

Partea a treia

Traume colective

Reziliență în urma marilor catastrofe: joncțiuni între individual și colectiv

Michèle Vitry și Clara Duchet

De la mituri și până la realitățile cele mai crude, peste tot în lume și din toate timpurile se vorbește despre catastrofe... Atunci când se manifestă mânia lui Dumnezeu, fantasma omnipotenței umane este redusă la zero: tehnica, previziunile, prevenția, controlul riscului, știința etc., nu sunt întotdeauna suficiente pentru a evita catastrofa naturală (furtună, uragan), ecologică, umană (atentat terorist, luare de ostatici) sau tehnologică (prăbușirea unui avion, accident colectiv) etc. Destinul oamenilor, în ceea ce are fiecare unic, dar și comunitatea căreia îi aparțin și istoria la care participă sunt mereu afectate, marcate, împietrite și chiar traumatizate. În același timp, ca în orice eveniment, oricât de traumatizant este în aparență, pot fi reperați germeni ai rezilienței: componente intrapsihice și interrelaționale, dimensiuni individuale și grupale, desfășurându-se în sprijinul unei metamorfoze a traumei. Iar unele metode adaptate le permit o mai bună manifestare. Capitolul de față își propune să le studieze pornind de la joncțiunea dintre individual și colectiv. Mai întâi vom defini caracteristicile specifice acestui tip de evenimente pentru a evidenția astfel principalele lor efecte psihopatologice pe termen scurt și lung, apoi factorii de risc observați în literatură și în propriile experiențe. Apoi vom aborda factorii de protecție și vom situa reziliența în câmpul practicii noastre și în continuare vom detalia diversele planuri de îngrijire și tratament derulate în lume în timpul marilor catastrofe, dintr-o perspectivă a „rezilienței asistate” sau a unei reziliențe pe care o vom numi aici, mai curând, *acompaniată*.

Caracteristicile și unicitatea marilor catastrofe

Particularități psihopatologice și societale

Sprijinindu-ne pe diferite dicționare, din diverse epoci, ne amintim că termenul *catastrofă* (provenit din grecescul *katastrophê* — bulversare) își are originea în teatru și literatură, unde desemna „deznodământul” principal și final al unei piese, al unui poem, înscriindu-se în general în registrul tragicului. Bineînțeles, apar apoi accepțiunile mai cunoscute de „dezastru înspăimântător, calamitate, flagel, neșansă, dezastru etc.”, care afectează un mare număr de persoane. Modul său literar de utilizare, interesant din punctul de vedere al practicii noastre, scoate în evidență două elemente:

- evenimentul se situează pe scena publică, adresându-se populației (precum mesajul trimis de zei în mitologie) și
- marchează un final printr-o ruptură brutală, un deznodământ tragic.

Evoluțiile ulterioare pun accentul, în plus, pe:

- dezastru și intensitatea durerii;
- ca și pe caracterul de șansă potrivnică al acestei bulversări.

Din punct de vedere psihopatologic, evenimentul traumatizant — atunci când implică o colectivitate — generează nu numai o bulversare psihică individuală, ci creează și efigia ideii de traumă colectivă (Crocq, 1999; Navarre, 2007). Evenimentul catastrofic, oricare ar fi el, suspendă mișcarea cotidiană a unei populații: îi oprește cursul... marchează simbolic sfârșitul unei epoci (ca o revoluție), sfârșitul unui ideal („riscul zero”, de exemplu), finalul unei crize, al unui mod de funcționare etc. Nimic nu va mai fi apoi ca înainte pentru comunitatea lovită de o catastrofă. „Trebuie trase învățăminte, lecții” se poate citi din loc în loc în presă, pentru ca „niciodată...” să nu mai apară o astfel de încercare; pentru ca, am putea spune, colectivitatea să se poată reînscrisă într-un mit, într-un ideal, să reia dezvoltarea, care va reintroduce puțin câte puțin perspective de viață și de viitor la un popor marcat de o întrerupere (a unei activități aeroportuare, a cotidianului, a unui anumit tip de viață, de exemplu), de moarte (a compatrioților, familiilor, prietenilor, apropiaților etc.) și de pierdere (a bunurilor, caselor, habitusului, legăturilor etc.). Dar, înainte

de revenire, prevalează constatarea pagubelor, a daunelor, a ireparabilului, cufundând colectivitatea într-o etapă marcată de traumă.

Trauma individuală și colectivă

Fără a relua aici toate principiile lucrărilor freudiene necesare pentru înțelegerea traumei psihice individuale (Duchet, 2009; Vitry, 2007a), vom puncta principalele caracteristici asociate bulversărilor induse cu precădere de catastrofele colective. Trauma — ca eveniment în viața unui subiect sau a unei colectivități — lovește cu violență, intensitate și surpriză (importanța caracterului imprevizibil și incontrollabil), distrugând prin aceste trei procedee conjugate întreaga funcționare obișnuită și anterioară (mecanisme de apărare, comportamente, atitudini, obișnuințe, gânduri, valori, fantasme etc.). În plus, evenimentul traumatizant „sparge” cadrele:

- un înveliș psihic și corporal la nivel individual;
- un înveliș societal, familial și de grup la nivel colectiv.

Acest fenomen efracționar ne va determina să luăm în considerare noțiunea de *rană* (psihică și fizică, la toate nivelurile), dar și pe aceea de *reparație* necesară a acestei sfâșieri care poate — ca toate efracțiile — să lase urme, o cicatrice pe termen mai lung. Apoi, trauma are particularitatea de a confrunta subiectul cu propria sa moarte: realitate fără imagine sau reprezentare în psihic (întrucât, ca regulă, nimeni nu revine din lumea morților) care se situează, astfel, de partea inexprimabilului. Limbajul purtător de sens este atacat, la fel ca și învelișul protector.

