

## REACTII PSIHO-FIZIOLOGICE LA STRESS

*Valentina Golumbeanu*

Situatiile stresante, mai ales daca sunt de lunga durata, pot conduce la o serie de manifestari sau modificari in sfera afectivitatii, de la dispozitii generalizate pana la trairi afective intense, cum sunt afectele, de la anxietate la angoasa, si apoi la tulburari anxioase de genul stresului posttraumatic si a stresului acut, de la apatie pana la depresie.

Aceste modificari se pot observa cu usurinta si la nivel comportamental, luand diferite forme – irascibilitate crescuta, agitatiie, anxietate nejustificata, teama de un pericol iminent, grija deosebita fata de propria stare de sanatate fizica sau fata de siguranta celor apropiati, modificari in metabolismul somnului (insomniile de adormire sau somnul agitat, cu cosmaruri, cu treziri bruste sau repetate in timpul noptii – unii subiecti reclama ca un factor foarte deranjant apneea) sau in comportamentul alimentar (lipsa poftei de mancare, sau din contra, un apetit foarte crescut; uneori poate lua forme extreme, de tipul anorexiei sau bulimiei), inclusiv vulnerabilitatea crescuta fata de contactarea bolilor.

Uneori se poate remarca, la subiectii mai grav afectati de stres, o mobilitate excesiva a starilor afective si de o intensitate neobisnuita, care pot merge pana la senzatia de disperare sau se poate remarca o afectare a functiilor cognitive – scaderea capacitatii de concentrare a atentiei, scaderea capacitatii de memorare, uitarea si lapsusurile din ce in ce mai frecvente, inclusiv impresia subiectului ca si-a pierdut sau ca i s-a diminuat capacitatea de intelegere a unor situatii sau probleme (datorata, evident, diminuarii celor doua functii mentionate mai sus).

Pe scurt, reactiile provocate de stress, se impart in doua categorii:

- a) la nivel organic – cele *fiziologice*;
- b) la nivel psihic- cele *psihologice*.

### I. Reactiile Fiziologice La Stres

Din punct de vedere fiziologic, organismul uman reactioneaza in mod similar pentru toti indivizii, indiferent de factorii stresori care actioneaza asupra noastra – de la stresul cotidian la locul de munca, pana la confruntarea cu un agresor periculos. In situatiile stresante schema de raspuns a organismului consta intr-o activare fiziologica, ce antreneaza o serie de modificari somatice si neurovegetative, care sunt rezultatul sesizarii retelei simplice a sistemului nervos vegetativ si care pregateste organismul pentru situatiile potential periculoase, prin angajarea acestuia in eliberarea de energie. In acest scop (al eliberarii de energie) metabolismul se accelereaza, provocand:

- ⇒ cresterea tensiunii arteriale si a ritmului cardiac;
- ⇒ accelerarea ritmului respirator - splina elibereaza mai multe hematii pentru a ajuta transportul de oxigen;
- ⇒ dilatarea pupilelor;
- ⇒ intensificarea transpiratiei si diminuarea secretiilor salivare si mucoase;
- ⇒ cresterea concentratiei de zahar (glucoza) in sange – eliberat de catre ficat, pentru a creste cantitatea de energie; deasemenea, acesta stimuleaza conversia grasimilor si proteinelor in zahar;

- ⇒ coagularea sanguina mai rapida, in cazul ranirilor, realizata prin contractarea vaselor sanguine de suprafata;
- ⇒ in acelasi timp, maduva osoasa produce mai multe leucocite, pentru a participa la reactia de aparare a organismului;
- ⇒ diminuarea motilitatii tractului intestinal – sangele este redirectionat, de la stomac si intestine, catre creier si musculatura scheletica;
- ⇒ oripiatia (erectia parului epidermic).

