

LBPRIS

We know  
books.

Descrierea CIP a Bibliotecii Naționale a României

ROTHSCHILD, BABETTE

**Corpul își amintește: Vol. 2 : Revoluționarea tratamentului**

**traumei** / trad. din lb. engleză de Iuliana Surugiu-Beșleagă. – 2022. –

Ed. a 2-a – Conține bibliografie. - Index.

ISBN 978-630-6550-01-2

I. Surugiu-Beșleagă, Iuliana (trad.)

159.9

615

Babette Rothschild

*The Body Remembers. Volume 2*

*Revolutionizing Trauma Treatment*

Copyright © 2017 by Babette Rothschild

All rights reserved

Printed in the Unites States of America

First edition

W.W. Norton & Company

First published by W.W.Norton & Company in 2017

Babette Rothschild

CORPUL ÎȘI  
AMINTEȘTE



*Revoluționarea tratamentului traumei*

Traducere din limba engleză de:  
IULIA SURUGIU-BEȘLEAGĂ

EDITURA  HERALD  
București

## CUPRINS

INTRODUCERE	9
Avertisment	11
Definiții de bază	13
Un punct de vedere controversat	14
Câteva cuvinte despre control	16
Despre această carte	17
Partea I, Teorie și principii	18
Partea a II-a, Practică: Aplicarea teoriei și a principiilor	19
Avertisment cu privire la aplicarea tehnicilor și strategiilor	20
<b>CORPUL ÎȘI AMINTEȘTE</b> REVOLUȚIONAREA TRATAMENTULUI TRAUMEI	
PREFAȚĂ	23
Distorsionarea cercetării și baza de dovezi	23
Cum rămâne cu baza de dovezi?	25
Cine sunt participanții la studiile care vizează terapia traumei?	27
Idea de bază	27
<b>Partea întâi</b> Teorie și principii	
REVOLUȚIONAREA TRATAMENTULUI TRAUMEI	30
Recuperarea în urma traumei vs soluționarea amintirilor traumatice	30

Implementarea tratamentului etapizat al lui Janet	35	POTENȚAREA AMINTIRILOR POZITIVE	173
A lucra în context vs. a lucra cu trauma	41	Remedii puternice contra amintirilor traumatice	173
Trecut vs. prezent și viitor	49	Amintiri traumatice vs. amintiri nontraumatice	174
Înțelegerea traumei	50	Markerii somatici antidot	177
<b>REGLAREA CU PRECIZIE A SNA</b>	55	Revenirea din amorfire pentru a simți din nou: Eric	180
La ce să ne uităm	55	Epilog: Viața după traumă	189
Sistemul nervos autonom	59	<b>RITMUL, ÎMPĂRȚIREA ȘI ORGANIZAREA</b>	191
Teoria sextuplă a SNA	64	Importanța pașilor mici și a experimentării	192
Înțelegerea monitorizării SNA în practică	82	Schița: Facilitarea tranziției de la faza 1 la faza a 2-a	194
Rezumat	85	Primii pași ai fazei a 2-a: Dylan	196
<b>SIGURANȚA ARE NEVOIE DE TOATE SIMȚURILE</b>	87	<b>ADAPTAREA TEHNICILOR DE MINDFULNESS, MBSR</b>	
Stabilizarea senzorială	87	<b>ȘI YOGA PENTRU CEI CU TSPT</b>	211
Structura și funcționarea sistemului nervos senzorial	89	Experimentarea reducerii stresului bazate pe mindfulness (MBSR)	214
Asigurarea echilibrului sistemului nervos senzorial	91	Prevenirea potențialelor efecte neplăcute ale practicilor mindfulness	218
Stabilizare de la prima ședință: Greg	96	Autoîngrijirea conștientă pentru profesioniști	226
Așa cum am promis	106	<b>ANEXĂ</b>	231
Concluzii	108	Atenție, terapeuți ai traumei	231
<b>REVITALIZAREA UNEI ARTE PIERDUTE</b>	110	Evitarea pericolelor comune	231
Planificarea tratamentului traumei	110	Limbajul contează	232
O perspectivă asupra istoricului	112	Presupuneri și sincronizare	235
Valoarea întocmirii istoricului	114	<b>MULȚUMIRI</b>	240
Ce gătim noi astăzi?	119	<b>BIBLIOGRAFIE</b>	241
De ce acum?	124	<b>INDEX</b>	248
Spaghetti vs. salată	133		
Respectarea contractului: Una	137		
<b>Partea a doua:</b>			
<b>Practica:</b>			
Aplicarea teoriei și a principiilor			
<b>RESURSELE SIMPLE CONTROLEAZĂ ȘI CHIAR VINDECĂ TRAUMA</b>	147		
Magazinul magic al lui Wil Baumker	149		
Resursele naturale	151		
Înotând cu delfinii	155		
Resursele de zi cu zi: Maryellen	157		

# 01 REVOLUȚIONAREA TRATAMENTULUI TRAUMEI

*Dacă vrei să faci lumea mai bună, începe prin  
a-i face pe oameni să se simtă în siguranță.*

– Stephen Porges

## RECUPERAREA ÎN URMA TRAUMEI VS SOLUȚIONAREA AMINTIRILOR TRAUMATICE

Nu cu mult timp în urmă am primit o scrisoare de la mama unei tinere, Lisa, care suferise o traumă timpurie. Situația care a provocat trauma se încheiase de ceva timp, dar fata continua să sufere foarte mult. Mama o dusese la mai mulți terapeuți, fiecare specializat într-o altă metodă bazată pe dovezi. Fiecare dintre terapeuții aleși era bine instruit și avea experiență îndelungată. Dar, după câteva ședințe de încercare, fiecare a trimis-o pe Lisa în altă parte, cu aceeași concluzie: „Nu pot face «munca reală» cu ea, pentru că disociază prea mult”. Ceea ce terapeuții numeau „muncă reală” era revizitarea amintirilor traumatice. Au simțit că se lovesc de un zid de piatră, deoarece, atunci când încercau să faciliteze procesarea amintirii, Lisa se retrăgea în mod constant.

