștient copiilor acest „*mesaj traumapreventiv*”. Nu numai fiul a răspuns la tendințele de independență cu suicid și acel „suicid în rate” care este alcoolismul. Și o soră a pacientului a avut o tentativă de sinucidere, după ce, măritându-se, se mutase într-un oraș apropiat. Legătura strânsă cu mama, care neagă autonomia, a căpătat pentru domnul P. de-a lungul timpului proporțiile unei traume relaționale.

„**Tema situațională traumatică centrală**” era experiența de a fi într-o anumită măsură prins într-o relație de dependență, care este nesatisfăcătoare intern, frustrantă și dominatoare. Mânia care se naște cu timpul nu se poate manifesta în tendințele de separare normale, corespunzătoare vârstei, care necesită o formă de agresivitate ce favorizează dezvoltarea. Ea se îndreaptă fie în mod exploziv împotriva propriului Sine, atunci când simțea tendințe de separare („separarea înseamnă moarte”), fie împotriva obiectului de legătură, reprezentanța mamei, atunci când predomina mânia din cauza legăturii negative pe care domnul P. o resimțise ca pe o tutelă constantă. În centrul experienței traumatice stătea deci o schema relațională negativă, îngustată simbiotic între parteneri care nu se separă cu adevărat, dar care nici nu pot fi cu adevărat împreună.

Contraschema compensatorie, contraschița pe care domnul P. a elaborat-o în cursul vieții sale era direcționată, dimpotrivă, pe lipsa de legătură și „mișcarea liberă”. Din această opозиție dintre schema relațională traumatică și din contraschița compensatorie a rezultat un script relațional clivat și contradictoriu în sine pe care domnul P. l-a pus în scenă cu numeroasele partenere pe care le schimba. După primele „săptămâni de miere”, în relație se instalează foarte repede „clinciul relațional” (conform domnului P.) insuportabil al schemei traumatice îngustate simbiotic. Domnul P. protesta acum atât de aprig și de excesiv față de pretinsa tutelare din partea respectivei sale parteneri, până ce aceasta pune capăt relației și „îi dădea papucii”. Pasul de a ieși el însuși din relație nu l-a încercat însă niciodată, căci acesta ar fi mobilizat acele angoase ale schemei traumatice care erau ținute sub control prin angajamentele sale relaționale exterioare.

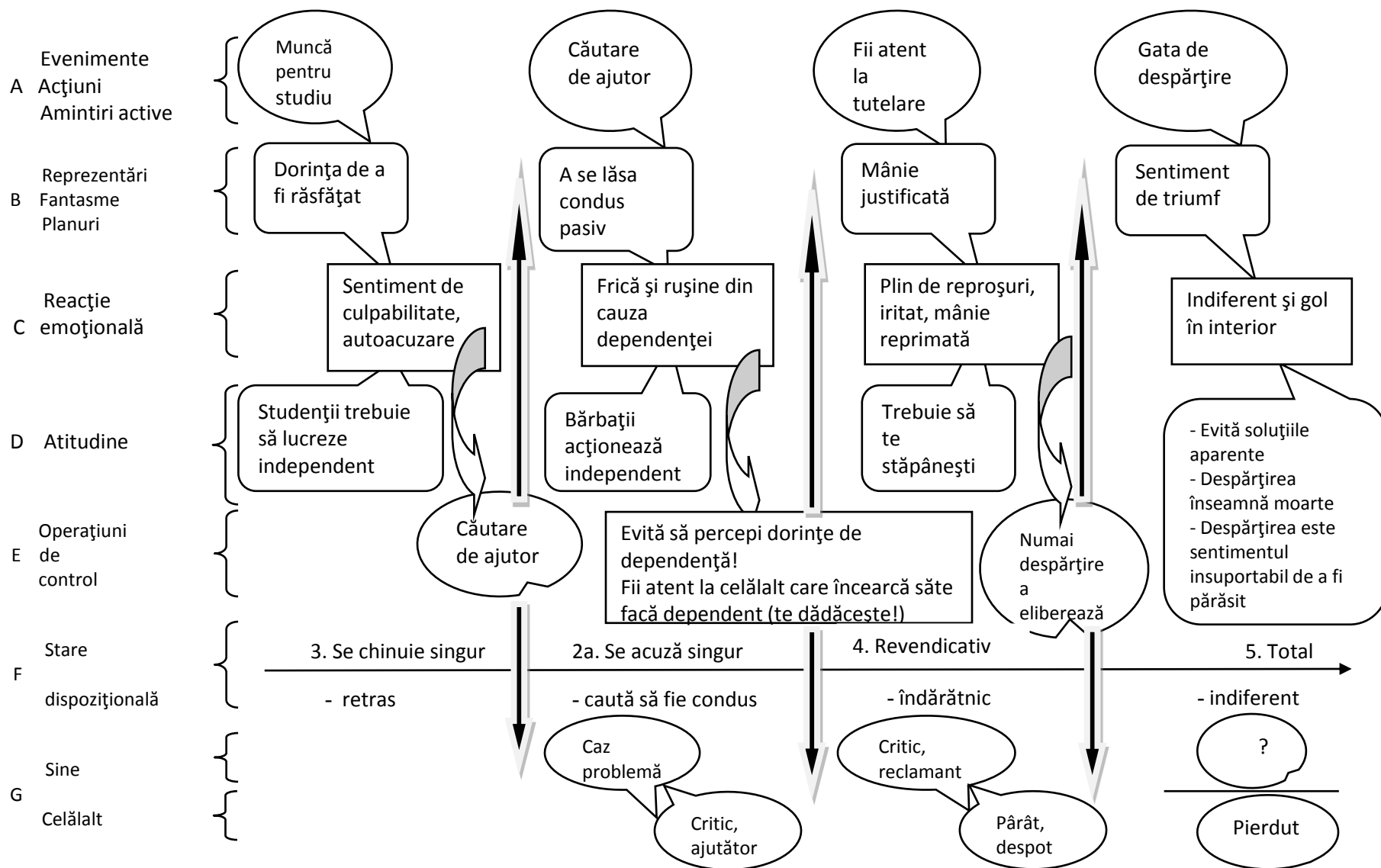
Opозиția dinamică din schema traumei și schema compensatorie a dus deci la un **model relațional clivat**: **fie** a suferi din cauza apropierei sufocante a unei relații de „punere sub interdicție”, **fie** a trebui să provoace prin îndărătnicie pasivă o separare.

