

Babette Rothschild

CORPUL ÎȘI AMINTEȘTE



Revoluționarea tratamentului traumei

Traducere din limba engleză de:
IULIA SURUGIU-BEȘLEAGĂ

EDITURA  HERALD
București

CUPRINS

INTRODUCERE	9
Avertisment	11
Definiții de bază	13
Un punct de vedere controversat	14
Câteva cuvinte despre control	16
Despre această carte	17
Partea I, Teorie și principii	18
Partea a II-a, Practică: Aplicarea teoriei și a principiilor	19
Avertisment cu privire la aplicarea tehnicilor și strategiilor	20

CORPUL ÎȘI AMINTEȘTE

REVOLUȚIONAREA TRATAMENTULUI TRAUMEI

PREFAȚĂ	23
Distorsionarea cercetării și baza de dovezi	23
Cum rămâne cu baza de dovezi?	25
Cine sunt participanții la studiile care vizează terapia traumei?	27
Ideea de bază	27

Partea întâi

Teorie și principii

REVOLUȚIONAREA TRATAMENTULUI TRAUMEI	30
Recuperarea în urma traumei vs soluționarea amintirilor traumatice	30

Implementarea tratamentului etapizat al lui Janet	35
A lucra în context vs. a lucra cu trauma	41
Trecut vs. prezent și viitor	49
Înțelegerea traumei	50
REGLAREA CU PRECIZIE A SNA	55
La ce să ne uităm	55
Sistemul nervos autonom	59
Teoria sextuplă a SNA	64
Înțelegerea monitorizării SNA în practică	82
Rezumat	85
SIGURANȚA ARE NEVOIE DE TOATE SIMȚURILE	87
Stabilizarea senzorială	87
Structura și funcționarea sistemului nervos senzorial	89
Asigurarea echilibrului sistemului nervos senzorial	91
Stabilizare de la prima ședință: Greg	96
Așa cum am promis	106
Concluzii	108
REVITALIZAREA UNEI ARTE PIERDUTE	110
Planificarea tratamentului traumei	110
O perspectivă asupra istoricului	112
Valoarea întocmirii istoricului	114
Ce gătim noi astăzi?	119
De ce acum?	124
Spaghetti vs. salată	133
Respectarea contractului: Una	137
 Partea a doua:	
Practica:	
Aplicarea teoriei și a principiilor	
RESURSELE SIMPLE CONTROLEAZĂ ȘI CHIAR	
VINDECĂ TRAUMA	147
Magazinul magic al lui Wil Baumker	149
Resursele naturale	151
Înotând cu delfinii	155
Resursele de zi cu zi: Maryellen	157

POTENȚAREA AMINTIRILOR POZITIVE	173
Remedii puternice contra amintirilor traumatice	173
Amintiri traumatice vs. amintiri nontraumatice	174
Markerii somatici antidot	177
Revenirea din amorțire pentru a simți din nou: Eric	180
Epilog: Viața după traumă	189
RITMUL, ÎMPĂRȚIREA ȘI ORGANIZAREA	191
Importanța pașilor mici și a experimentării	192
Schita: Facilitarea tranziției de la faza 1 la faza a 2-a	194
Primii pași ai fazei a 2-a: Dylan	196
ADAPTAREA TEHNICILOR DE MINDFULNESS, MBSR ȘI YOGA PENTRU CEI CU TSPT	211
Experimentarea reducerii stresului bazate pe mindfulness (MBSR)	214
Prevenirea potențialelor efecte neplăcute ale practicilor mindfulness	218
Autoîngrijirea conștientă pentru profesioniști	226
ANEXĂ	231
Atenție, terapeuți ai traumei	
Evitarea pericolelor comune	231
Limbajul contează	232
Presupuneri și sincronizare	235
MULȚUMIRI	240
BIBLIOGRAFIE	241
INDEX	248

INTRODUCERE

Această carte, *Corpul își amintește*, volumul 2: *Revoluționarea tratamentul traumei*, continuă discuția începută în primul volum, *Corpul își amintește: Psihofiziologia și tratamentul traumei* (Rothschild, 2020, ed. Herald). Imediat ce acea carte a fost dată spre tipărire, am știut că doream să contribui mai mult la domeniul stresului traumatic, continuând să îmbunătățesc și să extind opțiunile de tratament pentru cei afectați de traumă. Cele patru lucrări pe care le-am publicat de atunci au extins discuția, dar mereu am dorit să revin pentru a dezvolta bazele primei cărți. În acest al doilea volum voi face exact acest lucru. *Nu* înseamnă că el reprezintă o revizuire la *Corpul își amintește*, ci este o carte separată, în continuarea primeia. (O puteți folosi fără să fi citit primul volum.)

