

**Maria Nicoleta Turliuc  
Cornelia Măirean**

# **PSIHOLOGIA TRAUMEI**

Ediția a II-a revăzută și adăugită

POLIROM  
2025

# Cuprins

<i>Prefață la ediția a II-a</i> .....	9
---------------------------------------	---

## Partea I

### NOȚIUNI INTRODUCTIVE

Capitolul 1. Stresul și trauma psihică.....	15
1.1. Stresul și adaptarea la stres .....	15
1.2. Trauma psihică și evenimentul traumatic .....	22
1.3. Unele concepte asociate: pierdere, suferință, doliu .....	26
1.4. Traume minore <i>versus</i> traume majore .....	29
1.5. Tipuri majore de traumă .....	31
1.6. Stresul traumatic primar <i>versus</i> stresul traumatic secundar .....	40
1.7. Consecințe ale stresului traumatic .....	41
Capitolul 2. Evoluția ideilor cu privire la trauma psihică .....	45
2.1. Scurtă istorie a psihotraumatologiei .....	45
2.2. Teorii și modele generale ale traumei psihice .....	48

## Partea a II-a

### TRAUMATIZAREA PSIHICĂ. ABORDĂRI CATEGORIALE ȘI DIMENSIONALE ALE TULBURĂRILOR STRESULUI ȘI TRAUMEI

Capitolul 3. Caracterul procesual al traumatizării psihice .....	77
3.1. Experiența pretraumatică .....	77
3.2. Evenimentul potențial traumatic și situația traumatică .....	78
3.3. Experiența peritraumatică .....	79
3.4. Reacția posttraumatică .....	81
3.5. Procesul traumatic .....	87
Capitolul 4. Abordarea categorială și dimensională a psihotraumatologiei generale.....	92
4.1. Abordarea categorială .....	93
4.2. Clasificările categoriale <i>versus</i> dimensionale .....	121
4.3. Abordări dimensionale transdiagnostice validate științific .....	122

Partea a III-a

EXPUNEREA DIRECTĂ LA EVENIMENTE POTENȚIAL TRAUMATICE

Capitolul 5. Factorii care influențează răspunsul la traume .....	127
5.1. Expunerea directă la traume și stresul posttraumatic .....	128
5.2. Factorii subiectivi <i>versus</i> factorii obiectivi .....	130
5.3. Factorii pretraumatici .....	131
5.4. Factorii peritraumatici .....	135
5.5. Factorii posttraumatici .....	137
Capitolul 6. Trauma în perioada copilăriei și adolescenței .....	141
6.1. Tipuri de experiențe traumatice timpurii .....	141
6.2. Consecințe ale traumelor din copilărie, pe termen scurt și lung .....	143
6.3. Factorii de risc și protectivi .....	146

Partea a IV-a

EXPUNEREA INDIRECTĂ LA EVENIMENTE POTENȚIAL TRAUMATICE

Capitolul 7. Trauma indirectă: definiție și manifestări.....	153
7.1. Aspecte generale .....	153
7.2. Categoriile profesionale afectate .....	154
7.3. Principalele concepte și modele teoretice .....	155
7.4. O sinteză a manifestărilor specifice traumei indirecte .....	165
7.5. Efectele manifestărilor traumei indirecte asupra calității vieții .....	167
Capitolul 8. Factori de risc și factori protectivi ai traumei indirecte .....	170
8.1. Considerații introductive .....	170
8.2. Factori personali .....	171
8.3. Factori situaționali și organizaționali .....	174

Partea a V-a

PREVENȚIE, EVALUARE ȘI INTERVENȚIE

Capitolul 9. Prevenția stresului posttraumatic.....	179
9.1. Psihoeducația .....	179
9.2. Îngrijirea etapizată în vederea prevenției .....	181
9.3. Primul ajutor psihologic .....	182
9.4. Debriefingul psihologic .....	183
9.5. Managementul stresului incidentelor critice .....	191
Capitolul 10. Evaluare și intervenție. Terapia traumei.....	193
10.1. Metode de evaluare a traumelor și a efectelor lor posttraumatice .....	193
10.2. Aspecte generale ale terapiei traumei .....	199