Stări de trăire și de dispoziție



Schema lui Horowitz (1979)

- rasterul categorial, operațiunile de control, balanța dinamică dintre schema traumei și schema traumacompensatorie -
 -cazul domnului P. (Fischer, 1996, 194) –



Tabelul 9: Privire de ansamblu asupra operațiunilor de control

Operațiuni de control	
Verticale	Orizontale
• negarea autoreferirii („refulare”)	• negarea succesiunii scenelor
• schema fracționată	• <i>script</i> fracționat
• nici o observare a observației și acțiunii	• states of mind (stări de trăire)

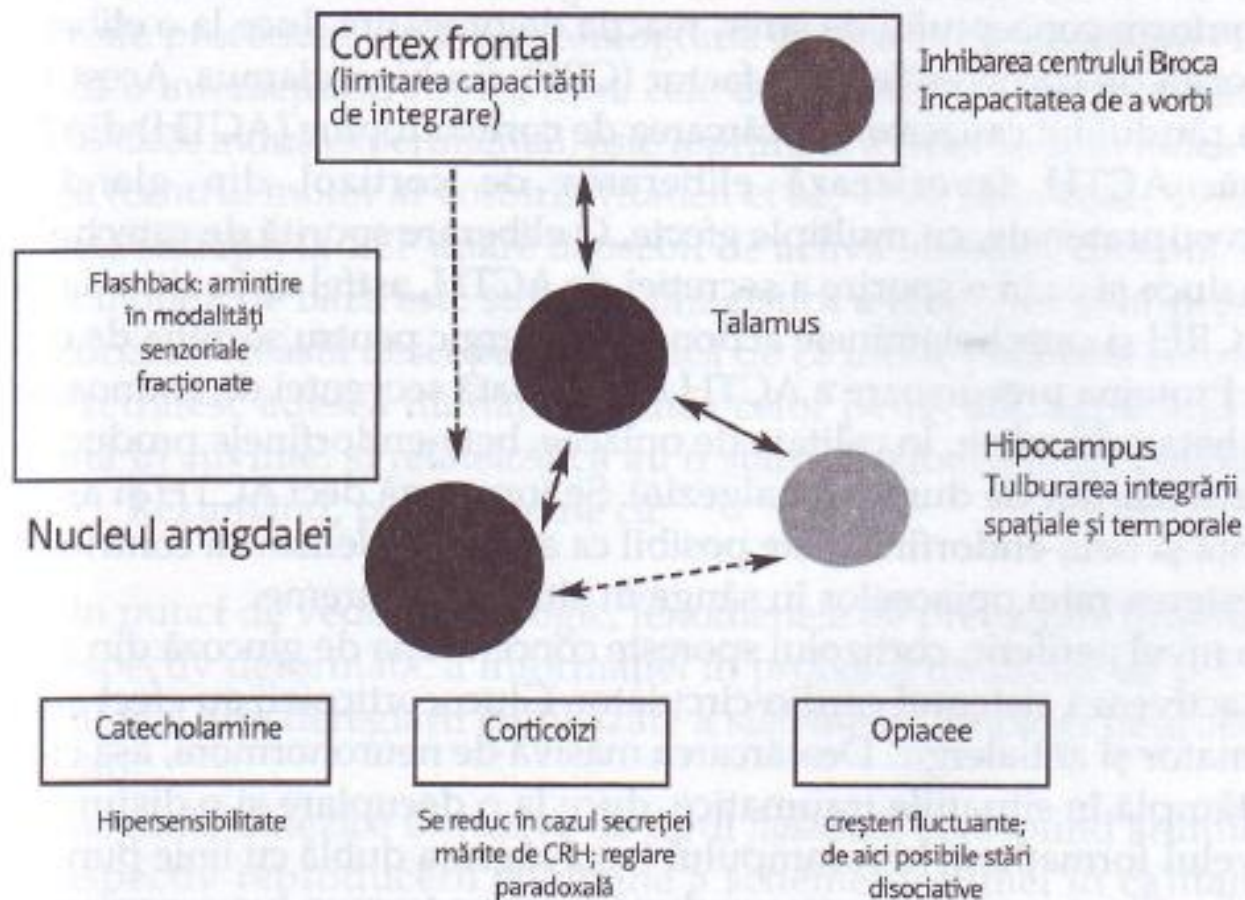


Figura 8: Modelul neurobiologic al flashback-ului, după Bering et al., (2002b)

