

REFERATE GENERALE

Psihodinamica rezilienței

The psychodynamics of resilience

Alexandru Trifan

REZUMAT

Reziliența apare ca o arie conceptuală în care psihiatria este înlocuită de psihologie, sociologie și explicații psihodinamice. Acestea din urmă includ derularea tulburărilor de poststress traumatic, teoria coping-ului și procesul atribuirii de sens. Articolul urmărește să dea unele răspunsuri la trei întrebări: cum evenimente existențiale speciale afectează indivizii? cum un individ cooperează cu experiența traumatică ce factori influențează consecințele evenimentelor traumatice și procesul de cooperare cu acestea?

Cuvinte cheie: reziliența, explicații psihodinamice, tulburări de poststress traumatic, teoria coping-ului, atribuirea de sens.

ABSTRACT

Resilience is a conceptual field in which psychiatry is replaced by psychology, sociology and psychodynamic explanation. This includes the development of post-traumatic stress disturbances, the theory of coping and the attribution of meaning process. The paper aims to give some response to the three questions: how does serious life events affect the individuals? how does an individual cope with traumatic experience? which factors influence the consequences of traumatic events and the process of coping with them?

Keywords: resilience, psychodynamic explanation, posttraumatic stress disturbances, coping theory, attribution of meaning.

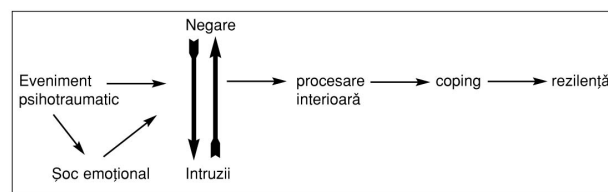
O definiție a psihotraumei este cea dedusă din psihanaliză și anume conflictul între tendință sau pulsione și principiul realității. Situațiile care produc efecte psihotraumatice sunt: neputința, erupția în existența unei conjuncturi dramatice, disconfortul psihosomatic extrem [1,6]. Toate acestea bombardează creierul atât de puternic încât înfrâng bariera stimulilor cerebrali postulată de Sigmund Freud și generează două categorii de manifestări.

A. Manifestări de negare: perplexitate, lipsa de răspuns la incitații; imposibilitatea de concentrare, amnezie, ideeație constrânsă, platisare afectivă, cecitate emotivă, retrofixarea în roluri vechi (regresie), negarea evenimentului traumatic cu refularea sa în profunzimea inconștientului, pierderea simțului realității, pierderea controlului, fuga în activități.

B. Manifestări intruzive: tensiune și comportament hipervigilent, gânduri recurente despre evenimentul traumatizant, atât în stare de veghe, cât și în somn, imaginarea revenirii repetitive a producerii evenimentului, imposibilitatea de ce a-l alunga din minte,

erupții angoasante ideo-afective, coșmaruri, căutarea pentru regăsire a pierderilor, tresăriri frecvente [1,7].

Derularea acestor manifestări este modelată și influențată de reziliența psihică a victimei, dar se petrece în mare conform unei scheme propusă de Kleber și Brown [1].



Evaluarea cantitativă a dezvoltării posttraumatice se face (*Serban Ionescu: Traité de resilience assistee*) [3] cu ajutorul a trei instrumente psihologice: EDRS (Échelle de développement en relation avec le stress) IDPT (Inventaire de développement posttraumatique) și EDB (Échelle visant à déceler les benefices).

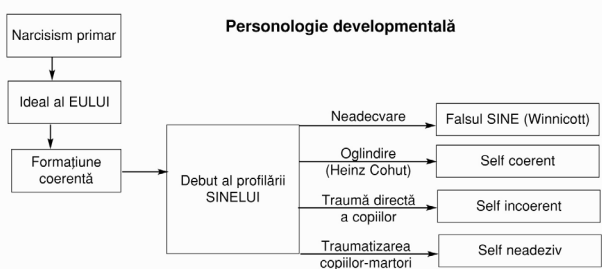
Nucleul procesării interioare este **atribuirea de sens** evenimentului psihotraumatic. În urmă cu mai mulți ani am studiat procesul atribuirii de sens la un

grup de copii și adolescenți cu vârste cuprinse între 14 și 18 ani, clasificați ca martori, adică subiecți ce au asistat la violențe – atât fizice, cât și mentale – exercitate asupra părinților, persecutați pentru convingerile politice. Tulburările psihodinamice înregistrate în perioada imediat următoare au fost: vinovăție pentru nonintervenție, prăbușirea stimei de sine, confuzie în aprecierea valorilor morale, manifestări de insecuritate, dezangajare a atașamentelor.