Să fiu sinceră, citirea acestei scrisori m-a înfuriat. Ce se întâmplă, am gândit, cu profesia mea? Cum este posibil să fi devenit atât de fixați pe *amintirile* traumei, încât să nu acordăm atenție deplină nevoilor *persoanei* traumatizate? În opinia mea, munca reală pentru Lisa ar fi însemnat să o ajute cu disocierea, *nu* cu amintirile ei și să îi permită să preia controlul asupra simptomelor ei (printre care și disocierea), precum și asupra minții și a vieții sale. Mi-aș dori ca acesta să fi fost un incident izolat. Din păcate, nu este. Mă bucur

că mama Lisei mi-a scris. Mi-a amintit că prea mulți profesioniști din domeniul tratării traumei nu sunt expuși suficient metodelor de lucru și intervențiilor pentru copiii și adulții traumatizați pentru care „munca reală” nu funcționează. Și mi-a reaprins pasiunea pentru revoluționarea și redefinirea tratamentului real al traumei, ajutând la echiparea tuturor terapeuților specializați în tratarea traumei – indiferent de metodele pe care le preferă și le utilizează – cu instrumentele necesare pentru a ajuta și persoane ca Lisa.

### *Obiective în terapia traumei*

De când am început să studiez pentru a deveni un profesionist care să-i ajute pe oameni, am avut mereu doar două obiective pentru cariera mea de psihoterapeut, psihoterapeut corporal și terapeut al traumei:

1. *Să devin dispensabilă.* Adică să-mi fac bine treaba, inclusiv să-i învăț pe clienții mei metodele de care au nevoie pentru îngrijirea de sine, astfel încât aceștia să nu mai aibă nevoie de mine.
2. *Să îmbunătățesc calitatea vieții clienților mei.* Acest obiectiv anulează încrederea în oricare tehnică sau teorie, deoarece clientul este cel care va ști dacă este îndeplinit obiectivul.

În acest sens, am început de timpuriu să pun la îndoială lucrurile care trebuiau făcute doar într-un singur mod și să nu accept orbește ceea ce îmi spuneau profesorii mei că este adevărat. Din păcate, am observat din ce în ce mai mult că, dacă urmam o instrucțiune a unui profesor sau a unui supervisor, câteodată îmi compromiteam unul sau ambele obiective (de exemplu, creșterea dependenței clientului față de terapeut într-o manieră care slăbea sau diminuea calitatea vieții persoanei respective). Tendința mea de a pune sub semnul întrebării asemenea autorități profesionale continuă și în ziua de azi. Acest capitol are rolul de a contesta ipoteza conform căreia clienții trebuie să proceseze amintirile experiențelor lor traumatice. Vă rog să nu înțelegeți greșit; îmi dau seama că un număr mare de persoane beneficiază și va beneficia de tehnica procesării amintirilor. Din păcate, am văzut (și am auzit de) prea multe rezultate dezastruoase. Ce lipsește? De ce, chiar

și cu cele mai bune intenții, mulți clienți care au suferit traume alunecă printre fisurile sistemului? Ce alte opțiuni disponibile am putea să le oferim?

În mod tradițional, în domeniul tratării traumei, accentul a fost pus pe soluționarea amintirilor traumatice (Howorth, 2000; Rivers, 1918). Această practică a evoluat, cel mai probabil, de la tradiția psihanalitică înrădăcinată în *tratatamentul prin vorbire* al lui Freud.

Cu toate acestea, după ce am lucrat cu clienții mei, precum și după ce am predat, supervizat și m-am consultat cu mii de terapeuți și m-am implicat în discuții lungi cu colegii apropiați, am constatat din ce în ce mai mult că modelul implicit pentru tratamentul traumei – procesarea amintirilor traumei – este depășit și supraevaluat. De ce au fost învățați terapeuții să se îndrepte mai întâi spre amintirile traumei în condițiile în care clienții caută *recuperarea* în urma traumei? Recuperarea în urma unei traume include:

- Înțelegerea faptului că un incident traumatic s-a încheiat și este în trecut.
- Libertatea sau abilitatea de a gestiona simptomele, inclusiv episoadele de flashback și disociere.
- Reabilitarea sau îmbunătățirea semnificativă a calității vieții.

Urmărind mai întâi recuperarea în urma traumei, nu excludem opțiunea de soluționare a amintirilor traumei pentru cei care doresc să atingă acest aspect. Recunoașterea și includerea recuperării de după traumă *fără* a lucra cu amintirea ca opțiune legitimă pentru vindecarea traumei crește opțiunile de tratament atât pentru clienți, cât și pentru terapeuți.

Există o dihotomie interesantă pe care am observat-o în rândul terapeuților traumei, în clinici unde se tratează traume și la cei care produc modele de tratament ale traumei. Mulți (dacă nu chiar majoritatea) din domeniul tratării traumei susțin ideea conform căreia clienții traumatizați trebuie să-și rezolve toate amintirile traumatice pentru a se recupera, a se vindeca și a fi bine. Din moment ce acest lucru nu a avut sens niciodată pentru mine, am început să fac un sondaj informal în urmă cu câțiva ani, cu diferite

grupuri de practicanți (doctori în medicină, psihologi, asistenți sociali, psihoterapeuți și consilieri de la aproape toate școlile de tratament și teorie a traumei, inclusiv terapia cognitiv-comportamentală, Expunere Prolungită, terapie comportamentală dialectică, EMDR, Somatic Experiencing<sup>1</sup> și așa mai departe) care au participat la prelegerile și programele mele de formare, despre cum au reușit ei înșiși să-și vindece propria traumă. Fac asta rugând publicul (de obicei format din 24–350 de participanți) să ridice mâna dacă:

1. Au avut traume în trecutul lor.
2. Nu au lucrat cu toate amintirile lor traumatice și totuși le-au rezolvat.
3. Au o calitate a vieții relativ bună.

Invariabil, până la sfârșitul sondajului meu, între jumătate până la patru cincimi dintre cei care participă încă au mâinile ridicate. Apoi îi invit să se uite în jur pentru a vedea ei înșiși rezultatul. Pe urmă îi întreb, așa cum fac și acum: cum se poate ca noi, având această profesie, să fi devenit atât de convingși că oamenii trebuie să-și rezolve toate amintirile traumatice, când noi, profesioniștii, știm din experiența personală că nu este necesar?

