

**Δημοσιευμένο στο «ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ»,
16(2), Απρίλιος 2005, σελ. 137-153.**

**ΕΡΜΗΝΕΥΤΙΚΑ ΜΟΝΤΕΛΑ ΤΗΣ ΜΕΤΑΤΡΑΥΜΑΤΙΚΗΣ
ΔΙΑΤΑΡΑΧΗΣ ΑΓΧΟΥΣ: Η ΓΝΩΣΤΙΚΗ -
ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΙΣΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ**

Αναστασία Καλαντζή-Αζίζι
Καθηγήτρια Κλινικής Ψυχολογίας,
Τομέας Ψυχολογίας, Πανεπιστήμιο Αθηνών¹
&
Ευάγγελος Χ. Καραδήμας
Επικ. Καθηγητής Κλινικής Ψυχολογίας της Υγείας
Τμήμα Ψυχολογίας, Πανεπιστήμιο Κρήτης

¹ Διεύθυνση επικοινωνίας: Τομέας Ψυχολογίας, Φιλοσοφική Σχολή Πανεπιστημίου Αθηνών, Πανεπιστημιόπολη, 157 84, Αθήνα. Τηλ. 210 7277525. Fax: 210 7277553. E-mail: kalantzi@psych.uoa.gr, ekaradem@psych.uoa.gr.

Περίληψη

Η ανάπτυξη Μετατραυματικής Διαταραχής Άγχους (ΜΤΔΑ) αποτελεί μια από τις πιο συνήθεις αντιδράσεις μετά από ένα οξύ τραυματικό γεγονός. Πολλές θεωρίες έχουν προσπαθήσει να ερμηνεύσουν τον τρόπο ανάπτυξης της διαταραχής. Στην παρούσα ανασκόπηση παρουσιάζονται οι σχετικές γνωστικές - συμπεριφοριστικές θεωρίες. Αρχικά, παρουσιάζεται η γνωστή θεωρία της «μάθησης σε δύο στάδια» του Mowrer για την ανάπτυξη φοβικών διαταραχών, έτσι όπως αυτή προσαρμόστηκε για την ερμηνεία της ΜΤΔΑ. Στη συνέχεια, παρουσιάζονται οι πρώτες γνωστικές θεωρίες, οι οποίες προσπάθησαν να ερμηνεύσουν γενικά την εμφάνιση της ΜΤΔΑ, χωρίς να δοκιμάζουν να αιτιολογήσουν τα επιμέρους συμπτώματα. Έμφαση δίνεται στις θεωρίες του Horowitz και του Janoff-Bulman, οι οποίες αποδίδουν μεγάλη σημασία στη διαδικασία αφομοίωσης των νέων δεδομένων στα ήδη υπάρχοντα γνωστικά σχήματα ή συμμόρφωσης των δεύτερων στα πρώτα. Κατόπιν, γίνεται συνοπτική αναφορά στις συναφείς θεωρίες του Hobfoll και στις ψυχοβιολογικές θεωρίες. Τέλος, αναλύονται οι νεότερες γνωστικές θεωρίες των Ehlers και Clark και η θεωρία της διπλής αναπαράστασης των Brewin, Dalgleish και Joseph, οι οποίες προσπαθούν μέσα από σύνθετες οδούς και προσεγγίσεις να ερμηνεύσουν επαρκώς το σύνολο των συμπτωμάτων που αναπτύσσονται στο πλαίσιο της ΜΤΔΑ.

Λέξεις κλειδιά: Μετατραυματική Διαταραχή Άγχους (ΜΤΔΑ), γνωστικές – συμπεριφοριστικές θεωρίες, τραυματικό στρες.

EXPLANATORY MODELS OF POST-TRAUMATIC STRESS DISORDER: THE COGNITIVE - BEHAVIOURISTIC APPROACH

Anastasia Kalantzi-Azizi

Department of Psychology, University of Athens
&

Evangelos C. Karademas

Department of Psychology, University of Crete

Summary

Post-traumatic Stress Disorder (PTSD) constitutes one of the most usual reactions after an acute and life threatening stressful event, e.g., a natural disaster, a serious accident etc. A lot of theories have tried to interpret the development of PTSD symptoms. In this review we are presenting the relevant cognitive-behavioural theories. Initially, Mowrer's well-known theory for the development of phobic disorders in two steps, as adapted for the PTSD, is being presented. Then, we describe the first cognitive theories that tried to generally interpret the development of PTSD without justifying each symptom. An emphasis is put on the theories developed by Horowitz regarding the stress response syndromes, and by Janoff-Bulman regarding the role of assumptive worlds and shattered assumptions. These theories attribute a great importance in the assimilation process of new data in already existing cognitive schemas and in the adaptation process of the existing schemas to new data. They also represent rather early approaches and they are based on social-cognitive, conditioning, information-processing and anxious apprehension models of PTSD. Then, we briefly refer to Hobfoll's reservation of resources theory, as well to the relevant psychobiological theories. Afterwards, we analyse the latest Ehlers and Clark's cognitive theory on PTSD. This theory is the first that tries to explain almost the whole array of traumatic symptoms. PTSD is conceived as the result of a sense of a very serious, constant and current threat. This sense of always-present threat is the product of specific cognitive appraisals, memory processes, and dysfunctional coping strategies. Finally, we present the Brewin, Dalgleish and Joseph's theory of double representation regarding verbally and situationally accessible memories (VAM vs. SAM). These theories, as well other recent ones, try through complex paths and approaches to interpret sufficiently almost every symptom that is developed in the frame of PTSD. The purpose of this review is to present the ways that recently gained knowledge and findings coming from the fields of Psychology of Learning and Cognitive Psychology are being incorporated into the cognitive – behavioral theory. This is becoming increasingly interesting, since therapy methods stemming from cognitive – behavioral theory has proven to be a safe and most effective treatment for Post-traumatic Stress Disorder.

Key Words: Post-traumatic Stress Disorder (PTSD), cognitive-behavioural theories, traumatic stress.

Η μετατραυματική διαταραχή άγχους (ΜΤΔΑ) αποτελεί μια κοινή αντίδραση σε τραυματικά γεγονότα, όπως π.χ., βία, θυματοποίηση, ατυχήματα, φυσικές και άλλες καταστροφές κλπ. Τα συμπτώματα περιλαμβάνουν: επαναλαμβανόμενη και ακούσια επαναβίωση του γεγονότος ή της κατάστασης, υπερδιέγερση, συναισθηματική άμβλυση και αποφυγή ερεθισμάτων (εσωτερικών και εξωτερικών) που θα μπορούσαν να λειτουργήσουν ως υπενθυμίσεις του τραύματος ή κάποιων πλευρών του.¹ Εκτός όμως από την ανάπτυξη ΜΤΔΑ, μπορούν να υπάρξουν (είτε αυτόνομα είτε σε συνδυασμό με ΜΤΔΑ) και άλλες αρνητικές συνέπειες μετά από ένα τραύμα, όπως άλλες αγχώδεις διαταραχές, κατάθλιψη, χρήση ουσιών, διαταραχή των κοινωνικών σχέσεων κ.ά.² Πολλοί άνθρωποι βιώνουν κάποια από τα προβλήματα αυτά μετά από το τραύμα, οι περισσότεροι όμως το ξεπερνούν στις επόμενες εβδομάδες ή μήνες. Μόνο για ένα ποσοστό τα συμπτώματα επιμένουν ακόμα και για έτη.³

Στη συνέχεια, θα παρουσιάσουμε τη γνωστική-συμπεριφοριστική προσέγγιση για το τραύμα και τη ΜΤΔΑ. Η σχετική βιβλιογραφία (έρευνες και θεωρίες), βέβαια, είναι τεράστια και ογκούται διαρκώς. Εδώ θα παρουσιάσουμε μόνο τις πιο βασικές και χαρακτηριστικές, κατά τη γνώμη μας, θεωρίες της γνωστικής-συμπεριφοριστικής προσέγγισης ώστε να φωτίσουμε το όλο θέμα επαρκώς (για μια πλήρη παρουσίαση της γνωστικής-συμπεριφοριστικής θεωρίας και των αντίστοιχων γνωσιακών-συμπεριφοριστικών τεχνικών παρέμβασης, βλ. βιβλιογραφικές αναφορές 4-5). Ο λόγος που μας ώθησε να παρουσιάσουμε το θεωρητικό υπόβαθρο των γνωσιακών-συμπεριφοριστικών παρεμβάσεων είναι, όπως πιστεύουμε, πολύ σημαντικός. Ενώ η γνωσιακή-συμπεριφοριστική ψυχοθεραπεία θεωρείται πλέον μια πολύ αξιόπιστη και αποτελεσματική παρέμβαση για την αντιμετώπιση της μετατραυματικής διαταραχής άγχους⁶⁻⁸, δεν είναι ευρέως γνωστές οι αντίστοιχες θεωρίες στις οποίες βασίζονται οι μέθοδοι και οι τεχνικές που χρησιμοποιούνται. Χωρίς όμως τις απαραίτητες γνώσεις που αντλούνται από τις μακρόχρονες έρευνες στους βασικούς κλάδους της Ψυχολογίας της Μάθησης και της Γνωστικής Ψυχολογίας, δεν μπορεί να γίνει κατανοητή η σύνδεση των ερμηνευτικών προτύπων και της κλινικής πράξης. Έτσι, πολλές φορές εφαρμόζονται μηχανιστικά τεχνικές και μέθοδοι, γεγονός που δεν αρμόζει στην ποιότητα και δυναμική της σκέψης ενός ορθά εκπαιδευμένου ψυχοθεραπευτή.

1. Αιτιολογικοί παράγοντες για την εκδήλωση συμπτωμάτων ΜΤΔΑ

Από διάφορες έρευνες στον ενήλικο πληθυσμό έχει φανεί ότι σε μεγαλύτερο κίνδυνο για την ανάπτυξη ψυχολογικών προβλημάτων και κυρίως συμπτωμάτων ΜΤΔΑ μετά από ένα τραυματικό γεγονός βρίσκονται όσοι εκτέθησαν περισσότερο στο τραυματικό γεγονός (χρονικά, σε ένταση, ή σε συνέπειες), όσοι δεν είχαν σχετική πρότερη εμπειρία, όσοι είναι μικρότεροι σε ηλικία, οι γυναίκες, οι ανύπαντροι και όσοι προέρχονταν από χαμηλό κοινωνικο-οικονομικό επίπεδο.⁹⁻¹⁰ Οι Freedy, Kilpatrick και Resnick (2) ανασκοπώντας τη σχετική βιβλιογραφία καταλήγουν ότι μια σειρά από παράγοντες που δρουν πριν το τραυματικό γεγονός (επίπεδο ψυχικής υγείας, το υπάρχον επίπεδο στρες, δημογραφικοί παράγοντες, κοινωνικο-οικονομικό επίπεδο), κατά τη διάρκεια του τραύματος (ο βαθμός έκθεσης, η γνωστική αξιολόγηση του γεγονότος: χαμηλός έλεγχος, χαμηλή προβλεψιμότητα, υψηλός κίνδυνος για την ζωή και την ασφάλεια), αλλά και μετά την έκθεση στο αρνητικό γεγονός (ικανοποίηση βασικών αναγκών, αρχικός βαθμός διέγερσης, νέα στρεσογόνα γεγονότα, ο βαθμός κοινωνικής υποστήριξης, η απώλεια των διαθεσίμων του ατόμου,

οι στρατηγικές αντιμετώπισης της κατάστασης) σχετίζονται άμεσα με τις συνέπειες της έκθεσης στο γεγονός και την ανάπτυξη ψυχολογικών προβλημάτων. Οι Brewin, Andrews και Valentine (11) σε μια μετα-ανάλυση ερευνών για τη ΜΤΔΑ βρήκαν ότι οι παράγοντες με την μεγαλύτερη επίδραση είναι όσοι έδρασαν κατά τη διάρκεια ή μετά το τραυματικό γεγονός (π.χ., η σοβαρότητα του γεγονότος και ο βαθμός έκθεσης, η έλλειψη κοινωνικής υποστήριξης, τα επιπλέον στρεσογόνα γεγονότα).