Evoluția instalării rezilienței posttraumatice a arătat că atribuirea de sens a urmat trei etape:

- respingerea justificării violenței și vinovăției cu schițarea unui adevăr propriu
- evaluarea consecințelor pe termen lung a discriminărilor
- decantarea acestei evaluări de anxietatea legată de eventualele consecințe infauste.

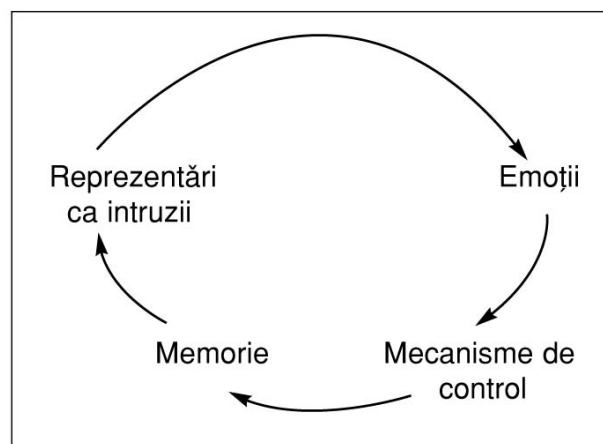
Desigur că în procesul de prelucrare psihodinamică un rol important îl are vulnerabilitatea concretizată de „debilitatea” Eului, coeziunea redusă a Sinelui și un atașament lax [2,6]. În procesarea interioară, intră în joc și ceea ce Bion a numit: instinctul adevărului. În cursul procesării victima își pune în mod repetat întrebări obsedante: de ce mi se întâmplă tocmai mie? de ce anume mă fac vinovat? prin ce este justificată pedeapsa? Aceste întrebări generează o stare de perplexitate, care conduce la o descalificare a Eului, concept descris de Recamier. Răspunsul la aceste întrebări este în funcție de tipul personologic dezvoltat determinat de existența unui Sine fals, self coerent, self incoerent, self neadeziv [6].



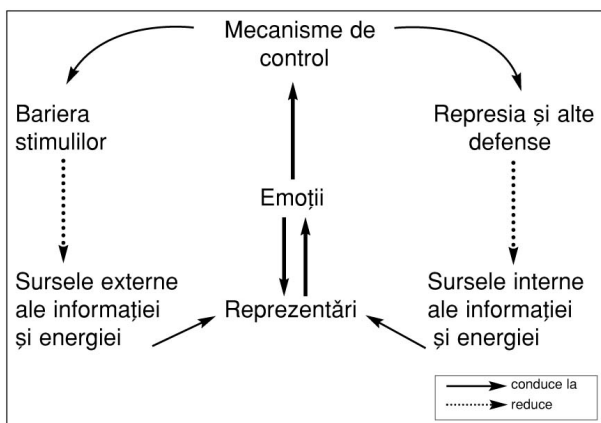
Schema nr. 2 (originală)

Procesul de coping începe cu restructurarea schemelor. Acestea (Gestalt) reprezintă un concept-umbrelă care ocupă un loc important în psihologia cognitivă definind configurații ideo-afective stocate în memorie ce constau în elemente ale experiențelor și reacțiilor trecute. Deși sunt constructe abstracte, Landman și Manis consideră că ele oferă bazele comportamentului [1].

