

Spectrul stărilor de stres posttraumatic: manifestări, mecanisme etiopatogenetice, intervenție terapeutică

Roxana Bica

Trauma este înțeleasă ca „suferință care fragmentează mecanismele de apărare ale psihicului și corpului” (Williams, 2006, p. 321), generând uneori perturbări de durată. Pornind de la aceasta și de la componentele bolii așa cum sunt analizate de David (2006a, p. 23-25), lucrarea de față urmărește evidențierea tabloului clinic generat de traumatizare, prezentarea mecanismelor etiopatogenetice care subîntind suferința traumatică și discutarea metodelor validate din punct științific pentru tratarea tulburării de stres posttraumatic, cea mai studiată componentă din spectrul stărilor de stres posttraumatic.

Manifestări în suferința posttraumatică

Factorii etiologici în suferința posttraumatică sunt preponderent exogeni. Printre evenimentele potențial psihotraumatice se numără: experiența proprie a abuzului fizic/ sexual sau asistarea la acesta, violența în familii sau comunități, moartea accidentală sau violentă a unei persoane iubite, rănire sau boală care pun în pericol propria viață, războiul, terorismul, dezastrele naturale, opresiunea sistematică de tipul rasismului (Kramer și Landolt, 2011, p. 7; Goodman și Calderón, 2012, p. 255). Astfel de stresori extremi generează stări de excitație ale sistemului nervos central care în funcție de vulnerabilitatea individuală pot duce la simptome ireversibile și leziuni psihice pe termen lung. Nu toate persoanele expuse la evenimente traumatice dezvoltă simptome persistente ale traumei. Este posibilă elaborarea în mod natural a experienței traumatice, evitând astfel ancorarea în patologie (Riedesser și Fischer, 2007, p. 50-51; Little, Akin-Little și Gutierrez, 2009). Evenimentul care se dovedește traumatic este perceput de subiect ca fiind brusc, necontrolabil și negativ. Polak et al. (2012) afirmă că 10% dintre persoanele traumatizate dezvoltă simptome durabile.

Răspunsul la stres și traumă este reglat de sistemul limbic, sistemul nervos vegetativ (SNV) și de axa hipotalamică-pituitară-adrenală. Stresorul activează SNV generând semne somatice de tipul paloare, diminuarea digestiei, dilatarea pupilelor, accelerarea ritmului cardiac respirator, creșterea presiunii sangvine și transpirație, durere, oboseală, tensiune musculară, hipervigilență, alterarea funcționării creierului (Goodman și Calderón, 2012, p. 257). Little, Akin-Little și Gutierrez (2009) menționează și simptome afective (frică, depresie, furie, schimbări frecvente de dispoziție), comportamentale (evitarea lucrurilor care amintesc de situația traumatică) și cognitive (credințe iraționale, rigide despre sine, alții, lume). Cogițiile dogmatice ajută copilul să perceapă mediul ca fiind predictibil și controlabil. Cea mai frecventă cogiție irațională a copiilor este autoblamarea.

Correspondența în plan psihopatologic a mecanismului fiziologic de reacție la stimulul stresant (detaliat în secțiunea următoare a lucrării) este descrisă de așa-numitul spectru al stărilor de stres posttraumatic. În viața civilă acestea sunt: reacția acută de stres (simptome prezente mai puțin de patru zile), tulburarea acută de stres (simptome clinic semnificative mai puțin de o lună) și stresul posttraumatic acut (simptome menținute între una și trei luni) / cronic (simptome prezente mai mult de trei luni) (Nash și Watson, 2012, p. 639). Dintre acestea, tulburarea de stres posttraumatic (Posttraumatic Stress Disorder - PTSD) este în prezent cea mai cercetată. Criteriile diagnostice ale tulburării de stres posttraumatic au fost incluse în DSM în 1981 ca urmare a dezbaterilor stârnite de manifestările veteranilor războiului din Vietnam. Acestea includ memorări ale traumei inițiale, coșmaruri, evitarea stimulilor asociați cu trauma, hipervigilență. Goodkind, LaNoue și Milford (2010, p. 859) citează o serie de studii care au evidențiat în cazul adolescenților legătura dintre expunerea la evenimente traumatice și depresie, respectiv anxietate și faptul că strategiile active de coping precum căutarea suportului diminuează aceste simptome. Un alt studiu amintit demonstrează că stresul posttraumatic mediază relația dintre traumă și simptomele de depresie și anxietate la tinerii aflați în detenție. Shalev et al. (2005, p. 172) atrag atenția asupra faptului că PTSD apare la 30-83% dintre supraviețuitorii cu tulburare acută de stres, dar și la cei care nu îndeplinesc criteriile specifice ei. Pe baza acestui fapt autorii recomandă intervenția la ambele categorii de supraviețuitori ai unui eveniment traumatic în vederea prevenirii PTSD, aspect care va fi reluat mai pe larg în cea de-a treia secțiune a lucrării.