Τα παραπάνω υποδεικνύουν ότι η εμφάνιση ψυχολογικών δυσκολιών μετά από ένα τραυματικό γεγονός αποτελεί ένα πολυπαραγοντικό αποτέλεσμα, στην εμφάνιση του οποίου 'συμμετέχουν' αίτια ενδοπροσωπικά, κοινωνικά και περιβαλλοντικά-περιστασιακά. Στη συνέχεια, θα περιοριστούμε στην παρουσίαση της γνωστικής-συμπεριφοριστικής θεώρησης για τους ενδοπροσωπικούς κυρίως παράγοντες που ευθύνονται για την εμφάνιση διαταραχών και κυρίως ΜΤΔΑ μετά από ένα τραυματικό γεγονός. Τονίζουμε όμως ευθύς εξαρχής ότι η εμφάνιση συμπτωμάτων είναι σύνθετο φαινόμενο μέσα στο οποίο αλληλεπιδρούν ατομικοί και περιστασιακοί παράγοντες. Κατά συνέπεια, ακόμα και όταν μιλάμε για ατομικές αντιδράσεις και ατομικούς παράγοντες δεν θα πρέπει να διαφεύγει της προσοχής μας το ευρύτερο πλαίσιο παραγόντων μέσα στο οποίο αναπτύσσονται τα συμπτώματα.

2. Η Γνωστική-Συμπεριφοριστική προσέγγιση του τραύματος

2.1. Η θεωρία «μάθησης των δύο σταδίων» του Mowrer

Μία από τις παλαιότερες προσπάθειες ερμηνείας για την εμφάνιση αγχώδων διαταραχών γενικώς, υπήρξε η θεωρία «των δύο σταδίων» που αναπτύχθηκε από τον Mowrer στα 1960 (12). Σύμφωνα με αυτή, για την απόκτηση του φόβου και της αποφυγής ενός ερεθίσματος είναι απαραίτητα δύο στάδια: στο πρώτο στάδιο, ένα πρότερα ουδέτερο ερέθισμα γίνεται αγχογόνο, προκαλώντας, φόβο, ανησυχία ή άλλα αρνητικά συναισθήματα και αντιδράσεις, μέσω της γνωστής διαδικασίας της κλασσικής εξαρτημένης μάθησης. Στη συνέχεια, μέσω εξαρτημένης μάθησης 2ης και 3ης τάξης, καθίστανται αγχογόνα και άλλα ερεθίσματα, σχετικά προς το αρχικό (π.χ., λέξεις, εικόνες, σκέψεις). Η γενίκευση αυτή γίνεται η αιτία ώστε τα αγχογόνα ερεθίσματα να πολλαπλασιαστούν. Στο δεύτερο στάδιο, το άτομο ανακαλύπτει ότι ορισμένες αντιδράσεις, όπως η αποφυγή των ερεθισμάτων ή η διαφυγή, μειώνουν ή τερματίζουν την ένταση και τη διέγερση. Έτσι, μέσω της συντελεστικής μάθησης αυτές οι άμεσα ενισχυόμενες συμπεριφορές εγκαθίστανται, αποτελώντας το δεύτερο 'πυλώνα' της αγχώδους διαταραχής.

Αργότερα, οι Keane, Zimmerling και Caddell (13) προσάρμοσαν την παραπάνω θεωρία στη ΜΤΔΑ. Πιο συγκεκριμένα, υποστήριξαν ότι το άτομο κατά τη διάρκεια ενός τραυματικού γεγονότος δεν έρχεται σε επαφή με ένα μόνο ερέθισμα, αλλά με μια πλειάδα ερεθισμάτων (ήχους, μυρωδιές, σκέψεις, η ώρα και η ημέρα, ο καιρός κ.ά.), τα οποία αποκτούν μέσω της χωροχρονικής συνεξάρτησης σημαντικό αγχογόνο φορτίο. Έτσι, η γενίκευση αφορά πλέον δεκάδες αγχογόνα ερεθίσματα που με τη μάθηση υψηλότερων τάξεων πολλαπλασιάζονται κατά πολύ. Η πολλαπλότητα των ερεθισμάτων ευθύνεται για τη συχνή επαναβίωση και τη διαρκή ένταση που βιώνει το άτομο, καθώς δημιουργούν ένα περιβάλλον που πυροδοτεί ανάλογες μνήμες, ακόμα και αν το άτομο δεν αντιλαμβάνεται τη σύνδεση μεταξύ των ερεθισμάτων αυτών και της επαναβίωσης και της διέγερσης. Ο Keane (14) υποστηρίζει, μάλιστα, ότι ορισμένα χαρακτηριστικά της ΜΤΔΑ όπως οι επαναλαμβανόμενες σκέψεις, οι εφιάλτες κ.ά., αν και αρχικά αποτελούν μέρος της ομαλής διαδικασίας 'ανάρρωσης' από το τραύμα, γίνονται ακολούθως αρνητικά συμπτώματα καθώς μέσω της υψηλής

γενίκευσης και της αποφυγής, επιμένουν στο χρόνο. Ο λόγος που η συχνή έκθεση μέσω της επαναβίωσης δεν βοηθά στην εξάλειψη του άγχους, είναι ότι γίνεται με τρόπο σύντομο και ατελή.

2.2. Οι πρώτες γνωστικές θεωρίες

Οι πρώτες γνωστικές θεωρίες προσπάθησαν να ερμηνεύσουν γενικά την εμφάνιση της ΜΤΔΑ ή και άλλων ψυχολογικών προβλημάτων μετά από ένα τραύμα, χωρίς να δοκιμάζουν να αιτιολογήσουν τα επιμέρους συμπτώματα και δυσκολίες, κάτι που έγινε αρκετά αργότερα. Στις πρώτες θεωρίες έμφαση δόθηκε στη σημασία της έκθεσης στο τραυματικό γεγονός, στο ανεξέλεγκτο και απρόβλεπτο του γεγονότος και στην αποφυγή. Παράλληλα, δόθηκε έμφαση στην ‘παραβίαση’ βασικών πεποιθήσεων του ατόμου γύρω από την ασφάλεια του κόσμου, ως αιτίου ανάπτυξης συμπτωμάτων ΜΤΔΑ.

Οι Veronen και Kilpatrick (όπως αναφέρονται στους Foa, Steketee και Olason Rothbaum (15)) μελετώντας θύματα βιασμού, τόνισαν ότι ο τρόπος με τον οποίο τα θύματα αντιλαμβάνονταν το γεγονός και τις δικές τους αντιδράσεις και πράξεις πριν και μετά το γεγονός, επηρέαζε σημαντικά την μετατραυματική προσαρμογή τους. Οι πεποιθήσεις, οι προσδοκίες και η αντίληψη για τις συνθήκες του βιασμού και για τις δικές τους πράξεις ή παραλείψεις (π.χ., «αυτό δεν θα συμβεί ποτέ σε εμένα», «δεν θα έπρεπε να αντιδράσω έτσι», «γιατί νιώθω έτσι;») σχετίζονταν άμεσα με την ανάπτυξη συμπτωμάτων. Οι παρατηρήσεις όμως αυτές δεν οδήγησαν στην ανάπτυξη μιας θεωρίας για την ΜΤΔΑ.

Αυτό το έκαναν οι Peterson και Seligman (16), οι οποίοι προσπάθησαν να ερμηνεύσουν τη συναισθηματική άμβλυση και την παθητικότητα χρησιμοποιώντας τη γνωστή θεωρία της μαθημένης αδυναμίας αντίδρασης. Οι ερευνητές θεωρούν ότι είναι το ‘ανεξέλεγκτο’ της έναρξης και της λήξης του τραυματικού γεγονότος εκείνο που επηρεάζει τη σκέψη και τη συμπεριφορά. Ήδη οι Abramson, Seligman και Teasdale (17) υποστήριξαν ότι τα άτομα, που αποδίδουν τα αίτια ή τις αρνητικές συνέπειες ενός τραυματικού γεγονότος στον εαυτό τους ή τις πράξεις τους, βιώνουν εντονότερα συμπτώματα. Η κατάσταση επιβαρύνεται εάν οι αποδόσεις αυτές είναι σταθερές στο χρόνο και αν γενικεύονται στις καταστάσεις.

Στο θέμα του ελέγχου, οι Mineka και Kihlstorm (18) πρόσθεσαν τη σημασία της «πρόβλεψης». Διεξάγοντας και ανακεφαλαιώνοντας έρευνες με πειραματόζωα και ανθρώπους, διαπίστωσαν ότι αυτοί αντιδρούσαν με εκρήξεις επιθετικότητας, προσπάθειες διαφυγής, διαρκή ένταση, ή και λήθαργο, παθητικότητα και απόσυρση (συμπτώματα που ομοιάζουν αυτών της ΜΤΔΑ), όταν βρισκόταν αντιμέτωποι με απρόβλεπτα γεγονότα. Κατά τους ερευνητές η απώλεια της δυνατότητας για πρόβλεψη, ειδικά για το άτομο που είχε τη δυνατότητα αυτή στο παρελθόν, είναι το κλειδί ερμηνείας των μετατραυματικών αντιδράσεων. Επίσης, οι έρευνες αυτές έδειξαν ότι όσο μεγαλύτερος ήταν ο βαθμός έκθεσης στο τραύμα, τόσο αρνητικότερες ήταν οι μετέπειτα συνέπειες.

Έτσι, προκύπτουν τρεις σημαντικοί παράγοντες που φαίνεται να διαδραματίζουν κύριο ρόλο στην μετατραυματική προσαρμογή του ατόμου: ο έλεγχος που θεωρούν ότι ασκούν, η δυνατότητα πρόβλεψης και η βαρύτητα των συνεπειών (έκθεση στο τραύμα).

Λίγο αργότερα, οι Foa και Kozak (19), στα πλαίσια μιας θεωρίας για τις συναισθηματικές διεργασίες, τόνισαν την ύπαρξη μιας γνωστικής «δομής φόβου», η οποία περιλαμβάνει όχι μόνο τα ερεθίσματα και τις πιθανές αντιδράσεις, αλλά και όλες τις σχετικές πληροφορίες, αντιλήψεις και ερμηνείες του γεγονότος. Η δομή

φόβου δεν εμφανίζεται απαραίτητα αμέσως μετά το τραυματικό γεγονός, αλλά είναι δυνατό να ενεργοποιηθεί αργότερα, μετά από μια αλλαγή στον τρόπο ερμηνείας των συμβάντων. Μάλιστα, ο Kilpatrick (15) παρουσιάζει ένα σχετικό παράδειγμα γυναίκας που υπέστη βιασμό, αλλά δεν εμφάνισε ΜΤΔΑ μετά το συμβάν. Αρκετούς μήνες αργότερα, αφού έμαθε ότι ο βιαστής της είχε δολοφονήσει το επόμενο θύμα του, αντιλήφθηκε το μέγεθος του κινδύνου που διέτρεξε και τότε ανέπτυξε συμπτώματα ΜΤΔΑ. Η 'δομή του φόβου' ενεργοποιήθηκε από την αντίληψη απειλής και εκδηλώθηκε με συμπτώματα ΜΤΔΑ.

