

SCENARIUL VIEȚII SOMATICE : DECIZIILE SOMATICE ȘI ABORDAREA TERAPEUTICĂ PENTRU TRATAMENTUL LOR

Mario C. Salvador

REZUMAT

Scenariul vieții este un grup complex de modele de relații inconștiente bazate pe reacții fiziologice de supraviețuire, implicit concluzii de viață (cele compuse din reacții inconștiente pentru care nu există încă limbaj, capacitatea de segmentare a evenimentelor sau gândirea conștientă) și decizii explicite luate în condiții de stres, în orice stadiu al dezvoltării care inhibă spontanietatea și limitează flexibilitatea rezolvării unei probleme, conservarea unei stări sănatoase și a modalităților de a interacționa cu alții.

Cuvinte cheie: sentiment profund al Sinelui, restabilirea scenariului de viață, relația terapeutică în psihoterapie, terapie somatosenzorială, scenariul vieții corporale, memoria implicită a sinelui.

Scenariul este creat de către copil ca un mod de a înfrunța greșelile de relaționare cu persoanele semnificative de care depinde și care eșuează în mod repetat în satisfacerea nevoilor sale. De obicei aceste patternuri inconștiente au fost formulate, reformulate și elaborate pe parcursul mai multor etape din dezvoltarea unui om ca și consecință a rupturilor și lipsurilor de sintonie în relația cu alții; adică se formează de la greșeli acumulate pe parcursul relației cu celălalt. Înainte de a achiziționa limbajul, are deja o vastă experiență a stării de a “se afla în relație”, precum și de modul de a se purta astfel încât să i se acorde atenție sau să fie ignorat. Astfel scenariile vieții sunt sisteme inconștiente de organizare psihologică și autocontrol constituite în primul rând ca și amintiri construite în principal ca amintiri implicite și exprimate prin intermediul neplăcerilor fiziologice, escaladarea sau inhibarea răspunsului afectiv și prin intermediul relațiilor transferabile, repetitive ce au loc în viața de zi cu zi, acelea ce îi satisfac așteptările în relațiile cu ceilalți.

Ca semn, înainte să vorbească copilul a învățat deja la nivel somatic un pattern de atașament și de relaționare codificat în corp. Acesta este un concept fundamentat de diverși autori în literatura de specialitate. Bowlby (1969) vorbește despre modele de atașament ca reprezentări mentale conștiente și inconștiente ale sinelui și ale celuilalt; terapia cognitivă a schemelor (Beck, 1976); Safran (2003) vorbește despre scheme interpersonale; analiza tranzacțională de referință, a trasat linii, credințele scenariului despre sine și celălalt; Adler (1929) vorbește despre planul de viață; și teoria lui Daniel Stern de RIGs (1985) tratează “reprezentările interacțiunilor generalizate”. Pe altă parte, Fosha (2000) vede ansamblul schemelor ca pe un factor comun în diferitele psihoterapii integrate.

Aceste patternuri inconștiente de relaționare formate în etapele timpurii și prelingvistice influențează pentru fiecare dintre noi reacțiile și așteptările care definesc lumea în care trăim, cine suntem și ce putem aștepta în relațiile cu ceilalți. Altfel spus, identitatea proprie este un produs emoțional și comportamental a experienței sinelui într-o relație; cu alte cuvinte, individul se contopește într-o singură ființă. Aceste patternuri de răspuns, codificate fizic în țesături corporale și biochimic în afecte precum stimularea subcorticală și sub formă cognitivă ca atitudini și valori, lasă o amprentă ce ghidează modul în care ne trăim viața. Aceste patternuri sau scenarii implică niște rețele neuronale extinse și complexe, compuse din credințe, sentimente, reacții biochimice și fiziologice care se activează și declanșază interconexiuni, constituind stări ale minții (Siegel, 1999ⁱ) sau stări ale eu-lui așa cum le-a definit Eric Berne (1961).

John Bowlby (1969, 1973, 1980) de asemenea face referire la mai multe patternuri de scenarii de viață descriind importanța biologică a legăturilor afective și fizice în crearea unui nucleu visceral de unde pornesc toate experiențele sinelui și ale celorlalți. Daniel Stern (1985) semnalează de asemenea dezvoltarea la copil a unor reprezentări generale asupra comportamentului față de altă persoană într-un stadiu incipient al vieții. Experiența somatică, senzorială, motrică și emoțională ajută la sculptarea rețelelor neuronale începând de la primi ani și până la apariția conștiinței de sine.