Continuând în același registru, restul acestui capitol se va ocupa cu stabilirea unor elemente fundamentale cu o atenție sporită privind tratamentul traumei care acordă prioritate recuperării, fără a elimina opțiunea de soluționare a amintirilor traumatice.

Dar, mai întâi, pentru a înțelege diferența dintre aceste două obiective diferite, dar strâns legate între ele – recuperare și soluționarea amintirilor –, trebuie să le aduc un omagiu lui Pierre Janet și structurii sale extraordinare și inovatoare de tratament al traumei.

Următoarea secțiune va prezenta teoria lui Janet pentru a pune bazele discuției care urmează despre recuperare vs. soluționarea amintirilor.

<sup>1</sup> Experimentarea somatică (*N. tr.*)

## IMPLEMENTAREA TRATAMENTULUI ETAPIZAT AL LUI JANET

Structura orientată pe etape a lui Pierre Janet este standardul suprem pentru tratamentul traumei, indiferent de metoda aplicată. Aproape oricare practician informat ar fi de acord că este o idee bună să urmeze această structură. Există totuși o problemă, deoarece se pare că mulți dintre ei fie nu sunt încă familiarizați cu ea, fie, deși o cunosc, nu aderă la ea. Acest lucru se întâmplă în ciuda faptului că a fost dezbătută mult în cărți și articole de van der Hart și van der Kolk, încă din 1989, și de mulți alții, inclusiv Herman (1992), van der Hart, Nijenhuis și Steele (2006), Ogden, Minton și Pain (2006), Rothschild (2010, 2011) și Curran (2010). Din păcate, direcțiile din domeniul tratamentului traumei, stabilite de instituții majore care se ocupă de zeci de mii de persoane cu TSPT, nu recomandă sau chiar nu menționează modelul lui Janet în ghidurile lor și în alte publicații, nici măcar Administrația Veteranilor din SUA (Management of Post-Traumatic Stress Working Group<sup>1</sup>, 2010; Defense Centers of Excellence<sup>2</sup>, 2013), National Center for PTSD<sup>3</sup> (2013), the U.K. National Institute for Health Care Excellence<sup>4</sup> (2005) și the International Society for Traumatic Stress Studies<sup>5</sup> (Forbes și alții., 2010).

Am găsit o excepție într-o singură publicație a International Society for Traumatic Stress Studies care evidențiază principiile de tratament pentru o categorie specifică de traume: tulburarea *complexă* de stres posttraumatic. În publicația respectivă este recomandat modelul pe etape (Cloitre și colab., 2012). În plus, o excepție remarcabilă, Janina Fisher (2009) ține prelegeri pe această temă de aproape două decenii. În comunicările recente, ne-am exprimat susținerea față de modelul lui Janet și consternarea față de faptul că acesta nu este adoptat ca procedură standard de lucru în tratamentul traumei. Din estimările ei actuale, mai mult de două

<sup>1</sup> Grupul de lucru cu managementul stresului posttraumatic (*N. tr.*)

<sup>2</sup> Centrul de Excelență al Apărării (*N. tr.*)

<sup>3</sup> Centrul Național pentru TSPT (*N. tr.*)

<sup>4</sup> Institutul Național pentru Excelență în Sănătate din Marea Britanică (*N. tr.*)

<sup>5</sup> Societatea Internațională a Studiilor de Stres Traumatic (*N. tr.*)

treimi dintre terapeuții care participă la cursurile ei ample și bine pregătite din toată lumea, nici măcar nu au auzit de această procedură. Dacă această statistică poate fi generalizată la comunitatea mai mare a tratamentului traumei, aceasta este într-adevăr o lipsă serioasă de informare. O problemă majoră o reprezintă presiunea la care cei mai mulți terapeuți sunt supuși – de către administrația clinicilor, supervizori, companii de asigurări și clienții înșiși – să recurgă la tratamente rapide pentru vindecarea traumei. În timp ce tratamentul cu durată scurtă este posibil în cazuri limitate, acesta nu se aplică în majoritatea cazurilor. Și, din păcate, încercările de a accelera ritmul pot da greș și pot crește durata. Această secțiune va evidenția potențialul structurii pe etape a lui Janet și relevanța sa pentru dezbateră din acest capitol privind acordarea priorității recuperării în urma traumei. Iată un scurt rezumat.

În ultima parte a secolului al XIX-lea, dr. Pierre Janet a stabilit o bază solidă pentru viitorul tratamentului sigur în tratarea traumei. El a definit un sistem cu trei direcții pentru vindecarea traumelor din trecut. Abordarea lui orientată pe etape poate fi aplicată întregului spectru de filosofii, metode și modele disponibile. Pe scurt, tratarea traumei ar trebui să fie compusă din trei faze:

- *Faza 1* se referă la redobândirea siguranței și a stabilității, chiar dacă durează ore, săptămâni sau chiar ani.
- *Faza a 2-a* implică procesarea și soluționarea amintirilor traumatice.
- *Faza a 3-a* se concentrează asupra integrării, adică aplicarea rezultatelor obținute în fazele 1 și a 2-a în majoritatea timpului din viața de zi cu zi.

Faza 1, care are în vedere siguranța și stabilitatea, ar trebui să constituie temelia tuturor tratamentelor pentru traumă. Cea mai bună analogie pe care o am provine de la colegul meu drag, David Grill (conversație personală). El aseamănă această etapă crucială cu un înveliș din ghips, solid și potrivit, care este pus cu atenție în jurul unui os rupt. Consistența ghipsului asigură siguranță împotriva răsucirilor, loviturilor și izbiturilor neintenționate, precum și stabilitate pentru prevenirea unor răniri viitoare. Mai mult decât atât, carcasa din ghips din jurul osului rupt îl ține fix și protejat,

permițând să apară procesul de vindecare naturală a osului. Fără o bună fixare a învelișului stabil și sigur, este posibil ca osul să nu se vindece corespunzător, astfel crescând riscul ca membrul lezat să nu mai poată fi niciodată util. Așa cum Grill mi-a amintit recent: „Cu cât este mai bun ghipsul, cu atât mai bună este vindecarea”.

