

# **PSIHOTRAUMA -**

**Punți între teorii și aplicații practice**



**VERONICA JARDAN**

**Coordonator**

**Lucrările in extenso** prezentate la  
Conferința Națională cu participare internațională de  
Psihologie Aplicată – ediția XII

# **PSIHOTRAUMA-**

**Punți între teorii și aplicații practice**

6–9 aprilie 2017

Brașov – România



**EDITURA UNIVERSITARĂ**  
București, 2017

Redactor: Gheorghe Iovan  
Tehnoredactor: Ameluța Vișan  
Coperta: Monica Balaban  
Imagine coperta 1 realizată de: Maria Mihaela Jordan

Editură recunoscută de Consiliul Național al Cercetării Științifice (C.N.C.S.) și inclusă de Consiliul Național de Atestare a Titlurilor, Diplomelor și Certificatelor Universitare (C.N.A.T.D.C.U.) în categoria editurilor de prestigiu recunoscut.

**Descrierea CIP a Bibliotecii Naționale a României**  
**PSIHOTRAUMA : PUNȚI ÎNTRE TEORII ȘI APLICAȚII PRACTICE. Conferință națională cu participare internațională (12 ; 2017 ; Brașov)**

**Psihotrauma : punți între teorii și aplicații practice : conferința națională cu participare internațională, ediția a XII-a, 6-9 aprilie 2017, Brașov. - București : Editura Universitară, 2017**

Conține bibliografie  
ISBN 978-606-28-0577-7

159.9

DOI: (Digital Object Identifier): 10.5682/9786062805777

© Toate drepturile asupra acestei lucrări sunt rezervate, nicio parte din această lucrare nu poate fi copiată fără acordul Editurii Universitare

Copyright © 2017  
Editura Universitară  
Editor: Vasile Muscalu  
B-dul. N. Bălcescu nr. 27-33, Sector 1, București  
Tel.: 021 – 315.32.47 / 319.67.27  
www.editurauniversitara.ro  
e-mail: redactia@editurauniversitara.ro

Distribuție: tel.: 021-315.32.47 / 319.67.27 / 0744 EDITOR / 07217 CARTE  
comenzi@editurauniversitara.ro  
O.P. 15, C.P. 35, București  
www.editurauniversitara.ro

## CUPRINS

Cuvânt înainte .....	7
Creștere sau depreciere în urma traumei? .....	12
Reabilitare a consumatorilor de droguri încarcerați .....	33
E.M.D.R.– terapia eliberării de poverile trecutului.....	41
Vindecarea traumelor sau rescrierea sau rescrierea trecutului, prin folosirea terapiei E.M.D.R. ....	52
Poveștile și metaforele terapeutice – libertate în psihotrauma emoțională a copiilor instituționalizați.....	61
Pe mine mie redă-mă, oricine ai fi, te rog ajută-mă, să fiu din nou EU ....	66
Importanța socializării copiilor cu deficiență mintală.....	69
Anxietatea, cauza comportamentelor deviante la școlari. Tehnici de disciplinare pozitivă .....	76
Manifestarea empatiei în funcție de gen, vârstă și nivel de instrucție.....	87
Sandplay therapy – o abordare delicată și profundă a psihicului în consiliere și psihoterapie .....	103
Începe cu tine .....	118
Refugiați în Europa: traumă și asistență psihologică .....	122
Formarea imaginii de sine în copilăria mică .....	128
Gândirea critică atuu în dezvoltarea tinerei generații.....	133
Consilierea de grup a adolescenților cu părinți plecați .....	137
Actualitatea conceptului de <i>psihoză isterică</i> .....	147
Trauma ca trigger în regresia la funcționarea narcisico paranoică.....	156

De la psihoza simbiotică la schizofrenie .....	174
Tangențialitate și comportament bizar în Schizofrenia paranoidă cu debut tardiv.....	183
Gelozie și <i>distructivitate</i> . Stare crepusculară cu îngustarea câmpului conștienței .....	188
Psihoză postpartum, maternitate și comportamente bizare .....	193
Etica abordărilor psihosomatice în medicina primară .....	197
Impactul emoțional de tip tonic sau sensibil asupra stării de preparație ...	207
Interferența între domeniul de studiu/ cariera aleasă și profilul de personalitate și cel vocațional la adolescenți.....	226
General Vasile MILEA – Sinucidere sau asasinat? .....	236

## CUVÂNT ÎNAINTE

**Asociația Psihologilor Atestați din România - A.P.A.R.** organizează ediția a XII-a a Conferinței naționale cu participare internațională în psihologie aplicată pe tematica „**PSIHOTRAUMA- Puncte între teorii și aplicații practice**” în primăvara lui 2017. Astfel continuăm a noastră ostorie de cunoaștere schimbând experiențe profesionale din praxisul cel de toate zilele și din cercetări asidue întreprinse spre binele tuturor. Avem șansa de a învăța unii de la alții, de la practicieni cu vastă experiență în domeniul prevenirii, diagnosticării și tratării/ vindecării psihotraumelor și de la cercetători, teoreticieni ai facultăților de psihologie și medicină.