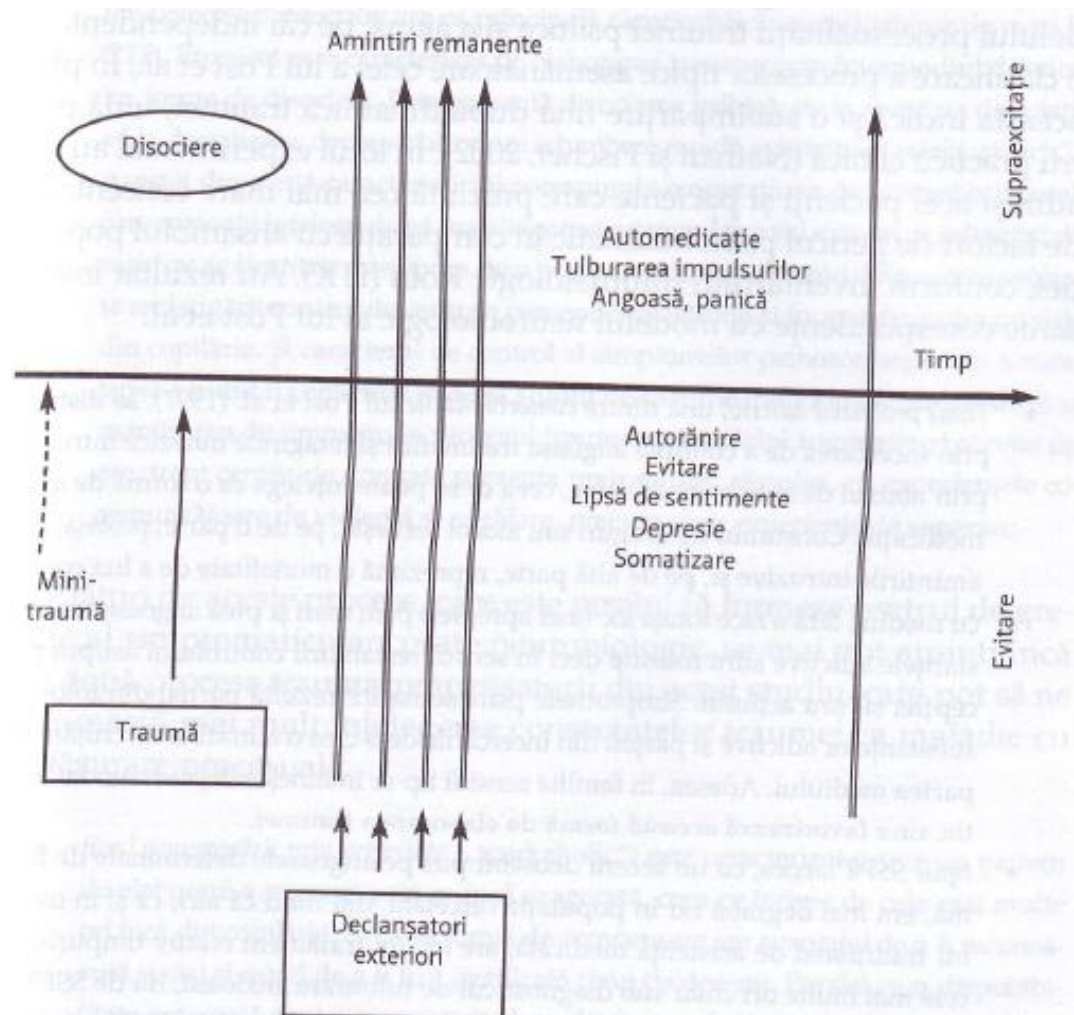
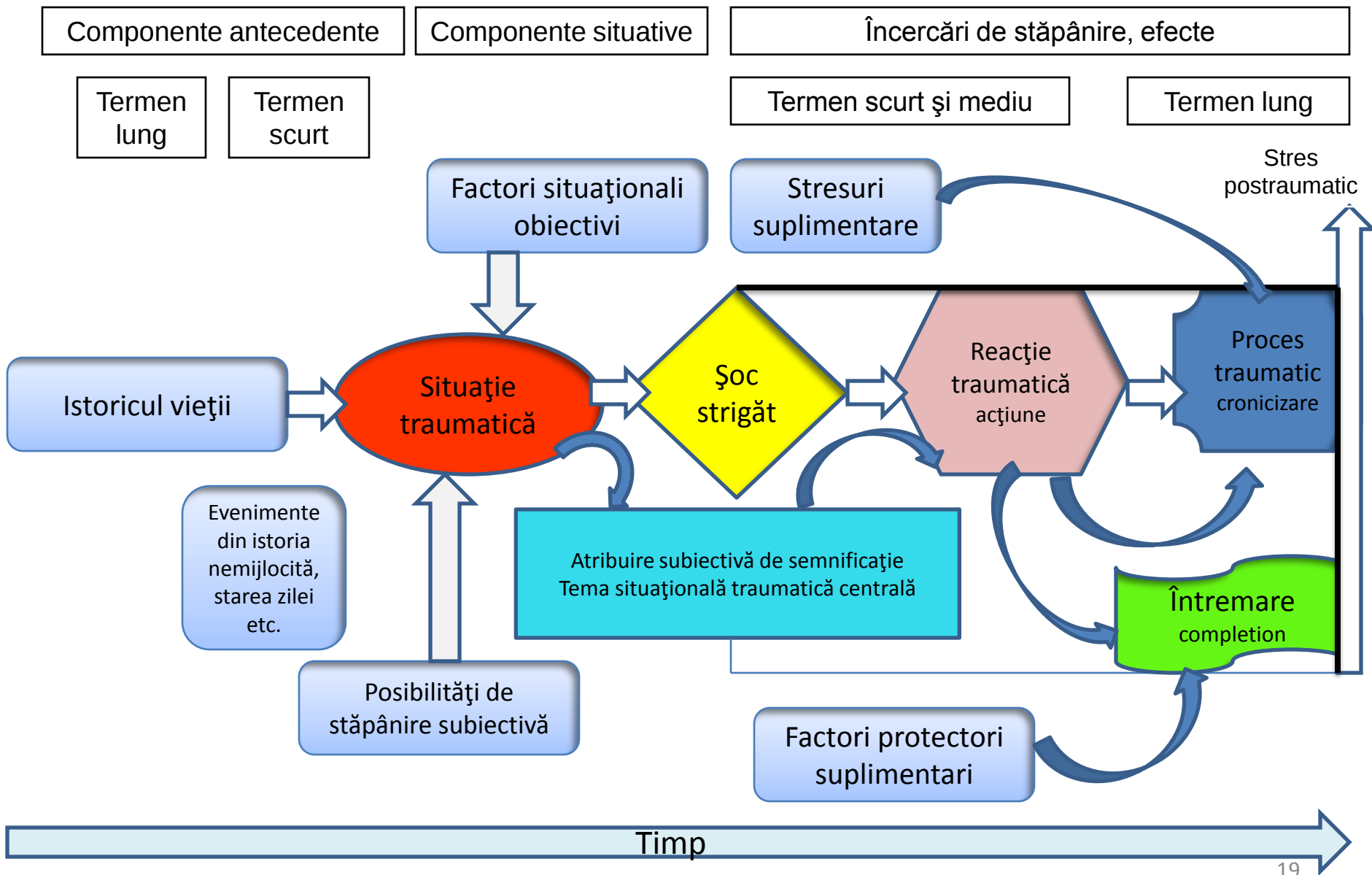


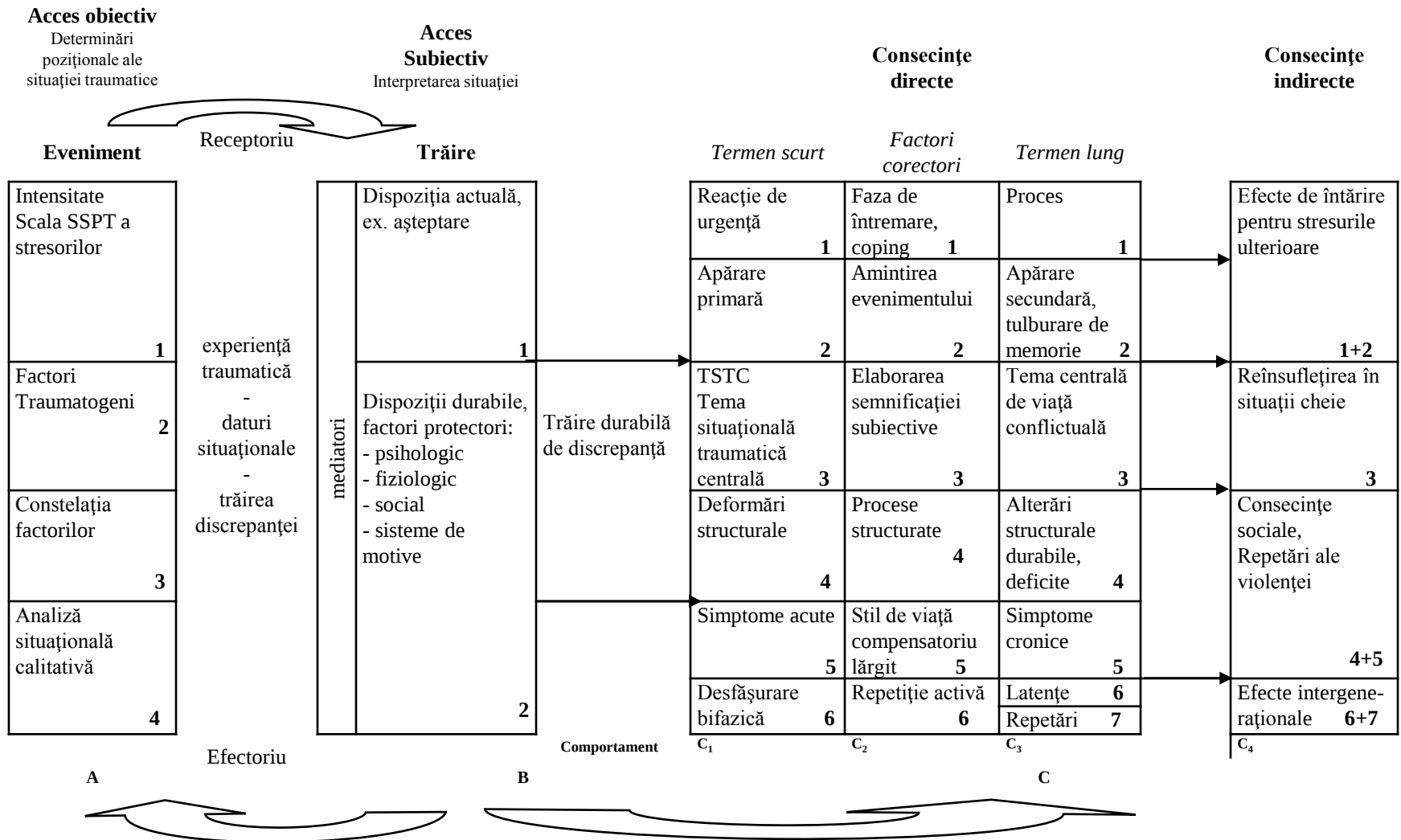
Figura 9: Comorbiditatea prin procesul traumatic (Bering et al., 2002b, modificat după Post et al., 1997)

