

LBRIS

We know
books

Babette Rothschild

CORPUL ÎȘI AMINTEȘTE

Psihofiziologia și terapia traumei

Traducere din limba engleză:

RAMONA ANGHEL

Prefață de:

DIANA LUCIA VASILE

EDITURA  HERALD

București

CUPRINS

MULȚUMIRI	7
INTRODUCERE	
Despre construirea de punți	9
Lucrul cu corpul nu necesită atingere	12
Controversa amintirilor false	13
Structura acestei cărți	14
O precizare	15
PARTEA I	
CAPITOLUL UNU	
Prezentare generală a tulburării de stres posttraumatic (TSPT)	19
Charlie și câinele. Partea I	27
Simptomatologia TSPT	22
Diferența dintre stres, stres traumatic, stres posttraumatic și TSPT	25
Supraviețuirea și sistemul nervos	25
Reacția defensivă față de amenințarea reamintită	29
Disociere, îngheț și TSPT	31
Consecințe ale traumei și ale TSPT	32
CAPITOLUL DOI	
Dezvoltarea, memoria și creierul	35
Creierul în dezvoltare	36
Ce este memoria?	49

CAPITOLUL TREI
Corpul își amintește

63

Bazele senzoriale ale memoriei 64

Charlie și câinele. Partea a II-a 73

Sistemul nervos autonom: hiperexcitarea
și reflexele de luptă, fugă și îngheț 74

Sistemul nervos somatic: mușchi, mișcare și memorie kinestezică 80

Emoțiile și corpul 87

CAPITOLUL PATRU

Expresii ale traumei neamintite încă

97

Disocierea și corpul 98

Flashback-uri 103

PARTEA a II-a

CAPITOLUL CINCI

Înainte de toate, să nu faci rău

109

Despre frânare și accelerare 111

Evaluare și apreciere 112

Rolul relației terapeutice în psihoterapia traumei 114

Siguranța 121

Dezvoltarea resurselor și refamiliarizarea cu ele 123

Oaze, ancore și locul sigur 128

Importanța teoriei 132

Respectarea diferențelor individuale 135

Zece fundamente pentru o psihoterapie a traumei sigură 135

CAPITOLUL ȘASE

Corpul ca resursă

137

Conștientizarea corporală 137

Împrietenirea cu senzațiile 144

Corpul ca ancoră 145

Charlie și câinele. Partea a III-a 146

Corpul drept reper	147
Corpul ca frână	155
Corpul ca jurnal: înțelegerea senzațiilor	156
Memoria somatică ca resursă	159
Facilitarea psihoterapiei traumei utilizând corpul ca resursă	160

CAPITOLUL ȘAPTE

Tehnici somatice suplimentare pentru o psihoterapie a traumei mai sigură	171
---	-----

Conștientizarea duală	171
Tonusul muscular: încordare versus relaxare	178
Granițele fizice	185
Problema atingerilor dintre client și terapeut	193
Reducerea impactului încheierii ședinței	195

CAPITOLUL OPT

Amintirea somatică devine istorie personală	197
---	-----

Atenție la direcția greșită	198
Separarea trecutului de prezent	204
Abordarea în primul rând a consecințelor traumei	205
Conectarea conținutului implicit cu cel explicit	210
Gail. Partea a II-a	211
Charlie și câinele. Ultimul episod	222

BIBLIOGRAFIE	226
--------------	-----

INDEX	232
-------	-----

01 PREZENTARE GENERALĂ A TULBURĂRII DE STRES POSTTRAUMATIC (TSPT)

Impactul traumei asupra corpului și a minții

Dacă este adevărat că la baza dezorganizării pacienților noștri traumatizați și neglijați se află problema că ei nu pot analiza ceea ce se întâmplă când reexperimentează senzațiile fizice ale traumei din trecut, dar că aceste senzații doar produc emoții intense fără a le putea modula, atunci psihoterapia noastră trebuie să consistă din ajutorul oferit oamenilor pentru a rămâne în contact cu corpul lor și să înțeleagă aceste senzații corporale. Și cu siguranță acesta este un lucru în privința căruia niciuna dintre psihoterapiile tradiționale, pe care le-am învățat cu toții, nu-i ajută foarte bine pe oameni.

