

Seria *Psihologie* este coordonată de Ștefan Boncu.

**Cornelia MĂIREAN** este asistent universitar doctor în cadrul Facultății de Psihologie și Științe ale Educației, Universitatea „Alexandru Ioan Cuza” din Iași. Domeniile sale de interes includ: psihologia transporturilor, stres și pierdere traumatică, reziliență și dezvoltare personală. A publicat volumele *Psihologia traumei* (coautor, 2014) și *Bulimia nervoasă. Teorie, evaluare și tratament* (coautor, 2016), precum și numeroase studii în volume colective și în reviste de specialitate din țară și din străinătate.

Cornelia Măirean, *Stres traumatic și dezvoltare personală posttraumatică*  
© 2016 Institutul European Iași, pentru prezenta ediție

INSTITUTUL EUROPEAN  
Iași, str. Grigore Ghica Vodă nr. 13, O. P. 1, C.P. 161  
euroedit@hotmail.com; www.euroinst.ro

## Descrierea CIP a Bibliotecii Naționale a României

**Stres traumatic și dezvoltare personală posttraumatică** / Cornelia Măirean; pref.: Constantin Havârneanu. - Iași: Institutul European, 2017  
Conține bibliografie  
ISBN 978-606-24-0185-6

I. Havârneanu, Constantin (pref.)

159.9

Reproducerea (parțială sau totală) a prezentei cărți, fără acordul Editurii, constituie infracțiune și se pedepsește în conformitate cu Legea nr. 8/1996.

Printed in ROMANIA

CORNELIA MĂIREAN

## Cuprins

# Stres traumatic și dezvoltare personală posttraumatică

Prefață de Corneliu-Eugen HAVÂRNEANU

INSTITUTUL EUROPEAN

2017

## Cuprins

**Prefață (Corneliu-Eugen HAVÂRNEANU) / 9**

**Introducere / 13**

**Capitolul 1. Stres posttraumatic / 17**

1.1. Stres și traumă / 17

1.2. Traumă și stres posttraumatic / 20

1.3. Criterii de diagnostic / 26

1.3.1. Simptome de reexperimentare / 27

1.3.2. Simptome de evitare / 31

1.3.3. Modificări negative la nivelul cognițiilor și a dispoziției / 33

1.3.4. Modificări semnificative ale activismului / 36

1.4. Manifestări asociate / 40

1.4.1. Manifestări fiziologice / 40

1.4.2. Disocierea / 41

1.4.3. Amintiri false / 42

1.4.4. Tulburări emoționale / 45

1.4.5. Reacții comportamentale / 46

1.5. Factori care condiționează apariția PTSD / 49

1.5.1. Factori personali / 50

1.5.2. Factori specifici expunerii traumatice / 67

1.5.3. Factori de mediu / 73

**cuvinte cheie:** traumă; stres posttraumatic; dezvoltare personală posttraumatică.

## **Capitolul 2. Recuperare și dezvoltare posttraumatică / 75**

- 2.1. Recuperare după expunerea la traumă / 75
- 2.2. Găsirea sensului experienței traumatice / 83
- 2.3. Dezvoltare posttraumatică – aspecte generale și delimitări conceptuale / 85
- 2.4. Dezvoltare personală posttraumatică vicariantă / 90
- 2.5 Dimensiuni ale dezvoltării personale / 92
- 2.6. Relația dintre stres traumatic, dezvoltare posttraumatică și stare de bine / 95
- 2.7. Factori protectivi / 101
  - 2.7.1. Trăsături de personalitate / 102
  - 2.7.2. Caracteristici socio-demografice / 104
  - 2.7.3. Strategii de coping / 108
  - 2.7.4. Condiții de mediu / 109

## **Capitolul 3. Studii empirice referitoare la stres traumatic și dezvoltare personală posttraumatică / 111**

- 3.1. Considerații generale / 111
- 3.2. Implicații etice ale studierii traumei / 120
- 3.3. Studiul 1. Factori de vulnerabilitate și factori protectivi ai modificărilor schemelor cognitive ca urmare a expunerii la evenimente traumatice / 125
  - 3.3.1. Obiective și ipoteze / 125
  - 3.3.2. Metodă / 129
  - 3.3.3. Rezultate / 133
  - 3.3.4. Discuții / 140
- 3.4. Studiul 2. Procesele cognitive implicate în evaluarea situațiilor traumatice. Legătura dintre cogniție și emoție / 159
  - 3.4.1. Obiective și ipoteze / 159
  - 3.4.2. Metodă / 160
  - 3.4.3. Rezultate / 161
  - 3.4.4. Discuții / 164