Privire de ansamblu asupra modelului desfășurării traumatizării psihice



Cercetarea consecințelor traumei

- modelul desfășurării traumatizării psihice -



Accesul obiectiv la traumă

Tipologia situațiilor traumatice

1. gradul de severitate al factorilor traumatogeni;
2. acumularea evenimentelor/circumstanțelor traumatice și structura lor temporală de desfășurare;
3. afectarea directă/nemijlocită vs. afectarea indirectă/mijlocită;
4. determinarea și factorii determinativi;
5. relația dintre victimă și făptaș;
6. tipologia clinică a situațiilor.

Tabelul 5.1.
Scala severității factorilor psihosociali de stres la copii și adulți
(adaptat după DSM IV-TR, 2003, p.2)

Cod	Conceptul de severitate	Exemple de factori stresanți/evenimente acute	Circumstanțe de viață mai durabile
1.	<i>Nu există</i>	nu există evenimente acute în relație cu tulburarea	nu există circumstanțe de viață mai durabile care să fie în relație cu tulburarea
2.	Ușoară	ruperea relațiilor cu un prieten sau o prietenă; schimbarea de școală	spațiu strâmt de locuit; certuri familiale
3.	Moderată	exmatriculare; nașterea unui frate sau a unei surori	boala cronică și invalidantă a unui părinte; certuri constante ale părinților
4.	Severă	despărțirea părinților, graviditate nedorită, arest	părinți severi sau care resping; boală cronică ce amenință viața unui părinte; diferite internări în spitale și sanatorii
5.	<i>Foarte severă (extremă)</i>	abuz sexual sau maltratare corporală; moartea unui părinte	abuz sexual repetat sau maltratarea corporală
6.	<i>Catastrofală</i>	moartea ambilor părinți	boala cronică amenințând viața
0.	<i>Informații insuficiente Nici o modificare</i>		

Tabelul 5.2
Scala severității factorilor psihosociali de stres la adulți

Cod	Conceptul de severitate	Exemple de factori stresanți/evenimente acute	Circumstanțe de viață mai durabile
1.	<i>Nu există</i>	nu există evenimente acute în relație cu tulburarea	nu există circumstanțe de viață mai durabile care să fie în relație cu tulburarea
2.	Ușoară	ruperea relațiilor cu un prieten sau o prietenă; începerea sau sfârșitul școlii; copilul părăsește casa părinților	spațiu strâmt de locuit; certuri familiale
3.	Moderată	căsătorie; separarea de partener sau parteneră; pierderea locului de muncă, pensionare; avort	probleme în căsnicie; dificultăți financiare serioase; certuri cu superiorii; statutul de părinte unic (care crește copilul)
4.	Severă	divorț; nașterea primului copil	șomaj; sărăcie
5.	<i>Foarte severă (extremă)</i>	moartea partenerului sau partenerii; diagnosticarea unei maladii somatice grave; victimă a unei violențe sau a unui viol	propria maladie cronică severă sau a unui copil; maltratare corporală durabilă sau abuz sexual
6.	<i>Catastrofală</i>	moartea unui copil; sinuciderea partenerului sau partenerii; dezastru natural devastator	luarea ca ostatic; experiențe în prizonierat, într-un lagăr de concentrare
0.	<i>Informații insuficiente Nici o modificare</i>		

Acumularea evenimentelor/circumstanțelor traumatice și structura lor temporală de desfășurare

monotraumatizare vs. politraumatizare

traumatizarea de tip I vs traumatizarea de tip II (von Terr, 1995)

traumatizarea cumulativă (Masud Khan, 1963)

traumatizarea secvențială (Keilson, 1979)

Afectarea directă vs. Afectarea indirectă

Afectarea indirectă (rudele persoanelor afectate direct):

- „co-afectare“ (delicte sexuale)
- *transmitere transgenerațională sau intergenerațională;*
- *“trauma secundară” și chiar “trauma terțiară”*
- *traumatizare vicariantă (vicarious — substitutiv) pentru cei care îi ajută pe traumatizați:*
 - personalul secțiilor de îngrijire intensivă,
 - funcționarii de poliție,
 - psihologi.

Determinarea și factorii determinativi

Green (1993) a enumerat 8 factori situaționali în ceea ce privește diferite dezastre, catastrofe și fapte de violență:

- *amenințarea integrității corporale și a vieții;*
- *vătămrile sau rănirile corporale severe;*
- *expuerea la rănire sau vătămare intenționată;*
- *confruntarea cu corpuri umane mutilate (exposal to the grotesque);*
- *pierderea violentă sau bruscă a unei persoane iubite;*
- *observarea violenței împotriva unei persoane iubite sau informații despre aceasta;*
- *informarea că individul este sau a fost el însuși expus unui stimul nociv de mediu;*
- *vinovăția față de moartea sau severa vătămare a altora.*

Relația dintre victimă și făptaș

traumă de relație (Becher-Fischer și Fischer, 1996)

traumă de orientare

trauma de dublă legătură (double-bind)

Dinamici situaționale. Tipologia clinică a situațiilor.

Dinamici situaționale relevante din punct de vedere clinic - acele constelații situaționale, care desfășoară o dinamică deosebită, provoacă reacții specifice și au o relevanță clinică nemijlocită.

Au fost descrise cinci „paradigme clinice” (Ochberg, 1988):

1. intimitatea negativă – ostatic, viol, tortură, violență extremă;
2. răpirea (privațiunea) – pierdere bruscă a persoanei apropiate;
3. pierderea grea (bereavement) – travaliu de doliu;
4. victimizarea, teama și excitația (autonomic arousal) – angoasă generalizată;
5. experiența apropierii morții (death imagery) – angoasă specifică.

Situațiile clinice separate, dar și concomitente (făptaș, accident, fuga de la locul accidentului):

- trei constelații: *răpire*, *victimizare* și *excitație* (angoasă fiziologică);
- combinații între strategii de cercetare corelative, date calitative;
- principiul apropierii duble, atât obiective cât și subiective, de experiența traumatică:
 - subiectivă, stabilim punctul de maximă interferență, care este determinat TSTC;
 - obiectivă, factorii situaționali pot să se grupeze într-o constelație specifică.