Observam, asadar, ca in timp ce unele functii neesentiale se diminueaza (cum este cea digestiva), altele, esentiale pentru a ajuta organismul sa depaseasca situatia de criza, se accelereaza – cum ar fi eliberarea de energie (prin sinteza glucozei), irigarea abundenta a creierului si a muschilor, oxigenarea deasemenea abundenta a creierului (prin cresterea ritmului respirator).

Aceste modificari sunt determinate de cele doua sisteme neuroendocrine - *sistemul nervos vegetativ* si *sistemul adrenocortical*, care, la randul lor, sunt controlate de activarea anumitor arii corticale:

- hipotalamusul, care a fost supranumit “centrul cerebral al stresului”, datorita functiei sale duble in situatii de urgenta, implicat in coordonarea activitatii sistemului nervos vegetativ;
- sistemul limbic, implicat in coordonarea si reglarea comportamentului si raspunsurilor emotionale.

Impulsurile din aceste arii sunt transmise nucleilor cerebrali care controleaza functionarea sistemului nervos central (a celui vegetativ, in mod psecial, dar si a celui somatic, in anumite privinte).

Astfel, prima functie a hipotalamusului este de a activa ramura simpatica a sistemului nervos vegetativ, care actioneaza direct asupra muschilor si organelor interne, initiind unele dintre modificarile organice enumerate mai sus si stimuland eliberarea de hormoni - epinefrina si noepinefrina, prin stimularea glandelor suprarenale. *Epinefrina* are acelasi efect asupra muschilor ca si sistemul nervos simpatic (de ex., cresterea frecventei cardiace si a presiunii arteriale), ajutand astfel la perpetuarea starii de activare. *Norepinefrina*, prin actiunea sa asupra glandei pituitare, este responsabila indirect pentru eliberarea zaharului in sange.

A doua functie a hipotalamusului este de a regla activitatea secretorie a glandei pituitare, favorizand secretia hormonului *adrenocorticotrop*, supranumit “hormonul major al stresului”. Acesta stimuleaza stratul extern al glandei suprarenale, ducand la eliberarea altui grup de hormoni – dintre care cel mai important este *cortizolul*, acestia regland nivelul glucozei in sange si a anumitor minerale. Cantitatea de cortizol din urina si sange este adesea folosita ca o proba medicala pentru estimarea stresului.

Hormonul adrenocorticotrop stimuleaza activitatea secretorie a mai multor glande, eliberandu-se in total un numar de aproximativ 30 de hormoni, fiecare avand rolul sau in adaptarea organismului la situatiile de criza.

In cele mentionate anterior am descris, in linii mari care sunt mecanismele fiziologice implicate in trarirea de catre organism a situatiilor stresante, modificarile prezentate corespunzand in special momentelor de criza, asociate cu o puternica traire afectiva si cu raspunsuri emotionale intense (sensibil vizibile in exterior).

Situatiile stresante insa, pot fi si de lunga durata, fara a evidentia in mod necesar anumite “varfuri” paroxistice (respectiv, momentele de criza), dar, cu cat situatia se prelungeste mai mult, cu atat exista riscul slabirii organismului, care poate resimiti situatia ca devenind din ce in ce mai intensa, mai dificil de controlat si de suportat, mecanismele de

aparare, atat cele impotriva bolilor somatice, cat si cele psihice (mecanismel de aparare ale eului) tind sa slabeasca, organismul devenind din ce in ce mai vulnerabil si putand manifesta comportamente dezadaptative. Cu alte cuvinte, *capacitatea organismului de a rezista la factorii stresori scade pe masura ce situatia stresanta se prelungeste*, iar modificarile depasesc stadiul adaptativ, generalizandu-se si semnaland producerea unor disfunctii: glande suprarenale marite, noduli limfatici micsorati, ulcere stomacale, afectiuni ale ficatului, afectiuni coronariene, migrene prelungite, inclusiv scaderea imunitatii organismului in fata agentilor patogeni infectiosi – creste astfel riscul de contactare a bolilor.