Procesul de coping este privit ca o schimbare a configurațiilor vechi cu unele noi. Deoarece realitatea evenimentelor traumatice nu poate fi schimbată, modelele schemelor și configurațiilor interioare trebuie revizuite și aduse să fie conforme realităților victimizante. Una din cele mai importante scheme psihice ale personalității este stima de sine. Puternic zdruncinată în cazul agresiunilor, ea se reface treptat. Momentul când se termină această refacere este denumit „desăvârșire” (în engleză *completion*). O traumă, înregistrată în memoria activă are, conform teoriei freudiene, o compulsiune la repetare. Amintirea este retrăită în mod repetat, până când este trecută din memoria activă în cea pasivă, marcând astfel „desăvârșirea”. Coping-ul nu este complet până când memoria activă nu este controlată și blocată împotriva repetării amintirilor intruzive cărora li se interzice ieșirea din memoria pasivă. Fenomenul de control și încetarea apariției intruziilor indică apariția copingului rezilient. Mecanismele de control sunt omologate de psihanaliză ca defense [4,6]. Refularea este transferul sectorului memoriei active în cel al memoriei pasive [5,6]. Dar spre deosebire de refulare, fenomenul de control are efecte mai nuanțate. Astfel hipercontrolul pătrunderii intruziilor în memoria actuală împiedică, prin intensitatea sa, prelucrarea configurațională. Pe de altă parte un control ineficient produce invazia angoasei în memoria activă și insuficienta înscriere în memoria pasivă a evenimentului traumatic. Horowitz propune o schemă simplă a copingului posttraumatic [1].



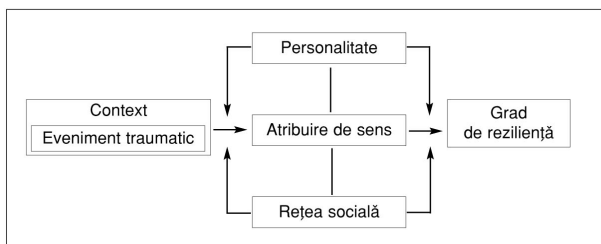
În psihodinamica rezilienței este instructivă schema funcționării psihodinamice a conștiinței care intervine în dezvoltarea perioadei posttraumatice, imaginată tot de Horowitz.



Elaborarea unei scări de coping rezilient are ca punct de plecare modelul conceput de Laura Polk (citată de Șerban Ionescu și colab.) [3] compus din 26 variabile grupate în patru părți:

- paternul dispozițiilor (inteligența, stima de sine, încrederea și eficacitatea personală)
- paternul relațional (susținerea socială)
- paternul filozofic (credința care facilitează atribuirea de sens, definirea scopurilor și perspectiva echilibrată a vieții)
- paternul situațional (capacitatea de testare a realității, de rezolvare a problemelor de acțiune și analiză a consecințelor). Prezența acestor paterne corespund criteriilor unui coping rezilient.

Schematizarea grafică a funcționării reziliente este formalizată într-un model al scenariului psihotraumatic (după Kleber și Brom, modificat)

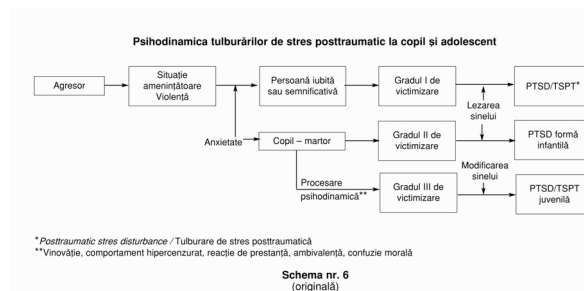


Copingul rezilient se instalează odată cu revenirea modului normal de input al stimulilor. Este cunoscută teoria lui Sigmund Freud cu privire la bariera stimulilor (pe care Horowitz o numește mecanism de modulare al stimulilor). Conform acestei teorii, o stimulare psihică exagerată activează un fenomen

de blocaj, bariera nemaiăsând să intre în conștiință stimulii excesivi. Ori, anxietatea care însoțește starea posttraumatică reprezintă o astfel de intensă stimulare care, declanșează punerea barierei și oprind fluxul normal input-output cu afectarea testării realității [1].

Perioada posttraumatică se structurează în anumite cazuri în sindromul de post-stres traumatic (*Post-traumatic stress syndrome, PTSD*). În manualul de diagnostic și statistică a tulburărilor mintale (DSM) se evidențiază că pentru a stabili diagnosticul de PTSD sunt necesare următoarele criterii: cel puțin un simptom de reexperiență (intruzii); trei simptome de evitare și două manifestări de hipervigilență (hyperarousal). Simptomele trebuie să persiste cel puțin o lună de zile și să cauzeze suferințe semnificative funcționale.