10.3. Intervenții terapeutice pentru tratamentul traumei .....	202
10.4. Terapia traumei la copii .....	215
10.5. Terapia traumei prin artă și tehnici creative .....	217

## Partea a VI-a

### ADAPTAREA ȘI DEZVOLTAREA ÎN CONTEXTUL EXPUNERII LA STRES ȘI TRAUME

Capitolul 11. Strategii de coping.....	229
11.1. Definiție și accepțiuni ale conceptului .....	229
11.2. Teorii și tipologii ale strategiilor de coping .....	230
11.3. Eficiența strategiilor de coping în studii empirice .....	236
11.4. Strategii de coping utilizate de copii.....	240
Capitolul 12. Dezvoltarea personală posttraumatică.....	242
12.1. Definiția conceptului .....	242
12.2. Dezvoltarea personală posttraumatică vicariantă .....	243
12.3. Modele teoretice ale dezvoltării personale posttraumatice .....	245
12.4. Traiectorii ale dezvoltării posttraumatice.....	268
12.5. Dezvoltarea posttraumatică și stresul posttraumatic .....	270
12.6. Factori care favorizează dezvoltarea posttraumatică.....	272
12.7. Intervenția pentru facilitarea dezvoltării posttraumatice.....	273
12.8. Cercetarea dezvoltării posttraumatice: trecut și viitor.....	278
Capitolul 13. Reziliența psihologică, ca urmare a expunerii la evenimente potențial traumatice .....	281
13.1. Traiectorii asociate expunerii la evenimente potențial traumatice .....	281
13.2. Reziliența psihologică .....	287
13.3. Niveluri ale rezilienței, factori de risc și protectori .....	296
13.4. Cum măsurăm reziliența? .....	319
<i>Anexe</i> .....	325
<i>Bibliografie</i> .....	339

## 5.1. Expunerea directă la traume și stresul posttraumatic

Tulburarea de stres posttraumatic afectează funcționarea de zi cu zi și starea de bine generală.

*Funcționarea cerebrală.* În integrarea experiențelor noastre zilnice intervin o serie de formațiuni nervoase cu rol integrator printre care: lobii parietali, hipocampusul, corpul calos, girusul cingular și lobii frontali. Datele neuroimagistice obținute la pacienții cu PTSD indică faptul că aceste formațiuni au un rol în producerea sindromului de stres posttraumatic (van der Kolk, 2004). De asemenea, nervul vag – nerv mixt, senzitiv și motor – este cel mai lung și cel mai important dintre toți nervii cranieni. Traiectul său se întinde de la bulbul rahidian și până la diafragmă, el traversând gâtul, toracele și abdomenul. El controlează activitatea inimii, bronhiilor, aparatului digestiv și rinichilor. Porges (2005) a sugerat implicarea sa în apariția răspunsurilor la traume. El cuprinde fibrele nemielinizate și mielinizate, care asigură o mai rapidă reglare neuronală a organelor interne. Fibrele nemielinizate intră în funcțiune în situațiile în care ne simțim în pericol sau suntem amenințați, când se instalează o stare de mobilizare, capabilă de scanarea pericolelor și declanșarea apărării (Shapiro, 2010). În astfel de momente, nu putem mânca, nu putem stabili interacțiuni sociale sau folosi la maximum capacitatea noastră intelectuală. Toate funcțiile interne sunt la minimum diminuate, explicând starea de imobilitate a corpului.

*Memoria.* Tulburarea de stres posttraumatic se caracterizează atât prin amintiri dure-roase, intruzive, cât și prin amnezie pentru detalii ale evenimentului trăit. În concordanță cu acest aspect, unele studii clinice și observații raportează faptul că starea de confuzie și uitarea sunt tipice pentru amintirile traumatice (Herman, 1992). Studiul amintirilor traumatice relevă faptul că ele: 1. sunt stocate sub formă senzorială și emoțională, memoria semantică putând exista în legătură cu unele flashbackuri senzoriale (van der Kolk & Fisler, 1995), 2. rămân stabile în timp și nealterate de experiențele de viață ulterioare (van der Kolk & van der Hart, 1991), 3. pot reveni și declanșa amintiri extrem de vii, în orice perioadă a vieții, ca și cum persoana ar retrăi experiența (Elliot & Fox, 1994), 4. aceste impresii senzoriale tind să apară într-o stare mintală în care victimele pot fi incapabile să precizeze cu siguranță ce gândesc sau care sunt emoțiile pe care le trăiesc (Blank, 1985). În studiul lui van der Kolk, Blitz, Burr și Hartmann (1984) asupra coșmarurilor nocturne, pacienții au susținut că au retrăit evenimentul traumatic în mod repetat, fără nicio modificare de-a lungul a cinci ani.

