

Trauma, Addictions and Cultivating Resilience at Individual and Community Levels

[Trauma, dependențele și cultivarea rezilienței la nivel individual și de comunitate]

Constantin NECHIFOR¹, Anișoara SANDOVICI²

¹ Lecturer. PhD, "Petre Andrei" University of Iasi, Romania, costelnechifor@yahoo.com

² Assoc. Prof. PhD, "Petre Andrei" University of Iasi, Romania, sandovici.anisoara@ub.ro

Abstract

Health and/or illness (physical, mental) are not random states that manifest themselves at the level of the human body, the expression of all lived experiences. A person's life cannot be understood only in the context of knowing life events, but also in the context of deciphering the relationships, circumstances, events in which they occurred. Traumatic experiences lived from the first years of life determine a particular path of the one who experiences them. These produce, most of the time, true "psychological chasms" and tend to be "filled" with those experiences that produce immediately and, at first impression, the well-being lost following the interference with the traumatic event. Even today, there are two biased views about how addictive behaviors are inserted into people's lives. The first, and most common, view is that a person who has become addicted has made bad choices and, as a result, bears full responsibility for what is happening to them now. The second view regards addictive behavior as a disease, and therefore the disease requires drug treatment. Both perspectives exclude the human element from the dependency equation. Identifying each person's particular developmental niche provides a first step toward understanding, healing and cultivating individual and community resilience for mental health. This article presents on the one hand, a synthesis of some current perspectives regarding the understanding of the trauma-addiction dyad and, on the other hand, proposes some ways to increase individual resilience to preserve and strengthen mental health in the context of family, social and community.

Keywords: trauma, addiction, resilience, mental health.

How to cite: Nechifor, C., & Sandovici, A. (2025). Trauma, Addictions and Cultivating Resilience at Individual and Community Levels. *Anuarul Universității "Petre Andrei" din Iași Fascicula: Asistență Socială, Sociologie, Psihologie*, 31, 159-166. <https://doi.org/10.63331/upasw/31/15>

Introducere

Sănătatea, prosperitatea, viața bună și liniștită sunt prioritățile vieții personale, familiale și sociale. Și totuși, aceste deziderate contemporane nu corelează în fapt cu realitatea vieții. Studii recente indică faptul că starea de prosperitate materială nu determină o viață bună și liniștită (care trimite la ideea de sănătate mentală). În lumea occidentală, diagnosticile legate de sănătatea mintală sunt în creștere în rândul tinerilor, al adulților și al persoanelor în vârstă. În Canada, depresia și anxietatea sunt diagnosticile cu cea mai rapidă creștere, iar în 2019, peste 50 de milioane de americani, adică peste 20% dintre adulții din SUA, au suferit un episod de boală mintală¹.

Semnificația cuvântului *traumă* este *rană*. Rănile personale și modul în care le facem față dictează o mare parte dintre comportamente, modelează obiceiurile sociale și formează modul în care gândim lumea. Concepția obișnuită despre traumă face referire la evenimente precum războaiele, cataclismele naturale, abuzurile, neglijările etc. O astfel de concepție limitează posibilitatea de înțelegere reală și profundă a dramelor umane, a răătăcirilor personale care au ca efect primar și secundar alienarea vieții personale. Rătăcirea în lumea dependențelor nu este, în fapt, o răătăcire. Pentru dependent, dependența este interpretată ca unica și singura salvare posibilă din interiorul vieții, o viață întunecată, acromatică și anonimă.

