



## Cuprins

Cuvânt înainte.....	9
Partea I	
NOȚIUNI INTRODUCTIVE	
Capitolul 1. Stresul și trauma psihică .....	13
1.1. Stresul și adaptarea la stres .....	13
1.2. Trauma psihică și evenimentul traumatic .....	18
1.3. Unele concepțe asociate : pierdere, suferință, doaniu .....	20
1.4. Tipuri majore de traumă .....	23
1.5. Consecințe ale experiențelor traumaticice .....	31
1.6. Expunerea directă <i>versus</i> expunerea indirectă .....	32
Capitolul 2. Evoluția ideilor cu privire la trauma psihică .....	34
2.1. Scurtă istorie a psihotraumatologiei .....	34
2.2. Teorii și modele generale ale traumei psihice .....	37
Capitolul 3. Categorii nosologice ale psihotraumatologiei generale .....	63
3.1. Tulburarea acută de stres ( <i>Acute Stress Disorder</i> , ASD) .....	63
3.2. Tulburarea de stres posttraumatic ( <i>Posttraumatic Stress Disorder</i> , PTSD) .....	67
3.3. Tulburarea de adaptare ( <i>Adjustment disorder</i> , AD) .....	72
3.4. Tulburarea de stres extrem, neidentificată altfel ( <i>Disorder of Extreme Stress, Not Otherwise Specified</i> , DESNOS) .....	74
3.5. Diagnosticul diferențial și comorbidiitățile tulburărilor psihotraumaticice .....	76
Capitolul 4. Caracterul procesual al traumatizării psihice .....	81
4.1. Experiența pretraumatică .....	81
4.2. Evenimentul potențial traumatic și situația traumatică .....	82
4.3. Experiența peritraumatică .....	83
4.4. Reacția posttraumatică .....	85
4.5. Procesul traumatic .....	91



Seria Collegium. Psihologie este inițiată de Adrian Neculau.

© 2014 by Editura POLIROM

Această carte este protejată prin copyright. Reproducerea integrală sau parțială, multiplicarea prin orice mijloace și sub orice formă, cum ar fi xeroxarea, scanarea, transpunerea în format electronic sau audio, punerea la dispoziția publică, inclusiv prin internet sau prin rețele de calculatoare, stocarea permanentă sau temporară pe dispozitive sau sisteme cu posibilitatea recuperării informațiilor, cu scop comercial sau gratuit, precum și alte fapte similare săvârșite fără permisiunea scrisă a deținătorului copyrightului reprezintă o încălcare a legislației cu privire la protecția proprietății intelectuale și se pedepsește penal și/sau civil în conformitate cu legile în vigoare.

Pe copertă: © Lightspring/Shutterstock.com

[www.polirom.ro](http://www.polirom.ro)

Editura POLIROM  
Iași, B-dul Carol I nr. 4; P.O. BOX 266, 700506  
București, Splaiul Unirii nr. 6, bl. B3A, sc. 1, et. 1,  
sector 4, 040031, O.P. 53

Descrierea CIP a Bibliotecii Naționale a României:

TURLIUC, MARIA NICOLETA

*Psihologia traumei / Nicoleta Turliuc, Cornelia Mărean. – Iași: Polirom, 2014*  
Bibliogr.

ISBN print: 978-973-46-5075-0  
ISBN ePUB: 978-973-46-5130-6  
ISBN PDF: 978-973-46-5131-3

