

Martine F. Delfos

PERSPECTIVA DEZVOLTĂRII DUPĂ TRAUMĂ

Traducere Emilia Opreșan



Editura A.P.A.R.

Brașov, 2018

Cuprins

Cuvânt înainte al autoarei	11
Cuvânt înainte al lui Rolf Kleber	13
1. Introducere.....	17
2. Dezvoltarea conceptului de traumă	22
Conceptul de traumă în DSM	22
Perspectiva DSM-ului asupra copilului.....	29
Perspectiva copilului asupra traumei.....	32
Copilul care experimentează trauma.....	35
3. Trauma din perspectiva dezvoltării	39
Substratul vârstei tinere.....	40
Receptarea mentală a experienței traumatice	42
Modelul DPT	53
Descrierea stadiilor de dezvoltare	58
Conștientizarea traumei în timpul pubertății	61
4. Perspectiva Dezvoltării după Trauma de Război	67
Interpretarea stadiilor de dezvoltare după trauma de război ...	71
5. Aplicarea perspectivei dezvoltării după	
abuzul sexual și de intimitate: DPI și DPST.....	80
Intimitatea și sexualitatea.....	81
Abuzul sexual.....	82
Un model al intimității sincronizat cu abuzul sexual	84

6. Implicațiile în tratamentul traumei	108
Modelul impactului traumei (Trauma Impact Model, TIM) ..	109
7. Epilog.....	123
Referințe bibliografice	127
Scheme.....	145
Tabele	146
Figuri.....	147
Index de nume.....	148
Index de subiecte.....	151
Glosarul conceptelor dezvoltate de Martine Delfos și utilizate în această carte	154
Informații despre autor	157
Seria PICOWO	160

Atlas
- sculptură Lotta Blokker
www.lottablokker.com

În mitologia greacă, Atlas a fost condămnat să țină bolta cerului. Mulți artiști l-au reprezentat ținând pe umeri un glob. Interpretarea lui Blokker este originală: Atlas se cază pe el însuși. Nimeni nu este mai greu pentru o ființă umană decât să se caze pe sine însuși. Chiar și experiențele traumatice care în mod clar nu sunt din viața personală îl vor conduce pe învinz la învinsărie. De ce este? (Delfos, 2011a)

2. Dezvoltarea conceptului de traumă

Cuvântul *traumă* își are originile în lumea medicală. O traumă este o rană; deteriorare a integrității corporale. Tocmai de aceea în DSM (Manualul de Statistică Diagnostică a Tulburărilor Mentale, APA, prima ediție, 1952) cuvântul este frecvent utilizat în acest sens, precum „traumă a capului” sau „traumă a creierului”. Termenul de traumă a fost transferat într-o interpretare psihologică pentru a descrie o reacție la evenimente care au avut un impact psihologic adânc asupra emoțiilor, gândurilor și comportamentului. Ca o rană psihologică. Această rană a fost considerată ca fiind cauzată de un *eveniment traumatic* (TE – Traumatic Event).

Frecvent, evenimentele psihologice traumatice afectează profund oamenii dar nu neapărat într-o manieră negativă (Delfos, 1999). Războiul poate fi considerat una dintre cele mai traumatizante experiențe, deoarece ne obligă să ne confruntăm cu pericolul mortal, atât pentru noi cât și pentru cei dragi nouă.

Prin urmare războiul amenință cu perspectiva sfârșitului vieții. În timpul experienței de război, *memento mori* (*amintește-ți că ești muritor*), devine parte integrantă a cunoașterii personale pentru adulți. Toate criteriile unei traume majore pot fi îndeplinite în timpul unui război (APA, 2000).

Conceptul de traumă în DSM

Efectul imediat al traumei a fost conștientizat când soldații din primul război mondial au avut o reacție severă de stres psihologic, care a fost numit „șocul obuzelor” (Jones, 2005). Clasificarea traumei

a apărut pentru prima dată în nomenclatura oficială a primului DSM (DSM-I, APA, 1952). Denumirea oficială a fost de *reacție globală la stres*. Termenul a fost omis în următoarea ediție a DSM – ului, apărută în 1968 (APA, 1968), după o lungă perioadă de relativă pace (Andreasen, 2010). În anul 1952, a fost introdus și utilizat pentru a diferenția condiția de stres, de „nevroze” și „psihoze” și a fost considerat o reacție a unei persoane la un stres puternic și neobișnuit. Evenimentele stresante la care se referea termenul de reacție globală la stres au fost specificate ca fiind: 1 *luptă* și 2 *catastrofă civilă*. Dacă persista reacția de *stres global*, trebuia considerat un diagnostic temporar până la stabilirea diagnosticului final.