Traumă și dependențe

Trauma nu este ceea ce ți se întâmplă, ci ceea ce se întâmplă *în interiorul tău*, susține Gabor Maté². Trauma este o rană psihică, este o constelație de greutăți compusă din rana în sine și din poverile reziduale: emoțiile nerezolvate, strategiile inventate pentru supraviețuire și gestionarea durerii. Iar una dintre strategii este dependența. Atunci când o rană nu se vindecă de la sine (iar rana psihică nu se vindecă de la sine), consecințele pot fi sintetizate astfel: rana rămâne deschisă și/sau peste această rană se structurează un strat gros, cicatrizant, autoprotectiv. Rana deschisă reprezintă o sursă permanentă de durere³. Rana deschisă atrage noi și noi răni. Rana deschisă conduce la o preocupare excesivă înspre aceasta, ceea ce determină limitarea gândirii și a acțiunilor noastre. Rana nevindecată ne ține pe loc, în trecut. Rana nevindecată, netratată reprezintă un obstacol în calea dezvoltării personale. Rana alterează sentimentul apartenenței de sine, limitează conștiința valorii personale, blochează relațiile interpersonale libere și otrăvește sufletul. Trauma este probabil cea mai evitată, ignorată, subestimată, negată, neînțeleasă și netratată cauză a suferinței umane⁴.

¹ „Mental Health by the Numbers,” *National Alliance on Mental Illness*, 2019, <https://www.nami.org/mhstats>.

² Gábor Maté și Daniel Maté, *Mitul normalității. Trauma, boala și vindecarea într-o cultură toxică*, trad. Andreea Tincea (București: Editura Herald, 2022).

³ W. A. Walsh, J. Dawson și M. J. Mattingly, „How Are We Measuring Resilience Following Childhood Maltreatment? Is the Research Adequate and Consistent? What Is the Impact on Research, Practice, and Policy?”, *Trauma, Violence, & Abuse* 11, nr. 1 (2010): 27–41.

⁴ Peter Levine, *Trauma and Memory: Brain and Body in a Search for the Living Past* (Berkeley, CA: North Atlantic Books, 2015).

Totuși, așa cum arată și autorul citat, „cu siguranță, toate evenimentele traumatice sunt stresante, dar nu toate evenimentele stresante sunt traumatizante”. Un eveniment de viață este traumatizant sau retraumatizant doar dacă face persoana să fie limitată din punct de vedere psihic și fizic, într-un mod continuu. Experiențele de învățare personală și sociale pot fi resimțite uneori ca dureroase, dar acestea nu sunt traume. Există astăzi o exacerbare a utilizării conceptului de traumă fără să i se acorde consistență și înțeles real.

Cât privește conduita dependentului, aceasta este în legătură directă cu trauma deschisă și nevindecată. Și astăzi sunt vehiculate două concepții părtinitoare cu privire la modul în care se inserează comportamentele dependente în viața oamenilor. Prima, și cea mai frecventă concepție, este aceea conform căreia o persoană ajunsă dependentă a făcut alegeri greșite și, ca urmare, ea poartă întreaga responsabilitate pentru ceea ce i se întâmplă în prezent. A doua concepție privește comportamentul dependent ca boală și, ca urmare, boala presupune tratament medicamentos. Ambele perspective exclud din ecuația dependențelor elementul uman. Identificarea nișei particulare de dezvoltare a fiecărei persoane oferă un prim pas spre înțelegerea, însănătoșirea și cultivarea rezilienței individuale și comunitate pentru sănătatea mintală.

„Dependența este un proces psihologic, emoțional, fiziologic, neurobiologic, social și spiritual complex. Ea se manifestă prin orice comportament în care o persoană găsește o ușurare sau o plăcere temporară și după care, prin urmare, tânjește, dar care, pe termen lung, îi aduce sieși sau altor persoane consecințe negative și, cu toate acestea, persoana refuză sau este incapabilă să renunțe la el. În consecință, cele trei caracteristici principale ale dependenței sunt: a) ușurare sau plăcere pe termen scurt și, prin urmare, dorință; b) suferință pe termen lung pentru sine sau pentru alții; c) incapacitate de a te opri din acest comportament”⁵. Această definiție exclude ideea de boală și se aplică tuturor dependențelor, nu doar dependenței de droguri.