Accesul subiectiv la traumă

Variabilitatea complexă și multilaterală a *situațiilor*, *factorilor situaționali* și *dinamicilor situaționale* se potrivește la un spectru larg de dispoziții subiective și disponibilitate de reacție tipică personalității.

Întrebarea fundamentală, de tip euristic:

Ce *dispoziții*, *modele de interpretare* și *competențe de acțiune diferite* sunt aduse de fiecare persoană în *situația traumatică* și care este efectul acestor factori subiectivi asupra desfășurării *reacției* și *procesului*?

Modalitate de răspuns:

- contribuție*, corespunzător stadiului actual de cercetare, numai prin câteva piese de mozaic, care sunt foarte departe de a da un tablou complet.
- câștig* : învățăm să punem întrebări la locul potrivit și să dezvoltăm o terminologie coerentă și utilă.

ACCESULUI SUBIECTIV LA TRAUMĂ

Dispoziția actuală

Dispoziții durabile

Factori protectori

Factori corectori

Factori de risc

Dispoziții fiziologice diferențiale

DISPOZIȚIA ACTUALĂ

- considerarea orizontului de așteptare al individului
- traumele de șoc, nimeresc individul nepregătit și îl surprind:
 - temporal (rapid, instantaneu etc.)
 - fenomenal (enorma brutalitate, bestialitatea, lipsa de omenie etc.)
- Exemple: violența, tortura (persecuție politică, infracțiuni cu violență) de exemplu,

DISPOZIȚII DURABILE

Dispozițiile durabile de natură *fiziologică*, *psihică* sau *socială*.

- istoricul vieții ca *trauma history*
- experiențele traumatice trecute lasă urmări:
 - sistemul nervos autonom cu disponibilitate ridicată pentru excitație
 - disponibilitate crescută și ușurință la instalare pentru cei deja afectați la:
 - o reacție traumatică de stres
 - o stare afectivă dereglată traumatic
 - o copleșire emoțională

FACTORII PROTECTORI

(Egle et al.,1996)

Factorii protectori corespund unei dispoziții existente în prealabil, unei scheme de protecție pe care persoana o aduce cu sine, sunt factori din biografia personală, individuală.

O imagine de ansamblu asupra factorilor protectori biografici:

- o relație bună, durabilă cu cel puțin o persoană de relație primară
- creșterea într-o familie mare, extinsă, cu relații compensatorii între bunici și mamă;
- un bun mediu social vicariant sau substitutiv după pierderea timpurie a mamei;
- inteligență peste medie;
- un temperament robust, activ și iubitor de contacte;
- un comportament sigur de formare a legăturilor;
- favorizare socială, de exemplu, prin grup de tineret, școală sau biserică;
- persoane de relație de încredere, susținătoare la vârsta adultă - soț(ie) sau partener(ă) constant(ă);
- pătrunderea mai târzie în viață a "legăturilor greu de dizolvat";
- împovărare generală cu risc redus.

FACTORII CORECTORI

(Gamezy, 1975; Werner și Smith, 1977; Tress, 1986)

Factorii corectori acționează la elaborarea informației traumatice fie în timpul fazei de reacție, fie în procesul traumatic.

■Exemple:

- reacțiile sociale care vin în ajutor (persoane substitut, suport social)
- persoane robuste, active, (temperament invulnerability)
- persoane cu stil de coping resilient, rezistent
- chiar psihoterapia ca un factor „corector”.

FACTORI DE RISC

(Egle et al.,1996, p. 19)

Factori de risc sunt acele evenimente sau circumstanțe de viață stresante care favorizează, individual sau prin interacțiune, o tulburare sau o maladie psihică.

Listă de factori de risc, respectiv factori situaționali potențial traumatici:

- statut socio-economic scăzut al familiei de proveniență,
- exercitarea profesiei de către mamă în primul an de viață;
- educație școlară slabă a părinților;
- familii mari și spațiu de locuit foarte mic;
- contacte cu instituții de „control social”;
- criminalitate sau disocialitate a unui părinte;
- comportament de legătură nesigur după a 12-a/a 18-a lună de viață;
- diferența de vârstă de mai puțin de 18 luni față de următorul frate sau următoarea soră;
- tulburări psihice ale mamei sau tatălui;
- comportament autoritar din partea tatălui;
- mama care-și crește copilul singură;
- relații timpurii care se schimbă des;
- contacte proaste cu grupul de vârstă;
- dizarmonie cronică;
- naștere ilegală;
- abuz sexual și/sau agresiv;
- pierderea mamei;

DISPOZIȚII FIZIOLOGICE DIFERENȚIALE

(Weiner, 1984; Van der Kolk ,1987; Wilson,1989)

Există indicii că unele dispoziții fiziologice, considerate, de cele mai multe ori, ca fiind de natură ereditar-genetică, pot fi puse pe seama efectelor neurofiziologice ale unor traume anterioare, dar mecanismul patofiziologic nu este până acum suficient explicat, în particularitățile sale.

Exemple:

1.Experiențele de deprivare ale copilăriei timpurii pot duce la tulburări neurologice (așa-zisele tulburări „moi” în comparație cu cele neuroanatomice), cu modificarea patternurilor funcționale ale neurotransmițătorilor, opioizilor endogeni și sistemelor neuroendocrine. Printre consecințele pe termen lung se află o modificare a modulării afective. Afectele de angoasă pot să se transforme mai des în panică, o stare dispozițională negativă se poate transforma în depresie. Această dispoziție, dobândită în cursul istoricului personal, poate, la fel ca și o dispoziție genetică, să îngreuneze stăpânirea situațiilor critice.

DISPOZIȚII FIZIOLOGICE DIFERENȚIALE

(Weiner, 1984; Van der Kolk, 1987; Wilson, 1989)

Există indicii că unele dispoziții fiziologice, considerate, de cele mai multe ori, ca fiind de natură ereditar-genetică, pot fi puse pe seama efectelor neurofiziologice ale unor traume anterioare, dar mecanismul patofiziologic nu este până acum suficient explicat, în particularitățile sale.

Exemple:

2. Reacția de stres se caracterizează (Selye) prin *faza de alarmă*, *starea de rezistență* și *starea de epuizare* care prezintă următoarele tablouri de stare psihofiziologică (Wilson): *supraexcitația*, *evitarea/depresia* și *echilibrul*. După stadiul actual de cercetare, în supraexcitație ratele substanțelor catecholaminergice (noradrenalina, serotonina sau dopamina) sunt extrem de ridicate până la punctul epuizării rezervelor de catecholamina. Acum se formează mai multe substanțe colinergice, cum sunt cortizolul și acetilcolina, care pe plan psihic stau probabil în relație cu depresia și comportamentul de evitare și îngreunează, eventual în același timp, percepția sentimentelor. În stările echilibrate sau modulate afectiv există, dimpotrivă, un echilibru relativ între subsistemele neuronale *ergotrope* și *trofotrope*. După Wilson, predominarea supraexcitației sau reacției depresive de evitare depinde printre altele de variabilele pretraumatice de personalitate. *Personalitățile active*, dominante, înclină, în cazul unei traume, mai degrabă către excitație, printre altele cu consecința tulburărilor de somn, în timp ce *personalitățile pasive*, orientate către siguranță și dependente de autoritate, tind către retragere și reacții depresive.