Aceste scheme se dezvoltă înainte de dobândirea limbajului. Odată cu dezvoltarea limbajului, simbolurile se unesc cu elementele afective, comportamentale și fiziologice ale schemei. Unul dintre conceptele nucleu ale analizei tranzacționale integrative a lui Erskine (1979) este conceptul script system. Acest model descrie diferitele elemente ale schemelor de relaționare (cognitive, afective, comportamentale și fiziologice). Arată cum reprezentările interne se manifestă ca și comportamente și experiențe subiective și modul în care se consolidează schemele pas cu pas. Totodată explică că experiențele se refulează păstrării mecanismelor defensive și oferă o unealtă foarte practică de înțelegere a sistemului persoanei și de terapie. Putem spune că organismul este un sistem complex ce se structurează pe baza stărilor minții (stările eului), ce implică patternuri de comportament, de gândire, emoții și reacții fiziologice interconectate ce se declanșază împreună în timpul unei situații ce stimulează patternul.

Stările eului determinate –stările eului copil- (ca urmare a abuzului, a neglijenței sau lipsei de contact) reprezintă părți reprimare, protejate. Când schemele de relaționare se activează resimțim o stare specifică a eului ce presupune experiențele trecute și trăirile subiective asociate schemei respective. Schemele relaționale nu pot fi observate direct, dar stările eului sunt manifestarea observabilă ale acestora. Cheia, stimulul care declanșază schema relațională poate fi internă (un gând, amintiri, senzații, etc)

Schemele relaționale ce reprezintă protocolul scenariului de viață au scopul de a organiza experiența și pentru a face viața previzibilă. O funcționare adecvată a structurilor noastre cerebrale folosește la două funcții de bază: organizarea experienței; adică să dea formă și semnificație și să asimileze informația și experiența actuală în contextul deja cunoscut. În acest mod, structura și plasticitatea asimilării noului ne permite să înfruntăm provocările vieții într-o manieră

adaptată cerințelor situației actuale și integrarea continuă a noi învățăminte. În situațiile în care avem de-a face cu experiențe traumatizante, neglijență sau stres sever, aceste patternuri de relaționare se elaborează ca structuri rigide cu scopul de a preveni durerea; astfel copilul care nu primește un răspuns adecvat din partea mamei poate să fi închis ciclul satisfacerii propriilor nevoi într-un mod artificial, reprimându-și durerea, desensibilizându-se în fața nevoilor proprii (“mai bine nu simt nimic și nu voi avea nevoie de nimeni”) și concluzii timpurii despre sine (“sunt invizibil”, “nu contez”). Când această situație se repetă, se transformă într-un pattern rigid ce nu permite însușirea experiențelor noi și reparatorii deoarece nu sunt cunoscute (“nu merit să mă iubească nimeni, nu poate fi adevărat”).

Auto-organizarea sinelui este diadică, se întâmplă în momentul interacțiunii și în relația dintre două persoane, și reflectă modul fundamental în care mintea se autodefineste în cadrul interacțiunilor interpersonale și a proceselor neurofiziologice. În acest sens, mama copilului funcționează asemeni unui cortex auxiliar extern cu scopul de a identifica, satisface și da formă experiențelor interne ale copilului; în acest mod ne autodefinim. În cadrul interacțiunii există un pattern specific al flux de energie cerebrală care crează o rețea neuronală cu activare particulară, sau stare psihică. Dezvoltarea mentală și a senzației de sine sunt influențate de stările mentale ale obiectului de atașament (attachment) pentru a ajuta la reglarea propriile stări interne. Alinierea și sintonia de moment al stadiilor depinde de sensibilitatea parentală față de nevoile copilului și permite acestuia din urmă o adaptare spontană la situații cât și dezvoltarea unor capacități reglatorii ce pot apărea în viitor. Atât mama cât și copilul își adaptează gesturile la comportamentele și sunetele celuilalt, într-o suită de dansuri și cântece lirice (Trevarthen, 1993ⁱⁱ). Disponibilitatea, sintonia și organizarea interacțiunilor emoționale ale mamei sunt interiorizate în timpul acestei uniuni cu copilul de la o emisferă la alta (Schore, 1994). Această aliniere a stărilor a două persoane se numește “stare de rezonanță mentală”; presupune ca starea fiecărei persoane să fie influențată și să influențeze pe cea a celuilalt. Autorii din câmpul psihologiei numesc aceste fenomen interpersonal “a fi în sintonie cu celălalt”.