Ce oferă dependența? Ce îi oferă dependența persoanei care nu poate obține altfel ceea ce resimte că merită? Care sunt beneficiile resimțite de persoana în cauză? Dependența în sine oferă persoanei ceea ce simte că nu are, că nu mai are din punct de vedere personal, profund psihologic, și anume: sentimentul de a fi acasă, sentimentul de căldură interioară, de matern și ocrotitor, de libertate și acceptare necondiționată, de normalitate și eliberare de angoasele trecutului, de evadare din sine. Autorul Maté, în aceeași lucrare citată anterior, spune: „Tânjim după evadare atunci când suntem întemnițați, când suferim. Dependența ne cheamă atunci când viața de zi cu zi pe care o trăim echivalează cu a fi prinși în confuzie interioară, îndoială, pierderea sensului, izolare, în sentimentul că *nu merităm*. Evadăm cu ajutorul dependențelor când suntem lipsiți de speranță, lipsiți de orice credință în posibilitatea eliberării, lipsiți de ajutor, când ne simțim incapabili să facem față provocărilor exterioare sau haosului interior, când suntem disperați să ne alinăm durerea...”.

Posibilitatea vindecării interioare ține de măsura în care travaliul psihoterapeutic reușește să redea persoanei dependente tot ceea ce a pierdut și simte ca lipsă cronică după producerea

⁵ Gábor Maté și Daniel Maté, *Mitul normalității. Trauma, boala și vindecarea într-o cultură toxică*, trad. Andreea Tincea (București: Editura Herald, 2022).

evenimentului traumatizant. Există câteva principii călăuzitoare premergătoare procesului vindecării, dintre care amintim⁶:

- a) *Principiul autenticității.* Autenticitatea sau naturalețea face trimitere la ideea de a ne recunoaște în ansamblu, de a avea sentimentul apercepției propriului eu, fără a ne poziționa într-o poziție de culpă, culpabilizare sau învinovățire cronică. Lipsa autenticității corelează cu manifestarea stărilor de tensiune, anxietate, iritabilitate, regret, oboseală cronică, depresie, toate la un loc nelăsând posibilitatea eului de înțelegere completă și complexă a eului de astăzi. Capacitatea de a ne recunoaște și accepta aceste stări este, în fapt, manifestarea autenticității de sine.
- b) *Principiul autonomiei.* Autonomia este capacitatea de a ne asuma în mod onest și sincer responsabilitatea pentru experiențele cotidiene din viața noastră. Sentimentul de a nu fi liber, de a fi subordonat creează întotdeauna stres. Sunt o multitudine de situații, externe nouă, care pot corela cu sentimentul lipsei autonomiei personale. Cu atât mai multe sunt limitările care vin la pachet cu traversarea experiențelor traumatizante și care au ca efect în timp prăbușirea interioară în lumea dependențelor. Și totuși, capacitatea de a ne autonomiza, de a ne responsabiliza pentru ceea ce experimentăm în prezent are întotdeauna un efect vindecător. Autonomia presupune existența alternativelor de a alege cum și ce vrem să fim. Autonomia reclamă dreptul de a ne acorda libertatea de evaluare liberă, corectă a nevoilor personale, a alege în baza unor sentimente reale, fără a fi constrânși de așteptările altora sau limitați de propriile noastre convingeri eronate, structurate în cursul experiențelor dureroase.
- c) *Principiul furiei sănătoase.* Furia, ca emoție naturală și sănătoasă, reprezintă o formă de apărare a integrității personale. Furia, în forma ei primară, naturală, înăscută, nu are un conținut predeterminat social (furie nu are la bază un raționament logic sau moral, bun sau rău), ci este determinată de ideea menținerii integrității și autonomiei personale și de grup. La fel ca și în cazul autenticității, furia nu presupune declanșarea unui spectacol psihocomportamental teatral și fals. Furia descarcă, eliberează. În momentul în care furia nu mai are loc în conștiința noastră, altceva a preluat controlul, ca de exemplu, dependența. La fel, dacă furia devine clocotitoare, anulăm principiile anterioare (autenticitatea, autonomia) și devenim sclavii distrugerii personale. Cercetările din domeniul sănătății fizice și mentale sugerează faptul că exprimarea furiei naturale corelează semnificativ cu scoruri scăzute la existența tendințelor dependente, a afecțiunilor somatice cronice și a vulnerabilității în a decompensa psihic sub forma nevrozelor sau psihozelor. Ca urmare, descărcarea naturală prin furia sănătoasă este o cale a vindecării interioare.
- d) *Principiul acceptării.* Conceptul de acceptare se referă la „a adopta o poziție de conștientizare fără judecată și a îmbrățișa în mod activ experiența gândurilor, sentimentelor și senzațiilor corporale pe măsură ce apar”⁷. Acceptarea psihologică se referă, mai specific, la experiența noastră din momentul prezent al gândurilor și

⁶ Helen Knott, *In My Own Moccasins: A Memoir of Resilience* (Saskatchewan, Canada: University of Regina Press, 2019).