Aceasta evolutie este caracteristica pentru peroanele supuse constant la un anumit tip de factori stresori. S-a constatat insa, ca expunerea intermitenta, conduce la toleranta. Deasemenea, cresterea cantitatii de epinefrina si norepinefrina a fost pusa in legatura cu obtinerea unor performante mai bune intr-o varietate de sarcini, care implica atat efort intelectual, cat si efort fizic (Atkinson, R. L. si colab, 2002).

## II. Reactiile Psihologice La Stress

Cele mai frecvente reactii psihologice la stres sunt: anxietatea si tulburarile anxioase, agresivitatea, apatia si depresia, deteriorarile cognitive.

In continuare vom trata dintre aceste manifestari pe cele pe care le consideram ca fiind mai reprezentative sau in mod specific mai legate de stres, si anume:

- anxietatea, respectiv tulburarile de anxietate provocate in mod direct si exclusiv de expunerea la un stres de lunga durata sau de intensitati neobisnuite:
  1. tulburarea de stres posttraumatic;
  2. stresul acut;
- deteriorarile cognitive.

### 1. Tulburarile de anxietate provocate prin expunerea la factori stresori de lunga durata sau de intensitate crescuta: Stresul Posttraumatic si Stresul Acut.

**Anxietatea**, care in viata curenta are un rol adaptativ, poate deveni dezadaptativa atunci cand teama devine angoasa, fiind disproportionata in raport cu realitatea sau negasindu-si in mediul extern un corespondent real (desi asteptarea unui pericol iminent poate fi traita cu mare intensitate de care individ).

Deasemenea mai exista cazurile in care anxietatea cunoaste manifestari paroxistice in urma unor experiente traumatizante, care tind sa capteze intreaga existenta a individului ulterioara producerii traumei, acesta traind un puternic sentiment de neajutoare, de insecuritate alarmanta, temandu-se pentru siguranta sa dar si a celor din jur. Adesea, aceste persoane traiesc intr-o stare de continua teroare, cu teama ca evenimentul se poate repeta oricand si avand sentimentul ca sunt permanent expuse riscului iar angoasa lor se poate generaliza asupra tuturor evenimentelor considerate potential periculoase. In multe cazuri apar anticiparile fataliste, asa-numitele “pre-sentimente” sau “intuitii”, cand individul “presimte” ca ceva absolut dramatic urmeaza sa se intample si traind cu teama fata de un pericol obscur dar iminent. Aceste persoane nu pot depasi evenimentul traumatic, nu se pot desparti de trecut, traind si retarind trauma de nenumarate ori, uneori numai in vise repetitive, in amintiri recurente si obsesive, iar alteori iau forma starilor disociative, individul nemaifacand diferenta

intre trecut si prezent, intre realitatea obiectiva si realitatea subiectiva; ele seamana oarecum cu starile onirice, numai ca se desfasoara in starea de veghe si au caracter halucinator.

Retrairea perpetua a traumei poate genera stari de panica la fel de intense cu cele resimțite in momentul traumatic autentic, viata individului schimbându-se in mod dramatic si iremediabil – viata de dupa trauma este considerabil alterata, pe perioade de timp nedefinite, durata acestora variand de la individ la individ; uneori sunt cateva luni, alterori sunt cativa ani, iar in unele cazuri – ar necesita cateva vieti pentru a vindeca ranile, dupa cum spun cei care au supraviețuit evenimentelor traumatice. Oricum, el nu va mai fi niciodata cel care a fost inainte de a experimenta trauma.

Consideram ca exista cateva elemente de baza care contribuie la depasirea sau, respectiv, nedepasirea traumei si la redobandirea mecanismelor adaptative specifice unei vieti psihice echilibrate si adecvate la realitate si la societate:

- **Sursa** traumei – atunci cand agresorul este de factura umana, trauma este depasita mult mai greu; individul isi pierde increderea in oameni, devine sceptic in privinta acestora, evita contactul social sau afectiv si, adesea, tinde sa infereze asupra altor oameni sau grupuri umane caracteristicile sau intentiile criminale ale agresorului. Situatia este cu atat mai mult agravata atunci cand:
  - acesta era un membru al familiei;
  - este un prieten, un vecin sau o alta persoana de incredere a victimei;
  - cand agresorul era o persoana cunoscuta victimei, si, mai ales, considerata ca fiind total inofensiva pentru aceasta;
  - atunci cand agresiunea a fost premeditata.

