

LRPIS

We know
books

Descrierea CIP a Bibliotecii Naționale a României

SCHWARTZ, ARIELLE

Manual de tratament pentru tulburarea complexă de stres posttraumatic (CPTSD): o abordare integrativă minte-corp pentru recuperarea în urma traumei / Arielle Schwartz... ; trad. din lb. engleză: Ana Ciutacu. –

București: Herald, 2024

ISBN 978-630-6550-77-7

I. Ciutacu, Ana (trad.)

615

Pentru noutăți și comenzi:

www.edituraherald.ro

office@edituraherald.ro

Tel: 021.319.40.60, 021.319.40.61

Fax: 021.319.40.59, 021.319.40.60

Mob: 0744.888.388, 0771.664.320

The Complex PTSD Treatment Manual

Copyright © 2021 Arielle Schwartz

This edition published by arrangement with Susan Schulman Literary Agency

All rights reserved.

Arielle Schwartz, PhD

MANUAL DE TRATAMENT
PENTRU TULBURAREA
COMPLEXĂ DE STRES
POSTTRAUMATIC (CPTSD)

*O abordare integrativă minte-corp
pentru recuperarea în urma traumei*

Traducere din limba engleză de
ANA CIUTACU

EDITURA  HERALD
București

MULȚUMIRI	15
INTRODUCERE	17
01. ÎNȚELEGEREA TRAUMEI ȘI A PTSD-ULUI COMPLEX	25
Reacția acută la stres	27
Tulburarea de stres posttraumatic (PTSD)	27
Tulburarea complexă de stres posttraumatic (CPTSD)	30
Criterii de diagnostic pentru CPTSD	32
Evaluarea pentru CPTSD	35
Stabilirea siguranței prin atragerea unei conștientizări ample, relaționale	49
Fereastra de toleranță	52
02. BAZELE TEORETICE ALE UNEI ABORDĂRI INTEGRATIVE A TRATAMENTULUI TRAUMEI	57
Factori comuni în recuperarea după traumă	57
Tratamentul pe etape	59
Neurofiziologia recuperării după traumă	64
Introducerea în terapie a controlului atențional, a alegerii și a izolării	68
03. NEUROFIZIOLOGIA TRAUMEI COMPLEXE	73
Teoria polivagală în tratamentul traumei	74
Modelul celor 6F ai reacțiilor la traume	78
Neurobiologia traumatizării cronice	80
Neurocepția și sistemul de interacțiune socială	88
Acordajul empatic și nervul vag	89
04. RELAȚIA TERAPEUTICĂ ÎN TRATAMENTUL TRAUMEI COMPLEXE	99
Atașament și identitate	100
Autenticitate și cultură corporalizată în terapia relațională	103
Conexiune și coreglare	108
Ruptura și repararea	114
Autoîngrijirea terapeutului	119

05. CULTIVAREA PREZENȚEI CU AJUTORUL TERAPIILOR BAZATE PE <i>MINDFULNESS</i>	123
Mindfulnessul în psihoterapie	124
06. ABORDAREA SIMPTOMELOR DISOCIATIVE CU AJUTORUL TERAPIEI DE LUCRU CU PĂRȚILE	141
Părți, stări ale eului și simptome disociative	142
Terapia de lucru cu părțile	147
07. RECONFIGURAREA CORPULUI CU AJUTORUL PSIHOLOGIEI SOMATICE	173
Corporalizarea în psihoterapie	175
Comunicările nonverbale în psihoterapie	182
Consolidarea conștientizării proximității	187
Construirea unor resurse somatice	189
Îmbunătățirea conștientizării posturale	195
Revendicarea mișcării de vindecare	197
08. REPROCESAREA TRECUTULUI PRIN TERAPII COGNITIV-COMPORTAMENTALE ȘI PRIN TERAPIA EMDR	203
Rețelele neuronale ale traumei	205
Construirea unor resurse pozitive	207
Reevaluarea cognitivă	213
Reprocesarea trecutului	218
09. RESTABILIREA STĂRII DE BINE CU AJUTORUL MEDICINEI COMPLEMENTARE ȘI ALTERNATIVE	235
Trauma și sănătatea	236
Integrarea medicinei complementare și alternative în terapie	240
Depășirea obstacolelor din calea obiectivelor de îngrijire a sănătății	246
Stimularea naturală a nervului vag	250
10. CULTIVAREA REZILIENȚEI ȘI A DEZVOLTĂRII POSTTRAUMATICE	267
Trăirea unei vieți pline de sens	268
CONCLUZIE	275
REFERINȚE	277