Când mama stabilește o comunicare în sintonie cu necesitățile și stimulii interni ai copilului acesta se poate autodefini ca fiind “*demn de a fi iubit și Îngrijit*”, “*celălalt mi se dedică mie*”, “*pot să mă Încred În viață și să cer*”. Când sintonia dă greș și are un caracter cumulativ așa cum se poate întâmpla în cazul unui copil a cărui mamă este deprimată, copilul nu găsește pe cineva în exterior care să-l poată înțelege și care să răspundă lumii sale. În momentul în care nu găsește satisfacție în exterior, și cu atât mai mult, dacă frustrarea se interiorizează în încercarea de a găsi o încuietore artificială pentru nevoile sale “nu contez” “mă voi descurca singur” “îmi voi menține corpul în stare de anestezie pentru a nu simți sau avea nevoie de nimic”. În etapele timpurii aceste lucruri nu au loc verbal, organismul pur și simplu încetează să mai lupte sau să mai ceară în lipsa unui răspuns cooperant. Aceste engrame somato-senzoriale sunt baza sinelui, semnificația cea mai profundă a eului fiind în conștiința somatică; Bolas (1987) numește “*cunoștințe negândite*” (“*unthought known*”), acele experiențe cărora nu li s-a răspuns niciodată în sintonie, ceea ce nu s-a întâmplat niciodată, pentru a face parte din lumea noastră interioară, și care niciodată nu s-au transpus în cuvinte. Sunt acele experiențe pe care pacientul nu le poate relata deoarece nu este conștient că au existat.ⁱⁱⁱ Când îngrijitorul principal

suferă de stres cronic, este anxios, sau supărat este posibil ca niciodată să nu fi avut loc cele mai importante relații interacționale ale primei copilării.

Câteva exemple de interacțiuni critice sunt contactul vizual cu mama, folosirea contactului fizic pentru a-l calma sau reflecția pe fața tatălui în momentul în care se copilul se simte fericit sau stresat. Aceste greșeli continue din cadrul sintoniei și răspunsul la necesitățile evoluției copilului se definesc drept neglijență. Rezultatul acestei neglijențe este numită de unii autori “traumă cumulată” (Lourie, 1996; Khan, 1963)^{iv} și de alții “sindromul stresului post-traumatic” (Van der Kolk, 1996^v). Khan afirma “trauma cumulată este rezultatul rupturii în rolul mamei ca scut protector pe parcursul dezvoltării copilului din copilărie până în adolescență”. Aceste greșeli nu sunt în general o alegere voită a părinților, de obicei fiind cauzate de ignoranță, oboseală sau griji cotidiene. Astfel copilul experimentează și resimte în acel moment într-o manieră somatică *“mama nu are timp să se ocupe de mine”, “nu sunt suficient de important”, “este ceva Óneregulă cu mine din moment ce mama mă respinge, sunt o povară de care trebuie să aibă grijă”*.

Starea arhaică a eului rezultă astfel dintr-o stagnare a dezvoltării datorată nesatisfacerii nevoii vitale de contact. Mecanismele de apărare al copilului împotriva disconfortului cauzat de această situație au fost fixate și incorporate în eu, iar această experiență nu va putea fi niciodată integrată în starea eului Adult până ce aceste mecanisme de apărare nu vor dispărea. Pentru a combate acest fenomen, trebuie să oferim persoanei o relație terapeutică în sintonie cu procesele sale interne, astfel încât să îi oferim o relație nouă de contact interpersonal care ajută pacientul să cunoască și să integreze acele părți ale sinelui pe care a fost nevoit să le îndepărteze pentru a nu suferi.