Obsevam, asadar, ca se diferentiaza trei situatii tipice:

- a) cand agresorul este o persoana cunoscuta victimei; in acest caz (indiferent cat erau de apropiate afectiv) se creeaza efectul de “incredere tradata”;
  - b) cand agresorul era necunoscut – se creeaza un alt efect, si anume: orice persoana noua reprezinta un potential pericol si, prin urmare, individul se izoleaza din punct de vedere social, refuza sa-si faca noi cunostinte, limitandu-se la cercul familiei si al prietenilor dobanditi inainte de experimentarea traumei;
  - c) cand agresorul a premeditat atacul: in acest caz persoana se simte puternic amenintata - realizeaza faptul ca a fost urmarita un anumit interval de timp, iar apoi atacata si agresata pentru ceea ce reprezinta ea in sine (sau pentru ceea ce detine); constientizarea faptului de a nu fi fost o victima aleatoare creste teama fata de repetarea agresiunii, cu un alt agresor – teama de a nu deveni o ispita, un punct de interes si pentru un alt potential agresor.
- **Durata** expunerii la evenimente traumatice – ne vom referi in acest caz in special la cei care sunt sau devin victime ale abuzului in familie; cu cat abuzurile (psihice, fizice si/sau sexuale) sunt de mai lunga durata, cu atat recuperarea va fi mai dificila, iar in unele cazuri, aproape imposibila.
  - **Intensitatea** suferintei – cu cat suferinta este mai profunda, cu atat mai profunda va fi si trauma;
  - **Consecintele obiective** ale traumei – persoanele care raman cu anumite dizabilitati fizice si/sau psihice in urma evenimentelor traumatice vor depasi cu atat mai greu trauma, deoarece “semnele” ramase sunt ca niste stigmate menite sa le reaminteasca de fiecare data evenimentul dramatic; adesea aceste persoane tind sa ascunda vederii

celorlalti partile corpului care au fost lezate, pentru a ascunde astfel, intr-un mod aproape simbolic, trauma traita.

Consideam deasemenea, in plus fata de cele mentionate anterior, ca trairea si constientizarea traumei, dupa ce aceasta fost consumata efectiv, depinde si de factori care tin de aspecte exterioare traumei in sine, cum ar fi:

- a) *Totalitatea atitudinilor* familiei, ale societatii si ale justitiei fata de nedreptatea savarsita la adresa victimei, intelegerea, compasiunea si suportul primit din partea acestora;
- b) *Intelegerea semnificatiei* a ceea ce s-a intamplat si nevoia de sens, deoarece aceste persoane, cel mai adesea, nu inteleg justificarea traumei si a suferintei personale; aceasta dimensiune implica aspecte de ordin religios, mistic, legate de destin, providenta, fatalitate, Divinitate;
- c) *Nevoia de justitie, de dreptate, de echitabilitate* – nevoia ca universul sau interior sa se reechilibreze prin descoperirea unei origini generatoare a tragediei personale, prin posibilitatea de a atribui cuiva responsabilitatea pentru cele petrecute (chiar si atunci cand agresiunea nu a fost provocata neaparut sau in mod direct si voit de factorul uman – cum ar fi de exemplu, un accident de avion sau o calamitate naturala).