MULȚUMIRI

Toate cărțile sunt rezultatul unui efort de echipă. Sunt foarte recunoscătoare pentru susținerea pe care am primit-o din partea familiei mele dragi. Îi mulțumesc soșului meu, Bruce Feistner, pentru că a avut încredere în viziunea mea și pentru că mi-a acordat suficient timp pentru a o duce mai departe în lume. Mulțumesc copiilor mei, Eliana și Ian, pentru toate modurile în care mă inspirați cu bucuria și râsul vostru. Îmi umpleți lumea cu lumină. Le mulțumesc lui Carolyn Schwartz și lui Victor Goldman pentru că au crezut în mine și pentru că mi-au fost alături fără încetare. M-ați învățat ce este posibil atunci când suntem iubiți și acceptați în totalitate pentru ceea ce suntem.

O carte poate fi privită ca o moștenire, o contribuție semnificativă pentru lumea care continuă să trăiască după noi. În paginile de față, vă ofer cea mai bună sinteză a cunoștințelor și experiențelor mele actuale, în calitate de psiholog și specialist în tratarea traumelor. Inspirația pentru această lucrare a venit în urma multor ani de studiu și dezvoltare personală. Le sunt recunoscătoare profesorilor, autorilor și terapeuților înțelepți, a căror muncă a influențat teoriile și practicile prin care s-a conturat această carte. În mod direct, îi sunt recunoscătoare lui Betty Cannon, a cărei tutelă existențială și relațională mi-a modelat lumea personală și profesională mai mult decât oricare alta. Îi mulțumesc colegei și prietenei mele, Barb Maiberger, pentru scântea pe care a avut-o în ochi atunci când a recunoscut că mai aveam și alte cărți de scris. Prin intermediul numeroșilor noștri ani în care am predat împreună, am reușit să dezvoltăm un curriculum integrativ care aduce înțelepciunea terapiei de lucru cu părțile în terapia EMDR integrată somatic. Îi sunt recunoscătoare lui Jim Knipe pentru că mi-a acordat consultanță în terapia EMDR și pentru că mi-a comunicat înțelepciunea dobândită în urma multor ani în care a oferit sprijin persoanelor cu CPTSD.

atunci când lucrați cu persoane care au suferit evenimente traumatice repetate și răni interpersonale extinse sau trădări. În aceste momente, este important să aveți resurse de susținere care să vă ajute să reflectați asupra acestor provocări. Probabil vă puteți aminti momente în care ați analizat un caz dificil cu un supervizor și ați descoperit noi perspective și modalități de a-i ajuta pe clienți să depășească un impas. Deși această carte nu poate înlocui supervizarea, sper că veți permite ca îndrumările din aceste pagini să acționeze ca o formă de mentorat, în timp ce vă însoțiți clienții pe teritoriul dureros al trecutului lor traumatic.

În cuprinsul acestei cărți, veți găsi practici de vindecare, exerciții de reflecție și resurse clinice pe care le puteți copia. De asemenea, acestea pot fi descărcate de la www.pesi.com/cptsd.