Când definim scenariul ca fiind un plan de viață inconștient bazat pe reacții fiziologice de supraviețuire, concluzii făcute în mod implicit și decizii explicite luate în condiții de stres, avem în vedere patternuri de scenariu ce sunt formate din amintiri explicite încorporate și încrustate în decizii preconștiente din etape anterioare dezvoltării. De asemenea includem rezultatul organizării amintirilor implicite și mecanismele inconștiente de relaționare cu ceilalți (scheme de relaționare), procesele somatice inconștiente, aspectele inconștiente ale traumei acute și disocierea, efectele inconștiente ale greșelilor de sintonie cumulată și neglijența, introiecția inconștientă și organizarea prelingvistică inconștientă a tipurilor de atașament, necesitatea de relaționare și autoreglarea. Fiecare dintre aceste aspecte de scenariu necesită o formă specifică de terapie care să permită experiențelor inconștiente să devină conștiente și să faciliteze nevoia de noi patternuri de gândire, sentimente, procese somatice, comportamente și forme de contact interpersonal.

Fiecare formă de psihoterapie prezintă propria sa perspectivă asupra modului în care trebuie privit sinele. Psihoterapia, la fel ca educația dată de părinți se centrează pe sinele psihoterapeutului (Spence, 1982). În acest sens clienții aceluiași terapeut formează un fel de clan, din moment ce împart o lume internă conformată la metaforele terapeutului. Terapia nu reprezintă o simplă rescriere a istoriei clientului; înseamnă învățarea unei metode, un proces de integrare, o evaluare și recalibrare a percepției, și un set de principii pentru viitoarea organizare a experienței. Astfel terapia este atât o formă de educare cât și de învățare a unei strategii de reeditare a sinelui.

Integrarea Eului si Psihoterapia

Ceea ce majoritatea oamenilor numesc “memorie conștientă” este în mod normal alcătuită din memorie explicită, adică amintiri accesibile cum ar fi imaginile, emoțiile sau voci ale experiențelor anterioare-. Așa cum am menționat anterior, experiențele situate la nivelul inconștientului, de cele mai multe ori nu se manifestă prin intermediul unor amintiri explicite a evenimentului, ci sunt exprimate prin intermediul unor tensiuni psihologice, afecte nediferențiate, dorințe sau aversiuni, acționând asemenea unor patterne de autoreglare și relațioare prelingvistică.

Analiza tranzacțională clasică s-a concentrat pe explicare scenariului de viață ca fiind o combinație de injuncții, contrainjuncții, adaptări și protocoale timpurii de dezvoltare. În general dinamica tratamentului acestor patternuri de scenarii este alcătuită din explicații, ilustrații, confruntări și interpretări.

Soții Goulding (1979) au dezvoltat o metodă de abordare a memoriei explicite care permite retrăirea la nivel conștient a unei scene din copilărie, identificarea injuncției parentale și decizia originală a copilului, după care se face o invitație la reconsiderarea deciziei.

Soții Allen (1977) au susținut premisele de unui stil de viață diferit, susținut de terapeut pentru a echilibra sau modifica efectele scenariului, din moment ce permisiunile oferă noi amintiri explicite despre o altă persoană ce este implicată în bunăstarea clientului.

Psihoterapia scenariului presupune înțelegerea și recunoașterea individului ca personalitate unică (înțelegerea motivelor și funcțiilor care îi determină comportamentul) cât și metodele creative de ajustare la mediul înconjurător (mecanisme de apărare), metodele de adaptare la condițiile de viață și rezultatul eșecurilor contractului intern și interpersonal.

Scenariile cele mai persistente și greu de modificat nu sunt cele formate din amintiri explicite ci cele formate din colcluzii si experiențe implicite și reacții somatice de supraviețuire. Memoria implicită nu este accesibilă narațiunii verbale ce ține de experiența vitală a pacientului ci se manifestă prin intermediul reacțiilor corporale, gesturilor mici și micro-gesturilor, patternuri de relaționare inexplicabile, transferul atât cel produs în relația terapeutică cât și cel produs în relațiile cotidiene. De asemenea, când în copilăria timpurie este prezent stresul și neglijența, și durata acestor stări este dusă la extrem, funcționarea cerebrală și cea a comportamentului se organizează în jurul fricii, rigidității, și duc la evitarea stimulării și explorării (Cozolino, 2002) . Cu cât lipsa de sintonie , neglijența și trauma fizică și emoțională au loc mai devreme cu atât nivelul de interiorizare, al scenariului la va fi mai ridicat iar accesibilitatea sa pentru conștiință și narare va fi mai redusă. Aceste scenarii sunt fiziologice – ele sunt impregnate in corp – ca rezultat al reacțiilor de supraviețuire al axei hipotalamo-adrenergic-pituitare a creierului și al tensiunii musculare.