Bessel van der Kolk (1998)

Următorul caz „Charlie și câinele”¹ ilustrează în mod corespunzător modul în care corpul își amintește experiențele traumatiche. Acest caz este prezentat în mai multe părți, începând cu această primă parte, care prezintă evenimentul traumatic al lui Charlie și simptomele somatice și psihologice ce au rezultat. În capitolele următoare vor fi detaliate intervențiile care l-au ajutat pe Charlie să rezolve impactul incidentului traumatic. În plus, informații ilustrative despre Charlie vor fi întretesute pe parcursul textului,

¹ Pentru a proteja intimitatea și confidențialitatea, toate informațiile de identificare au fost modificate în fiecare studiu de caz și în fiecare descriere a unei ședințe terapeutice de pe parcursul acestei cărți. Din același motiv, multe dintre cazurile prezentate sunt de fapt compuse din mai multe cazuri. În fiecare situație au fost menținute principiile de bază și rezultatul psihoterapiei.

oferind un fir comun care conectează elementele de teorie și practică din această carte.

CHARLIE ȘI CÂINELE. PARTEA I

Acum câțiva ani, ieșind într-o duminică după-masă la o plimbare agale cu bicicleta pe un drum de țară, reveria în ritm de pedalare a lui Charlie a fost întreruptă brusc când un câine mare a început să îl urmărească, lătrând furios. Ritmul cardiac al lui Charlie a crescut, gura i s-a uscat, iar picioarele lui au avut brusc mai multă putere și forță decât crezuse el vreodată. A pedalat din ce în ce mai repede, însă câinele i-a egalat ritmul și apoi l-a depășit. Până la urmă câinele l-a ajuns din urmă și l-a mușcat pe Charlie de coapsa dreaptă. Când Charlie a căzut cu bicicleta, câinele și-a continuat atacul, lătrând. Charlie și-a pierdut cunoștința. Din fericire, el a căzut într-o zonă publică unde mai mulți oameni s-au grăbit să îl ajute, alungând câinele și chemând o ambulanță. Piciorul lui Charlie s-a vindecat repede, însă nu același lucru s-a întâmplat cu mintea și sistemul său nervos. El a continuat să fie agitat de fiecare dată la vederea unui câine. Doar vederea unuia – chiar și când era încuiat într-o casă, în spatele unei uși, a unei ferestre sau a unui gard – îl făcea pe Charlie să aibă transpirații reci, să i se usuce gura și să aibă o stare de leșin. De la acel incident el a păstrat distanța față de toți câinii, chiar și câinii de companie ai prietenilor, evitând contactul ori de câte ori era posibil. Obișnuia să traverseze strada pentru a evita un câine de pe partea lui de stradă, fie că acesta era pe trotuar sau în spatele unui gard. Nu încuraja niciodată un câine să intre în contact cu el, nu vorbea niciodată unuia și nici nu mângâia vreunul. Pe măsură ce timpul a trecut, viața lui Charlie a devenit din ce în ce mai restricționată, deoarece el încerca să evite orice contact cu câinii.

Apoi, la un moment dat, în timpul unei ședințe de training la un centru de meditație, Charlie a fost confruntat în mod neașteptat cu cea mai mare frică a sa. El stătea confortabil pe o saltea, ascultând o prelegere, fiind concentrat asupra lectorului (care stătea la stânga sa), și nu asupra mediului înconjurător. Fără știrea lui Charlie, mascota canină a centrului, Ruff, se alăturase grupului. Fără să fie invitat, Ruff s-a

apropiat în liniște prin partea dreaptă a lui Charlie (în afara câmpului său vizual), s-a așezat și și-a pus ușor capul pe piciorul drept al lui Charlie, sperând să fie mângâiat. Charlie, simțind greutate pe piciorul său drept, s-a uitat și l-a zărit pe Ruff cu colțul privirii. Apoi, imediat și fără exagerare, el a încremenit de panică. Gura lui Charlie s-a uscat, ritmul său cardiac a crescut și membrele i-au întepenit, astfel încât nu mai putea să se miște deloc. Abia putea să vorbească.

Reacția lui Charlie la Ruff nu a fost doar în mintea sa. În mod rațional, Charlie și-a amintit atacul câinelui și a știut că se temea de câini. El știa de asemenea că Ruff nu îl ataca. Dar toate gândurile sale raționale păreau a nu avea niciun efect asupra sistemului său nervos. Corpul lui Charlie a reacționat ca și cum era atacat sau urma să fie atacat din nou. A rămas paralizat. Ce s-a întâmplat în creierul și în corpul lui Charlie de a cauzat o reacție atât de extremă în absența unei amenințări efective? De ce nu a putut Charlie să se miște sau să împingă câinele deoparte? De ce a continuat să i se usuce gura și să aibă transpirații reci doar la vederea unui câine, chiar aflat la o distanță sigură? Ce putea fi făcut pentru a-l ajuta pe Charlie să nu mai aibă aceste reacții extreme în prezența câinilor? Răspunsul la aceste întrebări asigură baza cărții *Corpul își amintește*.