01 ÎNȚELEGEREA TRAUMEI ȘI A PTSD-ULUI COMPLEX

La un moment dat în viață, cu toții ne confruntăm cu greutate și obstacole. Confruntarea cu evenimentele traumatice pare a fi o parte integrantă a experienței umane. De fapt, aproximativ 90% dintre noi ne vom confrunta cu cel puțin un eveniment traumatic în timpul vieții și mulți vom fi expuși la mai multe evenimente traumatice (Kilpatrick *et al.*, 2013). Desigur, nu toți cei care au suferit o traumă vor dezvolta PTSD. Multe persoane au o rezistență remarcabilă în fața adversităților. Totuși, capacitatea de a ne reveni după evenimente dificile presupune să avem suficientă susținere din partea unei familii iubitoare sau a unui membru grijuliu al comunității care investește în starea noastră de bine (Matheson, 2016). De exemplu, copiii sunt mai rezistenți la stresul cronic cauzat de sărăcie atunci când au în viața lor cel puțin un adult care îi îngrijește și îi protejează (Haggerty *et al.*, 1996). Faptul că putem vorbi cu cineva ne ajută să ne procesăm gândurile și sentimentele privind experiența traumatică și, de asemenea, ne ajută să știm că suntem importanți.

În schimb, atunci când oamenii nu au pe cineva care să le ofere această înțelegere plină de compasiune pentru lumea lor interioară, probabilitatea să dezvolte PTSD este mult mai mare. De exemplu, copiii care cresc cu un îngrijitor principal distant și indisponibil din punct de vedere emoțional nu vor reuși să își împlinească nevoia de acceptare, dragoste și înțelegere. De asemenea, copiii care se confruntă cu un abuz continuu din care nu au scăpare vor experimenta perioade îndelungate de stări de frică sau neajutorare. Aceste experiențe din copilăria mică pot duce la învățarea neputinței și la o pierdere a eficienței proprii care îi urmărește până la vârsta adultă, făcându-i să

poarte cu ei experiența învățată și convingerea asociată că acțiunile lor nu au nicio influență asupra rezultatului propriei vieți.

Pe lângă aceste origini din copilărie ale CPTSD-ului, unele persoane au suferit traume cronice, repetate mai târziu în viață, cum ar fi violență domestică, captivitate prelungită, rasism sistemic sau stări traumatice ca refugiați. De exemplu, gândiți-vă la o femeie care experimentează manipularea constantă și abuzul verbal din partea soțului ei. Îi este teamă să îl părăsească, pentru că nu ar fi capabilă să se întrețină financiar sau să își protejeze copiii, așa că suportă zi de zi amenințarea acestuia și generalizează teama și neîncrederea față de soțul ei la toți bărbații. Sau gândiți-vă la un bărbat american de origine arabă care a fost vizat ani de zile după atacurile de la 11 septembrie 2001 și care a simțit teamă o mare parte din viață din cauza culorii pielii sale. Nu știe în cine să aibă încredere și nu simte că aparține acestei țări, în ciuda faptului că s-a născut în Statele Unite și consideră acest loc ca fiind casa lui. Din nou, factorii de risc pentru CPTSD cresc considerabil atunci când nu există nicio modalitate de a scăpa de traume și când persoanele nu au sisteme de sprijin extern.

În acest capitol voi analiza simptomele stresului traumatic acut, ale PTSD-ului generat de un singur incident și ale CPTSD-ului. De asemenea, mă voi concentra pe distincția de diagnostic între CPTSD și alte tulburări, luând în considerare faptul că acestea și alte diagnostice prezintă uneori comorbiditate. Voi explora, totodată, modul în care se poate dezvolta o conceptualizare de caz care să ia în considerare factorii sociali și culturali. Deoarece stabilirea unui sentiment de siguranță este esențială pentru lucrul cu traume, acest capitol oferă, de asemenea, două practici de vindecare, care au rolul de a crea o atmosferă de siguranță relațională și de a-l învăța pe client conceptul de *fereastră de toleranță*. Aceste practici le vor permite clienților voștri să vă fie parteneri mai buni în procesul de îngrijire a sănătății lor. În cele din urmă, terapeuții care se specializează în tratamentul traumelor complexe recunosc impactul pe care această muncă îl poate avea asupra propriei lor sănătăți mintale, emoționale și fizice. Așadar,

acest capitol oferă, de asemenea, o oportunitate de reflecție personală, care se axează pe a vă ajuta să găsiți resursele necesare ca să rămâneți prezenți alături de clienții voștri în timp ce ei experimentează neputința, disperarea, incertitudinea, dezamăgirea și pierderea.