Persoana care trăiește un eveniment cu caracter traumatizant nu rămâne intactă. Totuși, este necesar să insistăm asupra importanței rezonanței subiective a unui eveniment: pentru individ, ca și pentru colectivitate, acesta intervine într-o poveste de viață și, totodată, trezește trăiri anterioare (traumatice sau nu!), care pot fi de natură foarte diversă (persecuție, abandon, teamă arhaică, culpabilitate, rușine, neputință etc.). Evenimentul, oricare ar fi el, nu va putea căpăta treptat un sens pentru indivizi decât dacă este elaborat în relație cu alte fapte, trăiri, evenimente etc. și se ia în considerare apartenența lui la acestea (Cyrulnik și Seron, 2003; Duchet, 2006a; Hanus, 2002; Vitry, 2002). Dacă insistăm aici asupra impactului, în mod necesar subiectiv, al evenimentelor traumatizante, aceasta este și pentru a înțelege mai bine datele

426 cantitative expuse în continuare: nu fiecare persoană confruntată cu același eveniment, oricât de tragic ar fi acesta, manifestă neapărat tulburări posttraumatice sau psihopatologice (Anaut, 2003; Baccino & Bessoles, 2003; Duchet, Jehel și Guelfi, 2000).

Totuși, la nivelul colectivității, trauma păstrează o mare putere dezorganizatoare, mai ales când aduce cu sine moartea. Astfel, efracția traumatizantă poate provoca fracturi în interiorul unui grup, al unei comunități, al unei țări, țesătura unor legături sociale realizată cu migală se poate destrăma, cadrul social poate fi distrus sau atacat.

Moartea colectivă, o catastrofă specifică: pornind de la exemplul din Haiti

Anumite catastrofe naturale, precum seismul din China anulului 2008 și, mai recent, dramaticul seism din Haiti, se caracterizează printr-un număr foarte ridicat de morți, de neimaginat, și o distrugere parțială a posibilităților de viață pe un pământ devastat, generând o ruptură radicală în modul de viață al supraviețuitorilor, dar și în ritmul lor psihic. Aceste „morți colective” ascund un mare potențial pentru dezordine nu numai din cauza distrugerii structurilor sociale, ci și ca o consecință a impactului psihologic pe care îl au asupra oamenilor (Clavandier, 2004; Vitry, 2007a).

La nivel sociologic, actele de violență exogenă întreprinse asupra ființelor umane penetrează în domeniul emoțiilor, în principal datorită aspectului lor iremediabil. În mod progresiv, în zilele care urmează, amenințarea capătă contur ca forță atotputernică, independentă de orice voință umană. Reperele, atât spațiale, cât și temporale, sunt perturbate, iar structurile vieții colective, de exemplu în orașul Port au Prince, sunt deteriorate, chiar distruse pe porțiuni întregi printr-un proces de aglutinare, pierzându-și astfel funcția de reglare a vieții sociale.

Urgența socială necesită stabilirea unor priorități și o ierarhizare a intervențiilor care se presupune că reglează în parte problema traumei colective, printr-o cursă contra cronometru pentru salvarea de vieți și pentru numărarea și identificarea victimelor. Se trece de la un ritm al vieții obișnuite la un ritm de urgență. Dacă structurile publice nu se ocupă rapid de catastrofă, dacă nu este transformată într-o problemă a societății, riscurile apărute se pot multiplica, fiind ca și cum ea și-ar urma acțiunea cataclismică, fără posibilitatea vreunui control. Această reprezentare are un impact asupra comportamentelor

colective: în Haiti, numărul morților, imposibilitatea de a grupa toate cadavrele într-un loc denumit „capelă”, peregrinarea supraviețuitorilor fără locuință au constituit tot atâția factori de risc, în condițiile în care perioada de reconstrucție a trebuit să fie amânată. Atâta timp cât cadavrele rămân pe loc, o revenire la ordine este imposibilă. Să ne amintim temerile de epidemie apărute în Haiti, vădind angoase puternice în jurul pericolului pe care îl poate reprezenta proximitatea cadavrelor, atâta timp cât nu poate fi realizată separarea dintre morți și vii. A fost observată o mișcare oscilatorie, pe de o parte având loc acțiuni de solidaritate și mobilizări în sprijinul reumanizării, pe de altă parte o răsturnare a situației de partea dramei, un exemplu constituindu-l jafurile. Anumite familii au inventat soluții, ca acelea care au dat foc ruinelor caselor lor, găsind astfel un ritual de incinerare a cadavrelor rămase sub dărâmături.

Atunci când viața socială poate prevala asupra catastrofei dezumanizate, începe timpul amintirii: cu cât mai distrugătoare sunt catastrofele, cu atât întârzie mai mult procesul comemorativ.

În fiecare dintre aceste etape pot fi direct observați factori de reziliență colectivă:

- în etapa imediată, factorul de protecție exogen al mobilizării rapide a structurilor publice permite o responsabilizare socială și colectivă, care va duce, progresiv, la apariția ordinii din haos;
- în etapa postimediată, factorul de protecție endogen reprezentat de mișcările de solidaritate este esențial în fața sentimentului de abandon pe care îl are populația. A putut fi observat un alt factor de reziliență colectivă: supraviețuitorii s-au adunat spontan în anumite locuri, marea piață din Port au Prince, de exemplu, recreând astfel o colectivitate în care legăturile sociale de susținere reciprocă deveneau posibile în planul protecției și al împărtășirii nevoilor fundamentale, dar și protejarea persoanelor vulnerabile, cum sunt copiii sau persoanele vârstnice;
- în etapa de comemorare, un factor de protecție esențial, facilitator al reluării semnelor de viață, îl reprezintă ritualizarea în jurul separării dintre morți și vii, prin ceremonii de trecere cu un înalt potențial simbolic.