Astfel putem identifica trei dimensiuni asupra carora se centreaza atentia celor care au experimentat evenimente traumatice: 1. dimensiunea sociala; 2. dimensiunea filosofica (legata de destin si divinitate, de sens si semnificatie); 3. dimensiunea justitiara. Astfel vom enumera urmasorii factori care pot agrava sau atenua depasirea traumei:

- *Supportul familiei, al prietenilor si al societatii*, in general. Adesea victimele au nevoie de intelegere, de compasiune si de securizare afectiva, inclusiv de asigurarea faptului ca nu au contribuit cu nimic la provocarea sau declansarea a ceea ce s-a petrecut si ca nici nu ar fi putut face ceva prin care sa impidice evenimentul. Atitudinile acuzatoare (“blamarea victimei”), experienta de fi evitat de catre fostii prieteni, de a nu fi incurajat asa cum s-ar fi asteptat sau de a nu primi suportul de care ar fi avut nevoie, inclusiv indiferenta societatii sunt retraite ca o noua drama, care accentueaza foarte mult trauma si tind sa devina ele in sine o noua trauma;
- *Intelegerea semnificatiei* – individul se afla intr-o disperata cautare a sensului, a semnificatiei, neputand intelege cauza sau justificarea a ceea ce s-a intamplat; evenimentul este perceput ca fiind devastator si ceva cu un impact atat de puternic trebuie sa aiba o motivatie si un scop; in mod paradoxal, individul poate dezvolta sentimente de culpabilitate, considerand ca a meritat in vreun fel ceea ce a patit, ca plateste niste “pacate” sau niste greseli din trecut;
- *Ireversibilitatea* – este elementul implacabil in trairea unei traume: constiinta faptului ca trecutul nu poate fi schimbat iar efectele nu pot fi diminuate sau ameliorate;
- *Echitabilitatea* – nevoia de compensare in vreun fel a suferintei sau nevoia de razbuzanre, de pedepsire a vinovatilor.

Atunci cand anxietatea, sub presiunea factorilor stresori, capata o amploare si o manifestare extreme, de origine patogena – sub forma tulburarilor anxioase, ne putem confrunta cu:

**A. Tulburarea de stres posttraumatic.** Se constituie prin aparitia unui set de simptome anxioase severe, in urma expunerii sau experimentarii unei situatii traumatizante, care a pus in pericol integritatea fizica si/sau psihica a individului sau care a provocat leziuni majore sau suferinte psihice care depasesc limitele normale ale suferintei umane. Stresul

posttraumatic se difereniaza in doua categorii, in functie de participarea mijlocita sau nemijlocita la experienta traumatica, in functie de persoana/persoanele care au constituit subiectul direct al evenimentului traumatizant:

1. stres posttraumatic **direct** – persoanele afectate au fost expuse in mod direct, nemijlocit evenimentului dramatic;
2. stres posttraumatic **secundar** – sau prin transfer, prin mandatar:
  - a) persoanele afectate de acest sindrom au fost martore la moartea, uciderea, amenintarea cu moartea sau vatamarea grava a altor persoane;
  - b) persoanele afectate de sindrom au aflat de moartea brusca, inopinata sau tragica a unor persoane apropiate;
  - c) persoanele afectate de sindrom au fost implicate in misiuni de interventie si salvare a victimelor unor evenimente traumatice (pompieri, medici, politisti etc).

In plus, exista o serie de factori care pot conduce la accentuarea intensitatii cu care este resimitit evenimentul traumatic de catre cei la care dezvoltata sindromul de stres posttraumatic secundar:

- sensibilitatea empatica a celor expusi;
- vizionarea sau audierea relatarilor victimelor directe;
- dominante emotionale care vin in legatura cu evenimentul descris (de ex. - individul insusi, sau persoane apropiate ale acestuia au constituit cu ceva timp in urma, subiectul direct al unui astfel de incident).