⁷ Steven C. Hayes et al., “What Is Acceptance and Commitment Therapy?” in *A Practical Guide to Acceptance and Commitment Therapy* (Boston, MA: Springer, 2004).

sentimentelor. Ne putem accepta furia, vinovăția, frustrarea, tristețea, anxietatea, rușinea sau alte emoții negative. Am putea accepta și gândurile care contribuie la aceste emoții. De exemplu, dacă simțim că ne-am descurcat slab la o sarcină, acele gânduri ar putea contribui la anxietate sau la ură de sine. Dacă am accepta gândurile, acele emoții s-ar ușura. Acceptarea nu înseamnă că îi lăsăm pe oameni să ne trateze prost sau să profite de noi. Înseamnă doar că nu rămânem blocați în gândurile și emoțiile din jurul experiențelor noastre. Una dintre ideile-cheie care stau la baza acceptării în psihologie este că emoțiile dificile sunt o parte inevitabilă a vieții: în momente diferite ne vom găsi triști, supărați, dezamăgiți, plictisiți, frustrați, îndurerați, cu inima frântă. Nimeni, chiar și cel mai echilibrat individ, nu este eliberat de aceste emoții. Când aceste emoții apar inevitabil, există două moduri prin care putem reacționa: rezistență sau acceptare. Pentru mulți dintre noi, rezistența este reacția noastră implicită. Până la urmă, aceste emoții nu sunt neapărat „plăcute” de trăit și, astfel, conștient sau, mai des, inconștient, încercăm să le evităm sau să le rezistăm. Psihologii au descoperit că încercarea de a rezista sau de a evita anumite experiențe dificile poate provoca daune psihologice suplimentare. Cum este dependența de orice. Alternativa de a rezista experienței noastre este acceptarea: să recunoaștem sentimentele dificile și gândurile însoțitoare și să stăm cu ele în loc să încercăm să fugim de ele. Acceptarea radicală încapsulează această idee a unei îmbrățișări complete a experienței cuiva, inclusiv gânduri, sentimente și emoții. Această perspectivă a fost popularizată pe scară largă ca o abilitate predată în Terapia Comportamentală Dialectică (DBT), o formă de psihoterapie care are ca scop, în primul rând, să-i ajute pe oameni să gestioneze emoțiile puternice și dificile⁸. Iar aceste emoții sunt trăite intens în orice formă de dependență.

Reziliența și conservarea sănătății mintale în fața evenimentelor traumatizante

Evenimentele de viață dureroase, stresante sau traumatizante, la nivel personal, familial, social și natural, se produc cu sau fără voia noastră. Important este modalitatea în care ne poziționăm în fața acestora în așa fel încât să reducem la maxim riscul afectării sănătății fizice, psihice individuale și la nivel de grup.

Evenimentele de viață cu impact psihologic traumatizant și reziliența sunt structuri psihologice multidimensionale complexe, cu caracteristici specifice. Ambele structuri corelează cu variabile individuale, familiale și de mediu (contextele socio-cultural-politice) și, ca urmare, au un impact important, semnificativ asupra persoanelor aflate în diferite etape ale dezvoltării.