I. Mărean, Cornelia

159.9:616.89-008.441

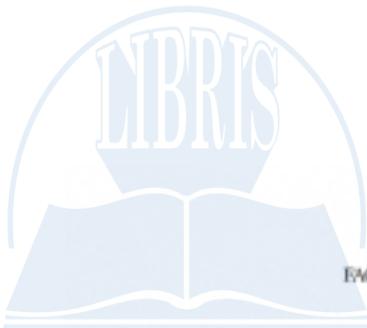
Printed in ROMANIA



Maria Nicoleta Turliuc  
Cornelia Măirean

# **PSIHOLOGIA TRAUMEI**

POLIROM  
2014



#### 5.4. Factori peritraumatici

*Nivelul de expunere.* Dincolo de datele demografice, nivelul raportat de expunere la evenimentele traumatice prezice în mod semnificativ simptomele legate de hiperactivism. De asemenea, a fost identificată o asociere marginală semnificativă între expunerea la evenimente traumatice și simptomele intruzive (Zukerman și Korn, 2014). Potrivit lui Green (1993), gradele de expunere la factorii situaționali pot fi următoarele : a) amenințarea propriei vieți și a integrității corporale ; b) vătămările sau rănirile corporale severe ; c) a fi expus unei răniri sau vătămări intenționate ; d) expunerea la imagini/situări groaști ; e) pierderea violentă a unei persoane iubite ; f) observarea violenței împotriva unei persoane iubite sau primirea de informații despre acest lucru ; g) expunerea persoanei la un stimул nociv de mediu sau obținerea de informații despre acest lucru ; h) vinovăția pentru moartea sau vătămarea severă a altora.

Caracteristicile unui eveniment potențial traumatic, precum intensitatea, natura, durata, influențează percepțiile individuale cu privire la controlabilitatea și valența lui negativă. Deși anumite evenimente traumatice sunt atât de puternice încât ar traumatiza pe oricine, majoritatea evenimentelor potențial traumatice nu sunt chiar atât de puternice (Carlson și Dalenberg, 2000). Potrivit lui Fischer și Riedesser (2007), evenimentele cele mai stresante sunt : decesul ambilor părinți, decesul unui copil, abuzul sexual sau fizic, despărțirea/divorțul părinților, arestul, exmatricularea etc. ; circumstanțele stresante durabile includ : boala cronică mortală, moartea unui părinte, abuzul sexual repetat sau maltratarea fizică repetată, părinți severi sau represivi, boala cronică a unui părinte, internări repetitive în spital, boala cronică invalidantă a unui părinte, certurile repetitive ale părinților etc. și alte caracteristici ale traumei au fost, de asemenea, asociate cu severitatea stresului traumatic. De exemplu, evenimentele traumatice produse de om sunt mult mai puternic asociate cu stresul posttraumatic decât evenimentele traumatice naturale (Lowe *et al.*, 2014).

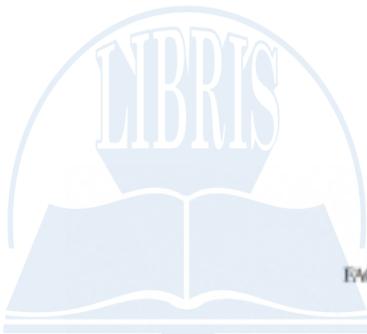
*Dispozițiile actuale.* Pe cât de larg este spectrul situațiilor traumatice, pe atât de amplă este și varietatea dispozițiilor psihologice și a reacțiilor la stres. Dispozițiile actuale (de exemplu, starea de aşteptare) influențează instalarea și desfășurarea reacției și a procesului traumatic. Multe traume surprind individul, care apare complet nepregătit. Efectul de surpriză poate fi considerat în sine un factor traumatogen. În anumite situații, surpriza poate, aparent, să nu mai apară. De exemplu, în cazul torturii prelungite, indivizii știu că violența va continua. Efectul de surpriză poate persista totuși atunci când victima este surprinsă de frecvența și intensitatea acelor de brutalitate.

*Factorii psihofiziologici și culturali.* Caracteristicile persoanei și ale situației interacționează în evaluarea situației aversive. În metaanaliza realizată de Ozer și colaboratorii săi (2003), percepția emoțiilor peritraumatici și a amenințărilor peritraumatici la adresa propriei vieți a fost identificată ca factori de risc semnificativi ai PTSD. De asemenea, Slavin și colaboratorii săi (1991) arătau că apartenența la un grup cultural influențează percepția accesibilității resurselor și opțiunilor, așteptărilor privind copingul eficient și credințele privind destinul și autoeficiența. Aceasta înseamnă că atitudinile și credințele culturale influențează procesul evaluării. De exemplu, evaluarea autoeficacității din timpul confruntării cu evenimentul amenințător poate fi influențată de nivelul personal de internalizare a credințelor negative (Slavin *et al.*, 1991).