După al II-lea război mondial, ideea de traumă de război a fost recunoscută. A fost nevoie de suferința veteranilor de război din Vietnam pentru a înțelege ideea unui interval de timp între experimentarea unui eveniment traumatic și reacția la acest eveniment. (APA, 1980; Bomans, 1982; Young, 1995; Johnson & Thompson, 2008). Această înțelegere a dus la dezvoltarea conceptului de *Tulburare de Stres Post-Traumatic (PTSD – Post-Traumatic Stress Disorder)* care a fost introdus în cea de-a treia ediție a DSM-ului, în anul 1980 (APA, 1980). S-a demonstrat că, în mod frecvent, există o *reacție întârziată* în urma experimentării unui eveniment traumatic, iar reacțiile nu apar în timpul trăirii evenimentului traumatic. Din acea perioadă, perspectiva traumei a fost larg acceptată. Acest fapt demonstrează că a existat o diferență între soldații întorși din războaiele mondiale și cei întorși din Vietnam. Intervalul de timp dintre sfârșitul războaielor mondiale și întoarcerea soldaților acasă a fost de câteva săptămâni. Frecvent au călătorit cu barca, alături de colegii lor care au trăit aceleași experiențe și în acest timp au avut ocazia să împărtășească experiențele trăite. Întoarcerea acasă a soldaților din Vietnam a fost însă foarte rapidă, de cele mai multe ori a durat cât zborul unui avion. Trecerea de la război la viața normală a fost bruscă. Soldații n-au avut timp să se recupereze și să se adapteze

la noua situație. Efectul traumei de război a fost vizibil în dificultatea de adaptare pe care au avut-o o dată întorși acasă. Aceste experiențe au dus la adoptarea unei măsuri de a ține soldații într-o perioadă de carantină între sfârșitul războiului și întoarcerea acasă.

Introducerea diagnosticului de PTSD în DSM, în anul 1980, a generat o multitudine de cercetări legate de dezvoltarea unor reacții traumatice după un eveniment traumatic.

În schema 1, este prezentată dezvoltarea conceptului de traumă pe perioadă de 60 de ani, de la DSM I la DSM 5. Este o schiță generală iar criteriile sunt rezumate la elementele esențiale.

O perspectivă asupra traumei de la DSM I la DSM 5				
Ed.	An	Clasificarea traumei	Criteriul principal	Criteriul de vârstă
I	1952	Reacție de stres globală	Specificare de expunere: 1 luptă, 2 catastrofă civilă	Nemenționat
II	1968	Nemenționat	Nemenționat	Nemenționat
III	1980	Tulburare de stres post-traumatică. Clasificată la <i>Tulburări de Anxietate</i> : tulburări fobice (sau nevroze fobice); stări anxioase; și <i>tulburare de stres post-traumatic</i> cu subtipul „acută” și „cronică sau întârziată”	A: stresor identificabil B: re-experimentare C: amortizarea/absența reacției de răspuns D: simptomele n-au fost prezente anterior	Tulburarea poate apărea la orice vârstă, inclusiv în timpul copilăriei.

IV 1994

Tulburare de stres post-traumatică. Clasificată la **Tulburări de Anxietate**: tulburare de panică fără agorafobie, tulburare de panică cu agorafobie, agorafobie fără istorie de tulburare de panică, fobie specifică, fobie socială, tulburare obsesiv-compulsivă, **tulburare de stres post-traumatic**, tulburare de stres acută, tulburare generalizată de anxietate și tulburare anxioasă nespecificată.

A: expunere
B: re-experimentare
C: evitare și amortizare
D: simptome ale unei stări de excitație nervoasă crescută care n-au mai fost prezente anterior
E: durata este mai mare de o lună
F: distres sau incapacitare socială, ocupațională sau în alte arii importante de funcționare

Sunt menționate câteva comportamente specifice ale copiilor mici precum coșmaruri, formarea credinței că există semne prevestitoare ale unor evenimente negative, simptome fizice precum dureri de stomac sau dureri de cap.

5 2013

Tulburare de stres post-traumatică. Clasificată la **Traume și Tulburări Legate de Stres**: Tulburare de atașament reactivă, tulburare de comportament social dezinhibat, **tulburare de stres post-traumatic**, tulburare acută de stres, tulburări de adaptare, alte tulburări asociate cu traume nespecifice, tulburări asociate unor stresori și tulburare asociată unei traume nespecificate și asociată unor stresori.