Aspecte neuropsihologice ale traumei. Mecanisme etiopatogenetice implicate în tulburarea de stres posttraumatic

Un element cheie în dezvoltarea și menținerea simptomatologiei PTSD îl reprezintă dereglarea memoriei. Persoana evită în mod conștient amintirile evenimentului traumatic, însă ele sunt activate în mod automat într-o formă intruzivă. În explicarea acestui fapt, Riedesser și Fischer (2007, p. 99), respectiv Goodman și Calderón (2012, p. 257) amintesc distincția dintre memoria „rece” și cea „fierbinte”. Prima are ca substrat regiunea hipocampică din sistemul limbic și se referă la categorii precum timpul, spațiul și cauzalitatea, limbă, fapte, descrieri, narațiuni (memoria explicită, declarativă), pe când cea de-a doua este atribuită amigdalei cerebrale și stochează în funcție de relevanța emoțională informație preponderent senzorială (memoria implicită, nondeclarativă). Stimulii amenințători activează centrul de dirijare din hipotalamus al sistemului nervos autonom și duc la eliberarea de hormoni de stres. Regiunea hipocampică și cortexul cingular sunt inhibitate în stările extreme de excitație, nemaijucând astfel rolul de filtru (Riedesser și Fischer, 2007, p.100). În plus, există o activare mai intensă a emisferei drepte (orientată spre caracteristicile globale ale comunicării și percepția non-verbală) comparativ cu cea stângă (gândire analitică,

rezolvare de probleme) (ibidem, p.101). Se rețin astfel în experiența peritraumatică impresii senzoriale decontextualizate, dar detaliate, care „îngheață” în memorie și sunt reactualizate în mod intruziv, repetitiv, chiar decenii, dacă sunt stimulate situativ de stimuli senzoriali sau simptome somatice care amintesc de traumă. Din cauza suprimării activității de mediere a hipocampului, sistemul memoriei explicite nu poate stoca o narațiune a evenimentului produs (Goodman și Calderón, 2012, p. 257). Pe termen lung se poate vorbi de disfuncționalitatea sistemului limbic care, prin nivelul prea scăzut al cortizolului, face ca supraexcitația să apară și în absența amenințării.

În înțelegerea felului în care uitarea intenționată întreține simptomatologia PTSD sunt utile rezultatele experimentale ale lui Amir, Leiner și Bomyea (2010) și Tapia et al. (2007) conform cărora persoanele suferind de PTSD au dezvoltat o biasare a memoriei implicite pentru fotografii, respectiv cuvinte referitoare la evenimente traumatice vs. stimuli neutri de același tip. Cu aceste date se pot corela cercetările lui David (2004) privind impactul uitării intenționate asupra reactualizării inferențiale inconștiente, cercetări care au implicat liste de cuvinte cu conotație negativă, respectiv pozitivă. Ele arată că uitarea intenționată specifică, bazată pe decizie, nu afectează reactualizarea inferențială și inconștientă deoarece folosirea strategiei decizionale de a uita nu mai lasă resurse cognitive pentru controlul inferențelor inconștiente pe care informația țintă de conotație negativă le generează. Acest fapt influențează răspunsurile ulterioare ale persoanei (David, 2004, p. 173)

Un alt mecanism care stă la baza spectrului de stres posttraumatic este de natură neurohormonală, descris de Rotschild (2000, apud. Goodman și Calderón, 2012, p. 256-257). Sub impactul stimulului amenințător, semnalele amigdalei către hipotalamus activează sistemul nervos simpatic, glandele suprarenale eliberând epinefrină și norepinefrină care pregătesc reacțiile de luptă sau fugă. După ce amenințarea a trecut, glanda pituitară eliberează cortizol care stopează reacția de alarmă și reface homeostazia organismului. Dacă nici lupta, nici fuga nu sunt posibile, apare „înghețarea”, adică imobilitatea corpului. Levine (1997), citat de aceiași autori, consideră că eșecul în descărcarea acestei energii duce la simptome somatice și la persistența celor posttraumatice precum supraexcitația.