Mai multe studii sistematice cu privire la amintirile persoanelor care au trăit diverse evenimente traumatice confirmă faptul că acestea tind să fie dezorganizate și să conțină lacune (Foa *et al.*, 1995, *apud* Brewin & Holmes, 2003). Amnezia unor conținuturi cognitive sau emoționale pare să fie invers corelată vârstei și duratei: cu cât vârsta la care se produce trauma e mai mică și experiența traumatică este mai prelungită, cu atât mai mare este probabilitatea apariției unei amnezii (van der Kolk *et al.*, 1996). Amnezia unor conținuturi este dublată de hiperamnezia altora (constând în flashbackurile cu privire la traumă). Comparativ cu memoria autobiografică obișnuită, flashbackurile sunt dominate de detalii senzoriale, cum ar fi imaginile, senzațiile auditive sau de alt tip, bine memorate

și desprinse adesea de context (Brewin & Holmes, 2003). În ceea ce privește memoria de lucru, persoanele afectate de stresul posttraumatic nu reușesc să suprime gândurile nedorite atunci când sunt instruite să facă acest lucru, în condiții experimentale (Brewin & Smart, 2005), fapt care ar putea influența negativ performanța în activitate.

*Disocierea.* Disocierea a fost definită ca o defalcare temporară a proceselor interdependente de percepție a lumii externe, a amintirilor despre trecut și prezent – care leagă trecutul cu viitorul (Spiegel & Carden, 1991, *apud* Brewin & Holmes, 2003). Disocierea face ca impresiile senzoriale să fie fragmentate, iar stările emoționale intense să fie lipsite de componenta lingvistică. Această fragmentare este acompaniată de experiențe subiective de pierdere a contactului cu realitatea, depersonalizare și derealizare (van der Kolk *et al.*, 1996). Simptomele disociative sunt frecvente în condiții de stres și sunt dependente de severitatea traumei, frica de moarte și senzația de neajutorare (Fikretoglu *et al.*, 2007). Studiile de laborator care folosesc paradigma filmului traumatic, realizate cu participanți clinic sănătoși, au arătat că disocierea peritraumatică este asociată cu o creștere ulterioară a frecvenței amintirilor intruzive generate de expunerea la materialul video (Holmes *et al.*, 2004). În schimb, prezența simptomelor disociative care apar după, mai degrabă decât în timpul traumei, nu este atât de consecvent asociată cu un risc de dezvoltare ulterioară a PTSD (Brewin *et al.*, 1999, *apud* Brewin & Holmes, 2003).

*Reacțiile cognitiv-afective.* O cerință a diagnosticului de PTSD în conformitate cu *DSM-IV* constă în experimentarea fricii intense, neajutorării sau groazei în momentul traumei. În concordanță cu această idee, studiile empirice au indicat o relație puternică între fiecare dintre aceste reacții și riscul de apariție a PTSD (Brewin *et al.*, 2000, *apud* Brewin & Holmes, 2003). Evaluarea cognitivă posttraumatică a cauzei, a responsabilității pentru ceea ce s-a întâmplat și a implicațiilor viitoare ale traumei oferă oportunități numeroase pentru a genera emoții negative. Dovezi empirice consistente susțin că sentimentele de vinovăție, rușine, tristețe, trădare, furie sunt manifestări specifice PTSD, care apar frecvent la persoanele expuse unei traume (Cunningham, 2020).