Evenimentele traumatice care sunt experimentate direct includ, printre altele, urmatoarele situatii:

- atacul personal violent (viol, agresiune fizica, jefuire);
- amenintarea cu moartea sau expunerea la evenimente ce pot cauza moartea efectiva;
- experienta de a fi fost rapit, luat ca ostatec (in timpul unui jaf armat, incarcerarea ca prizonier de razboi sau intr-un lagar de concentrare) sau de a fi victima unui atac terorist;
- experientele din timpul razboiului si a conflictelor armate (mai ales in cazul militarilor);
- experienta de a fi fost implicat in accidente severe (de automobil, de avion, naufragiu, feroviar etc);
- experienta de a fi supravietuitorul unor dezastre naturale (cutremur, uragan, tsunami, alunecari de teren, avalanse, inundatii etc) sau provocate (explozii, incendii etc);
- trauma de a fi fost diagnosticat cu o maladie care pune in pericol viata.

Experienta de a fi martor la evenimente traumatizante sau de a afla despre evenimente traumatice experimentate de catre altii include, printre altele, urmatoarele situatii:

- asistarea la vatamarea grava a unei alte persoane;
- asistarea la moartea nenaturala, violenta a altei persoane (in urma unui atac violent, accident, dezastru natural etc) sau la uciderea acesteia;
- descoperirea inopinata a unui cadavru;
- aflarea faptului ca o persoana apropiata a fost victima unui atac violent, unui accident sau unei alte forme de vatamare grava;
- aflarea stirii mortii inopinate, subite a unui membru al familiei sau unui prieten apropiat;

- aflarea faptului ca o persoana foarte apropiata a fost diagnosticata cu o maladie care ii ameninta viata.

In plan subiectiv stresul posttraumatic este trait foarte intens, intr-o varietate de moduri si de manifestari, care se specifica si se individualizeaza de la persoana la persoana, dar, in general, exista anumite trasaturi comune, care au permis ca tulburarile de stres posttraumatic sa fie acceptate, pe scara larga, ca o categorie distincta de diagnostic. Tabloul simptomatologic clasic pentru stresul posttraumatic cuprinde urmatoarele manifestari (dupa DSM IV):

- gandurile si imaginile recurente:
  - reexperimentarea evenimentului traumatic prin intermediul amintirilor recurente si intruzive (incluzand imagini, ganduri sau perceptii);
  - vise, cosmaruri obsesive si repetitive, legate de eveniment, de locul sau de oamenii implicati in eveniment;
  - experimentarea unor stari disociative (care pot dura de la cateva secunde pana la cateva zile), in cadrul carora persoana are sentimentul retrairii experientei – asa-numitele “flash-back-uri” (starile disociative pot include iluzii si halucinatii);
- detresa psihologica intensa si reactivitatea fiziologica la contactul cu anumiti stimuli declansatori – de regula cei care amintesc subiectului de evenimentul traumatic (seamana in vreun fel sau simbolizeaza aspecte centrale ale traumei); de specificat faptul ca *stresul este cu atat mai sever si de mai lunga durata atunci cand stresorul este de premeditare umana*;
- evitarea persistenta a stimulilor asociati cu trauma (locuri, oameni) – eforturi deliberate de a reprima gandurile, sentimentele si amintirile legate de evenimentul traumatic, eforturi de a evita conversatiile despre acest subiect, de a evita locurile sau persoanele asociate cu evenimentul traumatic;
- paralizia reactivitatii generale (care nu era prezenta inaintea traumei), concretizata prin:
  - tulburari mnenezice (incapacitatea de a evoca aspecte centrale ale traumei),
  - tulburari in sfera activitatii (lipsa de speranta, capacitate reduasa de a simti emotiile sau gama reduasa a afectelor – nu mai poate experimenta trairi afective de o anumita factura, plans spontan aparent nemotivat etc);
  - tulburari in sfera activitatii (diminuare marcata a interesului sau participarii la activitati semnificative);
- simptome persistente de excitatie crescuta (care nu erau prezente inainte de trauma):
  - tulburari ale somnului (dificultatea de a adormi sau de a ramane adormit);
  - iritabilitate, reactii exagerate;
  - hipervigilenta.