Εκείνο που διαφοροποιεί τη ΜΤΔΑ από τις λοιπές αγχώδεις διαταραχές είναι ότι το τραυματικό γεγονός (αρχικό ερέθισμα) παραβίασε πρότερες βασικές πεποιθήσεις ασφάλειας που το άτομο είχε.¹⁵ Ο κόσμος γίνεται ανασφαλής, δηλαδή, λιγότερο προβλέψιμος και ελέγξιμος. Η απουσία σημείων ασφάλειας οδηγεί σε ένα χρόνιο φόβο. Οι ερευνητές υποστηρίζουν ότι η ΜΤΔΑ εμφανίζεται εκεί όπου πριν υπήρχε ένα ασφαλές περιβάλλον. Η επιμονή των συμπτωμάτων οφείλεται στο βαθμό αποφυγής: όσο περισσότερη η αποφυγή, τόσο περισσότερο εμμένουν τα συμπτώματα.

Οι Foa και Riggs (20) και οι Foa και Rothbaum (21) παρουσίασαν λίγο αργότερα μια νεότερη επεξεργασία της θεωρίας. Σύμφωνα με αυτή, τα άτομα που έχουν περισσότερο άκαμπτες αντιλήψεις πριν το τραύμα, είναι πιο ευάλωτα στην ανάπτυξη μετατραυματικής διαταραχής άγχους. Αυτές οι αντιλήψεις αφορούν θετικές απόψεις για τον εαυτό ως εξαιρετικά επαρκή ή για τον κόσμο ως εξαιρετικά ασφαλή. Επίσης, μπορούν να αφορούν άκαμπτες αρνητικές απόψεις για τον εαυτό ως εξαιρετικά ανεπαρκή και για τον κόσμο ως εξαιρετικά επικίνδυνο. Οι άκαμπτες θετικές αντιλήψεις καταρρίπτονται από τα αρνητικά γεγονότα, ενώ οι άκαμπτες αρνητικές επιβεβαιώνονται. Επίσης, έδωσαν έμφαση στις αρνητικές αξιολογήσεις των μετατραυματικών αντιδράσεων και συμπεριφορών, οι οποίες μπορούν να προκαλέσουν ακόμα ισχυρότερες αντιλήψεις ανεπάρκειας.

Σύμφωνα με την καλή κριτική ανασκόπηση των Brewin και Holmes (22), η έμφαση που η νεότερη προσέγγιση προσδίδει στους προτραυματικούς παράγοντες και στις διεργασίες αξιολόγησης είναι ιδιαίτερης σημασίας, καθώς επιβεβαιώνονται από πληθώρα εμπειρικών δεδομένων.

2.2.1. Οι θεωρίες των Horowitz και Janoff-Bulman

Οι δύο σημαντικές θεωρίες των Horowitz και Janoff-Bulman αποδίδουν μεγάλη σημασία στη διαδικασία αφομοίωσης των νέων δεδομένων στα υπάρχοντα ήδη γνωστικά σχήματα ή συμμόρφωσης των δευτέρων στα πρώτα. Επίσης, αρχίζουν σταδιακά να αξιολογούν το ρόλο των κοινωνικών παραγόντων στην μετατραυματική προσαρμογή.

Αρκετά ενδιαφέρουσα και σημαντική είναι η σχετική με το τραύμα θεωρία του Horowitz (23, 24), η οποία προβλέπει ότι υπάρχουν δύο τύποι *φυσιολογικών* (ομαλών) αντιδράσεων όταν το άτομο έρχεται αντιμέτωπο με εξαιρετικό στρες (τραύμα): α) επαναλαμβανόμενες εισβάλλουσες στη μνήμη και στη φαντασία επαναλήψεις του τραύματος, όπως και επαναλήψεις συμπεριφορών, σκέψεων και συναισθημάτων, οι οποίες είναι εκ φύσεως επίπονες. Για το λόγο αυτό, αναπτύσσεται (β) ο δεύτερος τύπος αντίδρασης: προσπάθειες καταπίεσης-συμπίεσης των 'εισβολών' αυτών με τη χρήση μηχανισμών όπως η άρνηση, το συναισθηματικό 'μούδιασμα' και η αποφυγή των ερεθισμάτων-υπομνήσεων του τραύματος.

Σύμφωνα με τη θεωρία, η διαδικασία προσαρμογής στο τραύμα έχει πέντε φάσεις: α) αρχική συνειδητοποίηση ότι το τραύμα όντως έλαβε χώρα, β) άρνηση και συναισθηματική άμβλυση, γ) εισβολή σκέψεων, συναισθημάτων, εικόνων και επαναβίωση, δ) επεξεργασία και, ε) ολοκλήρωση των διεργασιών. Βεβαίως, υπάρχουν πολλές ατομικές διαφορές στη σειρά των φάσεων, στη διάρκειά τους, στην επαναληπτικότητά τους κλπ. Η ολοκλήρωση λαμβάνει χώρα όταν υπάρξει «επίλυση των διαφορών» μεταξύ των νέων πληροφοριών που προέρχονται από το τραύμα και των υπάρχοντων νοητικών δομών. Είναι, όμως, δυνατό η νέα ισορροπία να διαταραχθεί εκ νέου όταν κατοπινά αρνητικά γεγονότα ή αξιολογήσεις διαταράξουν το συναισθηματικό νόημα του αρχικού τραύματος, επαναπροδοτώντας ένα νέο κύκλο φάσεων. Σε κάθε περίπτωση, βασικός στόχος της όλης διαδικασίας είναι η γνωστική αφομοίωση της τραυματικής μνήμης ή η αναθεώρηση των υπάρχοντων σχημάτων ώστε να συμμορφωθούν προς τις νέες πληροφορίες. Ο Horowitz θεωρεί ότι η επανάληψη (επαναβίωση) του γεγονότος ή της κατάστασης ή κάποιων πλευρών τους συμβαίνει έως ότου συντελεστεί η γνωστική επεξεργασία του γεγονότος και αφού αυτή καταχωρηθεί στη μνήμη.

Οι επαναλήψεις δεν είναι πιστά αντίγραφα των όσων συνέβησαν, αλλά έχουν διάφορες μορφές (π.χ., αναπαράσταση μέσω δράσης και αισθήσεων ή μέσω νοημάτων και λέξεων). Οι επαναλαμβανόμενες αναπαραστάσεις του τραύματος είναι τόσο πιο επίπονες όσο πιο έντονες και σαφείς. Έτσι, το άτομο προσπαθεί να τις 'καταπιέσει', εφόσον δεν παρουσιάζουν καμία φανερή σύνδεση με τη σειρά των σκέψεων και, εφόσον περιέχουν επίπονα συναισθήματα που βιώθηκαν κατά τη διάρκεια του τραύματος. Ο Horowitz υποστηρίζει ότι οι επαναλήψεις αυτές είναι απαραίτητο τμήμα της διαδικασίας ψυχολογικής προσαρμογής, εφόσον διευκολύνουν (α) την ανάπτυξη νέων τρόπων αντίληψης και σκέψης, (β) την αναθεώρηση των υπάρχοντων σχετικών γνωστικών σχημάτων, ώστε να λαμβάνουν υπόψη τις καινούργιες πληροφορίες που περιέχονται στο τραύμα, (γ) την επίλυση των συγκρουόμενων ερμηνειών του τραύματος και, (δ) την γένεση νέων λύσεων που αναφέρονται σε προβλήματα που προκύπτουν από τις νέες συνθήκες.

Κατά την 'φυσιολογική' διαδικασία το άτομο ελέγχει το επίπεδο των επαναλήψεων, δίνοντας στον εαυτό του τις κατάλληλες 'δόσεις', ώστε να αρχίσει να επεξεργάζεται την προσωπική του ερμηνεία των συμβάντων και να νοηματοδοτεί την εμπειρία του. Αυτό γίνεται με ποικίλους τρόπους: α) ελέγχοντας τη συχνότητα, τη χρονική στιγμή, τη διάρκεια των σκέψεων για το τραύμα, β) ελέγχοντας τα σχήματα που οργανώνουν τις πληροφορίες (π.χ., διατηρώντας την εικόνα του εαυτού ως ικανού και των άλλων ανθρώπων ως ικανών και πρόθυμων να βοηθήσουν), γ) ελέγχοντας τις ιδέες και τις σκέψεις (π.χ., αποφασίζοντας ποιες πληροφορίες θα χρησιμοποιηθούν και ποιες όχι, 'αντικρύζοντας' το τραύμα από διαφορετικές οπτικές, αναθεωρώντας τα υπάρχοντα σχήματα).

Ορισμένες, όμως, φορές η ομαλή διεργασία διακόπτεται και δεν ολοκληρώνεται. Τρεις παθολογικές αντιδράσεις είναι οι πιθανές συνέπειες: πάγωμα σε κατάσταση αποφυγής, εγκλωβισμός σε υπο-ελεγχόμενη επανάληψη, παλινδρόμηση μεταξύ υψηλής διείδυσης επίπονων σκέψεων και υψηλής αποφυγής.

Η θεωρία του Horowitz είναι ιδιαίτερα σημαντική, ελλείπει όμως πλήρως η αναφορά στις περιβαλλοντικές παραμέτρους που είναι δυνατό να επηρεάζουν την όλη διαδικασία.

Στο πλαίσιο των πρώτων γνωστικών θεωριών για το τραύμα ενδιαφέρουσα είναι και η θεωρία περί «θεωρητικών κόσμων» του Janoff-Bulman (25, 26, 27). Η προσέγγιση αυτή στηρίζεται στη θεωρία των γνωστικών σχημάτων για τον εαυτό και

τον κόσμο, σύμφωνα με την οποία, τα άτομα προσπαθούν αρχικά να προσαρμόσουν τα δεδομένα στα υπάρχοντα γνωστικά σχήματα και, αν αυτό δεν καταστεί δυνατό, τότε αναθεωρούν τις βασικές πεποιθήσεις τους.

Κατά τη θεωρία, υπάρχουν τρεις βασικές παραδοχές: α) «ο κόσμος είναι καλός» (άρα οι ατυχίες είναι σπάνιες), β) «ο κόσμος έχει νόημα, είναι κατ' ουσία δίκαιος και ελέγξιμος» (τα αποτελέσματα καθορίζονται από την ανθρώπινη συμπεριφορά, άρα ο κόσμος δεν είναι τυχαίος και η κατανομή των αποτελεσμάτων δεν είναι άσχετη προς την ανθρώπινη συμπεριφορά), γ) «ο εαυτός μας έχει αυτοδύναμη αξία» (είναι ικανός, άξιος, μπορεί να ελέγξει καταστάσεις). Γεγονότα, όμως, ή καταστάσεις που απειλούν την επιβίωση έρχονται σε αντίθεση με τις παραπάνω παραδοχές-γνωστικά σχήματα. Τα γεγονότα αυτά κρίνονται συνήθως ως τρομερά και το άτομο νιώθει να τραντάζονται οι βασικές του πεποιθήσεις για τον κόσμο και τον εαυτό. Το είδος των σχημάτων που θα απειληθούν εξαρτάται από τα χαρακτηριστικά του τραύματος. Οι φυσικές καταστροφές αναγκάζουν τους επιζήσαντες να έρθουν αντιμέτωποι με την ύπαρξη κινδύνου και την ανθρώπινη 'ευθραυστότητα'. Η ανθρώπινη βία φέρνει αντιμέτωπη την προσωπική ευπάθεια με την «κακία» των άλλων κ.ο.κ.