Tratarea scenariului prelingvistic necesită ca terapeutul să observe și să se centreze pe procesele somatice ale clientului, inclusiv liniștea și micro-mișcările ca modalitate de reacție fiziologică de supraviețuire. Aceste scenarii engramate în corp necesită o formă de terapie în care relația terapeutică ocupă un loc central și se bazează pe respect, fiabilitate, și posibilitatea de a te baza pe o persoană realmente preocupată, implicată și capabilă (Erskine, 1993, 1997)^{vi}. Prin intermediul observației

terapeutice, terapeutul recunoaște diferitele manifestări provenite ca urmare a experiențelor clientului și “relatarea fizică”. Astfel terapeutul atrage atenția clientului asupra aspectelor inconștiente, în încercarea de a evidenția conștiința, de a promova mișcarea captivă în corp, de a stimula senzațiile fizice cu scopul de a aduce la suprafață amintirile asociate experienței clientului.

De exemplu, Elena se simtea ruginată de gândul ca este observată de către mine și simțea nevoia să îmi îndepărteze privirea în altă direcție pentru a mă împiedica să văd în ea ceva negativ; în același timp în mod constant își trăgea fusta în jos în încercarea de a-și acoperi genunchii. La vederea acestei mișcări repetitive am considerat că acel gest încearcă să transmită ceva așa ca am invitat-o să facă această mișcare în mod conștient. Pe măsură ce realizează gestul a început să se simtă mai incomodată și mai agitată și a început să își amintească și să îmi povestească ca pe când avea 4 ani avea un prieten de familie, călugăr ce venea în vizită, o pune pe genunghi lui după care începea să o atingă pe sub lenjerie; ea nu putea să povestească mamei sale deoarece aceasta știind că îi plăcea călugărului, îi spunea că acesta face asta pentru problemele cu genunchii; dar nu putea să îi spună nici tatălui deoarece și acesta făcea același lucru. La vârsta de 6 ani, în timp ce dansa îl aude pe tatăl ei spunând: “această copilă învață bunele maniere”; ea a interpretat aceasta ca o sugestie a faptului ca este murdara și provocatoare. Ulterior, când părinții divorțează ea o aude pe mama ei spunându-i în repetate rânduri ca ele nu au nevoie de un bărbat pentru a se descurca. Încet încet Elena a ajuns să interiorizeze un sentiment de inferioritate provocat de statutul de femeie și că ideea că a fi provocatoare din punct de vedere sexual era un fapt murdar, ceva ce trebuie ascuns; nu a putut găsi plăcere în actul sexual și a eșuat în căsnicie. Deoarece ea ștersese acest eveniment din conștiința sa pentru a nu suferi, modalitatea ei de a accede la acest aspect al scenariului era prin intermediul manifestărilor fizice; nu știa decât ca îmbrățișarea unui bărbat îi provoca discomfort.

Neurofiziologul Allan Schore (1996) investigă rolul îngrijitorului principal în maturizarea cerebrală și învățarea reglării emoționale; el afirmă că foarte curând după naștere, copilul și îngrijitorul dezvoltă un pattern de relaționare care ocupă un loc central în procesul de reglare. Ei învață să se stimuleze reciproc prin atingerea feței, ceea ce va duce cu timpul la o dezvoltare graduală la copil a nivelurilor de stimulare și activare. Schore (1994) definea autoreglarea ca fiind diferența dintre formele interactive și non-interactive; descriind autoreglarea ca fiind atât “reglarea interactivă într-un context de interconectivitate via interpersonal” cât și “autoreglarea într-un context autonom prin intermediul psihologiei intrapersonală.”