În anii ce au urmat publicării primei mele cărți, am continuat să lucrez ca psihoterapeut, psihoterapeut corporal și terapeut al traumei, în timp ce practicam, predam, țineam conferințe, supervizam și acordam consultații în toată lumea. La programele mele profesionale au participat zeci de mii de oameni din toate profesiile care acordă ajutor, reprezentând orice nivel educațional, specializare teoretică și metodă disponibilă de terapie a traumei. Primesc feedback în mod constant (și vânzările cărților confirmă acest lucru) că teoria, principiile și instrumentele oferite în primul volum continuă să fie relevante și accesibile specialiștilor (și cititorilor *autodidacți*) de orice fel.

Prin intermediul muncii mele cu clienții, precum și prin atenția acordată întrebărilor, eșecurilor, grijilor, provocărilor și succeselor celor care au participat la programele mele, cred că am dobândit o percepție profundă asupra enigmei care se află la baza

tulburării de stres posttraumatic (TSPT), precum și o înțelegere mai mare a modului în care pot ușura suferința multora dintre cei atinși de ea, în special a celor afectați de fisurile din sistemele de sănătate mintală. Primesc în mod regulat e-mailuri și telefoane de la persoane (sau membri de familie care le reprezintă) care suferă din cauza instituțiilor care acordă îngrijire și a specialiștilor constrânși în mod rigid de acestea, de practica bazată pe dovezi, de normele organizațiilor și ale serviciilor de sănătate și alte asemenea. Primesc, de asemenea, în mod regulat, solicitări din partea specialiștilor frustrați și îngrijorați atunci când sunt nevoiți să aplice metode și să limiteze ședințele în moduri nepotrivite pentru unul sau mai mulți clienți. Aceste greșeli ale sistemului devin din ce în ce mai îngrijorătoare pentru mine și m-au motivat mult să scriu acest volum.

Este posibil ca această carte să se dovedească a fi controversată. Vreau să extind opțiunile disponibile clienților cu traumă.¹ Pentru a face acest lucru, îi voi provoca pe terapeuți să se gândească la motivul pentru care fac ceea ce fac, la deciziile pe care le iau – cu fiecare intervenție – și să ia în considerare alternativele potrivite pentru *fiecare* persoană cu care lucrează. În plus, mereu am fost de părere că, pentru îmbogățirea și dezvoltarea oricărui domeniu de studiu, sunt necesare puncte de vedere diferite, inclusiv în sfera stresului traumatic. Acolo unde există doar acord, există stagnare. Așadar, sper că vă veți simți mai degrabă provocați, și nu descu-rajați de subiectele și ideile din această carte cu care nu sunteți de acord și că veți fi deschiși spre puncte de vedere diferite. Vă rog să le considerați oportunități pentru a vă rafina propriul punct de vedere și a vă dezvolta propria direcție. Sper, de asemenea, că veți găsi destule elemente valoroase și folositoare, care să contribuie la înțelegerea și la dezvoltarea abilităților dumneavoastră. Sincer, ar trebui să existe puțin din fiecare pentru ca această carte să aducă o contribuție semnificativă la dezvoltarea dumneavoastră profesională și a altor cititori, așa cum îmi doresc.

¹ Folosesc terminologia prescurtată, precum client cu traumă și terapeut al traumei, în locul termenilor care ar fi mai adecvați pentru unii, precum clienți care au suferit traume psihice și terapeuți care lucrează cu clienți care au suferit traume psihice. Sunt încrezătoare că, în acest fel, lectura acestei cărți va curge mai ușor. (N. a.)

Speranța mea este ca acest volum să fie adăugat pe lista lecturilor obligatorii a cursurilor universitare și a programelor de instruire ale diverselor discipline ale teoriei și tratamentului traumei, încurajându-i pe studenți să ia în considerare puncte de vedere diferite (și opuse) și să înceapă să-și formuleze propriile opinii. Astfel de gânditori atenți vor fi mult mai bine pregătiți să adapteze tratamentul traumei pentru clienții lor, având în vedere particularitățile lor individuale, în loc să adopte un fundament teoretic și o metodologie pe care să o aplice tuturor în mod uniform.

Ca în cazul tuturor cărților mele, îmi dau silința ca fiecare capitol să fie accesibil și relevant tuturor specialiștilor care lucrează cu orice comunitate (indiferent de sex, vârstă, cultură și așa mai departe), indiferent de metoda sau modelul folosit.