O premisă fundamentală

Trauma reprezintă o experiență psihofizică, chiar dacă evenimentul traumatic nu cauzează nicio vătămare corporală directă. Faptul că evenimentele traumatice produc consecințe negative atât asupra corpului, cât și asupra minții constituie o concluzie bine documentată și acceptată în comunitatea psihiatrică, după cum este atestat în *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th Edition (Manualul de diagnostic și clasificare statistică a tulburărilor mintale, ediția a IV-a)*, al Asociației Americane de Psihiatrie (DSM-IV). O categorie importantă în lista simptomelor tulburării de stres posttraumatic (TSPT) este denumită „simptome persistente de excitație crescută” a sistemului nervos autonom (SNA)

(APA, 1994). Totuși, în ciuda unei mulțimi de studii și lucrări pe tema neurobiologiei și psihobiologiei stresului, traumei și a TSPT, psihoterapeutul a avut până acum puține instrumente pentru vindecarea atât a corpului, cât și a minții traumatizate. Atenția acordată corpului a avut tendința să se concentreze asupra simptomelor TSPT, asupra problemelor de adaptare rezultate și asupra posibilei intervenții farmacologice. Utilizarea corpului însuși drept o posibilă resursă în tratamentul traumei a fost rareori explorată. Memoria somatică a fost menționată ca fenomen (van der Kolk, 1994), însă au apărut puține teorii și strategii care să fie fondate științific, pentru identificarea, conținerea și utilizarea ei în procesul psihoterapeutic.

Înțelegerea modului în care creierul și corpul prelucrează, memorează și perpetuează evenimentele traumatice oferă multe soluții pentru tratamentul corpului și al minții traumatizate. În unele cazuri, intervenții somatice directe, când acestea sunt utilizate drept adjuvanți în terapii existente ale traumei, pot avea un efect puternic în combaterea efectelor traumei. Mai mult, tehnici somatice variate pot fi utilizate pentru a face orice proces psihoterapeutic mai ușor de măsurat și mai puțin volatil. Atenția acordată părții somatice a traumei nu trebuie să necesite din partea practicianului o schimbare de direcție sau de concentrare. Instrumentele oferite aici pot fi utilizate sau adaptate în cadrul modelelor existente de psihoterapie a traumei, extinzând și augmentând ceea ce se face deja.

SIMPTOMATOLOGIA TSPT

TSPT perturbă funcționarea celor afectați, influențându-le abilitățile de a-și răspunde nevoilor zilnice și de a realiza cele mai simple sarcini. În TSPT, un eveniment traumatic nu este amintit și clasat în trecutul personal așa cum se întâmplă cu alte evenimente din viață. Trauma continuă să deranjeze realitatea vizuală, auditivă și/sau orice altă realitate somatică a vieții victimelor sale. Ele retrăiesc iar și iar experiențele suferite care le-au amenințat viața, reacționând în mintea și corpul lor ca și cum asemenea evenimente încă au loc. TSPT reprezintă o stare psihobiologică complexă. Aceasta

poate apărea ca rezultat al experiențelor care periclitează viața, când reacțiile de stres psihologic și somatic persistă mult timp după ce evenimentul traumatic s-a terminat.

Există o presupunere greșită că oricine experimentează un eveniment traumatic va dezvolta TSPT. Acest lucru este departe de a fi adevărat. Rezultatele studiilor variază, însă în general confirmă faptul că doar o parte dintre cei care se confruntă cu asemenea incidente – aproximativ 20% – vor dezvolta TSPT (Breslau, Davis, Andreski & Peterson, 1991; Elliot, 1997; Kulka *et al.*, 1990). Ceea ce îi diferențiază pe cei care nu dezvoltă această tulburare reprezintă încă un subiect controversat, însă există multe indicii. Factorii nonclinici care mediază stresul traumatic par să includă: pregătirea pentru stresul așteptat (când este posibil), reacții reușite de luptă sau fugă, istoria personală de dezvoltare, sistemul de credințe, experiența anterioară, resursele interne și sprijinul (din partea familiei, comunității și rețelelor sociale).