REAȚIA ACUTĂ LA STRES

O *reacție acută la stres* vizează răspunsurile psihologice și fiziologice care apar după expunerea la un eveniment traumatic. În timpul și după evenimentele traumatice, majoritatea persoanelor vor experimenta sentimente de confuzie, tristețe, frică, anxietate, panică, iritabilitate, agitație, furie și disperare. În plus, este frecventă apariția simptomelor fizice, inclusiv ritmul cardiac accelerat, transpirația, tremuratul, greața sau amețeala. De regulă, aceste reacții durează aproximativ între două și patru săptămâni. Deși aceste simptome sunt tulburătoare, noi, ca terapeuți, riscăm să amplificăm problema dacă aderăm la temerile clienților noștri cu privire la emoțiile sau senzațiile pe care le au. Prin urmare, este important să îi asigurăm pe clienții noștri că aceste simptome sunt normale și de așteptat. Cea mai recentă ediție a Clasificării Internaționale a Bolilor (ICD-11; Organizația Mondială a Sănătății, 2018) nu doar că a redenumit tulburarea de stres acut ca „reacție acută la stres”, ci a mutat descrierea acesteia din secțiunea tulburărilor psihice în secțiunea „factori care influențează sănătatea”. Se intenționează astfel să se depatologizeze experiența suferinței emoționale în urma expunerii la orice evenimente extrem de stresante sau traumatice.

TULBURAREA DE STRES POSTTRAUMATIC (PTSD)

Chiar dacă reacțiile acute la stres sunt normale, uneori, efectele fiziologice și psihologice ale traumei se pot transforma în simptome care persistă o perioadă lungă. De regulă, acest lucru se întâmplă atunci când evenimentul amenință sentimentul de supraviețuire al

unui individ și îi copleșește capacitățile de adaptare. Când se întâmplă acest lucru, experiența traumatică poate duce la dezvoltarea PTSD.

Simptomele PTSD se împart în trei categorii: retrăirea experienței, evitarea și perceperea în mod persistent a unei amenințări în prezent. Simptomele de retrăire, denumite și simptome invazive sau intruzive, interferează cu capacitatea clienților noștri de a se simți în siguranță și liniștiți. **Evenimentele traumatice nu doar revin în memorie, ci sunt și retrăite ca și cum încă ar avea loc.** Uneori, aceste simptome apar sub forma unor imagini vii, coșmaruri sau flashbackuri care sunt însoțite de emoții puternice și senzații tulburătoare. Alteori, simptomele retrăirii sunt cauzate de evenimentele preverbale din copilăria timpurie pentru care nu există imagini sau amintiri clare. În consecință, clienții pot raporta că se simt copleșiți de emoții și senzații fără o cauză cunoscută sau pot avea simptome somatice, precum dureri cronice și simptome de boală, care se acutizează în perioadele de stres.

Simptomele de evitare sunt comportamente pe care persoanele le adoptă ca să prevină sau să îndepărteze amintirile traumei. De exemplu, aceștia pot evita situații externe, precum locurile, activitățile sau persoanele care sunt asociate cu evenimentul traumatic. De asemenea, pot respinge aspectele interioare ale traumei, inclusiv gândurile, amintirile, emoțiile sau senzațiile aferente. Pot nega faptul că au avut vreodată loc anumite evenimente tulburătoare, își pot reprima sentimentele sau pot minimiza durerea. În unele cazuri, clienții pot recurge la consumul de stupefiante, la mâncatul compulsiv sau la exerciții fizice excesive ca să își alunge durerea. De asemenea, comportamente relativ comune și acceptate social – precum ocuparea timpului cu activități în mod exagerat, munca excesivă, timpul prelungit petrecut în fața ecranelor sau somnul prelungit – pot funcționa drept comportamente de evitare.