Η υγιής προσαρμογή είναι αποτέλεσμα της ανάπτυξης μιας νέας προοπτικής που περιλαμβάνει (ερμηνεύει) το τραύμα και, ταυτόχρονα, διατηρεί την αυταξία του ατόμου, τη σύνδεση με τους άλλους και την ικανότητα να μετριάσει τον τρόμο. Η αδυναμία να αναπτυχθεί μια τέτοια προοπτική οδηγεί σε προβλήματα. Δύο γνωστικές στρατηγικές υποτίθεται ότι διευκολύνουν την αναδόμηση των γνωστικών σχημάτων: αυτόματες διαδικασίες επεξεργασίας των νέων πληροφοριών και εκούσιες προσπάθειες επανερμηνείας των πληροφοριών υπό το φως αυτών που είναι ήδη γνωστά. Το κοινωνικό και διαπροσωπικό πλαίσιο επηρεάζει σαφώς τη διαδικασία 'ανάληψης'. Η θεωρία ασπάζεται την άποψη του Horowitz για τις εισβάλλουσες σκέψεις και την άρνηση, ότι πρόκειται, δηλαδή, για αυτόματες γνωστικές διεργασίες προσαρμογής.

Η θεωρία του Janoff-Bulman δεν δίνει έμφαση στις αξιολογήσεις που συμβαίνουν κατά την αρχική επαφή με το τραύμα, αλλά σε αυτές που λαμβάνουν χώρα κατά την προσπάθεια αντιμετώπισης των προβλημάτων και την προσαρμογή. Έτσι, τρεις επαναξιολογήσεις υποτίθεται ότι λαμβάνουν χώρα μετά το τραύμα, σε μια προσπάθεια κατανόησης των συμβάντων: α) κοινωνικές συγκρίσεις (π.χ., «άλλοι ήταν πιο άτυχοι από εμένα», «τουλάχιστον γλίτωσα...»), δημιουργία υποθετικών χειρότερων σεναρίων), β) εξέταση του ρόλου του εαυτού («γιατί να συμβεί αυτό σε εμένα;», αυτο-κατηγορίες), γ) προσπάθεια για ανεύρεση νοήματος στο τραύμα επαναξιολογώντας το ως εμπριέχον οφέλη ή 'σοφία', π.χ., μαθήματα για τη ζωή (πνευματικό ή ηθικό μήνυμα), μαθήματα για τον εαυτό (συνειδητοποίηση ικανοτήτων, απόκτηση νέων), ή οφέλη για τους άλλους ή για τις επόμενες γενιές. Και πάλι τονίζεται ότι οι πράξεις, η ενθάρρυνση, οι συζητήσεις, οι ερμηνείες και η στήριξη από το κοινωνικό πλαίσιο παίζουν σημαντικό ρόλο στη διαδικασία προσαρμογής και επαναξιολόγησης των συμβάντων.

Η θεωρία όμως δεν εξηγεί επαρκώς τη διέγερση ή το ρόλο της μνήμης στην επαναβίωση των γεγονότων. Παρά το γεγονός αυτό, άλλοι ερευνητές στηρίχθηκαν σε αυτή. Π.χ., ο Keane (14) ερμήνευσε ορισμένα αρνητικά συμπτώματα, όπως την ανηδονία, την κατάθλιψη, την αποξένωση κλπ., ως αποτέλεσμα της απώλειας του νοήματος και της εικόνας για τον κόσμο και τον εαυτό, καθώς και της αδυναμίας για ανάπτυξη μιας ουσιαστικής εναλλακτικής προσέγγισης.

Και οι δύο θεωρίες, του Horowitz και του Janoff-Bulman, υποστηρίζουν ότι οι παρείσακτες σκέψεις, τουλάχιστον οι χρονικά περιορισμένες, αποτελούν τμήμα της

φυσιολογικής προσαρμογής στο ακραίο στρες, ενώ οι επίμονες είναι σημάδι δυσλειτουργικής γνωστικής διεργασίας. Όμως τα δεδομένα δεν συμφωνούν πάντα. Πολλά άτομα, κατά την Greenberg (28), δεν αναφέρουν διόλου τέτοιες σκέψεις, ενώ το επίμονο στρες και οι επαναλήψεις είναι τελικά πολύ πιο συχνές από ότι οι θεωρίες προβλέπουν. Η McFarlane (29) ανασκοπώντας τα σχετικά ευρήματα καταλήγει ότι οι παρείσακτες σκέψεις αποτελούν συστατικό τόσο στην ομαλή όσο και στην παθολογική αντίδραση.

Από την άλλη πλευρά, σύμφωνα με την Greenberg (28), οι μέχρι στιγμής έρευνες έχουν δείξει ότι τα άτομα που μπορούν να ασκήσουν γνωστικό έλεγχο και να επιβάλλουν δομή στις τραυματικές τους εμπειρίες έχουν πιο επιτυχή προσαρμογή, σε σύγκριση με όσους είναι λιγότερο αποτελεσματικοί στην οργάνωση των αντιλήψεων του τραύματος. Έτσι, επιβεβαιώνονται οι υποθέσεις των δύο θεωριών. Αντίθετα, η υπόθεση αργών, σταδιακών και κατά βήμα αλλαγών που προτείνεται και από τις δύο θεωρίες δεν επιβεβαιώνεται εμπειρικά, εφόσον φαίνεται ότι η αντιληπτική αλλαγή μπορεί να συμβεί και με τη μορφή ξαφνικών δραματικών διαπιστώσεων και μεταβολών.

2.3. Συναφείς θεωρίες

Παρακάτω θα αναφερθούμε στις νεώτερες γνωστικές θεωρίες και προσεγγίσεις για το τραύμα. Πριν όμως προχωρήσουμε στην παρουσίαση των θεωριών αυτών, είναι χρήσιμο να σταθούμε σε δύο προσεγγίσεις, οι οποίες αν και δεν είναι γνωστικές, εντούτοις στηρίζονται ή φωτίζουν περισσότερο τη γενικότερη γνωστική-συμπεριφοριστική προσέγγιση. Πιο συγκεκριμένα θα παρουσιάσουμε τη θεωρία περί «διατήρησης των πόρων» του Hobfoll και τις πρόσφατες σχετικά βιολογικές θεωρίες.

2.3.1. Η θεωρία διατήρησης των πόρων του Hobfoll

Η θεωρία για τη «διατήρηση των πόρων»³⁰ στηρίζεται σε μία και μόνο αρχή: τα άτομα προσπαθούν να αποκτήσουν, διατηρήσουν και προστατεύσουν ό,τι εκτιμούν (πηγές - διαθέσιμα - πόρους) ή ό,τι θεωρούν ότι λειτουργεί ως μέσο για την απόκτηση και τη διατήρηση όσων εκτιμούν. Κατά συνέπεια στρες προκύπτει όταν: α) τα διαθέσιμα απειλούνται, β) υπάρχει απώλεια των διαθεσίμων, γ) δεν λαμβάνει χώρα η αναμενόμενη αύξηση των διαθεσίμων μετά από αντίστοιχη επένδυσή τους. Σύμφωνα με τη θεωρία υπάρχουν τέσσερα είδη διαθεσίμων (πηγών): αντικείμενα (π.χ., σπίτι, αυτοκίνητο), συνθήκες (π.χ., σταθερός γάμος, σίγουρη εργασία), προσωπικά χαρακτηριστικά (π.χ., έλεγχος, υψηλή αυτοεκτίμηση, κοινωνική επιδεξιότητα) και ενέργειες (π.χ., γνώση, ασφάλεια, αξιοπιστία). Επίσης, η θεωρία προβλέπει ότι η προστασία ή ο περιορισμός της απώλειας των διαθεσίμων αποτελούν και αυτά άλλες μορφές διαθεσίμων (για παράδειγμα, η κοινωνική υποστήριξη είναι ένα διαθέσιμο, εφόσον μπορεί να 'προστατεύσει' το διαθέσιμο της αυτοεκτίμησης). Αν τα διαθέσιμα χαθούν ή απειληθούν έντονα, το άτομο πλήττεται και αυξάνει η ευπάθειά του απέναντι στις πηγές του στρες. Αν απολεσθούν κάποιες αρχικές πηγές και δεν μπορεί το άτομο να τις αναπληρώσει, ή επισυμβούν νέες απώλειες χωρίς το άτομο να έχει ανασυνταχθεί, ή εάν η απώλεια των πηγών είναι πολύ μεγάλη, τότε αυξάνονται οι κύκλοι της απώλειας και η έντονη έκθεση του ατόμου στο στρες.

Το τραυματικό στρες αφορά, επομένως, την πολύ γρήγορη απώλεια διαθεσίμων. Συνήθως, αυτά που χάνονται έχουν και την μεγαλύτερη αξία: αίσθηση ευεξίας, αγάπη, εμπιστοσύνη και αίσθηση ελέγχου. Η απώλεια πηγών στο τραύμα είναι ταχεία γιατί: α) το τραυματικό γεγονός 'επιτίθεται' στις βασικότερες των αξιών, β) λαμβάνει

χώρα απροσδόκητα, γ) δημιουργεί υπερβολικές νέες απαιτήσεις, δ) κείται έξω από το εύρος των συνήθων στρατηγικών χρήσης των διαθέσιμων που έχουν αναπτυχθεί και, ε) αφήνει μια ισχυρή νοητική εικόνα που εύκολα ανακαλείται από ερεθίσματα συσχετιζόμενα με το γεγονός. Η θεωρία παραδέχεται ότι όσα ερεθίσματα συνδεθούν με το τραυματικό γεγονός προκαλούν έντονες ‘εικόνες’ και αρνητικά συναισθήματα. Κάτι τέτοιο δεν συμβαίνει, όμως, στα μικρότερης έντασης στρεσογόνα γεγονότα ή καταστάσεις.

Η θεωρία του Hobfoll, κατά την αντίληψή μας, δεν κάνει κάτι άλλο από το να μεταγράφει ευρήματα και θέσεις γνωστικής προέλευσης σε μια πιο συμπεριφοριστική, κατά κάποιο τρόπο, γραφή. Τα διαθέσιμα μπορούν να εννοηθούν ως οι ‘ενισχύσεις’ της συντελεστικής μάθησης. Η απώλειά τους σημαίνει τη στέρηση του ατόμου από γενικευμένους ενισχυτές. Επίσης, η απώλεια εκθέτει το άτομο σε αρνητικές συνέπειες, δηλαδή, σε μια μορφή ‘πόνου’, η αποφυγή του οποίου σύμφωνα με τον Skinner (31) αποτελεί μια από τις σημαντικότερες πηγές ενίσχυσης. Έτσι, το τραύμα μπορεί να θεωρηθεί ως το αποτέλεσμα της απώλειας των πηγών ενίσχυσης του ατόμου, καθώς και των μαθημένων τρόπων απόκτησης των ενισχυτών αυτών. Επιπλέον, οι ομοιότητες στην ορολογία με τις θεωρίες που παρουσιάσαμε παραπάνω είναι αξιοσημείωτη (βλ., π.χ., αναφορές για, έλεγχο, απώλεια, απρόβλεπτο, έκθεση κλπ.).