AVERTISMENT

Există un avertisment similar în fiecare dintre cărțile mele, pe care îl enunț la începutul fiecărui curs sau training pe care îl prezint. Așa obișnuiesc de mai bine de două decenii. Am început să includ acest avertisment în semn de protest față de mulți dintre profesorii și colegii care cred că transmit *adevărul*.

Odată ce am realizat că adevărul în sine nu există – cel puțin nu în psihoterapie –, am decis să mă asigur că aceia cărora le predau știu că eu *nu* vând adevărul. Avertismentul sună în felul următor.

Fiecare informație și fiecare metodă de tratament discutate în această carte se bazează pe teorie și speculație. Acest lucru nu se întâmplă pentru că ar fi ceva în neregulă cu aceste conținuturi, ci pentru că dispunem doar de teorie și speculație. Nu există *nimic* în psihologie sau în domeniul studiilor și tratamentului stresului traumatic care să nu poată fi combătut. Nu știm nimic sigur. De fapt, acest lucru se aplică într-o mare măsură și în cazul medicinei și al științei. Ceea ce este sigur în cazul cunoașterii este că se schimbă continuu – în acest mod evoluează. Aceasta înseamnă că fiecare carte, program de instruire, metodă, intervenție și alte asemenea din sfera psihologiei și a terapiei traumei se bazează pe teorie și speculație, indiferent cât de încrezător pare autorul, profesorul sau creatorul. Din nou, nu este nimic în neregulă; este doar felul în care se dezvoltă cunoașterea.

În aceeași manieră, Antonio Damasio (1994), un neurocercetător foarte respectat, ne amintește că știința se bazează pe aproximații pe care le folosim până când apar altele mai bune. În niciun caz nu este vorba despre un eșec al științei sau al domeniului stresului traumatic. Este un proces normal de cunoaștere și dezvoltare profesională. Devine o problemă atunci când aproximațiile sunt luate drept certitudini. Mai multe despre acest lucru găsiți mai jos.

Este esențial să înțelegem că în psihologie și psihoterapie nu există fapte și lucruri sigure pentru a putea înțelege anumite dificultăți cu care ne confruntăm în ceea ce privește ajutorul acordat clienților cu traume psihice. Una dintre acestea este greșeala de a încerca aplicarea unei *baze de dovezi* pentru toate situațiile. Voi dezbate mai în detaliu acest lucru în prefața care urmează, dar acum, în tonul acestui avertisment, vă voi spune că *nu* există medicație sau tratament pentru TSPT care să ajute mai mult de 50% dintre clienți. Aceasta nu este o problemă în sine, întrucât se regăsește în general în domeniul medicinei – tratamentele și medicațiile funcționează pentru un anumit procent de pacienți. (Din acest motiv, așa cum poate ați observat, există o listă lungă de avertismente și retrageri ale răspunderii care însoțește promovarea medicamentelor și a procedurilor medicale la televizor, radio sau în presa scrisă.) Totuși, devine o problemă atunci când tratamentele introduse în practica bazată de dovezi sunt înțelese greșit sau promovate ca fiind benefice pentru toți. Este important de observat că fiecare profesor și autor care menționează sau citează studii în sprijinul propriului punct de vedere *nu* citează sau menționează studii *contrare*. Și, în cea mai mare parte, trebuie să mă includ și pe mine aici. Nimeni dintre cei care încearcă să vă atragă de partea lor nu vă va spune (de obicei) ce părere au cei care sunt împotriva. Când citiți o carte sau ascultați o prelegere, amintiți-vă că scriitorul sau vorbitorul exprimă *opinii* și că opiniile *nu sunt* fapte. Sarcina cititorului sau a studentului este de a-și formula *propria* opinie, individuală – indiferent dacă este sau nu de acord cu profesorul sau autorul. Cine poate spune care este cea corectă?

Îmi avertizez publicul în mod obișnuit că nu voi lăsa niciodată ca o discuție să divagheze către cine are dreptate și cine greșeste, întrucât nu cred că există aceste noțiuni. Și mereu închei prin a le spune, așa cum vă voi spune și vouă acum: mă mândresc că

sunt plătită pentru opiniile mele, *nu* pentru că am dreptate. Asta înseamnă că, atunci când un coleg, un student sau un client nu este de acord cu mine, întotdeauna mă gândesc că punctul lui de vedere ar putea fi cel corect, deși cred în al meu și îl susțin cu tărie.