Potrivit lui Janet, nu este recomandabil să trecem la faza a 2-a, la lucrul cu amintirile traumei din trecut, până când obiectivele fazei 1 nu sunt atinse, adică până când persoana traumatizată nu se simte în siguranță, stabilă și capabilă să funcționeze bine zilnic. Nu puteam fi mai mult de acord cu filosofia lui Janet și nu am întâlnit niciodată vreun client, specialist sau autor, care să nu fi fost de acord cu Janet în principiu.

Cu toate acestea, prea puțini respectă în mod corespunzător acest cadru de lucru. Cei care îmi scriu după ce mi-au citit cărțile sau după ce au participat la prelegerile și cursurile mele de formare, la fel ca și cei care mă caută pentru supervizare și consultare îmi spun în mod repetat (fiind nemulțumiți de multe ori) că principiile de tratament pe care trebuie să le urmeze au ca obiectiv major procesarea amintirilor traumatice. Formal, așa procedează și National Institute for Health Care Excellence (2005) din Marea Britanie și Child Sexual Abuse Task Force<sup>1</sup> (2004). În plus, mi s-a atras atenția că multe organizații, inclusiv unele cunoscute din domeniul serviciilor de sănătate, au această politică în mod informal, nefiind făcută publică. Este și cazul (și uneori mai ales) în care o clinică sau o companie de asigurări restricționează sever numărul de ședințe alocate fiecărui client. Iată o întrebare tipică pe care o primesc adesea, direct și prin e-mail:

*Mulți dintre clienții mei au TSPT, unii cu un istoric foarte complex. Cu toate acestea, fiecare client din clinica mea este limitat la 10 ședințe. În plus, instrucțiunile noastre de tratament specifică faptul că trebuie să lucrăm cu amintirile traumatice ca obiectiv principal al tratamentului. Există vreo modalitate prin care mă puteți ajuta să gestionez aceste constrângeri în cazul clienților mei cei mai fragili și tulburați?*

<sup>1</sup> Grupul de Acțiune privind Abuzul Sexual asupra Copiilor (N. tr.)

*Am nevoie de ajutor pentru a-l convinge pe supervisorul meu că ar trebui să lucrez diferit cu ei.*

Mulți terapeuți specializați în traume sunt, pe drept motiv, îngrijorați și preocupați de faptul că limitările cu care trebuie să lucreze ar putea, de fapt, să provoace rău, mai degrabă decât să fie de ajutor clienților lor. Punerea în aplicare a modelului pe etape al lui Janet va reduce, în majoritatea cazurilor, aceste riscuri.

### *Folosirea logicii*

Permiteți-mi să vă explic de ce modelul lui Janet este atât de logic și de ce este necesară amânarea tratării amintirilor traumatice până când persoana traumatizată este suficient de stabilă și se simte în siguranță.

Nu există niciun dubiu: rememorarea experiențelor traumatice este destabilizatoare. Expunerea la amintiri terifiante și nepuțință va dezechilibra (încet, dar sigur) orice persoană.

Drept rezultat, oamenii care trăiesc cu urmările neplăcute ale experienței traumatice dezvoltă mecanisme de *coping*<sup>1</sup>, numite *de apărare*, ce le permit să trăiască astfel, indiferent de ceea ce au suferit. Mecanismele de apărare pot include disocierea, evitarea, reprimarea și așa mai departe. Unele mecanisme vor fi mai eficiente decât altele, dar toate ajută persoana să facă față. Slăbirea mecanismelor de apărare – precum reprimarea, evitarea și altele, necesară pentru a procesa amintirile traumatice – crește instabilitatea, ceea ce este logic: atunci când perturbăm un mecanism de *coping*, adaptarea devine mai dificilă. *Decompensare* este termenul specializat pentru o astfel de perturbare a *coping*-ului. Persoana respectivă pierde abilitatea de a compensa, așa cum făcea înainte.

Dacă o persoană este relativ și suficient de stabilă, de obicei este sigur să deschideți cutia Pandorei pentru a procesa amintirile traumatice și a clarifica ceea ce s-a întâmplat. Acea persoană poate tolera, de obicei, creșterea instabilității care rezultă din procesarea amintirilor traumatice. Într-o fază 2 din terapia traumei, de regulă clientul va reflecta asupra amintirii (pentru durate de timp mai scurte și mai lungi, în funcție de metodă și de abilitatea clientului),

<sup>1</sup> Adaptare, a face față. (N. red.)

pendulând între amintirea destabilizatoare și baza solidă a realității de aici și acum. Clienții stabili își pot permite aceste imersiuni în instabilitate, care nu compromit, de obicei, abilitatea lor de a funcționa (chiar dacă nu întotdeauna se simt bine).

Cu toate acestea, contextul este diferit pentru clienții instabili. Cu acele persoane, deschiderea cutiei Pandorei și abordarea amintirilor traumatice va spori instabilitatea lor inițială, compromițând din ce în ce mai mult abilitatea lor zilnică de funcționare. Acest lucru apare frecvent în terapia traumei. De fapt, unul dintre articolele pe care le-am scris pentru *Psychotherapy Networker*, „Applying the Brakes” (Rothschild, 2004), a fost dedicat chiar acestei situații: terapeuți care îi ghidează pe clienții instabili să proceseze amintirile traumatice. Rezultatul comun al acestor situații este de departe decompensarea; adică, starea clientului se înrăutățește, uneori foarte mult.

Am ajuns la această opinie nu doar în urma anilor în care am lucrat cu traume, dar și prin intermediul experienței mele timpurii cu metoda Neo-Reichiană și alte metode orientate către corp, care promovau o eliberare emoțională puternică. Mulți dintre cei care am practicat această profesie în anii '70 și '80 am învățat calea mai greu de urmat, și anume că este mai bine să te asiguri de capacitatea de stabilitate și autoreglare a clientului traumatizat, înainte de a-i elibera capacitatea de a simți și a exprima emoții (Rothschild, 1993). La acea vreme, psihoterapia corporală nu era influențată de Janet, deși în anii care au urmat înțelepciunea lui a fost larg acceptată în acele sfere. În același ton, simțul logic, precum și o judecată bună servesc drept ghid important concluziei că maximizarea stabilității înainte de expunerea la amintirile traumatice va face ca o eventuală fază 2 să funcționeze mult mai sigur. Clienții care lucrează în faza a 2-a și au o bază solidă de stabilitate vor putea tolera mult mai bine instabilitatea rezultată din lucrul cu amintirile traumatice. Aceștia vor fi mai capabili să conștientizeze prezentul în timp ce procesează trecutul și se vor afla într-o poziție avansată pentru a continua să funcționeze zilnic pe parcursul procedurii.