Consecințe psihopatologice previzibile ale factorilor de risc

Date epidemiologice

Prevalența tulburărilor psihice după o catastrofă colectivă, redată de cercetările publicate, este întotdeauna subiect al problematizărilor și cunoaște mari variații, într-o asemenea măsură depinde de:

- tipul de eveniment care poate fi provocat de om (război, terorism, luare de ostatici etc.); de natură (cutremur, avalanșă, alunecări de teren etc.); de tehnică (explozia unei uzine, un accident de avion, prăbușirea unei clădiri etc.);
- tulburările diagnosticate (stres acut, stres posttraumatic, tulburări depresive, anxioase etc.);
- criteriile (internaționale, specifice unei epistemologii etc.);
- momentele de evaluare a simptomatologiei (la câteva zile, luni, ani de la eveniment);
- instrumentele de măsură și modalitățile de administrare (chestionare, scale de autoevaluare sau heteroevaluare, interviuri directe, telefonice sau prin curier etc.);
- evaluatori (specialiști sau nespecialiști, cu o formare mai amplă sau mai redusă etc.).

Totuși, aceste date — chiar fluctuante de la un studiu la altul — se dovedesc a fi indicatori utili, cu precădere pentru că permit explicarea amplitudinii unui fenomen într-o anumită societate. Conform criteriilor DSM, prevalența tulburării de stres posttraumatic (TSPT) în rândul populației generale și în lume, pe durata întregii vieți, evoluează în general între 1 și 9%, cu niveluri mai ridicate la femei, subiecții tineri (între 15 și 24 de ani) și în mediile defavorizate, atingând 10% din populația nord-americană (Breslau, 2001; Kessler, Sonnega, Bromet, Hughes și Nelson, 1995; Prieto, 2001; Vaiva, Jehel, Cottencin, Ducrocq, Duchet, Omnes, Genest, Rouillon și Roelandt, 2008). Această prevalență, măsurată în termeni de tulburări anxioase și de comorbiditate psihopatologică, se ridică la nivel de 15 până la 44% (Demyttenaere, 2004; Jehel, Ducrocq, Genest, Duchet, Omnes, Rouillon și Roelandt, 2008a; Jehel, Ducrocq, Duchet, Paterniti și Vaiva, 2008b). Pe când cercetătorii se ocupă de grupuri de populație expuse la evenimente specifice, prevalența TSPT

devine evident mai îngrijorătoare, întrucât variază în cazul războaielor de la 2 la 71%, la refugiați între 26 și 86%, la profesiile cu grad ridicat de risc între 7 și 17%, la victimele atentatelor între 18 și 43% și atinge 80% în cazul victimelor violențelor sexuale (North, Nixon, Shariat, Mallonee, McMillen, Spitznagel și Smith, 1999; Duchet *et al.*, 2000; Duchet, 2002; Ionescu și Jourdan-Ionescu, 2006). Comorbiditatea este, atunci, cu atât mai ridicată: tulburări anxioase și depresive în primul rând, tulburări de comportament, cu precădere adictive, în al doilea rând. În cele din urmă, pe lângă considerabila suferință în care îi cufundă pe pacienți simptomatologia psihotraumatică, lucrările prezintă consecințele psihosociale uneori dezastruoase pentru ei (Beckham, Moore, Feldman, Hertzberg, Kirby și Fairbank, 1998; Breslau, 2001; Marshall, Olfson, Hellmann, Blanco, Guardino și Struening, 2001; Prieto, 2001). Totalitatea acestor date ridică tulburarea de stres posttraumatic la rangul de veritabilă problemă de sănătate publică și dovedește necesitatea unei îngrijiri adaptate și eficiente.

Date nosografice

După expunerea datelor epidemiologice care subliniază amploarea repercusiunilor catastrofelor în termeni de sănătate mentală, să examinăm pe scurt caracteristicile acestei simptomatologii. Conform DSM, dacă perturbările durează mai mult de o lună, socotind de la o lună după eveniment, este instalată tulburarea de stres posttraumatic (TSPT). Înaintea acestui interval sau pentru tulburări pasagere, în clasificările internaționale se preferă utilizarea termenului de stres acut. Patologia posttraumatică se particularizează, înainte de toate, prin prezența la individ a unui sindrom de repetiție (numit patognomonie nevrozică traumatică), compus din imagini ale scenelor traumatizante, evocări „înlănțuite”, coșmaruri traumatizante, amintiri intruzive, povești repetitive etc. Un al doilea ansamblu de simptome caracterizează sindromul de evitare a locurilor, persoanelor, obiectelor, gândurilor, discuțiilor, imaginilor etc., care amintesc trăirea traumatică. Evitarea se naște în general ca o apărare împotriva intruziunilor sindromului de repetiție. Urmează, în cele din urmă, un cortegiu mai mult neurovegetativ de tulburări care înscriu trauma în corpul victimelor (tresăriri, hipervigilență, comportamente automate etc.). Dacă toate aceste complicații psihopatologice sunt specifice trăirii traumatogene individuale, ele trebuie examinate și în funcție de alte criterii: cultura, grupul de apartenență, toleranța societății, ritualurile care

430 vor acționa într-un fel sau altul asupra acestor dificultăți (întărindu-le sau diminuându-le). Vom trata mai departe în capitolul de față importanța factorilor de protecție colectivi care ar putea influența destinul acestor tulburări. Până atunci, să nu uităm să subliniem și importanța acestor disfuncționalități individuale și uneori cronice (de-a lungul mai multor ani) care invalidează funcționarea socială, profesională, familială, relațională a individului traumatizat.