Una din poeziile copilăriei noastre definește adecvat, prin simplitatea și în același timp prin profunzimea ei, percepția adecvată asupra psihotraumei:

„- Ghiocel plăpândă floare,  
Nu ți-e frică de ninsoare?  
- Nu mi-e frică, că mă pitulesc așa  
Și-apoi ningă cât o vrea!” (autor necunoscut)

Așisderea ghiocelului care poate percepe ninsoarea ca pe ceva devastator, dar ALEGE să găsească o alternativă de supraviețuire, pitulându-se și dând un alt sens pericolului așa putem învăța și noi pământeni, de a găsi acel ceva pozitiv dintr-un negativ din ce ne-a fost dat a trăi. De altfel, însăși percepția „pericolului”, poate fi schimbată în a avea valențe bine făcătoare, după principiul că ce nu ne omoară ne-ntărește, așa cum zăpada îl poate copleși sau hrăni. Mecanismul este același ca-n validarea științifică a lui Milton Erickson care demonstrează că orice handicap poate fi transformat în calitate, important să fim treziți având toți ochii deschiși.

În cadrul conferinței ne vor onora cu prezența: psihologi, psihoterapeuți, medici, asistenți sociali, asistenți medicali, studenți, rezidenți și alte categorii profesionale interesate de propria dezvoltare personală și spirituală, din toate zonele și centrele universitare din țară și din străinătate: Anglia, Germania, Grecia, Franța, Republica Moldova, USA.

Mulțumiri membrilor **Comitetului științific** al conferinței, care este constituit din invitați și membrii de onoare A.P.A.R.:

- **la nivel internațional:**

- Prof. univ. emerit dr. **Richard Page** – membru de onoare a Asociației Psihologilor Atestați din România – APAR, University of Georgia USA

- Prof. dr. **Martine France Delfos** – membru de onoare a Asociației Psihologilor Atestați din România – APAR, Psychologist Therapy Practice PICOWO, Olanda

- **Mihaela Ampelomos** – psihoterapeut hipnoză clinică ericksoniană, Centrul Internațional de Psihologie și Psihoterapie **New Life**, filiala **Grecia**

- **Elena Chiriac** – psiholog clinician și psihoterapeut **Franța**

- **Mihaela Jalbă** – asistent medical principal, psihodramatician, art-terapeut Centrul Internațional de Psihologie și Psihoterapie **New Life**, filiala **New York**

- **Roxana Kroll** – psihoterapeut hipnoză clinică ericksoniană, Centrul Internațional de Psihologie și Psihoterapie **New Life**, filiala **Germania**

- **la nivel național:**

- Prof. univ. dr. **Răzvan Lucian Andronic** – Facultatea de Psihologie și Științele Educației, Universitatea Spiru Haret, **Brașov**

- Prof. univ. dr. **Doru Buzducea** – președinte Colegiul Național al Asistenților Sociali, Facultatea de Sociologie și Asistență Socială din **București**

- Prof. univ. dr. **Mircea Lăzărescu** – membru de onoare a Asociației Psihologilor Atestați din România – APAR, medic primar psihiatru și psihoterapeut din **Timișoara**

- Prof. univ. dr. **Doru-Vlad Popovici** – Facultatea de Psihologie și Științele Educației, Director al Departamentului de Psihopedagogie Specială, Universitatea din **București**

- Prof. univ. dr. **Mihaela Rus** – Vicepreședinte al Senatului Universității „Ovidius” din **Constanța**

- Prof. univ. dr. **Florin Emil Verza** – Prodecan Facultatea de Psihologie și Științele Educației, Departamentul de Psihopedagogie Specială, Universitatea din **București**

- Conf. univ. dr. **Anca – Olga Andronic** – Facultatea de Psihologie și Științele Educației, Universitatea Spiru Haret, **Brașov**

- Prof. univ. dr. **Marilena Bratu** – Facultatea de Psihologie și Științele Educației, Departamentul de Psihopedagogie Specială, Universitatea din **București**

- Conf. univ. dr. **Mihaela Bucuță** – Facultatea de Psihologie și Științele Educației, Universitatea Lucian Blaga, **Sibiu**