*Strategiile de coping cognitiv.* Există dovezi ample conform cărora încercările de a suprima gândurile nedorite sunt de obicei sortite eșecului pentru că, ulterior, acestea revin chiar mai puternic (Wenzlaff & Wegner, 2000, *apud* Brewin & Holmes, 2003). Legătura teoretică dintre evitare și niveluri mai ridicate ale simptomatologiei a fost confirmată într-o serie de studii asupra victimelor accidentelor rutiere (Steil & Ehlers, 2000, *apud* Brewin & Holmes, 2003). De asemenea, studiile prospective au arătat că evitarea și suprimarea gândurilor sunt legate de o recuperare mai lentă (Dunmore *et al.*, 2001). O altă strategie de coping care a fost asociată cu un risc mai mare de PTSD este reprezentată de gândirea repetitivă, pasivă cu privire la cauzele și consecințele evenimentelor (Schumm *et al.*, 2022).

*Suportul social.* Dintre factorii de risc ai tulburării de stres posttraumatic investigați în cadrul unei metaanalize, suportul social s-a dovedit a fi dimensiunea cu cel mai puternic efect (Brewin *et al.*, 2000). Deși cele mai multe studii au luat în considerare doar aspectele pozitive, cum ar fi percepția suportului emoțional, sunt și unele cercetări care au avut în vedere aspectele negative ale suportului, precum indiferența sau critica. Atunci când atât elementele pozitive, cât și cele negative ale suportului social sunt investigate, s-a arătat că un mediu social negativ este un indicator mai bun al simptomatologiei PTSD, decât lipsa dimensiunilor pozitive (Ullman & Filipaș, 2001, *apud* Brewin & Holmes, 2003).

*Credințele.* Un rezultat frecvent al studiilor anterioare este reprezentat de faptul că evenimentele traumatice modifică sistemul de convingeri de bază al oamenilor (Janoff-Bulman, 1992; Dekel *et al.*, 2013). O serie de autori au confirmat importanța convingerilor despre sine în dezvoltarea tulburării de stres posttraumatic (Yuan *et al.*, 2011). Aceasta este asociată cu credința că trauma a adus o schimbare negativă și permanentă în ceea ce privește percepția despre sine și probabilitatea de realizare a obiectivelor în viață (Ehlers & Clark, 2000). În concordanță cu acest lucru, o creștere generală a convingerilor negative despre sine, despre ceilalți și despre lume a fost identificată la victimele traumelor care prezintă PTSD, comparativ cu cele care nu suferă de această tulburare (Ssenyonga *et al.*, 2013). În plus, modificările cognitive reprezintă adesea un predictor puternic al eșecului de a răspunde la tratament (Harding *et al.*, 2012). Semnificația credințelor este ilustrată de faptul că percepția subiectivă a amenințării este adesea un predictor puternic al suferinței psihice și chiar al eșecului de a răspunde la tratament (Alvarez-Conrad *et al.*, 2001). Cu toate acestea, atunci când vorbim de tulburarea de stres posttraumatic, convingerile care sunt considerate a fi importante includ mai mult decât amenințare. O persoană expusă diferitelor situații critice nu poate să își mențină credințele anterioare nemodificate și va fi forțată să accepte că lumea este nesigură și nedreaptă sau că ea însăși este vinovată pentru ceea ce s-a întâmplat (Janoff-Bulman, 1992).

O serie de autori au subliniat potențialul traumelor de a distruge încrederea și de a conduce la credința victimelor că acestea au fost trădate de către ceilalți (Herman, 1992). Nivelurile ridicate de furie raportate de persoanele cu PTSD sunt, de asemenea, în concordanță cu o pierdere a încrederii în bunele intenții ale altora (Brewin & Holmes, 2003). Alte studii au confirmat importanța convingerilor despre sine în dezvoltarea tulburării de stres posttraumatic (Xia *et al.*, 2014). Aceasta este asociată cu credința că trauma a adus o schimbare negativă și permanentă în ceea ce privește părerea despre sine și probabilitatea de realizare a obiectivelor în viață (Ehlers *et al.*, 2000). Convingerile negative nu trebuie să apară în timpul traumei în sine, ci pot reprezenta rezultatul unui proces de evaluare separat care începe numai după ce pericolul a trecut. Când credințele negative se conturează peritraumatic, ele ar putea face parte din memoria traumei și, astfel, vor fi declanșate de amintiri ale acesteia (Grey *et al.*, 2002). Există din ce în ce mai multe date ale cercetărilor care atestă faptul că modificarea cognițiilor dezadaptative posttraumatice este eficientă pentru tratarea PTSD (Lancaster *et al.*, 2011).