Factori de risc

Factorii de risc responsabili de apariția unei TSPT, unanim acceptați în literatura internațională (Birmes, Klein și Schmitt, 2006), sunt următorii: sexul (femeile prezintă, în medie, o prevalență de două ori mai ridicată a TSPT decât bărbații), antecedentele psihiatrice (tulburări depresive și anxioase, cu precădere), antecedentele traumatiche infantile, ca și antecedentele psihiatrice familiale. În ceea ce privește severitatea tulburărilor, este de reținut mai ales influența trăirii subiective a evenimentului și a reacției emoționale a subiectului, ca și factorii suferinței peritraumatice, de intensitatea unei tulburări de stres acut și de disociere peritraumatică. Putem constata că cercetările se ocupă în continuare de descoperirea factorilor de risc individuali, factorii colectivi fiind mult prea dificil de operaționalizat (Gay și Duchet, 2007; Bromet, Sonnega și Kessler, 1998; Scelles, 2002). În același timp, abordarea factorilor de protecție și a metodelor care favorizează reziliența va permite discutarea câtorva.

În fața riscului, ființa umană a recurs adesea în organizarea sa psihică la mecanisme de apărare care accentuează banalizarea, chiar negarea sau minimizarea riscului. Aceste mecanisme care se găsesc la nivelul individului și la nivel colectiv au drept funcție menținerea a ceea ce numim „mitul nostru personal de invulnerabilitate” (Lebigot, 2005), care permite fiecăruia evitarea confruntării cotidiene cu angoasa existențială de a se ști muritor (Combalbert, 2009).

Noțiunea de factori de protecție corespunde aspectului preventiv, asociat acțiunii factorilor de risc în diferite situații de viață. Această noțiune este mai mult o stare de spirit individuală și colectivă raportată la situații concrete, decât liste de acțiuni recomandate: este vorba, din punct de vedere individual și colectiv, de a anticipa, adică de a menține în conștiința individuală și colectivă realitatea factorilor de risc înconjurători, oricare ar fi locul sau tipul activităților (petrecere a timpului liber, viață profesională etc.). De exemplu, domeniile Center Park oferă oaspeților lor o schimbare de peisaj sub formă de

petrecere a timpului liber în aer curat sau sub o boltă care recrează un context tropical, cu o grijă ridicată pentru siguranță. Această noțiune de siguranță și de bulă evocă un recipient matern protector, care participă la această propunere de „vis” împărtășit de oaspeți și de salariați. Dacă realitatea (accident, intruziune nedorită) vine să tulbure această atmosferă de „vis”, reacția psihică poate fi violentă. Factorii de protecție nu se manifestă numai în crearea sistemelor de protecție, ci și în luarea în calcul a factorilor de risc inevitabili în realitate; „pentru că, dacă trebuie prevenită catastrofa, este nevoie să se creadă în posibilitatea sa înainte ca aceasta să se producă. Dacă, pe de altă parte, se reușește prevenirea sa, irealizarea sa o menține în domeniul imposibilului, iar eforturile de prevenție par, retrospectiv, inutile” (Dupuy, 2003, p. 13).

Factorii de protecție se vor situa, de asemenea, în domeniul prevenției secundare, adică în acela al abordării imediate și postmediate, la nivel individual dar și la nivel social, a efectelor traumei. Planurile de salvare, susținerea psihosocială, dar și îngrijirile medicale și sociale sub formă de asistență psihologică oferite chiar la locul evenimentelor sunt tot atâtea metode care pot ajuta persoanele să recapete o poziție de subiect, iar grupurile și comunitățile să regândească cadrul și limitele periclitate.

De la factorii de protecție individuali și colectivi la reziliență

Factori de protecție

Studiile epidemiologice au dovedit-o: un număr important de persoane dezvoltă tulburări specifice după un eveniment colectiv, potențial traumatizant. Această prevalență nedepășind, din fericire, 80%, subliniem și că datele respective scot în evidență faptul că o parte considerabilă a acestei populații (între 20 și 60% în medie) adoptă o cale diferită de cea a TSPT, a sindromului depresiv sau anxios etc. Pornind de la acest tip de constatare, cercetătorii s-au interesat de viitorul copiilor care, în ciuda condițiilor de viață extrem de nefavorabile și a acumulării factorilor de risc, se dezvoltă într-o manieră armonioasă în plan psihologic, somatic și social (Rutter, 1985; Werner, 1993). Explorarea resurselor prezentate de acești copii a permis, încetul cu încetul, decelarea factorilor de adaptare, de protecție și a factorilor de reziliență (Jourdan-Ionescu, 2001; Korff-Sausse, 2002; Manciaux, 2001). Reziliența ar implica nu numai o *anumită* rezistență la șoc, ci mai ales ar determina subiectul

432 să metamorfozeze trauma, dându-i sens și depășind-o (Duchet, 2006a). În acest context, un eveniment traumatizant colectiv este inevitabil „mediatizat“, „filtrat“ imediat de grup, familie, cultură și societate, spre deosebire de o agresiune individuală, care are tendința de a izola individul în suferința sa. Diverse relatări redau aceste elanuri de solidaritate și țesătura de legături afective între victime, după o dramă colectivă. În acest sens, s-ar putea considera că însuși faptul de a trăi un eveniment „în colectivitate“ ar favoriza reziliența individuală. În același timp, „trauma colectivă“ pătrunde ilicit într-un grup constituit în prealabil (familie, echipă de profesioniști etc.): atunci, locurile ocupate de fiecare în mod obișnuit pot fi destabilizate, renegociate, cu precădere în funcție de reacțiile imediate și de reorganizări, mai mult sau mai puțin adaptate situației și indivizilor. Relatarea colectivă poate să și împiedice elaborarea individuală (Duchet și Payen, 1999). În același timp, într-o manieră generală, toate studiile care se ocupă de reziliență insistă asupra calității legăturilor, relațiilor de întrajutorare, de susținere (cu precădere extrafamiliale) și a importanței coeziunii grupale după un eveniment potențial traumatizant. Factorii individuali completează în mod evident „tabloul“ persoanei reziliente, aceștia fiind, conform autorilor (Marty, 2001): aptitudinea de a trezi simpatia și de a suscita conduite de protecție din partea anturajului, capacitățile de reverie și de imaginație care contribuie la conferirea unui sens experienței traumatizante, umorul și sublimarea, stima de sine, proiectul de viață susținut de un elan (credință, militantism etc.).