- Conf. univ. dr. **Cornel Lazăr** – Facultatea de Psihologie și Științele Educației, Universitatea Spiru Haret, **Brașov**
- Conf. univ. dr. **Ioana Lepădatu** – Facultatea de Psihologie și Științele Educației, Universitatea Spiru Haret, **Brașov**
- Conf. univ. dr. **Emilia Oprișan** – Facultatea de Psihologie și Științele Educației, Departamentul de Psihopedagogie Specială, Universitatea din **București**
- Conf. univ. dr. **Cornelia Tatu** – membru de onoare a Asociației Psihologilor Atestați din România – APAR, **Brașov**
- Conf. univ. dr. **Marilena Ticușan** – Facultatea de Psihologie și Științele Educației, Universitatea Spiru Haret, **Brașov**
- Conf. univ. dr. **Otilia Todor** – decan Facultatea de Psihologie și Științele Educației, Universitatea Spiru Haret, **Brașov**
- Conf. univ. dr. **Simona Trifu** – membru de onoare a Asociației Psihologilor Atestați din România – APAR, Facultatea de Medicină, Catedra de Psihiatrie, UMF Carol Davila, medic primar psihiatru, psiholog clinician principal, **București**
- Lect. univ. dr. **Edmond Constantin Cracsner** – membru de onoare a Asociației Psihologilor Atestați din România – APAR, Președinte Filiala Teritorială București a Colegiului Psihologilor din România, decan al Facultății de Psihologie Universitatea Ecologică din **București**
- Lect. univ. dr. **Liana Viviana Don** – membru de onoare a Asociației Psihologilor Atestați din România – APAR, medic primar psihiatru, formator și supervisor în hipnoza clinică ericksoniană și psihoterapie pozitivă, **Cluj-Napoca**
- Lect. univ. dr. **Gabriela Iorgulescu**, șef lucrări disciplina științe comportamentale U.M.F. „Carol Davila”, **București**
- Lect. univ. dr. **Jenő-László Vargha**, membru de onoare a Asociației Psihologilor Atestați din România – APAR, psihoterapeut, formator și supervisor în hipnoză clinică ericksoniană și psihodramă, **Cluj-Napoca**
- Lect. univ. dr. **Valentina Vartic** – Facultatea de Psihologie și Științele Educației, Departamentul de Psihopedagogie Specială, Universitatea din **București**
- Asist. univ. dr. **Liliana Neagu** – PhD U.M.F. „Carol Davila” **București**
- **Benga Florina** – asistent medical principal, Președinte OAMGMAMR, filiala **Brașov**
- PhD **Ion Duvac** – profesor asociat al Facultatea de Psihologie și Științele Educației din cadrul Universității din București, fondator a Clinicii Ion Duvac și a Academiei Psychological Profiler, **București**

- **Niculina Gheorghită** – membru de onoare a Asociației Psihologilor Atestați din România, psiholog clinician principal, formator, terapeut Bowen Expert, administrator Holisterapia Training, **Brașov**
- **Daniela Hiera** – director executiv a Colegiului Psihologilor din România, **București**
- **Gabriela Maria Ianculescu** – drd. psiholog clinician principal, psihoterapeut specialist hipnoză clinică ericksoniană, **București**
- **Diana Muntean** – psiholog clinician, psihoterapeut hipnoză clinică ericksoniană membru fondator a Asociației Psihologilor Atestați din România – APAR, **Iași**
- **Lucia Simandan** – asistent social principal, Președinte CNASR , sucursala **Brașov**
- **PhD Krisztina Gabriella Szabó** – psihoterapeut, trainer și supervisor în hipnoză clinică ericksoniană, în psihoterapie centrată pe persoană – focusing și respectiv terapeut ACT, Institutul pentru Tehnologii Psihologice Contextuale, **Cluj-Napoca**
- **Zoor Richard** – psiholog principal, supervisor, Președinte Filiala Teritorială Covasna a Colegiului Psihologilor din România, **Covasna**

De asemenea mulțumesc pentru contribuția la buna desfășurare a conferinței **partenerilor**: Centrul Internațional de Psihologie și Psihoterapie New Life, Facultatea de Psihologie și Științele Educației, Departamentul de Psihopedagogie Specială, Universitatea din **București**, Facultatea de Psihologie și Științele Educației, Universitatea Spiru Haret **Brașov**, Centrul Elipsiona, Psychologies, Holisterapia, Asociația Psiho Trafiq, Intell Psy Group, Asociația Societatea de Gestalt Terapie, Spitalul Clinic de Psihiatrie Moldova, Spitalul de Psihiatrie Săpunari, Editura Trei, Test Central, RQ Plus, Tea Garden, Academia de Masaj, Graffis Com, Laboratoarele Merlin, Televiziunea Columna, Emisiunea Arta de A Fi.

Mulțumiri tuturor autorilor de lucrări ce au făcut posibilă apariția acestui volum și pentru prezentarea lor în cadrul conferinței.

Mulțumiri tuturor participanților la conferință pentru desăvârșirea noastră continuă împreună.

Un rol merituos în buna organizare și desfășurare a conferinței îl au membrii din comitetul de organizare în fața cărora mă plec cu profund respect pentru că îmi sunt alături în marea provocare de implementare a acestui proiect de suflet spre binele tuturor:

- Florin Ștefan Badea
- Mădălina Mihaela Benedek
- Ana Elena Bîrsan
- Lidia Borlean
- Lavinia Crîșmaru

- Ioana Constantinescu
- Raluca Duru
- Cristina Kulcear
- Mircea Giorgescu
- Mihaela Ghercă
- Maia Georgiana Jordan
- Maria Mihaela Jordan
- Octavian Jordan
- Veronica Jordan
- Alina Maria Moldovan
- Emilia Oprișan
- Andreea Petecilă
- Mara Florina Tătaru
- Beata Tibiki
- Zsolt Endre Veress

În final aduc infinite mulțumiri Providenței ce ne călăuzește pașii în  
astă lume spre mai bine oricât de greu ne este câteodată.

Veronica Jordan

# CREȘTERE SAU DEPRECIERE ÎN URMA TRAUMEI?

Jenő-László Vargha, PhD

## 1. Ce este traumatizant în confruntarea cu evenimentele traumatice

Conceptualizate ca acele evenimente amenințătoare, ori neplăcute, care deteriorează capacitatea de adaptare, personalitatea, sau dezvoltarea armonioasă a persoanei, traumele psihice se asociază prin definiție cu resimțirea unor consecințe psihologice negative, cele mai grave dintre acestea îmbrăcând forma unor tulburări mentale, listate începând cu anul 1980 (când a fost publicat DSM-III) în toate edițiile Manualului Diagnostic și Statistic al Tulburărilor Mentale sub denumirile Tulburare de stres posttraumatic (pe scurt PTSD), respectiv Tulburare acută de stres. În continuarea acestei lucrări, vom utiliza prescurtarea PTSD pentru a desemna la modul generic orice problemă generată de impactul unui eveniment stresant, indiferent că se încadrează sau nu în criteriile diagnostice formulate în DSM..