DISPOZIȚII FIZIOLOGICE DIFERENȚIALE

(Weiner, 1984; Van der Kolk ,1987; Wilson,1989)

Există indicii că unele dispoziții fiziologice, considerate, de cele mai multe ori, ca fiind de natură ereditar-genetică, pot fi puse pe seama efectelor neurofiziologice ale unor traume anterioare, dar mecanismul patofiziologic nu este până acum suficient explicat, în particularitățile sale.

Exemple:

3. Dependență de traumă (*addiction to the trauma* - van der Kolk , 1987a, 72), se numără printre factorii predispozanți la traumatizare ulterioară, respectiv retraumatizare, considerat un fenomen posibil determinat și biologic și ca factor conditionat de istoricul de viață, există un alt, pe care îl desemnează ca (). Autorul presupune, până acum mai curând speculativ, că reîntâlnirea multor victime ale traumatismelor cu situația traumatică poate prilejui o *reacție endorfină*, care este legată de o stare dispozițională crescută amețitor (*flash*). Soldați cu traumatisme de război devin mercenari, fete abuzate devin ulterior prostituate, au loc acțiuni suicidare și automutilări — toate aceste fenomene ale *tendinței pasive la repetiție* sunt aduse ca dovezi pentru ipoteza dependenței. Alternativ sau complementar trebuie să fie luate în considerare diferitele aspecte psihice ale *compulsiei la repetiție*.

STILURI DE APĂRARE ȘI DE COPING

(dependente de personalitate)

Lazarus și Folkman (1984)

1. copingul instrumental (cognitiv)
2. copingul expresiv (emoțional, afectiv)
3. copingul rezistent (resilient, flexibil, prin ricoșare)
4. restructurarea cognitivă (pozitivă sau negativă).

COPINGUL INSTRUMENTAL

- orientat nemijlocit asupra rezolvării problemelor.
- comportament de stăpânire care rezolvă probleme.
- în modelul cercului situației înlăturarea problemei trebuie gândită
- corespunde principiului pragmatic al realității.

COPINGUL DE EXPRIMARE A SENTIMENTELOR

- se subordonează principiului comunicativ al realității
- comunică sentimente profunde
- stilul expresiv de coping este puțin adecvat stăpânirii problemei
- dacă pura exprimare a sentimentelor predomină și reprezentările imagistice sunt în același timp estompate de evenimentul traumatic, atunci se ajunge la:
 - pierderea speranței și la sentimentul de neajutorare,
 - apoi la vulnerabilitate și în final la anestezie emoțională, dacă exprimarea afectelor este însoțită cu precădere de mecanisme de apărare ale negării și evitării. Alternativ, se poate ajunge la copleșirea cu stimuli, dacă bariera de negație se prăbușește.

În tipologia „stilului nevrotic” (Shapiro, 1965), conform DSM:

- stilul „pur” instrumental corespunde personalității anancastice
- stilul „pur” de exprimare a sentimentelor corespunde personalității isterice sau „histrionice”
- Comportamentului instrumental, îi lipsește latura afectivă,
- Comportamentului emoțional îi lipsește raportul cu faptele și elaborarea realistă a situației traumatice.

RESTRUCTURAREA COGNITIVĂ

Restructurarea cognitivă este *„manevra cognitivă, care schimbă semnificația unei situații indiferent dacă această nouă concepție se bazează pe o interpretare realistă a stimulilor-cheie sau pe o deformare a realității”*.

În varianta pozitivă, individul se străduiește să capete o înțelegere mai exactă și o explicație mai bună a poziției traumatice, cu scopul de a dezvolta strategii de rezolvare adecvate și mereu mai bune. Într-un sens asemănător se folosește în psihanaliză conceptul de „perlaborare”, legat de condițiile exterioare ca și de situația trăirii interioare.

În varianta negativă a restructurării cognitive se implică negarea și deformarea. Perceperea situației, evaluarea, explicația cauzală și schema de acțiune care decurge de aici pot să fie atât de modificate și de generalizate, încât capacitatea de a rezolva situații-problemă este afectată durabil.

COPINGUL FLEXIBIL, „RESILIENT“

Copingul flexibil „resilient” reprezintă:

- punctul de vedere al stăpânirii problemei,
- modul ideal de-a face față stresului și situațiilor amenințătoare
- un spectru relativ larg cu strategii de control
- percepția realistă, cu evaluarea și strategiile de rezolvare îndreaptate spre factori situaționali modificabili
- restabilirea echilibrului relativ între individ și mediu.

Caracteristicile personalităților cu stilul de coping flexibil (Kobasa, 1979):

- un bun control intern,
- capacitate considerabilă de-a face față situațiilor grele și provocatoare.

Tipul de personalitate isteric:

- percepția situației este deficitară
- atenție neselectivă
- reprezentările sunt mai curând impresioniste decât fidele
- capacitatea de a traduce în cuvinte imagini și acțiuni este limitată
- ideile spontane sunt limitate prin inhibiții
- se ajunge la interpretări greșite și stereotipice
- mod de gândire bazat mai degrabă pe dorințe și temeri decât pe o apreciere realistă
- tendință de a trage concluzii greșite
- tendință de a evita „temele fierbinți” din motive emoționale (după Horowitz, 1986).

Intervențiile terapeutice vizează în special:

- explicarea,
- diferențierea și
- deschiderea problemelor.

Tipul de personalitate anancastă:

- se pierde în condiții de stres în fapte și detalii minore
- reprezentarea și sentimentul vor fi separate una de alta
- semnificația emoțională este pierdută, în favoarea purei semnificații a cuvântului
- asociațiile se mișcă de-a lungul suprafeței semnificației cuvântului
- încercările de rezolvare a problemei duc la ruminatii nesfârșite, fără o concluzie.

Intervențiile terapeutice ținesc spre:

- includerea semnificației emoționale și a reacțiilor corporale
- ruperea cercului ruminatiilor
- descoperirea motivelor pentru sustragerea de la hotărâri.

Tipul de personalitate narcisic:

- pune în prim-plan problema laudei și reproșului, a aprecierii și devalorizării
- negarea informațiilor „care rănesc“
- se dezice de proprietățile negative și le atribuie altora
- semnificațiile alunecă și nu pot să fie clar despărțite unele de altele
- asociațiile se învârtesc cu precădere în jurul unor teme care țin de sine;
- gândirea care rezolvă probleme deformează realitatea pentru a menține autoaprecierea
- tinde către o confirmare iluzorie și spre eliberarea pripită de responsabilitate.

Intervenții terapeutice:

- susținerea autoaprecierii clientului, într-un mod realist
- combaterea trăsăturile grandioase
- încurajează o preluare adecvată a responsabilității (după Horowitz, 1986).