- 3.5. Studiul 3. Trecerea de la psihotraumatologie la o psihologie pozitivă – studiul fenomenului de dezvoltare posttraumatică vicariantă / 168
  - 3.5.1. Obiective și ipoteze / 168
  - 3.5.2. Metodă / 170
  - 3.5.3. Rezultate / 173
  - 3.5.4. Discuții / 178
- 3.6. Studiul 4. Reacții ale participanților ca urmare a participării la cercetare / 184
  - 3.6.1. Obiective / 184
  - 3.6.2. Metodă / 185
  - 3.6.3. Rezultate / 187
  - 3.6.4. Discuții / 190
- 3.7. Studiul 5. Dezvoltarea imaginilor intruzive pe baza unui material traumatic vizual / 192
  - 3.7.1. Obiective și ipoteze / 192
  - 3.7.2. Metodă / 194
  - 3.7.3. Rezultate / 200
  - 3.7.4. Discuții / 206
- 3.8. Studiul 6. Dezvoltarea imaginilor intruzive pe baza unui material scris, cu conținut traumatic / 208
  - 3.8.1. Obiective și ipoteze / 208
  - 3.8.2. Metodă / 210
  - 3.8.3. Rezultate / 212
  - 3.8.4. Discuții / 215

**Concluzii / 223**

**Bibliografie / 233**

**Abstract / 265**

**Résumé / 269**



## Capitolul 1

### Stres posttraumatic

#### 1.1 Stres și traumă

Termenul de *stres* a fost introdus în literatura de specialitate de Selye (1956), fiind denumit printr-un ansamblu de reacții ale organismului uman la acțiunea externă a unor agenți cauzali, fizici, chimici, biologici și psihici. Mai târziu, termenul de stres a primit diferite conceptualizări. De exemplu, pe baza lucrărilor lui Holmes și Rahe (1967), stresul a fost conceptualizat ca o experiență a schimbărilor majore ale vieții.

Lazarus și Folkman (1984) sunt alți doi autori care au un rol semnificativ în dezvoltarea conceptului. În opinia lor, termenul de stres desemnează o relație particulară dintre persoană și mediu, prin care persoana evaluează mediul ca impunând solicitări care depășesc resursele proprii și amenință starea sa de bine. Această evaluare determină declanșarea unor procese de coping, respectiv răspunsuri cognitive, afective și comportamentale la situațiile întâlnite. Sintetizând diversele moduri de definire și abordare, putem observa că fenomenul de stres a fost definit în trei moduri diferite: (1) stresul ca un stimul (eveniment critic) care declanșează reacții psihologice sau fizice, cum ar fi anxietate sau probleme de sănătate fizică, (2) stresul ca o reacție psihologică și fizică de lungă durată sau (3) stresul ca un

proces între o persoană și mediu (de exemplu, teoria tranzacțională a stresului; Lazarus & Folkman, 1984). Dintre aceste trei perspective, abordarea tranzacțională și cea bazată pe reacții au fost cele mai influente.

Factorii de stres clasici sunt reprezentați de situații problematice sau exigente, care sunt evaluate ca fiind extrem de negative de un număr mare de persoane (situații cum ar fi pierderea unei persoane semnificative, boli grave, inclusiv un handicap, șomaj, separarea sau divorțul etc.) (Story & Bradbury, 2004). Analizând cercetările în domeniu, realizate de-a lungul timpului, identificăm două mari tendințe. În primul rând, mult timp abordarea stresului a avut în vedere impactul evenimentelor majore de viață, cu o atenție deosebită îndreptată asupra evenimentelor de natură traumatică. O direcție majoră de dezvoltare în cercetarea stresului a implicat o deplasare a interesului de cercetare de la abordarea exclusivă a evenimentelor majore de viață la considerarea experiențelor minore de zi cu zi ca un domeniu relevant pentru apariția stresului. O a doua tendință este reprezentată de faptul că cele mai multe teorii asupra stresului iau în considerare experiențe stresante individuale. Astfel, pentru o lungă perioadă de timp, stresul a fost definit ca un fenomen care afectează în primul rând o persoană luată izolat și bunăstarea acesteia (Lazarus & Folkman, 1984). Începând cu ultimile două decenii, stresul a fost definit ca un fenomen diadic sau social.

Traumele, conform criteriului A1 de diagnostic al sindromului de stres posttraumatic, din Manualul de Diagnostic și Statistică a Tulburărilor Mentale, Ediția a V-a (DSM-5, 2013), implică moartea sau amenințarea cu moartea, injurii serioase sau amenințarea integrității fizice personale sau a celor din jur (Asociația Psihiatrilor Americani, 2013). În diferite publicații,

au fost propuse trei criterii pentru a considera un eveniment traumatic: lipsa controlului asupra evenimentului trăit, percepția faptului că acel eveniment este unul extrem de negativ și apariția lui bruscă (Carlson & Dalenberg, 2000). Experiențele traumatiche determină o perturbare persistentă a înțelegerii lumii și a propriei persoane. În acest context, reorganizarea modului de percepție a sinelui și a lumii, în general, reprezintă o consecință inevitabilă a traumei.