Variatatea formelor concrete pe care diferitele evenimente traumatizante le pot îmbrăca este practic infinită. Shakespeare-Finch și Enders (2008) au propus următoarele categorii ale evenimentelor traumatice întâlnite frecvent: (a) confruntarea persoanei cu o boală care îi periclitează viața; (b) confruntarea unei persoane apropiate cu o boală care îi periclitează viața; (c) a fi martor la un deces; (d) moartea subită a unui membru de familie, sau a unui prieten, incluzând aici și decesul cauzat de sinucidere; (e) alte forme ale doliului; (f) a fi atacat sau jefuit; (g) a fi victima unui atac sexual ori a unui viol; (h) a suferi un accident de mașină sau motocicletă; și (i) altele. Sandler și colaboratorii (1991) au introdus diferențierea între „traumele absolute” și cele „relative” (denumite și traume nevrotice); cele dintâi sunt trăite ca atare de către practic oricine (toate categoriile incluse în clasificarea de mai sus s-ar încadra aici), pe când în cazul traumelor nevrotice, aprecierea evenimentelor cu pricina ca fiind „traumatizante” se face prin raportarea intensității evenimentului la resursele personale. (după Vargha și Szabó, 2009) Chiar dacă evenimente capabile să genereze psihotraume relative ar putea fi tolerate de către unele persoane, sau chiar de către cei mai mulți cu implicarea unor costuri suportabile, în cazul altor

persoane efectul lor poate fi de a dreptul devastator. Prin urmare, ca terapeuți este foarte important să ne ghidăm nu după „valoarea” absolută a unui eveniment traumatic, ci după impactul produs asupra „victimei” sale.

Chiar dacă omul face parte dintr-o specie a cărei reziliență poate fi considerată uluitoare, ființa umană este vulnerabilă la efectul nociv produs de psihotraume. Impactul traumei este trăit, prin definiție, ca fiind o stare insuportabilă și intolerabilă și prin urmare, lasă urme adânci în mintea și în emoțiile noastre, în capacitatea noastră de a ne bucura și de a ne angaja în relații intime și – mai mult – în structura noastră biologică și în sistemul nostru imunitar, arată Van der Kolk. Printre modificările fiziologice produse de traume au fost documentate recalibrarea sistemului de alarmă al creierului, intensificarea producției hormonilor implicați în stres și modificările la nivelul sistemului angrenat în filtrarea informațiilor relevante și diferențierea acestora de cele lipsite de relevanță. Astfel se explică hipervigilența persoanelor traumatizate față de orice amenințare potențială, chiar în condițiile în care costurile acestei stări de alarmă susținute sunt achitate în termenii renunțării la angajarea spontană în situațiile de zi cu zi. Nu lipsa de voință, ori slăbiciunea caracterială pot fi considerate responsabile pentru comportamentul caracteristic persoanelor afectate de PTSD, ci modificările survenite în creierul lor, ca efect al suferirii traumei. (Van der Kolk, 2014). Printre cele mai răspândite consecințe ale confruntării cu evenimente traumatizante se numără și sentimentul deprecierii, ce poate fi pus în evidență în variate domenii ale existenței. (Baker și colaboratorii, 2008).

Nu este deci de mirare faptul, că victimele evenimentelor traumatice – și mai ales aceia dintre ele, care prezintă istorii complexe ale traumelor suferite – confruntă terapeuții și consilierii cu cele mai dificile provocări și dileme. După cum arată Courtois și Ford (2013), persoanele traumatizate rămân de multe ori cantonate în moduri de funcționare specifice eforturilor de supraviețuire biologică și psihologică, iar atunci, când aceste patternuri comportamentale și de relaționare – perfect normale și adaptive în contextul anormal și traumatizant în care s-au dezvoltat – continuă să mijlocească pe termen lung adaptarea persoanei la condiții ce nu mai conțin elemente amenințătoare, ele însele se transformă în probleme. În condițiile în care strategiile de supraviețuire sunt incompatibile cu circumstanțele de viață mai puțin periculoase, sau stresante, recursul la acestea expune persoana la riscul retraumatizării prin reacțiile celor din jur la strategiile sale de apărare nejustificate și deplasate. (Courtois și Ford, op cit.)