Așa cum observa Schore, (1994) reglarea interactivă a terapeutului asupra stării pacientului îi dă posibilitatea să înceapă etichetarea verbală a experienței afective (și senzorio-motorie). Reglarea interactivă oferă condițiile care să îi permită pacientul să poată să-și descrie și să-și regleze experiența internă. Odată cu dezvoltarea procesului de autoreglare, pacientul poate observa, articula și integra relațiile somato-motorii de unul singur, cât și să se folosească de relații pentru un proces de autoreglare. Schore afirmă că terapeutul, la fel ca mama la vârstă fragedă, funcționează precum un “cortex extern auxiliar” ce identifică și reglează funcțiile copilului. Copilul este o creatură sub-corticală ce își engramează experiențele la nivel somato-senzorial; deoarece structurile sale neocorticale nu au ajuns încă la maturitate, modalitatea sa de procesare este de jos în sus (bottom-up processing).

Într-o formă de psihoterapie complexă, ce urmărește modificările profunde ale scenariului, terapeutul propoționează relația terapeutică cu clientul astfel încât acesta să poată să-și recupereze și să se reconecteze la lumea internă a propriilor senzații, fantezii, gânduri, experiențe senzorio-motorii, emoții și să îl ajute să își recapete simțul unui eu unitar și integrat. (Erskine, 1993, 1997, 1999)^{vii}.

Ogden și Minton (2000) au abordat o formă de psihoterapie senzorio-motorie care ajută pacientul să își centreze atenția conștientă (mindfulness) pe experiența somatică implicând procesarea și direcția neurologică superior-inferior (procesare de sus-jos) mai mult pentru a sprijini decât pentru a dirija procesul experienței; în acest mod pacientul poate începe integrarea amintirilor somatice într-o manieră neo-corticală. Astfel, terapeutul trebuie să observe patternurile fiziologice și comportamentale ale pacientului care determină accesarea la o narațiune somatică a scenariului. Cum am amintit într-un articol anterior (Salvador, 2006^{viii}), am cerut pacientului să observe atent (mindfulness) sau să intensifice experiența somatică și să urmărească secvențele senzațiilor fizice și impulsurilor (procesare senzorio-motorie) pe măsură ce se produc în corp. Uneori, în situațiile în care avem de-a face cu traume severe și disocieri, este necesar ca pacientul să lase la o parte temporar, emoțiile și gândurile ce îl încearcă, până ce senzațiile și impulsurile se rezolvă și se stabilizează în corp. Pacientul învață să observe și să urmărească reacțiile senzorio-motorii nu asimilări ce au fost activate în momentul traumei.

Procesul inferior-superior lasat la voia întâmplării (bottom-up), care invită la activarea și exprimarea afectelor, dar dacă terapeutul ghidează pacientul să folosească funcția cognitivă de depistare și unire a experienței senzorio-motorii, iar în condițiile în care situația o cere, inhibă în mod voit conștientul de emoții, conținut, și gândire interpretativă, permițând astfel pacientului să asimileze experiența senzorio-motorie. Mai încolo este crucial să se indice direcția cognitivă pentru a ajuta pacientul să învețe mecanisme de autoreglare. Pentru ca această procedură să poată fi implementată este imperativ să existe o relație terapeutică specială.

Cum am menționat anterior, într-o manieră de interacțiune similară cu cea a mamei cu copilul său, prin intermediul observației și prin articularea experienței sale senzorio-motorii, terapeutul trebuie să se comporte asemeni unui "cortex auxiliar" (Diamond, 1963), până când pacientul este capabil să aprecieze, descrie și să depisteze aceste experiențe de unul singur. Un astfel de nivel de comunicare este un proces de "reglare psihobiologică interactivă", care se aseamăna cu sintonia și interacțiunea mamei cu copilul (Schore, 1994). În termeni analizei tranzacționale pacientul observă din starea de Adult fenomenologia experienței psihofiziologice fixată în starea de Copil; această observare este posibilă când terapeutul păstrează o relație de contact totală și prezentă, transmitând siguranță și înțelegere astfel încât pacientul să poată fi în contact cu experiența sa internă și să reintegreze aspectele sinelui ce au fost înlăturate din conștient.

Într-o formă de terapie centrată pe relația de (Erskine, 1999) ce lucrează prin intermediul sistemului senzorio-motor, relația terapeut-pacient ajută la reglarea și modelarea **excitanților**. Terapeutul trebuie să reprezinte o nouă relație în istoria pacientului; cineva prezent, respectuos și implicat ce protejază, având ca scop găsirea unui echilibru și reglarea intensității răspunsurilor afective. Prin acest proces pacientul este ajutat să schimbe de la stări de paralizie și hiperexcitație până la momentul în care este capabil să ia parte într-o interacțiune socială.