Rezistență versus reziliență

Anumiți autori au lăsat de înțeles că persoanele reziliente sunt persoane netraumatizate de evenimentele și de vicisitudinile pe care le traversează... În domeniul nostru clinic axat pe traumă, noi nu împărtășim această abordare, ea generalizând și creând confuzie asupra noțiunii de reziliență, care se confundă astfel cu rezistența. Din contră, afirmăm că importanța rezilienței rezidă în destinul metamorfozat, transformat, al traumei. Și pentru a ilustra această concepție, să plecăm de la un exemplu clinic.

Primul studiu de caz

Ca și ceilalți locuitori ai capitalei Taiwanului, William a fost victima unui cutremur. Noi îl întâlnim la aproximativ zece zile de la cele mai virulente seisme,

în cadrul unui plan de salvare destinat expatriaților: se realizează o evaluare psihologică și psihiatrică a salariaților francezi, pentru a decide sau nu repatrierea lor. William are 50 de ani, iar strălucita lui evoluție în firma de comerț în care lucrează i-a oferit un loc foarte confortabil pe această insulă, pe care îl ocupă de aproximativ șase luni. În timp ce apartamentul său a suferit numeroase pagube pe care nu poate spera să le remedieze (a fost deja confirmată demolarea înaintea reconstruirii), iar soția sa — încă îngrozită de evenimente — insistă să se întoarcă în Franța — William banalizează cutremurul („se întâmplă mereu aici, dar sunt bine pregătiți, dovada, faptul că trăim!“) și neagă impactul acestei catastrofe asupra lui (neacuzând nicio tulburare de somn, nicio perturbare cognitivă, comportamentală sau psihică)... Înțelegem repede pe parcursul întrevederii pe ce se bazează „echilibrul“ său: înainte de toate trebuie să-și încurajeze soția, s-o convingă să-i rămână alături, apoi copilăria, pe care a trăit-o și pe care o consideră mult prea dificilă și nefericită, i-a construit o „carapace“, de atunci indestructibilă. O întâlnim pe soția sa de mai multe ori, la insistența sa de a fi repatriată, timp în care fragilitatea și rugămintea nu i-au putut fi înțelese de soțul său, neclintit la orice intervenție din partea noastră („o cunosc, îi va trece repede, nu vă neliniștiți“). În cele din urmă, în fața deteriorării progresive a stării soției sale, medicul psihiatru îi va decide repatrierea (care va dura două luni) și îl vom lăsa pe William nemulțumit, dar agățându-se de discursul său „pentru mine totul e bine“. Șase luni mai târziu, William este repatriat la rândul lui, iar noi îl vom întâlni în Franța pentru o examinare posttraumatică. Atunci, el era măcinat de o puternică rușine: aceea de a nu fi ținut piept... El, care a suportat atâtea în copilărie, care „a rezistat la tot și s-a construit singur“, nu poate accepta ceea ce el numește „slăbiciunea“ lui. Psihoterapia acestui om nu a fost simplă, iar traseul său a fost marcat de recăderi: mai ales pentru că nu a putut deloc recunoaște șocul produs de seism, sentimentul de teroare pe care i l-a îndus acesta, teroarea că „lucrurile o vor lua de la capăt“ (trecutul, nenorocirile sale etc.). Această formă de rezistență i-a îndepărtat simptomele traumatice clasice, dar l-a cufundat într-o stare anxios-depresivă, dezorganizându-i funcționarea obișnuită, întărind unele trăsături de personalitate impregnate de rigiditate și de neîncredere și împiedicându-l să revină liniștit la lucru... De altfel, el nu mai ocupă un loc privilegiat în firmă, pe care o acuză de rele tratamente, nerecunoscându-și starea patologică și diminuarea capacităților sale cognitive. La chestionarele de evaluare, el bifează mereu „nicio tulburare“.

Pe acest bărbat îl considerăm „rezistent“: el neagă orice legătură între evenimente și orice implicare personală în schimbările pe care le constată. William cumulează factori de risc, precum o fragilitate anterioară individuală și familială, nu ia în calcul trecutul său subiectiv și emoțional, rămânând

434 într-o formă de disociere care îndepărtează impactul avut de catastrofă asupra lui; acest eveniment s-a petrecut, de asemenea, departe de el și de reperele sale, i-a fragilizat cuplul și poziția profesională. În paralel, nu observăm sau observăm puțini factori de protecție în afară de faptul de a fi cerut ajutor, dar într-un fel magic (vindecați-mă, dar modul meu de funcționare va rămâne intact), astfel devenind dificil lucrul cu metodele mai flexibile precum creativitatea, umorul, proiectarea în viitor etc.

Iată cum reziliența necesită componente individuale și colective care nu pot fi complet create, atunci când un aspect (care ține în acest caz de individual) rezistă oricărei propuneri de reziliență „asistată”.