În istoria psihologiei, TSPT este o categorie diagnostică relativ nouă. Aceasta a apărut pentru prima dată în 1980 în *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, ediția a III-a (DSM-III; APA, 1980), autoritatea în psihologie și psihodiagnostic acceptată la nivel internațional. Definiția din DSM-III a ceea ce putea cauza TSPT era limitată. Aceasta era văzută ca dezvoltându-se dintr-o experiență pe care oricine ar găsi-o traumatică. Au existat cel puțin două probleme cu această definiție: nu a lăsat loc pentru percepția sau experiența individuală a unui eveniment și a presupus în mod greșit că toată lumea ar dezvolta TSPT dintr-un asemenea eveniment. Definiția actualmente acceptată, așa cum a fost revizuită în DSM-IV (APA, 1994), este mult mai largă. Această definiție ia în considerare faptul că TSPT se poate dezvolta la un individ ca o reacție la trei tipuri de evenimente: (1) incidente care sunt sau care sunt percepute a fi amenințătoare pentru viața sau integritatea corporală proprie; (2) faptul de a fi martor la acte de violență față de alții sau (3) aflarea despre acte de violență față de persoane apropiate sau despre moartea inopinată sau violentă a acestora. Evenimente

care ar putea fi calificate drept traumatice atât pentru adulți, cât și pentru copii, potrivit DSM-IV, includ lupta armată, atacul sexual și fizic, faptul de a fi luat ostatic sau încarcerarea, terorismul, tortura, dezastrele naturale sau provocate de om, accidentele și faptul de a fi diagnosticat cu o maladie care amenință viața. În plus, DSM-IV specifică faptul că TSPT se poate dezvolta la copiii care au experimentat molestare sexuală, chiar dacă aceasta nu le-a pus viața în pericol. Acesta adaugă „Tulburarea poate fi extrem de severă sau de lungă durată când stresorul este de premeditare umană (de ex., tortura, violul)” (APA, 1994, p. 424).

Simptomele asociate cu TSPT includ (1) retrăirea evenimentului în diverse forme senzoriale (*flashback*-uri), (2) evitarea stimulilor asociați cu trauma și (3) supraexcitarea cronică a sistemului nervos autonom (SNA). DSM-IV recunoaște faptul că astfel de simptome sunt normale în perioada imediat următoare unui eveniment traumatic. TSPT este diagnosticat pentru prima oară când simptomele durează mai mult de o lună și sunt combinate cu pierderea funcționării în domenii precum locul de muncă al persoanei sau relațiile ei sociale.

Tulburarea somatică se află la baza TSPT. Oamenii care suferă de această tulburare îndură multe dintre aceleași simptome fizice înfricoșătoare care sunt caracteristice pentru hiperexcitarea SNA trăită în timpul incidentelor traumatice (*așa cum era și Charlie*): ritm cardiac accelerat, transpirații reci, respirație accelerată, palpitații, hipervigilență și o reacție exagerată de surpriză (tresăriri nervoase). Când sunt cronice, aceste simptome pot conduce la tulburări de somn, pierderea apetitului, disfuncții sexuale și dificultăți de concentrare, care sunt caracteristici adiționale ale TSPT. DSM-IV admite faptul că atât factori interni, cât și externi asociați cu evenimentul traumatic pot declanșa simptome TSPT, avertizându-ne că și numai simptomele somatice, singure, pot declanșa o reacție TSPT. Această tulburare poate reprezenta un cerc foarte vicios.

DIFERENȚA DINTRE STRES, STRES TRAUMATIC, STRES POSTTRAUMATIC ȘI TSPT

Hans Selye a definit stresul drept „reacția nespecifică a corpului la orice solicitare” (1984, p. 74). Fiind privit în general ca o reacție la experiențe negative, stresul poate rezulta, de asemenea, de pe urma experiențelor pozitive, dorite, precum căsătoria, mutarea, schimbarea locului de muncă și plecarea la facultate.