## 2. Culisele creșterii posttraumatice

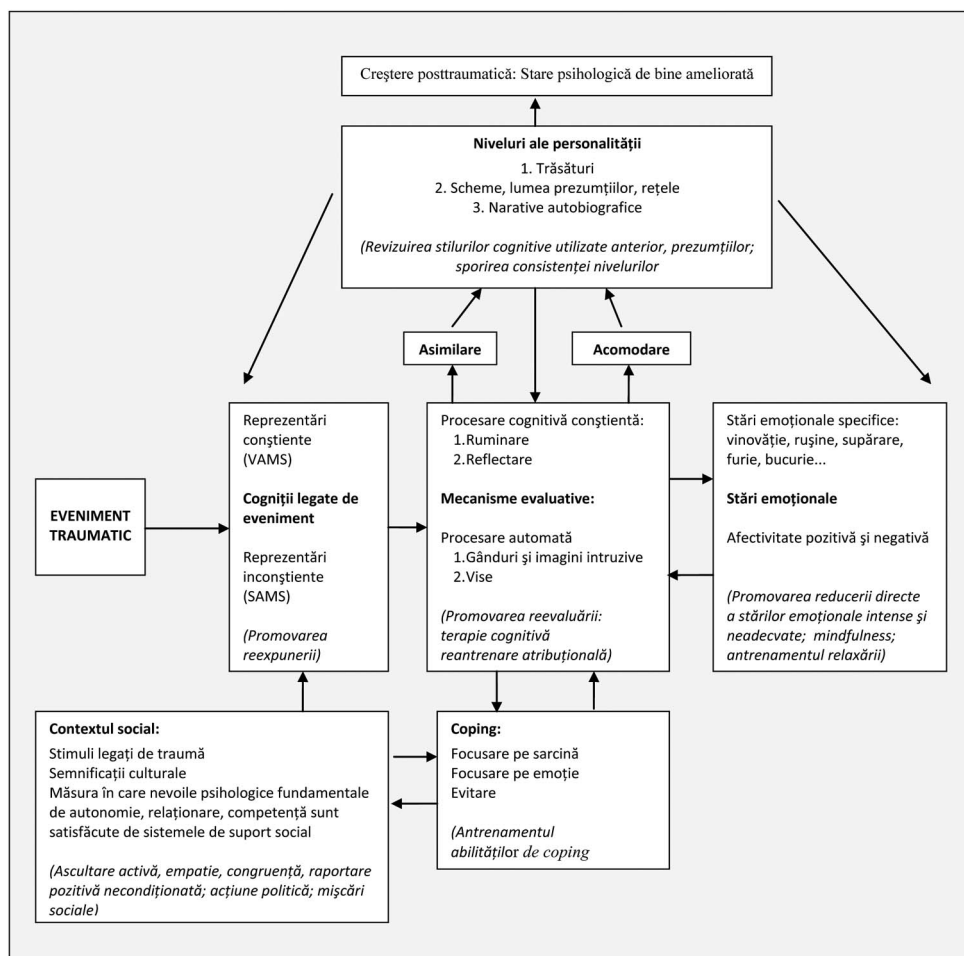
Oricât de devastatoare s-ar dovedi consecințele confruntării cu crize de viață și cu evenimentele cele mai traumatizante, printre victimele acestora vom găsi întotdeauna persoane, care sub o formă, sau alta, vor ieși din înfruntarea adversităților, cu beneficii la care nu ar fi avut acces, dacă nu ar fi avut de luptat cu impactul produs de traumă. Termenul „creștere (dezvoltare) posttraumatică” (PTG) a fost introdus de către Tedeschi și Calhoun (1995) pentru a desemna modificările pozitive, semnificative și durabile, raportate ocazional de către persoanele care caută să facă față unor crize majore cu care viața le confruntă (după Tedeschi și colab., 2014). Datele empirice de care dispunem, sugerează că unele dintre persoanele ce se confruntă cu traume, raportează cel puțin anumite schimbări pozitive, înregistrate ca efect al bătăliei purtate cu consecințele evenimentelor devastatoare. Chiar dacă multe dintre aceste persoane ar fi preferat evitarea întâmplărilor care au generat câștiguri, având în vedere suferințele îndurate din cauza lor, altele apreciază – în schimb – că ele au avut și darul de a adăuga plusvaloare la viața lor. (Calhoun și Tedeschi, 2004) Pentru a evita orice confuzie legată de focusarea clinicienilor asupra oportunităților de dezvoltare asociate de suferirea unor traume, Calhoun și Tedeschi (2006) sunt fermi în a susține, că acest demers nu urmărește sub nicio formă ignorarea emoțiilor negative, trăite cu ocazia confruntării cu evenimente nefaste. Însă, pe lângă luarea la cunoștință a faptului, că întâmplările dezagreabile din viața noastră generează de regulă reacții emoționale cu coloratură negativă, este util să ținem cont și de producerea – în mod oarecum paradoxal – a unor modificări psihologice favorabile, în contextul trăirii confruntării cu evenimente traumatice.

Prima încercare menită să surprindă structura PTG se leagă tot de numele lui Tedeschi și Calhoun, care au construit în 1996 Inventarul Creșterii Posttraumatice, autorii identificând cinci factori, care acoperă 62% din varianța PTG: (a) raportarea la alții, (b) posibilitățile noi, (c) forța personală, (d) schimbarea spirituală și (e) aprecierea vieții. (după Shakespeare-Finch și Enders, 2008) Pe de altă parte, Joseph și colaboratorii identifică – pe baza datelor publicate în literatura de specialitate – trei domenii cuprinzătoare, în care au fost notate schimbări pozitive ca urmare a confruntării cu evenimente traumatice. Primul dintre acestea este cel al relațiilor, care, într-un fel sau altul, se ameliorează: persoana ajunge să valorizeze mai mult relațiile cu prietenii, sau cu familia, să simtă mai multă compasiune față de alții, să se lase cuprinsă de dorul de relații mai intime etc. Al doilea domeniu este cel al viziunii asupra propriei persoane. În urma acestor schimbări, persoana poate dobândi un sentiment mai puternic al