A treia categorie de simptome, perceperea în mod persistent a unei amenințări în prezent, **se referă la un efect accentuat de spaimă sau la hipervigilență, situație în care persoanele simt că trebuie să**

rămână în alertă sau sunt foarte sensibile la mediul inconjurător. Pot fi foarte sensibile în ceea ce privește limbajul corporal, expresiile faciale și tonul vocii oamenilor. Mai mult, ar putea avea comportamente controlate cu mare precizie pentru a-și gestiona experiența, cum ar fi faptul că stau întotdeauna aproape de ușa din birou sau că verifică frecvent ceasul.

Mai există, de asemenea, un subtip disociativ de PTSD. Spre deosebire de diagnosticul clasic de PTSD, care pune accentul pe simptomele de hiperexcitabilitate, subtipul disociativ se deosebește prin simptome de hipoexcitabilitate, disociere, amorțeală emoțională, depersonalizare și derealizare. În acest caz, clienții ar putea raporta momente în care se simt deconectați de corpul lor, de parcă nu pare real sau lumea din jurul lor pare suprarealistă. Aceștia ar putea raporta că se simt ca și cum ar trăi într-o stare de amețelă sau într-o ceață care nu este indusă de medicamente.

Spre deosebire de persoanele care sunt hipervigilente, clienții cu simptome disociative sunt predispuși să reacționeze insuficient sau să se simtă imobilizați în situații riscante. Ca urmare, nu iau măsuri ca să se protejeze, ceea ce poate duce la retraumatizare. Spre exemplu, un client ar putea să nu fie conștient de experiențele senzoriale bazate pe frică asociate cu un partener de cuplu periculos, ceea ce îi poate crește vulnerabilitatea la agresiune sexuală sau îl poate determina să rămână într-o relație abuzivă pentru o perioadă mai lungă. Mai mult, pacienții cu simptome disociative au deseori dificultăți mai mari în a-și aminti detalii cu privire la evenimentele traumatice din trecut. În unele cazuri, clienții pot dezvolta sisteme interne complexe, cu părți care păstrează amintiri și emoții legate de evenimentul traumatic și părți care au rolul de a-i deconecta de durere.

În general, PTSD-ul tinde să fie subdiagnosticat (da Silva *et al.*, 2018). Aproximativ 8–10% dintre cei care apelează la servicii de sănătate mintală sunt diagnosticați cu PTSD, deși s-a sugerat că un procent suplimentar de 15% ar fi probabil depistat pozitiv pentru această tulburare (Lewis *et al.*, 2018). De fapt, cercetările au

constatat o proporție mare de PTSD nedetectat în rândul clienților care solicită îngrijire pentru alte diagnostice primare (non-PTSD), medicii nereușind să documenteze istoricul de traumă al clientului în dosarele lor clinice (Zammit *et al.*, 2018). De asemenea, un procent semnificativ de clienți au PTSD „sub prag” în care îndeplinesc doar parțial criteriile de diagnosticare. Și totuși, aceste persoane raportează o funcționare socială sau profesională afectată ca urmare a traumei suferite și ar beneficia de tratament pentru simptomele pe care le au (Franklin *et al.*, 2018). Deloc surprinzător, procentul de PTSD este mai mare în rândul persoanelor latino-americane, afro-americane și amerindiene, având în vedere istoricul extins de rasism și discriminare din SUA și din întreaga lume (APA, 2013).