Tulburarea de stres posttraumatica se poate dezvolta imediat dupa incidentul traumatic sau poate surveni dupa saptamani, luni sau chiar ani (in urma unor evenimente minore sau in urma unor situatii stresante) si poate dura intre cateva luni si cativa ani (uneori efecte ale traumei se resimt si la 20 – 30 de ani de la incident).

In afara de tabloul simptomatologic descris mai sus, supravietuitorii unor astfel de evenimente se confrunta cu o gama larga de trairi intens negative, cum ar fi sentimentul de

vinovatie (fie pentru faptul ca ei au supraviețuit si altii nu, fie pentru faptul ca nu a au putut anticipa si preveni evenimentul, fie pur si simplu pentru faptul de “a se fi lasat agresati” – este cazul, in special, al femeilor victime ale agresiunilor si abuzurilor sexuale) sau teama excesiva, obsesiva pentru siguranta familiilor lor (teamă ca li sa-r putea intampla ceva rau).

Tulburarea de stress posttraumatic se asociaza deasemenea, cu o serie de alte tulburari: tulburarea depresiva majora, anestezia psihica sau anestezia psihica dureroasa, tulburarea de panica, agorafobia sau claustrofobia, fobia sociala, fobia specifica, anxietatea generalizata, tulburarea obsesiv-compulsiva sau tulburarea de somatizare.

**B. Stresul acut.** Se caracterizeaza prin aparitia unor simptome anxioase excesive si a simptomelor disociative, in urma unui factor stresor extrem (de genul celor enumerati in sectiunea anterioara).

In timpul evenimentului persoana a experimentat sentimentul de frica intensa, neputinta sau oroare; fie in timpul experientei traumatice, fie dupa, subiectul are sentimentul subiectiv de paralizie, de detasare sau de absenta a reactivitatii emotionale si de reducere a constiintei ambiantei; la un anumit interval de timp, mai lung sau mai scurt, survine sindromul de derealizare, depersonalizare sau amnezia disociativa.

Dupa eveniment, trauma este retraita, reexperimentata in diferite contexte si la cote de intensitate crescuta; subiectul evita in mod evident stimulii, oamenii si locurile care pot fi asociate direct sau indirect cu evenimentul traumatic.

Proape intotdeauna individul dezvoltă simptome disociative – pot avea sentimente de detasare fata de propriul corp, pot percepe realitatea inconjuratoare ca avand un caracter ireal sau ca fiind asemanatoare visului, prezinta o diminuare a reactivitatii emotionale si au dificultati in a evoca anumite detalii legate de trauma.

Atat tulburarea de stres posttraumatic, cat si stresul acut interfereaza cu unul sau mai multe sectoare vitale ale vietii individului, afectand vizibil capacitatea acestuia de a indeplini anumite sarcini si de a-si duce pana la capat anumite responsabilitati, de a participa la activitati semnificative, de a se integra in viata sociala si de cea de familie, inregistreaza o scadere a randamentului intelectual si profesional, ca urmare deteriorarii cognitive. Cu alte cuvinte, aceste tulburari determina intotdeauna dezvoltarea unor comportamente si conduite dezadaptative, manifestandu-se cel puțin in unul din domeniile:

- 1) Social – persoana evita contactul cu ceilalti oameni, se auto-izoleaza;
- 2) Profesional – randamentul la locul de munca scade, acensiunea ierarhica stagneaza sau chiar se inregistreaza o regresie; uneori se soldeaza cu adevarate esecuri: pierderea locului de munca, incapacitatea de a se reangaja in alte parti etc;
- 3) Afectiv si in viata de familie – persoana evita intimitatea afectiva cu alte persoane; se considera prea slab sau vulnerabil in fata familiei sau o culpabilizeaza pentru drama personala;
- 4) Cognitiv – intelectual, cand apar deteriorarile cognitive;
- 5) Uneori este amenintata chiar integritatea psihica a individului, in toata complexitatea si configuratia ei de ansamblu.