rezilienței, al înțelepciunii și al forței personale; astfel își poate accepta în mai mare măsură vulnerabilitățile și limitările. (Joseph, Murphy, Regel, 2012) Într-o formulare succintă folosită de Calhoun și Tedeschi, înseamnă a descoperi că „*sunt mai vulnerabil, decât m-aș fi gândit, dar mai puterni, decât mi-aș fi imaginat vreodată.*” (op cit, p. 5) În sfârșit, în a treia categorie se încadrează modificările din sfera filosofiei de viață. Astfel, persoana își poate descoperi capacitatea de a contempla fiecare zi a existenței cu o apreciere proaspătă, sau cum ar putea reevalua sensurile pe care le atribuie existenței. (Joseph, Murphy, Regel, op cit)

Numeroase studii, efectuate pe persoane afectate de confruntarea cu cele mai variate forme ale traumelor au pus în evidență faptul, că fenomenului PTG este mai degrabă unul comun, supraviețuitorii evenimentelor traumatizante raportând – așa cum arată Joseph și colaboratorii (op cit.) – experiențierea unor schimbări pozitive, în proporții ce variază între 30-70%. Cu toate acestea este important de reținut, că PTG nu este un fenomen universal, că nu putem pretinde fiecărei persoane care se confruntă cu traume să experiențieze o dezvoltare personală semnificativă ca rezultat al impactului acestora. Mai mult chiar, acele persoane, care raportează câștiguri de pe urma confruntării cu psihotraumele, descriu – aproape fără excepție – și consecințe negative ale aceluiași eveniment. Și așa cum subliniază Baker și colaboratorii (op. cit.) emoțiile și manifestările comportamentale contradictorii nu sunt experiențiate doar în domenii diferite ale existenței împărțite între ele, ci chiar în contextual aceluiași domenii. De exemplu, victima traumei se poate apropia mai mult de anumite persoane din viața ei, în paralel cu ruperea totală a relațiilor cu altele.

Joseph și colaboratorii au elaborat ceea ce pare a fi, până la ora actuală, cel mai complex model al creșterii posttraumatice, în care au căutat să cuprindă toți factorii, care își aduc contribuția la apariția unor schimbări pozitive, în urma confruntării cu evenimentele traumatice. Dincolo de faptul, că modelul realizat surprinde multitudinea de factori cognitivi, emoționali și comportamentali implicați, precum și interacțiunea lor complexă, autorii au căutat să includă și sugestii referitoare la diferitele intervenții terapeutice care ar putea fi utilizate pentru a influența în direcția dorită, fiecare dintre componentele modelului.



**Fig. 1. Modelul procesării afectiv-cognitive posttraumatice (după Joseph, Murphy și Regel, 2012, p. 321)**

Nu putem încheia acest paragraf dedicat fenomenologiei creșterii posttraumatice, fără a menționa și avertismentul formulat de Joseph și colaboratorii (Joseph, Murphy, Regel, op cit), care atrag atenția asupra faptului, că – cel puțin în unele cazuri – perceperea unei creșteri posttraumatice se poate dovedi a fi iluzorie. Autorii citați au pus în evidență faptul, că în cazul persoanelor afectate puternic de traumă, corelația dintre schimbarea percepută și cea produsă în mod real este slabă. Acest lucru s-ar putea explica prin faptul, că în cazul acestui grup de persoane, perceperea unor schimbări mai mari decât cele efective este utilizată ca un mecanism de coping (sau mai degrabă de evitare), astfel încât este recomandabil să manifestăm prudență înainte de a lua drept bune aceste raportări, mai ales în perioadele imediat următoare suferirii unei traume de către persoana



investigată ori luată în tratament. În schimb, aceeași corelație poate atinge valori moderate, atunci când avem în vedere persoanele mai puțin tulburate de impactul traumei și care, prin urmare, sunt mai puțin tentate să exagereze „câștigurile” înregistrate de pe urma confruntării cu evenimentele traumatizante, doar pentru a exploata efectul analgezic al autoamăgirii. O consecință importantă a surprinderii acestui mecanism constă în recunoașterea faptului, că datele pe care le deținem cu privire la răspândirea fenomenului PTG s-ar putea să fie supraestimate. Pe de altă parte, Calhoun și Tedeschi (2006) susțin – în acord cu poziția exprimată de Taylor și Brown – că iluziile pozitive se pot înrola în slujba unor obiective adaptive și astfel, chiar în condițiile în care perceperea creșterii este lipsită de fundament obiectiv, această iluzie își poate aduce contribuția la găsirea unui sens al suferinței experimentate de către persoană. Și pentru a evita orice confuzie, autorii citați sunt foarte fermi în a susține că acest lucru este acceptabil în condițiile în care clinicianul respectă cadrul general prin care clientul își înțelege propria lume și experiențele prin care trece și nu și în cazul în care i-ar sugera el însuși clientului, că ar fi beneficiarul unor câștiguri rezultate de pe urma luptei cu impactul evenimentului traumatic.