A: expunere la o amenințare cu moartea, rănire gravă sau violență sexuală
B: simptomele apar după expunerea la eveniment
C: evitarea stimulilor
D: alterări negative cognitive și de dispoziție emoțională
E: alterări ale excitației și reactivității care au debutat ori s-au înrăutățit ulterior
F: durata este mai mare de o lună
G: distres sau incapacitare socială, ocupațională sau în alte arii importante de funcționare
H: nu poate fi atribuită unei alte condiții

Set specific de criterii pentru copiii de până la 6 ani.
Diferențe față de adulți pe criteriul: arii de incapacitare: părinți, frați, colegi, îngrijitori sau profesori

Schema 1: Trauma în versiuni diferite ale DSM-ului

În cadrul DSM I (APA, 1952) trauma este clasificată ca „reacție de stres globală” cu specificațiile de 1 luptă, 2 catastrofă civilă. În DSM II (APA, 1968) nu există nici o mențiune a traumei în sensul

unei reacții psihologice la un eveniment traumatic. În cadrul DSM-III (APA, 1980), termenul de tulburare de stres post-traumatic este introdus pentru prima dată. Această clasificare este susținută în DSM-IV (APA, 1994) și DSM 5 (APA, 2013). Există o oarecare consistență de criterii pentru tulburarea de stres post-traumatic în cele patru manuale DSM. Această tulburare este una dintre puținele condiții psihiatrice pentru care manualul descrie o cauză clar definită: un eveniment traumatic. Prin urmare primul criteriu de diagnosticare este asocierea cu o cauză – expunerea la un eveniment traumatic.

Chiar și în DSM-I, expunerea este criteriul predominant. În a III-a ediție primul criteriu de diagnostic este despre un „stresor identificabil”, în următoarele două ediții (IV și 5), se vorbește despre „expunerea la un eveniment traumatic”, iar în DSM 5 criteriul devine explicit cu specificarea tipului de traumă. Al doilea criteriu este despre re-experimentarea unui eveniment traumatic. Al treilea criteriu recurent se referă la evitarea unor stimuli și un fel de amortire a emoțiilor. DSM IV și 5 sunt mai rafinate și includ criterii precum „efecte în funcționarea în situații sociale și ocupaționale”, „durata” și „diagnosticul diferențial”.

Chiar dacă baza diagnosticului pentru PTSD este o cauză definită, în sensul unui eveniment traumatic, acest fapt nu înseamnă că un astfel de eveniment va genera întotdeauna PTSD sau acel eveniment va conduce întotdeauna la efecte negative mai târziu în viață. Cercetătorii sugerează doi factori, unul este predispoziția la PTSD iar celălalt este reacția la traumă. S-ar părea că există factori de risc predispozanți pentru dezvoltarea PTSD, asociați cu anormalități în zona amigdalei și a cortexului cingular anterior dorsal. Amigdala joacă un rol foarte important în evaluarea pericolului iar cingulum joacă un rol important în geneza emoțiilor. Alte arii ale creierului indică anormalități după dezvoltarea tulburării de stres post-traumatic fiind asociate cu disfuncții ale interacțiunilor dintre hipocamp și cortexul prefrontal ventromedial. Hipocampus are rol în

stocarea amintirilor (Fortin et al., 2002), cortexul prefrontal, printre altele, joacă un rol în funcțiile de planificare și execuție (Admon et al., 2013). Figura 1 indică aceste zone ale creierului.

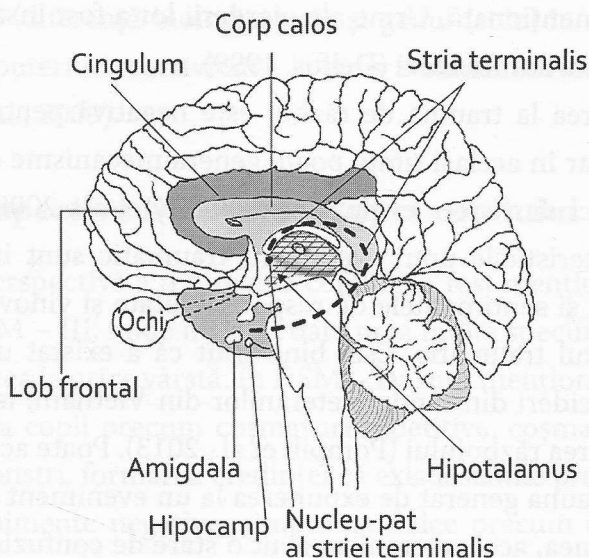


Fig. 1 *Secțiune a creierului cu diferite elemente*
(Delfos cu mulțumiri lui Juliette van Gisel și Dick Swaab).