Cea mai extremă formă de stres este, bineînțeles, stresul rezultat în urma unui incident traumatic – *stresul traumatic*. *Stresul posttraumatic* (SPT) reprezintă stresul traumatic care persistă în urma (post) unui incident traumatic (Rothschild, 1995a). Doar când stresul posttraumatic se acumulează până la nivelul în care produce simptomele specificate în DSM-IV poate fi aplicat termenul de *tulburare de stres posttraumatic* (TSPT). TSPT implică un nivel ridicat de disfuncție zilnică. Deși nu există statistici, se poate ghici că există un număr semnificativ de supraviețuitori ai traumelor care au SPT, aceia care sunt trecuți cu vederea – fără a se fi recuperat după traumele lor, însă fără a avea debilitarea caracteristică TSPT. Acești indivizi pot beneficia, de asemenea, de terapia traumei. (*Nivelul de perturbare al lui Charlie este tipic pentru SPT. Acesta i-a cauzat reacții într-o parte a vieții sale – evitarea câinilor –, însă el funcționa normal în restul vieții sale.*)

SUPRAVIEȚUIREA ȘI SISTEMUL NERVOS

Excitarea, și în consecință hiperexcitarea traumatică, este mediată de sistemul limbic, care este localizat în centrul creierului, între trunchiul cerebral și cortex. Această parte a creierului reglează comportamentele de supraviețuire și de exprimare emoțională. Se ocupă în primul rând cu activitățile de supraviețuire, precum hrănirea, reproducerea sexuală și apărările instinctive de luptă sau fugă. Sistemul limbic influențează, de asemenea, procesarea mnezică.

Sistemul limbic are o relație strânsă cu sistemul nervos autonom (SNA). El evaluează o situație, transmițând semnale către SNA fie

pentru a odihni corpul, fie pentru a-l pregăti pentru efort. SNA joacă un rol în reglarea mușchilor netezi și a altor organe interne: inima și sistemul circulator, rinichii, plămânii, intestinele, vezica urinară, pupilele. Cele două ramuri ale sale, cea simpatică (SNS) și cea parasimpatică (SNP), funcționează de obicei în echilibru reciproc: când una este activată, cealaltă este suprimată. SNS este activat, în principal, în stări de efort și stres, atât pozitiv, cât și negativ. SNP este activat în primul rând în stări de odihnă și relaxare.

Sistemul limbic reacționează la aspectul extrem al amenințării traumatice, prin eliberarea unor hormoni care transmit corpului să se pregătească pentru o acțiune defensivă (vezi Figura 1.1, p. 28). În urma percepției amenințării, amigdala transmite un semnal de alarmă hipotalamusului (ambele fiind structuri în sistemul limbic) care acționează asupra a două sisteme: (1) activează SNS și (2) produce hormonul de eliberare a corticotoprinei (CRH). Aceste acțiuni continuă, fiecare cu o sarcină distinctă, însă asociată. În primul rând, activarea SNS va provoca, pe rând, ca glandele suprarenale să elibereze epinefrină și norepinefrină pentru a mobiliza corpul pentru luptă sau fugă. Acest fapt este realizat prin creșterea ritmului respirației și al bătăilor inimii pentru a furniza mai mult oxigen, trimițând sângele din piele în mușchi pentru a asigura mișcări rapide. (În cazul lui Charlie, *creșterea respirației și a fluxului sanguin din picioare au făcut posibil ca el să pedaleze mai repede și mai departe decât de obicei.*) În același timp, în celălalt sistem, CRH activează glanda hipofiză să elibereze hormonul adrenocorticotropic (ACTH), care va activa, de asemenea, glandele suprarenale, de această dată pentru a elibera un hidrocortizon, cortizolul. Odată ce incidentul traumatic s-a terminat și/sau reacția de luptă sau fugă a avut succes, cortizolul va întrerupe reacția de alarmă și producerea epinefrinei/norepinefrinei, ajutând la restabilirea homeostaziei corpului.