Psihodinamica tulburărilor de stres posttraumatic la adolescent este figurată într-o evoluție stadiată.



Dacă la adolescenți criteriile de diagnostic sunt similare adultului, la copilul mic există două limitări majore. Mai întâi capacitatea de exprimare verbală a suferinței nu este complet formată, de aceea clinicianul trebuie să facă educații derivate din comportament și din relațiile părinților și institutorilor. Nimic nu poate înlocui observația clinică directă. În al doilea rând copiii pot prezenta manifestări neincluse în DSM, cum sunt pierderea unor abilități recent achiziționate (regresie/apariția de noi temeri și angoase sau reactivarea unora vechi, anxietatea de separare care poate merge până la *clinging* (agățare și manifestări psihosomatice ca grețuri și cefacee). În plus, anxietatea posttraumatică poate lua forma distractibilității, hiperactivității și impulsivității. Depresia își face apariția în cazul acumulării adversităților posttraumatice.

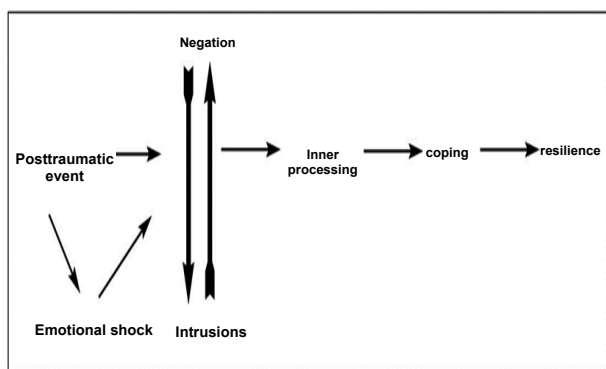
*
* *

A definition of psychotrauma is derived from psychoanalysis namely the conflict between the tendency or compulsion and the reality principle. Situations that generate psychotraumatic effects are: inability, eruption in the existence of a dramatic conjuncture, extreme psychosomatic discomfort. [1,6] All these bombard the brain so powerfully that they defeat the brain stimuli barrier postulated by Sigmund Freud and generate two types of events.

A. Manifestations of denial: perplexity, lack of response to incitation, inability to concentrate, amnesia, constrained ideation, affective flattening, retro-fixation in old roles (regression) denial of the traumatic event with its suppression to the depth of unconsciousness, sense of loss of contact with reality, loss of control, retreat into activities.

B. Intrusive manifestations: tension and hyper-vigilant behaviour, recurrent thoughts about the traumatic event, during both wakefulness and sleep, imagining the repetitive return of the occurrence of event, inability to banish it from the mind, distressing ideo-affective bursts, nightmares, search for the retrieval of losses, frequent startles. [1, 7]

The unfolding of these events is shaped and influenced by the victim’s mental resilience but it occurs mostly under a scheme proposed by Kleber and Brown. [1]



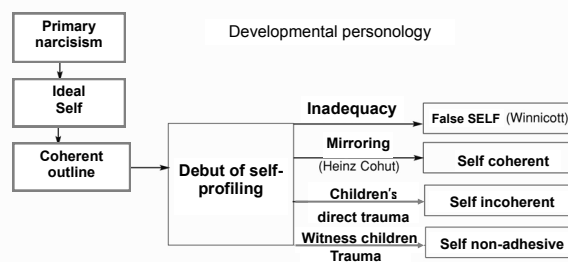
Quantitative assessment of the posttraumatic development of performed (Serban Ionescu: *Traité de resilience assistee*) [3] with three psychological instruments: EDRS (Échelle de développement en relation avec le stress = Stress-Related Growth Scale) IDPT (Inventaire de développement posttraumatique = Inventory of post-traumatic growth) and EDB (Échelle

visant a deceler les benefices = Scale meant to a detect benefits).