Atât în tratamentul pentru traumele survenite în urma stresului cronic cât și în cazul tratamentului pentru concluziile de scenariu luate pe parcursul vieții clientului ca urmare a unei traume cumulate, terapia pentru reconsiderare a deciziilor și “ruperea de lanțuri” nu va fi suficientă pentru dizolvarea sistemului de scenariu. Este necesară o proporționare a terapiei de relaționare și o experiență terapeutică de contact continuu în care pacientul să poată încorpora o nouă schemă de îngrijiri ce să reprezinte baza unui nou sistem actualizat și flexibil de autoreglare.

Într-o analiză tranzacțională integrativă utilizăm cura scenariului în toate ariile sale de funcționare: cognitiv, afectiv, comportamental și fiziologic. Doar printr-o schimbare profundă la nivelul vieții intrapsihice putem afirma că schimbarea va fi permanentă și stabilă.

Allen, J.R. & Allen, B.A. (1997). A new type of transactional analysis and one version of script work with ionist sensibility. *Transactional Analysis Journal*, 27, 2, 89-98

Trevarthen, C. (1993). The self born in intersubjectivity: The psychology of an infant communicating. In U. Neisser (Ed.), *The perceived self: Ecological and interpersonal sources of self knowledge* (pp. 121-173). Cambridge, U.K.: Cambridge University Press.

Bollas, C. (1987) *The shadow of the object: Psicoanalysis of the unthought known*. New York: Columbia university press.

Cozolino, (2002). *The neuroscience of psychotherapy, building and rebuilding the human brain*. W.W. Norton & Company, Inc. NY

Erskine, R. G. (1993). Inquiry, Attunement and Involvement in the Psychotherapy of Dissociation (La Importancia de la Toma de Datos, la Sintonía y la Implicación en la Psicoterapia de la Disociación). *TAJ*,

Erskine, R. G., & Trautmann, R. L. (1996, 1997a). Methods of an integrative psychotherapy. In R.G.Erskine, *Theories and methods of an integrative transactional analysis: A volume of selected articles*, pp. 20-36. San Francisco:TA Press.

Erskine, R. G., & Trautmann, R. L. (1993, 1997b). The process of integrative psychotherapy. In R. G. Erskine, *Theories and methods of an integrative transactional analysis: A volume of selected articles*, pp. 79-95. San Francisco: TA Press.

Erskine, R. G., Moursund, J. P. & Trautmann, R.L (1999). *Beyond Empathy. A Therapy of Contact-in-Relationship*. Nueva York: Brunner/Mazel.

Goulding, M.M. & Goulding, R.L. (1979) *Changing Lives Through Redecision Therapy*. Gove Press.

Lourie, (1996). Cumulative trauma: the nonproblem solving. *Transactional Analysis Journal*, 26, 276-283

Khan, M.N. (1963) The concept of cumulative trauma. *The Psychoanalytic Study of the Child*, 18, 286-306.

Ogden, P. & Minton, K. (2000). *Sensorimotor Psychotherapy: One Method for Processing Traumatic Memory*. Traumatology

Salvador, M. (2006). Implicaciones neurobiológicas del trauma e implicaciones para la psicoterapia. *Revista de Análisis Transaccional y Psicología Humanista*, 55, 44-57

Schore, A. N. (1994). *Affect regulation and the origing of the self: the neurobiology of emotional development*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.

Schore, A. N. (1994). *Affect regulation and the origing of the self: the neurobiology of emotional development*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.

Schore, A. N. (1996). The experience-dependent maturation of a regulatory system in the orbito prefrontal cortex and the origing of developmental psychopathology. *Development and Psychopathology*, 8, 59-87

23, 4.

Siegel, D. (1999). *The developing mind: toward a neurobiology of interpersonal experience*, New York: Guilford.

Van der Kolk, B.A. (1996). The body keeps the score. Approaches to the psychobiology of posttraumatic stress disorder. En B. Van der Kolk, A.C. McFarlane, & L. Weisaeth (Eds). *Traumatic stress: The effects of overwhelming experience on mind, body, and society* (pp. 214-241). Nueva York: Guilford.