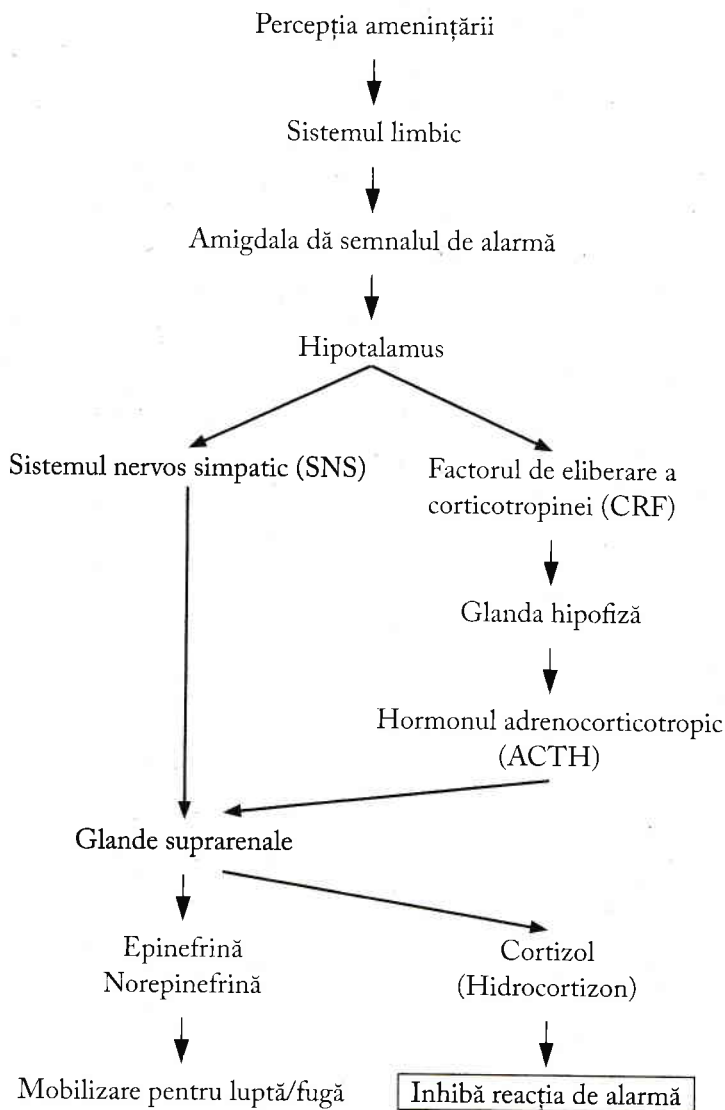
Acest sistem poartă numele de axa hipotalamo-hipofizo-corticosuprarenală (HHC). Motivul pentru care aceasta este importantă în lucrul cu trauma este acela că în TSPT ceva nu funcționează bine în interiorul ei. Rachel Yehuda (Yehuda *et al.*, 1990) a fost prima

care a descoperit faptul că la cei cu TSPT glandele suprarenale nu eliberează suficient cortizol pentru a întrerupe reacția de alarmă (vezi Figura 1.2, p. 30). Mai multe studii au arătat că indivizii cu TSPT au niveluri de cortizol mai scăzute decât cei din grupurile de control, chiar decât cei cu alte probleme psihologice, cum ar fi depresia (Bauer, Priebe & Graf, 1994; Yehuda *et al.*, 1990, 1995; Yehuda, Teicher, Levengood, Trestman & Siever, 1996). O concluzie care poate fi extrasă din aceste dovezi este faptul că, la nivel chimic, reacția de alarmă continuă, tipică pentru TSPT, este cauzată de un deficit de producere de cortizol. Cu toate acestea, nu se știe dacă acesta este un proces pur biologic sau dacă este influențat de percepția realizată în sistemul limbic. În timp ce nivelurile scăzute de cortizol din TSPT sunt dovedite, cauza lor constituie încă o întrebare.

O zonă de interes în ceea ce privește axa HHC și cortizolul o reprezintă reacția de îngheț la amenințarea traumatică. Când moartea poate fi iminentă, când scăparea este imposibilă sau amenințarea traumatică este prelungită, sistemul limbic poate activa în mod simultan SNP, cauzând o stare de îngheț/încremenire numită *imobilitate tonică* – precum un șoarece stă ca mort când este prins de o pisică sau într-o stare de înțepenire, precum o căprioară prinsă în lumina farurilor (Gallup & Maser, 1997). Tabloul chimic care determină imobilitatea trebuie să aibă legătură cu axa HHC, dar acest fapt nu a fost studiat până în prezent.

Aceste reacții ale sistemului nervos – lupta, fuga și înghețul (sau imobilitatea tonică) – sunt acțiuni automate de supraviețuire. Ele sunt similare reflexelor prin faptul că sunt instantanee, însă mecanismele care stau la baza acestor reacții sunt cu mult mai complexe decât simplele reflexe. Dacă percepția la nivelul sistemului limbic este că există forță, timp și spațiu suficiente pentru fugă, atunci corpul începe să alerge. Dacă percepția sistemului limbic este că nu există suficient timp pentru fugă, însă există suficientă forță pentru apărare, atunci corpul va lupta. Dacă sistemul limbic percepe că nu este nici timp, nici forță pentru luptă sau pentru fugă și moartea poate fi iminentă, atunci corpul va încremeni (îngheța).

Reacție normală la amenințare

**Figura 1.1.** Axa hipotalamo-hipofizo-corticosuprarenală (HHC).