Persoanele cu tulburări mentale severe (SMI – Severe Mental Illness) prezintă un risc mai mare de a experimenta trauma și de a dezvolta PTSD. Ei au arătat un efect prelungit după experiența unei traume (Lu et al., 2013). Oricum, un eveniment traumatic nu va conduce întotdeauna la efecte negative de lungă durată. Este posibil, de asemenea, să conducă la o funcționare mult mai bună pe parcursul vieții. Unul dintre cele mai traumatiche evenimente din timpul tinereții este pierderea unui părinte. Un eveniment traumatic poate să conducă pe de altă parte la stimularea unor talente. Se spune că trauma este o mină de aur pentru un scriitor. Cercetările au tendința de a susține această supoziție. Trei sferturi dintre scriitorii francezi, începând din evul mediu până în secolul XX, au suferit pierderea unui părinte în tinerețe. Pentru două treimi dintre scriitorii francezi din acea perioadă s-a putut demonstra că pierderea

unui părinte s-a produs prin deces. Această informație biografică este subestimată, pentru că nu a fost întotdeauna disponibilă. Din cauza importanței reduse acordate femeilor, moartea lor nu a fost întotdeauna menționată. Urme ale pierderii lor a fost însă depistată în opera scriitorilor francezi (Delfos, 1999).

Expunerea la trauma de război este negativă pentru copii și adolescenți dar în același timp, poate genera mecanisme de coping, dintr-un punct de vedere evoluționist (Belsky et al., 2008; Withuis, 2002). Caracteristicile unui eveniment traumatic sunt importante așa cum sunt și sentimentele de responsabilitate și vinovăție legate de evenimentul traumatic. Este bine știut că a existat un procent mare de sinucideri din rândul veteranilor din Vietnam, la mulți ani după terminarea războiului (Pompili et al., 2013). Poate acest fapt nu a fost întotdeauna generat de expunerea la un eveniment traumatic, dar de asemenea, acei veterani au avut o stare de confuzie legată de diferența dintre comportamentul lor în timpul războiului comparativ cu cel pe care l-au avut în viața normală: în special legat de omoruri și violuri. Un eveniment traumatic nu este legat numai de expunerea proprie, dar poate fi de asemenea traumatică experiența de a provoca o trauma unei alte persoane. Asumarea responsabilității unui asemenea act poate fi o povară în plus pentru cei care se confruntă cu PTSD (Delfos, 2009). Trauma predispune la traumă. O traumă trăită anterior serviciului militar va avea tendința să crească vulnerabilitatea la PTSD și suicid a veteranilor (Pompili et al., 2013). Vulnerabilitatea la suicid pare să fie mai mare la bărbați decât la femei, deoarece rata sinuciderilor este mai mare la ei.

PTSD se manifestă mai mult la femei decât la bărbați (Uddin et al., 2013). În Statele Unite procentul total este de 7,8% oameni diagnosticați cu PTSD, dar femeile prezintă un risc de două ori mai mare decât bărbații: 10,4% versus 5% (Karl et al., 2006). Unul dintre motivele pentru care există această diferență între sexe este prezența evenimentului traumatic prin abuz sexual, mai frecvent la femei, dar

și o vulnerabilitate biologică mai mare. Riscul ca femeile să dezvolte PTSD este asociat și cu ciclul menstrual. Riscul este chiar mai mare în faza post-ovulatorie decât în faza foliculară (Soni et al., 2013). Atât sexul (diferență biologică) cât și genul (rolul în societate) pot influența puternic reactivitatea la stres a oamenilor de orice vârstă. (Lupin et al., 2009).

Perspectiva DSM-ului asupra copilului

O perspectivă a traumei la copil nu a fost menționată anterior ediției DSM – III, unde nu sunt date prea multe specificații, decât că poate apărea la orice vârstă. În DSM – IV sunt menționate simptome specifice la copii precum coșmaruri repetitive, coșmari nespecifice despre monștri, formarea credinței că există semne prevestitoare ale unor evenimente negative, simptome fizice precum dureri de cap sau de stomac. Formarea anumitor credințe la copii este legată de caracteristicile unei gândiri magice la copil, fără alte specificații. În DSM – 5 efectele traumei sunt explicate mai detaliat. Joaca repetitivă, visele înfricoșătoare, repunerile în scenă sunt câteva dintre efectele generale ale evenimentelor traumatice la copii. Pentru copiii mai mici de 6 ani există o specificație a ariilor de deteriorare: părinți, frați, colegi, îngrijitori sau profesori.