În timpul anumitor catastrofe aeriene, precum aceea de la Halifax din septembrie 1998 sau aceea de la Sharm El Sheikh din ianuarie 2004, particularitățile datelor de zbor, precum întoarcerea din concediile din luna august sau revenirea după sărbătorile sfârșitului de an, au determinat dispariția unui număr ridicat de familii în accident. În urma unor astfel de pierderi, procesul de doliu ulterior traumei devine extrem de dificil și de dureros, familiile victimelor rămânând cu o uriașă suferință (Vitry, 2007b). Acest proces aparte, legat de circumstanțele dramatice ale morții care a intervenit brutal și a provocat distrugerea cadavrelor, declanșează invadarea realului de către moarte prin efect vicariant.

Al doilea studiu de caz: domnul și doamna H.

În timpul ceremoniilor de comemorare a prăbușirii avionului 111 în golful Halifax, la un an după catastrofă, un cuplu de proaspeți pensionari de naționalitate elvețiană s-a imbarcat pentru Canada, cu dorința de a rămâne acolo. Vizitând rămășițele carlingei avionului, ei au explicat că și-au pierdut în această catastrofă toți copiii și nepoții, care reveneau dintr-o vacanță la New York. Primele luni și le-au petrecut într-o stare de suferință și durere în care „le venea să urle”, cu lungi perioade pe parcursul cărora nu puteau să-și vorbească. Apoi, de comun acord, s-au izolat social, alocându-și un timp de gândire necesar pentru elaborarea unui proiect care se materializa azi. În zilele imediat următoare catastrofei, ei veniseră la Halifax pentru primele ceremonii și îi întâlniseră pe pescarii din satul Peggy's Cove, cei care au plecat din proprie inițiativă pe mare în data de 1 septembrie 1998, la ora 1 dimineața, după ce au auzit prăbușirea avionului. Atunci, locuitorii din Peggy's Cove le-au mărturisit disperarea pe care o simțeau când își vedeau satul stingându-se, iar recent și restaurantul, închizându-se

definitiv. Dl și dna H. au decis să-și vândă casa și bunurile pentru a se muta la Peggy's Cove și a reînvia restaurantul din acel sat, găsind astfel „un sens ultimei etape a vieții lor” în darul făcut acestor locuitori, care s-au confruntat cu realitatea morții aducând pe uscat atât rămășițe umane, cât și rămășițe din carlingă.

Din această vigneta clinică se degajă un factor individual și intern de reziliență specific, acela al aptitudinii de „a-și schimba viața” în funcție de o nouă căutare a sensului, devenită necesară prin consecințele catastrofei trăite. Această capacitate interioară de transformare se va traduce printr-o schimbare radicală a vieții asociată următoarei constatări, la care ajung majoritatea victimelor traumelor psihice: „Viața nu va mai fi niciodată ca înainte”. Acest factor fundamental de reziliență se sprijină pe aptitudinea de a gândi: „ajutorul dat gândirii” (Maqueda, 1997) este, fără îndoială, unul dintre obiectivele fundamentale ale oricărei acțiuni umanitare.

Un alt factor de reziliență remarcabil în acest exemplu îl reprezintă alegerea solidarității, raportarea la celălalt printr-o reciprocitate care ține de „ajutorul dat gândirii”, adică ajutorul mutual în adoptarea unor gesturi bazate pe o gândire care ar putea contribui la reunirea aspectelor fragmentate de experiența șocului traumatizant.

Reziliența acompaniată în cazul unei catastrofe: diferite sisteme practicate în lume

Concepția Franței

Pe parcursul catastrofelor colective, majoritatea țărilor europene au dezvoltat metode de sănătate publică de tipul „abordare psihosocială” (Crocq, 2007; Ponseti-Gaillochon, Duchet și Molenda, 2009). Obiectivul acestor metode este reluarea cât mai rapidă a unei vieți sociale adaptabile. Pentru adulți, se pune problema favorizării rolului social, atunci când reluarea muncii este imposibilă, și a rolului parental, mobilizând forțele sociale și resursele individuale și colective, dintr-o preocupare în primul rând colectivă. Pentru copii, se pune problema reorganizării activităților comune de învățare și comunicare pentru ca viața — inclusiv aspectele sale ludice — să-și poată relua cursul. Cu cât o catastrofă se soldează cu un număr mai mare de morți,

436 de răniți grav, de persoane implicate și de victime primare și secundare, persoane care au pierdut totul, cu atât aceste planuri de ajutor pentru reconstruirea țesăturii sociale sunt fundamentale pentru evitarea dezordinii și dezintegrării structurilor societății. Aceste planuri psihosociale nu sunt destinate persoanelor în individualitatea lor psihică. Or, trauma psihică atinge fiecare ființă umană expusă în ceea ce are ea mai vital, integritatea sa psihică și capacitatea sa de a gândi.

În accepțiunea franceză, ideea de „asistență medicală psihologică” a permis dezvoltarea noțiunii fundamentale de „asistență psihică imediată, postimediată și supraveghere amânat-cronică”, răspunzând unor nevoi psihice de elaborare pornind de la trăirea individuală a șocului traumatic și de la rănille specifice provocate de acesta aparatului psihic (Duchet și Vitry, 1999; Jehel și Lopez, 2006).

În cadrul asistenței imediate, se caută punerea în cuvinte a unei trăiri inexprimabile, favorizând o conținere emoțională, pe parcursul unor ședințe de psihoterapie scurtă sau aprofundată, pentru persoanele ale căror perturbări psihice necesită o intervenție psihoterapeutică (Louville și Duchet, 2006). Pe parcursul asistenței postimediate, în perioada scursă între 2 și 30 de zile (în cazul unei catastrofe colective), psihologul va acompania într-un travaliu de elaborare persoana rănită psihic, ajutându-o să gândească trăirea catastrofică pentru a-i da un sens, a o situa în istorie și a-i restabili o continuitate (Vitry, 1999; 2007a).