Intervenția psihoterapeutică în stările de stres posttraumatic

Cloitre et al. (2011, p. 615) au investigat într-un studiu cvasi-științific (David, 2006b) eficacitatea celor mai potrivite intervenții în PTSD așa cum reies din ierarhizările făcute de 50 de specialiști în această problemă clinică. Rezultatul principal a fost că 84% dintre ei au înclinat spre o terapie secvențială cu intervenții pentru fiecare cluster de simptome din cele 11 stabilite (exemplu: tulburări afective de tipul reactivitate crescută și furie inhibată/ explozivă). Intervențiile de primă linie preferate sunt: strategii de reglare emoțională, narațiunea traumei, restructurarea cognitivă, managementul anxietății și al stresului, dezvoltarea abilităților interpersonale. Intervenții secundare

au fost considerate meditația și mindfulness (pentru tulburări emoționale, atenționale și comportamentale).

Shalev et al. (2005, p. 173) menționează o serie de studii randomizate, controlate care au oferit dovezi în sprijinul ideii că terapia cognitivă și expunerea prelungită conduc la reduceri semnificative clinic ale simptomatologiei PTSD și a depresiei ca simptomatologie comorbidă. Bendall, Jackson și Hulbert (2010, p. 303), discutând frecvența comorbiditate a PTSD cu alte probleme de sănătate mentală, sugerează nerecomandarea terapiei prin expunere pacienților psihotici cu PTSD deoarece poate provoca recăderi. În schimb, restructurarea cognitivă este prezentată ca fiind mai adecvată persoanelor cu tulburări serioase de sănătate mintală.

În afara de acestea, studiile prezintă TF-CBT (Trauma-Focused Cognitive Behavioral Therapy) ca o terapie scurtă, eficientă la copii și adolescenți între trei și 18 ani cu probleme emoționale și comportamentale generate de traumă. Numeroase studii care-i probează efectele au fost făcute asupra copiilor abuzați sexual. Scheeringa et al (2011) au evidențiat printr-un studiu randomizat asupra copiilor cu vârste între trei și șase ani că intervenția TF-CBT este mai eficientă în reducerea simptomatologiei PTSD decât condiția listă de așteptare, rezultatele fiind prezente și după șase luni de la intervenție (mărimea efectului chiar a crescut în ceea ce privește PTSD). Un alt rezultat a fost că TF-CBT este eficientă și în ameliorarea tulburărilor comorbide anxietate, depresie, opoziționism, dar nu și pentru ADHD. Componentele TF-CBT în lucrul cu copiii și părinții lor, menționate și de Prather și Golden (2009, 69), sunt: psihoeducația, dezvoltarea abilităților parentale, relaxarea, modularea afectivă, copingul și procesarea cognitivă, narațiunea traumei, stăpânirea in vivo a amorselor traumatiche, sesiuni comune copil-părinte, întărirea siguranței și dezvoltării viitoare.

Beaumont, Galpin și Jenkins (2012) au comparat într-un studiu rezultatele obținute de aceiași terapeuți prin folosirea CBT respectiv CBT plus CMT (Compassionate Mind Training) ca intervenție asupra subiecților traumatizați. S-a obținut o reducere a simptomelor (anxietate, depresie, comportament evitant, gânduri intruzive, supraactivare) în ambele grupe, subiecții din condiția CBT+CMT obținând o îmbunătățire semnificativă doar în ceea ce privește autocompasiunea (atitudine non-critică față de sine).

Goodman și Calderón (2012, p. 254) amintesc cercetări din domeniile fiziologiei și neurobiologiei care au evidențiat rolul conștientizării corpului (body awareness) în terapia traumei prin aceea că diminuează supraactivarea, restabilesc legătura cu propriul corp și potențază diferențierea amintirilor traumatiche de senzațiile prezente. În plus, a fi mindful ajută la creșterea sentimentului supraviețuitorilor că dețin controlul și la construirea unui sens al experienței traumatiche. Alte studii citate aduc dovezi în sprijinul eficacității tehnicilor mindfulness în reducerea anxietății și depresiei și diminuarea simptomelor la adulții cu ADHD.

Concluzii

Mecanismele implicate în apariția și menținerea simptomelor PTSD țin de perturbări ale sistemului limbic și de natură neurohormonală. Ca și corespondent psihic, un rol cheie îl joacă biasarea memoriei implicite către stimulii cu relevanță traumatică. Ca și intervenție, cele mai multe studii referitoare la TF-CBT (Trauma-Focused Cognitive Behavioral Therapy) aduc dovezi în sprijinul eficacității sale în prevenirea și tratarea PTSD și a patologiei comorbide, tehnicile de mindfulness și body awareness potențând efectele acesteia. Se recomandă utilizarea ei la scurt timp după evenimentul traumatic.