Reziliența este un construct multidimensional și care este definit de rezultatul performanței, de caracterul răspunsurilor adecvate la stimulii cotidieni veniți din mediu, inclusiv la stimulii evaluați ca stresori sau traumatizanți. Reziliența este rezultatul modului în care persoana, prin intermediul activării resorturilor cognitive și ale celor ce vizează capacitatea de modulare emoțională, prezintă o capacitate optimă de a-și utiliza resursele personale și sociale. Majoritatea autorilor sunt de acord că o persoană poate fi evaluată ca rezilientă dacă s-a confruntat cu un eveniment grav, dureros, riscant din perspectiva integrității fizice și securității

⁸ Linda Dimeff și Marsha M. Linehan, "Dialectical Behavior Therapy in a Nutshell," *The California Psychologist* 34, no. 3 (2001): 10–13.

emoționale și a demonstrat o funcționare optimă. Important de punctat este faptul că reziliența este rezultatul interacțiunii dintre individ și mediu și că riscul și factorii de protecție ai rezilienței nu acționează întotdeauna prin reciprocitate. De exemplu, s-a demonstrat faptul că inteligența înaltă, statutul socioeconomic înalt și adopția pot fi atât un factor de risc, cât și un factor de protecție⁹. Ca urmare, un nivel înalt al inteligenței nu poate proviziona întotdeauna persoane cu resurse sănătoase pentru a face față evenimentelor stresante și, ca urmare, recurgerea la dependențe multiple se poate manifesta.

De asemenea, un nivel social înalt și stabil nu poate explica întotdeauna de ce persoana se refugiază în comportamente dependente compensatorii. Și, de asemenea, nu întotdeauna o persoană care a trecut prin experiența adopției și are un nivel de trai înalt și stabil din punct de vedere familial și material găsește resurse psiho-emoționale profunde și sănătoase să proceseze rana abandonului.

Factorii de protecție acționează la trei niveluri: la nivelul copilului, la nivelul familiei și la nivel comunitar. Acești factori de protecție includ anumite atribute dispoziționale ale persoanei (sociabilitatea, nivelul de activitate), legăturile afective din cadrul familiei care oferă suport emoțional și sistemele de sprijin comunitar. Toți acești factori pot proviziona persoana cu resurse ce îi permit manifestarea comportamentului rezilient – comportament înțeles ca o caracteristică pozitivă care: permite adaptarea optimă a individului; modelează efectele negative ale stresului; dezvoltă capacități personale pozitive atunci când este expus la situații stresante și/sau cu potențial traumatizant.

Studii recente sistematizează teoriile, metodele, modelele și provocările din domeniul științei rezilienței în relația cu sănătatea mintală¹⁰ și problematica dezvoltării umane¹¹. În consecință, reziliența este mai bine definită ca un proces dinamic multisistemic de adaptare cu succes sau reparare cu succes într-un context de risc sau amenințare. În esență, există două componente principale ale rezilienței: riscul sau amenințările la adresa unei persoane sau a unui întreg sistem (rele tratamente, dezastre naturale, boli psihice cronice la nivelul membrilor familiei) și criteriile după care este evaluată adaptarea sau recuperarea reușită (nivelul sănătății fizice și al bunăstării subiective). Ambele articole citate anterior susțin faptul că prea des studiile de sănătate mentală vorbesc despre factorii de promovare sau protecție în relație cu sănătatea mentală și starea de bine, se concentrează doar pe sistemele psihologice adaptative singulare, cum ar fi mecanismele de coping sau autoreglare, fără a ține cont de relațiile multiple și interdependențele dintre sistemele psihice, sociale, ecologice și comunitare, așa cum le găsim prezentate în abordarea multisistemică. Masten și colaboratorii săi (2021) propun o listă a comportamentelor necesare a fi întâlnite în cadrele de dezvoltare timpurii, pentru a crește nivelul rezilienței: a) îngrijire sensibilă, relații apropiate și sprijin social; b) existența sentimentului de apartenență și coeziune; c) management familial, autoritate parentală adaptată nevoilor

⁹ Suniya S. Luthar, Dante Cicchetti și Bronwyn Becker, "The Construct of Resilience: A Critical Evaluation and Guidelines for Future Work," *Child Development* 71, no. 3 (2000): 543–562.

¹⁰ Michael Ungar și Linda Theron, "Resilience and Mental Health: How Multisystemic Processes Contribute to Positive Outcomes," *The Lancet Psychiatry* 7 (2020): 441–448.