Un alt aspect important este că nu orice client *dorește* să reflecteze asupra trecutului său traumatic. Și, așa cum am discutat mai sus, nu există niciun motiv pentru care să credem că este necesar

sau ar trebui să fie obligați să facă acest lucru. Unii clienți vin la terapie știind că vor ajutor doar pentru a se stabili. Alții cred că vor dori să-și proceseze amintirile, dar, odată ce devin stabili, realizează că trecutul nu mai este atractiv. O fază 1 reușită poate face ca munca din faza a 2-a să fie neinteresantă sau inutilă.

Am auzit multe persoane afirmând că terapia traumei constă doar în procesarea amintirilor. Sunt total în dezacord cu acest lucru. Una dintre cele mai valoroase lecții ale modelului pe etape este acela că *toate fazele fac parte din terapia traumei*. Și, datorită importanței stabilizării și a siguranței – nu doar pentru clientul în sine, ci și pentru familia lui, angajatorul (sau școala), comunitatea sa –, faza 1 nu poate fi subliniată suficient. Persoana care este stabilă, se simte în siguranță și și-a îmbunătățit calitatea vieții este capabilă să fie un membru care contribuie în mod vital la familia și comunitatea sa.

Din cauza principiilor directe obișnuite de tratament menționate mai sus, persoanele traumatizate ar putea fi obligate să-și amintească experiențele traumatiche, pentru că ele reprezintă nucleul tratării traumei lor. Nu pot vorbi (și scrie) suficient de mult împotriva reamintirii *forțate* în numele terapiei traumei. Munca voluntară din faza a 2-a este oricum destul de dificilă în cele mai bune circumstanțe și există întotdeauna riscul unei retraumatizări. Munca forțată din faza a 2-a este și mai dificilă și crește enorm riscul unei noi traume. Merită amintit faptul că un element-cheie pentru recuperarea după o traumă este recăștigarea autocontrolului. Atunci când un terapeut cu autoritate înlătură acest control – ignorând dorința unui client de a nu-și aminti trecutul –, rezultatul nu poate fi bun. Trebuie să recomand insistent ca această practică prea des întâlnită să fie complet eliminată din domeniul tratării traumei.

Cum rămâne cu faza a 3-a? Janet vedea progresia de la faza 1 la faza a 2-a și a 3-a ca pe o secvență liniară. Totuși, integrarea, adică ajutorul acordat clienților de a utiliza terapia pentru a-și îmbunătăți viața de zi cu zi, trebuie să fie parte a fiecărei faze și ședințe de terapie. Ori de câte ori este posibil, îmi doresc ca pacientul meu să poată *lua acasă* ceva din fiecare ședință. De exemplu, dacă în faza 1 lucrăm la oprirea unui flashback, îmi doresc ca el să-și perfecționeze acea abilitate astfel încât să o poată folosi zilnic pentru a opri flashbackurile care îl chinuie în mod regulat. Atunci

când pacientul meu disociază în timpul ședinței și îl ajut să se ancoreze în momentul prezent, va avea cel mai mult de câștigat dacă îl voi învăța cum să reușească acest lucru de unul singur pe viitor. În faza a 2-a, când ajungem la descoperirea unui element nou, îmi doresc ca pacientul meu să fie capabil să aplice acea nou dobândită cunoaștere sau acea nouă perspectivă în viața sa curentă, atunci când este cazul. Integrarea este o parte necesară a fiecărei ședințe de terapie.

## A LUCRA ÎN CONTEXT VS. A LUCRA CU TRAUMA

Terapia în contextul unei traume din trecut necesită concentrarea asupra recuperării în urma acesteia, fără retrăirea amintirilor. Mulți specialiști în domeniu numesc această terapie *trauma informed* (care ține cont de noile descoperiri din domeniul traumei) (Fallot & Harris, 2001; Harris & Fallot 2001). E strâns legată de faza 1 a lui Janet. În terapia de recuperare în urma traumei, faptul că trauma a avut loc nu e uitat. Recunoașterea traumei și validarea simptomelor care o însoțesc sunt importante. Totuși, detaliile legate de întâmplări trebuie lăsate deoparte, punându-se accentul pe dezvoltarea stabilității. Atenuarea simptomelor și recăștigarea unui control asupra corpului, a minții și a vieții sunt principalele obiective.

Prin contrast, lucrul cu amintirile traumatiche implică neapărat o concentrare asupra trecutului. Și, cum s-a discutat anterior, implică, de asemenea, perioade de destabilizare. Acesta e principalul motiv pentru care e recomandată amânarea unei rezolvări, adică a fazei a 2-a, până când pacientul e suficient de stabil și în siguranță.

### *Recuperarea în urma traumei*

Terapia de recuperare în faza 1 are ca scop principal îmbunătățirea calității vieții cotidiene a clientului. În acest caz, accentul se pune, în mod necesar, asupra noțiunilor de „aici” și „acum”. Printre instrumentele recomandate se află intervenția în criză, pregătirea pentru stabilizare, terapia de suport și cea de mindfulness (care va fi discutată pe larg în Capitolul Opt). Atunci când clienții se implică (sau când crește semnificativ nivelul de implicare), rezultatele dorite

pot fi observate în responsabilitățile lor zilnice la lucru, la școală și acasă, în interacțiunea lor cu familia, prietenii și comunitatea și în activitățile prin care își îmbunătățesc sănătatea și condiția fizică.