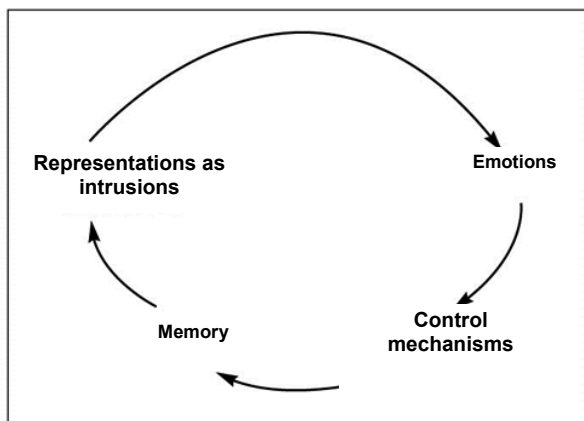
The core of inner processing is **giving sense** to the psycho-traumatic event. In the last several years, I studied the process of attributing meaning in a group of children and adolescents aged between 14 and 18, classified as witnesses, that is, subjects who have witnessed violence – physical and mental - exerted on parents, persecuted for their political beliefs. The psychodynamic disturbances recorded in the immediately following period were: ,guilt for non-intervention, the collapse of self-esteem, confusion in assessing moral values, manifestations of insecurity, disengagement of attachments.

The progress of the installation of posttraumatic resilience showed that the process of attributing meaning followed three stages: ,rejection of the justification of violence and guilt with drafting of one’s own truth, assessment of the long-term consequences of discrimination, separating this assessment from the anxiety linked to possible hopeless consequences.

Certainly, in the process of psychodynamic processing, the vulnerability embodied by the Ego “weakness”, the low cohesion of the self and the lax attachment play an important role. (2, 6) In the inner processing, what Bion called: ‘truth instinct’ comes into play. During the processing, the victim repeatedly asks her/himself haunting questions: why happens this just to me? What is my guilt? What justifies the punishment? These questions generate a state of perplexity, leading to a disqualification of the Ego, a concept that has been described by Recamier. The answer to these questions is related to the personological, developmental type determined by the existence of a false self, coherent self, incoherent self, non-adhesive self. [6]



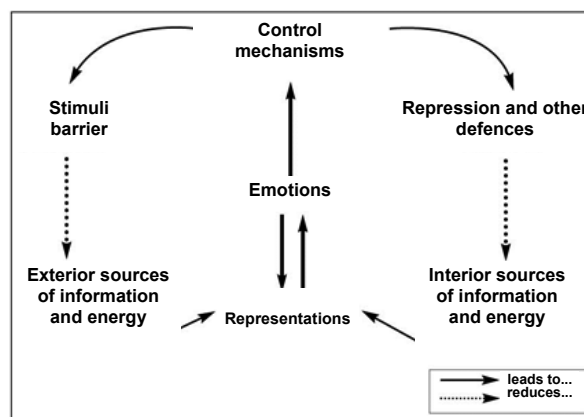
The coping process begins with the restructuring of the schemes. They (Gestalt) represent an umbrella concept that occupies an important place in cognitive psychology, defining ideo -affective configurations stored in memory, consisting of elements of past experiences and reactions. Although they are abstract constructs, Landman and Manis think that they provide the foundations of behaviour. [1]



The coping process is seen as a exchange of the old patterns with new ones. As the reality of traumatic events cannot be changed, the models and interior configurations should be revised in such a way as to conform to the victimizing realities. One of the most important mental schemes of personality is self-esteem. Being badly shaken in the case of aggression, it is recovering gradually. The moment when this recovery finishes is called “completion”. A trauma that is registered in the working memory has, according to the Freudian theory, a compulsion to repeat itself. The memory is relived repeatedly until it is moved from the active memory into the passive one, marking thus the “perfection”. Coping is not completed until the active memory is not controlled and locked against the repetition of intrusive memories, which are prohibited to come out from the passive memory. The phenomenon of controlling and ceasing the emergence of intrusions indicates the appearance of resilient coping. Control mechanisms are assimilated by psychoanalysis as defences. (4, 6) Repression is the transfer of the active memory sector into that of the passive memory. (5, 6) However, unlike repression, the control phenomenon has more nuanced effects. Thus, the hyper-control of the penetration of intrusions into current memory prevents, by its intensity, the configurational processing. On the other hand, an inefficient control produces the invasion of

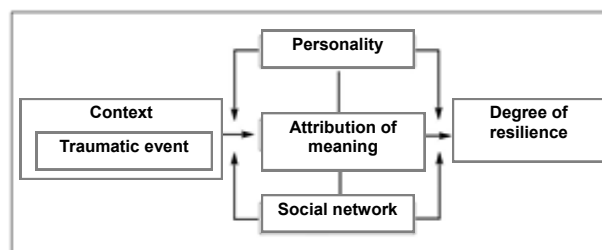
anxiety into the active memory and the insufficient enrolment of the traumatic event into the passive in memory. Horowitz proposes a simple scheme of post-traumatic coping. (1)

In Scheme 3 of the psychodynamics of resilience, the scheme of the psychodynamic functioning of consciousness is instructive since it occurs in the development of the posttraumatic period, also imagined by Horowitz.