DEFINIȚII DE BAZĂ

Pe parcursul acestei cărți voi utiliza definiția standard a *tulburării de stres posttraumatic* (TSPT), așa cum apare în cea de-a cincea ediție a *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*¹ (DSM-5 – Asociația Americană de Psihiatrie, 2013). Și anume că, TSPT poate rezulta din „expunerea la moarte sau amenințarea cu moartea, vătămare gravă sau violență sexuală” (p. 271) fie direct, fie ca martor, prin aflarea despre decesul sau violența la care este supus cineva apropiat sau expunerea repetată la detalii vorbite sau vizuale despre deces sau violență (de exemplu, polițiști, avocați, juriști, medici, terapeuți, consilieri și așa mai departe). O a doua categorie de diagnostic din DSM-5, *tulburarea acută de stres* (TAS), este similară cu TSPT, dar durează o lună sau mai puțin. Dacă simptomele nu dispar în această perioadă, diagnosticul devine TSPT. Este important de observat că atât TSPT, cât și TAS sunt *dependente de eveniment*, ceea ce înseamnă că, în lipsa unui eveniment traumatic, diagnosticul nu poate fi TSPT sau TAS. Acest punct este vital pentru un tratament sigur al traumei: nu contează cât de suspect este faptul că un incident traumatic poate avea loc, dacă acesta nu poate fi *identificat* – reamintit, văzut sau înregistrat într-un fel –, tratamentul trebuie să se concentreze asupra problemelor și simptomelor din prezent, și *nu* pe încercarea de a pune cap la cap un trecut care poate nici nu a existat. În caz contrar, riscul de a crea sau întări *memoria falsă* (Courtois, 1999) este pur și simplu prea mare.

Se remarcă, de asemenea, în DSM-5 că persoanele care sunt diagnosticate cu TSPT sunt cu 80% mai predispuse la simptomele uneia sau mai multor tulburări psihice suplimentare decât cei fără diagnostic. Bineînțeles că acest lucru sporește provocarea tratamentului traumei.

¹ Manualul de Diagnostic și Statistică a Tulburărilor Mentale. (N. tr.)

CORPUL ÎȘI AMINTEȘTE



REVOLUȚIONAREA
TRATAMENTULUI
TRAUMEI

PREFAȚĂ

Distorsionarea cercetării și baza de dovezi

Această prefață coincide cu convingerea mea referitoare la opinii, așa cum am exprimat-o în secțiunea de avertisment din Introducere. Chiar și cel mai bun sfat medical se bazează pe opinie mai degrabă decât pe fapte. Dar credința oamenilor în *autoritate* este, de regulă, dificil de combătut. În general, oamenii vor să creadă că medicul, terapeutul, cercetătorul și așa mai departe *știu*. Aud adesea de la membrii familiei sau de la prieteni, atunci când se confruntă cu o provocare medicală dificilă: „Voi face ceea ce îmi spune doctorul. El știe cel mai bine”. Problema este că oricare doctor are la dispoziție tot opinia lui. Niciunul dintre ei nu *știe*. Unul dintre cele mai bune exemple pe care le am provine din propria mea experiență. Acum câțiva ani, în timp ce sufeream de sindromul intestinului iritabil (SII) și eram într-o criză care nu înceta, avusesem întâmplător programări la trei medici de specializări diferite: un gastroenterolog, un cardiolog și medicul meu internist. Am profitat de aceste programări, care vizau alte probleme, pentru a obține și un punct de vedere asupra SII. Medicul meu internist m-a sfătuit să mănânc „doar orez și pui vreme de o săptămână”. Cardiologul mi-a spus: „Consumă doar lichide timp de câteva zile pentru a-ți odihni sistemul digestiv”. Ultimul, gastroenterologul, m-a îndrumat: „Mănâncă orice vrei și ia Imodium la nevoie”. Așadar, vă întreb, cine cunoștea adevărul? Care recomandare de tratament era cea corectă și bazată pe fapte? Răspunsul în această situație este clar: niciunul dintre ei nu știa *cu adevărat* ce putea ajuta. Ei exprimau opinii, nu fapte. Drept rezultat, am continuat

să învăț să acord o atenție deosebită reacțiilor propriului meu corp, care să mă îndrume spre vindecarea SII.

Acest lucru aduce în discuție subiectul bazei de dovezi. Deși deseori considerată bastionul adevărului, aceasta este, de asemenea, compusă din opinii. *Nu* există fapte în baza de dovezi.