Deși concepută inițial pentru a-i ajuta pe cei cu tulburări de personalitate borderline, terapia comportamentală dialectică (DBT) reprezintă un sprijin extrem de util în faza 1 de recuperare în urma traumei. Ea include multe instrumente și tipuri de intervenții pentru stabilizare și siguranță. Pentru terapeuții care consideră că nu au suficiente resurse pentru a face față nevoilor de stabilizare din faza 1 ale unui client, lecturarea uneia sau a mai multor cărți sau cursuri despre DBT le va îmbogăți simțitor gama de instrumente și tehnici de intervenție pentru faza 1 (Linehan 1993, 2014).

Uneori, în graba de a interveni asupra amintirilor legate de traume în faza a 2-a, pot fi scăpate din vedere aspectele unor crize existențiale. Noi, toți (inclusiv eu), ar trebui să ne reamintim ce am învățat în facultate despre intervenția în cazul crizelor și despre nevoile bazale pentru supraviețuire ale oamenilor, așa cum sunt descrise, de exemplu, în *piramida nevoilor* a lui Maslow. Adesea, clientul traumatizat trăiește într-o situație de criză. În astfel de împrejurări, oricât de mult s-ar insista asupra procesării în faza a 2-a, nu se va ajunge la un rezultat bun. Mai mult, încercarea de a lucra cu amintirile rezultate în urma traumei în cazul cuiva care se află într-o stare de criză sau de traumă poate avea efecte extrem de neplăcute.

Poate fi dificil atât pentru terapeut, cât și pentru client să lase amintirile în trecut în favoarea recuperării. Janina Fisher (2009) le reamintește specialiștilor din domeniul traumei că rememorarea evenimentelor din trecut sau descrierea episoadelor de flashback nu este în interesul imediat al clientului, atunci când obiectivul urmărit îl reprezintă recuperarea și stabilizarea sau când clientul nu e suficient de bine pregătit să facă față dereglărilor care însoțesc aceste relatări. În cazul clienților pentru care terapia de recuperare în urma traumei va consta doar în faza 1, a renunța la trecut va fi unul dintre obiectivele principale.

Practica mindfulness este unul dintre aliații principali în toate fazele tratamentului, deși este extrem de importantă pentru stabilirea unei fundații în faza 1 care creează o ancoră în aici-și-

acum. Gândiți-vă: ce este TSPT? Una dintre caracteristicile sale principale e atragerea conștientizării persoanei în trecut prin intermediul imaginilor intruzive și al flashbackurilor: trecutul invadează prezentul. Prin contrast, practica mindfulness implică aducerea continuă a conștientizării *în momentul prezent*, întărind conectarea individului la aici și acum. Totuși, această practică poate fi dificilă pentru anumite persoane cu TSPT, ca și pentru cei cu tulburări de anxietate și panică. Capitolul Opt se va referi în detaliu la aceste probleme, făcând mindfulnessul mai ușor accesibil pentru toți clienții afectați de TSPT.

O altă strategie care poate ajuta la recuperarea în urma traumei e aceea de a „slăbi” amintirile specifice traumei. Acesta este un fenomen care apare în mod natural la persoanele care au suferit traume, dar care nu au dezvoltat TSPT (van der Kolk, 2001; Lee, Villant, Torrey, & Elder, 1995). Se pare că, atunci când experiențele traumatice nu duc la TSPT, e posibilă consolidarea normală a memoriei. Acest lucru înseamnă că, în cazul majorității oamenilor, amintirile de orice fel se estompează în timp; e un proces natural. Atât amintirile despre evenimentele plăcute, cât și cele despre evenimentele neplăcute își pierd atât claritatea, cât și impactul. Acest proces normal poate fi uneori înlesnit la o persoană afectată de TSPT, dacă e ajutată să se concentreze asupra *epilogului* experiențelor trăite (Rothschild, 2010). Practic, crearea unui epilog implică o concentrare a atenției asupra evenimentelor de viață *care au urmat* traumei, care:

1. Confirmă faptul că incidentul s-a terminat.
2. Atestă faptul că individul a supraviețuit.
3. Ilustrează faptul că viața și-a urmat cursul.

Desigur, aceste lucruri nu sunt valabile pentru toți cei la care se manifestă TSPT. Unii, de exemplu, pot să-și continue viața în condiții traumatice ori evenimentele care au urmat traumei este posibil să fi fost, de asemenea, îngrozitoare sau să fi inclus traume suplimentare. În astfel de cazuri e contraindicat să se lucreze asupra epilogului; *nu* e deloc o idee bună. Totuși, la acei clienți la care un epilog ar îndeplini cele trei criterii de mai sus ar putea fi o metodă

utilă și de efect. Aplicațiile clinice ale epiloulului vor fi discutate și ilustrate mai pe larg în Capitolul Șase.

Criteriile pe baza cărora se poate estima dacă persoanele în cauză și-au revenit după o traumă ar trebui să includă:

- O reducere în limite rezonabile a simptomelor și controlul deplin asupra celor care persistă, inclusiv:
  - Capacitatea de a reveni din starea de disociere.
  - Eficacitate în oprirea unui flashback.
  - Dobândirea abilităților de a calma atacurile de anxietate sau panică.
- Îndeplinirea rolului în viață ca:
  - elev, student
  - părinte
  - persoană care muncește.
- O îmbunătățire considerabilă, simțită și observată, a calității vieții.
- Capacitatea de a face față stresului mult îmbunătățită.
- Capacitatea de a distinge elementele declanșatoare ale traumei de evenimentul în sine.

Mai jos avem trei exemple ale unor clienți afectați de traume, care sunt, cel puțin așa cum se prezintă acum, mult mai potrivite pentru a lucra la recuperarea în urma traumei decât la soluționare.

*Greg* a fost abuzat fizic și sexual în copilărie. În mare măsură, el a învățat să facă față cu bine situației și are o slujbă foarte bună. Totuși, se descrie ca fiind fragmentat. E ca și cum, afirmă el, a lăsat o parte din el în copilărie. Își imaginează că acea parte a sa e blocată în timp și vrea să o regăsească. *În orice caz*, insistă că trebuie să retrăiască imediat evenimentele traumatice suferite, cu orice preț.