*Răspunsurile dissociative.* Dovezile empirice sugerează că disocierea peritraumatică este factor de risc pentru dezvoltarea PTSD. Un studiu efectuat în 2002 indică faptul că răspunsul de disociere peritraumatică la un eveniment amenințător are consecințe negative doar în combinație cu simptomele persistente de hiperexcitație (Ladwig *et al.*, 2002). De asemenea, în metaanaliza realizată de Ozer și colaboratorii săi (2003), perceperea și autoraportarea disocierii peritraumatice constituie un factor de risc semnificativ al PTSD.

*Atașamentul.* Mikulincer și Shaver (2005) au dezvoltat modelul celor două nivele ale defenselor psihologice. El servește pentru a ilustra faptul că între persoanele aparținând diferitelor stiluri de atașament apar diferențe interindividuale în momentul confruntării cu diferiți stresori. Autorii arătau că accesibilitatea figurii de atașament asigură activarea sentimentului de securitate, oferă o bază stabilă a sănătății psihice și a rezilienței psihologice – capacitatea persoanei de a face față situațiilor de suferință și de a continua să se dezvolte, proba sa ceea mai importantă fiind abilitatea persoanei de a nu transmite suferința generației următoare. Posibilitatea persoanei de a se baza pe figuri de atașament accesibile, grijului și suportive în perioada în care a fost dependentă de acestea asigură dezvoltarea sentimentului siguranței, protecției și valorii personale. Reprezentările mentale și abilitățile sociale asociate securității acționează ca resurse importante ale rezilienței, care mențin echilibrul emoțional și funcționalitatea psihică fără ajutorul mecanismelor de apărare. Securitatea atașamentului, care susține stima de sine ridicată și reduce utilizarea defenselor egocentrice, facilitează funcționarea adecvată și a celorlalte sisteme comportamentale, inclusiv sistemul afilierei, apărării și explorării. De exemplu, în cazul îngrijirii unei persoane apropiate bolnave – securitatea atașamentului menține compasiunea, generozitatea și atitudinile de iubire, chiar și atunci când acordarea îngrijirii nu oferă beneficii personale directe, altele decât atingerea obiectivelor comune ale îngrijirii.

Cel de-al doilea nivel al apărării este specific persoanei care a eșuat în dezvoltarea atașamentului său sigur, fiind incapabilă să mențină o bază psihologică stabilă și solidă. Pentru o persoană nesigură, multe dintre experiențele de zi cu zi amenință sentimentele de siguranță, perspectiva asupra vieții, sinelui și identității. La acest nivel apare o „orientare motivațională preventivă” (Higgins, 1998), iar utilizarea mecanismelor de apărare ale eului pot compensa limitele figurilor de atașament, pot crea o fațadă a stimei de sine și menține la un nivel acceptabil funcționarea emoțională și adaptarea personală. Dar funcționarea naturală a sistemelor comportamentale poate fi grav afectată. De exemplu, în cazul sistemului de afiliere și al comportamentului de îngrijire pot să apară afirmații defensive, poate surveni subordonarea acțiunilor de îngrijire scopurilor și obiectivelor autoprotective: ajutarea este oferită atunci când imbunătățește dispoziția sau stima de sine a celui care oferă îngrijire. Cu alte cuvinte, în condiții de securitate și confort emoțional, sistemele de atașament și apărare sunt dezactivate permitând dezvoltarea socială și emoțională a membrilor familiei prin activarea sistemului de afiliere și a sistemului de explorare. Apariția traumei – generatoare de stres, incertitudine și ambiguitate – produce activarea sistemului de atașament și de apărare care generează conduite pseudoadaptative sau dezadaptative. De asemenea, sunt inhibate sistemul de explorare și cel de afiliere, fapt care generează: perturbarea comunicării sociale, intrafamiliale, capacitatea de asumare a rolului, distribuirea rolurilor maritale, disponibilitatea de a accepta sau de a primi ajutor, capacitatea de a se ajuta pe sine etc.