Figley (1995) a propus ideea că a lucra în situații dificile poate avea consecințe la nivel personal asupra celor care desfășoară astfel de activități, începând astfel să schimbe centrul de interes al cercetătorilor și teoreticienilor dinspre victimele directe ale traumelor spre cei care oferă servicii de îngrijire acestora, numiți victime indirecte. Ideea centrală care stă la baza teoretizărilor ulterioare în acest domeniu este reprezentată de faptul că starea patologică mentală asociată trăirii unei traume poate fi transmisă într-un mod indirect/ vicariant de la victimă la cei care interacționează cu aceasta. Astfel, chiar dacă nu se cunoaște personal victima traumei, se realizează o conexiune umană între ea și cei cu care interacționează, iar, prin intermediul acestei conexiuni, sunt transmise reacțiile la stres.

Interesul pentru studierea diferitelor aspecte asociate stării de bine a profesioniștilor din domeniul sănătății a fost stimulat și de faptul că McCann și Pearlman (1990) au propus termenul de traumă vicariantă pentru a descrie procesele și mecanismele prin care experiența interioară a terapeutului este profund și pentru totdeauna schimbată, prin intermediul legăturii empatice cu experiențele traumatiche ale clienților (McCann & Pearlman, 1990; Pearlman & Saakvitne, 1995). Deși în multe situații trauma vicariantă poate fi considerată o reacție normală la provocările profesionale, acesta, de asemenea, poate fi asociată



cu o scădere a motivației și a eficienței profesionale, ca urmare a expunerii la materiale și imagini de natură traumatică (Chang & Taormina, 2011; Hatcher, Bride, Oh, King & Catrett, 2011).

## 1.2. Traumă și stres posttraumatic

Cei mai mulți oameni sunt expuși în decursul vieții la cel puțin o situație traumatică, fie în mod direct, prin experiența personală, fie indirect, prin luarea la cunoștință a experienței altor oameni (Burri & Maercker, 2014). Evenimentele traumatice la care o persoană poate fi expusă pe parcursul vieții sunt variate, putând interveni în fiecare etapă a dezvoltării umane. Pot fi evenimente care implică o amenințare la adresa vieții personale sau a celor din jur, o amenințare la adresa integrității fizice personale (APA, 2013), amenințare care conduce la sentimente de frică și neputință (Barbour, 2010).

Stresul acut resimțit în urma unui eveniment de viață traumatic poate persista și poate conduce la o deteriorare a funcțiilor cognitive, emoționale și sociale, deteriorare care poate provoca apariția tulburării de stres posttraumatic (PTSD) sau a simptomelor specifice acestei tulburări, precum amintiri neplăcute intruzive cu privire la experiența trăită, tendința de evitare a stimulilor care amintesc de acea experiență, dezvoltarea unor patternuri disfuncționale, negative de gândire, hiperexcitabilitate etc. (APA, 2013). Tulburarea de stres posttraumatic reprezintă unul dintre răspunsurile psihologice cele mai frecvent raportate, la evenimente traumatice, cu consecințe psihologice semnificative (Powers, Cross, Fani & Bradley, 2015; Seligowski, Lee, Bardeen & Orcutt, 2015).

În DSM, manualul care prezintă criteriile de diagnostic a tulburărilor mentale, tulburarea de stres posttraumatic a apărut

pentru prima dată în ediția DSM-III, publicată în 1980 (cf. Barbour, 2010), ca unitate distinctă de diagnostic. Deși au existat anumite modificări în timp, de la o ediție a DSM-ului la alta, pe care le vom prezenta mai jos, gruparea simptomelor de bază a rămas aceeași în toate edițiile. Se consideră că doi factori, de natură socio-economică și politică, au influențat în mod decisiv recunoașterea acestei tulburări. În primul rând, conștientizarea dificultăților severe cu care se confruntau veteranii din Vietnam, după revenirea în familie. Aceste probleme de natură psihologică au reprezentat un semnal de alarmă pentru necesitatea oferirii unui ajutor de specialitate. Pentru a putea beneficia de ajutor, era necesar să se înțeleagă bine manifestările pe care le prezentau, asupra cărora s-ar putea interveni. Al doilea aspect care a contribuit la înțelegerea și recunoașterea impactului traumelor a fost reprezentat de mișcarea feministă, care a avut un avânt puternic prin anii 1970, în vederea informării societății cu privire la cazurile de violență, fizică și sexuală, în care erau implicate femeile, în calitate de victime. Acești factori istorici specifici perioadei au avut ecou asupra activității clinicienilor din domeniul sănătății mentale și a cercetătorilor interesați de aceste fenomene. O consecință imediată este reprezentată de introducerea unui noi categorii de diagnostic în ediția din DSM-III (cf. Rosen & Frueh, 2010).