## 5.2. Factorii subiectivi *versus* factorii obiectivi

Rezultatele studiilor care examinează predictorii obiectivi și cei subiectivi ai PTSD manifestat la adulți sunt diverse, indicând însă o preponderență a importanței factorilor subiectivi (Kazak *et al.*, 2006). Dintre aspectele subiective relevante din categoria factorilor de risc pretraumatici menționăm unele dispoziții psihologice durabile și abilitățile de reglare emoțională; din categoria factorilor peritraumatici menționăm starea de așteptare, modalitățile de evaluare emoțională și cognitivă a situației și trăirile disociative; din categoria factorilor posttraumatici putem aminti strategiile de coping și simptomele de stres posttraumatic dezvoltate. Pe lângă aspectele subiective, la apariția stresului

posttraumatic au o influență și anumiți factori obiectivi. *DSM-5* (APA, 2013) indică faptul că factorii obiectivi ai severității unui eveniment prezic simptomele PTSD. Dintre factorii de risc obiectivi menționăm: magnitudinea stresorilor (severitatea stresorilor potențial traumatici, numărul lor etc.), unii factorii pretraumatici (precum: factorii genetici, neurologici sau fizici, genul, rasa, etnia, statutul sociocultural, istoria vieții personale și familiale, existența experiențelor aversive în copilărie etc.), factorii peri- și posttraumatici (de exemplu, un accident rutier produs din vina altcuiva sau nivelul suportului social primit și atitudinile culturale).

### 5.3. Factorii pretraumatici

Spre deosebire de stresorii și factorii peritraumatici, factorii pretraumatici grupează o serie de condiții subtraumatice a căror combinație potențează sau favorizează producerea traumatizării, însumarea lor contribuind la vulnerabilizarea psihică.

*Factorii fiziologici.* Studiile transversale au sugerat că starea de excitare psihofiziologică poate fi un factor de risc al PTSD (Orr *et al.*, 2004). Cu toate acestea, excitarea psihofiziologică este un simptom al PTSD. Astfel, a fost imposibil de a discerne dacă simptomele PTSD au fost, de asemenea, elemente de cauzalitate în etiologia acestei tulburări. Zece studii prospective care au examinat ordinea cronologică a nivelului excitației psihofiziologice pretraumatice (biologică sau psihologică) și PTSD au fost incluse într-o revizuire a literaturii de specialitate (DiGangi *et al.*, 2013). Dintre acestea, opt au ajuns la concluzia că excitarea psihofiziologică a fost un predictor al PTSD. Rezultatele acestor opt studii sugerează că excitarea psihofiziologică nu poate fi pur și simplu un simptom al PTSD, ci mai degrabă unul din antecedentele sale etiologice.

Endorfinele sunt proteinele care acționează asemănător opiului, fiind sintetizate în hipofiză și descărcate în sânge, în cazul suprasarcinilor emoționale. Ele contribuie la anestezierea durerii. Starea de *amorțeală* (produsă de fixarea negării, trăită ca aplatizare emoțională sau încremenire a personalității) este explicată tocmai prin nivelul ridicat de endorfine. Există situații traumatice care ilustrează tendința sau compulsia la repetiție care, mai departe, sugerează ideea dependenței. *Dependența de traumă* (van der Kolk, 1987) a fost explicată, mai mult speculativ, prin căutarea (de către victimă a) situațiilor traumatice care prilejuiesc emiterea endorfinelor implicate în producerea stării de bine, în atenuarea durerii și producerea plăcerii.

Unele cercetări indică faptul că dispozițiile fiziologice considerate până nu demult ca fiind de natură ereditar-genetică pot fi puse pe seama consecințelor neurofiziologice ale traumelor anterioare. Van der Kolk (1987) indica faptul că experiențele de deprivare emoțională grave din copilărie pot conduce la afecțiuni neurologice, la așa-numitele *tulburări de soft*, caracterizate prin alterarea modului de producere a neurotransmițătorilor (opioizilor și endorfinelor), a funcționării sistemelor neuroendocrine și a modulării afective. Afectele de anxietate pot da naștere mai des panicii, care generează depresia. Această dispoziție dobândită, la fel ca o dispoziție genetică, poate influența negativ capacitatea de coping în situații critice.