TULBURAREA COMPLEXĂ DE STRES POSTTRAUMATIC (CPTSD)

Spre deosebire de PTSD provocat de un singur incident, CPTSD apare ca urmare a expunerii repetate sau cronice la evenimente extrem de amenințătoare, din care scăparea este imposibilă. CPTSD este asociat cu o durată mai lungă și o intensitate mai mare a stresului traumatic. Situațiile care ar putea genera traumatizarea complexă includ tortura, violența domestică prelungită, captivitatea prelungită, discriminarea cronică, genocidul și stresul neîncetat al refugiatului despărțit de familie și de țara sa. Mai mult, CPTSD poate apărea ca urmare a traumei de dezvoltare, care include abuzul sexual în copilărie, abuzul fizic, neglijarea, expunerea la violență domestică, prezența unui părinte cu o boală mintală netratată și prezența unui părinte care abuzează de alcool sau de alte substanțe.

De asemenea, copiii cu dificultăți de învățare par să fie mai expuși la un risc mai mare de abuz, ceea ce le poate crește probabilitatea de a dezvolta CPTSD. De exemplu, în cadrul unui studiu a fost evidențiată o corelație puternică între dislexie și abuzul fizic, 35% dintre persoane raportând abuzuri înainte de vârsta de 18 ani (Fuller-Thompson &

Hooper, 2014). Se speculează că această corelație este bidirecțională, în sensul că părinții care simt că sunt provocați de diferențele cognitive sau de impulsivitatea copilului lor devin abuzivi și, ca urmare a acestui stres cronic acasă, copiii prezintă un risc mai mare de a avea în continuare probleme de învățare. În acest caz, ne putem imagina un cerc vicios în care părinții și copiii reacționează unul la celălalt într-o dinamică exacerbată de dereglare reciprocă.

De asemenea, se pare că și momentul în care se produce trauma de dezvoltare contează. Copiii trec prin perioade de creștere esențiale, în care sunt mai sensibili la impactul traumei. Una dintre aceste perioade are loc în primii trei ani de viață, când sugarii și copiii mici se află în faza de atașament a dezvoltării. Atunci când lumea unui copil este înspăimântătoare, imprevizibilă, amenințătoare sau neglijată, el nu poate forma un atașament sigur cu îngrijitorul său principal. Această temelie șubredă poate să împiedice capacitatea sa de a-și cultiva un sentiment de sine sau de a dezvolta relații semnificative și sănătoase la vârsta adultă. Mai mult, adolescenții sunt, de asemenea, foarte vulnerabili la traume relaționale ca urmare a schimbărilor fiziologice imprevizibile care însoțesc această perioadă de dezvoltare și a activităților psihologice de formare a identității.

Intensitatea și impactul evenimentelor traumatiche sunt mai puternice atunci când există un strat secundar de trădare (Courtois & Ford, 2009). Trauma de trădare apare atunci când victimele sunt învinuite pentru evenimentul traumatizant, când ceilalți dezvoltă o alianță cu abuzatorul sau când ceilalți nu reușesc să le protejeze. De exemplu, trauma de trădare poate apărea în cazul abuzului sexual în copilărie, atunci când un părinte îi spune copilului său că abuzul a fost din vina lui, pentru că era „prea frumos” sau „seducător”. Această trădare se agravează dacă celălalt părinte se aliază cu abuzatorul, crezându-l pe acesta în loc să îl protejeze pe copil. Trauma de trădare poate apărea și în contextul traumei rasiale sau culturale, atunci când țara și guvernul unei persoane nu reușesc să îi ofere un refugiu sigur sau să o protejeze. Trădarea este asociată cu o înclinație mai mare către simptomele disociative.

În unele cazuri, clienții se pot confrunța cu un stres continuu în viața actuală, pe lângă traumatizarea anterioară prin care au trecut. Pentru aceștia, viața lor actuală reflectă instabilitatea pe care au simțit-o ca urmare a traumei din copilărie și, în plus, vin adesea la cabinet cu crize repetate care se desfășoară în prezent. De exemplu, ar putea trăi cu incertitudine cronică din cauza lipsei de adăpost, a stresului financiar sau a violenței domestice. Sau, cei care sunt imigranți s-ar putea confrunța cu amenințări curente de deportare. Sau cei cu dureri și boli cronice s-ar putea simți epuizați de simptomele pe care le au. Înțelegerea acestor factori de contextualizare este esențială pentru ca noi, în calitate de terapeuți, să nu pornim de la premisa că respectivul client „ar trebui” să fie mai rezistent, deoarece acest lucru l-ar putea face să se simtă învinuit pentru simptomele sale.