REAȚIA TRAUMATICĂ

Faza de șoc

- de la o oră la o săptămână
- sentiment de imobilitate, urmată de negare
- alterarea trăirii timpului, modurilor de percepție, ca vederea în tunel;
- formele disociative de experiență, derealizarea sau depersonalizarea.

Faza de acțiune

- începe la câțva timp după eveniment și poate dura până la două săptămâni
- mânia împotriva superiorilor sau colegilor sau unor reprezentanți ai unor funcții ca polițiștii, medicii etc..
- gravă îndoială în raport cu sine, adesea cu depresii și sentimente de lipsă de speranță sau de neputință
- tulburări de somn, irascibilitate, hipervigilență, creșterea senzației de spaimă, tulburări de memorie,
- dificultăți de concentrare, coșmaruri și *flashback-uri*
- vina supraviețuitorului, autoacuzarea.

Faza de întremare

- apelarea la ajutor profesionist
- punctul critic, care decide dacă se va forma un sindrom de stres de lungă durată cu tulburările care îl însoțesc
- evitarea alcoolului și a drogurilor
- mobilizarea susținerii sociale
- discutarea despre experiență cu persoane de încredere, persoane afectate de aceeași traumă.
- odihnă, relaxare și mai ales prin îndepărtarea de mediul traumatic
- un nivel redus al cortizolului (corelat neuroendocrinologic al unei reacții traumatice dezorganizate) generează catatonie, *freezing*, stuporul, autoabandonul, pierderea conștiinței controlului și perspectivei de viitor
- la reacțiile normale de stres, se întâlnește un nivel crescut de cortizol

Aspectul cognitiv și emoțional (Wilson, 1989)

Aspectul cognitiv – soluții diferite:

1. perceperea evenimentelor;
2. aprecierea și evaluarea situației;
3. căutarea unei explicații
4. faza de planificare a acțiunii.

Aspectul emoțional - diferențierea între trei tipuri de reacție:

1. copleșirea și inundarea cu emoții,
2. amortizarea emoțională (*numbing*)
3. echilibrarea trăirilor emoționale negative (modulare afectivă)

NIVELURILE DE ACȚIUNE DIFERENȚIATĂ A FACTORILOR CORECTORI

(consecințe directe)

1. Reacția traumatică de urgență poate fi întreruptă
2. Reacția primară de apărare la experiențe traumatiche în:
 - aria motor-efectorie a „cercului situației” - tendințe de luptă/fugă/immobilizare consecutivă
 - aria receptorie a „cercului situației” - anomalii de percepție până la trăirea disociativă
3. Tema situațională traumatică centrală (TSTC) poate deveni tema traumatică centrală de viață (TTCV): maximă interferență, atribuire de semnificații, recategorizări
4. Deformări ale structurii de caracter, ale structurii Eului (deformări cognitive):
 - fragmentarea cognitivă cu mecanismele de apărare psihotice
 - forme de gândire diverse: concretismul (individualul confundat cu conceptul general), neologismul, confabulația, reprezentările delirante de natură paranoidă sau grandioasă
 - depersonalizare (dezorientare spațio-temporală față de propria persoană)
 - derealizarea (pierderea sentimentului realității).
5. Trauma și formarea de simptome:
 - echilibru între schema traumei și schema traumacompensatorie (simptom)
 - câmpul minim controlat de expresie sau acțiune:
 - dependența de alcool și de droguri,
 - tulburările comportamentului alimentar,
 - autolezarea și suicidul
6. Tendințe spontane la repetiție.
 - tendința de completitudine (completion tendency)
 - caracter bifazic al procesului (fuga/luptă; intruziune, evitare-negare) - Horowitz

TIPURI PROCESUALE DE PRELUCRĂRI TRAUMATICE

(Fischer și Nathan, 2002)

Conturarea individuală a schemei traumatice și a schemei traumacompensatorii:

1. tipul procesual al compensării prin activitate,
2. tipul procesual adictiv,
3. tipul procesual anxios,
4. tipul procesual evitant,
5. tipul disociativ
6. tipul sărac în disociere.

Factori corectori–facilitatori sau destructuranți în procesul traumatic/formarea simptomelor:

1. alte situații traumatice,
2. dispariția factorilor protectori de până acum,
3. noi factori protectori,
4. retraumatizări prin actualizarea unor situații traumatice anterioare,
5. fenomene de epuizare și eșuarea mecanismelor traumacompensatorii,
6. situații conflictuale suplimentare,
7. stresuri subtraumatice suplimentare care se cumulează.

EXAMINARE DIFERENȚIALĂ A CONSECINȚELOR INDIRECTE

Nivelurile 1, 2 și 3

Efect de întâlnire pentru stresuri ulterioare și reînsuflețire în situații-cheie.

Nivelurile 4 și 5

Consecințele sociale, reînscenarea traumei, ciclul violenței.

Nivelurile 6 și 7

Efecte transgeneraționale.