Bibliografie:

1. Amir, N., Leiner A.S., Bomyea, J. (2010). Implicit Memory and Posttraumatic Stress Symptoms. *Cognitive Therapy & Research*, 34, 49–58.
2. Beaumont, E., Galpin, A., Jenkins, P. (2012). ‘Being kinder to myself’: A prospective comparative study, exploring post-trauma therapy outcome measures, for two groups of clients, receiving either Cognitive Behaviour Therapy or Cognitive Behaviour Therapy and Compassionate Mind Training. *Counselling Psychology Review*, 27(1), 31-43.
3. Bendall, S., Jackson, H.J., Hulbert, C.A. (2010). Childhood trauma and psychosis: Review of the evidence and directions for psychological interventions. *Australian Psychologist*, 45(4): 299–306.
4. Cloitre, M., Courtois, C.A., Charuvastra, A., Carapezza, R., Stolbach, B.C., Green, B.L. (2011). Treatment of Complex PTSD: Results of the ISTSS Expert Clinician Survey on Best Practices. *Journal of Traumatic Stress*, Vol. 24(6), 615–627.
5. David, D. (2004). *Prelucrări inconștiente de informație*. București: Tritonic.
6. David, D. (2006a). *Psihologie clinică și psihoterapie*. Iași: Polirom.
7. David, D. (2006b). *Metodologia cercetării clinice*. Iași: Polirom.
8. Goodkind, J. R., LaNoue, M. D., Milford J. (2010). Adaptation and Implementation of Cognitive Behavioral Intervention for Trauma in Schools with American Indian Youth. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 39(6), 858–872.
9. Goodman, R.D., Calderón, A.M. (2012). The Use of Mindfulness in Trauma Counseling, *Journal of Mental Health Counseling*, 34(3), 254-268.
10. Kerig, P.K., Sink, H. E., Cuellar, R.E., Vanderzee, K.L., Elfstrom, J. (2010). Implementing Trauma-Focused CBT With Fidelity and Flexibility: A Family Case Study. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 39(5), 713–722.

11. Kramer, D.N., Landolt, M.A. (2011). Characteristics and efficacy of early psychological interventions in children and adolescents after single trauma: a meta-analysis. *European Journal of Psychotraumatology*, 2:7858, 1-24.
12. Little, S.G., Akin-Little, A., Gutierrez, G. (2009). Children and traumatic events: therapeutic techniques for psychologists working in the schools. *Psychology in the Schools*, 46(3), 199-205.
13. Nash, W.P., Watson P.J. (2012). Review of VA/DOD Clinical Practice Guideline on management of acute stress and interventions to prevent posttraumatic stress disorder. *Journal of Rehabilitation Research and Development*, 49(5), 637–648.
14. Polak, A.R., Witteveen, A.B., Visser, R.S., Opmeer, B.C., Vulink, N., Figee, M., Denys, D., Olff, M. (2012). Comparison of the effectiveness of trauma-focused cognitive behavioral therapy and paroxetine treatment in PTSD patients: Design of a randomized controlled trial. *BMC Psychiatry*, 12(166),1-11.
15. Prather, W., Golden, J.A. (2009). A Behavioral Perspective of Childhood Trauma and Attachment Issues: Toward Alternative Treatment Approaches for Children with a History of Abuse. *International Journal of Behavioral and Consultation Therapy*, 5(1), 56-74.
16. Riedesser, P., Fischer, G. (2007). *Tratat de psihotraumatologie*. București: Trei.
17. Scheeringa, M.S., Weems, C.F., Cohen, J.A., Amaya-Jackson, L., Guthrie, D. (2011). Trauma-focused cognitive-behavioral therapy for posttraumatic stress disorder in three through six year-old children: a randomized clinical trial. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 52(8), 853–860.
18. Shalev, A.Y, Freedman, S., Israeli-Shalev, Y., Frenkiel-Fishman, S., Adessky, R. (2005). *Treatment of Trauma Survivors with Acute Stress Disorder: Achievements of Systematic Outreach*. În Wessely, S. și Krasnov, V.N. (eds.). *Psychological Responses to the New Terrorism: A NATO-Russia Dialogue* (p.171-185), Amsterdam: IOS Press.
19. Tapia, G., Clarys, D., Isingrini, M., El-Hage, W. (2007). Memoire et emotion dans le Trouble de stress post-traumatique (TSPT). *Canadian Psychology*, 48(2),106-119.
20. Williams, W.I. (2006). Complex trauma: approaches to theory and treatments. *Journal of Loss and Trauma*, 11, p. 321-335.

Despre autor:

Roxana Bica (Radomir-Belițoiu) este psiholog clinician, consilier psihologic autonom (Evaluarea și Consilierea Experiențială a Adultului, Copilului, Cuplului și Familiei) și psihoterapeut sub supervizare, masterand al Universității Babeș-Bolyai Cluj-Napoca (psihoterapie cognitiv-comportamentală).