CRITERII DE DIAGNOSTIC PENTRU CPTSD

Cea mai recentă ediție a ICD¹ (Organizația Mondială a Sănătății, 2018) a adăugat diagnosticul CPTSD în categoria tulburărilor asociate în mod special cu stresul. Criteriile de diagnostic includ simptomele tipice pentru PTSD (retrăirea experienței, evitarea și perceperea în mod persistent a unei amenințări în prezent), precum și trei categorii suplimentare de simptome: dificultăți în reglarea afectului, concepția negativă de sine și tulburările interpersonale (Böttche *et al.*, 2018; McElroy *et al.*, 2019). Să analizăm mai atent acest subset suplimentar de simptome:

- **Dereglarea emoțională:** Traumatizarea cronică duce deseori la o dereglare profundă a *sistemului nervos autonom* (SNA) care reglează funcții corporale precum ritmul cardiac, tensiunea arterială, temperatura corpului și respirația fără o prezență conștientă. SNA-ul fie mobilizează energia prin *sistemul nervos simpatic* (SNS), fie conservă energia prin

sistemul nervos parasimpatic (SNP)¹. Traumele complexe sunt asociate cu dezechilibre atât în funcționarea SNP-ului, cât și în a SNS-ului, având ca rezultat tipare asociate de dereglare emoțională. Unele persoane au o activare predominantă a SNS-ului, ceea ce duce la o stare de hiperexcitabilitate care se manifestă prin reactivitate crescută, anxietate, izbucniri emoționale și furie. Acești clienți au tendința de a manifesta comportamente nehibzuite, impulsive sau excesive de asumare a riscurilor sau de autovătămare. De asemenea, pot prezenta dificultăți de concentrare și probleme de atenție. În schimb, alte persoane prezintă o implicare mai mare a SNP-ului, care duce la o stare de hipoexcitabilitate asociată cu neajutorare, neputință, deznădejde, disperare și depresie. Acești clienți se prezintă ca fiind amorțiți din punct de vedere emoțional și suferă de o capacitate redusă de a simți plăcere și emoții pozitive. Multe persoane alternează între aceste stări de hiper- și hipoexcitabilitate.

- **Concepția negativă față de sine**²: Persoanele cu CPTSD sunt predispușe la un sentiment de stimă de sine deteriorat și au dificultăți în a-și forma un sentiment coerent de sine. Aceste simptome sunt prezentate uneori ca modificări ale *sistemelor de semnificație* ale clientului, care sunt definite prin alterări ale convingerilor de bază cu privire la sine, la lume și la viitorul propriu. Când persoanele nu reușesc să scape de o situație abuzivă sau să se lupte cu un agresor, tind să se simtă ca și cum ar fi eșuat. Acest lucru poate duce la sentimente omniprezente de rușine, vinovăție, autoînvinovățire și disperare, însoțite de convingerea că sunt vinovați, neajutorati, distruși, depreciați sau lipsiți de valoare. De asemenea, pot

¹ SNP este numit și sistemul nervos pentru odihnă și digestie (*rest and digest system*). (N. red.)

² Potrivit lui Carl Rogers, unul dintre fondatorii psihologiei umaniste, conceptul de sine are trei componente: imaginea de sine, stima de sine și sinele ideal. (N. red.)

¹ ICD-11 Clasificarea tulburărilor mentale și de comportament (OMS, 2018). (N. red.)

întâmpina dificultăți în a avea încredere în ceilalți, iar asta îi determină să se îndoiască de faptul că ceilalți sunt capabili să fie buni, amabili sau generoși. Unele persoane experimentează o singurătate existențială profundă sau un sentiment de disperare cu privire la starea lumii. Împreună, aceste stări pot perturba sentimentul de sens, scop sau speranță.