2.3.2. Βιολογικές θεωρίες

Εξαιρετικά ενδιαφέρουσες είναι και οι αντίστοιχες βιολογικές θεωρίες για το τραύμα. Αρκετές πειραματικές έρευνες έχουν δείξει ότι σε καταστάσεις έντονης πίεσης απελευθερώνονται στο αίμα ποσότητες ενδογενών οπιοειδών, οι οποίες προκαλούν αναλγησία στο άτομο και αίσθηση αντοχής.³² Σύμφωνα με τον van der Kolk (33), αυτή η αυτόνομη αντίδραση του οργανισμού είναι προσαρμοστική και επιτρέπει το χειρισμό του πόνου σε στιγμές έντονης απειλής. Ο ίδιος ερευνητής προτείνει ότι το κύριο πρόβλημα στη ΜΤΔΑ έγκειται στην αδυναμία ρύθμισης της διέγερσης που προκαλείται ως αποτέλεσμα της απελευθέρωσης οπιοειδών. Στην ουσία προκαλείται απορρύθμιση του κύκλου ‘υποθάλαμος-υπόφυση-έκκριση νορεπινεφρίνης’ η οποία έχει ως επακόλουθο τη διατήρηση μιας διαρκούς διέγερσης του νευρικού-ορμονικού συστήματος.

Υπάρχουν αξιόλογες ενδείξεις ότι η μεγάλου βαθμού διέγερση κατά την οξεία φάση του τραύματος είναι ένας από τους σημαντικότερους παράγοντες για την ανάπτυξη συμπτωμάτων Οξείας Διαταραχής Άγχους και ΜΤΔΑ.³⁴ Είναι πιθανό η υψηλή αυτή διέγερση να διευκολύνει την ανάπτυξη μιας ‘φοβικής μάθησης’ η οποία δρα ως μεσολαβητής (mediator) στην εμφάνιση επίμονων εικόνων ή σκέψεων και αποφυγής.^{29, 35} Σημειώνουμε, ότι η θεωρία αυτή βρίσκει έκφραση στο όλο και μεγαλύτερο ενδιαφέρον των ερευνητών γύρω από τους τρόπους έκφρασης και διαχείρισης της νευροφυσιολογικής, συναισθηματικής και πραξιακής διέγερσης, καθώς και για τις ατομικές διαφορές στο βαθμό διεγερσιμότητας, όπως αυτά εκφράζονται μέσα από τις σύγχρονες ψυχοβιολογικές θεωρίες για την ανθρώπινη ιδιοσυγκρασία.³⁶⁻³⁸

Τέλος, και άλλες παρόμοιες θεωρίες και έρευνες τονίζουν το ρόλο που παίζουν ο υποθάλαμος, η υπόφυση, διάφορες νευρολογικές και ορμονικές αλλαγές στην εκδήλωση συμπτωμάτων μετά από ένα τραυματικό γεγονός.³⁹

2.4. Νεώτερες γνωστικές και συναφείς θεωρίες

Οι σύγχρονες γνωστικές θεωρίες προσπαθούν να ερμηνεύσουν το τραύμα και τις αντιδράσεις σε αυτό στη βάση των μνημονικών λειτουργιών και της επεξεργασίας των πληροφοριών. Είναι χαρακτηριστικό ότι οι σύγχρονες γνωστικές θεωρίες καταβάλλουν προσπάθεια, όχι μόνο να ερμηνεύσουν γενικά τη ΜΤΔΑ, αλλά και να εξηγήσουν όλα σχεδόν τα επιμέρους συμπτώματά της, όπως θα διαπιστώσουμε και παρακάτω.

2.4.1. Η θεωρία των Ehlers και Clark

Σύμφωνα με την πρόσφατη προσέγγιση των Ehlers και Clark (3), οι οποίοι αναλύουν τις υπάρχουσες σχετικές θεωρίες και τα ευρήματα υπό μια νέα όμως οπτική και σύνθεση, η ΜΤΔΑ είναι μια αγχώδης διαταραχή. Όπως είναι γνωστό, σύμφωνα, με τη γνωστική θεωρία, το άγχος είναι αποτέλεσμα γνωστικών αξιολογήσεων που σχετίζονται με ένα είδος παρόντος κινδύνου. Τι συμβαίνει με τη ΜΤΔΑ όμως, όπου το πρόβλημα αφορά την ανάμνηση ενός παρελθόντος και συνήθως τετελεσμένου γεγονότος; Γιατί, λοιπόν, αυτό αντιμετωπίζεται από το άτομο ως να είναι παρόν; Η επίλυση του παζλ έγκειται στο ότι η ανάπτυξη συμπτωμάτων ΜΤΔΑ είναι αποτέλεσμα ιδιάζουσας γνωστικής επεξεργασίας του τραυματικού γεγονότος ή και της ακολουθίας του (του τι ακολουθεί το τραύμα), η οποία παράγει την αντίληψη ύπαρξης μιας *σοβαρής, διαρκούς και τρέχουσας απειλής*. Η αίσθηση αυτή είναι αποτέλεσμα δύο διεργασιών: της αξιολόγησης καθεαυτού του τραύματος και της ακολουθίας του, καθώς και της φύσης της μνήμης για το γεγονός και της σχέσης της με τις υπόλοιπες αυτοβιογραφικές μνήμες.

Α) Γνωστική αξιολόγηση του τραύματος και της ακολουθίας του: Τα άτομα που αναπτύσσουν σημαντικές δυσκολίες μετά από ένα τραυματικό γεγονός αδυνατούν, σύμφωνα με τη θεωρία, να δουν το τραύμα ως ένα περιορισμένο χρονικά συμβάν, το οποίο δεν έχει γενικευμένες συνέπειες για το μέλλον. Αντίθετα, αντιλαμβάνονται την ύπαρξη μιας *σοβαρής τρέχουσας απειλής* που είναι είτε εξωτερική («ο κόσμος είναι ένα επικίνδυνο μέρος») ή εσωτερική (π.χ., απειλή για την εικόνα του εαυτού ως ικανού να επιτυγχάνει σημαντικούς στόχους). Η αίσθηση διαρκούς απειλής προέρχεται από διάφορους τύπους δυσλειτουργικών γνωστικών αξιολογήσεων (καταστροφοποίηση, υπεργενίκευση, αυτοκατηγορίες κλπ), οι οποίες αφορούν (α) το ίδιο το γεγονός, (β) την ακολουθία του τραύματος, (γ) την ερμηνεία των πρώτων αρχικών αντιδράσεων ή συμπτωμάτων, (δ) των αντιδράσεων των άλλων ανθρώπων, καθώς και (ε) των συνεπειών του τραύματος σε άλλους τομείς της ζωής (π.χ., «έλκω τις καταστροφές», «δεν μπορώ να καταλάβω τις κακές προθέσεις των άλλων», «πουθενά δεν υπάρχει ασφάλεια», «η προσωπικότητά μου έχει αλλάξει προς το χειρότερο», «το μυαλό μου δεν λειτουργεί σωστά», «κανείς δεν βοηθάει», «θα χάσω τα παιδιά μου», «δεν θα τα πάω καλά στη δουλειά μου»).

Οι αξιολογήσεις αυτές είναι υπεύθυνες για την παραγωγή έντονων αρνητικών συναισθημάτων: η αίσθηση κινδύνου προκαλεί φόβο, η παραβίαση των ατομικών σταθερών και το αίσθημα αδικίας προκαλεί θυμό, η αίσθηση προσωπικής ευθύνης προκαλεί ενοχές, ενώ η απώλεια προκαλεί λύπη. Παράλληλα, οι δυσλειτουργικές αξιολογήσεις είναι δυνατό να δεσμεύσουν το άτομο σε δυσλειτουργικές στρατηγικές αντιμετώπισης του τραύματος (π.χ., απόθεση των σκέψεων).

Επιπλέον, η ερμηνεία των αρχικών συμπτωμάτων, όπως π.χ., της επαναβίωσης, της εισβολής σκέψεων και εικόνων, της συναισθηματικής άμβλυνσης, όχι ως μια φυσιολογική αντίδραση και ως μέρος της διαδικασίας ανάνηψης, αλλά ως ενδείξεις μόνιμων αλλαγών προς το χειρότερο ή ως απειλή για τη φυσική και ψυχική υγεία,

μπορεί να έχει ως αποτέλεσμα τη διαιώνισή τους, αλλά και την πρόκληση νέων αρνητικών αντιδράσεων.

B) Μνήμη του τραυματικού γεγονότος: Η φύση της τραυματικής σκέψης και η σχέση της με τις ακούσια αναδυόμενες εικόνες, σκέψεις και συναισθήματα είναι ένα άλλο ερώτημα που εξετάζει η θεωρία. Η εικόνα είναι πολύπλοκη καθώς, αφενός, υπάρχει δυσκολία στην εκούσια πλήρη ανάκληση του γεγονότος (τμηματική ανάσυρση, φτωχή μνήμη, δυσκολία στο καθορισμό του τι, πώς, με ποια σειρά συνέβη κλπ), ενώ, αφετέρου, σημειώνεται υψηλή συχνότητα ακούσιων παρείσακτων ανακλήσεων πλευρών του τραύματος με τρόπο εξαιρετικά ζωντανό και πλούσιο συναισθημάτων, ως να λαμβάνουν χώρα αυτή τη στιγμή. Σύμφωνα με τους Ehlers και Clark, αυτή η αντίφαση οφείλεται πιθανότατα στον τρόπο κωδικοποίησης της τραυματικής ακολουθίας και της αποθήκευσής της στη μνήμη, και ειδικότερα:

I) Στη *φτωχή επεξεργασία των δεδομένων και στη μικρή ενσωμάτωση στην αυτοβιογραφική μνήμη*. Η αυτοβιογραφική μνήμη περιλαμβάνει γεγονότα, πληροφορίες και άλλα δεδομένα που αφορούν τον εαυτό και που οργανώνονται κατά θεματολογία ή κατά χρονικές στιγμές. Όταν ανακαλείται κάποια αυτοβιογραφική μνήμη, τότε ανασύρονται και άλλες σχετικές πληροφορίες γενικότερες ή ειδικότερες (π.χ., για τη χρονική περίοδο, το είδος του γεγονότος, τις πράξεις ή τις ικανότητες του εαυτού κ.ά.). Στη ΜΤΔΑ το κύριο πρόβλημα είναι ότι η ενσωμάτωση του τραυματικού γεγονότος στην αυτοβιογραφική μνήμη είναι ατελής ως προς το χρόνο, τη συνέχεια, τις προηγούμενες πληροφορίες και τη λοιπή μνήμη.