*Maryellen* a fost neglijată în copilăria mică și apoi a fost abuzată sexual de o rudă. Acum, la 45 de ani, suferă de TSPT în urma experiențelor traumatice anterioare și a unei experiențe medicale deosebit de traumatizante, din urmă cu trei ani. A apelat la terapie, deoarece urmează să fie supusă unei intervenții chirurgicale absolut necesare și e afectată de panică atunci când are de-a face cu medici, programări medicale și cu iminența operației. Singurul

său obiectiv urmărit în urma terapiei e depășirea acestei operații fără să înnebunească.

*Eric* a revenit recent din serviciul militar activ. El, ca mulți alți soldați, a dus lupte violente și a ucis în urma ordinelor primite, fiind în același timp martor la moartea multora dintre camarazii săi. Deși diagnosticat cu TSPT, pare să funcționeze bine acasă și la lucru. Totuși, înalta sa funcționalitate e înșelătoare. El afirmă că a învățat cum să facă față vieții de civil detașându-se complet de emoțiile sale. În general, afirmă că e inert din punct de vedere emoțional. Prin urmare, funcționează bine, dar nu simte că ia parte la viața sa. A ajuns să apeleze la terapie în speranța că își va regăsi sentimentele, fără să retrăiască experiențele îngrozitoare din război.

Vom analiza mai pe larg cazurile acestor trei clienți în capitolele următoare. *Greg* (Capitolul Trei) trebuie mai întâi să dobândească instrumentele necesare de oprire a flashbackurilor și să fie convins de avantajele oferite de acestea, înainte de a se conecta în siguranță cu partea traumatizată a personalității sale pe care simte că a lăsat-o în trecut. Stabilizarea o va ajuta pe *Maryellen* (Capitolul Cinci) să facă față operației prin recunoașterea resurselor proprii și dobândirea unor noi – unele care îi erau cunoscute, dar pe care nu le putea accesa, și altele pe care și le va dezvolta pornind de la zero. Iar emoțiile lui *Eric* (Capitolul Șase) pot fi retrezite în același mod prin expunerea la anumite amintiri pozitive puternice din viața sa.

### *Soluționarea amintirilor traumatice*

Soluționarea amintirilor traumatice din faza a 2-a se concentrează asupra amintirilor legate de traume – de preferat asupra unui singur eveniment pe rând. Decizia implicării în faza a 2-a a terapiei trebuie să fie una comună: a terapeutului și a clientului. Terapeutul trebuie să fie responsabil pentru siguranță, ceea ce include și reținerea clientului care vrea să abordeze faza a 2-a de soluționare a amintirilor până când acesta va avea stabilitatea și rezistența necesare pentru a reuși. Și, desigur, terapeutul trebuie să respecte dorința clientului care nu vrea să se gândească la trecut. Oricum, când clientul e suficient de stabil și sigur, iar cei doi sunt de acord, soluționarea amintirilor traumatice poate fi foarte benefică.

Sunt multe opțiuni pentru soluționarea amintirilor traumatice în faza a 2-a. Dacă în multe sectoare aderarea strictă la *baza de dovezi* va stabili ce metode sunt permise, o strategie mai bună ar fi ca decizia să fie luată de comun acord între terapeut și client. Este recomandat ca terapeuții să-și completeze arsenalul profesional cu o gamă variată de metode potrivite stilului lor personal. Un minimum de trei metode diferite constituie un început bun. E important ca terapeutul să dispună de mai multe metode dintre care să aleagă, deoarece *niciuna nu e aplicabilă tuturor clienților*. Nu uitați, oricât de bună ar fi metoda – și majoritatea sunt foarte bune –, nu se aplică tuturor persoanelor traumatizate. Într-un cadru ideal, terapeutul oferă și descrie două sau trei metode care se potrivesc stilului său, iar clientul alege să o încerce (sau să o încerce în primul rând) pe cea care pare cea mai promițătoare. Un alt motiv pentru care abilitatea terapeutului de a utiliza mai multe metode e atât de importantă îl reprezintă tendința clienților afectați de traume de a căuta cele mai recente sau mai populare metode de care au auzit, iar terapeuții să fie constrânși de limitele educației clinice sau personale. Nu uitați că factorul cel mai important în reușita unei terapii (și, de asemenea, în terapia traumei) este relația terapeutică. Atunci când terapia este constrânsă de limitarea terapeuților și a clienților la o metodă sau alta – oricare ar fi acea metodă –, acest lucru va duce doar la îngreunarea progresului în multe terapii (dacă nu în majoritatea lor). Cum am menționat anterior, pierderea controlului stă la baza TSPT. Așadar, când atât clientului, cât și terapeutului li se ia controlul asupra metodei terapeutice, există un risc sporit de rupere a relației.

Deși diferitele metode au propriul mecanism, toate au anumite caracteristici în comun. Unele metode au ca scop desensibilizarea memoriei prin expunerea repetată la aceasta; altele procesează amintirile în segmente scurte; există și metode axate mai mult pe eliminarea efectelor traumei asupra corpului; și toate – într-un fel sau altul – urmăresc vindecarea în urma impactului traumei asupra minții și psihicului. (Pentru o discuție mai amplă și compararea mai multor metode diferite de terapie a traumei, vezi *Trauma Essentials* [Rothschild, 2011].)

Durata de soluționare a unei memorii afectate de traumă va depinde de mulți factori. Dar asigurarea unei durate adecvate de timp pentru obținerea siguranței și stabilizării în faza 1 va garanta un proces al terapiei mai scurt și mai ușor de controlat. De nenumărate ori, consultarea cazurilor în care faza a 2-a decurge prost (disociere, decompensare, spitalizare și așa mai departe) arată că etapa de lucru din faza 1 a fost fie inexistentă, fie scurtată pentru a se trece la soluționarea amintirilor. De obicei, acest lucru se întâmplă când există o presiune de a scurta durata terapiei. Mai ales în clinici, unde numărul ședințelor de terapie pentru tratarea traumei este extrem de limitat, atât terapeutul, cât și clientul simt adesea nevoia să avanseze către faza de lucru asupra amintirilor. Ar fi de mare folos tuturor dacă administratorii care iau aceste decizii și-ar da seama că acordarea unui timp mai mare pentru fazele 1 și 3 poate duce la reducerea timpului necesar pentru faza a 2-a.