## 5.5. Factori posttraumatici

*Factorii sociali și suportul social.* Variabilele specifice mediului, care pot influența răspunsul posttraumatic și includ sărăcia, nivelul violenței, preocuparea pentru membrii comunității. Dintre factorii de risc ai PTSD investigați în cadrul unei metaanalize, suportul social s-a dovedit a fi dimensiunea cu cel mai puternic efect în cazul militarilor și a două în cazul civilor (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 luat în calcul, de asemenea, aspectele negative ale suportului, precum indiferența sau critica. Suportul social posttraumatic, din partea familiei și a comunității, sunt de asemenea părți ale contextului social care influențează răspunsul la traumă. Suportul social poate ajuta o persoană să-și recapete sentimentul de control asupra vietii și să reducă valența negativă a evenimentului (Carlson și Dalenberg, 2000; Jawad, Sibai și Chaaya, 2009). Supraviețuitorii unor evenimente traumaticе care dispun de suport social redus prezintă un risc mai mare de a dezvolta stres traumatic, iar simptomele posttraumaticе, la rândul lor, au potențialul de a submina percepția suportului social (Lowe et al., 2014; Lukaschek et al., 2013). Persoanelor cărora le lipsește suportul social consecutiv unui eveniment traumatic se pot simți copleșite și pot avea tendința de a se retrage, de a se izola, pot utiliza mai mult negarea sau activitățile autodistructive (Tate et al., 2006).

*Copingul posttraumatic.* Eforturile de coping și felul în care indivizii fac față experiențelor de viață în decursul timpului se asociază cu simptomele PTSD. Lazarus și Folkman (1984) indicau că persoanele pot utiliza strategiile centrate pe probleme sau cele centrate pe emoții. De exemplu, dacă o situație este evaluată ca provocatoare, persoana poate utiliza copingul centrat pe problemă, cum este copingul de confruntare sau cel bazat pe elaborarea planului de rezolvare a problemei (Tiet et al., 2006). Dacă însă evenimentul este evaluat ca fiind amenințător, periculos sau incontrolabil, poate fi activată strategia copingului centrat pe emoții (Lazarus și Folkman, 1984). Dar diferența dintre strategia orientată pe emoție și cea pe problemă nu este suficientă pentru a stabili dacă un tip de coping este eficient sau nu, funcțional sau nu, sănătos sau nu, notau Carver, Scheier și Weintraub (1989). Acești autori au vorbit despre tipul copingului disfuncțional care ar include substrategii ineficiente, anterior incluse în copingul centrat pe emoții și în cel centrat pe problemă. Au fost observate și diferențele în ceea ce privește utilizarea strategiilor și stilurilor de coping în funcție de vîrstă. Astfel, Coolidge și colaboratorii săi (2000) au arătat că tinerii adulți tind să folosească mai mult copingul disfuncțional, în timp ce adulții mai vîrstnici tind să utilizeze mai mult copingul centrat pe rezolvarea de probleme.

*Stresul suplimentar.* Evenimentele stresante ulterioare traumei exacerbă răspunsurile negative la traumă deoarece persoana, în loc să se adapteze noilor situații, consumă din resursele cognitive și emoționale pentru a face față acestor noi situații. Dintre factorii de risc ai PTSD investigați în cadrul unei metaanalize, stresul ulterior al vietii s-a dovedit a fi dimensiunea cu cel mai puternic efect în cazul civilor și a două în cazul militarilor (Brewin et al., 2000). Într-un studiu realizat de King și colaboratorii săi (1996) s-au utilizat ecuațiile de modelare structurale pentru a fi analizate relațiile complexe dintre diferiți stresori din zona de război, factorii rezilienței psihologice și simptomele PTSD

pe un lot de veterani ai războiului din Vietnam (26% femei și 74% bărbați). Rezultatele au indicat că, la ambele sexe, evenimentele negative din perioada post-război (ca și robustețea psihologică, suportul social structural și funcțional) mediază relația dintre stresorii specifici zonei de război și simptomele PTSD.

*Atitudinile și credințele culturale.* Deși manifestările tulburărilor fizice și psihologice sunt influențate cultural, ele nefiind universale (Miranda *et al.*, 2006), legătura dintre simptome și cultură este adesea ignorată (Balls-Organista, Organista și Kurasaki, 2003). Modul în care o persoană trăiește situațiile stresante poate fi raportat la istoria vieții sale (Brody, 1994), dar și la contextul său social și cultural (Kirmayer, 1996). De aceea, stresul posttraumatic nu are la bază doar caracteristicile individuale, ci și interacțiunile socioculturale din decursul timpului (Bronfenbrenner, 1979). Astfel, oamenii pot fi mai bine pregătiți pentru a face față accidentelor minore, pentru acordarea primului ajutor și mai slab pregătiți pentru moarte, divorț și alte suferințe produse de pierderi. Anumite atitudini și credințe culturale pot face mai dificilă adaptarea la situațiile traumatice și pot îngreuna procesul vindecării.