II) Στις *ισχυρές συνδέσεις μεταξύ ερεθισμάτων και μεταξύ ερεθίσματος και αντίδρασης*. Η αρχική υψηλή ψυχοσυναισθηματική διέγερση διευκολύνει άμεσα τη δημιουργία ισχυρών συνδέσεων μεταξύ των ερεθισμάτων και των αντιδράσεων μέσω των κανόνων της κλασικής εξαρτημένης μάθησης, ενώ ιδιαίτερη θέση κατέχει στο σημείο αυτό η δράση του μηχανισμού της γενίκευσης. Η μάθηση έχει ως στόχο, μεταξύ άλλων, να βοηθήσει το άτομο στην *πρόβλεψη* των γεγονότων, κάτι που αποτελεί μια από τις βασικότερες ανάγκες του ατόμου. Έτσι, ένα ερέθισμα που ήταν παρόν κατά τη διάρκεια του τραυματισμού γίνεται η αφορμή για να 'προβλέψει' το άτομο τη συνέχεια, στην προκειμένη περίπτωση μια αρνητική αντίδραση ή ένα σύμπτωμα. Συνήθως το άτομο δεν κατανοεί το μηχανισμό αυτό (πώς προκαλείται, δηλαδή, μια αρνητική αντίδραση εξαιτίας της σύνδεσης με ένα ερέθισμα), ή δεν αντιλαμβάνεται το ερέθισμα που εκκινεί την αρνητική αντίδραση. Αυτό έχει ως συνέπεια τη συνεχόμενη παραγωγή αρνητικών αντιδράσεων, αλλά και την αίσθηση ενός συνεχώς παρόντος κινδύνου και απειλής (το άτομο προβλέπει ένα διαρκή κίνδυνο).

III) Στην *ισχυρή αντιληπτική προτεραιότητα* των ερεθισμάτων που συνδέονται με το τραυματικό γεγονός. Η ουδός αντίληψης των ερεθισμάτων αυτών μειώνεται σημαντικά, με αποτέλεσμα να γίνονται πολύ πιο εύκολα και γρήγορα αντιληπτά, σε σύγκριση με άλλα ταυτόχρονα δρώντα ερεθίσματα.

Μεταξύ των γνωστικών αξιολογήσεων και της φύσης της μνήμης υπάρχει αλληλεπίδραση: Η ανάκληση ενός τραυματικού γεγονότος ή κάποιας πλευράς του εμπεριέχει ήδη λανθασμένες ή δυσλειτουργικές αξιολογήσεις, ενώ ταυτόχρονα ανακαλούνται επιλεκτικά και άλλες πληροφορίες ή γνωστικά σχήματα και αυτόματες σκέψεις που είναι σύμφωνες προς την προκατειλημμένη αξιολόγηση του τραύματος. Για παράδειγμα, η αξιολόγηση του τύπου «οι άλλοι δεν ενδιαφέρονται για μας τους αστέγους από το σεισμό», συνοδεύεται από επιλεκτική ανάκληση προσωπικών εμπειριών έλλειψης κοινωνικής υποστήριξης. Οι διαφορετικές προσωπικές εμπειρίες αποκλείονται. Ταυτόχρονα, η μνήμη παίζει το δικό της ρόλο: Η περιορισμένη

ανάκληση, η αίσθηση του ‘εδώ και τώρα’ κλπ, συμβάλλουν στο να γίνονται αξιολογήσεις μόνο για τις συγκεκριμένες πλευρές που ανακαλούνται. Έτσι, δημιουργείται ένας ισχυρότατος φαύλος κύκλος: Γενικευμένα ερεθίσματα, των οποίων το άτομο δεν αντιλαμβάνεται το ρόλο, προκαλούν εξαρτημένες αρνητικές αντιδράσεις και φέρνουν στη μνήμη μερικές μόνο πλευρές του τραύματος. Καθώς το άτομο δεν αντιλαμβάνεται το μηχανισμό, ερμηνεύει τις αρνητικές αντιδράσεις και τις ανασυρόμενες μνήμες ως ένα παρόντα κίνδυνο. Επιπλέον, οι ανασυρόμενες μνήμες συνοδεύονται από τις αρχικές δυσλειτουργικές αξιολογήσεις, οι οποίες αφενός κάνουν το άτομο να θυμάται και να προσέχει παρόμοιες συναφείς αρνητικές αξιολογήσεις και, αφετέρου, παρεμποδίζουν την ανάσυρση πλευρών του τραύματος αντίθετων προς τις αξιολογήσεις ή την ανάπτυξη εναλλακτικών αξιολογήσεων, οι οποίες θα επέτρεπαν την αλλαγή των δυσλειτουργικών γνωστικών διεργασιών και την αλλαγή της προβληματικής αντίληψης του τραύματος.

Εάν το είδος του τραυματικού γεγονότος επιφέρει μια γενική απειλή ως προς την εικόνα του εαυτού, τότε διαταράσσεται η γενικότερη οργάνωση της αυτοβιογραφικής μνήμης. Τα άτομα αυτά φαίνονται αδύναμα να επανοργανώσουν τόσο τις πρότερες όσο και τις επόμενες εμπειρίες κατά τρόπο που να παράγουν μια σταθερή εικόνα του εαυτού και του κόσμου. Στις περιπτώσεις αυτές οι συνέπειες του τραύματος είναι ακόμα σοβαρότερες.

Γ) Χρήση δυσπροσαρμοστικών στρατηγικών. Όπως έχει ήδη αναφερθεί, οι δυσλειτουργικές γνωστικές αξιολογήσεις είναι δυνατό να παρασύρουν το άτομο στη χρήση εξίσου δυσλειτουργικών στρατηγικών διαχείρισης του στρες. Οι στρατηγικές αυτές παράγουν νέα συμπτώματα, ή δεν επιτρέπουν την αλλαγή στον τρόπο αξιολόγησης του τραύματος και της ακολουθίας του ή στη φύση της τραυματικής μνήμης. Τέτοιες δυσλειτουργικές στρατηγικές είναι, π.χ., η απόθεση των σκέψεων, η ανάπτυξη συμπεριφορών ‘ασφαλείας’ (για παράδειγμα, το να μην περπατά κανείς κάτω από κτήρια από το φόβο κατάρρευσης), προσπάθειες αποφυγής των στρεσογόνων ερεθισμάτων συμπεριλαμβανομένων των σκέψεων, των εικόνων και των συναισθημάτων (για παράδειγμα, κρατώντας το μυαλό απασχολημένο με κάτι άλλο, αποκλείοντας το συναίσθημα και δίνοντας ψυχρές ‘αστυνομικές’ αναφορές, κάνοντας χρήση αλκοόλ, φαρμάκων ή άλλων ουσιών), η παραίτηση από πρότερες σημαντικές δραστηριότητες, ο ‘μηρυκασμός’ του τραύματος και των συνεπειών του (για το τι θα μπορούσε να είχε προβλεφθεί, αποφευχθεί, αλλάξει κλπ). Άλλες δυσλειτουργικές στρατηγικές είναι η διάσχιση, η αποπροσωποποίηση κλπ, οι οποίες βοηθούν μόνο βραχυπρόθεσμα στην αντιμετώπιση των αρνητικών συναισθημάτων και των λοιπών αντιδράσεων. Σύμφωνα με το παρόν μοντέλο οι μηχανισμοί πίσω από το μηρυκασμό και την επαναβίωση είναι διαφορετικοί. Το πρώτο θεωρείται αποτέλεσμα προβληματικών αξιολογήσεων, ενώ το δεύτερο αποτέλεσμα ελλείψεων στη μνήμη του τραύματος. Παρά τούτο, η επαναβίωση μπορεί να οδηγήσει σε μηρυκασμό, ο οποίος με τη σειρά του είναι πιθανό να παράγει εσωτερικά ερεθίσματα, τα οποία επαναπυροδοτούν συμπτώματα επαναβίωσης.

Αν και όλα τα παραπάνω αναφέρονται στις διεργασίες που λαμβάνουν χώρα μετά το τραυματικό γεγονός, ιδιαίτερα βαρύνουσας σημασίας είναι ο ρόλος της γνωστικής επεξεργασίας των δεδομένων κατά τη διάρκεια του τραύματος. Το άτομο μπορεί να βιώσει εκείνη τη στιγμή ως μια ‘πνευματική ήττα’, ως απώλεια της ψυχολογικής αυτονομίας ή των βασικών ανθρώπινων σταθερών και αξιών (η ‘απώλεια του ελέγχου’ που υποστήριζαν προηγούμενες θεωρίες). Το τραύμα κρίνεται ως μια επιβεβαίωση προσωπικής απαξίας, αδυναμίας για αποτελεσματική διαχείριση του κόσμου, ή ως επιβεβαίωση μιας μόνιμης ζημίας (η εικόνα της ευθραυστότητας από

προηγούμενες θεωρίες). Εννοείται, βέβαια, πως η φύση της μνήμης του τραύματος και τα πιθανά προβλήματα που ακολουθούν εξαρτώνται από την ποιότητα της γνωστικής διεργασίας και της κωδικοποίησης που λαμβάνει χώρα κατά τη στιγμή του τραύματος.

Οι παράγοντες που συζητήθηκαν μέχρι στιγμής δεν θεωρούνται ούτε απαραίτητοι ούτε επαρκείς από το παρόν μοντέλο για την εμφάνιση ή τη διατήρηση των συμπτωμάτων ΜΤΔΑ. Για παράδειγμα, η γνωστική διεργασία εξαρτάται από μια σειρά παραγόντων, όπως π.χ., τα χαρακτηριστικά του τραύματος (διάρκεια, βαθμός προβλεψιμότητας, ετοιμότητα κ.λπ.), τις προηγούμενες συναφείς εμπειρίες και τους τρόπους αντιμετώπισης της κατάστασης που χρησιμοποιήθηκαν τότε, τη νοητική ικανότητα του ατόμου, τις παγιωμένες πεποιθήσεις, τη χρήση αλκοόλ, το βαθμό διέγερσης, τις αντιδράσεις των άλλων ή τη βοήθεια που προσφέρεται, το βαθμό ελέγχου που θεωρεί ότι κατέχει το άτομο κ.ά.

Όσον αφορά ορισμένα συγκεκριμένα συμπτώματα: Η παρατηρούμενη μερικές φορές καθυστερημένη έναρξη των συμπτωμάτων οφείλεται, σύμφωνα και με το μοντέλο αυτό, είτε σε κατοπινά γεγονότα ή σκέψεις που προσδίδουν στο πρότερο γεγονός μια πιο απειλητική διάσταση, είτε στο ότι κάποια ερεθίσματα που θυμίζουν το τραυματικό γεγονός δεν ήταν διαθέσιμα παρά μόνο μετά από την πάροδο κάποιου χρόνου (π.χ., ο νοσηλευόμενος από τροχαίο ατύχημα που βλέπει αυτοκίνητα μετά από καιρό νοσηλείας και αντιδρά εκείνη τη στιγμή φοβικά, χωρίς να έχουν εκδηλωθεί πρότερα συμπτώματα).

Το αίσθημα του παγώματος του χρόνου (ή στο χρόνο) σχετίζεται και αυτό με τις γνωστικές αξιολογήσεις γύρω από το τραύμα και την ακολουθία του (π.χ., «οι αλλαγές προς το χειρότερο είναι μόνιμες», «τίποτα δεν είναι το ίδιο πια», ή μια αντίληψη ότι οι «πρότεροι στόχοι ή οι αντιλήψεις ήταν στην πραγματικότητα ασήμαντοι, εφόσον κατέρρευσαν τόσο εύκολα»). Παράλληλα, η επαναβίωση του γεγονότος αποσυνδέει το άτομο από την τρέχουσα πραγματικότητα, ενώ η παραίτηση από δραστηριότητες και η αποφυγή άλλων, συμβάλλουν στην αίσθηση ότι ο χρόνος έχει πια σταματήσει. Η ανάκληση από τη μνήμη συναισθημάτων, σκέψεων, εικόνων, αισθήσεων κλπ, χωρίς την αντίληψη ότι αυτά αποτελούν 'αναμνήσεις' του παρελθόντος, οδηγεί και στην αίσθηση ενός *μελλοντικού κινδύνου* (όπως ήδη ειπώθηκε, οι παρεισφρήσεις θεωρούνται ως 'σήματα προειδοποίησης' και, κατά συνέπεια, 'αναμένεται' ένα νέο κακό). Από την άλλη πλευρά, η συχνή επανάληψη-επαναβίωση δεν βοηθά στην αποκατάσταση της μνήμης και της γνωστικής λειτουργίας γιατί (α) έχει συνήθως τη μορφή μηρυκασμού («τι θα γινόταν εάν...»), χωρίς αναφορά στο τι πράγματι έγινε, πως ένιωσε το άτομο κλπ, αλλά και (β) διότι η επανάληψη γίνεται συχνά κατά τρόπο μη-συναισθηματικό, φαινόμενο που παρεμποδίζει την πρόσβαση στη σημασία του γεγονότος και στην ενσωμάτωσή του (κάτι που παλαιότερα υποστήριζε και ο Horowitz (23)).