*Factorii de personalitate.* În cazul lor vorbim, de exemplu, despre unele trăsături temperamentale care vulnerabilizează, cum sunt cele care țin de tendința spre instabilitate

nervoasă și introversie. Reacția traumatică se instalează mai ușor la aceste persoane decât la cele cu o mare stabilitate nervoasă și o orientare extrovertă, mai puțin atente la stimulii interiori. Cele mai multe studii au arătat că nivelul de nevrotism este asociat cu nivelul ridicat al stresului posttraumatic (Knežević *et al.*, 2022; Perrin *et al.*, 2014). De asemenea, un rezultat surprinzător este cel conform căruia tulburarea de personalitate antisocială reprezintă un factor de risc pentru dezvoltarea tulburării de stres posttraumatic (Perrin *et al.*, 2014). Nu tipul de eveniment, ci mai degrabă răspunsul comportamental ar putea fi un factor important de risc pentru stresul psihologic (Cameron *et al.*, 2010). Rezultatele studiilor au sugerat că afectul negativ, ostilitatea și furia reprezintă factori de vulnerabilitate pretraumă pentru PTSD (van Zuiden *et al.*, 2011).

*Inteligența.* O altă variabilă implicată în cercetarea stresului posttraumatic a fost inteligența. În timp ce s-a constatat o asociere între inteligență de nivel mai scăzut și PTSD (Tillman *et al.*, 2023), studiile au fost în imposibilitatea de a determina dacă inteligența inferioară este o cauză sau o consecință a PTSD. În cadrul unei revizuii a literaturii de specialitate, au fost incluse zece de studii care au examinat abilitățile cognitive pretraumatice, iar rezultatele tuturor acestor studii au constatat că abilitățile cognitive pretraumatice reduse au reprezentat un factor de risc pentru PTSD (DiGangi *et al.*, 2013). În acord cu acest punct de vedere, un nivel de studii superior a fost asociat cu un număr mai mic de simptome PTSD (Amstadter *et al.*, 2013). Byant și Guthrie (2007) au indicat și faptul că evaluările negative despre sine din etapa pretraumatică reprezintă un factor de risc pentru PTSD, explicând 20% din varianța severității PTSD la *follow-up*.

*Experiențele traumatice anterioare.* În acest caz vorbim despre istoria de viață, de cea a traumelor anterioare care conduc la o stare de pregătire pentru excitație. Reacția traumatică se instalează mai ușor la aceste persoane decât la cele care au beneficiat de experiențe pozitive, protectoare. Unele metaanalize (de exemplu, cele realizate de Brewin *et al.*, 2000; Ozer *et al.*, 2004) indică faptul că traumele anterioare, precum abuzul din copilărie, evenimentele aversive din copilărie și istoria bolilor psihice din familie, reprezintă factori de risc semnificativi ai apariției stresului posttraumatic la civili. Prezența unor traume în trecut se asociază cu un risc crescut pentru apariția stresului traumatic cronic și sever (Kolassa *et al.*, 2010). McLaughlin și colaboratorii săi (2013) au constatat că majoritatea adolescenților americani (61,8%) dintr-o largă anchetă realizată la nivel național au fost expuși în decursul vieții lor unui eveniment potențial traumatic. Printre predictorii semnificativi ai PTSD, autorii au indicat: faptul de a nu trăi cu părinții biologici, violența interpersonală dinaintea expunerii, expuneri anterioare la evenimente potențial traumatice, teama și tulburările anterioare provocate de stres etc. Abuzul fizic, emoțional și sexual din copilărie s-a dovedit a fi unul din factorii de risc ai stresului posttraumatic la vârsta adultă (Lowe *et al.*, 2014).

Literatura cu privire la stres propune două mari perspective cu privire la modul în care experiențele de viață stresante afectează capacitatea unei persoane de a se adapta evenimentelor traumatice ulterioare. Un punct de vedere este cel potrivit căruia trăirea unor evenimente stresante poate spori capacitatea persoanei de a face față evenimentelor stresante ulterioare. În același timp, evenimentele stresante anterioare pot afecta abilitatea unei persoane de a se adapta situațiilor traumatice. Necesitatea de adaptare și la alte situații stresante precum sărăcia, dificultățile maritale, un loc de muncă stresant, dificultăți de creștere a copiilor pot afecta refacerea persoanei după traumă (Carlson & Dalenberg, 2000).