The development of a resilient coping scale takes as its starting point the model devised by Laura Polk (cited by Serban Ionescu et al.) (3), consisting in 26 variables grouped into four parts: dispositions pattern (intelligence, self-esteem, confidence and personal effectiveness), relational pattern (social support), philosophical pattern (the belief that facilitates attribution of meaning, defining goals and a balanced view of life), situational pattern (the ability to test reality, to solve problems concerning actions and the analysis of the consequences). The presence of these patterns corresponds to the criteria of a resilient coping.

Graphic schematization of resilient functioning is formalized in a model of psycho-traumatic scenario (after Kleber and Brom, amended)

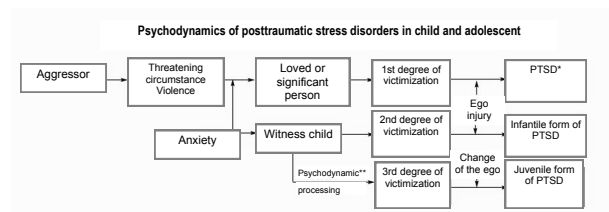


Resilient coping is installed with the return of the normal modulation of the input of the stimuli. Sigmund Freud’s theory about the stimulus barrier is well known (which Horowitz calls the stimulus modulation mechanism). According to this theory, excessive mental stimulation activates a blocking phenomenon;

consequently, the barrier does not allow excessive stimuli to enter the consciousness. Thus, the anxiety that accompanies traumatic condition represents such intense stimulation that triggers the activation of the barrier and the blocking of the normal input-output flow with impaired reality testing. (1)

In specific cases, the posttraumatic period becomes structured as post-traumatic stress syndrome (PTSD). The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM)(2, 7) highlights that for a diagnosis of PTSD the following criteria are needed: at least one re-experience symptom (intrusions), three symptoms of avoidance and two manifestations of hypervigilance (hyperarousal). Symptoms must persist for at least one month and cause significant functional suffering.

Psychodynamics of posttraumatic stress disorder in adolescents is shown in developmental stages.



If diagnostic criteria in adolescents are similar to those in adults, in the young child there are two major limitations. Firstly, the verbal expression ability of suffering is not formed completely therefore, the clinician must make deductions derived from the behaviour and from the reports of parents and of teachers. Nothing can replace direct clinical

observation. Secondly, children may show symptoms that are not included in the DSM, such as loss of recently acquired skills (regression / emergence of new fears and anxieties or reactivation of old ones, separation anxiety, which can go up to *clinging* (attaching and psychosomatic manifestations such as nausea and headache). In addition, post-traumatic anxiety can take the form of distractibility, hyperactivity and impulsivity. Depression makes its appearance when posttraumatic adversities have accumulated.

BIBLIOGRAFIE / REFERENCES:

1. Kleber Rolf J. și Bromm Danny. Coping with Trauma (Theart, Prevention and Treatment), Ed. Swets și Zeittinger, Amsterdam, 1990.
2. Fischer, Gottfried, Riedsesser Peter, Tratat de Psihotraumatologie, Editura Trei, 2001
3. Ionescu Șerban (sub red.), Traite de resilience asistee, Ed. Puf, 2011.
4. Mertens Wolfgang: Introducere în terapia psihanalitică, Editura Trei, 2003.
5. Toma, Helmuth, Kächele, Horst, Tratat de psihanaliză contemporană vol. I – Fundamente, Ed. Trei, 1999, vol. II, Practică, Ed. Trei, 2009.
6. Trifan, Alexandru: Psihanaliza pentru medici, Ed. Viața Medicală Românească, 2001.
7. Traifan Alexandru: personologie marginală și psihotraumatică, Ed. Trei, 2006.