Momentul apariției tulburării de stres posttraumatic ca unitate individuală de diagnostic nu coincide însă cu debutul apariției acestei tulburări în societate. Oamenii s-au confruntat dintotdeauna cu efectele nefaste, uneori catastrofale, ale evenimentelor traumatice de viață, însă acestea nu au primit această unitate de diagnostic până în 1980. Manifestări similare au fost denumite prin alte noțiuni, care făceau referire la același fenomen. De exemplu, „melancolie” sau „nebulie” sunt termeni folosiți



la un moment dat pentru a indica simptomelor celor care luptau cu consecințele traumelor. Veteranii de război din toate timpurile au prezentat simptome posttraumatice, chiar dacă gradul de conștientizare a lor a fost sporit după războiul din Vietnam. În timpul Războiului Civil American, s-au folosit denumirile de „inima soldatului” sau „inima iritabilă”, în al Doilea Război Mondial, a fost folosită denumirea de „oboseala provocată de luptă” sau „epuizare”. La veteranii din Vietnam afectați, tulburarea a fost denumită ca „sindromul post-Vietnam”, înainte de apariția denumirii de tulburare de stres posttraumatic (Barbour, 2010).

În continuare, vom prezenta câteva din modificările care au avut loc în timp, în ceea ce privește criteriile pe baza cărora se poate atribui acest diagnostic. În ediția DSM-III, s-a discutat doar posibilitatea apariției tulburării în cazul adulților, ceea ce excludea posibilitatea apariției ei la vârste timpurii. Conform unor studii ulterioare, impactul traumelor trăite în copilărie este unul mult mai puternic decât al celor trăite la vârsta adultă, aspect pe care îl voi discuta mai jos, în cadrul acestui volum. În 1987, a apărut o ediție revizuită a DSM (DSM-III-R), în care au fost incluse și reacțiilor la evenimente traumatice, trăite de copii (Nickerson, Reeves, Brock & Jimerson, 2009). În 1994, a apărut ediția DSM-IV, în care constatăm o serie de modificări ale criteriilor de diagnostic ale PTSD. În primul rând, numărul posibilelor simptome ale tulburării de stres posttraumatic a crescut (de la 12 la 17, cf. Frueh, Grubaugh, Elhai & Ford, 2012), adăugându-se și o categorie nouă de simptome, cele de evitare. În al doilea rând, s-a adăugat un criteriu referitor la frecvență (criteriul E), conform căruia durata perturbării trebuie să depășească cel puțin o lună, pentru a putea discuta despre PTSD.

În contextul apariției acestui nou criteriu de diagnostic, a apărut necesitatea de a explica prezența simptomelor specifice

tulburării, care apar la scurt timp după expunerea la traumă, dar dispar înainte de o lună. Astfel, a apărut un nou diagnostic, numit tulburare de stres acut. Aceasta este unul dintre cei mai importanți factori determinanți ai stresului posttraumatic. Simptomele sunt foarte asemănătoare cu cele prezente în cazul PTSD însă apar și persistă în primele patru săptămâni după producerea evenimentului traumatic. Se exclude posibilitatea acordării diagnosticului, dacă simptomele nu persistă cel puțin două zile, caz în care vorbim despre reacții posttraumatice tranzitorii. Rezultatele studiilor anterioare sunt însă contradictorii, unele studii arătând că nu toate persoanele care suferă de tulburare de stres acut dezvoltă stres posttraumatic (Heron-Delaney, Kenardy, Charlton & Matsuoka, 2013). Așadar, relația dintre cele două tulburări este mediată și moderată de alți factori care pot explica de ce unele persoane sunt mai vulnerabile pentru a dezvolta simptome posttraumatice severe și cronice.

În ediția din DSM-5 (2013), câteva modificări majore pot fi identificate (Franklin *et al.*, 2016):

- PTSD nu mai este prezentat în cadrul capitolului referitor la tulburări de anxietate. Această modificare a fost propusă pornind de la cercetări (Friedman, Keane & Resick, 2014) care au arătat că încadrarea PTSD în spectrul tulburărilor anxioase nu mai este una adecvată. Astfel, a apărut un nou capitol numit Tulburări legate de traumă și stres.

- Modificări în ceea ce privește structura PTSD, ajungându-se la patru factori. A fost adăugat criteriul D, referitor la modificări negative ale cognițiilor și dispoziției.

- Modificarea criteriului A de diagnostic, care implică nu doar expunerea directă la evenimente traumatice, ci și expunerea indirectă, vicariantă, prin faptul de a fi martor la experiența traumatică a altor persoane.