Eveniment

Trăire

Mediatori

Consecințe directe

Consecințe indirecte

A

B

C

C₁

C₂

C₃

Despărțiri pe termen lung

Pierderea părinților, moarte

Despărțiri nevoite pe termen scurt

Riescuri, schimbător și de respingere

3

6

12

3

6

12

3

6

12

m

f

m

f

m

f

m

f

1,2,4

3

1,2,4

3+

Despărțiri pe termen lung

legătură, cogniție, emoționalitate

Factor protectori vs. corectori

Comportamente neurofiziologice

1

2

3

4

f+

m+

privare

C₂4

Ta/m

Ma/f

f + C₂ 1

m+

Sindrom de depravare

Reacție patologică de pierdere pe termen lung

Despărțiri pe termen lung

Tulburări de comportament agresiv

1

2

3

4

Depresivitate

Comportament suicidar

Sensibilitate la despărțiri

Despărțiri pe termen lung

Efect general de întărire pentru tulburări lor psihice

Efecte multigeneraționale

Efecte multigeneraționale

1

2

3

4

STRATEGII DE CERCETARE

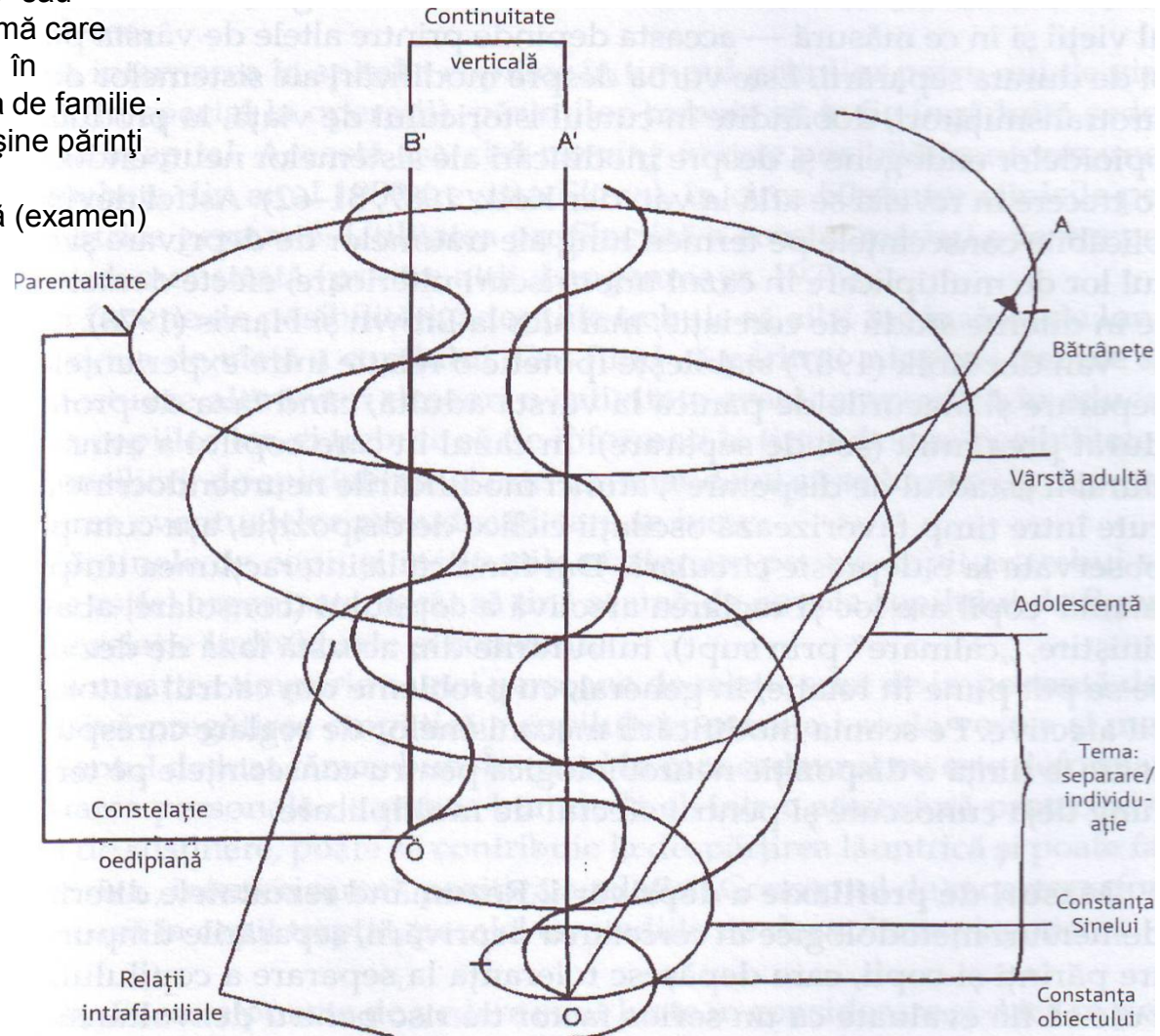
(Epistemologia cercetării în psihotraumatologie)

- nomotetic vs. idiografic
- strategia de izolare a variabilelor (IV) vs. strategia individual-nomologică (IN)
- within-case vs. cross-case
- a priori vs. a posteriori
- calitativ vs. cantitativ
- convergență de metode eterogene:
 - *studii experimentale,*
 - *studii de teren naturaliste*
 - *studii calitative de caz (comparative)*
- **Designul follow-up** – valoare algoritmică:
 - *variabile independente* - factorii situaționali traumatici
 - *variabile dependente* - simptome sau particularități ale personalității, care se cer verificate
- **Designurile follow-back** - valoare euristică:
 - *variabile independente* - simptome, tablouri de tulburări, variabile de personalitate, date sociobiografice
 - *variabile dependente* - experiențe din istoricul vieții

MODELUL FAZELOR DE DEZVOLTARE CU CONFLICT PARALEL Fischer (1996)

Tema „desprindere și separare” sau
“individua-ție/separare” de mamă care
revine la vârsta adultului tânăr, în
adolescență și în desprinderea de familie :

- etapa în care devenim noi înșine părinți
- faze deosebite din viață,
- trăiri și pasaje critice din viață (examen)



INSTRUMENTE DE CERCETARE

- 6.2.4.1. Mississippi Scale for combat-related post-traumatic stress disorder
- 6.2.4.2. Interviu clinic structurat pentru modulul PTSD al DSM, SCID I și II
- 6.2.4.3. PTSD – Interview
- 6.2.4.4. Interviu diagnostic la tulburări psihice, IDTP
- 6.2.4.5. Münchener Composite International Diagnostic Interview, M-CID
- 6.2.4.6. Clinician-Administered PTSD Scale, CAPS
- 6.2.4.7. Impact of Event Scale (IES).
- 6.2.4.8. SCL-90-R (Derogatis et al., 1973).
- 6.2.4.9. Harvard Trauma Questionnaire (HTQ).
- 6.2.4.10. Disorders of Extreme Stress (DESNOS)
- 6.2.4.11. Dissociative Experience Scale (DES).
- 6.2.4.12. Peritraumatic Dissociative Experience Questionnaire (PDEQ)
- 6.2.4.13. Procedee de test proiective.
- 6.2.4.14. Inventarul traumatologic Koln pentru trauma (ITK).
- 6.2.4.15. Scale pentru sindroame psihotraumatologice speciale.

IMPACT OF EVENT SCALE (IES)

(Horowitz et al., 1979 Weiss și Marmar, 1997).

I (*Intrusion*):

- Orice fel de amintire în legătură cu asta redeșteptă în mine și sentimentele (I).
- Aveam dificultăți de a adormi sau de a rămâne adormit, pentru că îmi treceau prin minte imagini sau gânduri legate de asta (I).
- Alte lucruri îmi reaminteau de aceasta (I).
- Mă gândeam la aceasta, deși nu doream să mă gândesc (I).
- Mi se impuneau mereu în minte imagini despre aceasta (I).
- Din această cauză aveam puternice izbucniri afective (I).
- Am visat acest eveniment (I).

H (*Hyperarousal*):

- Mă simțeam iritată sau mânioasă (H).
- Eram nervoasă și mă speriam ușor (H).
- Am constatat că acționeam sau simteam ca și cum aș fi fost plasată din nou în timpul evenimentului (H).
- Nu puteam să adorm (H).
- Îmi era greu să mă concentrez (H).
- Amintirea acestui eveniment declanșa la mine reacții corporale ca transpirație, insuficiență respiratorie, amețeală sau bătăi de inimă (H).
- Mă percepeam pe mine ca foarte precaută, atentă sau cu urechile ciulite (H).

D (*Denial*):

- Îmi reprimam agitația atunci când mă gândeam sau îmi aminteam de aceasta (D).
- Mi se părea că nu fusese adevărat sau că nici nu se întâmplase (D).
- Stăteam departe de tot ce-mi amintea despre aceasta (D).
- Am încercat să nu mă gândesc la aceasta (D).
- Eram, ce-i drept, conștientă că mai am de-a face din punct de vedere afectiv cu aceasta, dar nu mă sinchiseam prea mult (D).
- Sentimentele mele în legătură cu aceasta erau ca amortite (D).
- Încercam să șterg aceasta din memoria mea (D).
- Încercam să nu vorbesc despre aceasta (D).