Recunoașterea reușitei în soluționarea amintirilor rezultate în urma traumei include:

- Amintirea traumei nu mai e un factor declanșator, adică revenirea la relatarea evenimentului nu mai duce la hiperexcitare, disociere sau alte simptome similare.
- Simptomele asociate cu amintirile legate de traume și TSPT au fost anulate.
- Evitarea factorilor care amintesc de traumă nu mai e o problemă.
- Clientul e implicat deplin în „viața normală”.
- Sistemul nervos al clientului se reface cu ușurință (normal) după stresul de zi cu zi.

Nu poate fi subliniat cu destulă tărie că, în ciuda avantajelor unei terapii reușite în faza a 2-a de soluționare a amintirilor rezultate în urma traumei, tocmai aceste avantaje dispar atunci când se încearcă obținerea soluționării fie prematur, fie împotriva voinței clientului.

Care client ar fi cel mai potrivit pentru soluționarea amintirilor rezultate în urma traumei?

*Peter*, veteran de război, a văzut cum prietenul lui cel mai bun a fost aruncat în aer de o mină pe care călcase. În ciuda unei terapii

de stabilizare, care a avut efect, și a sprijinului constant din partea familiei și al prietenilor, el simte că nu s-a terminat. A învățat să oprească imixtiunea imaginilor mintale (Vezi „Controlarea imaginilor”, în Rothschild, 2003), dar simte că i-ar folosi mai mult confruntarea amintirilor și eliminarea emoțiilor asociate. La spitalul Administrației pentru Veterani la care e arondat, terapeuții lucrează mai ales cu metoda cognitiv-comportamentală a expunerii prelungite. Peter simte că e pregătit să-și înfrunte amintirile prin această metodă.

*Gabrielle* a fost violată de un necunoscut în perioada când studia la universitate. A făcut față cu bine situației, în ciuda suferinței îndurate. Și-a terminat studiile, a început o carieră de succes și a devenit soție și mamă. Fiica ei urmează să plece la facultate peste un an, iar *Gabrielle* a apelat la terapie când s-a făcut simțit efectul întârziat al TSPT. Intrase în panică la gândul că fiica ei va sta singură într-un dormitor sau apartament în care ea nu o putea proteja. Faza 1 a decurs bine. Ea înțelege deosebirea dintre ea și fiica sa și e capabilă să aplice eficient conștientizarea duală. Cu toate acestea, simte că, dacă și-ar procesa amintirile problematice și le-ar așeza în siguranță în trecut, ar reuși să-și lase fiica să-și trăiască propria viață. Desensibilizarea și reprocesarea prin mișcări oculare (EMDR) e metoda despre care ea crede că o va ajuta cel mai mult.

*Donna* și familia sa au supraviețuit tsunami-ului din 2004 din Oceanul Indian. Erau în vacanță când s-a produs. Timp de 12 ore ea a fost într-o stare de panică și haos, până când a reușit să-i găsească și să-i strângă pe toți ai casei la un loc. Deși au supraviețuit, ea nu a reușit să scape de teamă și de senzația de dezastru iminent. Terapia în faza 1 a fost eficientă și recunoaște deosebirea între acum și atunci. Cu toate acestea, continuă să simtă nevoia de a-și proteja excesiv familia, iar acest lucru se reflectă asupra căsniciei fiicei sale și a nașterii primului său nepot. Ea consideră că, retrăind amintirile legate de tsunami, va putea recunoaște atât în mintea, cât și în corpul său faptul că a fost un eveniment unic, astfel încât să poată înceta să se mai teamă că o tragedie similară îi va răpi familia și nepotul. Orientându-se mult asupra corpului, *Donna* a ales experimentarea somatică pentru procesarea traumei sale.

## TRECUT VS. PREZENT ȘI VIITOR

După cum probabil ați bănuț deja, alegerea terapiei axate pe recuperarea în urma traumei sau a soluționării amintirilor rezultate în urma traumei e strâns legată de obiectivul dorit, concentrarea asupra prezentului sau asupra trecutului. Și, din moment ce acest lucru pare evident, aș vrea să îl discut mai pe larg. Pe scurt, răspunsul e că una sau cealaltă dintre aceste abordări poate fi mai eficientă într-un anumit moment. Totuși, cum am discutat în introducerea acestei cărți, în profesia noastră e posibil să fi acordat o importanță prea mare trecutului și profit de această ocazie să prezint un argument în favoarea punctului meu de vedere.

Adevărul e că trecutul nu se schimbă. Ce a fost a fost. Orice am face în terapie – sau chiar pe un plan ezoteric ori spiritual – nimeni nu poate schimba trecutul. Cum e amintit, descris, simțit sau interpretat, cum ne raportăm la el, punctele de vedere diferite pot schimba totul, însă faptele din trecut sunt permanente. Nu putem schimba trecutul, oricât de mult ne-am strădui sau oricât de bune ar fi metodele noastre. Pur și simplu, nu e posibil. Trecutul este, la propriu, imposibil de atins și de controlat. Punct.

Vestea bună e că putem schimba *efectul* pe care trecutul continuă să-l aibă asupra noastră și asupra clienților noștri, acum și în viitor. Acesta e în realitate obiectivul, atât în recuperarea în urma traumei, cât și în soluționarea amintirilor legate de traumă. Cu toate acestea, unele metode de terapie pun, consider eu, un accent inegal pe retrăirea trecutului, adesea în mod repetat. Acest lucru poate duce la o desensibilizare a amintirilor din trecut, dar să nu aibă în vedere efectul traumei asupra persoanei respective în viața de zi cu zi și pe viitor.

Există mai multe abordări eficiente privind atenția acordată efectelor traumei astăzi. Cum am menționat anterior, metodele mindfulness și DBT sunt în special adecvate pentru faza 1 a terapiei. Pentru terapia de soluționare din faza a 2-a, *experimentarea somatică* a lui Peter Levine și EMDR a lui Francine Shapiro sunt concepute în mod special pentru *efectele din prezent* ale traumei din trecut. Experimentarea somatică face acest lucru învățându-l pe client să-și monitorizeze reacțiile produse de o amintire rezul-