### **3. Facilitarea creșterii posttraumatice**

Din perspectiva datelor pe care le deținem asupra implicării proceselor fundamentale în experiențierea traumei, Van der Kolk (2014) consideră, că putem elabora în acest moment tehnici și metode de intervenție, bazate pe neuroplasticitatea naturală proprie creierului uman, capabile să susțină supraviețuirii evenimentelor traumatice, în eforturile lor de a trăi deplin în prezent și de a-și urma drumul ales în viață. Autorul identifică trei căi fundamentale ce pot fi urmate în cadrul acestui demers. Prima dintre ele, cea descendentă (top down) implică acțiuni concrete cum ar fi purtarea unor discuții cu ceilalți, (re)conectarea de aceștia, precum și deschiderea față de luarea la cunoștință și înțelegerea a ceea ce se întâmplă cu noi. A doua, se poate materializa prin recursul la medicamente, sau alte intervenții (de ex. meditația, exercițiile de relaxare, hipnoza și/sau autohipnoza), care vizează modificarea modului în care creierul nostru organizează informațiile. În sfârșit, ultima dintre acestea, cea ascendentă (bottom up), îi permite persoanei să se confrunte cu experiențe capabile să contrazică, la modul profund și visceral, neajutorarea, mânia, ori colapsul izvorâte din traumă. Van der Kolk apreciază că întrebarea care dintre aceste căi se poate dovedi mai eficientă în cazul unui client particular este una empirică, majoritatea dintre clienți putând profita la modul optim, probabil, de o combinație a celor trei.

Prin tradiție, asemeni celorlalte forme clinice ale anxietății, PTSD a fost abordat cu precădere prin tehnici centrate pe expunerea la stimulul anxiogen, în acest caz particular, evenimentul traumatic. După cum subliniază însă Zeifert și De Viva (2010), recursul la tehnicile bazate pe confruntarea cu PTSD pretinde din partea persoanei să posede abilități care i-ar permite să se focalizeze asupra unor emoții precum tristețea, rușinea, mânia și sentimentele de culpă (cu care trăirea traumei îl confruntă), să discrimineze între ele și să le regleze satisfăcător, în condițiile în care mulți dintre supraviețuitorii traumelor sunt deficitari pe acest plan, sarcina de a identifica, ori a gestiona stările emoționale negative, dovedindu-se dificilă de dus la bun sfârșit, mai ales în cazul acelorora dintre ei, care au suferit abuzuri în copilărie. Nu întâmplător, în astfel de cazuri este recomandabil, ca înainte de a introduce intervențiile bazate pe expunerea clientului la reexperiențierea situațiilor traumatiche, să-i dezvoltăm acestuia abilitățile de reglare a emoțiilor, prin recursul la tehnicile elaborate în cadrul ACT, sau a terapiei comportamentale dialectice.

### **3.1. Terapia prin acceptare și angajament**

Terapia prin acceptare și angajament (pe scurt ACT, pronunțat ca un cuvânt și nu ca un șir de litere) se bazează pe o filozofie perfect compatibilă cu conceptul creșterii posttraumatice. În cadrul ACT, terapeutul recunoaște universalitatea suferinței trăită de ființa umană și egalitatea inerentă a tuturor în fața adversităților cu care viața ne confruntă. Prefațând cea dintâi carte dedicată tratării PTSD prin ACT, Steven Hayes – fondatorul acestei forme de terapie – se referă la posibilitatea ca luptându-se cu efectul devastator al traumei, persoana să descopere niveluri ale puterii și păcii interioare, la care înainte nici nu ar fi putut aspira. Fără a utiliza termenul „creștere”, este evident că atunci, când vorbește despre „calea capabilă să schimbe chiar și oroarea în ceva profund bun”, Hayes (2007), de fapt la asta se referă.

Principala justificare a recursului la ACT în tratarea clienților afectați de PTSD, îl constituie implicarea evitării experiențiale în agravarea și menținerea simptomatologiei posttraumatice. Cercetările empirice, care au vizat investigarea relației dintre evitarea experiențială și simptomele stresului posttraumatic și care au pus în evidență asocierea dintre aceste două variabile sunt numeroase. S-a putut constata, că recursul la strategii de coping bazate pe evitare, ca de exemplu reprimarea emoțiilor, negarea, detașarea, sau gândirea orientată de dorințe, generează frecvent intensificarea paradoxală a gândurilor și emoțiilor negative, pe care persoana ar fi dorit să le evite. Mai mult, evitarea experiențială s-a