Μέχρι στιγμής, υπάρχουν έρευνες που προσφέρουν τεκμηρίωση σε αρκετές πλευρές της θεωρίας.^{3, 22} Οι συνέπειες της θεωρίας για τις προσπάθειες θεραπείας της ΜΤΔΑ είναι σημαντικές. Σύμφωνα με το θεωρητικό μοντέλο, προκειμένου ένα άτομο «να αφήσει πίσω του» ένα τραυματικό γεγονός, θα πρέπει να συμβούν τρεις αλλαγές: α) Η τραυματική μνήμη χρειάζεται να τύχει επεξεργασίας και να ενσωματωθεί στο πλαίσιο της ατομικής πρότερης και ακόλουθης εμπειρίας, ώστε να μειωθεί η παρεισφρητική επαναβίωση. β) Οι δυσλειτουργικές αξιολογήσεις του τραύματος ή και της ακολουθίας του, οι οποίες προκαλούν την αίσθηση τρέχουσας απειλής, χρειάζεται να τροποποιηθούν. γ) Οι δυσλειτουργικές συμπεριφορές και στρατηγικές, οι οποίες παρεμποδίζουν την επεξεργασία του μνημονικού υλικού, υπερβάλλουν την

εκδήλωση των συμπτωμάτων ή σταματούν την επαναξιολόγηση των δυσλειτουργικών αξιολογήσεων, χρειάζεται να εγκαταλειφθούν. Για να επιτευχθούν όλα αυτά, οι ερευνητές συνιστούν τη χρήση γνωσιακών-συμπεριφοριστικών θεραπευτικών τεχνικών, αν και, όπως τονίζουν, απαιτείται ακόμα αρκετή έρευνα για την ανεύρεση ακόμα πιο αποτελεσματικών παρεμβατικών μεθόδων.³

2.4.2. Η θεωρία της διπλής αναπαράστασης

Μια ενδιαφέρουσα γνωστική θεωρία, η οποία αναφέρεται και στους διασχιστικούς μηχανισμούς που παρατηρούνται μετά από ένα τραυματικό γεγονός, είναι η θεωρία της «διπλής αναπαράστασης» των Brewin, Dalgleish και Joseph (40). Η θεωρία αυτή αναγνωρίζει ότι υπάρχουν μνήμες «λεκτικά προσβάσιμες» (verbally accessible memories, VAM), καθώς και μνήμες «περιστασιακά προσβάσιμες» (situationally accessible memories, SAM). Οι πρώτες είναι συνήθως λεκτικές και ‘οπτικές’ μνήμες εμπρόθετα ανασυρόμενες. Οι άλλες ανακαλούνται ‘υποσυνειδητά’ (χωρίς το άτομο να αντιλαμβάνεται ότι και πως ανακαλούνται) και για το λόγο αυτό μπορούν να ερμηνευτούν ως παρείσακτες ή βίαιες επαναβιώσεις. Τέτοιες μνήμες είναι οι τραυματικές.

Αν και οι άλλες θεωρίες τονίζουν ότι η τραυματική μνήμη αποτελεί μια ‘κοινή’ μνήμη αλλά με μια ιδιαίτερη δομή, η θεωρία αυτή έχει ως κεντρική ιδέα ότι οι τραυματικές μνήμες αναπαριστώνται με εντελώς διαφορετικό τρόπο.

Οι VAM εμπεριέχουν πληροφορίες που το άτομο συνέλεξε πριν, κατά τη διάρκεια ή μετά το τραυματικό γεγονός, και είναι επιδεκτικές επαρκούς συνειδητής επεξεργασίας, ώστε να μεταφερθούν στη μακροπρόθεσμη μνήμη σε μια μορφή εκούσια ανακτήσιμη. Είναι δεκτικές επικοινωνίας, αλλά περιέχουν περιορισμένο ποσό πληροφοριών γιατί καταγράφουν μόνο ότι έχει συνειδητά τύχει προσοχής. Στις μνήμες αυτές εγγράφονται και οι συνειδητές αξιολογήσεις του τραύματος, τόσο αυτές που συντελούνται κατά τη διάρκεια όσο και μετά, καθώς το άτομο αναλογίζεται τις συνέπειες του τραύματος και αναρωτιέται πως ‘το κακό’ θα μπορούσε να είχε προληφθεί. Κατά συνέπεια, τα συναισθήματα που συνοδεύουν τις λεκτικά προσβάσιμες μνήμες είναι και ‘πρωτογενή’ (των στιγμών του τραύματος) και ‘δευτερογενή’ (συσχετιζόμενα με ύστερες αναδρομικές αξιολογήσεις του τραύματος).

Αντίθετα, οι ‘περιστασιακά προσβάσιμες μνήμες’ (SAM), όπως είναι, π.χ., οι παρεισφρητικές μνήμες και οι αναβιώσεις, πυροδοτούνται ακούσια, μόνο από διάφορα ερεθίσματα εξωτερικά ή εσωτερικά. Περιέχουν πληροφορίες που έχουν αποκτηθεί από μια εκτενέστερη, αλλά χαμηλότερου ‘επιπέδου’ αντιληπτική επεξεργασία των τραυματικών σκηνών, π.χ., ήχοι, εικόνες, σκέψεις κ.ά., που γίνονται αντιληπτά τόσο γρήγορα ώστε να τύχουν μεν επαρκούς συνειδητής προσοχής, αλλά όχι ώστε να καταγραφούν στις VAM. Επίσης, περιέχονται πληροφορίες για την κατάσταση του σώματος, όπως π.χ., οι παλμοί, το επίπεδο εφίδρωσης, ο πόνος, η θερμοκρασία κ.ά. Αυτές οι πληροφορίες αναδύονται μέσα από τις εισβάλλουσες αναμνήσεις του τραύματος, οι οποίες είναι πολύ λεπτομερέστερες σε σχέση με τις λοιπές μνήμες του τραύματος.

Οι SAM δεν έχουν κάποιο λεκτικό κώδικα και, συνεπώς, είναι δύσκολο να τις εκφράσει κανείς. Επίσης, δεν αλληλεπιδρούν απαραίτητα με την αυτοβιογραφική μνήμη. Είναι δύσκολο να ελεγχθούν από το άτομο, καθώς είναι δυσχερής ο έλεγχος της έκθεσης σε ερεθίσματα – πυροκροτητές των μνημών αυτών. Τα συναισθήματα που τις συνοδεύουν είναι μόνο ‘πρωτογενή’, αλλά το εύρος τους είναι πιθανώς μεγάλο: φόβος, αδυναμία, τρόμος, αλλά και θυμός, ενοχές και ντροπή.

Σύμφωνα με την πολύ ενδιαφέρουσα αυτή θεωρία, η ΜΤΔΑ αποτελεί μια «υβριδική» διαταραχή, εφόσον περιλαμβάνει δύο παθολογικές διεργασίες: αρνητικές αξιολογήσεις και συναισθήματα (που χρήζουν επίλυσης), αφενός, και επιμένουσες εισβάλλουσες μνήμες (που χρήζουν διαχείρισης), αφετέρου.

2.4.3. Άλλες νέες γνωστικές θεωρίες

Οι Foy (6) και Foy, Osato, Housekamp και Neumann (41) κατασκεύασαν μία «αιτιολογική υπόθεση για τη ΜΤΔΑ» σύμφωνα με την οποία, για την ανάπτυξη και τη διατήρηση συμπτωμάτων ΜΤΔΑ ευθύνεται η αλληλεπίδραση μεταξύ περιβαλλοντικών και ατομικών παραγόντων: Τα άτομα βρίσκονται κατ' αρχήν σε κίνδυνο όταν συμβεί ένα σοβαρό τραυματικό γεγονός. Στη συνέχεια, η άμεση νευροφυσιολογική αντίδραση, εάν είναι οξεία, μπορεί να εκκινήσει το μηχανισμό της ΜΤΔΑ. Επιπρόσθετοι ενδιάμεσοι παράγοντες (προστατευτικοί ή ευπάθειας) βιολογικοί, ψυχολογικοί και κοινωνικοί επηρεάζουν, τέλος, την ανάπτυξη της ΜΤΔΑ. Η αλληλεπίδρασή τους με τους πρότερους αιτιολογικούς παράγοντες (τραύμα, βαθμός διεγερσιμότητας) γίνεται προσθετικά ή πολλαπλασιαστικά.

Μια παρόμοια θεωρία, από τους Jones και Barlow (42), υποστηρίζει ότι η ΜΤΔΑ ερμηνεύεται από παράγοντες που είναι επίσης σημαντικοί στην αιτιολογία και των άλλων αγχώδων διαταραχών και, κυρίως, των διαταραχών πανικού. Οι ερευνητές τονίζουν το ρόλο της ευπάθειας: βιολογικής, οπότε κληρονομείται μια πιθανή προδιάθεση για αντίδραση στο στρες με χρόνια διέγερση του αυτόνομου νευρικού και του νοραδρεναλινικού συστήματος, ή και ψυχολογικής (π.χ., πρότερα γνωστικά σχήματα). Αν ένα άτομο με μια τέτοια ευπάθεια εκτεθεί σε ένα τραυματικό γεγονός, είναι πιθανό να αναπτύξει ένα είδος 'αγχώδους κατανόησης', η οποία αφορά τη διαταραγμένη επεξεργασία των πληροφοριών ταυτόχρονα με την ανάπτυξη ενός εξαιρετικά αρνητικού συναισθήματος. Η αγχώδης κατανόηση 'προετοιμάζει' το άτομο για την εκδήλωση συμπτωμάτων ΜΤΔΑ: Το άτομο βιώνει το γεγονός και την ακόλουθη επαναβίωσή του ως απρόβλεπτα και ανεξέλεγκτα αρνητικά γεγονότα και αντιδρά με χρόνια υπερδιέγερση, υπερ-επαγρύπνηση και περιορισμό της προσοχής. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα τη δημιουργία ενός ανατροφοδοτικού κύκλου ο οποίος αυξάνει την εισβολή σκέψεων και την επαναβίωση των γεγονότων.