Această idee dezvoltată de Crocq a deschis calea, după atentatele din 1995, creării rețelelor de celule medico-psihologice de urgență (CUMP), care intervin prioritar pentru a oferi asistență persoanelor rănite psihic (Crocq, 1998). În cadrul CUMP, primirea haitienilor și a francezilor care se întorceau din Haiti a fost special organizată la aeroportul Orly pentru fiecare avion aterizat, într-un cadru realizat împreună cu Ministerul Afacerilor Externe, Crucea-Roșie și diverse asociații. Principalele problematice clinice observate erau asociate unei trăiri traumatice, pierderii (pierderi materiale, pierderi de statut), numeroaselor dolii, separărilor familiale, sentimentului de culpabilitate, agravării patologiilor anterioare, dificultăților părinților de a-și conține propria angoasă și pe aceea a copiilor lor. Am putut constata că persoanele care au beneficiat de asistență medico-psihologică pe parcursul trecerii lor prin Martinica păreau a începe să-și gândească viața, mediul afectiv, în ciuda unei suferințe și a unei disperări intense.

În cazul unor catastrofe majore, aceste acțiuni de asistență psihică comportând măsuri psihoterapeutice de urgență sunt integrate într-un sistem mai

global de planuri de salvare, în care ocupă un loc fundamental susținerea psihosocială asigurată de personal format în organizații precum Crucea Roșie. O modalitate concretă de clasificare a intervențiilor ține cont de gravitatea răniilor: dacă ne referim la stresul normal, o simplă intervenție psihosocială de reasigurare, de satisfacere a nevoilor elementare pe parcursul situației, este suficientă pentru a preveni riscul unei suferințe ulterioare excesive. Coordinarea susținerii psihosociale cu asistența medico-psihologică va permite o trecere permanentă de la individual la colectiv, sursă de mișcare și de reluare a procesului vital, factor de reziliență fundamental.

O enumerare a modelelor europene stabilite grație cercetării

Majoritatea cercetărilor europene care se ocupă de organizarea abordării victimelor psihice ale catastrofelor — V-Net, Eutopa, Eureste, Tent etc. — recomandă linii directe tinzând să unifice „bunele practici” bazate în principal pe susținerea psihosocială. În cadrul proiectului „Raport european asupra dezvoltării” (RED), un atelier de discuții a înlesnit punctarea diferitelor accepțiuni ale stresului și traumei. În cadrul programului de acțiune comunitară a Sănătății Publice, proiectul *Improve the Preparedness to give Psychological Help in case of Event of Crisis* (IPPHEC) a prins formă în septembrie 2007 și s-a finalizat în decembrie 2009, cofinanțat de Comisia Europeană și mai ales de Direcția Generală pentru Sănătate și Protecția Consumatorului (DG Sanco). Acest proiect european — la care au participat parteneri specializați în problematica traumei veniți din Italia, Franța, Marea Britanie, Olanda, Norvegia, Spania, Bulgaria și Portugalia — avea drept obiectiv perfecționarea pregătirii întregului personal implicat în susținerea psihologică a victimelor pe parcursul unei situații de criză majoră. El urmărea deci conștientizarea importanței oferirii unei susțineri psihologice imediate, odată cu sosirea la spital a victimelor catastrofei colective. Unul dintre obiectivele IPPHEC era acela de a culege date și de a genera cunoștințe referitoare la asistența psihologică de urgență pe parcursul unor catastrofe sau accidente colective, cu precădere în sânul serviciilor spitalicești de urgență. Un prim demers în cadrul cercetării l-a constituit conceperea și administrarea unui chestionar personalului răspunzător de asistența psihică (psihiatru, psihologi și infirmieri) din serviciile spitalicești de urgență dintr-un anumit număr de spitale selectate după o hartă a catastrofelor, sub îndrumarea experților de la Universitatea „La Sapienza”

438 din Roma. Printre evenimentele majore care au fost reținute cităm accidentul AZF din Toulouse din data de 21 septembrie 2001, atentatele de la Madrid din martie 2004, ca și atentatele de la metroul londonez. Un al doilea proiect a constat în culegerea datelor existente în diverse țări europene, dar și în literatura mondială, pentru a confrunta diferitele puncte de vedere referitoare la psihotraumă, ca și diferitele tipuri de organizare a primului ajutor acordat pe parcursul catastrofelor majore, pentru a descoperi cele mai bune practici. Odată cu finalizarea cercetării au fost publicate două culegeri, una de recomandări generale și una de recomandări referitoare la formare.

În principal, se observă că teoriile fundamentale și practicile diferă de la o țară europeană la alta. Majoritatea țărilor europene se realizează la concepția anglo-saxonă asupra traumei, și anume o agravare a reacției de stres care, de regulă, trebuie să se resoarbă în mod natural, de unde o viziune asupra asistenței psihologice imediate, bazată pe așteptarea apariției unor simptome consecutive traumei și pe evaluarea lor. Tehnicile de asistență imediată pun astfel accentul pe planurile psihosociale destinate restabilirii unei vieți colective, iar în cazul TSPT, asistența psihologică posttraumatică și cea ulterioară sunt bazate pe abordări cognitive și comportamentale. Asistența medico-psihologică imediată este adesea contestată, preferându-se o poziție neintervenționistă, de observare și așteptare.

În Franța și în mare parte din Italia, teoria tratării traumei, bazată pe o conceptualizare teoretică a funcționării psihice ca generatoare de sens, adică de semnificație și direcție, a condus la elaborarea unei asistențe psihologice specifice, „medicosociale”, practicate chiar la locul catastrofei imediat după producerea șocului, urmărind prevenirea dezvoltării sindromului posttraumatic, astfel încât individul confruntat cu un eveniment traumatizant se va simți însoțit în căutarea sensului și în restabilirea capacității de a gândi și de a vorbi.