Prin urmare, centrarea pe traumă se face asupra simptomelor fizice și psihologice și nu asupra formării și conturării persoanei. În DSM – IV, PTSD este descrisă astfel: *Tulburarea de stres post-traumatic este caracterizată de re-experimentarea unui eveniment extrem de traumatic însoțită de simptome de excitație nervoasă crescută și evitarea unor stimuli asociați cu trauma.*

De la primul criteriu din DSM vedem imediat diferența dintre adulți și copii. Este vorba despre criteriul experimentării evenimentului traumatic, despre expunere. Se știe că pentru diagnosticarea PTSD este necesară cunoașterea unui eveniment traumatic. La copii, însă,

experiența traumatică este frecvent cauzată de alții și ținută secretă. Acest fapt devine clar atunci când este vorba despre secretul abuzului sexual asupra lor. A face presiune asupra unui copil să țină secret un abuz este un aspect traumatizant specific, deoarece pune o barieră psihologică între copil și cei de la care are nevoie de ajutor.

În cazul adulților traumele sunt frecvent evenimente recunoscute și la care și alți adulți au fost martori. Pentru copii acest lucru nu este valabil. Chiar și în descrierea efectului traumei, se acordă foarte puțină atenție circumstanțelor specifice în care copilul experimentează trauma. Calea juridică se concentrează în principal asupra făptașului, la fel cum se întâmplă și în clasificarea PTSD. În descrierea *Experienței Traumatische Pervazive* se atrage atenția asupra acestui fapt și asupra nevoii de a face distincția între perspectiva victimei și perspectiva făptașului. Pagubele aduse dezvoltării prin violarea Drepturilor Copilului nu pot fi traduse în nici un fel în consecințe juridice. Oricine este considerat inocent până la proba contrarie. Si acesta este un punct de vedere corect din punct de vedere juridic. Efectul ciudat al acestui fapt însă, este că nu există victimă până când nu se demonstrează vinovăția făptașului. Când luăm în considerare trauma, în mod frecvent traumele importante ale copilului precum abuzul sexual și fizic, nu sunt recunoscute. În aceste cazuri, diagnosticul este foarte dificil. De cele mai multe ori, confirmarea juridică este susținută de societate. Separarea juridică dintre victimă și făptaș oferă copilului ocazia să evalueze vătămările fără a ști care este perspectiva făptașului (Delfos, 2007). Acest fapt este necesar pentru clasificare și diagnostic.

O altă perspectivă a adultului în descrierea PTSD, și care vine în favoarea copilului, este că în DSM – 5 există o mențiune specifică legată de mediul virtual. La criteriul A, cel de-al patrulea punct este: *experimentarea repetată sau expunerea extremă la detalii dezgustătoare ale unui/unor evenimente traumatice (de ex. cei care colectează rămășițe umane, ofițeri de poliție expuși în mod repetat*

la detaliile abuzurilor față de copii). Există o notă care menționează: Criteriul A4 nu se aplică expunerii la media electronică, televiziune, filme, imagini decât dacă această expunere este legată de muncă.

Această specificație nu este valabilă însă pentru copii deoarece ei nu au un loc de muncă. Totuși, experiențele în mediul virtual pot fi traumatice pentru copii datorită vârstei fragede pe care o au. Această notă despre mediul virtual nu face decât să reflecte absența cercetărilor în acest domeniu. Lucrând cu copiii, terapeuții sunt frecvent confrunțați cu imagini pe care aceștia le văd în mediul virtual și mental nu mai pot scăpa de ele. Mediul virtual cu computerele, consolele, tabletele, smartphon-urile, a devenit un mediu în care trăiesc copiii și se confruntă uneori cu materiale inadecvate vârstei, pe care le pot experimenta traumatic, întrunind criteriile PTSD (Delfos, 2013). Mediul virtual reprezintă un mare beneficiu pentru copii și adolescenți, dar cu condiția să fie protejați așa cum specifică articolul 17, paragraful e al Convenției pentru Drepturile Copilului (Națiunile Unite, 1989). Riscul ca adulții să dezvolte PTSD în mediul virtual este mult mai mic, dar cu siguranță este posibil, așa cum va arăta următorul exemplu.

- ❖ *James este un specialist respectat care lucrează în domeniul îngrijirilor medicale. El a fost expus la o situație violentă în viața reală la care a reacționat adecvat. Un prieten i-a arătat o dată un site cu crime filmate în direct. El a fost șocat de ce a văzut deși a vizionat un film scurt. Ochii omului care murea au continuat să-l bântuie. Perspectiva unui bărbat care moare a fost atât de grea pentru el încât a încercat să-și modifice emoțiile, identificându-se cu agresorul. S-a simțit teribil de rău dar să omoare a fost o experiență mai puțin traumatică decât să moară.*