Unii dintre dumneavoastră se pot simți ușurați citind poziția anterioară și confirmând ceea ce bănuiau deja. Alții se pot simți confuzați sau dezamăgiți să afle că ceea ce credeau a fi o lumină călăuzitoare sigură poate să nu fie atât de sigură sau mereu strălucitoare. Și o parte dintre dumneavoastră ar putea să nu fie de acord cu mine. Indiferent de poziția dumneavoastră, vestea bună este că există relevanță în cercetare, dacă știți cum să o interpretați și cum să aplicați această interpretare.

În primul rând, v-aș recomanda să citiți cartea *How to Lie With Statistics*, scrisă de Darrell Huff. Disponibilă încă în librării, cartea a fost publicată pentru prima dată în 1954 și continuă să fie un volum bine vândut, foarte accesibil și valoros. A fost prima carte care mi-a fost cerută pentru cursul de psihologie pentru începători la universitate. Cu ironie, Huff dezvăluie modul în care statisticile de orice fel pot fi manipulate pentru a sprijini oricare punct de vedere promovat. Persoanele care lucrează în marketing, producătorii de medicamente și da, chiar și susținătorii diferitelor modele de tratament al traumei, cu toții dau o formă specifică rezultatelor exprimate pentru a promova ceea ce vând. Înțelegerea acestui fapt nu presupune că trebuie să desconsiderați toate cercetările, dar vă va face un cititor mai informat. Iată un exemplu.

Recent, un prieten discuta despre un tratament nou pentru cancer pe care o rudă de-ale sale îl avea în vedere. A citit în broșura producătorului cum că era demonstrat faptul că acel medicament *reduce și elimină* tumorile la 50% dintre pacienți. Acest lucru mi-a atras atenția și l-am rugat să se uite dacă există vreun procent specific citat al numărului de pacienți ale căror tumori au fost eradicate. Raționamentul meu inspirat de Huff a fost că, dacă numărul pacienților ale căror tumori au fost complet eradicate ar fi fost mare, nu l-ar fi amestecat cu cel al pacienților cărora le-a redus dimensiunea tumorii. Bineînțeles, citind mai departe, a aflat că la 41% dintre pacienți s-a diminuat dimensiunea tumorii și în doar 9% din cazuri aceasta a dispărut. Să nu înțelegeți greșit:

aceasta nu era o înșelătorie – din moment ce procentele corecte erau prezentate –, doar că erau poziționate astfel încât să nu fie evidente la prima citire. Aceasta este una dintre modalitățile prin care rezultatele cercetării pot fi manevrate pentru a susține un anumit punct de vedere. În acest caz, era vorba despre sugerarea unui rezultat mai bun decât cel dovedit.

Un alt exemplu l-am preluat de la terapeuții care au participat la prelegerile și cursurile mele de formare. Pe parcursul prelegerii sau discuției despre studiile asupra creierului, se întâmplă adesea ca cineva să citeze din cercetările care susțin că „trauma micșorează hipocampusul”. Acest lucru este întotdeauna declarat ca un fapt. Apoi întreb: Cum puteți fi sigur că este o certitudine? Poate că este adevărat în cazul șoarecilor pe care îi studiază, dar se întâmplă același lucru la om? Pentru a ști acest lucru ar fi nevoie de un număr mare de persoane cărora să li se scaneze creierul înainte de a se confrunta cu o traumă, iar după apariția traumei, acesta să fie scanat din nou. Gândiți-vă la cheltuielile și complexitatea pe care le presupune efectuarea unui astfel de studiu de cercetare: printre altele, subiecții trebuie să-și dea acordul cu privire la scanări și apoi să fie urmăriți pe parcursul vieții în căutarea unor evenimente traumatice. Mă îndoiesc că ar vrea să participe prea mulți.

CUM RĂMÂNE CU BAZA DE DOVEZI?

Adevărul este că nu sunt o fană a dependenței exclusive de ceea ce numim practică *bazată pe dovezi*. Există mai multe motive, inclusiv cele discutate mai sus. Originea conceptului de bază a dovezilor a inclus fapte anecdotice. Adică, experiența și observația individuală au constituit o parte a acestor dovezi. Dar cumva acest lucru a fost eliminat din conceptul actual, ceea ce înseamnă că experiența terapeutului și cea a clientului nu contează oficial. Se poate argumenta că faptele anecdotice sunt distorsionate de subiectivitate. Cu toate acestea, este important de reținut că întreaga bază de dovezi este distorsionată. Aceasta, în tratamentul traumei, în psihoterapie și în psihofarmacologie, este dependentă exclusiv de rezultatul cercetărilor. În timp ce toate studiile sunt în mod inerent afectate de distorsiuni (Ioannidis, 2005), rezultatele studiilor sunt de departe cele mai părtinitoare.