Programul original al Națiunilor Unite

În cadrul colochiului „Susținerea medicopsihologică în crizele majore”, care s-a derulat la Paris între 10 și 11 decembrie 2009 sub înaltul patronaj al Ministerului Sănătății, s-au reunit mai mulți experți internaționali ai traumei psihice pentru a-și împărtăși experiențele. Această întâlnire a devenit necesară datorită dezvoltării și mondializării catastrofelor. Experții, veniți din întreaga lume, și-au prezentat concepțiile, modelele de intervenție și tehnicile pentru a le dezbate și ale îmbogăți, obiectivul fiind acela de a implementa,

printr-o colaborare internațională, cele mai bune proceduri de intervenție și acompaniament în cazul populațiilor victime.

Profesorul Moussa Ba, coordonator al *Critical Incident Stress Management Unit*¹ (CISMU) din cadrul Departamentului de Sănătate și Securitate al Națiunilor Unite, ne-a prezentat modelul său. Creat în anul 2000, ca urmare a unei hotărâri adoptate de Ansamblul General al Națiunilor Unite, Grupul de gestionare a stresului traumatic a primit mandatul de a concepe, organiza și coordona un sistem integrat de control al incidentelor critice pentru totalitatea programelor și agențiilor Națiunilor Unite în lume, inclusiv în țările aflate în război.

Principiul fondator este acela de a putea răspunde într-o manieră unificată, prin acțiuni coordonate, pornind de la rolul profesionistului în sănătate mentală pe lângă factorii de decizie în mediul de instabilitate actuală. Este vorba de instalarea unui sistem operațional de teren, în zona de intervenție, în parteneriat cu resursele locale, inclusiv în domeniul coordonării. Întregul sistem cuprinde trei niveluri strategice: acela al pre-crisei (corespunzător intervenției primare), acela al crizei (corespunzând prevenției secundare) și acela al post-crisei (corespunzător prevenției terțiare).

Travaliul de pre-criză este centrat în principal, pe de o parte, asupra programelor de formare în domeniul stresului și traumei și, pe de alta, asupra acțiunilor de organizare și asociere a resurselor rapid mobilizabile în caz de catastrofe, accidente sau război.

Travaliul de criză este bazat în principal, pe de o parte, pe susținerea psihosocială, adică pe reabilitarea grupurilor și comunităților vulnerabile și pe restaurarea instituțiilor și serviciilor publice și, pe de altă parte, pe accețiunea Franței în ceea ce privește trăirea traumatică și asistența medico-psihologică propusă persoanelor afectate psihic, în scopul de a ajuta fiecare victimă să găsească un sens rănii sale.

Travaliul post-criză se bazează pe evaluarea TSPT, pe supravegherea medico-psihologică a celor mai afectate persoane, pe evaluarea sistemului de asistență cu ocazia reexperimentării.

Prin conceperea și modul său de aplicare, acest model reprezintă un sistem care favorizează reziliența acompaniată atât la nivel colectiv, cât și individual.

¹ *Centrul de Tratare a Stresului Cauzat de Incidente Critice. (N.t.)*

Concluzie

Reziliența se înscrie într-un proces psihic individual de restructurare a personalității, care va permite unui subiect să-și revină după confruntarea cu o realitate care l-a copleșit. Această capacitate de reconstrucție de sine, de restaurare a funcției de creare de legături, de căutare a sensului, se bazează pe reluarea gândirii și a exprimării verbale, reluare facilitată de procesele colective. Am văzut, prin intermediul exemplelor individuale și colective, că apanajul situațiilor critice este acela de a amenința sau de a distruge activitatea generatoare de legături: că aceasta din urmă se manifestă la nivel intrasubiectiv sub forma amenințării ruperii legăturilor psihice sau la nivel intersubiectiv, sub forma amenințării ruperii legăturilor familiale și sociale. Astfel, capacitatea de reziliență depinde, de asemenea, de refacerea legăturilor în colectivitate și de restructurarea cadrului social periclitat de efectele violente ale situației traumatogene.

Diferiții intervenienți, profesioniști sau voluntari, a căror funcție este aceea de a acorda celorlalți asistență psihologică, sunt obligați să-și gândească împreună intervențiile de susținere psihologică, într-un spirit de reciprocitate și de complementaritate: într-adevăr, și ei sunt confrunțați fie direct, la locul unde se oferă ajutorul umanitar, fie indirect, prin intermediul poveștilor victimelor, cu riscul de a suferi și chiar de a avea o traumă vicariantă. Însăși condiția ajutorului pe care îl pot acorda se bazează pe capacitatea lor de a conceptualiza acompaniamentul individual și colectiv, ca și organizarea metodelor ca pe veritabili vectori de reziliență. Funcția elaborării și a cuvântului trebuie să fie mereu prezentă în raportul cu sine și în raportul cu celălalt, pentru a încuraja un acompaniament „elaborativ” al indivizilor și colectivităților și, de asemenea, pentru a înlesni procesul de reziliență. După spusele lui Roisin (2005, p. 242), „[...] așa cum nu ființăm, ca oameni, decât pentru că vorbim, nu vorbim decât dacă aparținem unei comunități de oameni încărcăți de umanitate, care suportă abisul neantului și ne invită la viață”.

Bibliografie

- Anaut M. (2003), *La résilience, surmonter les traumatismes*, Paris, Nathan.
- Baccino E. și Bessoles P. (coord.) (2003), *Victime-agresseur. Traumatisme et résilience; lien psychique – lien social*, Nîmes, Champ social.
- Beckman J.C., Moore S.D., Feldman M.E., Hertzberg M.A., Kirby A.C. și Fairbank J.A. (1998), Health status, somatization and severity of posttraumatic stress disorder in