*Cunoștințe și deprinderi slabe pentru a face față pierderii.* Oamenii pun adesea accentul pe învățarea modului în care să dobândească diverse lucruri sau pe atenția celorlalți pentru a avea o viață împlinită și fericită și prea puțin pe modul în care trebuie să acioneze atunci când le pierd. Din copilăria timpurie, copilul învață cum să își facă părintii să fie mândri de el, cum să obțină jucării de Crăciun sau Paște fiind cumeinte, ia note bune pentru a obține aprobarea și aprecierea celorlalți etc., iar acest proces continuă și la vîrstă adulă (James și Friedman, 2009). Nu suntem însă învățați să reacționăm la evenimente care sunt generatoare de stres și suferință. Este important să dezvoltăm însă unele deprinderi utile pentru a face față stresului și suferinței traumatice, de exemplu, să identificăm acele credințe disfuncționale care nu ne ajută și să le înlocuim cu alele noi, iar apoi să exersem noile credințe și idei pentru a le transforma în obișnuințe. De asemenea, felul în care moartea este adesea prezentată este problematic. Ph. Ariès (1981) a ajuns la concluzia că societatea modernă subliniază excesiv perspectiva „mortii invizibile”, înfricoșătoare.

*Negarea realității.* Este relativ obișnuită atitudinea de negare a stresului sau pierderii. Oamenii pretind adesea că acestea nu există și sugerează că stresul sau pierderea li afectează doar pe cei slabii, dezechilibrați emoțional sau lipsiți de credință. Suntem chiar sfătuiri să „mergem mai departe” sau „să nu vorbim despre suferință pentru a nu împovăra pe alții”. „Când lucrurile se complică, cel puternic merge mai departe” – rezumă o veche atitudine britanică, de tip bulldog, în fața catastrofelor și crizelor. Din păcate, ea nu ajută prea mulți indivizi, deoarece presupune evitarea sau reprimarea unor trăiri și refuzarea lor, în speranța că nu ne vor mai afecta. Efectul poate fi acela că, atunci când o persoană ajunge să experiențeze trăirile specifice traumei, reacția este mai puternică decât s-ar putea ea aștepta.

*Evitarea sau lipsa contactului cu pierderea sau trauma.* Majoritatea indivizilor nu se confruntă cu accidente sau dezastre majore în cursul vieții lor, iar moartea pare îndepărtată și vagă până în momentul în care ne confruntăm cu ea. Perspectiva asupra morții a devenit mai rece, în parte ca urmare a slăbirii sistemului și a legăturilor de tip familial. Copiii rareori mai sunt educați să percepă moartea ca parte a existenței, rareori mai ajung să



vadă o persoană decedată de aproape și sunt descurajați să participe la funeralii în scopul de a-i scuti de suferință. Deoarece mobilitatea socială a tinerilor a crescut foarte mult, normele sociale insistă asupra susținerii familiei nucleare și mai puțin a celei extinse. Nu întâmplător asistăm la creșterea numărului de cămine și rezidențe pentru persoanele de vîrstă a treia și a patra, în care se poate asigura o îngrijire mai adecvată, profesională și diminuarea suferinței fizice etc. Credința actuală pare a fi aceea că, dacă scutim oamenii bolnavi sau muribunzi de suferință fizică, ei nu vor trăi trauma produsă de pierderea sănătății sau amenințarea la adresa vieții lor. Durerea doliului și pierderii sunt văzute ca anormale, la fel ca și emoțiile asociate lor și, prin urmare, tind să fie evitate. În societățile tradiționale, în schimb, atitudinea față de suferință și jelirea unei persoane dispărute era incurajată. În unele societăți, inclusiv la noi, existau jeliitori plătiți la înmormântări, care facilitau desfășurarea procesului traumatic.