demonstrat a fi un predictor al severității stresului posttraumatic, superior gravității evenimentului traumatic (Batten, Orsillo și Walser, 2005). Un studiu recent a pus în evidență relația semnificativă dintre intensitatea simptomelor PTSD și fuziunea cognitivă, precum și moderarea acestei relații de către evitarea experiențială; astfel, s-a constatat, că pe măsură ce scorurile înregistrate la scala AAQ, utilizată pentru măsurarea evitării experiențiale creșteau de la valorile scăzute la cele medii, respectiv la cele crescute, semnificația asocierii dintre PTSD și fuziunea cognitivă creștea la rândul ei. Nivelul stresului posttraumatic experiențiat de persoanele cu fuziune cognitivă crescută și înclinație accentuată spre evitarea experiențială, s-a dovedit a fi de aproape trei ori mai mare decât cel înregistrat în cazul subiecților care prezintă niveluri scăzute ale evitării experiențiale. (Bardeen și Fergus, 2016) Aceste rezultate atrag atenția clinicienilor angajați în tratarea persoanelor afectate de psihotraume, asupra nevoii de a aborda în terapie problema evitării experiențiale, terapiile prin acceptare și angajament (ACT) punându-le la dispoziție o colecție importantă de tehnici capabile să-și aducă contribuția la realizarea acestui obiectiv terapeutic. În aceeași ordine de idei, așa cum arată Helgeson și colaboratorii, experiențierea unor gânduri intrusive legate de un stresor, poate fi semnalul, că persoana se implică în prelucrarea impactului pe care stresorul îl exercită asupra vieții sale, mulți clinicieni apreciind, că o contemplare și o luare în considerare a stresorului, ar putea constitui o condiție necesară pentru ca procesul de creștere să poată să se producă (după Joseph, Murphy și Regel, op cit)

Pornind de la datele de mai sus, Batten și colaboratorii susțin, că implicarea evitării experiențiale – care nu vizează doar sentimentele de teamă, ci practic totalitatea experiențelor private cu care persoana se confruntă – ar fi în măsură să furnizeze o explicație pentru eșecurile tratamentelor focalizate exclusiv asupra anxietății, utilizate în mod curent în terapia persoanelor confruntate cu PTSD. După cum arată autorii, PTSD implică o gamă mult mai largă a reacțiilor emoționale, una care include, printre altele, sentimentele de culpă, mânia și tristețea/depresia, asociate la rândul lor cu atitudinile negative față de trăirile emoționale, dificultățile manifestate pe tărâmul controlării emoțiilor și disocierea. (Batten, Orsillo și Walser, op. cit).

Abordarea PTSD din perspectiva terapiilor bazate pe conștiința deplină (mindfulness), pe acceptare și pe angajament, care își propun cultivarea disponibilității și a acceptării experiențiale, permite eliberarea întregului spectru al trăirilor emoționale de sub influența represivă a mecanismelor de evitare. Aceste terapii pot fi utilizate cu succes și în tratamentul clienților care se dovedesc incapabili să evoce amintiri suficient

de clare ale evenimentului traumatic, respectiv care s-au confruntat de a lungul existenței lor, cu traume multiple, produse în momente dificile și în contexte diferite, adică în acele cazuri, pentru tratamentul cărora terapiile tradiționale, bazate pe expunerea la situațiile generatoare de anxietate, nu au reușit să elaboreze algoritmi de intervenție eficiente. (Batten, Orsillo și Walser, op. cit). Această poziție este în acord cu cea exprimată de Zayfert și De Viva (2010), care atrag atenția asupra faptului, că în cazul unora dintre clienți, fie expunerea, fie restructurarea cognitivă se pot dovedi neadecvate și că aceasta ar putea fi cauza proporției ușor crescute a clienților afectați de PTSD care abandonează tratamentele focusate pe traumă, în comparație cu cei tratați pentru această problemă prin abordări suportive. Autorii de mai sus citează totodată rezultatele a numeroase studii, care au demonstrat implicarea a numeroase variabile – de regulă neadresate în cadrul intervențiilor bazate pe restructurarea cognitivă și pe expunerea – atât în abandonarea timpurie a tratamentului, cât și în înregistrarea unor rezultate nesatisfăcătoare ale acestuia. Astfel, dacă abandonul a fost observat cu precădere la clienții care prezentau niveluri crescute ale simptomelor PTSD (cu precădere evitare), depresie și recurs la alcool, printre predictorii eșecului intervenției au fost identificate variabile precum suferirea de traume în copilărie, sau de traume multiple, recursul la sedative, suicidalitatea crescută, singurătatea, frecventarea inconstantă a ședințelor terapeutice, anxietatea generalizată, nivelul crescut al PTSD, durerea fizică intensă și mânia crescută. Atât abandonul, cât și rezultatele slabe s-au înregistrat cu o frecvență semnificativ superioară în cazul bărbaților.

### **3.2. Teoria lărgirii perspectivei și construirii prin emoțiile pozitive**

O altă orientare de dată relativ recentă în psihologie, dar aflată și ea în plină expansiune, este cea a psihologiei pozitive. Apariția acesteia a avut darul de a comuta atenția psihologilor clinicieni și a psihoterapeuților dinspre obiectivele ce vizau facilitarea stărilor emoționale pozitive, înspre cele definite în termenii stării psihologice de bine, caracterizată de către Ryff și Singer (1996) prin nivelurile crescute ale autonomiei, capacitatea de a influența mediul înconjurător, relațiile pozitive cu ceilalți, atitudinea deschisă față de oportunitățile de dezvoltare personală, conturarea unor obiective în viață și acceptarea de sine. (după Joseph, Murphy, Regel, 2012) Pe parcursul ultimului deceniu și jumătate, au fost elaborate și validate în cadrul mișcării desemnată prin termenul generic de „psihologie pozitivă”, o serie de tehnici și chiar programe structurate de antrenament care vizează cultivarea emoțiilor pozitive. Acestea pot – în măsura în care reușesc să evite acea capcană, care conform observației lui Kashdan și Biswas-Diener