Τέλος, σύμφωνα με τους Smucker και Niederee (7), για όσα άτομα έχουν εκτεθεί σε χρόνιο τραυματισμό, ειδικά στην παιδική ηλικία, η συμπτωματολογία εκδηλώνεται με τη δημιουργία σχημάτων βασισμένων στο τραύμα. Από εκείνη τη στιγμή, τα σχήματα αυτά λειτουργούν ως φίλτρα και οργανωτές των γνωστικών διεργασιών και καθορίζουν το πως τα επόμενα γεγονότα θα γίνουν αντιληπτά, πως θα ερμηνευτούν, κωδικοποιηθούν και ανακληθούν από τη μνήμη. Η συνεχής παρουσία και ενεργοποίηση αυτών των 'τραυματογενών' σχημάτων (π.χ., σχήματα αδυναμίας, απαξίας, μη αγάπης) εγκλωβίζουν το άτομο σε μια διαρκή στάση θυματοποίησης, ενώ θέτουν και τα θεμέλια για την ανάπτυξη ενός χρόνιου συνδρόμου ΜΤΔΑ. Ειδικά, για τα θύματα χρόνιων τραυμάτων, το σχήμα της 'αδυναμίας' φαίνεται να είναι ο πυρήνας της ΜΤΔΑ, καθώς αφήνει το θύμα σε μια κατάσταση «λειτουργικής παράλυσης», η οποία καθιστά αδύναμη την αντιμετώπιση των καθημερινών 'κτυπημάτων' της ζωής χωρίς να 'πέφτει' το άτομο σε μια σημαντική συναισθηματική κρίση.

3. Επίλογος

Η Greenberg (28) σε μια οξυδερκή παρατήρησή της σημειώνει ότι ένα από τα σημαντικότερα οφέλη στη μελέτη της αιτιολογίας της ΜΤΔΑ και των άλλων αντιδράσεων σε μια τραυματική εμπειρία είναι ότι με τον τρόπο αυτό μπορούμε να κατανοήσουμε και να ερμηνεύσουμε τους λόγους για τους οποίους το σημαντικότερο ποσοστό των ανθρώπων εμφανίζουν μεγάλη ανθεκτικότητα ακόμα και μπροστά σε

εξαιρετικά αντίξοες συνθήκες. Διαφωτίζοντας τους λόγους αυτούς ακόμα περισσότερο, λοιπόν, μπορούμε να αξιοποιήσουμε αυτό το υλικό στην ψυχοθεραπευτική πράξη και να αυξήσουμε την αποτελεσματικότητα των παρεμβάσεων. Με αυτό τον τρόπο ισχυροποιούμε τις δυνάμεις προσαρμογής και μεγιστοποιούμε την ανθεκτικότητα αναδρομικά, ώστε το τραυματικό γεγονός να χάσει την αρνητική σημασία του.

Στην παρουσίαση αυτή προσπαθήσαμε να δώσουμε μια επαρκή εικόνα του τρόπου με τον οποίο η γνωστική-συμπεριφοριστική θεώρηση ερμηνεύει το τραύμα και τις συνέπειές του στον ανθρώπινο οργανισμό. Το έργο αυτό είναι δύσκολο να γίνει σε τόσο περιορισμένο χρόνο και χώρο. Έτσι, προσπαθήσαμε να παρουσιάσουμε τις βασικότερες, κατά την δική μας αντίληψη, θεωρίες και τα σχετικά ευρήματα του χώρου, ώστε να υπάρξει μιας επαρκούς χαρτογράφηση του όλου θέματος. Ελπίζουμε να το καταφέραμε αυτό σε ικανό βαθμό.

Οι μέχρι στιγμής προσπάθειες κατανόησης και αιτιολόγησης των συνεπειών ενός τραύματος έχουν καταφέρει να μας δώσουν μια καλή μάλλον εικόνα για το τι και γιατί συμβαίνει. Πολλά όμως παραμένουν άγνωστα, άλλα παραμένουν χωρίς επαρκή ερευνητική τεκμηρίωση, ενώ είναι συχνές και οι διαφορετικές θέσεις και απόψεις. Πιστεύουμε όμως ότι στο μέλλον τα κενά αυτά και οι ελλείψεις θα καλυφθούν, καθώς η σχετική βασική έρευνα της Ψυχολογίας της Μάθησης και της Γνωστικής Ψυχολογίας μας προμηθεύει ενδιαφέρον υλικό. Έτσι, ελπίζουμε ότι στο άμεσο μέλλον θα υπάρξει μια ικανοποιητική γνωστική-συμπεριφοριστική προσέγγιση που θα είναι σε θέση να ερμηνεύσει επαρκέστερα τα φαινόμενα που σχετίζονται με τις τραυματικές εμπειρίες.

Βιβλιογραφία

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, Text Revision (DSM-IV-TR). APA, Washington DC, 2000
2. Freedy JR, Kilpatrick DG, Resnick HS. Natural disasters and mental health: Theory, assessment, and intervention. In: Allen R (ed): Handbook of post-disasters interventions. [Special Issue]. *Journal of Social Behavior and Personality* 1993, 8:49-103
3. Ehlers A, Clark DM. A cognitive model of posttraumatic stress disorder. *Behaviour Research and Therapy* 2000, 38:319-345
4. Καλαντζή-Αζίζι Α. Αυτογνωσία και Αυτοδιαχείριση. Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα, 2002
5. Παπακόστας Π. Γνωσιακή ψυχοθεραπεία: Θεωρία και πράξη. Ινστιτούτο Έρευνας και Θεραπείας της Συμπεριφοράς, Αθήνα, 1994
6. Foy DW (ed). Treating PTSD: Cognitive behavioral strategies. Guilford, New York, 1992
7. Smucker MR, Niederee JL. Treating incest-related PTSD and pathogenic schemas through imaginal exposure and rescripting. *Cognitive and Behavioral Practice* 1995, 2:63-93
8. Harvey AG, Bryant RA, Tarrier N. Cognitive behaviour therapy for posttraumatic stress disorder. *Clinical Psychology Review* 2003, 23:501-522
9. Freedy JR, Shaw DL, Jarrell MP, Masters, CR. Towards an understanding of the psychological impact of natural disasters: An application of the Conservation Resources Stress Model. *Journal of Traumatic Stress* 1992, 5:441-454
10. Wolfe J, Erickson DJ, Sharkansky EJ, King DW, King LA. Course and predictors of posttraumatic stress disorder among Gulf War Veterans: A prospective analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1999, 67:520-528
11. Brewin CR, Andrews B, Valentine JD. Meta-analysis of risk factors for posttraumatic stress disorder in trauma-exposed adults. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 2000, 68:748-766
12. Mowrer OH. Learning theory and behavior. Wiley, New York, 1960
13. Keane TM, Zimmerling RT, Caddell JM. A behavioral formulation of post-traumatic stress disorder in Vietnam veterans. *The Behavior Therapist* 1985, 8:9-12
14. Keane TM. Post-traumatic stress disorder: Current status and future directions. *Behavior Therapy* 1989, 20:149-153
15. Foa EB, Steketee G, Olasov Rothbaum B. Behavioral/cognitive conceptualizations of post-traumatic stress disorder. *Behavior Therapy* 1989, 20:155-176
16. Peterson C, Seligman, MEP. Learned helplessness and victimization. *Journal of Social Issues* 1983, 2:103-116
17. Abramson LY, Seligman MEP, Teasdale JD. Learned helplessness in humans: Critique and reformulation. *Journal of Abnormal Psychology* 1978, 87: 49-94

18. Mineka S, Kihlstrom JF. Unpredictable and uncontrollable events: A new perspective on experimental neurosis. *Journal of Abnormal Psychology* 1978, 87:256-271
19. Foa EB, Kozak MJ. Emotional processing of fear: Exposure to corrective information. *Psychological Bulletin* 1986, 99:20-35
20. Foa EB, Riggs DS. Post-traumatic stress disorder in rape victims. In: Oldham J, Riba MB, Tasman A (eds): American Psychiatric Press Review of Psychiatry, vol. 12. American Psychiatric Press, Washington DC, 1993:273-303
21. Foa EB, Rothbaum, BO. Treating the trauma of rape: Cognitive behavioural therapy for PTSD. Guilford, New York, 1998
22. Brewin CR, Holmes EM. Psychological theories of posttraumatic stress disorder. *Clinical Psychological Review* 2003, 23:339-376
23. Horowitz MJ. Stress response syndromes. Jason Aronson, Northvale NJ, 1986
24. Horowitz MJ. Introduction to psychodynamics. Brunnel/Mazel, New York, 1988
25. Janoff-Bulman R. Characterological versus behavioral self-blame: Inquiries into depression and rape. *Journal of Personality and Social Psychology* 1979, 37:1789-1809
26. Janoff-Bulman R. Assumptive worlds and the stress of traumatic events: Applications of the schema construct. *Social Cognition* 1989, 7:113-136
27. Janoff-Bulman R. Shattered assumptions: Towards a new psychology of trauma. Free, New York, 1992
28. Greenberg MA. Cognitive processing of traumas: The role of intrusive thoughts and reappraisals. *Journal of Applied Social Psychology* 1995, 25:1262-1296
29. McFarlane AC. Avoidance and intrusion in posttraumatic stress disorder. *Journal of Nervous and Mental Disease* 1992, 180:439-445
30. Hobfoll SE. Traumatic stress: A theory based on rapid loss of resources. *Anxiety Research* 1991, 4:187-197
31. Skinner BF. Beyond freedom and dignity. Knopf, New York, 1971
32. van der Kolk BA, Greenberg MS, Orr SP, Pitman RK. Endogenous opioids and stress induced analgesia in posttraumatic stress disorder. *Psychopharmacology Bulletin* 1989, 25:108-112
33. van der Kolk BA. The psychobiology of PTSD. In: van der Kolk BA, McFarlane AC, Weisaeth L (eds): Traumatic stress: The effects of overwhelming experience on mind, body, and society. Guilford, New York, 1996:279-301
34. Bryant RA, Harvey AG. Acute Stress Disorder: A handbook of theory, assessment, and treatment. American Psychological Association, Washington DC, 2000
35. McFarlane AC. Commentary: Posttraumatic stress disorder among injured survivors of a terrorist attack. Predictive value of early intrusive and avoidance symptoms. *Journal of Nervous and Mental Disease* 1992, 180:559-560
36. Gray JA. The neuropsychology of anxiety: An inquiry into the functions of the septo-hippocampal system. Oxford University Press, Oxford, 1982
37. Καλαντζή-Αζίζι Α, Καραδήμας ΕΧ. Οι προσπάθειες ορισμού της ιδιοσυγκρασίας και οι θεωρίες του I. Pavlov: Θεωρητικά και ερευνητικά

- δεδομένα. 8ο Πανελλήνιο Συνέδριο Ψυχολογικής Έρευνας, Αλεξανδρούπολη, 2001, Μάιος
38. Strelau J, Angleitner A. Temperament research: Some divergencies and similarities. In: Strelau J, Angleitner A (eds): *Explorations in temperament: International perspectives on theory and measurement*. Plenum, London, 1991:1-12.
 39. Kolb LC. Chronic post-traumatic stress disorder: Implications of recent epidemiological and neuropsychological studies. *Psychological Medicine* 1989, 19:821-824
 40. Brewin CR, Dalgleish T, Joseph S. A dual representation theory of posttraumatic stress disorder. *Psychological Review* 1996, 103:670-686
 41. Foy DW, Osato SS, Houskamp BM, Neumann DA. Etiology of posttraumatic stress disorder. In: Saigh PA (ed): *Posttraumatic stress disorder: A behavioral approach to assessment and treatment*. Allyn and Bacon, Boston, 1992:28-49
 42. Jones JC, Barlow DH. A new model of posttraumatic stress disorder: Implications for the future. In: Saigh PA (ed): *Posttraumatic stress disorder*. Macmillan, New York, 1992:147-165