BIBLIOGRAFIE ADIȚIONALĂ

Herman, J.L. (1994). *Trauma and Recovery*. Nueva York: Harper & Collins Publishers.

Ogden, P., Minton, K. & Pain, C. (2006). *Sensorimotor Psychotherapy: One Method for Processing Traumatic Memory*. W.W. Norton & Company, Inc. NY

Parnell, L. (1999). *EMDR in the treatment of Adults Abused as Children*. Norton: Professional Book

Rothschild, B. (2000). *The Body Remembers. The psychophysiology of Trauma and Trauma Treatment*. Norton: Professional Book

Shapiro, F. (1995). *Eye Movement, Desensitization and Reprocessing Basic Principle, Protocols and Procedures*, New York: Guildford Press.

Van der Hart, O. Ph.D., Kathy Steele, R.N., M.N., C.S. Suzette Boon, Ph.D. and Paul Brown, M.D. The Treatment of Traumatic Memories: Synthesis, Realization, and Integration. Originally published in *Dissociation*, 1993, 6(2/3), 162-180. Posted at www.trauma-pages.com with permission of the first author (OvdH) and Editor (R. Kluff).

Van der Kolk, B.A. & Ducey, C.P. (1989). The psychological processing of traumatic experience: Rorschach patterns. *J Traum Stress*, 2, 259-274.

Van der Kolk, B.A. & Van der Hart, O. (1991) The intrusive past: The flexibility of memory and the engraving of trauma. *American Imago*, 48, 425-454.

Allen, J.R. & Allen, B.A. (1997). A new type of transactional analysis and one version of script work with ionist sensibility. *Transactional Analysis Journal*, 27, 2, 89-98

ⁱⁱ Trevarthen, C. (1993). The self born in intersubjectivity: The psychology of an infant communicating. In U. Neisser (Ed.), *The perceived self: Ecological and interpersonal sources of self knowledge* (pp. 121-173). Cambridge, U.K.: Cambridge University Press.

ⁱⁱⁱ Bollas, C. (1987) *The shadow of the object: Psicoanalysis of the unthought known*. New York: Columbia university press.

Cozolino, (2002). *The neuroscience of psychotherapy, building and rebuilding the human brain*. W.W. Norton & Company, Inc. NY

Erskine, R. G. (1993). Inquiry, Attunement and Involvement in the Psychotherapy of Dissociation (La Importancia de la Toma de Datos, la Sintonía y la Implicación en la Psicoterapia de la Disociación). *TAJ*,

Erskine, R. G., & Trautmann, R. L. (1996, 1997a). Methods of an integrative psychotherapy. In R.G.Erskine, *Theories and methods of an integrative transactional analysis: A volume of selected articles*, pp. 20-36. San Francisco: TA Press.

Erskine, R. G., & Trautmann, R. L. (1993, 1997b). The process of integrative psychotherapy. In R. G. Erskine, *Theories and methods of an integrative transactional analysis: A volume of selected articles*, pp. 79-95. San Francisco: TA Press.

Erskine, R. G., Moursund, J. P. & Trautmann, R.L (1999). *Beyond Empathy. A Therapy of Contact-in-Relationship*. Nueva York: Brunner/Mazel.

Goulding, M.M. & Goulding, R.L. (1979) *Changing Lives Through Redecision Therapy*. Gove Press.

^{iv} Lourie, (1996). Cumulative trauma: the nonproblem solving. *Transactional Analysis Journal*, 26, 276-283

Khan, M.N. (1963) The concept of cumulative trauma. *The Psychoanalytic Study of the Child*, 18, 286-306.

Ogden, P. & Minton, K. (2000). *Sensorimotor Psychotherapy: One Method for Processing Traumatic Memory*. Traumatology

Salvador, M. (2006). Implicaciones neurobiológicas del trauma e implicaciones para la psicoterapia. *Revista de Análisis Transaccional y Psicología Humanista*, 55, 44-57

Schore, A. N. (1994). *Affect regulation and the origing of the self: the neurobiology of emotional development*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.

Schore, A. N. (1994). *Affect regulation and the origing of the self: the neurobiology of emotional development*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.