¹¹ Ann S. Masten et al., "Resilience in Development and Psychopathology: Multisystem Perspectives," *Annual Review of Clinical Psychology* 17 (2021): 521–549.

copiilor; d) rezolvarea de probleme și posibilitatea de planificare a activităților; e) existența și promovarea valorilor ce vizează optimismul, speranța și încrederea într-un viitor mai bun; f) motivația pentru schimbare și adaptare; g) perspectivă pozitivă asupra sinelui, a familiei și a comunității; i) perspectivă pozitivă asupra obiceiurilor, rutinelor, ritualurilor, tradițiilor și aniversărilor.

Discuții și concluzii

Sănătatea și boala nu sunt stări aleatorii într-un anumit corp sau o parte a corpului. Ele sunt, de fapt, o expresie a unei întregi vieți trăite, una care, la rândul ei, nu poate fi înțeleasă în mod izolat, ci este influențată de, sau mai bine spus, rezultă dintr-o rețea de circumstanțe, relații, evenimente și experiențe. Viața unei persoane nu poate fi înțeleasă doar în contextul cunoașterii evenimentelor de viață, ci și în contextul descifrării relațiilor, circumstanțelor, evenimentelor în care s-au produs acestea. Experiențele traumatizante trăite încă din primii ani de viață determină un parcurs particular al celui care le experimentează. Acestea produc, de cele mai multe ori, adevărate „prăpastii psihologice” și care tind să fie „umplute” cu acele experiențe care produc imediat, la prima impresie, starea de bine pierdută în urma interferării cu evenimentul traumatic.

Cu privire la reziliență, acesta este un construct multidimensional și diferă în funcție de contextul și natura amenințărilor/evenimentelor traumatizante. Reziliența joacă un rol major în cantitatea și calitatea recuperării traumei. În primul rând, există nevoie de educație pentru viață. Pentru parentalitate. Odată supus evenimentelor traumatizante, copilul, adolescentul sau tânărul au nevoie de o monitorizare psihologică și comunicare complexă, în așa fel încât să fie reduse (dacă nu anulate) riscurile de patologizare a vieții psihice, prin declanșarea unor afecțiuni cronice, așa cum este și dependența sub toate aspectele ei.

References

- „Mental Health by the Numbers.” *National Alliance on Mental Illness*. 2019.
<https://www.nami.org/mhstats>.
- Dimeff, Linda, and Marsha M. Linehan. “Dialectical Behavior Therapy in a Nutshell.” *The California Psychologist* 34, no. 3 (2001): 10–13.
- Hayes, Steven C., Kirk D. Strosahl, Kelly Bunting, Michael Twohig, and Kelly G. Wilson. “What Is Acceptance and Commitment Therapy?” In *A Practical Guide to Acceptance and Commitment Therapy*, Boston, MA: Springer, 2004.
- Knott, Helen. *In My Own Moccasin: A Memoir of Resilience*. Saskatchewan, Canada: University of Regina Press, 2019.
- Levine, Peter. *Trauma and Memory: Brain and Body in a Search for the Living Past*. Berkeley, CA: North Atlantic Books, 2015.
- Luthar, Suniya S., Dante Cicchetti, and Bronwyn Becker. “The Construct of Resilience: A Critical Evaluation and Guidelines for Future Work.” *Child Development* 71, no. 3 (2000): 543–562.
- Masten, Ann S., Catherine M. Lucke, Katie M. Nelson, and Isaac C. Stallworthy. “Resilience in Development and Psychopathology: Multisystem Perspectives.” *Annual Review of Clinical Psychology* 17 (2021): 521–549.

- Maté, Gábor, și Daniel Maté. *Mitul normalității. Trauma, boala și vindecarea într-o cultură toxică*. Tradus de Andreea Tincea. București: Editura Herald, 2022.
- Ungar, Michael, and Linda Theron. "Resilience and Mental Health: How Multisystemic Processes Contribute to Positive Outcomes." *The Lancet Psychiatry* 7 (2020): 441–448.
- Walsh, W. A., Dawson, J., și Mattingly, M. J. „How Are We Measuring Resilience Following Childhood Maltreatment? Is the Research Adequate and Consistent? What Is the Impact on Research, Practice, and Policy?” *Trauma, Violence, & Abuse* 11, nr. 1 (2010): 27–41.