- **Tulburări interpersonale:** Existența unui istoric de traume complexe, în special cele interpersonale, poate afecta semnificativ capacitatea unei persoane de a dezvolta relații de încredere cu ceilalți. Teama de trădare, abuz și abandon poate alimenta tipare de evitare în relații sau de dependență excesivă față de alte persoane. Aceste tipare pot perturba capacitatea de a forma și susține relații sănătoase și reciproke.

Chiar dacă aceste simptome ale CPTSD-ului reflectă impactul traumei asupra sănătății mintale și emoționale a clienților, trebuie să luăm în considerare, de asemenea, impactul profund al traumei asupra sănătății fizice. Așa cum reiese din studiul Adverse Childhood Experiences (ACE), persoanele cu traume din copilărie sunt deosebit de susceptibile la o serie de dureri cronice și boli fizice (Felitti *et al.*, 1998). Studiul ACE, care a fost realizat de Kaiser Permanente și de Centrele pentru Controlul și Prevenirea Bolilor, a chestionat peste 17 000 de pacienți cu privire la evenimentele adverse din copilărie, precum experimentarea abuzului sau a neglijării, expunerea la violență domestică sau creșterea într-o familie disfuncțională, caracterizată prin divorț, boli mintale, consum de substanțe sau detenția părinților. S-a descoperit astfel că experiențele traumatizante din copilărie s-au corelat cu o serie de rezultate dăunătoare pentru sănătatea mintală și fizică mai târziu în viață. În special, un punctaj ACE de 4 sau mai mult a crescut semnificativ riscul de a dezvolta depresie, consum de substanțe, suicid, obezitate, boli de inimă, cancer, boli pulmonare și boli hepatice.

EVALUAREA PENTRU CPTSD

Diagnosticarea CPTSD-ului a fost bineînțeles dificilă, în parte și pentru că diagnosticul a fost abia recent recunoscut și diferențiat de PTSD și de tulburarea de personalitate borderline¹ (Cloitre *et al.*, 2014). De asemenea, un diagnostic exact poate fi o provocare, deoarece simptomele de CPTSD sunt uneori similare cu alte tulburări, inclusiv cu tulburarea depresivă majoră, tulburarea bipolară, tulburarea de anxietate generalizată, tulburarea de panică, tulburarea obsesiv-compulsivă, tulburările de alimentație, tulburările specifice de învățare, tulburarea de deficit de atenție/hiperactivitate, tulburările consumului de substanțe, tulburările disociative, tulburările de conversie și tulburările psihotice.

În consecință, atunci când evaluăm posibilitatea existenței CPTSD-ului, vrem să ne acordăm timpul necesar pentru a dezvolta o înțelegere exactă a simptomelor clientului nostru în contextul experiențelor traumatice anterioare și al factorilor de stres actuali. Desori, acești clienți au fost înțeleși greșit, diagnosticați greșit ori au primit un tratament medicamentos necorespunzător. Aceste persoane ne încredințează îngrijirea lor, așa că, încă de la prima noastră întâlnire cu ei, trebuie să începem să adunăm informații despre viața și istoricul lor într-o manieră sensibilă, dar minuțioasă. Pe lângă evaluarea celor șase categorii de simptome de CPTSD, trebuie să acordăm atenție și simptomelor disociative (de exemplu, depersonalizarea și derealizarea) pentru a determina dacă ar putea exista o tulburare disociativă comorbidă. Mai mult, atunci când clienții au dificultăți cronice cu dereglarea emoțiilor – în special atunci când sunt însoțite de teama de abandon, de dificultăți interpersonale, de un sentiment scăzut al valorii de sine, de idei suicidare și de impulsivitate –, putem lua în calcul, de asemenea, prezența unei tulburări de personalitate comorbide.

¹ Recomandăm pe această temă cartea *Borderline – Cum să trăiești alături de o persoană cu emoții extreme*, de Paul Mason și Randi Kreger, trad. Adrian Oroșanu, Ed. Herald 2022. (N. red.)