PARTEA I

TEORIE
ŞI PRINCIPII

01 REVOLUȚIONAREA TRATAMENTULUI TRAUMEI

*Dacă vrei să faci lumea mai bună, începe prin
a-i face pe oameni să se simtă în siguranță.*

– Stephen Porges

RECUPERAREA ÎN URMA TRAUMEI VS SOLUȚIONAREA AMINTIRILOR TRAUMATICE

Nu cu mult timp în urmă am primit o scrisoare de la mama unei tinere, Lisa, care suferise o traumă timpurie. Situația care a provocat trauma se încheiase de ceva timp, dar fata continua să sufere foarte mult. Mama o dusesse la mai mulți terapeuți, fiecare specializat într-o altă metodă bazată pe dovezi. Fiecare dintre terapeuții aleși era bine instruit și avea experiență îndelungată. Dar, după câteva ședințe de încercare, fiecare a trimis-o pe Lisa în altă parte, cu aceeași concluzie: „Nu pot face «munca reală» cu ea, pentru că disociază prea mult”. Ceea ce terapeuții numeau „muncă reală” era revizitarea amintirilor traumatice. Au simțit că se lovesc de un zid de piatră, deoarece, atunci când încercau să faciliteze procesarea amintirii, Lisa se retrăgea în mod constant.

Să fiu sinceră, citirea acestei scrisori m-a înfuriat. Ce se întâmplă, am gândit, cu profesia mea? Cum este posibil să fi devenit atât de fixați pe *amintirile* traumei, încât să nu acordăm atenție deplină nevoilor *persoanei* traumatizate? În opinia mea, munca reală pentru Lisa ar fi însemnat să o ajute cu disocierea, *nu* cu amintirile ei și să îi permită să preia controlul asupra simptomelor ei (printre care și disocierea), precum și asupra minții și a vieții sale. Mi-aș dori ca acesta să fi fost un incident izolat. Din păcate, nu este. Mă bucur

că mama Lisei mi-a scris. Mi-a amintit că prea mulți profesioniști din domeniul tratării traumei nu sunt expuși suficient metodelor de lucru și intervențiilor pentru copiii și adulții traumatizați pentru care „munca reală” nu funcționează. Și mi-a reaprins pasiunea pentru revoluționarea și redefinirea tratamentului real al traumei, ajutând la echiparea tuturor terapeuților specializați în tratarea traumei – indiferent de metodele pe care le preferă și le utilizează – cu instrumentele necesare pentru a ajuta și persoane ca Lisa.

Obiective în terapia traumei

De când am început să studiez pentru a deveni un profesionist care să-i ajute pe oameni, am avut mereu doar două obiective pentru cariera mea de psihoterapeut, psihoterapeut corporal și terapeut al traumei:

1. *Să devin indispensabilă.* Adică să-mi fac bine treaba, inclusiv să-i învăț pe clienții mei metodele de care au nevoie pentru îngrijirea de sine, astfel încât aceștia să nu mai aibă nevoie de mine.
2. *Să îmbunătățesc calitatea vieții clienților mei.* Acest obiectiv anulează încrederea în oricare tehnică sau teorie, deoarece clientul este cel care va ști dacă este îndeplinit obiectivul.

În acest sens, am început de timpuriu să pun la îndoială lucrurile care trebuiau făcute doar într-un singur mod și să nu accept orbește ceea ce îmi spuneau profesorii mei că este adevărat. Din păcate, am observat din ce în ce mai mult că, dacă urmăresc o instrucțiune a unui profesor sau a unui supervisor, câteodată îmi compromiteam unul sau ambele obiective (de exemplu, creșterea dependenței clientului față de terapeut într-o manieră care slăbea sau diminuă calitatea vieții persoanei respective). Tendința mea de a pune sub semnul întrebării asemenea autorități profesionale continuă și în ziua de azi. Acest capitol are rolul de a contesta ipoteza conform căreia clienții trebuie să proceseze amintirile experiențelor lor traumatice. Vă rog să nu înțelegeți greșit; îmi dau seama că un număr mare de persoane beneficiază și va beneficia de tehnica procesării amintirilor. Din păcate, am văzut (și am auzit de) prea multe rezultate dezastruoase. Ce lipsește?