Khan (1963) a definit *trauma cumulativă* printr-o succesiune de evenimente sau circumstanțe traumatice, care acționează împreună. Deși sunt toate subliminale, acumularea lor slăbește apărarea psihică, luând naștere un proces traumatic. Multe traume de relație fac parte din acest tip de traumatizare, care lasă urme adânci în structura personalității. *Traumatizarea secvențială*, descrisă de Keilson (1979), a fost utilizată pentru a descrie persecuțiile naziștilor în Olanda. După război, un studiu psihiatric a evidențiat la victimele războiului diferite straturi simptomatice, care puteau fi ordonate după diferitele valuri de persecuție. Fiecare nou val a deschis toate rănilor anterioare, fiind trăită o stare de teroare fragmentară temporal, dar coerentă subiectiv.

*Contextul social și familial.* Modelul tamponării sociale a evenimentelor stresante de viață arată că în fața evenimentelor negative, persoanele care au o rețea socială, cum ar fi membrii familiei, colegi sau prieteni, tind să experimenteze mai puține simptome depressive comparativ cu cei care nu beneficiază de suport social informal (Jawad *et al.*, 2009). Răspunsul la evenimentul traumatic este influențat de suportul social perceput atât înainte, cât și după eveniment. Înainte de eveniment, comunitatea și mediul familial formează și modelează expectanțele individuale cu privire la control și la valența pozitivă/negativă pe care o atribuim experiențelor trăite. Variabilele pretraumatice specifice mediului familial includ neglijarea, abuzul de substanțe, deficiențele de intelect, sărăcia, violența domestică. Contextul social al unei persoane poate contribui la adaptarea persoanei la situația traumatică. Egle și colaboratorii săi (1996, *apud* Fischer & Riedesser, 2007) identificau următorii factori de risc ai traumatizării: status socioeconomic scăzut al familiei de origine, ocupare profesională a mamei în primul an de viață al copilului, nivelul scăzut de instrucție al părinților, familie numeroasă și spațiu de locuire restrâns, contacte cu instituțiile controlului social (poliție, jandarmerie, procuratură etc.), infracționalitatea unui părinte, atașament nesigur (după 12-18 luni de viață), tulburări psihice ale mamei sau tatălui, mamă singură, comportament autoritar al tatălui, pierderea mamei, relații timpurii fluctuante, abuz fizic și/sau sexual, contacte deficitare cu covârșnicii, diferență mai mică de 18 luni față de următorul frate sau următoarea soră, naștere înaintea căsătoriei. Acțiunea acestor factori nu este liniară. Dacă acționează un singur factor, posibilitatea apariției unei tulburări de dezvoltare este redusă, însă dacă se combină doi factori, riscul crește de aproximativ patru ori (Egle *et al.*, 1996; *apud* Fischer & Riedesser, 2007).

*Relația agresor-victimă.* O traumă are efect cu atât mai puternic asupra victimei cu cât ea întreține cu făptașul sau agresorul o relație mai apropiată, care ar trebui să se bazeze pe încredere. Copiii abuzați fizic și emoțional de părinții lor, copiii abuzați sexual de rudele lor, soția agresată fizic sau sexual de soțul ei etc. ajung să trăiască traume de relație în care victimele ajung să caute protecție și ajutor tocmai la persoanele traumatogene (Fischer & Riedesser, 2007). Uneori acestea iau forma „dublei legături”, care produce și o traumă de orientare. Intimitatea negativă forțată este specifică abuzului sexual sau violului (dar și altor situații puternic traumatizante precum: luarea de ostatici, amenințarea sau tortura). Specifică este intruziunea involuntară în sfera privată și/sau în cea fizică, care produce senzația de greață, sentimentul de a fi murdărit; greața poate fi înțeleasă ca expresia simbolică a dorinței de a expulza corpul străin (Fischer & Riedesser, 2007).

*Sex și gen, ca factori de risc.* Deoarece, dintre toți factorii demografici, *variabila sex* a fost mai mult studiată, o prezentăm într-un paragraf separat, făcând și distincția între sex și gen. Astfel, în culturile de tip occidental, femeile sunt de 2 ori mai predispuse,