*Reducerea suportului social.* Până la revoluția industrială, comunitățile erau mai restrânse și mai coeze, iar părți importante ale acesteia susțineau indivizii și familiile lor și în momentele fericite (căsătorie, naștere, botez) și în cele nefaste, atunci când suferau o traumă (moarte). Mutarea în mediul urban, în cartiere de blocuri, a limitat drastic contactele dintre indivizi, făcând sprijinul celorlalți insuficient. Lipsa suportului familial sau comunitar amplifică stigmatul produs de moarte sau alte traume și face mai dificilă parcurgerea procesului traumatic.

*Absența ritualurilor.* Acest aspect este valabil mai ales în cazul pierderii prin deces, deși se regăsește și în cazul altor tipuri de pierderi. Ritualurile însoțesc sau acompaniază toate evenimentele majore ale vieții, de la naștere, la căsătorie sau moarte. În ultimii ani s-a făcut simțită însă o tendință clară de a le reduce. Oamenii sunt mereu extrem de ocupați și prea puțin dispuși să se implice, mai ales atunci când este vorba de suferință sau traumă. Prezența ritualurilor poate fi amenințătoare, deoarece ne reamintesc de proximitatea și realitatea morții sau a altiei pierderi. În ultimele decenii, pare să se profileze o credință ce poate fi rezumată astfel: „Scurtați pe cât posibil ritualurile ca să nu provoace și mai multă suferință”. Dar ele sunt o parte a procesului jelirii, deoarece le permit indivizilor să se focalizeze asupra emoțiilor lor, să înțeleagă moartea/pierdere, le oferă permisiunea ca procesul jelirii să fie continuu, asigură suportul social, familial și comunitar și conferă demnitate și respect persoanei decedate. Ele oferă ocazia exprimării suferinței, dar și a respectului față de realizările persoanei decedate. Ritualurile/comemorările care au urmat atacului de la 11 septembrie 2001 asupra turmilor gemene au servit atât supraviețuitorilor și ruedelor celor decedați, cât și celor care au acordat ajutorul: polițiști, pompieri, personal medical și națiunea americană în ansamblul ei.

*Pierderea credinței.* Credincioșii – de orice religie – pot fi ajutați de convingerile lor în a face față suferinței și traumei, dar aceasta nu înseamnă că nu vor suferi. Pargament, Koening și Perez (2000) analizează diferite strategii pozitive și negative de coping religios, în funcție de consecințele asupra sănătății fizice și psihice. În plus, reacțiile persoanelor pot varia foarte mult: de la apropierea foarte puternică de o credință și de practicile religioase și până la pierderea credinței (Harris, 2008). Majoritatea persoanelor utilizează însă unele aspecte ale religiozității pentru a face față traumei și pierderii (Schuster *et al.*, 2001). Dând un sens religios (a fost pedeapsa sau voia lui Dumnezeu) evenimentului traumatizant, persoanele religioase fac față mai bine suferinței. Cei care au o credință



puternică și aparțin unei comunități religioase (real) suportive fac față pierderii mai ușor decât cei lipsiți de această posibilitate. Uneori, credințele politice sunt la fel de importante în cursul procesului traumatic (de exemplu, pentru liderii partidelor istorice din închisorile comuniste) sau o combinație a credințelor religioase și politice (de exemplu, pentru evrei în timpul Holocaustului). În plus, o credință puternică în bunăvoiețea lumii și a oamenilor a fost asociată cu mai puține simptome legate de evitare (Zukerman și Korn, 2014).

În concluzie, trauma poate afecta întreaga persoană, determinând schimbări fiziologice, cognitive, emoționale și comportamentale. Reacțiile specifice fiecărei persoane depind de caracteristicile evenimentului, ale situației și contextului sociocultural și de cele ale persoanei, aflate într-o strânsă interdependență. Toți acești factori influențează, în diverse combinații, răspunsurile posttraumatice deoarece afectează percepția valenței acordate, a controlului și a apariției bruște a evenimentului (Carlson și Dalenberg, 2000). Împreună ei pot influența gradul în care trauma este resimțită. Unii factori de risc nu sunt doar posttraumatici sau doar peritraumatici. De exemplu, evaluarea suportului social este foarte importantă în etapa pretraumatică, peritraumatică, și nu doar consecutiv acțiunii stresorului potențial traumatic, iar copingul este important nu doar peritraumatic, ci și pretraumatic și posttraumatic. Ei contribuie și în mod independent la vulnerabilitatea personală de a dezvolta un stres posttraumatic (Perrin *et al.*, 2014).